جدید طب نسواں

حکیم خورشید احمد شفقت اعظمی
ایف ایم بی ایس

ملک سنز کارخانہ بازار فیصل آباد
پاکستان۔ فون [illegible]

جملہ حقوق محفوظ ہیں

ڈاکٹری اور طبِ یونانی طریقۂ علاج پر ایک لاجواب کتاب

جدید طبیبِ نسواں

از

حکیم خورشید احمد شفقت اعظمی
ایف ایم بی ایس

ناشران
ملک سنز کارخانہ بازار فیصل آباد
پاکستان۔ فون ۲۴۳۷۵

مشتملات

پیش لفظ

احوال واقعی

باب اول۔ نسائی اعضائے حوض کی تشریح، منافع اور تشوہات وغیرہ ۱۸ تا ۱۰۰

۱۔ نسائی اعضائے حوض کی تشریح

۲۔ فرش حوض

۳۔ جنینیات

۴۔ صنفی ہارمون

۵۔ حیض کی فزیالوجی

۶۔ بلوغ اور آغاز طمث

۷۔ سن یاس یا انقطاع الطمث

۸۔ حمل کے حیاتیاتی کاشفات

۹۔ نسائی تناسلی اعضاکے تشوہات

باب دوم۔ نسائی مریضوں کا امتحان ۱۰۱ تا ۱۲۸

۱۰۔ نسائی روداد اور امتحان

باب سوم۔ نسائی تناسلی قنات کے سرایتی اور طفیلی امراض ۱۲۹ تا ۲۶۳

۱۱۔ زہراوی امراض

۱۲۔ التہاب فرج

۱۳۔ حکۃ الفرج

۱۴۔ التہاب مہبل

۱۵ التہاب عنق
۱۶ التہاب رحم
۱۷ رحمی اجتماع الدم، تقیحہ الرحم اور نفخۃ الرحم
۱۸ التہاب قاذفین و مبیضین
۱۹ حوضی التہاب باریطون و التہاب خلوی
۲۰ تناسلی تنات کا تدرن

باب چہارم۔ تعضرات حوض اور میلانات رحم — ۲۶۴ تا ۳۲۲
۲۱ تناسلی تعضرات اور ناصور
۲۲ تناسلی سقوط
۲۳ میلانات رحم
۲۴ انقلاب الرحم
۲۵ مبیضی میلانات

باب پنجم۔ تولیدی اعضا کی نو ساختیں — ۳۲۳ تا ۴۶۶
۲۶ فرج کی نوبالیدیں
۲۷ مہبل کی نوبالیدیں
۲۸ دروں رحمیت
۲۹ بواسیر الرحم
۳۰ رحم کے لیفی عضلی سلعات
۳۱ رحم کا سرطانی سلعہ
۳۲ رحم کا سلعۂ لحمیہ
۳۳ سلوی سرطانی سلعہ
۳۴ قاذفین کے سلعات
۳۵ مبیض کے سلعات

باب ششم۔ فسادات طمث — ۴۶۷ تا ۵۱۳
۳۶ احتباس الطمث

۳۷۔ کثرت الطمث اور عسر الوظیفی رحمی نزف
۳۸۔ عسر الطمث
باب ہفتم۔ فسادات اعضائے تولید و تناسل ۵۱۴ تا ۵۵۹
۳۹۔ جماع مولم
۴۰۔ عقر
۴۱۔ حمل خارج الرحم۔ حمل بے محل
باب ہشتم۔ متفرقات ۵۶۰ تا ۶۵۶
۴۲۔ سیلان الرحم
۴۳۔ اختناق الرحم
۴۴۔ وجع الظہر
۴۵۔ تبول کے فسادات فعل
۴۶۔ امتناع حمل
اصطلاحات ۶۵۷
ماخذ و مصادر
۷۰۷

باب اول

نسائی اعضائے حوض کی تشریح منافع اور تشوہات وغیرہ

(۱)

نسائی اعضائے حوض کی تشریح

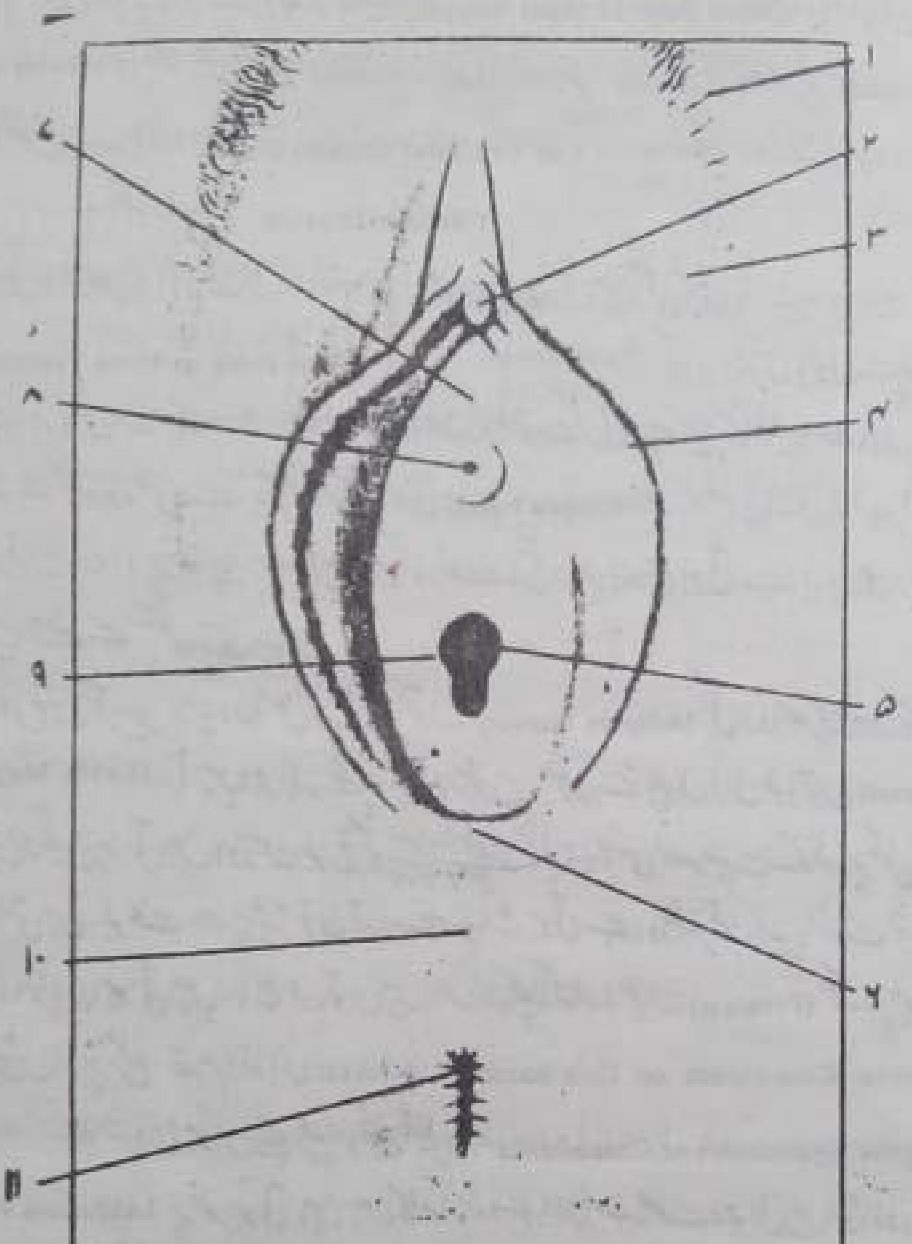
[ANATOMY OF THE FEMALE PELVIC ORGANS]

کسی عضو کے علاج معالجہ اور اس کے عملیہ (Operation) کے سلسلے میں اس کی تشریح (Anatomy) کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔ علم امراض النساء (Gynaecology) اور فن القابلہ (Obstetrics) میں اس کی اہمیت بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ آج کل طبی نصاب میں تشریح و منافع بنیادی طور پر اس قدر وسیع اور مکمل پیمانہ پر شامل ہیں کہ اگر ان کا دلچسپی کے ساتھ مطالعہ کر لیا جائے تو طالب علم مزید کسی تشریحی مطالعہ سے بے نیاز ہو جاتا ہے۔ تاہم یہاں نسائی اعضائے حوض کی تشریح و منافع (اطلاقی) اختصار کے ساتھ لکھے جا رہے ہیں تاکہ طالب علم اپنے سابقہ مطالعہ کو تازہ کرے۔ اطلاقی منافعاتی و تشریحی معلومات کی روشنی میں نسواں اور قابلہ کے رموز و نکات سمجھنے میں الجھنوں اور پیچیدگیوں کا سامنا نہیں کرنا پڑتا۔

نسائی اعضائے توالد و تناسل کو دو حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے (۱) بیرونی (External) اور (۲) اندرونی (Internal)

بیرونی اعضاء فرج (Vulva) اور اس کے مشمولات اور اندرونی اعضاء مہبل (Vagina) قاذفین (Fallopian Tubes) رحم (Uterus) اور مبیضین (Ovaries) وغیرہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔

نسائی خارجی صنفی اعضاء



تصویر نمبر ۱: نسائی خارجی صنفی اعضا

(۱) موئے زہار (ریشم) (۲) بظر (۳) شفر کبیر (۴) شفر صغیر (۵) فوہۃ المہبل (فم مہبل) (۶) قید الشفرتین (دیم)

(۷) دہلیز (۸) فتحۃ الاحلیل (منفذ بول) (۹) غشاء البکارت (۱۰) عجان (۱۱) مبرز (دبر)

باہر سے نظر آنے والے آلات تناسل کو من حیثیت المجموع شرم گاہ کے نام سے موسوم کیا

جاتا ہے، جس کے اجزائے ترکیبی درج ذیل ہیں۔

(۱) جبل الزہرہ، رکب یا حدبۂ عانیہ (Mons Pubis or Mons Veneris) (۲) شفرتین کبیر (Labia Majora) (۳) شفرتین صغیر (Labia Minora) (۴) بظر (Clitoris) (۵) دہلیز (Vestibule) (۶) بارتھولینی غدد یا غدد برتولین (Bartholin's or Vestibular Glands) (۷) غشاء البکارت (Hymen) اور (۸) ثقبۃ البول (Meatus Urinaris)۔

(۱) جبل الزہرہ، ارتفاق عانہ (Mons Pubis or Mons Veneris) جوان عورتوں میں شحمی لیفی بافت (Fibro - Fatty Tissue) کی یہ بلندی بالوں سے پوشیدہ رہتی ہے اور حوضی عظام (Pubic Bones) کے اعضا کو ملفوف کرتی ہے۔ نیز تناسلی اعضاء کو بیرونی صدمات سے محفوظ رکھتی ہے۔ یہ سطح التحام عانی (Simphysis Pubis) کے عین بالائی جانب پیڑو کے مقام پر فرج کے اوپر تقریباً ۳ انچ چوڑی اور نصف انچ دبیز بلندی ہوتی ہے۔ یہ بلندی دیوار شکم کے زیریں حصے سے متصل رہتی ہے۔

(۲) شفرتین کبیر (Labia Majora) یہ دراصل دہنی بافتوں (Adipose Tissues) کی دو ابھری ہوئی چینٹیں ہیں جو جلد سے پوشیدہ رہتی ہیں۔ بھورے بالوں والی عورتوں (Brunnettes) میں یہ چینٹیں رنگین ہوتی ہیں اور سن بلوغ کو پہنچتے پہنچتے ثانوی جنسی خصوصیت کے طور پر مکمل بالیدگی اختیار کرلیتی ہیں۔ بلوغت سے پیشتر فرج قدرے سپاٹ ہوتی ہے اور شفرتین کبیر بہ نسبت شفرتین صغیر زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ بالغ عورتوں میں اس کا پچھلا کنارا عجان (Premium) تک پہونچتا ہے۔ یہ چینٹیں اوپر مجمع مقدم (قدامی) (Anterior Commissura or Commissura Labiorium Anterior) سے شروع ہوکر نیچے مجمع موخر (خلفی) (Posterior Commissura or Commissura Labiorium Posterior) پر ختم ہوتی ہیں۔ اس کا سامنے والا بالائی حصہ صحت و جوانی میں موٹا اور باہم متصل ہوتا ہے۔ اس کی بیرونی جانب والی جلد پر سن بلوغ میں بال اُگ آتے ہیں اور اندرونی جانب غشائے مخاطی کا استر ہوجاتا ہے۔ انھیں علیحدہ کرنے پر خلفی جانب قید الشفرتین (Pourcnette) کا خفیف ابھار اتصالی شکل میں نظر آتا ہے۔

مجمع خلفی کے سامنے اس کے اور ثقبۃ المہبل یا منفذ مہبل کے درمیان معمولی کشتی نما نشیب ہوتا ہے اس منفذ کو حفرہ زورقیہ (Fossa Navicularis) کہتے ہیں۔ ان لبوں کی داخلی اور خارجی سطوح میں بہت سے غدد دہنیہ (Sebaceous Glands) پائے جاتے ہیں، جن میں سے کم و بیش مقدار

میں ہمہ وقت رطوبت مترشح ہوتی رہتی ہے، جس سے اندام نہانی تر رہتی ہے. انکی ساخت میں شحوم کے علاوہ اغشیہ، اوردہ، شرائین اور اعصاب بھی پائے جاتے ہیں جس کے سبب یہ مردوں کے فوطوں کے قائم ہوتے ہیں اور گرمی یا جنسی تحریک اور سردی سے مردوں کے فوطوں کی طرح پھیلتے سکڑتے ہیں۔

(۳) شفرتین صغیر (Labia Minora): اندام نہانی کے چھوٹے لب بڑے لبوں کے اندرونی جانب واقع ہوتے ہیں۔ یہ دراصل ڈیڑھ دو انچ طویل غشاء مخاطی کی چنٹیں ہوتی ہیں۔ یہ چنٹیں دو باریک حصوں میں تقسیم ہوتی ہیں، جس کا بالائی حصہ بظر (Clitoris) سے شروع ہو کر نیچے تید الحشفہ (Preaum) بناتا ہوا معدوم ہو جاتا ہے۔ شفرتین صغیر کی جلد پر روئیدگی نہیں ہوتی تاہم غدد دہنیہ اور کچھ غدد عرقیہ (Sweat Glands) ضرور پائے جاتے ہیں۔ ان میں تحت الجلدی شحمی اجزا بھی نہیں ہوتے، البتہ ان لبوں کے اندر بے شمار عروق دمویہ (Blood Vessels)، عصبی ریشے اور انتصابی بافتیں (Erectile Tissues) ہوتی ہیں، جس کے سبب ان میں کافی حس موجود ہوتی ہے۔ عہد شباب میں یہ گلابی رنگ کے نرم و نازک ہوتے ہیں لیکن زمانۂ پیری میں بدرنگ اور بھورے ہو جاتے ہیں اور چکناہٹ و نزاکت جاتی رہتی ہے۔

(۴) بظر (Clitoris): نعوظ شہوت کے اعتبار سے یہ عورتوں میں مردوں کے قضیب کے قائم مقام ہوتا ہے۔ یہ چھوٹے لبوں کے مقام اتصال کے مابین عظام العانہ کے فرع النازل (Descending Rami) سے متصل ہوتا ہے۔ حشفہ غشائے مخاطی سے ملفوف رہتا ہے، جس میں عصبی سرے بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ اس کی جڑ اور جسم کی ساخت میں عروقی انتصابی بافت خاص طور سے شامل ہوتی ہے۔ اس کی جڑ کو عضلات ورکیہ اجوفیہ (Ischio Cavernousus Muscles) گھیرے رہتے ہیں، جن کے سکڑنے سے بظر میں نعوظ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ اتنا چھوٹا ہوتا ہے کہ شفرتین صغیر کی بالائی چنٹوں میں پوشیدہ رہتا ہے لیکن شہوت پرست اور عیاش عورتوں میں بڑھ کر مردوں کے قضیب کا ہمشکل ہو جاتا ہے اور نوبت عملیہ تک پہونچتی ہے۔

(۵) دهلیز (Vestibule): یہ مثلث رقبہ کشتی نما سطح ہوتی ہے جو بظر کے نیچے اور ثقبۃ الفرج کے اوپر واقع ہوتی ہے اس کا قدامی جانبی حصہ شفرتین صغیر اور

قید الشفرتین کے خلفی حصہ سے گھرا رہتا ہے۔ دہلیز میں مبال (Urethra)، بارتھولینی غدد کے مجاری (قنات) اور مہبل کھلتے ہیں۔

(۶) بارتھولینی غدد (Bartholin's or Vestibular Glands) یہ دو مدوریا بیضوی چھوٹی ساختیں ہوتی ہیں جو تقریباً مہبل کے اطراف میں شفرتین کبیر کے خلفی سرے میں گھسی ہوئی ہوتی ہیں۔ ان سے تقریباً ایک سینٹی میٹر لمبی دو نالیاں نکل کر غشاء البکارت کے نیچے اور سامنے شفرتین کبیر کے اندرونی جانب کھلتی ہیں۔ یہ غدد خصوصاً جنسی وظیفہ ادا کرتے وقت لیسدار رطوبت وافر مقدار میں خارج کرتے ہیں، جس سے چکناہٹ برقرار رہتی ہے اور تناسلی اعضاء رگڑ اور خراش سے محفوظ رہتے ہیں۔ یہ غدد دراصل خوشہ دار مجموعہ ہوتے ہیں جنھیں جس نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے برعکس امراضیاتی (Pathologically) طور پر ان کا حجم اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ بآسانی جس کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مردوں کے غدد کوپر (Cowper Glands) کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ یہ غدد اکثر سرائیتوں خصوصاً سوزاک کے لئے کرمی سرایت ثابت ہوتے ہیں۔

(۷) غشاء البکارت (Hymen) یہ جھلی مضبوط نسیج واصل سے بنی ہوتی ہے جو دونوں طرف پرت دار فلسمانی (چھپڑے دار) سرطلہ یعنی بشرہ مخاطیہ (Stratified Squamous Epithelium) سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ دوشیزہ لڑکیوں میں غشاء البکارت جزوی طور پر ثقبۃ الفرج کے نیچے واقع ہوتی ہے۔ یہ درمیان سے منثقب حلقہ یا غربال (چھلنی) نما ہوتی ہے، علاوہ بریں ہلال نما بھی ہو سکتی ہے۔ غیر طبعی حالات میں یہ غیر منثقب ہوتی ہے جس کے سبب ثقبۃ الفرج کلیتہً مسدود رہتا ہے اور نتیجۃً کار عنفوان شباب میں انسرالطمث یا احتباس الطمث (Amenorrhoea) عارض ہو جاتا ہے۔ یہ جھلی بچپن میں مسدود لیکن بڑھاپے میں مسترخی ہو جاتی ہے۔ بعض عورتوں میں تو اس قدر دبیز اور سخت ہوتی ہے کہ شگاف دیئے بغیر جماع ناممکن ہوتا ہے۔

ثقبۃ البول (Meatus Urinaris) اسے منفذ بول یا صماخ بولی بھی کہتے ہیں۔ منفذ بولی دراصل ایک چھوٹا سا باریک شگاف دار یا مثلث مبال کا دہانہ ہی ہے جو دہلیز فرج میں صاف نظر آتا ہے۔ یہ بظر سے تقریباً ایک انچ نیچے اور منفذ مہبل سے نصف انچ اوپر غشاء مخاطی کی خفیف بلندی کے مابین نشیبی شکل میں واقع ہوتا ہے۔ منفذ بول کے اطراف میں ایک معمولی درز نما شگاف دار نشیب نظر آتا ہے جس میں بے شمار مخاطی غدد ہوتے ہیں، جنھیں دہلیز کے غدد صغیرہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں تاکہ انھیں غدد کبیرہ سے ممیز کیا جاسکے جنھیں بارتھولینی غدد کہتے

ہیں۔

بولی منفذ کے بیرونی حصے کے پیچھے ہی نزدمبالی یا مجاور البال کی اسکن والی قنات (Paraurethral or Sken's Ducts) پائی جاتی ہیں، جو مبال سے تقریباً ڈیڑھ سینٹی میٹر کے فاصلے پر پیچ در پیچ ہو کر گزرتی ہیں، علاوہ بریں ثقبہ کے نزدیک طبقی غشا خلوی بھی موجود ہوتی ہے اس منفذ میں ادرار بول کے وقت وسعت پیدا ہوجاتی ہے۔

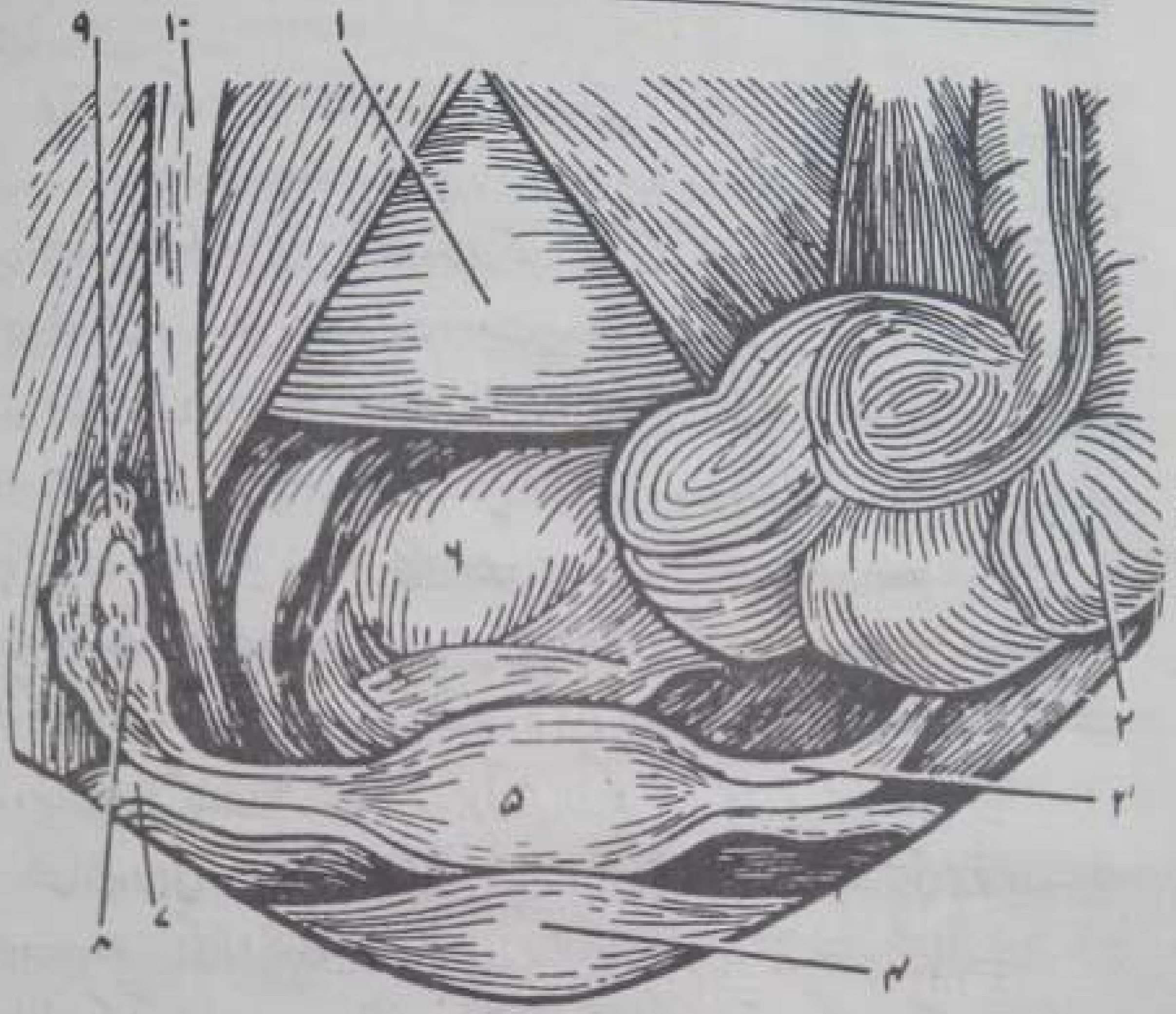
نسائی مبال (Female Urethra) کا طول تقریباً $1\frac{1}{2}$ انچ (۵ء۳ سینٹی میٹر) ہوتا ہے۔ اس کا بعیدی حصہ جب طبقی فلسمانی سرحلہ سے پوشیدہ ہوتا ہے تو اس کی رفتار مذکور الصدر قنات تک پہونچتی ہے۔ یہ فاصلہ تغیر پذیر ہونیکے باوجود اہمیت کا حامل ہے ہفمین (Huff Man) تحقیق سے ثابت ہوتا ہے کہ یہ قنات چاروں طرف سے پیچیدہ نزدمبالی غدد (Paraurethral Glands) سے گھری ہونے کے سبب مردوں کے غدد قدامی (Prostate Glands) کی قائم مقام ہوتی ہے۔ نزدمبال کی کچھ قنات مبال میں داخل ہوتی ہیں اور کچھ منفذ بول میں کھلنے والی اسکن قنات ہیں۔ ان نالیوں کی امراضیاتی اور معالجاتی اہمیت اور بھی بڑھ جاتی ہے کہ یہ سوزاکی جرثوموں (Gonococcus) کی آماجگاہ ثابت ہوتی ہیں۔ بسا اوقات سرایت قابو سے باہر ہوجاتی ہے اور علاج قبول نہیں کرتی۔ ایسی حالت میں شگاف دیکر قناتوں کو تباہ کر دیا جاتا ہے کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ان کی دویری کلانی (Cystic Enlargement) اور سرایت کے عاقبہ (Sequel) کے طور پر تحت المبالی عطف (Sub Urethral Diverticula) عارض ہوجاتا ہے۔

داخلی تولیدی اعضا

[The Internal Reproductive Organs]

مہبل، رحم، قاذفین اور مبیضین وغیرہ داخلی تناسلی اعضاء (Reproductive Organs) یا اعضائے حوض کہلاتے ہیں۔

(۱) مہبل (Vagina): یہ عضلی غشائی قنال (Musculo-Membranous Canal) طبقی فلسمانی پرت سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ قنال مہبل کو رحم سے ملاتا ہے۔ اس کی لمبائی تقریباً ۹-۱۰ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ کھڑے ہونے کی وضع میں اس کا رخ اوپر اور پیچھے



تصویر نمبر۲ : حوضی اعضا (اوپر سے)

(۱) عجزی طنف (ابھار) (۲) قولون نازل (۳) بیضی رباط (۴) مثانہ (۵) رحم (۶) قولون سینی
(۷) رباط مستدیر (۸) بیض دخصیۃ الرحم (۹) قاذف دقلوبی نلی (۱۰) حالب

خمیدہ ہوتا ہے۔ اس کا بالائی سرا کپ نما تقوس یا قبوہ (Fornix) تک پہونچتا ہے جس میں عنق الرحم منضم رہتا ہے۔

دوشیزہ لڑکیوں میں قدامی مہبلی دیوار کی غشاء مخاطی میں متوازی چنٹیں پائی جاتی ہیں یہ غشاء مخاطی سرخ یا گلابی اور درمیان میں دھاری دار ہوتی ہے۔ مہبل کی ساخت میں غشاء مخاطی کے علاوہ ایک عضلی پرت بھی ہوتی ہے جو نوعمر بچیوں میں ۲تا۲ خلیاتی طبقات پر مشتمل ہوتی ہے لیکن بلوغت کے بعد ان کی تعداد میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ غشاء مخاطی کے نیچے پائے جانے والے عضلی طبقات طویل اور مدور ریشوں کے بنے ہوتے ہیں۔ خارجی طبقہ حوضی نسیج واصل (Pelvic Connective Tissue) سے نکلنے والے ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی طبقات کے سبب مہبل میں پھیلنے اور سکڑنے کی صلاحیت موجود ہوتی ہے، جس سے وضع حمل کے وقت آسانی ہوتی ہے۔

غشاء حمالی کی چنٹوں میں چھوٹی چھوٹی گلٹیاں (بارتھولینی غدد) ہوتی ہیں، جن سے جماع کے وقت رطوبت مترشح ہوتی ہے مزید برآں ان چنٹوں کا ایک اہم فائدہ یہ بھی ہے کہ جماع کے بعد منی ایک دم سے باہر نہیں نکلتی، بلکہ رکی رہتی ہے، جس سے استقرار حمل کا موقع ملتا ہے۔

طبقی فلسانی سرحلمہ خلیہ نسیج واصل (Papillae of Connective Tissue) کو پوشیدہ کرلیتی ہے۔ اس کے نیچے ایک مضبوط ریشہ دار عضلی طبق ہوتا ہے جو اسے مبرزی مہبلی جیب (Recto-Vaginal Pouch) پیچھے کی طرف مبرز و جسم عجان اور سامنے کی طرف مثانہ اور مبال سے ڈھیلے نسیج واصل اور لفائف یعنی دبیز جھلی (Fascias) کے ذریعہ علیحدہ اور اپنی اصلی وضع پر قائم رکھتا ہے۔ تخییب (Fertilization) کے زمانے میں مہبل کا طبقی فلسانی سرحلمہ دبیز ہوجاتا ہے اور آسٹروجن کی بیش فعالیت کے سبب گلائی کوجن کی بہتات ہوجاتی ہے لیکن بلوغت سے قبل اور سن یاس میں مذکورہ طبقی فلسانی سرحلمہ باریک اور گلائی کوجن نمایاں طور پر کم ہوجاتا ہے۔ بلوغت کے بعد گلائی کوجن کی موجودگی ناگزیر ہے، کیونکہ مہبل میں پیدا ہونے والے ڈوڈرلین عصیات (Doderlein's Bacillus) سرحلمی خلیہ (Epithelial Cell) میں گلائی کوجن کے ساتھ تعامل کرکے لیکٹک ایسڈ بناتے ہیں جو مہبل میں ترش تعامل پیدا کرتا ہے جس کا پی ایچ تقریباً ۴.۵ ہوتا ہے۔ یہ ترشئی تعامل تقریباً سن یاس تک برقرار رہتا ہے۔ یہ تعامل جرثوموں کے حملے ناکام بنا دیتا ہے۔ اسی تعامل کے سبب مقاربت کے وقت حوینات منویہ فنا ہوجاتے ہیں اور شاذونادر ایک یا چند حوینات آگے بڑھ کر بیضۂ انثی سے ملاقی ہوتے ہیں۔

روابط: قدرتی طور پر دو ساختیں مثانی مہبلی صفاق کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہیں۔ مثانہ جو ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے اور مبال جو اس سے سختی سے جڑا رہتا ہے۔ مثانی مہبلی صفاق معقول عضلی صفاق تہ ہوتی ہے جو پیڑو سے عنق الرحم تک جاتی ہے۔ اسے عانی عنقی صفاق یا رباط کہتے ہیں صفاق عانہ کا یہ اہم حصہ مثانہ اور مبال کا سہارا ہوتا ہے۔

جانبی طور پر مہبل کو مضبوط اساسی (مستعرض عنقی) رباطات سے تقویت پہونچتی ہے جو حوض کی جانبی دیواروں سے لے کر مہبلی قبوہ اور فوق المہبلی عنق تک ایک جھولا بناتے ہیں۔ مہبل کو اس کے وسط تہائی حصہ میں عضلات رافعۃ المبرز کے کناروں سے سہارا ملتا ہے، جہاں ریشے مکمل کر مہبلی عضلاتی نظام کی ترکیب میں شامل ہوتے ہیں۔

مبال کا انتہائی حصہ مثانہ میں داخل ہونے کے لئے سامنے سے گزرتا ہے۔ یہ مہبل کے جانبی

قبوہ سے ملا ہوتا ہے، جہاں سے یہ علیحدگی اختیار کر کے تقریباً ۲.۵ سینٹی میٹر فاصلے پر ہو جاتا ہے۔ موخر طور پر مہبل کے زیرین حصّہ کو عضلہ رافعۃ المبرز کے وسطی کناروں سے تقویت ملتی ہے جو طبعی حالت میں پیش مبرزی سلوٹ اور سطحی عجانی عضلات کے نزدیک ہوتے ہیں۔ یہ جسم عجانی کی تکوین کرتے ہیں اس کے وسط تہائی حصہ میں مہبل معاء مستقیم سے محض حوضی صفاق کے ایک باریک مستقیمی مہبلی حاجز کے ذریعہ علیحدہ رہتا ہے۔ مستقیمی مہبلی جیب مہبل کے عین موخر حصہ کے بالائی تہائی جزء میں واقع ہوتا ہے، جہاں صفاق عنق اور جسم رحم تک پہونچنے کے لئے موخر مہبلی قبوہ پر سے منعکس ہوتا ہے۔ اوپر مہبل اساسی رباطات اور ان کے بڑھے ہوئے حصوں موخر رحمی عجزی رباطات سے سہارا پاتا ہے۔ اس طرح رحمی سہارے مہبلی سہاروں کا بھی کام کرتے ہیں۔

(۲) رحم (The Uteras): یہ ایک ناشپاتی نما مخروطی، مجوف عضلاتی عضو ہے، جس کی ساخت میں لیفی عضلات (Pibrous Muscles) خاص طور سے شامل ہوتے ہیں۔ یہ حوضی کہفہ میں چند رباطات کے سہارے معاء مستقیم اور مثانہ کے مابین قائم رہتا ہے اور اس کا زیرین حصہ مہبل میں رہتا ہے۔ رحم دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ بالائی حصہ کو جسم رحم اور زیرین حصہ کو عنق الرحم کہتے ہیں۔ رحم کا بالائی حصہ قاع الرحم (Pundus) کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔ قاع الرحم کے اطراف میں جو زاویے ہوتے ہیں وہیں پر قاذفین رحم سے آکر ملتے ہیں اس مقام اتصال کو قرون (Cornua) کہتے ہیں۔ باریطون سے پوشیدہ شکمی کہفہ میں رحم ایک بڑا مستدیر حصہ ہوتا ہے، جس میں عنق یا ناشپاتی (رحم) کے تنے کے لواحقات آکر مدغم ہو جاتے ہیں۔

دورانِ حمل رحم میں جنین اور مشیمہ موجود ہوتا ہے اور غیر حاملہ بالغ عورتوں میں اسی سے خونِ حیض جاری ہوتا ہے۔ باکرہ جوان العمر اور غیر حاملہ عورتوں میں رحم کی پیمائش درج ذیل ہوتی ہے۔

لمبائی تقریباً ۳ انچ (۷.۵ سینٹی میٹر)، جسم رحم کا قطر ۲ انچ (۵ سینٹی میٹر) اور عنق الرحم کا طول تقریباً ۱ انچ (۲.۵ سینٹی میٹر)۔ دیوار رحم تقریباً ⅜ انچ (۱ سینٹی میٹر) دبیز اور عضو کا وزن ۲½ اونس (۷۰ گرام) ہوتا ہے۔ عمر کے مختلف ادوار میں رحم کی ہیئت اور وزن میں تغیر آتا رہتا ہے۔ چنانچہ بچپن کا رحم صرف ۲ تہائی حصہ ہوتا ہے اور بڑھاپے میں بھی سکڑ کر نمایاں

طور پر چھوٹا ہو جاتا ہے۔ عضلی دیواریں صلابت اختیار کرلیتی ہیں۔ فم رحم مسدود ہو جاتا ہے۔ عنق الرحم تقریباً معدوم ہوتا ہے اور جسامت گھٹ جاتی ہے۔

جسم رحم کی غشاء مخاطی کو درون رحم (Endometrium) کہتے ہیں جس کی دبازت دورانِ طمث بڑھ جاتی ہے۔ یہ غشاء عام حالات میں باریک ہوتی ہے لیکن اگلا طمثی دور شروع ہوتے ہوتے دوبارہ دبازت اختیار کرلیتی ہے۔ وعلی ہذا۔ رحم کی ساخت میں باہر سے اندر کی طرف حسب ذیل ۳ طبقات شامل ہوتے ہیں۔

(۱) مصلی طبقہ (Serous Layer) (۲) عضلی طبقہ (Muscular Layer) مخاطی طبقہ (Mucous Layer)

اس میں نسیج واصل کا ہیکل (Stroma) بھی ہوتا ہے جس کی تخلیق چھوٹے چھوٹے خلیات سے ہوتی ہے۔ یہ بافتیں رحم کو اس کی اصلی وضع پر قائم رکھنے کے لئے معین ثابت ہوتی ہیں۔

درون رحم کی عروقی رسد دو عروقی حصوں سے ہوتی ہے جنہیں ملتف یا حلزونی (مرغولہ دار) شرائین صغیرہ (Spiral or Coiled Arterioles) اور قاعدی شرائین صغیرہ (Basal Arterioles) کہتے ہیں۔ علاوہ بریں قاعدی طبقوں کے تغذیہ کے لئے کچھ مخصوص تغذیائی عروق بھی ہوتی ہیں۔ حلزونی شرائین طمثی دورہ کے میکانیہ اور درون رحمی جریان میں بھی اہم کردار ادا کرتی ہیں۔

(۳) **عنق الرحم** (The Cervix): یہ رحم کا زیریں استوانی (بیلن نما) حصہ ہے، جس کی ساخت میں لیفی عضلی بافت شامل ہوتی ہے۔ اس کا طول جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، ایک انچ (۲.۵ سینٹی میٹر) ہوتا ہے۔ یہ اوپر جسم رحم سے متصل ہوتا ہے اور نیچے مہبل کے بالائی حصے میں شامل ہوتا ہے۔ اسی لئے اس کو دو حصوں یعنی فوق المہبلی اور مہبلی میں بیان کیا جاتا ہے۔

عنق کی قنال تکلہ کی ہم شکل ہوتی ہے یہ اوپر فم داخلی پر مسدود ہوتی ہے جہاں جوف رحم کے ساتھ برقرار رہتی ہے اور نیچے فم خارجی پر مہبل میں کھلتی ہے۔ جن عورتوں نے بچے نہ جنے ہوں ان میں فم خارجی ہلالی ہوتا ہے، لیکن وضع حمل یا آلاتی اتساع کے بعد اس کی شکل آڑے شگاف کی طرح ہو جاتی ہے۔ عنق مہبلی فلسمانی (کھپریے دار) سرحلمہ سے ملفوف رہتا ہے، جو فم خارجی کے کناروں تک پھیلا رہتا ہے۔ عنق کا رخ رحم کی وضع کے اعتبار سے مختلف ہوتا ہے۔

عنقی قنال میں غشاء مخاطی کی لائنیں ہوتی ہیں جو چنٹوں میں موجود ہوتی ہیں اور مقدم و موخر سطوح پر وسطی عمودی ابھار ہوتا ہے جہاں سے مستعرض چنٹیں پھیلتی ہیں۔

خردبینی طور پر عنق قنال کی لائنیں سرحلمی غلاف، غدد اور ہیکل (Stroma) سے مرکب ہوتی ہیں۔

(۴) مبیضین (خصیۃ الرحم) (The Ovaries): مبیضین دو چھوٹی چھوٹی بادامی شکل کی ٹھوس گلٹیاں ہیں یہ ایک طرف سے دوسری طرف قدرے چپٹی ہوتی ہے اور حوض صادق کے بالائی حصے کی جانبی دیوار کے بالمقابل موجود ہوتی ہیں۔ بچیوں میں مبیضین چھوٹی ساخت کے تقریباً ۳/۴ انچ (۵، ۱ سینٹی میٹر) طویل اور تقریباً ۱/۴ انچ (۵، ۰ سینٹی میٹر) دبیز ہوتے ہیں۔ اس کی سطح نرم ہوتی ہے۔

بلوغ وطمث شروع ہونے والے مہینوں میں مبیضین بڑھ کر جسامت اختیار کرلیتی ہیں اور اس وقت ان کی پیمائش تقریباً ۱/۲ ۱ انچ طویل، ۳/۴ انچ عمیق اور ۱/۲ انچ دبیز ہوجاتی ہے۔
قدامی طور پر رباط عریض کی خلفی سطح پر یہ اس طرح فٹ ہوتے ہیں۔ گویا قدرت نے انگوٹھی میں نگینہ جڑ دیا ہو۔ اس کے مقام اتصال پر نافچہ (Hilum) ہوتا ہے۔ جس کے ذریعہ عروق دمویہ اور اعصاب داخل ہوکر مبیضین تک پہونچتے ہیں۔ شاذ ونادر اصابات میں مبیض فوق المبیض بھی پایا جاتا ہے (ہرل اور پلاٹس کی رپورٹ کے مطابق اب تک ایسے محض ۵ اصابات دیکھنے میں آئے ہیں) ان کا اندرونی کنار اقاع الرحم سے آنے والے ایک رباط مستدیر کے بیرونی کنارے اقاذف کے جھالردار حصہ (طرف مشرشر) سے ایک مخصوص نلی کے ذریعہ ملا رہتا ہے۔

مبیضین کی بیرونی سطح سفید شفاف اور آب دار دکھائی دیتا ہے۔ یہ دراصل صفاقی جھلی ہوتی ہے۔ کمسن بچیوں میں یہ نرم ونازک ہوتی ہے اور جوان لڑکیوں میں بالیدگی اختیار کرکے کافی بڑھ جاتی ہے لیکن پیری میں سکڑ کر صلابت اختیار کرلیتی ہے۔ مبیض ایک مضبوط رباط یعنی رباط مبیضی (Ovarian Ligament) کے ذریعہ رحم سے ملا رہتا ہے اور بالائی خارجی حصہ حوض کی طرف قاذفین کے نیچے رباط عریض کے سہارے معلق رہتا ہے۔

تراشے پر مبیض دو حصوں یعنی بیرونی قشر (Outer Cortex) اور مرکزی حصہ یعنی لُب (Medulla) میں منقسم نظر آتا ہے۔ قشر کو پوشیدہ رکھنے والی چیز جینی سرحلمہ (Germinal Epithelium) کہلاتی ہے جو خلوی سرحلمہ سے بنی ہوتی ہے۔ یہ عام طور سے جوان العمر عورتوں میں مخفی ہوتی ہے لیکن مزمن التہاب کی حالت میں اکثر مشاہدہ میں آسکتی ہے۔ ان اصابات میں غشاء خلوی استحالہ کے تغیرات پیدا کرتی ہے۔ غشاء خلوی کے نیچے قشری ہیکل (Cortical Stroma)

ہوتا ہے جو خلوی سرِ حلمہ کے عین نیچے باریک پرت بناتا ہے، جسے طبقۂ بیضا (Tunica Albuginea) کہتے ہیں۔

مبیضین کی اندرونی سطح پر عروق دمویہ کے عضل یعنی خصیات ہوتے ہیں۔ اس خانہ دار ساخت میں بے شمار چھوٹے چھوٹے بلبلے بلبلے ہوتے ہیں جنھیں گرافی یا جرافی حویصلات (Graffian Vesicles or Follicles) کہتے ہیں۔ نوعمر بچیوں میں ان کی تعداد تقریباً ایک لاکھ ہوتی ہے، لیکن سن بلوغ تک پہونچتے پہونچتے یہ نمایاں طور پر کم ہو جاتے ہیں۔ بچپن میں یہ بہت چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں لیکن وقت گذرنے کے ساتھ ساتھ بڑھتے جاتے ہیں اور عہد شباب میں کم از کم ۳۰ یا ۴۰ تک اس قدر بڑھ جاتے ہیں کہ خالی آنکھ سے دیکھے جا سکتے ہیں، انھیں حویصلات میں بیضۂ انثیٰ (Ovum) محفوظ ہوتا ہے۔ جسامت کے اعتبار سے یہ حویصلات ایک دوسرے سے مختلف ہوتے ہیں۔ سن بلوغ کو پہونچنے پر آغاز طمث (Menarche) کے وقت مبیض کی خارجی سطح پر ۱۰-۲۰ حویصلات نمودار ہوتے ہیں، اور ان میں سے جو مکمل بالیدگی اختیار کر چکا ہوتا ہے، منشق ہو جاتا ہے۔ اس وقت بیضۂ انثیٰ والی رطوبت کو قاذف کا جھالر دار حصہ اپنی تحویل میں لے کر آہستہ آہستہ رحم کی جانب بڑھتا ہے۔ اس وقت اس کی اعانت حرکات لبشری بھی کرتی ہیں۔ ایسی حالت میں اگر مردانہ نطفہ اجر ثومہ حیوانی (Sperm) عورت کے بیضۂ انثیٰ سے ملاقی ہو جائے تو حمل قرار پا جاتا ہے۔

تناسلی اعضا کی دموی رسد

[Blood Supply of the Genital Organs]

تناسلی اعضا کی شریانی رسد حسب ذیل سے مشتق ہوتی ہے جو اوپر سے نیچے بالترتیب شمار کی گئی ہیں۔

(۱) مبیضی شریان (Ovarian Artery)

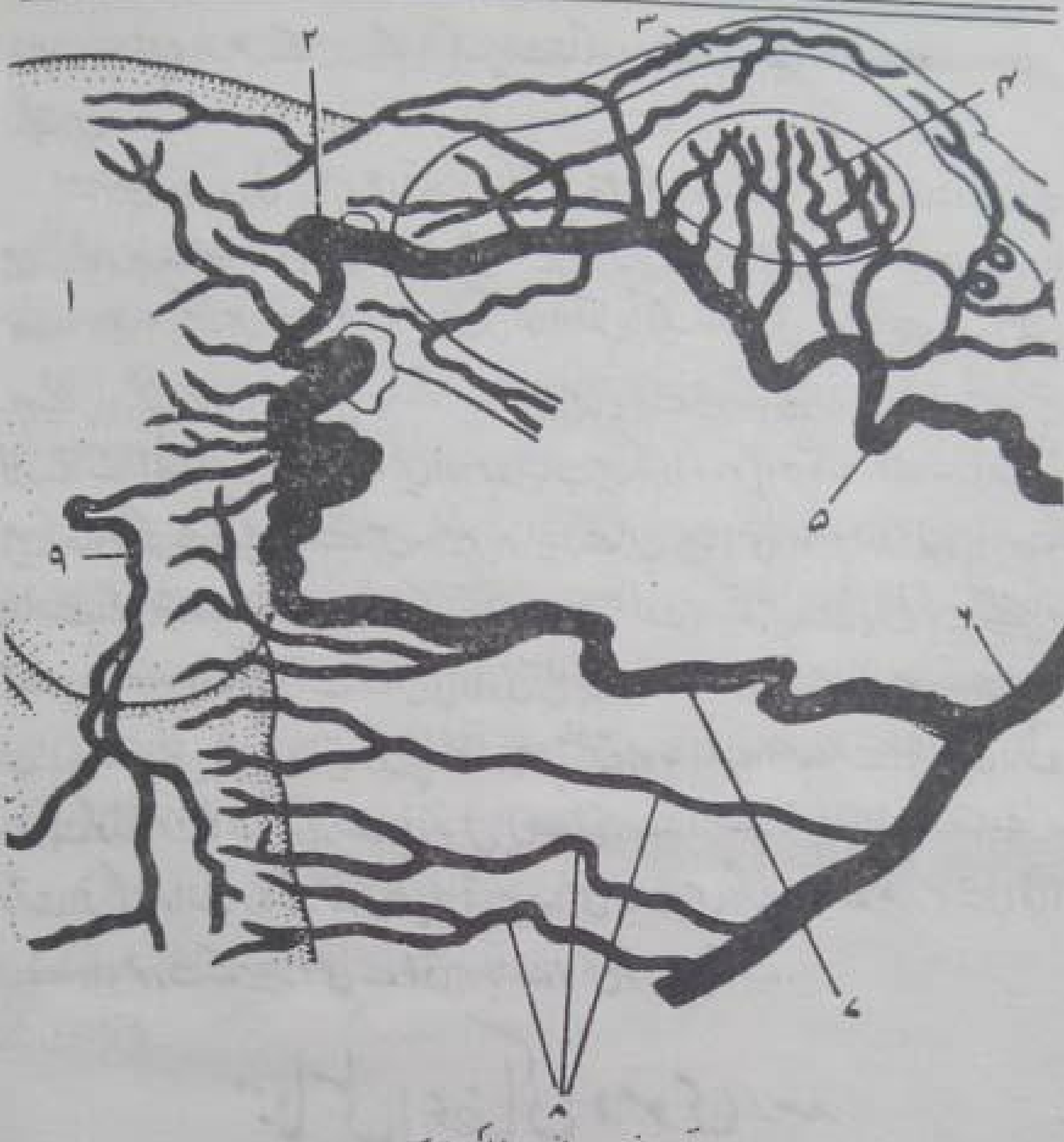
(۲) رحمی شریان (Uterine Artery)

(۳) مہبلی شرائین (Vaginal Arteries) ۳ یا ۴

(۴) داخلی اور خارجی عانی شرائین (Internal and External Pubic Arteries)

۲ سے ۴ والی شرائین داخلی حرقفی (Internal Iliac) کی مقدم سمت سے نکلتی ہیں

(۱) **مبیضی شریان** (Ovarian Artery): یہ دراصل شکمی اورطی کی ایک شاخ



تصویر نمبر ۳: حوضی اعضاء کی دموی رسد

(۱) رحم (۲) مبیضی و رحمی شرائین کا جال (۳) قاذف (۴) مبیض (خصیۃ الرحم) (۵) مبیضی شریان

(۶) داخلی حرقفی شریان کی مقدم تقسیم (۷) رحمی شریان (۸) [illegible] شرائین (۹) [illegible]

ہے جو اورطی کے سامنے اور کلوی شریان (Renal Artery) کے ٹھیک نیچے سے نکلتی ہے۔ بائیں مبیضی شریان کلوی شریان ہی سے نکلتی ہے۔ ہر طرف کی شریان زیریں جانب باریطون کے پیچھے گذرتی ہے۔ یہ حالب کو آگے کی طرف ترچھے طور پر عبور کر کے قمعی حوضی شکن میں پہنچ جاتی ہے۔ رباط عریض کے بالائی حصہ یعنی ماساریقائے انبوبہ (Mesosalpinx) کی پرتوں کے درمیان اندرونی جانب رخ کرتی ہوئی قرن رحم تک چلی جاتی ہے، جہاں یہ شاخ در شاخ ہو کر قاذفین، مبیضین اور رباط مستدیر کو دم شریانی بہم پہنچاتی ہے۔

اس کے ساتھ دو یا اس سے زائد وریدیں رباط عریض میں ضفیرہ (Plexus) بناتی ہیں، جس سے ایک مبیضی ورید بنتی ہے جو کہ مذکورہ رفیق شریان کے ہمراہ بالائی جانب گزرتی ہے۔ دائیں مبیضی ورید اجوف نازل میں اور بائیں ورید کلوی ایسر میں جاکر ختم ہو جاتی ہے۔

شریان رحمی (Uterine Artery): یہ داخلی حرقفی شریان کی جانبی تقسیم کی ایک شاخ ہے۔ یہ حوض کی جانبی دیوار کے نزدیک رباط عریض میں داخل ہوتی ہے اور اسے وسطی طور پر عبور کرتی ہوئی فم داخلی کے لبوں کے نزدیک رحم کے جانبی کنارے تک پہونچتی ہے۔ رحمی کنارے کے ذرا سے جانبی حصے میں یہ حالب کے نزدیک تقاطع کرتی ہے۔ جہاں سے یہ دفعتاً اوپر کی طرف مڑجاتی ہے اور رحم کے جانبی سرے سے قریب ہوجاتی ہے اور قرن الرحم پر شریان مبیضی کی انتہائی شاخ سے مل کر ایک جال سا بناتی ہے۔ اصل تنے کے زاویہ قائمہ پر یکے بعد دیگرے متعدد شاخیں نکلتی ہیں، جن میں سے بعض رحم کی اگلی سطح پر اور بعض پچھلی سطح پر سے گذرتی ہوئی شریان مقابل کی تناظر شاخوں سے خط وسطی پر مل جاتی ہیں۔ ان میں سے پہلے نکلنے والی شریان نسبتاً بڑی ہوتی ہے اور سامنے کی معاون شریان کے ساتھ مل کر عنق کی شریان مستدیرہ بناتی ہے اور رفیق ورید کے ساتھ مل کر رباط عریض میں ایک بڑا وریدی ضفیرہ بناتی ہے جسے ضفیرہ سنکیہ (Pampiniform Plexus) کہتے ہیں۔ ان کی مسلیت (DRAINAGE) مبیضی وریدوں کے ذریعہ ہوتی ہے۔ زیرین جانب یہ مثانی اور باسوری (Haemorrhoidal) وریدی ضفیروں سے ارتباط قائم کرلیتی ہیں۔ مبیضی و رحمی شرائین کی ایک نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ ان کی شاخیں پیچیدہ منظر پیش کرتی ہیں، جس کے سبب یہ بآسانی طوالت قبول کرلیتی ہیں اور دوران حمل کی نعلیاتی کلانی میں معین ثابت ہوتی ہیں اور اسی کے ذریعہ وضع حمل کے بعد واقع ہونے والے انکماش سے اپنی طبیعی پیچیدگی پر واپس آجاتی ہیں۔

مہبلی شرائین (Vaginal-Arteries): یہ تعداد میں ۳ یا ۴ ہوتی ہیں اور داخلی حرقفی شریان کی مقدم تقسیم سے نکلتی ہیں لیکن بعض اوقات ان میں سے کوئی ایک رحمی شریان سے بھی براہ راست نکل آتی ہے۔ یہ شرائین تحتانی اور وسطی طور پر پھیلتی ہیں نیز فوق المہبل کے نزدیک ان کے اطراف میں پہونچ کر شاخ در شاخ بے قاعدہ طور پر تقسیم ہو جاتی ہیں جو مہبل کو گھیر لیتی ہیں۔ شریان مستدیرہ عنقی کی شاخیں خط وسطی کے ساتھ مقدم اور موخر طور پر گذرتی ہیں۔ شرائین مہبلی کی شاخوں اور عنق کی شریان مستدیرہ

کی شاخ کے درمیان انضمام کے نتیجہ میں دو عروق بنتی ہیں۔ مجرد مہبلی (Zygos Vaginas) جو مہبل کی اگلی اور پچھلی سطوح کے وسط میں گزرتی ہوئی نیچے جاتی ہے۔

نوٹ: مہبل کی دموی رسد تحتانی مثانی، وسطی مستقیمی اور داخلی استحیائی شرائین سے بھی ہوتی ہے۔

مہبلی اوردہ کا باسوری اور مثانی ضفیروں سے آزادانہ رابطہ ہوتا ہے۔

داخلی عانی شریان (Internal Pubic Artery): یہ تحت الشراسیفی شریان کی مقدم تقسیم کی ایک شاخ ہے۔ یہ حوض میں ثقبۂ نسائی کبیرہ (Greater Sciatic Foramen) کے ذریعہ گزر کر ثقبۂ نسائی صغیرہ (Lessor Sciatic Foramen) کے ذریعہ عجان میں داخل ہوجاتی ہے اور فرج و عجانی جسم بنانے والے حصوں کو دموی رسد بہم پہونچاتی ہے۔ یہ حوضی قوس (Pubic Arch) کے نیچے واقع ہوتی ہے اور متعدد شاخیں بناتی ہے، جن میں دو اہم ہیں (۱) شریان بظر، یہ بظر اور دہلیز کو رسد بہم پہونچاتی ہے، (۲) شریان بصلہ یہ فرج کے موخر حصے میں بارتھولینی غدہ کو رسد بہم پہونچاتی ہے۔

داخلی عانی ورید مذکورہ شریان کے ساتھ گزرتی ہے اور تحت الشراسیفی ورید میں جاکر ختم ہوجاتی ہے۔

تناسلی اعضاء کی لمفاوی رسد

[Lymphatic Supply of the Genital Organs]

تناسلی اعضاء کے عروق لمف کی نکاسی (مسیلیت) غدود ذیل کے سلسلوں میں ہوتی ہے۔

(۱) تحت الشراسیفی یا زیر معدی غدد: دو گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اول فوقانی، جو شریان حرقفی عام کی دو شاخگی سے بننے والے زاویہ میں واقع ہوتے ہیں، دوم تحتانی جو رحمی شریان کے ملحقات میں واقع ہوتے ہیں۔

(۲) قطنی غدد: یہ شکمی اورطی اجوف نازل کے سامنے واقع ہوتا ہے یہ سلسلہ ایک وسطی اور دو جانبی گروہوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

(۳) عجزی غدد: یہ عجز کے سامنے اور معاء مستقیم کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

(۴) سطحی اُربی غدد کا فوقانی گروہ۔

مہبل کے عروق لمف کی مسیلیت فوقانی اور تحتانی زیر معدی غدد اور کچھ کی اربی غدد میں

ہوتی ہے۔ چنانچہ :-

(۱) مہبل کے بالائی دو تہائی عروق لمف عنق کے لمفاوی عروق سے جڑتے ہیں اور فوقانی زیر معدی غدد میں مسلیت کرتے ہیں۔

(ب) مہبل کے زیرین تہائی عروق لمف کی مسلیت براہ راست اُربی غدد کی جماعت میں ہوتی ہے۔

عنق کے عروق لمف : کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں چنانچہ ان کی تکوین ۳ یا ۴ بڑے تنوں کی شکل میں ہوتی ہے جن کی مسلیت فوقانی زیر معدی غدد میں ہوتی ہے۔ سب سے پہلے چند عروق لمف کی رحمی شریان کے تقاطع حالبی کی سطح پر واقع ایک غدہ میں ہوتی ہے اور وہاں سے لمفاوی عروق کی نکاسی فوقانی زیر معدی غدد میں ہوتی ہے۔ ان میں سے کچھ لمفاوی عروق رحمی عجزی رباطات کے ساتھ گزرتی ہوئی غدد عجزی میں کھلتی ہیں۔ غدہ سادہ قنال سادہ کے فوقانی سرے پر عصب سادہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ مستحکم نہیں ہوتا، لیکن جب موجود ہوتا ہے تو ران کے داخلی جز کے عمیق تر حصوں سے لمف وصول کرتا اور اس کی برآمدہ عروق خارجی حرقفی غدد کے سلسلے میں اختتام پذیر ہوتی ہیں۔ سرطان عنق میں زیر معدی کے بعد سب سے زیادہ یہی ماؤف ہوتا ہے۔

جسم رحم کے عروق لمف : عنق کے مقابلے میں جسم رحم کی مسلیت کرنیوالے نسبتاً کم لمفاوی عروق ہیں۔ قاع الرحم اور جسم رحم کے بالائی حصے سے پیشتر لمفاوی عروق فوقانی اور خارجی جانب رباط عریض میں سے گزرتی ہیں تاکہ انھیں حرقفی، قطنی اور غدد کی فوقانی اور طی جماعت میں مسلیت پذیر قاذف سے جوڑ دیں، چند عروق لمف رباط مستدیر کے کنارے گزرتی ہوئی سطحی اُربی غدد کو جاتی ہیں۔

جسم رحم کے زیرین حصہ کی مسلیت نیچے گزرنے والی لمفاوی عروق سے ہوتی ہے جو ان سے جڑتے ہوئے عنق میں جاملتی ہیں۔

زیریں حصہ کی جسم رحم کی جڑ سے لمفاوی مسلیت میں اختلاف خبیث مرض کے علاج میں بڑی اہمیت کا حامل ہے۔

قاذف اور مبیض کے عروق لمف :- انبوبہ اور مبیض سے عروق پہلے تحت المبیضی لمفاوی ضفیرہ کو جاتی ہیں، جہاں وہ ان کے ذریعہ قاع الرحم سے جڑ جاتی ہیں اور اس کے بعد مبیضی عروق کے ہمراہ غدد اور طی کی فوقانی جماعت میں نکاسی کی غرض سے جاتی ہیں۔

مرض خبیث کے شعاعی معالجہ کے ساتھ ساتھ عموماً مسلیت بھی رو بہ عمل لائی جاتی ہے۔ علاوہ ازیں

تناسلی قنال کے مختلف حصوں کے سرطانات کے عملیہ کا انحصار خبیث نمو کے استیصال کے ساتھ حامل لمف خطہ کے وسیع شگاف پر بھی ہے۔ خبیث مرض کے علاوہ التہاب بھی لمفاوی عروق کے ساتھ ساتھ ایک خطہ سے دوسرے میں علی الخصوص عنق کے لمفاوی جال سے غلوی بافتوں میں پھیلتا ہے۔

تناسلی اعضا کی عصبی رسد

[Lymphatic Supply of the Genital Organs]

رحم کی تعصیب شرکی (Sympathetic) اور نزد شرکی (Parasympathetic) اعصاب سے ہوتی ہے۔ ان میں سے شرکی عصبی ریشے انقباض اور نزد شرکی ریشے استرخا (ڈھیلا پن) کا فعل انجام دیتے ہیں۔

احشائے حوض کی تعصیب دو ذرائع سے ہوتی ہے، مرکزی (نخاعی) اور خود اختیاری نظام اعصاب میں حیثیت المجموع مرکزی نظام اعصاب حوض کے عضلات ارادیہ کے کام آتا ہے اور جلد نیز متعلقہ ساختوں سے تحریکات حاسہ منتقل کرتا ہے۔ شرکی یا خود اختیاری نظام غیر اختیاری اعضا کے افعال میں باقاعدگی پیدا کرتا ہے اور اس طرح یہ رحم، قاذفین، حبل معاء مستقیم، مثانہ اور مبال کے کام آتا ہے۔

جسمی (Somatic) یا مرکزی اعصاب

عصب حیائی (Pudendal Nerve): یہ دوسرے، تیسرے اور چوتھے عجزی عصب کی جڑوں سے نکلتا ہے۔ اس کے ریشے آخر کار ورک کی مستقیمی حفرہ کی دیوار خارجی میں پہونچتے ہیں۔ تحتانی باسوری عصب بنانے کے بعد یہ عجانی عصب اور بظر کے ظہری عصب میں منقسم ہو جاتا ہے۔ عجانی عصب فرج وبصلۃ الدہلیز کی حاسہ رسد بھی کرتے ہیں، یہ خارجی مبرزی عضلۂ عاصرہ، رافعۃ المبرز، سطحی عجانی عضلات مع عاصرہ مہبلی کی تعصیب بھی کرتا ہے۔ بظر کا ظہری عصب حاسہ ہوتا ہے۔

عصعصی ضفیرہ (Coccygeal Plexus): یہ چوتھے، پانچویں عجزی اور عصعصی عصب سے

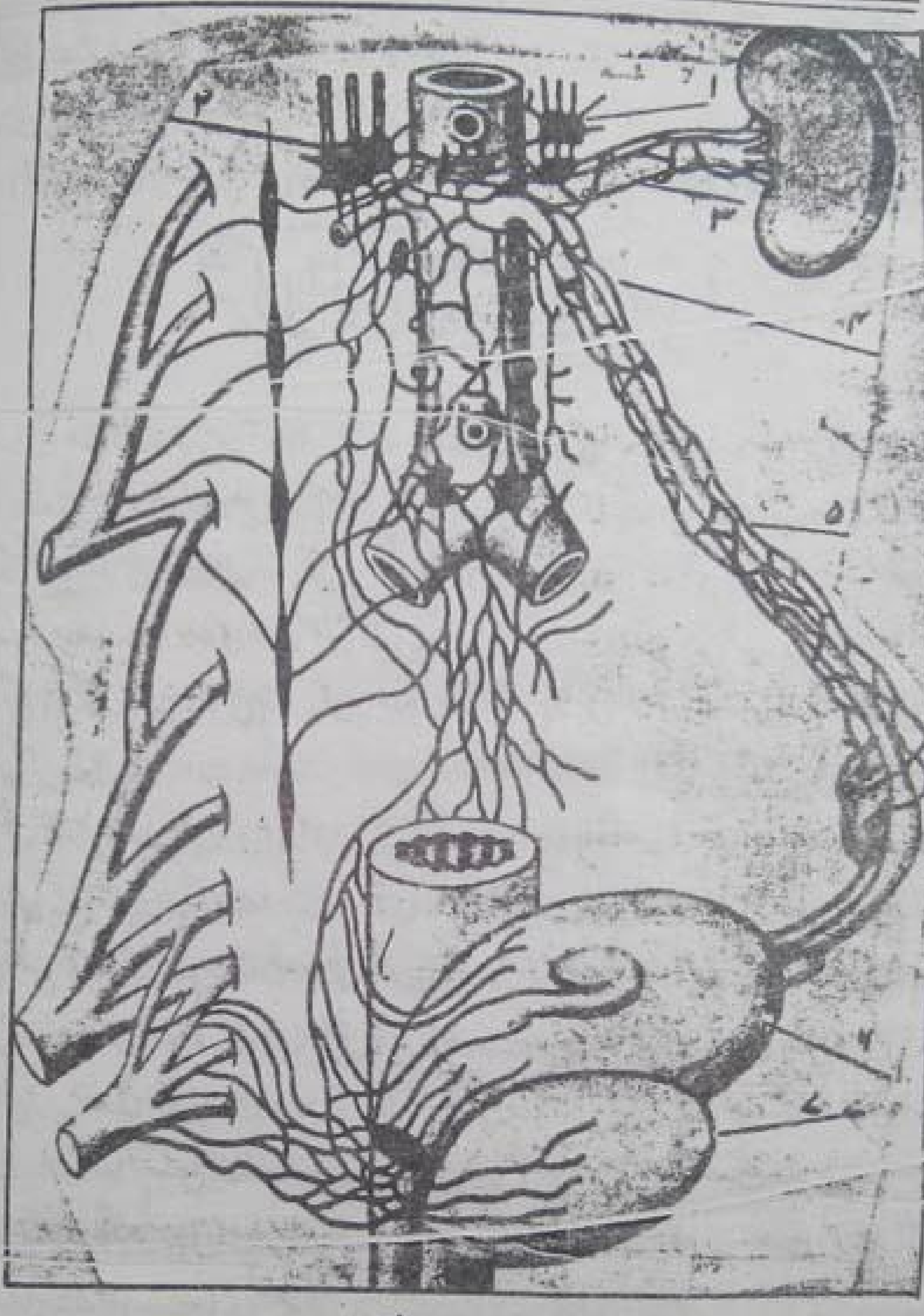
مشتق ہوتے ہیں۔ اس کی عضلی شاخیں رافعۃ المبرز، عصعص اور قابضۃ المبرز کی تعصیب کرتی ہیں۔
لیکن بیشتر ریشے حاسہ ہوتے ہیں۔
رافعۃ المبرز کی مخصوص عصبی رسد براہ راست تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب سے ہوتی ہے۔

شرکی یا خود اختیاری نظام اعصاب

نسائی اعضائے تولید میں آنے اور جانے والے جملہ اعصاب، اعصاب کے سوا اس گھنے جال سے لذرتے ہیں جو حوضی کہفہ میں معا مستقیم کی جانب، عجزی تقبہ کے اوپر واقع ہے، اس کے بعد نیچے نزد مستقیمی خلوی بافت میں جاتے ہیں۔ اس کے بعد عصبی بنڈل آگے رحمی عجزی شکنوں کی خلوی بافت کے درمیان سے دوسری طرف عنق کے بنیادی رباطات اور جانبی مہبلی تبوؤں میں داخل ہونے کے لئے گزرتا ہے۔ حوضی ضفیرہ کو جانیوالے مخصوص شرکی ریشے اہم اور بڑے ضفیروں سے صعود کرتے ہیں۔

پیش اورطی ضفیرہ سیلومی اور کلوی عقدہ (Coeliac and Renal Ganglia) سے مشتق ہو کر نیچے اورطی کے بالمقابل جاتا ہے، جہاں یہ جانبی طور پر قطنی شرکی عقدہ سے جڑ جاتا ہے۔ یہ ریشے پانچویں قطنی فقرہ کے جسم پر شاخ اورطی کے نیچے ایک ضفیرہ بناتے ہیں، جسے پیش عجزی عصب یا فوقانی زیر معدی ضفیرہ کہتے ہیں۔ پیش عجزی عصب زیریں جانب عجزی کے اوپر گزرتا ہے۔ اور وسطی زیر معدی ضفیرہ کے طور پر جانا جاتا ہے، نیز یہ بالائی عجزی قطعات کے سامنے پڑا رہتا ہے۔ اس مقام کے نیچے سے یہ ضفیرہ دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ ہر نصف حصہ معا مستقیم کے انبوبہ کے اردگرد تحتانی زیر معدی ضفیرہ کے طور پر گزرتا ہے، اور وہاں سے رحمی عجزی رباطات سے ہوتے ہوئے عنق کے جانبی سطح کی خلوی بافت کو جاتا ہے جہاں یہ رحمی مہبلی یا حوضی ضفیرہ بناتا ہے۔ ضفیرہ معد عقدہ پائے جاتے ہیں، یہ مہبل اور مثانہ کے بالائی حصے کے عروق دمویہ کے ساتھ واقع ہوتے ہیں اور ان احشا کی تعصیب کرتے ہیں۔ ضفیرہ کی مخصوص شاخیں رحم کی دموی رسد کرتی ہیں۔ عضلی خلیات تک پہونچنے سے پہلے پہلے عصبی ریشے عقدہ کے ان دو ممتاز گروہ میں داخل ہوتے ہیں جو کہ سطح رحم پر اور عنق کی عضلی دیوار کے اندر واقع ہوتے ہیں۔

مبیض کی تعصیب: مبیضی ضفیرہ کلوی ضفیرہ سے جاری ہونے والی شاخوں نیز



تصویر نمبر ۵: حوضی احشا کی عصبی رسد

(۱) سیلوی عقدۂ ایسر (۲) فوقانی مساریقی عقدۂ ایسر (۳) کلوی عقدۂ ایسر (۴) تناسلی عقدۂ ایسر (۵) تحتانی مساریقی عقدۂ ایسر (۶) تحت الشراسیفی (زیر معدی) عصب (۷) بائیں جانب کیسۂ رحم دخانہ

بین المساریقی اعصاب سے بنتا ہے۔ ان دونوں کے ریشے مل کر مبیضی شریاں کے سامنے مبیضی ضفیرہ بناتے ہیں۔ مبیضی شریان کے ساتھ یہ چل کر قرن حوضی قمعِ میں داخل ہو کر

مبیض تک پہونچتا ہو چند مابقی ریشے مبیضی رباط کے ساتھ چل کر قرن رحم کی تعصیب کرتے ہوئے ختم ہو جاتے ہیں۔

قاذفین کی تعصیب : اس کی عصبی رسد حوضی ضفیرہ اور مبیضی ضفیرہ سے ہوتی ہے اس کی مخصوص تعصیب عضلی دیوار اور عروق دمویہ میں ہوتی ہے۔

رحم و عنق سے دردناک تحریکات شرکی کرٹی کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ اسی لئے دردناک امراض و اختلالات میں تناسلی اعضا کی اعصابی رسد کا تشریحی علم اس کے علاج میں کامیابی سے قریب تر کر دیتا ہے۔ عجزی ابھار کے سامنے واقع پیش عجزی عصبی ضفیرہ کا استیصال تشنجی عسرالطمث کے منتخب اصابات میں کیا جاتا ہے، علاوہ بریں یہ عمل حوضی بافتوں اور حوضی عظام کی دررزیشش (Infilteration) کرنے والے ترقی یافتہ سرطان عنق کے اصابات میں شدت درد رفع کرنے کے لئے بھی کیا جاتا ہے۔ بسا اوقات ہبلی عملیات جیائی اعصاب کو سد حس کے ذریعہ بے حس کر کے بھی انجام دئے جاتے ہیں۔

(۲)

فرشِ حوض

[The Pelvic Floor]

حوضی ڈایافرام رافعات المبرز اور عصعصی عضلات سے بنتا ہے۔ یہ ایک محدب تحتانی یا عجانی سطح اور ایک مقعر فوقانی یا حوضی سطح پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا حوضی رخ صفاق حوض کے احشائی پرت سے پوشیدہ رہتا ہے۔ فرش کی ساخت قیف نما اور منظر بیضوی ہوتا ہے۔ اسی حوضی ڈایافرام، عروق دمویہ کے لیفی غلافوں اور ان کے انتہائی بندوں سے رحم اپنی طبعی وضع پر قائم رہتا ہے۔ اس کا مخصوص کام احشائے شکم کا وزن برداشت کرنا اور ان کو انزلاق سے محفوظ رکھنا ہے۔ تنفس تغیرات اوضاع، کھانسنے، چھینکنے، کونتھنے اور عمومی عضلی جہد سے واقع ہونے والے پیہم تغیرات کا مقابلہ ڈایافرام اپنے درون شکمی عضلی دباؤ سے کرتا ہے۔

فرش حوض بنانے والے طبقات حسب ذیل ہیں:۔

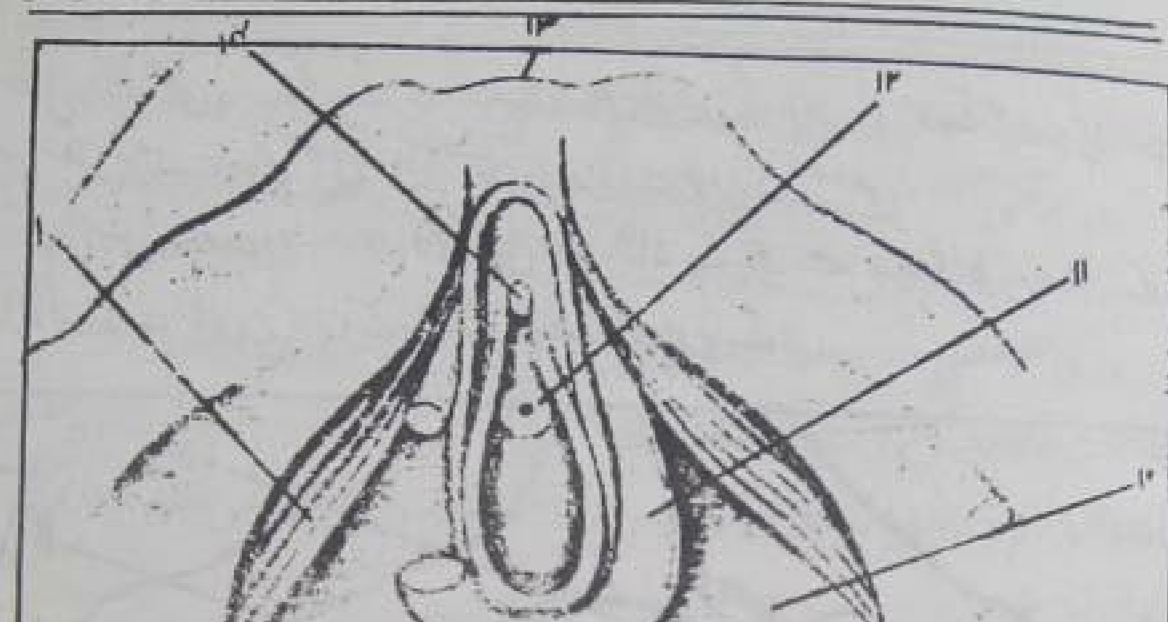
(۱) رافعۃ المبرز اور عصعصی عضلات کو ملفوف کرنے والے درون حوضی صفاق کی جوفی (کہفی) پرت

(۲) عضلات رافعۃ المبرز۔

(۳) بولی تناسلی حاجز یا مثلث نما رباط؛ اور

(۴) سطحی عجانی عضلات۔

کہفی درون حوضی صفاق: عضلات رافعۃ المبرز کی تحتانی اور فوقانی سطوح کو ملفوف کرنے والے صفاق کو حسب ذیل طریقہ پر سمجھا جاسکتا ہے۔ تحتانی سطح کو ملفوف کرنیوالا صفاق اوپر صفاق سادہ سے متصل رہتا ہے۔ نیچے یہ بولی تناسلی ڈایافرام کے فوقانی صفاق کے ساتھ برقرار رہتا ہے۔ فوقانی سطح اس صفاق سے ملفوف رہتی ہے جو اوپر عضلی الاصل خط کے کنارے عصب سادہ سے ملی رہتی ہے۔



تصویر نمبر ۶: فرش حوض کے عضلات (نیچے سے)

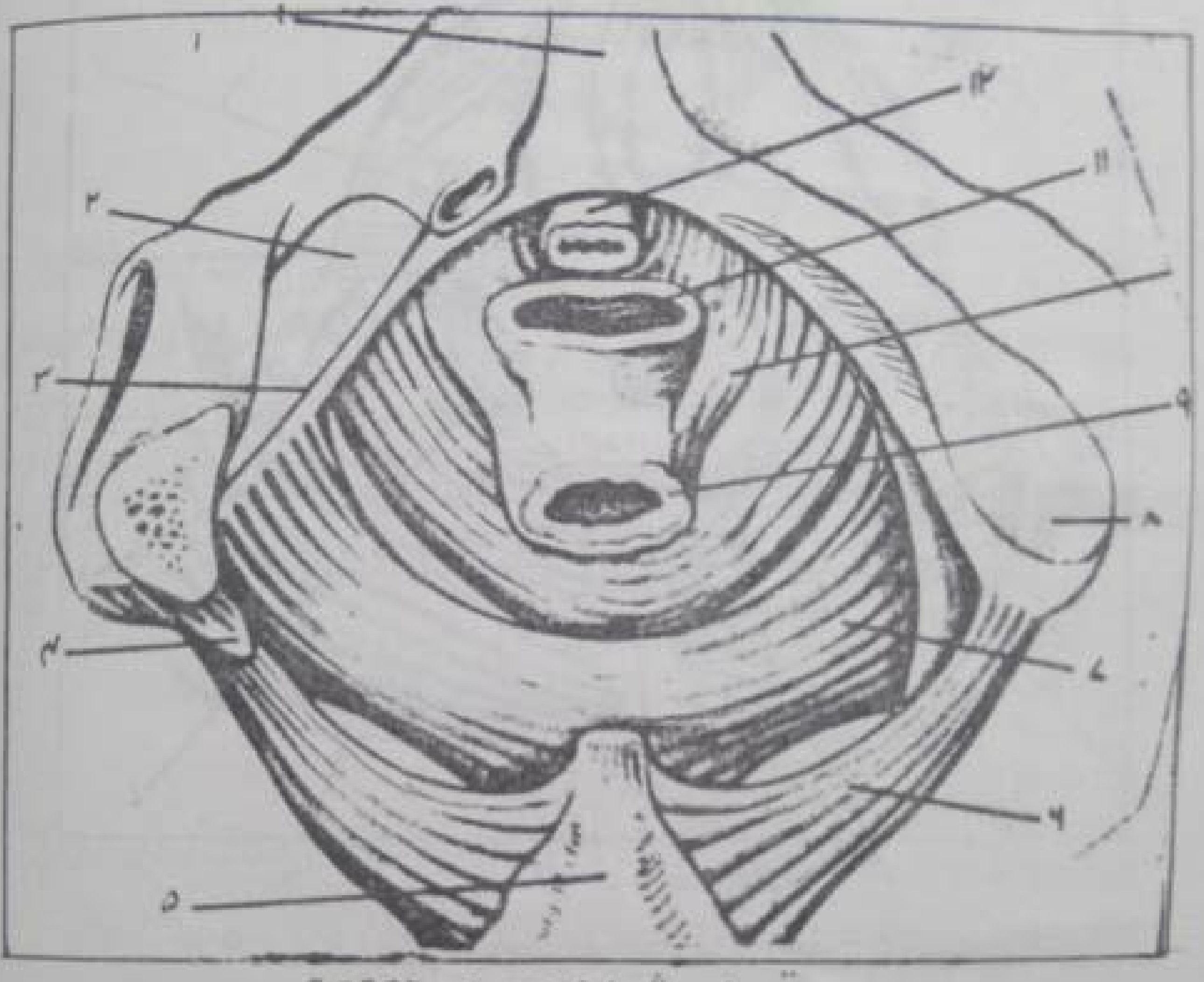
(۱) عضلہ ورکی کہفی (۲) جسم عجانی (۳) مبرز (۴) عضلہ عصعص (۵) عصعص (۶) عضلہ الوی کبیرہ
(۷) عانی عصعصی عضلہ (۸) حرقفی عصعصی عضلہ (۹) سطحی مستعرض عجانی عضلہ (۱۰) عمیق مستعرض عجانی عضلہ
(۱۱) عضلہ بصلی کہفی (۱۲) منفذ مبال (۱۳) التحام عانی (۱۴) بظر

عضلات رافعۃ المبرز (Levatores Ani): حوض کے دونوں طرف پایا جانے والا یہ عریض اور سطح عضلہ ہے۔ اس کا رُخ نیچے داخلی جانب ہوتا ہے۔ یہ حوض کے دوسری جانب مرکزی حصہ میں مل کر حوضی کہفہ کے فرش کا بڑا حصہ بناتے ہیں۔ یہ دو حصوں پر مشتمل ہوتے ہیں؛ عانی عصعصی اور حرقفی عصعصی۔

(الف) عانی عصعصی عضلہ عظم عانی کی حوضی سطح اور خط ابیض کے حصہ سے شروع ہوتا ہے۔

عضلی ریشے عقبی جانب گزرتے ہیں اور مبال، مہبل نیز مبرز کی طرف مائل ہوتے ہیں۔ یہ تین حصوں میں منقسم ہوتا ہے، عانی مہبلی، عانی مستقیمی اور بذات خود عانی عصعصی۔

عانی مہبلی (Pubo-Vaginalis): عانی مہبلی عضلہ مثانہ کے نیچے سے اور جانبی طور پر مبال کے ساتھ گزرتا ہے، جس میں اس کے ساتھ کچھ ریشے داخل ہو جاتے ہیں۔



تصویر نمبر ۷: فرشِ حوض کے عضلات (نیچے سے) جیتی ترتراش

(۱) التحام عانی (۲) ثقبہ سادہ (۳) قوس وتری (۴) ورکی شوکہ (۵) عصعص (۶) عصعصی عضلہ (۷) حرقفی عصعصی عضلہ (۸) ورکی ارتفاع (۹) مبرزی قنال (۱۰) عانی عصعصی عضلہ (۱۱) مہبل (۱۲) مبال

عانی مستقیمی (Pubo-Rectalis): عانی عصعصی عضلہ کا یہ درمیانی حصہ صفاق سادہ کے خطِ ابیض سے شروع ہوتا اور عقبی جانب مبرزی عصعصی شکن میں داخل ہونے کے لیے چلا جاتا ہے جہاں یہ مخالف سمت کے اپنے ہمسر سے معاء مستقیم کے پیچھے مل کر قوی عضلہ عاصرہ بناتا ہے۔

عانی عصعصی اصلی (Pubo-Coccygeus Proper): یہ صفاق سادہ کے خط ابیض سے شروع

ہونے والے عضلہ کا انتہائی جانبی حصہ ہے۔ یہ عصعصی کے پہلو میں داخل ہوتا ہے۔

(ب) حرقفی عصعصی (Ilio-Coccygeus): یہ خط ابیض کے موخر حصہ سے شروع ہو کر وسطانی طور پر عصعص کے پہلوؤں میں داخل ہونے کے لئے جاتا ہے۔

ورکی عصعصی (Ischio-Coccygeus): یہ پتلا، مسطح، مثلث عضلہ ہے جو عضلہ رافعۃ المبرز کے باقیات کے موخر ریشوں کے مبدا کے اوپر شوکۂ ورکی حوضی سطح سے شروع ہوتا ہے۔ یہ عصعص میں داخل ہو کر حوضی ڈایا فرام کو مکمل کرتا ہے۔ اس کا مقدم کنارا حرقفی عصعصی عضلہ کے موخر کنارے سے ملا رہتا ہے۔

تعصیب: اس کی تعصیب تیسرے اور چوتھے عصب عجزی اور لبا اوقات تحتانی باسوری عصب استحیائی کی شاخ سے ہوتی ہے۔

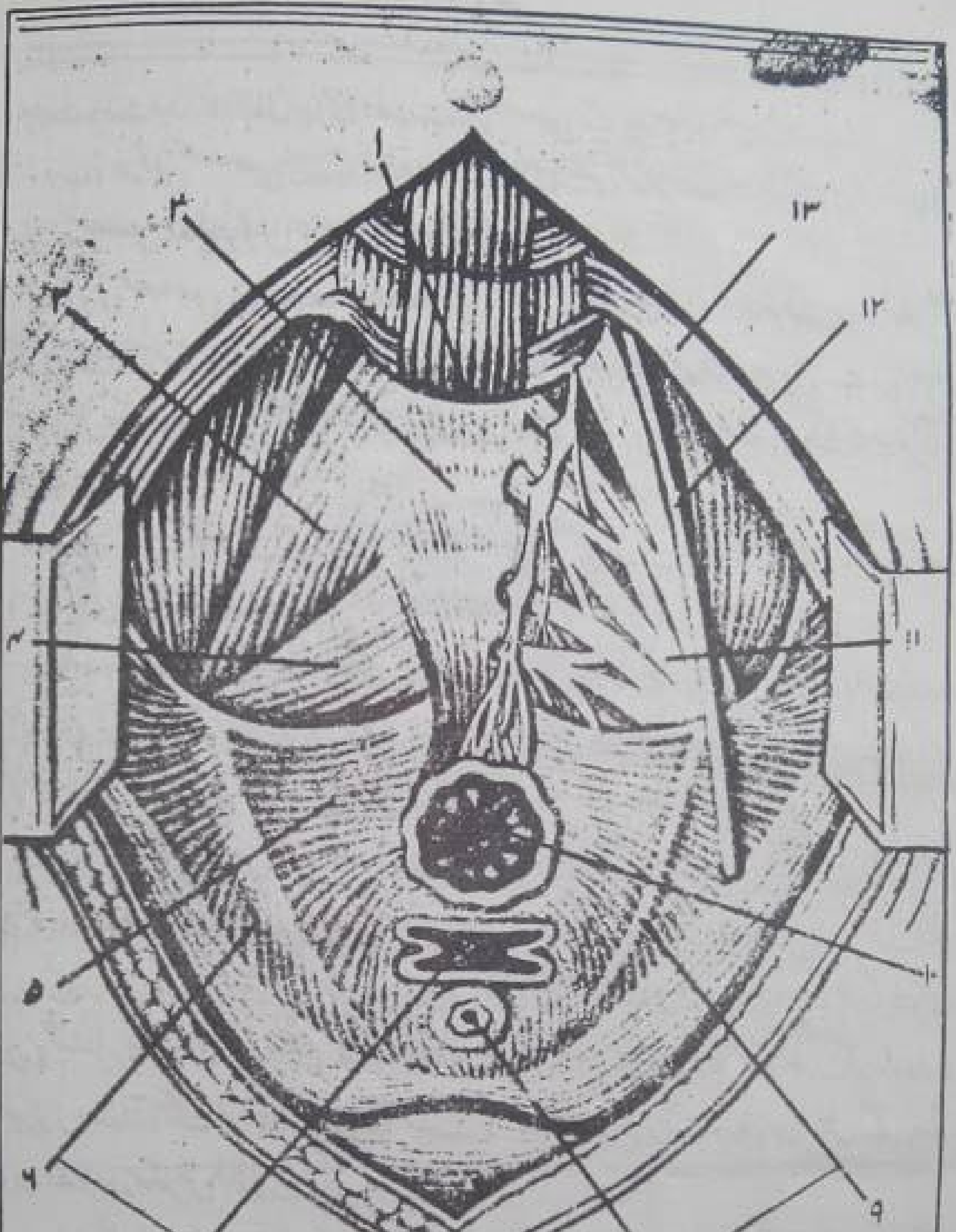
افعال: اس کا خاص فعل درون شکمی دباؤ میں اچانک پیدا ہونے والے تغیرات کی مدافعت کو برقرار رکھنا ہے۔ عانی مہبلی اور عانی مستقیمی ریشوں کا انقباض زیرین حصۂ مہبل اور مبرزی مستقیمی کے مقام اتصال کو منقبض کر کے ان کے انزلاق کو محفوظ رکھتا ہے۔

بولی تناسلی ڈایا فرام یا مثلث نما رباط: یہ عضلات رافعۃ المبرز کے نیچے واقع ہوتا ہے اور حوضی صفاق کی دو تہوں پر مشتمل ہوتا ہے جو قدامی طور پر باہم ملتے ہیں اور تحت عانی رباط کے ساتھ برقرار رہتے ہیں، بعد میں ورکی عانی شاخ سے ملتے ہیں اور موخر طور پر باہم دگر ملتے ہیں۔ ان کا تسلسل عجان کے مرکزی نقطے کے علاوہ عضلات رافعۃ المبرز کی زیریں سطح کو ملفوف کرنے والے مبرزی صفاق تک برقرار رہتا ہے۔ مثلث نما رباط کی دو تہوں کے درمیان مبال کے دبانے والا عضلہ اور مستعرض عضلات عجانیہ ہوتے ہیں۔

رباط مثلث مبال اور مہبل کے ذریعہ مثقوب ہو جاتا ہے اور رباط مثلث کے قدامی سرے اور تحت عانی رباط کے درمیان ظہری عروق اور عصب بظر کا راستہ بنانے کے لئے مختصر جگہ ہوتی ہے۔

سطحی مستعرض عجانی عضلہ: یہ ایک تنگ عضلی غلاف ہوتا ہے جو ورکی گومڑ (ابھار) سے ایک وتر کے ذریعہ شروع ہوتا ہے۔ یہ دوسری جانب کے عضلہ کے ساتھ مرکزی وتری نقطے میں داخل ہوتا ہے۔

بصلی عضلۂ اجوفیہ (Bulbocavernosus Muscle): اسے مہبلی عضلۂ عاصرہ (SPHI- NCTER Vaginae) کے نام سے بھی موسوم کرتے ہیں، یہ دہنۂ مہبلی کو گھیرتا ہے۔ یہ موخر جانب



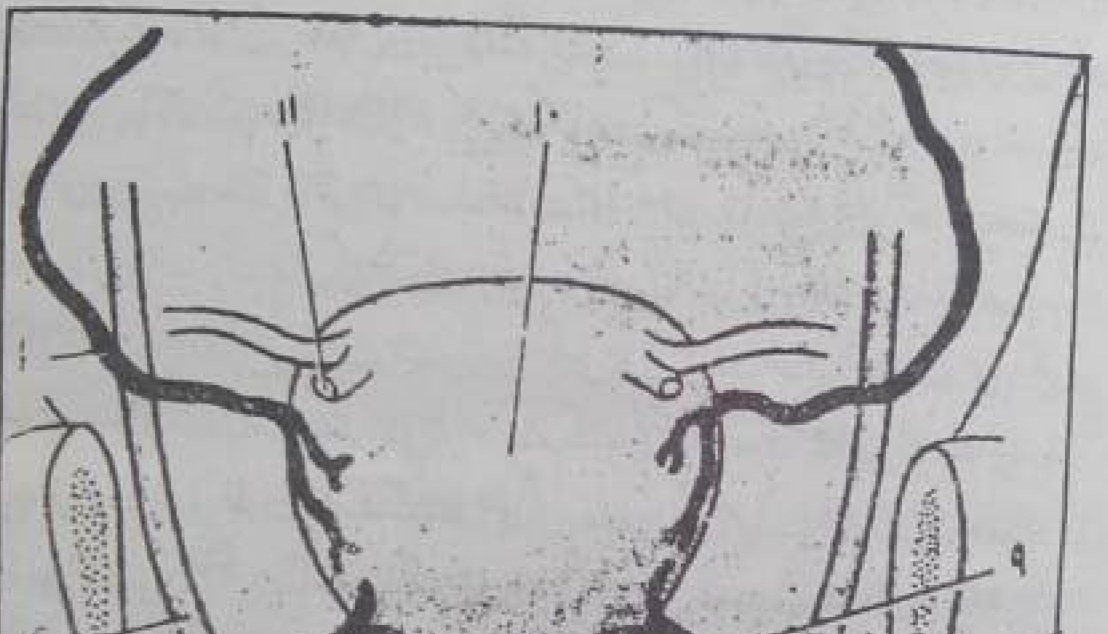
تصویر نمبر ۹: فرش حوض اوپر سے (احشاء دور کردیئے گئے ہیں)

(۱) ارتفاع عانہ (۲،۲) عجز (۳) عضلہ کمثریہ (۴) ورکی عصعصی عضلہ (۵) عضلہ رافعۃ البرز (۶) سادہ داخلی (۷) مبیل (۸) مبال (۹) خط ابیض (۱۰) معاء مستقیم (۱۱) عجزی ضفیرہ (۱۲) عصب سادہ (۱۳) عضلہ صلبیہ کبیرہ۔

عجان کے مرکزی وتری نقطے سے ملا ہوتا ہے اور اس کے ریشے آگے کی طرف جسمی مجوف بظر (Corpora Cavernosa Clitoridis) میں داخل ہونے کے لیے گزرتے ہیں۔

ور کی **عضلۂ اجوفیہ** (Ischiocavernosus Muscle): یہ مقدم طنف کی داخلی سطح سے نکلتا ہے۔

مذکورہ تینوں عضلات کی عصبی رسد عصب حیائی عجانی شاخ سے ہوتی ہے۔



تصویر نمبر ۹ : اساسی رباطات اور فرش حوض (سامنے سے)

(۱) بیضی شریان (۲) حالب (۳) عانی عنقی صفاق (۴) مبرز (۵) عضلہ رافعۃ المبرز (۶) عجبل (۷) رباط اساسی پر پڑا ہوا عانی عنقی صفاق (۸) رباط اساسی (۹) شریان رحم (۱۰) رحم کی موخر دیوار (۱۱) رباط مستدیر

نسائی حوضی اعضا کے سہارے

رباطات عریض (Broad Ligaments) : یہ دو رباطات عریض باریطون کی دوہری چنٹیں ہیں جو رحم کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہیں

ان میں سے ہر ایک رباط رحم کی جانبی سطح سے شروع ہو کر حوض کی جانبی دیوار تک جاتا ہے۔ یہ رباطات رحم کے ساتھ مل کر مستعرض حاجز بناتے ہیں اور اس طرح حوضی کہفہ کو دو خانوں میں منقسم کرتے ہیں۔ ہر رباط خارجی، داخلی، بالائی اور زیریں کناروں کے ذریعہ چوپہل ہوتا ہے۔ خارجی کنارہ جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ اس مورب خط سے بھی متصل رہتا ہے جو حوضی گمگر (لب) سے نیچے اور اندرونی جانب فرش حوض کی شریان خنثی (زیر معدی شریان) کے عین سامنے تک پھیلتا ہے۔ جانبی حوضی دیوار پر دو تہیں مخالف سمتوں میں منعکس ہوتی ہیں اور مقدم و موخر جداری باریطون کے ساتھ سلسلہ قائم رہتا ہے۔ اس کا وسطی سرا رحم کے جانبی کنارہ سے متصل رہتا ہے، جہاں دو تہیں اس کا باریطونی غلاف بنانے کے لئے علٰحدگی اختیار کرتی ہیں۔ رباط عریض کا بالائی کنارا آزاد اور قاذف پر مشتمل ہوتا ہے، جہاں سے یہ رباط قمعی حوضی (Infundibulo-Pelvic Ligament) کی حیثیت سے آگے بڑھتا ہے۔ زیریں سرا چھوٹا اور مہبل کے بالائی حصے سے متصل رہتا ہے۔ زیریں کنارہ کی موخر شکن مقدم کی بہ نسبت زیادہ نچلی سطح تک پہونچتی ہے۔

رباط عریض کی باریطونی شکنیں ارتقا اور فعل کے اعتبار سے مساریقائے امعا کی طرح ہیں۔ یہ مخصوص سہارے راحت کے علاوہ دباؤ کی حالت میں بھی رحم و مہبل کو ان کی طبعی وضع میں برقرار رکھتے ہیں۔

رباط عریض کے قاذف اور مبیض کے درمیانی حصہ کو میان انبوبہ (Mesosalpinx) کہتے ہیں۔ یہ حصہ پتلا اور نیم شفاف ہوتا ہے اور اسے تان کر ٹیوب کو جانے والی مبیضی شریان کی شاخوں کو واضح طور پر دیکھا جا سکتا ہے۔ عروق دمویہ کے ساتھ ساتھ یہ باقیات کی ساختوں فوق المبیض (Epoophoron) اور گارٹنر کی قنات کے ابتدائی حصے پر مشتمل ہوتا ہے۔

مبیض رباط عریض کی موخر شکن درمیان مبیضی (Meso-Ovarian) سے معلق اور دو رباطات کے ذریعہ مستحکم رہتا ہے۔ مبیضی رباط تقریباً ۱½ انچ لمبا ہوتا ہے اور مبیض کے وسطی نقطہ سے قرن رحم تک پھیلتا ہے۔ شریان رحم کی کثیر الوقوع شاخ اس کے نیچے اور اسی کے متوازی پڑی

رہتی ہے۔ رباط قمعی حوضی مبیض کے قطب جانبی سے حوضی لگر تک دوہرے باریطونی شکن کے طور پر پھیلتا ہے اور مبیضی عروق دمویہ کے لئے پل کا کام کرتا ہے۔

رباطات مستدیرہ (Round Ligaments):۔ ان میں سے ہر ایک رباط قاذف کے نیچے قرن رحم کے مقدم حصے سے شروع ہو کر نیچے بیرونی جانب رباط عریض کی مقدم شکن کے نیچے ہوتا ہوا داخلی شکمی حلقہ تک پہونچتا ہے۔ اس کے بعد یہ قنال اربی کے ساتھ گزرتا ہے اور خارجی شکمی حلقہ پر شفر کبیر کی تحت الجلدی بافت سے منضم ہونے کے لئے منتشر ہوتا ہے۔ چند اصابات میں قنال اربی میں رباط مستدیرہ کے ہم پہلو ایک انبوبی رباطی تاچہ (تھیلی) قائم رہتا ہے جو نک قنال (CANAL OF THE NUCK) کی حیثیت سے جانا جاتا ہے۔ فتق یا قیلہ مائیہ کے وقت اس کی جرحی اہمیت بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ یہ رباط باریک ہوتا ہے لیکن بعض عورتوں میں مضبوط اور دبیز بھی ہوتا ہے اس کی دبازت تقریباً ۵-۶ ملی میٹر اور طول ۱۰ تا ۱۲ سینٹی میٹر ہوتا ہے۔ پیچیدہ تشریحی رفتار اور اس کی مختلف وبازتیں رحمی سہارے میں اس کی اہمیت گھٹا دیتی ہیں۔ یہ سادہ عضلہ اور نسیج واصل پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایک لمفاوی راستہ جو جسم رحم کے بالائی حصہ سے لمف کی سیلیت کرتا ہے اُربی لمفاوی غدد میں سیلیت کی خاطر اسی راہ سے گزرتا ہے۔

رباط مستدیرہ کے نیچے رحمی عروق دمویہ تک رباط عریض پتلا ہوتا ہے اور ڈھیلی نزد رحمی بافت پر مشتمل ہوتا ہے لیکن اس کے نیچے نزد رحم (Parametrium) میکن راٹ کے اصلی یا مستعرض عنقی رباطات اور رحمی عجزی رباطات بنانے کے لئے لبستہ ہو جاتا ہے۔

میکن راٹ کے اصلی یا مستعرض عنقی رباطات: اس رباط کی وضع اور اتصالات کی مختلف توضیح کی جاتی رہی ہے لیکن اس کے رحم، حوضی دیوار اور دیگر متعلقہ ساختوں سے قطعی تشریحی تعلق کو جدید تحقیقات کی روشنی میں ہی سمجھنا ممکن ہو سکا۔ یہ جانبی طور پر شوکۂ ورکی سے تقریباً ایک انچ اندرونی جانب فرش حوض سے متصل ہوتا ہے۔ جس میں عنقی دیوار کا اتصال براہ راست نہیں ہوتا۔ پیچھے تک رباط کا عضلہ لچکیلی اور ریشے دار بافتیں سادہ داخلی اور مخروطی عضلات کو ملفوف کرنے والے صفاق کے ساتھ مل جاتی ہیں۔ اس مقام اتصال سے رباط حوض کے اردگرد گزرتا ہوا عنق کی جانبی سطح، جانبی قبوہ کی چھت اور مبال کے قبوہ سے مقام اتصال کے ایک انچ کے فاصلہ تک جاتا ہے۔ انھیں اساسی رباطات یا رباط عظیم بھی کہتے ہیں۔

رباط کے بالائی کنارے کے ساتھ ساتھ عروق دمویہ اور انھیں گھیرنے والے لیفی غلاف

شامل ہو جاتے ہیں۔ حالبی قنال جس کے اندر حالب داخل ہوتا ہے، اسی رباط کا فوقانی حصہ توڑ کر بنا ہوتا ہے۔ زیریں وسطی سرا رحمی عجزی رباطات کے کنارہ سے ملتا ہے۔

رباطات رحمی عجزی (Uterosacral Ligaments) :- یعنی واصل اور سادہ عضلی بافت کا یہ مضبوط بند عنق سے فم داخلی کی سطح، تنگنائے رحم (برزخ (Isthmus of the Uterus) سے شروع ہوتا ہے اور عقبی جانب معا مستقیم کی طرف ہوتا ہوا باریطون کو دوسرے اور تیسرے عجزی نقرات سے متحد کرنے پہونچتا ہے۔ ان رباطات کا مخصوص فعل عنق کو پیچھے عجز کی طرف کھینچے رہنا ہوتا ہے۔

عانی عنقی صفاق (Pubo-Cervical Fascia) :- نزد رحمی بافت کی یہ پٹی عنق کے سامنے سے شروع ہوتی اور سامنے کی طرف تحت عانی رباط کے پچھلے حصے اور گرد مبالی بافت سے مل جاتی ہے۔ اس کا خاص فعل مقدم مہبلی دیوار کو تقویت پہونچانا اور مثانہ کو محفوظ رکھنا ہوتا ہے۔

حوضی باریطون اور خلوی بافت

[Pelvic Peritonium and Pelvic Cellular Tissue]

وسطانی سہمی تراش میں باریطون کی رفتار شکمی دیوار سے عمود الفقرہ تک پائی جاتی ہے ابتداءً میں باریطون ارتفاق عانہ سے متعلق نظر آتا ہے، جو بعد میں اوپر اٹھ کر خفیف منحنی قعر مثانہ پر سے منعکس ہو کر دیوار رحم تک جاتا ہے۔ باریطون اور دیوار مثانہ کے مابین اتصالی بافت کی ایک دبیز لیکن متخلخل تہ حائل ہوتی ہے۔ اسی لئے یہ جب کبھی متمدد ہو کر اوپر کی جانب اٹھتا ہے تو صادق کہف شکم میں پہونچ کر نمایاں تغیرات پیدا کرتا ہے۔ باریطونی قعر مثانہ کے رحم پر منعکس ہونے سے ایک باریطونی حفرہ یا جیب (POUCH) بن جاتی ہے، جو رحمی مثانی جیب (Utero-Vesical Pouch) کہلاتی ہے۔ انخلاء کی حالت میں یہ جیب کشادہ اور اتھلی لیکن پُر اور متمدد ہونے کی حالت میں تنگ اور عمیق ہو جاتی ہے۔

جب قعر مثانہ متوسط درجے تک متمدد ہوتا ہے تو اس کے اطراف میں اتھلے جانبی حفرات کا ایک زوج نظر آتا ہے جو جانبی مثانی جیبوں (Lateral Vesical Pouches) یا نزد مثانی حفرات (Para-vesical Fossae) سے منسوب ہیں۔

دونوں خانوں یعنی مقدم اور موخر میں سے ثانی الذکر رحمی عجزی شکنوں (Utero-Sacral Folds)

کے ذریعہ تین حفرات میں تقسیم ہوتا ہے یعنی ڈگلس کی تشریحی جیب اور دائیں بائیں نزومستیمی حفرات، جس میں سے دایاں حفرہ بائیں کی بہ نسبت بہت زیادہ وسیع ہوتا ہے، جس کی واحد وجہ یہ ہے کہ موخرالذکر کا بیشتر حصہ حوضی قولون اور معاء مستقیم کے بالائی حصہ سے پر ہوتا ہے۔ ڈگلس کی جیب کا عنق مختلف ہوتا ہے۔ اس کے فوقانی حدود رحمی عجزی رباطات سے متعین ہوتے ہیں اور اگلی دیوار عام طور سے پچھلی دیوار کے بالائی $\frac{1}{2}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ کی متناظر ہوتی ہے، جب اس کے متصل رباطات اچھی طرح نمو یافتہ ہو جاتے ہیں تو اس کا مدخل قدرے تنگ ہو جاتا ہے۔

حوضی باریطون کی ساخت میں جملہ رباطات رحم کی ساختیں خاص طور سے شریک رہتی ہیں، لہذا ان کا مفصل مطالعہ طالب علم کو تشریح کی کتاب میں کر لینا چاہیئے۔

خلوی بافت حوض کے بالائی حصہ میں نسبتاً باریک ہوتی ہے لیکن حوضی فرش پر بکثرت پائی جاتی ہے۔ یہ نہ صرف اعضا کے جملہ درمیانی خلا کو پر کرتی ہے۔ بلکہ ان بے شمار دموی عروق، اعصاب اور عروق لمف کے لئے جو ان کی جانب سے آتے ہیں یا ان کی طرف جاتے ہیں، ایک میڈیم کا کام انجام دیتی ہے۔

اس بافت کی کثیر ترین مقدار عنق الرحم کے ملحقات میں پائی جاتی ہے۔ علاوہ بریں اطراف مثانہ میں خلوی بافت کے تودے پائے جاتے ہیں۔ یہ عنق اور ڈگلس کے جیب میں نسبتاً کم پائی جاتی ہے۔

خلوی بافت کی رفتار الوی (Gluteal)، فخذی (Femoral) اور ساد (Obturator) کے ساتھ ہوتی ہے۔ علاوہ بریں رباط مستدیر کو محصور کرنے کے سبب قنال اربی کی راہ سے شغر کبیر کی تحتانی تخوم سے جا ملتی ہے۔ اسی طرح یہ حالبین کے ہمراہ جا کر گردہ کے شحمی کیسہ سے رابطہ قائم کر لیتی ہے۔ اس میں متعدد لمفاوی غدد مدفون ہوتے ہیں۔

۳

جنینیات

[Embryology]

عورت میں قنات میولر[1] یا نزد میاں گردہ قنات (Paramesonephric Ducts) سے رحمی نلیاں (قاذفین) اور مہبل بنتے ہیں۔ فرج بولی تناسلی جوف (Urogenital Sinus) سے بنتی ہے اور غشاء البکارت نزد میاں گردہ قنات اور بولی تناسلی جوف کے مابین حد فاصل قائم کرتی ہے۔ شوکہ (Spine) کے دوسری طرف سیلومی کہفہ کے پیچھے میاں ادمہ پرونفروس (Pronephros = پیش گردہ، میاں گردہ (Mesonephros) اور میٹانفراس (Metanephros = بعد گردہ بنتا ہے۔ نزد میاں گردہ قنات درون رحمی حیات کے چھٹے ہفتے نمو پاتے ہیں اور میاں گردہ (Mesonephric) یعنی قنات ولفی[2] (Wolffian Duct) کے جمجمی سرے کے عین جانبی حصہ میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ سیلومی کہفہ کی سطح سے بطور غلاف شروع ہوتے ہیں۔

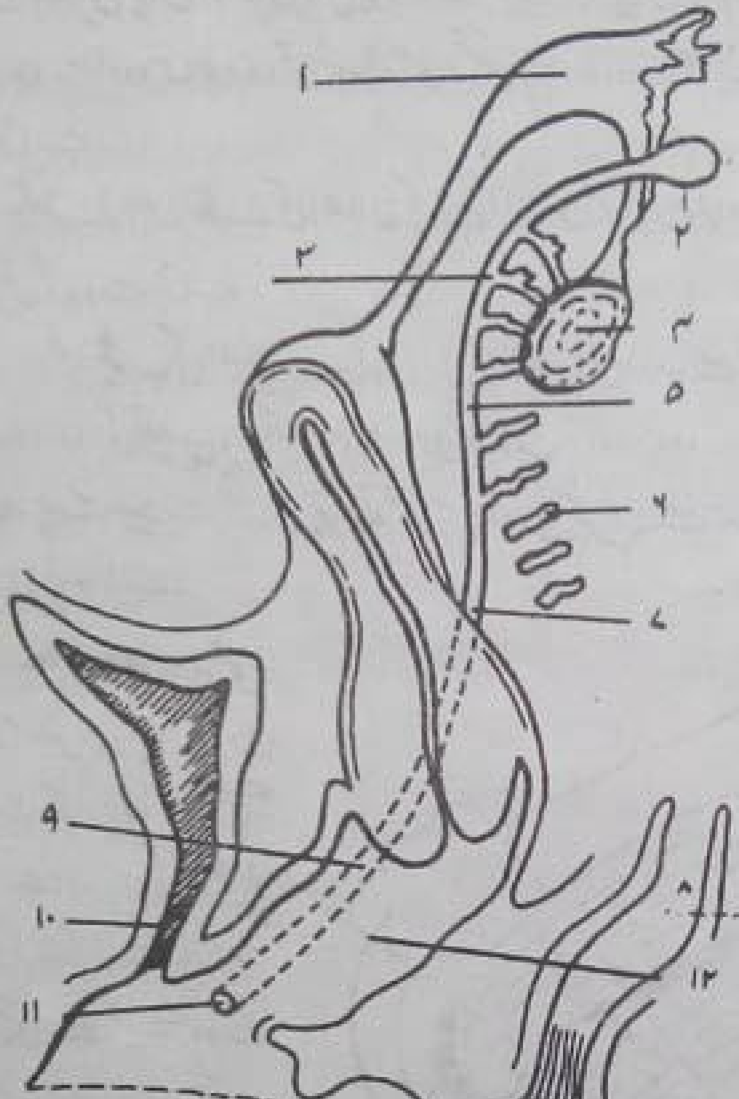
پیش گردہ اس وقت ابتدائی درجہ میں ہوتا ہے جب کہ وہ ۹-۱۰ قطعات بدنیہ (Somites) میں ناقص النمو حالت میں موجود ہوتا ہے۔ کیتھ (Keith) کے مطابق رحمی ٹیوب کا انبوبہ (Ampulla) اور شگی دہنہ (Ostium) پیش گردی قنات سے بنتے ہیں۔ مارگینی کا کیسہ (Hydatid of Mergayni) اور کوبلیٹ کے انبوبے (Kobelt's Tubes) کو بھی پیش گردہ قنات کا باقی ماندہ سمجھا جاتا ہے۔

---

[1] میولر جرمنی کا ایک ماہر فعلیات تھا۔ اس نے اس قنال کو تلاش کیا جو مخرج میں خالی ہوتے ہیں۔

[2] ڈاکٹر ولف جرمنی کا ماہر تشریح و ماہر علم جنین تھا، جس نے اسے تلاش کیا۔ ولفی قنات عورتوں میں خاکہ دار نظام کے طور پر پائی جاتی ہے۔ یہ ایک طولی قنات ہے جو میری قنات کے متوازی ہوتی ہے۔ اس میں متعدد انبوبے کھلتے ہیں۔

میاں گردہ اور پس گردہ جسم ولفی اور ولفی قنات سے آتا ہے۔ جسم ولفی انبوبات کے ایک سلسلہ پر مشتمل ہوتا ہے جو ایک قنات طوال یعنی ولفی قنات میں کھلتے ہیں۔ ولفی جسم کے ذنبی (دم دار) حصہ سے پس گردہ مستقل گردہ کے حصہ کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ ولفی جسم کا باقیماندہ جمجی حصہ یعنی میان گردہ نمو کے ابتدائی حصے میں آلہ تنفس کا کام کرتا ہے اور مستقل گردہ بن جانے کے بعد مذبول ہو جاتا ہے۔ ولفی قنات ناقص النمو انبوبہ کے طور پر باقی رہ جاتی ہے اور رحمی ٹیوب کے متوازی رباط عریض کی پرتوں میں سے گزرتی ہوئی مخرجی غشاء (Cloacal Membrane) میں جا کر کھلتی ہے۔ شاذونادر اصابات میں ولفی قنات رباط عریض ہی میں قائم ہوتی ہے اور گارٹ نر قنات کے طور پر جانی جاتی ہے۔ بسا اوقات جسم ولفی کے انبیبات رباط عریض میں مستعرض انبوبہ کے دائیں زاویوں پر واقع ہوتے ہیں جنہیں کو بٹ کے



تصویر نمبر ۱۰: دوُلفی جسم کے باقیات

۱۔ ٹیلری قنات ۲۔ مارگینی کا کیسہ ۳۔ فوق المبیض ۴۔ مبیض (خصیۃ الرحم) ۵۔ دوُلفی قنات ۶۔ جارالمبیض ۷۔ دیوار رحم میں گزرنے والی دوُلفی قنات ۸۔ معاء مستقیم ۹۔ گیرٹنر کی قنات ۱۰۔ مبال ۱۱۔ مبلی منفذ میں کھلنے والی دوُلفی قنات ۱۲۔ مہبل

انبیباتِ فوق المبیض (Epoophoron) اور جارالمبیض (Paraoophoron) کہتے ہیں۔
قاذفۂ نر و میاں گردی قنات کے غیر منضم حصے سے پیدا ہوتی ہے۔ دوسرے ماہ کے اواخر تک

قنات کے جمجمی سرے (Cranial End) سے جھالریں (Fimbriae) نمودار ہونے لگتی ہیں۔ قاع الرحم کے تودہ میں میان ادمہ کی بستگی ہونے کے سبب نر د میان گردی قنات کے متصل حصے کو ملفوف کر لیتا ہے اور اس طرح رحمی ٹیوب یعنی رخنگی (Interstitial) کا ایک چھوٹا حصہ رحمی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔

کیتھ نے اس نظریے کی اصلاح کی ہے کہ قاذف کا قیف نما جھالردار حصہ انبوبہ سے نہیں بلکہ پیش گردہ سے بنتا ہے۔

رحمی ٹیوب کی عضلی پرت چاروں طرف کے میان ادمہ سے بنتی ہے۔ ٹیوب کے فحہ (Lumen) کی تعیین (خط کشی) استوانی خلیات (Columnar Cells) کے واحد طبق سے ہوتی ہے۔ چوتھے مہینہ سے شکنیں نمودار ہونے لگتی ہیں اور پانچویں مہینے تک ان کی تعداد میں کافی اضافہ ہو جاتا ہے۔

تصویر نمبر ١١۔ رحم کی معمودی تراشش

١۔ جسم رحم ٢۔ فوق المہبلی عنق ٣۔ مہبلی عنق ٤۔ مہبلی قبوے ٥۔ قاع الرحم

جسم رحم:۔ رحمی کہفہ منضم نر د میان گردی قنات کے بالائی حصوں سے بنتا ہے اور اس کی عضلی دیوار اردگرد کے بستہ میان ادمہ سے بنتی ہے۔ تیسرے ماہ کے وسطی ابتدائی درجوں تک قنال کا بالائی حصہ دو قرنی (Bicornuate) رہتا ہے اور قاع الرحم اس کے بعد بنتا ہے۔ اس کے بعد والے درجہ میں نر د میان گردی قنات کے بالائی سروں کا رحم کی دیوار کی قابل ذکر دبازت کے ساتھ پھر انضمام ہوتا ہے۔ اولین عضلی خلیات (Primitive Muscle Cells) عروق دمویہ کے اردگرد بے ترتیب حالت میں مرتب ہوتے ہیں اور عضلی ریشے پانچویں ماہ میں بنتے ہیں۔

غشائے مخاطی کی شکنوں اور رحمی غدد کا نمو تقریباً چھٹے مہینے ہوتا ہے۔ تماع الرحم کے خطے کے غدد بعد میں نمودار ہوتے ہیں اور یہ سلسلہ بعد ولادت تک برقرار رہتا ہے۔

عنق :- نزدمیاں گردی قنات پر خط کھینچے ہوئے اردگرد کے میاں ادمہ میں ایک طرح کے خوردو خلیات کی نمو ہوتی ہے اور اس طرح عنق مہبل سے ناقص النمو مقدم و موخر قبوؤں (Fornices) کے ذریعہ علیحدہ ہو جاتی ہے اور عنق کا مہبلی حصہ مہبلی قنال میں آجاتا ہے۔ تقریباً سرِ حلمی حصہ کی تکوین کے ساتھ عنقی غدد بھی نمودار ہونے لگتے ہیں۔

مہبل :- مہبل کا دو تہائی حصہ دو نزدمیاں گردی قنات کے انضمام سے اور اس کا سفلی بس اردگرد کے میاں ادمہ سے بنتا ہے۔ بصلی کنارے مخرجی غشاء سے متصل ہوتے ہیں جو بولی تناسلی جوف کا فرش بناتے ہیں۔ یہ بصلی کنارے چوتھے ماہ میں تبدریج جسامت اختیار کرتے ہیں۔ اسی اعتبار سے اس کے مخرجی غشا کا متصلہ رقبہ بھی بڑھتا ہے۔ پانچویں ماہ مہبلی بصلوں کا نمو بہت تیزی سے ہوتا ہے جو بولی تناسلی جوف میں مخرجی غشا پر اتر چڑھتا ہے۔

بولی تناسلی جوف کا نمو :- نمو کے بالکل ابتدائی درجہ میں غشاءِ مخرجی ناف سے دم کی طرف بڑھ جاتی ہے۔ ارتقائے نمو کے ساتھ ساتھ ظہری خطے سے سامنے کی طرف میاں ادمہ بننے سے قدامی شکمی دیوار بنتی ہے۔ دیوار شکم کے زیریں سرے پر جلد کی ایک بڑھی ہوئی چینٹ (جس کے نیچے میان ادمی بافت ہوتی ہے) بنتی ہے، جو تناسلی درنہ کے طور پر جانا جاتا ہے۔ دو جانبی دیز ابھار جو صنفی درنہ سے پیچھے کی طرف جاتے ہیں تناسلی چینٹوں کے نام سے موسوم ہوتے ہیں۔ صنفی درنہ سے بظر اور جانبی تناسلی چینٹوں سے شفرتین کبیرہ بنتے ہیں۔ مقدم طور پر مخرجی غشا بولی تناسلی جوف کا فرش بناتی ہے اور اس کی ملیسری قنات کے بصلی مہبلی کنارے سے حد بندی کرتی ہے۔ موخر طور پر مخرجی غشا پس رودہ یعنی پچھلی آنت (Hind Gut) سے مبرزی قنال کی حد بندی کرتی ہے۔

بولی تناسلی جوف کا اندرونی حصہ قدرے وسیع ایک خمیدہ نالی ہوتی ہے جو دو حصوں یعنی جزء قضیبی اور جزء حوضی میں منقسم ہوتی ہے۔ دونوں حصوں کے مقامِ اتصال پر ایک بروں بالیدگی ہوتی ہے، جس کے دوسری جانب بارتھولینی غدد کی نمو ہوتی ہے۔

غشاء البکارت :- ولفی قنات کے منافذ کے مابین واقع مہبلی بصلے مخرجی غشا سے تعلق قائم کرکے بولی تناسلی جوف کا فرش بناتے ہیں جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، جزء حوضی میں پانچویں ماہ

مہبلی بصلہ کی سریع نمو کے سبب غشائے مخرجی پر غلاف چڑھتا ہے' اس کے بعد مہبلی بصلے درمیان سے ٹوٹ کر بولی تناسلی جوف میں کھلتے ہیں۔ اس طرح غشا والبکارت اوپر مہبلی سرحلمہ اور نیچے جونی سرحلمہ' جس کے درمیان نسیج واصل کی ایک تہ ہوتی ہے' پر مشتمل ہوتا ہے۔

بولی تناسلی جوف کا جز تقیضبی آگے چل کر دہلیز بناتا ہے۔ بارتھولینی غدد کی وضع دہلیز کی بالائی حد (جز تقیضبی) کی تعیین کرتی ہے۔

۴
صنفی ہارمون
[The Sex Hormones]

یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہیے کہ جملہ نظام تناسل ہارمون سے منتظم ہے۔ موثر دروں افرازی معالجہ (Endocrine Therap) کے لئے ان کے واضح منافاتی افعال، فتورات نیز دستیاب ہارمونی جوہر کے بارے میں کما حقہٗ معلومات حاصل کرنی ناگزیر ہے۔ موجودہ کیمیاوی حیوی (Biochemical) اور تجرباتی تحقیقات نے ہمیں ہارمون کے بارے میں وافر معلومات عطا کیا ہے۔ تاہم تحتانی ہارمون کی کیمسٹری ہنوز واضح نہ ہو سکی اور مزید تحقیقات کی طالب ہے۔

دروں افرازی غدد کے باہمی تعلقات

نخامیہ، مبیض اور دروں رحم فاعلی طور پر باہم مربوط ہیں اور یہ ناممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک عضو کا فعل دیگر دونوں کے افعال کے بغیر سمجھا جا سکے۔ نخامیہ کا فص قدامی کم از کم ۳ ہارمون خارج کرتا ہے جو مبیض کو متاثر کرتے ہیں، جس میں سے اول جرابات کو پختگی بخشتا ہے، دوسرا تبویض اور جسم اصفر کی تکوین میں حصہ لیتا ہے اور مبیض کو آئسٹروجن دوری شکل میں خارج کرنیکی تحریک دیتا ہے جبکہ تیسرا جسم اصفر کو قائم رکھتا ہے نیز اسے پروجسٹرون اور آئسٹروجن خارج کرنے کی تحریک بخشتا ہے۔ دونوں مبیضی ہارمون یعنی آئسٹروجن اور پروجسٹروجن دروں رحم کے ماہانہ نمو کے تغیرات پیدا کرتے اور اپنی تموجی کیفیت کے سبب طمث کے وقت ان کی علیحدگی کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔
خون میں آئسٹروجن کا ارتکاز بڑھنے سے قدامی نخامیہ کا نقدان ہو جاتا ہے اور انجام کار دورانِ خون میں ہیج مولدات (Gonadotrophins) کے لیول میں انحطاط آجاتا ہے۔ خلاصۂ کلام یہ ہے کہ

دروں مبیضی ہارمون دروں رحمی دورے کے ذمہ دار ہوتے ہیں اور نخامیہ اسے کنٹرول کرتا ہے۔

دورۂ نخامیہ
[The Pitvitary Cycle]

غدۂ نخامیہ کے قدامی فص یا لختہ (Anterior Lobe) کے جیج مولدات ہارمون مبیض کے ذریعہ دورہ طمثی کو کنٹرول کرتے ہیں۔ ہارمون ابتدائی مبیضی جراب کو پختہ (رسیدہ) گرافی جراب میں تبدیل کر دیتے ہیں۔ یہ محرک جراب ہارمون FSH کے نام سے منسوب ہے۔ تبویض کیلئے دوسرے ہارمون کی خفیف مقدار درکار ہوتی ہے اور بعد میں دورہ کے وقت جسم اصفر بنانے کے لئے اسی ہارمون کی وافر مقدار درکار ہوتی ہے اسی لئے اسے لیوٹینیتی (Luteinizing Hormone) یعنی ہارمون سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ ہارمون جسم اصفر برقرار رکھنے کا ذمہ دار ہوتا ہے، نیز اس سے پروجسٹرون اور آسٹروجن خارج کرتا ہے۔

بسا اوقات (FSH) اور (LH) میں درست توازن نہ ہونے کے سبب عمل تبویض ناکام ہو جاتا ہے

مبیضی دورہ
[The Ovarian Cycle]

عمر ولودیت (Childbearing Age) کے دوران مبیض ماہانہ دورہ کے طور پر مقدم نخامی ہارمون کی تحریک کا کارنامہ انجام دیتے رہتے ہیں طمثی دورہ کے پہلے ۱۴ دن وعلی ہذا ایک مجرد گرافی (مبیضی) جراب (Follicle) (اور شاذونادر یہ ۲ یا زیادہ بھی ہو سکتے ہیں) سطح مبیض تک پہونچتے ہیں۔ نشوونما اختیار کرتے ہوئے خود رو طریقے پر پختہ ہو جاتے ہیں۔ نخامی ہارمون سے پیدا شدہ لیوٹینی ہارمون کی تحریک کے سبب ذراتی خلیات جو کہ مبیض کے جوف اور غلافی و رخنکی خلیات (Theca and Interstitial Cells) کو مخلوط کرتے ہیں، جرابی افرازات اور خون کی رو (Blood Stream)

ؔ بعض ماہرین لیوٹینی LH ہارمون کو رخنکی خلیہ کے محرک ہارمون (Interstitial Stimulating Hormone) (FSH) سے موسوم کرتے ہیں۔

میں آئسٹراڈائل (Oestradiol) نامی ہارمون خارج کرتے ہیں۔ آئسٹراڈائل کیمیادی عناصر کے اسی گروپ سے تعلق رکھتا ہے جو جانوروں میں حرارت یا شبق (Oestrus) پیدا کرتا ہے۔ اس لئے یہ ائسٹروجن کے نام سے موسوم ہے جو عورت ہر ۲۸ ویں روز حائضہ ہوتی ہے اس میں دورہ کے ۱۴ ویں روز تبویض عمل میں آتا ہے جب کہ نخامی مہیج مولدات ہارمون یعنی FSH اور LH کے تشری توازن کے نتیجہ میں حویصلہ منشق ہو جاتا ہے۔ جن عورتوں میں ۲۸ یوم سے مختصر یا طویل مدت کے دورے ہوتے ہیں، ان میں آئندہ طمثی دورے کے ٹھیک ۱۴ روز پہلے تبویض عمل میں آتا ہے۔

جسم اصغر کی تکوین:۔ اس کے بعد حویصلہ کے ذراتیتی ورخنکی خلیات سے جسم اصغر کی تکوین ہوتی ہے جو دوسرا ہارمون یعنی پروجسٹرون خارج کرتا ہے۔ علاوہ بریں آئسٹروجن کے افراز کا سلسلہ برقرار رکھتا ہے۔ تبویض کے بعد حویصلہ ساقط ہو جاتا ہے اور اس کا کہفہ خون کے تھکے سے پُر ہو جاتا ہے ذراتیتی خلیات کی مابقی تہیں ضخیم ہو جاتی اور کہفہ میں مڑجاتی ہیں نیز جملہ ساخت زرد ہو جاتی ہے جو جسم اصفر کے نام سے جانی جاتی ہے۔

حمل جسم اصفر کو دوسرے یا تیسرے ماہ تک برقرار رکھتا ہے جس کے بعد یہ تدریجاً مرجھا جاتا ہے جسم اصفر کے انتفاف کے بعد مشیمہ آئسٹروجن کی طرح پروجسٹرون کو بھی پیدا کرنے لگتا ہے۔ حمل برقرار رکھنے کے لئے مبیض کی زیادہ دنوں تک ضرورت نہیں رہتی، چنانچہ بعض ناگزیر حالات میں استقرار حمل کے تیسرے ماہ بعد مبیضین دور کر دینے سے حمل ساقط نہیں ہوا۔

اصل طمثی مدت شروع ہونے سے قبل بلوغ کے ساتھ وابستہ ثانوی صنفی صفات مبیضی حویصلات کے ذریعہ آئسٹروجن کے افراز کے سبب وقوع پذیر ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ وہ ابھی تک مکمل بالیدگی اختیار نہیں کر سکے ہوتے ہیں اس لئے عمل تبویض واقع نہیں ہوتا۔

دررحمی دورہ

[The Endometrial Cycle]

اختتام طمث پر درون رحمی غشا اساسی طبق سے نیا جنم لیتی ہے، جو کہ نزیف کے وقت جاری نہیں ہوا تھا۔

مبیض کے پختہ ہونے والے گرافی جراب سے خارج ہونے والے آئسٹروجن اصلاح کے

وقت سے لے کر تبویض تک درون رحمی دورہ کا ایک مخصوص متکاثر حصہ پیش کرتے ہیں۔ اس تغیر کے وقت ہیکلی خلیات (Stroma Cells) کے بیش پرورش (Hypertrophy) اور بیش تکوین (Hyperplasia) کے ذریعہ درون رحم اپنی دبازت دوگنی کرلیتا ہے۔ اس وقت انبوبی غدد میں خفیف کلائی آجاتی ہے۔ تبویض کے بعد جسم اصفر سے خارج ہونے والا پروجسٹرون درون رحم میں دوبارا تغیرات عارض کرتا ہے اور یہ تغیرات افرازی حصہ پیدا کرتے ہیں۔

دورے کے اختتام پر دورہ کرنے والے آئسٹروجن اور پروجسٹرون کے ارتکاز میں فوری زوال آجاتا ہے۔ نتیجۃً کار درون رحم بے آب ہو کر سکڑ جاتا ہے۔ لیکن ایک مدت گزرنے پر تشنج عروق مترتی ہوجاتا ہے اور نزف (طمث) ۵ یوم کے اندر اندر یا اس کے معاً بعد شروع ہوجاتا ہے۔

متکاثر حصہ میں تبیض سے قبل جسم کا اوسط درجۂ حرارت افرازی حصہ کے تبیض کی بہ نسبت کم ہوجاتا ہے۔ مبیضی ہارمون کا درون افرازی فعل درون رحمی بایوپسی (Biopsy) اور خردبینی امتحان سے بھی معلوم کیا جاسکتا ہے۔

مبیضی ہارمون

[The Ovarian Hormone]

مبیض بیضۂ انثی خارج کرنے کے علاوہ درج ذیل دو ہارمون کا افراز کرتا ہے:

(۱) آئسٹراڈائل (Oestradiol) (۲) پروجسٹرون (Progestrone)

آئسٹراڈائل:- یہ عناصر جب مبیض نکالے ہوئے جانوروں میں داخل کئے جاتے ہیں تو شبق (مستی) (Oesterus) یا حرارت پیدا کرتے ہیں۔ آئسٹراڈائل آئسٹروجن ہی کا نام ہے، جو مبیض سے خارج ہوتا ہے اور غالباً حویصلاتی بافت سے بنتا ہے۔ بول میں دو قابل یافت آئسٹروجن ہیں جنہیں آئسٹرون اور آئسٹراڈائل کہتے ہیں۔ یہ طبعی آئسٹروجن عناصر کے اس گروپ سے تعلق رکھتے ہیں جنہیں اسٹیرائڈ (Steroid) کہتے ہیں۔ آئسٹراڈائل سریری طور پر استعمال کیا جاتا ہے اور اشراباً دیا جاتا ہے۔ یہ عموماً بنزوئک یا پروپیونک ایسڈ (Benz-oic or Propionic Acid) کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے۔ جس سے اس کا اثر طویل ہوجاتا ہے اور آئسٹراڈائل پروپیونیٹ (Oestradial Propionate) یا آئسٹراڈائل بنزوئیٹ (Oestr-

(...adiol Benzoate) کی شکل میں انجکٹ کیا جاتا ہے۔ آئسٹراڈائل کا ایک بہت ہی قوی التاثیر
مشتق ایتھائی نل آئسٹراڈائل (Ethinyl Oestradiol) ۱۹۳۸ء میں شفائیات میں داخل کیا گیا ہے اور
آجکل بکثرت مستعمل ہے۔ یہ براہ دہن دینے سے بھی موثر ثابت ہوتا ہے یہ ۰۱ء۰، ۰۲ء۰، ۰۵ء۰، ۰۰۵ء۰ و
۱ء۰، ۵ء۰ اور ۰۱ء۰ ملی گرام کے اقراص میں دستیاب ہے۔ اسٹل بائسٹرال کی بہ نسبت
۲۰ گنا قوی ہوتا ہے۔ منسٹرانال (Menstranol) ۰۵ء۰ ملی گرام کے اقراص کی شکل میں دستیاب
ہے جو اسٹل بائسٹرال کی بہ نسبت ۱۰ گنا قوی الاثر ہے۔ عام پریکٹس میں مصنوعی آئسٹروجن والی
جماعت کے ہارمون کثرت سے استعمال ہوتے ہیں۔ یہ اگرچہ اسٹرائڈ نہیں ہوتے تاہم ان کے کیمیاوی
اجزائے ترکیبی ایک حد تک باہمی مماثلت ضرور رکھتے ہیں۔ یہ مرکبات (مشتقات) مصنوعی مرکبات
کے نام سے بھی موسوم ہیں۔ ان کا نام ایک غیر ہارمونی آئسٹروجنی کیمیکلس بھی ہے جو دراصل آئسٹروجن
معالجہ ہی کا سلسلہ ہے۔ ڈاکٹر ڈوڈس نے انھیں ۱۹۳۸ء میں شفائیات میں داخل کیا اور آج روزمرہ
پریکٹس کے لئے ایک معالجہ بن گیا ہے۔

مصنوعی جماعت کا ایک مشہور و معروف رکن اسٹل بائسٹرال (Stilboestrol) ہے جو ۱ء۰، ۵ء۰،
۱ء۰ اور ۵ء۰ ملی گرام اقراص کی شکل میں دستیاب ارزاں ترین موثر آئسٹروجن ہے۔ ایک اور تجبیز ڈائی
نیسٹرول (Dienestrol) ہے جو ۱ء۰، ۳ء۰، ۰۰۱ء۰ اور ۵ء۰ ملی گرام کی طاقت میں دستیاب ہے۔ اس
کی قوت اسٹل بائسٹرال کی بہ نسبت چوتھائی ہوتی ہے۔ ایک اور تجبیز ہیگزیسٹرال (Hexoes-
terol) ۵ء۰، ۱ء۰ اور ۵ء۰ ملی گرام کے اقراص اور ۱۵ ملی گرام کے ایمپول کی شکل میں دستیاب ہے۔
اسٹل بائسٹرال کے مقابلہ میں اس کی طاقت ہلکی ہوتی ہے۔

مذکورہ جملہ مشتقات براہ دہن استعمال کرانے پر اپنا بھرپور اثر دکھاتے ہیں۔ حاملہ اسپ مادہ کے
بول سے بھی فعال خوردنی آئسٹروجن حاصل کیا جا سکتا ہے۔ یہ مخالف سمی اثرات سے نسبتاً پاک
ہوتا ہے۔

اگر بطور تجربہ آئسٹروجن انجکٹ کیا جائے تو بول میں مقدار استعمال کا محض چند فیصدی حصہ اخراج
پذیر ہوتا ہے۔ مساوی مقدار صفرا میں بھی خارج ہوتی ہے، جو براز میں نمودار ہوتی ہے۔ اشرابی
آئسٹروجن کا باقی حصہ متزوج یا جگر میں تباہ ہو جاتا ہے۔

دورہ طمثی کے ساتویں روز بول میں خارج شدہ آئسٹروجن علی الخصوص آئسٹریول
(Oestriol) اور آئسٹرون (Oesterone) کی یومیہ جملہ مقدار 0.01 mg. ہوتی ہے اور عمل تبویض

کے بعد بڑھ کر .0.03 mg ہو جاتی ہے۔ قبل الطمثی حصہ (Premenstrual Phase) میں خفیف انحطاط کے بعد اخراج 0.035 mg تک بڑھ جاتا ہے اور طمث کا وقت آنے تک واضح طور پر بسرعت انحطاط پذیر ہوتا ہے۔

منافعاتی افعال

(۱) ثانوی صنفی خصائص (The Secondary Sex Characterstics) :- بلوغت

کے وقت رونما ہونے والے جسمانی تغیرات مثلاً رحم مہبل، خارجی صنفی اعضا، حوض وغیرہ کی۔ وزافزوں نشوونما جنسی پختگی کے متناظر ہوتے ہیں جو دراصل آئسٹروجن کے قلیل المقدار اخراج کے کرشمے ہیں، انجام کار نوخیز دوشیزہ حسب ذیل خصائص کی متناظر ہوتی ہے:

پستان بڑھ کر مدور ہو جاتے ہیں، جس سے سینہ گداز اور سڈول ہو جاتا ہے۔ بغل اور پیڑو پر بالوں کی روئیدگی، صنفی غدد کا افراز، آواز میں خصوصی تغیر کے سبب ترنم اور لوچ پیدا ہو جاتا ہے۔ شکل وشباہت میں مخصوص تغیر کے سبب کشش پیدا ہو جاتی ہے اور رفتار وگفتار میں حیا آجاتی ہے۔ سرین اور رانوں میں چربی جمع ہو جانے کے سبب اعضا متناسب ہو جاتے ہیں۔ یہ سب ثانوی جنسی خصائص کی مثالیں ہیں۔

(۲) رحم، مہبل اور قاذفین پر مرتب ہونے والے اثرات :-

(ا) آئسٹروجن کے افراز کے سبب بلوغ کے وقت رحم، قاذفین اور تحتانی جنسی قنات میں تضخم کے علاوہ جنسی قنات میں عروقی جال پھیل جاتا ہے۔ سن یاس کے بعد ان کا افراز منقطع ہو جانے کے سبب ہی ان اعضا میں ذبولی تغیرات (Atrophic Changes) پیدا ہو جاتے ہیں۔

(ب) آئسٹروجن درون رحم کے ماہانہ متکاثر حصہ کو کنٹرول کرتا ہے۔ دورہ کے افرازی تغیر کے دوران درون رحم کی دبازت کا یہی ذمہ دار ہوتا ہے، نیز فعال خطہ کی پیچیدہ شرائین صغیرہ میں بھی نمایاں تطول پیدا کرتا ہے۔ آئسٹروجن کی علیحدگی پسندی طمث کی ذمہ دار ہے۔ درون رحم میں آئسٹروجن غالباً ہسٹامین کو جاری کرکے غدی سرطلہ کو تحریک دیکر بیش دمویت پیدا کرتا ہے، نیز پانی، برقی پارے (الکٹرولائٹ) نیوکلیوٹائڈز، پروٹین اور انزائم، مشتملات میں اضافہ کر دیتا ہے۔

(ج) پیہم تجربات سے ثابت ہو چکا ہے کہ آئسٹروجن سے رحم متاثر ہوتا ہے۔ چنانچہ اسے داخل

کرنے پر عضلی ریشے بڑھ جاتے ہیں نیز زیادہ حساس اور فعال ہو جاتے ہیں، معجل ولادت ہارمون مثلاً موخر نخامیہ کے پٹوسین (Pi tocin) کے فعل کو اجاگر کر دیتا ہے۔ جدید تحقیقات سے ثابت ہو چکا ہے کہ وضع حمل کے وقت خارج ہو جانے والے آئسٹروجن کی مقدار میں کوئی اضافہ نہیں ہوتا، چنانچہ بروقت آئسٹروجن دینے سے وضع حمل میں کوئی مدد نہیں ملتی، نیز جب جنین فوت ہو چکا ہو یا رحم میں لمبی وجہ موجود ہو ایسی حالت میں کوئی خاص اثر دیکھنے میں نہیں آتا۔ رحمی جمود (Uterine — Inertia) کے علاج میں آئسٹروجن بیکار محض ثابت ہو چکے ہیں۔

(د) آئسٹروجن مہبل کے سرخی خلیات کو تکاثر پیدا کرنے کی تحریک دیتے ہیں، جس کے ساتھ ساتھ سطحی خلیات کی دبازت میں نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے اور ان کے گلائی کوجن مشمولات بھی کافی بڑھ جاتے ہیں جو ڈوڈرلین کے عصیات کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں۔ یہ گلائی کوجن کو لیکٹک ایسڈ میں تبدیل کر دیتے ہیں۔ اس طرح مہبلی pH کم ہو جاتا ہے اور مرض آفریں خوردبینی عضویہ (Pathogenic — Micro Orgasism) سے مقابلہ کی قوت بڑھ جاتی ہے۔ علاوہ بریں آئسٹروجن مدہبنی مہبلی افراز کے لئے بھی ضروری ہے جو مقاربت کے وقت اخراج پذیر ہوتا ہے۔

(ہ) عنقی غدد دوری آئسٹروجن کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ یہ صاف شفاف القلی مخاط کثیر مقدار میں خارج کرتے ہیں جس کا مقصد غالباً حوینہ منویہ کو مہبل کی ترشی سے محفوظ رکھنا ہوتا ہے۔ یہ تعامل تبویض کے وقت زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ آئسٹروجن کا دموی ارتکاز نقطۂ عروج پر ہوتا ہے۔ آئسٹروجن ہی کے زیر اثر عنق کا مخاطی افراز بافراط اور آبی ہونے لگتا ہے۔

(و) آئسٹروجن کے ذریعہ قاذفین کی کارکردگی میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ آئسٹروجن قاذفین کو لائن بنانے والے خلیات کے افراز فعل کو بھی تحریک بخشتے ہیں۔ اس طرح بیضۂ انثی کو نلیوں کے ذریعہ مبیض سے رحم میں منتقل ہونے میں اہم مدد ملتی ہے۔

(۳) **دورۂ طمثی سے تعلق**:۔ دورۂ طمثی کو نخامیہ مبیض کے ذریعہ کنٹرول کرتا ہے۔ حمل کو برقرار رکھنے میں مبیضی ہارمون ایک اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ آئسٹروجن کا ارتکاز بڑھنے سے حویصلات کو تحریک دینے والے ہارمون "FSH" کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس لیوٹینی ہارمون (Lateinizing Hormone) "LH" اور لیوٹینی مولدات (Luteotrophin) کے افراز کو تحریک بخشتا ہے۔ اگر حمل قرار نہیں پاتا تو لیوٹیو ٹروفین کا اخراج موقوف جسم اصفر ذبول اور آئسٹروجن کا ارتکاز کم ہو جاتا ہے۔

(۴) نزف طمثی سے تعلق:- دورہ طمثی کے اختتام پر خون میں آئسٹروجن اپنے سابقہ لیول سے تقریباً نصف درجے نیچے گر جاتا ہے۔ آئسٹروجن کے ارتکاز میں اضافہ کے سبب دورہ کے اولین حصہ میں درون رحمی عروق دمویہ سے ہیکل (Stroma) میں پرجوش انداز میں سیال جاتا ہے بعدہٗ چوتھے ہفتہ میں اس کی علیحدگی کے سبب سیال کا دوبارہ انجذاب بے آبی اور درون رحم کی منتج سکڑن واقع ہوتی ہے۔ فعال طبقوں کو خون فراہم کرنے والی پیچیدہ شرائین صغیرہ (Coiled-Arterioles) سکڑن کے سبب اس قدر پچک جاتی ہیں کہ دوران خون ناکام ہو جاتا ہے اور انجام کار تخریبات پیدا ہو جاتی ہے۔ آگے چل کر یہ عروق وقفہ وقفہ سے مسترخی ہو جاتی ہیں اور طمثی نزف نمودار ہو جاتا ہے۔

(۵) پستانوں پر اثرات:- آئسٹروجن ثدیین میں کلانی اور نظام قنات میں تکاثر پیدا کرتے ہیں۔ آئسٹروجن کا استعمال اخراج لبن موقوف کرنے کے لئے بھی ہوتا ہے۔ یہ موخر نخامیہ کے ذریعہ پرولیکٹین کا اخراج بند کر دیتے ہیں۔

(۶) جانوروں میں شبق (مستی گرمی) (Oestrus) کی پیدائش:- جانوروں میں آئسٹروجن شبق یا گرمی پیدا کرنے کے ذمہ دار ہوتے ہیں جو تہویض کو معراج پر پہونچا دیتے ہیں اور اگر ایسی حالت میں جنس مخالف سے ملاقات ہو جاتی ہے تو ہم زمان و مکان والی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ اسی طرح شبقی تغیرات سے مہبلی سرعلمہ اور درون رحم تکاثری حصہ بھی متاثر ہو سکتا ہے۔

(۷) حمل میں کارکردگی:- حمل میں آئسٹروجن کی کثیر ترین مقدار خارج ہوتی ہے مقام پیدائش خاص طور سے مشیمہ ہوتا ہے۔ آئسٹروجن کا بول میں بیش از بیش یومیہ اخراج (خاص طور سے بطور آئسٹریول) زمانہ حمل بھر بڑھتا رہتا ہے۔ چنانچہ یومیہ ۴۵ ریٹ یونٹ (45 Rat Units) کے غیر حاملہ لیول سے لے کر بیش از بیش ...... ۴۰ ریٹ یونٹ تک پہونچتا ہے اس سے رحم اور پستانوں کی بیش دمویت کے ساتھ ساتھ بیش تکون بھی بڑھ جاتا ہے۔ حوضی رباطات کا استرخا اور بافتوں میں پانی، سوڈیم اور کلورائڈ کا احتباس دیگر ہارمونی اثرات ہیں۔ اس کے لئے آئسٹروجن یا پروجسٹرون کو خصوصی ذمہ دار قرار نہیں دیا جاسکتا۔

پروجسٹرون (Progestrone):- پروجسٹرون آئسٹراڈائل کے ساتھ جسم اصفر سے خارج ہونے والا ہارمون ہے۔ یہ خاص طور سے درون رحمی لیوٹینی یا افرازی حصہ کا ذمہ دار ہوتا

ہے جو تبویض کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ اور دورہ کے ۲۳ ویں روز انتہا پر پہونچ جاتا ہے اور ۲۶ ویں روز تک قائم رہتا ہے، جس کے بعد طمث شروع ہوتے ہی عموماً صفر کی سطح تک پہونچ جاتا ہے۔

پروجسٹرون کا جگر میں استحالہ ہو جاتا ہے جو پیشاب میں سوڈیم پرگنینڈیال گلائکیورونائڈ۔ Sodium Pregnanediol Glycouronide کے طور پر خارج ہو جاتا ہے۔

پروجسٹرینی عامل حیاتیاتی طور پر ایک غیر متحرک اور جامد شے ہے لیکن کیمیادی اصولوں سے بول میں اس کا ارتکاز ثابت کیا جا سکتا ہے۔ پروجسٹرون قدرتی آئسٹروجن کے ساتھ اسٹرائڈ گروپ سے تعلق رکھتا ہے۔ کارٹی کاسٹرون (Cortecosterone) اور ٹسٹوسٹرون (Testosterone) کے ساتھ اس کا گہرا کیمیادی تعلق ہے۔

منافعاتی افعال

(۱) درون رحم (Endometrium) پر اثرات :۔ درون رحم کا افرازی انحطاط اور ریزہی تکوین، دورہ طمثی کے نصف آخر کی خصوصیت کے طور پر جبکہ تبویض واقع ہو چکی ہو، جسم اصفر سے خارج ہونے والے پروجسٹرون سے واقع ہوتی ہے تاوقتیکہ درون رحم آئسٹروجن سے تاثر قبول نہ کرے افرازی حصہ رونما نہیں ہوتا۔

(۲) رحم پر اثرات :۔ پروجسٹوجن[1] رحم کا عضلی بیش تکوین بڑھا دیتے ہیں لیکن رحمی انقباض کے تواتر کو کم کر دیتے ہیں۔

(۳) قاذفین پر اثرات :۔ پروجسٹوجن قاذفین کی عضلی لائن میں بیش تکوین پیدا کر دیتے ہیں علاوہ بریں پیچیدہ حرکات کو مزید قوی بنا کر انبوبی غشائے مخاطی کے افراز میں اضافہ کر دیتے ہیں۔

(۴) طمثی نزف سے تعلق :۔ پروجسٹرون طمث میں جو کردار ادا کرتا ہے ابھی تک غیر واضح ہے۔ اکثر و بیشتر عورتوں میں پروجسٹرون جسم اصفر سے دورہ کے نصف آخر میں خارج ہوتا ہے اور اس کا دموی ارتکاز چوتھے ہفتہ کے اواخر تک بڑھتا جاتا ہے جہاں سے یہ آئسٹروجن کے

---

[1] پروجسٹرینی فعل کے حامل اجزا۔

انحطاط اور درون رحمی افراز کے ساتھ بتدریج کم ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ بہت سی عورتیں بلا ازالہ پروجسٹرینی پیدائش یا اخراج کے ماہ بہ ماہ باقاعدگی سے طمث جاری کرتی ہیں۔ لہٰذا ماہرین کے سامنے یہ اہم سوال ہے کہ آیا طمث کا سبب عروق دمویہ ہیں یا مذکورہ ہارمون، تاہم یہ یقین کیا جاتا ہے کہ آئسٹروجینی ارتکاز کے تغیرات طمثی دورہ جاری رکھنے میں خصوصی عامل کی حیثیت رکھتے ہیں۔

(۵) حمل میں اثرات:- (ا) پروجسٹرون درون رحم کو افرازی بیش پرورش کی تحریک دیتا اور بعدہٗ ریزینی تعامل کے ذریعہ بارآور بیضۂ انثیٰ کو وصول کرنے کے قابل ہو جاتا ہے۔

(ب) حمل برقرار رکھنے کے لئے پروجسٹرون کا اخراج ناگزیر ہے۔ ابتدائے حمل میں یہ جسم اصفر سے برآمد ہوتا ہے تاہم ایسے بھی ریکارڈ موجود ہیں کہ عورت میں دوسرے ماہ مبیضین دور کر دینے کے باوجود طبعی حالت میں برقرار رہا، لیکن ایسی حالت میں حمل کے بہت جلد ساقط ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔ یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ دسویں تا بارہویں ہفتہ کے دوران جب کہ جسم اصفر کا انحطاط (Degeneration) ہوتا ہے ایسی حالت میں چند دیگر ذرائع غالباً سلاءٌ (Chorion) اور مشیمہ آئسٹروجن اور سلوئی ذیبح مولدات کے ہمراہ پروجسٹرون بنانے لگتے ہیں۔ دوران حمل ابتداء میں جسم اصفر سے خارج ہونے والے پروجسٹرون کے ذریعہ فعل تبویض معطل رہتا ہے لیکن جسم اصفر کے انحطاط کے بعد مشیمہ سے خارج ہونے والا پروجسٹرون اس فریضہ کو انجام دیتا ہے۔

(ج) پروجسٹرون پستان کے غددی بافت خصوصاً غددی جرابات (Alveoli) کے نمو میں اضافہ کر دیتا ہے۔

(د) پروجسٹرون طمثی دورہ کے حصۂ اصفر میں جسمانی حرارت کے ساتھ اپنے افراز میں بھی اضافہ کر دیتا ہے جس سے تبویض عمل میں آتا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ یہ ارتفاع حرارت پروجسٹرینی مشتقات سے ہوتا ہے۔

نخامی ہارمون

[The Pituitary Hormone]

مقدم نخامیہ اپنے ذیبح مولداتی ہارمون کے ذریعہ بلوغ کے وقت دوری تغیرات رونما کرتا ہے اور ان تغیرات کو فعال جنسی زندگی بھر باقاعدگی بخشتا ہے جیسا کہ دورۂ نخامیہ کے ذیل میں بتایا جا چکا ہے۔ یہ مبیض کو ہارمون آئسٹروجن اور پروجسٹروجن خارج کرنے کی تحریک دیتا ہے۔

اس طرح بالواسطہ نخامیہ عورتوں میں نہ صرف آلات توالد وتناسل کی اساسی ساخت وافعال کو کنٹرول کرتا ہے، بلکہ ثانوی جنسی صفات پر بھی اقتدار رکھتا ہے۔ غدہ نخامیہ سے خارج ہونیوالے حسب ذیل ہارمون امراض النساء کے ماہرین کے لئے اہمیت کے حامل ہیں:

۱۔ مقدم نخامیہ کے مہیج مولدات:۔ مقدم نخامیہ مبیض کو درج ذیل ہارمون کے ذریعہ اثر انداز ہوتا ہے:

(۱) محرک جراب ہارمون 'FSH' (Follicle Stimulating Hormone)

(۲) لیوٹینیتی ہارمون 'LH' (Luteinizing Hormone)

(۳) لیوٹینی مولدہ 'LTH' (Luteotrophin Hormone)

(۴) مقدم نخامیہ کا محرک شیر (Prolactin of the Anterior Pituitary)

ان میں سے لیوٹینی ہارمون کیمیاوی طور پر رخنگی خلوی محرک ہارمون (Intersitial Stimulating Hormone (ICSH) کی حیثیت سے متاثر کیا جاتا ہے جو خصیتین کے رخنگی خلیات پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ اسی طرح محرک شیر ہارمون کو لیوٹینی ہارمون سمجھا جاتا ہے ورنہ کم از کم اس کے ہمراہ متاثر کیا جاتا ہے۔

۲۔ دیگر مہیج مولدات:۔ مہیج مولدات کے دو دیگر مشہور ذرائع درج ذیل ہیں۔

(۱) سلوی مہیج مولدہ (Chorionic Gonadotrophin): یہ حاملہ عورتوں کے بول میں پایا جاتا ہے، اس کی تکوین مشیمہ کی بافت میں ہوتی ہے۔ یہ ایک طرح کا شکری پروٹین جو ساخت کے اعتبار سے LH سے برائے نام مختلف ہوتا ہے لیکن عورتوں میں اس کے افعال LH سے ہی مماثل سمجھے جاتے ہیں۔

(۲) حاملہ اسپ ادہ کا مہیج مولدہ – (Pregnant Mare Gonadotrophin Serum (PMS) اسے مہیج مولدہ مصل کے علاوہ گھوڑے کے مہیج مولدہ سے بھی موسوم کرتے ہیں، یہ بھی شکری اور LH کی طرح کام کرتا ہے۔

۳۔ موخر نخامیہ کا معجل ولادت عامل یعنی آکسی ٹوسین (Oxytocin)

مہیج مولدات کے مخصوص اعمال و افعال:۔ دورہ کے آغاز میں FSH غالب ہوتا ہے اور گرافی جرابات کی نشوونما کا آغاز کرتا ہے۔ یہ مبیض کو قلیل المقدار آسٹروجن خارج کرنے کے لئے تحریک دیتا ہے جو ایک مہیج مولدہ آمیزہ کا اخراج کرتا ہے، یہ آمیزہ FSH کی وافر مقدار + LH کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتا ہے جو مبیضین سے مزید آسٹروجن کا افراز کرنے کے ساتھ

ساتھ خون میں آئسٹروجن کا ارتکاز بھی بڑھتا ہے، جس سے قلیل المقدار FSH + کثیر المقدار 'LH' پر مشتمل آمیزہ کا افراز ہوتا ہے۔ یہ تبویض کو تقویت دیتا اور جسم اصفر کو بالیدگی بخشتا ہے جو پروجسٹرون کے علاوہ آئسٹروجن کا افراز کرتا ہے۔ اگر تخصیب عمل میں نہ آئے تو آئسٹروجن اور پروجسٹرون کا بڑھتا ہوا ارتکاز بالآخر مہیج مولدات کو منقطع کر دیتا ہے، جسم اصفر مرجھا کر مردہ ہو جاتا ہے؛ اس کے بعد اول پروجسٹرون بعدہٗ آئسٹروجن اچانک غائب ہو جاتے ہیں، حمل افزا درون رحم برباد ہونے لگتا ہے اور نزف کا آغاز ہو جاتا ہے۔

مہیج مولدات افراز پر مرکزی نظام اعصاب اقتدار رکھتے ہیں۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ جذباتی خلل عورتوں میں طمثی دورہ کی بے قاعدگی اور متغیر اخصاب کا باعث ہوتا ہے جن مریضات کے قاعدہ دماغ پر تباہ کن تغیرات موجود ہوتے ہیں، ان میں مبیضی فعل بھی گھٹ بڑھ جاتا ہے۔

عورتوں میں سریری مشاہدات سے پتہ چلتا ہے کہ مہیج مولدہ افراز کو کنٹرول کرنے میں ہائپو تھالامس (Hypothalamus) کلیدی رول ادا کرتا ہے۔

۵

حیض کی فزیالوجی

یہ غلیظ گہرے سرخ و شنگ رنگ کا لیسدار خون ہوتا ہے، جو کم و بیش وریدی خون کے مشابہ ہوتا ہے۔ یہ خون صحت مند عورتوں میں حمل و رضاعت کے علاوہ جوانی سے لیکر یاس تک کی عمر ولودیت تک ماہ بماہ معینہ وقت پر معینہ مقدار میں مقررہ ایام کے لئے آتا رہتا ہے۔ اگر اس کی مقدار نمایاں طور پر کم ہو جائے یا بڑھ جائے، مقررہ طبعی مدت میں فرق آجائے، یا رنگت میں تغیر آجائے تو اسے بیماری تصور کیا جاتا ہے۔

ہمارے ملک کی لڑکیوں میں آغاز طمث عموماً ۱۲ اور ۱۴ سال کے درمیان ہوتا ہے اور سن یاس کی عمر یعنی ۴۵ اور ۵۰ سال کے درمیان اختتام ہوتا ہے۔

دورۂ طمثی

[Menstrual Cycle]

طمثی دور کا اوسط ۲۸ یوم ہوتا ہے اور ایک دستور کے مطابق باقاعدہ توازن برقرار رہتا ہے۔ چند یوم کا اختلاف پایا جاسکتا ہے، ایسی حالت میں یہ مدت ۳ ہفتے یا ۵ ہفتے ہو سکتی ہے۔

بے قاعدہ اور قلیل دورے اکثر بلوغ کے بعد ایک یا دو سال کے لئے واقع ہوتے ہیں۔

ہر مدت طمث کا اوسط زمانہ (مدت) ۴ تا ۵ یوم ہوتا ہے۔ یہ مدت کم از کم ایک دن اور بیش از بیش ۷۔ ۸ دن بھی ہو سکتی ہے، بشرطیکہ وہ ہر حیض پر اتنے ہی دنوں حائضہ رہ سکے اور اگر کم و بیش دنوں تک حیض آئے تو اسے مرضی صورت قرار دیا جائے گا۔

دوری تغیرات:- عورتوں میں دوری تغیرات درون رحم میں نمودار ہوتے ہیں اور انجام کار رحم سے ہبل کے ذریعہ نزیف عمل میں آتا ہے، یہ نزف مقدار و مدت کے اعتبار سے مختلف عورتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ دور کا پہلا دن پہلے طمثی یوم کی حیثیت سے شمار کیا جاتا ہے۔ طمثی دور کو تین حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔

(ا) حویصلاتی حصہ (Follicular Phase)

(ب) لیوٹینی حصہ (Luteal Phase)

(ج) طمث یا طمثی حصہ

اول دونوں حصوں کا نام مبیضی حویصلاتی حالت کے مطابق رکھا جاتا ہے۔ دور کا پہلا حصہ حویصلاتی کے علاوہ تکاثری حصہ اول (Proliferative Phase) کے نام سے بھی موسوم کیا جاتا ہے اسی طرح دور کا دوسرا حصہ لیوٹینی حصہ کے علاوہ افرازی حصہ (Secretary Phase) یا قبل طمثی حصہ کے نام سے بھی موسوم ہے۔

حویصلاتی حصہ:- دورۂ طمث کی پہلی ابتدائی مدت پختگی اختیار کرنیوالا جراب (Follicle) آئسٹروجن کا افراز کرتا ہے اور انجام کار خون کی سطح تیزی سے بلند ہونے لگتی ہے، بشرطیکہ تبویض کے وقت کوئی انتقال انحطاط واقع نہ ہو۔

دورۂ طمثی کے نتیجہ میں واقع ہونے والے کسر وانکسار کی جب مکمل طور پر مرمت ہو جاتی ہے (تقریباً پانچویں تا چھٹے روز) تو متکاثر حصہ کا آغاز ہو جاتا ہے۔ ابتدا میں درون رحم پتلا (۲ ملی میٹر سے کم) ہوتا ہے جو مکعبی استوانی سرحلمہ پر مشتمل ہوتا ہے، یہ ایک متخلخل ہیکل میں ڈوب کر سادہ انبوبی غدد کی تکوین کرتا ہے۔ اگلے آٹھویں روز کے دوران یا چھٹے تا چودھویں روز غشائے مخاطی دبیز اور کثیر العروقی ہو جاتا ہے، نیز غدد مستطول اور عمق میں متسع ہو جاتے ہیں۔ سرعت تکاثر کے سبب اسے متکاثر حصہ سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

لیوٹینی حصہ:- اسے افرازی یا پیش حمل (سازگار حمل) حصہ سے بھی موسوم کیا جاتا ہے۔ دورۂ طمثی کے اس دوسرے نصف درجہ میں جسم اصفر دونوں ہارمون یعنی آئسٹروجن (Oestrogen) اور پروجسٹرون (Progestrone) کا اخراج کرنے لگتا ہے اور ادرار طمث تک دونوں ہارمونوں کی خون میں سطح اپنے عروج پر پہونچ جاتی ہے، اس دوران بیضہ آزاد ہو کر تخصیب کا باعث ہوتا ہے، اسی لئے اسے پیش حمل یا سازگار حمل حصہ سے بھی تعبیر کرتے ہیں۔

اس حصہ میں درونِ رحم آئسٹروجن کے زیرِ اثر مزید عروقی اور دبیز (تقریباً ۵ تا ۸ ملی میٹر) ہو جاتا ہے۔ انبوبی غدد کلانی یافتہ ہونے کے ساتھ استوانی خلیات بھی بڑھ جاتے ہیں۔ تبویض کے بعد پروجسٹرون کا اثر شامل ہونے پر غدد مخاطی افراز کرنے لگتے ہیں، آخر میں سارے غدد متورم ہو کر آری نما کنارا بنا لیتے ہیں، خلیات ہیکل متکاثر اور کلانی یافتہ ہو کر باہم دگر اس قدر مل جاتے ہیں کرشیمہ والا منظر پیش کرتے ہیں، علاوہ بریں سطح ہیکل میں صلابت آجاتی ہے، رحم کے غشائے مخاطی میں تکاثر کے نتیجے میں ریزینی خلیات (Decidual Cells) کی تکوین ہوتی ہے۔ اگر بارآور بیضہ درونِ رحم میں گھر جائے تو ریزینی تعامل مستقل ہو جائے گا، بصورت دگر عروق متلی سے صاف دموی الشکل رشح رسنے لگتی ہے، جسے ہم طمث سے تعبیر کرتے ہیں اور اس طرح ریزینی خلیات ختم ہو جاتے ہیں۔

انسان میں سلوی ہیج مولدہ دوران حمل جسم اصفر کو باقی رکھتا ہے اول ہیج مولدات مبیض کی تحریک کا باعث بنتے ہیں لیکن عدم تخصیب کی صورت میں آئسٹروجن اور پروجسٹرون کا بڑھتا ہوا ارتکاز ہیج مولدات کے اخراج کو منقطع کر دیتا ہے، جسم اصفر مرجھا جاتا ہے، یکایک پہلے پروجسٹرون پھر آئسٹروجن یلمحدگی اختیار کر لیتے ہیں، حمل آفریں درونِ رحم برباد ہونے لگتا ہے اور طمثی نزف شروع ہو جاتا ہے جسے ہم طمثی حصہ سے موسوم کرتے ہیں۔

طمث (پہلے تا پانچویں یوم): یہ حصہ یا درجہ نزف کے ساتھ مخصوص ہوتا ہے، جس میں درونِ رحم کا سطحی حصہ جھڑ کر نزف جاری کرتا ہے لیکن اساسی (عمیق تر) پرت محفوظ رہتی ہے اس کا میکانیہ ہنوز غیر واضح ہے۔ ماہرین کے خیال کے مطابق حلزونی شرائین بند ہو جاتی ہیں (غالباً کئی گھنٹے کے لئے)، جس کے نتیجہ میں مقامی فقرالدم کے سبب غشائے مخاطی کا متعلقہ خط متنخر ہو جاتا ہے نیز محیط عروق شعریہ کی دیواریں کمزور ہو جاتی ہیں۔ جب تشنج رفع ہو جاتا ہے اور دوران خون بحال ہو جاتا ہے تو خون شعری دیوار کے تباہ و برباد رقبات کے ذریعہ سطحی مرحلہ کے تحت ہیکل میں اور غدد کے نضائی تجویفات میں رس کر پہونچتا ہے، متنخر درونِ رحم (جھڑی ہوئی درونِ رحمی غشائے مخاطی کے ٹکڑے) رسے ہوئے خون اور وافر مخاط کے ہمراہ رحم کے فتحہ میں نکال دیئے جاتے ہیں، جہاں سے یہ بیرونی جانب نکل جاتے ہیں۔

یہ فرض ذکر کرنا چاہیئے کہ بربادی کا یہ طرزِ عمل پورے درونِ رحم میں یکساں طور پر بروئے کار آتا ہے، کیونکہ اگر ایسا ہوتا تو غشائے مخاطی کا مکمل سطحی حصہ بسرعت کھنڈر بن جانے سے اچانک زبردست جریان دم کا سانحہ پیش آجاتا مذکورہ طریق عمل ایک وقت میں درونِ رحم کے غالباً چھوٹے

منتشر رقبات کو متاثر کرتا ہے۔ چوتھے یا پانچویں دن کے اواخر تک پورا درونِ رحم متاثر ہو جاتا ہے۔ کسی بھی رقبہ میں حصۂ زیاں کے فوراً بعد مرمت (اصلاح) کا کام شروع ہو جاتا ہے۔ غدود کے مستحکم اساسی کناروں سے بالیدگی کے نتیجہ میں سطح سرِ حلمہ اور سادہ انبوبی غدد کی تجدید ہوتی ہے۔

طمثی مقدار دم :- ہر عورت میں حیض کے دوران ضائع ہونے والے خون کی مقدار مختلف ہوتی ہے۔ یہ اختلاف ۱۰ تا ۲۰۰ ملی لیٹر تک پایا جاتا ہے لیکن اوسط مقدار ۵۰ ملی لیٹر مقرر کی گئی ہے۔

طمثی مواد کے صفات :- طمثی بہاؤ جزوی کریات دم والے خون، مخاط اور خلوی فواضل پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ شروع میں قلیل المقدار، لزج اور ہلکا سُرخ، لیکن بعد میں شوخ سُرخ ہو جاتا ہے۔ طمثی دور کے اواخر میں یہ رطوبت بھورے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ اس رطوبت میں حیضی خون کے علاوہ چھوٹے چھوٹے تھکّے، رحم کے غدد دہنیہ کے افرازات، حوض کے غشائے مخاطی کے بقایات درونِ رحم کے غشائے مخاطی کے ٹکڑے اور بسا اوقات متعدد جرثومے دیکھے جاتے ہیں۔

طمثی خون بڑی تیزی سے منجمد ہوتا ہے کیونکہ اس میں خاثرین کلوا فر مقدار کے علاوہ تھرامبین (انخثار الدموی مادہ) بھی پایا جاتا ہے، لیکن یہ تھکّے جب عنق سے باہر نکلتے ہیں تو لیفین اور تھرامبین پاش انزائم کے ذریعہ جبل میں رقیق حالت میں ہو جاتے ہیں۔

رحمی انقباض اور طمث :- پیش طمثی امتلاء کے نتیجے میں طمث سے فوراً پیشتر رحم متمدد اور کافی حساس ہو جاتا ہے۔ دورانِ طمث رحمی انقباضات عنقی قنال میں خفیف اتساع پیدا کر کے طمثی اجزا کو خارج کر دیتے ہیں۔ یہ انقباضات غالباً ضیاعِ دم کو بھی قابو میں کرتے ہیں۔ اور دورۂ طمثی کے بعد رحم دوبارہ ٹھوس اور سخت ہو جاتا ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں تشنجی قسم کا زیریں شکمی درد ہوتا ہے جو دراصل اسی انقباض [illegible] طمث [illegible] ہوتا ہے۔

[illegible] تشخیصی علامات :- گاہے حیض بلا کسی علامت سابقہ کے جاری ہو جاتا ہے، ورنہ عام طور سے ادرارِ طمث سے پیشتر طبیعت سست ہو جاتی، کام کاج میں جی نہیں لگتا، مقامِ حوض پر تمدد اور خراش محسوس ہوتی ہے، انجام کار طمث جاری ہو جاتا ہے اور رفتہ رفتہ دوسرے یا تیسرے روز ساری علامتیں از خود رفع ہو جاتی ہیں۔

ادرارِ طمث سے پیشتر بافتوں میں پانی، نمک اور کلورائڈ کے احتباس کے سبب وزن میں دو تین پونڈ کا اضافہ بھی ہو سکتا ہے جس کے سبب بھرا ؤ سا محسوس ہوتا ہے۔

پیش طمثی علامیہ :- مذکور الصدر علامات طبعی ہیں، جن میں کسی طرح کی مداخلت

نا مناسب ہے۔ غیر طبعی علامات درج ذیل ہیں، جو ادرار طمث سے ۲ تا ۱۰ ایوم پیشتر ہی نمودار ہونے لگتی ہیں:

صداع، سدر، متلی اور قے، تکان، ذہنی دباؤ، سہر (بیداری)، بے چینی، چڑچڑاپن، جذباتی ہیجان، چنانچہ بعض عصبی المزاج لڑکیاں دیوانگی کی حد تک پہونچ جاتی ہیں، پستان متورم اور الیم ہو جاتے ہیں، فرج بھی متورم اور حتکی ہو جاتی ہے، امتلائے انف، اوجاع مفاصل اور بھراؤ کا احساس ہوتا ہے۔ اگرچہ علامات جزوی طور پر نفسیاتی الاصل ہو سکتا ہے، تاہم آسٹروجن کے زائد افراز کے سبب احتباس الماء کو اس کا سبب قرار دیا جاتا ہے۔

اصول علاج:۔ مریضہ کو طمث جاری ہونے والے ہفتہ میں سیالات اور نمک کے کم سے کم استعمال کی ہدایت دی جاتی ہے۔

یونانی علاج:۔ اس میں مدرات بول و طمث خاص طور سے مفید ہیں۔

نسخہ: شورہ قلمی، جوا کھار، نمک مول ہر ایک ایک گرام، باریک پیس کر دودھ کی لسی کے ساتھ یا شربت بزوری مدرات باردہ میں ملا کر دیں۔

ادرار طمث کی غرض سے نسخہ ذیل مفید ہے۔

پرسیاؤ شاں، شکاع مشخ، سونف ہر ایک ½۔۱۰ گرام شکر ۲۵ گرام کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

ہیجانی کیفیت رفع کرنے کے لئے دواء الشفا ہمراہ آب تازہ دیں۔

جدید علاج:۔ پیش طمثی ہفتہ میں امونیم کلورائڈ بمقدار ۱۵ گرین روزانہ دن میں تین بار دیا جا سکتا ہے۔

بعض اصابات میں ایتھی اسٹیرون بمقدار ۳۰ تا ۱۵۰ ملی گرام یومیہ براہ دہن دینے سے فائدہ ہوا جب کہ دیگر مریضوں میں اینڈروجن (Androgen) سے شفایابی ہوئی تالیفی پروجسٹرون بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

رفع ہیجان کیلئے فینوباربی ٹون یا دیگر خفیف مسکنات مفید ثابت ہو سکتے ہیں۔

حیض کی تدابیر اور حفظان

بسا اوقات لڑکی لاعلمی کے سبب حیض و بلوغ کے ساتھ ہونیوالے تغیرات کو مرض تصور کر لیتی ہے۔ اس طرح وہ واہمہ اور نوع بنوع نفسیاتی عوارض کا شکار ہو کے رہ جاتی ہے۔ کبھی کبھی اسے دورۂ طمثی

سے نفرت ہو جاتی ہے اور اس طرح ابتدائی احتباس طمث کی نفسیاتی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ بسا اوقات لڑکی اپنی جہالت اور لاعلمی کے سبب خلاف حفظ صحت اقدام کر لیتی ہے۔ جس کا انجام نہ صرف لڑکی کو بلکہ سرپرستوں کو بھی پریشانی اور ضیق میں ڈال دیتا ہے' لہذا لڑکی کو حیض کی اہمیت سے باخبر کرنا بہت ضروری ہے۔ اسے شرح و بسط کے ساتھ سمجھا دینا چاہیے کہ حیض عین فطری فعل ہے جو کسی قسم کے مرض یا خرابیٔ نظام سے نہیں پیدا ہوتا بلکہ یہ حسن و صحت کی ایک علامت ہے۔ اس سے جسم میں سبکی اور چہرے پر دلکشی آجاتی ہے' کیونکہ اس کے ذریعہ جسم کا فاسد مادہ خارج ہو جاتا ہے' جس سے لڑکی بہت سے امراض جلد اور فساد خون سے محفوظ رہتی ہے۔

حائضہ کو حسب ذیل امور پر پابندی کے ساتھ کاربند رہنا چاہیے:

(۱) حیض کی حالت میں زیادہ کثرت' محنت و مشقت' اعراض نفسیانیہ' خوف و فرح سے بچنا چاہیے۔ لیکن معمولی اور ہلکے پھلکے کھیل کود' مثلاً ٹینس وغیرہ کھیلنا مناسب ہے بلکہ قلت طمث کی حالت میں معمولی ورزش مفید ہے۔

(۲) عام جسمانی صفائی کا پورا اہتمام کیا جائے۔ دوران طمث بالوں کو دھونا اور غسل ممنوع نہیں البتہ موسم سرما میں نیم گرم پانی کا استعمال مناسب ہے۔

(۳) **حیض کے جاذب:۔** مقامی طور پر عقیم' صاف ستھری' نرم و گداز کپڑے کی گدی استعمال کی جائے۔ صاحب استطاعت عورتیں سینیٹری تولیے استعمال کر سکتی ہیں۔ بعض عورتوں میں اس جاذب کے استعمال سے فرج کی جلد میں شدید حساسیت نمودار ہو جاتی ہے' جس کے تدارک کے لئے ان میں جاذب روئی ٹھونس لینی چاہیے۔

بعض ترقی یافتہ ملکوں میں مہبلی حمول (Vaginal Tampon) کا رواج ہے۔ اس میں جاذبوں کی بہ نسبت زیادہ سہولت ہوتی ہے اور اس کے استعمال سے عورت پس و پیش بھی نہیں کرتی تاہم اس کا استعمال باکرہ لڑکیوں' عنق الرحم کی سرایت زدہ عورتوں اور مہبلی قنال کے تقرح والی عورتوں میں کسی طرح جائز نہیں کیونکہ اس سے نوع بنوع میڈیکل ایمرجنسی پیدا ہو سکتی ہے اور مرض شدت اختیار کر سکتا ہے۔ یہ حمول گراں ہوتے ہیں اور لاعلمی کی حالت میں خطرناک عواقب سے دوچار کر سکتے ہیں۔ غشاء البکارت منشق ہو سکتی ہے۔ مہبلی قنال سرایت زدہ ہو سکتی ہے۔

دروں مہبلی کپ (Intravaginal Cup) کا استعمال خاص طور سے دوران سفر معین ثابت ہو سکتا ہے۔

نطول کی چنداں ضرورت نہیں، ہاں اگر معالج کی ہدایت ہو تو کوئی حرج نہیں۔

(۴) حیض کی حالت میں ثقیل و بادی اغذیہ سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ جہاں تک ممکن ہو غذا لطیف، سریع الہضم اور جید الکیموس دی جائے۔ لڑکی کی عام صحت کا خیال رکھا جائے۔ تازہ اور کھلی ہوا، سورج کی روشنی، ہلکی پھلکی ورزش رات کو جلد سونا اور علی الصباح بیدار ہو جانا چاہیئے۔ ذہنی و جسمانی محنت مشقت سے احتراز لازم ہے۔

(۵) حیض کی حالت میں مباشرت طرفین کے لئے سخت مضر ہے، اس سے نوع بنوع امراض وقوع پذیر ہو سکتے ہیں، لہٰذا ایسی حالت میں مجامعت سے بہر حال گریز کرنا چاہیئے۔

لطخۂ مہبلی میں دوری تغیرات

[Cyclical Changes in Vaginal Smear]

مہبلی علم الخلیات

[Vaginal Cytology]

طبعی دورۂ طمث میں مہبلی لطخہ میں نظر آنیوالے بیشتر فلسمانی خلیات کا افراز عنق اور مہبل کے قشری فلسمانی سرحلے سے جاری ہوتا ہے اور ان میں متعدد الہیات (Polymorphs)، خلیات نسیجیہ (Histocytes)، درون عنقی استوانی خلیات اور دوران طمث درون رحمی خلیات ہوتے ہیں فلسمانی سرحلے کے سطحی خلیات کا درجۂ تقرن (Cornification) دوری آئسٹروجن پر منحصر ہوتا ہے۔

مہبلی آلودگی کیلئے استعمال ہونے والا مقبول ترین رنگ یعنی پاپانیکولاؤس والا رنگ (Papanicolous Stain) ہے۔ خلیہ مایہ (Cytoplasm) مختلف طور سے رنگ قبول کرتے ہیں حمضی فلسمانی خلیات خاص طور سے متقرن حالت میں ہوتے ہیں اور قاعدی خلیات نسبتاً کم متقرن ہوتے ہیں۔

درجۂ طمثی:۔ پہلے روز سے پانچویں روز تک فلسمانی خلیات کا رجحان بڑے نواۃ (Nuclei)، اساسی خلیہ مایہ[1] (Basophilic Cells)، مڑے ہوئے خلوی کناروں نیز طبقات کی تکوین

---

[1] اقل: بنیادی رنگوں سے سرخ رنگ اختیار کرنیوالا خلیہ مایہ۔

کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ مخاط کریات حمرا اور متعدد الہیات خلیے موجود ہوتے ہیں۔ درون رحمی خلایا تنہا یا گروہ کی شکل میں نظر آتے ہیں، طمث کے اختتام پر خلیات نتیجۃً نمودار ہوتے ہیں۔

جرابی درجہ (Follicular Stage) :- اس درجہ میں اختتام طمث کے پانچویں تا ۱۴ ویں دن تبویض واقع ہونے پر حسب ذیل تدریجی تغیرات واقع ہوتے ہیں اور مخاط و کثیر الاشکال خلیے کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔

فلسانی سرطلمہ بڑھ جاتے ہیں۔ جسامت کے اعتبار سے نواۃ گھٹ جاتا ہے اور حمضی خلیات کی تعداد میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ خلیات کا عمومی رجحان علیحدگی پسندی کی طرف ہو جاتا ہے۔

اس درجہ کے اختتام پر خلیات کلانی اختیار کر لیتے ہیں جس میں تیز رنگین خلیہ مایہ، مکثف نواۃ (Pyknotic Nuclei) اور واضح خلوی کنارے ہوتے ہیں۔ علاوہ بریں اس میں کثیر الاشکال خلیے مخاط و جراثیم بھی ہوتے ہیں۔

بعد تبویضی درجہ :- یہ درجہ پانچویں تا ۱۴ ویں دن پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس وقت دوبارہ تدریجی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ خلیات گروہ بندی کرنے لگتے ہیں۔ ان کے کنارے خمیدگی اور دوہراؤ اختیار کر لیتے ہیں جو بہت زیادہ بے ترتیب ہوتے ہیں، حمضی خلیات کی تعداد گھٹنے لگتی ہے۔ کثیر الاشکال خلیات دوبارہ نمودار ہوتے ہیں۔

پیش طمثی درجہ :- یہ درجہ ۲۴ ویں تا ۲۸ ویں ایام پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ درجہ عین آخری درجہ کے مطابق لیکن اس سے واضح تر ہوتا ہے جس میں خلیات کے مختلف گروہ ہوتے ہیں اور کثافت معدوم ہو جاتی ہے مخاط اور کثیر الاشکال خلیات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

سن یاس :- سن یاس کے بعد عموماً دو طرح کی آلودگی نظر آتی ہے:

کثیر بعد الیاسی :- ۱۔ سطحی فلسانی خلایا خورد نواۃ کے ساتھ منجمد اور گھنے گروہ میں ہوتے ہیں۔

۲۔ فلسانی خلیات کا حموضی رنگ زیادہ غالب ہوتا ہے۔

ذبولی بعد الیاسی :- ۱۔ خلایا چھوٹے اور مستدیر جس کے ساتھ بڑا نواۃ (Nuclei) ہوتا ہے۔ (قاعدی خلیات)

۲۔ خلیہ مایہ کا مخصوص اساسی (Basophilic) رنگ۔

۳ لطخہ (Smear) قلیل المقدار اور خشک ہوتا ہے۔

۶

بلوغ اور آغاز طمث

[Puberty and Menarche]

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بلوغ اس انتقالی نشوونمائی منظر کا نام ہے جو جوانی سے طفلی کے گلے ملتے وقت مشاہدہ کیا جاتا ہے، جس کا نقش اول آغاز طمث ہوتا ہے۔

آغاز طمث کے سلسلے میں بڑا اختلاف موجود ہوتا ہے۔ طبعی حالات میں عموماً ۱۴ سال کی عمر کی لڑکیوں میں حیض کا آغاز ہو جاتا ہے، لیکن کم از کم ۹ سال اور زیادہ سے زیادہ ۱۸ تا ۲۰ سال کی لڑکیوں میں بھی حیض شروع ہونے کا ریکارڈ موجود ہے جو عین طبعی حالت ہے۔ آغاز طمث میں تقدیم و تاخیر کے سلسلے میں مختلف عوامل اہم کردار ادا کرتے ہیں جن کا تذکرہ سابقہ اوراق میں تفصیل کے ساتھ کیا جا چکا ہے۔ ڈاکٹر انجلی اور ساتھیوں نے ۲۵۰ یہودی لڑکیوں میں حیض کا مشاہدہ کرکے آغاز طمث کا زمانہ تقریباً ۱۳ سال متعین کیا ہے، تاہم اسے سند کا درجہ نہیں دیا جا سکتا، تا وقتیکہ دیگر ثانوی صفات بھی موجود نہ ہوں۔ کیوں کہ مزاج، آب و ہوا، نسلی امتیاز، خاندانی ماحول، موروثی اثرات، جثہ، عصبی مراکز کا ہیجان وغیرہ ایسے اہم عوامل ہیں جن کے زیر اثر آغاز طمث میں تقدیم و تاخیر عین ممکن ہے۔ گرم آب و ہوا اور جنسی بے راہ روی کے ماحول میں پروردہ بچیاں پردہ نشینوں کی بہ نسبت جلد بالغ ہو جاتی ہیں۔ غریب طبقہ کی لڑکیوں میں نقص تغذیہ اور صحت افزا ماحول کے فقدان کے سبب آثار بلوغت بہت دیر سے نمایاں ہو سکتے ہیں لیکن عمدہ پرورش اور تربیت یافتہ بچیوں میں کمسنی ہی سے حیض جاری ہو جاتا ہے۔ بہت سے امراض مثلاً ذیابیطس وغیرہ سے بھی آغاز طمث میں غیر معمولی تاخیر ہو سکتی ہے۔

بلوغت کے لئے طمث کو اس لئے بھی قطعی علامت قرار نہیں دیا جا سکتا کیوں کہ اکثر دیکھا گیا ہے کہ

مذکورہ بالا اسباب وعلل کے علاوہ جب لڑکی کی شادی کمسنی ہی میں کر دی جاتی ہے تو مسلسل جنسی تحریک کے سبب حیض قبل از وقت آنا شروع ہو جاتا ہے، اس کے برعکس قلت دم یا کسی دیگر اسباب سے کبھی کبھی آغاز طمث میں غیر معمولی تاخیر ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں حیض کو بلوغ کی قطعی علامت کیسے قرار دیا جا سکتا ہے؟ البتہ اگر دیگر ثانوی صنفی خصائص مثلاً بغل میں اور زیر ناف بالوں کی روئیدگی کولھے کا بڑھ کر مدور ہو جانا، حوض کی کشادگی، فرج کا نمایاں درجہ تک بڑھ جانا، جبل الزہرہ کا بچپن کی بہ نسبت مزید بلندی اختیار کر لینا وغیرہ موجود ہوں تو بلوغت کا فتویٰ بلا تامل دیا جا سکتا ہے۔

سن شباب شروع ہوتے ہی حیض کی ابتدا کچھ اس انداز میں ہوتی ہے کہ مبیضین میں تیار ہونے والے حویصلات میں سے کوئی حویصلہ پختگی اختیار کر لیتا ہے اور مبیض کی خارجی سطح پر آکر جھلی شق کرکے باہر نکلنے کی کوشش کرتا ہے۔ ایسے میں قاذف کا جھالردار حصہ اس حویصلہ گرافیوس والے مقام پر دباؤ ڈال کر حویصلہ کی رطوبت اور بیضۂ انثیٰ کو اپنے اندر جذب کرنا چاہتا ہے۔ طرف مشترکی جدوجہد اور دباؤ سے مبیض متاثر ہوتا ہے جس کے سبب مبیضین، قاذفین اور رحم کی طرف بہت سا خون کھنچ آتا ہے۔ اس کشمکش میں پیدا ہونے والے امتلاء کے سبب رحم کی غشاء مخاطی میں خصوصی تغیرات رونما ہوتے ہیں، وہ خود بھی منتفخ ہوتی ہیں اور اس کی دبازت میں موجود غدد بھی متورم ہو کر دبیز ہو جاتے ہیں۔ دموی عروق ممتلی ہو جاتی ہیں۔ یہ امتلاء اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ غدد دار کی غشاء مخاطی منشق ہو جاتی ہے اور عروق کے منافذ کھل جاتے ہیں۔ اس وقت غشائے مخاطی پر موجود روئیں دار جھلی یعنی بشرہ جا بجا سے گل گل کر جھڑنا شروع ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ اواخر طمث تک سارا البشرہ جھڑ چکتا ہے لیکن اختتام طمث کے بعد رحم کی غشاء مخاطی پھر اپنی اصلی حالت پر آجاتی ہے اور ایام طمث میں ضائع شدہ بشرہ کی تعمیر نو ہونے لگتی ہے، جو معینہ وقت کے اندر اندر مکمل بالیدگی اختیار کر لیتا ہے پھر بیضہ پختہ ہوتا ہے اور امتلائی کیفیت لاحق ہوتی ہے حتیٰ کہ خون حیض بطریق سابق جاری ہو جاتا ہے۔ علیٰ ہذٰہ یہ کیفیت صحت اور تندرستی کی حالت میں سن یاس تک مسلسل جاری رہتی ہے جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، حمل و رضاعت کا زمانہ اس سے مستثنیٰ ہے۔

بلوغ کے لئے آغاز طمث کے علاوہ ثانوی جنسی صفات کی موجودگی بھی اہم ہے:-

ثانوی صنفی صفات (Secondary Sex Characters) :- یہ صفات مختلف تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں، جن میں سے چند عمومی ہوتے ہیں اور باقی مقامی۔ بلوغ کے یہ مخصوص مدارج درج ہیں۔

(۱) **قبل از بلوغ درجہ** (Pre Puberty Stage) :- حوض پر بالوں کی خفیف روئیدگی کا آنی

پستان، حلمۂ ثدی کا ابھر کر صلابت اختیار کر لینا۔

(۲) **بلوغت کا درجۂ اوّل:-** پیڑو کے بال اس درجہ میں پہونچ کر گھنے ہوجاتے ہیں۔ پستان غنچہ کی طرح صلابت اختیار کر لیتے ہیں شفرتین کبیرہ میں نمایاں کلانی آجاتی ہے۔

(۳) **بلوغت کا درجۂ دوم:-** پیڑو کے بال مزید گھنے ہوجاتے ہیں۔ بغل میں بالوں کی روئیدگی شروع ہوجاتی ہے۔ پستان ابھر آتے ہیں سر پستان کے چاروں طرف گلابی ہالہ بن جاتا ہے۔ شفرتین کبیرہ مزید بڑھ جاتے ہیں۔

(۴) **بلوغت کا درجۂ سوم:-** عانہ پر بالوں کی روئیدگی بکثرت ہوتی ہے۔ بغل کے بال بھی بڑے اور گھنے ہوجاتے ہیں۔ گلابی ہالہ حلمۂ ثدی تک پہونچ جاتا ہے۔ شفرتین کبیرہ میں شحوم کی کثرت ہوجاتی ہے فرج ومہبل کی غشاء مخاطی مخملی ہوجاتی ہے۔ رحم میں تیزی سے تغیرات ہونے لگتے ہیں۔ عنق کے بہ نسبت جسم رحم میں بسرعت تغیرات ہوتے ہیں۔ رحم کے عضلی ریشے تعداد وضخامت میں بڑھتے ہیں۔ مکمل مبیضی دورہ وتورباضہ پر ہوتا ہے اس طرح تبویض کے علاوہ جسم اصفر کی بھی تکوین ہوتی ہے۔ بعد میں رفتار سست پڑجاتی ہے لیکن حیض باقاعدگی اختیار کرلیتا ہے۔

بلوغت کے تغیرات آغاز طمث کے ۲ سال قبل ہی شروع ہوسکتے ہیں جو ڈھائی سال بعد تک مکمل ہوجاتے ہیں۔ شفرتین بہت تیزی سے کلانی اختیار کرتے ہیں لیکن قاع الرحم بہت دھیمے دھیمے بڑھتا ہے۔ بلوغت میں پیڑو کشادہ ہونے کے ساتھ ساتھ کولہے بھی ابھر کر مدور ہوجاتے ہیں جس سے لڑکی کی رفتار میں ایک خاص ناز و انداز آجاتا ہے۔ ہر عضو ایک خاص تناسب سے بڑھنے لگتا ہے۔ عنفوانِ شباب بڑا حسین اور قیمتی دور ہوتا ہے اس عہد میں حسن کی ایسی رعنائی غالب آجاتی ہے کہ اعضا غیر متناسب اور خدوخال قدرے خراب ہونے کے باوجود ہر لڑکی مرکز نگاہ بننے کے قابل ہوجاتی ہے۔ جوانی میں ایک بڑا نفسیاتی تغیر ہوتا ہے کہ لڑکی اپنے اندر ایک عجیب اور لذت آفریں سنسناہٹ، جنسی جذبات کی گرمی، صنفی اختلافات کی موجودگی شدت سے محسوس کرتی ہے۔ جیون ساتھی کی کمی قدم قدم پر محسوس ہوتی ہے اور شرم و حیا اس کا مخصوص نسائی جوہر بن جاتا ہے۔

مردوزن کی جنسی ساخت اور صنفی اختلافات

یہ مخصوص صنفی خصائص کم سنی میں نمایاں نہیں ہوتے لیکن بلوغ کو پہونچتے پہونچتے درج ذیل تفریقی صفات نمودار ہونے لگتے ہیں:-

مرد	عورت
چہرے اور جسم پر بالوں کی روئیدگی۔	سر پر بال لیکن چہرے اور جسم (بالاستثنا حوض اور بغل) پر معدوم۔
حنجرہ کلاں، آواز گہری اور بھاری۔	حنجرہ چھوٹا، آواز بلند و باریک اور دلکش۔
عضلات قوی۔	عضلات نسبتاً کمزور۔
ثدیین سپاٹ	پستان اُبھرے ہوئے۔
سینہ نسبتاً طویل، عریض اور چھوٹا شکمی کہفہ	سینہ نسبتاً چھوٹا اور تنگ کلاں شکمی کہفہ۔
ہڈیاں بھاری، بڑی اور حوض اتھلا اور قیف نما۔	ہڈیاں سُبک اور چھوٹی، حوض گہرا اور چوڑا۔
جلد کھُردری اور بھدی۔	جلد باریک اور چکنی۔
جسمانی استحکام اور آہنی عزم۔	جسمانی سپردگی اور متزلزل عقیدہ۔

۷

سن یاس یا انقطاع الطمث

(Menopause or Climactrium)

طمثی زندگی کی اوسط مدت ۴۵ سال اور انتہائی ۵۰ سال ہے لیکن بہت سی ایسی عورتیں بھی ریکارڈ میں آئی ہیں جن میں ۵۰ سال کی عمر میں یا اس کے بعد بھی حیض جاری رہا۔ دراصل بلوغ کی طرح سن یاس کے صحیح وقت کی تعیین بھی ایک مشکل امر ہے، کیونکہ بہت سی عورتوں میں بہت جلد حیض شروع ہوا اور پچپن سال کی عمر تک جاری رہا۔ بسا اوقات اس کے بعد بھی یہ سلسلہ برقرار رہتا ہے۔ بعض عورتوں میں ۴۰ سال کی عمر سے پیشتر ہی منقطع ہو جاتا ہے۔ اس تقدیم و تاخیر کا سبب ماہرین موروثی قرار دیتے ہیں کیونکہ بعض نسل و قوم میں بہت پہلے حیض جاری ہو جاتا ہے اور بعض میں غیر معمولی تاخیر ہو جاتی ہے۔ لہٰذا سنانعاتی نزف کے لئے کوئی مخصوص عمر نہیں بتائی جاسکتی۔ اسی طرح ۵۵ سال کے بعد بھی ۶ ماہ کے وقفے سے نزف کی رپورٹ ملی ہے۔

بسا اوقات فعال حصہ میں مبیضین کو بذریعہ عملیہ دور کر دینے پر بھی مصنوعی انقطاع قدرتی پوزیشن میں پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح رحم برآری (Hysterectomy) سے بھی انقطاع الطمث کی علامات پیدا ہو جاتی ہیں لیکن بسا اوقات بلا کسی جراحی مداخلت کے قبل از وقت انقطاع الطمث کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔

انقطاع الطمث پر عورت کے تولیدی حصہ کا اختتام یقیناً ہو جاتا ہے۔ اسی لئے اسے تغیر سن سے منسوب کرتے ہیں تاہم اسے لازماً پیری کا پیش خیمہ قرار نہیں دیا جاسکتا۔ بعض عورتوں میں سن یاس کے بعد بھی بلوغ اور جمال کی شادابی سالہا سال تک برقرار رہتی ہے۔ ہاں اگر ذہنی اختلال رونما ہو جائے، صحت بہت زیادہ گر جائے تو پیری میں کوئی شبہ نہیں۔ بعض عورتوں میں اختتام تحیض کے بعد بھی صنفی زندگی سالوں برقرار

رہتی ہے تاہم تولیدی استطاعت ختم ہو جاتی ہے۔

فعلِ طمث درج ذیل کسی ایک طریقے پر منقطع ہو سکتا ہے:

(ا) بسا اوقات ۵۰ سال تک طبعی حالت میں حیض آتا رہتا ہے اور اس کے بعد بلا کسی واضح تغیر کے یک بیک منقطع ہو جاتا ہے۔

(ب) بیشتر عورتوں میں حیض تدریجی طور پر موقوف ہوتا ہے۔ جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ ایام ماہواری کے وقفوں میں بے قاعدگی آتی جاتی ہے یعنی وقفے طوالت اختیار کرتے جاتے ہیں اور مقدار نزف گھٹتا جاتا ہے اور انجام کار بالکل ہی معدوم ہو جاتا ہے۔

(ج) بے قاعدگی ایام شروع ہونے پر نزف بکثرت یا خطرناک مدت تک جاری رہتا ہے۔ بسا اوقات نزف اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ عورت کا نظام اس کا متحمل نہیں ہو پاتا۔ ایسی حالت میں شدت نزف (امراضیاتی انقطاع الطمث) خصوصی اور فوری توجہ کا طالب ہوتا ہے کیونکہ اس عمر میں کثرت سے نزف دروں رحمی سرطان کا پیش خیمہ یا سبب ثابت ہو سکتا ہے۔

مندرجہ بالا طمثی تغیر کے ساتھ کبھی درج ذیل ۳ قسم کے عمومی اختلالات بھی پائے جاتے ہیں:

(ا) حرکی (ب) تحوّلی (ج) نفسی

حرکی کی ممتاز ترین علامت کے طور پر "تورد" (Flushing) یا "احساس حرارت" کے حملے ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے گویا گرم لہروں کے سمندر سے جسم گزر رہا ہے۔ اس کے ساتھ اگر منہ، گردن اور جسم کے دیگر حصوں میں امتلا ہو جائے تو اس کے زوال پر پسینہ نکل آتا ہے۔ یہ تورداتِ سریع الزوال ہوتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں تا دیر یعنی تقریباً نصف گھنٹہ تک قائم رہتے ہیں بسا اوقات دن میں متعدد بار ان کے حملے ہوتے ہیں، علاوہ بریں عصبی درد، جوارح میں جھنک یا شن (خدر) کا احساس شدید طور پر پایا جاتا ہے۔ یاس و حرماں کا احساس بڑھ جاتا ہے۔

جب "تورد" بہت زیادہ ہوتا ہے تو نسائی صنفی ہارمون عورت کے بول میں بھی موجود ہوتا ہے لیکن بعض عورتوں میں انقطاع الطمث کے بعد مندرجہ بالا شکایتوں سے کوئی تکلیف نہیں پہونچتی بلکہ بڑھاپا بھی ایک پُروقار انداز میں آتا ہے، قویٰ میں نمایاں انحطاط نہیں ہوتا اور جاذبیت آخر عمر تک برقرار رہتی ہے۔

سن یاس شروع ہونے والی عمر میں جوشش تمدد (Hypertension) ظہور پذیر ہو سکتا ہے، لیکن ایسا نظامی یا میعضی افعال میں کسی طرح کے تغیر کے بغیر ہوتا ہے۔ یہ صداع، عسر تنفس اور خفقان قلب

کی علامتوں کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔

تغیر کے طور پر فربہی کی جانب ایک واضح رجحان پایا جاتا ہے۔ جس کے سبب مزمن تجمع مفاصل کی شکایت پائی جاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کے تحول میں تغیر واقع ہونے پر چربی جمع ہو جاتی ہے۔ پستان غیر معمولی کلانی اختیار کر لیتے ہیں۔ دیوار شکم میں چربی کی فراہمی سے اکثر شکمی سلعہ کا شبہ ہوتا ہے۔

بعض عورتوں میں مبیضی اثر کے فقدان کے سبب ثانوی صنفی یا مردانہ خواص (مسترجلیت) پیدا ہو جاتے ہیں اور نمایاں امارت کے طور پر اوپر کے لب اور ٹھڈی پر بالوں کی روئیدگی ہونے لگتی ہے۔ ایسی عورتوں کو انقطاع الطمث کے حرکی یا دیگر معنوی علامتوں سے شاذ و نادر ہی اذیت پہونچتی ہے۔ فربہی کا علاج دروں افرازی معالجہ کے بجائے غذائی طور پر کرنا چاہیئے۔

نفسیاتی تغیر کے طور پر ذہنی پسماندگی و درماندگی نمودار ہوتی ہے، چنانچہ زندگی بھر خوش رہنے والی عورتیں بھی چڑچڑی مزاج، ترش رو اور افسردہ خاطر ہو جاتی ہیں، بسا اوقات جسمانی توانائی، قوت حافظہ، برداشت و تحمل کا بھی فقدان پایا جاتا ہے۔ سن یاس میں جنون پیدا ہونے کا بہت زیادہ احتمال رہتا ہے۔ گاہے عتاہت پیری (Senile asylums) کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالتیں آسودہ حال عورتوں میں زیادہ پیدا ہوتی ہیں۔

طبعی انقطاع الطمث کے زمانے میں عارض ہونے والے دروں افرازی عدم توازن میں رحم کی اسکی عفونت بؤرہ (Focal Sepsis) اور دیگر عضوی تغیرات سے اضافہ ہو جاتا ہے، ساتھ ہی نفسی اختلالات میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے لیکن رحم دور کر دینے پر جنون و مالیخولیا والی علامات از خود رفع ہو جاتی ہیں۔

بسا اوقات عقیم عورتوں میں انقطاع الطمث کا زمانہ قریب آنے پر رجا یا حمل کاذب کا عارضہ لاحق ہو جاتا ہے اور مریضہ اپنے آپ کو دل سے حاملہ تصور کرنے لگتی ہے، کیونکہ یہ حالت حمل کی طبعی حالت سے قریب تر ہوتی ہے۔ معدم حس کے زیر اثر امتحان کرنے پر رحمی تغیرات کی عدم موجودگی کا بآسانی پتہ لگایا جا سکتا ہے۔

تناسلی اعضا کے تشریحی تغیرات:۔ یہ تغیرات بتدریج نمودار ہوتے ہیں، چنانچہ کچھ دنوں بعد فرج میں نمایاں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، شفرتین تحت جلدی شحوم تحلیل ہو جانے پر مذبول ہو جاتے ہیں۔ عانہ کے بال بہت کم ہو جاتے ہیں، حتی کہ بڑھاپا میں معدوم ہو جاتے ہیں۔ شفرتین صغیر زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں، مہبل سکڑ کر تنگی اختیار کر لیتا ہے، اسکی طبعی لچک جاتی رہتی ہے، فرج کی جلد خشک اور قدرے کھردری ہو جاتی ہے۔ فرج و مہبل کا پرت دار مرحلہ مذبول ہو جاتا ہے۔

رحم کا جسم اور قاذفین بھی سکڑ جاتے ہیں، غشائے مخاطی اور عضلاتی طبقہ ریشہ دار ہو جاتا ہے۔ رحم میں

حیرت انگیز تغیرات ہوتے ہیں، اس کا حجم نمایاں طور پر کم ہو جاتا ہے۔
عنق الرحم سکڑ کر زہج کی بلندی میں ثمن نما موجود ہوتا ہے۔ سکڑنے کے سبب عنق کا مہبلی حصہ کم نمایاں ہوتا ہے۔ مبیضین سکڑنے سے گرانی جراب مکمل طور سے معدوم ہو جاتے ہیں۔ جرابوں کے بتدریج غائب ہونے کا پتہ انقطاع الطمث کے بہت پہلے چل جاتا ہے۔ بیضۂ انثیٰ جسم اصفر اور مبیض کے داخلی افرازات کی تکوین زیادہ دونوں تک نہیں ہوتی۔
چونکہ انقطاع الطمث کے بعد عورتوں کے مہبلی افراز میں جراثیم کش خواص معدوم ہو جاتے ہیں، لہٰذا غشائے مخاطی میں سرایت کا احتمال بڑھ جاتا ہے۔ اس تغیر کے نتیجے میں شیخوخی التہاب مہبل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ تغیرات لبا اور قنات رحم تک رسائی حاصل کر لیتے ہیں اور انجام کار شیخوخی دروں رحمی التہاب عارض ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ پستانی غدد بھی مذبول ہو جاتے ہیں تھوڑے معدوم ہو جاتے ہیں۔ دیوار قنال میں کسرو انکسار واقع ہو جاتا ہے۔

یاسیت کی تدابیر اور علاج :- آغاز طمث کی طرح اختتام طمث کا دور بھی بڑا انقلاب انگیز دور ہوتا ہے، لہٰذا اس وقت بھی عورت کی عمومی صحت کا لحاظ رکھنا ناگزیر ہے۔ علامات کے علاج کی چنداں ضرورت نہیں کیونکہ وقت گزرنے کے ساتھ ساتھ بیشتر علامات از خود رفع ہو جاتی ہیں، تاہم اگر کوئی علامت غیر معمولی شدت اختیار کرے تو علاج میں تاخیر کرنی چاہیے۔ مسکنات الکحل اور دافع درد ادویہ بار بار دینے سے عصبی المزاج عورتیں عادی ہو جاتی ہیں، لہٰذا انھیں شاذ حالات ہی میں استعمال کرایا جائے۔
اگر یاسی علامت علاج کا طالب ہو تو معدل جذبات و دافع تشویش ادویہ میں سے لبریم (۱۰ ملی گرام دن میں ۳ بار) کا انتخاب مناسب رہے گا۔ شدید اصابات میں اکوانل (Equanil) بمقدار ۴۰۰ ملی گرام دے سکتے ہیں۔ شدید اصابات میں مینڈریکس (Mandrax) بھی مفید ہے۔ توردات شیخوخی التہاب مہبل، شیخوخی دروں رحمی التہاب وغیرہ میں اسٹل بائسٹرال کے استعمال سے اکثر حوصلہ افزا نتائج برآمد ہوتے ہیں لیکن اس کے کثرت استعمال سے شدت نزف کی شکایت ہو جاتی ہے۔ لہٰذا احتیاط ضرور ملحوظ رکھنی چاہیے۔

یونانی علاج

مریضہ کو یقین دلانا چاہیے کہ کبرسنی ایک فطری امر ہے، جس کا خیر مقدم بہرحال کرنا چاہیے کیوں کہ اس سے فرار ممکن نہیں۔ معروف و خوش و خرم زندگی گزارنے سے عموماً بہت سے یاسی علامات از خود معدوم ہو جاتے ہیں۔ شدید اصابات میں ہلکی ریاضت کرائیں۔ تلطیف و تقلیل غذا کی طرف توجہ دی جائے۔ نزد دائم

پرندہ جانوروں کا گوشت مفید ہے، بالخصوص اگر اسے سرکہ کے ہمراہ دیا جائے۔

مربہ ہلیلہ کابلی، مربہ سونٹھ یا قدرے جوارش عنبر یا دواء المسک یا ان میں سے جو دستیاب ہو استعمال کرائیں۔

خولنجان، پودینہ اور کرفس سے تلے ہوئے گوشت استعمال کرائیں۔ مخصوص بطور تیار شدہ گوشت جو لہسن، مرچ سیاہ، سداب، کرفس اور اس طرح کی دیگر اشیاء سے تیار کیا گیا ہو استعمال کرائیں۔

اگر مزاج میں صفراویت کا غلبہ ہو تو شربت انار، پودینہ اور گلاب ملا کر نوش کرائیں اور ساتھ میں شربت سیب سادہ، منقوش، زلال تمر ہندی کو پودینہ میں جوش دے کر اس کے ساتھ پلائیں۔ رب انگور خام یا ربیباس گوب کے ساتھ دے سکتے ہیں۔

منقوش آب بہی اور آب انار ہمراہ آب تمر ہندی مساوی الوزن لیکر اس میں پودینہ جوش دیکر چھان کر قدرے طباشیر ملا کر پلائیں۔ یا اسی علامیہ میں سفوف ذیل بھی مفید ہے:

(ص) صندل سفید، کشنیز خشک، تخم خرفہ سیاہ، زہر مہرہ خطائی سائیدہ، طباشیر، گاؤزبان ہر ایک ۲ گرام مصری ہموزن کوٹ چھان کر سفوف تیار کریں۔ مقدار خوراک و ترکیب استعمال: ۱۰ گرام سفوف ہمراہ عرق گاؤزبان ۳۶ ملی لیٹر ہر وقت پھنکائیں۔ تقویت قلب اور تفریح کے لئے خمیرہ آبریشم حکیم ارشد والا یا خمیرہ عناب والا یا مفرح شیخ الرئیس بمقدار ۵ گرام لاجورد مغسول ۱۲۵ ملی گرام مروارید سائیدہ ۲۴۰ ملی گرام ملا کر چند یوم کھلائیں۔

پھلوں میں زبیب یعنی مویز کلاں، تخم کدو، پستہ اور انجیر خشک بادام کے ہمراہ کھلائیں۔

سبزیوں میں بادرنجبویہ، پودینہ اور خرفہ اور اسی قسم کی دیگر چیزیں مفید ہیں۔

یاس ملائیر میں بطور معدل جذبات بیخ اسرول خاص طور سے مفید ہے۔ دواء الشفاء، اکسیر شفا، معجون نجاح اور عرق ماء الجبن وغیرہ بھی مفید ہیں۔ یہ دوائیں تیار حالت میں مارکیٹ میں دستیاب ہیں۔

حمل کے حیاتیاتی اور تجرباتی کاشفات

ابتدائے حمل میں دستی امتحان سے حمل کی جانچ انتہائی دشوار ہے۔ ان دشواریوں پر قابو پانے کے لئے ماہرین نے چند حیاتیاتی کاشفے ایجاد کئے ہیں، جنھیں تفصیل کے ساتھ جدید ڈاکٹری کتب میں دیکھ لینا چاہئے۔ یہاں اختصار کے ساتھ روشنی ڈالی جا رہی ہے۔

جہاں تک ممکن ہو یہ کاشفہ حمل کے ابتدائی حصوں میں کر لینا چاہئے کیونکہ اس وقت حائضہ عورت کے دموی رو اور پیشاب میں سلوی ہیج مولدات نمودار ہوتے ہیں۔

جہاں تک ممکن ہو علی الصبح اس مقصد کے لئے پیشاب یا خون کا پہلا نمونہ حاصل کر لیا جائے کیوں کہ اس وقت بول یا خون میں ان عناصر کا اعلیٰ ارتکاز موجود ہوتا ہے۔ نمونہ صاف ستھرا ضرور ہونا چاہئے، تاہم اس کے حصول کے لئے قاثاطیری مداخلت کی چنداں ضرورت نہیں ہے۔

زندک اینشہائم کاشفہ (Zondek Ascheim Test):۔ یہ پہلا کاشفہ تھا جس سے معالجین متعارف ہوئے۔ اینشہائم زندک کا حقیقی تعامل حیرت انگیز طور پر صحیح ثابت ہوتا ہے۔ چنانچہ کاشفات کے ایک طویل سلسلہ میں غلطی کا امکان محض ۵ فیصدی تک ہی پہونچتا ہے۔ اس مقصد کے لئے نابالغ چوہیا درکار ہوتی ہے۔ حاملہ عورت کے پیشاب کی تھوڑی سی مقدار نابالغ چوہیا کے دوران خون میں اشراب کر دیا جاتا ہے۔ اس سے جرابات میں پختگی نمودار ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی مبیضین میں جسم اصفر کا نزف (مرئی نزفات) واقع ہو جاتا ہے جو مثبت تعامل کو ظاہر کرتا ہے۔ چوہیا کا پوسٹ مارٹم امتحان حمل کو ظاہر کر دے گا۔

اس میں اشرابی وقتوں کے علاوہ متعدد چوہیا تختہ مشق بنتی ہے، نتیجہ برآمد ہونے سے پیشتر ۵ دن

گزر جاتے ہیں' اسی لئے اس کی طرف سے عجلت پسند دنیا کا رجحان کم ہوتا جا رہا ہے۔

فرائڈ مین کا کاشفہ (Friedman Test) :۔ اس مقصد کے لئے بالغ دوشیزہ خرگوش درکار ہوتی ہے۔ مریضہ کے صبح کے پیشاب کی ۱۰ ملی لیٹر مقدار کا اشراب ایسے کاشفی حیوان کی ورید گبیر میں کر دیا جاتا ہے۔ خرگوش دوسرے اشراب کے ۴۸ گھنٹے کے بعد فوت ہو جاتا ہے۔ خطوط سطلی میں شگاف دیکر اس میں ے مبیض کا معائنہ کیا جاتا ہے۔

مثبت تعامل کی حالت میں ایسے متعدد جراب پائے جاتے ہیں' جو حال ہی میں منشق ہوئے ہوں یا ایک نیفوس شوخ رنگ اور مرتفع منظر پیش کرتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک مرکز پر خفیف سا نشیب ہوتا ہے' جس سے انکی بآسانی شناخت ہو جاتی ہے۔

ھاج بن کا کاشفہ (Hogben Test) :۔ اس کاشفہ میں جنوبی افریقہ میں پائے جانے والے مینڈک (Clawed xenopus Toad) استعمال ہوتے ہیں۔ سلوی ایچ مولدات والے بول کا اشراب جب ان میں کیا جاتا ہے تو مثبت تعامل (ردعمل) کی حالت میں ۱۸ گھنٹے کے اندر اندر انڈے دیتا ہے۔

مائی نینی کا کاشفہ (Mainini Test) :۔ یہ ایک جدید ترین حیاتیاتی کاشفہ ہے۔ اس میں نر مینڈک (Male Toad) میں سلوی ایچ مولدات اشراب کرنے کے بعد ۳ تا ۴ گھنٹے کے اندر اندر مینڈک ے فضلہ دالی آنت (مخرج) (Cloaca) میں حوینہ منویہ کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

مذکورہ جملہ کاشفات سے تقریباً یکساں نتائج برآمد ہوتے ہیں' تاہم ان میں دو فیصدی غلطی کا امکان ضرور رہتا ہے۔ اور مثبت ہونے کے باوجود منفی نتیجہ برآمد ہو سکتا ہے۔

سن یاس میں یہ کاذب مثبت (False Posture) ہو سکتا ہے' کیونکہ اس میں وقت معینہ پر نخامیہ ے عارضی طور پر ایچ مولدات کا بطور ماحصل اضافہ ہو جاتا ہے۔

تمنیعی (مناعتی) کا کاشفہ (Immunological Test) :۔ انسانی سلوی ایچ مولدات انسان میں اجسام دافعہ بنانے لگتے ہیں۔ خون اور بول میں سلوی ایچ مولدات کی موجودگی معلوم کرنے کے لئے متعدد طریقے ایجاد ہو چکے ہیں' جن کا تفصیلی مطالعہ الگ سے کر لینا چاہیئے۔

حمل کے چند تجرباتی کاشفات

علامات حمل :۔ زوجین کا انزال ساتھ ساتھ ہو اور قضیب مائل بہ خشکی باہر آئے' گویا اسے کسی نے چوس لیا ہے کیونکہ مائل بہ خشکی ہونا اس امر کی دلیل ہے کہ رحم نے منی کو خوب چوس لیا ہے۔ نیز

فم رحم باہم اس طرح متصل ہو جائے کہ قاطیر بھی گذرنے کی گنجائش نہ رہے اور فم رحم اوپر یا آگے کو ترچھا ہو جائے کیونکہ طبیعت جنین کی طرف متوجہ ہو جاتی ہے۔ ناف و فرج کے مابین قدرے درد کا احساس ہوتا ہے اور عورت جماع سے متنفر ہو جاتی ہے۔ کیونکہ رحم جنین کی پرورش میں مشغول ہو جاتا ہے اور اس میں امتلائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ علاوہ بریں فم رحم جب تک کھلا ہوتا ہے شہوت ہوتی ہے اور منی و طمث کو تحریک ملتی ہے۔ حالت حمل میں جماع سے انزال نہیں ہوتا۔

جالیکہ دورِ طمث مطلق نہیں ہوتا کیونکہ حالت حمل میں طمثی خون جنین کے تغذیہ کے کام آتا ہے اور اگر بالاتفاق طمث جاری بھی ہوتا ہے تو قلیل المقدار اور کافی تاخیر سے ہوتا ہے۔

متلی آتی ہے اور بدن میں بکثرت فضلات مجتمع ہونے کے سبب دست و پا میں سستی محسوس ہوتی ہے۔ سر کی جانب ابخرات صعود کرنے کے سبب سر گرانی، چکر، آنکھوں تلے اندھیرا اور خفقان تک عارض ہوتا ہے۔

ایک دو ماہ گزرنے کے بعد کمی اشتہا یا عدم اشتہا (Anorexia) عارض ہو جاتا ہے، چہرے اور آنکھوں میں زردی بڑھ جاتی ہے۔

مجرب کاشفہ: عورت کو بوقت خواب بالخصوص آب باراں کے ہمراہ ماء العسل پلایا جائے اگر امعاء میں مروڑ عارض ہو جائے تو حمل ہے، ورنہ نہیں۔

عورت خلو معدہ کی حالت میں لہسن فرج میں رکھ لے۔ اگر اس کی مخصوص بو اور ذائقہ کا احساس نہ ہو تو حاملہ ہے۔ بصورت دیگر غیر حاملہ۔

حاملہ عورتوں کے قارورہ میں دُھنی ہوئی روئی کی طرح کوئی شے معلق نظر آتی ہے۔

گاہے حاملہ کا قارورہ صاف ہوتا ہے، لیکن اس میں سحابی بخارات نظر آتے ہیں۔

کبھی قارورہ میں دانے چڑھتے اترتے نظر آتے ہیں۔

ابتدائے حمل میں قارورے کی رنگت نیلگوں ہوتی ہے اور آخر میں سرخی مائل اور اگر کم سن عورت حاملہ ہے تو یہ علامت عموماً موت کی دلیل ثابت ہوتی ہے۔

حیاتیاتی کاشفوں کے سریری استعمال

ماہیتی تعامل (Qualitative Reaction) :- یہ امر محفوظ خاطر رکھنا چاہیے کہ محض کوئی ایک حیاتیاتی کاشفہ مکمل طور سے قابل اعتبار نہیں ہوتا۔ پہلے مخطور استراحت (Missed Period)

کے ۲ ہفتے کے بعد تک کا کاشف اعتماد کے قابل نہیں رہتا۔ بیضۂ انثیٰ کے کلی اخراج کے بعد ۱۰ یوم کے اندر اندر تعامل طبعی طور پر منفی ہو جاتا ہے، کبھی کبھی رحم میں محتبس لحمی وحمہ (Carneous Mole) بھی مثبت تعامل پیش کر سکتا ہے حالانکہ بیضۂ انثیٰ برباد ہو چکا ہوتا ہے۔

کمّی تعامل (Quantitative Test) :- اسے اعلیٰ تخفیف بول (High Dilution of Urine) میں بروئے کار لایا جا سکتا ہے۔ شان وحمہ اور سلوی سرطلمہ کی حالت میں بول میں سلوی ہیج مولدات کا ماحصل بہت بڑھ جاتا ہے۔ ان اصابات میں ۵۰۰ بار یا اس سے زیادہ تخفیف شدہ بول واضح اور مثبت تعامل پیش کر سکتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ طبعی حالت میں بھی تقریباً ساٹھویں روز سلوی ہیج مولدات کے ماحصل میں قابلِ لحاظ اضافہ ہو جاتا ہے، لہٰذا ۱:۵۰۰ سے کم کا ارتکاز قابل اعتنا تصور کرنا چاہیے۔

مشکوک اصابات میں مصل دموی کا کاشف کر لینا چاہیے کیونکہ اس میں سلوی ہیج مولدات کا ارتکاز نسبتاً زیادہ واضح ہوتا ہے۔

محرک شیر (پرولیکٹین) (Prolactin) :- ایک مقدم نخامی ہارمون کی شناخت ہو چکی ہے، جو مختلف جانوروں میں دودھ کی پیدائش اور اس کی بحالی کا ذمہ دار ہوتا ہے بشرطیکہ پستان پہلے ہی سے آسٹروجن اور پروجسٹرون کے زیر اثر آ چکے ہوں۔ یہ پرولیکٹین کے نام سے موسوم ہے۔ یہ ہارمون ان عورتوں میں غیر مؤثر ہوتا ہے جو بچہ جننے کے قریب ہوتی ہیں۔

معجل ولادت عامل (Oxytocic Factor) :- کچھ دنوں پیشتر یہ خیال کیا جاتا تھا کہ موخر نخامیہ میں آکسی ٹوسین معجل ولادت عامل ہوتا ہے۔ اس سے عضلۂ رحم اثر قبول کر کے تیزی سے سکڑتا ہے اور انجام کار ولادت میں تعجیل ہوتی ہے۔ اسی لئے اس کا نام معجل ولادت ہارمون رکھا گیا ہے لیکن بعد کے نظریہ کے مطابق وضع حمل کا سبب تزویج کی حالت میں خارج ہونے والا آسٹروجن ہوتا ہے، جس کے ذریعہ دوری آکسی ٹوسین سے رحم متاثر ہوتا ہے۔ لیکن اب یہ نظریہ بھی قابل اعتبار نہیں رہا۔

امراض النساء میں اینڈروجن

(Androgen In Gynaecology)

اینڈروجن ایک مادہ ہے جو ثانوی مردانہ صنفی خصائص پیدا کرنے کی صلاحیت رکھتا ہے۔ ٹسٹوسٹیرون ایک اینڈروجنی مادہ ہے جو خصیوں (Tetes) سے خارج ہوتا ہے۔ یہ اینڈروسٹرون سے ایک ناتواں

اینڈروجن خارج کرتا ہے۔ بول زنانہ میں اینڈروسٹرون کی قلیل مقدار اور دیگر ناتواں اینڈروجن کی بھی تعداد پائی جاتی ہے۔

طبی نسائی فزیالوجی میں ادا ہونے والے اینڈروجن کے کردار لائق اعتنا نہیں سمجھتے۔ تاہم آئسٹروجن کی کمی کی صورت میں مہاسے، زرقان الاطراف (Acrocyanosis) اور کثرت شعر ظاہر ہوسکتے ہیں جو دراصل اینڈروجنی فعل کی علامت ہیں۔ علاوہ بریں اینڈروجن کے فساد فعل کے سبب سن یاس کے بعد سینے اور رو تن پر بالوں کی روئیدگی ہوتی ہے۔

سریری طور پر گذشتہ سالوں میں ان کا استعمال نزفی فسادات فعل، عسر الطمث اور شدید یاسی علامتوں کے لئے کیا گیا ہے، علاوہ بریں ان کا استعمال بیش طمثی استلائی علامئیہ میں بھی کیا گیا لیکن بایں ہمہ ان کا مقام جدید معالجہ میں برائے نام رہ گیا ہے۔ کیونکہ ان کی جگہ جدید خردنی پروجسٹوجن نے حاصل کرلیا ہے۔ دروں رحمیت کے علاوہ نسائی معالجہ میں ان کی کوئی اہمیت نہیں رہ گئی ہے۔

۹

نسائی تناسلی اعضا کے تشوّہات

[Malformations of the Female Genital Organs]

نسوانی اعضائے تناسل کے خلقی تشوہات متعدد اعضا پر محیط ہو سکتے ہیں لیکن بیشتر اصابات میں اجسام لونیہ (Chromosomes) کا کوئی نقص موجود نہیں ہوتا اور نہ ہی مبیضی یا ہارمونی افراز کی خامی پائی جاتی ہے۔

فرج کے فتوراتِ نمو

[Deformities of the Vulva]

تضاعفِ فرج (Duplication of the Vulva) کی کم مثالیں ملتی ہیں۔ اسی طرح مہبل کے رتق کے مقابلہ میں فرج کا رتق (Vulval Atresia) بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ البتہ فرج کی سطحی بے اِشتقابی زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ شفرتین صغیرہ التصاقِ التہاب شفرتین کے انضمام سے پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی دونوں یعنی شفرتین صغیرہ اور شفرتین کبیرہ کے موخر حصوں کے باہم منضم ہو جانے سے بے اِشتقابی ظہور میں آتی ہے اور کبھی شفرتین صغیرہ ہی کے منضم ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔

بہرحال یہ عارضہ قبل از وضع حمل یا عمر دلودیت میں واقع ہونے والے التہابی تعامل سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس بے اِشتقابی کے نتیجہ میں دہلیزِ فرج، بولی منفذ، غشاء البکارت، مولج مہبل (Fourchette) اور حفرہ زورقیہ نظر نہیں آتے البتہ اگلی جانب بظر موجود ہوتا ہے اور اس کے عین پیچھے ایک مجریٰ موجود ہوتا ہے جس سے طمثی افراز اور بولی اخراج عمل میں آتا ہے، اسی لئے اس کا احساس بلوغت سے پہلے نہیں ہوتا۔ تاہم شاذ و نادر اصابات میں فرجی تسدد مکمل طور سے موجود ہونے کے سبب طمثی سیال محتبس ہو جاتا ہے اور انجام کار مہبلی

اجتماع الدم (Haematocolpos) عارض ہو جاتا ہے' اور اس طرح واقع ہونے والا طمثی احتباس سریری طور پر طمث مخفی (Cryptomenorrhoea) سے موسوم ہوتا ہے۔ اس قسم کے شفر تین کا علاج ملتصقہ شفر کاٹ کر کیا جا سکتا ہے۔ ناقص النمو یا فقدان فرج (Deffectus Vulvae) صرف جنینی مسخوطات (Monstrosities) میں پایا جاتا ہے جس کے علاج کی چنداں ضرورت نہیں پیش آتی' کیونکہ وہ زندہ نہیں رہتے۔

شفر تین صغیر کی بیش پرورش خلقی طور پر پائی جا سکتی ہے' یا حک کے نتیجے میں عارض ہو سکتی ہے۔ اگر بہت زیادہ کلانی موجود ہو تو مساحقت طفولیت کا شبہ کیا جا سکتا ہے۔

بعض قومیں خصوصاً جنوبی افریقہ کے ہوتنتات باشندے اپنی لڑکیوں میں دست ورزی کے ذریعہ شفر تین صغیر میں نمایاں کلانی پیدا کر دیتے ہیں' جسے ہوتنتائی میزر (Hottent Apron) سے موسوم کیا جاتا ہے۔ بعض لڑکیوں میں یہ بیش پرورش اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ مجامعت میں مانع ہوتی ہے۔ اگر بیش پرورد شفر تین صغیر میں خراش بھی عارض ہو جائے تو انھیں جزوی یا کلی طور پر قطع کر دینا چاہیئے۔

بظر کی بیش پرورش مسترجلیت یعنی مردانہ پن میں حسب ذیل اسباب سے واقع ہوتی ہے۔

ایڈرینی صنفی علائمیہ (Adrenogenital Syndrome) معہ کلوی قشری سلعات (Adrenocortical Tumours) یا بیش تکون شاذ و نادر اصابات میں مبیضی مسترجلیتی سلعات (Ovarian Virilizing Tumours) بھی سبب بن سکتے ہیں۔

دُہنۂ غشاء البکارت بہت چھوٹا یا غربال نما ہو سکتا ہے' جس کے سبب پہلی بار مباشرت کے وقت دشواری پیش آ سکتی ہے' لیکن کامل انغلاق الفرج شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں ایک غشائی ڈایافرام دُہنۂ مہبل کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ مہبلی غشاء البکارت کے اوپر واقع ہوتی ہے۔

تحت مبالیت اور فوق مبالیت

[Hyposadias and Epispadias]

تحت مبالیت:۔ طبعی حالت کے خلاف موخر دیوار مہبل یا اس کے فرش میں نقص رہ جانے کے سبب تحت مبالیت لاحق ہوتی ہے' بسا اوقات تو سارا مبال معدوم ہو جاتا ہے۔ مہبل میں مجریٰ بول کا فتحہ ہوتا ہے۔ لیکن یہ تشوہ عورت میں نادر الوقوع ہوتا ہے بلکہ بعض ماہرین نے تو اس کے وقوعہ میں بھی شبہ کا اظہار کیا ہے۔

فوق مبالیت:۔ یہ دراصل مقدم دیوار مبال یا مثانہ کا نقص نمو ہوتا ہے' بسا اوقات تو

دیوار بھی مسدود ہو جاتی ہے۔ مذکورہ بالا یعنی تحت مبالیت کی طرح فوق مبالیت بھی عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں کثیر الوقوع ہے۔

فوق مبالیت سریری اعتبار سے بڑی تکلیف دہ ہوتی ہے کیونکہ پشم اور شفر تین پر فاسفیٹ کی پپڑیاں جم جاتی ہیں۔ دہلیز کی سطح پر خراش پیدا ہو جاتی ہے اور پیشاب کی مخصوص ناگوار بو مریضہ نیز لواحقین کے لئے اذیت ناک ہو جاتی ہے۔

فوق مبالت ترمیمی عملیہ کے ذریعہ دور کی جا سکتی ہے، جس کے لئے پہلے سے مریضہ کو مکمل آرام بستری دینا چاہیے۔ بال اور منجمد فاسفیٹ دور کر دیئے جائیں اور خارجی جلد کسی انٹی سپٹک محلول سے عقیم کر لی جائے۔

مہبل کے فتورات نمو

(Deformities of the Vagina)

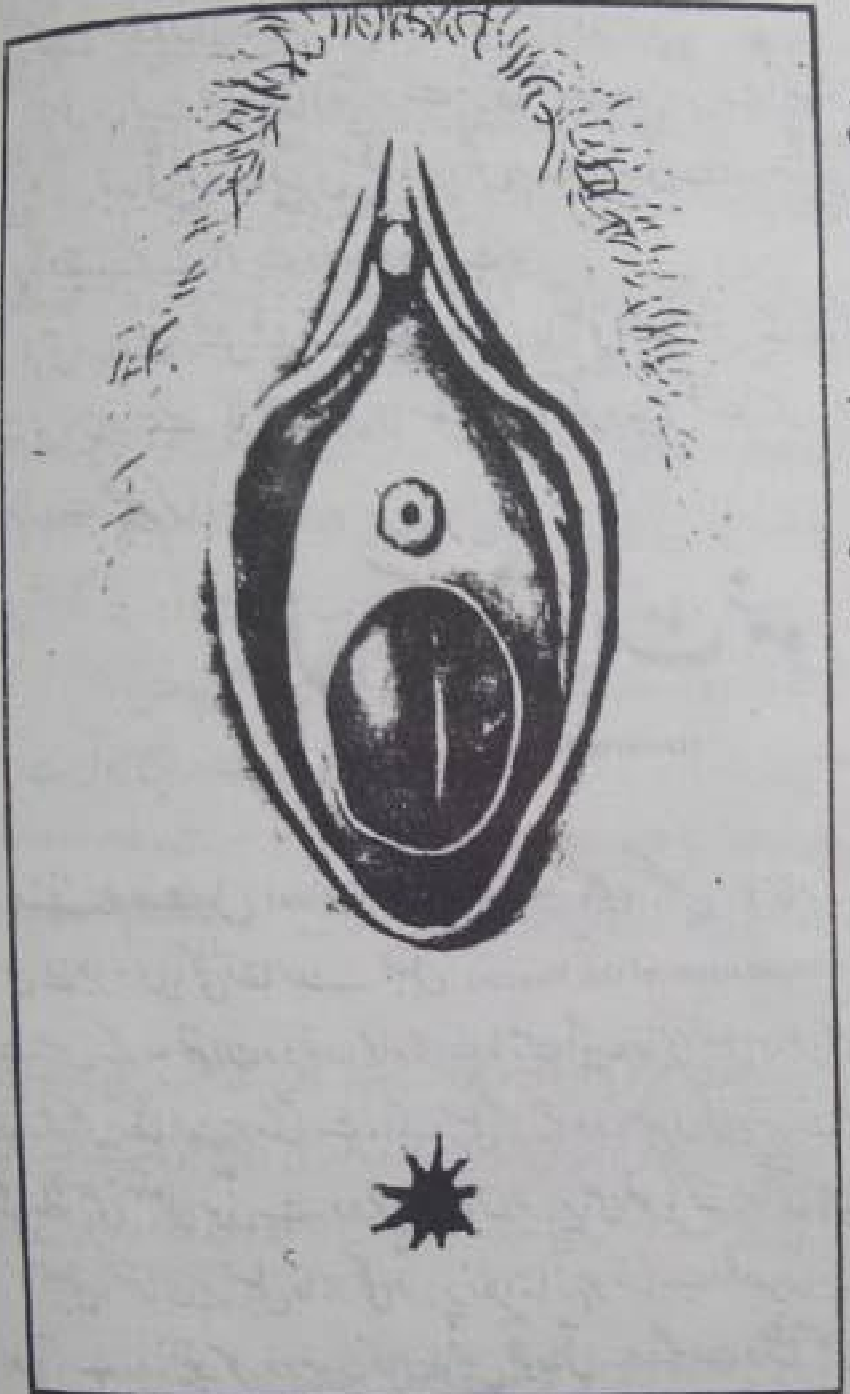
منقسم مہبل (Septate Vagina) :۔ کبھی کبھی ۲ مجاری کا انضمام ناقص رہ جاتا ہے۔ اس لئے جزوی یا کلی تضاعف مہبل (Duplication of the Vagina) کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے ساتھ ان دونوں مجاری کے مابین ایک جانبی خلفی حاجز بھی موجود ہوتا ہے۔ ان اصابا میں رحم بھی مضاعف ہو سکتا ہے۔ ایک مہبلی گذرگاہ دوسری کی بہ نسبت طویل ہو سکتی ہے جو مجامعت کے لئے بھی مستعمل ہوتی ہے۔ دونوں یکساں طور پر بھی نمو یافتہ ہو سکتی ہیں

مہبلی امتحان پر مہبلی حاجز کلی طور پر نظر انداز ہو سکتا ہے، خصوصاً جب کہ ایک طرف وتیرہ حاجز حائل ہو جاتا ہے اور نتیجہ کار دوسری قنال ادخجل ہو جاتی ہے۔ گاہے وضع حمل کے وقت حاجز رکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔ تاہم تسہیل ولادت کے لئے اسے بآسانی تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

رتق مہبلی یا انغلاق المہبل (Imperforate Vagina) :۔ مہبلی بے انشقابی کے تین اقسام یا مدارج پائے جاتے ہیں :

پہلے اور انتہائی درجوں میں مقام مہبل پر ایک لیفی بند ہوتا ہے، جس کے ابعاد میں اختلافی کیفیت موجود ہوتی ہے۔

درجۂ دوم میں محض قنال مہبل کا ایک حصہ ہی جزوی طور پر غیر منثقب ہوتا ہے لیکن



تصویر نمبر ۱۲: رتق جبلی (بے انثقابی)

باقیماندہ قنال طبعی حالت میں ہوتی ہے۔

درجۂ سوم میں قنال کا کوئی حصہ ایک مستعرض حجاب سے مسدود ہوتا ہے، جس میں گاہے انثقاب موجود ہوتا ہے۔ بسا اوقات سقم صرف جبل میں ہوتا ہے لیکن فاصل کے اسفل حصہ میں فرج اور پر رحم اور اس کے مشمولات طبعی حالت میں پائے جاتے ہیں۔

مختصر یہ کہ رتق میں ایک زائد عضلہ یا غشائے صفاقی صلب فرج وفم رحم کے مابین یا فم رحم پر پیدا ہو جاتی ہے چنانچہ اگر زائد چیز فرج کے منہ پر ہو تو قضیب کے ادخال میں مزاحمت کرے گی، اگر درمیان فرج میں ہو گی تو مکمل دخول نہیں ہو سکتا لیکن اگر فم رحم پر ہو تو اگرچہ دخول کو مانع نہیں ہوتی تاہم حیض وحمل کو مانع ہوتی ہے بشرطیکہ اس زائد شے میں راستہ نہ ہو۔ گاہے اس مقام پر قرحہ پڑتا ہے، جس کے اندمال کے بعد زائد گوشت نکل آتا ہے اور راستہ مسدود ہو جاتا ہے۔

کبھی جبل خلقی طور پر مکمل غیر منثقب ہوتا ہے، لیکن مبیض اور رحم کے طبعی حالت میں ہونے کے سبب بلوغ کے بعد افراز طمث کا احتباس ہو جاتا ہے اور اس طرح طمث مخفی کی صورت پیدا ہو جاتی

سیال طمثی مہبل میں مجتمع ہو کر اسے متہیج کر دیتا ہے اور نتیجہ کار مہبلی اجتماع الدم عارض ہو جاتا ہے۔ اگر اس حالت کا علاج نہ کیا گیا تو ایک مدت گزرنے کے بعد مہبل میں دباؤ بڑھ کر متمدد ہو سکتا ہے اور انجام کار رحمی اجتماع الدم (Haematometra) عارض ہو سکتا ہے۔ اگر سیال کا دباؤ عقبی جانب قاذفین کی طرف ہوتا ہے تو طرف مشرشر مسدود ہونے کے سبب تہیج عارض ہو سکتا ہے اور انضمام ہو جاتا ہے جس کے بعد نلیوں میں انتفاخ عارض ہو جاتا ہے اور بالآخر انبوبی اجتماع الدم (Haematosalpinx) لاحق ہو جاتا ہے۔

ہمراہ دورہ طمثی کے وقت کئی اونس طمثی خون خارج ہوتا ہے اور طمثی وقفوں کے دوران سیال کا کچھ نہ کچھ حصہ منجذب بھی ہوتا رہتا ہے، لیکن باقیماندہ سیال خارج نہ ہو سکنے کے سبب محتبس طمثی سیال غلیظ قیری چاکلیٹی یا بھورے رنگ کے سیال میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ رتق کی یہ کیفیت اکتسابی ہو سکتی ہے جو عموماً شدید التہاب سے عارض ہونے والی کیفیت لیفیت (Fibrosis) کے نتیجہ میں عارض ہوتی ہے۔ علاوہ بریں ایسے اصابات بھی بیان کئے گئے ہیں جن میں مہبل کا شدید انثاث (Sloughing) نیز عنق کے تکویہ یا تبتر (Amputation) کے بعد رحمی اجتماع الدم واقع ہو جانے سے انغلاق المہبل عارض ہو گیا۔

سریری مناظر

ادرار طمث سے پیشتر علامات رونما نہیں ہوتیں اس لئے صورت حال کی اطلاع عموماً بلوغ کے بعد ہی ہوتی ہے۔ عام طور سے ۱۴ تا ۱۶ سال کی لڑکیوں کے اہلی منفذ میں تمدد پایا جاتا ہے۔ ابتدا میں مہبل میں لچک ہونے کے سبب برائے نام وقت محسوس ہوتی ہے۔ بعد میں بتدریج اجتماع سیال کے سبب ایک نمایاں جسامت رونما ہوتی ہے جو کہ اتفاق عانہ پر رسولی کی طرح محسوس کی جا سکتی ہے۔ اگر رحم متمدد نہ ہو تو یہ شکمی طور پر دویری ورم (Cystic Swelling) کے عین اوپر ایک سخت ابھار کی شکل میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ پر نیچے سے دباؤ کے نتیجے میں عام طور سے احتباس بول کا عارضہ لاحق ہو جاتا ہے۔ اس طرح متمدد مہبل کے سبب تقطیر بول کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔

محتاط روئیداد حاصل کرنے پر معلوم ہوگا کہ مریضہ کو ماہ بماہ شکمی درد، دردِ کمر اور بے کیفی سے سابقہ پڑتا ہے، لیکن بایں ہمہ کسی طرح کے اخراج کی رپورٹ نہ ملے گی۔ اس کے بعد اگر رحم متمدد

ہوجائے گا تو ٹملث کے وقت نمایاں طور پر درد ہوگا اور اگر قاذفین میں خون بھر جانے کے سبب انبوبی اجتماع الدم واقع ہوگیا تو یہ درد نقطۂ عروج پر پہونچ سکتا ہے۔

فرج کا معائنہ کرنے پر ہبلی اجتماع الدم کی تشخیص ہوسکتی ہے۔ متسد دغشاء سے فرج پر ابھار نظر آتا ہے، اور اگر یہ غشاء باریک ہوگی تو اس کا رنگ قرمزی ہوگا۔ مستقیمی امتحان پر متقدم مستقیمی دیوار میں بروز کرتا ہوا متمدد استوانی اور طویل التہاب محسوس کیا جاسکتا ہے۔

شاذ و نادر اصابات میں انغلاق فوقانی سطح میں ہونے کے سبب تشخیص میں مذکورہ سہولت نہیں رہ جاتی جب تک ہبل میں خفیف تمدد ہوتا ہے۔ دباؤ کی علامتیں رونما نہیں ہوتیں ایسی حالت میں شکمی درد کے حملے نمایاں خصوصیت کے حامل ہوتے ہیں۔

خلقی تشوہات مضاعف رحم اور ہبل پر اثر انداز ہو کر سلعات پیدا کر سکتے ہیں، جس سے تشخیص میں گونہ دقتیں پیش آسکتی ہیں کیونکہ ایسی حالت میں مریضہ ہے جنسی قنال کے نصف سالم حصہ سے باقاعدہ حیض جاری رہتا ہے۔ تشخیصی غلطیاں کثیر الوقوع ہیں۔ چنانچہ بسا اوقات سرجن جرحی شکمی ایمرجنسی سمجھ کر شکم شگافی کا مرتکب ہوجاتا ہے۔

علاج

ہبلی اجتماع الدم کا علاج آسان ہے۔ مقامی یا عمومی معدم حس کے بعد مسیلیت کا انتظام ناگزیر ہے۔ اسے غشا میں شگاف دیکر بخوبی انجام دیا جاسکتا ہے، جس کے لئے برمحل صلیبی شگاف (+) مناسب ہوا کرتا ہے۔ جس کے بعد تضیق کی شکایت ہوسکتی ہے اور نتیجۃً کار جماع مولم عارض ہوسکتا ہے۔ ایسی مریضات میں سرایت ایک خطرناک صورت اختیار کرسکتی ہے، لہذا جرحی احتیاطوں کے ساتھ عملیہ انجام دینا چاہیئے نیز مریضہ کی بھرپور تیمارداری کیجائے۔ ہبلی مواد کے تدریجی اخراج کا انتظام کیا جائے۔ ایسی حالت میں بالوپسی حاصل کرنا یا نطول کرنا نہ صرف غیر ضروری بلکہ انتہائی خطرناک بھی ثابت ہوسکتا ہے، کیونکہ اس سے زبردست سرایت کا احتمال رہتا ہے۔

اگر تضیق عنق کے لبوں پر ہو تو نیچے سے کاٹ کر قنال کھولا جاسکتا ہے۔ اگر ہبل معدوم ہو تو مصنوعی ہبل بنانے کی سعی کرنی چاہیئے۔

ہبلی اجتماع الدم میں بعیدی انذار کافی اطمینان بخش ہوا کرتا ہے۔ اگر رحم اور قاذفین مسدود ہوں گے تو قاذفین کے جھالروار کناروں کے مسدود ہوجانے کے نتیجہ میں بعض مریضہ عقیم بھی

ہو سکتی ہیں۔

یونانی علاج

عملیہ واحد ذریعہ نجات ہے۔ لہٰذا احتیاط دستکاری کے بعد مریضہ کو ایسے نیم گرم پانی میں بٹھائیں جس میں لیفیات جوش دئے گئے ہوں۔ اسی میں تھوڑا سا بورک ایسڈ ملا دیجائے تو ورم کے لئے بھی نافع ہوگا۔

چوں کہ عملیہ کے بعد دوبارہ انضمام کا شدید اندیشہ رہتا ہے۔ لہٰذا مانع انضمام مراہم کا استعمال مناسب ہے۔ اس مقصد کے لئے گائے کی پنڈلی کا مغز، مرہم سفیداب و مرہم باسلیقون کو باہم ملا کر ہاون میں حل کرکے گاز لت کرکے کسی منظر نلکی پر لپیٹ کر مہبل میں رکھیں اس طرح رتق مہبل کے نتیجہ میں عارض ہونے والے مہبلی اجتماع کی سبیلیت کے بعد نہ صرف زخم تیزی سے مندمل ہوتا ہے، بلکہ ازال کے نتیجے میں عارض ہونیوالے تضیق اور التحام کی بھی پیش بندی ہوجاتی ہے۔

آخر میں مقام عملیہ پر صاف گاز تل کے تیل میں لت کرکے رکھیں۔ زخم کو روزانہ کم از کم ایک بار ہلکے کار بالک لوشن یا برگ نیم کے پانی سے دھونا بھی مفید ہے۔

اندمال قرحہ تک مکمل آرام بستری لازم ہے۔

معدوم مہبل (Absent Vagina) :- مہبل کی کلی عدم موجودگی کی حالت میں ایک فعال رحم کی جستجو عبث ہے۔ ایسی صورت میں طبعی مہبلی مقام منفذ پر ایک اوتھلا باؤ پایا جاتا ہے۔ اگر مریضہ شادی کی خواہاں ہو یا فتور کا اندازہ شادی بعد ہو تو ایسی صورت میں عملیہ سے وضع مہبل بنایا ایک جوف بنایا جاسکتا ہے۔ جسے سرطمہ سے محدود کیا جاسکتا ہے۔

ایک کثیر الاستعمال عملیہ جو ایم سی انڈو (MC Indoe) سے موسوم ہے، جس میں سرین سے پیوند (Graft) کاٹ کر ایک خفیف ترتیبی قالب چڑھا دیا جاتا ہے جس میں بعدور کنارے ہوتے ہیں پیوندکاری میں اس امر کا خیال رکھا جائے کہ جلد کی فعال سطح کا رخ بیرونی جانب ہو تاکہ کہفہ کی دیواروں سے اس کا گہرا ربط قائم ہوجائے۔ قالب کو اپنے مقام مخصوص یعنی منفذ پر قائم رکھنے کے لئے چند دوخستگی بروئے کار لائی جاتی ہے۔ اور اسے اس وقت تک بحال رکھا جاتا ہے جب تک کہ کہفہ کی جلد سطح ذی حیات سرطمہ سے ملفوف ہوجائے۔

مہبل کے خلقی تشوہ کی حالت میں اکثر بولی قنات کے فتورات علی الخصوص رحم اور کلوی

حوض کے فتورات عارض ہو سکتے ہیں، جسے حوض نگاری (Pyelography) سے معلوم کیا جا سکتا ہے

رحم کے فتورات نمو

نموئے ناقص یا نمو کی ناکامی

معدوم یا ناقص النمو رحم :- رحم کی کلی عدم موجودگی انتہائی نادر الوقوع ہے۔ تاہم ناقص النمو رحم (Uterus Rudimentrius) کی مثالیں مل سکتی ہیں۔ ایسی حالت میں یہ حبل کے فوقانی حصے میں خفیف دبازت کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں عنقِ الرحم مکمل نمو یافتہ ہوتا ہے لیکن جسم رحم انتہائی تنگ ہو سکتا ہے اور ٹیوبوں کے ذریعہ قاع الرحم سے منضم رہتا ہے۔ ناقص النمو رحم میں عام طور سے درون رحم معدوم ہوتا ہے نیز احتباس الطمث کی شکایت پائی جاتی ہے۔

جنینی یا ضیقی رحم (Uterus Foetalis or Uterus Infantilis) :- اس قسم میں جسم کی بہ نسبت عنق الرحم زیادہ طویل اور دبیز ہوتا ہے۔ جسم رحم پتلی دیوار والا اور چھوٹا ہوتا ہے۔ اس قسم میں عنق کا طول آتا یا ۱ انچ ہوتا ہے۔ جسم و عنق کی غشائے مخاطی مستعرض طور پر شکن دار ہوتی ہے علاوہ بریں قاذفین اور حبل بھی عام طور سے ناقص النمو ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں عنق الرحم مخروطی اور دہنہ خارجی چھوٹا ہوتا ہے۔

شدید طور پر پیش خمیدہ رحم (Anteflexed Uterus)، چھوٹا رحم اور شدید پس خمیدہ رحم (Retroflexed Uterus) بھی تحت النمو کی مثالیں ہیں۔ قبل الذکر اصابات میں دیوار قدامی اور موخر الذکر میں دیوار خلفی کلی نشو و نما اختیار کرنے میں ناکام رہتی ہیں۔ جس کے ساتھ عسر الطمث اور قلت طمث کی شکایت بھی پائی جا سکتی ہے۔

بیشتر اصابات میں طمث معدوم ہوتا ہے اور عقر ایک دستور بن جاتا ہے۔

ملری نلیوں کا عدم انضمام :- دو ملری قناتوں کے انضمام میں ناکامی واقع ہو سکتی ہے، اور اس طرح تضاعف رحم کے مختلف مدارج رونما ہو سکتے ہیں۔ تضاعف رحم جزوی یا کلی جھلی حاجز کے ذریعہ وقوع پذیر ہوتا ہے۔

رحم مضاعف (Uterus Didelphys) :- اس حالت میں ملری نلیوں کا عدم انضمام ہوتا ہے۔ چنانچہ ہر ایک ملری قنات دوسری سے بے تعلق رہ کر نشو و نما پاتی ہے اور ان میں اتحاد مطلق واقع

تصویر نمبر ۱۳: رحم متضاعف

نہیں ہوتا۔ ماہرین نے متضاعف رحم کی ۹ قسمیں بتائی ہیں۔

رحم متضاعف میں مہبل میں بھی دو بالکل مساوی قنالیں ہوتی ہیں جو ایک دوسرے سے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ جدا ہوتی ہیں اور لطف کی بات یہ ہے کہ ہر ایک میں ایک طبعی عنق اور فم خارجی بھی موجود ہوتا ہے لیکن فرج و غشاء البکارت ایک ہی ہوتی ہیں ان میں سے بہت کم قسمیں سریری اہمیت کی حامل ہوتی ہیں اور بیشتر اقسام تو انتہائی نادر الوقوع ہوتی ہیں۔ دوسرے رحم و مہبل کی حالت میں دونوں مُلری قنات جسم رحم کے خط میں منضم رہتی ہیں اور ایک طرف کا حصہ دوسری طرف کی بہ نسبت زیادہ بہتر نمو پاتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۳۔

تصویر نمبر ۱۴: دو قرنی دو عنقی رحم

دوقرنی دو عنقی رحم

(Uterus Bicornis Bicollis):- اس قسم میں مُلری قنالوں کا نامکمل اتحاد موجود ہوتا ہے۔ اس میں آمنے سامنے کی دیواریں باہم مل جاتی ہیں لیکن اندرونی حصے ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ مہبل مجرد ہوتی ہے لیکن رحم کے دو قرون علیحدہ رہتے ہیں اور دو مکمل عنق مہبل میں ملتے ہیں۔ شاذ و نادر ایک جزوی مہبلی حاجز پایا جاتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۴۔

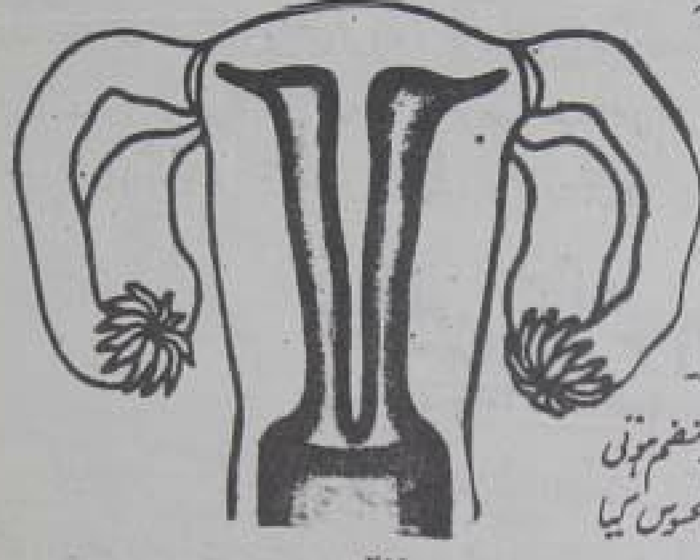
دو قرنی یک عنقی رحم (Uterus Bicornis Unicollis): ۔ اس قسم میں ملیری نلیوں کا غیر مکمل انضمام ہوتا ہے اور جسم فم رحم داخلی کے فوقانی لیول سے اوپر تک متضاعف ہوتا ہے لیکن عنق دو

تصویر نمبر ۱۵: دو قرنی یک عنقی رحم

مہبل طبعی حالت میں نمو یافتہ ہوتے ہیں کبھی کبھار مجسہ کے ذریعہ دو منفرج کھنڈوں کی شناخت کی جا سکتی ہے جو دراصل رحم کے قرن ہوتے ہیں اور جسم رحم کے خط میں علیحدہ ہوتے ہیں۔ قرن مساوی طور پر نمو پا سکتے ہیں اور نہیں بھی، لیکن ہر ایک کا تعلق عنق سے ہوتا ہے۔

یک قرنی رحم (Uterus Unicornis): اس حالت میں محض ایک ملری قنات نمو یافتہ ہوتی ہے جس کے ساتھ ساتھ ایک قاذف رحم اور مہبل تیار ہوتا ہے۔ دوسری قنات عام طور سے ناقص النمو شکل میں موجود ہوتی ہے۔ دونوں قناتوں میں کسی طرح کا انضمام نہیں ہوتا۔ جب قنات صحیح حالت میں نہیں ہوتی ہے تو ادوار طمث کے بعد رحمی اجتماع الدم عارض ہو جاتا ہے۔ ان اصابات میں بسا اوقات ناقص النمو ملری قنات کا جانبی قاذف مکمل طور سے نمو یافتہ ہوتا ہے۔ تاہم ناقص النمو قرن شاذ و نادر ہی کھف

تصویر نمبر ۱۶ رحم منقسم



(ا) دو عنقی

(ب) دو عنقی دو حبلی

رحم سے ربط رکھتا ہے۔ کبھی کبھی جوہر منویہ مقابل نلی سے خارج ہو کر ڈگلس کا جیب عبور کر کے اس میں پہونچ جاتے ہیں اور انجام کار حمل بے محل قرار پا جاتا ہے۔

رحم منقسم (Uterus Septus)-

اس حالت میں قناتیں خارجی طور پر منضم ہوتی ہیں، تاہم جاع الرحم میں ایک نشیب محسوس کیا جا سکتا ہے کہ جوف رحم فاصل وسطی کے ذریعہ کلی یا جزوی طور پر نیم منقسم ہوتا ہے ایسی حالت میں رحم دو عنقی ہوتا ہے اگاہے دو عنقی دو حبلی بھی ہوتا ہے، جیسا کہ تصویر نمبر ۱۶ سے واضح ہے۔

ان جملہ اصابات میں یہ نکتہ ذہن نشیں رکھنا چاہیے کہ فرج اور پردہ بکارت قطعی طبعی حالت میں ہو سکتے ہیں، کیونکہ یہ ساختیں مُلری حبل سے نمو نہیں پاتی ہیں۔

کلی یا جزوی تضاعف رحم کے بیشتر اصابات میں نسائی علامات پائی نہیں جاتی ہیں اور طمث طبعی حالت میں جاری رہتا ہے۔ کبھی کبھار مضاعف رحم کا خارجی حصہ مسدود ہوتا ہے اور نصف حصہ میں طمثی افراز کا احتباس واقع ہو جاتا ہے۔ حمل ایک یا دونوں اطراف میں قرار پا سکتا ہے۔

دوران حمل طبعی عورت کی بہ نسبت کہیں زیادہ اسقاط کا احتمال رہتا ہے۔ نیز وضع حمل کے دوران دشواری پیش آسکتی ہے کیوں کہ ان اصابات میں نامناسب بجی (Malpresentation) کی شکایات کثیر الوقوع ہوتی ہیں۔ بسا اوقات حمل ناقص النمو رحمی قرن میں قرار پا جاتا ہے۔ ناقص النمو قرن میں بآسانی شگاف دیا جا سکتا ہے۔

عنق کا خلقی تطول (Congenital Elongation of the Cervix): اسے واقعی تناسلی خلقی تشوہ قرار دینا ایک دشوار امر ہے۔ یہ نقص عموماً جوان مریضات میں پایا جاتا ہے۔ عنق کا مہبلی حصہ بہت زیادہ طویل ہو جاتا ہے اور خارجی فم فرج میں نمودار ہو سکتا ہے لیکن اس کے باوصف مہبلی قبوہ میں نزول نہیں پایا جاتا۔ اگر تطول عنق سے زحمت پیش آتی ہو تو اس کا علاج بذریعہ بتر بآسانی کیا جا سکتا ہے۔

قاذفین کے تشوہات

[Malformations of the Fallopian Tubes]

رحمی تشوہ (Malformation of the Uterus) کی حالت میں قاذفین معدوم یا ناقص النمو ہو سکتے ہیں لیکن اول الذکر صورت بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ علاوہ بریں بالائی حصہ کی بہ نسبت زیریں حصہ کا عدم تکون زیادہ واقع ہوتا ہے طری قناتیں معدوم ہونے کے باوجود خلقی عطفات (Congenital - Diverticulae) یا معین دُہنہ (Accessory Ostium) واقع ہو سکتے ہیں، تاہم یہ اتنے بڑے نہیں ہوتے کہ جن سے کوئی واضح سریری علامت نمودار ہو۔ عطفات چھوٹے دویرے (Cysts) پیدا کر سکتے ہیں۔

انبوبی معین دُہنہ کا استسقائے انبوبہ

[Hydrosalpinx of an Accessory Ostium].

گاہے ٹیوب کے تبیج حصہ کی فوقانی سطح پر ایک معین انبوبی دُہنہ مشاہدہ میں آتا ہے، جہاں پر ٹیوب کا پیش گردی حصہ طری حصہ سے منضم ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں معین انبوبی دُہنہ دویری ہو جاتا ہے کیونکہ ان کا منفذ ٹیوب کی تجویف میں کبھی نہیں ہوتا۔ دیگر اصابات میں معین انبوبی دُہنہ کا خفیف استسقائے انبوبہ واقع ہو سکتا ہے لیکن ان دویری اورام کی عموماً کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔

صادق مستزاد نلی (Supernumerary Tube) اس قدر نادر الوقوع ہے کہ آج تک اس کے کسی اصابہ کے اندراج میں بھی شبہ ہے۔ اس کے برعکس زائد شکلی دہنے نسبتاً کثیر الوقوع ہیں۔

مبیضین کی غیر طبعی حالتیں

[Abnormalities of the Ovaries]

مبیضین کی مکمل عدم تکوین اگرچہ بہت ہی نادر الوقوع ہے، تاہم مبیضی تخلیقی صلاحیتوں کی عدم موجودگی

جو بلی تمائز ہوتی ہے، جس میں جنسی خلیات قطعاً غیر موجود ہوتے ہیں اور مبیضی اجزا غیر تمائز ہیکل پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مبیض کی یہ غیر طبعی حالت ٹرنر کے عارضہ کی بنیاد ہوتی ہے یا اس میں تولیدی صلاحیت معدوم ہوتی ہے۔

مستزاد مبیض (Supernumerary)۔ یہ مبیض اصل مبیضین سے بالکل بے تعلق رہتا ہے لیکن جسامت میں انھیں کے برابر ہوتا ہے۔

زائد یا معین مبیض (Accessory Ovary)۔ یہ دراصل مبیضی بافت ہی کا ایک ٹکڑا ہوتا ہے جو طبعی مبیض کے علاوہ پایا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ مبیض کے طبعی خط نزول پر واقع ہوتا ہے۔

معین مبیضین کی تشخیص میں انتہائی احتیاط درکار ہے۔ چنانچہ جب تک زیر معائنہ بافت میں مبیض کے تمائز نسیجاتی عناصر (گرافی جراب یا لیوٹینی خلیات) نہ پائے جائیں، اسے مبیضی تصور نہ کیا جائے۔ بسا اوقات معین مبیض کی تشخیص میں نو بالیدیں مثلاً لیفی سلعات بھی پیدا ہوجاتے ہیں کبھی کبھی غیر متوقع مقامات پر دویرے بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔

مبیض کی عدم موجودگی:۔ مبیض کی عدم موجودگی محض جنینی مسخوطیت کی واضح حالتوں مثلاً بے قلبیت یا غیبۃ القلب (Acardis) اور پیوستہ پا (Sympodial) جنینوں میں ہی دیکھنے میں آتی ہے، جو از خود زندہ نہیں رہتے، کبھی کبھی اختلاط صنف یعنی خنثیت بھی واقع ہوجاتی ہے، جس میں خاص قسم کے صنفی غدد ضرور موجود ہوتے ہیں۔ مبیض کی کلی عدم موجودگی کی شناخت کے لیے صرف امتحان بعد الموت پر ہی اعتماد کیا جاسکتا ہے۔

ناقص النمو مبیض (Rudimentary Ovary)۔ اس مبیض میں گرافی جرابات موجود نہیں ہوتے۔

بے محل مبیض (Ectopic Ovary) ۔ مبیض حوض کی طرف آنے والے طبعی خط نازل کے کسی نقطہ پر شکم ہی میں متبس ہوجاتا ہے۔ علاوہ بریں یہ خلقی فتق کے اچہ میں بھی پایا جاتا ہے۔ کبھی کبھی یہ عقم کا باعث ہوجاتا ہے۔

رباط عریض کے سلعات اور دویرے

[Tumours and Cysts of the Broad Ligament]

رباط عریض پر بے شمار چھوٹے بڑے سلعات اور دویرے پائے جاسکتے ہیں۔ چھوٹی رسولیاں تو بآسانی دور کیجا سکتی ہیں، لیکن بڑی رسولیوں کا رحم سے گہرا تعلق ہوتا ہے جنھیں دور کرنا آسان نہیں

کبھی کبھی یہ پتہ لگانے کے لیے کہ اس رسولی کا تعلق مبیض سے ہے، یا رباط عریض سے عملیہ کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

رباط عریض کے دویرے کبھی کبھی تو اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ ان کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی لیکن بسا اوقات اس قدر بڑھ جاتے ہیں کہ رباط عریض کی پرتوں پر جاکر کھلتے ہیں اور رحم کو مخالف سمت میں ہٹا دیتے ہیں۔ یہ حالب کو بھی اپنے طبعی مقام سے ہٹا سکتے ہیں اور ان میں تلوی (Distortion) پیدا کرسکتے ہیں۔ ان کی موجودگی میں جانبی ابھیلی تبو و یا معا مستقیم میں انتفاخ پیدا ہوسکتا ہے۔

مشرشری دویرے (Fimbrial Cysts) :- انبوبی جھالر اپنی اصلیت کے اعتبار سے پیش گردی ہوتی ہے اور مشرشری دویرہ قاذف کے شکمی دہنہ اور مبیض کے مابین واقع ہوتا ہے۔ جب یہ بڑھتا ہے تو اس کی نمو مسا ریقائے انبوبہ (Mesosalpinx) میں ہوتی ہے اور رباط عریض کے فوقانی دو طبقوں میں کھلتا ہے۔ مشرشر مبیضی (جس کی رفتار انبوبی دہنہ سے مبیض تک ہوتی ہے) دیوار کے دویرے پر منتشق ہوجاتا ہے۔

امراضیاتی طور پر اس کی داخلی سطح نرم ہوجاتی ہے۔ البتہ کبھی کبھی حلیمی سلعات (Papillomata) موجود ہوتے ہیں جو ایک مستثنیٰ کیفیت ہے۔ دویرہ میں صاف شفاف اور عموماً غیر ملون آبی سیال پایا جاتا ہے۔ جس کی ثقل نوعی بہت کم یعنی 1005 ہوتی ہے۔ یہ خفیف طور پر القلی اور البیومن کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتا ہے۔

خردبینی تراشے میں عموماً دویرہ کی دیوار میں نسیج واصل کی ڈھیلی ساخت نظر آتی ہے۔

مارگینی کے کیسیات (Hydatids Moregagni) :- قاذف کے شکمی دہنہ کے نیچے مساریقائے انبوبہ سے چپکا ہوا ایک چھوٹے مٹر کے برابر تنہ دار دویرہ عام طور سے پایا جاتا ہے۔

نزد مبیضی یا جار المبیضی دویرے (Paraovarian Cysts) :- یہ اصطلاح محض جار مبیض سے پیدا ہونے والے دویروں کے لئے استعمال ہوتی ہے جو گیرٹنر کی قنات اور کوبلٹ کی نلیوں پر محیط ہوتے ہیں۔

• جار المبیضی دویرے عموماً بہت چھوٹے اور شاذونادر بیضۂ مرغ سے بڑے ہوتے ہیں۔ دویری دیوار نیم شفاف ہوتی ہے اور دویرہ نیم شفاف آبی محلول پر مشتمل ہوتا ہے، جس کی ثقل بہت کم ہوتی ہے گاہے البیومن کا سراغ بھی ملتا ہے۔

بابِ دوم

نسائی مریضوں کا امتحان

۱۰

نسائی روئداد اور امتحان

[Gynaecological History and Examination]

ماہرین امراض النساء کے لئے یہ باب خصوصی توجہ کا طالب ہے۔ معالج کو نیک نیتی اور صاف دل کے ساتھ مریضہ کا بھرپور جائزہ لینا چاہیئے اور غیر متعلق سوالات سے حتی الامکان احتراز کرنا چاہیئے۔ آجکل کے طبی قانونی دور میں یہ امر مزید اہمیت کا حامل ہے کہ مریضہ کا امتحان اس کے سرپرست یا شوہر کی موجودگی میں کیا جائے۔ اس کی شکایتوں کی باضابطہ رپورٹ تیار کی جائے۔ عدالتی چارہ جوئی میں اس کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔

استفہامی امتحان

مریضہ کی شناخت:۔ اس میں مریضہ کا پورا نام، اس کے شوہر کا نام، عمر، مکمل پتہ، سماجی کیفیت (وہ شادی شدہ ہے یا ناکتخدا، مطلقہ ہے یا بیوہ؟) مذہب، خاندانی معالج وغیرہ بالترتیب لکھنا چاہیئے۔ انڈیکس فائل میں نام اور روئداد نمبر کی ضرورت ہوتی ہے۔

مریضہ کی شکایت:۔ مریضہ کی شکایت کی کیفیت عام مشورہ کی ابتدا میں ہی نوٹ کر لینی چاہیئے اور جہاں تک ممکن ہو مریضہ کی زبان میں لکھنا چاہیئے۔

خاندانی روئداد :۔ اس میں خاندانی ذیابیطس، دق یا سرطان کی طرف خصوصی توجہ مبذول کرنی چاہیئے۔ یہ نوٹ کرنا چاہیئے کہ سرطان براہ راست موروثی نہیں ہوا کرتا۔ جس عورت کی خاندان میں ان امراض کی ایک طویل روئداد موجود ہے وہ ان میں مبتلا ہونے کی زیادہ صلاحیت رکھتی ہے۔
معمر عورتوں میں نسائی سرطان کا زیادہ احتمال رہتا ہے۔ سریری عنقی سرطان کی بہ نسبت درون رحم کا سرطان زیادہ واقع ہوتا ہے۔ مبیضی سرطان بہت زیادہ واقع ہوتا ہے اور تیزی سے بڑھتا ہے۔

سابقہ روئداد

[Past History]

مریضہ کے سابقہ امراض کا ریکارڈ ضرور ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ کسی تناسلی عضو کا آپریشن تو نہیں کیا گیا؟ اگر کوئی قبالتی روئداد ہو تو حمل کی تعداد، تاریخیں، وضع حمل کی اذیتیں، نوعیت اور مابعد زمانہ نقاہت کی مدت مع کیفیت نوٹ کر لینی چاہیئے۔ طویل زمانۂ نفاس میں پیچیدگی پیدا ہو جانے پر عفنی سرایت ضرور موجود ہوتی ہے۔ حوض کی مقامی مرضی کیفیتیں اکثر اسقاط مسلسل کے نتیجہ میں پیدا ہوتی ہیں۔ املاص (Miscarriage) کے بعد بھی اکثر عفنی سرائتیں پیدا ہوتی ہیں۔
یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ زوجین میں سے اگر کسی ایک یا دونوں میں سرایت سوزاک کی روئداد پائی جائے تو ایک یا دونوں عقیم ہو سکتے ہیں۔ مرض التہاب بربخ مزمن (Chronic — Epididmitis) اور عورت کے قاذفین کے مسدود ہو جانے کے علاوہ حوض کے دونوں اور امعی التہاب حاد و مزمن کا عمومی سبب سوزاک ہوا کرتا ہے۔ مریضہ کی معاشرتی زندگی اور اس کے مختلف اشغال کی بھی روئداد معلوم کر لینی چاہیئے۔ اس طرح بسا اوقات مرض کے اوپر اچھی خاصی روشنی پڑتی ہے۔

طمث کی روئداد :۔ آغاز طمث کی عمر خاص طور سے قبل از وقت آغاز حیض اور اس کا باقاعدہ درجہ معلوم کرنا چاہیئے کیوں کہ اس کا سبب سلعات مبیضین، سلعۂ تخامیہ یا کلوی سلعہ ہو سکتا ہے۔ دوسری طرف آغاز حیض میں غیر معمولی تاخیر کا سبب درون رحمہ غدد کے افراز کی کمی ہو سکتی ہے۔

وقفہ :۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے حیض کا وقفہ ۲۸۔ ۲۹۔ یا ۳۰ دن کا ہوتا ہے۔ اس میں تقدیم و تاخیر کسی مرض کا سبب ہو سکتا ہے۔ اسی کو طمثی دورہ کہتے ہیں۔
مدت :۔ یعنی حیض کتنے عرصے تک جاری رہتا ہے۔ چنانچہ ۳ تا ۷ یوم طبعی مدت تسلیم کی جاتی ہے

لیکن یہ کوئی کلیہ نہیں ہے۔ کبھی طمثی نزف تیزی سے جاری ہو جاتا ہے اور کبھی رک رک کر آتا ہے۔

مقدار:۔ فعل حیض کی کارگزاری کیسی ہے؟ بعض عورتوں میں طبعی طور پر بھی کم مقدار میں حیض جاری ہوتا ہے اور بعض میں نمایاں طور پر زیادہ۔ مقدار کا اندازہ بالعموم جاذبوں (Napkins) کی تعداد اور تبدیلی سے ہی لگایا جا سکتا ہے۔

طمثی افراز کی ماہیت:۔ حیض میں خارج ہونے والے خون کی رنگت گہرے سرخ (سیاہی مائل) اور وریدی خون جیسی ہوتی ہے جو عموماً غیر منجمد ہوتا ہے جب اخراج طمث کثیر مقدار میں ہوگا تو خون کی رنگت سرخ و شوخ ہو جائے گی۔ ان اصابات میں انجمادی کیفیت طاری ہونا ایک عام بات ہے۔ جب منی خون کے تھکے بکثرت اور بڑے بڑے خارج ہونے لگتے ہیں تو یہ عسر الطمث کی علامت ہوتی ہے۔

حیض کا درد:۔ طمثی درد نسائی امراض کی ایک علامت عامہ کے طور پر ابھرتا ہے۔ اس میں تشریحی، میکانیکی اور نفسیاتی عوامل کے علاوہ دیگر عوامل بھی شامل ہو سکتے ہیں۔ عموماً درد ہی کی شکایت لے کر مریضہ معالج کے پاس جاتی ہے اور اسے دیگر امراض کی تشخیص کا موقع ملتا ہے درد عموماً مندرجہ ذیل خطوں میں ہوتا ہے۔

کمر، زیر سعدی یا حرقفی خطوں میں، زیر قطنی یا عجزی رقبوں میں۔

درد کب شروع ہوا اور کب ختم ہوا کتنی مدت تک رہا؟ ابتدائی عسر الطمث میں یہ سوال خاص طور سے طبیب کی رہنمائی کر سکتا ہے کہ آیا حیض شروع ہونے سے ۲ ایک روز پیشتر درد شروع ہو کر حیض کے ساتھ ہی موقوف ہو گیا؟ درد کے صحیح محل وقوع، خواص اور مدت معلوم کرنے سے سبب کے محل کی تعیین میں کافی مدد ملتی ہے۔ دھیما اور مستمر درد حوض کے التہابی ضررات کی نشاندہی کرتا ہے۔ حزقی درد رحم و فرش حوض کی غیر وضعیت (میلان) کی نشاندہی کرتا ہے۔ مقامی تونجی درد رحم کے مقامی ضررات میں پایا جاتا ہے۔ اکثر اصابات میں سہر کا خاص سبب درد ہوتا ہے۔ عفونت حوض میں بھی مستمر درد کی شکایت پائی جاتی ہے۔

درون طمثی نزف:۔ کبھی کبھی بغیر حیض کے دھیمے دھیمے رحم سے خون رستا ہے۔ مباشرت یا کسی دوسری تحریک سے فوراً نزف ہو جانا سرطان عنق پر دلالت کرتا ہے۔ اس سے ضررات عنق وغیرہ پر بھی روشنی پڑتی ہے۔

کبھی کبھی فعل حیض کے توازن کے اختلالات رونما ہو جاتے ہیں مثلاً افزائش تواتر یعنی

تعدد طمث (Epimenorrhoea) اور کبھی مقدار میں تغیر یعنی کمی بیشی عارض ہوتی ہے۔ نزف ایک کثیر الوقوع علامت ہے، لہٰذا جب مریضہ اس کی شاکی ہو تو صحیح محل وقوع لازمی طور پر معلوم کرنا چاہیے، ورنہ ذرا سی غلطی سے مبال، مثانہ یا معاء مستقیم سے ہونے والا نزف تناسلی خطہ سے واقع ہونے والے نزف کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے اور تشخیص ایک عظیم غلطی کا نشانہ بن سکتی ہے۔ جب اس امر کا یقین ہو جائے کہ نزف کا اصلی سبب مبدا رحم ہے تو ساتھ ساتھ یہ بھی معلوم کرنا ناگزیر ہے کہ اسکا دور طمثی، حمل، اسقاط، املاص یا وضع حمل کے ساتھ کیا تعلق ہے، کبھی کثرت نزف سے ثانوی فقر الدم پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بھی دیکھنا چاہیے کہ خون کے لوتھڑے موجود ہیں یا نہیں۔ نزفی اخراج کا رنگ کیسا ہے، یہ خون حیض سے مشابہ ہے یا مختلف۔ حیض کے تحت امراض کی علامات کو بھی ذہن نشین رکھنا چاہیے۔ آخری دور طمثی کی تاریخ بھی نوٹ کر لینی چاہیے۔ شدید نزف سے کبھی لاغری اور ضعف پیدا ہو جاتا ہے۔

مواد:۔ اس کے اصلی اقطار حسب ذیل ہیں:۔

ا۔ منافعاتی: صحت مند عورت میں مہبل آبی افراز کی معمولی مقدار پر مشتمل ہوتا ہے، جو مخاط، غیر فلسمانی سرحلمی خلیات، ڈوڈرلین کے عصیات اور لیکٹک ایسڈ پر مشتمل ہوتا ہے۔ بہت سے حالات میں صحت مند عورت اس مہبلی رطوبت کو موج مہبل سے اخراج پذیر سمجھ سکتی ہے۔ مہبل کا طبعی افراز حسب ذیل چیزوں سے مرکب ہوتا ہے:

مہبلی سیال، درون عنقی غدد سے مخاط، درون رحمی غدد (علی الخصوص دورہ کے افرازی حصہ میں) سے مخاط اور بارتھولینی غدد سے افرازات (خصوصاً جنسی تحریک کے وقت)۔

سیلان الرحم:۔ سیلان الرحم کو مذکورۃ الصدر طبعی مہبلی افراز میں معمولی زیادتی تک محدود رکھنا چاہیے، لیکن آج کل اس کا اطلاق غلطی سے کسی بھی مہبلی سیلان ابیض پر ہوتا ہے جو غیر تعفنی قسم کا ہوتا ہے۔

ب۔ امراضیاتی:۔ سفید مہبلی رطوبت چونکہ چند ہی عورتیں براہ راست مہبلی مواد کی شکایت کرتی ہیں، لہٰذا عمومی حالات میں اس کے استفسارات ناگزیر ہو جاتے ہیں۔ اگر کسی عورت میں مہبلی مواد موجود ہو تو اس کا رنگ، مقدار، اس کی موجودگی کی مدت کے ساتھ ساتھ اس کی بدبو، مخرش اثر اور کسی طرح کے دموی اثر کا بھی پتہ لگانا ضروری ہے۔

سفید سیلان رطوبت کثیر الوقوع شکایت ہے اور اگرچہ یہ کسی مقامی امراضیاتی تغیر کا نتیجہ ہو سکتا ہے، تاہم اکثر کوئی سبب نہیں پایا جاتا۔ اس طرح کا مواد غیر مخرش، بے بو کا ہوتا ہے

اور اس میں کبھی بھی خون موجود نہیں ہوتا یہ بلوغ کے وقت یا بلوغت کے معاً بعد شروع ہوسکتا ہے جبکہ اس کا سبب خلقی قسم کا عنقی تفرز ہوتا ہے۔ یہ دوران حمل شروع ہوسکتا ہے اور حمل کے اختتام کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ ایسی حالت میں اس کا سبب کوئی عنقی تفرز بھی ہوتا ہے۔ دیگر اسباب مثلاً عنقی سعدانے یعنی بواسیر عنق (Cervical Polypi)، خفیف درون عنقی سرایت اور عنقی شقاقات بھی ذمہ دار ہوسکتے ہیں۔ بہت معمولی مہبلی سرایت بھی کثیر مہبلی یا عنقی رطوبت کا باعث ہوسکتی ہے، جس کے ہمراہ سفید رطوبت کی بھی پیدائش ہوتی ہے۔

منافعاتی افراز اور امراضیاتی رطوبت کے مابین کوئی حد فاصل قائم کرنا ہمیشہ دشوار ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مریضہ کی شخصی رہبری اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ چنانچہ کم از کم منافعاتی رطوبت کو کافی بدبودار افراز بنا سکتی ہے، علاوہ بریں وہ "خود تشخیصی" خبیث مرض کی بھی نشاندہی کرسکتی ہے۔

انٹی سپٹک ادویہ کی باقاعدہ ڈوشنگ سے مہبل و عنق میں خراش واقع ہوسکتی ہے۔ چنانچہ بعض مریضات اس طرح کے مختلف النوع نطولات سے حساسیت رکھتی ہیں جس سے ان میں مزاجی یا حساسیتی طور پر تعامل (ردعمل) ہوتا ہے۔ ایسی عورتیں دیگر جسمانی حصوں پر بھی جلدی عمل کی متناظر ہوسکتی ہیں۔ اسطح کے طبی التہاب کی ایک مثال زرنیخی فرازج (Arsenical Pessaries) استعمال میں دیکھی گئی، جس میں سم الفار سے حساسیت مشاہدہ کی گئی۔

مخرش رطوبت:۔ مخرش مواد کے دو اہم اسباب شعری شعائرہ مہبلی Trichomonas Vaginalis اور بویقی نطر ابیض (Candida Albicans) کی سرایتیں ہیں جو مزمن شعریہ شعائرہ مہبلی یا مونیلیا التہاب مہبل پیدا کرتے ہیں۔

رطوبت اصفر:۔ عام طور سے کوئی بھی مہبلی یا رحمی سرایت زرد مواد کا سبب بن سکتی ہے مہبل کی سرایت زدہ عنقی بواسیر یا تاکلات کی جرثومی سرایتیں، زرد رطوبت کا سبب ہوسکتی ہیں۔ شدید سوزش میں رطوبت عموماً زرد یا سبزی مائل ہوتی ہے جو فرج میں شدید خراش، درد اور الیمیت پیدا کرتی ہے، عفنی اسقاط، نفاسی عفونت اور تقیح الرحم کے ہمراہ تقیحی مواد بھی پایا جاسکتا ہے۔ کسی طرح کا بھی سرایتی مواد فرجی بےچینی یا خراش کے ہمراہ پایا جاسکتا ہے۔

ناگوار مہبلی رطوبت:۔ یہ تناسلی تنات میں مخصوص تنخری تغیرات کے ہمراہ پائی جاتی ہے، مثلاً سرطان عنق، عفنی عضلی سلعی بواسیر عفنی اسقاط اور نادر الوقوع بالیدیں مثلاً

رحم کا عضلی سلعہ اور مہبل کا سرطانی سلعہ۔ یہ مہبل میں مغفول اجسام غریبہ مثلاً فرازج وتمولات کے محتبس ہو جانے کی بھی پیدا ہوتی ہے۔ شوری شعالیۂ مہبلی کے سبب پیدا ہونے والا مواد بھی مخصوص بو کا حامل ہوتا ہے۔

دموی رنگ کی رطوبات:۔ یہ قلت آئسٹروجن رٔیاسی التہاب مہبل، عنق اور جسم رحم کے سرطان، عنقی بواسیر، سرایت زدہ انحطاطی تحت مخاطی یعنی بواسیر کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ تناسلی قنات کا کوئی متقرح ضرر خواہ التہابی ہو یا خبیث، دموی رنگت کا مواد پیدا کرتا ہے۔ مثلاً محتبس فرزجہ کے ذریعہ موخر تجویف کا تقرح۔

آبی مہبلی مواد:۔ یہ رطوبت قلیل الوقوع ہے تاہم اگر واضح اسباب مثلاً بولی ناسورات کے سبب ہو جس میں افرازی رطوبت اعلیٰ یو یا مشتملات پر مشتمل ہوتی ہے، سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے۔ دوران حمل ایک آبی مواد کثیر الوقوع ہے۔ مہلک سیلان رطوبت میں آبی مواد غالباً لاکمو اور ایونیائی کے رسنے سے ہوتا ہے جو غالباً فم داخلی کے فوقانی سطح کی اغشیہ کے انشقاق کے ذریعہ ہوتا ہے۔

مواد کے خواص، مدت سیلان، بُو اور سیلان کی خراشی کیفیت خصوصیت کے ساتھ معلوم کرنا چاہیئے۔ مقدار و بستگی بھی معلوم کرنی چاہیئے، آیا یہ قیحی ہے یا آبی۔ چنانچہ قیحی موادات عموماً خراش کا سبب بنتے ہیں۔ جب کبھی متنخر بافت یا تناسلی قنال اور بولی قنال میں ناسوری ارتباط پایا جاتا ہے تو مواد بدبودار ہوتا ہے۔

قبالتی روئداد:۔ مریضہ شادی شدہ ہے یا غیر شادی شدہ۔ اگر شادی شدہ ہے تو شادی کو کتنے دن گزرے ہیں اور ولادت یا اسقاط کی روئداد، ان کی تعداد، صفات اور ممکنہ شکایات خاص طور سے نوٹ کرنی چاہیئے۔ دوران حمل، ولادت، اسقاط یا نفاس کس طرح کی پیچیدگیوں سے دوچار ہونا پڑا وغیرہ۔

عقم کی روئداد ضرور سننی چاہیئے۔ خاص طور سے جب کوئی ضبط تولید کا طریقہ نہ اختیار کیا گیا ہو۔ ایسی صورت میں بڑی حد تک مرد بھی ذمہ دار ہو سکتا ہے۔

تنبول کے اختلالات:۔ چونکہ بولی خط کا تناسلی اعضا کے ساتھ قریبی تشریحی تعلق ہے لہٰذا ان میں سے ایک نظام کے ضررات دوسرے نظام کے ضررات سے نہ صرف پوشیدہ ہو جاتے ہیں، بلکہ متاثر بھی ہوتے ہیں، لہٰذا اس تحقیقی پہلو کو بھی ضرور پیش نظر رکھنا چاہیئے۔ چنانچہ

سلس بول، تواتر بول یا دقت بول کی علامتیں موجود ہوں تو خصوصی تفتیش کر لینی چاہیئے۔ بول الدم، بول زلال، التہاب مثانہ یا التہاب کلیہ کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

شکم اور تناسلی خطہ کے اورام:- اگر خطہ شکم یا خطہ پشت میں ورم کی طرف مریضہ متوجہ کرے تو اس کی مدت خصوصیت کے ساتھ دریافت کر لینی چاہیئے۔ نیز اس سے نباکت یا لاغری تو عارض نہیں ہوئی، درد کی طویل روئداد اکثر کسی بڑے سلعہ یا سقوط رحم وغیرہ کی نشاندہی کرتی ہے۔ کبھی کبھی جماع مولم یا فعل تبرز کا اختلال بھی رونما ہوتا ہے۔

معدہ و امعاء کی علامتیں:- امراض النساء میں خصوصاً مزمن دردسے بیخوابی، عدم اشتہا، عصبی نظام کے وظیفی اختلالات اور بعض حالات میں عصبی نہاکت کی شدید کیفیت رونما ہو جاتی ہے جس سے معدہ و امعاء متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتے۔ بھوک کی کمی ان اصابات میں ایک خطرناک علامت ہوتی ہے جبکہ نمایاں کمزوری (Debility) نزف شدید، عصبی نباکت اور چڑچڑا پن بھی موجود ہو۔ امراض النساء میں نفخ و قراقر، بعد طعام کسی معدی، سوئی تکلیف کا سامنا یا معدہ و امعاء کی کوئی دوسری خرابی عارض ہو سکتی ہے۔ تاہم خراش حوض، اس کے احتبابی دباؤ، سلعات کے دباؤ یا معاء مستقیم کے درد کے نتیجہ میں بھی قبض لاحق ہو سکتا ہے۔

اجابت کے وقت نزف عموماً بواسیر کا علامیہ ہوتا ہے تاہم دیگر علائم مثلاً حوضی خراش اور معاء مستقیم کی خراش کو بھی ذہن نشیں رکھنا چاہیئے۔

موجودہ امراض کی روئداد:- موجودہ امراض کی عام روئداد سے علاج و معالجہ میں بڑی دستگیری حاصل ہوتی ہے، لیکن مزمن مریضوں میں طویل المدت مرض کی حالت میں مریضہ کی یادداشت میں فرق آجانے اور نقص مشاہدہ کے سبب یہ روئداد شاذونادر ہی مکمل ہوتی ہے۔ سابقہ دور حیض یا حمل کے ساتھ ابتدائی علامات کا تعلق تاریخ کے اعتبار سے معلوم کر لینا چاہیئے۔

بعض امراض کے علامات کی تشخیصی اہمیت اگرچہ اچھی خاصی ہوتی ہے، لیکن مریضہ انہیں کوئی اہمیت نہیں دیتی، لہذا مریضہ سے سوالات کر کے انھیں روشنی میں لانا چاہیئے۔

عملی امتحان

جب معالج کو حوض اور اعضائے شکم کے معائنہ کی ضرورت درپیش ہو تو سارے جسم کا ایک سرسری جائزہ لے لینا لباا اوقات بڑا سود مند ثابت ہوتا ہے۔

عام معائنہ میں مریضہ کا قد، وزن، جسمانی ساخت اور سمن مفرط کی صورت میں مریضہ کی ذہنی بانت

کی مقامی تقسیم معلوم کرلینی چاہیئے جس کا اندازہ بالوں کے مقامی نقائص سے بخوبی ہوسکتا ہے۔ غدۂ نخامیہ نیز قلب وریہ کا بھی معائنہ کرلینا چاہیئے۔ بلڈ پریشر نوٹ کرلینا چاہیئے۔ نبض کا چارٹ تیار کرلینا چاہیئے شکر و البیومن کے لئے امتحان بول کرلیا جائے۔ اور بوقت ضرورت اس کا خردبینی معائنہ بھی کیا جائے۔

نسائی طریقۂ امتحان کا اجمالی خاکہ

۱۔ پستانی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس

۲۔ شکمی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس، (ج) قرع، (د) استماع، (ہ) مساحت

۳۔ فرجی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس، (ج) نمونہ کا مرضیاتی امتحان

۴۔ مہبلی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس (۱) سادہ (۲) دودستی:۔ شکمی مہبلی، شکمی مستقیمی۔ (ب) رحم کی مساحت بذریعہ مجس، (ج) نمونہ کا مرضیاتی امتحان۔

۵۔ مستقیمی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس:۔ (۱) عمومی امتحان، (۲) دودستی امتحان:۔ شکمی مستقیمی، شکمی مستقیمی مہبلی، (ج) نمونہ کا امراضیاتی امتحان، (د) شعاع نگاری

۶۔ مثانی اور مہبلی امتحان:۔

(ا) معائنہ، (ب) جس، (ج)، قرع، (د) نمونہ کا امراضیاتی امتحان (ہ) شعاع نگاری

پستان کا امتحان

سرطان الثدی اور اس کے علاج پر بیشمار تصانیف موجود ہیں۔ لہذا طالب علم کو اس کا علیحدہ سے مطالعہ کرلینا چاہیئے۔

امتحان صدر کے دوران ضغط الدم نوٹ کرلیا جائے۔ ساتھ ہی ثدیین کا محتاط امتحان کرلینا چاہیئے بسا اوقات خارج البیت مرضیات کے پستان میں ابتدائی سرطانی سلعہ تشخیص ہوجاتا ہے۔ ثدیین کی فعالیت جیسی تضخم سطح پر موجود متسع عروق اور درنات مانٹگومری کے علاوہ ثانوی ہالہ کی پیدائش

طو، پذیر ہوتی ہے۔ دوران حمل پستانی بافت مزید جیسی ہو جاتی ہے اور حلمۂ ثدی سے ایک صاف رطوبت دبا کر نکالی جاسکتی ہے۔ ثدیین کی نمایاں فعالیت حمل تک محدود ہوتی ہے، تاہم نوزائیدوں اور ابتدائے بلوغ میں کچھ تضخم گیزرالوتوث ہے، یہ کیفیت پروجسٹوجن پر مشتمل مانع حمل گولیوں کے استعمال سے بھی رونما ہوسکتی ہے۔ ثدیین کی فعالیت کی ابتدائی امارات کا پتہ لگانا بے حد ضروری ہے، کیونکہ ایسی ہی فعالیت حمل خارج ازرحم میں بھی دیکھی جاسکتی ہے۔

ٹیلر نے پستان کے امتحان کے سلسلے میں جسّ پستان پر خصوصی زور دیا ہے۔ خاص طور سے موٹی اور ضخیم عورتوں میں امراض ثدی اہم اور سنگین صورت اختیار کر لیتے ہیں۔

مزمن التہاب سرطان میں بھی موجود ہو سکتا ہے۔ لہذا ایسی صورت میں بلا تاخیر معائنہ کے لئے بیچاڑ حاصل کر لیا جائے۔ اگر کسی ایک پستان میں بھی لیفی سلعہ موجود ہو تو بذریعہ شگاف علاج کرنا چاہیئے۔ اس طرح اکثر اصل مرض بے نقاب ہو جاتا ہے۔ لیفی مرض میں سال بھر میں بار بار مریضہ کا معائنہ کرتے رہنا چاہیئے تاکہ اس امر کا اطمینان ہو جائے کہ سرطان تو واقع نہیں ہو رہا ہے۔ اکثر ابتدائی مرحلہ میں شگاف سے ہی مرض رفع ہو جاتا ہے۔ علاوہ بریں جس مریضہ کو شدید لیفی مرض عارض ہو ساتھ ہی سرطان کی خاندانی روداد بھی موجود ہو تو خفیف قطع الثدی اور مناسب تدبیر سے ہی امید شفا کی جاسکتی ہے۔ مسلسل درد پستان کثرت سرطان کا پیش خیمہ ثابت ہوتا ہے۔ چنانچہ شدید یا مسلسل درد پستان کی حالت میں اکثر سرطان ہو چکا ہوتا ہے اگرچہ خراش مطلق نہ ہو۔

اگر پستان میں خوب واضح ابھار موجود ہو تو اس کے معائنہ میں تاخیر نہ کرنی چاہیئے بلکہ بعجلت ممکنہ بیچاڑا حاصل کر کے امتحان کے لئے بھیج دینا چاہیئے۔ اکثر پستان شگافی کی ضرورت پیش آجاتی ہے۔ سن رسیدہ عورتوں میں خصوصاً سن یاس میں ورم شحمی یا دہنی سلعہ (Lipoma) جیسے اورام اکثر بیشتر سرطان کی علامت ہوا کرتے ہیں۔

آغاز حیض سے فوراً پیشتر پستان پر جو خفیف خراش موجود ہوتی ہے اس کا معائنہ حیض ختم ہونے کے فوراً بعد کر لینا چاہیئے۔ یہ خراش اکثر از خود رفع ہو جاتی ہے۔ تاہم اختتام طمث کے کچھ دنوں بعد تک برقرار رہے تو اسے ضرور اہمیت دینی چاہیئے، اگرچہ کتنی ہی خفیف کیوں نہ ہو۔

اگر حلمۂ ثدی سے مصلی افراز جاری ہو تو اس کا بیچاڑا لے کر امتحان کے لئے بھیج دینا چاہیئے۔ مبیضی ہارمون کا پستان کے ساتھ گہرا تعلق ہے۔ اسی طرح سرطان پستان سے رحم بھی بھرپور اثر قبول کرتا ہے۔ چنانچہ سن شیخوخی میں جب ایک مدت گذرنے پر آئسٹروجن دیا گیا تو دوران رحم میں

نمایاں تغیرات مشاہدے میں آئے۔

ایک رپورٹ کے مطابق عورتوں کے سرطانات میں سے بائیس فی صدی سرطان پستان میں عارض ہوتا ہے۔

امتحان شکم

[Abdominal Examination]

نسائی امتحان میں اسے بہت زیادہ اہمیت حاصل ہے۔ اس سے تناسلی خطہ کے زیرین حصہ کی طرف واضح اشارے ملتے ہیں۔ جس سے تشخیص مرض میں بڑی مدد ملتی ہے۔ پہلے مرحلہ میں مریضہ کو کوچ پر چت لٹا دینا چاہیے، پستانوں سے حوض تک کپڑا ہٹا دینا چاہیے، اگر انتفاخ شکم موجود ہو تو گھٹنے کو اٹھا دینا چاہیے تاکہ عضلات شکم ڈھیلے پڑ جائیں جیسا کہ تصویر نمبر ۱ میں دکھایا گیا ہے۔ امتحان کے وقت مثانہ اور معاء مستقیم خالی ہونا چاہیے۔

معائنہ:۔ بہترین روشنی میں شکم کا حجم، تقسیم وحدود شکم نوٹ کریں۔ شکم کی جلد پر دھاریاں تو موجود نہیں ہیں جو سابقہ یا موجودہ حمل کی نشاندہی کرتی ہیں۔ فربہ مریضات کے امتحان میں خاص طور سے احتیاط ملحوظ رکھنی چاہیے کیونکہ کلانی شکم کا سبب جہاں فربہی، مثانہ پری، امعاء کا انتفاخی غدد ہوتا ہے وہیں سلعہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ عین ممکن ہے کہ ضخیم شحیم مریضات میں چھوٹا سا سلعہ جسامت کے سبب نظرانداز ہو جائے یا محض عمومی کلانی شکم غلطی سے بڑا سلعہ تصور کر لیا جائے۔ ناف کا پھٹنا درون شکمی دباؤ کی عضوی امارت ہے اور کلاں مبیضی سلعات، استسقا اور حمل کے ہمراہ دیکھا جا سکتا ہے۔ تنفس پر دیوار شکم کی حرکت پذیری کی تفتیش بھی کرنی چاہیے۔ سلعات حوض تو شکم میں پھیل جاتے ہیں، سانس لیتے وقت سلعہ کے اوپر دیوار شکم گھوم جاتی ہے، جس کے سبب سلعہ کی بالائی حد کا محل وقوع نمایاں طور پر تبدیل ہو جاتا ہے۔ حوضی التہاب باریطون میں شکم متمدد ہو جاتا ہے اور اس کی حرکات ناف کی نچلی سطح تک محدود رہتی ہیں۔ مشکوک حالات میں عمومی معدم حس کے زیر اثر امتحان کرنا مناسب ہے۔

جس:۔ یہ امتحان نہایت متانت اور اطمینان کے ساتھ سرانجام دینا چاہیے عصبی مزاج خواتین میں نرمی کے ساتھ امتحان کرنا ناگزیر ہے۔ بے احتیاطی کے ساتھ امتحان کرنے پر مریضات عصبی اضطراب کے سبب عضلات شکم ومعاء مستقیم نیز ڈایافرام کو منقبض کر لیتی ہیں، جس سے صحیح صورت حال معالج کے سامنے نہیں آتی۔ ہاتھ گرم ہونا چاہیے اور امتحان کے وقت پورے ہاتھ (ہتھیلی اور انگلیاں)

کر شکم پر چپٹا رکھنا چاہیئے۔ اس طرح قدرے دباؤ سے بھی مریضہ اذیت محسوس نہیں کرتی۔ اگر عصبی المزاجی کے سبب مریضہ کے عضلات شکم متمدد ہو ہی جائیں تو مریضہ کو آہستہ آہستہ آرام سے سانس لینے کی ہدایت کی جائے۔ اور اسے اپنے بھرپور اعتماد میں لینے کی کوشش کریں۔ اس طرح اکثر کامیابی ہوجاتی ہے۔

بعض مریضات چت لیٹنے پر عضلات شکم ڈھیلا کرنے پر قادر نہیں ہوتی ہیں۔ انھیں کسی دوسرے پہلو پر لٹا کر آزمانے سے اکثر کامیابی ہوجاتی ہے۔ مذکورالصدر تدابیر سے عضلات شکم اکثر ڈھیلے ہوجاتے ہیں، لیکن خط وسطی کی صلابت پر تنفس کا کوئی اثر نہیں پڑتا۔

روزمرہ کے امتحان میں مرارہ، اعور، قولون اور دونوں اطراف کے کلوی خطوں کو ملحوظ رکھنا چاہیئے۔ مریض عورتوں میں اکثر گردہ حرکت پذیر ہوتا ہے جس کی شناخت دُبلی عورتوں میں سہل ہے۔ اورام کے محل وقوع، شدت حس، درد وغیرہ کا صحیح اندراج کرلینا چاہیئے۔

اگر امتحان جس پر کوئی سلعہ معلوم ہو تو اس کی ہیئت، حرکت، حجم اور شکل وغیرہ نوٹ کرلینی چاہیئے ساخت کا پتہ چلے تو اسے بھی نوٹ کرلیا جائے۔ عام اصول کے تحت خط وسطی پہ واقع سلعہ رحم یا مبیض سے متعلق ہوسکتا ہے جو حفرۂ آربیہ سے بڑھ کر مبیضین، قاذفین اور رباط عریض تک پہونچ سکتا ہے۔ حوضی سلعات اگر منفخم نہیں ہوں گے تو ان میں حرکت پذیری کی صلاحیت موجود ہوگی۔

عام طور سے مثبت سلعہ صلب ہوتا ہے۔ ایک حصہ دویری اور دوسرا صلب بھی ہوسکتا ہے۔ دویرے مثلاً مبیضی دویرے بھی صلابت اختیار کرسکتے ہیں۔ اگر کلانی زیادہ بڑھ جائے تو سیال کی موجودگی کا شبہ کرنا چاہیئے۔

آخری امتحان شکم حمل کے بارے میں کرنا چاہیئے، جسے نہز کہتے ہیں۔ یہ خارجاً اور داخلاً دو طرح سے کیا جاتا ہے۔ خارجی امتحان دیوار شکم کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ اور داخلی قدامی قبوہ کے ذریعہ۔

خارجی نہز کا طریقہ یہ ہے کہ مریضہ کو حسب دستور چت لٹا کر ایک ہاتھ شکم پر اور دوسرا قدامی دیوار شکم پر رکھ کر ہلکی سی تحریک پہونچائی جائے۔ جنین کی حرکت صاف محسوس ہوگی۔ حمل کے ۱۶ویں تا ۲۰ویں ہفتہ یہ امتحان حمل کے بارے میں ایک قطعی علامت فراہم کرتا ہے۔ تاہم اس امتحان کے وقت سلعۂ کیسی (دویری) کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے، جو عانہ پر پیدا ہوتا ہے اور بڑھ کر شکم کے زیریں حصہ تک پہونچتا ہے۔

داخلی نبض کا طریقہ یہ ہے کہ عقبی جانب سے انگلیاں مریضہ کے مہبل میں داخل کی جائیں۔ اس طرح مقدم قبوہ کے ذریعہ جنین کا سر محسوس کیا جا سکتا ہے، جسے انگلیوں کی ہلکی سی جنبش سے مزید واضح کیا جا سکتا ہے۔

قرع :۔ امتحان شکم میں تقرع کو بڑی اہمیت حاصل ہے۔ ٹھونکنے سے آواز کی خفت و شدت سے انتفاخ کا پتہ چل جاتا ہے۔ سلعہ اور دیوار شکم کا درمیانی فاصلہ واضح ہو جاتا ہے۔ اس سے کہفہ شکم میں موجود سیال کا بھی بخوبی پتہ چل جاتا ہے بلکہ اگر نجارات حاصل ہو جائے تو سیال میں قیح کی آمیزش کا بھی بآسانی پتہ چل سکتا ہے۔

قرع کے لئے حوضی شکمی کہفہ حسب ذیل چار افقی منطقوں (اوپر سے نیچے) میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

(۱) ضلعی منطقہ (۲) سُری منطقہ (۳) زیر معدی منطقہ (۴) حوضی کہفہ

حوضی جوف اپنے مقدم اور موخر قطروں کے تقاطع سے دوبارہ چار حصوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے جو علی الترتیب دایاں، بایاں، اگلا اور پچھلا حصہ کہلاتے ہیں۔ ہر ایک شکمی منطقہ پوپارٹ کے رباط (Poupart's Ligament) کے وسطی حصہ سے ضلعی کنارہ تک دونوں جانب ایک ایک انتصابی خط کھینچنے سے تین تین خطوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح شکم کی دیوار مقدم پر ۹ خطے (اقالیم) بن جاتے ہیں، جو درج ذیل ہیں:۔

(۱)	(۲)	(۳)
اقلیم تحت الغضاریف ایمن (Right Subcostal Region) (۱) جگر کا دایاں زائدہ (۲) مرارہ (۳) اثنا عشری کا کچھ حصہ (۴) قولون کا تعریج کبدی (۵) دائیں گردہ کا بالائی حصہ (۶) اور فوق الکلیہ (کلاہ گردہ)۔	اقلیم شراسیفی (فوق المعدی) (Epigastric Region) (۱) معدہ کا درمیانی حصہ (۲) بواب (۳) جگر کا بایاں زائدہ (۴) زائدہ شلثہ (۵) عروق کبدی (۶) شریان خلاق بطنی (۷) بانقراس (۸) اورطی اور اجوف نازل کا کچھ حصہ (۹) مجری صدر کا کچھ حصہ (۱۰) دو بڑے فرد ایک بڑی ورید (۱۱) اعصاب ظہلی کے عقد	اقلیم تحت الغضاریف الیسر (Left Subcostal Region) (۱) فم معدہ (۲) طحال (۳) بانقراس کا بایاں سر (۴) قولون کا تعریج طحالی (۵) بائیں گردہ کا بالائی نصف حصہ (۶) بایاں فوق الکلیہ (۷) اگاہے جگر کا بڑھا ہوا زائدہ۔
(۴) اقلیم قطنی ایمن (Right Lumber Region) (۱) قولون صاعد (۲) دائیں گردہ کا زیریں حصہ (۳) چھوٹی آنتو[ں]	(۵) اقلیم سُری (Umbilical Region) (۱) قولون مستعرض (۲) ثرب ماسار یقا کا کچھ حصہ (۳) اثنا عشری کا مستعرض	(۶) اقلیم قطنی الیسر (Left Lumber Region) (۱) بائیں گردہ کا زیریں حصہ (۲) قولون نازل (۳) چھوٹی آنتوں کے

کچھ پیچیدہ حصے۔	حصہ (۴) صائم اور (۵) چھوٹی آنتوں کے کچھ پیچیدہ حصے۔	کے کچھ پیچیدہ حصے۔
(۹) اقلیم حرقفی ایسر (Left Iliac Region) (۱) بایاں حالب (۲) قولون کا تریج سینی (۳) عروق منویہ۔	(۸) اقلیم خثلی (تحت المعدی) (Hypogastric Region) (۱) چھوٹی آنتوں کے کچھ پیچ، (۲) بچوں میں مثانہ لیکن جوان ہونے پر مردوں میں مثانہ اور عورتوں میں (دوران حمل) رحم۔	(۷) اقلیم حرقفی ایمن (Right Iliac Region) (۱) دایاں حالب، (۲) عروق منویہ (۳) اعور اور اس کا زائدہ، (۴) قولون صاعد کے کچھ حصے۔

جب جسامت کے سلعات اورام ہوں تو مذکور الصدر اقالیم کی نشاندہی کر دینے سے تشریحی مقام آئینہ ہو جاتا ہے۔

ٹھوس یا سیال اورام سے پر اصم آواز اور ریحی آواز عموماً مختلف ہوتی ہیں۔ مریض کی مختلف اوضاع کے مطابق اصمیت ایک جگہ سے دوسری جگہ منتقل ہوتی رہتی ہے، اس طرح باریطونی کہفہ میں سیال کی موجودگی کی تشخیص بآسانی ہو سکتی ہے۔ باریطون میں آزاد سیال کی موجودگی میں دونوں کوکھ (پہلوؤں) میں سائر اصمیت (Shifting Dullness) پائی جاتی ہے۔

قرع میں معالج اکثر غلطی کا شکار ہو جاتا ہے۔ جس کے سبب تشخیص شروع سے ہی غلط رخ اختیار کر سکتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس سلعات کی موجودگی میں اصم آواز نکل سکتی ہے، جبکہ ورم اور دیوار شکم کے مابین والی آنت میں گیس بھری ہوتی ہے۔

استماع :- استماع پر احشائے شکم کی آوازیں صاف سنائی دیں گی۔ پرسکوت شکم استرخائے امعا کی دلیل ہے جو صدمہ شدید عمومی التہاب باریطون یا بعد عملیاتی استرخی حرتفد کی واضح علامت ہوتی ہے۔

استماع پر حوضی الاصل سلعات اصم ہوتے ہیں۔ حاملہ رحم، بعض حمل بے حمل، اور شاذ و نادر رحمی الاصل کلاں سلعات کی موجودگی میں حمل کے رحمی ہزہزہ (ہلکی آواز) (Uterine Souffle) جیسا ایک ہزہزہ سنائی دیتا ہے۔ جس کے ساتھ حرکات قلب کی بھی آواز شامل ہوتی ہے۔

سلوء رحم یا شکمی سلوء سے حمل کا دھوکا ہو سکتا ہے، لیکن استقرار حمل کے ۲۴ ویں ہفتہ کے بعد تسمع کی حالت میں ضربات قلب ۱۴۰ تا ۱۶۰ فی منٹ کی رفتار سے سنے جا سکتے ہیں جو مریضہ کی

رفتار نبض سے بہت زیادہ سریع ہوتے ہیں۔

فرج اور مہبل کا امتحان

(Examination of the Vulva and Vagina)

صحیح معلومات کے لئے براہ مہبل اعضائے حوض کا امتحان ناگزیر ہوتا ہے، متعدد ضروری اصولوں کے بغیر مہبلی امتحان روبہ عمل لانا چاہیئے۔ بعض حالات میں اس امتحان سے احتراز کرنا ہی قرین مصلحت ہوتا ہے۔ باکرہ لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں شدید ضرورت کے وقت ہی عمومی معدم حس کے زیر اثر امتحان کرنا چاہیئے۔ ایسی حالت میں مریضہ کا کوئی سرپرست یا نرس کی موجودگی امتحان کے وقت قانونی پہلو سے ضروری ہے۔ بعض عورتیں مقامی امتحان سے پہلو تہی کرتی ہیں لیکن اگر شدید اور خطرناک صورت حال مثلاً نزف وغیرہ ہو تو اس حالت میں مریضہ پر یہ امر بخوبی واضح کر دینا چاہیے کہ تشخیص کو آخری شکل دینے کے لئے ایسی تحقیق کے بغیر چارہ نہیں ہے۔ اگر پھر بھی آمادہ نہ ہو تو علاج سے انکار کر دینا ہی مناسب ہے۔

مہبل کے عمومی معائنہ کے بعد چونکہ مقامی طور پر اصبعی جس ضروری ہوتا ہے، لہذا لطور مدہن سیال صابن اور گلیسرین جیلی نیز برائے دافع عفونت غسول مثلاً ڈیٹال (Dettol) پہلے سے موجود رہنا چاہیئے، تاکہ بروقت بلا تاخیر استعمال کیا جا سکے۔ زہرادی یا عفنی سرایت سے بچنے کے لئے ربر کے دستانے استعمال کئے جائیں جو پہلے سے مطہر کر لئے گئے ہوں۔

مہبلی امتحان کے لئے عام طور سے درج ذیل ۴ اوضاع استعمال ہوتے ہیں:

(ا) وضع جانبی (ب) وضع نصفی یا نیم کبوب وضع (ج) وضع ظہری (د) وضع عجانی۔

ہر وضع میں جہاں کچھ خوبیاں ہیں، وہیں چند نقائص بھی ہیں۔

(ا) وضع جانبی (Lateral Position):- امتحان شکم ختم ہونے کے بعد مریضہ کو اونچے کوچ پر اچھی روشنی میں بائیں کروٹ لٹا دیا جائے اور دونوں گھٹنے موڑ دیئے جائیں۔ کیونکہ یہ آرام دہ وضع ہے، لہذا مریضہ آسانی رضامند ہو جاتی ہے۔ تشخیصی امتحان کے علاج میں بھی اس وضع سے استفادہ کیا جا سکتا ہے۔

(ب) وضع ظہری (Dorsal Position):- مریضہ کو کوچ پر پشت کی جانب اس طرح لٹایا جائے کہ گھٹنے مڑے ہوئے ہوں، اس وضع میں اگرچہ بلا تناؤ کے فرج کا منظر بخوبی سامنے نہیں آتا نیز منظار مہبلی

بھی بہ آسانی داخل نہیں ہوتا، تاہم دو دستی امتحان کے لئے نہایت موزوں وضع ہے۔

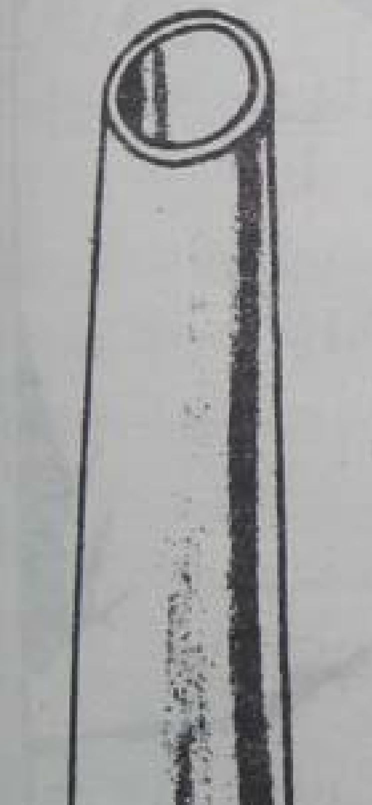
(ج) **وضع نصفی/نیم مکبوب یا سم کی وضع** (Semiprone or Sim's Position):۔ اس میں مریضہ کو بائیں کروٹ اس طرح لٹایا جاتا ہے کہ اس کا بایاں بازو اس کے عقبی جانب رہے اور دایاں گھٹنا بائیں کی بہ نسبت زیادہ موڑا جائے۔ اس طرح خارجی تناسلی اعضا اچھا منظر پیش کرتے ہیں۔ غالباً یہ سب سے عمدہ وضع ہے جس سے مہبلی خط کا باقاعدہ اور مکمل امتحان کیا جاسکتا ہے۔ نیز اس مقصد کے لئے منظار استعمال کیا جاسکتا ہے۔ یہ وضع مہبلی دیوار موخر کے امتحان کے لئے خاص طور سے کارآمد ہے۔ سمس اس وضع کو شانی مہبلی نواسیر واضح کرنے کے لئے استعمال کرتا ہے۔

وضع عجانی (Lithotomy Position):۔ امتحان معدم جس کے زیر اثر کیا جائے تو یہ وضع سب سے

تصویر نمبر ۱: عمومی حوضی امتحان کے لئے مریضہ کی وضع

بہتر ہے۔ مریضہ کو پشت کے بل لٹادیا جائے۔ سرین میز کے کنارے اور رانیں پیٹ پر خمیدہ ہوں

اس طرح اس کی وضع برقرار رکھنے میں سہارا بھی دیا جائے۔ معدم حس کے بغیر بہت کم حصہ نظر آتا ہے
امتحان کے لئے عمدہ روشنی ضروری ہے اور مثانہ خالی رہنا چاہیئے۔ حسب ضرورت مختلف حصوں
کا اصولی امتحان کیا جائے۔ سب سے پہلے افراز کی موجودگی یا عدم موجودگی کی معلومات حاصل کی جائے
شفرتین اور بظر کا معائنہ تقرح، تو بالیدوں یا اورام کے لئے کرنا چاہیئے۔ خارجی تناسلی اعضا کا امتحان کرنے کے
بعد شفرتین کو انگلیوں سے علیحدہ کرکے پردۂ بکارت، لحمیات آسیہ (Caruncluae Myrtiform) دہلیز،
منفذ بول اور حفرۂ زورقیہ کا یکے بعد دیگرے امتحان کیا جائے، نیز مثانہ کا دلک پیچھے سے آگے کی طرف
کیا جائے۔ اس طرح ریم زا مبالی مواد کی موجودگی یا عدم موجودگی کا پتہ چلتا ہے۔ بارتھولینی غدات کے منافذ
کا بھی امتحان کر لینا چاہیئے۔ طبعی امارات میں ان کا جس ممکن نہیں لیکن اگر یہ کلائی یافتہ ہوں تو مہبل
کے اندر ایک انگلی داخل کرکے باہر کی جانب انگوٹھے کے درمیان پکڑنے سے ان کا جس کیا جاسکتا ہے۔
معائنہ:۔ معائنہ دو دستی امتحان سے کیا جائے۔ نسائی امتحان میں مندرجہ ذیل آلات عموماً



تصویر نمبر ۱۸: فرگسن کا یا انبوبی منظار

استعمال ہوتے ہیں:
منظار مثلاً فرگس کا (Furgusson's) سمس کا (Sim's) کسکو کا
(Cusco's) نیز مجس (Probe)، پچارے کی کلاب (Swab Forceps)
اور قاثاطیر وغیرہ۔

فرگسن کا یا انبوبی منظار:۔ (Furgusson's or Tubular Speculum)
یہ ٹیوب نما شکل منظار ہوتا ہے جس کا موخر کنارا مقدم کی
بہ نسبت طویل اور مہبلی سرا چپٹا ہوتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۸
یہ مختلف سائز کے سٹ میں دستیاب ہے۔ اس کا ادخال اگرچہ بہت
مشکل ہے تاہم جب داخل ہو جاتا ہے تو عنق اور مہبلی دیوار کا اچھا
منظر پیش کرتا ہے۔ اسے داخل کرتے وقت کافی احتیاط برتنی
چاہیئے، مبادا کسی نازک مہبلی عضو کو ضرر نہ پہونچ جائے۔ استعمال
سے پیشتر اسے گرم اور کسی دہن سے چکنا کر لینا چاہیئے۔ بائیں ہاتھ
سے شفرتین علیحدہ کیے جائیں اور منظار کی چونچ داخل کرکے عجان
کے بالمقابل ذرا زور دے کر دباؤ ڈالا جائے یہاں تک کہ
منظار از خود حساس دہلیز کو چھیڑے بغیر اندر پھسل جائے۔

تصویر نمبر ۱۹: سیم کا منظار

سیم کا منظار (Sim's or Duckbill Speculum):۔ یہ آلہ جو در اصل شاقی مہبلی ناسور معلوم کرنے کے لئے ایجاد ہوا تھا۔ دو مختلف جسامت کے مقعر بلیڈ اور انہیں مربوط کرنے والے ایک دستہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۹۔ یہ وضع نصفی یا سمس کی وضع میں استعمال ہوتا ہے۔ اور عنق نیز مقدم دیوار مہبل کا صاف منظر پیش کرتا ہے۔

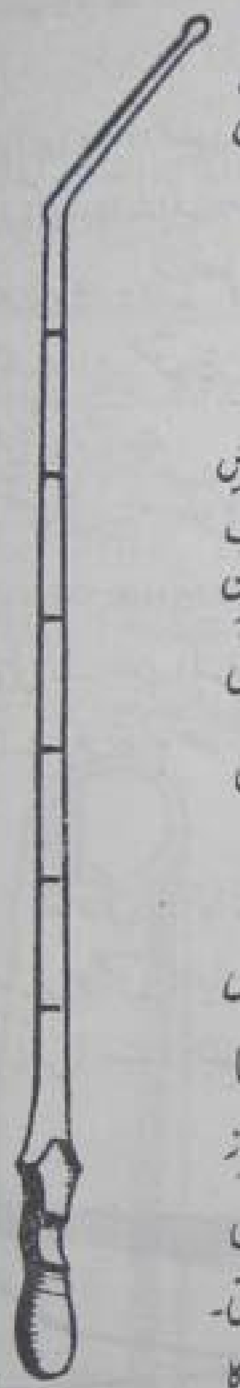
دو صمامی یا کسکو کا منظار (Cusco's or Bi valve Speculum) یہ دو بلیڈوں پر مشتمل ہوتا ہے جو مہبلی کنارے پر ایک قبضہ کے ذریعہ مربوط ہوتا رہتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲۰

منظار کی یہ انتہائی کارآمد قسم ہے اور مہبل و عنق کا نہایت واضح منظر پیش کرتا ہے۔ جب اس کا اسکریو کھولا

تصویر نمبر ۲۰: کسکو کا یا دو صمامی منظار

جاتا ہے تو مہبل میں از خود برقرار رہتا ہے۔ اس کے بآسانی استعمال کے لئے مریضہ کو عجانی وضع میں ہونا چاہیئے۔

رحمی مجسّہ (Uterine Sound):۔ یہ دھات کی سلائی خاص طور سے کہفہ رحم میں داخل کرنے



تصویر نمبر ۲۱ : رحمی مجسہ

کے لئے ایجاد کی گئی ہے۔ یہ خم پذیر ہوتی ہے تاکہ غیر طبعی اصابات میں اسے حسب ضرورت او خال کے وقت خمیدہ کیا جا سکے۔ اس کے کنارے سے ۲½ انچ کے فاصلے پر ایک خفیف گرہ ہوتی ہے۔ جس سے کہفۂ رحم کے طبعی طول کی نشاندہی کرنے میں اعانت ملتی ہے۔ گرہ کے بعد ایک ایک انچ پر نشانات ہوتے ہیں۔ جنھیں تصویر نمبر ۲۱ میں ملاحظہ کیا جا سکتا ہے۔

استعمال سے بیشتر سلائی کو مطہر کر لینا چاہیئے، ورنہ جسم رحم کے خبیث سلعات کی موجودگی میں رحم کی دیوایں خستہ ہونے کے سبب آسانی سے منثقب ہو سکتی ہیں، جس سے عفنی التہاب باریطون کے شدید خطرات کا اندیشہ رہتا ہے۔ اس کے استعمال سے مندرجہ ذیل امور کی نشاندہی ہوتی ہے:۔

(۱) کہفۂ رحم کا رُخ اور طول (۲) اتساعِ جوف: جس کا اندازہ مجسہ اندر داخل کر کے قوس کی طرح گھما کر کیا جا سکتا ہے (۳) رحمی دیواروں کا نشیب و فراز نیز کھردراپن (۴) جسمی عنقی زاویہ کی چوڑائی (۵) رحم اور سلعۂ حوضی کا باہمی تعلق۔

تصویر نمبر ۲۲ : منتاش

منتاش (Volsellum) :۔ یہ دو قسم کا ہوتا ہے اور دونوں میں طویل دستے ہوتے ہیں (۱) متعدد دندانوں والا (ب) اُبھرے دندانوں والا۔ جس میں سے اول الذکر کو تصویر نمبر ۲۲ میں دیکھا جا سکتا ہے۔ اس سے عنق، سقوط رحم وغیرہ کی حرکت پذیری معلوم کی جا سکتی ہے۔ تندرست، صاحب اولاد عورتوں میں منتاش کو داخل کر کے عنق کو پکڑ کر زیرین جانب فرج تک کھینچ لیتے ہیں، بلکہ بسا اوقات تو فم خارجی

موضع ہبل کے بیول تک کھینچ لینے سے بھی کوئی خاص درد نہیں ہوتا۔

دو دستی امتحان (Bimanual Examination):۔ اس امتحان کا مقصد رحم کی جسامت، اس کی بستگی، حرکت پذیری نیز قاذفین کی کیفیت معلوم کرنی ہوتی ہے۔ دو دستی امتحان کے وقت مثانہ اور معاء مستقیم پُر نہ ہونا چاہیے، اگر ضرورت ہو تو امتحان سے قبل مریضہ کو ہلکا طیبن دیا جاسکتا ہے۔

تصویر نمبر ۲۲، وضعی امشاء کا دو دستی جس

مریضہ کو چت لٹا کر اس کے گھٹنے زاویہ حادہ پر خمیدہ کر دیئے جائیں۔ اگر عملیاتی میز بالخصوص نسائی

کوچ استعمال کی جائے تو ممتحن کو مریضہ کے گھٹنوں کے مابین کھڑا ہونا چاہیے۔

دایاں ہاتھ عموماً داخلی امتحان کے لئے اور بایاں زیر معدہ پر رکھ کر جس کے لئے استعمال ہوتا ہے، لیکن بعض ماہرین اس کے برعکس بایاں ہاتھ داخلی امتحان کے لئے استعمال کرتے ہیں جیسا کہ تصویر نمبر ۲۳ سے ظاہر ہے۔ ایک ہاتھ کی وسطیٰ اور سبابہ انگلیاں کسی مدہن میں چکنی کر کے مہبل میں داخل کی جائیں اور دوسرا ہاتھ زیر معدہ پر رکھ کر دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے اشتراکی تعاون سے اعضائے حوض نیچے اور اوپر سے بیک وقت جس کئے جاسکتے ہیں۔

سب سے پہلے عنق کا رخ معلوم کیا جائے اور اس کے بعد ایک ہاتھ کی انگلیاں مقدم قبوہ میں گھمائی جائیں اور دوسرے ہاتھ کا جزوی دباؤ شکم پر ڈال کر جسم رحم کو پیش گردیدگی کی طبعی حالت میں دونوں ہاتھوں کے درمیان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بصورت دگر جسم رحم کی طبعی وضع سے غیر موجودگی واضح ہو جائے گی۔ اس کے بعد انگلیاں موخر قبوہ میں منتقل کردی جائیں۔ جسم رحم کی اپنی طبعی وضع سے عدم موجودگی کی حالت میں جسم اصغر کی جسامت کا اسی کی وضع طبعی پر مستقیمی مہبلی جیب میں ایک سلعہ محسوس کیا جاسکتا ہے جس پر پس خمیدگی یا پس گردی کا دھوکا ہوسکتا ہے۔ پس گردی کی تشخیص کے لئے مستقیمی امتحان بہت زیادہ معین ثابت ہوتا ہے۔

رحم کی جسامت، حرکت پذیری اور وضع معلوم کرنے کے بعد اس کے دوسری جانب والی ساخت کا امتحان مہبل کے مقدم قبوہ میں انگلی داخل کرکے اور دوسرے ہاتھ سے شکمی دیوار پر دباؤ ڈال کر جس کے ذریعہ کیا جائے۔ صحت مند قاذف قابل جس نہیں ہوتے، لیکن دبازت کی حالت میں واضح طور پر محسوس ہو سکتے ہیں۔ قاذف کا بیرونی جانب کو تعاقب کیا جائے تو مبیض اپنے محل طبعی یعنی جانبی حوضی دیوار کے پاس بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے جو کہ طبعی حالت میں چھوٹا، نرم، گول یا بیضوی اور بہ آسانی حرکت پذیر ساخت ہوتی ہے، جس میں دباؤ سے حساسیت پائی جاتی ہے۔

حوض میں پائی جانیوالی دبازت یا سلعہ کی جسامت، بستگی (Consistanse)، حرکت پذیری اور انضمامات کو احتیاط کے ساتھ درج کرلینا چاہیے، جس میں سے آخرالذکر زیادہ اہمیت کا حامل ہے اگر حوضی ورم رحم کے ساتھ حرکت کرتا ہے تو یا اس کے ساتھ چپیدہ ہوگا اور یا اچھلے گا۔ اگر رحم سے آزاد ہوگا تو قاذف یا مبیض سے پیدا ہوا ہوگا۔

ڈگلس کی جیب کا امتحان قبوہ کے ذریعہ بآسانی کیا جاسکتا ہے، کیونکہ مہبل کے موخر قبوہ اور باریطونی کہفہ کے مابین صرف باریطون اور موخر مہبلی دیوار ہی حائل ہوتے ہیں۔ موخر قبوہ کے ذریعہ

عومی ابھار بہ آسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جو دراصل مستقیمی سینی (Rectosigmoid) حصہ میں اجتماع براز ہوتا ہے۔ اس کے بعد رحم کا پس گردیدہ جسم آتا ہے۔ ڈگلس کی جیب میں حوضی خراجات سخت اور ٹھوس ابھار عارض کرتے ہیں، جس میں خرخطوں کی نشاندہی بآسانی کی جا سکتی ہے۔ حوضی دموی قیلے مخصوص دموی تھکوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو اردگرد کی ساختوں کو مثبت کر دیتے ہیں۔ ڈگلس کی جیب میں مبیضی سلعات کے تحتانی قطبین اور ملحقہ حصوں کے اورام بھی محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ حوضی دروں رحمیت مبیضی سرطانی سلعہ سے کسی قدر مشابہ ہو سکتے ہیں جس میں موخر قبوہ میں چھوٹے چھوٹے عقد قابل جس ہو سکتے ہیں۔ دودستی امتحان عموماً الیم ہوتا ہے اور تشخیص میں درد کی روداد اور مریضہ کی عمر عموماً معین ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس مبیضی سرطان بغیر درد کا ہوتا ہے اور ان کا جس کسی طرح کی مقامی الیمیت رونما نہیں کرتا۔ التہاب عطفہ کا ابھار ڈگلس کی جیب میں بائیں جانب محسوس کیا جا سکتا ہے، اور اس امر کا پتہ لگانا عموماً آسان ہوتا ہے کہ اس طرح کے ابھار رحم اور بائیں ضمیمہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ اس طرح کے ابھار تشخیص میں دشواری پیدا کرتے ہیں لیکن اگر ذہن میں التہاب عطفہ کے امکان کو ملحوظ رکھا جائے تو بیریم اینما کے ذریعہ تشخیص کی تکمیل کی جا سکتی ہے۔ سینی (Sigmoid) کا سرطانی سلعہ یکساں امارات عارض کرتا ہے۔

اگر معالج دودستی امتحان ماہرانہ انداز میں انجام دیتا ہے تو بیشتر اصابات میں اسے صحیح تشخیص تک پہونچنے کے لئے کافی شہادتیں مل جاتی ہیں۔ دودستی امتحان کی تکنیک کو لفظوں میں بیان کرنا دشوار ہے، اس کے لئے تجربات و مشاہدات کی اہمیت سے انکار کی گنجائش نہیں۔

حسب ذیل مریضات میں یہ امتحان ناقص یا مشتبہ ہوا کرتا ہے:

(۱) فربہ مریضہ جس کی شکمی دیوار خارجی ہاتھ کی انگلیوں کے لئے ناقابل نفوذ ہوتی ہے اور اس طرح قاع الرحم کی حدود کی توضیح نہیں کی جا سکتی۔

(۲) عصبی المزاج مریضہ جس کے اوپر کسی بھی سلیقہ یا حکمت عملی کا اثر نہیں ہوتا نیز شکمی استرخا نہ ہونے کے سبب امتحان نہیں ہو پاتا۔

(۳) باکرہ، جو عموماً مذکورالصدر سے تعلق رکھتی ہیں اور جن میں فقط شکمی مستقیمی امتحان ہی ممکن ہے۔

(۴) متعدد مشکوک اصابات۔ مثلاً مشتبہ برون رحمی حمل جس میں نتیجۂ تحقیقات مشکوک ہوتے ہیں۔ فیصلہ کن نہیں اور جن میں شکم شگافی سے پہلے مزید شہادت درکار ہوتی ہے۔

رطوبات (موادوں) اور بافتوں وغیرہ کا امتحان

فرج و مہبل کا امتحان ہمیشہ اس غرض سے بھی کرنا چاہیئے کہ آیا کوئی مواد موجود ہے یا نہیں، مریضہ کبھی کبھی از خود اخراج مواد کی شکایت کرتی ہے۔ اگر مواد آتا ہے تو اس کی ماہیت درج کرلی جائے یہ صاف مخاط غلیظ زرد یا زردی مائل سبز، خون سے رنگین، واضح طور پر قیحی یا بدبودار ہوسکتا ہے، جیسا قرحہ خبیثہ، تنخری سلعی یعنی سعدانوں کے عوارض کے طور پر ہوا کرتا ہے۔ اگرچہ یہ عین ممکن ہے کہ بریہ امتحان کے ذریعہ مواد کے اسباب کی صحیح تشخیص ہو جائے، تاہم جب تک مواد کا جرثومیاتی امتحان کر لیا جائے، تشخیص کو قطعی اور فائنل قرار نہیں دیا جا سکتا۔ عام طور سے سرایت کرنیوالے دو عام عضویے یعنی شوری ثعالیہ مہبلی اور مونیلیا کے مابین اس امتحان کے بغیر تشخیص مشکل ہے۔ مواد کا کچھ حصہ خشک شریحہ (Slide) پر آلود کر لیا جائے، جسے بعد میں گرام رنگ (Gram's Stain) سے رنگ لیا جائے۔ اس تفتیش سے اس پر موجود مونیلیا اور دیگر جرثومے واضح ہو جائیں گے۔

مواد کا ایک قطرہ شریحہ پر نارمل سیلائن کے ۲-۳ قطروں کے ساتھ حل کرکے ۱/۶ طاقت والی خردبین کے نیچے ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ اس طرح کی تجہیز میں شوری ثعالیہ مہبلی تیغ اور فلسمانی خلیات کے درمیان اپنی فعال حرکت پذیری کے ساتھ بآسانی دیکھے جاسکتے ہیں، جن اصابات میں مواد واضح طور پر ریم زا ہو ایک پچاڑا (Swab) برائے کاشت حاصل کرکے چند ساعت کے اندر اندر معمل میں بھیج دیا جائے۔

جب مواد کی آمد التہاب مبال کے ساتھ جاری ہو تو سوزاک کی سرایت کا شبہ کرنا چاہیئے۔ ایسی حالت میں کاشت کے لئے پچاڑا نہ صرف مہبل بلکہ مبال سے بھی حاصل کیا جائے۔

اس کے بعد دائیں ہاتھ کی انگشت شہادت پر ربر کا دستانہ پہن کر اسے اچھی طرح مدہن کرکے مہبلی قنال کا استقصاء کرنا چاہیئے۔ سب سے پہلے دیوار رحم کا امتحان کرنا چاہیئے اور تری لیگ اور نرمی کا درجہ درج کرلیا جائے۔ مریضہ سے کھانسنے اور کو تھنے کو کہا جائے اور کھانستے وقت دباؤ کا تسلسل نوٹ کرلینا چاہیئے۔ اس طرح مہبلی دیوار کی بالیدہ ویر یا جسم غریب دریافت ہو سکتا ہے۔ اس کے بعد تبوہ کا امتحان کیا جائے کہ آیا وہ معدوم ہیں یا درون حوضی امتحان کے سبب منتفخ۔

عنق کا امتحان اور پچاڑا :- اس کے بعد مہبلی عنق (Vaginal Cervix) کا امتحان کیا جائے۔ اس

کا رجحان، جسامت اور شباہت درج کی جائے۔ اس کی سطح نرم یا کھردری ہوسکتی ہے۔ یا عنق تا کل کی نشان دہی ہو سکتی ہے۔ فم خارجی چھوٹا ہوسکتا ہے، جیسا کہ باکرہ لڑکیوں میں عام ہے یا طویل اور کشادہ ہوسکتا ہے۔ جس سے انگلی کا سرا اندر بہ آسانی داخل ہوجاتا ہے۔ یہ فراخی اصولی طور پر فم داخلی تک نہیں پہونچتی علاوہ اس کے کہ اندرون رحم کوئی چیز موجود ہو، جس کے اخراج کے لئے رحم جد و جہد کر رہا ہو۔ عنق ایک یا دونوں اطراف میں منشق یا جزوی طور پر پس گرد ہوسکتی ہے۔ عنق کھردری ہوسکتی ہے اور خبیث بالیدہ یا مخاطیتی سعدانہ (Polypus) اس سے پیدا ہوسکتا ہے یا اس پر ٹھوس بالیدگی مثلاً سلعہ لیفیہ (Fibroid) رونما ہوسکتا ہے۔ کبھی کبھی عنق تک بمشکل رسائی حاصل ہوتی ہے۔ کیونکہ کسی سلعہ کے سبب مستقیمی مبلی جیب پُر ہوجانے کے سبب یا ارتفاق عانہ کے پیچھے اوپر تک دھنس اٹھتا ہے۔ یہ صورت حاد پس گرد رحم کے تثبیت ہوجانے کے سبب بھی عارض ہوجاتی ہے۔ جن مریضوں میں تقرح واضح طور پر خبیث بالیدگی پر مشتمل ہو، بالیدگی کا موزوں ٹکڑا بیان دم کے بغیر حاصل کر لیا جائے۔ یہ تشخیص امتحان میں کافی معین ثابت ہوتا ہے۔

درون رحمی بایوپسی :۔ رحم کا ایک چھوٹا سا حصہ خوردبینی معائنے کے لئے بمعدم حس یا کھرچ کر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ درون رحمی بایوپسی طمث کے اول چند گھنٹے کے اندر اندر لینے سے درون رحمی افرازی تغیرات کی موجودگی یا عدم موجودگی یا عدم تبویض کی حالت میں دورہ کے کسی حصہ میں تبویض کی موجودگی یا عدم موجودگی کا پتہ چل جاتا ہے۔ جن اصابات میں خبیث مرض کا ذرا سا بھی شبہ ہو معدم حس کے زیر اثر جرف کرنا چاہیئے۔

علم الخلیات :۔ بیشتر ماہرین کے یہاں عنق سے آلود گولیاں حاصل کر کے امتحان کرنا ایک اصول بن گیا ہے۔ اس سے آغاز سرطان میں ہی سرطانیتی خلیات کی شناخت ہوجاتی ہے۔ جن کی پرت اترنی شروع ہوجاتی ہے۔ نیز سرطان رحمی کا بھی پتہ چل جاتا ہے۔

مستقیمی امتحان

مستقیمی امتحان دائیں ہاتھ کی انگشت شہادت سے کیا جاتا ہے، جس پر دستانہ چڑھا ہو اور اسے اچھی طرح مدہن کر لیا گیا ہو۔ معا مستقیم خالی ہونا چاہیئے۔

دوشیزہ لڑکیوں میں بلا کسی معدم حس کے مہبلی امتحان سے گریز کرنا چاہیئے۔ باکرہ لڑکیوں میں بلا کسی معدم حس کے مہبلی امتحان ہمیشہ ممکن نہیں ہوا کرتا اور بہت دردناک ہوتا ہے۔ تاہم مستقیمی امتحان

سے تقریباً درست نتائج برآمد ہو سکتے ہیں۔ رحم کی جسامت، وضع اور حرکت پذیری، نیز کوئی غیر طبعی ابھار مستقیمی امتحان سے بآسانی معلوم کیا جا سکتا ہے۔ جن عورتوں میں حوضی امتحان کی ہدایت کی جاتی ہے، مہبلی امتحان کی طرح مستقیمی امتحان کی بھی عام طور سے ہدایت دی جاتی ہے۔

مہبلی امتحان کے بہ نسبت مستقیمی امتحان سے ڈگلس کی جیب کے اندر خصوصاً مبیض کا مکمل تر امتحان ہو سکتا ہے۔ معا مستقیم کے اندر کی انگلی مذکورہ جیب کی موخر دیوار کے ساتھ ساتھ بہت دور تک چلی جاتی ہے، جبکہ براہ مہبل صرف اس کے فرش تک ہی پہونچ پاتی ہے۔ اس سے رحمی عجزی رطوبات جس کئے جا سکتے ہیں۔ اور ابتدائی دریزش بھی محسوس کی جا سکتی ہے۔ علاوہ بریں مستقیمی تضیق (Stricture) اسعدانوں (ابوابِ رحم) پر ابھاری اجتماعات اور اجسام غریبہ کی بھی شناخت ممکن ہے، اس کے بعد امتحانی انگلی حوضی کہفہ کے پیچھے لے جا کر مہبلی مستقیمی جیب میں موجود سلعہ کا بخوبی اندازہ لگایا جا سکتا ہے۔ جس کے وجود کا پتہ سب سے پہلے مہبلی جس سے چلتا ہے۔

درون بینی (Culdescopy) :۔ یہ آخری طریقۂ امتحان دراصل امریکی ماہرین ڈیکر (Decker) اور چیری (Cherry) کی ۱۹۴۴ء کی اختراع ہے، جس پر بعد میں اسی ملک کے جیف کوٹ (Jeffcoate) نے مہر تصدیق ثبت کیا۔

امتحان سے پہلے ابھرے ہوئے حوضی مرضیات مثلاً ترقی یافتہ درون رحمیت یا مزمن حوضی التہابی مرض کی مثبت پس گردیگی کو دو دستی امتحان سے مستثنیٰ کر لینا چاہئیے۔ مثانہ کو قاثاطیر کے ذریعہ پہلے سے خالی کر لیا جائے معدم حس کے لئے پہلے سے مریضہ کے منہ میں انبوبہ لگا دیا جائے، تاکہ صاف ہوا کا راستہ صاف رہے۔

اجزائے ترکیبی : یہ آلہ حسب ذیل چیزوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

مخصوص مبزل (Trocar) مع محافظ دروک، جو غلاف پر نوک سے ۳ سینٹی میٹر کے فاصلہ پر ہوتا ہے، یہ داخلہ کے عمق کو کنٹرول کرتا ہے اور آلہ ایک مخصوص و محفوظ حد سے آگے نہیں بڑھنے پاتا۔ احشاء کو اپنی جگہ سے ہٹانے کے لئے کاربن ڈائی آکسائڈ استعمال ہوتی ہے۔ حقیقی درون بیں (Culdoscope) مثانہ بیں (Cystoscope) کے مماثل ہوتا ہے۔ تنویر خشک بیٹری کے ذریعہ ہوتی ہے۔

تکنیک : مریضہ کو رکبی صدری وضع میں لٹا کر مہبل کو عقیم کر لیا جائے، پھر ایک منابض کے ذریعہ عنق کا موخر لب پکڑ لیا جائے۔ عنق کے تقریباً ۲ ملی میٹر پیچھے وسطی حصہ میں سوراخ کیا جائے۔ انبوبہ نکالنے سے پیشتر جانبی ٹونٹی کے ذریعہ کاربن ڈائی آکسائڈ داخل کر دی جائے۔ گیس کے ادخال اور وقت تعلق کے

سبب آنت ڈگلس کی جیب سے دور جا پڑتی ہے۔ اب دروں بیں داخل کر دیا جائے۔ حوض کے جملہ طبی مشمولات معائنہ کے لئے صاف نظر آنے چاہئیں۔ مختلف مناظر کو شانہ بینی کے اصولوں کے مطابق جانچ پڑتال کے لئے سامنے لایا جائے۔ شکمی طریقے۔ عنق کو کھینچ کر اور آلے کے کنارے کے ذریعہ معمولی دباؤ ڈال کر مختلف ساختوں کو دیکھا جا سکتا ہے۔

امتحان ختم ہونے کے بعد دروں بیں نکال لیا جاتا ہے لیکن غلاف کو اس کی وضع میں ہی رہنے دیا جاتا ہے۔ مریضہ کو پشت کے بل یا پہلو پر لٹا دیا جاتا ہے۔ ممکنہ حد تک گیس خارج کرنے کے لئے شکم پر دباؤ ڈالا جاتا ہے۔ معمولی مہبلی زخم کو ایک ٹانکے کے ذریعہ دوخت کر دیا جائے لیکن اس دفعہ اسے بغیر بند کئے ہوئے بھی چھوڑ سکتے ہیں۔

دروں بیں کے چند اشارات تشخیص :

۱۔ بروں رحمی حمل کی تشخیص۔

۲۔ دروں رحمیت کی بالکل ابتدائی حصے میں تشخیص جبکہ سریری اعتبار سے ناقابل ذکر حالت میں ہو۔

۳۔ غیر واضح حوضی درد کی تفتیش۔

۴۔ حوضی ابھار کی درست تشخیص۔

۵۔ عدم اخصاب کی تفتیش۔

۶۔ متعدد طمثی اختلالات کی تفتیش۔

پیچیدگیاں: (۱) عنق کے پیچھے خلوی بافتوں میں خانہ داخل ہو جانے کے سبب انتفاخ (Emphysema)۔

(۲) بار بطونی اجتماع غازہ، جو پسلی اور بازوؤں میں درد کا باعث ہوتا ہے لیکن عملیہ انجام دینے کے بعد گیس خارج کر کے درد میں تخفیف کی جا سکتی ہے۔ اس طرح درد تقریباً ۲ گھنٹے تک رہتا ہے۔

(۳) کسی چسپیدہ آنت، عموماً معاء مستقیم کا انثقاب لیکن ایسے حادثات میں نگرانی اور دافع بادونگ کا استعمال ستم دور کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

ممنوعات: مزمن حوضی التہابی مرض یا ترقی یافتہ دروں رحمیت۔

خلاصۂ کلام یہ کہ دروں بینی درست حوضی تشخیص کے لئے نہایت کارآمد اور مفید طریقہ عمل ہے۔

اس سے معالج اور مریض دونوں کے اوقات کی بچت ہوتی ہے۔ تضیع اوقات و زر دونوں سے مریض بچ جاتا ہے اور بلا وجہ پلنگ گھیرنے کی نوبت نہیں آتی جیسا کہ شکم شگافی میں۔

اعضائے بول کے امتحان کا طریقہ

مبال، بول و مثانہ کا امتحان تفصیل کے ساتھ کیا جائے تاکہ ان اعضا کے اختلالات کی درست تشخیص ہو سکے۔

مبال: سب سے پہلے صاف روشنی میں منفذ بول کا امتحان کر لینا چاہیئے، اس میں موجود سرخی، افراز یا بائید نوٹ کر لی جائے، اس کے بعد انگلی تھیلی میں داخل کی جائے مبال کو آگے کی طرف دبایا جائے۔ خارج ہونے والے کسی بھی قسم کے مواد کا امتحان کر لینا چاہیئے۔ مواد کو شیشے کے شریحہ پر باریک پھیلا کر فلم تیار کر لی جائے۔ اس کے بعد رنگ کر اجسام کا امتحان کیا جائے۔ باقی تفتیش کاشت کے لئے بائیوپسی حاصل کر کے انجام دی جا سکتی ہے۔

مبال کے امتحان کے بعد بول کا نمونہ مرضیاتی امتحان کے لئے حاصل کرنا چاہیئے۔ جہاں تک ممکن ہو بول کا درمیانی حصہ لیا جائے۔ بول کا صاف نمونہ فراہم کرنے کا یہ طریقہ بیشتر جرثومیاتی امتحان کے لئے موزوں ترین ہوتا ہے۔ مشکوک اصابات میں شکر اور البیومن کے لئے بول کا کیمیاوی امتحان کیا جائے۔ امتحان کے لئے عمومی بول کافی ہوتا ہے اور عموماً قاثاطیر داخل کرنے کی نوبت نہیں آتی۔

اگر قاثاطیر کا استعمال ضروری ہو تو نرم ربر والے قاثاطیر کا انتخاب موزوں ہے جو عموماً دس تا ۱۲ نمبر کا استعمال ہوتا ہے۔ اسے ابال کر مطہر کر لیا جاتا ہے۔ چنانچہ اس مقصد کے لئے ایک بوتل ایک کارک اور ایک قاثاطیر کو دس منٹ تک جوش دینا چاہیئے۔ اس کے بعد صاف ہاتھوں سے شفرتین علیحدہ کر کے دہلیز اور حبیلی دُہنہ کو کسی دافع عفونت محلول کے پھاہے سے صاف کر لیا جائے۔ حسب دستور بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے شفرتین علیحدہ کئے رہیں اور دائیں ہاتھ میں قاثاطیر لے کر بلا کوئی عفو مس کئے ہوئے منفذ بول میں داخل کر دیا جائے اور پیشاب عقیم بوتل میں براہ راست جمع کر لیا جائے۔ قاثاطیر میں موجود آخری بوند بھی امتحان میں خصوصی اہمیت کی حامل ہو سکتی ہے۔ بوتل کو عقیم کارک سے بند کر کے معمل میں امتحان کے لئے بھیج دینا چاہیئے۔

التہاب مثانہ، التہاب حوض گردہ، مثانہ میں اجسام غریبہ کی موجودگی نیز تناسلی قنال کے عزرات کی تحقیق کے لئے عموماً مثانہ بینی کی ضرورت پڑتی ہے، علاوہ بریں قاثاطیر کے استعمال کی ضرورت بھی پیش آ سکتی ہے۔

بول و براز کا عمومی معائنہ

ماہر امراض النساء کے مشاہدے میں جب بول و براز کا نمبر آئے تو مندرجہ ذیل امور کو خاص طور سے ذہن نشین رکھنا چاہیئے:-

مقدار بول۔ مندرجہ ذیل احالات میں مقدار بول بڑھ جاتی ہے اور بار بار پیشاب کا تقاضا ہوتا ہے۔ اختناق الرحم، حمل کے ابتدائی اور آخری ادوار میں مثانہ پر غیر معمولی دباؤ پڑنے کے سبب، کسی سلعہ کی موجودگی، استسقائے رحم وغیرہ کی حالتوں میں مقدار بول بڑھ جاتی ہے اور بار بار پیشاب کا تقاضا ہوتا ہے، لیکن سوزش بول کی شکایت نہیں ہوتی۔

مرض اختناج (Eclampsia) میں پیشاب میں رطوبت بیضا خارج ہونے لگتی ہے۔ میلانات رحم میں تقطیر البول یا احتباس بول کی شکایت ہو جاتی ہے خاص طور سے اگر رحم کا میلان سامنے کی جانب ہو، لیکن اگر موخر جانب میلان ہوتا ہے تو عموماً قبض یا زحیر کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ استسقائے مبیض کی حالت میں امعاء پر مسلسل دباؤ پڑنے کے سبب قبض عارض ہو جاتا ہے۔ مثانہ کے بالائی سرے پر دباؤ پڑنے کے سبب پیشاب رک رک کر تھوڑی تھوڑی مقدار میں آتا ہے لیکن عنق مثانہ یا مجریٰ بول پر دباؤ پڑنے کی حالت میں احتباس بول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ گردوں پر دباؤ پڑنے کی حالت میں پیشاب میں رطوبت بیضہ خارج ہونے لگتی ہے۔ حاد التہاب قاذفین مبیضین کی حالت میں عسر تبرز و تبول لاحق ہو سکتا ہے۔

حاملہ کا پیشاب اگرچہ صاف اور شفاف ہوتا ہے تاہم اس کے درمیان سحابی یا دھنی ہوئی روئی کے مانند رسوب تیرتا نظر آتا ہے۔ بسا اوقات اس میں زردی مائل غلظت ہوتی ہے اگا ہے اس کا رنگ آب نخود یا گوشت کے دھوون جیسا ہوتا ہے، ابتدائے حمل میں پیشاب کا رنگ نیلگوں اور آخر میں سرخی مائل ہو جاتا ہے۔ اگر حرکت دینے پر پیشاب میں گدلاہٹ آجائے تو بھی حمل کا یقین کر لینا چاہیئے۔

سوزاک، حکۃ الفرج، التہاب فرج اور التہاب مبیض میں پیشاب جلن اور سوزش کے ساتھ آتا ہے اور اگر فرج میں ریم زا سرایت موجود ہو تو پیشاب قیح آلود ہوتا ہے۔

التہاب رحم کی حالت میں ادرار بول قدرے درد کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر مثانہ پر دباؤ معلوم ہو اور پیشاب قدرے تکلیف کے ساتھ خارج ہوتا ہو تو رحم کے سامنے والے حصہ میں التہاب تصور کرنا چاہیئے۔ خلفی حصہ میں ورم کی حالت میں عموماً قبض کی شکایت ہوتی ہے۔

نبض

تشخیص امراض میں نبض کی اہمیت سے انکار کی گنجائش نہیں تاہم صحیح نتیجہ تک پہونچنے کے لئے کافی مشق و تجربہ کی ضرورت ہے۔ مسلسل ریاض کے بغیر اس پر تکیہ کرنا مناسب نہیں۔ مریضہ کے مطب میں وارد ہوتے ہی نبض نہ دیکھنی چاہیئے، بلکہ اسے نارمل حالت میں آنے کے لئے کم از کم چار یا پانچ منٹ سستانے کا موقع دیا جائے۔ علاوہ بریں فطری شرم و حیا کے سبب بھی عورتوں کی نبض میں وقتی تیزی آسکتی ہے، جسے ملحوظ رکھنا ضروری ہے۔ امراض النساء میں اختلاف نبض درج ذیل ہے۔

مرض یا کیفیت	کیفیت نبض
احتباس الطمث بہ سبب ازدیاد حرارت	سریع، متواتر اور ضعیف
احتباس الطمث بہ سبب برودت	بطی، ضعیف
احتباس الطمث بہ سبب یبوست	صلب، خالی
احتباس الطمث بہ سبب قلت دم (فقر الدم)	ضعیف، صلب
احتباس الطمث بہ سبب غلظت دم	ضعیف، صلب اور ضعیف
احتباس الطمث بہ سبب کثرت بلغم	لین، بطی اور عریض
استحاضہ مع انتہائے ضعف	پہلے دودی بعد میں نملی
عسر الطمث	مختلف اور غیر منتظم
التہاب رحم حار	سریع متواتر اور منشاری
التہاب رحم بارد یا مزمن	بطی متفاوت اور صلب
التہاب رحم بارد یا بلغمی	تموجی
اختناق الرحم	ابتدا میں ممتد، متشنج، متفاوت اور اس کے بعد متواتر نیز سقوط قوت کی حالت میں غیر منتظم۔
حمل	سریع متواتر اور عظیم۔

باب سوم

نسائی تناسلی قنات کے سرایتی اور طفیلی امراض

[INFECTIVE AND PARASITIC DISEASES OF THE GENITAL TRACT]

طبعی حالات اور سرایت سے پیدا ہونیوالی مرضی کیفیات:۔ امراضیاتی حالات کے زیر اثر رونما ہونے والی سرایتوں کا جائزہ لینے سے پیشتر ہم اعضائے تناسل (نسوانی) کی طبعی حالت بیان کرتے ہیں، تاکہ طالب طب کو انکی سرایتی کیفیت سمجھنے میں آسانی ہو۔

فرج:۔ تناسلی خط میں سے فرج میں اجسام کی بہت سی قسمیں پائی جاتی ہیں جو بولی خطے میں نسبتاً کم ہوتے ہیں۔ بعض اجسام تو بولی خطے میں مطلق نہیں پائے جاتے۔ بہرحال فرج ہر وقت جراثیم کی آماجگاہ بنی رہتی ہے اور قوت مدافعت میں کمی آتے ہی یہ جرثومے حملہ آور ہو جاتے ہیں۔

مہبل:۔ نوزائیدہ بچیوں میں مہبل عقیم رہتا ہے لیکن تیسرے دن سے خردبینی اجسام یقیناً پائے جاتے ہیں۔

ڈوڈرلین (Doderlein) نے سب سے پہلے گرام مثبت نا ہوا باش عصیہ کی کثیر تعداد کا پتہ لگایا جو مہبلی عصیہ کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ عصیہ زندگی کے پہلے ہی سال سے پائے جاتے ہیں۔ محققین کی ایک جماعت جسکے سربراہ منجج (Menge) ہیں، نے بتایا ہے کہ طبعی مہبلی افرازات

یں بے پناہ جراثیم کش طاقت ہوتی ہے اور ریم زا اجسام زد میں آتے ہی تیزی سے ختم ہو جاتے ہیں اس کا سبب غالباً یا کرہ مہبل میں موجود لیکٹک ایسڈ ہوتی ہے جو ڈوڈرلین کے عصیہ سے پیدا ہوتی ہے اور ڈوڈرلین عصیہ اس طبعی افراز سے پیدا ہوتا ہے، جس کا تعامل ترش ہوتا ہے۔

عدیدالحمل عورتوں کی بیرونی مہبلی دیوار ڈھیلی اور پولی ہو جانے کے سبب تناسلی قنات کے زیریں خطہ کی سطح جراثیم آلود ہوتی ہے۔

رحم:۔ عام حالات میں رحم عقیم ہوتا ہے لیکن وضع حمل یا نفاس کے دوران چونکہ مہبلی افراز کی جراثیم کش صلاحیت کمزور یا معدوم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس وقت کا تعامل القلی ہوتا ہے، لہذا ایسی حالت میں اجسام کو در آنے کا زرین موقع ہاتھ لگ جاتا ہے۔ علاوہ بریں ساز گار ماحول میسر آجانے کے سبب ان کی نشو و نما تیزی سے ہونے لگتی ہے۔

قاذفین:۔ مذکورالصدر کی طرح یہ بھی طبعی حالات میں ترشی تعامل رکھنے کے سبب جراثیمی آلودگی سے پاک ہوتے ہیں۔

اس مطالعہ سے واضح ہوتا ہے کہ سطح فرج کے علاوہ جملہ تناسلی اعضا طبعی حالت میں عقیم ہوتے ہیں تاہم عورت کو زندگی میں بیشتر ایسے غیر طبعی اور امراضیاتی حالات سے سابقہ پڑتا رہتا ہے جو جراثیم اور طفیلی اجسام کی آلودگی عارض کر دیتے ہیں مثلاً خردبینی اجسام نوع بنوع تناسلی امراضیاتی تغیرات عارض کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ریم زا عصیات کے سبب بے شمار امراض و قروح پیچیدگیاں اختیار کر لیتے ہیں۔ ذیل میں ہم تناسلی خطہ میں پائے جانے والے نوع بنوع سرایتی امراض اور ان کے جرثوموں کا خاکہ درج کر رہے ہیں، جس سے معالج تشخیص و تفتیش میں گونہ رہبری حاصل کر سکتا ہے۔ بعد میں مخصوص امراض کا مفصل تذکرہ کیا جائے گا:۔

زہرادی امراض	سوزاک (Gonorrhoea)	-- نبقہ سوزاک (Gonococcus)
	آتشک (Syphilis)	-- شحولی پیچ مویہ (Spirochaeta Pallida)
		.. یا پیچ سلکیہ (Trichomonas Vaginalis)
	قرحۂ رخو (Soft Sore)	-- دوکری عصیہ (Ducry's Bacilius)
ریم زا سرایتیں	نبقہ عنبیہ (Staphylococcus)	
	نبقہ سبحیہ (Streptococcus)	
	عمومی قولی عصیہ (Bacillus Coli Communis)	
	ریوی نبقہ (Pacumococcus)	

تدرن:…. عصیۂ تدرن (Tubercle Bacillus)

- **چند عصیاوی سرایتیں**
  - غازہ ساز سرایت (Gas Forming Infection) … غازہ آفریں کیسہ دار عصیہ (Bacillus Aerogenes Capsulated)
  - خناق وبائی (Diphtheria) -- عصیۂ خناق (B. Diphtheria)
  - کزاز (Tetanus) -- عصیۂ کزاز (B. Tetani)
  - تیفودی سرایت (Typhoid Infection) -- عصیۂ تیفودی (B. Typhosus)
  - ورم حبیبی اُربی (Granuloma Inguinale) -- عصیۂ دونونی (B. Donovani)
- **طفیلی امراض**
  - نباتی سرایت (Vegetable Iefection) -- شعاع فطریت (Actinomycosis)
    - -- بویضی فطر ابیض (Oidum Albicans)
    - -- مونیلیا کینڈیڈا (Monilia Candida)
  - تخزیلونی سرایت (Protozoal Infection) -- شعری ثعالیۂ مہبل (Trichomonas Vaginalis)
    - -- بولی تناسلی امیبا (Amaeba Urogenitalis)
  - دودی سرایت (Verminian Infection)
    - -- دودالخل (Oxyuris)
    - -- خراطینی/صفارینات (Ascaris Lumbricoides)
    - -- بلہارزیہ (Bilharzia)
    - -- فائلیریا بنکرافتی (Filaria Bancrafti)
  - اٹیرو پوڈا (Atropoda) -- قمل عانہ (Pediculus)

سرایت حوض کی سریری تقسیم

سریری سہولت کے پیشِ نظر اس کی درج ذیل قسمیں کی جاتی ہیں:-

١- زہراوی امراض۔
٢- التہاب فرج۔

۳۔ حکۃ الفرج۔

۴۔ التہاب مہبل۔

۵۔ التہاب عنق۔

۶۔ علقی وریدی التہاب۔

۷۔ درون رحمی التہاب۔

۸۔ رحمی اجتماع الدم، نفخۃ الرحم اور تقیحۃ الرحم۔

۹۔ التہاب نسیج خلوی (نزد رحمی التہاب)۔

۱۰۔ التہاب انبوبی مبیضی۔

۱۱۔ حوضی التہاب باریطون۔

۱۲۔ حوضی التہاب خلوی۔

۱۳۔ تناسلی قنات کا تدرن۔

۱۱

زہراوی امراض

(الف)

سوزاک (سیلانِ زہری)

[Gonorrhoea]

نبقۂ سوزاک نسائی تناسلی خطے میں دیگر اجسام کی بہ نسبت کہیں زیادہ التہابی کیفیت پیدا کرتے ہیں۔ یہ نبقات عموماً جوڑے کی شکل میں چار چار یا آٹھ آٹھ کی جماعت میں نظر آسکتے ہیں۔ یہ قدرے گردے سے مشابہت رکھتے ہیں۔ ان کی سطوح مقعر ہوتی ہیں جو ایک دوسرے کے بالمقابل اور نزدیک ہوتی ہیں۔ ان کے طویل قطر کی پیمائش 0.8 µ تا 1.6 µ ہوتی ہے۔ یہ غیر متحرک ہوتے ہیں۔

تشخیص کو آخری شکل دینے کے لئے ضروری ہے کہ ہم محض سریری مشاہدات پر تکیہ نہ کریں، خاص طور سے مزمن حالات، حالت حمل میں یا جبتک قطعی طور پر معلوم نہ ہو جائے کہ مرض رفع ہو چکا ہے۔ ان حالات میں مزید محتاط انداز میں امتحان ناگزیر ہے۔ ان کے امتحانات کے لئے آلودی تجزیات اور وسائط کاشت موزوں ترین ہیں۔ انکی موجودگی کی توثیق سوزاکی نبقی تثبیت متمم کا شغف (Gonococcal Complement Fixation Test (GCFT) سے روبہ عمل لانا چاہیئے۔

قیح کی آلودگی یا عنق الرحم اور مبال کے افراز خوردبینی شرحہ (Slide) پر آلود کر کے خشک کر لئے جاتے ہیں۔ اس کے بعد کسی سادہ صبغہ انی لین (Aniline Dye) سے رنگا جاتا ہے۔ اگر نبقۂ سوزاک کثیر مقدار میں موجود ہوں گے تو انکی مخصوص شکل و شباہت اور ترتیب و تقسیم کے

سبب۔ دہن غرق عدسہ (Oil Emersion Lens) کے ذریعہ بخوبی شناخت کیا جا سکتا ہے۔
گرم توشیہ کے علاوہ اور بہت سے طریقے بھی منظر عام پر آچکے ہیں اور کچھ ابھی تحقیق مراحل میں ہیں۔

اسباب: مسبب عضویہ نائیسیریا جماعت (Nisseria Group) کا ایک رکن این۔ گونوریا (N. Gonorrhoea) تناسلی خطہ میں پایا جانے والا قرحہ نبقہ، سوزاک کی براہ راست سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ عورتوں میں سوزاک کسی بھی عمر میں عارض ہو سکتا ہے، لیکن آغاز طمث سے لے کر سن یاس تک عموماً دیکھنے میں آتا ہے۔

بچیوں میں[1] التہاب فرج دہبل بسا اوقات صفائی کرتے ہوئے دیکھ ریکھ کے وقت ماں سے سرایت کی منتقلی کے نتیجہ میں عارض ہوتا ہے۔ یہ بہت زیادہ متعدی ہوتا ہے اور بچوں کے وارڈ میں بسرعت پھیل سکتا ہے۔ اسی طرح جواں سال مریضات کا امتحان خارج البیت غیر محتاط انداز میں کرنے سے بھی ایک سے دوسرے تک سرایت کر سکتی ہے۔

موثر اور عام ذریعہ سرایت فاحشہ عورت یا طوائف کے ساتھ مقاربت کرنا ہے اور نوجوان شادی شدہ عورتوں میں اکثر یہ چھوت اس کے شوہر سے لگتی ہے۔ شادی سے قبل زوجین کو اپنے متعلق اس امر کا اطمینان کر لینا چاہیے کہ آیا وہ اس میں ملوث تو نہیں ہیں۔ ترقی یافتہ ملکوں میں بھی عورتوں کی چوتھائی آبادی محض شوہر کی لاپروائی سے اس مرض میں مبتلا رہتی ہے۔ اب ہمارے ملک میں بھی ۱۳ سال سے لے کر ۱۹ سال کی لڑکیاں اور لڑکے تیزی سے مبتلا ہوتے جا رہے ہیں۔

سوزاک کے علاج سے غفلت کے نتیجہ میں زوجین میں عقر پیدا ہو جاتا ہے۔ بصارت خاص طور سے متاثر ہوتی ہے، چنانچہ روشنی کم ہو جاتی ہے یا بالکل ختم ہو جاتی ہے۔ جسم کے جوڑوں میں درد رہنے لگتا ہے اور نتیجتاً کار بالکل بیکار ہو جاتے ہیں۔ بعض مریض اس کے بار بار کے حملوں سے بظاہر صحت یاب ہو جاتے ہیں لیکن عورت میں سرایت عارض کرنے کی بھرپور صلاحیت رکھتے ہیں۔

بسا اوقات عدم صفائی کے سبب مادۂ منویہ اور دیگر افرازات اندام نہانی میں جمع ہو کر متعفن ہو جاتے ہیں، جس سے عضو میں خراش پیدا ہو جاتی ہے اور اس سے نبقہ، سوزاک کو ایک سازگار ماحول میسر آجاتا ہے۔

---

[1] جنین کو سوزاک بعض بچے کو نالی ولادت سے گذرتے وقت متاثر کر سکتا ہے تاہم اس مختصر ترین مدت میں بھی نقص بصارت کی شکایت یا ہمیشہ کے لئے بصارت سے محرومی واقع ہو سکتی ہے۔

مدت حضانت:۔ اجسام جب مجامعت کے ذریعہ داخل ہوتے ہیں تو اوسط مدت حضانت عموماً ۳ تا ۵ یوم ہوتی ہے۔ لیکن بعض ماہرین یہ مدت ۲ تا ۱۰ یوم بتاتے ہیں نیز بسا اوقات اس کی تعیین دشوار ہوتی ہے کیونکہ بہت سی عورتیں علامات مرض سے عاری ہوتی ہیں۔

اہم اضیات:۔ نوجوان عورتوں کے تناسلی بولی قنات میں نبقۂ سوزاک استوانی سرحلہ کو مشغوب کر کے متعدد الاشکال نواۃ کو بافتوں میں متاثر کرتا ہے۔ دونوں یعنی تغیر پذیر اور پرت دار سرحلہ عفویہ سے برسرپیکار رہتے ہیں۔ اسی لئے اسکین کے غدد اور بارتھولین، مبال کا کچھ حصہ اور مبالی غدد، عنق، قاذفین اور معاء مستقیم عموماً ماؤف ہوتے ہیں جبکہ فرج، مہبل، مثانہ اور فوقانی کلوی قنات بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔

بغیر علاج والے اصابہ میں سرایت کا قلع حسب ذیل عوامل کے مطابق قمع ہوتا ہے:۔

مقامی انسجہ کی قوت مناعت میں اضافہ کرنا اور مناسب سیلیت۔ یہ سیلیت غدی بافت میں غدی قناتوں کے درمی اذیما کے سبب خراب ہو سکتی ہے۔ اسکین یا بارتھولین کے خراجات کی تکوین ہو سکتی ہے اور بغیر علاج کئے ہوئے یہ منشق ہو سکتے ہیں یا مزمن ہو جاتے ہیں۔

عنق میں درون عنقی التہاب ہوتا ہے جس کے ہمراہ عنقی غدد بھی ماؤف ہوتے ہیں۔ عنق سے قاذفین تک انتشار سرایت تقہقری طمثی خون کے ذریعہ عمل میں آ سکتا ہے۔ علاوہ بریں درون رحم کے آرپار سرایت براہ راست بھی منتشر ہو سکتی ہے۔ جب ایک بار ایک یا دونوں قاذف نلیوں میں سرایت پھیل جاتی ہے تو نہ صرف لائن بنانے والے سرحلہ کی یورش ہوتی ہے بلکہ شدید تعاملی سفید خلویت اور بیچ کا اذیما بھی موجود ہوتا ہے متورم ثنیات (Plicae)، منضم ہو جاتے ہیں اور انبوبی فتحہ میں ریم زا رطوبت رہتی ہے۔ ٹیوب اور مسار بقائے انبوبہ کی شبیہ بے دمویت موجود رہتی ہے۔ مزمن غیر علاجی سرایت شبیہ کا عدم تقاد اور عموماً دائمی انبوبی انسداد و عارضی کر دیتی ہے۔ شاذ و نادر مزمن سرایت نفقا ٹیوب کے طرف منتشر ہو انضمام پر منتج ہوتی ہے۔ علاوہ بریں انبوبی تقیح بنا سکتا ہے جو بعد میں مزمن درجہ کی استسقائے انبوبہ لاحق ہو جاتا ہے۔ اگر حاد التہاب سے مبیض بھی ماؤف ہوتا ہے تو انبوبی مبیضی خراج بھی بن سکتا ہے۔ ڈگلس کی جیب میں پیپ جمع ہونے کے سبب حوضی خراج کی تکوین ہو سکتی ہے۔

سریری علامات:۔ نبقۂ سوزاک تناسلی خط کے جلد حصوں میں زخم پیدا کر سکتا ہے۔ علاوہ بریں اس سے جسم کے دیگر حصوں پر بھی اثرات بعیدہ مرتب ہو سکتے ہیں۔ جس کی تفصیل آگے آرہی ہے۔

عورتوں میں اکثر یہ مرض اندام نہانی سے شروع ہو کر بیرونی جانب شفرتین، مبال یا مقعد تک پھیلتا ہے اور اندرونی جانب رحم تک بلکہ کبھی کبھی قاذفین اور مبیض کو بھی اپنی لپیٹ میں لے لیتا ہے ایسی حالت میں جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، کبھی کبھی عورت عقیم ہو جاتی ہے، کبھی اس کے برعکس مبال سے شروع ہو کر سرایت اندام نہانی تک پہونچتی ہے۔

جبتک اس کا اثر خارجی تناسلی اعضا تک محدود رہتا ہے اس وقت تک عورت کو محض ادرار کے وقت تکلیف محسوس ہوتی ہے لیکن جب داخلی تناسلی اعضا یعنی رحم اور مبیضین وغیرہ تک سرایت پہونچتی ہے تو ہمہ وقت درد و سوزش رہتی ہے، بےچینی اور اضطراب بڑھ جاتا ہے۔ شدت درد کے ساتھ بخار بھی آنے لگتا ہے۔

اندام نہانی اور مبال سے ریم آلود مواد کم و بیش خارج ہوتا رہتا ہے کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ریم بالکل خارج نہیں ہوتی البتہ مقام ماؤف کی غشا مخاطی میں فقط سرخی نمودار ہو جاتی ہے جسے خشک سوزاک سے منسوب کرتے ہیں۔

سوزاک حاد کی علامات و امارات

سوزاکی التہاب فرج:۔ خارجی فرج کے اندر نبقہ، سوزاک ایک طویل مدت تک کسی خراش یا زخم وغیرہ کے بغیر موجود ہو سکتا ہے۔ خفیف حملے کی صورت میں شفرتین صغیر، مبال اور دیگر ملحقہ حصوں میں سرخی ہو سکتی ہے، جس کے ساتھ کچھ ریم آلود مواد بھی خارج ہو سکتا ہے۔

حاد اور شدید العوارض التہاب فرج عموماً التہاب مبال گرد مبال غدد کے التہاب، نیز بارتھولینی التہاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ اس درجہ میں اندام نہانی کی داخلی جھلی سرخ و متورم ہو جاتی ہے اور نتیجۃً کار خارجی اعضائے تناسل بھی متورم (ذیمائی) اور دردناک ہو جاتے ہیں۔ شفرتین کبیر علیحدہ کرنے پر التہابی کیفیت پائی جاتی ہے۔ افراز بافراط ہوتا ہے جو قیح آمیز ہوتا ہے اور رنگت زردی مائل سبز۔ اس درجہ میں قیح سے تیار کردہ خلوں میں خبقہ سوزاک بآسانی نظر آجاتا ہے۔ گندی عورتوں میں پپڑی موجود ہوتی ہے جس کے نتیجہ میں سطحی خراش کے لوبیہ دقطعات (Patches) پائے جاتے ہیں۔ شفرتین صغیر و کبیر انتہائی سرخ، متورم اور متہیج ہو جاتے ہیں اور بسا اوقات باہم منضم ہو جاتے ہیں۔

حاد درجہ گزرنے کے بعد ان حصوں کا معائنہ کرنے پر پتہ چلے گا کہ تقوی مجاری غدد بارتھولین اور شفرتین صغیر کے اندر موجود متعدد حویصلات کے منہ شدید سرخ ہو گئے ہیں۔ اور انکی جڑیں

زرداب۔ یہ قروح اس امر کی دلیل ہیں کہ اجسام ابھی موجود ہیں۔

مجری البول کے گرد و نواح میں موجود سرایتی دھبہ کبھی کبھی غلطی سے لحمیات (Caruncle) سے منسوب کر دیا جاتا ہے

سوزاکی مسّے (Gonorrhoeal Warts) :۔ مسّے زوائد کی شکل میں گوبھی کے پھول کی طرح ابھار اختیار کر لیتے ہیں اور فرج کو جزوی یا کلی طور پر پوشیدہ کر دیتے ہیں۔

سوزاکی التہاب مبال و مثانہ :۔ یہ ایک انتہائی کثیر الوقوع عارضہ ہے جو عموماً سوزاکی التہاب فرج کے ساتھ عارض ہوتا ہے' اس کے نتیجے میں التہاب مثانہ عارض ہو سکتا ہے۔ اگر سرایت کی روک تھام نہ کی جائے عضویے حالبین اور گردوں تک پھیل جاتے ہیں اور انجام کار التہاب حوض الکلیہ عارض ہو جاتا ہے۔

مجری البول تک سرایت محدود ہونے کی حالتیں ادرار کے وقت سوزش اور تکلیف ہوتی ہے۔ مجری البول کا منفذ ملتہب اور سرخ ہوتا ہے اور منفذ کے متورم لب غشائے مخاطی کے خشترۂ خارجی کے سبب نمایاں سرخ شکنوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ امتحان کرنے پر یعنی مقدم مہبلی دیوار پر انگلیوں سے دباؤ ڈالنے پر زرد ریمی رطوبت خارج ہو سکتی ہے۔

التہاب مبال اور التہاب مثانہ میں تفریق اس طرح ہوتی ہے کہ التہاب مبال کی حالت میں دوران تبول اینٹھن کے درد کی شکایت ہوتی ہے اور التہاب مثانہ کی حالت میں ارتفاق عانہ پر خفیف دباؤ محسوس ہوتا ہے' مثانہ خالی کر دینے (ادرار) کی شدید خواہش ہوتی ہے۔ جبکہ شدید التہاب مثانہ اسرار بول اور بول الدم کے ہمراہ شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ سوزاکی التہاب مثانہ میں بول ترشئی ہوتا ہے۔ مبالی غدد میں التہاب موجود ہوتا ہے۔ حاد درجہ میں مثانہ یہی انجام نہیں دینا چاہیئے۔ فوقانی کلوی قنات کی سرایت بہت قلیل الوقوع ہے۔

اگر مریضہ امتحان سے ایک گھنٹہ پیشتر پیشاب کر چکی ہو تو ممکن ہے کہ ریم موجود نہ ہو' جس سے بظاہر تندرست عورت اپنے خاوند کو سرایت زدہ کر سکتی ہے۔ مزمن سوزاکی التہاب مبال ایک وقت گزرنے پر نئے سرے سے تحت الحاد بن سکتا ہے۔

یہ سرایت نوزائیدہ بچیوں میں التہاب مہبلی فرجی کی شکل میں خطرناک صورت اختیار کر سکتی ہے' لیکن بالغ عورتوں میں اول تو حاد ابتدائی سوزاکی التہاب مہبل نہایت نادر الوقوع ہے اور عموماً خطرناک صورت اختیار نہیں کرتا' جس کا سبب یہ ہے کہ جوان عورتوں کے غشاء الرحم

کے طبقات دبیز ہوتے ہیں اور غدد نسبتاً کم لیکن بچیوں میں مہبلی مرحلہ کافی پتلا اور نرم ہوتا ہے اس لئے اس میں تیقے بہت آسانی سے نفوذ کر جاتے ہیں۔

اس کے خصائص اتنے نمایاں ہوتے ہیں کہ ریم بافراط رستی ہے، جس کے سبب خارجی تناسلی اعضا خشک افراز سے باہم چپکے رہتے ہیں۔ شفرتین صغیر سرخ اور ممتلی ہوتے ہیں اور کبھی کبھی شفرتین کبیر سے باہر نکل آتے ہیں نیز ان کی مہبلی سطح عموماً متاکل ہوتی ہے اسی طرح غشاء البکارت بھی دردناک متہیج اور ممتلی ہوتی ہے۔ خستگی اس قدر عارض ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی کو ذرا سا چھونے سے از خود خون جاری ہو جاتا ہے۔ درد اس قدر بڑھا ہوا ہوتا ہے کہ عمومی معدم حس کے زیر اثر ہی امتحان کرنا ممکن ہوتا ہے۔

سوزاکی التہاب عنق:۔ اس میں کوئی شبہ نہیں کہ سوزاک نہایت سرعت سے پھیلتا ہے جو فرج سے شروع ہو کر تدریجاً مہبل، عنق، رحم اور قاذفین تک پہونچ جاتا ہے اور ایسا عام طور سے مباشرت کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ عنق الرحم سے سوزاک جسم رحم تک پھیل سکتا ہے اور قاذفین کے ذریعہ باریطون تک۔ مبیضین بھی اس کی تباہ کاریوں سے نہیں بچ سکتے۔

مبال کے بعد سرایت کا عام ترین محل عنق ہوتا ہے، چنانچہ ۸۰٪ حاد اور ۹۵٪ مزمن اصابات میں التہاب عنق موجود ہوتا ہے۔

ان اصابات میں درد، سوزش اور بے چینی بے انتہا ہوتی ہے۔ شدت درد کے سبب بخار آنے لگتا ہے، مبال اور اندام نہانی سے پیپ آمیز رطوبت خارج ہونے لگتی ہے۔ منظار سے امتحان کرنے پر مخاطی تقیحی عنقی افراز فم خارجی سے بہتا ہوا نظر آتا ہے، نیز فم خارجی کے اردگرد سرخی موجود ہو سکتی ہے۔ کنج ران کے غدد متورم ہو جاتے ہیں اور مریضہ بالآخر چلنے پھرنے سے معذور ہو جاتی ہے۔ فم خارجی کے اردگرد تاکل موجود بھی ہو سکتا ہے اور نہیں بھی۔ عنقی تاکل کا بھی تعلق سرایت سے براہ راست تعلق ابھی محتاج شہادت ہے۔ مریضہ کو رانوں میں تناؤ محسوس ہوتا ہے، حوض میں درد ہوتا ہے جس سے حرقی درد عارض ہو جاتا ہے۔ کثرت مجامعت یا دوران حیض کے بعد عموماً اشتداد علامات کا اندیشہ رہتا ہے۔

سوزاکی التہاب بارتھولین (Bartholinitis):۔ یہ غدد شفرتین کبیر کے موخر تہائی حصہ میں شفرتین صغیر کی داخلی سطح پر موخر اور وسط تہائی مقام اتصال پر کھلنے والی قناتوں پر پائے جاتے ہیں۔

مریضہ خراج کی نمایاں الیمیت اور ورم کی شکایت کرتی ہے۔ معائنہ پر شفرتین صغیر میں نمایاں تہیج (اذیما) اور شفرتین کبیر کے موخر حصہ میں التہابی ابھار دیکھا جا سکتا ہے۔ اس کی توثیق اصبعی جس سے کی جاسکتی ہے' اس مقصد کے لئے ایک انگلی جلد فرج پر رکھ کر دوسری موبع مہبل میں ڈال کر درمیانی حصے کو دبانے سے کھلنے والی تنات سے قیح برآمد ہوتی ہے لیکن اکثر التہابی ردعمل کے نتیجے میں تنات مسدود ہونے کے سبب یہ امتحان ممکن نہیں ہوتا۔ اگر غددی اجزا ٹوٹ جانے کے سبب خراج بن جائے تو ابھار کے آثار چڑھاؤ کو بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے

یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ بارتھولینی خراج کا واحد سبب سوزاک نہیں ہوتا۔

سوزاکی التہاب اسکین (Skenitis) :۔ یہ دوجار البال (نزد مبال) غدد ہیں جو مبال سے دو سینٹی میٹر کے فاصلہ پر اور منفذ بول میں نکلنے والی تناتوں کے آخری سروں پر پائے جاتے ہیں۔

غددی سرایت کی حالت میں التہاب مبال کے ذیل میں درج اصول کے تحت دباؤ ڈال کر ریم برآمد کی جاسکتی ہے بسا اوقات غددی بافت ٹوٹ جانے کے سبب خراج بن جاتا ہے جسے مبال کے ایک یا دونوں انتہائی سروں پر ٹھوس چھوٹے ابھار کی صورت میں قدامی مہبلی دیوار کے ذریعہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔

سوزاکی التہاب مقعد (Proctitis) :۔ یہ صورت سوزاک کے ہمراہ تقریباً ۵۰ فیصدی عورتوں میں پائی جاتی ہے جس کی عموماً کوئی علامت نہیں پائی جاتی' لیکن شاذونادر مریضہ مستقیمی رطوبت (افراز) کی شکایت کرسکتی ہے' جس کے ساتھ تبرز کے وقت بےچینی ہوسکتی ہے یا مستقیمی نزف کی شکایت ہوسکتی ہے۔

طریقہ سرایت یہ ہوتا ہے کہ اندام نہانی سے سرایت زدہ پیپ بہہ کر مقعد میں جالگتی ہے علاوہ بریں گاہے مبرزی جماع (Anal Coitus) :۔ سے بھی مقعد سرایت زدہ ہوسکتی ہے' بشرطیکہ مرد پہلے سے مبتلائے سوزاک ہو۔ مقعد میں (Proctoscope) سے دیکھنے پر مستقیمی دیوار پر مخاطینی ریم (Muco Pus) یا صرف پیپ نظر آسکتی ہے یا سخت براز میں پیچیدہ ہوسکتی ہے۔ مستقیمی غشائے مخاطی میں اذیما یا سرخی ہوسکتی ہے' لیکن تقرح نہیں ہوتا۔ اگر تقرح نظر آئے تو متلازم آتشکی زہرادی مرض کا فیصلہ کرنا چاہیے۔

حوضی سرایت :۔ جب بقیہ سوزاک قاذفین کو ماؤف کرکے دیگر حوضی عوارض پیدا کردے تو معملی کاشفات اور دیگر مختلف علامات و امارات کے ذریعہ مقامی نبقی سوزاکی سرایت کا پتہ

لگا کر حوضی التہاب کی موجودگی کی تشخیص کر لی جائے۔ نبقی سوزاک کی تثبیت متمم کا شفہ عموماً مثبت ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔

سوزاک حالتِ حمل میں: غیر علاماتی حاملہ عورت میں سوزاک کی تشخیص بڑی آسانی سے نظرانداز ہو سکتی ہے کیونکہ وضع حمل سے قبل سوزاک کو مستثنیٰ کرنے کا رواج عموماً نہیں ہے اگر ایسا ہو تو ماں پر کاشفہ بعجلت ممکنہ بروئے کار لایا جائے۔

بچیوں میں حاد سوزاکی مہبلی فرجی التہاب:- بچی کی ماں اندرونی لباس یعنی چڈی وغیرہ پر پیلگی ہوئی رطوبت کی اطلاع دیتی ہے۔ سوزش و اسراِ بول کی شکایت ہو سکتی ہے۔ بسا اوقات ماں کسی بالغ مرد یا لڑکے سے جنسی تعلق کی روداد بھی سنا سکتی ہے تاہم اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ شفاخانہ یا گھر میں ایک بچی سے دوسری میں مستقیمی تھرمامیٹر سے بھی سرایت منتقل ہو جاتی ہے اس سے زیادہ عمومی سبب یہ ہو سکتا ہے کہ سرایت زدہ ماں اسے ہاتھ لگاتی ہے یا سرایت زدہ والدین بچی کے ساتھ ایک ہی بستر میں سوتے ہیں اور نتیجۃً کار سرایت منتقل ہو جاتی ہے۔

امتحان پر حاد تقیحی التہاب مہبل پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ قدرے التہاب فرج بھی ہوتا ہے التہاب مقعد قلیل الوقوع نہیں ہے۔ التہاب اسکین، التہاب بارتھولین، التہاب عنق اور التہاب حوض واقع نہیں ہوتے۔

بعیدی یا انتقالی اثرات:- عوارضات کے طور پر سوزاکی داء المفاصل، تجرِ مفاصل، درونِ قلبی التہاب، القرحیہ وجسم ہدبی (Iridocyclitis) عارض ہو سکتے ہیں۔ یہ عوارض عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں کثیر الوقوع ہیں۔

عورتوں میں صادق نبقی سوزاکی تجرِ مفاصل کے چند اصابات پائے جا سکتے ہیں، ایسی حالت میں طرفِ اعلیٰ کا کوئی جوڑ متاثر ہو سکتا ہے۔ تشخیص کا ثبوت مفصلی رطوبت میں نبقۂ سوزاک کی موجودگی سے ملتا ہے۔ نبقی سوزاکی تعفنِ دم مع حاد جرثومی درونِ قلبی التہاب کی رپورٹ بھی ملی ہے۔

سوزاک مزمن

اس میں کوئی خاص علامات نہیں پائی جاتی، اسی لئے اس کی تشخیص ہمیشہ دشوار ہوتی ہے۔ بغیر علاج کئے ہوئے مریضوں میں امتلائی رطوبتوں سے نبقۂ سوزاک ایک مدت گزرنے کے بعد معدوم ہونے لگتے ہیں اور اگر مواد و کاشت سے عضویہ علیحدہ نہ کیا جا سکے تو تناسلی قنات کی غیر سوزاکی سرایت سے نقطِ علامات و امارات کی بنیاد سے متمائز نہیں کیا جا سکتا۔ مریضۃً اس کے شوہر میں

سوزاک کی یقینی سابقہ روئداد یا مثبت کاشفہ GCFT سے کچھ قیاسی شہادتیں فراہم کی جاسکتی ہیں اگر اس کے اندر موجودہ شوہر کو سرایت زدہ کرنے کی صلاحیت موجود ہو تو اس سے تشخیص کا ثبوت حاصل ہوسکتا ہے۔

مقامی طور پر مریضہ چند علامتوں کی شکایت کرتی ہے، ایام درد کے ساتھ آتے ہیں، پیڑو میں درد ہوتا ہے گاہ بگاہ پیشاب میں تکلیف ہوجاتی ہے اور کثرت بول کی شکایت ہوجاتی ہے۔ عرصہ تک کم وبیش ریم آتی ہے جو اکثر رقیق لیکن گاہے غلیظ بھی ہوتی ہے۔ گرد مبال عرصہ تک اجتماع ریم کی حالت میں احلیل تنگ ہوجاتا ہے۔ بارتھولینی غدہ کا دویری ورم، عنق الرحم کی مزمن سرایت جس کے ہمراہ عنقی غدد کے سرایت زدہ دویرے عنق کے جبلی حصہ پر ابھار پیدا کرتے ہیں خفیف مزمن التہاب مبال، التہاب اسکین یا التہاب مقعد موجود ہوسکتا ہے۔

غیر علاج یافتہ نبقی سوزاکی سرایت مزمن سقیم صحت پر منتج ہوتی ہے، ایسی مریضات میں التہاب انبوبہ کے بار بار حملے ہوتے ہیں جس کے ہمراہ اسفل شکم میں درد اور خفیف حرارت رہتی ہے، علاوہ بریں جماع مولم کی شکایت بطور علامت اکثر رہتی ہے۔ دوجانبی التہاب انبوبہ والی عورتیں اکثر عقیم ہوجاتی ہیں کیوں کہ قاذفین مسدود ہوجاتے ہیں کثرت الطمث کی شکایت ہوتی ہے۔ امتحان پر تحتانی شکمی ایلمیت کی شکایت ہوسکتی ہے اور دودستی امتحان پر بعض انضمامات کے ذریعہ عنق ایک طرف کھنچا ہوا پایا جاسکتا ہے۔ جانبی قبوہ میں مزمن استسقائے انبوبہ یا مزمن انبوبی مبیضی دویرہ کا ابھار محسوس کیا جاسکتا ہے۔

علاج

حفاظتی اقدامات:۔ اس سے بچنے کے لئے ممکنہ احتیاطی تدابیر بروئے کار لانا چاہیئے عورت ہو یا مرد صاف ستھری زندگی اور صاف ستھرا معاشرہ بہت سے امراض سے مامون رکھ سکتا ہے۔ ازدواجی زندگی میں مرد مریضوں کو خطرناک عوارض سوزاک سے بچنے کے لئے مزمن سوزاک کی حالت میں شادی کو ممنوع قرار دے دینا چاہیئے۔

حاد درجہ:۔ جوانوں میں سوزاک کا علاج پینی سیلین ۵ لاکھ یونٹ (Penicillin 500,000 Units) درون عضلاتی اشراب سے کیا جاسکتا ہے دوسرے روز دوبارہ کاشفہ سے اگر نبقہ سوزاک کی شہادت مل جائے تو پینی سیلین کے مزید انجکشن دیئے جاسکتے ہیں۔ ہٹ والے اصابات میں سلفاڈایازین (Sulphadiazine)، اسٹریپٹومائی سین (Streptomycin) یا آریومائی سین

(Aureumycin) سے اعانت حاصل کی جا سکتی ہے۔ لیکن اسٹریپٹومائی سین زیادہ دور تک ساتھ نہیں دیتی اور اس کے خلاف سٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ ہٹ والے اصابات میں کلورم فینی کال (Chloramphenicol)، کانامائی سین (Kanamycin) اور ریمپی سیلین کو بھی آزمایا جا سکتا ہے۔ کانامائی سین ۲ گرام کی واحد خوراک انتہائی موثر ثابت ہوتی ہے۔ یہ غیر مخفی حصاتی آتشک میں بھی مفید ہوتی ہے۔ دوران علاج تین ماہ تک آتشک کے لئے مصلی کا نسخہ بھی ساتھ ساتھ بروئے کار لائے جائیں۔

مخرش مواد دور کرنے اور تخفیف عوارض کے لئے نمک کے پانی (نارمل سیلائن) اور لیکٹک ایسڈ (Lactic Acid) کا روزانہ مقامی نطول کرنا چاہیئے۔

سوزاک کے اثرات بعیدہ سارے جسم پر مرتب ہو سکتے ہیں، جن میں سے اکثر علاج سوزاک کے ساتھ ساتھ دور ہو جاتے ہیں، مثلاً بول الدم، ورم انف، رمد سوزاکی، وجع المفاصل، تیع الدم، تعفن الدم، ورم متقرح بطانۂ قلب وغیرہ۔ البتہ سوزاکی مسّے پر تیز کاوی ادویہ مقامی طور پر بھی لگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عورتوں میں سوزاک کے مقامی ظواہر میں انٹی بایوٹک یا کیموتھیراپی عموماً موثر ہوتی ہے لیکن اگر جار المبال، اسکین والے اور بارتھولینی غدد میں خراج موجود ہو تو مناسب سیلیت ناگزیر ہے۔ جار المبالی خراج کو قدامی مہبلی دیوار کے ذریعہ بہ آسانی کھولا جا سکتا ہے۔ اسکین کے غدہ کو پھوڑہ کی حالت میں برقی تکویہ سے بآسانی تباہ کیا جا سکتا ہے۔ بارتھولینی غدد کے خراج کو عمومی معدم حس کے تحت دور کیا جا سکتا ہے۔ التہاب مقعد کے لئے کسی مقامی معالجہ کی ضرورت نہیں۔

حوضی سرایت میں مریضہ کو اول تین یوم بنزائل پنی سیلین بمقدار ایک میگا یونٹ درون عضلاتی راہ سے دیا جائے اس کے بعد ایک ہفتہ تک پروکین پنی سیلین بمقدار ۶۰۰۰۰۰ یونٹ یومیہ دیا جائے اس سے حصاتی آتشک رفع کرنے میں بھی مدد ملتی ہے۔ حوضی سرایتی التہاب کی حالت میں مریضہ کو بستر پر ہونا انتہائی ضروری ہے۔

بسا اوقات آتشک اور سوزاک کی سرایت ایک ساتھ موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں دوسرے مرض میں پنی سیلین معالجہ سے شفایابی میں تاخیر ممکن ہے۔ اگر آتشک کا شبہ ہو تو سوزاک کا علاج سلفاڈایازن یا اسٹریپٹومائی سین سے کرنا چاہیئے، تاوقتیکہ آتشک کی تشخیص نہ ہو جائے۔ اگر مریضہ زیر معائنہ ہو تو تین ماہ تک ہر ماہ واسرمین (Wasserman) اور کان (Kahn) تعامل

کاشنہ کرتے رہنا چاہیے۔

سوزاک مزمن میں بھی پنی سلین معالجہ کافی ہوتا ہے، اِس GCFT مثبت ہونے کی صورت میں پنی سلین معالجے کی ضرورت باقی نہیں رہتی۔ بارتھولینی خراج کی صورت میں جرحی تدارک یا کیسیت (Marsupialization) ضروری ہے۔ مزمن التہاب اسکینی میں غدد کو برقی حرارت رسانی کے ذریعہ تباہ کر دینا چاہیے۔

نومولود اور بچی میں نبقۂ سوزاک کی سرایت کا علاج:۔ علاج کی جانب فوری توجہ دی جائے۔ تعدیہ کی تفتیش کی جائے، ساتھ ہی سرایت کو دوسروں میں پھیلنے سے روکنے کی تدبیر کی جائے۔ کسی مقامی علاج کی ضرورت نہیں، البتہ عام صفائی کی طرف توجہ درکار ہے۔ پنی سلین کے ساتھ آئسٹروجن معالجہ مشترک طور پر بروئے کار لایا جائے۔ آئسٹروجن معالجہ کے فوراً ہی بعد مہبلی سرحلمہ کے خلیات کے گلائی کوجن مشمولات سرعت سے بڑھنے لگتے ہیں، اس سے بالغ لڑکی میں ڈوڈرلین عصیہ کا رفتار نمو بڑھ جاتی ہے اور ترش تعامل کی پیدائش طبعی طور پر ہونے لگتی ہے۔ ایتھائی نل آئسٹراڈائل روزانہ 0.01 mg کی مقدار میں دینا چاہیے۔ اگر ۴۔ روز کے بھی رطوبت قیح آمیز ہو اور مواد کا PH اعلیٰ القلیت (Alkalinity) ظاہر کر رہا ہو تو مذکورہ مقدار دوگنی کر دینی چاہیے۔ پنی سلین ایک لاکھ یونٹ کی مقدار میں روزانہ ۲ بار کم از کم ۴ روز دی جائے۔ ایک ہفتہ کے آخر تک بہت ممکن ہے جملہ علامات معدوم ہو جائیں۔ تاہم مریضہ کو ۲ ماہ تک زیر معائنہ رکھا جائے اور ہر ماہ امتحان کرتے رہنا چاہیے۔ ماں کو بھی لازم ہے کہ کبھی کسی طرح کی رطوبت کا خراج ہو تو فوراً معالج سے رجوع کرے۔

یونانی علاج:۔ ابتدائے مرض میں مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے۔ رقیق غذائیں مثلاً آش جو، دودھ، لسی اور ساگو دانہ دیا جائے۔ مصالحہ دار اور ترش اغذیہ نیز گوشت اور منشیات سے پرہیز کرایا جائے۔ کیوں کہ اس سے پیشاب میں حرقت اور جلن بڑھ جاتی ہے۔

حفظ ماتقدم:۔ بہتر تو یہی ہے کہ شوہر اپنے آپ کو فاحشہ عورتوں سے دور رکھے اور اگر بالفرض بدبختی سے اختیاری یا غیر اختیاری طور پر سرایت زدہ عورت سے مقاربت کا اتفاق ہو تو فراغت کے فوراً بعد قضیب کو نیم گرم پانی اور صابن یا ڈیٹال لوشن سے دھو ڈالیں، اس کے بعد مرکری لوشن (ایک ہزار میں ایک طاقت) میں ڈبو رکھیں۔ شب یمانی کے لوشن سے بھی یہ مقصد حاصل کیا جا سکتا ہے۔

چونکہ یہ ایک شدید سرایتی مرض ہے لہذا سرایت زدہ شخص کے ساتھ کھانے پینے، سونے اور ایک دوسرے کا لباس پہننے سے گریز کرنا چاہیئے۔

یونانی علاج:۔ ابتدائے مرض میں جب تک پیشاب میں سوزش نمودار ہو، ٹھنڈی پیشاب لانے والی دوائیں استعمال کرائیں جن کے نسخے درج ذیل ہیں:۔

(ص) تخم خرفہ، تخم خیار، تخم کاسنی، تخم کاہو ہر ایک ۶ گرام، مغز تخم کدو، مغز تخم تربوز، تخم خشخاش ہر ایک ۶ گرام، الائچی، کشنیز ہر ایک ۳ گرام، شربت نیلوفر اور بید مشک کے ہمراہ پلائیں۔

حاد حالات میں تسکین، ادرار اور تنقیۂ اخلاط کی غرض سے یہ نسخہ مفید ہے:۔

(ص) پوست فالسہ شکری لے کر ریزہ ریزہ کرلیں اور رات کے وقت گرم پانی میں بھگو کر رکھ دیں، صبح زلال لے کر شربت بزوری ملا کر پلائیں اور شام کو یہ نسخہ دیں:

(ص) تخم خرفہ، تخم خیارین، تخم کاسنی، تخم کاہو، خار خسک، کشنیز خشک، آملہ خشک، صندل سفید ہر ایک ۵ گرام، صبح کو پانی میں بھگوئیں اور شام کو ان کا زلال لے کر شربت فالسہ ۵۵ ملی لیٹر کے ہمراہ پلائیں۔

یا شام کو عرق گاؤزبان ۱۲۴ ملی لیٹر میں تخم کاسنی ۶ گرام کو پیس چھان کر شربت بزوری ۵۰ ملی لیٹر پلائیں۔ ۵۵ ملی لیٹر

نوٹ:۔ قبض کی حالت میں مذکورہ نسخوں میں شربت کے بجائے شیر خشت شامل کیا جائے۔

عرق سوزاک:۔ حاد و مزمن دونوں مدارج میں کام کرتا ہے۔ لیکن اسے ابتدائی درجہ گزرنے کے بعد استعمال کرائیں۔ اس سے جلد سوزاک فنا ہو جاتے ہیں، سوزش اور عسر البول کو رفع کرتا ہے:۔

(نسخہ) آب کشنیز سبز ۱۲۰ ملی لیٹر، شراب برانڈی ۲۶ ملی لیٹر، روغن صندل ۱۰ ملی لیٹر۔ جملہ دواؤں کو باہم آمیز کرکے شیشی میں محفوظ رکھیں۔

نوٹ:۔ اگر آب کشنیز سبز دستیاب نہ ہو تو کشنیز خشک ۶ گرام کو پانی ۲۶۰ ملی لیٹر میں رات کے وقت بھگو رکھیں۔ صبح کو جوش دیں، جب پانی باقی رہ جائے تو چھان کر دوا میں ملائیں۔

مقدار خوراک: ۱۲۰ ملی لیٹر صبح، دوپہر اور شام کو پلائیں۔

سوزاک حاد مزمن میں حسب ذیل دوائیں نافع ہیں:۔

سفوف اندری جلاب: پیشاب بکثرت لا کر مبال کو ریم زا سرایت سے پاک کرتا ہے:۔

نسخہ:۔ شورہ قلمی ۶ گرام، دانہ الائچی خرد ۹ گرام، جواکھار ۱۲ گرام تینوں کو باریک پیس کر دو پوڑیہ بنائیں اور

گائے یا بکری کے دودھ میں پانی ملا کر لسی تیار کریں اور مٹی کی صراحی یا کورے گھڑے میں رکھیں

ترکیب استعمال: ایک پڑیہ صبح کو کھلا کر دودھ کی لسی لائیں اور تھوڑی تھوڑی دیر میں پی کر لسی ختم کر دی جائے، دوپہر کو دوسری پڑیہ کھلا کر باقی لسی پلائی جائے۔ رات کو غذا میں فقط دودھ چاول دیں۔

دوائے سوزاک:

نئے اور پرانے سوزاک میں مفید اور بارہا کی آزمودہ ہے:-

نسخہ: ست بہروزہ، دانہ الائچی خرد، کباب چینی ہر ایک ۶۰ گرام، روغن صندل (حسب ضرورت)

ترکیب تیاری: دواؤں کو کوٹ چھان کر روغن صندل ملا کر کسی شیشی یا ڈبیہ میں محفوظ کر لیں۔

مقدار خوراک: ۲-۳ گرام صبح و شام ہمراہ دودھ کی لسی استعمال کرائیں۔

سوزاک مزمن کے لیے مفید نسخے:

سوزاک کہنہ میں پہلے قوی مدرات دیں، اس کے بعد مدمل قروح ادویہ اور ڈوش استعمال کرائیں، لیکن زیادہ پرانے سوزاک میں پہلے مصفی خون دوائیں پلائیں، پھر مسہل، اس کے بعد مدرات اور آخر میں مدمل قروح دوائیں استعمال کرائیں۔

سوزاک مزمن میں پہلے ۱۵-۲۰ یوم نقوع شاہترہ بطور منضج پلائیں، پھر مطبوخ ہفت روزہ (۱۰۰ ملی لیٹر) کا مسہل دیں، آخر میں پھر روزانہ صبح نقوع شاہترہ، کشتۂ (۵ گرام) قلعی کے ہمراہ براہ دہن دیں۔

یا جو ہر منقیٰ مویز منقیٰ میں رکھ کر بھگوا دیں اور اوپر سے دودھ پلائیں۔

ڈوش کے نسخے:

(۱) نیلا تھوتھا، شب یمانی بریاں، کتھ سفید پانی میں گھول کر پچکاری کریں۔

(۲) سوزاک کے لیے نافع ہے، درد و سوزش کو فوراً تسکین دیتا ہے: (۳ گرام، ۶ گرام، ۱۲ گرام)

(نسخہ) کتھ سفید، رسوت ہر ایک ۱۲ گرام، کافور، افیون ہر ایک ایک گرام، جملہ دواؤں کو دو لیٹر پانی میں رات بھر بھگو کر صبح کو آب زلال حاصل کر کے بوقت ضرورت نیم گرم ڈوش کریں۔

سوزاک مزمن میں مذکورۃ الصدر زلال میں شب یمانی بریاں (۳ گرام)، نیلا تھوتھا بریاں (۵۰ ملی گرام) رنگیور (۱۲۵ ملی گرام) ملا کر چھوڑ دیں، بوقت ضرورت آب زلال لے کر نیم گرم ڈوش کریں۔

نطول کے لیے چند ہدایات: (۱) محلول کو نیم گرم استعمال کیا جائے، زیادہ لاذع دوا کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیے۔

(۲) انطول (ڈوش) سے پیشتر مریضہ کو پیشاب کر لینے کی ہدایت دی جائے تاکہ مجری البول دھل کر صاف ہو جائے۔

(۳) ڈوش ہر تیسرے گھنٹے بعد کریں اور اخراج مواد کے بعد بھی احتیاطاً چند روز مزید انطول کیا جائے۔

(۴) کثرت بول، بول الدم، سوزاکی التہاب اسکین و بارتھولینی غدد (خصوصاً جبکہ یہ منتشر ہو چکے ہوں) یا سوزاکی تعفن الدم کی حالت میں ڈوش سے احتراز لازماً کرنا چاہیئے۔ سوزاکی وجع المفاصل میں بھی اجتناب کرنا چاہیئے۔ شدت مرض میں ڈوش کرنے سے مرض بڑھ جاتا ہے اور اخراج ریم موقوف ہو کر بارتھولینی و اسکین غدد میں پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

(۵) ڈوش کرنے کے بعد اس امر کی کوشش کرنی چاہیئے کہ دوا کچھ دیر تک اندر رکی رہے۔

سوزاکی عوارض

سوزاکی التہاب بارتھولین و اسکین غدد کا التہاب سوزاک کے اصولی علاج سے خود بخود رفع ہو جاتا ہے لیکن اگر ان کے خراج جرحی تدابیر کے محتاج ہوں تو مذکورہ اصول کے مطابق ان کی سوزوں مسلیت کر دی جائے۔

ثالیل سوزاکے: سوزاکی مسوں پر تیز کاوی ادویہ مثلاً ضماد ذیل لگائیں:۔

نسخہ:۔ سہاگہ بریاں، شب یمانی بریاں، نوشادر بریاں، کتھ سفید ہر ایک ۳ گرام سرکہ خالص میں پیس کر مقامی طور پر لگائیں۔ درج ذیل لوشن بھی مفید ہے:۔

زنگار (۳ گرام) کو شہد (۵ ملی لیٹر) میں ملا کر لگائیں۔

اگر تدابیر بالا سے خاطر خواہ فائدہ نہ ہو تو مناسب عملیہ کے بعد مدمل قروح مراہم لگائیں۔

ورم مقعد کی حالت میں سوزاک کے خوردنی اور مقامی علاج کے ساتھ ساتھ ورم مقعد کا بھی علاج کریں۔

نبقی سوزاکی تعفن دم مع حاد جرثومی دردون قلبی التہاب انتہائی خطرناک ہوتا ہے اس کا مریض مشکل ہی سے بچتا ہے بہرحال مریضہ کو آرام و آسائش کے ساتھ رکھنے کے ساتھ ساتھ درج ذیل نسخہ آزمایا جائے:۔

خمیرہ گاؤزبان عنبری (۵ گرام) کھلا کر اوپر سے کشنیز خشک، صندل سفید ہر ایک ۵ گرام کو عرق عنبر (۵۰ ملی لیٹر) عرق کیوڑہ میں پیس چھان کر شربت سیب (۶۰ ملی لیٹر) ملا کر پلائیں اور شام کو یہ نسخہ دیں:

نسخہ: خمیرہ صندل (۱۲ گرام) کھلا کر اوپر سے عرق کیوڑہ، عرق عنبر ۵، ۷۰ ملی لیٹر، شربت سیب (۵۰ ملی لیٹر) ملا کر پلائیں۔

مقام قلب پر ضماد ذیل لگائیں:

کشنیز خشک، صندل سرخ، کموئے خشک، مصطگی، عود ہر ایک ۵ گرام آب کموئے سبز میں پیس کر ضماداً استعمال کرائیں۔

رمد چشم کی صورت میں نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:۔

نسخہ:۔ پھٹکری، سہاگہ ہر ایک ایک گرام، ریوت، افیون کو گلاب میں حل کر کے نتھار لیں اور
(نصف گرام، ۲ گرام، ۱۲۰ ملی لیٹر)
اس کو بار بار آنکھوں میں ٹپکائیں۔

دیگر عوارض کا اصولی علاج کریں۔

غذا اور پرہیز:۔ جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، لطیف، زود ہضم اور بار دغذائیں مثلاً دودھ چاول، کھیر، فیرنی، ساگودانہ، جو کا دلیہ، دال چپاتی یا مونگ کی نرم کھچڑی اور ٹھنڈی سبزیاں مثلاً ترئی، کدو، خرفہ اور بھنڈی وغیرہ دیں۔ ان ایام مسہلات میں فقط مونگ کی نرم کھچڑی دیں۔ ہر قسم کی گرم، خشک اور قابض چیزوں سے پرہیز کرائیں، گرم مصالحہ، سرخ مرچ اور ادرک بالکل روک دیں، دوڑ دھوپ یا سخت جسمانی و ذہنی کام نیز مباشرت سے سختی سے منع کیا جائے

(ب)

آتشک

[Syphilis]

دیگر نام:۔ باد فرنگ، آبلہ فرنگ، افرنجی مرض مبارک

ڈاکٹر شاڈن نے ۱۹۰۵ء میں اس کے مخصوص اجسام کا پتہ لگایا۔ آتشک کا سبب ایک مخصوص کی خوردبینی عضویہ یعنی ٹریپونیما پیلیڈا (Trepona Pallida) ہوتا ہے جس کے درست کاشف کے لئے ضروری ہے کہ اس سے قبل کوئی اینٹی بایوٹک دوا استعمال نہ کی گئی ہو۔

عورتیں عموماً دو طرح سے سرایت زدہ ہوتی ہیں (۱) ایسے مرد سے مجامعت جو حال ہی میں سرایت زدہ ہوا ہو، نیز آتشک فعال حالت میں ہو (ب) اگر مرد میں آتشکی سرایت درجہ سوم میں داخل ہو جائے اور وہ کسی عورت سے مقاربت کرے تو ایسی صورت میں استقرار حمل کی صورت میں بچہ عموماً آتشک زدہ ہوتا ہے اور وضع حمل کے وقت اس کی ماں اس سے سرایت زدہ ہو جاتی

ہے۔ گاہے سرایت زدہ عضو تناسل کا بوسہ لینے سے بھی اس کی سرایت لگ جاتی ہے۔ اسے غیر تناسلی قرحہ کہتے ہیں۔ یہ قروح عموماً لب، انگلی اور سر پستان پر پائے جاتے ہیں۔

آتشک کی دو بڑی قسمیں ہیں (ا) آتشک حقیقی یا اکولہ صلب (Hard Chancre) اور (ب) آتشک مجازی، قرحہ رخو یا اکولہ رخو (Soft Sore' Or Chancroid) ۔

دونوں میں ایک عام فرق یہ ہے کہ پہلی قسم میں سمیت آتشک خون میں شامل ہو کر سارے جسم کو متاثر کرتی ہے، صرف عضو تناسل تک ہی محدود نہیں رہتی، دوسری قسم یا آتشک مجازی کا مادہ سارے خون میں شامل نہیں ہوتا، بلکہ صرف مقامی زخموں تک ہی محدود ہوتا ہے۔ یہ زخم بہت جلد علاج قبول کر لیتے ہیں، لیکن حقیقی آتشک عسیر العلاج ہوتا ہے۔ قرحہ کی مدت حضانت ۲ تا ۵ یوم ہے۔

حقیقی آتشکی زخموں میں تیج سلکیہ بآسانی دریافت کیا جا سکتا ہے، لیکن آتشک مجازی میں ڈکری کا عصیہ (Ducry's Bacillus) بہت مشکل سے نظر آتا ہے جبکہ قرحہ رخو کا مخصوص عصیہ یہی ہوتا ہے۔ ایک ہی مریض میں آتشک حقیقی اور مجازی بیک وقت موجود ہو سکتا ہے۔ تقرحات کی ریم زا سرایت قرحہ آتشک کے مشابہ ہو سکتی ہے لیکن تعدیہ اور مخصوص ورم غدہ کی حالیہ روئداد غلطی کا امکان ختم کر دیگی۔ فرج کا اندرونی تقرح ہمیشہ مزمن ہوا کرتا ہے اتنی مدت میں اکولات مندمل ہونے لگتے ہیں۔ نملہ (Herpes) فرج کو متاثر کر سکتا ہے، لیکن اس میں دردناک پھنسیاں ہوتی ہیں اور مخصوص غددی کلانی موجود نہیں ہوتی۔

مجازی آتشک یا قرحہ رخو میں کنج ران کی گلٹیاں بڑھ کر الیم اور نرم ہو جاتی ہیں اسکے برعکس آتشک (حقیقی) کے ساتھ واقع ہونے والا التہاب غدہ صلب اور بغیر الیمیت کے ہوتا ہے۔

قرحہ رخو کا علاج:- اس کا علاج عموماً سلفونے مائڈ بالخصوص سلفا ڈایا ڈین بمقدار ۳ تا ۴ گرام یومیہ سے کیا جا سکتا ہے۔ ہٹ والے اصابات اسٹریپٹومائیسین، کلورٹٹراسائکلین یا کلورم فینی کال کے داعی ہو سکتے ہیں۔ اگر غدد پیپ دار ہو جائیں تو صحت مند بافت کے ذریعہ انھیں سرنج سے کھینچ لیا جائے لیکن شگاف دینے سے اجتناب کیا جائے۔

آتشک حقیقی

مدت حضانت:- ۱۰ تا ۹۰ یوم، بعض ماہرین یہ مدت ۴۰ یوم تک متعین کرتے ہیں لیکن اکثر ۲۴ یوم کے اندر اندر علامات رونما ہو جاتی ہیں۔

ابتدائی درجہ (Primary Stage) :۔ جلد کی خردبینی خراش بھی اجسام کو زیرجلدی بافتوں میں پہونچ کر نمو پانے کے لئے کافی ہے۔ مدت حضانت گزرنے کے بعد تیچ سلکیہ کی نشوونما کے سبب خراشش پیدا ہونے لگتی ہے جو عام طور سے متقرح ہو جاتی ہے جسے اصطلاح میں اکولہ یا قرحہ صلب (Chancre) کہتے ہیں۔

عورتوں میں اکولہ عموماً کم دیکھنے میں آتا ہے اور بآسانی جس کیا جا سکتا ہے۔ تاہم مریضہ کو عموماً اس کی اطلاع نہیں ہوتی۔ یہ قرحہ ایک مدت گزرنے پر خود مندمل ہونے لگتا ہے اور آخر کار ایک ندبہ چھوڑ جاتا ہے اکولات کا محل وقوع شفرتین کبیر، قید الشفرتین، خارجی منفذ بولی کے ارد گرد بظر اور عنق ہو سکتا ہے۔ مہبلی اکولات نادر الوقوع ہیں لیکن مستقیمی جماع کے نتیجہ میں مبرزی اکولہ دیکھنے میں آسکتا ہے خارجی اکولات کہیں بھی پائے جا سکتے ہیں لیکن عام ترین مقامات ہونٹ، لوزۃ الحلق، حلمہ ثدی یا انگلی ہو سکتے ہیں۔

تصویر نمبر ۲۲: ہونٹ پر ابتدائی اکولہ

اکولہ بڑھے ہوئے بثر (Papule) کی شکل اختیار کر سکتا ہے جو بڑھ کر اساسی طور پر صلب ہو جاتا ہے، اگر اسے انگلی اور انگوٹھے کے درمیان پکڑ کر دبایا جائے تو غضروف نما محسوس ہوگا۔ اکولات میں ثانوی طور پر تقیحی اجسام کی وجہ سے مواد مزید ریم آمیز ہو جاتا ہے۔

شفرتین پر سرایت کی موجودگی میں پورا خطہ ازیمائی اور متمدد ہو جاتا ہے۔ بسا اوقات جب آتشک کا زخم اندام نہانی کے اندر ہوتا ہے تو فم رحم تک منتشر ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں مریضہ کی تکلیف میں بہت زیادہ شدت پیدا ہو جاتی ہے۔ اکولہ ظاہر ہونے کے تقریباً ایک ہفتہ بعد ارد گرد کے اربی لمفاوی غدد میں کلانی اور صلابت آجاتی ہے۔ غدد متمدد اور سرخ ہو جاتی ہیں۔ یہ گلٹیاں عام طور سے غیر الیم اور آزادانہ حرکت پذیر ہوتی ہیں۔

امتحان کے لئے قرحۂ سوزاک سے سیرم حاصل کیا جاتا ہے، لیکن اگر مریضہ نے کوئی مانع عفونت (انٹی سیپٹک) کریم یا پنسلین کریم استعمال کر لیا ہو تو ایسی حالت میں احتیاط کا تقاضا یہ ہے کہ کلانی یافتہ اربی غدد کو چھید کر سیرم حاصل کیا جائے۔ روغن غرق عدسہ کے نیچے تاریک زمینی تنویر پر شحوبی پیچ سلکیات سفید اسکریو کی شکل میں نظر آتے ہیں۔ منفی نتیجہ کو ہرگز قطعی تسلیم نہ کرنا چاہئے بلکہ چند یوم کا وقفہ دے کر اس کا شف کو دہرانا چاہئے۔ ظہور اکولہ کے بعد ایک ماہ کے اندر اندر تصدیق کے لئے واسرمین (Wasserman) کا تعامل مریضہ کے مصل (سیرم) پر کرنا چاہئے۔

عہد حاضر میں آتشک کے لئے دموی کاشفات بروئے کار لائے جا رہے ہیں۔ یہ واسرمین تعامل ایک غیر نوعی شحمی مادہ (Reagin Lipoid) کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے، جو دیگر امراض میں واقع ہو سکتا ہے، مختلف انجکشنوں سے پیدا ہو سکتا ہے نیز حاملہ عورتوں میں خود بخود پیدا ہو سکتا ہے۔ نئے کاشفات یہ ہیں:

(۱) شحوبی پیچ سلکی غیر متحرک کاشف (Treponemal Immobilisation Test (TPI))

(۲) ریٹر کا لحمینی تثبیت متمم کاشف (Reiter Protein Complement Fixation (R. P. C. F.))

(۳) رنگین پیچ شحوبی سلکی جسم مضادہ (Fluorescent Treponemal Antibody (F. T. A.))

ثانوی درجہ (Secondary Stage): — دوبارہ ابتدائی اکولہ نمودار ہونے کے بعد ۶ تا ۸ ہفتوں کے اندر اندر ثانوی ظواہر نمودار ہو سکتے ہیں۔ اکولہ نمایاں ہونے کے تقریباً ۲ سال بعد پیچ سلکیہ کی منقطع تخم ریزی طفحات کی شکل میں شناخت ہوتی ہے۔ یہ طفحات گلابی یا تانبہ کے رنگ کے ہلالی دانے ہوتے ہیں جو جلد پر نمودار ہوتے ہیں اور رفتہ رفتہ اطراف عارض، پیشانی غرضکہ

سارے جسم پر پھیل جاتے ہیں، لیکن لطف کی بات یہ ہے کہ ان میں خارش اور جلن نہیں ہوتی، جو آتشکی دانوں کی مخصوص علامت ہے۔ اگر مریضہ کو برہنہ کر کے کچھ دیر تک جلد سرد ہونے کا انتظار کیا جائے تو یہ طفیحات زیادہ واضح ہو جائیں گے۔

اس درجہ میں فرج کے غلطامی سلعات اور زبان کا حلیمی سلعہ غیر معمولی تجیل سے نمودار ہوتے ہیں، جو چپٹے، چوڑے اور مسے نما مادی مائل ہوتے ہیں، ان سلعات میں نمی موجود ہوتی ہے۔ علاوہ بریں لمفاوی غدد میں عمومی کلانی آجاتی ہے۔

جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، اس درجہ میں آتشک کا زہر سارے جسم میں پھیل جاتا ہے جس سے عمومی نقاہت پیدا ہو جاتی ہے، مریضہ سست اور پست ہمت ہو جاتی ہے۔ عضلات اور عظام طوال میں درد رہتا ہے۔ یہ درد رات میں شدت اختیار کر لیتا ہے، جس سے رات کی نیند حرام ہو جاتی ہے۔ بعض مریضات کو بے قاعدہ بخار آنے لگتا ہے، قلت دم کے سبب جسم کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔

یہ درجہ چونکہ متعدی ہوتا ہے، لہٰذا آتیچ سلکیات بآسانی دستیاب ہو سکتے ہیں خصوصاً نم تعفرات میں کلانی یافتہ غدد میں کچھ کے لگا کر حاصل کردہ سیرم کا تاریک زمینی تصویر میں امتحان کرنے پر بیچ سلکیہ متمائز کئے جا سکتے ہیں۔ ثانوی تعفرات مثلاً عریض غلطامی سلعات (Condylomata Lata) اکثر پائے جاتے ہیں، جنہیں نوکیلے غلطامی سلعات سے بہرحال ممیز کر لینا چاہیئے۔ ثانوی درجہ میں مصلی تعامل واسر مین اور ریٹر لحمینی تثبیت متمم (Reiter Protein Complement Fixation (R. P. C. F.) مثبت ہوتا ہے۔ اگر اس درجہ کا معقول علاج شروع کر دیا جائے تو شدت خفت سے بدل جاتی ہے، لہٰذا عدوی کے بعد ۵ ہفتہ کے اندر اندر علاج شروع کر دینا چاہیئے، ورنہ اس درجہ کی علامتیں دور ہونے کے بعد جبکہ مریضہ اپنے آپ کو اچھا تصور کرنے لگتی ہے، وقتاً فوقتاً ایسی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں جس سے جسم میں آتشک کے زہر کی موجودگی کا پتہ چلتا ہے۔ یہ علامات دراصل دیگر علامتوں کا تتمہ ہوتی ہیں جو درج ذیل ہیں:۔

(۱) آنکھ کے پردے متورم ہو جانا (۲) شرائین کے آخری طبق میں ورم ہو جانا اور کسی خاص دماغی شریان میں سدہ پیدا ہو جانا، جس کے سبب اس حصہ دماغ کی دموی رسد نہ ہونے کے سبب اس کے افعال معطل ہو جاتے ہیں۔ (۳) ہاتھ پاؤں کے تلوؤں میں چنبل ہو جانا، جس کے کنارے مستدیر ہوتے ہیں اور اوپر کھرنڈ سا جما ہوتا ہے، جس کے ترخنے سے چھلکے اترتے رہتے ہیں۔

تصویر نمبر ۲۵: فرج کے اطراف آتشکی فلطاحی سلعات

علاوہ بریں ٹانگوں وغیرہ پر بھی گول گول زخم بن جاتے ہیں، جن میں پہلے کھرنڈ بنتے ہیں اور ساتھ ساتھ تقرح بڑھتا جاتا ہے۔

درجۂ ثلاثی (Tertiary Stage) :- اس درجہ کو آتشک ثلاثی اور آتشک موخر بھی کہتے ہیں۔ اگر بروقت مناسب علاج میسر آجائے اور اصول حفظ صحت کی سختی سے پابندی کی جائے تو اس کی نوبت کم آتی ہے۔ کبھی کبھی ناقص علاج سے بظاہر کمل شفایابی ہوجاتی ہے لیکن اجسام خون میں موجود رہتے ہیں اور ۲ سال یا بیش از بیش ۲۵ سال بعد اچانک درجۂ سوم نمودار ہو جاتا ہے۔ اکولہ مندمل ہونے کے برسوں بعد خراش قرحہ یا التہاب کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ جس کے ہمراہ لیفی افزودنی پائی جاتی ہے اور یہ آتشکی مناظر گٹھیاں یا صمغی اورام (Gummata) کے نام سے منسوب ہوتے ہیں جو ہر ایک حصۂ بدن کو متاثر کر سکتے ہیں اس کا مشاہدہ تناسلی اعضا

پر واضح طور پر کیا جا سکتا ہے۔ یہ گٹھیاں بدن پر قطار کی شکل میں نکلتی ہیں یا دائروں کی صورت میں نمودار ہوتی ہیں اگلا ہے ان ابھاروں میں پیپ پڑ جاتی ہے، ہڈیاں گلنے سڑنے لگتی ہیں، غضروف حنجرہ تک گل جاتے ہیں جس کے سبب آواز بیٹھ جاتی ہے۔ ناک کی ہڈی گل جاتی ہے اور تالو میں سوراخ پیدا ہو جاتا ہے اور نتیجۃً کار نظام اعصاب کے مختلف امراض مثلاً فالج، رعشہ، نزال نخاع، خدر، اور امراض قلب پیدا ہو کر موت واقع ہو جاتی ہے۔

بسا اوقات مریضہ میں آتشک بلا کسی علامت منذرہ کے موجود ہوتا ہے اور معالج کو اس کا اندازہ اس وقت ہوتا ہے جبکہ اس کا قبل الولادتی مصلی کاشف (Antenatal Serum Test) کیا جاتا ہے، تاریک زمینی تنویر کا امتحان ہمیشہ منفی نتیجہ پیش کرتا ہے۔ ان حالات میں مریضہ کے خاوند اور بچوں کا بھی مصلی امتحان کیا جائے اور اگر نیم منفی رہے تو خلقی سرایت کی تحقیق و تفتیش کی جائے۔

آتشک عموماً بے درد کا ہوتا ہے۔ سمیت آتشک حاصل کرنے کے فوراً بعد اگر مریضہ حاملہ ہو جائے تو قبل از وقت وضع حمل کا احتمال رہتا ہے۔ ایسی حالت میں نرم و نازک جنین کے جگر میں پیچ موئے (Spirochaetes) دریافت کئے جا سکتے ہیں۔

بسا اوقات دیگر علامات کی عدم موجودگی کی حالت میں بھی واسرمین اور کان تعامل مثبت رہتا ہے اور قوی مصلی تعامل سے آتشک کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ یہ کاشفات (Tests) جملہ مشکوک اصحاب میں انجام دینے چاہئیں۔ اگر نتیجہ مثبت ہو تو علاج جاری رکھنا چاہیے تاوقتیکہ یہ تعامل منفی نہ ہو جائے اگر کسی وقت واسرمین تعامل منفی ہو تو ٹی پی آئی (TPI) اور R. P. C. F. کا کاشفات بروئے کار لائے جائیں جو سرایت کی موجودگی میں ہمیشہ مثبت ہوتے ہیں۔

علاج

دور حاضر میں زہرادی امراض کے علاج کے سلسلے میں کافی تغیر اور تبدیلی ہوئی ہے اور پیش رفت اب بھی جاری ہے تاہم آج کے ترقی یافتہ دور میں بھی آتشک اور سوزاک کے لئے پینی سلین کو دیگر جملہ ادویات پر فوقیت حاصل ہے۔ دیگر انٹی بایوٹک ادویہ مثلاً ارتھرومائی سین (Erythromycin) کا درجہ انتخاب پینی سیلن کی موجودگی میں ثانوی اہمیت کا حامل ہے البتہ پینی سلین سے حساسیت کی حالت میں تنفسی تشخیصی توشیہ بروئے کار لانا ناگزیر ہے۔ علاوہ بریں پینی سلین کے جش حساسیت کی حالت میں دیگر انٹی بایوٹک استعمال کی جا سکتی ہیں۔ تجربہ کے مطابق، ابتدائی آتشک میں سریری حیاتیاتی اور مصلی طور پر شفا یابی لازمی ہے کیونکہ

۵ تا ۶ فیصدی اصابات میں اکثر علاج دہرانے کی ضرورت پڑتی ہے لہٰذا اس مقصد کے لئے پہلے تین ماہ آتشک کی خاطر ماہانہ مصلی کاشفہ روبہ عمل لانا چاہیئے اس کے بعد اگلے ۹ ماہ ہر تیسرے مہینے پر یہ کاشفہ انجام دیا جائے اور آخری سال دوم کے اواخر میں اگر سریری یا مصلی عود مرض واقع ہو تو پینی سلین کی دوگنی مقدار دی جائے۔

پینی سلین ایجاد ہونے سے قبل آتشک کا علاج برسوں کرنا پڑتا تھا لیکن اب یہ مدت حیرت انگیز حد تک مختصر ہوگئی ہے۔ یہ اپنی گوناگوں خصوصیات کی بنا پر تمام سابقہ تالیفات پر سبقت لے گئی اس کے سمی اثرات بھی نسبتاً بہت کم ہیں اور جن مریضوں میں رد عمل نہیں ہوتا انھیں خوب راس آتی ہے اور تقریباً ۹۰٪ اصابات میں مکمل شفایابی ہوتی ہے۔ اس کی سب سے بڑی خوبی یہ ہے کہ رحم میں جنین تک رسائی حاصل کرکے تعدیہ جنین کا کامیابی کے ساتھ قلع قمع کرتی ہے اگر اسے مناسب مقدار میں دیا جائے تو سیال دماغی نخاعی (C. S. F.) میں بھی اعلیٰ سطح قائم ہو جاتی ہے جس سے اس کی افادیت عصبی آتشک پر بھی مرتب ہوتی ہے۔ اسی لئے توثیق کے لیے پہلے سال کے آخر میں سیال نخاعی کا امتحان کیا جاتا ہے۔

بنزائل پینی سلین ۰۰۰,۵۰۰ یونٹ یومیہ کم از کم ۲ بار دیا جائے۔ علاوہ بریں پروکین پنی سلین ۰۰۰,۶۰۰ یونٹ کسی دوسری اساس (Base) والی پینی سلین درون عضلاتی راہ سے ۱۲ تا ۱۵ یوم دینی چاہیئے۔ یہ تجہیزات دیر سے جذب ہوتی ہیں۔ چند دیگر ماہرین اس کے ساتھ معاون معالجہ کے طور پر بسمتھ آکسی کلورائڈ (Bismuthoxychloride) اور آرس فینو آکسائڈ (Ars-phenoxide) کے انجکشن ہفتہ وار کم از کم ۱۰ ہفتہ تک دینے کی سفارش کرتے ہیں اور موخر اصابات میں آیوڈائڈز (Iodides) دینے کی ہدایت کرتے ہیں چنانچہ خوردنی طور پر پوٹاسیم آیوڈائڈ بمقدار ۵ تا ۳۰ گرین (0.3 to 2 G) ۳ بار یومیہ دیا جائے اسے عموماً القلی کے ساتھ تجویز کیا جاتا ہے تاکہ معدہ وامعاء کے اختلالات نمودار نہ ہوں۔

اگر مریضہ پینی سلین سے بیش حساسیت رکھتی ہو تو متبادل دوا یعنی ٹٹرا سائکلیس بمقدار ۲ گرام یومیہ برائے ۱۵ یوم دیا جائے۔

حمل کی ابتداء میں مریضہ کا علاج کرنے سے ایک صحت مند بچہ کا جنم ممکن ہے تاہم ماں اور بچہ کا علاج اس وقت تک جاری رکھنا چاہیئے جب تک کہ مصل منفی نہ ہو جائے۔ اس کے بعد بھی کم از کم ۲ سال تک زیر معائنہ رکھنا چاہیئے۔ اس دوران بھی مصلی تعامل منفی رہنا چاہیئے یہاں

تک کہ کلی شفا حاصل ہو جائے۔

موخر اصابات یعنی ثانوی یا ثلاثی درجوں میں پینی سلین کے پہلے دو انجکشن سے پیشتر پریڈنی سون بمقدار ۵ ملی گرام دیا جائے۔ ہرکشیمر (Herxheimer Reaction) سے تحفظ ہو جاتا ہے۔ موخر اصابات میں پینی سلین ۱۰ تا ۱۵ یوم دینا چاہیے کوئی علاج شروع کرنے سے قبل انورسما (Aneurysm) کو مستثنیٰ کرنے کے لئے سیال نخاعی کا امتحان اور اورطی کی لاشعاعی ترسیم انجام دے دینا چاہیے۔

یونانی علاج

یہ مرض انتہائی سمی اور چھوت دار ہوتا ہے۔ اس کے علاج میں ہرگز غفلت نہ برتی جائے اور محض افاقہ سے شفایابی کا دھوکا نہ کھایا جائے، بلکہ مریضہ کے مکمل طور پر شفایاب ہونے تک سلسلۂ علاج جاری رکھنا چاہیے۔ چنانچہ ماہرین کے طریق تشخیص سے خفیف سمیت کو بھی پتہ چل جاتا ہے۔ حالت حمل میں بھی مریضہ کا سلسلۂ علاج ترک نہ کیا جائے۔ دوران علاج صفائی اور طہارت کا پورا خیال رکھنا چاہیے۔ آلات جراحی اور قابلہ کے ہاتھوں کو بھی مانع عفونت غسول سے صاف کرتے رہنا چاہیے۔

سب سے پہلے جراثیم کش ادویہ کے ساتھ حدت مزاج فرو کرنے والی دوائیں استعمال کرائیں اس غرض کے لئے نقوع شاہترہ کا نسخۂ ذیل قابل انتخاب ہے:۔

(ص) شاہترہ، چرائتہ، سرپھوکہ، منڈی، ببلیہ، صندل سرخ ہر ایک ۵ گرام، عناب ۵ دانہ رات کو گرم پانی میں بھگوئیں، صبح مل چھان کر شربت عناب ۲۵ ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔ موسم سرما میں اس نسخہ میں صندل سرخ کے بجائے عشبہ مغربی ۵ گرام، برگ حنا سبز ۵ گرام، تسبفائج فستقی ۵ گرام کا اضافہ کر دیا جائے۔

سہ پہر کے وقت مذکورہ نسخہ میں معجون چوب چینی ۷ گرام ہمراہ عرق عشبہ ۱۲۵ ملی لیٹر، نبات سفید ۲۰ گرام پلائیں۔ مادہ میں نضج پیدا ہو جانے کے بعد مطبوخ ہفت روزہ ۱۲ گرام سے مسہل دیں جس کا نسخہ حسب ذیل ہے۔

(ص) **عرق مطبوخ ہفت روزہ**:۔ پوست درخت نیب، پوست درخت کچنال، بیخ حنظل، پھلی ببول، کثائی خورد (برگ و پوست بیخ)، قند سیاہ کہنہ ہر ایک ۱۲۵ گرام لے کر ڈھائی لیٹر پانی میں جوش دیں جب ایک لیٹر باقی رہ جائے، چھان کر رکھ لیں، یہ سات خوراک ہے۔

ترکیب استعمال: ایک خوراک روزانہ صبح کو استعمال کرائیں اور سہ پہر کو کھچڑی کھلانے پر اکتفا کریں۔ مسہل کے بعد دوسرے روز نسخۂ ذیل دیں:۔

(ص) لعاب بہدانہ ۳ گرام، شیرہ عناب ۵ عدد، عرق مصفی خون ۱۲۵ ملی لیٹر میں نکال کر شربت عناب ۲۵ ملی لیٹر شامل کر کے پلائیں۔

جوھر کلاں:۔ (ص) رسکپور، سم الفار، دار چکنا، پارہ، شنگرف ہر ایک ۱۲ گرام، سکو شراب خالص میں بخوبی کھرل کریں اور بطریق معروف جوہر نکلالیں۔

ترکیب استعمال: ۱۶ ملی گرام ایک پیڑہ میں رکھ کر نگلوائیں۔ اگر اس کے استعمال سے ارتفاع حرارت کا احساس ہو تو اسی میں ۱۶ ملی گرام پھٹکری بھی ملادیں۔

آتشکی قروح کے لئے حسب ذیل مرہم مقامی طور پر استعمال کرائیں:

مرھم آتشک:۔ (ص) گرد چوب چینی، شنگرف، توتیائے ہندی، شست

ترکیب تیاری: بیضہ مرغ کو بھوبل میں گرم کر کے زردی نکالیں اور اس میں مذکورہ دوائیں مسفوف کر کے ملائیں، مرہم تیار ہے۔

آتشک کا خارجی علاج مرکبات سیماب سے کامیابی سے کیا جا سکتا ہے: اس غرض کے لئے حبوبات مخاطیہ (Mucous Tubercles) کی حالت میں جلد صاف ستھری اور خشک رکھی جائے اور سطح پر سیماب شیریں (Calomel) اور نشاستہ (Starch) کا سفوف ملا کر ذرور کریں۔ دانوں کے متوازی پہلوؤں کو رگڑ سے محفوظ رکھنے کے لئے ان کے درمیان لنٹ کا ٹکڑا رکھ دیا جائے۔ علاوہ بریں دیگر جراثیم کش دواؤں مثلاً نیلا تھوتھا اور رسکپور وغیرہ کے مراہم لگائیں۔

نوٹ:۔ غیر حقیقی آتشک میں عموماً خارجی علاج کافی ہوا کرتا ہے۔

مجربات

حب لاجورد:۔ مرض آتشک میں تنقیہ کی غرض سے معمول ہے۔

(ص) ایارج فیقرا، ریوند، غاریقون بالوں کی چھلنی میں چھان کر جلاپا انگریزی، مغز بادام ہر ایک ۵، ۴ گرام، تربد سفید، پوست ہڑ کابلی، حجر لاجورد، حجر ارمنی ہر ایک ۷، ۲ گرام، سونٹھ، نمک لاہوری، رب السوس ہر ایک ایک گرام۔

ترکیب تیاری: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر گوگل کو عرق بادیان میں حل کر کے دیگر دواؤں کو تر کر کے مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: ۱۲ گرام ہمراہ مطبوخ ہفت روزہ۔

حب بلادر:۔ تنقیہ کے بعد مرض آتشک و باد فرنگ میں مفید ہے اور جناب حکیم احسن اللہ خاں صاحب کے معمولات و مجربات میں سے ہے:

(ص) بھلانوہ (کلاں و درکیا ہوا)، اجوائن خراسانی، اجوائن دیسی، تل سیاہ ہر ایک، گرام

مغز نارجیل تازہ ۲۰ گرام، سیماب ۱۰ گرام، جبل چین ۲ گرام، پیانا گرد ۵ گرام، پہلے دواؤں کو باریک کریں۔ پھر بھلانوہ ملا کر پیسیں، اس کے بعد پارہ ملا کر کوٹیں کہ یک ذات ہو جائے۔ کل ۲۰ گولیاں بنائیں۔

ترکیب استعمال: ایک گولی صبح اور ایک شام بوقت بالائی یا حلوے میں رکھ کر احتیاط سے نگل جانے کی ہدایت کریں کیونکہ تالو اور منہ کو لگنے سے قلاع دہن عارض ہو جاتا ہے۔ غذا میں دودھ چاول یا کھیر بلا شیرینی کے دیں، اگر اس سے سیری نہ ہو تو بکرے کا گوشت بلا مرچ کا یا پلاؤ کھلائیں۔

نوٹ:۔ اگر قلاع کی شکایت عارض ہو جایا کرے تو صرف صبح کے وقت کھلانے پر اکتفا کریں۔ ۱۴ روز کا کورس ہے۔

ذرور:۔ قرحہ آتشک میں نافع الاثر ہے:۔ (ص) بوزیدان سوختہ ۱۰ گرام، کوڑی سوختہ ۵ عدد، چھالیہ سوختہ ۱ عدد، نیلا تھوتھا سوختہ ۱ گرام، مردار سنگ، کتھ سفید، سنگجراحت ہر ایک ۱۰ گرام کوٹ چھان کر ذرور کریں۔

شربت عشبہ:۔ مصفی خون ہے۔ آتشکی جرثوموں کا قلع قمع کرتا ہے۔

(ص) عشبہ مغربی ۴۰ گرام، آلو بخارا، عناب ہر ایک ۱۲ عدد، شاہترہ، بنفشہ، چوب چینی ہر ایک ۲۴ گرام، برادہ شیشم ۱۲ گرام، جملہ دواؤں کو پانی میں جوش دیں۔ جب تہائی رہ جائے صاف کر کے نصف لیٹر شربت بنفشہ کے ہمراہ قوام بنائیں اور ۲۴ ملی لیٹر عرق شاہترہ و بید مشک اور گلاب نیم گرم کے ہمراہ کم از کم ۲۰ یوم تک صبح و شام پلائیں۔

نوٹ:۔ بعض اطبا عشبہ کا وزن ۷ گرام اور بعض ۱۴ گرام بتاتے ہیں۔

معجون عشبہ:۔ (تالیف حکیم شریف خاں) آتشک کے لئے مفید ہے۔ آتشکی جرثوموں کو ہلاک کرتا ہے اور سوداوی بلغمی مواد کا تنقیہ۔ درد مفاصل بسبب آتشک میں نافع الاثر ہے:

(ص) پوست ہلیلہ زرد، پوست ہلیلہ کابلی، پوست بہیڑہ، پوست ہلیلہ سیاہ، شاہترہ، بسفائج، نسوت، افتیمون ہر ایک ۱۰ گرام، آملہ ۳۰ گرام، برگ سنا ۳۰ گرام، عشبہ مغربی ۶۰ گرام، شہد سہ چند معجون بنائیں۔

مقدار خوراک: ۷ گرام تا ۱۲ گرام

نوٹ:۔ کبھی عشبہ کے بجائے دار چینی شامل کرتے ہیں، جو سوداوی مواد کے تنقیہ میں انتہائی زود اثر ہے۔

نقوع:۔ مواد سوداوی اور آتشکی جرثوموں کے واسطے نافع الاثر ہے۔

(ص) پوست ہلیلہ سیاہ و ہلیلہ زرد، صندل سرخ، برگ شاہترہ ہر ایک ۴ گرام، چرائتہ، سرپھوکہ ہر ایک ۶ گرام شب کو پانی میں بھگوئیں، صبح کو صاف کر کے مصری داخل کر کے پلائیں۔ غذا میں دال خشکہ دیں۔

حسب ذیل مرکبات بھی مفید ہیں جو تیار حالت میں مارکیٹ میں دستیاب ہیں:۔

اطریفل شاہترہ، جوہر منقی، روغن حنظل، عرق ماء اللحم چوب چینی والا، عرق مرکب مصفی، معجون اذراقی معجون چوب چینی، معجون نشاء وغیرہ۔

ایک اصابہ جس کا علاج حکیم اجمل خاں نے کیا تھا، مریضہ کے شغر تین اور کنج ران پر دانے نکلے ہوئے تھے، دانوں کا مواد سخت سرایتی تھا چنانچہ جس جگہ لگتا تھا نئے دانے نمودار ہو جاتے تھے کئی جگہ علاج کرایا لیکن کچھ فائدہ نہ ہوا، حکیم صاحب نے آتشکی سرایت تشخیص فرما کے حسب ذیل علاج کیا:

حب لیموں ہمراہ نقوع شاہترہ صبح و شام ۱۵ یوم۔ اس کے بعد دوائے سیاہ کا مسہل، پھر معجون عشبہ (واعدد / ۷ گرام)، ہمراہ عرق شیر، عرق ماء الجبن ہر ایک ۵۰ ملی لیٹر، شربت عناب (۲۵ ملی لیٹر) صبح و شام براہ دہن استعمال کرنے کے لئے تجویز فرمایا، اور

شب میں سوتے وقت جوہری ہمراہ آب تازہ۔

دو ماہ کے استعمال سے مریضہ (ایک عدد) مکمل طور سے صحت یاب ہو گئی۔

غذا و پرہیز: مریضہ کو جید الکیموس، زود ہضم اور لطیف غذائیں مثلاً کھچڑی، آش جو، دودھ چاول، سبزیاں اور چپاتی وغیرہ دیں۔ اگر اشتہائے صادق ہو نیز قبض ہو تو بیسنی روٹی گھی میں چپڑ کر کھلائیں، مریضہ کا شکم رات کو گرم رکھا جائے، غسل اور سیر و تفریح کراتے رہنا چاہیئے۔

مسکرات اور منشیات کے علاوہ گرم مصالح، ترشی اور مرچ وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔ گڑ، شکر، تیل، بیگن، لہسن، میتھی، گوشت، خصوصاً بھینس کا گوشت ہرگز نہ استعمال کرائیں۔

۱۲
التہاب فرج

[Vulvitis]

حاد التہاب فرج

التہاب فرج جسم کے کسی بھی حصہ میں ظاہر ہونے والے التہاب کی طرح نمودار ہوتا ہے۔ حاد التہاب فرج کی مختلف سریری اور امراضیاتی قسموں کی مندرجہ ذیل ترتیب سے فہم میں آسانی ہوگی۔

(۲) نبقۂ سوزاک (Gonococcus) :۔ ۷۵٪ سے زائد اصابات میں حاد التہاب فرج کا باعث نبقۂ سوزاک ہی ہوتا ہے، جس کے تفصیلی مطالعہ کے لئے "سوزاک" کا مفصل بیان ملاحظہ فرمائیے۔

اسی طرح آتشکی التہاب فرج نوعی قروح اور نلطامی سلعات کا بھی نادر الوقوع عاقبہ ہوتا ہے اس میں شفرتین منیر متورم و متہیج ہوتے ہیں جس میں بکثرت افراز ہوتا ہے غدد ارلبی میں کلانی اور الیمیت ہوتی ہے۔

(ب) جرابی التہاب فرج (Follicular Vulvitis) :۔ التہاب کی یہ غیر معمولی قسم تعددی شعری جرابات اور غدد دُہنیہ پر مشتمل ہوتی ہے جن کی تعداد میں بہت جلد نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے اور عموماً سطحی طور پر چھوٹے خراجات یا پھنسیاں نمودار ہو جاتی ہیں، اس کا سبب فربہ عورتوں میں خراش اور جلدی شکنوں میں رکے ہوئے افرازات ہوتے ہیں، نیز بے حفظ صحت کی عدم پابندی نیز گندے کپڑے پہننے سے بھی یہ صورت واقع ہو جاتی ہے۔

مقامی معالجہ میں اولین اہم شے صفائی ہے علاوہ بریں عمومی اور مقامی حفظان صحت کا پورا

پورا لحاظ رکھا جائے۔ مقام ماؤف کا بال دور کر دینا ناگزیر ہے۔ انٹی سیپٹک مثلاً ایکری فلاوین اور جن شن وائلٹ سے سرایت منتشر نہیں ہونے پاتی فیروسین آئنٹمنٹ مقامی استعمال کے لئے بے حد مفید ہے۔ شفاخانہ میں داخل کرنے کی عموماً نوبت نہیں آتی۔ حسب ضرورت مناسب انٹی بایوٹک کا خوردنی یا اشرابی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

یونانی علاج:۔ جرابی التہاب فرج میں حسب ذیل دافع جراثیم سفوف مفید ہے:۔

(ص) ست سلاجیت، ست گلو، کچھان بید، تالمکھانہ، جنلوچن، کشتہ قلعی، الائچی خورد، اصل السوس ہر ایک ۲ گرام، مصری ۵۰ گرام، جملہ دوائیں باریک کوٹ چھان کر سفوف بنائیں بمقدار ۲ گرام ہمراہ آب تازہ دیں۔

اگر خون کا غلبہ ہو تو فصد کھولیں، پھر مقام التہاب پر جونکیں لگائیں، بطور دوا ابتداء میں آب کشنیز سبز ۵۰ ملی لیٹر، روغن گل ۲۵ ملی لیٹر، سرکہ ۱۲ ملی لیٹر باہم آمیز کرکے اس میں لتہ تر کرکے مقام ماؤف پر رکھیں۔

ابتدائے التہاب میں ضماد ذیل مفید ہے:۔

صندلین، فوفل، گل ارمنی، گل سرخ، مکو خشک ہر ایک ۲ گرام، آب کاسنی سبز، آب مکو سبز میں پیس کر لیپ کریں۔

درج ذیل ضماد محلل بھی نافع ہے:۔

(ص) تخم خشخاش سفید کو کوٹ کر گائے کے دودھ میں پکائیں اور پیس کر مرہم تیار کریں، اس کے بعد موم ۳ گرام کو روغن گل ۵۰ ملی لیٹر میں پگھلا کر گل سرخ، تخم حلبہ، بابونہ، خطمی، آرد جو، برگ کتان ہموزن اضافہ کریں۔

(ج) دمیلیت (Frunculesis):۔ شعری جراب (Hair Follicle) کی پر عمیق سرایت شدید تر کبیر پر بھا باش عنقودیہ (Staphylococcus Aureous) کے سبب خراج یا دنبل کی شکل میں نمودار ہوتی ہے۔ جب تک مواد خارج ہوتا رہتا ہے، یہ انتہائی دردناک ہوتے ہیں۔

دملوں میں شگاف دے کر دافع عفونت دوائیں استعمال کرنی چاہئیں۔ سرایت کے مکرر حملہ کو رد کرنے کے لئے گرم حمام اور انٹی بایوٹک ادویہ استعمال کرائیں۔ حفظان صحت پر زور دیں۔ بکثرت دامیل کی حالت میں امتحان بول برائے ذیابیطس شکری ضرور کیا جائے۔

یونانی علاج:۔ سب سے پہلے دمل کی سیلیت ان دواؤں سے کی جائے۔ جن میں رائی، انجیر، پیاز، خوردنی نمک وغیرہ شامل ہوں، ازاں بعد زخم کی صفائی ماء العسل سے کریں اور جب تک گاڑھی پیپ کی سیلیت ہوتی رہے، بکرار عمل کرتے رہے۔

اگر ساتھ میں احتباس الطمث بھی موجود ہو تو فصد صافن کرنے سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا

کرنا چاہیئے۔ ابتدائی اصابات میں آب شیریں میں روغن گل ملا کر آبزن کرائیں اور قابض پانی کا نطول کریں۔

خشخاش کو خوب پکا کر روغن گل ملا کر ضماد کریں۔ حمول ذیل بھی نافع ہے:۔

(ص) خطمی، تخم کتان، گوکھرو اور حرمل قدرے پانی میں جوش دے کر اس میں گاز تر کر کے حمول کریں۔

ضمادات میں زوفا، چربی، روغن زرد اور مغز ساق گوزن وغیرہ مفید ہیں۔ مرہم داخلیون بھی نافع ہے۔ انضاج ورم کے لئے تمر ہندی مفید ہے، جسے آرد جو کے ساتھ پکا کر بھرا کر لیا گیا ہو۔ یا تمر ہندی کوشا ۲۲۰ گرام کر مرغ کی چربی گرم پانی میں پگھلا کر باہم آمیز کر کے دمل پختہ پر لگائیں، دمل پھوٹ جائیگا۔

مرزنجوش، اکلیل الملک، حلبہ، بابونہ اور خطمی سے تیار ہونے والے مراہم بھی دمل میں مفید ہیں مرہم رال، اندمال دامیل کے لئے مجرب ہے۔

حسب ذیل طریقے بھی کار آمد ہیں:۔

برگ نیم کا نیم گرم بھرتہ باندھیں۔ ورم تحلیل کردے گا۔ اورام پکانے کے لئے درج ذیل نسخہ مفید ہے:۔

(ص) آرد جو کو دہی میں پکائیں اور قدرے ریوند چینی آمیز کر کے لیپ کریں۔ حسب ذیل نسخہ بھی مفید ہے:۔

(ص) تخم کنوبچہ، تخم ریحان باریک کر کے دودھ اور شہد میں ملا کر لیپ کریں اگر خود نہ پھوٹے تو برگ نیم اور نمک کو پیس کر دمل پر رکھیں۔

زمانۂ انحطاط میں مریضہ کو مقوی غذائیں دی جائیں اور قوت غریزی کی بحالی کے لئے مناسب تدابیر بروئے کار لائیں۔

(د) سوخ بادی التہاب فرج (Erysipelatous Vulvitis) :۔ یہ عارضہ خون پاش نبقہ اسبجیہ کی سرایت کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔ یہ دراصل خلوی جلدی بافتوں کے انتشار فلغمونی ہی کی ایک شکل ہے۔ اس میں وسیع تیقحی خلوی التہاب اور وسیع خراج ہوتا ہے۔ فرج کی رنگت بھوری مائل سرخ ہوتی ہے۔ مریضہ مقامی طور پر درد کی شکایت کرتی ہے جو کبھی کبھی بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ طبیعت گری گری سی رہتی ہے۔ سطحی اربی غدد میں لمفاوی غددی التہاب (Lymphadenitis) عارض ہو سکتا ہے۔ ٹمپریچر اور رفتار نبض بڑھی ہوئی ہو سکتی ہے۔ آجکل یہ مرض انتہائی نادر الوقوع ہے۔ مناسب انٹی بائیوٹک سے مستعدی کیساتھ علاج کیا جائے۔ خراج کی عدم موجودگی میں مقامی صفائی کے علاوہ عموماً کسی مقامی علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ مریضہ کی قوت بحال رکھی جائے۔

یونانی علاج :۔ قبض نہ ہونے دیں۔ گاز کو میٹھے تیل میں تر کرکے مقام ماؤف پر ملیں تاکہ خشک ہو کر جلد صاف ہو جائے، اس کے بعد یہ مرہم تیار کرکے لگائیں :۔

(ص) کمیلہ، مردار سنگ، کافور، صندل ہر ایک ۲ گرام، گلاب میں پیس کر لگائیں اور جراثیم کش دوائیں براہ دہن دیں مثلاً :۔

اول معجون چوب چینی کھلائیں، اوپر سے عرق عشبہ، شربت عناب ملا کر دیں اور بوقت خواب اطریفل شاہترہ، عرق چوب چینی کے ہمراہ دیں۔ ورم کو تسکین دینے کے لئے رسوت کو گلاب میں گھس کر لگائیں یا آب کشنیز سبز، روغن گل باہم ملا کر لگائیں۔

(ص) شاہترہ، چرائتہ، سرپھوکہ، منڈی، ہلیلہ سیاہ، صندل سرخ ہر ایک ۶ گرام، عناب رات کو گرم پانی میں بھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر شربت عناب ملا کر پلائیں۔ بخار کی حالت میں خاکسی کا نسخہ دیں۔ ضماد ذیل سرخبادہ کے لئے مجرب ہے :

گیج کو کوٹ کر باقتہ میں چھان کر رقیق آب کشنیز میں اس قدر ملا دیں کہ بستگی دور ہو جائے۔

غذا میں دودھ، ساگودانہ، آش جو، مونگ کی دال کا پانی، کدو، خرفہ وغیرہ دیں اور گرم نفاخ و ترش اغذیہ واشربہ سے پرہیز کرائیں۔

نوٹ :۔ اگر بچی مبتلائے مرض ہو تو حسب ذیل نسخہ استعمال کرائیں :۔

(ص) رسوت، صندل ہر ایک ۲ گرام زرکچور کوٹ چھان کر پانی میں منہ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک :۔ ایک گولی بچی کی ماں کے دودھ میں حل کرکے صبح کے وقت دیں۔

غذا میں دودھ، آش جو، کدو، ٹنڈا، لوکی، خرفہ، پالک وغیرہ دیں۔ ترش میٹھی اور گرم اشیاء سے پرہیز کی ہدایت کریں۔

(۵) غانغرانی التہاب فرج (Gangrenous Vulvitis) یہ نادر الوقوع سرایت اسی وقت عارض ہو سکتی ہے جب کسی سبب سے جسم کی قوت مدافعت عمومی یا مقامی طور پر اس قدر کم ہو جائے کہ جسم کسی طرح کے تعامل کا مقابلہ نہ کر سکے۔ حمی نفاسیہ کے دوران فرج کی کسی دریدگی کے نتیجہ میں عصیہ ویلچ (Bacillus Welchii) کے در آنے سے یہ عارضہ ہو سکتا ہے۔ نیز بہت کمزور بچوں میں التہاب فرجی مہبلی کے ساتھ عارض ہو جاتا ہے۔ یہ بھی دراصل نوعی التہاب فرج ہی کی ایک قسم ہے، جسے آکلۃ الفرج (Noma) سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ مرض عموماً یک جانبی ہوتا ہے اور تعلب کے ایک رقبہ پر ایک نشان ظاہر ہوتا ہے جس پر پہلے آبلے اور پھپھولے اور بعد میں تقرح اور گنگرین پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی

حاد تو ہی بخار شروع ہو جاتا ہے۔ مریضہ بیمار نظر آنے لگتی ہے، رفتار نبض بڑھ جاتی ہے:۔
کبھی کبھی یہ مرض سرخبادہ، بانتھریا، چیچک، ٹائفس (Typhus) اور زہراوی سرایت کے زیر اثر بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں مقامی طور پر سخت درد ہوتا ہے اور شدید عمومی تسمم الدم بھی موجود ہوتا ہے۔ سطحی ناربی غدد میں لمفاوی التہاب غدہ موجود ہو سکتا ہے۔ گاہے فقط ایک معمولی زخم نظر آتا ہے۔

سب سے پہلے مریضہ کی عمومی صحت بحال کی جائے۔ اس کے بعد سربرآوردہ اجسام کی تحقیق کی جائے پھر مناسب انٹی بایوٹک سے علاج جاری کر دیا جائے۔ خراج کی عدم موجودگی میں مقامی علاج کی ضرورت نہیں۔

یونانی علاج :۔ قبض نہ ہونے دیں بلکہ ہر دوسرے تیسرے روز تلیین کرتے رہیں۔ اصل اجسام کا پتہ لگا کر ان کا قلع قمع کیا جائے۔ حسب موقع درج ذیل نسخے استعمال کرائیں:۔

(ص) آب شاہترہ سبز مروق، شربت عناب ملا کر پلائیں۔ اسی قدر تین روز پلانے کے بعد ۲۰ ملی لیٹر پانی اور قدرے قدرے شربت اضافہ کر کے ۲۵۰ ملی لیٹر تک پہنچا دیں۔ اس کے بعد اسی طرح بتدریج کم کر کے بتدریج پہلی خوراک تک پہونچا دیں اور تین روز پلا کر ترک کر یں۔

تصفیۂ خون کے لئے گل بکائن، چنے کی دال مقشر کو شراک میں الگ الگ بھگو دیں، اس کے بعد خشک کر کے علیحدہ علیحدہ باریک پیس کر شکر سفید مساوی الوزن ملا کر رکھیں اور ۱۲ گرام آب شاہترہ سبز جوشاندہ خشک کے ساتھ کھلائیں۔ تسکین درد کے لئے پوست خشخاش کے جوشاندہ سے تکمید کریں۔

غذا لطیف، زود ہضم دیں۔ بقولات بارد مثلاً خرفہ، پالک وغیرہ دیں، ہر قسم کی ترشی، لال مرچ، گرم مصالحے، تیل، نفاخ اغذیہ و اشربہ سے پرہیز لازم ہے۔

مزمن التہاب فرج

(۱) فرج کی بیاضی سطحیت (Leukoplakia Vulvae) :۔ یہ ایک مزمن التہابی کیفیت کیفیت ہے جو عموماً بعد الیاسی عمر میں عارض ہوتی ہے۔ بردن ادمہ کے جش تکون کے سبب جبلی کی جلد میں سفید غشائے مخاطی پیدا ہو جاتی ہے جو سخت اور تہ دار ہوتی ہے۔ آخری درجہ میں نمایاں سرطمی جش تضخم اور زیر سرطمی بافت میں دبازت آجاتی ہے۔ زیادہ نمایاں حالات میں باستثنائے دہلیز، موئے زہار و دو بند فرج تمام فرج متاثر ہوتی ہے۔ شفرتین صغیر و کبیر بہ نظر کے داخلی مناظر میں جلدی تغیرات بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جس کے ساتھ ساتھ قرنیت (Keratinization) پائی جاتی ہے جو عموماً قبل سرطانی کیفیت سمجھی جاتی ہے اور مریضات کا ایک قلیل تناسب جلد یا بدیر مقامی طور پر

فلسمانی خلوی سرطانی سلعہ (Squamous Cell Carcinoma) رونما کرتا ہے۔ یہ عجیان کے پیچھے بہت کم شاذ و نادر ہی پھیلتا ہے۔ اس مرض کا سبب ہنوز معلوم نہ ہو سکا۔

امراضیات :۔ ابتدائی درجہ جس میں متاثرہ خطے کی جلد سرخ و متہیج (Oedematous) ہوجاتی ہے، شاذ و نادر ہی نظر آتی ہے۔ مثالی منظر ادمہ کی نمایاں بیش دمویت ہوتی ہے اور برون ادمہ کی سطحی تہیں ترینت کیثرہ کی متناظر ہوتی ہیں علیمات (Papillae) کا بیش تضخم نسیج واصل کے عمق میں ہونے لگتی ہے۔ زیر ادمہ (Corium) میں شبکہ ملفیجی (Rete Molphigii) کے قابل ذکر سرطلمی بیش تکون ہوتا ہے۔ ادمہ کے علیمات کے مابین سرطلمی خلیوں کے زائدے بن جاتے ہیں، جن کے عمق میں انھیں گھیرے سرطلمی زوائد کے گرد متورم خلیوں کی دروزیش ہوتی ہے، جس کے سبب نسیجاتی تہوں کی لچک جاتی ہے اور سکون والی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ نتیجہ کار فرج بہت زیادہ تنگ ہوجاتی ہے۔ اس درجہ میں پہونچ کر ذبول جلد میں انشقاق کا رجحان پیدا ہوجاتا ہے۔ جس مقام پر علیمات نظر آتے ہیں، وہاں او خطے قروح بھی بن سکتے ہیں۔ اس انشقاق اور قروح کے خط میں خبیث تغیرات ظاہر ہو سکتے ہیں۔ برسوں بعد اگر سرطان نہ پیدا ہو تو بیاضی سطحیت ذبولی میں پہنچ جاتی ہے۔

علامات و اعلامات :۔ ابتدائی درجہ میں متاثرہ جلد سرخ متورم اور متہیج ہوجاتی ہے نیز جلد ابیض کے دھبے فرج پر بے ترتیب طور پر پھیل جاتے ہیں۔ اس میں سطح خشک اور کھجلی ناقابل برداشت ہوتی ہے۔ مریضہ کے کھرچنے سے جب قروح بن جاتے ہیں تو فرج الیم اور دردناک ہوجاتی ہے۔ زخم سے اخراج رطوبت ہوتی ہے۔ نیز ادرار بول کے وقت جلن محسوس ہو سکتی ہے۔

ابتدائی درجے میں جلد کی سرخ سطح غیر شفاف بلکہ سفید ہوجاتی ہے اور بعد میں قروح اور انشقاقات رونما ہونے سے تشخیص میں مدد مل سکتی ہے۔ فرج کی لچک معدوم ہونے اور بافت کی صلابت کے سبب جماع مولم (Dyspareunia) کی شکایت ہوجاتی ہے۔ بعض حالات میں مرض ساکن رہتا ہے اور کوئی علامت رونما نہیں ہوتی۔

تشخیص : تشخیص کی غرض سے موزوں بپچارہ حاصل کرنا چاہیے۔ اس طرح خباثت (Malig-nancy) کی موجودگی یا عدم موجودگی پہلے سے واضح ہوجاتی ہے۔

علاج :۔ ابتدائی مدارج میں حکۃ الفرج کا علاج کرنا چاہیے۔ مسلسل رگڑ یا کھرچنے سے مرض طوالت اختیار کر لیتا ہے لیکن اسے قابو میں لایا جا سکتا ہے۔ اور ہائیڈرو کارٹی سون (Hydro-

(cortisone)، پریڈنی سولون (Prednisolone) اور ٹرائم سینولون (Triamcinolone) کے بشکل مرہم بیرونی استعمال سے خراش رفع کی جا سکتی ہے اگر ضرورت محسوس ہو تو اس کے ساتھ قدرے انٹی سپٹک بھی کر سکتے ہیں۔ اضطرابی حالات میں سوتے وقت حسب ضرورت مسکنات و منومات دیے جا سکتے ہیں۔

یونانی علاج :۔ اصل سبب کا ازالہ کیا جائے اور اول تنقیۂ عمومی کی غرض سے ہفت اندام کا فصد کھولیں، حالت زیادہ سقیم ہو تو فصد باسلیق کھولیں اور خلط غالب کا تنقیہ مناسب دواؤں سے کریں، مثلاً خلط صفراوی میں سقمونیا، بلغم میں حب افیتمون اور جوشاندہ افیتمون مفید ہے۔

خارش کی شدت ہو تو حفظان صحت کے اصولوں پر کاربند رکھتے ہوئے شربت آلو، شربت املی اور عرق کاسنی، مکوہ، گاؤزبان ملا کر پلائیں۔

فرج کو اقاقیا، گل سرخ، صندل، شیاف ابیض، مرکا اور روغن گل سے آلودہ کرتے رہیں یا مرہم سفید کافوری میں گاز تر کر کے شفرتین کبیر کے مابین رکھیں۔

پانی میں تخم کتاں پکا کر مقامی طور پر نطول کریں اور ثفل بطور ضماد لگائیں۔ بیاضی سطحیت کی خراش میں نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:۔

(ص) برگ پودینہ، پوست انار، عدس مقشر نبیذ میں پکا کر مقامی طور پر لگائیں اور عمول کریں۔

عملیہ: فعال اصابات میں فرج کا دو تین ماہ کے وقفوں سے معائنہ کرتے رہنا چاہیے، اگر ابتدائی خبیث تغیر یا پیش سرطانی حالت ظاہر ہو یا دوائی معالجہ ناکام رہے اور جلد پر انشقاق و قروح بھی نمودار ہوں تو متاثرہ رقبہ کے ارد گرد کی نصف انچ صحت مند جلد منقطع کر کے عمومی فرج برآری (Vulvectomy) بروئے کار لایا جائے۔

نوٹ :۔ لاشعاعی معالجہ اور آتشی شعاعی معالجہ ممنوع ہیں۔

(ب) فرج کا ابتلائی ذبول یعنی پژمردگیٔ فرج (Kraurosis Vulvae) :۔ یہ دراصل فرج کی ابتدائی ذبولی حالت ہے۔ بریسکی (Bersky) نے ۱۸۸۵ء میں اس مرض کی طرف توجہ دلائی تھی، لیکن یونانی طبی کتابوں میں اس کا تذکرہ بہت پہلے سے موجود ہے۔ ماہرین نے اس کی تعریف ان لفظوں میں کی ہے۔

"یہ فرج کی ایسی ذبولی کیفیت ہے جس میں سریری طور پر دہنۂ فرج کا تضیق (Stenosis) پایا جاتا ہے اور امراضیاتی طور پر اس کے بعض تغیرات موجود ہوتے ہیں"

اس میں جلد فرج کا ترقی پذیر تقلصی ذبول واقع ہوتا ہے جو سوراخ حبل کے تدریجی تضیق پر منتج ہوتا ہے

اس میں شفرتین صغیر، دہلیز، مبال اور مہبل کے دُہنے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ بسا اوقات غلفۃ البظر اور بظر بھی متاثر ہو جاتے ہیں لیکن شفرتین کبیر کی بیرونی سطح کی جلد سرین کی شکنیں، عجان اور پس مبرزی خط مطلق متاثر نہیں ہوتے بیتاثرہ خط خشک اور چمکدار اور رنگ مومی زرد ہوتا ہے۔ اس خط پر نمایاں چمکدار ارغوانی رنگ کے چھوٹے چھوٹے قطعات علیحدہ علیحدہ دھبوں کی شکل میں خاص طور سے مبال کے قریب دہلیز میں نظر آتے ہیں۔ یہ چمکدار سرخ قطعات اکثر غلطی سے لحمیہ تشخیص ہو جاتے ہیں۔ مبال کے موخر مدارج میں فرج کے داخلی حصہ خصوصاً مہبلی دُہنہ میں نمایاں ذبول پایا جاتا ہے، جس کے نتیجہ میں جماع ناممکن ہو جاتا ہے۔ یہ مرض یاسی اور بعد ایاسی عورتوں میں زیادہ عام ہے جبکہ نوجوان عورت خصوصاً صاحب اولاد میں بھی وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔

بسا اوقات ان عورتوں میں بھی ترقی پذیر ہوتا ہے جن میں ریڈیو تھراپی کے ذریعہ مصنوعی طور پر یاسیت پیدا کی جاتی ہے علاوہ بریں جواں سال مریضات جن کے مبیضین بذریعہ جراحی دور کر دیئے گئے ہوں، میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ چونکہ یہ طبعی یاسیت کی حالت میں بھی رونما ہوتا ہے، لہٰذا اس کا سبب آئسٹروجن خامی بھی تجویز کیا جاتا ہے اور علاج میں اس کا متبادل جز دیتے ہیں جبکہ بعض جواں سال مریضات میں بھی دیکھنے میں آتا ہے جن میں حیض باقاعدہ آتا ہے، ایسی حالت میں آئسٹروجن خامی کا بھی کوئی سوال نہیں ہوتا۔

پژمردگی فرج کی نسیجیاتی تصویر درج ذیل مناظر کی حامل ہوتی ہے:۔

برون ادمہ کا پتلا پن، جس کے عمیق تر طبقات مسطح ہوتے ہیں، قرنیت کم ہو جاتی ہے۔ برون ادمہ کے عین نیچے مزمن التہابی خلیات کی ایک پرت ہوتی ہے۔ ادمہ میں لچکدار بافت کم ہو جاتی ہے اور نتیجۃً کار زجاجی انحطاط کی جگہ کو لے جن (Collagen) لے لیتے ہیں۔

علامات:۔ ابتدائی درجہ میں جلن، عسر البول اور جماع مولم کی شکایت ہوتی ہے اور آخر کار دُہنۂ مہبل کے تضیق کے سبب مباشرت ناممکن ہو جاتی ہے، لیکن کئی برس بعد یہ علامتیں از خود معلوم ہو سکتی ہیں۔ خارش عموی فرجی ذبول کی علامت نہیں ہوتی اور اگر ایسا ہو تو بیاضی سطحیت یا شدید حالات میں خبیث انحطاط کے امکانات کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

تشخیص تفریقی:۔ چونکہ فرج کی بیاضی سطحیت اور پژمردگی فرج کی تشخیص میں عموماً دشواری پیش آتی ہے لہٰذا مندرجہ ذیل جدول میں ممتاز تفریقی علامات اجمالی طور پر پیش کی جا رہی ہیں:۔

بیاضی سطحیت	پژمردگی فرج
(۱) ایک مزمن التہابی کیفیت ہے	(۱) ذبولی حالت ہے۔
(۲) یہ مرض عموماً سن یاس شروع ہوتے ہی عارض ہوا کرتا ہے۔	(۲) عموماً سن یاس شروع ہونے کے برسوں بعد عارض ہوتا ہے، لیکن گاہے نوجوان عقیم عورتوں میں انقطاع الطمث کے زمانے میں اور مبیضین کے استیصال (Bilateral Oophorectomy) کے بعد بھی یہ حالت پائی جاتی ہے۔
(۳) شفرتین کبیرہ و صغیرہ اور بظر کے علاوہ مرض بقیہ فرج پر مبرز کے آس پاس پھیل کر ان حصوں کو ماؤف کرسکتا ہے۔ دہلیز اور مہبل کا ڈہنہ کبھی متاثر نہیں ہوتا۔	(۳) مرض شفرتین صغیرہ، دہلیز، مہبل اور مہبل کے ڈہنوں کو متاثر کرتا ہے باقی فرج اور متصلہ رقبے متاثر نہیں ہوتے۔
(۴) حسب ذیل دو مناظر پائے جاسکتے ہیں:۔ (الف) جلد خاص طور سے بیرون ادمہ کی دبازت جیش ترنیت کے ساتھ پائی جاتی ہے، جلد کا منظر سفید اور دھبے دار ہوتا ہے۔ (ب) ذبولی بافت کے علاوہ شقاقات، قروح اور مواد موجود ہوتا ہے، جو سرطان پیدا کرسکتا ہے۔	(۴) ابتدائی ذبول کا منظر پیش کرتا ہے، جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، رنگ شوخ سرخ اور ارغوانی یا زردی مائل ہوتا ہے
(۵) مہبلی ڈہنہ کا تضیق موجود نہیں ہوتا اور اگر عارض ہوتا ہے تو بہت تاخیر سے۔	(۵) مہبلی ڈہنہ کا شدید تضیق ہوتا ہے۔
(۶) یہ ایک پیش سرطانی حالت ہے۔	(۶) خباثت کی طرف شاذ و نادر ہی رجحان پایا جاتا ہے۔

علاج:۔ چونکہ یہ یقین کیا جاتا ہے کہ یہ ذبول آئسٹروجن کی خامی سے عارض ہوتا ہے۔ لہذا

یہ عناصر مقامی اور اصولی طور پر دیئے جاتے ہیں۔ یہ نہ صرف خارش و جلن کے لئے مفید ہوتے ہیں بلکہ کسی قدر فرج کی بافت کے ذبول پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں۔

اسٹل بائسٹرال (Stilboestrol) بمقدار ۲ ملی گرام یومیہ براہ دہن کم از کم ۲ ہفتے تک دیا جائے مقامی استعمال کے لئے (۰۳ء ملی گرام فی ملی لیٹر) کا مرہم آزمایا جا سکتا ہے۔ اس سے التہاب جبل کو بھی فائدہ پہنچتا ہے اگر اس معالجہ سے افاقہ نظر آئے تو گاہے گاہے اس کا تکرار کرتے رہنا چاہیے لیکن یہ امر پیش نظر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ آسٹروجن بعد ازاں سرطان پیدا کر سکتے ہیں۔ مقامی طور پر زنک مرہم بھی آزمایا جا سکتا ہے۔ تسکین اور نیند کی خاطر کوئی موزون مسکن و منوم دوا دی جائے۔ معائنہ برابر کرتے رہنا چاہیے اور اگر بیانی سطحیت کا شک ہو تو پہلے بایوپسی (Biopsy) حاصل کر کے امتحان کر لیا جائے۔

یونانی علاج :۔ مشک و زعفران کو شراب ریحانی میں جوش دے کر اس میں گاز مطہر تر کر کے حمول کیا جائے اور مقامی طور پر لگایا جائے، اس سے نہ صرف فرج فربہ ہوتی ہے بلکہ لطیف پیدا ہو کر شہوت مردگی رفع ہوتی ہے۔

شیخ نے اس مرض میں کرم دانہ کو بھی مفید بتایا ہے۔

(ج) تدرن (Tuberculosis) :۔ فرج میں تدرنی قروح شاذ و نادر ہی پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی دو قسموں یعنی تقرحی اور ریشہ تضخمی کی شناخت ہو سکی ہے۔ یہ تناسلی یا کلوی قنات کے اسفلی احشا سے عارض ہوتے ہیں۔ اس کی سرایت تپ دق کے مریض سے جماع کے وقت بھی منتقل ہوتی ہے۔ کبھی التہاب کے سبب کا فی ریشہ پرورش پائی جاتی ہے۔ بایوپسی کے خوردبینی امتحان سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ مقامی علاج زیادہ نافع نہیں ہوتا۔ بلکہ اصولی علاج کی ضرورت پڑتی ہے کیونکہ بالائی تناسلی قنات میں سرایت عموماً موجود ہوتی ہے۔

رات کو اطریفل غددی ۱۰ گرام ہمراہ آب تازہ کھلا دیا کریں اور صبح کو اطریفل شاہترہ ۱۰ گرام ہمراہ عرق مکوہ کھلائیں۔ مقامی طور پر کشتہ ہڑتال الائچی (۱ بار دھو یا ہوا) میں ملا کر لگائیں، ابتدائی مدارج میں موثر ثابت ہوتا ہے مقامی طور پر وسیع شگاف کے علاوہ برقی حرارت رسانی بھی مفید ہے۔ مزید تفصیل متعلقہ باب میں ملاحظہ کی جائے۔

(د) شعاع فطریت (Actinomycosis) :۔ ایک دردناک فرجی تضرر ہے۔ مواد کا خوردبینی امتحان کرنے سے فطر (Fungus) ایک شعاعی پس منظر پیش کرتا ہے جس سے مرض کی نوعیت واضح ہو جاتی ہے۔ مواد میں مثال گندھک نارنجی یا سبزی مائل زرد دانے پائے جاتے ہیں جو مخرش خاصیت

کے حامل ہوتے ہیں، جس کے ساتھ ساتھ مقامی طور پر چھوٹے خراجات پائے جاتے ہیں۔ قطر شعاعی مجموعہ کی شکل میں، پیپ میں چھوٹے کنکریلے، پیلے پیلے ٹکڑوں کی حالت میں مشاہدہ کئے جاسکتے ہیں۔ ان کی سرایت جب فرج میں ہوتی ہے تو بافتوں کی تیزی سے تباہی ہونے لگتی ہے، اس کی ہر سرایت آنت یا زائدہ دودیہ سے پھیلتی ہے، لیکن مرض کا کورس بعینہٖ ویسا ہی ہوتا ہے، جیسا جسم کے کسی بھی حصہ میں اس کی سرایت سے ممکن ہے۔ اگر رحم اور قاذفین بھی ماؤف ہوں گے تو مزمن خراج دریافت کیا جاسکتا ہے جس سے تشخیص میں دشواری پیش آسکتی ہے اور سرطانی امراض کا شبہ ہوسکتا ہے۔

علاج :۔ سرایت زدہ بافتوں کو شگاف دے کر آزادانہ استیصال کر دینا چاہیئے اور سطوح پر ٹنکچر آیوڈین کا طلاء کیا جائے۔ چند روز تک پوٹاشیم پر مینگنیٹ بمقدار ۵ ملی گرام دن میں تین بار دیا جائے اور اس کے بعد ایک اونس کلورین واٹر پلایا جائے۔ پھر ایک ہفتہ کا وقفہ دیکر اعادہ کیا جائے۔ اس کے بعد مہینہ میں محض ایک بار تکرار کیا جائے۔

جدید ترین علاج :۔ پنسلین دوائے منتخب ہے، اسے ابتداً بڑی مقدار میں مسلسل استعمال کیا جائے، تاوقتیکہ ظاہری طور پر شفایابی نہ ہوجائے۔ اس کے بعد خفیف مقدار میں مزید چند انجکشن دینا چاہیئے۔ پنسلین کے ساتھ سلفونامڈ بطور معاون دوا کے استعمال کرسکتے ہیں مستثنیٰ اصابات میں جبکہ پنسلین کے خلاف ہٹ موجود ہو، دیگر انٹی بائیوٹک مثلاً ٹٹرا سائیکلین یا اسٹرپٹومائسین آزمائی جاسکتی ہے۔ جرحی معالجہ کے فیصلہ میں تاخیر نہ کرنی چاہیئے۔ اور کسی بھی خراج یا سرایتی رتبہ کی سیلیت کر دینی چاہیئے یا شگاف دے کر کھرچنا چاہیئے۔ ان اصابات میں قبل اور بعد جرحی پنسلین معالجہ ناگزیر ہے، جسے ایک طویل مدت تک بروئے کار لانا چاہیئے۔

یونانی علاج :۔ کوئی موزون مصفی خون نسخہ بروئے کار لائیں مثلاً درج ذیل :۔

اطریفل شاہترہ ۷ گرام کھلا کر اوپر سے لعاب بیدانہ ۳ گرام، شیرہ عناب ۵ دانہ، عرق مصفی مرکب (۱۲۵ ملی لیٹر) یا عرق شاہترہ (۱۲۵ ملی لیٹر) میں شیرہ و لعاب نکال کر شربت عناب (۲۵ ملی لیٹر) ملا کر چند یوم صبح و شام پلائیں۔ اس کے بعد حسب ذیل نقوع دیں۔ شعاع فطریت میں بطور خاص مفید ہے :

(ص) شاہترہ، چرائتہ، سرپھوکا، منڈی، بلیلہ، صندل سرخ ہر ایک ۷ گرام، عناب ۵ عدد دانہ کو گرم پانی میں بھگو کر صبح مل چھان کر شربت عناب (۲۵ ملی لیٹر) ملا کر نوش کرائیں۔

مقامی طور پر حسب ذیل دوائیں استعمال کرائیں :

عنب الثعلب خشک، برگ نیم ہر ایک ۱۲ گرام (۹ گرام) کیلئے پانی میں جوش دے کر نطول کریں۔ اگر ریم زا

سرایت ہو تو حسب ذیل نسخہ مفید ہے:۔

(س) نیلا تھوتھا باریک پیس کر مذکورالصدر نسخہ میں شامل کریں یا۔

نصف گرام

(ص) مرہم سفید کاشغری میں مذکورہ نیلا تھوتھا ملا کر اور سفیدی بیضۂ مرغ، آب کاسنی سبز،

۱۲ ملی لیٹر ایک عدد ۱۲ گرام

روغن کیلا اضافہ کرکے تابدے استعمال کرائیں۔

۱۵ ملی لیٹر

دیگر عوارضات کا علاج حسب ضرورت کریں۔ چنانچہ شدید درد کی حالت میں روغن گل میں

۱۵ ملی لیٹر

موم سفید، ایلوا، باریک پیس کر حمول کریں۔

۱۲ گرام ۳ گرام

پرہیز و غذا:۔ سخت حرکات اور بادی و ثقیل غذائیں کھانے سے احتراز کیا جائے۔ لطیف و زود ہضم غذائیں مثلاً بکری کا شوربا، چپاتی، مونگ، ارہر کی دال، کدو، پالک، ترئی، ٹنڈا وغیرہ کی ترکاری بدل بدل کر دیتے رہیں اس طرح غذا بھی متنوع ہو جائے گی۔

(ط) ثالیل فوج (فوجی مسّے) (Vulval Warts):۔ فرج پر چھوٹے چھوٹے گوناگوں حلیمی سلعات نمودار ہو سکتے ہیں، جو بسا اوقات مہبل میں بھی واقع ہوتے ہیں یہ دراصل ایک تشنجی سرایت کے نتیجے میں عموماً اس وقت ثانوی سرایت کے طور پر عارض ہوتے ہیں جبکہ وافر مقدار میں مہبلی مواد موجود ہو۔ یہ مخرش صفات کے حامل ہوتے ہیں۔ سوزاک کی حالت میں نوکدار خلطاحی سلعات نمودار ہوتے ہیں لیکن ایسا ہی ضرر شوی ثعالیہ مہبلی میں بھی نظر آتا ہے۔ یہ سب پہلی بار دوران حمل نمودار ہو سکتے ہیں اور وضع حمل کے بعد تحلیل ہو جاتے ہیں۔

مستثنیٰ حالات میں حلیمی سلعات بہت زیادہ بڑھ سکتے ہیں جو عموماً افزائش پذیر رہتے ہیں، خاص طور سے جبکہ مقامی حفظان صحت کی طرف خاطر خواہ توجہ نہ دی جائے۔

یونانی علاج:۔

(س) مغز تخم نیم، مغز تخم بکائن، تخم گندنا، رسوت، گوگل، مرچ سیاہ ہر ایک ۶ گرام کوٹ چھان کر گکروندے کے پانی میں گوندھ کر جنگلی بیر کے برابر گولیاں بنالیں۔

مقدار خوراک، دو عدد ٹھنڈے پانی کے ہمراہ کھلائیں۔

درد و سوزش کو تسکین دینے کے لئے افیون و رسوت ہر ایک ایک گرام پانی میں حل کر کے لگائیں۔

مسوں سے خون جاری ہو تو حابس دم ادویہ دیں۔

بعض اطبا ابتدا میں چند یوم تک نقوع شاہترہ دیتے ہیں، اس کے بعد مسہل اور پھر معجون عشبہ معمول جوب چینی، عرق جوب چینی ہر ایک ۶۰ گرام، شربت عناب کے ساتھ دیں اور بوقت خواب اطریفل

۳۰ ملی لیٹر

شاہترہ چند یوم تک دیا جائے۔
مصفی خون دوائیں براہ دہن استعمال کرانے کے بعد ضماد ذیل مقامی طور پر لگائیں:۔
(ص) مقل، اشق ہر ایک ۲۰ گرام نیم کوب کرکے ایک رات ایک دن سرکہ کی وافر مقدار میں بھگو کر باہم آمیز کریں اور گل خطمی ۵۰ گرام، تخم مرو، تخم کتان، بابونہ، بنفشہ ہر ایک ۵۰ گرام اضافہ کرکے ضماد کریں۔

مقامی طور پر حسب ذیل مرہم بھی مفید ہے:۔
(ص) سہاگہ چوکیہ بریاں، ۲۰ گرام، گائے کا مسکہ ۴۰ گرام، پھول کے برتن میں ڈال کر نیم کے دستے سے اس قدر رگڑیں کہ یکجان ہو کر سیاہ ہو جائے۔ مطہر گاز پر لگا کر مسوں پر لگائیں۔
عملیہ: حبلی مواد کا قلع قمع کیا جائے اور مسّوں کو معدم حس کے زیر اثر برقی حرارت رسانی والی سوئی (Diathermy Needle) سے شگاف دیکر دور کیا جائے۔

(و) داء الفیل فرج (Elephantiasis Vulvae):۔ یہ عارضہ افریقہ اور ایشیا میں دیدان سلکیہ (فائلیریا) (Nematode Worm (Filaria)) کی متعدد اقسام کی سرایتوں سے عارض ہوتا ہے۔ اس میں ایک ادنیٰ درجہ کا التہابی تعامل اور لمفاوی احتباس ہوتا ہے۔ یہ مرض زیادہ تر بظر کو ماؤف کرتا ہے لیکن شفر صغیر کو بھی لپیٹ میں لے سکتا ہے، اور شاذ و نادر ہی شفر کبیر بھی زد میں آجاتا ہے اس میں زیریں جوارح فرج کی متصلہ بافتیں متورم ہو جاتی ہیں اور عمومی اذیما موجود ہوتا ہے۔ واحد علاج جرحی استیصال ہے۔ دیگر سرایتوں کا مناسب ادویہ سے تدارک کیا جائے۔

زہراوی امراض

سوزاک:۔ اس مرض کے حاد درجہ میں فرج سرخ، متورم اور نم ہو سکتی ہے جس میں کافی درد اور سوزش موجود ہو سکتی ہے۔ مبال، عنق یا بارتھولین گلینڈ سے قیحی مواد کا اخراج ہو سکتا ہے۔ مزمن درجوں میں سوزاکی مسّے نوکدار غلطاحی سلعات شفرتین کے اوپر یا کنج ران میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ سوزاکی التہاب فرج کا مفصل بیان سوزاک کے ذیل میں گذر چکا ہے۔
آتشک:۔ فرج پر کہیں بھی ابتدائی آکولے پائے جا سکتے ہیں۔ ثانوی درجہ میں نلطاحی ثانوی سلعات (Secondary Condylomata) ہو سکتے ہیں۔
علاج:۔ تفصیل کے لئے آتشک کا بیان ملاحظہ فرمائیے۔ مناسب انٹی بایوٹک کا انتخاب کیا جا سکتا ہے، مصفی خون دوائیں براہ دہن دی جائیں اور مقامی استعمال کے لئے سفیدہ کاشغری ارجوتی

کافور ۲-۲ گرام باریک پیس کر لعاب ریشہ خطمی بقدر ضرورت میں ملا کر زخموں پر لگائیں۔

دوائے ذیل ورم رحم کو نافع ہے۔

روغن گل، سرکہ شراب، عرق گلاب، آب آس بقدر ضرورت لے کر باہم ملالیں اور اس میں کپڑا آلودہ کرکے قرحہ رحم پر رکھیں۔ اوپر سے انڈرویر پہنا دیں۔

اکولہ:۔ یہ فرج وحبل پر چھوٹے چھوٹے غیر صلب اور تھلے قروح کی شکل میں پائے جاتے ہیں اس کا سبب گیٹو لینی ڈکری کا عصیہ ہوتا ہے جو بذریعہ جماع بالغ افراد میں منتقل ہوتا ہے۔ قروح عموماً اور دردناک ہوتے ہیں۔ کنج ران کے غدد متورم اور دردناک ہوتے ہیں اور کنج ران میں ثانوی سرایت کے نتیجے میں ایک گلٹی (Bubo) بن جاتی ہے۔

التہاب حُبیبی اُربی (Granuloma Inguinale) اس کا سبب دونونی حُبیبی ذراتیتی (Donovani Granulomatis) عضویہ ہوتا ہے جو کلیبسلا ذراتیت (Klebsiella Granulomatosus) سے موسوم ہے یہ مقاربت کے نتیجے میں عموماً منتقل ہوتا ہے۔ شفرتین کے اندرونی منظر یا قلفة البظر (Prepuce) سے عام طور سے ابتدائی خراش پائی جاتی ہے۔ التہاب حُبیبی اُربی آبلوں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو بعد میں ٹوٹ کر قرحہ بنجاتا ہے۔ یہ عجان کی جلد یا جانبی طور پر کنج ران تک پھیل سکتا ہے۔ چند سال بعد سرطانیتی تغیرات رونما ہو سکتے ہیں۔

یہ دردناک قروح خارجی طور پر کھردرے ہوتے ہیں جو دبیز کھرنڈ سے پوشیدہ ہو سکتے ہیں۔ لچکدار اور غیر ملون فت (کھرنڈ) باقی رہ جاتی ہے۔ لمفاوی احتباس سے شفرتین میں نمایاں کلان پیدا ہو سکتی ہے۔

تشخیص:۔ ذراتیتی تغیرات (Granulomatous Lesions) کے کنارے سے تھوڑا سا حصہ کھرچ کر شریحہ پر پھیلائیں، اسے مثبت کرنے کے بعد رائٹ رنگ (Wrk's Stain) سے رنگ لیا جائے یک نواتی خلیات (Mononuclear Cells) کے سیتوپلازمہ (Cytoplasm) میں مخصوص دونودن اجسام دیکھے جاسکتے ہیں۔

علاج:۔ ٹیٹرا سائیکلین یا آکسی ٹیٹرا سائیکلین بمقدار ۱ گرام ہمراہ حیاتین ب مرکب ۵ ایوم تک دیا جاسکتا ہے۔

یونانی علاج: مطبوخ ہفت روزہ پلا کر جو ہر منقی، موبز منقی میں لپیٹ کر نگلوا دیں اور شام کو معجون عشبہ ۱۲ گرام کھلا کر اوپر سے عرق عشبہ ۱۰۰ گرام، عرق مصفی مرکب ۵۰-۵۰ ملی لیٹر ملا کر پلائیں مقامی

طور پر مرہم آتشک لگائیں۔

زہراوی التہاب لمفی جُبیبی (Lymphogranuloma Venerum) :- اس کا سبب ایک نوعی تشبب (Virus) ہوتا ہے جو التہاب لمفاوی جبیبی (Lymphogranuloma Psittacosis) جماعت سے تعلق رکھتا ہے۔ یہ تین حصوں میں ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے جن کے مابین طویل المدتی وقفہ موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ پہلے حصہ میں جلد کا تاکل پایا جاتا ہے جو بعد میں معدوم ہو جاتا ہے یا ترقی کرکے قرحہ بن جاتا ہے۔ متاثرہ رقبہ قید الشفرتین، ثقبۂ مبال اور شفرتین کی وسطی سطح ہوتی ہے۔ یہ تاکل شاذ و نادر ہی الیم یا دردناک ہوتا ہے اور اکثر مریضہ اس سے بے خبر ہوتی ہے۔ ثانوی درجہ میں التہاب غدہ موجود ہوتا ہے۔ غدد اربی متورم اور بدرنگ ہو جاتے ہیں جو از خود منشق ہو کر اندر از پیپ آمیز آبی رطوبت کا اخراج کرتے ہیں۔ یہ آخرش مندمل ہو جاتے ہیں اور کنج ران میں کھرنڈ (ندبات) چھوڑ جاتے ہیں۔ آخری درجہ میں بافت کی تباہی اور کیفیت عارض ہو کر شفرتین اور مبال کو مسدود کر دیتے ہیں اگر مبال میں زیادہ تباہی و بربادی پیدا ہوتی ہے تو سلسل بول کا عارضہ پیش آجاتا ہے۔ خارجی حرقفی غدد بھی قابل جس ہو سکتے ہیں۔

یہ مرض آخر میں معاد مستقیم اور مبرزی مستقیمی مقام اتصال کو بھی متاثر کر سکتا ہے۔ ایسی صورت میں گرد مستقیمی عروق لمف التہاب متعدد اور مستقیمی تقرح عارض کر دیتے ہیں جس سے تضیق پیدا ہو کر ابتدائی سرایت کے برسوں بعد انسداد امعاء عارض ہو سکتا ہے۔

تشخیص :- اربی جیوب کے مادہ بافت (Biopsy) یا ان میں سے خارج ہونے والے ریم سے تیار شدہ جیمسا نمونہ شریحات (Giemsa Stained Slides) میں سرطلمی خلیات میں سرایتی تشبب کا پتہ لگایا جا سکتا ہے

علاج :- ورم جبیبی اور ورم لمفی جبیبی زہراوی (Lymphogranuloma Venerum) کا علاج ٹیٹراسائیکلین ۱ گرام یومیہ سے شروع کرنا چاہیئے۔ اور کم از کم ۱۴ تا ۲۰ دن تک یہ دوا براہ دہن بشکل کیپسول یا بذریعہ اشراب دی جائے اس دوا کے متعدد کورس کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔ اس کے ہمراہ حیاتین ب مرکب کے اقراص یا کیپسول بھی دیئے جا سکتے ہیں۔ شاذ و نادر عملیہ کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسی حالت میں فرج برآری یا عملیہ تجدید انجام دینا چاہیئے جس کے لئے طالب طب اور عامل طب کو عملیہ کی کتب کا باقاعدہ مطالعہ اور مشق بہم پہنچانے کی ضرورت ہے۔

نوٹ :- یونانی علاج اور دیگر تفصیلات کے لئے سوزاک و آتشک کا مفصل مطالعہ کیا جائے تصفیہ خون کی تدابیر پر عمل کیا جائے اور مدمل و مسکن مراہم مقامی طور پر لگائے جائیں۔

چنانچہ اس مقصد کے لئے مرہم داخلیون اور مرہم باسلیقون کا استعمال نافع ہوا کرتا ہے۔ مرہم آتشک بھی مفید ہے جس کا نسخہ درج ذیل ہے:-

(ص) توتیا ہندی ۱۰ گرام، شنگرف ۲۵ گرام، گرد چوب چینی تیار کرکے مقامی طور پر لگائیں، شب و روز میں فائدہ مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

ثانوی التہاب فرج

مہبلی مواد اور التہاب مہبل:- مہبل سے وافر مقدار میں خارج ہونے والی کوئی بھی رطوبت فرج کو مسلسل نم رکھتی ہے اور انجام کار التہاب فرج عارض ہو جاتا ہے۔ اس طرح کا التہاب فرج عارض کرنیوالی کثیر الوقوع سرائتیں مونیلیائت (Moniliasis)، شعری ثعالیت اور سوزاک ہیں کبھی کبھی تو مرض کا علاج کرنے سے التہاب فرج کا اصل سبب سمجھ میں آجاتا ہے۔

جلدی امراض اور التہاب فرج

اکثر حسب ذیل جلدی امراض کے نتیجہ میں التہاب فرج عائد ہوتا ہے، جن کے تفصیلی مطالعہ کے لئے جلدی امراض کی کتاب دیکھنی چاہیئے۔

(۱) **مزمن التہاب جلد:-** کسی عنصر مثلاً کریم، مرہم، صابن یا کسی کوسمیٹک کا تعامل یا کسی خاص کپڑے کے سبب جن کا ہر وقتی تعلق جلد سے رہتا ہے، فرج متاثر ہو سکتی ہے، جس کے نتیجے میں مقامی خراش پیدا ہو سکتی ہے۔ اس کا سبب کوئی عصبیہ بھی ہو سکتا ہے۔ جلدی التہاب اپنے مختلف رنگ روپ میں نمودار ہو سکتا ہے اور تشخیص مرض میں ماہر امراض جلد سے مشورہ کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

یونانی علاج: مزمن التہاب جلد کا اصل سبب معلوم کرکے اس کے تدارک کی سعی کریں اس میں مقامی صفائی کا خصوصی اہتمام کریں۔ تبعض کی حالت میں حب ملین ہمراہ آب نیم گرم سوتے وقت دیں تسکین درد کے لئے پوست خشخاش کے جوشاندہ میں آبزن اور تکمید کرائیں اور اسی میں گاز تر کرکے مقام ماؤف پر رکھیں۔

حسب ذیل نسخہ براہ دہن دینا مفید ہے:-

(ص) گل سرخ، گل بنفشہ، عنب الثعلب، بادیان، تخم خیارین، شاہترہ ہر ایک ۵ گرام، عناب ۵ عدد رات کو گرم پانی میں بھگو دیں، صبح مل چھان کر شربت بزوری ملا کر نوش کرائیں۔ مقامی طور پر حسب ذیل ضماد نافع ہے:-

(ص) عنب الثعلب، گل بابونہ، اکلیل الملک، سنبل الطیب، تخم خطمی ہر ایک ۲۵ گرام، آب مکوہ سبز میں پیس کر ضماد کریں۔

(ب) چنبل (تقشف الجلد) (Psoriasis): یہ جلدی خراش جسم کے کسی بھی حصہ خصوصاً کہنی اور گھٹنے پر نظر آتی ہے لیکن جبل الزہرہ اور شفر کبیر کو بھی متاثر کر سکتی ہے۔ نقرئی دھبے ابھار کی شکل میں بہت نمایاں ہوتے ہیں، یہ قطعات نقرئی پرتوں سے ملفوف رہتے ہیں۔ ان پرتوں کو کھرچنے پر سرخ یا گلابی خرد دانے نمودار ہوتے ہیں۔ اس کا سبب معلوم نہیں اور نہ کوئی مخصوص علاج ہے۔ تاہم مقامی اسٹیرائڈ کافی موثر ثابت ہوتا ہے۔

علاماتی علاج کے طور پر ڈائی تھرینول مرہم (ڈیروبن مع ہائیڈروکارٹی سون) ہائیڈ (Derobin Hpdrocorisone) ساختہ گلیکسو مفید ہے۔ جس میں ہائیڈروکارٹی سون کے علاوہ سیلی سلک ایسڈ اور کولتار بھی شامل ہیں۔ اسے گاز کے ذریعہ مقام ماؤف پر لگایا جائے۔

یونانی علاج: سلفر سوپ سے ہر روز غسل کیا جائے اور فرج کو اسی سے دھویا جائے۔ مقامی طور پر مرہم گوگرد، مرہم قطران، یا مرہم سفیدہ کافوری لگائیں۔

(ص) شاہترہ ۶ گرام، پوست ہلیلہ زرد، پوست ہلیلہ کابلی، پوست بلیلہ، آملہ منقی ہر ایک ۶۰ گرام، ریوند چینی ۱۲ گرام جملہ دوائیں کوٹ چھان کر روغن بادام میں چرب کر کے بقدر نخود گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: ۱۲ گرام ہمراہ آب تازہ یہ دوا ایک ہفتہ تک جاری رکھیں۔ اس کے بعد حب سم الفار عرق مصفی کے ہمراہ کھانے کے کچھ دیر بعد دیں۔

چنبل (تقشف الجلد) میں حسب ذیل حبوب بھی مفید ہیں:-

(ص) ریوند چینی ۶ گرام، کندر ۳ گرام، سیماب، سم الفار ۲-۲ گرام، صمغ عربی ۶ گرام۔

سیماب کو آب لیموں میں کھرل کر کے جملہ دوائیں کوٹ چھان کر اس میں ملا کر دانہ مونگ کے برابر حبوب بنائیں۔

مقدار خوراک: ایک ایک گولی صبح و شام ہمراہ آب تازہ۔

(ج) اکزیما (Eczema): اس کا آغاز عموماً شفرتین کبیر کی داخلی سطح پر بثوری ثوران (سرخی) کے ظہور کے طور پر ہوتا ہے۔ تاہم یہ شفرتین صغیر اور فرج کے مخرجے میں بھی پایا جا سکتا ہے یہ ثور آبلہ کی طرح ہو جاتے ہیں جس میں کثرت ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے بعد صرف ایک مرطوب سطح باقی رہ جاتی ہے اس سطح کے ارد گرد جلد ہی سرخ رنگ کا ایک منطقہ بن جاتا ہے۔ حاد اصابات میں دور تک

پھیل کر عجان اور رانوں کی اندرونی سطوح کو اپنی لپیٹ میں لے لیتا ہے۔ حاد اصابات میں درد اور مزمن میں جلن اور خارش پائی جاتی ہے۔ جب یہ مزمن ہو جاتے ہیں تو رقبے خشک ہو جاتے ہیں جن کے اوپر تقشر موجود ہوتا ہے۔ ان کے اندر اکثر بیش پرورش پائی جاتی ہے۔ یہ مرض حاد و مزمن دونوں حالات میں انتہائی اذیت ناک ہوتا ہے۔ اس کا علاج داخلی و خارجی طور پر پابندی سے کرنا چاہیئے۔

علاج :۔ کالزانہ (Kalzana) یہ سوڈیم لیکٹیٹ اور کیلشیم لیکٹیٹ کا عمدہ مرکب ہے۔ دو ٹکیہ دن میں ۳ بار بعد از غذا چبا کر استعمال کرایا جائے۔ کیلسی برونیٹ (Calcibronat) ساختہ سینڈوز ایک ایمپول یعنی ۱۰ ملی لٹر کا وریدی اشراب ہفتہ میں دو بار کیا جائے اور اس کی تاثیر بڑھانے کے لئے اسی کی جوشاندہ ٹکیہ روزانہ ۲ عدد براہ دہن استعمال کرائی جائے۔ جدید تحقیقات سے اس مرض میں وٹامن بی کمپلکس مفید ثابت ہو چکی ہے۔ اس مقصد کے لئے سربکس ٹی (Surbex—T) ۳ چار کا چمچہ بھر دن میں ۲ — ۳ بار قبل از غذا دیا جائے۔ مقامی استعمال کے لئے یوریکس ہائیڈروکارٹی سون (Eurax Hygrocortisone) مفید ہے۔ سر فرادکیس کریم ساختہ رسل اکزیمک علاج میں بیشتر تالیفات پر سبقت لے گئی ہے لیکن یہ ایک گراں علاج ہے۔ یہ دوا اکزیما میں جلن اور سرایت کو کنٹرول کرتی ہے۔

یونانی علاج :۔ شدید اصابات میں مقام ماؤف کو پانی یا صابن سے دھونے سے احتراز کریں اور اس کے چھلکے یا کھرنڈ اتارنے کے لئے روغن نارجیل یا روغن گل میں گازلت کر کے فرج پر رکھیں اور اوپر سے انڈرویر پہن لیں۔ جب کھرنڈ اتر کر زخم صاف ہو جائے تو درج ذیل نسخے استعمال کرائیں:۔

سب سے پہلے تنقیہ کی خاطر حسب ذیل حبوب ۴۔۵ یوم تک استعمال کرائیں:۔

(۱) مصطگی، صبر، بسفائج، سقمونیا، پوست بلیلہ زرد ہر ایک ۱۲ گرام، حجر ارمنی ۴ گرام جملہ دوائیں باریک پیس کر آب کاسنی میں ملا کر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: ۲ گرام بوقت خواب روزانہ براہ دہن دیں۔

نوٹ: تنقیہ کے لئے مطبوخ بلیلہ وافیتمون بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ تنقیہ کے بعد حسب ذیل جراثیم کش ادویہ استعمال کرائیں۔

(۲) عنب الثعلب، گل سرخ، گل نیلوفر، برادہ شیشم، برادہ آبنوس ہر ایک ۵۔۲ گرام برگ شاہترہ نصف کلو، صندل سفید، تخم کاسنی، تخم بادرنجبویہ، افیتمون، عناب ہر ایک ۵۔۲ گرام جملہ دوائیں ۲ لیٹر پانی میں بھگو کر بطریق مقرر ۶ بوتل عرق کشید کریں۔

مقدار خوراک: ۳۰ ملی لیٹر بوقت صبح۔

مقامی طور پر مرہم سفید لگائیں بعد میں لعاب بہیدانہ ٦ گرام، سفیدی بیضۂ مرغ ایک عدد میں ملا کر لگائیں۔

(د) تسمیط (Interterigo): یہ اس خط کا کثیر الوقوع جلدی مرض ہے اور موسم گرما میں بکثرت واقع ہوتا ہے۔ یہ مرض کثرت پسینہ یا عدم صفائی کے سبب عموماً فربہ اور غلیظ عورتوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ فرج اور رانوں کی اندرونی سطوح میں سرخی نمودار ہوتی ہے۔ اس سے کھجلی اور درد پیدا ہوتا ہے، اور کھرچنے کھجلانے سے ثانوی سرایت بڑھنے کا امکان بڑھ جاتا ہے۔

سبب کا ازالہ کیا جائے۔ حفظان صحت کے اصولوں کی پابندی کرائی جائے، ہوادار ڈھیلے کپڑے پہنائے جائیں۔ مریضہ کو ہر روز غسل دیا جائے اور جلن کی تخفیف کے لئے کیلے مائن لوشن (Calamine Lotion) مقامی طور پر لگایا جائے۔ علاوہ بریں نشاستہ اور زنک آکسائڈ پاؤڈر کا چھڑکاؤ کیا جائے۔ کسی طرح کی بھی میلی رطوبت کا دفیعہ کیا جائے۔ نیوپر کینال (ساختہ سیبا) مفید مرہم ہے۔

یونانی علاج: حدت خون کی حالت میں حسب ذیل نسخہ تبرید دیں:-

(س) لعاب بہیدانہ ٦ گرام، شیرۂ عناب ٥ عدد، شیرۂ مغز تخم کدو شیریں ١٢ گرام، عرق مرکب مصفی ١٢٥ ملی لیٹر، شربت نیلوفر ٥٠ ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر نضج کی ضرورت محسوس ہو تو منضج و مسہل ادویہ استعمال کرائیں۔

مقامی استعمال کے لئے حسب ذیل دوائیں مفید ہیں:-

دودھ و روغن گل سے نطول کریں۔ چند یوم بعد حسب ذیل ضماد لگائیں:-

(س) تخم کاہو مقشر، صندل سفید، تخم خشخاش، تخم خطمی، تخم خرفہ سیاہ، رسوت، آب برگ کشنیز سبز، آب برگ عنب الثعلب میں پیس کر قدرے روغن گل و سفیدی بیضہ مرغ ملا کر استعمال کرائیں۔

قوت کی بحالی کے لئے اقراص کشتۂ فولاد ہمراہ انوشدارو استعمال کریں۔

(ہ) قوبا (داد) (Ringnerm): عورتوں میں کنج ران، سرین اور فرج پر دھوبی کھجلی (Tinea – Curius) کا وقوع نادر الوقوع ہے۔ اس کا سبب ایک قسم کی پھپھوندی ہوتی ہے۔ یہ عموماً چوتھی اور پانچویں انگلیوں کے درمیان بھی پایا جاتا ہے۔ یہ مدور اور سرخ منظر پیش کرتا ہے۔ اس کا علاج دافع فنگی ادویہ سے کرنا چاہیئے۔ مقامی طور پر بنزوئن اور سیلی سیلک ایسڈ کا مرہم لگایا جائے۔ ڈیروبن مع ڈائیڈرو کارٹی سون (ساختہ گلیکسو) مرہم جلد لگایا جائے اور گرائی سوین ساختہ گلیکسو براہ دہن دیا جائے۔

یونانی علاج: مقام ماؤف کو نیم سوپ سے اچھی طرح دھو کر تولیہ سے خشک کرکے حسب ذیل مراہم میں سے کوئی ایک منتخب کرکے لگائیں:-

(س) ا۔ تخم پنواڑ، سہاگہ، گندھک، مردار سنگ، کات سفید ہر ایک ٣ گرام، رسکپور، جملہ دوائیں

باریک پیس کر صاف پیرافین میں ملا کر مرہم تیار کریں۔

(ص ۲) تخم پنواڑ، سیماب مساوی الوزن کو خوب گھس کر داد پر مالش کریں۔

منتخب اصابات میں حسب ذیل نسخہ چند یوم تک استعمال کرائیں

(ص) تخم پنواڑ، باپچی، بیخ انجیر دشتی، از کچور ہر ایک ۶ گرام شب کو آب گرم میں بھگو دیں صبح زلال حاصل کر کے پلائیں۔

قوبا کے ہمراہ اگر خارش و سوزش بھی ہو تو دو تین یوم میں زائل کرتا ہے۔

(ص) مغز تخم کدو ۵۰ گرام، توتیائے مغسول ۹ گرام ہمراہ دودھ تازہ ضماد کریں۔

ہدایت: اندرونی ملبوسات ہمیشہ خشک استعمال کرنا چاہیئے۔

(و) تناسلی غلہ (Genital Herpes) :- اس کا سبب ایک مخصوص قشب (Virus) ہوتا ہے۔ یہ دوران حمل یا نفاس میں عارض ہو سکتا ہے اور بوقت طمث مکرر ہو سکتا ہے۔ اس کی دو قسمیں نملہ منطقہ (H. Zostea) اور نملہ ساد (H. Phoneg) ہوتی ہیں۔ فرج پر آبلوں کے گروہ پیدا ہو جاتے ہیں اور منشق ہو کر خشک ہو جاتے ہیں۔ آبلہ بننے سے پیشتر شفر میں شدید کھجلی ہوتی ہے۔ اعصاب حساسہ کے بری طرح متاثر ہونے سے شدید درد ہوتا ہے۔

اس کا کوئی نوعی علاج نہیں ہے۔ بسا اوقات پیٹوٹرین ۲۰ ملی لٹر کا زیر جلد عضلاتی اشراب دورۂ تنگ کرنے سے علامات موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کو معمر مریضوں میں استعمال نہ کیا جائے بسمتھ کاربونیٹ (Bismuth Carbonate) ایک ڈرام اور لینولین (Lanoline) ایک اونس کا مرہم بنا کر لنٹ پر پھیلا کر ماؤف حصے پر لگایا جائے۔ نیوپرکینال (ساختہ سیبا) بھی مفید مرہم ہے۔ برائے رفع درد کے لئے ٹائی نال معہ کوڈین (Tylenol+Codein) اور مسکنات براہ دہن دیں۔

یونانی علاج: تناسلی نملہ میں فرج کو سرد پانی میں ۲-۳ منٹ تک روزانہ دو تین بار یومیہ ڈبونے سے سوزش میں کمی واقع ہوتی ہے۔ دانوں کی موجودگی میں کسی تیز دوا کا استعمال ممنوع ہے۔ درد کی زیادتی کی حالت میں پوست خشخاش سفید کے جوشاندہ سے بار بار ٹکور کریں۔

ابتدا میں ۲-۳ یوم درج ذیل نسخہ استعمال کرائیں:۔

(ص) تخم کاسنی، تخم کشوث، عنب الثعلب، پوست ہلیلہ زرد ہر ایک ۶ گرام، تمر ہندی، آلو بخارا ۔ جملہ ۱۰ عدد دوائیں آب گرم میں بھگوئیں۔ ۶ گھنٹے بعد صاف کر کے ترنجبین ۵۰ گرام حل کر کے صبح و شام پلائیں۔

چوتھے روز مذکورہ نسخے میں مغز فلوس خیار شنبر اور شیر خشت ہر ایک ۵۰ گرام اضافہ کر کے مسہل دیں۔

اور اس کے بعد چند یوم تک عرق کاسنی، شاہترہ اور سکنجبین بزوری ملا کر پلائیں۔

مقامی استعمال کے ساتھ دوائے ذیل مفید ہے:۔

(۱) مردار سنگ، زرد چوب، گلنار، زراوند، قنبیل ہر ایک ایک حصہ، ماز و نصف حصہ سب کو باریک پیس کر وبیلین، حصہ میں ملا کر کام میں لائیں۔ یا:۔

صندل سرخ، گل ارمنی، اقاقیا ہموزن حسب ترکیب مذکورہ تیار کرکے ضماد کریں۔ صرف برگ حنا پانی میں پیس کر لگانا بھی نافع ہے۔ قبض ہونے دیں۔ غذا میں پالک کا ساگ اور آش جو دیں ترش اور میٹھی اشیاء سے پرہیز کرائیں۔

(ذ) جرب (چھوت دار کھجلی) (Scabies): قراد الجرب (Acarus Scabei) جسم کے دوسرے حصوں کی طرح فرج کو بھی متاثر کرسکتا ہے۔ طفیلیہ مقامی جلد کے ذریعہ داخل ہوتا ہے اور اپنی گزرگاہ میں انڈے چھوڑ جاتا ہے۔ انجام کار مخصوص دانے آبلے اور کھج پیدا ہوجاتے ہیں۔ شدت کی خارش سے فرج میں بڑی بے کلی محسوس ہوتی ہے۔ سوزش کے سبب جابجا پھنسیاں اور آبلے نمودار ہوجاتے ہیں۔ جنسی ہیجان کے سبب مریضہ مقاربت کے لئے بے چین ہوجاتی ہے۔

سلفر مرہم سے علاج عموماً کامیاب ہوتا ہے۔ اینٹی ہسٹامین مثلاً سائنوپن ساختہ گیگی (Synopen) کا ابتداءمیں ۲۰ ملی گرام کا وریدی اشراب کیا جائے اور اس کے بعد ایک ٹکیہ دن میں ۳ بار دی جائے اگر اس دوا کے اشرابی علاج سے فائدہ نہ ہو تو خردنی استعمال سے شفا کی امید نہ رکھنی چاہیے۔ یوریکس ایٹڈرد سون مرہم ساختہ گیگی بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔

یونانی علاج: پیڑو کو آب گرم اور نیم سوپ سے دھو کر تولیہ سے خشک کرکے روغن گندھک کی مالش کریں، نافع ہے۔ نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:۔

(۱) گندھک ۲۰ گرام، سہاگہ، پھٹکری بریاں، کتھہ، کیلہ ہر ایک ۶ گرام۔ جملہ دوائیں باریک پیس کر سرسوں کے تیل ۲۵ ملی لیٹر میں پکا کر خوب حل کرلیں۔ مقامی طور پر لگائیں۔

شدت مرض کی حالت میں حسب ذیل خردنی نسخے استعمال کرائیں:۔

(۱) شاہترہ، منڈی، چرائتہ، سرپھوکہ، ہلیلہ سیاہ، برگ حنا، صندلین ہر ایک ۵ گرام، عناب ۵ عدد، خیساندہ بنا کر برا و دہن دیں۔

چونکہ اس مرض میں خارجی طور پر گندھک اور اس کے مرکبات مسلسل تجربات سے نافع ہوچکے ہیں لہٰذا حسب ذیل نسخہ برا و دہن دے کر بھی آزمانا چاہیے:۔

کے مسکہ میں ملا کر کھلائیں۔

(ص) اگر گندھک معفی گائے کے مسکہ میں ملا کر کھلائیں۔ ۱ گرام
اگر سوزش کے سبب پھنسیاں اور آبلے نمودار ہو چکے ہوں تو صفراء کا تنقیہ کریں اور تسکین حرارت
کے لئے شیرہ تخم خرفہ، شربت نیلوفر کے ہمراہ پلائیں یا آش جو میں شربت عناب، شربت نیلوفر آمیز کرکے پلائیں

اور مقامی طور پر درج ذیل مرہم لگائیں :-
(ص) گل تیمو یا رکھ یا مٹی، گل سرخ ۵۰ - ۵۰ گرام، چاندی کا میل، مردار سنگ، سفیدہ ارزیز شادنج
مغسول ہر ایک ۴ گرام باریک پیس کر چھان لیں اور موم ۱۲ گرام، گل روغن ۳۰ ملی لیٹر باہم ملا کر گھلائیں مرہم تیار کرکے رکھیں۔

درج ذیل ضماد النسا جرب وحکہ کے لئے مفید ہے ۔۔
(ص) سنا رکی، ہلیلہ زرد، مردار سنگ، سفیدہ قلعی ہر ایک مساوی الوزن باریک کرکے روغن بنفشہ
میں ملا کر مقامی طور پر لگائیں۔

غذا و پرہیز :- بغیر نمک کی بیسنی روٹی پر گھی لگا کر کھلائیں۔ نیز گرم مصالحے، ترش، نفاخ اور گرم غذاؤں
سے پرہیز ضروری ہے۔

نوٹ :- حکۃ الفرج کا مفصل بیان آگے آرہا ہے۔

دیگر جلدی تغیرات مثلاً بثور منبسط (Lichen Planus)، بہق (Vitiligo)، صلابت جلد
(Scleroderma) وغیرہ بھی فرج کو متاثر کرسکتے ہیں۔

۱۳

حکۃ الفرج

[Pruritus Vulvae]

خراش یا حکۃ الفرج دراصل پیچیدہ موذی نسائی علامات کی تکلیف دہ صورت ہے اگرچہ یہ ایک علامت ہے، مرض نہیں، پھر بھی اس کے ذیلی اسباب کا پتہ لگانا مشکل ہوتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ تحت الجلدی اعصاب کے بجائے بروں ادمہ میں عارض ہوتی ہے۔ ممکنہ اسباب کی فہرست درج ذیل ہے:۔

مقامی اسباب: (۱) عمومی جلدی التہابی امراض مسیط اور سادہ التہاب فرج کی دیگر اقسام مثلاً اکزیما، نملہ، چنبل، بثور منبسط، بثوری التہاب جلد کے علاوہ مزمن سرطلمی سوء تغذیہ مقامی حکۃ الفرج کا غالباً اہم ترین سبب ہے۔

(۲) بیاضی سطحیت، بثور صلبہ اور بثور مدبولہ وغیرہ۔ اس جماعت میں بیاضی سطحیت فرج خصوصیت سے قابل ذکر ہے کیونکہ یہ فرج کی کثیر الوقوع پیش سرطانی حالت ہے۔ فرج کی بیاضی سطحیت کا علاج پوری توجہ کرنا چاہیے اور اگر علاج میں ناکامی ہو تو عملیہ کو بلا تامل اپنانا چاہیے۔

(۳) فرج کے تقرحی تغیرات مثلاً کولائی التہاب جیسی اربی، التہاب لمفاوی جیسی زہراوی (زہراوی آتشکی مرض) اور سرطان بھی بسا اوقات خارش پیدا کر دیتے ہیں۔

(۴) محرش افرازات: جوان سال عورتوں میں عنق مہبل اور مبال سے محرش رطوبات خارج ہو کر شدید خارش کا باعث ہوتی ہیں۔ بعض عورتوں میں وافر مہبلی افراز کے باوجود کوئی علامت رونما نہیں ہوتی جبکہ اس کے برعکس بعض مریضات میں سیلان الرحم کے معمولی افراز سے شدید خارش کی شکایت ہوتی ہے۔ سیلان الرحم کے ان اختلافات کا انحصار لازمی طور پر جرثومی طفیلی یا فنجی عوامل پر نہیں ہوتا۔

(۵) شوری ثعالبہ، مہبلی اور فطری (ییسٹ) سرایت فرج بھی شدید خارش کا باعث ہوتے ہیں۔ چرنے کرم معا، قمل عانہ، جرب وغیرہ بھی خارش عارض کرسکتے ہیں۔ اول الذکر یعنی شوری ثعالبہ مہبلی اور مونیلیاویت تقریباً ۲۰٪ اصابات کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔

(۶) ناکمل بارتھولینی خراج سے اخراج پذیر رطوبت بھی حکۃ الفرج کا باعث ہوسکتی ہے۔

(۷) کیمیاوی خراش مثلاً قوی الاثر صابن، مخرش غسول و مراہم کا استعمال۔

(۸) عدم صفائی۔ کثیف عورتوں میں دُہنی اجزا، پسینہ، غلفۃ البظر میں صابن جیسی شے جمع ہوجاتی ہے نیز بعض عورتوں میں بولی یہاں تک کہ برازی اجتماعات کی شکایات بھی پائی جاتی ہے۔ علاوہ بریں ہندوستانی عورتوں میں کثرت پسینہ کے نتیجہ میں پیشاب بہت زیادہ مرتکز ہوکر خارش کا سبب بنتا ہے۔

(۹) چست لباس، یا حیض کے جاذبات کے سبب میکانیتی خراش۔

(۱۰) سحق۔ جو مقامی استلذاذ پر منتج ہوتا ہے اور خارش عارض ہوتی ہے۔

عمومی اسباب: (۱) سمی حالات: مختلف ادویہ کا استعمال (دوائی دھبے) یرقان، تسمم دم یعنی فساد خون، اس کی حدت و صفراویت، تسمم حمل، فتورات طمث اور تسمم بولی۔

(۲) جسمانی امراض مثلاً لیوکیمیا یا مرض ہاجکن (Hodgkin's Disease)۔

(۳) قلت والے امراض۔ فولاد کی خامی والا فقر الدم، خبیث بھس یعنی شدید قلۃ الدم (Pernicious Anaemia)، حیاتین خامی خصوصاً حیاتین الف اور ب کی قلت، قلت تیزابیت (معدہ میں) (Achlorhydria) تمدرن یا سرطان۔

(۴) ذیابیطس: ذیابیطسی حکۃ الفرج کے بیشتر اصابات میں فطری سرایت بھی عموماً موجود ہوتی ہے، اس کا ذکر اوپر ہوچکا ہے۔ خارج البیت مریضات میں فقط امتحان بول برائے شکر ناکافی ہوا کرتا ہے لہٰذا سبھی غیر واضح اصابات میں گلوکوز کے برداشت کا کاشفہ بھی روبہ عمل لانا ناگزیر ہے۔

(۵) دروں افرازی اختلالات: اس کی واضح مثال سن یاس ہیں آنشروجن خامی میں دیکھی جاسکتی ہے، جس میں شدید خراش فرج کی شکایت ہوتی ہے لیکن اس کے ہمراہ شیخوخی التہاب فرج پایا جانا ضروری نہیں اسی طرح کی علامت غدہ درقیہ کے فساد فعل کی حالت میں بھی مشاہدہ کی جاسکتی ہے۔

(۶) حساسیت بغذائی حساسیت مقامی استعمال کی چیزوں، انڈرویر میں مصنوعی اشیاء کے استعمال، مخدر مراہم، ادویہ کے علاوہ حیضی جاذبات سے بھی عارض ہوسکتی ہے۔ یہ قلیل الوقوع اسباب مزید تفتیش کے طالب ہوتے ہیں۔

(۷) نفسیاتی اسباب۔

(۸) غیر تشخیصی اسباب۔ گاہے اس کا کوئی سبب معلوم نہیں ہوتا۔

سرجری پریکٹس میں خارش کے جملہ ممکنہ اسباب کو مستثنیٰ کر لینے کے بعد اصابات کی ایک عصبی الاصل جماعت کا پتہ لگایا جاسکتا ہے، جس میں لازمی طور پر خارش موجود ہوتی ہے، جسے نفسی عصبی ظہور تصور کرنا چاہیئے۔ ایسی مریضات میں خراش کو عصبی اضطرار سے تعبیر کیا جاسکتا ہے، ان میں فرج کو کھرچنے کی کسو بہ عادت شکل ہی سے دور کی جاسکتی ہے۔ حکۃ الفرج جنسی محرومی کے نتیجے میں بھی عارض ہوسکتی ہے۔ علاوہ بریں ناپسندیدہ جنسی ساتھی کی حالت میں بھی خارش رونما ہوسکتی ہے۔

اگر مریضہ کا بلڈ شوگر یا فرج کی بیاضی سطحیت کے لئے فرج کی بایوپسی (Biopsy) کی انجام دہی ترقی پذیر سرطانی تغیر کا انداز ہونے کے باوجود مریضہ کا نفسیاتی معالجہ روبہ عمل لایا جائے تو بہرحال مذموم بات ہوگی۔ ذہنی دباؤ کی حالت میں خارش میں شدت آجاتی ہے، ویسے تو خارش کسی بھی وقت ممکن ہے، لیکن جب مریضہ سونے کے لئے بستر میں جاتی ہے تو خارش شدت اختیار کرلیتی ہے، اس کا سبب بستر کی گرمی کے علاوہ اس کا خیال ہوتا ہے جو تنہائی کی حالت میں خارش کی طرف مرکوز ہوجاتا ہے، جبکہ چلنے پھرنے اور دیگر مصروفیات کے عالم میں اس کا ذہن بٹا رہنے کے سبب خارش بھی کم محسوس ہوتی ہے۔ شدید اصابات میں ان یارات کو خارش یکساں طور پر شدید ہوتی ہے اور مریضہ کھجاتے کھجاتے وہاں کی کھال ادھیڑ دیتی ہے، بےچینی اور خراش کے سبب جب نیند حرام ہوجاتی ہے تو عمومی صحت پر بھی برا اثر پڑتا ہے۔ شفرتین صغیر و کبیر کی جلد میں بیش قرنیت عارض ہوجاتی ہے جو بھورے سفید رنگ کی ہوجاتی ہے یا عموماً مخصوص منظر ہوتا ہے۔ شدید اصابات میں بیش قرنیت بڑھ کر سرین کے داخلی رخ کو بھی متاثر کرسکتی ہے۔ موخر اصابات میں ہیکل (Stroma) میں سرخلی زبولات اور زجاجی تغیرات (Hyaline Changes) کا پتہ لگ سکتا ہے۔ شفرتین متورم ہوجاتے ہیں لیکن بالاستثناء ذیابیطس مع سرخی والمیت شاذونادر ہی پایا جاتا ہے۔

ذاتی حکۃ الفرج کی تشخیص احتیاط سے کرنی چاہیئے اور کسی نتیجہ پر پہنچنے سے پیشتر مقامی اسباب کو احتیاط کے ساتھ مستثنیٰ کرلینا چاہیئے۔ غیر واضح خارش کی تفتیش کے وقت حسب ذیل تفتیشات انجام دی جائیں۔

(۱) فرج کی جلدی بایوپسی (Biopsy) علی الخصوص بیش قرنیت میں، کیونکہ سرطانی سلعہ کے آغاز میں خارش ابتدائی امارت ہوا کرتی ہے۔

(۲) شعری شحالیہ جبلی اور مونیلیا کی بلاناغہ بار بار تحقیق کی جائے۔

(۳) بیش شکریت دموی (Hyperglycaemia) مستثنیٰ کرنے کے لئے گلوکوز برداشت کرنے کا کاشفہ (Glucose Tolerance Test) خواہ بول شکری (Glycosuria) موجود نہ ہو۔

(۴) قلت تیزابیت مستثنیٰ کرنے کے لئے معدی تجزیہ۔

(۵) فولاد کی قلت سے واقع ہونیوالے فقرالدم کو مستثنیٰ کرنے کیلئے شمار دم (Blood Count) کیا جائے۔

علاج

اسباب کا ازالہ مقدم ہے، لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ اس کے اختلال کے سبب کا پتہ لگانا آسان بھی نہیں۔ مذکورہ بالا اسباب کی فہرست کو دیکھتے ہوئے یہ اندازہ لگانا مشکل نہیں کہ اس کے سبب کی تحقیق بجائے خود جوئے شیر لانے سے کم نہیں، لیکن اس کے بغیر کامیابی کا تصور بھی نہیں کیا جاسکتا بیشتر اصابات میں خوش قسمتی سے ایک یا چند نمایاں عوامل کا پتہ چل جاتا ہے، جن کی اصلاح سے مریضہ کو سکون مل جاتا ہے بہت سے اصابات میں حقیقت معمولی نسائی امتحان سے ہی آشکارہ ہوجاتی ہے جبکہ دوسرے شدید اصابات میں بھی تشخیصی تحقیقات یہاں تک کہ عملی تو شیبے بھی بروئے کار لانے پڑتے ہیں۔ اس امر کو ہمیشہ ذہن میں رکھنا چاہیئے کہ مریضات میں سے ہر ہم مریضات شعری تعاریۂ جہلی، مونیلیا، ذیابیطس یا دوسرے مقامی تعرض میں مبتلا ہوتی ہیں، جن کا علاج شفایابی سے ہمکنار کردیتا ہے۔

۱۵ تا ۲۰ فیصدی مریضات میں کوئی اطمینان بخش سبب معلوم نہیں ہوپاتا، ایسی صورت میں معالج کو ہمیشہ معالجاتی آزمائشوں سے گزرنا پڑتا ہے، جس میں لغزشوں کا زیادہ امکان رہتا ہے۔ چند مخصوص اصول علاج درج ذیل ہیں:۔

(۱) علاج والے جملہ اصابات میں نہ صرف کثرت حرکات کثرت جماع سے پرہیز ناگزیر ہے بلکہ حفظان صحت کے جملہ اصولوں پر کاربند رہنا بھی ضروری ہے۔ زیادہ چست اور زیادہ گرم کپڑے پہننے سے احتراز ضروری ہے خراش پیدا کرنے والے جملہ عوامل سے گریز کرنا چاہیئے اور صفائی کی جانب پوری توجہ دی جائے۔ مصنوعی ریشوں والے کپڑوں کو نیچے پہننے، قوی الاثر صابن، معطرات مثلاً خوشبودار پاوڈر یا لوشن کے استعمال کو ترک کردینا چاہیئے علاماتی سکون کے لئے مختلف مقامی مخدر مراہم استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن حساسیتی تعامل کے پیش نظر ان سے احتراز ہی مناسب ہے، ورنہ پیچیدگیاں بڑھنے کا اندیشہ ہے۔ بارد بورک ایسڈ کے نقوع کو بکثرت تجویز کیا جاتا ہے۔

(۲) اس امر کا اطمینان کرلینا چاہیئے کہ مریضہ کو نیند بخوبی آتی ہے، اس مقصد کے لئے دوران علاج منومات آزادی کے ساتھ استعمال کراسکتے ہیں کیونکہ اگر مریضہ کو گہری نیند آئے گی تو غیر ارادی طور پر کھجلانے کے

سبب فرج کی جلد کو نقصان پہنچنے کی وجہ سے خارش میں اضافہ ہو جائے گا۔

(۳) شدید اصابات میں ذہنی الجھنیں دور کرنے کے لئے گھر سے علیحدہ شفاخانہ میں رکھ کر محتاط نگہداشت کرنا بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔

(۴) یہ امر واقعہ ہے کہ خارش مبرزی خطہ سے آگے نہیں منتشر ہوتی۔ لہٰذا اگر خراش مقعد کی شکایت بھی ہو تو سب سے پہلے اس کا تدارک ناگزیر ہے۔

(۵) اگر حساسیت کا شبہ ہو تو مقامی اور عمومی دافع حساسیت ادویات کا استعمال موزوں رہے گا۔

(۶) مقامی طور پر ہائیڈروکارٹی سون ½ تا ۱ فیصدی کا مرہم بکثرت استعمال کیا جاتا ہے جو مقامی طور پر مانع التہاب اثر کا حامل ہوتا ہے، لیکن بدقسمتی سے یہ اثر عارضی ہوتا ہے اور تکرار علاج سے الجھنوں میں اضافہ ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں کیلے مائن لوشن نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل نسخے بھی مفید ہیں:۔

(۱) کریم برائے مقامی استعمال		(۲) نسخہ مرہم	
انٹی سٹین اقراص	۵ عدد	ایسڈ سیل سلک	۲۰ گرین
منتھول	۳ گرین	زنک آکسائیڈ	ا ڈرام
زنک آکسائیڈ	۲ ڈرام	یلوا یمائل	"
لینولین	"	ویسی لین	ایک اونس
آلیو آئل	"		
لکوڈ کیس	"		

نیوپرکینال (ساختہ سیبا) بھی ایک لاجواب تجویز ہے اس سے حکۃ الفرج قابو میں آجاتا ہے۔

(۷) آئسٹروجن معالجہ اکثر حکۃ الفرج کے لئے استعمال ہوتا ہے، لیکن آئسٹروجن خالی کے علاوہ دیگر اصابات میں اس کا فائدہ محدود ہوتا ہے۔ یاسی عورتوں، جن میں فرجی بایوپسی ذہولی مرحلی نقص تغذیہ کی مظہر ہو، میں تحت الجلدی یا حبلی طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔

(۸) مزمن فرجی تغیر میں Biopsy ضروری ہے۔ لہٰذا یاسی زن کی حالت میں جرف ضروری ہے۔

(۹) اگر ثانوی فرجی تغیرات کے نتیجے میں خراش واقع ہو مثلاً حزازیت (Lichenfication)، یا جب بایوپسی کے ذریعہ مرحلی نقص تغذیہ ثابت ہو جائے تو آخری تدبیر سادہ فرج برآری ہے۔

یونانی علاج

مذکورہ بالا اصولوں کو ذہن میں رکھتے ہوئے علاج شروع کیا جائے۔ سب سے پہلے مقامی طور پر

فرج کو آبِ گرم سے دھو کر مطہر گاز گل روغن میں لت کر کے شفرتین میں رکھا جائے یا سرب دسیمہ بکوکر کاسنی میں گھس کر مساوی الوزن روغن گل یا روغن بادام ملا کر کافور اضافہ کر کے اس میں صاف اور مطہر گاز تر کر کے شفرتین کے مابین رکھا جائے۔ اس میں مرہم کافور خاص طور سے مفید ہے، جس کا نسخہ درج ذیل ہے:۔

(ص) سفیدہ کاشغری مغسول ۱۲ گرام، صندل سفید سودہ ۱۰ گرام، روغن گل ۴۰ ملی لیٹر، سفیدی بیضۂ مرغ ایک عدد، موم کو روغن گل میں ڈال کر پگھلائیں اور سوائے بیضہ کے باقی دواؤں کو خوب باریک پیس کر اس میں ملائیں اور دستے سے خوب گھوٹتے رہیں۔ جب سرد ہونے لگے تو سفیدی بھی ملا دیں۔ اس کے بعد اس قدر رگڑیں کہ سب اجزا یکجا ہو جائیں۔ مرہم تیار کر کے محفوظ رکھیں۔

خشک خارش میں روغن چنبیلی میں لیموں کا رس مساوی الوزن ملا کر مالش کرنے سے خارش رفع ہو جاتی ہے۔

داخلی طور پر شربت آلو، عرق کاسنی و کوہ دگاؤزبان حل کر کے پلائیں، یا یہ نسخہ دیں:۔

گل خطمی، گل نیلوفر، عنب الثعلب، شاہترہ، تخم کاسنی ہر ایک ۵ گرام، عناب ۹ دانہ سب کو بھگو کر اور صاف کر کے شربت نیلوفر ملا کر صبح کو پلائیں اور معجون عشبہ ۱۲ گرام بوقت خواب دیں۔

اگر سبب حدت و گرمیٔ خون ہو تو ابتدا میں حسب ذیل نسخہ تیار کر کے نوش کرائیں:۔

(ص) لعاب بہدانہ ۳ گرام، شیرۂ عناب ۵ عدد، عرق شاہترہ ۱۵۰ ملی لیٹر میں تیار کر کے شربت نیلوفر ۲۵ ملی لیٹر شامل کر کے صبح و شام استعمال کرائیں۔

اگر سبب احتباس طمث ہو تو اس کا مناسب تدارک کیا جائے اور اصولی علاج کیلئے متعلقہ باب ملاحظہ فرمائیں۔

قبض کی حالت میں املی پانی میں جوش دے کر سنا مکی ۱۰ گرام باریک پیس کر چھڑک کر گل قند ۵۰ گرام ملا کر استعمال کرائیں یا قرص ملین ۲ گرام ہمراہ شیر گاؤ ڈیڑھ سو ملی لیٹر نیم گرم استعمال کرائیں۔

زرجو نعناع ۵ عدد خاص طور سے مفید بتایا جاتا ہے۔ ہیجان اور سہر کی حالت میں اگر سقوط قوت کی علامت پائی جائے یا قوت حس میں شدت آگئی ہو تو مقوی دماغ حریرہ خاص طور سے مفید ہوتا ہے۔ جو حسب ذیل ہے:۔

(ص) مغز تخم کدوئے شیریں، مغز تخم تربوز ہر ایک ۶ گرام، مغز بادام شیریں مقشر ۵ عدد پانی میں پیس کر شیر گاؤ ۱۲۵ ملی لیٹر، شکر سفید ۲۰ گرام ملا کر پکا کر حریرہ تیار کریں۔

مقامی طور پر حسب ذیل روغنوں کو باہم آمیز کر کے فرج پر مالش کریں:۔

(ص) روغن مغز تخم کدوئے شیریں، روغن بادام شیریں ہر ایک ۶ ملی لیٹر، روغن گل ۱۰ ملی لیٹر۔

اگر حکۃ الفرج کا سبب جلد کی خشکی یا غدد کی خرابی ہو تو روغن بادام شیریں، روغن بابونہ ہر ایک ۱۵ ملی لیٹر، موم سفید

آب کاسنی سبز، تیر ولی بنا کر فرج پر مالش کریں۔

(بطور لیپ) حسب ذیل نسخہ بھی مفید ہے:

(س) پوست بیضۂ مرغ، سرکہ خالص میں ملا کر پیسیں اور کز مازج ، مازو سبز، موچرس ہر ایک ۳ گرام (۲ گرام) پیس کر باہم آمیز کر کے فرج پر ملیں۔

اس مرض میں جملہ مصفی خون اور حدت کم کرنیوالی دوائیں مفید ہیں۔

دیگر مقامی اور عمومی اسباب کا باقاعدہ پتہ لگا کر مناسب تدارک کیا جائے، قلت الدم کی حالت میں حیاتین اور خون آور اجزا سے بھرپور غذا دی جائے۔ ایسی حالت میں مرکبات فولاد سے اکثر فائدہ ہوتا ہے۔

دوا و پرہیز:

غذا میں چکنی چیزوں مثلاً گھی، دودھ، بالائی اور مکھن کا استعمال زیادہ کیا جائے اگر ہاضمہ قوی نہ ہو تو لطیف زود ہضم غذائیں دیں۔

تیز حریف، چرپری اور ثقیل و دیر ہضم غذاؤں مثلاً لہسن، پیاز، مسور کی دال، بیگن، باقلا، ٹماٹر، آلو، اروی، گوبھی، گوشت، مصالحہ دار اغذیہ، چائے اور قہوہ سے پرہیز کرائیں۔ مریضہ کو پاک وصاف رہنے کی ہدایت کی جائے۔ مباشرت سے قطعاً احتراز کیا جائے۔

ریڈیم و لاشعاعی معالجات:- عسیر العلاج اصابات میں ریڈیم یا لاشعاعی معالجہ بروئے کار لائیں، لیکن اس طرح کے قوی معالجات محض منتخب اصابات میں ہی ماہرین کے ذریعہ بروئے کار لائے جائیں۔

بعض ماہرین مذکورہ معالجہ کے علاوہ آنشرو جنی معالجہ کو بھی ممنوع قرار دیتے ہیں۔

عملیہ:- جہیل شگانی سے عموماً کوئی حوصلہ افزا نتیجہ برآمد نہیں ہوتا تاہم جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، حرارت یا رطلی سوء تغذیہ کی حالت میں فرج برآری انجام دی جا سکتی ہے۔

۱۴
التہاب مہبل

[Vaginitis : Colpitis]

مہبل کی دیواروں کا التہاب نہایت قلیل الوقوع ہے، کیونکہ غدد کی عدم موجودگی، فلسمانی سرحلمہ کی تہ در تہ پرتیں نیز ترشئی تعامل اسے سرایت سے انتہائی درجات تک محفوظ رکھتے ہیں۔ یہ اور بات ہے کہ اگر رحمی الاصل قیحی مواد وں سے مہبلی افراز قلوی ہو جائے یا کسی جسم غریب یا کسی درست نہ بیٹھنے والے یا مغفول فرزجہ کا مرحلہ پر دباؤ بڑھ رہا ہو تو سرایت کے موانع دور ہو جاتے ہیں۔ اور نتیجۂ کار التہاب مہبل واقع ہو جاتا ہے۔

حاد سوزاکی التہاب مہبل:۔ سوزاک سے ابتدائی التہاب مہبل بالاستثنا بچوں، معمر یا حاملہ عورتوں کے شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے کیونکہ فلسمانی سرحلمہ سرایت کے خلاف قوت مدافعت رکھتا ہے۔ بچیوں میں التہاب فرجی مہبلی اکثر واقع ہوتا ہے کیونکہ بچپن میں سرحلمہ بہت زیادہ نفوذ پذیر ہوتا ہے اور سرایت کو جلد ہی قبول کر لیتا ہے۔ مزید مطالعہ کے لئے سوزاک کا باب دیکھئے۔

حاد نفاسی التہاب مہبل:۔ ریم زا اجسام سے مہبلی دریدگی کی سرایت کے نتیجے میں تقرحی یا گینگرینی التہاب مہبل عارض ہو جاتا ہے۔

سریری طور پر وافر مقدار میں مہبلی افراز ہوتا ہے جو انتہائی بدبودار رہتا ہے۔ اگر سرایت محض مہبل تک محدود ہوگی تو مخصوص امارات خفیف ہوں گی۔ عمیق دریدگیوں کی سرایت عموماً متصل عمیق بافتوں میں غشائے مخاطی کا اغثاث (کھرنڈ) پیدا کر دیتی ہے، اور نتیجۂ کار ثانی مہبلی مستقیمی مہبلی ناسور عارض ہو جاتا ہے۔ مہبلی قنات کے تضیق میں انجام کار مہبلی غشائے مخاطی کے طویل رقبہ کا اغثاث ہوتا ہے اور بعد میں تقشر عارض ہوتا ہے یہ اتنا متمدد ہو سکتا ہے کہ مہبلی کہفہ کے ارد گرد غضروفی حلقہ بن جاتا ہے، جس کے ذریعہ ایک

بھی گذارنا دشوار ہو جاتا ہے۔

اس کے علاج کے لئے صفائی کی خاطر روزانہ یوسول ۱۰ فیصدی کا محلول کے نطولات (Douches of 10% Eusol Solution) استعمال کئے جائیں اور اس کے بعد گلیسرین ایکری فلے وین کی تقطیر کی جائے۔ ریم زا سرایت قابو میں کرنے کے لئے سلفا ادویہ اور پینی سلین دی جاتی ہے۔ نلسانی طبقاتی سرطلہ کی نشوونما بڑھانے کے لئے کبھی کبھی آسٹروجن دیئے جا سکتے ہیں۔

یونانی علاج :۔ نفاسی التہاب ہبل کے ابتدائی مدارج میں مسکنات و مفرحات اور حرارت رفع کرنے والی ادویہ تجویز کی جائیں، تاکہ سرعت قلب میں قدرے تخفیف ہو کر حرارت میں کمی آجائے لیکن دل پر اثر نہ پڑے۔ اس مقصد کے لئے حسب ذیل نسخہ موزوں ہے:۔

(ص) لعاب بہدانہ ۳ گرام، شیرۂ عناب ۵ دانہ، عرق مرکب مصفی ۱۲۵ ملی لیٹر، شربت نیلوفر ۲۵ ملی لیٹر۔ باہم ملا کر پلائیں۔

سرایت کی موجودگی میں اول منضج بارد پلائیں پھر مسہل بارد سے تنقیہ کرائیں، جو حسب ذیل ہیں:۔

(۱) منضج بارد:۔ (ص) شاہترہ، گل بنفشہ، گل نیلوفر، منڈی، تخم خیارین، چرائتہ سرخ ہر ایک ۷ گرام، آلو بخارا، عناب ۵۔۵ عدد شام کے وقت گرم پانی میں بھگو کر صبح کے وقت مل کر چھان لیں اور مصری یا نبات سفید بمقدار ۲۵ گرام شامل کر کے پلائیں۔

(۲) مسہل بارد مذکورہ بالا نسخہ میں حسب ذیل اجزا بڑھا دیئے جائیں تو مسہل بارد تیار ہو جائیگا:۔

(ص) سناء کی، پوست ہلیلہ زرد ہر ایک ۷ گرام، مغز املتاس ۱۰ گرام، تمر ہندی ۵۰ گرام، مغز بادام شیریں ۵ عدد۔

سویدی نے لکھا ہے کہ روغن بادام شیریں نیم گرم کر کے اس میں روئی لت کر کے حمول کریں نفاسی یا جماعی التہاب ہبل میں مجرب ہے؛ علاوہ بریں بیخ خطمی کا حمول بھی مفید ہے۔ نیز اسی کے جوشاندہ میں آبزن کرائیں۔

(ص) مغز عربی، مرغی کی چربی اور خطمی پیس کر حمولاً استعمال کرائیں، نفاسی التہاب ہبل میں مفید ہے۔ تحلیل اورام کے لئے پوست خشخاش کے جوشاندہ تیار کر کے اسفنج ڈبو کر تکمید حار کی جائے۔

اگر ورم بہت زیادہ بڑھ کر تکلیف کا باعث ہو تو حسب ذیل ضماد محلل تیار کر کے استعمال کرائیں:

(ص) مغز املتاس، کمہ خشک، آرد جو، اکلیل الملک، بابچھو، گل بابونہ، سوت گل سرخ، صندل سرخ، ہر ایک ۱۰ گرام آب کمہ سبز میں پیس کر ضماد تیار کریں۔

حادثہ تقصیر یا ئی التہاب مہبل :۔ غشائے مخاطی پر بھوری غشا کے چکتے نظر آتے ہیں؛

مشکوک خطے کاشت کرنے پر تشخیص کی توثیق ہوجاتی ہے۔ یہ مرض ہندوستان میں نادر الوقوع ہے۔
اس کا علاج علیحدگی (Isolation)، آرام اور ڈفتھیریا اینٹی ٹاکسین سے کیا جاتا ہے۔

کیمیائی التہاب مہبل:۔ امتناع حمل کے لئے جیلی (Jeli)، اقراص (Tablets) نطولات یا ڈور یا ادویہ کا بکثرت استعمال یا نطول کے لئے مرتکز محلول (Concentrated Solution) کا استعمال بھی کبھی کبھی التہاب مہبل عارض کردیتا ہے۔ بطور علامت سرخی، جلن اور عسر البول کی شکایت پائی جاتی ہے۔ عسیر العلاج اصابات میں نمونہ کی کاشت برائے امتحان تشخیص کی جائے۔ سکون عطا کرنے کے لئے مُخرش کیمیکل کا استعمال روک کر مہبل کا علاج گلیسرین ایکری فلے وین کے یومیہ استعمال کیا جائے سرایت کی حالت میں سلفا مرہم مفید ثابت ہوتا ہے۔

یونانی علاج:۔ جوشاندہ تخم کتاں سے مہبل کو دھوکر مرہم کتھ یا مرہم کافوری استعمال کرائیں۔
اس میں بار دلعابات ادہان وعصارات نافع ہیں۔ زیادہ شدید اصابات میں ملین محلل ادویہ مثلاً بابونہ خطمی اور اکلیل وغیرہ نطولاً وضماداً مفید ہیں۔ خراش جلد کی صورت میں مقامی طور پر مسکن لگائیں یا مرہم ذیل تیار کر کے لگائیں:۔

(ص) چربی مرغ، چربی بط، مغز ساق گاؤ، روغن بنفشہ، موم باہم آمیز کر کے مرہم تیار کریں۔
عمومی صحت کی طرف توجہ دی جائے۔

مزمن التہاب مہبل بسبب مغفول اجسام غریبہ:۔ مہبل میں مغفول عام ترین جسم غریب گندھک آمیز ربر (Vulcanite) یا پلاسٹک کا فرزجہ ہوتا ہے، جسے پس گرد رحم (Retroverted Uterus) کو درست پیش گرد (Anteverted) وضع میں رکھنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ علاوہ بریں مانع حمل حمولات بھی یکساں صورت پیدا کرسکتے ہیں۔ یہ طویل مدت تک مہبل میں پڑے رہ سکتے ہیں۔ ایک اصابہ میں تو یہ ۵ سال بعد دور کیا گیا بسا اوقات سحق کے لئے استعمال ہونے والی کوئی چیز اچانک پھسل کر مہبل میں چلی جاتی ہے اور وہیں پڑی رہتی ہے ان اصابات میں مہبلی تقرح کے سبب خون آمیز بدبودار مواد وافر مقدار میں خارج ہوتا ہے۔ مغفول جسم غریب رفتہ رفتہ مہبلی دیوار میں گھستا چلا جاتا ہے، جو ستیقمی مہبلی ناسور پیدا کرسکتا ہے یا نتیجتاً حوضی سرایت کا سبب بن سکتا ہے۔ اختلالات کی اس اہم جماعت میں نمونہ اور کاشت میں مخلوط مرضیات کی کوئی قسم مثلاً منقد سبحیہ، منقد عنقیہ (خون پاش اور نا ہوا باش دونوں) نیزای۔ کولی (E. Coli) پائے جاسکتے ہیں۔

علامات واعادات:۔ مہبل میں سرخی، ورم الیمیت مع خراش پائی جاتی ہے۔ التہاب مہبل خفیف

یا شدید حاد یا مزمن ہو سکتا ہے۔

تشخیص :۔ لطخہ اور کاشت سے تشخیص کی توثیق ہو سکتی ہے۔

علاج :۔ مغفول شے نکال کر زخم و قروح کا علاج مقامی انٹی سپٹک فرازج یا سلفا مرہم سے کیا جائے۔ شدید اصابات میں انٹی بائیوٹک کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔

یونانی علاج :۔ اصل سبب معلوم کر کے معقول تدابیر بروئے کار لائیں۔ صفائی کی طرف خصوصی توجہ دی جائے، مریضہ کے آرام کا پورا خیال رکھا جائے۔ حسب ذیل نسخہ کہربا اندمال قروح کے لئے حکیم عبدالرزاق مرحوم کے خاندانی مجربات میں سے ہے :۔

(ص) کہربا، یشب سبز، دانۂ الائچی خورد، زیرہ سفید، گل سرخ، مصطگی، حب الآس، گلنار، کزمازج، دم الاخوین ہر ایک ۶ گرام، شکر سفید ۶۰ گرام کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔

مقدار خوراک : ۵ ۔ ۵ گرام صبح و شام ہمراہ آب تازہ۔

مقامی طور پر حسب ذیل نسخہ مفید ہے :۔

(ص) مازو، گلنار، جفت بلوط، لودھ پٹھانی، پھٹکری ہر ایک ۶ گرام باریک پیس کر پوٹلی میں باندھ کر مہبل میں رکھیں۔

اگر متورم زخم میں تقائی مواد موجود ہو تو اول السی، آرد گندم اور برگ نیم کی پلٹس پکا کر نیم گرم باندھیں جب زخم صاف ہو کر کنارے دب جائیں تو اندمال کی غرض سے مرہم سفید لگائیں، جس کا نسخہ حکۃ الفرج کے ذیل میں گذر چکا ہے۔

اگر مریضہ کمزور ہو نیز کسی طرح کی مرضیاتی کیفیت موجود ہو تو اول مذکورہ پلٹس باندھ کر زخم کی سطح صاف سرخ کر کے مرہم رال یا مرہم اعجاز لگائیں۔

صرف پھٹکری کے پانی کا نطول بھی نافع ہے۔

غذا :۔ زود ہضم و مقوی غذائیں مثلاً بکری کا گوشت، زردی بیضہ نیم برشت وغیرہ کھلائیں نفاخ و ترش اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ :۔ اگر تناسلی قنات میں کوئی سرایت مثلاً التہاب دروں عنق موجود ہو تو برقی حرارت رسانی یا مکرد طی انقطاع (Conisaction) انجام دیا جائے۔

شعری ثعالبی التہاب مہبل :۔ اس کا سبب شعری ثعالبۂ مہبلی (Tr. Vaginalis) ہوتا ہے ہذا مزمن التہاب مہبل کے جن مشکوک اصابات میں باقتوں کے منظر سے سوزاک کی سرایت کا شبہ ہوتا ہو

یلن نبقات سوزاک کا جرثومی ثبوت نہ ملے تو شعری ثعالیتی التہاب مہبل کو نظرانداز نہ کرنا چاہیئے۔ تقریباً ۵۰ فیصدی مریضات کے حکۃ الفرج کا ذمہ دار یہی عضو ہوتا ہے۔ اگرچہ تقریباً بالکلیہ یہ بیماری عمر تولید تک محدود رہتی ہے تاہم جوان اور بعد الیاسی عورتوں کو صد فی صد منیع بھی نہیں کہا جا سکتا۔ شعری ثعالیہ مہبلی مردوں کے مبال اور غدۂ قدامیہ میں مقیم رہتے ہیں اس لئے مقاربت کے وقت عورتوں میں باسانی منتقل ہو جاتے ہیں۔ علاوہ بریں سماجی، معاشی ابتری، ذاتی حفظ صحت کا فقدان، سرایت زدہ شخص کی تولیہ وغیرہ کا استعمال بھی اہم عوامل ہیں۔ یہ اجسام مہبل میں اس وقت تیزی سے داخل ہوتے ہیں جبکہ طبعی مقاومت کم ہو جاتی یا (pH) مرتفع ہو جاتا ہے جیسا کہ حیض مدت میں ہوتا ہے۔

علامات:۔ اس کی عمومی علامت وافر مقدار میں اخراج پذیر سفید یا بھوری مائل زرد رطوبت ہے۔ بعض اصابات میں مخرش رطوبت کے سبب جلن کے ساتھ پیشاب ہونے لگتا ہے یا سلس البول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ خارش عموماً پائی جاتی ہے۔ اکثر تعات مہبلی قبوہ نیز عنق کے مہبلی حصہ پر متعدد چھوٹے چھوٹے چتی دار دانے موجود ہوتے ہیں اور بسا اوقات عنق کا سطحی تاکل پایا جاتا ہے۔

تشخیص:۔ جملہ مشکوک اصابات میں نم فلم تجہیز (Film Preparation) کا زیر خردبینی امتحان کرانا چاہیئے۔ فلم تازہ تیار کرنی چاہیئے اور درجۂ حرارت °35 ہونی چاہیئے۔ شعری ثعالیہ مہبلی میں حرکت مستقلاً پائی جاتی ہے، جو اسے ریم زا خلیات سے ممتاز کرتی ہے۔ شعری ثعالیہ مہبلی عموماً ثانوی سرایتی اجسام کی مخلوط جماعت کے ہمراہ پایا جاتا ہے مثلاً ای قولی اور مرضیاتی نبقات۔ اگر نم فلم منفی ہو تو طفیلیہ کی شکایت مخصوص میڈیم میں کیجاتی ہے، جس میں چھوت دار اجسام کو ختم کرنے کی غرض سے انٹی بایوٹک شامل کرلی جاتی ہیں کاشت تقریباً ۹۸٪ قابل اعتماد ہوتی ہے۔ شعری ثعالیہ مہبلی علم الخلیات کے لئے ملونہ نمونہ میں بھی تشخیص کیا جا سکتا ہے۔

علاج:۔ مہبل کو خشک رکھنے، اس کی ترشی ۵ء۴ تا ۵ پی۔ ایچ سطح پر برقرار رکھنے کے لئے مختلف مقامی طریقے رائج ہیں، ایسے کیمیکل استعمال کئے جاتے ہیں جو قاتل جراثیم ثابت ہوں۔ مہبلی دیواریں دست پاک کے ذریعہ خشک رکھی جاتی ہیں، مہبل کی اعلیٰ ترشی سطح گلوکوز لیکٹوز یا پینٹوز (Pentose) کے ذریعہ برقرار رکھی جاتی ہے، جو ڈوڈرلین کے عصیات (Doderlein's Bacillus) کے ذریعہ لیکٹک ایسڈ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ شعری ثعالیہ کے لئے بیشتر کیمیکل جراثیم کش ثابت ہو چکے ہیں، جن میں سے سلور پکریٹ (Silver Picrate) آرجی رول (Arg) rol) سلفونا مائڈ پاؤڈر اور جنشن وائلٹ یا میتھی لین بلیو کا ایک فیصدی کا محلول عام طور سے استعمال کیا جاتا ہے۔ سرایت کے اہم ذرائع عنق، اسکن کی قنات بارتھولینی

غدد شانہ، مبالی اور مبرز ہیں پر بعض اصابات میں بار بار سرایت کا ذمہ دار مریضہ کا شوہر ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسے اصابات میں جماع سے احتراز کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔

کامیاب علاج کے لئے مریضہ کا تعاون اور مستقل مزاجی ناگزیر ہے۔ علاج کے عموماً ایک ہفتہ کے اندر اندر علامتیں رفع ہوجاتی ہیں۔ لیکن مستقل فائدہ کے لئے کم از کم ۸ تا ۱۲ ہفتے علاج کرتے رہنا ناگزیر ہے۔ منظار داخل کرکے مہبل کو باحتیاط خشک کر دینا چاہیئے۔ اس مقصد کے لئے استعمال ہونیوالا پاؤڈر کے اولین سلور پکریٹ، لیکٹوز، اور آرجی رول پر مشتمل ہوتا ہے۔ ابتداء میں مسلسل علاج کرنا چاہیئے۔ لیکن چند روز بعد ہفتہ میں دو بار کافی ہے۔ اگر ابتداء ہی سے بلا مہبلی پچکارے اور پاؤڈر استعمال کئے مریضہ شیاف یا مہبلی اقراص استعمال کرنے لگے تو بے اثر ثابت ہوتا ہے۔ سلسلۂ علاج دوران طمث بھی جاری رکھنا چاہیئے۔ جملہ علاج کے خاتمے کے بعد اگر ۳ ماہ تک مہبل عضویئے سے پاک رہے تو شفا کا یقین کیا جاسکتا ہے۔

خوردنی علاج:۔ گزشتہ چند سال کے دوران شوی ثعالیہ میں میٹرونائڈازول (Metronidazole) کی بڑی اچھی رپورٹیں مرتب کی گئی ہیں۔ یہ مارکیٹ میں فلیجل (Flagyl) اور میٹروجل (Metrogyl) کے تجارتی ناموں سے دستیاب ہے۔ یہ دوا بمقدار ۲۰۰ ملی گرام روزانہ تین بار ایک ہفتہ تک مسلسل دی جائے۔ علاج شروع کرکے چند روز کے اندر اندر آلودگی (Smear) اور کاشت سے منفی نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔ شوہر کے منوی سیال سے دوبارہ سرایت سے بچنے کے لئے یہی خوردنی کورس خاوند کو بھی دینا چاہیئے۔ بیشتر اصابات میں نتیجہ اطمنان بخش برآمد ہوتا ہے۔

یونانی علاج:۔ مونیلیا سرایت کے علاج کے ذیل میں ملاحظہ فرمائیں۔

مونیلیا سرایت سے التہاب مہبل (Vaginitis due to Monilia Infection):۔ اس کا سبب گرام مثبت بوبضی فطر ابیض (Candida Albicans) ہوتے ہیں جو حامض میڈیم میں اس وقت پوری قوت سے بڑھتے ہیں جبکہ کاربوہائیڈریٹ کی رسد بھی بکثرت ہو رہی ہو۔ انٹی بایوٹک ایجاد ہونے کے بعد سے سریری مونیلیاسس میں نمایاں کمی آگئی ہے۔ فرجی مہبلی مونیلیاویت غیر حاملہ کی بہ نسبت، حاملہ عورتوں میں زیادہ پائی جاتی ہے کیونکہ اس وقت مہبلی سرحلہ کے گلائی کوجن اور تیزابی مشمولات میں اضافہ ہوجاتا ہے۔ ذیابیطس کی حالت میں بھی اس کا وقوع زیادہ ہوتا ہے۔ پروجسٹرون پر مشتمل مانع حمل گولیاں بھی مونیلیائی التہاب مہبل کیلئے یکساں طور پر سبب واصل ثابت ہوتی ہیں۔ اسی طرح کسی خلط کا غلبہ اور رحم و مہبل کے قوت غاذیہ کی کمی بھی سبب ہو سکتا ہے۔

علامات :۔ خارش کے علاوہ پیشاب جلن کے ساتھ ہوتا ہے۔ مہبلی مواد زردی مائل اور قوام پنیر نما ہوتا ہے جب اس کے ساتھ شعری ثعالیہ سرایت بھی موجود ہوتی ہے تو مواد رقیق، آبی اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ فرج سرخ، متورم اور سفید خشک چھلکوں یا مہبل سے چپیدہ پنیری پپڑیوں سے ملفوف رہتی ہے۔ انہیں دور کرنے پر زخمی نما خطے نمودار ہو جاتے ہیں۔ تشخیص کے وقت خلط غالب کا بھی پتہ لگانا چاہیئے۔

آلودگی (Smear) کاشت کے لئے عقیم روئی کے پھاڑے کے ذریعہ موخر دیوار مہبل سے حاصل کر کے فوراً معمل بھیج دینا چاہیئے۔ جہاں اس کی تشخیص کے ساتھ ساتھ اقسام بھی واضح ہو جائیں گی۔ اس کی کاشت سیبوراڈ (Sabouraud) یا نیکرسن (Nikerson) کے میڈیا پر کی جاتی ہے۔

علاج :۔ مریضہ کو نطولات کے استعمال اور مباشرت سے پرہیز کرنے کی ہدایت کی جائے۔ نیز اسے ذاتی حفظ صحت کی طرف بھی خصوصی توجہ دینی چاہیئے۔

نسٹاٹین جو مارکیٹ میں مائی کوسٹاٹین مہبلی ٹکیہ (Mycostatin Vaginal Tab.) ساختہ اسکویب کے نام سے دستیاب ہے، ایک کامیاب علاج ہے۔ اس کی ٹکیہ میں نسٹاٹین ایک لاکھ یونٹ اور لیکٹوز ۹۰ء ہوتا ہے۔ مہبلی ٹکیہ روزانہ رات کو سوتے وقت مہبل میں رکھنا چاہیئے اور کم از کم ۲ ماہ تک پابندی کے ساتھ اس پر عمل کیا جائے۔ دوران حیض بھی سلسلۂ علاج جاری رکھا جائے۔ معوی مونیلیا ویت کی حالت میں یہی دوا..... یونٹ اقراص کی شکل میں براہ دہن دینی چاہیئے۔ جبلیے اصابات میں شوہر یا دوسرے جنسی ساتھی میں مونیلیا سرایت کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

یونانی علاج :۔ ابتداء میں فصد و اسہال سے تنقیۂ بدن کریں، سیلان رطوبت اگر دموی ہو تو فصد باسلیق کریں۔ اور دوسرے اخلاط کا غلبہ ہو تو اس خلط کی مسہلی دوا سے تنقیہ کریں، پھر رحم کی قوت غاذیہ بڑھائیں۔ نسخۂ ذیل اکثر اطباء کا معمول ہے :۔

نسخۂ سفوف: شاور، موچرس، خار خسک، پھلی ببول، تالمکھانہ، قوۃ الصبغ، ز کچور، موصلی سیاہ، ست گلو، میدہ، چوب الائچی خرد، طباشیر، تخم خشخاش، ثعلب مصری، صمغ عربی، کتیرا، کشتہ قلعی ہر ایک ۷ گرام، تخم خرفہ، صندل سفید، صمغ ڈھاک ہر ایک ۵ گرام کوٹ چھان کر شکر سفید ہموزن ملا کر ۹ گرام کھلائیں۔ اگر شوہر میں سرایت موجود ہو تو اسے بھی کھلائیں۔

حسب ذیل نسخہ براہ دہن استعمال کرائیں۔ دونوں سرایتوں (شعری ثعالیہ مہبلی و مونیلیا) میں یکساں طور پر مفید ہے۔ (ص) کہربا شمعی، گل سرخ، مزی ہر ایک ۔ گرام، باریک سائیدہ۔

مقدار خوراک: نصف گرام ہمراہ زردی بیضہ نیم برشت صبح و شام۔

مقامی طور پر حسب ذیل نسخہ نافع ہے:۔

(۳) سنگ راسخ، مولسری، ہلیلہ سیاہ، کسیس، گل پستہ، دار چینی سمندر جھاگ ہر ایک ۱۲ گرام سب کو باریک پیس کر رکھیں اور بمقدار ۲ گرام جماع سے ۲ گھنٹہ پیشتر مہبل میں ملیں۔ نسخہ ذیل بھی نافع ہے۔

(۴) مازو، مائیں خورد، پوست کیکر، چھال کچنال، چھال مولسری، پوست انار، جفت بلوط ہر ایک ۶ گرام کوٹ چھان کر پوست انار کے جوشاندے میں حل کر کے مہبل میں ملیں۔

حسب ذیل دواؤں کو پانی میں جوش دیکر نطول کرنا بھی مفید ہے (۵) مرزنجوش، کوہ خشک، گل بابونہ، گل قیصوم ہر ایک ۶ گرام عام جسمانی کمزوری رفع کریں۔ صفائی اور حفظ صحت پر زور دیں۔ تفصیل کے لئے سیلان الرحم کا باب بھی ملاحظہ فرمائیں۔

شیخوخی التہاب مہبل (Senile Vaginitis): جیسا کہ نام سے ظاہر ہے۔ التہاب مہبل کی یہ قسم بعد الیاس میں واقع ہوتی ہے۔ بیشتر امور میں بچیوں کے فرجی التہاب سے اس کا موازنہ کیا جا سکتا ہے۔ آسٹروجن خامی کے نتیجے میں مہبلی سر حلمہ پتلا اور مذبول ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی بہت سرخ اور چمکدار ہوتی ہے اور اس کی سطح پر چھوٹے چھوٹے بثورات بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ جنہیں چھونے پر نزف ہونے لگتا ہے۔ مہبل کی طبعی تیزابیت اور گلائی کوجن مشمولات کم ہو جانے کے سبب مخلوط مرضیات کو قدم جمانے کا موقع مل جاتا ہے۔

علامات و امارات:

مواد وافر مقدار میں خارج ہوتا ہے جو عموماً خون سے رنگین ہوتا ہے۔ مواد مخرش ہوتا ہے اس لئے مہبل پر خارش، زخم اور اکثر خفیف اذیا بھی ہوتا ہے۔ مہبل واضح طور پر متورم اور دالیم ہوتا ہے نیز خارش کے سبب جلد ادھڑ جاتی ہے۔ بعض عورتوں میں جلن کے ساتھ پیشاب آنے کی بھی شکایت ہوتی ہے۔ امتحان پر منفذ بول لٹکا ہوا رہتا ہے یہ معمولی درجہ کے مزمن التہاب مبال کا متناظر ہوتا ہے جو غلطی سے لحمیہ مبال تشخیص ہو جاتا ہے جیسا کہ اوپر لکھا جا چکا ہے بثوری التہاب مہبل کی حالت میں بیچاڑ احاصل کرتے وقت بآسانی نزف ہونے لگتا ہے۔ بری طرح سے متورم رقبات منفضم قبوہ کے خط میں قنال کو مسخ کر دیتے ہیں۔ طراریت فوقانی جانب بڑھ کر دوران رحم کو ماؤف کر کے شیخوخی التہاب درون رحم اور پھر تقیح الرحم عارض کر سکتی ہے۔

تشخیص: مذکورہ بالا سریری مناظر سے آگہی میں دیر نہیں لگتی، لیکن بسا اوقات مزید غور و تفحص کی ضرورت پڑ سکتی ہے، چنانچہ بثیلی قسم میں نکات ذیل ذہن نشین رکھنا چاہیئے:۔

(۱) جیسا کہ اوپر لکھا جا چکا ہے۔ شیخوخی التہاب مہبل دموی رنگ کی رطوبت خارج کر سکتا ہے۔ ایسی حالت میں درون رحم یا درون عنق کے سرطان کے امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

(۲) التہاب مہبل شیخوخی اور التہاب درون رحم ایک ساتھ پائے جا سکتے ہیں۔

جن عورتوں میں بعد ایاسی عمر میں نزف کی شکایت موجود ہو، معدم حس کے زیر اثر امتحان کیا جائے اور درون رحم نیز درونِ عنق کے سرطان کے علاوہ تقیح الرحم کو مستثنیٰ کرنے کے لئے تشخیصی جرف بروئے کار لایا جائے۔

آسٹروجن مثلاً ایتھائی نل آسٹراڈائل (Ethinyl Oestradiol) بمقدار ۰.۰۱ ملی گرام براہ دہن چند ہفتے تک دیا جائے یا بطور مہبلی شیاف (جس میں ۰۰۰۰ یونٹ آسٹروجن شامل ہو) بھی دیا جا سکتا ہے، اس طرح نہ صرف مہبلی سر علمہ کی مقاومت بڑھ جاتی ہے، بلکہ گلائی کوجن مشمولات میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے ساتھ ہی مہبلی پی ایچ میں کمی آ جاتی ہے۔ اگر دوائے مذکور کا شیاف لگانے میں دقت ہو تو اسی دوا کی کریم اپلی کیٹر سے لگائی جا سکتی ہے۔ مقامی طور پر مہبل پر ۱ فیصدی مرکیو رو کروم کا محلول لگایا جائے۔

یونانی علاج:- چونکہ یہ عمر کا انحطاطی دور ہوتا ہے۔ لہٰذا مریضہ کی عمومی صحت کا پورا پورا خیال رکھا جائے ساتھ ہی صفائی اور حفظ صحت کی طرف بھی توجہ دی جائے۔ غلبہ صفرا کی صورت میں منضج و مسہل صفرا دوائیں استعمال کرائیں اور اگر حدت زیادہ ہو تو حسب ذیل نسخہ سے تسکین کا سامان بہم پہنچائیں:-

(۱) آش جو میں نیلوفر اور شربت عناب ملا کر پلائیں۔ اس میں آش جو کے بجائے شیرۂ تخم خرفہ بھی شامل کر سکتے ہیں۔

مقام ماؤف پر مرہم ذیل تیار کر کے لگائیں۔ تسکین دیتا ہے:

(۱) گل سرخ، کھریا مٹی ۵۰-۵۰ گرام، شادنج مغسول، مردار سنگ، چاندی کا میل، سفیدۂ قلعی ہر ایک ۲۰ گرام باریک پیس چھان کر روغن گل ملا کر مرہم تیار کریں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:-

(۱) گل خطمی، مویز منقیٰ عرق شاہترہ میں مل کر شیرۂ مغز تخم ہندوانہ، شیرۂ خار خسک ہر ایک ۶ گرام، شیرۂ بادیان شربت بنفشہ داخل کر کے دیں۔

فرزجۂ ذیل تسکین ورم کے لئے بہت مفید ہے۔

(۱) آب بارتنگ، آب کشنیز، روغن گل، سفیدی بیضۂ مرغ، خیرہ خترباہم ملا کر عمل میں لائیں۔

١٥
التہاب عنق

[The Cervicitis]

حاد التہاب عنق :۔ یہ عموماً سوزاکی ہوا کرتا ہے، تاہم عفونتی اسقاط اور نفاسی عفونتوں کے نتیجے میں بھی عنق شدید متورم ہو سکتی ہے، علاوہ بریں دوران نفاس مغفول عنقی دریدگی سے بھی حاد التہاب عنق وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔

علامات: حاد سوزاکی نبقی التہاب عنق میں خفیف وجع الظہر اور اسفل شکم میں بھراؤ کا احساس ہوتا ہے، جو غالباً حاد التہاب عنق کے سبب ہوتا ہے۔ دیگر اصابات میں شدید حرارت اور گاہے قشعریرہ ہوتا ہے، یہ سب ورم حار کی علامات ہیں۔ گاہے مریضہ کو قے اور غشی تک لاحق ہو جاتی ہے۔ سیلان الرحم کی شکایت عام طور سے پائی جاتی ہے۔

حاد التہاب عنق جب دیگر تعفنات مثلاً حاد التہاب رحم کے ہمراہ پایا جاتا ہے تو دیگر مرضی تعفنات کے سبب حاد التہاب عنق کی علامات اور سریری کورس نظرانداز ہو جاتے ہیں، کیونکہ ایسی حالت میں دیگر بڑے امراض کی اہمیت کہیں زیادہ اور فوری توجہ کی طالب ہوتی ہے۔

تشخیص: منظار مہبلی خصوصاً ذو صمامی سے معائنہ کے ذریعہ حاد التہاب عنق کی تشخیص کرنی چاہیئے۔ عنق بے نقاب ہونے پر سرخ، ممتلی، متہیج اور متورم نظر آتا ہے اور عنقی قنال سے سفیدی مائل یا زردی مائل قوامی رطوبت رستی نظر آتی ہے، جو شدید اصابات میں عنق سے باہر نکل آتی ہے۔ رطوبت کے مخرش اثر کے سبب حصہ مہبلی خراشدار رقبات کا منظر پیش کر سکتا ہے۔ مرض کے اس حصہ میں لطخہ اور کاشت عموماً مثبت ہوتے ہیں۔

علاج :۔ اینٹی بایوٹک کا استعمال حیرت انگیز طور پر مؤثر ثابت ہوتا ہے۔ حسب ضرورت سلفا ادویہ

بھی مقامی اور خوردنی طور پر استعمال کراسکتے ہیں۔ دن میں ایک بار انٹی سپٹک جہلی تطول جس کے بعد گلیسرین ایکری فلیوین کا قطور کیا جائے۔

یونانی علاج:۔ ورم حار کی حالت میں اگر قوت مساعدت کرے تو باسلیق کے ذریعہ حسب ضرورت خون نکالیں، پھر تقویت کی طرف توجہ دیں اور شربت بنفشہ دیں۔

اگر التہاب جہل حاد کے ہمراہ حرارت اور درد بھی ہو تو نسخۂ ذیل فصد کے بعد استعمال کرائیں:۔

(ص) عنب الثعلب، گل سرخ، بادیان ہر ایک ۴ گرام، مویز منقی (۱۰ دانہ)، گل خطمی (۳ گرام)، عرق عنب الثعلب (۱۲۵ ملی لیٹر)، عرق گلاب میں جوش دے کر گلقند (۲۵ گرام) ملا کر خاکسی (۵ گرام) چھڑک کر پلائیں۔

عفونی اسقاط اور نفاسی عفونتوں کے نتیجے میں واقع ہونے والے حاد التہاب عنق میں نسخۂ ذیل استعمال کرایا (جائے)۔ حرارت اور تشنگی فرو اور ورم کو تحلیل کرتا ہے۔ اسے فصد کے بعد استعمال کرائیں تو افادیت بڑھ جائے گی۔

(ص) عناب (۵ دانہ)، گل خطمی، عنب الثعلب، اصل السوس ہر ایک ۴ گرام، عرق عنب الثعلب (۲۲۵ ملی لیٹر) میں جوش دے کر شیرہ تخم کاہو (۳ گرام)، گلقند (۲۵ گرام) اضافہ کر کے دیں۔

انحطاط کے زمانہ میں سکون ورم کے بعد قدرے مدرات طمث استعمال کرانے سے حیرت انگیز فائدہ ہوتا ہے۔

مقامی علاج:۔ حسب ذیل اجزا سے قیروطی تیار کر کے ضماداً استعمال کرائیں:۔

موم، روغن بنفشہ، آب عنب الثعلب، آب بارتنگ، آب عصی الراعی۔

حمول ذیل بھی التہاب عنق و دیگر اورام رحم کے لئے مفید ہے:۔

(ص) تخم خشخاش، کنجد مقشر ہر ایک ۵۰ گرام کوٹ کر گائے کے دودھ میں پکا کر پتھر کے کھرل میں گھوٹیں پھر زعفران، کتیرا ہر ایک ایک گرام، صمغ عربی، گل خطمی ہر ایک ۲ گرام کوٹ چھان کر زردی بیضہ (۲ عدد) ملا کر روغن گل یا روغن حنا آمیز کر کے گاز میں لت کر کے حمول کریں۔

اگر التہاب عنق کے ہمراہ سرخی و صلابت بھی ہو تو حسب ذیل ضماد استعمال کرائیں:۔

(ص) بزرکتاں، آرد جو، غبار آسیا کو ایسے پانی جس میں اکلیل الملک و بنفشہ پکایا گیا ہو، میں حل کر کے زردی بیضہ، بریاں، روغن گل کے ساتھ ملا کر عنق پر ضماد کریں۔

التہاب و جلن کی حالت میں پوست خشخاش کے جوشاندہ یا لعاب دار ادویہ کے لعابات مثلاً لعاب اسپغول، لعاب خطمی، لعاب بہدانہ، لعاب ریشہ خطمی وغیرہ کا نطول کیا جائے۔ شدت درد کی حالت میں قدرے افیون بھی شامل کر سکتے ہیں۔

غذا:۔ چوزہ مرغ، بتھوا، چقندر، خبازی یا بیضہ نیم برشت سے تیار شدہ مخصوص شوربے دئے جائیں۔

سوزاکی نبقی سرایت کی حالت میں اس کا مخصوص علاج کیا جائے۔

نوٹ:۔ سوزاکی نبقی سرایت کی حالت میں اس کا مخصوص علاج کیا جائے۔

مزمن التہاب عنق:۔ جملہ نسائی تفرداتی میں یہ غالباً کثیر الوقوع ترین قسم ہے اور التہاب حبل کے ہمراہ سیلان الرحم بکثرت پیدا کرتا ہے۔ اگرچہ یہ سوزاکی سرایت کا باقی حصہ پیش کر سکتا ہے تاہم یہ حبل میں پائے جانے والے کسی بھی عضویہ علی الخصوص نبقہ سبحیہ، نبقہ عنبیہ کے ذریعہ واقع ہو سکتا ہے جو منشق عنق کو ماؤف کرنے کے لئے صعود کرتے ہیں۔ التہاب عنق زیادہ تر اسقاط یا وضع حمل کے دوران سرایت سے واقع ہوتا ہے۔ زچگی کے دوران شقاق عنق بھی مزمن التہاب عنق کا کچھ نہ کچھ درجہ پیدا کر دیتا ہے اگر ابتداہی میں تروح عنق صفائی ستھرائی کے ساتھ مندمل نہ ہو جائیں تو منشق کناروں میں بیرونی جانب پلٹنے کا رجحان پایا جاتا ہے (شترہ خارجی) ایسی حالت میں جرثوموں کو حبل سے صعود کرانے کا بہترین موقع مل جاتا ہے آلاتی مداخلت سے بھی مزمن التہاب عنق پیدا ہو سکتا ہے۔ خاص طور سے اگر عنق کو دھات کے سعات سے پھیلاتے وقت عنق منشق ہو جائے۔

امراضیات وعلامات:۔ حاد التہابات عنق کا رجحان عموماً مزمن التہاب کی طرف ہوتا ہے، لیکن دردن عنق کا رجحان عموماً مزمن التہاب کی طرف ہوتا ہے۔ عنق کا حبلی حصہ حیرت انگیز طور پر طبعی ہوتا ہے لیکن دردن عنق دبیز ہوتا ہے جس کے ہمراہ گاڑھا مخی مواد پایا جاتا ہے جو بعد میں سفیدی مائل گاڑھی پیپ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ قنال سرخ دانہ دار ہالے سے گھرا رہتا ہے جسے تاکل سے موسوم کرتے ہیں، جو ایک سینٹی میٹر یا کئی سینٹی میٹر تک ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ یا اس کے بغیر حبلی سطح عنقی غدد کے خورد یا کلاں نبوتھی دوبرون (Nabothian Cysts) کی خاصی تعداد پر مشتمل ہو سکتی ہے۔ صاف مواد کی حالت میں یہ نیم شفاف ہوتے ہیں، لیکن گاہے غیر شفاف بھی ہو سکتے ہیں۔ جب عنق گہرائی میں منشق ہوتی ہے تو یہ کلاں اور تضخمی ہوتا ہے۔ عنق قنال کی غشائے مخاطی پر شکن اور عنقی غدد خوشہ دار قسم کے ہوتے ہیں، اس طرح اگر عضویے غدد کے عمق میں داخل ہو جاتے ہیں تو عنقی قنال کے ذریعہ مقامی معالجہ ان پر بے اثر ثابت ہوتا ہے۔

مریضہ عموماً اپنے معالج سے تکلیف دہ مواد کی شکایت کرتی ہے، ابتداً مخاطی لیکن بعد میں قائی مخاطی ہو جاتا ہے جو خصوصیات کے اعتبار سے گاڑھا، چپچپا اور سفیدہ بیضہ مرغ کی طرح ہوتا ہے، جس سے گاہے حبلی تقرح اور جلن بھی ہونے لگتی ہے۔ بسا اوقات التہابی پیش دمویت کے سبب طمثی سیلان بڑھ جاتا ہے نیز جب عنق عروقی تاکل یا شترہ خارجی کی متناظر ہوتی ہے تو مقاربت کے بعد خفیف صبغیت وقوع پذیر ہو سکتی ہے۔ عنق پر دباؤ ڈالنے سے درد ہو گا، طویل مدت گذر جانے کے بعد فم خارجی کا خط متمدد، متقرح اور متاکل ہو گا۔ علاوہ بریں عنق سخت اور ٹھوس ہو جاتی ہے۔

تشخیص:۔ منظار کے ذریعہ معائنہ کرنے پر مزمن التہاب عنق کی حالت میں عنق منتطول متہیج اور جیش تعفنی ہوتی ہے اور طبعی کی بہ نسبت زیادہ عروقی نظر آتی ہے۔ عنق کے ابتدائی قرحہ کو تاکل یا ابتدائی سرطانی سلعہ سے متمائز کرنا دشوار ہوتا ہے کیونکہ خواص کے اعتبار سے یہ دونوں مذکورہ حالات کی ہر ایک حالت سے ملتا جلتا ہے۔

مزمن عنقی التہاب نو بالیدہ، متورم اذیما یا عنقی بافت کے مابین متعدد مخاطی دویروں کی موجودگی میں بھی ہو سکتا ہے۔ عنق کے مہبلی حصہ کی سطح کے ورم کا سبب تاکل کے علاوہ سعدانہ دبو اسیر، خبیث ورم ابتدائی اکولہ اور شاذ و نادر درنی قرحہ بھی ہوتا ہے، جنھیں تشخیص کے وقت فراموش نہ کرنا چاہیئے۔ بایوپسی حاصل کرتے وقت خبیث قرحہ سے کافی نزف ہو سکتا ہے۔ لطخہ کے ذریعہ خبیث خلیات کی تفتیش بآسانی کی جا سکتی ہے۔ جن اصابات میں خباثت کا ذرا بھی احتمال ہو، معدم حس کے زیر اثر قرحی حصہ کا کنارہ تراش کر تشخیصی حرف بروئے کار لایا جائے۔ عنق کے جملہ مرضیاتی حالات میں تشخیص تفریقی کے لئے دونوں طریقے یعنی علم الخلوی اور آری کے منظار (Arye's Speculum) کے ذریعہ مہبل بینی انجام دیے جائیں۔

علاج:۔ بعض اصابات میں طبعی بافت کے تعامل کے سبب مزمن التہاب عنق کا عارضی یا دائمی اندمال ہوتا ہے، اسی طرح بسا اوقات عنقی قنال میں دافع عفونت ادویہ لگانے سے بھی عارضی یا دائمی فائدہ ہوتا ہے، لیکن عنقی قنال کے غدد کے عمق میں جو سرایت جاگزیں ہوتی ہے، ان میں دافع عفونت دوائیں نفوذ کرنے سے قاصر ہوتی ہیں۔

یونانی علاج:۔ حاد التہاب عنق کے ذیل میں درج اکثر دوائیں اس میں بھی یکساں مفید ثابت ہوتی ہیں۔ اگر قوت متحمل ہو تو ابتدا میں فصد باسلیق کریں اور اگر کافی نہ ہو تو فصد صافن کریں، اس کے بعد دوائے مسہل کے ذریعہ تمام بدن کا تنقیہ کریں۔ خوردنی استعمال کے لئے درج ذیل نسخے مفید ہیں:

(۱) عنب الثعلب، گل بنفشہ، گل سرخ، بادیان ہر ایک ۵ گرام، بیخ بادیان، تخم خرپزہ، خار خسک کوفتہ ہر ایک ۶ گرام، مویز منقیٰ ۱۰، انجیر زرد جوش دے کر گلقند اضافہ کرکے استعمال کرائیں۔

دیگر (۲) عناب، سپستان، انجیر زرد، گاؤزبان، بادرنجبویہ، مویز منقیٰ، اصل السوس، پرسیاوشاں، خطمی، خبازی جوش دے کر گلقند کے ہمراہ دیں اور نضج کے بعد اسی نسخہ میں بسفائج، سنا، ہلیلہ کابلی، ہلیلہ کابلی، افتیمون سوتی کپڑے میں باندھ کر اضافہ کریں لیکن اس امر کا خیال رہے کہ صرف افتیمون کو جوش کے اخیر میں ڈالا جائے، اس کے بعد مغز فلوس، ترنجبین، روغن بادام اضافہ کرکے نوش کرائیں۔

مذکورہ نسخے نہ صرف ورم کو تیزی سے تحلیل کرتے ہیں، بلکہ جراثیم کش اثرات کے سبب عنقی

قنال میں موجود غدود کی سرایتوں کا بھی قلع قمع کرتے ہیں۔ مقامی طور پر درج ذیل تدابیر بروئے کار لائیں۔

فرزجہ: (ص) روغن ناردین، پیسہ لیط، مرہم داخلیون باہم ملا کر پگھلا کر نیم گرم بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔ اور عنقی قنال میں ہلکے طور پر مل دیں۔ زیادہ کہنہ اصابات میں مرہم داخلیون کے بجائے مرہم باسلیقون استعمال کرایا جائے۔

نطول و آبزن: کی غرض سے نسخۂ ذیل مفید ہے۔
(ص) مرزنجوش، برگ مرو، پرسیاؤشان، عنب الثعلب، مشکطرامیشع، ابہل، تخم خطمی، تخم خربزہ، قیصوم، تخم کشوث، تخم ہلیون، تخم کرفس، تخم خبازی، گل خطمی، عدس مقشر، قنطوریون، دقیق، گلسرخ، برگ شبت، گل خیری پانی میں جوش دے کر صاف کرکے مریضہ کو اس میں بٹھائیں اور اسی سے نطول کریں۔

عملیہ: مزمن التہاب عنق کے علاوہ عنق تاکل کا علاج حرارت رساں تکویہ یا برقی تکواۃ کے ذریعہ تکویہ سے کیا جاتا ہے۔ عنقی قنال میں حرارت رساں تخثیر (Diathermy Coagulation) سے خوشہ دار غدود کے عمق میں جاگزیں جملہ سرایتیں ختم ہو جاتی ہیں اور اس کے بعد تباہ شدہ خط کو ملفوف کرنے کے لئے عنقی قنال کے فوقانی حصہ سے صحتمند سرحلہ نمو پاتے ہیں۔

قطاع مخروطی (Conization): اس میں کوئی شک نہیں کہ مزمن التہاب عنق، متمدد التہاب درون عنق مع منتشر افراز کے لئے مذکورہ بالا علاج یعنی برقی حرارت رسانی آسان اور موثر ترین طریقۂ علاج ہے۔ لیکن بظاہر طبعی نظر آنیوالے حصۂ ہبلی کا علاج جدید ترین طریقہ یعنی قطع مخروطی سے کیا جاتا ہے۔ اس میں اعلیٰ قوت کے قطب کہربائی کے ذریعہ قنال کے جملہ غشائے مخاطی کو مخروطی ٹکڑے کی شکل میں قطع کر دیا جاتا ہے، علاوہ بریں خوشہ دار غدد اور عنق کے حصۂ ہبلی کے متاکل خط کو بھی قطع کر دیا جاتا ہے۔ خفیف معدم حس اور شفاخانہ میں داخلہ بہرحال اہمیت سے خالی نہیں، کیونکہ بعض مریضات میں فوری نزف ہونے لگتا ہے، جس کی تخثیر حرارت رساں بٹن کے ذریعہ کر دی جاتی ہے، لیکن ثانوی نزف ہفتہ بھر میں یا اس کے بعد عارض ہو سکتا ہے، جس کے سبب ہمیشہ ثانوی سرایت ہوتی ہے، جس سے تحفظ کے لئے قطاع مخروطی کے بعد ۵ ایوم تک مقامی اور نظامی انٹی بایوٹک استعمال کرا سکتے ہیں۔ ایسی مریضات کو کچھ روز شفاخانہ میں روک لینا مناسب ہے، نیز اخراج کے وقت ثانوی نزف کے امکان سے آگاہ کر دینا چاہیئے اور کسی بھی نزف کی حالت میں سرجن سے فوری طور پر رجوع کرنے کی ہدایت کر دینی چاہیئے۔ علاوہ بریں مریضہ کو گھر پر روزانہ صبح و شام آلسوٹا نمک بائی کاربونیٹ محلول اور نارمل

سیلانُ کا نطول اس وقت تک کرنے کی ہدایت کرنی چاہیئے، تا وقتیکہ تمام رطوبات کا اخراج بند نہ ہو جائے عمیق قطاع مخروطی صرف ان عورتوں میں بروئے کار لایا جائے، جنھیں مزید اولاد کی خواہش نہ ہو۔

اس عملیہ سے علاج کا نتیجہ اتنا اچھا برآمد ہوتا ہے کہ فی زمانہ اس مرض میں عنق دوزی (Trachelorrhaphy) عملیہ تقریباً متروک ہو گیا ہے۔ اس سے نہ صرف مکمل علاج ہو جاتا ہے بلکہ ابتدائی عنقی سرطانات کے بیشتر اصابات کی تشخیص بھی بہت جلد ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں مناسب تدابیر و معالجہ بروئے کار لانا چاہیئے۔

غذا و پرہیز:۔ لطیف و زود ہضم مثلاً بکری کا شوربہ کم مرچ والا چپاتی سے کھلائیں، مونگ ارہر کی دال، خرفہ، ترئی، کدو، ٹنڈا پالک وغیرہ بھی دے سکتے ہیں، مسہل و عملیہ کے دوران مونگ کی کھچڑی کے سوا کچھ نہ دیں۔

زیادہ چلنے پھرنے اور سخت حرکات اور بادی اشیا کے استعمال سے احتراز ضروری ہے۔

عملیہ انجام دینے کے بعد کم از کم ۶ تا ۸ ہفتے جماع سے احتراز ناگزیر ہے۔ اس طرح زخموں کو مندمل ہونے کا خاصا موقع مل جاتا ہے۔

تاکل عنق (Cervical Erosion): عنقی تاکل عموماً صاحب اولاد عورتوں میں مزمن التہاب عنق کے انتشار کے نتیجہ میں رونما ہوتا ہے۔ اس میں فم رحم کے اردگرد تاکل سرخی کی شکل میں وقوع پذیر ہوتا ہے۔ لاولد عورتوں میں بھی نیتی سوزاکی التہاب عنق کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔ اس کے وقوعہ میں خلقی ذرائع کو زیادہ دخل ہوتا ہے۔

خلقی تاکل: جنینی نشو و نما کے ساتویں ماہ سے اور بچپن کے زمانہ میں عنقی قنال کا استوانی سرطلمہ فم خارجی کے پیچھے تک بڑھ جاتا ہے اور عنق کے مہبلی حصہ کا کافی رقبہ لائن دار ہو جاتا ہے، یہ حالت فقط چند یوم برقرار رہتی ہے اور ماں سے حاصل شدہ آئسٹروجن کی سطح گر جانے سے خلقی تاکل از خود مندمل ہو جاتا ہے۔ حقیقی خلقی تاکل سن بلوغ میں دوبارہ نمودار ہو سکتا ہے جو عہد شباب میں برقرار رہتا ہے۔

مکسوبہ تاکل: اکتسابی تاکل میں عنقی قنال کے استوانی سرطلمہ اور حصۂ مہبلی کے پرت دار سرطلمہ باہم مل جاتے ہیں۔ اس میں التہابی تعامل کے نتیجے میں تکاثر کو تحریک ملتی ہے جس سے قرحہ روپوش ہو جاتا ہے۔

مزمن التہاب عنق کے ساتھ واقع ہونیوالا تاکل:۔ مزمن التہاب عنق میں عنقی قنال سے اخراج پذیر قیح اور مخاط لیس گردیدگی رحم کی حالت میں عنق کے لب موخر کو اور پیش گردیدگی کی حالت میں لب مقدم کو نہلا دیتے ہیں، مواد اتعلی ہوتا ہے اور فلسماتی سرطلمہ کو نرم کر دیتا ہے۔ مزمن التہاب عنق میں فم خارجی کے اردگرد والے مخصوص فلسماتی خلیات کی قوت مدافعت گھٹ جاتی ہے اور مہبلی عنق

نتیجہ ہوجاتا ہے۔ ایک مدت گزرنے کے بعد فلسمانی خلیات غیر فلسمانی ہوجاتے ہیں اور فم خارجی کے ارد گرد پایا جانے والا سرخ کا تباہ شدہ سرخ خط چھوڑ دیتا ہے، جو عنقی تاکل کا پہلا درجہ بناتا ہے۔ خردبینی امتحان پر تباہ شدہ خط کے نیچے نسیجی دریزش ہوتی ہے جس میں خلیات مستدیرہ اور پلازما خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ تاکل کی مندرجہ ذیل صورتیں بھی پائی جاتی ہیں۔

حلیمی تاکل (Papillary Erosion) مذکورہ بالا تاکل میں پیدا ہونے والے عنقی عمودات میں واقع ہوتا ہے۔ اس میں متعدد غدد کے منافذ کے سبب سطح دانہ دار ہوجاتی ہے۔

حویصلاتی یا دویری تاکل :۔ یہ فلسمانی سرحلمہ کے ذریعہ ان کے غدد کے منہ مسدود کرتے وقت پیدا ہوتا ہے، چنانچہ یہ درجۂ اندمال میں تاکل کے عمودی سرحلمہ کو ہٹا دیتا ہے۔ بعض غدد سطح پر بند جراب کی طرح ہوتے ہیں جو افراز کے سبب متسع ہوکر خانہ دار ہوجاتے ہیں اور سطح پر چھوٹے چھوٹے دویری خطے نظر آتے ہیں۔

عنق کی غشائے مخاطی کے بیش تکون کے سبب تاکل :۔ حلیمی اور غددی تاکل خاص طور سے اسی بیش تکون کے سبب پیدا ہوتے ہیں۔ سادہ سطح تاکل، بالخصوص جبکہ پرت دار سرحلمہ غیر پرت دار ہوجاتے ہیں، دراصل مزمن التہاب عنق ہی کا انجام ہوتا ہے۔

تشخیص: تاکل کی مخصوص قسم بآسانی انکسار قبول کرلیتی ہے اور چھونے پر نزف کا رجحان پایا جاتا ہے۔ نیز امتحان کرنے والی انگلی کو مخصوص مخملی احساس ہوتا ہے۔ تاکل عنق دوران حمل کثیر الوقوع ہوجاتا ہے اسی لئے عموماً ذوالقرہ لیکن خفیف نزف کی شکایت پائی جاتی ہے، سن یاس شروع ہوتے ہی یہ اختتام پذیر ہونے لگتے ہیں لیکن اختتام تک کچھ وقت لگتا ہے۔ سن یاس میں اس طرح کے کسی تاکل کو نوساخت کا پیش خیمہ سمجھنا چاہیئے۔

جن اصابات میں چھونے پر نزف ہو ان میں دقی سرایت اور خباثت کو مستثنیٰ کرنے کے لئے تعر مہبل سے علم الخلیاتی لطخ حاصل کیا جائے، اس غرض کے لئے آری کے منظار کی مدد سے حصہ حیلی کی سطح کھرچ کر بایوپسی حاصل کی جاسکتی ہے۔

علاج :۔ اصل سبب کا تدارک کیا جائے اور ثانوی سرایت کی حالت میں مناسب انٹی بایوٹکس کا استعمال کیا جائے، لیکن مزمن اصابات میں عملیہ کے بغیر چارہ نہیں۔

یونانی علاج :۔ اس میں وہی تدابیر و علاج مفید ہیں، جن کا تذکرہ مزمن التہاب عنق کے ذیل میں گذر چکا ہے۔ تصفیۂ خون کے لئے مریضہ کی عام صحت کی طرف بھی توجہ دی جائے۔

صبح کے وقت اول جوارش مصطگی کھلا کر شیرۂ تخم کشوث، شیرۂ بادیان ۵۔۵ گرام عرق کو ۶ گرام

عرق الائچی میں نکال کر گلقند ملا کر استعمال کرائیں اور شام کو:۔

خمیرہ گاؤزبان، ورق نقرہ میں لپیٹ کر شیرۂ کموہ خشک شیرۂ بادیان ۵۰-۵۰ گرام، شیرۂ مویز منقی عرق مکوہ، عرق برنجاسف میں نکال کر خمیرہ بنفشہ حل کر کے نوش کرائیں۔

اگر عنق تا لکی سے خون جاری ہو تو فصد کے ذریعہ حسب ضرورت خون نکال کر روزانہ صبح کو جلاب ذیل دیں:۔

(۱) عناب خشک یا ترنج، شکر سفید جوشاندہ بنا کر نوش کرائیں اور مقامی طور پر فرزجۂ ذیل استعمال کرائیں:۔

(۲) پوست انار، جوز السرو، شب یمانی، گلسرخ سب کو باریک پیس کر آب آس یا آب عصی الراعی میں گوندھ کر بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔

قرحۂ اکال (Rodent Ulcer) کی صورت میں تنقیۂ بدن کے ساتھ مرتک، سفیداب، انزروت مساوی الوزن سے موم و روغن گل کے ہمراہ قیروطی تیار کرا کے عنق قنال میں لگوائیں۔ اگر ساتھ میں عفونت بھی ہو تو اس میں قدرے زنگار بھی شامل کر دیں۔

درجۂ انحطاط میں فرزجۂ ذیل مفید ہے:۔

مرہم داخلیون، آب برگ کموہ سبز بقدر ضرورت میں ملا کر روغن گل، سفیدی بیضہ مرغ، مغز فلوس شامل کر کے عنق قنال میں لگوائیں اور گاز لت کر کے بطور حمول استعمال کرائیں۔

(۳) پنبہ آب بارتنگ میں تر کر کے اس پر دم الاخوین، گل ارمنی، شادنج، صبر، کندر، سفیداب، ارزیز، افیون چھڑک کر حمولاً استعمال کرائیں۔

اگر سفید رطوبت کا اخراج ہو رہا ہو تو سفیداب و روغن گل کا مرہم تیار کر کے عنق قنال میں لگوائیں۔

عملیہ:۔ مقامی طور پر حرارت رساں تخشیر اور قطاع مخروطی آخری چارہ کار ہے جن کا مفصل بیان مزمن التہاب عنق کے ذیل میں گذر چکا ہے۔

غذا و پرہیز:۔ مزمن التہاب عنق کے مطابق ہے۔ مرغ و پرند کا گوشت خاص طور سے مفید ہے۔

شترۂ خارجی (Ectropion):۔ وضع حمل کے دوران بری طرح دریدہ رحم اکثر شترۂ خارجی کا متناظر ہوتا ہے۔ اس میں درون عنق قنال پلٹ جانے کے سبب اس کی لائن دار غشائے مخاطی نظر آنے لگتی ہے۔ اس کی تشخیص اصبعی امتحان سے کی جا سکتی ہے، چنانچہ فم خارجی پھیلا ہوتا ہے، اسی طرح امتحانی انگلی کے ذریعہ موخر و مقدم طور پر عنق قنال کے تحتانی حصہ کے علاوہ خط وسطانی میں پڑے ہوئے عمودات طوال

بھی بہ آسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

شرۂ خارجی کے ہمراہ سلوی التہاب عنق عموماً پایا جاتا ہے۔ اس میں مخصوص علامت ہیولی افراز ہے جو مخاطی تقیحی ہوتی ہے۔

علاج :۔ تازہ اصابات میں حاد التہاب عنق والا معالجہ بروئے کار لایا جائے، لیکن جب مرض پرانا ہوجاتا ہے تو التہاب عنق مزمن اور عنق تاکل والے معالجہ و تدابیر کو روبہ عمل لانا چاہیئے۔

عملیہ:۔ مقامی طور پر برقی حرارت رسانی کے ذریعہ تخثیر پیدا کی جائے اور شدید اصابات میں قطاع مخروطی والا عملیہ بروئے کار لایا جائے جن کا بیان مزمن التہاب عنق کے ذیل میں گزر چکا ہے صرف چند مختلف پیچیدہ اصابات میں عنق دوزی کی نوبت آتی ہے۔

۱۶
التہاب رحم
[Inflamation of the Uterus]

حاد التہاب درون رحم (ورم غشاء الرحم)
[Acute Endometritis]

کثیر الوقوع سرایتی اجسام نبقہ سبحیہ برازی اور ای۔ قولی ہوتے ہیں، تاہم خون پاش نبقہ سبحیہ، عفنی ہوا پاش نبقہ عنبیہ، کلوسٹریڈیم ویلشیائی (Clostridium Welchii)، نبقہ سوزاک بھی مل جاتے ہیں۔

نفاسی (Puerperal) :۔ پورے وقت کے وضع حمل کی سرایت کی بہ نسبت سرایتی اسقاط کے نتیجے میں واقع ہونے والا حاد التہاب رحم زیادہ کثیر الوقوع اور خطرناک ہے۔ التہاب جب تک درون رحم (Endometrium) تک محدود رہتا ہے تو سریری امراضیاتی دونوں حیثیت سے خفیف ہوتا ہے لیکن جب عضلا رحم اور اسی طرح کی دیگر حوضی ساختوں مثلاً قاذفین، مبیضین، خلوی بافتوں اور اوردہ تک بڑھتا ہے تو خطرناک صورت اختیار کر لیتا ہے۔

خفیف قسم میں درون رحم بیش دموی اور متہیج ہو جاتا ہے۔ نسیجاتی طور پر کریات بیضا کا ایک مسلسل رقبہ دکھائی دیتا ہے جو درون رحم اور عضلا رحم کے گہرے حصہ میں سرایت کا انتشار روکتا ہے۔ شدید شکل میں درون رحم کا تنخر اور غانغرانہ ہو جاتا ہے۔ کمزور مریضہ میں اجسام دموی رو پرورش کر کے عفونت الدم عارض کر دیتے ہیں، ایسی حالت میں کریات بیضا کا رتبہ بے ترتیب اور برباد ہو جاتا ہے۔ زیادہ شدید سرایت میں پورے درون رحم کا افتاث ہو جاتا ہے۔ قائحی مواد کبھی کبھی محتبس ہو جانے کے سبب تقیح الرحم عارض ہو جاتا ہے۔ آخر میں سرایت قاذفین میں پہنچ کر التہاب انبوبہ پیدا کر سکتی

اور اس کے بعد باریطونی کہفہ کو سرایت زدہ کرسکتی ہے۔

سریری مناظر:- عفنی اسقاط اور نفاسی بخار کی سریری علامات موجود ہونگی، مثلاً ارتفاع تپش، سرعت نبض، دردسر، ضعف، متلی، قے اور ابکائی وغیرہ کی شکایت، جس کے ہمراہ بدبودار رقائقی مواد کا اخراج ہوتا ہے۔ عنق متسع ہوتی ہے اور رحم الیم، نرم اور طبعی کی بہ نسبت عظیم الجسامت متنفخ ہوتا ہے، لیکن تموّن میں ایلیت نہیں ہوتی۔ مقام عجان اور اربی حصوں میں شدید درد ہوتا ہے، جس سے چلنے پھرنے میں تکلیف ہوتی ہے زیادہ خطرناک اصابات جن میں دموی رو سرایت زدہ ہوجاتی ہے، میں عضوی علامات و امارات تقریباً معدوم ہوجاتی ہیں۔ نفاسی عفونت اور عفنی اسقاط والے التہاب درون رحم کا مفصل بیان فن القابلہ کی کتابوں میں دیکھا جائے۔ نسائی پریکٹس میں حاد التہاب درون رحم عموماً کم دیکھنے میں آتا ہے۔

تشخیص: مناسب علاج کے لئے صحیح تشخیص ناگزیر ہے۔ مہبل کے موخر تجویف یا عنق قنال سے نفاسی رطوبات کا نمونہ حاصل کرکے فی الفور امتحان یا کاشت کی غرض سے معمل بھیج دینا چاہیئے، مواد حاصل کرنے کے لئے مناسب منظار داخل کرکے گاز کا پھاہا یا مقطر نلی (Pipette) کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

علاج: پینی سلین، اسٹرپٹومائی سین اور سلفونامائڈ کی مکمل خوراک دینے سے نہ صرف سرایت قابو میں آجاتی ہے بلکہ ملحقہ ساختوں تک اس کا انتشار بھی رک جاتا ہے۔

یونانی علاج: ورم حار میں تاوقتیکہ حاد سرایت کی جملہ شہادتیں مفقود نہ ہوجائیں، مریضہ کو نہایت آرام سے بستر پر لیٹے رہنے کی ہدایت کریں۔ بلاوجہ فاقہ کشی کے بجائے کھانے پینے کی ترغیب کی جائے۔ رات کو اطمینان بخش نیند بھی ضروری ہے۔

اگر ضرورت ہو نیز مریضہ کی عام جسمانی حالت متحمل ہو تو فصد باسلیق کی جائے تاکہ انصباب مادہ رک جائے، پھر مقام ماؤف کا التہاب تحلیل کرنے کے لئے فصد صافن کرکے خلط غالب کا تنقیہ کرنے کی غرض سے مناسب تدابیر بروئے کار لائیں۔ سرایتی اسقاط اور نفاسی التہاب درون رحم میں مندرجہ ذیل نسخے اجسام کا قلع قمع کرنے کے علاوہ اورام کو تیزی سے تحلیل کرتے اور حرارت رفع کرتے ہیں:

صبح کے وقت نسخہ ذیل استعمال کرائیں۔

(۱) پرسیاؤشاں، تخم خیارین، مکوہ خشک، گل بنفشہ ہر ایک ۷ گرام، عناب ۵ عدد، مویز منقیٰ ۹ عدد، گاؤزبان ۵ گرام رات کو آب گرم میں بھگو کر صبح کو مل چھان کر آب کاسنی سبز مروق، آب مکوہ سبز مروق ۵۰-۵۰ ملی لیٹر کا اضافہ کریں اور اس میں خمیرہ بنفشہ شامل کرکے استعمال کرائیں۔ اور شام کو:-

(۲) اول دواء المسک معتدل ۵ گرام کھلائیں، اس کے بعد شیرہ مویز منقیٰ، شیرہ مکوہ خشک، شیرہ بادیان ۷ گرام

عرق مکوہ، عرق برنجاسف ۵۰-۵۰ ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوری معتدل ملا کر خاکسی چھڑک کر پلائیں۔

علامات میں تخفیف کے بعد تقویت رحم کی غرض سے معجون مقوی رحم، قرص کشتہ خبث الحدید کھلائیں۔

مقامی استعمال کی دوائیں:۔

اگر ساتھ ساتھ رحمی اجتماع ریم کی شکایت ہو تو اس کی مناسب تدابیر بروئے کار لائیں، جس کا بیان آگے آئے گا۔ نطول ذیل بھی مفید ہے:۔

(ص) تخم کتان، تخم بارتنگ، گوکھرو اور خطمی کے جوشاندہ کا نطول کریں۔ شدت درد کی حالت میں پوست خشخاش کو گل بابونہ میں جوش دے کر اس سے ٹکور کریں۔

فرزجۂ ذیل گرم درحمی اورام کے لئے مفید ہے:۔

(ص) تخم خشخاش سفید پیس کر دودھ میں پکائیں، اس کے بعد روغن گل اور قدرے زعفران اور موم ملا کر گاز لت کر کے بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔

(دیگر) روغن بادام شیریں نیم گرم کر کے اس میں گاز لت کر کے حمول کریں، نفاسی اور جماعی التہاب درون رحم کے لئے مفید ہے۔

ایسے التہابات میں بیخ خطمی کا حمول اور آبزن دونوں مفید ہیں۔

درج ذیل مرہم حنا نہ صرف ورم کو تحلیل کرتا بلکہ قروح رحم کو بھی اچھا کرتا ہے جو نفاسی رحمی التہاب میں کثیر الوقوع ہے:۔

(ص) روغن حنا میں موم آگ پر رکھیں، جب موم پگھل کر روغن کے ہمراہ مل جائے تو کپیلہ ڈال کر تھوڑی دیر کے بعد آگ سے اتاریں، پھر سفیدہ کاشغری، مردار سنگ، کافور ہر ایک ۳ گرام ملا کر نیم گرم لکڑی سے رگڑیں، مرہم تیار کر کے محفوظ کر لیں۔

ترکیب استعمال: حسب ضرورت مطہر گاز لت کر کے حمول کریں۔

عملیہ:۔ جب قائمی مواد محتبس ہو جائے اور رحمی اجتماع ریم (تقیح الرحم) ہو جائے تو عنق کو متسع کر کے مناسب سیلیت کر دی جائے۔ جب سیلیت کی رفتار سست پڑ جائے لیکن مواد اب بھی باقی ہو تو اس سے پاک کرنے کے لئے درج ذیل نسخہ ڈوش استعمال کرائیں۔

(ص) باؤبڑنگ، سمندر جھاگ، نمک لاہوری، بھیرونہ خشک ہر ایک ۳ گرام کو باریک پیس کر

تین پوٹلیاں بنائیں اور بذریعہ قابلہ ایک پوٹلی وسط رحم میں باقی دو اطراف میں رکھوائیں۔ پانچ روز یہ نسخہ استعمال کرانے کے بعد درج ذیل نسخہ سمیٹ استعمال کرائیں:

(ص) تج، گج کہنہ، مائیں خرد، پوست انار، مازوئے سبز، ہیراکسیس ہر ایک ۱۰ گرام کو باریک پیس چھان کر ۱-۲ گرام کی پوٹلیاں بنائیں اور نسخہ جھاڑ کی طرح ۳-۴ یوم استعمال کرائیں۔ اس کے بعد تقویت رحم کی غرض سے حمول ذیل استعمال کرائیں:-

(ص) مشک خالص (نصف گرام)، زعفران (۱ گرام)، مومیائی (نصف گرام)، گل ارمنی، گوند ببول، دم الاخوین ہر ایک ایک گرام خبث الحدید (۲ گرام) سب کو پانی میں پیس کر سطبر گاز لت کر کے حمولاً استعمال کرائیں:-

خوردنی طور پر کشتہ خبث الحدید (اعدد) معجون (۲ گرام) مقوی رحم کے ہمراہ کھلائیں۔

غذا و پرہیز :- ٹھنڈی سبز ترکاریاں، گیہوں کی روٹی، ساگودانہ، آش جو وغیرہ دیں اور تازہ پھل مثلاً سنترہ وغیرہ کھلائیں۔

قابض، دیر ہضم غذاؤں، کثرت حرکات اور جماع سے پرہیز ضروری ہے۔

سوزاکی :- سوزاکی التہاب درون رحم میں غشائے درون رحم پر خلیات متدیرہ کے ہمراہ بے ترتیب دررزش منتشر ہو جاتی ہے، متورم غشا و مخاطی کی شدید بیش دمویت کے سبب کہفۂ رحم میں خون رسنے کے نتیجہ میں مسلسل نزف ہوتا رہتا ہے۔ سریری اعتبار سے ترقی پذیر در رحمی نزف نبھی سوزاکی سرایت کی امارت ہوا کرتا ہے۔ مرضی سرایت عموماً قاذفین تک پھیل جاتی ہے۔ اس میں عنقی نفاسی التہاب درون رحم کی بہ نسبت حالات نمایاں خفیف ہوتی ہے۔

علاج و دیگر تفصیلات کے لئے سوزاک کا مفصل بیان دیکھا جائے۔

بعد الجومی یا دررحمی آلاتی التہاب :- عنق کے جرف، برقی تخثیر یا کسی بھی معمول علیہ کے سبب سرایت ممکن ہے۔ حاد التہاب درون رحم کہفۂ رحم میں نقیلوں، موسعات اور علی الخصوص ریڈیم ٹیوب کے ادخال سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ یہ التہاب خفیف یا مقامی ہو تو زیادہ پرخطر نہیں لیکن جب حوضی ساختوں تک منتشر ہو کر التہاب قاذفین، حوضی التہاب باریطون، نند رحمی التہاب، رحمی نزف اور افراز وغیرہ عارض کرے تو انتہائی خطرناک صورت اختیار کر لیتا ہے، یہ سرایت مختلف مانع حمل فرزج کے استعمال سے بھی عارض ہو سکتی ہے۔

علاج :- اصل سبب معلوم کریں۔ اگر کوئی فرزجہ یا مانع حمل آلہ وغیرہ سبب ہو تو اسے بلا تاخیر نکال دیں، پھر اجسام کے مطابق مناسب انٹی بایوٹک کا انتخاب کیا جائے، کیونکہ تمرائی سے خاطر خواہ

نفع حاصل ہوتا ہے۔

یونانی علاج:۔ اگر صرف آلاتی مداخلت کے نتیجے میں قرحہ پیدا ہو کر التہاب درون رحم واقع ہوا ہو تو صرف مقامی معالجہ کافی ہوا کرتا ہے۔ اس غرض کے لئے درج ذیل ڈوش استعمال کرائیں۔

(۱) برگ نیم ۱۰ گرام، کیلا ۴ گرام پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور نیم گرم نطول کریں۔

مذکورہ نطول کے بعد نفاسی التہاب درون رحم کے ذیل میں درج مرہم حنا تیار کر کے گازلت کر کے حمولاً استعمال کرائیں۔

اگر خدانخواستہ سرایت بھی عارض ہو جائے تو نفاسی التہاب والے نسخے حسب ضرورت استعمال کرائیں۔ غذا و پرہیز بھی تقریباً وہی ہیں۔

مزمن التہاب درون رحم (مزمن التہاب باطن رحم)

مزمن التہاب درون رحم کی تشخیص کیلئے ہیکل سے پلازما کی معتدبہ تعداد کا حصول ضروری ہے۔ کیونکہ ہیکل میں مدور اور پلازما خلیات کی موجودگی مزمن التہاب ثابت کرتی ہے۔ تاہم حوضی ملحقات کی سرایت، طبی یا انحطاطی، مفرستی خلیات کے ہمراہ درنات یا رحمی کہفہ میں جسم غریب مثلاً در رحمی فلزاتی یا پلاسٹک آلات وغیرہ کا سرگرمی کے ساتھ پتہ لگانا امراض النساء کے ماہر کے لئے ضروری ہے۔

اسباب: حوضی سرایت کے ساتھ: کثیر یا بے ترتیب ہبلی جریان کے چند اصابات مزمن حوضی التہاب کے ساتھ واقع ہوتے ہیں، جس میں مزمن التہاب درون رحم کے ممتاز تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ حوضی التہاب میں بار بار شدت کے نتیجے میں درون رحم میں دوبارہ سرایت مزمن التہاب درون رحم عارض کر سکتی ہے۔

حمل کے جدید یا قدیم فضلات کے همراه: از خود عارض ہونے والے غیر عفنی اسقاط یا ہبل کے گندے خطرے جراثیمی یورش کے سبب پیچیدہ وضع حمل کے بعد غشائے درون رحم کے متدیر و پلازما خلیات کی دراندازی مشاہدہ کی جا سکتی ہے۔ سرایت زدہ ناکمل اسقاط میں شدید تعامل واقع ہوتا ہے۔ نسیجاتی امتحان پر سلوی حمل (Chorionic Villi) کے انحطاطی اجزائے خلیات متدیر و پلازما سے گھرے نظر آتے ہیں۔ فضلات حمل طویل مدت تک رحم میں پڑے رہ جاتے ہیں تو حمل میں اس قدر انحطاط آ جاتا ہے کہ ان سے حاصل کردہ مسلسل تقطعات کے بغیر تمیز دشوار ہوتی ہے۔

جب مشیمی بافت کا کوئی ٹکڑا طویل مدت تک اندر پڑا رہ جاتا ہے تو سرخ زنی مشیمی سعلانہ بنتا ہے۔

نسیجیاتی امتحان سے انحطاط شدہ سلوی خمل نظر آجاتے ہیں جن کے اندر اور ارد گرد مدور اور پلازما خلیات دموی حلقے بناتے ہیں۔

دررحمی مانعات حمل: جب رحمی کہفہ میں لچکدار ربر یا دھات کے آلات زیادہ مدت تک دانستہ یا نادانستہ چھوٹ جاتے ہیں تو جسم غریب کا تعامل اور مزمن دردون رحمی التہاب عارض کر دیتے ہیں۔

دقی التہاب دردون رحم: بیشتر اصابات میں دردون رحم کی دقی سرایت قاذفین کے تدرن سے ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے۔ نسیجیاتی امتحان پر درنے مخصوص عفرتی خلیات کے ہمراہ نظر آتے ہیں۔ عمل تجبن سرایت کی شدت یا خفت کے اعتبار سے موجود یا غیر موجود ہو سکتا ہے۔

شیخوخی التہاب دردون رحم: اس حالت میں غشاء الرحم پتلی ہو جاتی ہے اور مستدیر و پلازما خلیات کی نمایاں درریزش ہوتی ہے۔ تقرح کے ہمراہ سطحی سرطلمہ جھڑنے لگتا ہے۔

سریری طور پر پیپ دار رطوبت موجود ہوتی ہے اور بعد الیاسی نزف ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں عنقی قنال کے تضیق کے سبب رحمی اجتماع ریم پایا جاتا ہے۔

جسم رحم کا سرطانی التہاب علامات و امارات کے اعتبار سے بڑی حد تک شیخوخی التہاب دردون رحم سے مشابہت رکھتا ہے اور دونوں حالات میں رحمی اجتماع ریم موجود ہو سکتا ہے۔

تشخیص کی توثیق جرت سے ہو سکتی ہے۔

علاج: اصل سبب معلوم کر کے اس کا مناسب تدارک کیا جائے۔ اگر سوزاک سبب ہو تو سوزاک کے ذیل میں درج تدابیر پر عمل کیا جائے اور اگر تدرن سبب ہو تو تناسلی قنات کے تدرن کے مطابق علاج کیا جائے جس کا ذکر آگے آئے گا۔ اگر دررحمی مانعات حمل سبب ہوں تو جسم غریب نکال کر نفاسی دردون رحمی التہاب حاد کے ذیل میں درج دوائیں استعمال کرائیں۔ کیمو تھیراپی عموماً راس آتی ہے۔ شیخوخی دردون رحمی التہاب مزمن کی حالت میں آئسٹروجن استعمال کرانے سے بسرعت اندمال ہونے لگتا ہے۔ شفایابی کے لئے اسٹل بائسٹرال ۰.۵ ملی گرام دن میں ۲ بار کم از کم دو ہفتے تک دیا جائے۔ حمل کے نئے یا پرانے فضلات کی موجودگی میں ارگٹ کے مرکبات دیئے جا سکتے ہیں۔

یونانی علاج: مذکور الصدر امور کو پیش نظر رکھتے ہوئے علاج جاری کریں۔

اگر دررحمی مانعات حمل سبب ہوں تو آلہ نکال کر نفاسی التہاب دردون رحم میں درج اصول کے مطابق نطول کر کے مرہم حنا کا حمول کریں۔

اگر اس التہاب کا سبب حمل کے جدید یا قدیم فضلات محتبس ہوں تو اول مدرات طمث استعمال

کرائیں۔ حب ذیل نسخہ سے نہ صرف طمث جاری ہوجاتا ہے، بلکہ ما بقی مشیمی ٹکڑے بھی تبدریج خارج ہوجاتے ہیں۔

(ص) ہوبائے سرخ، مجیٹھ، تخم گاجر، تخم سویہ، تخم ترب، اجوائن، بادیان، برگ سداب، درمنہ ترکی ہر ایک ۶ گرام، قند سیاہ دو چند ادویہ پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ نسخۂ ذیل زیادہ قوی اور مسقط جنین بھی ہے:۔

(دیگر) پوست، خروٹ، تخم ترب، پوست پھلی املتاس، ہنسراج، بادآورد، تخم نیمکوفتہ ہر ایک ۶ گرام، قند سیاہ دو چند ادویہ پانی میں جوش دے کر پلائیں بعض اطبا کلونجی اور پوست پنبہ کا بھی اضافہ کردیتے ہیں۔

اس کے بعد نفاسی التہاب درون رحم حاد کے ذیل میں درج صبح و شام کے جوشاندہ کم از کم ۱۵ بیس یوم پلائیں، یہی جوشاندہ حوضی سرایت والے التہاب درون رحم مزمن میں بھی مفید ہے اس کورس کے بعد درج ذیل ادویہ مسہلہ کا اضافہ کرکے دو تین مسہل دیں:۔

(ص) مغز املتاس ۲۴ گرام، ترنجبین ۳۶ گرام، سنا مکی ۶ گرام، گلقند ۴۰ گرام، روغن بادام شیریں ۱۰ ملی لیٹر دوران مسہل تبرید ذیل بھی استعمال کراتے ہیں:۔

(ص) خمیرہ گاؤزبان ۱۲ گرام، ورق نقرہ ۱ عدد میں لپیٹ کر پہلے کھلائیں پھر لعاب بہدانہ ۳ گرام، شیرہ عناب ۵ دانہ، عرق مکوہ ۱۲۵ ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ ۲۵ ملی لیٹر ملاکر اور تخم ریحان ۶ گرام اوپر سے چھڑک کر استعمال کرائیں۔

نوٹ:۔ دوران مسہل مقامی استعمال کی دواؤں کا استعمال ممنوع ہے۔

ہاضمہ کی خرابی کی صورت میں جوارش کمونی کبیر یا نوشدارو سادہ دیا جائے اور قبض کی حالت میں قرص ملین حسب ضرورت دے سکتے ہیں۔

مزمن التہاب درون رحم کی ہر صورت میں جھاڑ اور حمیٹ کے نسخے مذکورہ بالا نسخے سے مناسب تنقیہ کے بعد بالترتیب استعمال سے نافع ثابت ہوچکے ہیں جو نفاسی التہاب درون رحم کے ذیل میں گزرچکے ہیں، علاوہ بریں درج ذیل نسخے بھی مفید ہیں:۔

ضماد محلل (ص) :۔ مغز املتاس، مکو خشک، آرد جو، گل بابونہ، سنبل الطیب، اکلیل الملک، صندل سرخ، جدوار، رسوت ہر ایک ۶ گرام، آب مکوہ سبز ۱۲ گرام بقدر ضرورت میں پیس کر سرکہ و روغن گل ۲۴-۲۴ گرام کا اضافہ کرکے نیم گرم لگائیں۔ تقویت رحم کی غرض سے نفاسی التہاب درون رحم کے ذیل میں درج مشک خالص اور زعفران والا حمول تیار کرکے استعمال کرائیں۔

اگر التہاب درون رحم مزمن کے ہمراہ خفیف حرارت بھی ہو تو :-

قرص طباشیر ہمراہ شیرہ عنب الثعلب، شیرہ تخم خطمی (۲ گرام) ہر ایک ۴-۴ گرام، شیرہ تخم کاسنی (۲ گرام)، عرق عنب الثعلب (۵ ملی لیٹر) میں نکال کر شربت بزوری بارد، خاکشی (۲ گرام) (۲۵ ملی لیٹر) اضافہ کر کے دیں۔

ورم صلب میں حلبہ، شحوم، گودے، ملین مملل روغن گل، روغن حنا، روغن حلبہ، روغن شبت، چربی مرغابی، روغن اقحوان، موم سرخ اور زردی بیضہ مفید ہیں۔ علاوہ بریں مرہم رسل بلیغ النفع ہے۔

شیخوخی التہاب درون رحم کی حالت میں مریضہ کی عمومی صحت کی جانب توجہ دی جائے۔ بعد الیاسی نزف کی حالت میں اگر قوت متحمل ہو تو فصد باسلیق کے بعد مسہل صفراء سے تنقیہ کریں۔ اس کے بعد نسخہ ذیل استعمال کرائیں :-

(ص) کندر، انزروت، دم الاخوین، جوز السرو، پوست انار، شب یمانی، مرمکی، گل سرخ آب بارتنگ میں بھینٹ کر مطہر گازلت کر کے حمول کریں۔ شدید اصابات میں جب کہ شکایت قعر رحم میں موجود ہو تو مذکورہ ادویہ کا نطول بھی کر سکتے ہیں۔ مزید فائدہ کے لئے مذکورہ نسخہ میں گل ارمنی، اقاقیا اور مازو کا اضافہ کر سکتے ہیں۔

بنادہن قرص کہربا استعمال کرا سکتے ہیں۔

عنقی قنال کے تضیق کی حالت میں مرہم سفیداب کافوری کے علاوہ مرہم ذیل بھی مفید ہے۔

(ص) چربی مرغ، چربی بط، گائے کی پنڈلی کا مغز، روغن بنفشہ و موم سے مرہم تیار کر کے قدرے مرہم باسلیقون ملا کر مطہر گازلت کر کے حمول کریں۔

عملیہ : اگر شیخوخی التہاب درون رحم میں مذکورہ تدابیر ناکام اور عود مرض کی بار بار شکایت ملے تو آخری چارہ کار کے طور پر رحم برآری روبہ عمل لایا جائے۔ دیگر اصابات میں جرحی مداخلت کی ضرورت عموماً نہیں پڑتی۔

غذا و پرہیز :- مونگ کی دال، آش جو، ساگو دانہ یا چوزہ مرغ کا شوربہ حسب ضرورت دیا جائے۔ زیادہ چلنے پھرنے، رنج و تعب اور مجامعت سے پرہیز ضروری ہے۔

۱۷

رحمی اجتماع الدم، نفخۃ الرحم اور تقیحۃ الرحم

رحمی اجتماع الدم

[Haematometra]

اس حالت میں کہفۂ رحم میں خون مجتمع ہو جاتا ہے۔ یہ تناسلی قنات میں احتباس کے طور پر عنق کے لیول یا اس کے نیچے رونما ہو سکتا ہے، جس سے کہفۂ رحم میں طمثی خون کا اجتماع ہو جاتا ہے۔ اس کے اسباب کی حسب ذیل تین بڑی جماعت بندی کی جاسکتی ہے:۔

(۱) عنقی قنال کا خلقی تسدد یا بے انثقابی۔

(۲) عنقی قنال کا مکسوبہ تسدد یا بے انثقابی۔

(۳) نو بالیدوں کے سبب عنقی قنال کا تسدد۔

(۱) عنقی قنال کا خلقی تسدد یا بے انثقابی:۔ گاہے اجتماع الدم دو قرنی رحم میں عارض ہوتا ہے، دونوں قرن کے ترقی یافتہ حالات میں یہ صورت اس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ ایک قرن عنق سے جڑنے نہیں پاتا یا دونوں قنال میں سے ایک میں بے انثقابی واقع ہو جاتی ہے۔

دو قرنی رحم کے ناقص النمو قرن میں اجتماع الدم واقع ہوتا ہے۔ کیونکہ اصولی طور پر ناقص النمو قرن جبل یا دیگر ترقی یافتہ قرن کے عنقی قنال سے مربوط نہیں ہوتا۔

دو قرنی رحم میں اجتماع الدم کی تشخیص دشوار ہوتی ہے کیونکہ ترقی یافتہ قرن کا دورۂ طمثی جاری رہتا ہے اور اسے عموماً غلطی سے مبیضی دویرہ یا لیفی عضلی سلعہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

غیر مثقوب غشاء البکارت یا مہبل کے مکمل مستعرض حاجز والے اصابات میں شاذ و نادر ہی اجتماع الدم واقع ہوتا ہے۔

عنقی قنال کی مکسوبہ بے انشقابی :۔ وضع حمل کے وقت عنق میں شدید ضربہ کے نتیجہ میں عنقی قنال کی بے انشقابی واقع ہو سکتی ہے ۔ ضربہ کے نتیجہ میں تضیق جبلی واقع ہو سکتا ہے، جس کے سبب عنق بمشکل نظر آتا ہے یا اس کا مشاہدہ ہی ناممکن ہو جاتا ہے ۔

عمیق تکویہ کے نتیجہ میں بے انشقابی عارض ہو جایا کرتی ہے، دیگر جرحی تدابیر مثلاً بتر عنق یا عملیات روزی وغیرہ کے نتیجہ میں بھی شاذ و نادر تضیق عنق عارض ہو سکتا ہے۔ عنقی بے انشقابی گاہے سرطان عنق کے لئے درون رحمی کہفہ میں ریڈیم کا استعمال سے بھی عارض ہو جاتی ہے۔ بسا اوقات جسم عنق پر لیفی عضلی سلعات موجود ہوتے ہیں جو عنقی قنال مسدود کر دیتے ہیں ۔

گاہے عنقی قنال کی بعد ایاسی بے انشقابی کہفۂ رحم کو پُر کر کے متمدد کر دیتی ہے ۔

(۳) نو بالیدوں کے ذریعہ عنقی قنال کا انسداد :۔ تحت مخاطی لیفی عضلی سلعہ (Submucous Fibromyoma) یا لحمی سلعی سعدانہ (Sarcomatous Polyp) کبھی کبھی عنقی قنال کو بکجر کی طرح بند کر دیتا ہے اور انجام کار رحمی اجتماع الدم لاحق ہو جاتا ہے۔ چنانچہ ایسے اصابات کی رپورٹ موجود ہے جس میں کہفۂ سلعہ میں سیروں خون جمع ہو گیا تھا۔ چنانچہ ٹیری نون (Terinon) کے ذریعہ ریکارڈ کئے گئے ایک اصابہ کا حوالہ دیتے ہوئے لوکیلوز KLock اور ایڈن (Eden) نے لکھا ہے کہ اس میں لحمی سلعی تودہ (Sarcomatous Mass) کے سبب عنقی قنال میں تسدد واقع ہو جانے سے رحم میں سات لٹر خون موجود تھا ۔

علامات و امارات :۔ طمثی مواد کے بیرونی اخراج میں جب کوئی تسدد واقع ہوتا ہے تو باقاعدہ ماہانہ وقفہ درد کے ساتھ واضح احتباس الطمث موجود ہوتا ہے ۔ اگر رحمی اجتماع الدم، مہبلی اجتماع الدم (Haematocolpos) کے ساتھ موجود ہوتا ہے تو کلانی یافتہ رحم قابل حس ہوتا ہے، لیکن صرف مہبلی اجتماع الدم کے استفراغ کی صورت میں اگر رحمی اجتماع الدم معین قرن یا رحم مضاعف میں سے ایک رحم میں ہوگا تو اس کی تمیز مشکل ہو گی (تصویر نمبر ۲۴) کیونکہ مریضہ [illegible] طور پر طمث جاری رکھتی ہے اور غلطی سے دویی ورم مبیضی دیرہ یا انبوبی اجتماع ریم (Pyosalpinx) سمجھ لیا جاتا ہے ۔

بسا اوقات رحمی اجتماع الدم کی حالتیں مختلف رنگ و بو کے خون اور ریم کا سیلان ہونے لگتا ہے ۔ اگر صرف سرخ خون برآمد ہو تو اس کا سبب انشقاق تصور کرنا چاہیئے، اگر قدرے ریم بھی شامل ہو، جس میں غلظت و سفیدی موجود ہو نیز ضربان بھی ہو، اعصاب و عروق کے ٹکڑے برآمد ہوں تو قرحۂ متآکلہ سمجھنا چاہیئے۔ لیکن اگر بخار قشعریرہ کے ساتھ ہو تو قرحۂ رحم معہ ورم سمجھنا چاہیئے ۔

تصویر نمبر ۳۶: حبل اجتماع الدم (غیر متقوب غشاء بکارت) جس میں قاشا غیر موجود ہے

یونانی علاج:۔ اگر خون مجتمع ہو تو مناسب عملیہ، جس کا ذکر آگے آ رہا ہے، کے بعد فصد باسلیق کریں اور نضج کے بعد مسہل صفراء سے تنقیہ کریں، نیم گرم پانی میں مریضہ کو بٹھائیں اور نسخہ ذیل حمولاً استعمال کرائیں۔

(۱) کندر، انزروت، دم الاخوین، جوز السرو، پوست انار، شب یمانی، مرمکی، گلسرخ کو آب بارتنگ میں گوندھ کر گازت کر کے حمول کریں۔

اگر قعر رحم میں قرحہ موجود ہو تو مذکورہ دواؤں کا حقنہ کریں۔ اگر مذکور الصدر نسخہ میں گل ارمنی، اقاقیہ اور مازو کا اضافہ کر دیں تو بہتر ہے۔

اگر کسی جرحی تدبیر یا ضرب کے نتیجہ میں قرحۂ تازہ لاحق ہونے کے سبب اجتماع الدم ہو تو مذکورہ تدابیر کے ساتھ عناب ۵ عدد، بنفشہ خشک ۱۰ گرام، شکر سفید ۳۰ گرام بطور رطلاب نوش کرائیں۔

فوری طور پر قرص کہربا ۲ عدد ہمراہ شربت خشخاش یا شربت عناب یا شربت حب الآس چند یوم تک دیں۔

اگر نوبالیدوں کے ذریعہ عنقی قنال کا تسدد واقع ہو تو مناسب عملیہ کے ذریعہ اخراج دم کے بعد تسکین درد کی تدابیر بروئے کار لائیں۔ اس غرض کے لئے حسب ذیل ادویہ کے جوشاندہ میں آبزن کرائیں:

(۱) تلسی، بابونہ، اکلیل، شبت، خبازی، برگ کرنب، چقندر، بزرکتاں، اس کے بعد ضماد ذیل استعمال کرائیں۔

(۲) تلسی، حب الغار، بزرکتاں، تخم کرنب، بنفشہ خشک یا تر ہر ایک ۳۵ گرام، اکلیل، تخم طرخشقوق تخم خطمی ہر ایک ۱۴ گرام۔ سب کو باریک کرکے روغن سوسن و روغن کنجد میں گوندھ کر حمول کرائیں۔

غذا:۔ لطیف زود ہضم غذا دیں۔ مزورہ ماش ہمراہ شیرہ بادام اور کدو پالک کی ترکاری استعمال کرائیں۔

عملیہ: جب رحمی اجتماع الدم، مہبلی اجتماع الدم کے ساتھ واقع ہو تو موخرالذکر کو مسدد غشاء میں شگاف دے کر خارج کر دیا جائے، اس کے بعد رحمی اجتماع الدم ایک مدت گزرنے پر از خود رفع ہو جائے گا۔ رحم برآری کا فیصلہ کسی بھی حالت میں مناسب نہیں۔

اگر فعال رحم مکمل یا جزوی عدم مہبل کے ساتھ واقع ہو تو پیوندکاری (Grafting) کے ذریعہ نیا مہبل بنانا ممکن ہے جسے بعد میں رحم سے مربوط کر دیا جائے۔ اگر ناقص النمو قرن یا مضاعف رحم کا ایک حصہ خون سے پُر ہو گیا ہو تو متاثرہ حصہ میں شگاف دے دینا چاہیئے۔

اگر عنق میں ندبہ کے سبب تضیق کے نتیجہ میں رحمی اجتماع الدم عسر الطمث کے ساتھ واقع ہو گیا ہو تو شفایابی کے لئے عنق کا معمولی اتساع عموماً کافی ہوا کرتا ہے۔

سرطان کے سبب عنقی قنال کا تسدد مخصوص معالجہ کا طالب ہوتا ہے۔

تقیحہ الرحم یا رحمی اجتماع ریم

[Pyometra]

معمر عورتوں میں تقیحہ الرحم مزمن التہاب درون رحم کی واضح قسم ہوتی ہے۔ کہنہ رحم میں رحمی اجتماع ریم حاد یا مزمن ہو سکتا ہے۔ حاد رحمی اجتماع ریم عموماً نفاسی پیچیدگی ہوتی ہے۔ مزمن رحمی اجتماع ریم عموماً چند نسائی امراضیات کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

سرطان عنق خصوصاً درون عنقی سرطان یا جسم رحم کے اسفل حصہ میں سرطان کے سبب عنقی قنال کا تضیق ہو جانے کے نتیجہ میں رحم پیپ کے ساتھ متمدد ہو جاتا ہے۔ عنق پر عملیہ مثلاً بتر انجام دینے

علاج بالاشعاع کے نتیجہ میں بھی عنقی قنال خط فم داخلی میں مسدود ہو جاتا ہے۔

شاذ و نادر رحمی اجتماع ریم سن یاس کے بعد مریضات میں بعد الیاسی التہاب مہبل اور درون رحم کی التہاب کے ساتھ واقع ہوتا ہے، علاوہ بریں بعد الیاسی التفاف رحم کے نتیجہ میں بھی عنقی قنال فم داخلی کے خط میں اول الذکر کی طرح مسدود ہو جاتا ہے۔ ان اصابات میں عنق کا تضیق ایک وصف مشترک کے طور پر پایا جاتا ہے۔

محبوس رطوبات درون عنقی غدد سے خارج ہو کر رحمی کہفہ میں مجتمع ہوتی ہیں اور پھر سرایت زدہ ہو جاتی ہیں۔ جسم رحم تک پہنچنے والی سرایت غالباً مہبل سے صعودی طور پر منتشر ہوتی ہے۔ یاسی التہاب مہبل اور یاسی التہاب درون رحم اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں اور بعد میں سرایت کے نتیجہ کے طور پر درون رحم دانہ دار بافت میں تبدیل ہو جاتا ہے جو تقیح الرحم عارض کرنے کے لئے رحم میں ریم خارج کرتی ہے۔

رحمی اجتماع ریم کے ذمہ دار اجسام قولونی قسم کے عصیے (Coliform Bacillus) عنقودیہ یا عقدیہ ہو سکتے ہیں۔ اس کی سرایت کبھی کبھی قاذف تک منتشر ہو کر التہاب قاذف عارض کر دیتی ہے۔ تقیح الرحم کے انشقاق کے نتیجہ میں التہاب باریطون لاحق ہو سکتا ہے۔ سن بلوغ سے قبل یا سن یاس کے بعد تدرنی اجتماع ریم عارض ہو سکتا ہے۔

امارات و علامات: مریضہ کم و بیش قائی مواد کی شکایت کر سکتی ہے جو بدبودار ہو سکتا ہے۔ اگر ساتھ ساتھ التہاب مہبل موجود ہو تو مواد میں کمی بیشی پائی جا سکتی ہے۔ اسفل شکم میں درد اور سمی انجذاب کی امارات و علامات مثلاً ارتفاع حرارت پائی جا سکتی ہے لیکن اگر اس کی پیچیدگی التہاب قاذف کے ہمراہ واقع ہو جائے تب بھی یہ علامتیں رونما ہوتی ہیں۔ جسم رحم کلانی اختیار کر کے ناشپاتی کے برابر یا اس سے بھی بڑا ہو سکتا ہے جو دوپری اور الیم ہوتا ہے۔

نسیجیاتی طور پر ہیکل کریات بیضا اور پلازما خلیات کے ساتھ دررزش شدہ ہوتا ہے۔ نیز عروق شعریہ متسع ہوتی ہیں۔ تقیح الرحم کے اصابات میں جنیبی بافت پائی جاتی ہے۔

اتساع عنق کے ذریعہ تشخیص مکمل کی جا سکتی ہے، لیکن عموماً تقیح اس وقت تک نظر نہیں آتی جب تک کہ ہیگار کے موسعات (Hegar's Dilators) ۱۲–۱۳ نمبر استعمال کئے جائیں۔ رحمی سرطان کو مستثنیٰ کرنے کے لئے ابتدا ہی میں تشخیصی جرف انجام دینا مناسب ہے۔ مجسہ یا موسع داخل کرنے پر پیپ بہہ نکلتی ہے جو عموماً دموی رنگت کی ہوتی ہے۔

سبب اجسام کی کاشت کے لئے قیح مسل بھیج دینی چاہیئے۔ یہ امر ہمیشہ ذہن نشیں رکھنا چاہیئے کہ محض رحمی اجتماع ریم کی تشخیص کافی نہیں ہوا کرتی بلکہ جملہ اصابات میں عنقی قنال اور رحمی کہف کا باحتیاط امتحان کرنا چاہیئے، تاکہ سرطان کا شبہ رفع ہو جائے۔

علاج: مسبب جرثوموں کا قلع قمع کرنے کیلئے مناسب انٹی بایوٹک مثلاً اسٹرپٹوپینی سلین یا ٹرامائسکلین اشراباً یا خوردنی طور پر دیں۔

یونانی علاج: مناسب علیہ جسکا تذکرہ آگے آرہا ہے، کے بعد مریضہ کی قوت کا لحاظ رکھتے ہوئے باسلیق کی فصد کھولی جائے، مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے، صفائی طرف خصوصی توجہ دی جائے، اصل سبب معلوم کرکے تدارک کیا جائے۔

تقیح الرحم کی صورت میں آرد حلبہ، آرد گندم کو آب انجیر میں پکاکر قدرے کبوتر کی بیٹ ملاکر بطور ضماد استعمال کرائیں اور علک البطم۔ وزوفا میں گارلت کرکے حمول کریں۔ پھوڑا پھوٹنے کے بعد اگر قیح کا انصباب مثانہ کی طرف ہو تو شیرہ اسپغول، تخم خرفہ، تخم خرپزہ، کتیرہ، نشاستہ استعمال کرائیں، اور اگر معاء مستقیم کیطرف ہو تو مسور، گل سرخ، گلنار، چاول کے جوشاندہ سے حقنہ کریں لیکن اگر فرج کی طرف انفجار ہو اور ریم باقی ہو تو روغن گل و مرہم باسلیقون کا حقنہ کریں۔

مرہم ذیل قروح رحم کو چرک و ریم سے پاک کرتا ہے، التحام کو روکتا ہے۔ قرحہ و جلن کو دور کرتا ہے:۔

(ھ) مغز تخم کدو بریاں، مغز تخم ہندوانہ بریاں ہر ایک ۲ گرام، دم الاخوین، گلنار، مردار سنگ کو سرکہ کے ساتھ گھس کر توتیائے کرمانی مغسول، برگ حنا، پوست کدو سوختہ ہر ایک ایک گرام، سفیداب قلعی، سب کو باریک کرکے ۲ گرام موم سفید، ۱۰ گرام روغن گل ۳۰ ملی لیٹر کے ہمراہ پگھلا کر مرہم بنائیں۔

ترکیب استعمال: مطہر گاز مرہم میں لت کرکے حمولاً استعمال کرائیں۔

قروح رحم میں سویدی نے مسکہ کا استعمال اپنے مجربات میں سے بتایا ہے۔

بعض اصابات میں نسخہ ذیل بہت مفید ثابت ہوتا ہے:۔

(ھ) گلنار، پوست انار، کزمازج، حب الآس، مسور مقشر، بلوط، چاول حسب ضرورت لے کر پانی میں جوش دے کر چھان لیں پھر اس میں روغن گل ملاکر بذریعہ نطول رحم کی صفائی کریں۔

مذکورہ تدابیر کے ساتھ ساتھ داخلی طور پر متعفن قروح کو صاف کرنے کے لئے مدرات کا استعمال بھی شفایابی میں اہم رول ادا کرتا ہے۔ اس مقصد کے لئے نسخہ ذیل کامیابی کے ساتھ استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

(ھ) تخم کاسنی، تخم خرپزہ، تخم خیارین مقشر ہر ایک ۵ گرام پانی میں جوش دے کر شربت بزوری ۳۰ ملی لیٹر

ملا کر استعمال کرائیں۔

تقیح الرحم کی صفائی اور تصفیۂ خون کے بعد اندمال قروح کی فکر کی جائے اگر قروح زیادہ عمیق ہوں تو اس مقصد کے لیے مرہم باسلیقون یا مرہم خل وغیرہ جیسے مناسب مراہم تی کے ذریعہ استعمال کرسکتے ہیں، نیز مدمل قروح ادویہ کو رقیق کر کے چند بار رحم میں نطول کیا جائے۔ تنقیہ کے بعد نسخۂ مجالزن نسخۂ اسمیٹ کا استعمال بے حد مفید ہوتا ہے۔

سرطان کی موجودگی میں معقول تدابیر بروئے کار لائیں اور تخفیف عوارض کی سعی کریں ابتدائی اصابات میں شہد، دودھ اور پانی کا نطول مسکن ثابت ہوتا ہے۔

غذا و پرہیز:۔ ساگ سبزی، ساگودانہ، آش جو، فرنی وغیرہ جیسی لطیف چیزیں دی جائیں۔ گرم مصالحے، گوشت، حریف وبادی اغذیہ واشربہ سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ:۔ معدم حس (Anaesthesia) کے زیر اثر دھات کے بنے موسعات سے عنق کو متسع کرنا کاشت کے لئے بیچاڑ احاصل کیا جائے نیز حساسیتی کاشفہ انجام دیا جائے۔ اگر جسم رحم یا عنقی قنال کے سرطانی سلعہ کا شبہ ہو تو باہستہ جرف انجام دیا جائے، اس کے بعد ایک چھوٹا ربر کا مسلیتی انبوبہ عنقی قنال میں ڈال کر کیٹ گٹ کے ذریعہ عنق میں دوخت کیا جاتا ہے۔ یہ تدابیر تقیح الرحم کے اصابہ میں بیشتر باہستگی اور کمال احتیاط سے بروئے کار لائی جائیں، کیونکہ بے ہنگم عملیہ کے نتیجہ میں التہاب رحم کا خطرہ رہتا ہے، جس سے سرایت باریطونی کہفہ تک منتشر ہو جاتی ہے۔

صاحب کامل نے لکھا ہے کہ فم رحم کو متسع کر کے اول مجرد سے مواد کو کھرچ کر خارج کریں، یہاں تک کہ سارا مواد خارج ہو جائے، اس کے بعد روغن گل میں گاز لت کر کے عنق الرحم میں رکھیں، اس طرح کہ اس کا کچھ حصہ باہر نکلا رہے، اس کے بعد روغن باسلیقون میں ایک فتیلہ لت کر کے فم رحم میں رکھیں اور خارجی طور پر رحم پر ضماد صندل لگائیں۔

چونکہ تقیح الرحم کے ہمراہ اکثر سرطان موجود ہوتا ہے، لہذا درون عنق یا جسم رحم کو بنیادی طور پر مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔ اسی لئے جرف کے ذریعہ باقاعدہ درون عنقی بایوپسی اور ساتھ ہی مکمل درون رحمی جرف انجام دینا ناگزیر ہوتا ہے۔ التہاب کے ممکنہ خطرات کے پیش نظر یہ جرف تقیح الرحم کی ابتدائی سیلیت کے بعد ۔ ا تا ۲ ایوم کیلئے ملتوی کر دینا چاہیے تاہم اسے صرف نظر ہرگز نہ کرنا چاہیے۔ اگر درون عنق کا سرطانی سلعہ موجود ہو تو مریضہ کا علاج وردہائم رحم برآری (Werthheim's Hysterectomy) یا ریڈیم کے ذریعہ کیا جائے لیکن جب تک تقیح الرحم کی مکمل سیلیت نہ ہو جائے اور اینٹی بایوٹک کے

وریدیہ سرایت کو قابو میں نہ لایا جائے عملیہ انجام نہ دیا جائے۔ اگر درون رحمی سرطانی سلعہ دریافت ہو جائے تو مذکورہ احتیاطوں کو ملحوظ رکھتے ہوئے ورد ہائم عملیہ بروئے کار لایا جائے۔

نفخۃ الرحم یا رحمی اجتماع غازہ

[Physiometra]

ریاح (گیس) پیدا کرنے والے اجسام مثلاً کلوسٹریڈیم ویلشیائی (Clostridium Welchii) کی سرایت کے نتیجہ میں کہفۂ رحم میں ریاح جمع ہو سکتی ہے۔ یہ اسقاط کے بعد مشیمہ کے کسی جز کے رحم کے اندر باقی رہنے یا انشقاق اغشیہ کے مردہ جنین کے رحم میں محتبس رہنے کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے کیونکہ اس طرح تعفن کے نتیجہ میں رحم میں بکثرت ریاح پیدا ہوتی ہے۔ علاوہ بریں ضعف رحم، عسر ولادت، انقلاب الرحم، طمث یا نفاس کے خون کا رحم میں جمع ہو کر متعفن ہونا اور ریاح پیدا کرنا، سوء مزاج بارد، ورم رحم مزمن، نفاخ اشیاء کا بکثرت استعمال بھی عموماً اس کے اسباب ہوا کرتے ہیں۔ شاذ و نادر یہ سرایت زدہ سلعۂ لیفیہ (Fibroid) یا رحمی سرطان کے ساتھ بھی پایا جا سکتا ہے۔

علامات: پیڑو یا مقام ناف پر ابھار ہوتا ہے جو بڑھ کر شکم تک پہونچتا ہے اور پستان میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ ناف کے پاس قرع سے ڈھول جیسی آواز سنائی دیتی ہے۔ تمدد کے سبب درد کنج ران، رانوں، فم معدہ اور حجاب حاجز تک پہنچتا ہے۔ مقاربت کے وقت رحم سے اخراج ریاح کی آواز سنائی دیتی ہے۔ زور لگنے خصوصاً آگے کی طرف جھکنے، اجابت کے وقت کونتھنے، چھینکنے اور کھانسنے یا قے کی حالت میں ریاح خارج ہوا کرتی ہے۔ کثرت ریاح کی حالت میں تمدد مثانہ کے سبب عسر البول کی شکایت ہوتی ہے اور بار بار پیشاب کی حاجت محسوس ہوتی ہے۔

تشخیص: رحمی اجتماع غازہ کی حالت میں رحم کا دو دستی جس کرنے پر رحم سیال سے لبریز معلوم ہوتا ہے، رحم دریدہ ہوتا ہے یا چٹخا ہوا محسوس ہوتا ہے، مسلیت رحم برآری کے وقت متعدد رطوبت یا ریاح خارج ہوتی ہے اسی لئے قدماء نے اس کی مائی اور ریحی دو قسمیں بتائی ہیں۔

حمل کے ہمراہ واقع ہونے والی گیس گینگرین سرایت نمایاں طور پر سمی انجذاب کرتی ہے جو انتہائی خطرناک ہوتی ہے۔ رحم میں حمل کے محتبس اجزاء کی مریضہ میں بلند جھلی پھاڑ اسے ریاح بنانے والے اجسام بھی ترقی کر سکتے ہیں حالانکہ گیس گینگرین کی مقامی دموی امارات مکمل طور پر معدوم ہوتی ہیں۔

علاج: تشخیص کے بعد بڑی مقدار میں پینی سلین دینا ہمیشہ موثر ثابت ہوتا ہے۔ علاوہ بریں

عملیہ کے بعد اسٹرپٹومائی سین یا کوئی دوسری مناسب انٹی بایوٹک دینا بھی ناگزیر ہوتا ہے۔

یونانی علاج: مسہل بلغم وحب ایارج سے تنقیۂ بدن کریں، صبح و شام نسخۂ ذیل براہ دہن دیں:

(ص) جوارش کمونی اول کھلائیں، اوپر سے شیرۂ بادیان، شیرۂ تخم کشوث، شیرۂ انیسون، شیرۂ تخم کرفس ہر ایک ۵ گرام (۶ گرام)، عرق بادیان میں نکال کر گلقند ملا کر دیں۔

ماء الاصول ہمراہ روغن بید انجیر (۱۴ ملی لیٹر) (۶ گرام) استعمال کرانا بھی مفید ہے۔

نسخہ:۔ تخم کرفس، بادیان، انیسون، ہر ایک ۵،۲ گرام جوش دے کر ہمراہ شربت اصول یا گلقند عسلی نوش کرائیں۔

اگر نفخۃ الرحم مائی ہو تو استسقاء زقی وسیلان الرحم کے مطابق علاج کریں، مدرات طمث دیں تقلیل اغذیہ کے علاوہ ریاضت کرائیں اور ریحی میں استسقاء ریحی کا علاج کریں، مدر طمث و بول ادویہ دیں، مسخن ضمادات وکمادات استعمال کرائیں اور رحم کو گرم وقابض ادویہ سے تقویت پہنچائیں۔

نسخہ ذیل بھی انتفاخ الرحم کیلئے عجیب الاثر ہے:

(ص) زرنباد، درونج عقربی، جائفل، الائچی خورد، الائچی کلاں، لونگ، اجوائن، سونٹھ، تخم کرفس ہر ایک ۶ گرام، زیرہ مدبر در سرکہ، جند بید ستر باریک کوٹ چھان کر لیں اور شہد خالص شامل کر کے رکھ لیں مقدار خوراک ۵ گرام (۶ گرام) (۵ ملی لیٹر) براہ دہن دیں۔

ادویۂ گرم محلل ریاح مثلاً بابونہ، اکلیل، شبت، مرزنجوش، مصطگی، پودینہ، اجوائن، سداب تخم کرفس، بادیان، برنجاسف، زیرہ، نانخواہ کو بطور حقنہ، فرزجہ، ضماد، کماد اور آبزن استعمال کرائیں۔

مقامی طور پر درج ذیل دوائیں مفید ہیں۔

نسخۂ تکمید:۔ (ص) زنجبیل، اجوائن دیسی، سبوس گندم ہر ایک ۶ گرام، نمک شور۔ (۱۲ گرام)

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں کوٹ کر دو پوٹلی بنائیں اور توے پر گرم کر کے شکم اور عانہ پر سینک کریں۔

روغن سوسن، روغن سداب، اور روغن تارپین (جو بھی دستیاب ہو سکے) نیم گرم پیڑو پر طلاء کرنا بھی مفید ہے۔

تکمید کے بعد مقام ناف پر درج ذیل ضماد نیم گرم لگانا مفید ہے:۔

(ص) ناگیسر، تخم سویا، زیرہ سیاہ، گل بابونہ ہر ایک ۶ گرام۔

مذکورہ معالجہ کے ساتھ شیافات ذیل بھی مقامی طور پر استعمال کرا سکتے ہیں۔

(۳) انیسون، تخم کرفس، صعتر، سداب ہر ایک ۳ گرام خوب پیس کر شہد خالص (۱۵ ملی لیٹر) نیم گرم ملا کر چھوہارے کی گٹھلی کے برابر بیضوی شیاف بنائیں اور تین شیاف دن میں چند بار اطراف رحم میں رکھیں۔

اگر نفخۃ الرحم کے سبب رحم و شکم میں درد ہو تو نسخۂ ذیل خوردنی طور پر استعمال کرائیں۔

(۱) تخم کاسنی، عنب الثعلب ہر ایک ۶ گرام، برگ سداب (۴ گرام)، گل خطمی (۳ گرام) جوش دے کر روغن بید انجیر (۱۵ ملی لیٹر) کے ہمراہ نوش کرائیں۔ اس کے بعد نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:-

(۲) گل سرخ (۴ گرام)، سناء مکی (۲۵ گرام)، مویز منقی (۹ گرام)، بادیان، گل بنفشہ ہر ایک ۴ گرام ہمراہ گل قند دیں۔

مقام درد پر فلوس خیار شنبر، روغن گل (۱۰ ملی لیٹر) کا ضماد کرائیں۔

اگر اس کا سبب خون جامد مسد د رحم ہو تو قابلہ کو ہدایت کریں کہ اپنے ہاتھ کو خطمی و روغن کنجد میں لت کر کے رحم میں داخل کر کے محتبس اجزاء کو خارج کرے۔ خارجی طور پر فرج و پیڑو پر ضماد ذیل لگائیں۔

(۳) انجیر خشک و خوب کوفتہ دودھ تازہ میں حل کر کے قدرے زیرہ و بورق کے ہمراہ گوندھ کر ضماد کریں۔

اگر قبض ہو تو سوتے وقت رات کو اطریفل زمانی یا اطریفل ملین بقدر ۱۰ گرام دیں۔ باقی علاج ریاح گردہ و مثانہ کے مطابق کریں:

غذا و پرہیز:- لطیف غذائیں کھلائیں، استسقاء زقی کے سبب اگر نفخۃ الرحم کی شکایت ہو تو کم گوشت والی چڑیا کا گوشت کھلائیں۔ ثقیل نفاخ اشیاء سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ:- اگر حمل سرایت زدہ سلعۂ لیفیہ یا سرطان سبب ہو تو کہفۂ رحم کی مسلیت کے ہمراہ رحم برآری ناگزیر ہو جاتی ہے۔

۱۸

التہاب قاذفین و مبیضین

[Salpingo-Oophoritis]

تعارف: التہاب انبوبہ ایسی کیفیت ہے جو قاذفین میں صعودی جرثومی سرایت مثلاً پیچیدہ سوزاک، عفنی اسقاط یا نفاسی عفونت کے نتیجہ میں واقع ہوتی ہے۔ اس کے ہمراہ تقریباً ہمیشہ مبیض بھی مبتلا ہوتا ہے۔ یہ التہاب تقریباً ہمیشہ دوجانبی ہوتا ہے۔ اسی لئے دستوری طور پر التہاب قاذفین و مبیضین کو ہر عضو کے ساتھ علیحدہ بیان کرنے کے بجائے ایک ساتھ بیان کرنا چاہیئے (التہاب قاذفین و مبیضین)۔ البتہ انبوبہ اور مبیض کے انفرادی التہاب کا واحد استثنا التہاب غدۂ نکفیہ ہے، جس میں فقط مبیض نشانہ بن سکتا ہے۔ مرض کی مختلف قسموں کو مندرجہ ذیل انداز میں ترتیب دیا جاسکتا ہے:

(ا) حاد نزلاوی التہاب قاذفین (Acute Catarrhal Salpingitis)۔

(ب) حاد تقیحی التہاب قاذفین و مبیضین (Acute Suppurative Salpingo Oophoritis)۔

(ج) مزمن رخنکی التہاب قاذفین و مبیضین (Chronic Interstitial Salpingo Oophoritis)۔

(د) استسقائے انبوبہ (Hydrosalpinx)۔

(ہ) انبوبی اجتماع ریم (Pyosalpinx)۔

اسباب: متعدد طبعی موانع جرثوموں کو مہبل سے دردن رحم اور قاذفین تک صعود کرنے سے روکتے ہیں۔ چنانچہ مہبلی تیزابیت مولج مہبل سے داخل ہونے والے ریم زا اجسام کو روک سکتی ہے۔ فم داخلی کا فتحہ چھوٹا ہوتا ہے جو ایک القلی پچڑے سے پُر رہتا ہے۔ قاذفین کا سوراخ اور کہفۂ رحم بشرۂ ذوہدب الاولی سے لائن دار رہتا ہے۔ بشرہ کی حرکت کا رجحان زیرین جانب ہوتا ہے، جو کہفۂ رحم میں غیرمتحرک اجسام کے انتشار کو روکتے ہیں۔ بعض ناگزیر منافعاتی و امراضیاتی حالات کے تحت اس محافظ میکانیہ

میں خلل پڑسکتا ہے۔ ہر طمثی دورہ پر یا اسقاط اور ولادت کے بعد دروں رحم کے محافظ مرحلہ کا تقریباً دو تہائی حصہ جھڑ جاتا ہے، علاوہ بریں ان حالات میں عنق متسع ہو جاتا ہے اور کچھ دنوں تک اسی حالت میں پڑا رہتا ہے۔ مذکورہ حالات میں کہفۂ رحم میں واضح قرحہ ہوتا ہے، جس کے اندمال کے لئے چند دن درکار ہوتے ہیں۔ مہبلی مشمولات میں تیزابیت کی کمی ریم زا جرثوموں کی نشوونما کے لئے زیادہ سازگار ماحول پیدا کرتی ہے۔ اسقاط اور بچے کی پیدائش کے بعد نفاسی رحم التفافی مرحلہ سے گزرتا ہے اور اس کی بافتوں میں سرایت سے مدافعت کی صلاحیت کسی بھی دوسرے وقت کی بہ نسبت بہت کم ہو جاتی ہے۔ یہ اچھی طرح معلوم ہے کہ سریری اعتبار سے رحم اور رحمیوں کی سرایتوں کی کثرت یا تو اسقاط کے بعد واقع ہوتی ہے یا ولادت کے بعد جبکہ نبقی سوزاکی التہاب قاذفین و مبیضین عموماً ہمیشہ طمث کے فوراً بعد واقع ہوتا ہے۔

امراضیاتی حالات جو براہ راست صعودی انتشار سرایت کے لئے سازگار ثابت ہوتے ہیں، ان میں جراحی مداخلت خاص طور سے قابل ذکر ہے جس کے سبب جرثومے کہفۂ رحم میں پہنچ جاتے ہیں۔ مثلاً نامکمل اسقاط کے مختبس سلی (Chorion) کو دور کرنا یا مشیمہ کو اصبعی طریقے سے دور کرنا، مجرمانہ اسقاط حمل بھی اہم سبب ہو سکتا ہے۔ سرایت کی مندرجہ ذیل صورتیں خاص طور سے قابل ذکر ہیں:

(۱) **صعودی سرایت:** یہ ریم زا سرایت رحم و مہبل سے بذریعہ غشاء مخاطی ہوتی ہے علاوہ بریں ابتدائی اسکہ (Focus) مثلاً عنقی التہاب درون رحم یا سرایتی مشیمی باقیات سے براہ لمفاوی عروق عروق دمویہ بذریعہ عضلۂ رحم ہوتی ہوئی رباط عریض کے ذریعہ قاذفین تک پہنچتی ہے، جس کے نتیجے میں رباط عریض میں التہاب خلوی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ سرایت اسقاط کے بعد نفاسی عفونت اور سوزاک پر مشتمل ہوتی ہے۔ صعودی سرایت میں عام طور سے نبقۂ سبحیہ، نبقۂ عنبیہ اور نبقۂ سوزاک اجسام پائے جاتے ہیں۔ یہ جماعت التہاب قاذفین کے بڑے اسباب پر مشتمل ہوتی ہے۔ مہبل سے صعودی سرایت کی صورت میں، بالاستثنا نفاسی اصابات، دونوں قاذف ماؤف ہوتے ہیں۔ قاذفین ان کے سوراخ کی بذریعہ نفوخ یا اشراب لپیاڈول تفتیش سے بھی سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔

(۲) **مجرائی غذائی سے براہ راست سرایت:** بسا اوقات زائدہ ماؤف ہوتا ہے اسی لئے ابتدا میں صرف دایاں انبوبہ سرایت زدہ ہوتا ہے لیکن بعد میں دوسرا انبوبہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ اسی قولون اور برازی نبقۂ سبحیہ (Streptococcus Foecalis) اجسام عموماً پائے جاتے ہیں۔ التہاب زائدہ علی الخصوص جبکہ زائدہ حوضی وضع میں پڑا ہو، دایاں زائدہ براہ راست انتشار کے ذریعہ متاثر ہو سکتا

ہے اور اسی میکانیہ کے ذریعہ بایاں التہاب قاذف و مبیض قولون سینی کا التہاب عطف پیدا کرسکتا ہے۔ التہاب باریطون کی دیگر صورتیں ضمائم کے التہابات عارض کر سکتے ہیں اور عمومی التہاب باریطون کی کسی قسم میں قاذفین اور مبیضین کی خارجی سطوح سرائیت زدہ ہو جاتی ہیں۔

(۳) دموی رو کے ذریعہ سرایت: اس کی واحد اہم مثال تدرن ہے۔ مرض دو جانبی ہوتا ہے اور عموماً جوان عورتیں مبتلا ہوتی ہیں۔ قاذفین کے تدرن کی دو قسمیں شناخت کی گئی ہیں:۔

(ا) التہاب گرد انبوبہ، جبکہ باریطونی کہفہ سے سرایت کے ذریعہ قاذفین ماؤف ہوتے ہیں۔

(ب) التہاب درون انبوبہ، جبکہ سرایت دموی رو کے ذریعہ پہنچی ہو تو تدرن کا ابتدائی ماسکہ عموماً پھیپھڑا ہوتا ہے۔

(۴) شکمی ڈھنہ کے ذریعہ سرایت: یہ تدرنی التہاب باریطون کے اصابات میں خصوصاً اگر آزاد سیال موجود ہو، اس وقت عارض ہوتی ہے جبکہ جھالر کھلی ہوئی ہو۔

(۵) درر حمی مانع حمل آلات کے ساتھ سرایت: دھات یا پلاسٹک کے بنے مانع حمل آلات بالواسطہ طور پر انبوبی سرایت کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ چنانچہ اول اجسام رحم میں اس وقت پہنچ سکتے ہیں جبکہ آلہ داخل کیا جاتا ہے، اسی لئے ادخال سے پیشتر تطہیر و تعقیم کا لحاظ رکھنا بے حد ضروری ہے دوم اگر کسی طرح کی سرایت رحم میں پہلے سے موجود ہے یا رحمی کہفہ میں شدت اختیار کر لیتی ہے تو بلاشبہ جسم غریب کی موجودگی مزید خطرناک بنا دے گی اور اسی لئے قاذف انبیب کی صعودی سرایت کا میلان بڑھ جاتا ہے۔

امراضیات

حاد التہاد قاذفین:۔ حاد التہاب قاذفین میں ظلوپی نلی (قاذف)، متورم اذیمائی اور ریشی دموی ہوتی ہے جس کے ہمراہ باریطونی سطح پر متسع عروق نظر آتی ہیں۔ باریطونی کہفہ میں قاذف کے ارد گرد مصلی رطوبت کا بھی کچھ درجہ ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ حاد التہاب انبوبہ میں شکمی ڈھنہ کے ارد گرد طرف مشرشر متورم و اذیمائی نیز رطوبت سے ملفوف رہتا ہے، جس سے اس کے اندر احتباس رطوبت کی صلاحیت پیدا ہوتی ہے۔

اگر ٹیوب کو دور کر کے زیر خوردبین معائنہ کیا جاتا ہے تو صعودی سرایتوں میں ثنیہ اذیمائی اور کریات بیضہ و پلازما خلیات کے ہمراہ دررزشی ہوتا ہے نیز عروق شعریہ متسع ہوتی ہیں۔ خلیات مستدیرہ کی دررزش عضلہ و تحت مصلی طبق میں منتشر ہو جاتا ہے۔ ثنیہ کی التہابی دررزش کے

نتیجہ میں انبوبہ کے تحت میں کریات بیضا کارساؤ ہوتا ہے۔ تنبہ کو ملفوف کرنے والے سر علمی خلیات اپنی جگہ پر غیر پرت دار ہوجاتے ہیں، جس کے سبب التہابی رطوبت براہ راست انبوبہ کے فتحہ میں خارج ہوتی ہے۔ ثنیہ متصلہ بافت کے اس مقام پر اندمال کے سلسلے میں منضم ہوجاتا ہے جہاں پر سطح سر علمہ جھڑ چکا ہوتا ہے، جس کے سبب قاذف نلی میں خانے اور جیوب بنتے ہیں جو آگے چل کر محل بے محل کا سبب بنتے ہیں۔

حاد التہاب قاذفین کی قسموں کی دو صورتیں ہوسکتی ہیں، جو مندرجہ ذیل ہیں:

(۱) نزلی (Catarrhal) (ب) تقیحی (Suppurative)

(۱) **حاد نزلی التہاب قاذفین:** یہ التہاب نزلی التہاب کے طور پر شروع ہوسکتا ہے، اگر سرایت کافی سمی ہوگئی ہو تو بہت جلد تقیح شروع ہوجائے گا، جس کی تفصیل آگے آرہی ہے۔ نزلی درجہ میں ٹیوب کی دیوار ممتلی اور اذیمائی ہوجاتی ہے، کریات بیضا کی دررزش موجود ہوتی ہے اور نکی نزف مشاہدہ کیا جاسکتا۔ انبوبی مخاط کو مخطط بنانے والا ثنیہ اذیمائی ہوجاتا ہے اور انھیں ملفوف کرنے والا سر علمہ اپنی جگہ سے جھڑ جاتا ہے۔ اس قسم کے اورام کے لئے ممکن ہے کہ اپنے پیچھے انبوبی مخاط میں کوئی نمایاں تغیر چھوڑے بغیر رفع ہوجائیں۔ لیکن نزلی التہاب قاذف کے ہر اصابہ میں انبوبہ کو مخطط کرنے والے نازک ذوالاہداب سر علمہ کو شدید نقصان پہنچا سکتے ہیں، اس طرح کازیاں انبوبہ کے فعل میں خلل انداز ہوسکتا ہے، جس کے نتیجہ میں مریضہ عقیم ہوسکتی ہے۔ انبوبہ میں نیچے تخصیب یافتہ بیضہ کی ترقی سست پڑجاتی ہے جس کے نتیجہ میں انبوبی حمل قرار پاسکتا ہے۔ رختکی حصہ میں قاذف کا فتحہ بہت چھوٹا ہوتا ہے۔ جھالروں میں التہابی تغیرات ان کے سطحی سر علمہ کو نقصان پہنچا سکتے ہیں جو التہابی مواد کی موجودگی میں یہ کنارا جلد ہی مسدود کردیتے ہیں اور نزلی التہاب کے نتیجہ میں خارج ہونے والی رطوبت جمع ہوجاتی ہے، جس سے قاذف متمدد ہوجاتا ہے اور اس طرح استسقاء قاذف لاحق ہوجاتا ہے۔ استسقائے قاذف دراصل خفیف سوزاکی التہاب قاذف ہی کا عاقبہ ہوتا ہے۔

التہاب قاذفین جلد ہی مبیضین بھی شریک کار ہوجاتے ہیں۔ یہ جوش دموی، عروقی اور اذیما کے سبب منتفخ ہوجاتے ہیں۔ شدید سرایت کی حالت میں مبیض پر چھوٹے چھوٹے خراج بن سکتے ہیں۔ انشقاق کے وقت سرایت غالباً جویصلہ میں در آتی ہے۔ گرافی جویصلات طبی کی بنسبت کلانی اختیار کرلیتے ہیں اور طبی مبیضی دورہ تغیر پذیر غیر منتش گرافی جویصلات کے ذریعہ اختلال پذیر ہوتا ہے۔

رباط عریض بنانے والا باریطون دبیز ہو جاتا، موجود انضمامات انبوبہ کے قریب سے گزر کر مخالف
جانب کے انبوبہ، امعاء مستقیم، رحم، امعائے دقاق وغلاظ نیز ثرب تک پہنچتے ہیں۔ رحم عموماً پیچھے کی طرف
کھنچ کر پس گرد حالت میں ہو جاتا ہے۔

متعدد خفیف التہابی حملے کسی بھی قابل ذکر سائز کا استسقائے انبوبہ لازمی طور پر پیدا کر سکتے ہیں،
لیکن چونکہ التہاب خفیف ہوتا ہے، لہٰذا دیوار انبوبہ پتلی ہی ہوتی ہے۔ اسی لئے ٹھوس گرد انبوبی انضمامات
عموماً پائے نہیں جاتے۔

(ب) تقیحی التہاب انبوبہ:- جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے سرایتی اجسام بہت زیادہ سمی ہوتے
ہیں تو نزلی درجہ تیزی سے قیحی رطوبت میں تبدیل ہو کر تقیحی التہاب انبوبہ عارض کر دیتا ہے۔ ان
اصابات میں اجسام دیوار انبوبہ کی گہرائی میں سرایت کر جاتے ہیں اور التہابی تغیرات پیدا کرتے ہیں،
نتیجۃً کار انبوبی دیوار نمایاں طور پر دبازت اختیار کر لیتی ہے اور چونکہ اسے ملفوف کرنے والا باریطون
بھی التہاب میں مبتلا ہو جاتا ہے، لہٰذا باریطونی انضمامات بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ اگر ریم تیزی سے انڈیل
اٹھتی ہے تو مشرشری کنارہ سے گزرتی ہوئی، اس سے پیشتر کہ شکلی دہنہ انضمامات بننے سے مسدود ہو،
باریطون اور اردگرد کی ساختوں کو مسدود کر دیتی ہے، اس طرح نتیجۃً کار گرد انبوبی خراج بن سکتا ہے
چونکہ انضمامات کے ذریعہ اردگرد کی ساختوں مع مبیضین کے مابین ریم محدود ہوتی ہے، لہٰذا یہ ساختیں
بآسانی سرایت زدہ ہو جاتی ہیں۔ باریطونی مواد معوی مرغولوں (پیچ) اور گرد انبوبی خراجات سے ملحق
دیگر اعضا کے مابین الجھ آتا ہے اور بالآخر انضمامات کی تکوین کے سبب محدود ہو جاتا ہے۔ اس طرح
ایک ابھار بنتا ہے جو باریطونی رطوبت اور پیچیدہ آنت نیز ثرب پر مشتمل ہوتا ہے جو گرد انبوبہ خراج
سے کئی گنا بڑا اور شکم کے ذریعہ قابل جس ہوتا ہے۔ چونکہ اس ابھار کی سطح پر آنت کے مرغولے موجود
ہوتے ہیں، لہٰذا قرع پر قدرے گمک سنائی دیتی ہے۔ بعض اصابات میں حافۃ الحوض پر چند انضمامات
بنتے ہیں، لیکن سرایت کو اسفل حصے میں منتشر ہونے سے کوئی چیز مزاحم نہیں ہوتی، لہٰذا ریم مستقیمی رحمی
جیب میں پہنچ کر حوضی خراج کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

تقیحی التہاب قاذفین کے بیشتر اصابات میں قاذف کا رحمی کنارا التہابی اذیما کے ذریعہ اور
مشرشری کنارا باریطونی انضمامات کے ذریعہ مسدود ہو جاتا ہے، اس طرح ریم انبوبہ میں جمع ہو کر
متمدد ہو جاتی ہے اور انبوبی اجتماع ریم عارض ہو جاتا ہے۔ انبوبہ کا زیادہ قابل جس حصہ متسع
خطہ (Ampullary Regioc) ہوتا ہے، جو زیادہ حرکت پذیر ہوتا ہے، بعد میں انبوبہ کا خارجی حصہ

تنگنائے رحم (Isthmus) سے زیادہ متمدد ہوجاتا ہے اور نیچے رباط عریض کے پیچھے گر پڑتا ہے۔ متمدد انبوبہ کی شکل قرنبیق سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس طرح کا حاد انبوبی اجتماع ریم انضمامات سے گھرا رہتا ہے جو اسے رباط عریض کے عقب، مبیض، قولون سینی، رودۂ دقیق (Ileum) کے متصلہ رغولوں اور ڈگلس کی جیب کی موخر سطح سے مثبت کرتے ہیں۔ دیوار محتبس سیال کے سبب متمدد ہوجاتی ہے۔

حاد التہاب قاذفین میں حوضی التہاب باریطون کا بھی کچھ نہ کچھ درجہ ضرور موجود ہوتا ہے کیونکہ ریم یا تو ٹیوب کے فتحہ میں جمع ہوتی ہے یا شکمی دہنہ کے ذریعہ باریطونی کہفہ میں خارج ہوتی ہے۔ علاوہ بریں خفیف سرایتوں میں بھی حوض میں آزاد مصلی رطوبت پائی جاتی ہے۔ مواد کی وافر مقدار اگر ڈگلس کی جیب میں مجتمع ہوتی ہے جسے مہبلی امتحان سے بذریعہ موخر قبوہ متمائز کیا جاسکتا ہے۔ حوضی خراجات بسا اوقات معاء مستقیم میں اخراج پذیر ہوتے ہیں۔

طرف مشرشر مسدود ہوجانے کے سبب چونکہ بعد میں بیضہ کا راستہ مسدود ہوجاتا ہے، لہٰذا نتیجۃً اکثر مریضہ عقیم ہوجاتی ہے۔ متمدد انبوبہ مبیض یا جسم اصفر کے دویرہ کے ہمراہ مربوط ہوکر انبوبی مبیضی دویرہ یا خراج بنا سکتا ہے۔

چونکہ عموماً انبوبہ کے فتحہ کے مابین حاد التہاب ریم کی پیدائش یا اجتماع پر منتج نہیں ہوتا لہٰذا التہابی تغیرات عضلی دیوار میں دبازت اور لیفیت پیدا کردیتے ہیں۔ یہ بھی عین ممکن ہے کہ اس دیوار کے مشتملات چھوٹے یا خرد خراجات ہوں اور ان سے نیز فعال التہاب ختم ہونے کے فوراً بعد کاشت پر عقیم ثابت ہوں۔ یہ حالت زخنکی التہاب قاذفین (Interstitial Salpingitis) سے معلوم کی جاتی ہے۔

علامات و امارات (۱) حاد التہاب قاذفین ومبیضین: اس کی علامات و امارات حاد حوضی التہاب باریطون کے مشابہ ہوتی ہیں۔ مریضہ اپنے کو بیمار اور اسفل شکم میں درد محسوس کرتی ہے چلنے پھرنے سے درد میں اضافہ ہوجاتا ہے اور مریضہ پیٹ تھام کر بستر پر پڑجاتی ہے۔ قبض عموماً ہوتا ہے رفتار نبض بڑھی ہوئی ہوتی ہے لیکن ۱۱۰ فی منٹ سے شاذ و نادر ہی زائد ہوتی ہے (بالاستثنا سمی اصابات) درجۂ حرارت ۵ء۳۹ سینٹی گریڈ تک بڑھ سکتا ہے اور زبان خشک، میلی اور سمی دکھائی دیتی ہے۔ چونکہ حاد التہاب کے ساتھ جوش دموی والی کیفیت پائی جاتی ہے، لہٰذا رحم عموماً ماؤف ہوجاتا ہے۔ مخاطی اخراج بکثرت ہوتا ہے۔ اگر حاد التہاب عنق موجود ہوگا تو قائحی رطوبت موجود ہوگی حاد التہاب کے سبب طمث کی طبعی فزیالوجی متاثر ہوتی ہے، چنانچہ اس سے رحمی نزف عارض

ہو سکتا ہے۔ بیشتر اصابات، جن میں سرایت خفیف اور سمیت معمولی ہوتی ہے، جملہ علامتیں چند دن کے اندر اندر معدوم ہو جاتی ہیں اور اس طرح مرض کی حقیقت پر سے پردہ کبھی نہیں اٹھتا۔

ابتدائی اصابات میں امتحان کے لئے چھونے پر اسفل شکم پر کافی ایلمیت اور صلابت محسوس ہوتی ہے۔ خفیف تمدد شکم بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حوضی امتحان پر زیادہ یقینی امارات ملتی ہیں۔ امتحان سے بے چینی اور درد محسوس ہوتا ہے ایسا بالخصوص رحم کی حرکت کے وقت ہوتا ہے۔ دو دستی امتحان میں پر جانبی قبوہ میں بھراؤ کا احساس ہوتا ہے اور ان خطوں میں گہرے دباؤ سے ہمیشہ درد محسوس ہوتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی حقیقت ہے کہ اگر اطراف رحم میں اس طرح کے درد کا احساس نہ ہو تو یقین کے ساتھ یہ بات کہی جا سکتی ہے کہ مریضہ التہاب قاذفین میں مبتلا نہیں ہے۔

جن اصابات میں گرد انبوبی خراج برقرار رہتا ہے، درکیسی مصلی التہاب باریطون (Encysted Serous Peritonitis) ایک ابھار (تودہ) بنتا ہے جو عانہ کے اوپر بہت جلد قابل جس ہو جاتا ہے اور بسا اوقات ناف تک بلند ہو جاتا ہے۔ یہ محیطی طور پر بے قاعدہ، جس پر ایلم اور قرع پر قدرے گمک دار ہو جاتا ہے کیونکہ اس کی سطح سے معوی پیچ منضم رہتے ہیں اس ایلم تودہ پر سے عضلات شکم کو ڈھیلا کرنے کے لئے مریضہ اکثر گھٹنوں کو موڑ کر بستر پر پڑ جاتی ہے۔ اگر اس درجہ میں امتحان انجام دیا جائے تو رحم ایک تودہ کے ذریعہ سامنے کی طرف مستقیمی مہبلی جیب میں کھنچا ہوا پایا جائے گا۔ اگر مذکورہ جیب یعنی مستقیمی مہبلی جیب میں عظیم الجسامت تودہ ہوگا تو یہ موخر قبوہ میں کھنچ اٹھے گا۔ اس درجہ میں حتمی طور پر نہیں کہا جا سکتا کہ انبوبی کلائی موجود ہے یا نہیں۔ باریطونی دبازت اور خلوی بافت عنق کی حرکت پذیری کو محدود کر دیتے ہیں۔

درون یا برون قاذف خراج بننے سے مریضہ کی عمومی صحت بری طرح متاثر ہوتی ہے، وہ بیمار دکھائی دیتی اور محسوس ہوتی ہے نیز بڑھتی ہوئی بے چینی اور درد کی شاکی ہوتی ہے۔ قلت اشتہا کی شکایت ہوتی ہے، نیند کا غلبہ ہوتا ہے۔ حرارت اور رفتار نبض اعلیٰ سطوح پر پہنچ جاتی ہیں تشنج بھی عارض ہو سکتا ہے۔ حوضی تودہ عظیم الجسامت ہو سکتا ہے۔ امتحان دم پر بیش خلویت (Leucocytosis) ملتی ہے۔ اگر خراج کو یونہی چھوڑ دیا جائے تو اس کا رجحان معا مستقیم کی طرف بڑھ جانے گا، جس سے ریم زا اسہال عارض ہو سکتا ہے۔

اگر مواد شدید طور پر سرایت زدہ نہ ہوگا تو تقریباً ایک ہفتہ کے اواخر تک منجذب ہو جائے ایسی حالت میں عانہ قابل جس ہو جائے گا۔ اس وقت متورم قاذفین ایلم اور مستطیل تودوں کی شکل

میں قرن رحم سے عجزی حرقفی مفصل کے قریب تک جس کئے جاسکتے ہیں۔ دو تین ہفتہ کے بعد درکسی حوضی التہاب باریطون گھٹ جاتا ہے اور انبوبی دیوار نیز اردگرد کے باریطون میں التہابی دبازت کم ہوجاتی ہے اور اس طرح مریضہ میں ٹیوب بتدریج دبیز ہوتا جاتا ہے اور کم وبیش ٹھوس حوضی انضمامات موجود ہوتے ہیں۔

(۲) **مزمن التہاب قاذفین ومبیضین**: کسی بھی مزمن قسم کی نکسو یہ مزمن سرایت کے نتیجہ میں مریضہ معمول کے مطابق زندگی بسر کرتی ہے، تاہم بسا اوقات وہ خود کو اچھا محسوس نہیں کرتی اور روزمرہ کا کام بوجھ بن جاتا ہے۔ معمول کے مطابق طبعی طمث کے بجائے کثیر مقدار میں خون ضائع ہوتا ہے اور پھر مثلی قسم کے عسر الطمث کی شکایت ہوتی ہے۔ ہر دورہ طمثی شروع ہونے سے قبل مریضہ درد کی شکایت کرتی ہے جو چند روز اور ازطمث کے بعد از خود معدوم ہوتا ہے۔ مبیضین کا التہابی اختلال طبعی ماہانہ توازن میں فرق پیدا کرسکتا ہے، جس سے حیض میں بے قاعدگی آجاتی ہے۔ طمثی درد کے علاوہ بھی اصم درد (Dull Pain) اور اینٹھن اسفل شکم یا اسفل پشت میں ہوتی ہے۔ حاد التہاب قاذفین کے اسباب سے اس میں بھی زائد عنقی مواد کا اخراج ہوسکتا ہے۔

یہ ضروری نہیں کہ کسی مریضہ میں مذکورالصدر جملہ علامتیں بیک وقت موجود ہوں۔ ایک علامت نمایاں اور دوسری خفیف یا معدوم ہوسکتی ہے۔ بسا اوقات ایسی مریضہ، جو کسی علامت کی شکایت نہیں کرتی، میں مزمن التہاب قاذفین کی حتمی عضوی امارات پائی جاتی ہیں۔ گاہے مریضہ استحاضہ کے سبب قلت دم کا شکار ہوجاتی ہے۔

تشخیص

(۱) **درجۂ حاد**: حاد درجہ کی تشخیص کے دوران جبکہ مستقیمی مہبلی جیب مواد سے پر ہوجاتی ہے، حاد حوضی التہاب کی تشخیص کی جاتی ہے درانحالیکہ رطوبت منجذب نہ ہوجائے۔ صعودی قسم کی سرایت میں مہبلی افراز کا کچھ نہ کچھ حصہ ضرور پایا جاتا ہے۔ اسی لئے مہبلی امتحان پر قیحی مہبلی مواد ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ افراز سوزاکی ہوسکتا ہے یا عفنی اسقاط کے نفاس یا نفاسی عفونت سے جاری ہوسکتا ہے۔ سوزاک میں مہبلی افراز کی روئداد مع حرقت بول والتہاب فرج مل سکتی ہے۔ خاتم کی تشخیص کے وقت مہبلی افراز کی محتاط تفتیش کرلینی چاہیے اور کاشت کے لئے پھاہا حاصل کرلینا چاہیے۔ التہاب باریطون کا سبب ذہن نشین رکھنا چاہیے۔ اس کے وتوعہ پر التہاب قاذفین کو حاد التہاب زائدہ دودیہ اعوریہ سے متمائز کرلینا چاہیے۔ اگر ضمیمہ حوضی ہوگا تو عضوی امارت زیادہ

مشابہ ہوں گی اور روداد سے عموماً رہبری حاصل ہوتی ہے۔ التہاب قاذفین کی حالت میں حالیہ اسقاط، وضع حمل یا سوزاکی نبقی سرایت کی روداد سے مدد ملتی ہے۔

ضمائم کے اورام ایک مدت بعد واقع ہوتے ہیں جو سرایتی اجسام کی سمیت مقامی ضربہ اور میزبان کی مدافعت کے اعتبار سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر کسی مجرمانہ اسقاط کے نتیجہ میں واقع ہونے والی کلاسٹریڈیائی سرایت (Clostridial Infection) گھنٹوں میں نمودار ہوجاتی ہے جبکہ حمل کے مجتبس اجزا کے ذریعہ عارض ہونے والا کم درجہ کی دروں رحمی عفونت قاذفت تک ۵ تا ۱۰ دن میں بھی مشکل سے پہنچتی ہے بسا اوقات درست روداد حاصل کرنے میں دشواری ہوتی ہے مثلاً غیر قانونی اسقاط کے بعد مریضات اس امر کا اقرار کرنے میں تامل کرتی ہیں کہ وہ حاملہ رہ چکی ہیں بلکہ دیدہ دانستہ غلط طبی روداد پیش کرتی ہیں۔

التہاب زائدہ میں درد عموماً ناف کے قریب سے شروع ہوتا ہے اور اس کے بعد دائیں حفرہ حرقفی میں محدود ہوجاتا ہے، جبکہ انبوبی التہاب میں درد اسفل شکم میں شروع ہوتا ہے اور دو جانبی ہوتا ہے کیونکہ عموماً دونوں انبوب (قاذفین) ماؤف ہوتے ہیں۔ التہاب قاذفین میں کریات بیضا میں قابل ذکر اضافہ ہوجاتا ہے، حرارت بڑھ جاتی ہے جو عموماً ۵ء۳۹ سینٹی گریڈ تک پہنچتی ہے درانحالیکہ التہاب زائدہ میں شاذ ہی ۸ء۳۸ سینٹی گریڈ سے زیادہ ہوتی ہے، لیکن التہاب قاذفین میں رفتار نبض التہاب زائدہ کی طرح نمایاں طور پر بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ التہاب قاذفین میں قے شاذ ہی ہوتی ہے جب کہ التہاب زائدہ میں عموماً ہوتی ہے تاہم شدید التہاب قاذفین کے اصابات میں قے کی روداد عام طور سے مل جاتی ہے۔ انبوبی التہاب میں مہبلی امتحان پر دونوں جانبی تجوؤں میں نمایاں ایلمیت پائی جاتی ہے اور قاذفین کے خط میں قدرے دبازت محسوس کی جاسکتی ہے۔ ورم زائدہ میں دائیں حصہ میں امارات زیادہ واضح ہوتی ہیں۔ شاذ و نادر حاد التہاب حوض الکلیہ حاد التہاب قاذفین کے مشابہ ہوسکتا ہے۔ ایسی صورت میں لازمی طور پر تشخیص میں دشواری ہوسکتی ہے۔ التہاب حوض الکلیہ عموماً قشعریرہ کے ساتھ شروع ہوتا ہے اور ہمیشہ شدید بخار ہوتا ہے، کولہوں میں درد اور ایلمیت ہوتی ہے۔ پیشاب کا خردبینی امتحان کرنے پر ای۔ کولی اور قائمی خلیات مل سکتے ہیں۔

جب قاذفین کے اردگرد اور مستقیمی مہبلی جیب میں وافر مواد ہوتا ہے تو طبی امارات حمل بے محل کے نتیجہ میں پیدا ہونے والے تیلہ دمویہ سے مشابہ ہوسکتی ہیں۔ اگر التہاب قاذفین اسقاط کے بعد واقع ہوگا تو احتباس الطمث کی ایک مدت واقع ہوگی جس میں شکمی درد بھی موجود ہوگا۔ حمل بے محل میں

اجباس الطمث ۹ ہفتے سے زیادہ ہوتا ہے۔ طمثی بے قاعدگیاں خصوصاً حاد درجہ میں کثیر الوقوع ہوتی ہیں۔ صودی سرایتوں کے ساتھ التہاب درون رحم ضمامُ کے التہابات پیدا کرتا ہے، جس کے سبب طمثی مدت بھاری اور طویل ہوتی ہے، علاوہ بریں غالباً اسی وجہ سے مریضات ایسے وقت میں رحمی نزف جاری کرتی ہیں جب کہ طمثی دورہ متوقع نہیں ہوتا۔ یہ رحمی نزف عموماً منتشر اور طویل ہوتا ہے۔ یہ طمثی بے قاعدگیاں تمام ہی التہابات میں بکثرت واقع ہوتی ہیں جو تشخیص میں معتدبہ دشواریاں پیدا کر سکتی ہیں، کیونکہ حمل بے محل منطول رحمی نزف بھی ایک اہم منظر ہوتا ہے۔

حمل بے محل میں اسقاط عموماً ۹ تا ۱۲ ہفتے بعد ہوتا ہے۔ منشق حمل بے محل میں درد انبوبی التہاب کی بہ نسبت کہیں زیادہ اچانک اور شدید ہوتا ہے۔ گا ہے التہاب قاذفین کی طرح حوضی قیلہ دمویہ میں درجۂ حرارت بلند ہو سکتا ہے۔ حوضی قیلہ دمویہ کے ساتھ رحم میں خفیف کلانی پائی جاتی ہے۔ وہ اوپر اور سامنے کی طرف کھنچ اٹھتا ہے لیکن التہابی حالت کی بہ نسبت کم مثبت ہوتا ہے۔ اگر انبولی اجتماع ریم بن گیا ہے تو روئداد سے التہاب کی حقیقت آشکارا ہو جائے گی، لیکن اگر اس درجہ میں مریضہ پہلے پہل دیکھی جائے تو التہاب کی تفریق حمل بے محل معہ گرد قاذف قیلہ دمویہ اور خرد بیضی دویرہ سے کر لینی چاہیے۔

حوضی درون رحمیت اور بیضین کے دو جانبی چاکلیٹی دویرے کی طبیعی امارات دو جانبی التہابی اورام سے حیرت ناک حد تک مشابہت رکھتی ہیں۔ حاد اصابات کی روئداد کی عدم موجودگی، بخار کی غیر موجودگی اور تدریجاً واقع ہونے والا عسر الطمث معہ درون رحمیت درست تشخیص تک پہنچنے میں ممد ثابت ہو سکتے ہیں۔

شکم کے طبیعی امتحان پر ناف کی سطح سے نیچے تمدد پایا جاتا ہے، جس کے ہمراہ الیمیت اور صلابت موجود ہوتی ہے۔ حاد التہاب قاذفین و بیضین کی حالت میں شکمی سلعہ کو شاذ و نادر ہی جس کیا جا سکتا ہے، بعد کے درجہ میں اگر بڑا حوضی خراج بنتا ہے یا کلاں انبوبی اجتماعات ریم وقوع پذیر ہوتے ہیں، بالخصوص جبکہ ثرب یا آنت کے حلقے منضم ہوں، تو حوض سے شروع ہونے والا الیم مثبت شکمی سلعہ جس کیا جا سکتا ہے۔

اس امر کا پتہ لگانے کے لئے کہ مواد عنقی قنال سے برآمد ہو رہا ہے یا پلاسٹک کے درون رحمی آلہ کا دھاگہ رحم میں رہ گیا ہے، عنق کا منظار کے ذریعہ امتحان کرنا چاہیئے، اس کے بعد مریضہ کا دو دستی امتحان کیا جائے۔ اس امر کا لحاظ رکھنا چاہیئے کہ سرایت کی شدت وقت کے اعتبار سے امارات مختلف ہوتی ہیں ابتدائی حاد حصہ میں واحد مستحکم طبیعی امارت قبوؤں میں حاد مقامی الیمیت ہوتی ہے۔ یہ الیمیت اس قدر شدید ہوتی ہے کہ انفرادی احشا کی تمیز دشوار ہوتی ہے۔ اس کے بعد ضمامُ کو محسوس کرنے کے بجائے

تفصیلی شہادت کے ذریعہ تشخیص کی جاتی ہے، کیونکہ اس درجہ میں انھیں جس کرنا دشوار ہوتا ہے۔
اسکے بعد متورم ایلم ضمائم اطراف رحم میں جس کئے جاسکتے ہیں۔ بتورم ضمائم ہمیشہ رحم کے پیچھے منقلب ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں، اسی لئے ان کے زیریں کنارے موخر قبوں کے ذریعہ ڈگلس کی جیب میں جس کئے جاسکتے ہیں اگر مریضہ کا بسہولت امتحان کیا جاسکے تو انبیق نما انبوبی اجتماع ریم کو متمائز کیا جاسکتا ہے شدید شکمی ایلمیت اور صلابت کی موجودگی میں درست امتحان تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ حوضی خراج بن جانے کے بعد ڈگلس کی جیب میں ریم مجتمع ہوکر ورم صلب بناتی ہے جس کے درمیان میں رخوت ہوتی ہے۔ بڑا خراج موخر مہبلی دیوار میں انتفاخ پیدا کردیتا ہے، ایسی صورت میں تموجی ورم کو مستقیمی امتحان سے متمائز کیا جاسکتا ہے۔

(٢) درجۂ مزمن:۔ مزمن التہاب قاذفین و مبیضین کی علامات عموماً غیر یقینی ہوتی ہیں تاہم سابقہ حاد حوضی التہابی مرض سے تشخیص کی طرف واضح اشارے ملتے ہیں۔ خاص شکایت مبہم درد ہوتا ہے جو اسفل شکم تک محدود ہوتا ہے، اس کے ہمراہ مزمن وجع الظہر کی بھی شکایت ہوتی ہے۔ مہبلی افراز مستقل علامت ہوتی ہے جس کے ہمراہ مزمن التہاب عنق بھی موجود ہوتا ہے طمثی دوروں کا رجحان افراط کی طرف ہوتا ہے اور بسا اوقات طمثی توازن بے قاعدہ ہوجاتا ہے۔ بیشتر مریضات جماع مولم کی شکایات کرتی ہیں کیونکہ متورم ضمائم رحم کے پیچھے پلٹ کر ڈگلس کی جیب میں ایلم التہابات پیدا کرتے ہیں۔ عدم تخصیب کی بھی شکایت ہو سکتی ہے، ایسی حالت میں انبوبی گزرگاہ کی تفتیش لازمی طور پر کرنی چاہیئے۔ بسا اوقات امتلائی عسر الطمث بھی روئداد ملتی ہے۔ اگر حوض میں متعدد انضمامات بن گئے ہوں تو مریضہ شکم میں مبہم درد کی شکایت کرتی ہے جس کے ساتھ معاء مستقیم و مثانہ بھی تمیدہ ہوتے ہیں۔ مزمن التہاب قاذفین و مبیضین میں مبتلا مریضات کی عمومی صحت متاثر ہوسکتی ہے، نیز وہ ذہنی اختلالات میں بھی مبتلا ہوسکتی ہیں۔ حاد التہابات کے متواتر حملوں سے لازمی طور پر مزمن التہاب قاذف و مبیض پیدا ہوجاتا ہے۔ علی الخصوص جبکہ اول الذکر کا علاج نہ کیا جائے۔ بسا اوقات نبقہ، سوزاک کی مکرر سرایت سے بھی یہ التہاب عارض ہوتا ہے۔

شدید حاد درجہ میں مہبلی امتحان ہمیشہ ایلم ہوتا ہے لیکن پُرسکون مزمن اصابات میں حوضی یا مہبلی امتحان ہمیشہ آسان ہوتا ہے، کیونکہ اسمیں ایلمیت بہت حد تک کم یا معدوم ہوتی ہے۔ عنق جزوی یا کلی طور پر غیر حرکت پذیر ہوتا ہے اور رحم عموماً پس گرد لیکن ڈگلس کی جیب میں تودوں کی موجودگی کے سبب پیش گرد بھی ہوسکتا ہے۔ مزمن نزلی التہاب قاذفین کی حالت میں شکی جس منفی ہوتا ہے بشرطیکہ اسفل شکم میں مبہم ایلمیت موجود نہ ہو۔ ضمائم ایلم، دبازت یافتہ اور مثبت

پائے جاتے ہیں اور ساتھ ساتھ مثبت پس گردی عام طور سے پائی جاتی ہے۔ استسقائے انبوبہ اور انبوبی ابتمائی ریم کے ساتھ مخصوص انبیق کی شکل کو متاثر کیا جا سکتا ہے۔ حبلی امتحان پر عنق کو تحریک پہنچانے سے الیمیت کا احساس ہوتا ہے اور رحم پس گرد اور انضمامات کے ذریعہ مثبت ہوتا ہے۔ استسقائے انبوبہ، تنیدہ، باریک دیوار والا اور مثبت ہوتا ہے جبکہ مشترشری ددیرہ زیادہ حرکت پذیر اور کم تنیدہ ہوتا ہے۔ استسقائے انبوبہ اکثر صلب اور ٹھوس ہوتا ہے جس سے عضلی سلعہ (Myoma) کا دھوکا ہو سکتا ہے۔ انضمامات کی موجودگی کے سبب مثبت ضمائم کے مزمن اورام کی اہم امارت ہوتی ہے۔ جو التہاب کو عضلی سلعہ یا مبیضی ددیرہ سے ممتاز کرتا ہے جانبی اور موخر قبوے دبیز اور الیم ہو جاتے ہیں لیکن اس میں قابل جس اورام نہیں ہوتے۔

تشخیص تفریقی

(۱)
حاد التہاب قاذفین و مبیضین

(۱) **حاد التہاب زائدہ:** سوزاکی التہاب قاذف عموماً طمثی دورہ کے دوران شروع ہوتا ہے جبکہ نفثی بھی سرایت سرائتی استقاط یا وضع حمل کے فوراً بعد واقع ہوتی ہے۔ التہاب زائدہ میں درد شکم اول ناف کے ارد گرد مرکوز ہوتا ہے، اس کے بعد الیمیت اور درد جلد دائیں حفرہ حرقفیہ میں محدود ہو جاتا ہے بشرطیکہ عمومی التہاب باریطون واقع ہو۔ جبکہ حاد التہاب قاذفین و مبیضین میں درد الیمیت اور صلابت پورے اسفل شکم پر ہوتی ہے۔ حبلی امتحان پر التہاب زائدہ میں دایاں قبوہ الیم ہوتا ہے لیکن لمیتنا جس پر جلا قبووں میں نمایاں الیمیت حاد التہاب قاذفین کی واضح علامت ہے۔ ملحق اعضاء کے حاد التہابات میں خط وسطی کے دونوں جانب صلابت اور الیمیت موجود ہوتی ہیں۔ خراج ضمیمہ کی حالت میں حفرہ حرقفیہ میں ایک سلعہ محسوس کیا جا سکتا ہے اور التہاب کی سطح کے نیچے امتحانی انگلی کو داخل کرنا ممکن ہوتا ہے۔ تمدد عام طور سے موجود ہوتا ہے۔

مذکورہ دونوں حالات کے مابین مقامی حوضی امتحان کے ذریعہ امتیاز کیا جا سکتا ہے۔ حاد التہاب قاذفین و مبیضین میں قائحی مہبلی افراز موجود ہوتا ہے اور متورم اذیالی قاذف کو ڈگلس کی جیب میں جس کیا جا سکتا ہے۔

(۲) **سیرابی مبیضی دوبیرہ**: ارتفاعِ حرارت، اسفل شکم کا درد، صدمہ، الیمیت اور صلابت التہاب تاذنین سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ خیدہ مبیضی دوبیرہ عموماً شکمی سلعہ بناتا ہے درانحالیکہ خردودیرے بسا اوقات حوض ہی تک محدود رہتے ہیں۔ خیدہ دوبیرہ شدید حمی یا مبہلی افراز کے ہمراہ نہیں پایا جاتا اور سلعہ کا محیط محدود رہتا ہے۔ خیدہ مبیضی دوبیرہ مبہلی امتحان پر الیمیت محدود ہوتی ہے۔ مثبت دویری ابجار یک جانبی ہوتا ہے۔

(۳) **حمل بے محل**: حمل بے محل کو حاد التہاب تاذنین سے متمائز کرنا سخت دشوار ہوتا ہے۔ دونوں میں درد پورے شکم میں منتشر ہوتا ہے لیکن حمل بے محل میں بعد میں نصف اسفل شکم میں محدود ہو جاتا ہے اور اس کا وقوعہ اچانک ہوتا ہے مبہلی امتحان پر دونوں قبوؤں میں الیمیت موجود ہوتی ہے، لیکن دشواری اس وقت ہوتی ہے جبکہ ابجار فقط ایک طرف جس کیا جاتا ہے۔ مزید برآں حاد التہاب تاذنین و مبیضین میں مریضات عموماً مسلسل رحمی نزف میں مبتلا ہوتی ہیں۔ دوسری دقت یہ ہے کہ حاد التہاب تاذف و مبیض غیر قانونی اسقاط کو پیچیدہ بنا سکتا ہے اور فقط وقفہ خالیہ (Missed Period) کی رُوداد مل سکتی ہے۔

ضمائم کے اورام میں بخار عموماً قابلِ ذکر حد تک بڑھا ہوا ہوتا ہے جبکہ حمل بے محل میں ۱۰۰° سے زیادہ مشکل سے دیکھنے میں آتا ہے۔ التہاب تاذف و مبیض چونکہ سرایتی صورت ہوتی ہے، لہٰذا زبان سفید والی شکمی الیمیت شدید اور نمایاں سفید خلویت پائی جاتی ہے، لیکن کریات بیضا کا شمار تشخیص میں معین نہیں ہو سکتا کیونکہ اس کا شمار حمل بے محل میں بھی ۲۰،۰۰۰ سے زائد ہوتا ہے۔ ثقلی (ترسیبی) شرح (Sedimentation Rate) بیشتر اصابات میں قابلِ اعتماد نہیں ہوتی۔

(۴) **التہاب عطفہ** (Diverticulitis):- التہاب عطفہ کی علامات حیرت انگیز حد تک حاد التہاب تاذف و مبیض سے مشابہت رکھتی ہیں۔ یہ حالت عموماً ۵۰ سالہ قریب عورتوں میں پیدا ہوتی ہے اور دردِ حَقَنی التہاب بائیں جانب محدود ہوتا ہے، رحم کو سلعہ سے الگ آزادی سے حرکت دی جا سکتی ہے۔ بیریم سیل سے تشخیص مکمل کی جا سکتی ہے۔

(۵) **درون رحمیت**: اس میں انشقاق اور قیری مشمولات (Tarry Contents) رساؤ موضعی التہابی مرض کی طرف ذہن کو منتقل کر سکتے ہیں۔ اس پیچیدگی میں ڈگلس کی جیب میں مثبت، الیم ابجار ہوتا ہے۔ نیز استحاضہ عسر الطمث، اور حاد مقامی الیمیت اسفل شکم میں پائی جاتی ہے۔ اس میں معمولی بخار ہوتا ہے لیکن کسی طرح کا مبہلی افراز یا دیگر رہنما رُوداد نہیں ملتی۔

(ب) مزمن التہاب قاذفین و مبیضین :- مزمن التہاب قاذفین و مبیضین میں پائی جانے والی طبعی امارات عموماً بلا کسی دقت کے حاصل ہوجاتی ہیں، تاہم انہیں ہمیشہ درست طور پر سمجھنا آسان نہیں ہوتا۔ حمل بے محل اور التہاب عطفہ تقریباً یکساں مناظر پیش کرتے ہیں۔ نیز مبیضی دویرہ اور عضل سلعہ بھی دشواری پیدا کر سکتے ہیں۔ اسی طرح حالیہ حوضی دروں رحمیت بھی دشواریوں سے دوچار کر سکتی ہے۔

محتاط روداد سے ہمیشہ مدد ملتی ہے۔ مزمن درد کمر اور شکمی بے چینی دروں رحم اور التہاب قاذفین دونوں میں موجود ہوتے ہیں، لیکن حملۂ متواترہ کی روداد سے حوضی التہاب کی طرف رہبری ہوتی ہے جبکہ ترقی پذیر عسر الطمث دروں رحمیت کی علامت پیش کرتا ہے۔ مزمن التہاب قاذفین و مبیضین میں اورام عموماً دوجانبی ایلم اور مثبت ہوتے ہیں اور حاصل کردہ روداد تشخیص کو متعین کرنے میں بہت زیادہ اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ مثبت، پس گرد رحم مع دبازت یافتہ قاذفین سے تشخیص میں دشواری نہیں ہوتی۔

عوارضات :- انبوبی مبیضی دویرہ کی تکوین کے وقت مبیضی دویرہ کے ساتھ استسقائے قاذف واقع ہوسکتا ہے، جس کا بیان گزر چکا ہے، لیکن ایسی صورت میں مبیض بھی دیگر ذرائع سے ماؤف ہوسکتا ہے۔ اس کے اردگرد انضمامات پیدا ہو کر اسے قاذف اور رباط عریض کے ساتھ مثبت کر دیتے ہیں، نتیجۃً کارگرد مبیضی التہاب (Oophoritis) پیدا ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ مبیضین میں انحطاطی تغیرات مثلاً لیفیت رونما ہونے لگتی ہے اور خرد محتبس دویرے بننے لگتے ہیں۔ متورم قاذف سے عموماً سرایت مبیض عارض ہوجاتا ہے، اس کے بعد مبیض کے اجزا خصوصاً گرافی جرابات حویصلات یا جسم اصفر میں خرد جرابات بننے لگتے ہیں۔ متعدد انبوبہ کا ملوی شاذونادر ہوتا ہے کیونکہ یہ انضمامات کے ذریعہ مثبت رہتا ہے۔ انبوبی اجتماع ریم کی موجودگی میں شاذونادر ہی انبوبہ منشق ہوتا ہے کیونکہ دیوار قاذف میں کافی دبازت موجود ہوتی ہے۔

انذار :- اگر ابتدائے مرض ہی میں تشخیص مکمل کر کے پینی سلین، سلفوناما ئڈ اور مصفی دم ادویہ سے سرایت کا قلع قمع کر دیا جائے تو انجام عموماً بخیر ہوتا ہے۔ اگر انبوبی التہاب کے حاد حالات میں بھی جدید ترین معالجہ بروئے کار لایا جائے تو کامیابی کی بہت زیادہ امید رہتی ہے۔ بد ترین اصابات میں بھی انجام عموماً حیات آفریں ہوتا ہے، کیونکہ سرایت عموماً حوض تک محدود رہتی ہے۔

علاج

حاد التہاب قاذفین و مبیضین: حاد حالات میں اگر سرایت عانہ تک محدود ہو تو بلا وجہ آلاتی مداخلت سے احتراز کیا جائے۔ مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے، نیم دراز حالت زیادہ مفید ہے۔ ابتدائی چند یوم شکم پر تکمید حار سے فائدہ ہوتا ہے۔ گرم مہبلی ڈوش کیا جائے، لیکن عصر حاضر کے ماہرین اس کی مخالفت کرتے ہیں۔ لطیف و سیال غذا دی جائے۔ اگر متلی و قے کے سبب تغذیہ دشوار نظر آرہا ہو تو درون وریدی راہ سے غذا رسانی کی سعی کی جائے۔ سیال اور رقیق چیزوں خصوصاً پھلوں کا رس استعمال کرانے سے اجابت مکمل کرآتی ہے۔ امعاء کو صاف کرنے کے لیے خفیف ملین یا گلیسرین کے حقنہ کا استعمال جائز ہے۔ شدت درد کی حالت میں مسکنات و منومات مثلاً ایسپرین، کوڈین، باربی ٹوریٹس اور مارفیا دے سکتے ہیں، لیکن مشتقات افیون کا استعمال، بالخصوص اگر تشخیص مشکوک ہو احتیاط سے کیا جائے۔

تشخیص کے بعد بعجلت ممکنہ پنسلین سے علاج جاری کر دیا جائے۔ ابتدا میں پانچ لاکھ یونٹ دن میں ۲ بار کم از کم ۲ یوم، اس کے بعد ایک لاکھ یونٹ ہر چوتھے گھنٹے دیا جائے، علاوہ بریں طور آخر سلفونامائڈ مثلاً گانٹری سین، میڈری بون، اوری سول اور سلفیو نو وغیرہ کامیابی کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں۔

عنق اور مبال سے لطخات اور کاشت سے اجسام کی شناخت ہو سکتی ہے، لیکن مریضہ کو پنسلین جرثومی تفتیش کے نتیجہ کا انتظار کیے بغیر دینی چاہیے۔

یونانی علاج: مذکورہ بالا احتیاطوں اور تدابیر کو پیش نظر رکھا جائے۔ مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے۔ التہاب درون رحم کی تدابیر و علاج اس میں بھی مفید ہیں فصد باسلیق و فصد صافن عموماً راس آتا ہے۔ فصد کے بعد بغرض تبرید نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:-

لعاب بہدانہ ۳ گرام شیرہ تخم کاہو، شیرہ مغز تخم ہندوانہ ہر ایک ۷ گرام عرقیات میں نکال کر شربت نیلوفر ۲۰ گرام داخل کرکے دیں۔

اگر عسر الطمث کی شکایت ہو تو ایام سے ایک ہفتہ قبل مدر ادویہ استعمال کرائیں۔ اگر نامکمل اسقاط حمل، اسقاط اور وضع حمل کے بعد عفونی نفاس کے سبب التہاب قاذفین و مبیضین واقع ہو تو مندرجہ نسخے استعمال کرائیں:-

صبح۔ (ص) گل بنفشہ ۷ گرام، مویز منقی، بیخ کاسنی، بادیان ہر ایک ۷ گرام، گاؤزبان، مکوہ خشک، پرسیاؤ شاں، تخم خیارین، تخم خربزہ ہر ایک ۵ گرام رات کو آب گرم میں بھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر آب مکوئے ۶۰ ملی لیٹر سبز مروق اضافہ کر کے شربت معتدل ۲۰ ملی لیٹر ملا کر دیں۔

شام۔ (ص) دوا المسک معتدل ۵ گرام اول کھلائیں، اس کے بعد شیرہ مویز منقی ۹ دانہ، شیرہ مکوئے خشک، شیرہ بادیان ہر ایک ۷ گرام، عرق مکوہ، عرق برنجاسف ہر ایک ۷۵ ملی لیٹر میں نکال کر خمیرہ بنفشہ ۱۰ گرام ملا کر نوش کرائیں۔

بخار کی موجودگی میں شام کے نسخہ میں خاکسی ۵ گرام کا اضافہ کر لیا جائے

اگر مذکورہ نسخے ۱۵ یا ۲۰ یوم پلانے کے باوجود ضرورت محسوس ہو تو ثانی الذکر نسخہ میں مندرجہ ذیل دوا مسہل کا اضافہ کر کے پلائیں:-

(ص) سنا مکی، مغز املتاس، ترنجبین، گلقند ہر ایک ۲۰ گرام، روغن بادام شیریں ۲۰ ملی لیٹر دو تین مسہل دیں اور حسب قاعدہ ہر مسہل کے دوران ایک ایک دن کے وقفے درج ذیل تبرید استعمال کرائیں:-

(ص) خمیرہ گاؤزبان ۷ گرام، ورق نقرہ میں لپیٹ کر پہلے کھلائیں پھر لعاب بہدانہ، شیرہ عناب ۷ دانہ، عرق مکوئے عرق بادیان ہر ایک ۲۵ ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ ملا کر اور تخم ریحان ۳ گرام چھڑک کر پلائیں۔

نوٹ:- دوران مسہل داخلی استعمال کی ادویہ ممنوع ہیں۔

نسخہ ذیل بھی حار اورام قاذفین و مبیضین میں معمول ہے:-

(ص) گل خطمی ۷ گرام، مویز منقی ۹ دانہ، عرق شاہترہ کے ساتھ مل کر شیرہ تخم ہندوانہ، شیرہ خار خسک ہر ایک ۷ گرام شیرہ بادیان نکال کر شربت بنفشہ ۲۵ ملی لیٹر داخل کر کے دیں۔

التہابات کے ساتھ حرقت بول کی بھی شکایت ہو تو فصد کے بعد نسخہ ذیل استعمال کرائیں:-

(ص) گل خطمی، گل سرخ ہر ایک ۳ گرام، عرق مکوئے و کاسنی ہر ایک ۷۵ ملی لیٹر میں جوش دے کر شیرہ مغز تخم ہندوانہ ۳ گرام، شربت بنفشہ ۲۰ ملی لیٹر، خاکشی ۳ گرام شامل کر کے دیں۔

نوٹ:- قبض و تمدد شکم کی حالت میں شربت کے بجائے گلقند دیں یا مویز منقی ۹ دانہ، شربت دینار ۲۰ ملی لیٹر کا اضافہ کریں۔

اگر علامات کلی طور پر رفع ہوں تو منضج و مسہل ادویہ سے تنقیہ کے بعد ۳-۵ یوم نسخہ جات اور اس کے بعد ۳-۵ یوم تک نسخہ سمیت تصفیہ رحم کی غرض سے مقامی طور پر استعمال کرا سکتے ہیں۔

اگر ورم قاذف و مبیض میں پیپ پڑ جائے (انبوبی اجتماع ریم) اور عوارض میں شدت ہو تو اخراج ریم کی غرض سے مندرجہ ذیل دواؤں کا ڈوش کریں:-

(ص) لعاب حلبہ، لعاب بزرکتاں ہر ایک ۵ گرام نیم گرم پانی میں نکال کر نطول کریں اور جب ورم پھوٹ جائے تو زخم کی صفائی کی خاطر ماء العسل کا نطول کریں، اس کے بعد حل قرورح مراہم کا استعمال کریں۔

انبوبی اجتماع ریم کی صورت میں مندرجہ ذیل نسخے بھی نافع ہیں:۔

مذکورہ بالا نطول لعاب حلبہ میں لعاب خطمی کا اضافہ کر کے رحم میں نیم گرم حقنہ کریں اور حلبہ آرد گندم ۵ گرام ابغیر گندم چھنا ہوا آ تازہ دودھ میں پکا کر قدرے کبوتر کی بیٹ ملا کر اوپر سے ضماد کریں اور شیاف ذیل اطراف رحم میں رکھیں:۔

(ص) علک البطم، زوفا، بہروزہ، روغن گاؤ کہنہ۔

اس طرح ورم پھوٹ کر اگر ریم سوئے مثانہ آئے یا بول کے ہمراہ باہر آئے تو تازہ دودھ نوش کرائیں اور اسپغول ہمراہ جلاب یا مغز تخم خربزہ کوٹ چھان کر استعمال کرائیں۔

اگر ریم آنتوں کی جانب سے براز میں مل کر آئے تو حقنہ لینہ کریں اور قروح امعاء کا علاج کریں۔

اور اگر رحم سے ریم آئے، ساتھ ہی التہاب قاذف و مبیض بھی ہو تو روغن یا سلیقون کو روغن گاؤ کے ساتھ پگھلا کر رحم میں حقنہ کریں۔

نسخۂ آب زن (ص) گل خطمی، مکوہ خشک، برنجاسف ہر ایک ۵ گرام کو ۱۰ لیٹر پانی میں جوش دیں اور ایک ٹب میں ڈال کر اس میں مریضہ کو بٹھائیں۔

تسکین درد کے لئے مندرجہ ذیل تکمید استعمال کرائیں:۔

تکمید: پوست خشخاش، گل بابونہ ۵۰ گرام کو پانی میں جوش دے کر گاز تر کر کے پیڑو پر سینک کریں۔

شدت درد کی تسکین کے لئے فرزجۂ ذیل بھی مفید ہے۔

(ص) آب کاسنی سبز، آب مکوئے سبز، آب کشنیز سبز، آب بارتنگ سبز ہر ایک ۱۲ ملی لیٹر، روغن گل سفیدی بیضۂ مرغ روئی میں تر کر کے اندام نہانی اور معاء مستقیم میں رحم کے نزدیک رکھیں۔

التہاب قاذفین و مبیضین خواہ کسی قسم کا ہو، تحلیل ہونے کے بعد رحم کی ساختوں کو تقویت لازمی طور پر پہنچانی چاہیے، کیونکہ بصورت دیگر ایام حیض میں، جب کہ رحم کی ساختوں کی طرف خون کا میلان بڑھ جاتا ہے، عود مرض کا اندیشہ رہتا ہے۔ لہٰذا ورام و انبوبی اجتماع ریم رفع کرنے کے بعد عمومی جسمانی تقویت اور رحم کی تقویت کی طرف توجہ مبذول کی جائے۔ اس غرض کے لئے مندرجہ ذیل نسخے استعمال کرائے جا سکتے ہیں:۔

صبح و شام: قرص کشتۂ خبث الحدید، دواء المسک معتدل جواہر والی یا نوشبرام، لولوی۔

...ملا کر کھلائیں اور تقویت رحم کے لئے معجون مقوی رحم براہِ دہن یا داخلی طور پر مومیائی مشک استعمال کرائیں

غذا اور پرہیز: ۔ساگودانہ، آش جو، چپاتی، سبز ترکاریاں اور مونگ کی کھچڑی کھلائیں، سیال اغذیہ کی زیادہ حوصلہ افزائی کریں۔ اس غرض کے لئے پھلوں کے رس زیادہ مفید ہیں جسمانی و مقامی صفائی پر خصوصی اہتمام کریں۔ گرم چیزیں، لال مرچ، ترشی اور جماع سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ: ۔حاد التہاب قاذفین کے جرحی معالجہ کی ضرورت شاذ و نادر ہی پیش آتی ہے اگر کسی غلط تشخیص کے نتیجہ میں شکم شگافی انجام دے ہی دی جائے تو حوضی احشا کو کم سے کم چھیڑا جائے نیز قاذفین کے دہنوں اور دگلس کی جیب سے فقط پھاڑے حاصل کئے جائیں۔ مرض کے حاد حصہ میں التہاب قاذفین کی تشخیص واضح ہوتے ہی شکم فوراً بند کردینا چاہیئے اور مسیلیت بروئے کار نہ لائی جائے۔ سرایت کی تخم ریزی کے امکانات کو ختم کرنے کے لئے شکمی راستہ سے جرحی مداخلت مذموم ہے۔ اس طرح سرایت مزید ابتر صورت اختیار کرکے نہ صرف قاذفین بلکہ مبیضین تک کو دور کرنے کے لئے مجبور کرسکتی ہے۔ اس طرح کی خطرناک تدابیر بہرحال دور اندیشی کے منافی ہیں، کیونکہ اس مرض میں مبتلا مریضات عموماً جوان سال ہوتی ہیں۔

خلاصۂ کلام کے طور پر بلا خوف تردید کہا جاسکتا ہے کہ حاد التہاب قاذفین و مبیضین کا معالجہ ہمیشہ حفاظتی ہوتا ہے، بالاستثنا مندرجہ ذیل حالات جن میں عملیہ روبہ عمل لایا جاسکتا ہے:۔

(۱) جب تشخیص مشکوک ہو مثلاً حاد التہاب زائدہ کی مریضہ کا عملیہ اس طرح التہاب قاذفین کی تشخیص کی بھی توثیق ہو جاتی ہے۔

(۲) حاد منتشر التہاب باریطون جو کیمو تھیراپی کی مکمل خوراک سے مقاومت رکھتا ہے، یہ نادر الوقوع صورت ہوتی ہے۔

(۳) جب خراج بننے کی حتمی شہادت مل جائے۔

(۴) جب مجرمانہ اسقاط کے بعد سرایت واقع ہونے کے سبب درونِ شکمی تعفن کا شبہ ہو مثلاً معاء کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ، یہ حالت نمبر ۱ سے مشابہ پیچیدگی پیدا کرسکتی ہے۔

(۵) معوی انسداد کی امارات کی موجودگی جو خوش قسمتی سے شاذ و نادر ہی موجود ہوتی ہیں۔

(۶) جب مریضہ حاد التہابات قاذفین کے مکرر الوقوع حملوں سے دوچار ہو، ایسی صورت میں ساکن حد مرض میں عملیہ ناگزیر ہوتا ہے۔

مزمن التہاب قاذفین ومبیضین: ۔ اس کی مخصوص علامات کا ذکر جا چکا ہے، چند درج ذیل ہیں۔

مریضہ اگرچہ بظاہر بیمار نہیں معلوم نہیں ہوتی تاہم اپنے کو اچھا بھی محسوس نہیں کرتی، اسفل شکم واسفل کمر میں درد ہوتا ہے۔ مواد کا افراز ہوتا ہے اور جماع مولم نیز عسر کی شکایت ہوتی ہے استحاضہ یا عسر الطمث کی شکایت ہوتی ہے اور ایک یا دونوں انبوبہ میں واضح طور سے حرارت محسوس کی جا سکتی ہے۔ التہاب قاذفین ومبیضین، سوزاک، عفنی اسقاط یا نفاسی بخار کی سابقہ روداد تشخیص میں معین ہوتی ہے

علاج: ۔ کیموتھراپی، جس کا اوپر ذکر آچکا ہے، کامیاب معالجہ ہے۔ کیموتھراپی کے وجود میں آنے کے بعد سے التہاب قاذف ومبیض کی شدت وپیچیدگی میں نمایاں فرق آگیا ہے اور اس طرح عملیہ کی بہت کم ضرورت پیش آتی ہے۔

استسقائے انبوبہ کا علاج بعینہ انبوبی اجتماع ریم کی طرح ہے بالخصوص اگر علامات وامارات کم واضح ہوں تو اس میں بھی عملیہ کی شاذ ہی ضرورت پیش آتی ہے۔

یونانی علاج: ۔ حاد التہاب قاذف ومبیض میں مندرج نسخے بھی حسب ضرورت استعمال کرا سکتے ہیں۔ صبح وشام درج ذیل نسخے استعمال کرائیں۔

صبح کا نسخہ: ۔ گل بنفشہ، شاہترہ، تخم خطمی، پرسیاؤشاں، تکوئے خشک ہر ایک ۷ گرام، مویز منقی ۵ دانہ، عناب ۵ دانہ، گاؤزبان ۵ گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: ۔ جملہ دواؤں کو ۷۵ ملی لیٹر پانی میں جوش دیں جب نصف رہ جائے چھان کر خمیرہ بنفشہ ۲۰ گرام ملا کر پلائیں۔

شام کا نسخہ: ۔ خمیرہ گاؤزبان ۵ گرام، چاندی کے ورق ۱ عدد میں لپیٹ کر کھلائیں اوپر سے شیرہ بادیان، شیرہ تکوہ خشک ہر ایک ۵ گرام، عرق تکوہ اور عرق برنجاسف ہر ایک ۷۵ ملی لیٹر میں نکال کر خمیرہ بنفشہ ۲۰ گرام ملا کر نوش کرائیں۔

مقامی طور پر ضماد محلل استعمال کرائیں جس کا نسخہ درج ذیل ہے۔

اصل، مغز املتاس، تکوئے خشک، آرد جو، گل بابونہ، سنبل الطیب، اکلیل الملک، صندل سرخ جدوار، ریوند ہر ایک ۶ گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: ۔ جملہ دوائیں آب تکوئے سبز بقدر ضرورت میں پیس کر سرکہ و روغن گل ہر ایک ۲۶ ملی لیٹر کا اضافہ کر کے نیم گرم پیڑو پر لگائیں۔

اگر درد بھی ہو تو مذکورہ الصدر نسخہ میں افیون، زعفران ہر ایک ایک گرام، بذرالبنج کا اضافہ کرلیں۔

درج ذیل ضماد سنبل الطیب بھی مزمن اصابات میں مفید ہے:۔

(ص) سنبل الطیب، السی، تخم قرطم ہر ایک ۳۰ گرام، مصطگی، ایلوا ہر ایک ۲۴ گرام، زعفران، چربی بط، بکری کے گردوں کی چربی ہر ایک ۶۰ گرام، موم ۱۲۰ گرام، روغن گل۔

ترکیب تیاری واستعمال:۔ روغن گل میں بط اور بکرے کے گردوں کی چربی شامل کرکے پگھلائیں، پھر موم ملائیں اس کے بعد دوسری دوائیں باریک پیس کر کے شامل کریں۔ سب سے آخر میں زعفران ملائیں اور بوقت ضرورت نیم گرم عانہ پر لگائیں۔

مکررالوقوع یا عسیر العلاج اصابات کا جراحی مداوا کیا جائے۔

غذا اور پرہیز:۔ حاد التہاب قاذفین ومبیضین کے مطابق۔

برقی تکوید:۔ اگر ماؤف قاذفین ومبیضین کے متاثرہ حصے کی دموی رسد مختصر لہروں والی برقی حرارت رسانی (Short Wave Diathermy) کے ذریعہ تیز کردی جائے تو مکمل اندمال بسرعت انجام پذیر ہوسکتا ہے۔ یہ علاج ہفتے میں دو بار کیا جائے اور دو ماہ سے قبل ناکامی یا کامیابی کا فیصلہ نہ کرنا چاہیے۔ یہ طریقہ علاج حاد التہاب یا خراج والے مشکوک اصابات میں انجام نہ دینا چاہیے۔

عملیہ:۔ جب مذکورہ معالجات وتدابیر ناکام ہوجائیں تو عملیہ کا فیصلہ کرنا چاہیے۔ چنانچہ حاد درجہ گزرنے کے بعد محتاط امتحان کرنا چاہیے۔ اگر جانبی یا موخر تجویف میں بڑا ورم محسوس ہوسکے تو یہ انبوبی اجتماع ریم یا انبوبی مبیضی خراج ہوسکتا ہے۔ اگر ۶ تا ۸ ہفتوں کے افاقہ کے بعد بھی مزمن انبوبی اجتماع ریم باقی رہے تو اسے شکمی عملیہ کے ذریعہ دور کردینا چاہیے۔

مذکورہ تدابیر میں ناکامی کی صورت میں قطعی شفایابی کا فقط ایک ہی راستہ رہ جاتا ہے اور وہ ہے مکمل رحم برآری اور دو جانبی قاذف ومبیض برآری، تاہم اگر کوئی مبیض درست ہو تو اسے چھوڑ دینا بہتر ہے۔ لیکن یہ بڑا عملیہ سن یاس کے لئے محفوظ رکھنا چاہیے کیونکہ جوان سال عورتیں رحم برآری پر جلد رضامند نہیں ہوں گی، لہٰذا ایسی صورت میں یہ عملیۂ عظیمہ کسی طرح منصفانہ نہ ہوگا۔ ایسی صورت میں متبادل طریقہ یہ ہے کہ شکم شگافی کے بعد ماؤف قاذف ومبیض کو دور کردیا جائے اور دیگر بہتر ضمیموں کو انضمامات سے آزاد کرکے محفوظ کردیا جائے۔ گلیم عملیہ (Gilliam's Operation) کے ذریعہ برائے نام تبدیلی کے ساتھ رحم کو شکم میں معلق کردیا جائے اور اگر ضرورت محسوس ہو تو مسدود انبوبی دہنہ کو آزاد کرنے کے لئے قاذف شگافی کا عملیہ

انجام دینا چاہیے۔

جواں سال مریضات میں مبیضین نکالنے کے بعد مہینوں زیر معائنہ رکھا جائے۔ اور حرجی یاسیت کی علامتوں کو نوٹ کرنا چاہیے۔ یہ عجیب حقیقت ہے کہ جواں سال مریضات دونوں مبیض سے محروم ہو جانے کے باوجود یاسی توردات افزبہی اور نفسیاتی اختلالات میں مبتلا نہیں ہوتیں اور اس طرح کی مریضات میں کسی علاج کی ضرورت بھی نہیں ہوتی۔ لیکن بعض مریضات میں مخالف اثرات رونما ہوتے ہیں اور مبیضی قلت کی شدید علامتیں مریضہ کو مضطرب کر دیتی ہیں۔ ایسی مریضات کو مصنوعی آئسٹروجن چھوٹی چھوٹی خوراکوں میں تقسیم کر کے برابر دیتے رہنا بہت سودمند ثابت ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لئے اسٹل بائسٹرال بقدار ۰.۱۵ ملی گرام دے سکتے ہیں۔

۱۹

حوضی التہاب باریطون اور التہاب خلوی

[Pelvic Peritonitis and Cellulitis]

اجسام جب حوض تک پہنچتے ہیں تو نتیجہ کا ڈسکی ساخت میں کہیں بھی التہابی کیفیت رونما کرسکتے ہیں۔ گا ہے سرایت کے اثرات مختلف بافتوں میں بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، مثلاً حوضی باریطون، قاذفین یا خلوی بافت، لیکن محض کوئی ایک بافت مبتلائے مرض نہیں ہوتی، جب کسی ساخت پر اجسام یورش کرتے ہیں تو اردگرد کی متصلہ ساختوں کو بھی ضرور متاثر کرتے ہیں، مثال کے طور پر رباط عریض بنانے والی خلوی باریطونی پرت جب شدید متورم ہوگی تو نزد رحمی خلوی بافت بھی اسی طرح متاثر ہوگی کیونکہ باریطون کی مذکورہ پرت کے عین نیچے یہ واقع ہوتی ہے۔

یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہیے کہ اب اس طرح کی التہابی کیفیتیں وضع حمل، اسقاط اور سوزاک میں نسبتاً کم وقوع پذیر ہوتی ہیں۔ کیوں کہ مشکوک اصابات میں عام طور سے کیمو تھیراپی سعاً استعمال ہونے لگتی ہے۔

حوضی التہاب باریطون
یا
گرد رحمی التہاب

[Perimetritis]

حوضی التہاب باریطون حاد یا مزمن قسم کا ہوسکتا ہے۔

اسباب: یہ عام طور سے قاذفین کے صعودی سرایت یا رحم کی لمفادی عروق کے ذریعہ ثانوی پر عارض ہوتا ہے۔ عام ترین اسباب نفاسی سرایت اور عفنی اسقاط ہیں۔

دیگر ممکنہ اسباب ورم زائدہ بٹے ہوئے (پرپیچ) یا منشق مبیضی دو یرے جو آنت سے مرتبط زدہ ہوں، سرایت زدہ قیلہ، دمویہ، سرایت زدہ منظار یا کسی دیگر آلہ سے رحم یا ہبل کا انثقاب، بعد الجراحی سرایت، حوضی سلعات، دیوار رحم (جس کی دیوار متآکل ہو) کا سرطان، التہاب مطلق یا آنت اور مبرز کے سرطانی اصابات میں آنت کی دیوار کا انثقاب ہیں۔ ان میں ورم زائدہ سب سے زیادہ اہم ہے، کیونکہ متورم زائدہ علی الخصوص جبکہ یہ حوض میں واقع ہو، حوضی باریطون کو اکثر متاثر کرتا ہے۔

حوضی اعضا کے عملیہ کے نتیجہ میں بھی حوضی التہاب کا احتمال بہت زیادہ رہتا ہے، کسی مریضہ میں سرایت زدہ رحمی مشمولات سے خارج ہونے والے مہبلی مواد کی صورت میں جرف انجام دینے سے حوضی سرایت کا شدید انتشار واقع ہو سکتا ہے۔

امراضیات: حوضی التہاب باریطون کا ابتدائی درجہ باریطون کی بیش دمویت ہوتی ہے، جس سے اس کی مخصوص چمک دمک جاتی رہتی ہے اور وہ سرخ، بدرنگ اور قدرے کھردرا ہو جاتا ہے۔ یہ کھردراپن اخراج لمف کے سبب بڑھ جاتا ہے جس کے سبب متصلہ اعضا منضم ہو جاتے ہیں اور سے لمفاوی پپڑی جم جاتی ہے۔ اسطرح قاذف، رحم کی موخر دیوار اور رباط عریض، مبیض، معاء مستقیم، اعور، زائدہ دودیہ اعوریہ، حوضی قولون، چھوٹی آنت اور ثرب کے مابین انضمام واقع ہو جاتا ہے، یہ انضمامات ایک طرح سے محافظ بھی ثابت ہوتے ہیں، کیونکہ یہ عمومی باریطونی کہفہ کو منقطع کر دینے کے سبب ورم کو حوض تک محدود رکھتے ہیں۔ لیکن اگر یہ انضمام التہاب کے نتیجہ میں بسرعت ہونے لگے تو عمومی قسم کی بہ نسبت بہت زیادہ خطرناک ہو سکتا ہے۔

انضمام کے درمیان اور نیچے مصل الدم اور لمف کثیر مقدار میں انڈیل اٹھتے ہیں جو خاص طور سے مستقیمی مہبلی جیب میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔ متصلہ بافتیں متہیج (اذیمائی) ہو جاتی ہیں اور تحت باریطونی اتصالی بافت کا التہاب خلوی واقع ہو جاتا ہے۔ مذکورۃ الصدر انڈیلی ہوئی رطوبت منجذب ہو سکتی ہے، اگر موخر الذکر کی صورت واقع ہو تو ورم بڑھ جاتا ہے اور مہبل و معاء مستقیم کی شکنیں اذیمائی ہو جاتی ہیں اور بالآخر خراج عموماً معاء مستقیم یا شاذ و نادر مہبل میں پھٹ جاتا ہے۔ انجذاب کی حالت میں التہابی انجماز (توده) زیادہ چھوٹا ہو جاتا ہے جو دبازت یافتہ باریطون اور پیچیدہ عروق لمف مع متصلہ احشاء عموماً قاذفین و مبیضین پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ انضمامات اہم اور خطرناک اثرات مرتب کر سکتے ہیں مثلاً انقباض کی حالت میں، احشاء جو اس سے منضم رہتے ہیں، کو طبعی جگہ سے ہٹا دیتے ہیں، اس طرح جسم

رحم مستقیمی مہبلی جیب میں جانے پر مجبور ہو جاتا ہے، جس سے پس خمیدگی اور پس گردی عارض ہو جاتی ہے۔ امعا نیچے کی طرف منقلب ہو سکتے ہیں اور ثرب و دیگر اعضا کے مابین بند بن سکتے ہیں جو چھوٹی آنت کو بھینچ سکتے ہیں۔ قاذفین کا جھالردار کنارا لچکیلے ملف کے ذریعہ مہر بند ہو جاتا ہے اور مبیض کے ساتھ سختی سے جڑ جاتا ہے۔ قاذف میں بہت جلد استسقائے انبوبہ یا انبوبی اجتماع ریم عارض ہو سکتا ہے۔ دبیز نلی اور مبیض رحم کے پیچھے ایک تودہ بناتا ہے، جسے حملہ رفع ہونے کے بعد بخوبی جس کیا جا سکتا ہے۔

مزمن اصابات میں ٹھوس لیفی انضمامات بن جاتے ہیں۔ حوضی ساختوں کے طبعی تشریحی تعلقات تباہ ہو جاتے ہیں اور انضمامات بسا اوقات اس قدر دبیز ہو جاتے ہیں کہ ان کی علیحدگی کے دوران آنت، مثانہ یا رحم مجروح ہو سکتا ہے۔

علامات و امارات: حوضی التہاب باریطون ابتدائی سرایت کے طور پر بہت کم پایا جاتا ہے اور اس کے سبب ذیلی طور پر بہت زیادہ علامات و امارات پائی جا سکتی ہیں تاہم متعدد علامات و امارات معالج کی توجہ اس حقیقت کی طرف منعطف کر سکتی ہیں کہ حوضی باریطون سرایت زدہ ہے۔ حاد درجہ میں اسفل شکم میں شدید مقامی درد ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایلمیت اور کچھ مقامی تمدد بھی پایا جاتا ہے۔ حرارت مرتفع ہوتی ہے، نبض سریع ہوتی ہے اور اکثر اصابات میں قے بھی ہو جاتی ہے۔ عسیر تبرز و تبول کی شکایت ہو سکتی ہے۔ شدید حملہ کی صورت میں مریضہ نڈھال ہو کر چت لیٹ جاتی ہے اور دیوار شکم کے تناؤ کو کم کرنے کے لئے گھٹنے موڑ لیتی ہے۔ متمدد امعاء میں ریح موجود ہونے کے سبب اسفل شکم میں تطبل ہوتا ہے۔ تشریرہ عموماً نہیں ہوتا تاہم منتشر عفنی التہاب باریطون میں بخار کے ساتھ ساتھ تشریرہ بھی موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی تشریرہ سے انبوبی اجتماع ریم یا خراج مبیض کا پتہ چلتا ہے۔ مزمن اصابات میں کثرت طمث یا وجع الطمث، وجع بعض اعضا کی شکایت پائی جاتی ہے۔

مہبلی امتحان پر درد ہوتا ہے۔ مستقیمی مہبلی جیب میں التہاب پایا جاتا ہے، جو رحم کو پیش گرد کر دیتا ہے۔ حاد حالات میں جانبی اورام کی شناخت عموماً نہیں ہو پاتی۔ مبیضی انبوبی اورام کی جسامت بسا اوقات اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ یہ جانبی قبوؤں کو پست کر دیتی ہے۔ یہ ورم بسا اوقات حوض سے اوپر اٹھ جاتا ہے جو شکمی طور پر جس کیا جا سکتا ہے۔ اگر ان اورام میں پیپ کے بڑے بڑے تاپچے موجود ہوتے ہیں، ایسی صورت میں یہ ناف کی بلندی تک پہونچ جاتے ہیں۔ پیپ کے تاپچے میں نمایاں تموج محسوس کیا جا سکتا ہے۔ عنق جبلی دو دستی امتحان پہ آزادی کے ساتھ حرکت پذیر

نہیں ہوتا۔

امتحان سے کثیر النواۃ سفید خلویت (Polymorphonuclearleucocytosis) ثابت ہو جائے گی۔

تشخیص: مرض کی تفریق حوضی التہاب خلوی، التہاب عطفہ اور التہاب زائدہ سے کر لینی چاہیئے۔

علاج: مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے۔ اگر ابتدائی مدارج میں بہت زیادہ درد ہو تو مارفین ۱/۴ گرین (۱۶ ملی گرام) تجویز کیا جائے۔ چونکہ سرایت کا سبب عموماً بنقیہ یا بنقودہ سوزاک ہوتا ہے لہٰذا مریضہ کو پینی سلین کی مکمل خوراک یعنی ۵ لاکھ یونٹ دن میں ۲ بار ۱۰ تا ۱۴ ایوم دی جائے۔ چونکہ ثانوی طور پر قولی سرایت کا اندیشہ رہتا ہے، لہٰذا ساتھ ساتھ سلفونامائیڈ ایک گرام ہر چھٹے گھنٹے، دن تک دیا جائے۔

یونانی علاج: مذکورہ بالا ہدایت کے مطابق مریضہ کو چلنے پھرنے سے روک دیا جائے، صفائی پر زور دیا جائے۔ اس کا علاج التہاب درون رحم کے مطابق کیا جائے علاوہ بریں التہاب مبیضین و قاذفین کے ذیل میں درج اکثر نسخے مفید ثابت ہوتے ہیں، بقول جرجانی و ایلاقی فصد، قی و تقلیل غذا اہمات علاج میں ہیں جن میں سے فصد کو فوقیت حاصل ہے۔

اگر مادۂ غلیظ کو کم کرنے کی حاجت ہو تو بنفشہ، سپستاں، عناب جوش دے کر ترنجبین و فلوس خیار شنبر ملا کر روغن بادام داخل کر کے دیں۔

تنقیۂ بدن مسہل سودا، حب افتیمون یا ماء الجبن سے کریں اور سفوف لاجورد استعمال کرائیں۔ جراثیم کش دوا مثلاً نقوع شاہترہ سے تصفیۂ خون کریں، اس کے بعد جو ہر منقیٰ استعمال کرائیں۔

اگر سرایتی حوضی التہاب باریطون کے ساتھ بخار و قشعریرہ بھی موجود ہو تو صبح کو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:-

(۱) گل بنفشہ، مویز منقیٰ، بیخ کاسنی، بادیان ۷-۷ گرام، گاؤزبان، پرسیاؤشاں، تخم خیارین ۷-۷ گرام نیم گرم پانی میں بھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر گلقند ۵۰ گرام ملا کر خاکسی ۷ گرام چھڑک کر پلائیں۔

تقویت، تصفیہ و تسکین کے لئے شام کو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:-

(۲) خمیرہ گاؤزبان ۱۲ گرام، ورق نقرہ ایک عدد میں لپیٹ کر اول کھلائیں اور اوپر سے بادیان، عنب الثعلب خشک، تخم خیارین ہر ایک ۵ گرام، عرق عنب الثعلب، عرق برنجاسف ۵۰-۵۰ ملی لیٹر میں پیس چھان کر خمیرہ بنفشہ ۲۴ گرام ملا کر پلائیں۔

اگر مسہل کی ضرورت ہو تو صبح کے نسخہ میں تخم کشوث ۵ گرام اضافہ کر کے ۸ یوم پلا کر نویں دن اسی میں سنا مکی ۷ گرام اضافہ کر کے بھگو دیں۔

صبح کو مغز فلوس ۶۰ گرام، ترنجبین، شکر سرخ ۴۰-۴۰ گرام اضافہ کرکے شیرۂ مغز بادام ۱۰ دانہ شامل کرکے پلائیں۔
اگلے روز تبرید کا نسخہ دیں اسی طرح تین مسہل دیں۔

نوٹ: اسہلات کے دوران استعمال اندرونی (مقامی) استعمال کی دوائیں استعمال نہ کرائیں۔

داخلی (مقامی) استعمال کی دوائیں۔

آبزن: ادویۂ ملطف مثلاً شبت، کرنب، اکلیل، خطمی، بنفشہ، بابونہ، مرزنجوش اور اسی طرح کی دیگر دواؤں کے مطبوخ میں مریضہ کو بٹھائیں۔

تکمید: رفع درد کے لئے پوست خشخاش ۱۲ گرام، گل ٹیسو ۲۴ گرام پانی میں جوش دے کر اس میں گاز تر کرکے عانہ پر تکمید کریں۔

حمول: روغن گل ۳ ملی لیٹر میں موم سفید ۱۲ گرام پگھلا کر ایلوا باریک پیس کر حمول کریں۔

شیاف ذیل مقامی طور پر نافع ہے۔

(۱) اگیرو، سنگ بصری، مردار سنگ ہر ایک ۲ گرام، صبر زرد مغسول، پوست کدو تلخ سوختہ سب کو باریک پیس چھان کر آب کشنیز سبز میں گوندھ کر شیاف بنائیں اور رات کو بوقت خواب دو شیاف اطراف رحم میں رکھوائیں۔

اگر اخراج پذیر مواد میں زیادہ تعفن ہو تیز درد و سوزش زیادہ ہو تو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں۔

(۱) افیون و زعفران ۱-۱ گرام۔ جملہ دوائیں باہم ملاکر تیز گرم پانی میں حل کرکے نطول کریں۔

عملیہ: بروقت کیموتھراپی کے استعمال سے عملیہ کی ضرورت کم ہی پیش آتی ہے تاہم اگر ڈگلس کی جیب میں تنیدہ ورم بنجائے یا پیپ موجود ہونے کی کوئی شہادت موجود ہو تو موخر بطن شگافی سے فوراً خالی کر دیا جائے۔ اگر اس طرح استیصال ناممکن ہو یا عود مرض ہوتا رہے تو شکم شگافی بروئے کار لائی جاسکتی ہے۔

حاد التہاب زائدہ، حوضی قیلۂ دمویہ اور حوضی سلعات بھی فوری شکمی عملیہ کے داعی ہوتے ہیں، لیکن حاد التہاب قاذفین کی حالت میں مکمل آرام بستری پہنچایا جائے یا رفع درد کے لئے انٹی بایوٹک دی جائے۔ مزمن اصابات میں چونکہ تکویہ کے بعد منضم قاذفین و مبیضین حرکت پذیر ہو جاتے ہیں، لہٰذا عام طور پر مقر کی شکایت باقی نہیں رہتی۔

غذا: لطیف و مقوی غذائیں دیں مثلاً آش جو، مرغ، بکری کا گوشت، زردی بیضۂ مرغ نیم برشت، کدو کی ترکاری وغیرہ وغیرہ۔

زیادہ چلنے پھرنے، سخت حرکت، اجماع کرنے نیز ثقیل و نفاخ اغذیہ کے استعمال سے پرہیز ضروری ہے۔

انذار: چونکہ ناقص علاج کی حالت میں قاذف، مبیض یا باریطونی انضمامات میں بسا اوقات پیپ کا کوئی نہ کوئی ناسکہ ضرور باقی رہ جاتا ہے، لہذا حوضی التہاب باریطون کو ہر حال ایک خطرناک مرض تصور کرنا چاہیئے۔ فعلی اختلالات مثلاً جماع اور عقر سے مکمل شفایابی میں وقت پیش آتی ہے۔ حوضی قبلہ دمویہ کے نتیجہ میں عارض ہونے والا التہاب باریطون اور خمیدہ یا سرایت زدہ سلعات مساعد انذار کے حامل ہوتے ہیں اور عملیہ کے بعد عموماً مکمل حل نکل آتا ہے۔

حوضی التہاب خلوی

(Pelvic Cellulitis)

دیگر نام: التہاب حول الرحم یا نزد رحمی التہاب (Parametritis)

التہاب وعاء لمفاوی (Lymphangitis)

یہ نزد رحمی بافتوں کا خلوی التہاب ہوتا ہے۔

اسباب: یہ حوضی التہاب باریطون کے بعد ثانوی طور پر نمودار ہو سکتا ہے اور اس کا عکس بھی کافی واضح ہوتا ہے۔ حوضی التہاب خلوی دراصل حوض کے نسیج واصل کی التہابی کیفیت ہوتی ہے رحم اور قاذفین کی جملہ حاد سرایتوں اور عنق الرحم میں نزد رحمی التہاب کا کچھ نہ کچھ درجہ ضرور موجود ہوتا ہے۔ اس کا سبب خرد اجسام سے عارض ہونے والی سرایت ہوتی ہے جس میں سے عقدیہ خاص طور سے قابل ذکر ہے۔ عنق کی دریدگی اس سرایتی خرد اجسام کا خاص منبع ہوتی ہے۔ یہ دریدگی عام طور سے وضع حمل کے وقت جنین کا سر بڑا ہونے کے سبب ہوتی ہے جس سے عنق بائیں جانب منشق ہو جاتا ہے، جس سے اس جانب افراز کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ وضع حمل کے علاوہ اسقاط کے نتیجہ میں بھی عنق کے مہبلی تبوہ کے شقاقات یا زیریں مہبلی قطعہ کے انشقاقات نزد رحمی التہاب عارض کر سکتے ہیں۔ شاذ و نادر اصابات میں حوضی التہاب خلوی کا سبب سرایتی عنقی سرطان بھی ہو سکتا ہے جس سے نزد رحم ماؤف ہو جاتا ہے۔ علاوہ بریں مکمل رحم برآری یا جراحی کیسرو کے وقت بھی اعضائے حوض کے سرایت زدہ ہونے کا بہت زیادہ احتمال رہتا ہے۔

امراضیات: اجسام حب خلوی بافت میں داخل ہوتے ہیں تو پرورش کا انداز بالکل

دیا ہی ہوتا ہے جیسا کہ رحم کے کسی بھی حصہ کے التہاب خلوی میں ہوا کرتا ہے۔ خط سرایت سخت موی ہوجاتا ہے اور نتیجۃً کار کریات بیضاء اور خلیات دموی کا افراز ہونے لگتا ہے۔ بافت دھیلی ہونے کے سبب ازیمائی اور عروق لمف کے ساتھ دریزشی ہوجاتی ہے۔ افراز ورم قلغمونی کو سخت ابھار کی شکل میں محسوس کیا جاسکتا ہے جو بعد میں پیپ دار ہوجاتا یا جذب ہوجاتا ہے۔ ڈگلس کی جیب میں مصل مجتمع ہوجاتا ہے اور اس سے ایسے اورام بن جاتے ہیں جو صادق دویروں کے ہم شکل ہوتے ہیں۔ اس حالت کو دویرہ بند باریطونی التہاب (Encysted Serous Peritonitis) کہتے ہیں مصل احتباس میں لمو المف میں تیرتے ہوئے گالے پائے جاتے ہیں۔ حاد التہاب باریطون کے ہمراہ بہ میں مصل لعقبا موجود ہوجاتا ہے۔ لیکن مزمن درجہ تک پہنچتے پہنچتے سیال منجذب بھی ہوجاتا ہے۔

یہ امر خاص طور سے ملحوظ رکھنا چاہیے کہ حوضی التہاب خلوی اکثر وضع حمل کے عاقبہ کے طور پر عارض ہوتا ہے اور حمل کے آخری مہینوں میں رحم بڑھنے کے سبب خلوی بافت کی مقدار میں نمایاں اضافہ ہوجاتا ہے، جس سے رباطات عریض مرتفع اور عریض ہوجاتے ہیں، چونکہ غیر نفاسی کی بہ نسبت نفاسی نزد رحمی التہاب کی حالت میں اخراج رطوبت بکثرت ہونے کے سبب خلوی التہاب بسرعت واقع ہوتا ہے اور التہابی ابھار حفرہ حرقفیہ تک بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالت میں تقیح ہوجائے تو رباط اربی اور عروق حرقفی کے باہر اس کا ماسکہ ہوگا جو بہ آسانی قابل جس ہوگا۔ حوضی خلوی بافت جملہ عروق دمویہ کے لئے ایک پرت بناتی ہے۔

حوض سے شروع ہونے والا خلوی التہاب عروق لمف کے ذریعہ براہ راست گردمبالی لمفاوی غدد کے تسلسل کے سبب گردے تک منتشر ہوسکتا ہے، نیز ران کی خارجی حرقفی شریان اور شریان سادہ یا کولھے کی اوپری اور نسائی شریان کے ساتھ ساتھ بھی اس کا انتشار ہوتا ہے۔ حوضی خلوی بافت کا التہاب حوض میں کلاں ورم رخو کی ترقی کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

علامات و اعادات: اگر اجسام شدیدسمی ہوں گے تو سرایت انشقاق کے دوسرے یا تیسرے دن کے اندر اندر علامتیں رونما ہونے لگیں گی جو دوسرے ہفتہ کے اواخر میں عروج پر ہوتی ہیں۔ رفتار نبض بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ درجۂ حرارت ۳۹° سینٹی گریڈ تک پہنچ جاتی ہے۔ گاہے تشریرہ کی شکایت بھی پائی جاتی ہے، لیکن بہ وا لحمی بار بار شاذ و نادر ہی ہوتا ہے جو علقی وریدی التہاب (Thrombophlebitis) یا عفونت الدم پر دلالت کرتا ہے۔ اسفل شکم میں درد ہوتا ہے۔ علاوہ بریں عسر البول اور دیگر سمی علامات مثلاً تسمم بولی اور دردِ سر بھی لاحق ہوسکتا ہے۔ درد عموماً مو خرمدارج میں شروع ہوتا ہے جو باریطونی

سرایت سے ہوتا ہے۔ تبول کے وقت درد ہو سکتا ہے، قبض لاحق ہو سکتا ہے۔ رباط عریض کے اساس میں اکثر التہابی تودہ پایا جاتا ہے اور نتیجۃً کارحوض کے مخالف سمت میں رحم تھوڑا بہت سرکا ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ تودہ جانبی تقوس کو بھی دبا سکتا ہے۔ معاء مستقیم کے تینوں اطراف میں اتصالی بافت کی موجودگی میں سامنے اور جانبی حصہ میں دبازت موجود ہوگی مستقیمی امتحان پر گھڑنال کا شکل افراز حوضی التہاب خلوی کی واضح علامت تصور کرنا چاہیئے۔ غیر نفاسی اصابات میں شکمی سلعہ جس نہیں ہوتا لیکن نفاسی اصابہ میں شکمی رطوبت کو دیوار کے عین نیچے سخت اور غیر متحرک تودہ کی شکل میں جس کیا جا سکتا ہے، جس کا تعلق رباط اربی کے اندرونی حصہ سے ہوتا ہے۔ یہ تودہ حرقفی حفرہ تک بڑھ جاتا ہے اگر التہاب عضلہ قطنی تک بڑھ جائے تو مریضہ ماؤف جسم کی جانب پیر موڑے ہوئے ہوگی تاکہ عضلات ڈھیلے رہنے سے سکون ملے۔ یہ نوعیت بستر میں کبھی کبھی تشخیص میں رہبری کرتی ہے۔

تقیح کی صورت میں مریضہ کا وزن گھٹنے لگتا ہے۔ نفاسی قسم میں اذیا اور جلد میں کھردرا پن پیدا ہو جاتا ہے اور بعد میں رباط اربی کے اوپر والے خطے میں جلد نرم ہو جاتی ہے بخار میں اتار چڑھاؤ ہوتا ہے۔ قشعریرہ کی شکایت ممکن ہے۔ درجۂ حرارت ۱۰۲° ف ہو جاتا ہے رفتار نبض بھی اسی تناسب سے بڑھتی ہے۔

تقیح شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے لیکن وقوعہ کی حالت میں مرکزی خراج کو گھیرنے والی متورم بافت کی بھوری پرت کی دبازت کے سبب شناخت میں آسانی ہوتی ہے۔ ایسے اصابات میں ٹمپریچر چارٹ اور شمار کریات بیضا (... وہ سے زائدہ) سے مدد مل سکتی ہے۔

خلوی التہاب کے خراجات اگر برقرار رہ جاتے ہیں تو عموماً ان کا مرکز رباط اربی ہوتا ہے۔ خاص طور سے نفاسی اصابات میں۔ اگر خراج حوض میں پہنچ گیا ہو جیسا کہ چند غیر نفاسی اصابات میں ہوتا ہے تو معاء مستقیم یا مثانہ میں منشق ہو سکتا ہے۔

دو دستی مہبلی امتحان پر عنق یا مہبلی قبوہ دریدہ محسوس ہوتا ہے نیز عنق جزوی طور پر مثبت اور حرکت پر الیم ہوتا ہے۔

تشخیص تفریق:۔ اس کا انحصار بخار اور خفیف درد کے ساتھ پائے جانے والے حوضی سلعہ کی دریافت پر ہے جو عنقیہ پر کسی زخم کے بعد جلد ہی واقع ہوتا ہے۔ اسے ان تخیرالو قوع اصابات سے بھی تفریق کی ضرورت ہوتی ہے جنہیں حوضی باریطون خاص طور سے متاثر ہوتا ہے۔

التہاب کی پوزیشن معلوم کرنی نہایت اہم ہے۔ اگر یہ صرف رحم کی طرف واقع ہو بلکہ معاء مستقیم

ے سبب گھٹنال کا اشکل تحقیق ہو گیا ہو تو تشخیص میں دشواری نہیں ہو گی۔ جب ابھار مقعن حوض کی طرف موجود ہو اور اسے رباط اربی کے اوپر جس کیا جا سکے تو اسے رباط عریض کے دوبیرہ سے تفریق کی ضرورت ہوتی ہے، جس کے ساتھ بخار یا التہاب کی امارات نہیں ہوتی ہیں۔

انذار:- اگر سرایت حوضی خلوی بافت تک محدود ہو تو انجام بخیر ہوتا ہے لیکن اگر تقیح کی خرابی ہو کر خلوی بافت کی سطوح پر بری طرح منتشر ہو جائے تو انجام بخیر نہیں ہوتا۔ دیگر اعضاء ہات عدم انضمام کی صورت میں حوضی التہاب کی دیگر اقسام کی بہ نسبت عاقبہ کم عارض ہوتا ہے۔

علاج:- تشخیص مکمل ہوتے ہی بعجلت ممکنہ بیماری کے ابتدائی درجوں میں مریضہ کو پنسلین مکمل مقدار میں دی جائے۔ اس مقصد کے لئے پینسلین ۵ لاکھ یونٹ روزانہ ۲ بار کم از کم ۵-۶ یوم مسلسل دی جائے۔ گرم برقی پیڈ کے ذریعہ اسفل شکم میں حرارت پہنچائی جائے۔ چند یوم کے اندر اندر علامات معدوم ہو جائیں گی۔ لیکن عضوی امارات رفع ہونے میں کچھ وقت لگے گا۔ جملہ اصابات میں تحلل جلد شروع ہو جاتا ہے۔ انٹی بایوٹک ایجاد ہونے کے بعد شاذ و نادر ہی شگاف دینے کی ضرورت پڑتی ہے۔ دافع درد ادویہ سے درد رفع کیا جائے اور نیند کے لئے پیتھی ڈین ۱۰۰ ملی گرام یا پیرلڈیہائڈ ۱۰ ملی لیٹر درون عضلاتی راہ سے دیا جائے یا براہ دہن ویلیم (Valium) ساتھ روش دیا جائے۔

ورم پکانے کے لئے ایک سیر نیم گرم پانی میں ۴ گرام بورک ایسڈ شامل کر کے دن میں ۳-۴ بار پچکاری کریں۔ پیڑو پر انٹی فلوجسٹین کا نیم گرم ضماد کریں۔ مقامی طور پہ زخموں کو صاف کر کے ایکری فلیوین لوشن میں گاز تر کر کے رکھیں۔

یونانی علاج: مکمل علاج کے لئے خون کی صفائی ضروری ہے۔ اگر پھوڑا بن گیا ہو تو ساتھ ساتھ داخلی طور پر درج ذیل جوشاندہ بھی پلائیں۔

(۱) تخم خیارین، تخم کاسنی، تخم خربزہ، گوکھرو خرد ہر ایک ۱۲ گرام۔

جب ورم پک کر پھوٹ جائے تو مندرجہ ذیل نسخہ دیں۔

(۲) شیرہ تخم خیارین، عرق مکو، عرق کاسنی، عرق گاؤزبان ہر ایک ۵۰ ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوری معتدل ۲۰ گرام یا شربت انار شیریں حل کر کے پلائیں۔

اگر دبیلہ رحم کی جانب ہو تو مرہم باسلیقون [۲۰ ملی لیٹر] اور روغن گل کا فرزجہ کریں اور اگر اس کا رجحان مثانہ کی جانب ہو تو خفیف قسم کے مدرات اور لعابات پلائیں، جب پیپ کلی طور پر خارج ہو جائے تو اندمال قروح کی فکر کریں۔ اس مقصد کے لئے گل ارمنی، دم الاخوین، کندر ہر ایک ۲ گرام روغن گل

میں حل کر کے رحم میں ڈوش کریں۔

حسب ذیل نسخہ بھی حوضی التہاب خلوی (Pelvic Cellulitis) میں مفید ہے:۔

(ص) گل بابونہ، آب مکوہ سبز بقدر ضرورت میں ملا کر روغن گل ۵۰ ملی لیٹر، سفیدی بیضہ مرغ ایک عدد، مغز فلوس ۶ گرام شامل کر کے اس میں ۱۲ گرام گاز لت کر کے حمول کریں۔

تسکین درد کے لیے پوست خشخاش ۱۲ گرام، گل ٹیسو ۲۵ گرام میں جوش دے کر گاز تر کر کے پیڑو پر پیک کریں۔

(ص) گل بنفشہ ۷ گرام، مویز منقیٰ ۹ دانہ، بیخ کاسنی ۷ گرام، بادیان ۷ گرام، گاؤزبان ۵ گرام، عنب الثعلب خشک ۵ گرام، پرسیاؤشاں ۷ گرام گرم پانی میں بھگو کر صبح مل چھان کر خمیرہ بنفشہ ۵۰ گرام ملا کر نوش کرائیں۔ اور شام کو حسب ذیل نسخہ دیں۔

(ص) خمیرہ گاؤزبان ۵ گرام ورق نقرہ میں لپیٹ کر اول کھلائیں اور پھر یہ:۔

(ص) بادیان ۱۲ گرام، عنب الثعلب خشک، تخم خیارین ہر ایک ۵ گرام، عرق برنجاسف ۸۰ ملی لیٹر میں شیرہ نکال کر خمیرہ بنفشہ ۵۰ گرام ملا کر پلائیں۔

حوضی التہاب خلوی میں آتشک والی اکثر دوائیں مفید ثابت ہوتی ہیں۔

غذا و پرہیز:۔ لطیف، زود ہضم مثلاً شوربا کم مرچ والا اور چپاتی وغیرہ دیں۔ چلنے پھرنے، سخت حرکت، جماع، نیز بادی اور ثقیل اشیاء کے استعمال سے احتراز کرائیں۔

۲۰

تناسلی قنات کا تدرن

[Tuberculosis of the Genital Tract]

تناسلی قنات کا تدرن ایک قلیل الوقوع مرض ہے۔ ہندوستان میں پھیپھڑوں اور دیگر جسمانی حصوں کے مقابلہ میں تناسلی تدرن بہت کم دیکھنے میں آتا ہے تاہم تاوقتیکہ مریضات کی ایک بڑی تعداد کا سریری مطالعہ یا امتحان بعد الموت نہ کر لیا جائے، کوئی حتمی فیصلہ کرنا دشوار ہے۔ عورت کے تناسلی قنات کا کوئی بھی حصہ درنی عصیہ (Tubercle Bacillus) کا نشانہ بن سکتا ہے۔ شاذونادر اصابات میں ابتدائی عنقی تدرن مجامعت کے ذریعہ عارض ہوتا ہے، جس کا ذمہ دار مریضہ کا خاوند قرار دیا جاتا ہے، لیکن سرایت عموماً ثانوی طور پر واقع ہوتی ہے۔

درنی التہاب بارطون ایک عام علامیہ ہے اور ٹیوب کے بیرونی طبق میں آس پاس سے درنے (Tubercles) عام طور سے پہنچ جاتے ہیں، لیکن سریری اور امراضیاتی طور پر ان میں سے بیشتر تناسلی تدرن کے اصابات نہیں ہوتے ہیں۔

عمر:۔ تناسلی تدرن کے بیشتر اصابات جواں سال عورتوں کو ۱۵ تا ۳۰ برس کی عمر میں عارض ہوتے ہیں، جن میں سے بیشتر ناکتخدا ہوتی ہیں یا شادی شدہ لیکن عقیم ہوتی ہیں، اور ڈاکٹر شا کے مطابق تناسلی قنات کی مریضات میں سے فقط ۱۲ فیصدی صاحب اولاد پائی گئیں۔ یہ نکتہ یاد رکھنے کا ہے کہ اسقاط یا وضع حمل کے بعد تناسلی تدرن کی تشخیص سب سے پہلے نہیں ہو پاتی۔

تقسیم:۔ مرض کی کثرت وقوع کے لحاظ سے جس ترتیب سے نسوانی احشائے حوض متاثر ہوتے ہیں، یہ ہیں: قاذفین، جسم رحم، عنق، مبیضین، مہبل اور فرج۔ یہ ترتیب سریری اور امتحان بعد الموت کے مطالعات کے بعد قائم کی گئی ہے۔

سرایت کے طریقے:۔ عام طور سے چار ممکنہ راستوں سے درنی عصیات (Tubercle Bacilli) تناسلی اعضا کو سرایت زدہ کر سکتے ہیں:۔

جوئے خون (Blood Stream)، عروق لمف (Lymphbatic)، ہبل سے مخاطی سطوح کے ساتھ صعودی سرایت، شکمی تدرن سے نزولی سرایت، ابتدائی تناسلی تدرن قلیل الوقوع ہے۔

جوئے خون کے ذریعہ سرایت:۔ تناسلی قنات کی سرایت کا کثیر الوقوع ذریعہ جوئے خون ہے جو بعیدی ابتدائی خراش (مرضی) کو منتقل کرنے کا ذریعہ ثابت ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں ابتدائی تفرز غیر فعال ہوتا ہے، جسکی تفتیش کے باوجود ابتدائی ماسکہ کے مقام کا پتہ لگانا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ جوئے خون کے ذریعہ سرایت کے سلسلے میں یہ امر اہمیت سے خالی نہیں ہے کہ ٹیوب یا رحم میں پایا جانے والا ابتدائی تدرنی قرحہ ٹیوب یا رحم کے عضلہ کے مرکزی حصے میں پایا جاتا ہے، اور اس طرح کے مرکزی ماسکے (Central Foci) صرف جوئے خون کے ذریعہ ہی ممکن ہیں۔

عروق لمف کے ذریعہ سرایت:۔ تناسلی اعضا کی ابتدائی سرایت لمفاوی راستوں سے نادر الوقوع ہے، لیکن یہ شاذ و نادر اصابات میں سرایت زدہ مساریقی غدد (Mesenfric Glands) سے ممکن ہے۔ بعیدی لمفاوی غدد کے ذریعہ واقع ہونے والی تناسلی سرایت ہمیشہ جوئے خون کے ذریعہ ہوتی ہے۔

صعودی سرایت:۔ یہ سرایت ہبل الرحم، اور رقاذفین میں مخاطی سطوح سے عارض ہوتی ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ شادی شدہ عورتوں کی بہ نسبت دوشیزہ عورتوں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہے جس سے بعض ماہرین کے اس نظریے کی تردید ہوتی ہے کہ تناسلی تدرن کا واحد سبب منوی سیال سے پیدا شدہ صعودی سرایت ہوتی ہے، جس کے سبب مریضہ التہاب بربخ دقی (Tubercalous Epididymitis) میں مبتلا رہتی ہے۔ چنانچہ دوسرے گروپ کے نظریے کے مطابق بھی صحتمند ہبل میں کوئی ضروری نہیں کہ سرایت مرد کی منی سے ہو ہی جائے، ہاں اگر پہلے ہی سے فرج یا ہبل متقرح ہو کر اس کے لئے سازگار ماحول پیدا کر دے تو بات دگر ہے۔

نزولی سرایت:۔ جن بعض اصابات میں شکمی سرایت موجود ہوتی ہے مثلاً تدرنی التہاب بار یطون (Tuberculous Peritonitis) یا دقی مساریقی التہاب غدد (Tuberculous Mesenteric Adenitis) ان اصابات میں طرف مشرشر (Fimbrial Extremity) کے ذریعہ ٹیوب کی سرایت کا امکان رہتا ہے۔ بیشتر اصابات میں سرایت جوئے خون کے ذریعہ ہوتی ہے جس میں خاص طور سے شکمی اور

تناسلی تدرن ایک ساتھ پایا جاتا ہے۔

انذار:۔ تناسلی اعضا کے تدرن کے ساتھ ساتھ اگر دیگر احشا میں بھی تدرن موجود ہو تو انجام عموماً بخیر نہیں ہوتا مثلاً بولی تحتانات غذائی یا ریوی تدرن عام طور سے عقم پیدا ہو جاتا اور اگر حمل قرار بھی پا جاتا ہے تو مادری انذار بخیر نہیں ہوتا۔ بعض اصابات میں حاد دخنی تدرن (Acute Miliary Tuberculosis) واقع ہو جاتا ہے۔ اگر ساتھ ساتھ ناسور (Fistula) عارض ہو جائے تو عموماً عسیر العلاج ہو جاتا ہے۔ بحیثیت مجموعی انجام اچھا نہیں ہوتا۔

امراضیات

تقریباً جملہ اصابات میں سرایت قاذف کے مرحلہ میں شروع ہوتی ہے۔ ابتدائی اصابات میں ٹیوب کے منتفخ کنارے (Ampullary End) پر دقی عقدے (Tuberculous Nodules) دیکھے جا سکتے ہیں۔ یہ ٹیوب کی رفتار کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر درون رحم تک رسائی حاصل کر سکتا ہے۔ اس کے برخلاف اگر سرایت دق کے ساتھ ساتھ نبقات سوزاک اور نبقات سبحیہ پائے جائیں تو ایک خاص وقت تک ٹیوب کھلا ہوا رہتا ہے اگرچہ اس کی دیواریں مزید دبیز ہو سکتی ہیں۔ ایسا محض اسی وقت ممکن ہے جبکہ متجبن (Caseous) ہو کر ٹوٹ جاتے ہیں اور یہ سرایت زدہ عنصر ٹیوب کے فتحہ (Lumen) میں خارج ہوتا ہے۔ جب ایسا ہوتا ہے تو ٹیوب کا منتفخ کنارہ سربمہر ہو جاتا ہے اور انبوبی اجتماع ریم بن جاتا ہے۔ ان اصابات میں ثانوی تدرن کا پایا جانا ایک بدیہی امر ہے۔ اگر سرایت باریطونی جوف تک منتشر ہو جائے تو ٹیوب کی مصلی سطح (Serosal Surface) پر دخنی درنات (Miliary Tubercles) پائے جاتے ہیں۔ اگر ٹیوب سے یہ سرایت باریطون کو منتقل ہوئی ہے تو ٹیوب کے متاثرہ حصوں کی مصلی سطح سب سے پہلے متاثر ہو گی۔ مبیض تک انتشار کم ہی ہوتا ہے۔ مبیض تک سرایت کا انتشار بہت تاخیر سے ہوتا ہے تاوقتیکہ باریطون ماؤف ہو جائے یا انبوبی اجتماع ریم ہو، نیز قاذف کا منتفخ کنارہ جب عموماً مبیض سے منضم رہتا ہے۔ اگرچہ تدرنی التہاب قاذفین مرض آفریں سرایت جیسی صورت حال کم ہی پیدا کرتا ہے تاہم بیشتر اصابات میں یہ مزمن ہوا کرتا ہے اور سخت لیفیت (Fibrosis) یا ٹیوب کا انضمام مبیض سے عام طور سے پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی معمولی تجبن (Caseation) بھی پایا جاتا ہے اور کبھی نہیں۔

اگر سرایت درون رحم تک منتشر ہو جائے تو جرن کا امتحان کرنے پر مخصوص قسم کے عقد

کے ساتھ عفریتی خلوی نظام (Giant-Cell System) پائے جائیں گے جو مستدیر خلیاتی (Nodules) دررِیزش (Round Celled Infilteration) سے محصور ہوں گے۔ لیکن یہ اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ اگر گہرا امتحان نہ کیا جائے تو دوران معائنہ بآسانی نظر انداز ہو جائیں گے۔

اس امر کی وضاحت کی گئی ہے کہ سرایت درون رحم میں برسوں اس طرح فعال حالت میں برقرار رہ سکتی ہے کہ عقدوں کے حجم میں کوئی قابل ذکر کلانی نہیں پیدا ہوتی۔

شاذونادر اصابات میں سن یاس کے بعد مذبول رحم میں سرایت عضلۂ رحم تک منتشر ہو سکتی ہے اور اگر تجبن عمل میں آجائے تو نتیجۃً کار تقیح الرحم عارض ہو جائے گا۔

شاذونادر تدرنی سرایت عنق تک منتشر ہو جاتی ہے، چنانچہ ایسی حالت میں جھلی حصے تکاثری ورم حبیبی (Proliferative Granuloma) شروع ہو جاتا ہے جو سرطان سے مشابہ سُرخ مرتفع عقدہ پیدا کرتا ہے جو بآسانی شکست و ریخت قبول کر لیتا ہے اور اس سے امتحان بالجس کے وقت بآسانی نزف واقع ہو جاتا ہے نیز چھونے پر نرم محسوس ہوتا ہے۔ بعد میں حبیبی بافتیں (Granulomatous Tissues) ٹوٹ پھوٹ سکتی ہیں اور انجام کار او تھلے قروح وجود میں آسکتے ہیں۔

فرج و جھبلہ کا تدرن نہایت قلیل الوقوع ہے۔ فرج کا ذات الذئب (Lupus) خاص طور سے انکسار بانت کے ساتھ وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔

سریری مناظر

عدم تخصیب:۔ عدم تخصیب کا امتحان کرتے وقت تناسلی قنات کی تدرنی سرایت کی خاصی تعداد ریکارڈ کی گئی ہے۔ چنانچہ سیرمین (Serman) نے ابتدائی عقم کے ۳۰۸ اصابات کی تفتیش کے دوران ۲۱۶ اصابات میں درون رحمی تدرن دریافت کیا۔ ایسی حالت میں حوضی امتحان منفی ہوتا ہے اور سریری اعتبار سے مریضہ ایک درست عورت ہوتی ہے، بالخصوص ۲۰ برس کی عمر کے اندر اندر بعض اصابات میں ذات الجنب یا غشاء الرئوی کا اجتماع رطوبت (Pleural Effusion) کی سابقہ روداد ملتی ہے۔

طمثی بے قاعدگی:۔ ملکانی نے ۱۸۶ اصابات میں صدفی صد طمثی خرابیاں نوٹ کیا ہے جس میں سے بیشتر میں احتباس الطمث کی شکایت پائی گئی۔ بے طمثیت عموماً ہمیشہ ثانوی ہوتی ہے تاہم ابتدائی احتباس الطمث کے چند اصابات کی بھی رپورٹ ملی ہے۔ ایسی حالت میں غدد خاص طور سے متاثر ہوتے ہیں۔ کثرت طمث (Menorrhagia) اور نزفی رحمی مرض (Metrorrhagia) بعمر مادی التہاب

قاذف کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔ اگر کوئی جواں سال عورت اپنی ۴۰ سال کی عمر کے دوران احتباس الطمث کی شکایت کرتی ہے اور حوضی امتحان سے ضمائم کے التہاب کا پتہ چلتا ہے تو تناسلی تدرن کے امکان پر غور کرنا چاہیے۔

مہبلی مواد (Vaginal Discharge) :۔ عنقی تدرن میں مخاطی قاحی یا صرف مخاطی افراز ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں تدرنی تقیح الرحم سے چند اونس قیح وقفہ وقفہ سے خارج ہوتی رہتی ہے۔

شکمی درد :۔ شکمی درد محض انبوبی مبیضی التہاب کی موجودگی میں ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد تناسلی قنات کے تدرن کے فقط ۲۰ فیصدی اصابات میں موجود ہوتا ہے۔ ضمیمہ کا تودہ اگر رُنداد سرایت کے بعد یک جانبی یا دو جانبی، حاد یا مزمن پایا جائے تو تدرنی التہاب قاذف کا شبہ کرنا چاہیے۔ اس کا اطلاق بالخصوص باکرہ اور عدیم الولادت عورتوں پر ہوتا ہے۔

طبعی امارات :۔ باکرہ یا عقیم عورت میں دو جانبی ضمائم رحم کے التہابی ابھار (تودہ) کو سلِ تدرنی سرایت کا پیش خیمہ تصور کرنا چاہیے۔ باکرہ یا عقیم عورت میں عنقی قرحہ یا ثآکل کو بھی بعینہٖ تدرنی سرایت پر قیاس کرنا چاہیے۔ بسا اوقات اس کی تشخیص اس وقت اتفاقاً ہو جاتی ہے، جبکہ ثآکل مندمل نہیں ہونے پاتا یا برقی تخثیر (Electerocoagulation) کے بعد مزید خرابی پیدا ہو جاتی ہے۔

تشخیصی ذرائع : (۱) جرثومیاتی، (۲) گوئنی پگ کا ٹیکہ (Guinea Pig Inoculation)، (۳) رحم و انبوب نگاری۔

جرثومیاتی : مختلف ذرائع، جن سے عضو رحم کے تدرن کی کاشت کی جاتی ہے درج ذیل ہیں: عنقی لطخات (Cervical Smears)، طمثی افراز، درون رحم، باریطونی رطوبت اور ناصور کا افراز۔ طمثی افراز کی کاشت دشوار امر ہے، تاہم باریطونی رطوبت اور ناصور یا عنقی قرحہ کے افراز کی کاشت بآسانی کی جا سکتی ہے، تاوقتیکہ مثبت نتیجہ برآمد نہ ہو جائے، کاشت کی تکرار کرتے رہنا چاہیے کیونکہ منفی نتائج کے باوجود تدرنی سرایت کو مستثنیٰ نہیں کیا جا سکتا۔ درون رحم سے جرف کے ذریعہ میش طمثی حصہ میں کاشت بروئے کار لانا قابل ترجیح ہے۔

گوئنی پگ کا ٹیکہ : نمونہ جو بول، براز، بلغم یا دیگر کوئی افراز ہو سکتا ہے، انٹی فارمین (Antiformin) یا پٹروف کے توشیۂ ارتکاز (Concentration Method) سے مرتکز ہو سکتا ہے، رسوب (Sediment) دو گوئنی پگ کے دائیں اُربی رقبہ کے تحت الجلدی خط میں انجکٹ کر دیا جاتا ہے۔ جانور کا وزن کر لیا جاتا ہے۔ نیز انھیں ۸ یا زائد ہفتوں تک زیر مشاہدہ رکھا جاتا ہے اور ان کے اوپر ایک

ٹیوبرکیولین جلدی کا شفہ بروئے کار لایا جاتا ہے۔ اگر دو ماہ بعد بھی جلدی کا شفہ منفی ہو تو ایک جانور کو مار کر امتحان بعد الموت کیا جاتا ہے، دوسرا جانور کئی ماہ باقی رکھا جاتا ہے۔ اگر کا شفہ مثبت ہوگا تو گوئنی پگ کے طحال، جگر اور دیگر شکمی اعضا تدرنی تغیرات کے متناظر ہوں گے۔

نسیجیاتی :۔ نسیجیاتی طور پر بیشتر اصابات میں بافتوں کی بایوپسی کے ذریعہ تدرنی تغیر کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ عنقی تدرن کی حالت میں عنق کے مشکوک خط کی بایوپسی معدم حس کے زیر اثر حاصل کی جائے۔ دررحمی تدرن عموماً عدم تخصیب یا چند طمثی اختلالات کی تفتیش کے وقت اتفاقاً واضح ہو جاتا ہے۔

چونکہ ہر ماہ دروں رحم علیحدہ ہو جاتا ہے اور دروں رحم کی نشو ونما کے وقت تازہ درنات بنتے ہیں لہٰذا اتساع اور جرف کا بہترین وقت پیش طمثی حصہ کے دوران ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لئے اغنی دروں رحم جرف کے ذریعہ حاصل کر کے نسیجیاتی طور پر مطالعہ کر لینا چاہیئے۔ بیک وقت متعدد تراشوں کا امتحان عفر بتی خلوی نظاموں کی موجودگی کے لئے انجام دینا چاہیئے۔

عنقی تدرنی قرحہ عموماً غلطی سے سرطان سمجھ لیا جاتا ہے۔ اگر تشخیص میں دشواری ہو تو اس بافت کا ٹکڑا حاصل کر کے نسیجیائی امتحان کے لئے بھیج دیا جائے۔

چونکہ تدرن، آتشک اور شعاع فطریت (Actinomycosis) بھی یکساں ماسکی تغیرات عارض کرتے ہیں اور ایسے غیر تدرنی حالات میں عفر بتی خلیات دروں رحم اور قاذفین میں دیکھے جا سکتے ہیں۔ اسی لئے عفر بتی خلوی نظاموں کی دروں رحمی نسیجیاتی شہادت صرف تشخیص کی طرف واضح اشارہ ہوتی ہے۔ لیکن یہ شہادت قطعی نہیں ہوتی۔

گاہے مقامی تدرنی تغیرات کی شناخت میں دشواری ہوتی ہے۔ سن طفولیت میں تدرنی قرحہ کو آکلۃ الفرج (Noma)، دفتھیریائی اور قلاعی التہاب فرج سے ممیز کرنا ضروری ہے۔ بالغ عورتوں میں تدرنی قرحہ کو قرحۂ رخو، آتشک مجازی، نما سرطمی سلعہ اور سلعۂ لحمیہ سے متمائز کرنا چاہیئے۔

رحم و انبوبہ نگاری: عدم تخصیب کی تفتیش کے دوران رحمی و انبوبی ترسیمات اتفاقاً قاذفین کی تدرنی سرایت ظاہر کر دیتی ہیں:

• تناسلی تدرن کی قطعی تشخیص رحمی انبوبہ نگاری سے بلا شرکت غیرے ممکن نہیں۔ اس سے فقط تناسلی تدرن کے امکان پر روشنی پڑتی ہے جس کی توثیق جرثومیاتی اور نسیجیاتی امتحان کے ذریعہ کر لینی چاہیئے۔

جرف یا رحم و انبوبہ نگاری کے بعد حاد التہاب قاذفین کا اندیشہ رہتا ہے لہٰذا تکرار عمل سے

گریز کرنا چاہیئے اور اگر ناگزیر ہو تو کافی وقفہ سے انجام دیا جائے۔

علاج

تناسلی قنات کی تدرنی سرایت کا علاج اب زیادہ تر دوائی ہوتا ہے اور جرحی مداخلت کی نوبت کم ہی آتی ہے۔ اگر عدم تخصیب کے اسباب کی تفتیش کے دوران سرایت کا پتہ چلے تو ایک طویل طبی علاج کا کورس دیا جائے۔ چنانچہ اسٹرپٹومائی سین نصف گرام درون عضلاتی دن میں دو بار اور براہ دہن پیرا امینو سیلی سیلک ایسڈ ۱۲ گرین نو میڈ آئسونیازائڈ ۳۰۰ ملی گرام یومیہ ۳ ماہ تک دیا جائے۔ دوران علاج مریضہ کو ہسپتال یا سینی ٹوریم میں رکھا جائے۔ مذکورہ علاج کے اختتام پر پاس (PAS) اور آئسو نیازائڈ کا مخلوط کورس کم از کم ایک سال ورنہ ۲ سال تک مزید دینا چاہیئے۔ مناسب آرام، عمدہ غذا اور صاف ستھری ہوا ضروری ہے۔

ناگوار سمی اثرات کا معائنہ مریضہ پر کرتے رہنا چاہیئے۔ اگر بہرا پن توازن کے اعصاب پر تناؤ گردن میں خراش، جلدی ردعمل اور معدی اختلالات وغیرہ رونما ہونے لگیں تو سلسلۂ علاج منقطع کر کے اس کا تدارک کریں، اس کے بعد دوبارہ علاج شروع کریں۔

اختتام علاج کے ۴ - ۶ ہفتے بعد دوبارہ بایوپسی حاصل کر کے امتحان کیا جائے۔ اگر شہادت مرض حاصل ہو جائے تو مریضہ کو مزید ۳ ماہ سینی ٹوریم معالجہ پر رکھا جائے۔ اگر بایوپسی سے اب بھی جراثیمی سرایت کی موجودگی ثابت ہو تو پھر مذکورہ کورس دہرایا جائے۔ یہاں تک کہ جراثیم کا قلع قمع ہو جائے۔ اگر درنات معدوم ہوں تو ۶ ماہ کے وقفوں سے بایوپسی کا تکرار کیا جائے۔ مریضہ کی شفایابی کا فیصلہ کرنے سے قبل کم از کم دو منفی دریافتیں ناگزیر ہیں جو جرثومیاتی اور ٹیکہ کے کاشفات پر مشتمل ہونی چاہئیں۔

یونانی علاج

تناسلی قنات کا تدرن جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، نادر الوقوع ہے، اس کا علاج آنتوں کے تدرن کی طرح کیا جاتا ہے۔ جو دو طریقوں پر مشتمل ہے (۱) علاج بذریعہ تدابیر اور (۲) علاج بذریعہ دوا۔

علاج بذریعہ تدابیر:۔ صحیح بات تو یہ ہے کہ اس کے علاج میں کامیابی کا انحصار بہترین تدابیر پر ہی ہے یعنی مریضہ کی عام صحت بہتر بنائی جائے، جسم کی قوت مدافعت بڑھائی جائے۔

رہائش:۔ اولین شے مقام رہائش ہے، چنانچہ پُرفضا روشنی دار مقام بالخصوص پہاڑی یا ساحل سمندر کے خطے بہت راس آتے ہیں، یا کم از کم صاف ستھرے دیہات کی بالائی منزل۔

غذا:۔ مدقوق کو ہمیشہ زود ہضم، لطیف اور مقوی غذائیں دیں۔ لیکن اس کی قوت کا لحاظ رکھتے

ہوئے مدقوق کے لئے بہترین دودھ عورت کا ہے (بشرطیکہ وہ اپنے پستان سے پینے کی اجازت دے) اس کے بعد گدھی کا اور آخر میں بکری کا ہے۔ اگر کوئی بھی نہ ملے تو گائے کا دودھ دیا جائے۔ دہی کی چھاچھ یا لسی بھی نہایت مفید ہے۔

کیکڑے کے ساتھ آش جو پکا کر دیں۔ یہ غذائے دوائی کا کام کرے گا۔ اسی طرح نیلوفر اور بکری و ہرن کا پایہ بھی مفید ہے۔

مجربات صاحب تذکرہ میں سے ہے کہ فربہ مرغی کا گوشت ریزہ ریزہ کرکے بادام سفید شیریں کو
دونوں کو بخوبی پکا کر کھلائیں۔

بکری، چوزہ مرغ، تیتر، بٹیر کے گوشت، شوربا، یخنی، بیضۂ مرغ نیم برشت اور تازہ مچھلی بھی دے سکتے ہیں۔ اگر قوت ہاضمہ قوی ہو تو بالائی اور مکھن بھی تجویز کر سکتے ہیں۔

ٹھنڈی سبز ترکاریاں مثلاً خرفہ، کاہو، پالک، گھیا، توری، کدو، ککڑی، پرول، چقندر تنہا یا گوشت میں پکا کر کھلا سکتے ہیں۔

فواکہات رطبہ مثلاً سیب، انگور، سنترے، لیچی، لوکاٹ وغیرہ (بشرطیکہ شیریں ہوں) اگر قبض موجود ہو تو پپیتہ، انجیر اور خربزہ بھی دے سکتے ہیں۔

پرہیز:- ثقیل، بادی، دیر ہضم غذاؤں مثلاً بڑے گوشت، دال مسور، ماش، گوبھی، اروی، ہر قسم کی مٹھائی، ترشی، سرخ مرچ، گرم مصالحے وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔ چائے نوشی میں بھی اعتدال رکھیں۔
مدقوق کو گرم خشک اور ملین چیزوں سے پرہیز ضروری ہے۔

قوی حرکات، مقاربت، رنج و غم، فکر و تردد، عوارض نفسانی سے احتراز کرائیں۔

صفائی، ورزش اور نیند:- ہلکی پھلکی ورزش، صبح خیزی، سیر و تفریح، جسم کی تدلیک کرنی چاہئے۔ غسل کا اہتمام رکھنا چاہئے۔

جس قدر ہو سکے نیند کا لطف حاصل کرنا چاہئے۔ اس سے صحت رفتہ بہت جلد واپس آجاتی ہے۔

دوائی علاج:- عمومی دق کے علاج کی طرح اس کا علاج بھی انھیں خطوط پر کیا جاتا ہے۔ اگر بخار کے ساتھ کثرت طمث کی شکایت بھی ہو تو حسب ذیل نسخے استعمال کرائیں۔

(۱) گیرو، سنگجراحت، دم الاخوین، سرطان سوختہ ہر ایک ایک گرام، خشخاش ۲۵ گرام ملا کر چٹائیں۔ استحاضہ کی شکایت رفع ہونے کے بعد۔

(۲) عرق السک ۳ گرام دودھ ۲۵۰ ملی لیٹر میں جوش دے کر مصری ملا کر بعد غذا کھلائیں۔ ایک ہفتہ بعد حسب ذیل

معالجہ بروئے کار لائیں:-

صبح کے وقت (ص) خاکسی ۳ گرام پانی میں جوش دے کر شربت اعجاز ۲۰ ملی لیٹر ملا کر استعمال کرائیں۔

نوٹ:- خاکسی حسب ذیل طریقے سے استعمال کرنے پر بھی اعجاز مسیحائی دکھاتی ہے:-

خاکسی کو اول روز ایک جوش دیں، دوسرے روز دو، تیسرے روز تین، اسی طرح روزانہ ایک ایک جوش بڑھاتے جائیں اور ساتویں روز سے ایک ایک جوش گھٹاتے جائیں۔

سہ پہر کو کافور سیال قدرے پانی میں ملا کر پلائیں۔

حب رال ایک ایک عدد بعد غذائیں (دونوں وقت) مناسب بدرقہ کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

بوقت خواب (برائے عمومی نقاہت رفع کرنے کے لئے) کشتہ مروارید ایک عدد، خمیرہ ابریشم عود مصطگی والا ۵ گرام میں رکھ کر دیں۔ اس کے بجائے طلا خورد ایک عدد خمیرہ گاؤزبان عنبری ملا کر دے سکتے ہیں۔ قرص ذیل بھی دے سکتے ہیں:-

(ص) طباشیر سفید، سرطان محرق، تخم خشخاش ۳ گرام سفید، تخم کاہو مقشر، تخم خرفہ سیاہ، کتیرا، کہربا، رب السوس ہر ایک ۳-۳ گرام، تخم خیارین، گل سرخ ۵ گرام، مروارید ½ گرام، صمغ عربی، بسد احمر ہر ایک ایک گرام، کافور قیصوری ۱۲ گرام، ابریشم مقشر، زعفران ہر ایک ۵ گرین آب بارتنگ میں اقراص نخودی بنالیں۔

مقدار خوراک: ایک ایک قرص صبح و شام مناسب بدرقہ کے ہمراہ۔

مقامی طور پر حسب ذیل ضماد تیار کرکے حمولاً استعمال کرائیں:-

(ص) جدوار ۲ گرام، ایرسا ۶ گرام، قرن الایل سوختہ ۱ گرام باریک پیس کر مرہم باسلیقون ۲۵ گرام یا مرہم داخلیون ۲۵ گرام ملا کر گاز لت کرکے اطراف رحم میں رکھوائیں۔

مرض کے تدارک کا اطمینان مذکورالصدر دو کاشفات یعنی جرثومیاتی اور گونی پگ کے ٹیکہ کے ذریعہ کرلینا چاہیئے۔

عملیہ:- اگر ممکنہ علاج کے باوجود انبوبی بیضی التہابات (Tubo-Ovarian Swellings) برقرار رہ جائیں، خاص طور سے اگر دررحمی یا یوسیی سے مرض فعال حالت میں موجود ہو تو جرحی مداخلت ناگزیر ہوجاتی ہے۔ چنانچہ اس مقصد کے لئے کلی رحم برآری نیز قاذفین و مبیضین کو دور کرنا ضروری ہوتا ہے۔ عملیہ عموماً دشوار ہوتا ہے کیونکہ سخت لیفی انضمامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ نیز ناصور پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے، خصوصاً اگر مرض امعاء تک پھیل گیا ہے۔ خوش قسمتی سے اب طبی معالجہ زیادہ کامیاب ہے۔ لہذا اس طرح کے وقت طلب اور خطرناک عملیات کی ضرورت عموماً نہیں پڑتی۔

باب چہارم

تضررات حوض اور میلانات رحم

[PELVIC INJURIES AND DISPLACEMENTS]

۲۱

تناسلی تضررات اور ناصور

[Genital Injuries and Fistula]

تناسلی قنات کے تضررات

وضع حمل، ضرب یا کسی سواری پر سے سخت فرش وغیرہ پہ گرنے (سقطہ) یا دیگر حادثہ کے نتیجہ میں فرج و مہبل میں انشقاق پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن نسائی تناسلی قنات کے بیشتر تضررات اول الذکر سبب سے ولادت کے دوران ہی واقع ہوتے ہیں۔ گاہے طبعی ولادت میں بھی بلالی ریشے، جو خارجی فم عنقی کو گھیرتے ہیں، جانبی طور پہ ہر طرف پھٹ جاتے ہیں اور عنق کا لب مؤخر متغیر ہو جاتا ہے۔

غیر طبعی وضع حمل میں، جبکہ تبالتی تدابیر بروئے کار لائی گئی ہوں یا غیر ماہرانہ تکنیک کے نتیجہ میں ولادتی قنال کے تضررات کثیر الوقوع ہیں۔ عجان کے شدید انشقاقات غالباً ولادتی تضرر کی کثیر الوقوع قسم ہے۔ عنق کے شدید انشقاقات عموماً وضع حمل کے پہلے درجہ کے آخر میں شدید رحمی انقباضات کے سبب واقع ہوتے ہیں۔

براہ راست ضرب مثلاً دروازہ یا کرسی وغیرہ گرنے سے فرجی تضررات واقع ہوتے ہیں۔

اور خراش عموماً شفرتین کبیر میں آتی ہے۔ زیادہ شدید اصابات مثلاً کسی سواری وغیرہ پر سے گرنے کے نتیجہ میں حوض میں کسر ہو سکتا ہے اور اس کے احشائی مشمولات زیادہ تر متضرر ہو جاتے ہیں، جس سے شفرتین کبیر میں بڑا سلعۂ دمویہ بن سکتا ہے اور بہا ہوا خون ڈھیلے اور نرم انسجۂ واصل میں وسیع پیمانہ پر پھیل جاتا ہے۔ مہبل کے سلعۂ دمویہ کا ایک اہم عارضہ سرایت ہے۔ زیادہ خطرناک تضررات اس وقت عارض ہوتے ہیں جبکہ عورت کسی تیز دھار دار اور نوکیلی چیز پر گرتی ہے جس کی نوک دیوار مہبل کو چھیدتی ہوئی مثانہ، معاء مستقیم، یہاں تک کہ باریطونی کہفہ تک پہنچ جاتی ہے۔

بسا اوقات کسی نشہ آور مشروب یا دوا کے زیر اثر زنا بالجبر یا کسی دیگر وحشیانہ فعل کا ارتکاب کرنے سے بھی یہ امر واقع ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے مریضہ صاف اور واضح بیان نہیں دے پاتی۔ زنا بالخصوص بچیوں میں خراش و انشقاق کا باعث ہو سکتا ہے۔ بعض ضربات تو اس قدر شدید ہوتے ہیں کہ مستقیمی مہبلی جیب تک منشق ہو جاتی ہے، جس سے بسا اوقات شدید جریان دم عارض ہو جاتا ہے اور ایسا عموماً وحشیانہ اور بیڈھنگے پن کے جماع سے ہوا کرتا ہے۔

ازالۂ بکارت کے بعد منشق غشاء البکارت کے کناروں سے خفیف المقدار نزف واقع ہو سکتا ہے جو ایک طبعی حالت ہے لیکن بسا اوقات نزف تشویشناک حد تک شدید ہوتا ہے، خصوصاً جب کہ سامنے کی طرف خطاء دہلیز تک دریدگی بڑھ گئی ہو۔

ابتدائے ازدواج میں دیوار رحم کی خراش یا رگڑ قلیل الوقوع نہیں ہے۔ خراش مبال کے نتیجہ میں التہاب مبال واقع ہو سکتا ہے۔ ایسے اصابات عام طور سے نظر آتے ہیں جن کے نتیجہ میں صعودی حوضی کلوی التہاب عارض ہوتا ہے۔

جماع کے سبب مہبلی انشقاقات شاذ و نادر مشاہدہ میں آتے ہیں۔ جواں سال لڑکی میں یا جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے زنا بالجبر کے علاوہ بعد الیاسی ذبول اور تشوہات مثلاً غیر مثقوب حاجز، بھی ممکنہ اسباب ہیں۔ انشقاق عموماً موخر دیوار مہبل میں طولاً ہوا کرتا ہے۔ بعض ایسے اصابات بھی ریکارڈ کئے گئے ہیں، جن میں موخر دیوار مہبل پھٹ کر باریطونی کہفہ کھل گیا۔ علاوہ بریں شدید جماعی تضررات میں مثانہ اور معاء مستقیم دونوں ماؤف ہو سکتے ہیں یا ایسے ہی تضررات ان مریضات میں بھی واقع ہو سکتے جن کا پہلے مہبلی آپریشن کیا گیا ہے اور خصوصاً عملیہ کے بعد جلد ہی جماع کیا گیا ہے۔ اسی طرح جن مریضات میں کلی رحم برآری بروئے کار لائی گئی ہو، جماع کے ذریعہ مہبلی قبوہ کی سلائی میں خلل واقع ہو سکتا ہے۔

گاہے ضرب سے فرجی دموی سلعہ (Vulval Haematoma) لاحق ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی دموی سلعہ کے اسباب میں دوالی الفرج کو بھی شمار کیا جاتا ہے، لیکن اس کی موجودگی سدا ضروری نہیں۔

یونانی علاج: مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے۔ اول خون روک کر عملی طور پر گاز کے رول یا ڈاٹ لگا کر نزف پر قابو پانے کی کوشش کی جائے۔ اس کے بعد داخلی وخارجی طور پر حابسات و مجففات دم استعمال کرائیں مثلاً پھٹکری، مازو، کہربا، سنگجراحت، خشخاش، اقاقیا وغیرہ۔

براہ دہن حسب ذیل آمیزہ دیں:-

(ص) شیرۂ عناب، شیرۂ بیخ انجبار، شیرۂ تخم کاہو، لعاب بہدانہ ہر ایک ۳-۳ گرام، شربت بزوری یا شربت انجبار یا شربت حب الآس کے ہمراہ صبح وشام استعمال کرائیں۔

مقامی طور پر دوائے ذیل کا نطول کریں:

(ص) پوست خشخاش پانی میں جوش دے کر اس میں پھٹکری، کتھ ۶-۶ گرام حل کریں۔ دوائے نطول تیار ہے۔

نزف بند ہو جانے کے بعد اندمال کی فکر کرنی چاہیئے، جس کے لئے نسخۂ ذیل استعمال کرائیں۔

(ص) موم سفید کو روغن گل میں پگھلائیں، پھر مردار سنگ، کافور، سفیدہ کاشغری ہر ایک ۳ گرام باریک پیس کر ملالیں اور قدرے سفیدہ بیضہ مرغ شامل کر کے گاز لت کر کے مقامی طور پر استعمال کرائیں۔

مرہم ذیل بھی نافع ہے:-

(ص) بطخ کی چربی، مرغ کی چربی، گائے کی نلی کا گودا ہر ایک ۱۲ گرام، موم سفید، روغن گل حسب دستور مرہم تیار کر کے استعمال کرائیں۔

مرہم اعجاز: اس کے مولف حکیم ازانی لکھتے ہیں کہ یہ مرہم اپنی مثال آپ ہے اور اس کی موجودگی میں دوسرے مراہم کی ضرورت باقی نہیں رہ جاتی۔ عسیر العلاج تقرحات، ناصور اور قروح خبیثہ سوداؤ میں جہاں دیگر ادویہ بیکار ثابت ہو چکی ہوں، اپنا اثر دکھاتا ہے:-

(ص) شب یمانی، توتیائے ہندی ہر ایک ۱۵ گرام، کات سرخ، رال ۶۰-۶۰ گرام، روغن کنجد، میٹھے کنوئیں کا پانی تازہ۔

ترکیب تیاری و استعمال: پہلے پانی اور روغن کو یکجا کر کے کانسی کے برتن میں ہتھیلی سے ملیں یہاں تک کہ چھاچھ کی طرح ہو جائے، اس کے بعد دیگر دوائیں باریک پیس کر اس قدر آمیز کریں کہ سب یکجان ہو کر مرہم تیار ہو جائے، اس کے بعد شیشہ یا چینی کے برتن میں محفوظ کریں اور مقامی طور پر استعمال

کرائیں۔ رات کے وقت تضررات وجراحت کے اطراف میں نمک سینک کریں۔

مرہم سفیدہ کاشغری یا محلل اورام مراہم کا استعمال بھی مفید ہے، جن کا بیان التہاب درون رحم میں تفصیل سے گزر چکا ہے۔

غذا و پرہیز: مکمل آرام بستری کی ہدایت کیجائے۔ غذا زود ہضم، لطیف اور مقوی دی جائے مثلاً آش جو ساگودانہ، شوربہ یخنی۔ قابض و نفاخ اغذیہ سے پرہیز ضروری ہے۔

عملیہ: قبالتی تضررات کے تحفظ کی پیش بندی ممکن ہے، اس مقصد کے لئے غیر متناسب اصابات کا قبل الولادت سراغ لگالینا چاہیئے اور اگر فیصلہ ہوجائے تو شگاف قیصری عمل میں لایا جائے۔ عنق کے انشقاقات اور عجان کی شدید دریدگیوں کی بلاتاخیر دوختگی کردی جائے۔

ضرب کے نتیجہ میں عارض ہونے والے کلاں سلعۂ دمویہ کی حالت میں ورم کو چیر کر خون کا تھکہ دور کردیا جائے۔ عملیہ کے دوران غیر عفنی تدابیر پر سختی سے عمل کیا جائے بعد میں تجویف کی دوختگی کردی جائے یا اسے انٹی سپٹک گاز سے بھر دیا جائے۔ اگر قیلۂ دمویہ چھوٹا ہو اور اس کی جسامت بڑھ نہ رہی ہو، نہ درد کی شکایت ہو اور نہ سرایت کے انتشار کا ڈر تو اسے کچھ دنوں اپنی حالت پر چھوڑ دینے سے از خود جذب و تحلیل ہوجائے گا۔

اگر تیز دھار دار چیز سے مہبل، مثانہ، اور باریطونی کہفہ متضرر ہوگیا ہو تو دریدگیوں کے کنارے چیر کر تضررات کی اصلاح کردینی چاہیئے۔ اگر حشوی تضرر (Visceral Injury) کا ذرا سا بھی شبہ ہو یا ڈگلس کی جیب کھل گئی ہو تو شکم شگافی لازماً انجام دینی چاہیئے اور چھوٹی یا بڑی آنت کا کوئی بھی انشقاق موجود ہو تو اس کی دوختگی کردینی چاہیئے۔

زنا بالجبر یا جماع کے نتیجہ میں عارض ہونے والے نزف کو گاز کے دباؤ سے قابو میں لایا جاسکتا ہے لیکن معدم حس کے زیر اثر دوختگی کی اکثر ضرورت پڑتی ہے۔ شدید نزف کی صورت میں نقل الدم ناگزیر ہوجاتا ہے۔

احتراق مہبل اور دیگر اقسام تضرر

(Cautery) کے غیر ماہرانہ طور پر برتنے سے مقام مخصوصہ جل سکتا ہے۔ اسی طرح برقی حرارت رسانی کے ذریعہ عملیہ کے دوران براہ راست یا انتقال حرارت کے سبب مہبل جل جاتا ہے۔ اس خطرے سے بچنے کیلئے سرجن عموماً ہمیشہ غیر انتقالی ولکنائٹ ظروف موسع (Non-Coduction Vulcanite Covered Speculum)

استعمال کرتے ہیں۔ سرطان عنق کے لئے مہبل میں داخل کئے جانے والا ریڈیم ہمیشہ ریڈیم احتراق (Radium Burn) عارض کردیتا ہے۔ عمل اندمال کے دوران مہبلی قبوہ عموماً منضم التہاب مہبل اور ہو خسر کیفیت کے ذریعہ محو ہوجاتا ہے۔

مذکورہ بالا کی بہ نسبت کیمیاوی احتراق کثیر الوقوع ہے۔ بعض عورتیں جاہلانہ طور پر پوٹاشیم پرمینگنیٹ کو مسقط حمل دوا سمجھ کر وافر مقدار میں مہبل میں بھر لیتی ہیں، جس سے مقام مخصوصہ کیمیاوی طور پر جل جاتا ہے اور اندمال کے وقت شدید انضمامات اور کیفیت قتال کو محو کرکے جماع کو ناممکن بنادیتے ہیں۔ علاوہ بریں طشتی مواد کا احتباس ہوکر رحمی اجتماع الدم و رحمی اجتماع ریم عارض کردیتے ہیں۔

دیگر احتراق کیمیاوی محلول مثلاً کریاسول (Creasols)، مزیلات عفونت (Detergents)، آیوڈین کا استعمال خصوصاً ان سے حساسیت رکھنے والی مریضہ میں واقع ہوسکتا ہے۔ کسی بہت زیادہ گرم ڈوش کے استعمال سے بھی مقام مخصوصہ جل سکتا ہے۔

بعض فرسودہ اور پرانے خیال کی عورتیں جہالت کے سبب اندام نہانی میں تنگی پیدا کرنے کے لئے پہاڑی نمک اور پھٹکری مہبل میں بھر لیتی ہیں، جس سے تضیق کے ساتھ قرحہ بھی پیدا ہوجاتا ہے۔

مہبل عنق الرحم یا رحم میں جسم غریب داخل کرنے سے بھی مواد خارج ہوسکتا ہے، جس کا عام ترین سبب مغفول فرازج اور حلقے ہیں۔ خاص طور سے بڑا سخت ولکنائٹ کا فرزجہ مہبلی دیوار اور موخر قبوہ میں شدید تقرح اور بعد میں تخربات پیدا کردیتا ہے۔ بسا اوقات مریضہ خون حیض جذب کرنے والے طشتی محمولات (Menstrual Tampons) رکھ کر بھول جاتی ہے۔ گاہے سرجن دوران عملیہ روئی وغیرہ کے ٹکڑے اون پھاڑے اندر رکھ کر بھول جاتا ہے۔ علاوہ بریں مانع حمل آلات مثلاً ربڑ کے (Condoms)، ڈچ کیپ، وش بون فرزجہ (Wishbone Pessary) اور گریفن برگ حلقے بھی پائے جاتے ہیں۔

بعض بچیاں اوٹ پٹانگ چیزیں اندام نہانی میں ڈال لیتی ہیں جس سے مثانہ، معاء مستقیم، عنق یا رحم تک کو ضرر پہنچ جاتا ہے۔ بعض بالغ لڑکیاں سحق کے دوران کوئی شے مثلاً سیفٹی پن، ہیر گرپ، پنسل، چھوٹے جار وغیرہ اندر چھوڑ دیتی ہیں یہاں تک کہ سرجون بلینڈ سیوٹن (Sir John Bland–Sutton) کے ایک مشہور اصابہ میں نپولین بوناپارٹ کا خوردنیم مجسمہ پایا گیا جو دراصل ہیرو پرستی کے نتیجہ میں داخل کیا گیا تھا۔ ایسی حالت میں مریضہ ذہنی طور پر غیر متوازن ہوتی ہے یا جوانی کے نشہ میں وہ جنسی تسکین حاصل کرنے کی غرض سے اس فعل بد کی مرتکب ہوجاتی ہے۔ بدبودار مواد سے کسی جسم غریب کی موجودگی کی طرف واضح اشارہ ملتا ہے۔

علاج: اگر حالات زیادہ خطرناک نہ ہو تو عموماً مناسب معالجہ شافی ہوا کرتا ہے، لیکن شدید کیمیاوی احتراق یا دیگر احتراق، شدید ریڈیم احتراق وغیرہ کے نتیجہ میں اگر شدید ندبا اور بے اشتعالی واقع ہو گئی ہو تو واحد ذریعہ نجات ترقیعی جراحت (Plastic Surgery) ہے۔

جسم غریب کی موجودگی میں سب سے پہلے اسے دور کرنے کی تدابیر بروئے کار لائی جائیں، اس کے بعد انٹی سیپٹک غسول سے مقامی تطہیر کر کے مذکور الصدر یونانی علاج کے ذیل میں درج نسخے استعمال کرائے جائیں۔ اس میں مرہم اعجاز بھی نافع الاثر ہے، جس کا بیان گذر چکا ہے۔ اگر جسم غریب سے ریم زدہ مواد کی شکایت ملے تو تنقیہ الرحم کے نسخے حسب ضرورت استعمال کرا سکتے ہیں جن کا تذکرہ سابقہ اوراق میں ہو چکا ہے۔ طب جدید میں انٹی بایوٹک ادویہ کا انتخاب مناسب ہے۔

طویل دریدگی کی صورت میں مناسب جرحی ترقیع اور دوختگی انجام دی جاسکتی ہے۔

تناسلی ناصورات

تفرزات مہبل بہرحال زیادہ تر وضع حمل کے دوران دیوار رحم پر مسلسل دباؤ، مجی کے زیریں جانب گزرتے وقت کے شقاقات کے ذریعہ قبالتی عملیہ کے دوران واقع ہو سکتے ہیں۔

اگر وضع حمل کے دوران خلفی دیوار رحم اور عجان زیادہ دور تک منشق ہو جائیں تو عضلۂ عاصرہ مستقیمہ اور معا مستقیم بھی منشق ہو سکتے ہیں۔ محتبس حمل، جنین کے سر اور عظام حوض، ان کے درمیان پڑی ہوئی نرم بافتوں میں دباؤ کے ذریعہ تنخر عارض کر سکتے ہیں، جس کے نتیجہ میں اغشاث عارض ہو کر شانی مہبلی ناصور واقع ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات کلاب کے ذریعہ شکل حرکات، علی الخصوص سر کی گردش شانہ میں انشقاق پیدا کر سکتی ہے۔ خوش قسمتی سے اس طرح کے قبالتی اصابات بہت کم واقع ہوتے ہیں کیونکہ محتبس ولادت کو قبل الولادتی محتاط نگہداشت کے ذریعہ دور کیا جا سکتا ہے یا شگاف قیصری کے ذریعہ علاج کیا جا سکتا ہے۔

شانی مہبلی ناصورات کی اکثریت اب جرحی عملیوں خصوصاً مکمل رحم برآری (مہبلی یا شکمی کے ذریعہ) کے نتیجہ میں واقع ہوتی ہے جو مہبلی قبوہ کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ عنق یا مہبل کے سرطان کے موخر مدارج میں بالیدگی شانہ یا معا مستقیم تک ہوتی ہے اور نتیجۃً کاذب ناصور بن جاتا ہے۔

شانہ یا منفذ بول اور مہبل کے درمیان واقع ناصور میں عارض ہونے والا زخم زیادہ خطرناک ہوتا ہے سرطان کے علاج کے لئے ریڈیم معالجہ کے نامناسب استعمال سے بھی ناصور لاحق ہو سکتا ہے۔ عنق یا مہبل کے سرطان میں نو بالیدگی شانہ یا معا مستقیم کو ضرر پہنچا سکتی ہے۔ بسا اوقات غلط طریقے سے لگے ہوئے مفعول

فرزجے کے سبب فرج میں تقرح واقع ہو جاتا ہے۔
امتحان کے دوران منشق مقامات دیکھے جا سکتے ہیں، نفاس کے دوران تشخیص قدرے مشکل ہو جاتی ہے
لیکن اختتام نفاس پر اسے بخوبی متمائز کیا جا سکتا ہے۔

مثانی مہبلی ناصورات

[Vesico-Vaginal Fistula]

تناسلی قنات کے تقروح جب مزمن صورت اختیار کر لیتے ہیں تو ناصورات بن جاتے ہیں۔ ان کا تعلق تناسلی قنال کے کچھ حصول قنات بولی یا قنات غذائی یا دونوں سے ہوتا ہے۔

علامات و تشخیص: تقروح کی رپورٹ بآسانی مل جاتی ہے۔ زرد ابی بدبو دار رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ درد مسلسل رہتا ہے۔ مریضہ مہبل سے قطرہ قطرہ پیشاب خارج ہونے کی شکایت کرتی ہے لیکن قبلی راہ سے کوئی شے خارج نہیں ہوتی، ہاں مثانہ میں زرد ابی رطوبت ضرور موجود ہوتی ہے جسے مہبل میں قلیلا کے ذریعہ خارج کیا جا سکتا ہے۔ وضع حمل کے بعد جو ناصور بنتا ہے، اس کا محل وقوع عموماً دیوار مہبل کے خط وسطی کا زیریں حصہ ہوتا ہے۔ اس کے برعکس عملیہ کے نتیجہ میں عارض ہونے والا ناصور بلندی پر ہوتا ہے۔ مجس (Probe) ڈال کر ناصور کا مقام متعین کیا جا سکتا ہے، چنانچہ بعض ناصورات اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ ان کے سوراخ میں سے فقط مجس (Probe) گزر سکتا ہے اور بعض اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ ان میں انگلی داخل کی جا سکتی ہے۔

شدید تقرح، ندبہ بننے یا ثانوی دویری ورم اور فرجی مہبلی التہاب کے نتیجہ میں ناصور پیچیدگی اختیار کر سکتا ہے۔

علاج

عملیہ: سرطانی اسباب سے واقع ہونے والے ناصورات کی تدبیر ممکن نہیں تاہم کبھی کبھی تولون میں رحم کی پیوندکاری سے مریضہ کو راحت پہنچائی جا سکتی ہے۔

بعض بڑے ناصور جن کا سبب ریڈیم ہوتا ہے، کو قفل المہبل (Colpo-Cleisis) کے ذریعہ بہتر طور پر بند کیا جا سکتا ہے۔ ایسی حالت میں مہبل مسدود ہو جاتا ہے۔

ضربہ یا سقطہ کے نتیجہ میں عارض ہونے والے ناصور کا واحد مداوا عملیہ براہ مہبل ہے۔ لیکن اگر مہبل کی بلندی پر بڑا ناصور ہو تو عملیہ انجام دینے کے لئے تنکارانہ چابکدستی کی ضرورت ہوتی ہے۔

علیہ کا آسان طریقہ یہ ہے کہ ندبۂ مہبلی (Vaginal Scar) کے کنارے پر شگاف لگایا جائے۔ شاذو نادر مثانہ کی جانب والے سوراخ کو بند کرنے کے لئے مثانہ کو اوپر سے کھولنا ناگزیر ہوتا ہے۔ مہبل کو پیچھے بہرحال بند کر دینا چاہیئے۔ نادر الوقوع اصابات، جن میں ناصور کو بند کرنا ناممکن ہوتا ہے، ان میں رحم کی پیوندکاری کا فیصلہ کرنا چاہیئے اور دیوار مہبل کو عضلۂ مثانہ کے ساتھ دوخت کر دیا جائے لیکن تمدد سے محفوظ رکھنے کے لیے مہبل میں جانبی شگافوں کی ضرورت پڑ سکتی ہے، بہتر یہ ہے کہ ناصور کے اطراف میں ہلالی شگاف لگائیں اور مہبل کو مثانہ سے جدا کر دیں۔ دوسرے مرحلہ میں سب سے اہم امر یہ ہے کہ اس شگاف کے ذریعہ مثانہ کو تحریک دیں، اس طرح آگے چل کر زخم مثانہ بلاکسی تمدد کے ملتئم ہو سکتا ہے۔ مثانہ کو مناسب تحریک دینے کے بعد ناصور کے کناروں کو بخوبی صاف کر لیا جائے۔

ایک سادہ تکنیک یہ ہے کہ دیوار مثانہ کے ذریعہ ناصور کے دو کناروں پر دو دوختگی کی جائے اس کے بعد ندبۂ بافت کو ناصور کے گگر (Rim) پر تیز قاطع وتر چاقو (Tenotomy Knife) کے ذریعہ چیر دیا جائے اس کے بعد مثانہ کو باریک کیٹ گٹ کی وقفہ دار دوخت سے بند کر دیا جائے جو غشائے مخاطی پر مشتمل نہیں ہوتا تاہم یہ مثانہ کی دیوار عضلہ کے ذریعہ صاف کئے ہوئے کناروں کے ساتھ گذرتا ہے۔ اس کے بعد دوسری وقفہ دار دوختگی داخل کی جائے۔

علیہ انجام دینے کے بعد مثانہ میں قاثاطیر مثبت کر دیا جائے تاکہ پیشاب کی مسیلیت ہوتی رہے اسے کم از کم ایوم برقرار رکھا جائے۔ دوختگی دو ہفتہ بعد دور کی جائے۔

مستقیمی مہبلی ناصور

(Recto-Vaginal Fistula)

ناصور کی ان اقسام میں سے بیشتر کا سبب کلی رحم برآری، مہبلی رحم برآری، دردہائے علیہ ہو سکتا ہے نیز عجان اور موخر مہبلی دیوار کے معاء مستقیم میں منشق ہونے کے نتیجہ میں بھی عارض ہوتا ہے۔ اگر وضع حمل کی دریدگی کی دوختگی کر دی گئی ہو تو اندمال غیر اطمینان بخش ہوگا۔ اگرچہ عجان اور عضلۂ عاصرہ کی جلد مندمل ہو جائے گی تاہم معاء مستقیم اور موخر دیوار رحم کے مابین ایک ناصوری منفذ بننے لگے گا جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے۔

علامات: مریضہ مقام مخصوصہ میں ازدیاد نمی محسوس کرتی ہے، لیکن پیشاب کا بیشتر حصہ منفذ بول سے ہی خارج کرتی ہے۔ مثانہ میں موجود زرد رطوبت مہبل میں نظر نہیں آسکتی۔ بار بار خراج

بننے کی شکایت ہوتی ہے۔
اگر ناصور بہت زیادہ بڑھ جائے تو براز اور غازۂ شکم یعنی ریاح مہبل میں خارج ہونے لگتی ہے۔

علاج

عملیہ: مستقیمی مہبلی ناصور کا واحد علاج عملیہ ہے۔ سرجن کے لئے ضروری ہے کہ اول درون وریدی حالب وحوض الکلیہ نگاری (Pyelography) حاصل کرکے دیکھ لے۔ حالبی قاثاطیر کے ذریعہ اس امر کا اطمینان کر لیا جائے کہ حالب غیر طبعی وضع میں ہے تو اس کی سطح کیا ہے؟ نیز صحت مند گردہ میں سے اس طرف کے حالب سے بلڈیوریا حاصل کرکے اس کا تجزیہ کر لیا جائے تاکہ اس کی موجودہ قوت کا بھی بخوبی علم ہو جائے۔ جملہ عملیۂ امعاء کی طرح اس میں بھی آنتیں مسہلات وحقنہ کے ذریعہ خالی کر لی جائیں اور عملیہ سے پیشتر انٹی بایوٹک کا ایک کورس دے دیا جائے۔ اس کے بجائے تھیلیل سلفا تھایازول ـ (Phthalyl sulphathiazole) بھی دے سکتے ہیں۔ اس سے آنتوں کے مشمولات مطہر ہو جاتے ہیں۔ مہبل کی تطہیر نطولات وگاز ڈاٹ سے کرلی جائے، جس میں انٹی سپٹک محلول مثلاً فلے وین اور پیرا فین ایملشن جذب کر لیا گیا ہو۔

اگر ناصور مہبل کے نصف تہائی حصہ میں واقع ہو، جہاں اس کا براہ راست تعلق معاء مستقیم سے ہوتا ہے تو ایسی حالت میں منفذ میں شگاف دے دیا جائے اور اس کے بعد دو پرتوں میں احتیاط کے ساتھ اصلاح کی جائے۔ عموماً کامیابی ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر ناصور زیریں حصہ میں واقع ہے اور جسم عجانی کے ہمراہ گزرتا ہے تو ایسی حالت میں عجان میں معاء مستقیم تک شگاف لگانا ناگزیر ہے۔ مستثنیٰ اصابات میں فوری قولون برآری (Colostomy) ضروری ہو جاتی ہے۔

رحمی مہبلی ناصور

[Utero-Vaginal Fistula]

مستقیمی مہبلی ناصور کی طرح یہ ناصور بھی عموماً کلی رحم برآری، مہبلی رحم برآری یا ورد ہائم عملیہ کے نتیجہ میں عارض ہوتے ہیں، جبکہ رحم اتفاقاً کٹ جاتا ہے یا کسی رباط کے تحت منقطع کیا جاتا ہے یا جری مدافلت کے بعد اختناق بن جانے سے دموی رسد میں موانع پیش آتے ہیں۔ شاذ و نادر اصابات میں وضع حمل کے دوران مہبلی قبوہ کی عمیق دریدگی سے بھی یہ ناصور عارض ہو جاتا ہے۔

علامات: اس میں کوئی شک نہیں کہ مریضہ واضح طور پر مہبل میں نمی محسوس کرتی ہے۔ تاہم پیشاب کی زیادہ مقدار مبال کے ذریعہ خارج ہوتی ہے۔ مثانہ میں حرکت پذیر رنگین رطوبت مہبل میں نمودار نہیں ہوتی۔ یہ ناصور عموماً بہت چھوٹا ہوتا ہے اور مہبل کے ایک یا دوسرے جانبی قبوہ پر واقع ہوتا ہے یا اگر

تال کا فوقانی حصہ دور کر دیا گیا ہو تو ایسی حالت میں ایک یا دوسری طرف کے ندبہ پڑے گا۔

علاج

عملیہ:۔ اس کا علاج عملیہ کے ذریعہ بعجلت ممکنہ کر دیا جائے، کیونکہ اس کی موجودگی میں التہاب کوی حوضی کے بار بار حملے کا احتمال رہتا ہے اور نتیجۃً کار گردہ برباد ہو جاتا ہے۔

سرجن کے لئے ضروری ہے کہ سب سے پہلے حالب وحوض الکلیہ نگاری، مثانہ بینی اور حالبی قاثاطیر کے ذریعہ اس امر کا اطمینان کرلے کہ حالب غیر طبعی وضع پر تو نہیں ہے، اور اگر ہے تو اس کی سطح کیا ہے، اگر اس کی قوت کار کردگی کا پتہ لگانے کے لئے صحت مند گردے والے حالب سے پیشاب حاصل کرکے بلڈیوریا کا تجزیہ کیا جائے، اس کے بعد شکم شگافی کرکے ناصور پرے خراب حالب آزاد کرکے مثانہ میں از سر نو پیوند کاری کی جائے۔ اگر یہ ناممکن ہو تو محض اصلاح پر اکتفا کیا جائے۔ حالب کا خراب حصہ دور کرکے ایک سرے سے دوسرے سرے تک ایک عمدہ پالی تھیلین ٹیوب پر اس کی مرمت کر دی جائے، جسے مثانہ کے ذریعہ گزار دیا جائے۔ یہ ٹیوب ۷ تا ۱۰ یوم پڑا رہنے دیا جائے، نیز اگر حالب اطمینان بخش طور پر متحد ہو جائے تو مقام تشابک (Anastomosis) پر تضیق واقع ہونے کا اندیشہ رہتا ہے اگر اصلاح پذیری نامکمل ہو اور دوسرے گردے کا فعل طبعی حالت میں ہو تو علاج کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ماؤف جانب کے گردے ہی کا استیصال کر دیا جائے۔ اگر متضرر حالب اور مثانہ کے مابین خلا ہو تو مثانہ سے ایک شریحہ (Flap) کاٹ کر اس کا ٹیوب بنا کر خلا پر کر دینا چاہیئے۔ یہ بوری کا عملیہ (Boari's Operation) کہلاتا ہے۔

ناصورات کا یونانی علاج

تناسلی قنات کے ناصورات کا داخلی علاج بواسیر خونی کی طرح ہے۔ چنانچہ اس غرض سے نسخہ ذیل استعمال کرا سکتے ہیں۔

(۱) گیرو، سنگجراحت، دم الاخوین، کہربا شمعی ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر شربت انجبار ۲۰ ملی لیٹر میں ملا کر اول چٹائیں اوپر سے:

(۲) لعاب ریشہ خطمی، شیرہ بیخ انجبار، شربت بنفشہ ملا کر پلائیں۔

کافور ۲ گرام سیال ۲۰ ملی لیٹر
۱۰۰ گرام پانی میں ملا کر بعد اغذا استعمال کریں۔

اس طرح دم آمیز تقیح میں نمایاں کمی آجاتی ہے اور اندمال میں واضح فائدہ محسوس ہوتا ہے معفیات

دم بھی استعمال کرائے جائیں۔

قبض کی شکایت ہو تو روغن زیتون یا روغن بید انجیر بمقدار ۱۶ ملی لیٹر، عرق بادیان ۱۵۰ ملی لیٹر میں ملا کر سوتے وقت استعمال کرائیں۔

اگر مریضہ زیادہ کمزور ہو تو تیز مسہلات دینے سے احتراز کیا جائے۔ ایسی حالت میں انجیر ولایتی ۵ عدد کو پانی میں جوش دے کر پلانے سے قبض عموماً رفع ہو جاتا ہے۔

اس مرض میں مقامی علاج اور رحم کی صفائی بہت ضروری ہے۔ اس غرض سے مریضہ کو پیٹ کے بل لٹا کر صابن اور گرم پچکاری سے ۲۰ ملی لیٹر مہبلی نطول کیا جائے، اس کے بعد شب یمانی کے پانی کا ڈوش کریں چند ثانیے بعد توتیا کا پانی مقام ماؤف میں پہنچائیں۔ پھر کپڑے کی بتی روغن ناصور میں لت کر کے ناصور میں رکھیں۔

تناسلی ناصورات میں مندرجہ ذیل مراہم بھی استعمال کرا سکتے ہیں۔

(۱) پھٹکری، نیلا تھوتھا ہر ایک ۴ گرام، کات سرخ پا پڑیہ، رال ۶۰-۶۰ گرام، روغن کنجد، آب تازہ ۶۵-۶۵ ملی لیٹر۔

ترکیب تیاری: اول پانی و روغن یکجا کر کے کانسی کے برتن میں ہاتھ کی ہتھیلی سے رگڑیں، یہاں تک کہ چھاچھ کی طرح ہو جائے، اس کے بعد دوسری دوائیں الگ الگ باریک پیس کر ملالیں اور دوبارہ ہتھیلی سے ملیں، یہاں تک کہ سب بخوبی حل ہو کر مرہم بن جائے۔ اسے چینی یا شیشے کے برتن میں محفوظ کر لیں۔

مرہم دیگر:

(۲) مردار سنگ، زرد چوب ہر ایک ۳ حصہ، روغن گل۔

ترکیب تیاری: اول الذکر دو دوائیں پیس کر گل روغن ۲ حصہ، موم زرد اور پانی کے ہمراہ پکائیں جب پانی جل کر مرہم سا تیار ہو جائے تو آتار کر چینی کے برتن میں محفوظ کر لیں۔

مرہم دیگر:

(۳) بچھو ایک عدد ۳۰ گرام گائے کے گھی میں جلا کر اس میں بتی لت کر کے رکھیں اور اگر بآسانی ناصور تک رسائی نہ ہو تو اس کا ڈوش کر سکتے ہیں۔

مرکبات میں سے مرہم کافور، مرہم ناصور، مرہم زنگار، مرہم جدوار یا ان سب کا جامع مرہم رسل استعمال کرا سکتے ہیں۔ مرہم عماز بھی اپنا اثر دکھاتا ہے، جس کا نسخہ تناسلی تنات کے تعفنات میں گزر چکا ہے۔

زیادہ پیچیدہ اور عسیر العلاج اصابات میں مقامی معالجہ میں وقت نہ ضائع کرنا چاہیے، بلکہ جتنی جلد ممکن ہو، عملیہ انجام دے دینا چاہیے، جن کا تفصیلی بیان اقسام ناصور کے ذیل میں گزر چکا ہے۔

غذا و پرہیز:۔ دوران علاج بیسنی روٹی بغیر نمک کے گھی کے ساتھ استعمال کرائیں۔ لطیف، زود ہضم غذائیں مثلاً ڈبل روٹی بکری کے شوربہ میں بھگو کر، مونگ کی نرم کھچڑی، ٹھنڈی ترکاریاں جیسے بھنڈی، کدو، ترئی، پالک، ٹنڈا وغیرہ دیں۔ اگر ناصور دردناک نہ ہو اور جاری نہ ہو تو خوداب وساگ پالک مفید ثابت ہوتا ہے اور اگر بہت زیادہ جاری ہو تو بغرض تروح اغذیہ مثلاً عدس بریاں، سماق، زرشک اور انار کے ہمراہ دے سکتے ہیں۔

مباشرت نیز نفاخ، دیر ہضم اور گرم، تیز مصالحہ دار غذاؤں سے پرہیز لازم ہے۔

تفزرات رحم

غیر ہمراہ انداز میں یا حد سے زیادہ اتساع سے عنق منشق ہو سکتا ہے، اس کا سبب مہبلی تفزرات کی طرح عموماً وضع حمل ہوا کرتا ہے، خواہ طبعی حالت میں سر کے بل یا آگر قبالتی کلاب استعمال کرنے سے پیشتر عنق خاطر خواہ متسع نہ ہو چکا ہو۔ رحم علیہ اتساع یا جرف کے وقت مثقوب ہو سکتا ہے اور یہ کوئی نادر الوقوع امر بھی نہیں ہے۔ ایسی حالت میں عملیہ ملتوی کر کے ہر گھنٹہ ڈیڑھ گھنٹہ کے وقفہ سے مریضہ کی رفتار نبض دیکھتے رہنا چاہیے، مبادا داخلی نزف نہ ہو رہا ہو۔ اگر جسم رحم کے سرطان کا پتہ یا احتمال ہو یا داخلی نزف کا شبہ ہو تو بلا تاخیر شکم شگافی انجام دے دینی چاہیے۔

رحم و عنق پھٹنے کے اسباب یکساں ہوا کرتے ہیں، جس کا سبب صلابت رحم بتایا جاتا ہے اور اس صلابت کا سبب غلظ پوست ہوا کرتا ہے جس کے سبب عنق الرحم ایک مخصوص حد سے زیادہ متسع نہیں ہوتا، اور نتیجۃً کار طبعی یا غیر طبعی ولادت کے وقت پھٹ جاتا ہے۔ عسر ولادت کے علاوہ کمزوری اور خارجی ضرب کو بھی اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔ علاوہ بریں کسی سابقہ شگاف قیصری کے نتیجہ میں نمودار ہونے والا ندبہ بھی اس کا موثر سبب ہو سکتا ہے۔

متعدد وضع حمل کے دوران جسم رحم از خود منشق ہو سکتا ہے، اس طرح مختلف قبالتی مداخلت کے دوران زور سے شدید دریدگیاں عارض ہو سکتی ہیں۔ اتساع عنق یا تجریف رحم کے دوران دیوار رحم چھوٹے سائز کے موسعات سے خاص طور سے متسع ہو سکتی ہے۔ مجرف سے بھی انثقاب واقع ہوتا ہے لیکن نسبتاً کم۔ رحم کے لیفی موسعات اس کی جسامت کم ہونے یا دیوار رحم کے رحمی اجتماع ریم کے نتیجہ میں نرم و ڈھیلی ہو جانے

یا خبیث نوبالید موجود ہونے سے بھی انثقاب واقع ہونے کا بہت قوی امکان رہتا ہے لیکن چھوٹے نوزائیدہ سے انثقاب واقع ہونے سے عموماً نزف نہیں ہوتا اور اگر عملیہ کے وقت تطہیر ملحوظ رکھی گئی ہو تو سرایت زدہ ہونے کے سبب زیاں نہیں ہوتا لیکن بڑے موسعات سے واقع ہونے والے انثقاب کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے کیونکہ ایسی حالت میں اتنا شدید نزف ہو سکتا ہے کہ رحم برآری ناگزیر ہو سکتی ہے۔ چنانچہ اگر عفنی اور سرایت زدہ رحم منثقب ہو جائے تو ممکن الحمل احابات میں رحم برآری کا عملیہ انجام دیا جائے۔

بسا اوقات غیر قانونی طور پر اسقاط حمل کے لئے استعمال ہونے والے آلات سے بھی شدید انثقاب واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی مرتکب خود عورتیں یا ان کی ہمراز ہوتی ہیں۔

وش بون فرازج اور گریف ان برگ حلقے بھی دیوار رحم میں تقرح پیدا کر دیتے ہیں۔

عسر ولادت سے رحم منشق ہوتا ہے تو ابتداً اس کا علم نہیں ہوتا کیونکہ انشقاق رحم کا درد، دردِ زہ سے چھپ جاتا ہے، لیکن آگے چل کر عسر ولادت کا درد گھٹنے کے ساتھ انشقاق کا درد بڑھتا جاتا ہے۔ دیگر اسباب سے واقع ہونے والے انشقاقات میں اسباب کا با آسانی پتہ لگایا جا سکتا ہے۔ مفتاح الفرج سے انشقاق کا پتہ بآسانی لگ جاتا ہے۔ نیز اصبعی امتحان پر انگلی خون آلود برآمد ہوتی ہے، جماع مولم کی شکایت ہوتی ہے، جماع کے وقت تضیب خون آلود خارج ہوتا ہے۔ کثرت نزف و شدت درد کے سبب ضعف بڑھ جاتا ہے۔ گاہے غشی تک عارض ہو جاتی ہے۔

دوران عملیہ انٹی بایوٹک ادویہ کا بھرپور سہارا لینا چاہیئے۔

یونانی علاج

اگر عملیہ کی ضرورت ہو تو مذکور الصدر مناسب تدابیر اور دو خشگی کے بعد حسب ذیل مراہم اور دوائیں مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائیں:

مرہم ذیل، قروح رحم سے چرک وریم کا تنقیہ کرتا ہے، اندمال و حرارت رفع کرتا اور رحم کے قرص و سوزش کو دور کرتا ہے۔ یہ نسخہ خیر محمد ہادی والد حکیم علوی خاں کا مجرب ہے:

(ص) مغز تخم کدو بریاں، مغز تخم ہندوانہ بریاں ہر ایک ۴ گرام، دم الاخوین، گلنار، مردار سنگ ہر ایک ۳ گرام سرکہ کے ساتھ کھرل کر کے توتیائے کرمانی مغسول، برگ حنا، پوست کدو سوختہ ہر ایک ۱ گرام، سفیداب قلعی کو علیحدہ ۶ گرام باریک کر کے جملہ دوائیں موم سفید ۶ گرام، روغن گل کے ہمراہ پگھلا کر مرہم بنائیں۔

ترکیب استعمال: مطہر گاز میں لت کرکے فتیلہ بناکر، روزانہ ۲ عدد اطراف رحم میں رکھیں۔

مندرجہ ذیل نسخے مانع عفونت و جریان ہیں:

(۱) دم الاخوین، کندر، مازو سبز، جوز السرو، آب بارتنگ میں پیس کر اس کا فرزجہ کریں۔

نسخہ دیگر:۔ (۲) گلنار، اقاقیا، مازو سبز، جوز السرو، سرمہ سیاہ، لبد، کندر، پھٹکری، گیرو، مصطگی۔ جملہ دوائیں باریک پیس کر پیڑو پر ضماد کریں اور پوست خشخاش سفید پانی میں جوش دے کر اس سے تکمید حار کریں۔

اس کے بعد اندمال زخم کی طرف توجہ دی جائے، جس کے لئے حسب ذیل نسخہ مفید ہے:

(۱) موم سفید کو روغن گل (۵ ملی لیٹر) میں پگھلا کر مردار سنگ (۳ گرام)، کافور، سفیدہ کاشغری ہر ایک ۳ گرام باریک پیس کر باہم ملائیں اور قدرے بیضۂ مرغ آمیز کرکے اسمیں گاز لت کرکے اندام نہانی میں رکھیں۔

چربی مرغ، چربی بطخ، گائے کی پنڈلی کا گودا، روغن بنفشہ و موم سے مرہم بناکر استعمال کرائیں۔ علاوہ بریں مرہم سفیداب کافوری اور شقاق مقعد میں استعمال ہونے والے دیگر مراہم و ادویہ بھی مفید ہیں۔

بقول شیخ اس کے علاج میں لاذع شئے سے اجتناب ضروری ہے۔

روزانہ صبح کو براہ دہن جلاب ذیل دیں:

(۱) عناب (۵ عدد)، بنفشہ خشک یا تر (۷ گرام) اور شکر سفید (۵۰ گرام)

جوشاندہ متعلق شقاق رحم میں مفید ہے۔

نوٹ:۔ اگر مریضہ زچہ ہو تو اسے بارد دوائیں دینے سے احتراز ضروری ہے۔

غذا و پرہیز:۔ غذا زود ہضم ٹھنڈی اور مقوی دی جائے۔ اس میں آش جو کا استعمال مفید ہے۔ چوزہ مرغ، بکری کے بچہ کا گوشت نخود آب کے ہمراہ پکا کر کھلائیں لیکن اگر مریضہ گرم مزاج ہو تو گوشت میں پالک ڈال کر پکائیں، شیرہ بادام، چربی بط مرغ اغذیہ میں ڈال کر کھلانا مفید ہے۔ نفاخ، ترش اور دیر ہضم اغذیہ و اشربہ نیز شدید حرکات و جماع سے پرہیز کرائیں۔

۲۲

تناسلی سقوط

[Genital Prolapse]

مترادفات: سقوط رحم، انزلاق الرحم

وضاحت:- رحمی مہبلی سقوط میں اعضائے حوض کو سہارا دینے والی ساختیں برباد یا کمزور ہو جاتی ہیں، جس کے سبب چند یا جملہ اعضائے حوض اپنی طبعی وضع سے ہٹ کر نزولی حالت میں ہو جاتے ہیں اور آخر کار موتیح مہبل کے ذریعہ باہر نکل آتے ہیں۔ یہ پیچیدہ حالت رحم کے علاوہ مثانہ، مہبل اور قنال مبرز پر بھی اپنا اثر ڈالتی ہے۔

سقوط کی تقسیم:

مقدم مہبلی دیوار:

بالائی دو تہائی ـ قیلۂ مثانیہ }
زیریں ایک تہائی ـ قیلۂ مبالیہ } مثانی مبالی قیلہ

موخر مہبلی دیوار:

بالائی ایک تہائی ـ قیلۂ معویہ (ڈگلس کی جیب کا فتق)

زیریں دو تہائی ـ قیلۂ مستقیمہ

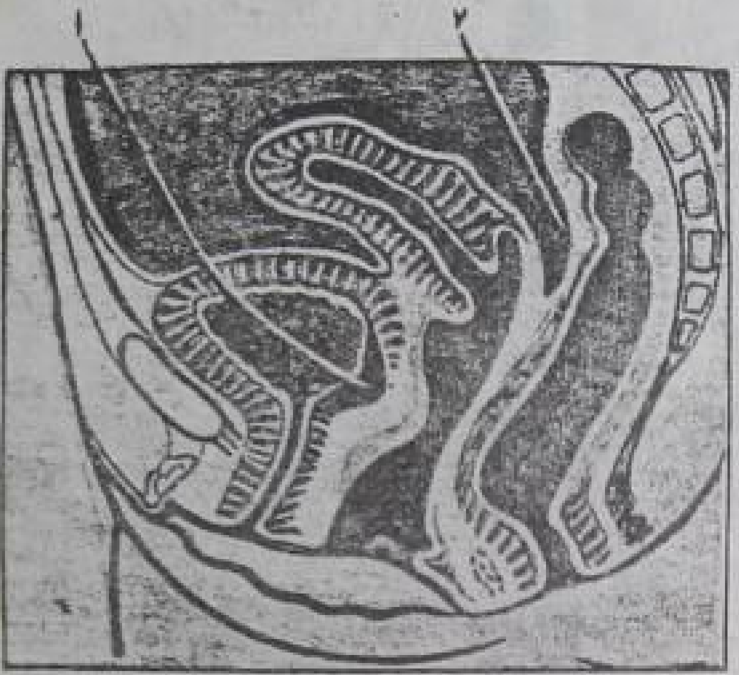
رحمی نزول:

۱۔ نزول عنق مہبل میں۔

۲۔ نزول عنق موتیح مہبل کی طرف۔

۳۔ نزول عنق موتیح مہبل سے باہر۔

سقاط۔۔ اس میں رحم کلی طور پر موضع ہبل سے باہر ہو جاتا ہے۔

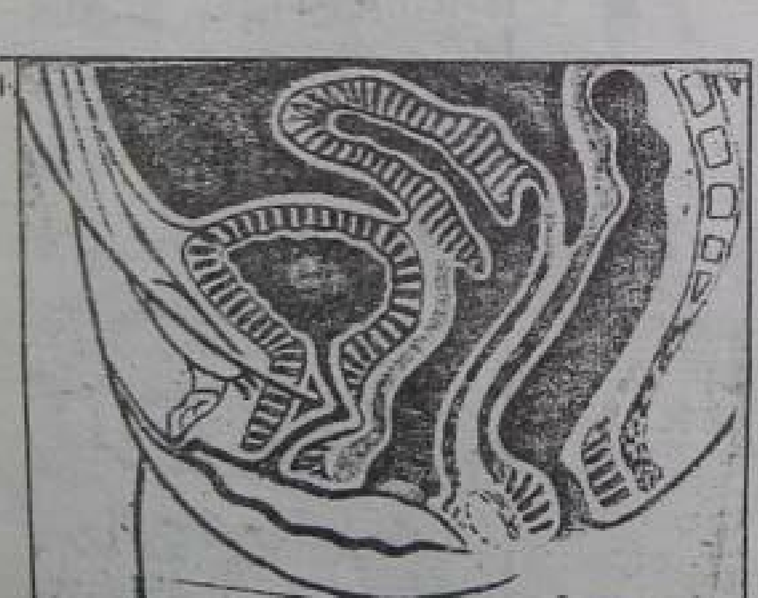


تصویر نمبر ۲۷ (۱) قیلۂ مثانیہ

(۱) قیلۂ مثانیہ (۲) ڈگلس کی جیب

سقوط کو سمجھنے کے لئے چند اہم اصطلاحات کی صراحت درج ذیل ہے:

تیلۂ مثانیہ (Cystocele):۔ مقدم دیوار ہبل اور مثانہ کا سقوط قیلۂ مثانیہ کہلاتا ہے۔ مبال اور عنق مثانہ حالت نزول میں ہو سکتے ہیں۔ جس کے ساتھ کبھی قیلۂ مثانیہ موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ چنانچہ جب یہ تنہا واقع ہوتا ہے تو اسے قیلۂ مبالیہ (Urethrocele) کہتے ہیں۔ عنق کا بیش تغضی انطول بھی ممکن ہے۔



تصویر نمبر ۲۷ب: قیلۂ مبالیہ
(۱) قیلۂ مبالیہ

قیلۂ مستقیمیہ (Rectocele):۔ یہ صورت حال جسم عجانی کی چند خامیوں کے ساتھ کبھی کبھی پائی جاتی ہے۔ اس میں برز اور موخر دیوار ہبل کا سقوط ہو جاتا ہے۔

انزلاق الرحم (Uterine Prolapse):۔ انزلاق الرحم عموماً حبلی قبوہ کے نزول اور ارتکاس کے ہمراہ پایا جا سکتا ہے۔ یہ تین درجوں پر مشتمل ہو سکتا ہے:۔

تصویر نمبر ۲۸: قیلۂ مستقیم

(۱) قیلۂ مستقیم، (۲) جسم عجانی

انزلاق الرحم کے پہلے درجہ میں رحم اپنی طبعی وضع سے قدرے ضرور ہٹ جاتا ہے لیکن رہتا ہے مہبل ہی کے اندر نیز مہبل کے محور میں پس گرد اور حالت نزولی (Descend) میں رہتا ہے۔ اس کے ساتھ کبھی کبھی خلقی غیر وضعیت بھی پائی جاتی ہے۔

دوسرے درجہ میں

عنق مہبل میں نمودار ہو جاتا ہے یا منفذ مہبل سے آگے نکل آتا ہے۔ تیسرے درجہ میں مہبل کی دیوار اس قدر منقلب ہو جاتی ہیں کہ رحم کلاں قیلۂ مثانیہ کے ساتھ فرج سے باہر نکل آتا ہے۔ اس مکمل سقاط کو پراسیڈنشیا (Procidentia) اتسواء الرحم یا خروج الرحم کہتے ہیں۔ اس حالت میں رحم اپنے ساتھ کلاں قیلۂ مثانیہ کے علاوہ دونوں مہبلی دیواریں بھی فرج سے باہر نکال لاتا ہے۔ نیز مہبلی مخرج کے بیرونی جانب ڈگلس کی جیب میں چھوٹی آنتوں کے پیچ محسوس کئے جا سکتے ہیں۔

سقوطِ رحم کے اس تیسرے درجہ یا استقاط کو تصویر نمبر ۲۹ میں ملاحظہ کیا جا سکتا ہے جس میں عنق کے سطحی تقرح کے علاوہ بڑے بڑے ناسوری دانے بھی صاف نظر آرہے ہیں۔

تصویر نمبر ۲۹: کلاں قیلۂ مثانیہ کے ساتھ مکمل سقوطِ رحم

سقوط کا درجۂ سوم (استقاط)

یہ امر ملحوظ رکھنا چاہیے کہ قیلۂ مثانیہ اور قیلۂ مستقیمہ یا دونوں بلا نزول رحم کے واقع ہوں تو سقوط رحم نزول مثانہ کے ساتھ لازماً پایا جائے گا کیونکہ فوق المہبلی عنق کی قدامی سطح سے مثانہ کا گہرا تعلق ہے۔ سقوط رحم کے ساتھ نزول مستقیمی ناگزیر نہیں کیونکہ منعکس دیوار رحم معاد مستقیم سے بآسانی علیحدگی اختیار کر لیتی ہے۔

قیلہ معویہ (Enterocele): ڈگلس کی جیب کے فرش کے باریطون کا جب اسفلی بروز ہوتا ہے تو اسے قیلۂ معویہ کہتے ہیں۔ یہ نسبتاً قلیل الوقوع سقوط ہے اور سریری طور پر تین قسموں پر مشتمل ہوتا ہے۔

تصویر نمبر ۳۰: قیلہ معویہ

پہلی قسم میں کسی طرح کے تناسلی سقوط کے بغیر قیلۂ معویہ پایا جاتا ہے۔ یہ قسم نادر الوقوع ہے تاچہ (تھیلی) بہت چھوٹا ہو سکتا ہے اور موخر قبوہ کا فتقی بروز ہو سکتا ہے یا تھیلی معاد مستقیم اور موخر مہبلی دیوار کے مابین تناؤ پیدا کر کے اپنا راستہ بنا سکتی ہے۔ کونتھنے یا زور لگانے پر فتق فرج میں یا اس کے پیچھے بڑھا ہوا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس حالت کی تشخیص کے لیے سم کا منظار الٹے رخ داخل کر کے مقدم دیوار مہبل کو اوپر اٹھایا جائے۔ تاچہ میں آنت کے پیچ کی موجودگی میں تاچہ پر زور لگنے کے دوران پھنچاؤ کے نتیجہ میں قلقل کی آواز سنی جا سکتی ہے۔

دوسری قسم وہ ہے جو تناسلی سقوط کے ہمراہ واقع ہوتی ہے۔ یہ اتنی قلیل الوقوع تو نہیں ہے تاہم عام طور سے غلطی سے قیلۂ مستقیمہ تشخیص کر لیجاتی ہے۔ اگر قیلۂ معویہ بھی موجود ہو تو تناسلی سقوط کی اصلاح کی خاطر فتقی تاچہ قطع کر کے اسے موکرنے کا عملیہ انجام دیا جا سکتا ہے۔

تیسری قسم میں قیلۂ معویہ تناسلی سقوط کے لئے میو وارڈ Mayo Ward عملیہ کے بعد عارض ہوتا ہے۔ یہ غالباً تینوں میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے اور عموماً غلط تکنیک سے لاحق ہو جاتا

ہے۔ شدید اصابات میں مثانہ، معاء مستقیم، تجاؤفین، مبیضین، رباط عریض اور آنتوں کی گنڈلیاں یا ثرب کا اچھا خاصا حصہ بھی ساقط ہو جاتا ہے۔

تطول عنق (Elongation of the Cervix) :- جب عنق کا مہبلی یا فوق المہبلی حصہ متطول ہو جائے تو خواہ مریضہ زور نہ لگا رہی ہو یہ فرج پر یا اس سے باہر بروز کرتا ہوا نظر آتا ہے۔ ساتھ ساتھ عنق بڑھا ہوا بیش تضخمی یا تمیدہ ہو سکتا ہے۔ اس امر کو متمائز کرنے کے لئے کہ آیا فقط تطول موجود ہے یا اس کے ساتھ مہبلی سقوط بھی ہے، مریضہ کو کونتھنے کے لئے کہا جائے۔ اگر کونتھنے پر عنق مزید بروز کرے تو یہ فقط تطول کی علامت ہے، جس میں رحمی سقوط شامل نہیں، لیکن اگر رحمی سقوط بھی موجود ہو گا تو اس کے بعد رحمی بروز بھی عمل میں آئے گا اور ایک خورد یا کلاں قیلۂ مثانیہ بھی نظر آئے گا۔

زش حوض عموماً تطول عنق کے ساتھ سالم اور محفوظ ہوتا ہے لیکن اگر ساتھ ساتھ سقوط بھی موجود ہو تو یہ عموماً مسترخی یا تمیدہ ہو جاتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر ۳۱۔

انزلاق (سقوط) کے اسباب

قبالتی عوامل (Obstetrical Factors) :- وضع حمل کے دوران مہبل بہت پیمانے پر متسع ہو جاتا ہے اور گرد مہبلی صفاق تو کٹ یا پھٹ سکتی ہے۔ قیلۂ مثانیہ کے عملیہ میں قدامی دیوار مہبل پر صفاق باریک اور پتلی پائی جاتی ہے اور یہی وہ مقام ہے جہاں سے مثانہ زیریں جانب تفضیق ہو جاتا ہے۔ بعینہٖ قیلۂ معویہ کے اصابات میں معاء مستقیم کا حصۂ صفاق قدامی طور پر خط وسطی پر کھنچ یا پھٹ جاتا ہے۔

تحت عانی قوس میں سے جنینی سر گزرتے وقت بولی تناسلی حاجز (Urogenital Diaphragm) کو کچھ نقصان

تصویر نمبر ۳۱ : متطول عنق

پہنچ سکتا ہے (عمیق مستعرض عجانی عضلات اور ان کے ارد گرد کے صفاق) مزید برآں، جب سر عضلات رافعۃ المبرز کے وسطی کناروں کے درمیان بولی تناسلی خلا سے گذرتا ہے تو یہ تحتہ مزید تنیدگی اختیار کرسکتا ہے اور مبال و مہبل کے عضلات رافعۃ المبرز سے اتصالات مزید ڈھیلے ہو سکتے ہیں۔

ایک عمومی قبالتی تضرر عجانی جسم کا پھٹنا ہے، جس کے نتیجہ میں عضلات رافعۃ المبرز طبعی کی نسبت کہیں زیادہ علیحدگی اختیار کر لیتے ہیں جس کے ساتھ بولی تناسلی جوف (خلاو) وسیع ہو جاتا ہے اور یہ عین ممکن ہے کہ شکل وضع حمل کے چند اصابات میں عضلات بذات خود تنیدہ یا برباد ہو سکتے ہیں۔ متعدد قبالتی عوارضات سہارا دینے والی ساختوں کے تضرر کے امکانات کو بڑھا دیتے ہیں۔ رباطات عظیم یا رحمی عجزی رباطات کی تنیدگی، عنق کے مکمل طور سے متسع ہونے سے قبل ولادت کی غیر دانشمندانہ تدابیر یا دقت آفریں کلابی ولادت یا سرین کے باہر نکلنے نیز وضع حمل کے تیسرے درجہ میں قعر رحم پر دباؤ کے نتیجہ میں عارض ہو سکتی ہے۔ کلاں یا بری طرح خمیدہ سر کی ولادت سے ضرر کا اندیشہ بڑھ جاتا ہے۔

فرش حوض کو نقصان سے محفوظ رکھنے کیلئے وضع حمل کے دوسرے درجہ کا معقول انصرام بہت زیادہ اہمیت کا حامل ہے۔ نامناسب طویل درجۂ دوم، یہاں تک کہ اگر عجانی جلد محفوظ ہو تحتانی عضلات کو بیش تنیدہ کر سکتا ہے۔

دوران حمل حوضی بیش دمویت جملہ سہارا دینے والی ساختوں نیز جسم عجانی اور رحم کو سہارا دینے والے رباطات کی نرمی کی طرف رہبری کرتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ سقوط غریب و نادار طبقہ میں زیادہ واقع ہوتا ہے کیونکہ ایسی عورتیں وضع حمل کے جلد ہی بعد بھاری کام کرنے کے لئے مجبور ہو جاتی ہیں۔ بنا بریں تطیل المدتی عاجلانہ حمل سے بھی سقوط کا اندیشہ بڑھ جاتا ہے کیونکہ حوضی سہارے کے التفاف کے لئے مناسب وقت نہیں پاتا اور اس سے پیشتر کہ التفاف عمل میں آئے اگلے حمل کی بیش دمویت کا آغاز ہو جاتا ہے۔

بعد الیاسی ذبول :۔ سقوط عموماً ان عورتوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے، یا پہلی بار نمودار ہو سکتا ہے جو سن یاس سے گزر چکی ہوں اور سقاط کے بیشتر اصابات ان معمر عورتوں میں دیکھنے آتے ہیں، جن میں رحم اور اس کے سہارے مذبول ہو چکے ہوں۔ رباطات و صفاقی ساختوں کا ذبول آئسٹروجن کے افراز کی قلت کے ہمراہ واقع ہو سکتا ہے اور عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ عضلاتی قوت گھٹتی جاتی ہے۔

درون بطنی دباؤ :۔ ذیلی عامل، جو کہ سقوط کی ترقی میں اہم رول ادا کرتا ہے یا کم از کم حالت کو ابتر بناتا ہے، سعال شدید یا تبرز کے وقت زور پڑنے پر پیدا ہونے والا شدید درون بطنی دباؤ ہے۔

بعد الجراحی سقوط:- چند اصابات میں سقوط جراحی عملیہ کا عاقبہ ہو سکتا ہے۔ کل رحم برآری رحم کو سہارا دینے والے رباطات کی کم از کم جزوی تقسیم کو ماؤف کر دیتا ہے، لیکن خوش قسمتی سے بیشتر اصابات میں رباطات عظیم اور رحمی عجزی رباطات کا قبوہ سے ربط قائم رہتا ہے، لہٰذا سقوط اس عملیہ کا نسبتاً قلیل الوقوع عاقبہ ہوتا ہے۔ مستقیمی مہبلی جیب کا سقوط یا قیلہ معویہ بسا اوقات سقوط کے لئے انجام دیئے جانے والے مہبلی رحم برآری یا مانچسٹر کے عملیہ کے بعد واقع ہوتا ہے۔

متناسلی سقوط (انزلاق) کی مرضی تشریح

ابتدائی درجوں کو چھوڑ کر انزلاق کے جملہ اصابات میں فرج سے بروز واقع ہوتا ہے، جو اپنی وسعت کے اعتبار سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ایسا بروز گاہے مریضہ کے چند گھنٹے تک ہی کھڑے ہونے کی حالت میں نمودار ہو جاتا ہے اور آرام کرنے پر دوبارہ واپس فرج میں چلا جاتا ہے۔ سقوط کے تمام اصابات میں ڈایافرام اور عضلات شکم کے انقباض سے اضافہ ہو جاتا ہے۔

غشا درون مہبل متمدد ہو کر اپنی رفتار میں اس حد تک متطول ہو جاتی ہے کہ فرج سے بروز کر جاتی ہے، جس کے سبب چلتے پھرتے وقت کپڑوں سے رگڑ پڑتی ہے اور نتیجۃً کار بہت جلد دبیز ہو جاتی ہے گاہے خشک اور متقرح بھی ہو جاتی ہے۔ لیکن تقرح مغفول فرازج اور حلقوں (Pessaries & Rings) کے نتیجہ میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابات میں عنق کے مہبلی حصہ کا بیش تضخمی تطول موجود ہوتا ہے، جو عموماً خلقی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں عنق فرج میں نمودار ہوتی ہے یا اس سے بھی بروز کر آتی ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ ایسی حالت میں عموماً باکرہ یا عدیم الولادت عورتیں ہی مبتلا ہوتی ہیں، جن میں سقوط عام نہیں ہوتا۔ اگر تطول کے سبب عنق بروز کر آیا ہے تو نہ صرف متقرح ہو سکتا ہے بلکہ ثانوی سرایت کے زیر اثر قائحی مواد دموی رنگ کا مواد خارج ہونے لگتا ہے یا اگر کوئی بڑا قیلہ مثانیہ ہے تو مثانہ کلی طور پر خالی نہیں ہوا کرتا۔ سرایت کے نتیجہ میں التہاب مثانہ ایک عام عاقبہ کے طور پر نمودار ہوتا ہے۔

فوق المہبلی عنق کا تطول سقوط یا نزول کے بغیر شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے جیسا کہ تصویر ۲ میں گزر چکا ہے۔ عنق کا تطول سقاط در پراسیڈنشیا کے اصابات میں اکثر پایا جاتا ہے، جس سے عام طور سے عنق کا فوق المہبلی حصہ متاثر ہوا کرتا ہے، لیکن عام اصابات میں سقوط سے پیدا ہوتا ہے۔ سقاط میں جسم رحم عموماً پیش گردیدہ رہتا ہے اور ضعیف عورتوں میں بعد ایاسی تغیرات سے مذبول بھی ہو جا

ہے۔علاوہ سقاط کے طویل المدت اصابات میں تمام رحم سکڑ جاتا ہے اور گاہے بہت ہی چھوٹا ہو جاتا ہے۔ اس میں عنق کا تطول نہیں پایا جاتا۔

سقوط کے سلسلے میں عجانی جسم کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں انزلاق الرحم کے شاذ اصابات میں جسم عجانی کو ضرر نہیں پہنچتا۔ گاہے عجانی جسم کا عمیق حصہ باتی دریدگی سے تباہ ہو جاتا ہے، ان اصابات میں دریدگی کا سلسلہ مہبل کی موخر دیوار تک پہنچا ہے۔ فرات عجان کی سب سے زیادہ تکلیف دہ پیچیدگی مبرز کی عدم کفایت ہے۔

علامات

اکثر علامات اختلاف پذیر ہیں، جس سے تشخیص میں بڑی دشواری پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن سب سے نمایاں علامت مہبل کی بے کلی اور نقاہت ہے۔ جس کے سبب انتفاخ یا فرج میں بروز بھی ضرور پایا جاتا ہے، شروع شروع میں بروز مریضہ کے زور لگانے یا کھانسنے کی حالت ہی میں ممکن ہوتا ہے لیکن بعد میں مریضہ کے بعض کھڑے ہوتے ہی یہ شکایت ہو جاتی ہے، اس وقت بےچینی بہت بڑھ جاتی ہے جبکہ مریضہ کوئی بھاری کام کرے یا اسے دیر تک کسی ضرورت کے تحت کھڑا رہنا پڑے۔ بعض عورتیں حزقی درد (Bearing Down Pain) کی شکایت کرتی ہیں۔ یہ درد مشقت طلب زندگی گزارنے والی عورتوں میں ناقابل برداشت حد تک بڑھ جاتا ہے۔

بیشتر اصابات میں کوئی دوسری علامت نہیں ہوتی، تاہم درد کمر کو اس کی علامت میں شمار کیا جاتا ہے اس میں کوئی شک نہیں کہ بہت سی مریضہ سقوط کے علاج سے اس درد سے نجات بھی پا گئیں تاہم درد کمر کے دیگر بہت سے اسباب بھی ممکن ہیں، کیونکہ وہ سقوط کے علاج سے دور نہیں ہوتے، لہٰذا عملیہ سے پیشتر درد کے علائیہ پر گہری نظر رکھنی دانشمندی کی بات ہے۔ کبھی کبھی مہبلی عنق کے بیش تضخمی تطول میں بھی بروز کے میکانی اثرات سے بے کلی پیدا ہو جاتی ہے بلکہ اس سے جماع مولم کی شکایت ہو جاتی ہے اور بسا اوقات تو مکمل جماع ناممکن ہو جاتا ہے۔ باکرہ عورتوں میں اس سے متعدد ذہنی پریشانیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ سقاط کی ایک اہم ترین علامت یہ بھی ہے کہ مریضہ کے روزمرہ مشاغل اور پروگرام میں نمایاں تغیر پیدا ہو جاتا ہے اور وہ فعال اور خوش و خرم زندگی بسر کرنے کے قابل نہیں رہ جاتی۔

انزلاق الرحم ابتدا میں رفتہ رفتہ ترقی کرتا ہے، جس کے ساتھ کافی بےچینی بھی موجود ہوتی ہے لیکن جب ترقی کے سارے مدارج طے ہو جاتے ہیں تو درد میں نمایاں تخفیف ہو جاتی ہے، یاد رہے

معدوم ہو جاتا ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ حیض معمول کے مطابق آتا رہتا ہے اور تولیدی صلاحیت میں قابل لحاظ تغیر یا نقص نہیں پیدا ہوتا۔

اگر اس حالت کا جلد تدارک نہ کیا جائے تو منقلب دیوار مہبل یا عنق میں سرایت اور قرحہ عارض ہونا ایک معمولی بات ہے۔ یہ تغیرات بروز یافتہ رحم کے کپڑوں یا سرین کی رگڑ سے واقع ہوتے ہیں۔ تاہم اس کے ضمنی عوامل میں عروقی استلا دم اور غشا ئے مخاطی کا اذیما بھی شامل ہے۔ کیونکہ اس کے نتیجے میں وریدی ستقیمی پر تباہی یقیناً آتی ہے۔

قیلۂ مثانیہ کے عوارض کے طور پر اکثر ناقص ضبط بول، تواتر بول اور خراش مثانہ کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ جیسا کہ بتایا جا چکا ہے کہ بسا اوقات مثانہ بخوبی خالی نہیں ہوتا اور باقیماندہ بول تحلیل اور متجذب ہونے سے التہاب مثانہ پیدا ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ بڑی جسامت کے قیلۂ مثانیہ کی جملہ حالتوں میں مثانہ کا عضلۂ عاصرہ انتہائی کمزور اور مسترخی ہو جاتا ہے، جس کے سبب ذرا سا زور پڑنے پر مثلاً قہقہہ لگانے، کھانسنے یا کسی دوسری وجہ سے درون شکمی دباؤ پر تقطیر البول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ سقوط کے بیشتر اصابات میں مہبلی افراز کے بھی کچھ نہ کچھ مدارج پائے جاتے ہیں۔

علامات میں سب سے زیادہ تکلیف دہ صورت وہ ہوتی ہے جب کہ مبرزی عضلۂ عاصرہ کو ضرر پہنچا ہے اس سے سلسل مستقیمہ (Rectal Incontinence) عارض ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ کیفیت نادر الوقوع ہے۔

تشخیص:۔ تناسلی سقوط کی تشخیص میں بڑی دشواریوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ سقوط کے جملہ اصابات میں فرش حوض کے جلد عضلی نظام اور جسم عجانی کی حالت کا عمدہ روشنی میں پوری توجہ سے معائنہ کرنا چاہیے۔

مریضہ کو امتحان کی میز پر پشت کے بل لٹا کر گھٹنے موڑ دیں اور انھیں ایک دوسرے سے علیحدہ رکھیں یا اسے بائیں جانب وضع پر لٹائیں تاکہ عنق کی وضع معلوم کرنے کے لئے سم کا منظار داخل کرنے میں آسانی ہو۔

اگر عجان کی جانبی دیواروں کو انگلیوں کے درمیان پکڑ کر مریضہ کو کھانسنے کی ہدایت کی جائے تو طبعی حالت میں عضلات رافعات مبرز منقبض ہوتے ہوئے بخوبی محسوس ہوں گے لیکن تباہی اور شدید ضرر کی حالت میں کسی طرح کا انقباض محسوس نہ ہوگا۔ کونتھنے اور سکون کی حالت میں فم رحم کی افقی سطح کا دو دستی امتحان کر لینا چاہیے۔

یہ امر بھی ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ لٹا کر امتحان کرنا ہر حالت میں مفید ثابت ہوتا ہے کیوں کہ

بسا اوقات خفیف اصابات میں اس طرح سقوط معدوم ہو جاتا ہے لہٰذا ان اصابات میں مریضہ کو کھڑا کر کے کھانسنے کی ہدایت کی جائے۔

قیلۂ مثانیہ اور قیلۂ مستقیمہ کی تمیز رحم کی مقدم و موخر دیوار کے ابھار سے بخوبی کی جا سکتی ہے۔ قیلۂ مستقیمہ کی تمیز قیلۂ معویہ سے اس طرح کی جا سکتی ہے کہ منتفخ مقام کا اندازہ مبرز میں انگلی داخل کر کے کیا جا سکتا ہے، لیکن جب قیلۂ مستقیمہ کے ساتھ چھوٹا سا قیلۂ معویہ بھی موجود ہو تو اسے بآسانی تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ قیلۂ معویہ کی حالت میں مستقیمی انگلی کے سامنے کھانسنے پر بآسانی تموج محسوس کیا جا سکتا ہے۔

صرف دو حالتوں میں قیلۂ مثانیہ کا مغالطہ ہو سکتا ہے، یعنی مہبل کی مقدم دیوار کا دویرہ یا عطفہ، یہ دویرے اگر سقوط یافتہ ہو جاتے ہیں اور پھر فرجی التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ دویرہ ہمہ وقت محسوس کیا جا سکتا ہے، لیکن قیلۂ مثانیہ صرف اسی حالت میں محسوس کیا جا سکتا ہے جبکہ مریضہ حزقی درد محسوس کرتی ہے۔

مرض کے اکثر اصابات میں مریضہ شدید سلسل بول کی شاکی ہوتی ہے، خاص طور سے جب اسے کھانسنے، بوجھ اٹھانے کی ضرورت پڑے، پیشاب کر چکنے کے فوراً بعد امتحان کرنے سے احتراز کیا جائے۔ بعض اصابات میں فرج سرخ اور متقرح ہوتی ہے، کیونکہ مریضہ مقام مخصوصہ کو خشک رکھنے سے معذور ہوتی ہے۔

سقوط کو عنق سے پیدا ہونے والی منتفخ بواسیری بالید (Polypoid Growth) اور قدیمے مزمن انقلاب الرحم (Inversing of the Uterus) سے بآسانی تمیز کیا جا سکتا ہے۔ مزمن التہاب عنق کے یا عنق کے خلقی تطول کے سبب عنق کے بیش تضخم کی مشابہت ابتدائی سقوط سے ہو سکتی ہے۔ خفیف سقوط تیرہ کی موجودگی میں مہبل میں عنق کا بروز ہو سکتا ہے۔

سقاط کی حالت میں عنق اور دیوار رحم کے عزلی قروح ہمیشہ برائے نام ہوا کرتے ہیں اور ایسی حالت میں نمایاں بے حسی یا خشکی نہیں پیدا ہوتی۔ تاہم اگر کسی خبیث قرحہ کا اندیشہ ہو تو بایوپسی ضرور حاصل کر لینی چاہیے۔

آخر میں یہ امر ذہن نشین کر لینا چاہیے کہ التہاب مہبل میں مبتلا مریضہ مہبل میں بے کلی اور جلن کے ساتھ سقوط بھی محسوس کرتی ہے۔ امتحان کرنے پر ناکافی سقوط ثابت بھی ہو جائے گا۔ لیکن التہابی کیفیت کا علاج کرنے پر عموماً سقوط کے ظواہر از خود رفع ہو جاتے ہیں۔

حفظ ما تقدم:- انزلاق الرحم کا وقوعہ زیادہ تر وضع حمل کے دوران ہوتا ہے، لہٰذا اس خطرے سے بچنے کے لیے وضع حمل کے وقت انتہائی احتراز اور چابکدست کارکردگی کی ضرورت ہے۔ نارسیدہ

اور سریع کلابی ولادت، تدریجاً اور طبعی حالت میں تنال ولادت کی توسیع کو ترجیح دی جائے۔ زچگی کے دوسرے درجہ کی غیر معمولی طوالت سے سہارا دینے والی ساختوں کو تفرر پہنچ سکتا ہے۔

قہر اشانہ کو زیرین جانب کھینچ کر زور لگا کر مشیمہ خارج کرنے سے احتراز کرنا چاہیئے۔ وضع حمل کے بعد بعجلت ممکنہ دیوار رحم، جسم عجانی کی دریدگی اور فرج تنگنائی (Episiotomy) کی اصلاح کردی جانی چاہیئے۔ وضع حمل کے بعد چند ہفتے کے اندر اندر تناسلی تنات کا التفات ہونے سے انزلاق معدوم ہوجاتا ہے۔ عسر ولادت کے بعد مریضہ کو مکمل آرام بستری عام وضع حمل کی بہ نسبت زیادہ دیا جائے تاکہ مسترخی رباطات پر بار نہ پڑنے پائے۔ گھر گرہستی کی ڈیوٹی سے کم از کم ۳-۴ ہفتے پرہیز کرایا جائے۔

وضع حمل کے بعد مناسب طبی ورزشیں اور برقی امالہ (Faradism) عضلات رافعہ کو بہت جلد اپنی طبعی وضع اور قوت پر پہنچا دیتے ہیں۔ دوران نفاس سقوط نمودار ہو تو اس کی بہترین ترکیب مناسب فرازج کا برمحل استعمال ہے۔ ایسی حالت میں رباطات بوجہ سے محفوظ رہتے ہیں، جبکہ انکا التفات ہوا ہو، ۴-۶ ہفتے کے اندر اندر فرزجہ نکال دینا چاہیئے۔ اس عارضی تدبیر کی اہمیت بعد الولادت (Post Natal) مدت میں ایسی مریضہ کے لئے خاص طور سے بڑھ جاتی ہے جنہیں شدید سلس البول کی شکایت ہو کیونکہ یہ شکایت موزوں اور مناسب فرزجہ کے برمحل استعمال سے عموماً قابو میں آجاتی ہے اور آخر کار جب ۲-۳ ماہ کی مدت بعد اسے نکالا جاتا ہے تو مرض عود نہیں کرتا۔

علاج :- انزلاق الرحم کے علاج کے سلسلے میں ان گوناگوں عوامل کو بھی مدنظر رکھنا چاہیئے، جن سے ان کے علاج کا ربط خصوصی ہے۔ ان میں سے مخصوص یہ ہیں، مریضہ کی عمر، ازدواجی حیثیت اور عمومی صحت اور دوسری طرف درجۂ سقوط اور کسی مرضی کیفیت کی موجودگی یا غیر موجودگی۔

انزلاق الرحم کا علاج عموماً ۳ طریقوں سے کیا جاتا ہے:۔

(۱) آرام اور عمومی دیکھ بھال (۲) فرزجوں کا میکانکی سہارا (تخفیف مرض کے لئے) (۳) جراحی تدابیر

(۱) آرام اور عمومی دیکھ بھال :- جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، ابتدائی حالت میں اور خاص طور سے ایسی جوان عورتوں میں جن میں زچگی کے فوراً بعد سقوط ظاہر ہوگیا ہو (ایسی حالت میں اکثر زیر التفات (Subinvolution) بھی ہوتا ہے)، تقریباً ۲-۴ ہفتے مکمل آرام بستری کرایا جائے اور عضلاتی حالت کی عمومی تدابیر کے لئے مذکورہ طبی ورزشیں اور برقی امالہ بروئے کار لایا جائے۔ اس طرح اکثر یہ حالت علاج پذیر ہوجاتی ہے۔ اگر کوئی تبدیلی غلطی موجود ہو تو اس کا ازالہ کرنا چاہیئے۔ مناسب دیکھ بھال کیا جائے (جس میں فرش حوض کے عضلات کا بھی خصوصی لحاظ رکھا جائے)، اجابت کی باقاعدگی پر نظر

رکھنی چاہیے۔ ارگٹ تجہیزات کے علاوہ، فولاد، کیلشیم، سٹرکنین اور حیاتین کا مناسب استعمال کرایا جائے اور ہلکی پھلکی لیکن جید الکیموس غذائیں۔ مثلاً دودھ، انڈا وغیرہ استعمال کرایا جائے۔ چند ہفتے میں رحم کا وزن اور حجم گھٹ کر طبعی حالت پر آجاتا ہے اور عمومی عضلی قوت کی اصلاح ہونے سے از خود مکمل شفایاب ہو جاتی ہے۔

خراب قسم کے اصابات میں فرازج اور علاج شافی کے طور پر عملیہ انجام دینے کی ضرورت پڑتی ہے۔

(۲) میکانیکی فرازج (Mechanical Pessaries):- سقوط کا علاج میکانی سہارے یا فرزجہ کے ذریعہ عموماً صرف عارضی بعد الولادتی تدبیر کے طور پر بروئے کار لایا جاتا ہے۔ تاہم یہ علاج شافی نہیں ہے۔ فرزجہ کا چلن حسب ذیل حالات میں زیادہ ہے:-

بطور حفظ ماتقدم ان عورتوں میں، جن میں امید حمل ہو۔ بوڑھی اور ناتواں عورتوں میں جب انکی نقاہت مخدرات کے استعمال کی اجازت نہ دے یا جب مریضہ عملیہ سے انکار کر دے۔ ابتدائے حمل میں بھی اس کا استعمال ہوتا ہے۔

فرزجہ صرف ایسی مریضات کو راس آتا ہے جو اسے انگیز کی صلاحیت رکھتی ہیں، کیونکہ بسا اوقات فرزجہ کی تکلیف سقوط کی تکلیف سے زیادہ اذیت ناک ہوتی ہے گاہے اس کے استعمال سے سیلان ابیض کا اخراج ہونے لگتا ہے، جسے رفع کرنے کے لئے روزانہ نطولات کی زحمت سے دوچار ہونا پڑتا ہے۔ ہر دوسرے تیسرے ماہ فرزجہ تبدیل کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔

غلط طور پر لگائے ہوئے اور غیر معمولی طویل فرزجہ سے احتباس بول کا عارضہ لاحق ہو جاتا ہے اس کے برعکس غیر معمولی حد تک چھوٹے فرزجہ کے نکل جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔

فرزجہ کا استعمال عموماً سقوط کی علامات کو کنٹرول کرنے اور ترقی کی جانب ہونے والے غیر طبعی میلان کے انسداد کیلئے ہوتا ہے، لیکن جب مہبل کی انقباضی اور ارتفاعی قوت عجانی مخرج مہبل کے ارتخا یا جسم عجانی کی وسیع دریدگیوں سے مطلق مفقود ہو چکی ہو تو ایسی حالت میں فرازج کا استعمال لاحاصل ہے۔ کیونکہ ان اصابات میں عضلی جہد مثلاً کھانسنے یا کونتھنے سے فرزجہ باہر پھسل کر نکل جاتا ہے۔ علاوہ بریں اگر مہبلی دیواروں کا التہاب یا تقرح موجود ہو تو مریضہ کی جان مسلسل ضیق میں پڑی رہے گی۔ لہٰذا ایسی صورت میں واحد مداوا عملیہ ہے۔

فرزجہ کا انتخاب:- جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے مناسب فرزجہ کا برمحل انتخاب اور ماہرانہ استعمال ہی کامیابی کی صورت ہے، کیونکہ حد سے زیادہ بڑے آلہ سے مہبل میں غیر معمولی تمدد پیدا ہو جاتا

اور انجام کار پہلے ہی سے مسترخی دیواریں مزید کھنچ جاتی ہیں، اس طرح صورت حال مزید تکلیف دہ اور عسیر العلاج ہوجاتی ہے۔

انزلاق الرحم کے علاج کے لیے سب سے عمدہ حلقہ دار فرزجہ (Ring Pessary) ہوتا ہے۔ پہلے چونکہ یہ دھات کی اسپرنگ سے بنتا تھا، لہٰذا اسے گھڑی کے اسپرنگ نما فرزجہ (Watch Spring Pessary) کے نام سے منسوب کرتے تھے، لیکن فی زمانہ ٹھوس ربر یا پلاسٹک سے بنایا جاتا ہے، جو آج مارکیٹ میں مختلف سائز میں دستیاب ہے۔ چنانچہ نمبر اول ۲ انچ قطر کا ہوتا ہے، ۱/۸ انچ کا اضافہ ہوتے ہوتے عدد ۱۲ والا فرزجہ ۳/۸ ۳ انچ کا ہوتا ہے۔ نمبر ۳ تا نمبر ۹ زیادہ بہتر ہوتا ہے۔ خلا پُری کے لیے بڑے سے بڑا فرزجہ منتخب کرنا چاہیے، تاکہ وہ پھسل کر نکل نہ سکے لیکن اتنا بڑا بھی نہ ہو کہ مریضہ اسے برداشت ہی نہ کر سکے۔

فرزجہ داخل کرنے سے پیشتر مہبلی امتحان کر لینا ناگزیر ہے، چنانچہ اگر اعضائے حوض کا کوئی نقص موجود ہو تو اسے رفع کر دیا جائے اور اگر پس رحم گردیدہ ہو تو اسے درست کر دیا جائے، اس طرح سے فرزجہ کے ممکنہ سائز کے انتخاب میں بھی سہولت رہے گی۔

حلقہ نما فرزجہ کو سب سے پہلے ابلتے ہوئے پانی میں چند ثانیے کے لیے ڈبویا جائے تاکہ ربر یا پلاسٹک نرم ہو جائے اور اس کی سطح کی تعقیم بھی ہو جائے، بعدہٗ اسے مدہن کر لیا جائے۔

مریضہ کو امتحان کی ٹیبل پر بائیں کروٹ یا چت لٹا کر دونوں رانیں ایک دوسرے سے علیحدہ خم کر دیا جائے۔ اس کے بعد انگشت شہادت کو حلقہ میں سے گزار کر باقی انگلیوں سے اس طرح دبائیں کہ فرزجہ بیضوی شکل اختیار کر لے۔ اس کے بعد اسے دہانہ مہبل میں سے گزار کر اس کا رخ عجزی جانب کر دیں اور جب فرزجہ کا نصف سے زائد حصہ گزر جائے تو اسے بتدریج پھیلنے دیا جائے، چنانچہ اس طرح یہ از خود مہبل کے مستعرض قطر میں آجائے گا۔ بعدہٗ انگشت شہادت کو مہبل کی موخر دیوار کے سہارے لے جا کر فرزجہ کے بالائی حصہ کو عنق کے پیچھے حصہ میں لے جا کر مثبت کر دیا جائے۔ اس طرح اس کا زیریں حصہ ارتفاق عانی کے زیریں کنارے کے عقبی نشیب میں واقع ہوتا ہے اور فرزجہ خود کار طور پر ایسی وضع اختیار کر لیتا ہے کہ مقدم دیوار مہبل سقوط نہ کر سکے۔ جیسا کہ تصویر ۳۲-۳ میں دکھایا گیا ہے۔ اس فرزجہ کی سب سے بڑی خوبی یہ ہے کہ مجامعت میں مزاحمت نہیں کرتا۔

اب مریضہ کا دوبارہ امتحان اس غرض سے کیا جائے کہ آیا دیوار رحم غیر معمولی طور پر متمدد تو نہیں ہے، مریضہ کو کھانسنے اور کو نتھنے کو کہا جائے۔ اگر حلقہ دار فرزجہ ڈھیلا اور چھوٹے سائز کا ہوگا تو دباؤ پاکر پھسل جائے گا۔

تصویر نمبر ۲۲: حلقہ نما فرزجہ رحم میں

فرزجہ کے ذریعہ عفونت سے بچنے کے لئے دن میں کم از کم ایک بار مہبلی نطول کی ہدایت کی جائے۔ جس کے لئے لیکٹک ایسڈ (ایک فیصدی محلول) یا سرکہ (۲ چائے کا چمچہ بھر تا ایک پائنٹ) موزوں رہے گا۔ دوسری انٹی سپٹک دوائیں مثلاً ڈیٹال، پوٹاسیم پرمینگنیٹ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس کے بعد بھی مریضہ کا معائنہ کرتے رہنا چاہیئے اور ہر دوسرے تیسرے ماہ فرزجہ بدل دینا چاہیئے تاکہ التہاب مہبل یا عفونت نہ پیدا ہو سکے۔ حلقہ دار فرزجہ اور استھموج فرزجہ سے عموماً ساری ضرورتیں پوری ہو جاتی ہیں۔ سقوط کی جن مریضات میں دہنۂ مہبل ڈھیلا پڑ جانے کے سبب فرزجہ روک رکھنے پر قادر نہ ہو ان میں بعجلت ممکنہ عملیہ کی صلاح دی جائے۔ اگر مریضہ عملیہ کے قابل نہ ہو یا اس کی صحت حد سے

تصویر نمبر ۳۳: نیپر کا فرزجہ

زیادہ خراب ہو تو ایسی حالت میں نیپر کا "پیالہ نما ڈنڈی دار" فرزجہ (Napper 'Cup and Stem' Pessary) آزمایا جائے۔ اس کے شمولات حسب ذیل ہیں۔

اس میں ۴-۵ انچ طویل وکنائٹ یا ربر کی ڈنڈی ہوتی ہے جو بالائی جانب ربڑ کے ایک اوتھلے پیالے پر ختم ہوتی ہے۔ جب اسے اندام نہانی میں داخل کر دیا جائے تو عنق اس پیالہ پر جو اس کے مواد کے اخراج کے لئے مثقوب ہوتا ہے خوب اچھی طرح فٹ ہو جاتا ہے۔ اس کی ڈنڈی اتنی لمبی ہوتی ہے کہ زیرین سر فرج سے باہر نکلا رہتا ہے، جس سے ربڑ کے چار بند گزرتے ہیں اور ہر ایک کے کنارے فیتے لگے ہوتے ہیں ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۳۳۔ دو فیتے سامنے کی جانب عانہ پر سے اور دو زیرین جانب سرینوں کے مابین گزار کر پٹی سے باندھ دیا جاتا ہے۔ پٹی کا مناسب تناؤ برقرار رہنے سے ان کے بندوں کے ذریعہ فرزجہ پر فوقانی جانب لچکدار دباؤ پڑتا ہے، جس سے رحم یا دیوار مہبل کا نزول اور سقوط نہیں ہونے پاتا۔ اس سے عنق اور مہبلی قبوؤں کو سہارا ملتا ہے۔ یہ فرزجہ صرف دن میں لگانا چاہیئے اور سوتے وقت نکال کر مذکورہ بالا مہبلی نطول کیا جائے۔ ہر بار استعمال سے پیشتر فرزجہ ابلتے پانی، ڈٹال یا کاربالک ایسڈ میں ڈال کر مطہر کر لینا چاہیئے، کیونکہ عدم تعقیم کی حالت میں خطرناک عفنی پیچیدگیاں عارض ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ یہ فرزجہ استعمال کرنے میں اگرچہ قدرے وقت طلب ضرور ہے تاہم جب اچھی طرح مثبت ہو جاتا ہے تو تقریباً دباؤ اور سقوط سے محفوظ رکھتا ہے۔

یونانی علاج:۔ مذکورہ بالا اصولوں پر پابندی سے عمل کیا جائے اور فرازج نیز ایجادات جدیدہ سے حسب موقع استفادہ کرنا چاہیئے۔ مریضہ کے آرام و راحت کا پورا خیال رکھا جائے۔

انزلاق الرحم کے جملہ اصابات میں مریضہ کو مذکورہ بالا طریقے سے میز پر لٹا کر دونوں رانیں ایک دوسرے سے علیحدہ کرکے موڑ دیں اور ہاتھ کو روغن چنبیلی یا روغن گل سے چکنا کرکے رحم کی آہستہ آہستہ

اس کے بعد روغن گل میں گاز لت کرکے فم رحم میں رکھیں اور مہبل میں گاز ٹھونس کر وضع کردی جائے۔ اس کے بعد لنگوٹ سے کس کر باندھ دیں اور مریضہ کو کم از کم ۲۴ گھنٹے تک اسی وضع پر بستر پر لیٹے رہنے کی ہدایت کی جائے۔ گاز کی تجدید ہر ۲۴ گھنٹے پر کرتے رہیں۔

رحم کی طبعی ترجیع کے لئے مذکورالصدر فرازج میں سے کسی مناسب فرزجہ کا انتخاب کیا جائے، ساتھ ہی رحم کو طبعی وضع پر برقرار رکھنے اور اُسے مضبوطی بخشنے کے لئے حسب ذیل نسخہ سمیٹ استعمال کرائیں:

(ص) مازو، جفت بلوط، مائیں خورد، گلنار، گلسرخ، حب الآس، ببول کی پھلی، اذخرمکی ہر ایک ۲۵ ۵۰ گرام پانی میں جوش دے کر اور کپڑے سے چھان کر صاف کرلیا جائے۔

مذکورہ جوشاندہ کا پیڑو پر نطول کیا جائے اور اسی میں آبزن کرایا جائے۔

حسب ذیل مقوی رحم سفوف سے رحم بہت جلد اپنی اصلی وضع پر آجاتا ہے:

(ص) اخستہ جامن، اخستہ آنبہ، موچرس، پھان بید، آملیس موچرس، کا پھل، نودھ، صندل سرخ، پوست کڑا، زعفران، بدھارا سکو ہموزن لے کر کوٹ چھان کر سفوف بنالیں۔

مقدار خوراک:۔ ۵ گرام ہمراہ آب تازہ۔

سقاط یا نتوءالرحم کے ابتدائی اصابات میں مسہل بلغم و رطوبت شلاً تر بدکے ایارج دیں۔ اس کے بعد عورت کو وضع عجانی پر لٹا کر رحم کی نرم فرزجہ سے طبعی مقام پر لٹا کر دی جائے۔ اس فرزجہ کو قابض شراب میں تر کرلیں تو اور اچھا ہے۔ پیڑو اور فرج کے ارد گرد قابض دوائیں ضماد کریں تاکہ رحم اپنی اصلی وضع پر قائم رہے، خوشبودار چیزیں سنگھائیں تاکہ رحم اوپر کی طرف مائل ہو۔

اگر انزلاق الرحم (نتوءالرحم) کا سبب ضعف رحم ہو تو حسب ذیل معجون تقویت رحم کے لئے دیا جائے:۔

(ص) مرجان، بسد احمر، مروارید ناسفتہ، شاخ گوزن سوختہ، برادہ دندان فیل، یشب انگوری لے کر تین دن رات گلاب خالص میں سحق بلیغ کریں۔ اس کے بعد شیرہ مربہ بہی، شیرہ مربی سیب، شکر سفید ڈال کر قوام بنائیں۔ پھر گلنار فارسی، ابریشم خام مقرض، گلسرخ، گل ارمنی، عود غرقی، کشنیز خشک، مصطگی رومی، درنباد، آملہ خشک لیکر باریک کرکے قدرے قدرے قوام میں ڈال کر ورق طلاء اضافہ کرکے معجون تیار کریں

حسب ذیل حمول انزلاق الرحم کے جملہ مدارج میں نافع ہے:۔

(ص) گل مولسری خام، مغز پنبہ دانہ، مازوئے سبز، قند سیاہ کہنہ، ہیرا کسیس، برادہ دندان فیل، ورق نقرہ، موسیائی خام، نارجیل کہنہ، مغز فلوس، خرمائے خشک، مغز بادام شیریں، شہد خالص میں بیس گرگاز لت کرکے روغن کنجد میں چرب کرکے حمول کریں۔

تقویت رحم کے لیے حسب ذیل فرزجہ بھی نافع ہے۔
رمی، مومیائی، مشک خالص ہر ایک نصف گرام، زعفران، گلسرخ، گل ارمنی، صمغ عربی، دم الاخوین ہر ایک ایک گرام۔ خبث الحدید ... پانی میں پیس کر مرہم بنا لیں۔

ترکیب استعمال: گازلت کر کے بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔ تناسلی سقوط میں ورم درون رحم کے اکثر ... و فرازج مفید ثابت ہوتے ہیں۔

غذا و پرہیز:۔ لطیف زود ہضم غذا مثلاً بکری کا شوربا کم مرچ کا، چپاتی ڈال کر یا مونگ ارہر کی دال کدو، ترئی وغیرہ دیں، زیادہ چلنے پھرنے اور جماع وغیرہ سے پرہیز ضروری ہے۔

عملیہ:۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے ایسی حالت میں عملیہ سے احتراز کیا جائے جبکہ مریضہ ایسی خطرناک طبی صورت حال سے گزر رہی ہو کہ اسے عمومی معدم حس (Anaesthesia) کے زیر اثر لانا بجائے خود خطرناک ہو۔ ایسی حالت میں بھی عملیہ ملتوی کر دینا چاہیے، جب کہ مریضہ نوجوان ہو نیز اسے مزید بچوں کی آرزو ہو۔ ان حالات میں فرازج کے ذریعہ مرض میں تسکین و تخفیف کی جا سکتی ہے۔ ۵۰ سال سے زائد کی عمر ... میں عموماً مہبلی دوزی (Calporrhaphy) سے مقصد حاصل ہو جاتا ہے اور وہ بخوبی انگیز بھی کر لیتی ہیں۔ ... سعال میں مبتلا عورتیں عملیہ کی زیادہ خواہاں ہوتی ہیں، ایسی حالت میں موسم گرما میں عملیہ سے گریز کیا جائے اور موسم سرما کا انتظار کیا جائے۔ اس دوران سعال کا طبی علاج کرتے رہنا چاہیے۔

اس کا عملیہ تو بڑی تفصیل اور مشق مسلسل کا طالب ہے تاہم یہاں چند اہم تدابیر کی نشاندہی کی جا رہی ہے:۔

(۱) مہبلی ترقیع: مہبلی عجان دوزی، (۲) عنق کا بتر (۳) قفل المہبل: لی فورٹ عملیہ، (۴) مانچسٹر عملیہ (۵) مہبلی رحم برآری۔

مہبلی ترقیع (Colpo Plasty): مہبلی عجان دوزی (Colpo Perineorrhaphy): یہ ایک سادہ ترین طریقہ عمل ہے اسے عجان کو ضرر پہنچنے یا دہانہ مہبل کے ارتخا کے وقت بروئے کار لایا جاتا ہے جبکہ مہبل میں انقباضی صلاحیت معدوم یا کم ہو جاتی ہے اس میں مہبلی مخرج کی از سر نو تعمیر کی جاتی ہے اور ضرورت پڑنے پر مبرزی عضلۂ عاصرہ کی اصلاح کی جاتی ہے۔ اگر مہبل کی مؤخرہ دیوار اور مستقیمی تنال سقوط یافتہ ہوں (قیلہ مستقیمہ) تو ایسی حالت میں بالائی جانب اس حد تک تقطیع کی جاتی ہے کہ یہ دونوں تنالیں ایک دوسرے سے کافی حد تک بعد اختیار کر لیں۔ بعدہٗ عضلات رافعات مبرز کو علیحدہ کر کے دوختگی کر دی جائے۔ وسیع انزلاق رحم کی حالت میں فرش حوض کی ترقیعی اصلاح کی

باقی ہے۔

بتر (Amputation):- اسے مہبلی عنق کے تطول کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے۔

قفل المہبل (Colpocleisis) لی فورٹ عملیہ (Le-Fort Operation) شاذونادر اصابات میں جب مریضہ کا سقاط شدید دیگر تدابیر سے علاج پذیر نہیں ہوتا، ایسی حالت میں مہبل بند کرنا ناگزیر ہوتا ہے۔ یہ عملیہ صرف بیوہ یا سن رسیدہ ناکتخدا عورتوں میں ہی انجام دینا چاہیئے۔ بعض سرجن ذرا سی ترمیم کرکے مہبلی فعل کو برقرار رکھتے ہیں۔ قفل المہبل عموماً آسانی اور بعجلت پایۂ تکمیل کو پہنچ جاتا ہے، اسی لئے اسے مہبلی رحم برآری پر ترجیح دی جاتی ہے۔

مانچسٹر عملیہ (Manchester Operation):- یہ ایک عام انگریزی طریقۂ عمل ہے جسے انزلاق الرحم کے ہر درجہ میں بروئے کار لایا جاتا ہے لیکن امریکی ماہرین امراض النساء کمتر درجے کے انزلاق میں استعمال کرتے ہیں خاص طور سے اگر انزلاق بڑے سقوط مثانہ کے ساتھ عارض ہو۔ اگر خباثت موجود ہو تو عملیہ سے پیشتر اس کی تجریف کردی جائے۔ اسے دوران ولودیت بروئے کار لانے سے حتی الامکان گریز کرنا چاہیئے کیوں کہ عنق کے بتر سے شدید ضرر پہنچنے کا اندیشہ ہے۔

اس میں مقدم مہبلی ترقیع اور عنق کے بتر کو ایک ہی اصول پر جمع کردیا جاتا ہے، اس کے بعد منقطع مستعرض رباطات کو عنق کے جذع کے آگے بڑھا دیتے ہیں جس سے میلان الرحم کی اصلاح ہوجاتی ہے اور مقدم تبرو کے استیصال سے مہبل کا محراب بھی تنگ ہوجاتا ہے۔ یہ عملیہ عنق کے تطول کے ان سارے اصابات میں قابل انتخاب ہوتا ہے جب کہ مہبل کی درون گردیدگی اوپر سے نیچے کی طرف واقع ہو۔ اگر رحم کا طول ۱۲ انچ سے زائد ہو اور ساتھ ہی عنق متطول اور مبیض تفضی ہو تو یہ طریق عمل موزوں ثابت ہوتا ہے۔

مہبلی رحم برآری (Vaginal Hysterectomy):- اسے جملہ اصابات میں استعمال کیا جاسکتا ہے لیکن بہت سے ماہرین ہر حالت میں اسے نہ صرف غیر ضروری بلکہ قابل مذمت بھی بتاتے ہیں۔ لہٰذا اسے صرف شدید درجے کے انزلاق میں بروئے کار لایا جائے۔ اگر اس کے ساتھ مقدم یا موخر مرمت بھی کردی جائے تو اچھا نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔ یہ طریق عمل ساتھ ساتھ سرطانات، سلعات یا نزف کے امکانات کو بھی بڑی حد تک ختم کردیتا ہے۔

مہبلی رحم برآری کے بعد تھیلی کھول کر اسے مشمولات سے کرد دیا جائے اور امعاء و ثرب کو واپس کردیا جائے اس کے بعد باریطونی تاچہ کو ضاغط کلاب سے پکڑ کر مروڑ دیا جائے یہاں تک کہ گردن کی تجرید ہوجائے اس کے بعد اس کی گردن پر ایک گرہ لگا دی جائے، اس کے بعد جذع داخلی شکمی حلقہ سے اوپر اور باہر کی طرف عضلاتی دیوار کے ساتھ مثبت کردیا جائے۔ آخر میں خارجی صفاق کو ملا دیا جائے۔

۲۲

میلاناتِ رحم

[Displacements of the Uterus]

رحم کے میلان سے مراد اس کے اپنے طبعی مقام سے ٹل جانا، منحرف ہوجانا ہے۔ رحم عام طور سے حوضی جوف کے وسط میں ارتفاقِ عانہ اور عجز کے درمیان اپنی طبعی وضع پر مختلف معاون ساختوں سے معلق رہتا ہے، جن کا بیان ابتدائے کتاب میں گزر چکا ہے۔

رحم اپنے تشریحی تعلقات اور دورانِ حمل واقع ہونے والی معتدبہ کلائی ڈھیلے ارتباطات اور طبعی حرکت پذیری کے بپیش نظر وسیع حدود کا طالب ہوتا ہے۔ مثانہ پری اور انخلا کے ساتھ ساتھ رحم کی وضع میں نمایاں تغیرات پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ وضعِ رحم پر مثانہ کی بہ نسبت معاءِ مستقیم کا کم اثر پڑتا ہے۔ لیکن مستقیمی انتفاخ (Rectal Ampulla) کے تمدد کے سبب رحم کسی قدر مرتفع ہوجاتا ہے۔ حمل کے دوران چونکہ رحم کی جسامت میں نمایاں اضافہ ہوتا ہے، اس لئے یہ اپنے ہم پہلو احشا مثلاً قاذفین، مبیضین، مثانہ اور حوضی باریطون وغیرہ میں کافی تغیرات عارض کردیتا ہے، لہٰذا طبعی طور پر رحم کے ملحقات کو اس امر کی آزادی ہونی چاہیے کہ وہ ان اختلاف پذیر حالتوں کے مطابق اپنی وضع میں خاطر خواہ اور غیر مرضی تغیر اختیار کرسکیں اور اپنی سہارا دینے والی ساختوں پر اپنی جسامت کے سبب بیجا بار نہ ڈال سکیں۔
حرکاتِ رحم کی یہ آزادی عروقی رباطات کے بالائی حصہ کے نسبتاً ڈھیلے ارتباط کے سبب ہوتی ہے، جس کے ساتھ دروں حوضی صفاق (Endopelvic Fascia) کا تنگنائے رحم (برزخ) اور مہبل کے بالائی دو تہائی حصوں سے سخت بستہ ارتباط ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا صراحت سے یہ بات واضح ہوتی ہے کہ رحم کا میلان چاروں طرف ممکن ہے، لیکن اکثر

سامنے یا پیچھے کی طرف ہوتا ہے۔

عنق عام طور سے میبل سے مل کر دایاں زاویہ بناتا ہے۔ جب زاویہ کا رجحان سامنے کی طرف (مقدم جانب) ہوتا ہے تو اسے میلان قدامی (پیش گردی) (Anteversion) کہتے ہیں، اور جب اس کا میلان پیچھے کی طرف (خلفی جانب) ہوتا ہے تو اسے میلان خلفی (پس گردی) (Retroversion) کہتے ہیں میلان قدامی میں عنق عقبی جانب مائل ہوتی ہے۔ جبکہ میلان خلفی میں اس کا میلان سامنے کی طرف ہوتا ہے

بیشتر اصابات میں رحم کا محور سیدھا نہیں ہوتا بلکہ جسم اور عنق کے مقام اتصال پر خفیف زاویہ ضرور موجود ہوتا ہے۔ رحم کی اس خفیف خمیدگی کو اعوجاج یا انحنا (Flexion) کہتے ہیں۔ جب یہ آگے کی طرف جھکا ہوتا ہے تو اسے اعوجاج قدامی (پیش خمیدگی) (Anteflexion) کہتے ہیں اور جب عقبی جانب جھکا ہوتا ہے تو اسے اعوجاج خلفی (پس خمیدگی) (Retroflexion) سے موسوم کرتے ہیں۔

چند اصابات میں مذکورہ بالا زاویہ نمایاں طور پر شدت اختیار کرلیتا ہے ایسے اصابات میں جسم اور عنق دونوں ایک دوسرے کی طرف جھکے ہوتے ہیں۔ رحم کے نمایاں سامنے کے جھکاؤ کو رحم کا حاد اعوجاج قدامی (پیش خمیدگی) کہتے ہیں اور حاد اعوجاج خلفی میں یہ عقبی جانب مائل ہوتا ہے۔ رحم اگر خود اپنے اوپر کافی سے زیادہ خمیدہ ہو تو اسے حلزونہ نما رحم (Cochleate Uterus) سے موسوم کرتے ہیں۔

بیشتر اصابات میں اس امر کی شہادت ملی ہے کہ پیش گرد رحم پیش خمیدہ بھی ہوتا ہے اور پیش خمیدہ رحم پیش گرد بھی ہوتا ہے۔ اسی لئے بعض ماہرین دونوں متضاد کیفیتوں کو اکثر اصابات میں ایک ساتھ شمار کرتے ہیں۔ کیونکہ یہ کیفیتیں اکثر باہم موجود ہوتی ہیں۔

میلان قدامی رحم کی عام طبعی وضع ہے لیکن اس امر سے انکار کی گنجایش نہیں ہے کہ ۲۰ تا ۳۰ فیصدی اصابات میں میلان خلفی طبعی طور پر پایا جاتا ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں رحم حوض سے مرتفع ہوجاتا ہے اور عارضی طور پر شکمی عضو بن جاتا ہے۔ اس کیفیت کو ارتفاع (Elevation) سے موسوم کرتے ہیں۔

میلان الرحم خلفی

[Backward Displacement of the Uterus]

یہ حالت اکثر تندرست و توانا جوان سال عورتوں میں نظر آتی ہے تشریحی اعتبار سے یہ عین ممکن ہے کہ رحم پیچھے کی طرف ٹل جائے لیکن کسی دوسرے عضو کی وضع یا کردار پر مطلق اثر انداز نہ ہو بعض اصابات میں قاذفین و مبیضین بھی نہ صرف اپنی جگہ سے ٹل جاتے ہیں۔ بلکہ ڈگلس کی جیب میں ساقط ہوجاتے ہیں،

لیکن پھر بھی رحم اپنے جملہ افعال، جس میں استقرار حمل بھی شامل ہے طبعی طور پر انجام دیتا رہتا ہے لہٰذا رحم کی طبعی وضع کی کوئی خاص تعیین نہیں کی جا سکتی اور نہ میلانِ خلفی کے جملہ اصابات کو امراضیاتی یا قابل علاج تصور کیا جا سکتا ہے۔

میلانِ خلفی و اعوجاج خلفی (Retroversion and Retroflexion): سریری اور امراضیاتی اعتبار سے رحم کے میلان الرحم خلفی کو دو جماعتوں میں بیان کیا جاتا ہے (۱) حرکت پذیر (Mobile):۔ اس میں تام طور سے رحم کو ہاتھ کے ذریعہ قدامی وضع میں لایا جا سکتا ہے۔ (۲) مثبت (Fixed):۔ اس میں رحم کی خلفی سطح منضم ہو جاتی ہے اور رحم کو دستی طور پر درست نہیں کیا جا سکتا۔

حرکت پذیر میلان خلفی و اعوجاج خلفی:۔ سریری مقصد سے اسے درج ذیل طور پر تقسیم کیا جاتا ہے:۔

(ا) خلقی، (ب) بعد الولادتی یا نفاسی (ج) سلعات حوض کے ساتھ (د) انزلاق الرحم (تناسلی سقوط) کے ساتھ۔

خلقی:۔ ۲۰ یا ۳۰ فیصدی عورتوں میں خلفی میلان الرحم واقع ہوتا ہے جن میں بیشتر میں علامات موجود نہیں ہوتی ہیں اور ان کی تحقیق عمومی دو دستی امتحان کے دوران ہوتی ہے۔

میلان خلفی عموماً ایسی تندرست اور باکرہ عورتوں میں پایا جاتا ہے، جن کے حوض میں کسی طرح کا نقص موجود نہیں ہوتا اور ان کے جملہ تناسلی افعال بخیر و خوبی انجام پاتے رہتے ہیں۔ رحم طبعی جسامت میں یا توقف نمو کم گون (Hypoplasia) کی حالت میں پایا جا سکتا ہے۔ علاوہ بریں یہ شدید پس خمیدہ ہو سکتا ہے جس کے ہمراہ عنق کا میلان خلفی جانب ہوتا ہے۔

عام خیال کے مطابق میلان خلفی کی حالت میں عدم تخصیب کی کیفیت لاحق ہو جاتی کیونکہ عنق جب خلفی تقوس (Posterior Fornix) سے ہٹ جائے گا تو بآسانی سیال منویہ کی زد میں نہ آسکے گا، اس میں کوئی شک نہیں کہ عنق رحم کی دیواریں طبعی حالت میں ایک ساتھ واقع ہوتی ہیں اور ان سطوح پر رطوبت منویہ ایک فلم کی شکل بناتی ہے۔ لیکن یہ بھی حقیقت ہے کہ تخصیب کے لئے منی کی قلیل ترین مقدار بھی کافی ہوا کرتی ہے۔ یہ مقدار عنقی غشائے مخاطی تک بآسانی پہنچ جاتی ہے، لہٰذا معمولی میلان خلفی عدم تخصیب کا سبب نہیں ہوا کرتا، ہاں اگر میلانِ خلفی پیچیدگی اختیار کرلے تو دوسری بات ہے۔

نفاسی میلان خلفی (Puerperal Retroversion):۔ رحم کا حرکت پذیر خلفی میلان عموماً نفاس میں ہوتا ہے۔ وضع حمل کے دوران زیریں حصہ رحم متمدد اور پتلا ہو جاتا ہے اور نفاس کے ابتدائی دنوں میں نرم

(Involuting- ہونے کے ساتھ ساتھ دبیز دیوار والا وزنی رحم اس پر وارد ہوجاتا ہے۔ جب التفاف پذیر رحم
(Uterus: حوض میں سکڑتا ہے تو تجزی خلاء میں فوقانی وزنی قطعہ آجاتا ہے۔ اس کا ایک سبب سہارا دینے
والی رحمی ساختوں کا ارتخا بھی ہے۔ جب رحم پس گرد ہوتا ہے تو درون شکمی دباؤ رحم کی مقدم سطح پر
پڑتا ہے اور اس غلط دباؤ کے نتیجے میں رحم دوبارا پیش گرد نہیں ہو پاتا۔

اگر وضع حمل کے دوران عورت کو آرام بستری مناسب طریقے پر مل جائے تو رحم ایوم کے اندر اندر اپنی طبعی وضع پر آجائے گا۔ طبعی اصابات میں ۶ ہفتہ قبل اور وضع حمل کے ۶ ہفتہ بعد عورت کا امتحان کرنے پر یہ امر کھل کر سامنے آجاتا ہے کہ رحم جس کی وضع حمل سے قبل پس گردگی تھی ، بعد میں از خود پیش گرد ہوگئی۔

سلعات حوض (Pelvic Tumours) کے ساتھ :۔ رحم کی موخر دیوار میں موجود لیفی عضلی سلعہ اپنے وزن کے ذریعے رحم کو پیچھے کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ بڑا مبیضی دویرہ یا رحمی مثانی جیب کا کہفہ صغیرہ (Loculus) بھی رحم کو پیچھے ڈھکیل دیتا ہے۔

انزلاق الرحم کے ساتھ :۔ انزلاق کے ابتدائی مدارج میں بھی عام طور سے پس گرد ہو جاتا ہے اس کا اثر الٹا پڑتا ہے کیونکہ ایسی حالت میں درشکمی دباؤ براہ راست رحمی مثانی خلاء در مثانہ پر پڑنے لگتا ہے۔

حوضی انضمامات کے ذریعہ تثبیت (Fixation by Pelvic Adhesions) :۔ انبوبی مبیضی التہاب درون رحمیت یا حوضی خراج کی حالت میں رحم مستقیمی مہبلی جیب کے ساتھ منضم ہو سکتا ہے۔

علامات :۔ نا کتخدا عورتوں میں میلان خلفی خلقی طور پر پایا جاتا ہے۔ اور عموماً کوئی علامت پیدا نہیں ہوتی۔ بعض مریضات تشنجی عسرت الطمث کی شکایت کرتی ہیں ، خاص طور سے جبکہ رحم ابھی تحت النمو ہوتا ہم درد کا واضع رحم سے عموماً کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ چند اصابات میں خلفی میلان موجود ہو سکتا ہے ، لیکن اس کی اصلاح کی کوشش اسی وقت کرنی چاہیئے ، جبکہ دیگر تدبیر ناکام ہو جائیں۔

عدیم الولادت عورتوں میں عدم تخصیب اور عسر الطمث عام طور سے عارض ہوتا ہے۔ متالم اور نرم پس گرد رحم یا ڈگلس کی جیب میں ساقط مبیضین پر تضیب کی براہ راست ضرب سے جماع مولم کی شکایت ہوتی ہے ایسی حالت میں گاہے جماع ممکن نہیں ہوتا یا نامکمل دخول ہوتا ہے ، جس کے سبب عدم تخصیب کی شکایت پائی جا سکتی ہے۔ مریضہ کا مہبل امتحان کرنے پر اصبعی جس سے پس گرد جسم رحم الیم اور نرم ہوتا ہے اور اسے معمولی طور سے چھونے پر بھی مریضہ بے چین ہو جاتی ہے۔ نتیجہ کار

بعض مریضات جنسی برودت میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ تحت النمو رحم کی حالت میں عدم تخصیب کے لئے پس گردی کو ذمہ دار نہیں قرار دیا جا سکتا۔ چند اصابات میں رحم دانبوبہ نگاری سے ثابت ہوتا ہے کہ نیوب بامسدود ہے اور اس کے بعد ٹیوب کو شکم شگافی کے بعد رحم میں سیال انجکٹ کر کے ٹسٹ کیا گیا تو جھالردار کناروں سے سیال بہتا ہوا نظر آیا، اس سے ثابت ہوتا ہے کہ قاذفین پس گرد وضع میں خلل یافتہ تھے۔

صاحب ولادت عورتوں میں حیضی خلل، ثانوی عسر الطمث، استحاضہ، ثانوی عقم اور درد کمر عام علامات کے طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ علامات تحت التفاف کے ساتھ مزید خرابی پیدا کر دیتی ہیں۔ وذنی رحم پیچھے کی طرف پڑ جاتا ہے، جس سے وریدی خون کی واپسی میں خلل واقع ہو جاتا اور نتیجہ کار حوضی اختلال عارض ہو جاتا ہے۔ بعض دفعہ یہ اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ رباط عریض کے فوقانی حصہ میں نمایاں دوالیت (Varicosity) پیدا ہو جاتی ہے، علاوہ بریں کثرت طمث، ازدیاد طمث (Polymenorrhoea) امتلائی عسر الطمث و وسط عمر میں درد کمر اور حوض میں بے چینی بھی پائی جا سکتی ہے۔ عنق اور درون عنقی تعفنی امتلائی حالت مخاطی افراز کا سبب بنتے ہیں اور غیر تعفنی سیلان الرحم عارض کرتے ہیں۔ بعض ذہین مریضات اس امر کے احساس کی اطلاع فراہم کرتی ہیں کہ کوئی چیز مہبل میں اپنی جگہ سے ہٹ گئی ہے اور اس طرح وہ اس تصور کو پیش کرتی ہیں کہ سقوط میں مبتلا ہو گئی ہیں۔ بعض آنتوں پر کسی قسم کے دباؤ کا اظہار کرتی ہیں اور تبرز کے بعد انہیں محسوس ہوتا ہے کہ اجابت کھل کر نہیں ہوئی۔ لیکن چونکہ ان علامات کا تعلق مختلف دیگر امراض سے بھی ہو سکتا ہے، لہذا بلا امتحان کے انہیں براہ راست میلان خلفی سے منسوب نہ کرنا چاہیے۔ حیلہ کا فیصلہ کرنے سے پیشتر ان علامیہ کا تدارک دو دستی درستگی سے کرنے کی کوشش کرنی چاہیے اور اسے چند ہفتے اج فرزجہ (Hodge Pessary) کا سہارا دینا چاہیے۔ محض جن اصابات میں علامات اب بھی برقرار ہیں تو شکمی تعلیق (Ventral Suspension) کا طریقہ آزمانا چاہیے۔

تشخیص: میلان خلفی کی تشخیص محض داخلی امتحان سے ہی ممکن ہے۔ دو دستی امتحان سے سب سے پہلے عنق کا میلان خلفی یا اس کا رجحان معلوم کیا جائے جس میں پس گردی سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ خلفی غیر وضعیت کے ساتھ عموماً سقوط موجود ہوتا ہے، جس کے سبب رحم مہبل میں اپنی طبعی سطح سے اکثر نیچے پایا جاتا ہے۔ دو دستی امتحان پر جسم رحم جانبی طور پر محسوس نہیں کیا جا سکتا، لیکن موخر قبوہ کے ذریعہ یا براہ معا مستقیم محسوس کیا جا سکتا ہے۔

صحیح حالات میں موخر قبوہ کا استقصا کرنے پر ایک گول ہموار ورم پایا جائے گا جو دراصل رحم ہوتا ہے یہ حرکت پذیر اور ناشیاتی نما ہوتا ہے۔ رحم کو دھکا دینے پر اپنی وضع سے ہٹ جاتا ہے، اور پھر اپنی اصلی

وضع پر آجاتا ہے لیکن منضم اصابات میں حرکت پذیر نہیں ہوتی اور حرکت دیتے وقت درد اور الیت پائی جاتی ہے۔ انضمامات کے باوجود رحم میں اکثر معتدبہ حرکت پائی جاسکتی ہے جو انگلیوں کو تنیدہ بندوں کی طرح محسوس ہوتے ہیں، جسے کھینچنے پر درد محسوس ہوتا ہے۔ محض توضیع رحم میں ناکامی اس امر کا ثبوت نہیں ہے کہ انضمامات واقعی موجود ہیں کیونکہ سعدم حس کے زیر اثر کوشش کرنے پر اس کی نفی ہوجاتی ہے جب مریضہ فربہ ہو یا مہبلی تنال عمیق تو پس گرد رحم کو اصبعی طریقے سے قدامی وضع میں لانا ممکن نہیں ہوتا، لیکن انضمام یا تثبت کا فیصلہ اس وقت تک نہیں کرنا چاہیئے تاوقتیکہ سعدم حس کے زیر اثر اصلاح کی کوشش نہ کرلی جائے۔

تشخیص تفریقی:۔ رحم کے خلفی میلان سے مشابہ بسا اوقات دوسرے حالات بھی ہوسکتے ہیں۔ مثال کے طور پر رحم کی موخر دیوار پر سلعہ ببیہ (Fibroid) پر پس گرد تعر رحم کا دھوکا ہوسکتا ہے۔ ایسی حالت میں عنق کا میلان طبعی طور پر نیچے اور پیچھے کی طرف ہوگا۔ اسی طرح بیش خیہ یا حلزونہ نما رحم پر بھی میلان خلفی کا شبہ ہوسکتا ہے، کیونکہ عنق نیچے اور سامنے کی طرف مائل ہوتا ہے لیکن اس اصابہ میں دو دستی امتحان سے ثابت ہوجائے گا کہ جسم رحم قدامی وضع کا واقع ہے۔

علاج

مذکورہ بالا تشخیصی امور سے ظاہر ہوگیا ہوگا کہ سب سے پہلے اس تمہیدی سوال کو حل کرلینا چاہیے۔ کہ آیا زیر مشاہدہ اصابہ میں علاج کی ضرورت ہے بھی یا نہیں۔ اس امر کے لئے کوئی قاعدہ کلیہ وضع نہیں کیا جاسکتا، تاہم مندرجہ ذیل اصولوں سے رہبری حاصل کی جاسکتی ہے۔

(۱) عام طور سے نوجوان ناکتخدا اور لبعد الیاسی عورتوں میں غیر پیچیدہ اصابات کے علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔ حرکت پذیر میلانات خلفی عموماً علامات سے عاری ہوتے ہیں، جو اتفاقاً تشخیص کرلئے جاتے ہیں۔ یہ اصابات عموماً کسی علاج کے طالب نہیں ہوتے۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو مریضہ کو اس کی اطلاع بھی نہ دی جائے، ورنہ وہ بلاوجہ اپنے کو مریضہ سمجھنے لگتی ہے اور ایک غیر مضر اصابہ بھی تکلیف دہ علامات رونما کرسکتا ہے۔

(۲) میلان خلفی بھی علامات سے مستثنی ہوتا ہے اور عموماً علاج کی ضرورت نہیں پڑتی، تاہم اگر علاج کے داعیات موجود ہوں تو بے شک علاج کی طرف توجہ دینی چاہیئے، مثلاً شادی شدہ عورتوں میں اگر اسکے ساتھ سقوط یا نتہ الیم مبیضین بھی موجود ہوں گے تو اس سے جماع مولم کی شکایت پیدا ہوسکتی ہے۔

(۳) عقیم شادی شدہ عورتوں میں میلان خلفی درست کردینا چاہیے خواہ کوئی بھی مرضی علامت

(۴) نفاسی میلان خلفی بسا اوقات علامات رونما کر سکتی ہے، ایسی صورت میں اسکی اصلاح ناگزیر ہے؛ تاہم بغیر علامت کے اصابات علاج کے داعی نہیں ہوتے۔ موجود نہ ہو

(۵) جن اصابات میں امراض حوض کے نتیجے میں میلان خلفی ثانوی طور پر پیدا ہوا ہو مثلاً انزلاق، بعض اندرونی التہاب یا دروں رحمیت، ایسی صورت میں سب سے پہلے ان امراض کا اصولی علاج کیا جائے بعد میں اگر ضرورت ہو تو میلان خلفی کی بھی اصلاح کی جائے۔

حفظ ما تقدم: مقصد علاج رحم کو اپنی اصلی جگہ قائم اور طبعی وضع پر برقرار رکھنا ہے۔ حالیہ نفاسی اصابات میں زیر التفافی پس گرد رحم کو محض بعد الولادتی تدابیر پر عمل کرنے سے درست کیا جا سکتا ہے۔ وقفہ وقفے سے مریضہ کا مثانہ پیشاب سے خالی کیا جائے۔ آرام بستری دیا جائے اور اسی دوران اوندھے منہ کم از کم ۱۰ منٹ صبح و شام لیٹے رہنے کی ورزش کرائی جائے۔ وضع حمل کے ایک ہفتہ بعد کبھی صدری وضع بھی مفید ثابت ہوتی ہے۔ ہر مریضہ کا وضع حمل کے ایک ماہ بعد مہبلی امتحان کرنا چاہیے اور اگر رحم پس گرد ہے تو اس کی اصلاح کر دینی چاہیئے اور کسی مناسب فرزجہ کے ذریعہ اسے ہفتوں پیش گرد وضع پر برقرار رکھا جائے۔ بسا اوقات محض عضلی ورزشوں سے ہی علامات رفع ہو جاتی ہیں لیکن متمول طبقہ کے علاوہ کسی دیگر طبقے میں اسے بروئے کار لانا مشکل ہوتا ہے، کیونکہ اس کے لئے بے فکری اور فارغ البالی کے ساتھ آرام بستری ناگزیر ہے۔ ایسی حالت میں متبادل طریقہ یعنی اصبعی توضیع سے کام لیا جائے۔

توضیع رحم کا فیصلہ کرنے کے بعد دو طرح کے طریقے اپنائے جا سکتے ہیں۔ (ا) عملیتی طریقہ:۔ جس کا مقصد رحم کو پیش گردی کی وضع میں مستقل قائم رکھنا ہوتا ہے۔ (ب) آلاتی طریقہ:۔ اس کا مقصد کسی میکانی سہارے یا فرزجہ کے ذریعہ رحم کو پیش گردیدہ رکھنا ہوتا ہے۔

فرازج کے استعمال کو ہمیشہ ایک عارضی چارہ کار تصور کرنا چاہیئے، نیز اس کا فائدہ بہت محدود ہوتا ہے کیونکہ اس کا استعمال ترک کر دینے سے اکثر میلان رحم عود کر آتا ہے۔ علاوہ بریں طویل المدت استعمال سے بسا اوقات تقرح پیدا ہو جانے سے شدید تکلیف کا سامنا کرنا ہوتا ہے، اسی لئے آج کل اس کا استعمال محض ان اصابات میں چند ہفتوں کے لئے ہوتا ہے جن میں دردِ کمر، عسر الطمث یا حوضی بے کلی موجود ہو تاہم فرزجہ کو نفاسی خلفی میلان میں کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ اس کے ساتھ زیر التفاف بھی جاری ہو، چنانچہ ایسی حالت میں ۳ ماہ کے مسلسل استعمال سے مستقل شفا کی امید کی جا سکتی ہے۔ ہاج اور اسمتھ قسم کے فرزجے عام طور سے استعمال کئے جاتے ہیں۔

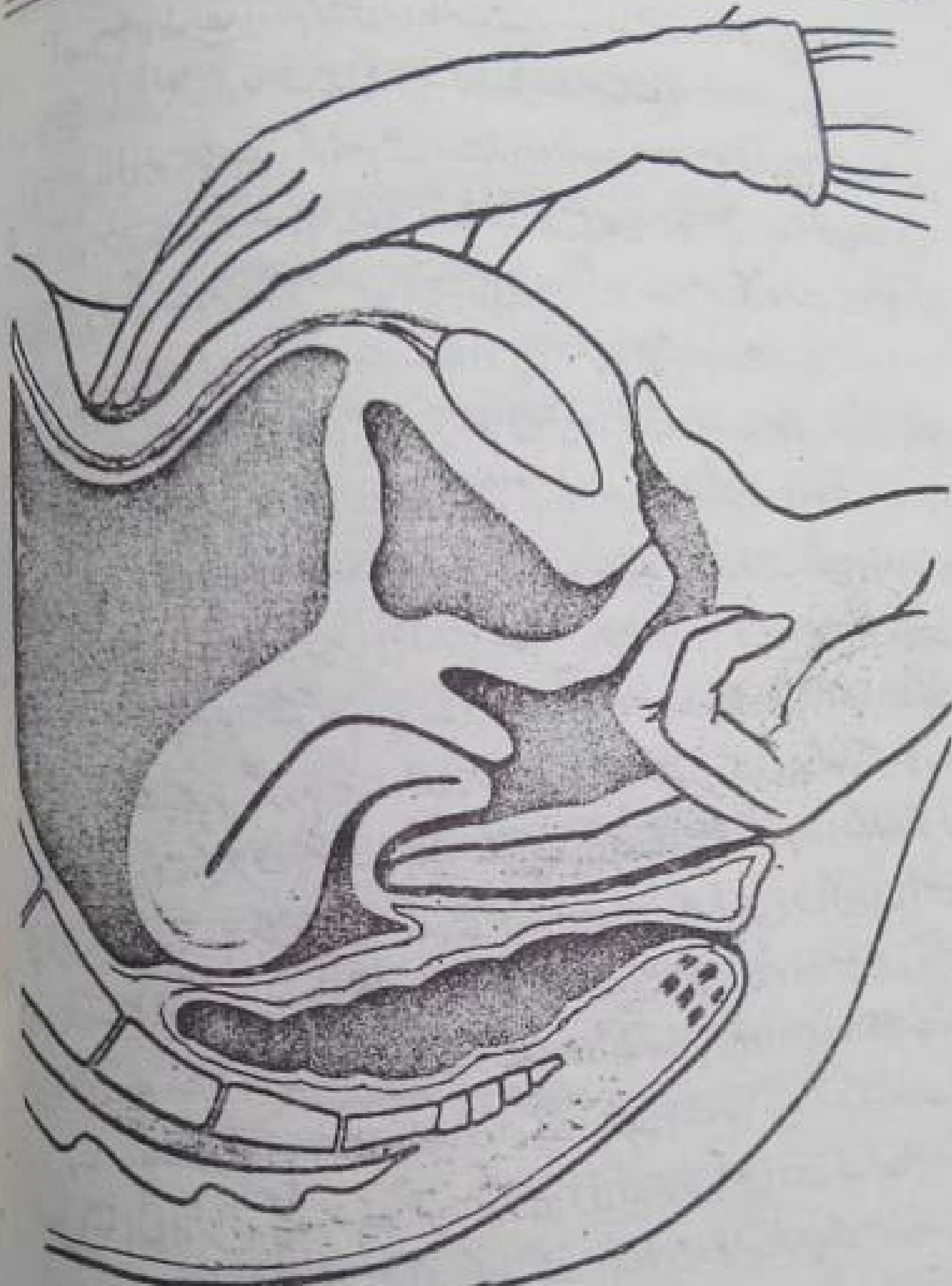
اصلاح کا طریقہ:۔ رحم کو پیش گرد حالت میں لانے سے پیشتر امعاء کا زیریں حصہ خالی کر لینا چاہیئے، عادتی قبض کی حالت میں کچھ عرصہ پیشتر سے ملینات کا استعمال جاری کر دینا چاہیے مثانہ کو بھی خالی ہونا چاہیئے۔ اگر جسم میں بہت زیادہ الیمیت موجود ہو تو معدم حس کا استعمال ناگزیر ہے۔ ایسی حالت میں معدم حس کے زیر اثر رحم کی توضیع یقیناً کی جا سکتی ہے، لیکن بعد میں فرزجہ کی موجودگی سے مریضہ کو مسلسل اذیت پہنچتی رہے گی۔ معدم حس کی حالت میں اسی وقت حسب ضرورت رحم کا جرف انجام دینے کے علاوہ عنق کا تکمویہ بھی کیا جا سکتا ہے۔

اگر معدم حس کا استعمال نہ کیا گیا ہو تو سہم کی وضع کا انتخاب مناسب ہوگا۔ دائیں ہاتھ کی دو انگلیاں یعنی انگشت شہادت اور وسطی رحم کے موخر قبوہ میں گزار دی جائیں اور دوسرا ہاتھ فوق عانی خطہ (Suprapubic Region) پر رکھا جائے۔ سب سے پہلے موخر قبوہ میں انگلیوں سے قعر رحم اور سامنے کی جانب حوضی لگر پر دباؤ ڈالا جائے، اس طرح قعر رحم کو عجزی ابجار کی سطح تک بلند کیا جا سکتا ہے۔ دیوار شکم کو پتلا ہونے کی حالت میں دوسرے ہاتھ سے امداد پایا جا سکتا ہے کہ یہ قعر رحم کے پیچھے تک گزر جائیں، ایسی حالت میں داخلی انگلیوں کے ذریعہ عنق کو اوپر اور پیچھے کو عجزی جوف کی طرف ڈھکیلنا چاہیئے۔ ساتھ ہی اس کا رخ آہستگی کے ساتھ آگے کو اور اتفاق کی طرف پھیر دیا جاتا ہے جبکہ اندرونی انگلیاں عنق کو اوپر اور پیچھے عجزی جوف کی طرف ڈھکیلتی ہوں غیر پیچیدہ اصابات میں محض اسی طریقہ عمل سے رحم کی پیش گرد وضع میں ترجیع کی جا سکتی ہے۔ رحم کے میلان خلفی و اعوجاج کی توضیع کے دو درجے تصاویر نمبر ۲۴، ۲۵ میں ملاحظہ فرمائیے۔

بسا اوقات ملائم رحم درستگی کے بعد فوراً پیچھے کی طرف ہٹ جاتا ہے، ایسی حالت میں مہبلی انگلیاں برقرار رکھتے ہوئے شکمی ہاتھ کو بھی اپنی جگہ قائم رکھیں، اس کے بعد مہبلی انگلیوں سے رحم کی کچھ دیر تک تدلیک کی جائے۔ اس طرح رحم چند لمحوں کے اندر اندر نمایاں صلابت اختیار کر لیتا ہے۔

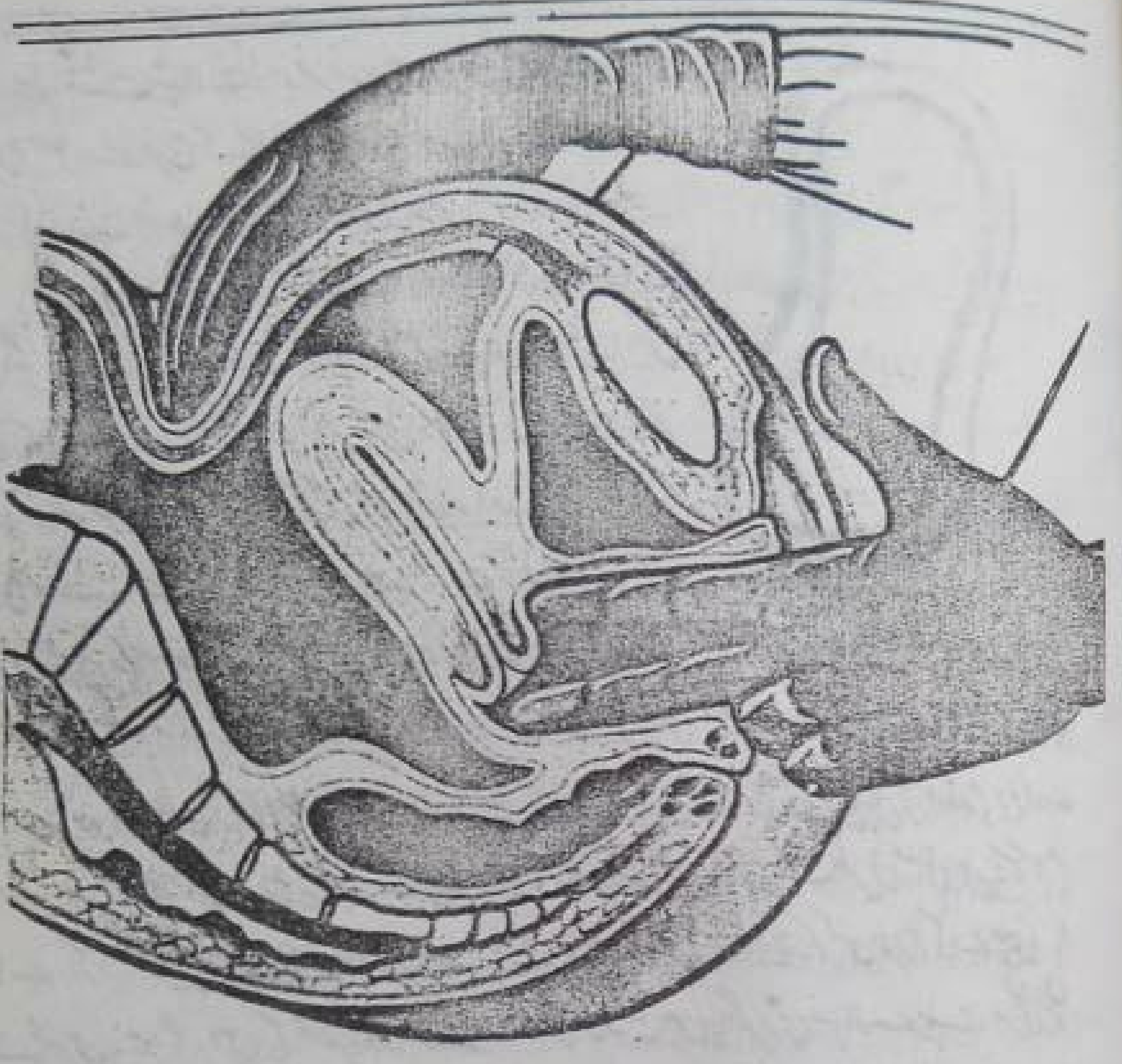
بیشتر اصابات میں مریضہ کو محض رحم کی وضع میں رکھ کر منتفخ زیر التفافی رحم کو مہبلی دست ورزی سے ہی پیش گرد کیا جا سکتا ہے۔

اگر اصبعی دست ورزی سے ناکامی ہو تو مجبۃ اور منقاشی کلاب (Volsellum Forceps) کا استعمال ضروری ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں عمومی معدم حس سے مکمل عضلی ارتخا پیدا کرنا ناگزیر ہے لیکن آلات کا استعمال کرتے وقت دافع عفونت اصولوں پر سختی سے عمل کرنا چاہیئے ورنہ حالت



تصویر نمبر ۳۰۳ - رحم کے میلان خلفی واعوجاج خلفی کی وضع (پہلا درجہ)

مزید پیچیدگی اختیار کرے گی۔ عام طور سے صحت مند اور مضبوط عورتوں میں مجہ کے بغیر رحم کی ترجیع ناممکن ہوا کرتی ہے۔ اسے استعمال کرنے سے پیشتر جہاں تک ممکن ہو رحم کو انگلیوں کی مدد سے اوپر اٹھایا جائے اور پھر عنق کو منظار سے منکشف کرنے کے بعد اس کے زیریں لب کو قناتی کلاب سے مذکورہ بالا طریقے سے زیریں جانب پیچھے کھینچنا چاہیے یہاں تک کہ قعر رحم فوقانی جانب



تصویر نمبر ۳۵ : رحم کے میلان خلفی و اعوجاج خلفی کی توضیح (دوسرا درجہ)

مستقیمی مہبلی جیب سے باہر ڈھکیل اٹھے۔ اس کے بجائے رحمی مجس رحم میں داخل کرکے بھی رحم کی ترجیع کی جاسکتی ہے۔

مجس کے ساتھ دست درازیاں بہت نرمی سے انجام دینی چاہئیں کیونکہ منضم رحم کو اٹھانے کی کوشش کرنے کے دوران مجس کے رحم میں سے گزر جانے کا اندیشہ رہتا ہے جس سے رحم منثقب ہو سکتا ہے۔ مجس گزارنے کے بعد اسے ۱۸۰ درجے پر اس طرح احتیاط کے ساتھ گردش دیا جائے کہ قعر رحم پیش گرد وضع میں آجائے۔ آج کل مجس کے ذریعہ رحمی درستگی کا رواج بہت کم ہوگیا ہے۔

فرزجہ لگانے کا طریقہ:۔ رحم کی اطمینان بخش توضیع کے بعد اس کے طبعی پیش گرد وضع میں قائم رہنے کے لئے مناسب اور صحیح جسامت کے فرزجہ کا انتخاب کیا جائے فرزجہ پلاسٹک کا بنا ہونا چاہیئے۔ اس مقصد کے لئے عام طور سے ہاج فرزجہ استعمال ہوتا ہے۔ ہاج فرزجہ میں بالائی و زیریں کنارے تقریباً یکساں قطر کے ہوتے ہیں، لیکن بالائی کنارا خمدار اور زیریں مربع نما ہوتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۳۶

تصویر نمبر ۳۹: ہاج فرزجہ

پہلے انگشت شہادت کو موخر قبوہ میں داخل کیا جائے، اس طرح مہبل سے فرج تک کا فاصلہ معلوم کرلیا جائے۔ ارتفاق عانہ کی دبازت نصف انچ واضح ہو جاتی ہے۔

ہاج (Hodge) یا البرٹ اسمتھ (Albert Smith) فرزجہ دائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور سبابہ (انگشت شہادت) کے درمیان پکڑ کر بائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور وسطی سے موخر مہبلی دیوار کو دبا کر اسی کے ساتھ ساتھ موخر قبوہ میں عنق کے پیچھے پہنچا دیا جاتا ہے۔ جب لمبائی کا نصف سے زائد حصہ داخل ہو جاتا ہے تو فرزجہ از خود گھوم کر مہبل کے مستعرض قطر میں آجاتا ہے۔ فرزجہ مبرزی عضلہ عاصرہ کی سطح پر پڑا رہتا ہے اور اس کے عین وسطی حصہ یعنی عانی عصعصی عضلہ سے سہارا پاتا ہے۔ اب فرزجہ کا نچلا سرا عین دہنہ مہبل میں ہونا چاہیئے اور منفذ بول سے کافی اوپر مہبل کی مقدم دیوار سے متصل ہونا چاہیئے۔ اس طرح یہ عنق کے میلان قدامی کو روکتا ہے اور ایک طویل مہبلی جبیرہ کا کام دیتا ہے۔ اگر فرزجہ صحیح سائز کا ہو اور درست فٹ ہوا ہو تو اس سے مریضہ کو کسی طرح کی بے چینی یا کرب محسوس نہ ہوگا۔ اس کے مختصر الجسامت ہونے کی حالت میں یا اگر رحمی سہارے بہت مرتخی ہوں تو جسم رحم اس آلہ کی چوٹی پر سے پیچھے کی طرف گر جائے گا یا مریضہ کو دوزانو بٹھا کر کونتھنے کے لئے کہا جائے تو زور پڑنے پر چھوٹا فرزجہ براہ مہبل نکل جائے گا، زیادہ بڑا ہونے کی حالت میں اذیت کے علاوہ مبال پر دباؤ پڑنے کے سبب احتباس بول عارض ہو سکتا ہے۔ طبعی طور پر جانبی بٹوں اور مہبل کے مابین ایک انگلی گزارنا ممکن ہونا چاہیئے لیکن جب فرزجہ سختی سے فٹ ہوتا ہے تو ایسا کرنا ممکن نہیں ہوتا۔ فرزجہ کے دوران استعمال دافع عفونت اصولوں پر پابندی سے عمل کرنا چاہیئے۔

حسب ذیل حالات میں فرزجہ کا استعمال ممنوع ہے:۔ (ا) جب سیمینن ڈگلس کی جیب میں ساقط ہوں کیونکہ ایسی حالت میں فرزجہ کا فوقانی بیلن شدید بے چینی پیدا کرتا ہے۔ (ب) جب کہ تاکل اور دردن عنقی التہاب کے ساتھ ساتھ شدید سیلان ابیض بھی موجود ہو، اور (ج) جبکہ عجان بہت زیادہ ڈھیلا ہو۔

یونانی علاج:۔ اگر سیلان الرحم یا اعوجاج کی خاصی مدت گزر گئی ہو یا بطانت میں تمدد واقع

ہوگیا ہو تو رحم کی توضیع دشوار ہو جاتی ہے لہذا ایسی حالت میں حسب ذیل آبزن سے رحم کو سہارا دینے والی ارد گرد کی ساختوں میں نرمی پیدا کرنے کی سعی کرنی چاہیئے :۔

(ص) سبوس گندم، گل بابونہ، نمک خوردنی، تخم السی، تخم حلبہ، تخم خطمی، سبوس گندم ہر ایک ۵۰ گرام پانی میں جوش دے کر مریضہ کو تا بہ کمر بٹھائیں۔

حسب ذیل جوشاندے کا نطول بھی نافع الاثر ہے :۔

(ص) تخم السی، تخم حلبہ، انجیر، مغز تخم کرڑ، ہر ایک ۱۲ گرام پانی میں جوش دیکر روغن تل شامل کر کے نطول کریں۔

مقامی طور پر حسب ذیل نسخہ تیار کر کے مالش کریں :۔

(ص) پیہ بز، پیہ مرغ، پیہ لبط، پیہ ساق گاؤ وزن ہر ایک ۱۲ گرام۔ جملہ دوائیں باہم پگھلا کر پیڑو پر ملیں۔

مذکورہ بالا تدابیر سے انشاء اللہ رباطات وملحقات اس قدر نرم اور ڈھیلے ضرور ہو جائیں گے کہ رحم کی توضیع وترجیع بآسانی ہو سکے بعدم حس کے زیر اثر ترجیع کے بعد مناسب فرزجہ کا انتخاب کیا جائے اور شربت بزوری حار کو عرق خار خسک وخار شتر ہر ایک ۶۰ ملی لیٹر میں حل کر کے نوش کرائیں۔

اگر کثرت رطوبت کے سبب استرخائے رباطات سے میلان رحم عارض ہوا ہو تو سب سے پہلے محلل ومجفف دوائیں استعمال کرائیں، بوقت ضرورت منضج بلغم دوائیں پلا کر مسہل دے کر تنقیہ کریں اس کے بعد رحم کی اصلاح مناسب فرازج یا عملیہ کے ذریعہ کی جائے۔

اعوجاج استرخائی رطوبی میں حسب ذیل نسخہ بھی مفید ہے :۔

(ص) تخم سنبھالو، شیطرج ہندی، پوکھرمول، انزروت، تخم ترب، تخم سرس، مصطگی رومی، کباب چینی، عاقر قرحا، سعد کوفی، کبابہ خنداں، آب برگ عنب الثعلب سبز میں پیس کر نیم گرم ضماد کریں۔

اگر ورم کے سبب میلان الرحم عارض ہوا ہو تو محض ورم کا علاج کرنے سے عموماً میلان کی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اس غرض سے التہاب درون رحم کے نسخے مناسب انتخاب کے بعد استعمال کرائیں۔

اگر کسی جہد کو دیچاند یا صدمات وغیرہ کے سبب عارض ہوا ہو تو عملیہ سے درست کر کے قابض دوائیں مثلاً سفوف سنر خستہ انبہ والا یا معجون سوجرس وغیرہ استعمال کرائیں علاج کے بعد تقویت رحم کی غرض سے التہاب قاذفین وبیضین کے ذیل میں درج قرص کشتہ خبث الحدید والا نسخہ استعمال کرائیں اور اسی کے غذا وپرہیز کو بھی ملحوظ رکھیں۔ مریضہ کو مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے۔

سخت حرکت اور جماع سے کم از کم دو ہفتہ احتراز ضروری ہے۔

عملیہ کے دواعی:۔ اگر میلان الرحم ناقابل ترجیع ہو یا ان کی اصلاح فرازج سے نہ ہو سکے مثلاً پس خمیدگی یا انضمامات کے ذریعہ ثبت۔ ایسی حالت میں ہمیشہ انضمام توڑ کر شکمی تعلیق کر دینی چاہیئے اسی طرح حوضی سلعہ دور کرنے کے بعد اگر رحم میلان خلفی اختیار کرے تو بھی مذکورہ عملیہ بروئے کار لایا جائے۔

میلان خلفی اگر انزلاق الرحم کے ساتھ واقع ہو تو سب سے پہلے اسے تکوینی ترقیعی مرمت (Plastic Repair) کے ذریعہ درست کرنے کی کوشش کی جائے۔ بسا اوقات ساتھ ساتھ شکمی تعلیق کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے لیکن اس کی نوبت تکوینی عملیہ کے ساتھ کم ہی پیش آتی ہے۔ مندرجہ ذیل اصابات میں حرکت پذیر میلان خلفی کی اصلاح کے لئے عملیہ ناگزیر ہوتا ہے:۔

(۱) جماع مولم، خاص طور سے جبکہ مبیضین ساقط ہو چکے ہوں۔

(۲) عسر الطمث کے چند اصابات، جبکہ دیگر تدابیر سے سکون حاصل نہ ہو۔ شکمی تعلیق کے ساتھ پیش عجزی شرکی برآری (Sympathectomy) بروئے کار لانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

(۳) عدم تخصیب کے منتخب اصابات جنہیں عنق کے میلان کے سبب حوینہ منویہ کو عنقی قنال میں در آنے کا موقع نہ مل سکے۔

(۴) مرضی کیفیات مثلاً درد کمر اور حوضی بے چینی۔ بشرطیکہ فرزجہ کے استعمال سے رحم کی توضیع کر کے اس کے علامیہ کا تدارک نہ کیا جائے۔

(۵) دیگر امراض حوض کے ہمراہ واقع ہونے والا مثبت میلان خلفی عملیہ کا غیر متنازع فیہ داعیہ ہے۔

مندرجہ بالا اشارات کی روشنی میں عامل طب کو اس امر کا یقین کر لینا چاہیئے کہ یہ واقعی علیتی اصابہ ہے۔ ورنہ جہاں تک ممکن ہو فرازج کے ذریعہ میلان الرحم کی اصلاح کی سعی کی جائے جن کا تذکرہ سابقہ اوراق میں گذر چکا ہے۔

اگر میلان خلفی انزلاق الرحم کے ساتھ واقع ہو تو عموماً شکمی تعلیق اور شکمی تثبیت (Ventral Fixation) رحم کو اپنی اصل وضع میں برقرار رکھنے سے قاصر ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں مانچسٹر عملیہ (Manchester Operation) سے نہ صرف میلان خلفی کی اصلاح ہو جاتی ہے بلکہ انزلاق کا بھی تدارک ہو جاتا ہے۔

اگر سن یاس کے قریب یا عمر تولیدیت طے کر چکنے والی مریضات میں میلان الرحم خلفی علامات رونما کرتا ہے تو شدید علیتی داعیہ کی حالت میں کلی رحم برآری بہترین تدبیر ہے۔

میلان خلفی (پس گردی) اور حمل

رحم کی پس گردی استقرار حمل میں مزاحم نہیں ہوتی، پس گرد حامل رحم کی حالت میں ہم زمان اسقاط حمل پیش گردی (میلان قدامی) کی بہ نسبت کم واقع ہوتا ہے۔ علاوہ بریں بیشتر اصابات جن میں پس گرد رحم کی حالت میں حمل قرار پاجاتا ہے کسی طرح کی تکلیف کا سامنا نہیں ہوتا ہے۔

علامات و تشخیص :۔ پس گرد حامل رحم کا میلان جھکاؤ کی طرف ہوتا ہے۔ اسی لئے قعر رحم ڈگلس کی جیب میں معمولی سطح پر ہوتا ہے، نتیجۃً کار مقدم مہبلی دیوار اور مبال تناؤ اختیار کرلیتے ہیں اور عضلات مثانہ کی جڑمیں تشنج اختیار کرلیتے ہیں۔ واضح ہمزمان تطول مبال پایا جاتا ہے چنانچہ ۱½ انچ کا طبعی مبال بڑھ کر ۴ انچ ½ مزید طوالت اختیار کرلیتا ہے۔ قاثاطیر گزارتے وقت یہ نکتہ ذہن نشین رکھنا چاہیے۔ مثانہ پیشاب سے پُر ہوکر کلاں شکمی سلعہ بنالیتا ہے جو متمدد اور الیم ہوتا ہے اور قدامی طور پر حامل رحم کی بہ نسبت زیادہ آگے بڑھا ہوتا ہے۔ یہ سلعہ باریطون کے ساتھ مثبت ہوجاتا ہے اور اس میں جانبی یا اوپر نیچے کی حرکت پذیری نہیں رہ جاتی ہے جو کہ مبیضی دویرہ سے بالکل مختلف صورت ہے۔

مخصوص علامت اسر البول ہے چنانچہ حمل کے تیسرے ماہ کے اواخر میں اس علامت کی موجودگی میں پس گرد حامل رحم کے امکان کو ذہن میں ضرور رکھنا چاہیے۔ بسا اوقات منشق حمل بے حل مع سلسلہ بول احتباس بول عارض کردیتا ہے اور بیشتر اصابات میں علامات کی یکسانیت کے سبب تشخیص میں دشواری پیدا کردیتا ہے۔ حوضی قیلۂ دمویہ میں عنق سامنے کی طرف کھنچ آتا ہے لیکن فم خارجی زیرین جانب نظر آتا ہے جبکہ پس گرد حامل رحم کے ہمراہ فم خارجی سامنے کی طرف دکھائی دیتا ہے اور قدامی مہبلی دیوار نمایاں طور پر تنی ہوتی ہے۔ اگر سریری امتحان کے بعد کوئی شبہ باقی رہ جائے تو مریضہ کا معدم حس کے زیر اثر امتحان کیا جائے۔ اگر صحیح دو دستی امتحان ممکن ہو تو ڈگلس کی جیب کے ابھار سے علیحدہ جسم رحم جس کیا جاسکتا ہے۔ اسر البول دوران حمل حوض میں دبے ہوئے عضلی سلعہ یا مبیضی دویرہ کے سبب بھی عارض ہوسکتا ہے۔ پس گرد حامل رحم نرم اور ڈھیلا ہوتا ہے جبکہ عضلی سلعہ سخت اور مبیضی دویرہ تکیسدہ اور دوری (Cystic) ہوتا ہے۔ التہاب شکم کی حالت میں ابھرا ہوا مثانہ متمدد الیم اور مثبت ہوتا ہے اور حامل رحم کی بہ نسبت سامنے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ تشخیص سے پیشتر مثانہ کو قاثاطیر کے ذریعہ خالی کرلینا چاہیے۔

علاج :۔ اگر حمل کے اول تین ماہ کے دوران رحم پس گرد پایا جائے تو اصول طور پر علاج کی حاجت نہیں ہوتی کیونکہ تقریباً ہمیشہ خود کار اصلاح عمل میں آتی ہے۔ اسر البول کی حالت میں مریضہ کو

بائیں جانبی وضع میں لٹاکر جملہ دافع عفونت تدابیر پر عمل کرتے ہوئے خودقائم قاثاطیر (Self Retaining Catheter) مثانہ میں داخل کر دینا چاہیئے۔ مذکورہ قاثاطیر لگانے کے بعد مریضہ کو بائیں جانبی قائم وضع میں مبالغہ کے ساتھ لٹا کر قاثاطیر کو پلاسٹک کے طویل ٹیوب سے جوڑ دینا چاہیئے جس کا دوسرا سرا کلپ اسکرو یو پیشاب کی بیگ سے جڑا ہو۔ مثانہ کو آہستہ آہستہ خالی کرنا چاہیئے چنانچہ اس مقصد کے لیے ۴۸ گھنٹے کی مدت ناگزیر ہے۔ اس طرح مذکورہ مدت گزرنے کے بعد رحم از خود طبعی پیش خمیدہ حالت میں آجاتا ہے۔ اگر مثانہ کو یک بیک خالی کر دیا جائے تو مثانہ میں شدید نزف کا اندیشہ رہتا ہے، لیکن رحم پس گردہی رہ جاتا ہے اور احتباس بول کی شکایت دوبارا پیدا ہو جاتی ہے۔

مذکورہ بالا قاثاطیریت کے نتیجہ میں رحم مثانہ خالی ہوتے ہی ڈرامائی طور پر شکم میں پہنچ جاتا ہے لیکن اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو اصبعی دست ورزی بروئے کار لانی چاہیئے اور توضیع کے بعد اعج فرزجہ کے ذریعہ رحم کو سامنے کی طرف رکھا جائے یہاں تک کہ وہ شکم میں چلا جائے۔

رحم کے قدامی میلانات

[Forward Displacement of the Uterus]

میلان قدامی (پیش گردی — Anteversion):- رحم کی یہ وضع مثانہ پر ہی کے تناؤ اور اس کے انخلا کے ساتھ بدلتی رہتی ہے اسی لئے اسے طبعی وضع میں شمار کیا جاتا ہے۔ حمل کے ابتدائی دور میں مذکورہ بالا یعنی پس گردی کے برعکس شدید پیش گرد اور پیش خمیدہ ہو سکتا ہے۔

اعوجاج قدامی (پیش خمیدگی — Anteflexion):- رحم گاہے خلقی طور پر شدید پیش خمیدہ رہتا ہے چنانچہ جسم رحم عنق پر زاویہ حادہ پر سامنے کی طرف خم ہو جاتا ہے۔ بسا اوقات یہ حالت تناسلی تحت النمو کے ہمراہ پائی جاتی ہے اس حالت میں تمام عضو کی جسامت کم اور اس کا نمو ناقص ہوتا ہے۔ یہ حالت شاذ و نادر ہی اکتسابی ہوتی ہے جو رحمی عجزی رباطات کے انقباض کے نتیجہ میں پیدا ہوتی ہے۔ کبھی کبھی رحم کی سوخر سطح پر کسی بڑے سلعہ کے دباؤ سے بھی اکتسابی پیش خمیگی پیدا ہو جاتی ہے۔

اس کی مخصوص علامتیں ابتدائی عقم اور تشنجی عسر الطمث اور طویل وقفۂ حیض ہیں رحم کے ناقص النمو ہونے کے باوجود استقرار حمل کا امکان بہر حال رہتا ہے، تاہم دوسرے یا تیسرے ماہ کے اندر عموماً اسقاط ہو جاتا ہے۔ عنق کا میلان مقدم جانب ہو جاتا ہے۔ مہبل قصیر ہو جاتا ہے جس میں ادتھلے تقوس پائے جاتے ہیں۔

وضع قدامی (Anteposition):- جب ڈگلس کی جیب میں خون یا قیح جمع ہونے لگتی ہے یا خوشی زوائد مثلاً لیفی عضلی سلعہ (Fibromyoma) یا مبیضی دویرہ مثبت ہو جاتا ہے تو رحم عنق کے ہمراہ سامنے کی طرف کھنچ آتا ہے۔ مہبلی امتحان پر عنق ارتفاق عانہ کے پیچھے بشکل جس ہوتا ہے اور جسم رحم تودہ کے اوپر قیام پذیر ہوجاتا ہے۔

جانبی میلانات رحم (رحم کی جانبی غیر وضعیتیں)

[Lateral Displacementsof the Uterus]

رحم کا جانبی میلان اور اعوجاج (Retroversion and Retroflexion) :- خفیف جانبی خمیدگی کبھی کبھی دیگر اصابات کے امتحان کے وقت معلوم ہوتی ہے جو طبعی اور فزیالوجیکل حالت ہوتی ہے۔ مشترک جانبی گردش اور خمیدگی بائیں کی بہ نسبت دائیں جانب زیادہ عام ہے کیونکہ بائیں جانب خوشی قولون اور معا مستقیم کے سبب کم گنجائش ہوتی ہے۔

غیر حاملہ حالات میں رحم کی جانبی خمیدگی علامات سے عاری ہوتی ہے لیکن ابتدائے حمل میں اس کے سبب اسفل شکم میں درد اٹھتا ہے اور غلطی سے حمل بے محل حرکت پذیر مبیضی دویرہ یا ورم زائدہ تصور کر لیا جاتا ہے۔ اگر یہ درد شدت اختیار کر لے تو اسقاط پر منتج ہوتا ہے۔

ارتفاع رحم (Elevation of the Uterus):- رحم حوض سے مہبلی اجتماع الدم، عنقی سلعہ لیفیہ (Cervical Fibroid) اور دیگر امراضیاتی کیفیتوں کے نتیجہ میں اوپر اٹھ جاتا ہے جس کا تذکرہ پیش وضعی (میلان قدامی = Ante Position) میں گزر چکا ہے۔ شکمی انضمام بھی رحم کو مرتفع کر دیتا ہے۔

۳۴

انقلاب الرحم

[Inversion of the Uterus]

مترادفات: ارتکاس رحم، نتوء الرحم، ہبوط الرحم، خروج رحم، زلق رحم وعفل۔

خوش قسمتی سے انقلاب الرحم قلیل الوقوع ہے۔ یہ ایک ایسی حالت ہے جس میں رحم اندرونی جانب سے پلٹ کر باہر آجاتا ہے۔ اول قاع الرحم جوف رحم میں ڈھکیل اٹھائے جو باریطونی سطح پر پیالہ نما دباؤ چھوڑ جاتا ہے۔ انقباضات رحم کے نتیجہ کے طور پر ارتکاس رحم کا یہ سلسلہ جاری رہتا ہے اور انجام کار سارا رحم پلٹ کر باہر آجاتا ہے اور مہبل میں اس طرح آویزاں ہوجاتا ہے گویا درزی نے تھیلی سل کر پلٹ دیا ہو۔ ایسی حالت میں اس کی شکل امرود نما ہوجاتی ہے جیسا کہ تصویر ۲۰ سے ظاہر ہے۔ اگر رحم کی باریطونی سطح کا معائنہ کیا جائے تو قاذفین، مبیضین اور رباطات مستدیرہ نیچے عمق میں گزرتے ہوئے اس وضع میں دکھائی دیں گے جس وضع میں رحم کو طبعی حالت میں ہونا چاہیئے۔ ارتکاس رحم جزوی یا کلی طور پر اپنے مدارج کے اعتبار سے بیان کیا جاتا ہے۔ اگر وضع حمل کے دوران ارتکاس واقع ہوا ہو تو قدرے انزلاق بھی موجود ہوگا۔

انقلاب الرحم عموماً ولادت کے تیسرے درجہ کے ساتھ واقع ہوا کرتا ہے اور اگر علاج میں تاخیر سے کام لیا جائے تو مزمن صورت اختیار کر سکتا ہے۔ علاوہ بریں قاع الرحم کے تحت مخاطی عضلی سلعہ (Submucous Myoma) کے ہمراہ رحم کے باہر نکلنے کی حالت میں بھی انقلاب الرحم عموماً مزمن ہوا کرتا ہے۔

اقسام معہ اسباب: عام طور سے ارتکاس رحم کی تین قسمیں بتائی جاتی ہیں۔ نفاسی، امراضیاتی اور اصلی (غیر مسببہ)۔

نفاسی (Puerperal) :- ۹۰ فی صدی اصابات نفاسی الاصل ہوتے

تصویر نمبر ۳۷: رحم منقلب

ہیا۔ اگر وضع حمل کے فوراً بعد ارتکاس دیکھ لیا جائے تو اسے
حاد اور اگر دو دن بعد دیکھا جائے تو تحت الحاد (Sub acute) کہیں گے،

لیکن اگر ایک ماہ کی مدت گزرنے پر دیکھا جائے تو اسے مزمن شمار کریں گے۔ نفاسی ارتکاس غالباً اس لیے واقع ہوتا ہے، جس کا صحیح سبب ہنوز غیر واضح ہے۔ بہر حال ماہرین کے خیال کے مطابق رحمی عضلات کا طبقہ زیریں (Lower Segment) میں ناقص ہو جاتا ہے اور جسم رحم کے نفاسی انقباضات قاع الرحم کو جوف رحم میں پلٹ دیتے ہیں۔ اکثر اصابات میں قاع الرحم پہلے منقلب ہو جاتا ہے لیکن بعض اصابات میں رحم کے کنارہ کا محض کچھ حصہ کا ہی نزول ہوتا ہے۔ ارتکاس عنقی ہو سکتا ہے، جس میں نرم عنق بتدریج بیرونی جانب بل کھا جاتا ہے۔ حبل السرہ پر ایسی حالت میں انقباض جبکہ مشیمہ ہنوز منضم یا قوی ہو یا استرخائے رحم کی حالت میں شکمی دیوار کے ذریعہ منضم مشیمہ پر دباؤ ڈالنا، انقلاب الرحم کے کثیر الوقوع اسباب ہیں۔ ایسا دعالتیں میں عاجلانہ وضع حمل کی حالت میں بھی بعید ہے رحم منقلب ہو سکتا ہے، جس طرح بچہ کی پیدائش طبعی ہیں۔

امراضیاتی (Pathological) :۔ یہ تحت مخاطی سلعہ لیفیہ قاع الرحم یا جسم رحم کے بالائی حصہ میں پیدا ہونے سے واقع ہوتا ہے، شاذ و نادر اصابات میں سلعۂ لحمیہ (Sarcoma) بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ بہر حال یہ بالیدگی با آہستگی ہوتی ہے اور بالآخر سلعہ کے وزن سے رحم نیچے کی طرف کھنچ آتا ہے اور مرتکس ہو جاتا ہے۔ چونکہ سلعہ بنیادی طور پر قاع الرحم کے ایک مرضی حصہ میں منضم رہتا ہے، لہذا یہ قاع الرحم کے ساتھ ساتھ قنال عنقی کو پھیلاتا ہوا مہبل میں نمودار ہوتا ہے۔

اصلی رغیر مسببہ = Idiopathic) :چند اصابات میں ارتکاس رحم زائد دروں شکمی دباؤ کے نتیجہ میں اتفاقاً عارض ہو جاتا ہے مثلاً کھانسنے یا کونتھنے سے۔

سریری مناظر: حاد نفاسی انقلاب الرحم میں صدمہ اور بے قاعدہ نزف دو مخصوص اور اہم ترین علامتیں ہوتی ہیں۔ مزمن نفاسی ارتکاس میں مریضہ دردِ کمر، حزقی درد اور دموی رنگ کے اخراج رطوبت کی شکایت کرتی ہے۔ یہ ساری علامتیں وضع حمل کے فوراً بعد رونما ہوتی ہیں۔ علاوہ بریں تواتر زحیر اور آبلہ نما قرحہ کی بھی شکایت مل سکتی ہے۔ اس قسم میں تسمم اور سرایت کے نتیجہ میں حرارت مرتفع ہو سکتی ہے نزف کم و بیش مقدار میں مسلسل ہوتا رہتا ہے۔ حیض کے زمانہ میں مقدار دم نسبتاً زائد ہوتی ہے۔ سرایت اور احتباس کے سبب سلعہ کے مقام پر تاکل پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ ایک ناگوار رطوبت کا اخراج ہوتا ہے۔

طبعی امارات :۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، مکمل طور پر منقلب رحم مہبل سے باہر نکل آتا ہے۔ سطح مخمل کی طرح نرم ہو جاتی ہے جو دوران امتحان خون جاری کر دیتی ہے۔ قاذفین کے منافذ عموماً قابل مشاہدہ ہوتے ہیں۔ جب ارتکاس جزوی ہوتا ہے تو مرتکس قاع الرحم مہبل میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔

دو دستی امتحان کے دوران حوض میں ایک پیالہ نما دباؤ محسوس ہوتا ہے۔ مکمل ارتکاس کی صورت میں مستقیمی امتحان پر اس پیالہ نما دباؤ کا احساس ہوتا ہے، جس کے لئے ضروری ہوتا ہے کہ منقلب رحم کو مستقیمی انگلیوں تک کھینچا جائے تاکہ وہ انگلیاں پیالہ تک بآسانی رسائی حاصل کر سکیں۔

عنق کا مہبلی حلقہ نما حصہ محسوس ہوتا ہے۔ مکمل ارتکاس کی حالت میں رحمی مجس نصف انچ سے زیادہ نہیں گزر سکتا، البتہ نامکمل انقلاب کی حالت میں اس سے زیادہ داخل ہو جائے گا۔ اگر رحمی مجس ۲ انچ سے زیادہ داخل ہو جائے تو انقلاب الرحم کو مستثنیٰ سمجھنا چاہیئے۔

تشخیص فارقہ:

تحت مخاطی لیفی سلعی بواسیر (Submucous Fibroid Polyp):۔ عنقی قنال یا مہبل میں مرتکس قاع الرحم کو غلطی سے لیفی سلعی بواسیر تصور کر لیا جاتا ہے۔ دو دستی امتحان پر قاع الرحم کے اپنے حقیقی وضع میں ہونے سے ارتکاس رحم کی نفی ہو جاتی ہے۔ علاوہ بریں ذائیل بواسیر کی جانب سے مجس کو رحمی جوف میں دو انچ یا اس سے زیادہ داخل کیا جا سکتا ہے۔

انزلاق الرحم (Uterine Prolapse):۔ بسبب امتحان سے دونوں حالات میں خلط مبحث کا اندیشہ رہتا ہے۔ رحمی سقوط میں فم خارجی آگے بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ جس میں مجس ایک خاص حد تک گزارا جا سکتا ہے نیز جب فم رحم متضیق (Stenosed) رہتا ہے تو فم خارجی کے مقام پر ایک نشیب دیکھا جا سکتا ہے۔ سقوط کی ترجیع کر دینے پر قاع الرحم دو دستی امتحان پر طبعی حالت میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔

علاج

حاد اصابات میں معقول معالجہ فوری توضیع ہے۔ اگر رحم اس وقت معالج یا قابلہ کے مشاہدہ میں آئے بلکہ وہ مرتکس ہو رہا ہو یا اس کا رجحان ارتکاس کی طرف ہو تو قاع الرحم پر دباؤ ڈال کر بآسانی اس کی توضیع کی جا سکتی ہے، اس طرح دونوں محل اصلی پر پہنچ جاتے ہیں۔ اگر مشیمہ رحم سے چسپیدہ ہو تو توضیع کی تکمیل سے پیشتر اسے دور نہ کیا جائے۔ جملہ حالات میں سقوط قوت کا علاج ترجیحی طور پر نقل الدم یا متبادل بالارواء کرنا چاہیئے۔ عصبی المزاج عورتوں میں جملہ تدابیر بروئے کار لانے سے پیشتر معدم حس (Anaesthesia) کا استعمال ناگزیر ہے۔

مرتکس رحم کی عفونت انخثاث (Sloughing) یا تقرح کی حالت میں مہبل میں دافع عفونت (انٹی سپٹک) گاز ٹھونس کر کیمیاوی معالجہ بروئے کار لایا جائے لیکن ترجیع کی جراءت اس وقت تک نہ کی جائے جب تک حرارت طبعی نہ ہو جائے۔ ایولینگ آلۂ توضیع (Aveling's Repositor) سے ترجیع بطریق احسن کی جا سکتی ہے۔

یہ آلہ بہتوں گزر جانے کے باوجود ارتکاس کی ترجیع میں کارگر ہوتا ہے۔ یہ آلہ ایک ولکنائٹ پیالہ پر مشتمل ہوتا ہے جو اس کے S نما دھات کے تنے پر جڑا ہوتا ہے۔ تنے میں ہم لچکدار تسمے ہوتے ہیں جو اس کے زیریں کنارے پر لگے ہوتے ہیں، جنھیں مریضہ کی کمر میں مضبوطی سے جکڑ دیا جاتا ہے۔ پیالہ اور تنہ مہبل میں اس طرح رکھا جائے کہ پیالہ منعکس قاع الرحم کے اسفل ترین حصہ کے برعکس دباؤ ڈالے اور اسے پھسلنے سے بچانے کے لئے گاز بھر دیا جائے۔ جب لچکدار تسمے کو پیٹی میں جکڑ دیا جاتا ہے تو یہ ولکنائٹ پیالہ کے ذریعے تقریباً افقی دباؤ ڈالتا ہے: جیسا کہ تصویر ۳۸ میں دکھایا گیا ہے۔ اس سخت

تصویر نمبر ۳۸، ایولنگ کا آلہ وضع، انضمام جسمانی میں

دباؤ کے نتیجے میں عموماً ۲۴ گھنٹے کے اندر اندر یا اس سے بھی کم عرصہ میں ارتکا کی تر توضیع ہوجاتی ہے، تاہم اس کے استعمال سے بے چینی اور الجھن ضرور ہوتی ہے۔ بعض مریضات میں درد اور صدمہ (Shock) بھی واقع ہوجاتا ہے۔ یہ دباؤ ۲۴ گھنٹے سے زیادہ نہ ڈالا جائے ورنہ زائد مسلسل دباؤ کے نتیجے میں تخریبات (Necrobiosis) کا امکان رہتا ہے۔ اس کا ناکام نتیجہ نکلنے پر علیہ کا انتظام کیا جائے۔

یونانی علاج :- اگر قبض ہو تو سب سے پہلے رفع قبض کیلئے گلقند ۵۰ گرام عرق سونف ۱۲۵ ملی لیٹر میں ملا کر بوقت خواب کھلائیں۔ اسی طرح مناسب حقنے بھی استعمال کرا سکتے ہیں۔ شانہ پری کی حالت میں مناسب مدرات استعمال کرائیں۔ اس کے بعد مریضہ کو آرام سے چت لٹا کر سرین کے نیچے تکیہ رکھ کر انھیں قدرے اونچا کردیں۔ ٹانگیں کشادہ اور گھٹنے کھڑے کردیں اور پھر ایک صاف روئی کا کپڑا رحم پر لپیٹ دیں اور دوسرا گاز عصارۂ اقاقیا یا کسی ایسی شراب میں تر کرکے، جس میں پہلے سے قابض دوا حل کی گئی ہو، اس گاز پر رکھیں اور نرمی کے ساتھ رحم کو آہستہ آہستہ اندر کی طرف لوٹائیں، یہاں تک کہ سارا گاز اندر ہوجائے، ساتھ ہی قاذفین کو بھی ان کی طبعی جگہ پر لوٹا دیا جائے۔ اس کے بعد دوسرا کپڑا سرکہ اور پانی میں بھگو کر فرج پر رکھیں پھر مریضہ کو کسی کروٹ کرکے پنڈلیاں ملا دی جائیں، جب رحم اور قاذفین کی درست توضیع ہوجائے تو گاز گل روغن میں تر کرکے فرج پر رکھ کر شرم گاہ پر ایک اور گاز رکھ کر لنگوٹ بندھوا دیں۔ اس کے بعد مریضہ کو پشت کے بل سونے کی ہدایت کی جائے اور سرین کے نیچے تکیہ رکھ کر دونوں زانو کو باہم ملا دیں۔ اس دوران اچھی اچھی خوشبوئیں سنگھاتے رہیں تاکہ رحم اوپر کی طرف چڑھ جائے۔ مذکورہ تدابیر علیہ کے بعد بھی بروئے کار لائی جا سکتی ہیں۔ لیکن ایسی صورت میں تمام دن میں ۲-۳ مرتبہ مریضہ کے پیشاب کا اخراج کرتے رہیں۔

تیسرے روز پارچہ اور گدیاں دور کرکے دافع عفونت محلول سے بذریعہ نطول رحم کی صفائی کرکے دوسرا صاف گاز کسی ایسی شراب میں تر کرکے رحم میں رکھا جائے جس میں آس، گل سرخ، اقاقیا اور پوست انار وغیرہ جوش دیا گیا ہو۔

مذکورہ تدابیر کے بعد مریضہ کو جوشاندہ اذخر، آس، گلسرخ، جفت بلوط اور اس کی پتی، مازو، سعد و جوز السرو میں آبزن کرائیں، نیز گلسرخ، برگ مورد، پوست انار، پوست ببول اور اقاقیا کو شراب میں جوش دے کر نیم گرم ضماد کریں اور اسی کے جوشاندہ کو ناف و عانہ پر نطولاً استعمال کرائیں۔

اگر وضع حمل کے دوران یہ شکایت عارض ہوئی ہو تو حسب ذیل نسخہ استعمال کرائیں۔

(نسخہ) ڈوڈہ کپاس، املتاس، پوست اخروٹ ہر ایک ۲۵ گرام بانس کی گرہ ۵ عدد پانی میں جوش دیں اور ایک تہائی حصہ باقی رہ جانے پر قدرے قدرے سیپ کرائیں۔

اگر کثرت رطوبات کے سبب رحم کے رباطات کا ارخا ہوا ہو تو پہلے ایارجات وغیرہ سے رحم کا تنقیہ کرائیں، اس کے بعد مجففات رطوبت کام میں لائیں مثلاً صبح کو معجون خبث الحدید اور شام کو سپاری پاک استعمال کرائیں۔

اگر اس کا سبب کوئی دوسرا مرض ہو تو تفتیش کے بعد اس کی تدبیر کریں۔

اگر اس کا باعث سلعات رحم ہوں تو مناسب تدابیر بروئے کار لائیں۔ ایسی حالت میں امید شفا کم رہتی ہے تاہم تکلیف کم کرنے کے لئے کچھ نہ کچھ تدبیر کرنی چاہیئے۔ حسب ذیل نسخہ اس غرض کے لئے استعمال کرا سکتے ہیں:۔

(ص) اونٹنی کا دودھ، گائے کا دودھ، روغن بیدانجیر ہر ایک ۲۵۰ ملی لیٹر باہم ملا کر آگ پر پکائیں گاڑھا ہو جانے پر اتار لیں اور اس میں اجوائن دیسی، زنجبیل ہر ایک ۲۰ گرام باریک پیس کر مقام سلعہ پر لیپ کریں۔ درد کے لئے جوشاندہ پوست خشخاش سے مقامی تکمید کرائیں اور تقویت کیلئے حب جواہر مہرہ وغیرہ دیا جائے۔ جذب رحم و تقویت کے لئے جندبیدستر کا استعمال بھی مفید ہے۔

غذا و پرہیز:۔ مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے، ثقیل بادی، نفاخ اور مرطوب اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔ کھانے میں زردی بیضۂ مرغ نیم برشت، مرغ، تیتر، بٹیر نیز بکرے وغیرہ کے گوشت کا شوربہ دیں۔ پیاس بڑھانے والی نمکین، چھینک لانے اور سعال پیدا کرنے والی اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں۔ شکم پری سے بھی احتراز ضروری ہے۔

جراحی معالجہ:۔ مختلف جراحی تدابیر میں ایک امر مشترک یہ ہے کہ تضییقی حلقہ (Constricting Ring) حسب ضرورت متسع یا منقسم کیا جا سکتا ہے۔

جراحی تخفیف مہبلی یا شکمی راہ سے انجام دی جا سکتی ہے۔ مہبلی طریقے اسپائی نیلی کا عملیہ اور مہبلی رحم برآری ہیں اور شکمی عملیے ہنٹنگٹن، ہالٹین اور ڈوبن کے عملیے ہیں جن کا تعارف درج ذیل ہے۔

سپائی نیلی کا عملیہ (Spinelli's Operation):۔ شکمی تدابیر کی بہ نسبت یہ مشکل ترین عملیہ ہے۔ تاہم اس تدبیر میں صدمہ اور عفونت کا احتمال بہت کم ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں رحم کو پوری رفتار میں انقباضی منقی حلقہ سے لے کر تعرالرحم اور اس کے اوپر تک کاٹنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ جن کا تذکرہ سپائی نیلی نے حسب ذیل ۲ مدارج میں کیا ہے۔

درجۂ اول:۔ رحمی مثانی جیب کو متقدم قبوہ میں سے کھولنے کے لئے متقدم لب کو منقاش سے مثبت کر دیا جاتا ہے اور اس کے بعد متقدم مہبلی شگافی (Anterior Colpotomy) بروئے کار لائی جاتی ہے۔

درجہ دوم :- اس درجہ میں رحم کی دیوار مقدم خط وسطی پر فم خارجی سے قوتک کاٹ دی جاتی ہے۔

درجہ سوم :- رحم کو دو بارہ اصبعی طریقے سے موڑ کر اس عضو کی سطح باریطون کے سامنے کی طرف دبا دی جاتی ہے اور کٹے ہوئے سرے پیچھے کی طرف لوٹا دیئے جاتے ہیں۔

درجہ چہارم :- رحم کا شگاف دو تہوں میں ملفوف کردیا جاتا ہے، پہلی میں مخاطی اور عضلی تہ شامل ہوتی ہے اور دوسری میں باریطونی اور عضلی تہ۔ تاج الرحم کو سامنے اور فوقانی جانب اٹھالیا جاتا ہے، جس سے رحم کی مقدم سطح تک باآسانی رسائی ممکن ہوتی ہے۔

درجہ پنجم :- اس درجہ میں دوبارہ رحم کو رحمی مثانی جیب کے فتحہ میں سے بالائی جانب دھکیل کر کہفہ دونوں میں داخل کردیتے ہیں اس طرح یہ فوق مہبلی عنق میں سے گزرتے ہوئے ایک مستعرض محور کے گرد گردش کر جاتا ہے۔

درجہ ششم :- سب سے آخر میں رحمی مثانی جیب کے باریطونی اور مہبلی شگافات اور مقدم قوہ بند کرکے دونوں جیبوں کی سیلیت کردینی چاہیئے۔

مہبلی رحم برآری (Vaginal Hysterectomy) :- ۴۰ برس سے اوپر کی عورتوں میں ارتکاس اور چند مرضیاتی ارتکاس میں رحم برآری قابل انتخاب تدبیر ہے۔ علاوہ بریں اگر شوہر رضامند ہو، مریضہ کی کافی ہو یا اسے دوسری اولاد کی خواہش نہ ہو اور کوئی دوسری تدبیر کارگر نہ ہو تو چند منتخب اصابات میں شکمی کلی رحم برآری بروئے کار لائی جائے۔

ہنٹنگٹن کا عملیہ (Huntington's Operation) :- شکم کھولنے کے بعد رحم کو ایلیس کے کلاب (Alli's Forcep) کے ذریعہ تدریجاً اوپر کھینچا جاتا ہے۔ یہ طریق عمل تحت الحاد اصابات میں بہت سود مند ثابت ہوتا ہے لیکن زیادہ مزمن اصابات میں عنقی حلقے کو بلا تقسیم کئے ہوئے تضییق پیدا کرنا مشکل ہوتا ہے۔

ہالٹین کا عملیہ (Haultain's Operatico) :- شکم کھولنے کے بعد قابض حلقہ کو موخر جانب کے خط وسطی کے کچھ فاصلے تک منقسم کردیا جاتا ہے۔ برعکس رحم کو ایلیس کلاب سے اوپر اٹھا لیتے ہیں اور جسم و عنق کے زیریں حصہ کی موخر سطح کے زخم کو دو پرتوں میں دوخت کر دیا جاتا ہے۔ یہ محفوظ اور آسان ترین عملیہ ہے محض ایک خرابی یہ ہے کہ رحم کی موخر سطح پر ندبہ بن جاتا ہے۔

ڈوبن کا عملیہ (Dobin's Operation) :- اس عملیہ میں عنقی حلقہ کا جانبی خط وسطی پر کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس کی توسیع کے بعد منقطع جانبی دیوار رحم شگاف قیصری کی طرح نظر آتی ہے۔

۲۵

مبیضی میلانات

[Displacements of the Ovaries]

غیر نازلہ مبیض (Non Descent Ovary):- مبیض کے جنینی دور میں یہ طبعی طور پر گردہ کے اسفل حصّے کی طرف نزول کر جاتا ہے، جس کے ساتھ ساتھ اس کی دموی عروق بھی جاتی ہیں۔ مبیض کا عدم نزول بہت ہی نادر الوقوع امر ہے، عدم نزول کی حالت میں مبیض حوضی گگر کے اوپر حالب کے قرب وجوار ہی میں ٹھہر جاتا ہے۔ مبیض کا عدم نزول کبھی کبھی ہبل کی خلقی عدم موجودگی کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

مبیض کا فتق (Hernia of the Ovary):- اس عارضہ کی دو اقسام یعنی خلقی اور اکتسابی بیان کی جاتی ہیں:-

خلقی فتق (Congenital Hernia):- اس عارضہ میں مبیض خطِ اربی کے قنال نک (Nuck-Canal) میں واقع ہوتا ہے۔ یہ صورت حال چند تناسلی نقائص کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ تاہم اس قنال میں پایا جانے والا جسم خردبینی تراشہ پر اکثر خصیہ یا مرکب غدہ یعنی مبیض و خصیہ (Ovo Testes) کا متناظر ہوتا ہے۔

اکتسابی فتق (Acquired Hernia):- یہ دونوں میں سے کثیر الوقوع قسم ہے، ویسے تو جملہ اقسام کے فتق میں مبیض پایا جاتا ہے لیکن دیگر فتوق کی بہ نسبت اُربی فتق میں یہ زیادہ پایا جاتا ہے۔ فتقی تاجہ میں مبیض کے ساتھ ساتھ قاذفین بھی اکثر پائے جاتے ہیں۔ بسا اوقات رحم یا ثرب کا خاصا حصہ بھی موجود ہوتا ہے۔

علاج:- مریضہ کی عمر اور حالات کے اعتبار سے حفاظتی یا جرحی معالجہ کا انتخاب کرنا چاہیے۔ مبیض کی کہفہ شکم میں ترجیع سے پیشتر اسے حسب ضرورت تراشا جا سکتا ہے اور رحمی مبیضی رباطات

کو کہفِ شکم میں احتیاط کے ساتھ کاٹ کر چھوٹا کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح کہ ان کی دموی رسد متاثر نہ ہونے پائے۔

مبیض کا سقوط (Prolepse of the Ovary):۔ مبیض طبعی حالت میں صادق عانہ (True Pubis) کے فوقانی حصہ کی خلفی دیوار کے پاس واقع ہوتا ہے۔ پورے وقت کے عمل کے دوران ہونے والے ناقص التفاف (Sub Involution) کے نتیجہ میں رباطات کمزور اور ضعیف ہوجاتے ہیں یا منتفخ رحم کے عفنی اسقاط کے نتیجہ میں رحم کی پس گردی کے ساتھ ساتھ مبیضین ڈگلس کی جیب میں آجاتے ہیں۔ بھاری دو یری مبیضین کا سقوط زیادہ عام ہے۔ اس غیر طبعی حالت میں عضو میں استلالی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ حوضی التہاب باریطون کے اصابات میں مبیضین عموماً مسقوط اور منضم ہوجاتے ہیں:

سریری مناظر:۔ علامات عموماً معدوم ہوتی ہیں اور مرض کا انکشاف کسی دوسرے امتحان کے دوران اتفاقاً ہوجاتا ہے۔

علامات کی موجودگی میں مریضہ شدید جاع مولم کی شکایت کرتی ہے۔ پیڑو میں بھراؤ محسوس ہوتا ہے۔ زیریں درد کمر اور درد شکم موجود ہوتا ہے۔ قبل طمثی اور طمثی ادوار میں علامات زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ مریضہ تبویض کے وقت درون طمثی درد کی شکایت کرتی ہے۔ امتلائے مبیضین کے سبب استحاضہ اور کثرت طمث کی شکایت نادرالوقوع ہے، یعنی طمث عموماً غیر متاثر ہوتا ہے۔ شاذ و نادر سقوط منضم مبیضین مستقیمی علامتیں مثلاً دردناک تبرز اور نزف عارض کرسکتے ہیں۔

دو دستی امتحان پر ایک یا دونوں طرف منقلب رحم کے پیچھے الیم مبیضین پائے جاسکتے ہیں۔ اگر رحم حرکت پذیر ہے اور اصبعی طور پر درست کیا جاسکے تو اسے اوپر اٹھاتے وقت ڈگلس کی جیب میں الیمیت محسوس ہوگی۔

علاج:۔ اس کے علاج میں بڑے غور و خوض کی ضرورت ہے خاص طور سے اگر ساتھ میں عصبانیت (Neurosis) بھی موجود ہو۔ لیکن یہ امر بھی قابل لحاظ ہے کہ مبیضی سقوط کے جملہ اصابات ہمیشہ علاج کے متقاضی نہیں ہوتے۔ مقامی علاج کے معاون اصولوں مثلاً مہبلی نطول و حمول کے استعمال سے درد میں تخفیف کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس طرح مبیض کے دوران خون میں روانی پیدا ہوجاتی ہے۔ اگر اس کا نزول خلفی میلان الرحم سے عارض ہوا ہو تو رحم کی ترجیع کر دینے سے عموماً اس صورتحال کی اصلاح ہوجاتی ہے۔ وقتی طور پر مبیض کو مزید نزول سے روکنے کے لئے حلقہ دار فرزجہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس سے پورا مقصد حاصل نہیں ہوتا۔

نوٹ:۔ یونانی علاج کے لئے ارتکاس رحم کے نسخے آزمائے جائیں۔

اگر مذکورہ تدابیر ناکام ہو جائیں اور شدید جماع مؤلم کی شکایت موجود ہو نیز ساتھ میں رحم کی غیر وضعیت واقع نہ ہو تو عملیہ ناگزیر ہو جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے مبیضی رباط کو چھوٹا کر کے اس کی مناسب مقام پر تعلیق کر دی جاتی ہے۔ مناسب یہی ہے کہ حافۃ الحوض (Pelvic Brim) کے لیول پر باریطون سے مربوط کر دیا جائے۔

باب پنجم

تولیدی اعضا کی نو ساختیں

[NEOPLASMS OF THE REPRODUCTIVE ORGANS]

۲۶

فرج کی نوبالیدیں

[New Growths of the Vulva]

دُهنی دوپرے (Sebaceous Cysts): یہ دوپرے انسداد قنات کے نتیجے میں عموماً شفرتین صغیرہ و کبیرکی اندرونی سطح میں عارض ہوتے ہیں۔ یہ عام طور سے بہت چھوٹے ہوتے ہیں تاہم دو سینٹی میٹر تک بھی ریکارڈ کئے گئے ہیں۔ دوپرے میں مخصوص جبنی مادہ پایا جاتا ہے جس کا رجحان سرایت اور تقیح کی جانب ہوتا ہے۔

علاج:۔ اگر یہ بہت چھوٹے ہوں اور کوئی علامت نمو نہ کریں تو علاج کی ضرورت نہیں لیکن اگر قابل لحاظ حد تک بڑے اور تکلیف دہ ہوں یا بار بار سرایت زدہ ہو رہے ہوں تو مقامی معدم حس کے زیر اثر سادہ شگاف تجویز کیا جائے۔

بارتھولینی دوپرے (Bartholin Cysts):۔ کثیر الوقوع فرجی دوپرے غدہ بارتھولین میں پائے جاتے ہیں۔ یہ بیضوی انتباب کی شکل میں شفر کبیر کے خلفی سرے کے اندرونی جانب نمودار ہوتے ہیں لیکن بڑے ہونے کی حالت میں یہ مہبلی مدخل (دہلیز مہبل) میں بھر جاتے ہیں اور اس کے اطراف کی جلدوں میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کے اوپر شفرتین صغیرہ کا خلفی کنارہ ممتد ہو جاتا ہے۔ طفیلا (ریم زدہ) مادہ کے اخراج سے قنات میں رکاوٹ پیدا ہونے سے یہ التہابی کیفیت نمو

ہوتی ہے۔ چھوٹے ہونے کی حالت میں یہ کوئی عارضہ پیدا نہیں کرتے لیکن بڑھنے پر نہ صرف تکلیف دہ ہو سکتے ہیں بلکہ سرایت بھی عارض کر سکتے ہیں۔

علاج:- دویرہ کا عملیۂ کیسیت (Marsupialization):- یہ ایک آسان ترین عملیہ ہے جس میں دویرہ میں شگاف دے کر اس کے مشمولات خارج کر دئیے جاتے ہیں، اس کے بعد دویرہ کی دوختگی جلدی کناروں سے کر دی جاتی ہے۔ اس آسان اور مقبول ترین عملیہ میں فقط چند منٹ درکار ہوتے ہیں جس میں خون بھی ضائع نہیں ہوتا اور مریضہ کو شفا خانہ میں ایک رات قیام کی ضرورت ہوتی ہے۔

عملیہ کا مقصد غدہ کے لئے دائمی ناصوری لیک کی فراہمی ہے، جس کے ذریعہ یہ اپنا فعل پھیلی مہن (Lubricant) کے طور پر جاری رکھتا ہے، لیکن جن مریضات میں دونوں بارتھولینی غدد میں شگاف لگا جاتا ہے، ترشح کی کمی اور فرج کی خشکی کی معقول شکایت کرتی ہیں، جس سے انھیں جماع مولم کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ بارتھولینی دویرہ کی داخلی سطح پوشیدہ کرنے والی جلد میں شگاف دیدیا جائے، اس مقصد کے لئے فرجی التہاب کے اوپر انتصابی رخ میں شگاف دیا جائے چونکہ غدہ بارتھولین بصلۃ الدہلیز کے عقب میں واقع ہوتا ہے، جس میں بڑی بڑی رگیں موجود ہوتی ہیں، لہٰذا شگاف کے وقت کمال احتیاط برتنی چاہیے اور قدامی حد کو اتنی بلندی پر نہ لیجانا چاہیے جس سے عروقی ساخت کو نقصان پہونچے۔ اس مقام پر یہ ضروری ہے کہ نہ صرف خون جاری کرنے والی رگوں کو باندھ دیا جائے بلکہ اس تجویف کو دوختہ بھی کر دیا جائے اور اس دوران پوری طرح احتیاط ملحوظ رکھی جائے ورنہ ذرا سی بے احتیاطی سے غیر محو شدہ تجویف میں خون رسنے سے بڑا اسلعۂ دمویہ عارض ہونے کا امکان رہتا ہے۔

شگاف دینے کے بعد اس کے سروں کو بافتی کلابوں سے اوپر اٹھایا جائے اور شفرہ کی غشائی مخاطی اور اس کی جلد کی عروق دمویہ کی حامل متصل بافت کے ڈوروں کو شکنجے لگا کر درمیان سے کاٹ دیا۔ غدہ اور دویرہ کو اگرچہ بیک وقت دور کیا جا سکتا ہے لیکن دویرہ جب بڑھ جاتا ہے تو غدہ منضم ہو جاتا ہے اور آسانی نہیں ملتا۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے مکمل دویرہ دور کرنے کے بعد جریان خون کے جملہ نقاط پر تانت کی گرہیں لگا دیں، نیز زخم کو عمق دختوں سے پوشیدہ کر دیں۔ خارجی تکملے سے پیشتر شفرتین کے مابین مطہر گاز کی ایک گدی رکھ دی جائے اور مریضہ کو کم از کم ہفتہ عشرہ تک

آرام بستری کی ہدایت کی جائے۔ سرایتوں کے اندفاع کے لئے انٹی بایوٹک استعمال کرائی جائے۔

سلعات فرج

[Tumours of the Vulvae]

حلیمہ دار سلعات (Papillomata):- فرج کی مسّہ نما بالیدوں کی دو قسمیں دیکھی جا سکتی ہیں:

(۱) ثولکدار فلطاتی سلعات (Condylomata Acuminata) یا سرایتی حلیمی سلعہ (Infective Papilloma):- مسّوں سے مشابہ یہ نو بالید قشب (Virus) سے عارض ہوتی ہے۔ چنانچہ جب یہ فرج پر عارض ہوتی ہے تو مقامی نمی کے سبب سرایت بسرعت پھیلتی ہے اور ابتدا میں بے شمار چھوٹے چھوٹے مسّے نمودار ہو جاتے ہیں۔ مواد کا اخراج سرعت سے ہونے کے سبب اس کی رفتار نمو بہت بڑھ جاتی ہے۔ یہ مسّے بعد میں اس قدر بڑھ سکتے ہیں کہ پوری فرج پر محیط ہو سکتے ہیں۔ یہ مسّے انگلیوں کی جلد کے عمومی مسّوں کی طرح قشبی الاصل (Viral in Origin) سمجھتے ہیں اور زیادہ تر شوہر سے بیوی میں منتقل ہوتے ہیں۔

یہ مسّے جب چھوٹے ہوتے ہیں تو از خود معدوم ہو جاتے ہیں۔ ورنہ مکواۃ یا حرارت نافذہ برقی حرارت رسانی سے ان کا استیصال کیا جا سکتا ہے۔ علاوہ بریں (Podophyllin Resin 15%) مرکب ٹنکچر آف آیوڈین میں حل کر کے لگانے سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔

(۲) حلیمی سلعہ کی دوسری قسم میں شفر کبیر کی خارجی سطح پر غشا رخلوں کی تکاثری ابھار پایا جاتا ہے۔ سرایتی حلیمی سلعہ کے مقابلے میں یہ قسم زیادہ ہموار نظر آتی ہے نیز ابتدائی درجہ میں چھوٹے مسّوں کے بجائے چھوٹے چھوٹے غیر منقسم قطعات رکوبیات (Patches) کی شکل میں نظر آتا ہے۔ اسے آتشکی ثولول رفلطاحی سلعات عریضہ (Condyloma Latum of Syphilis) سے تمیز کرنا ناگزیر ہے۔

علاج شگاف اور بایوپسی پر مشتمل ہوتا ہے۔

سلعۂ غددی عرقی (Hidradenoma) اسے غدی عرقی ازیا بھی کہتے ہیں۔ یہ حلیمی سلعہ فرج پر نادر الوقوع ہے۔ سریری اعتبار سے یہ مدور اور چکنے التہاب کا منظر پیش کرتا ہے اور کبھی کبھی ایک سینٹی میٹر تک محیط ہوتا ہے اوپری جلد سرخ اور متقرح ہو سکتی ہے۔ خوردبینی تراشا التہابی غددی منظر پیش کرتا ہے جنکی متعدد انبوبی تنات غیر مہدب استوانی خلیات (Non Ciliate Collumnar Cells) کی واحد پرت سے ملفوف رہتی ہیں۔

لیفی سلعات (Fibromata):- سلعات عموماً شفر کبیر پر نمودار ہوتے ہیں اور اکثر عنقہ دار ہوتے ہیں۔

شحمی سلعات (Lipomata):۔ شاذ و نادر جبل الزہرہ یا شفر کبیر پر شحمی سلعات پائے جاتے ہیں۔

وحمات ملونہ (Pigmented Moles):۔ یہ فرج پر نسبتاً کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ یہ عام طور سے زیادہ سلیم (حمید) ہوتے ہیں لیکن سیاہ بغیر بال کا دغیر شعوری ملونہ وحمہ گاہے خبیث ملانینی سلعہ (Malignant Melanoma) کا نقطہ آغاز ثابت ہوتا ہے۔ پہلے عام طور سے یہی خیال کیا جاتا تھا کہ دوران حمل خبیث تغیرات زیادہ رونما ہوتے ہیں، لیکن جدید دور کے ماہرین نے اسے سیر چشمی سے قبول کرنے سے انکار کر دیا۔

فرج کا سرطانی سلعہ (Carcinoma of the Vulva):۔ سلعات فرج میں سب سے زیادہ اہم سرطانی سلعہ ہوتا ہے کیونکہ تمام حوضی سرطانات میں تیسرا سب سے زیادہ کثیر الوقوع سرطان یہی ہے، اسی کی وجہ سے نہ رحمی مبیضی سرطانات بھی اکثر پیدا ہوتے ہیں بلکہ تناسلی قنال کی خباثتوں کا ۳ تا ۵ فیصدی زمرہ در یہ سرطان ہوتا ہے۔

سرطان فرج ۵۰ سال سے اوپر کی عمر کی عورتوں میں عموماً بعد ایاسی دور میں عارض ہوتا ہے۔ ٹاٹا میموریل ہسپتال بمبئی میں عورتوں میں پائے جانے والے سرطانات میں سے ۱۵/۱ سرطان فرج تھے۔ دس سال یعنی ۱۹۴۰ تا ۱۹۵۰ کے دوران سرطان فرج کی ۳۰ مریضائیں اور عنق کی ۲۰۸۵ تھیں۔ گویا کہ سرطان عنق میں ہر ۷۰ مریضائیں کے بعد ایک سرطانی فرج کی مریضہ ہوتی ہے۔

مرض شروع ہونے سے چند سال پہلے ہی سے فرج کی جلد میں تغیرات رونما ہونے لگتے ہیں اور بیشتر مریضات میں پیش سرطانی حالت مثلاً بیاضی سطحیت، پژمردگی فرج، سوزاکی مسوں یا مزمن التہاب کی دیگر شہادت سے شروع ہوتا ہے۔ بیاضی سطحیت فرج قطعی طور پر سرطان کی ابتدائی علامت بن کے ابھرتی ہے اور بزہ تدریجاً از خود سرطان میں تبدیل ہو جاتے ہیں، لیکن جدید ماہرین کے خیال کے مطابق بیاضی سطحیت فرج سرطان کا بیشتر خمیر یا قطعی علامت نہیں ہوتی کیوں کہ بے شمار عورتیں بیاضی سطحیت میں مبتلا ہونے کے باوجود سلیم سرطانی سلعہ (Epithelioma) میں کبھی بھی مبتلا نہیں ہوتیں۔ یہ بیرون جلدی التہاب کی قسم سے ہوتا ہے اور اربی لمفاوی عقد میں ابتدائی سروحات (Metastases) عارض ہوتے ہیں۔

امراضیات:۔ بیشتر مریضات میں شفر کبیر مسدود ہو جاتا ہے دہلیزی سرطان نسبتاً قلیل الوقوع ہے۔ شفری سرطانات تکاثری تغیرات (Proliferative Lesions) کی طرف مائل ہوتے ہیں دہلیزی سرطانات میں عموماً گہرے تروحات ہوتے ہیں، جن کے کنارے کھردرے اور سخت ہوتے ہیں۔

نسیجاتی طور پر سرطان کے بے شمار اقسام ہیں، جن میں سے چند اہم حسب ذیل ہیں۔

(۱) تقشری خلیہ دار سرطانی سلعہ (Squamous Celled Carcinoma) کثیر الوقوع ہے۔

تصویر ۱۳۰: قشری خلیہ دار سرطانی سلعہ (دائیں) شفر کبیر پر ۶ بائیں طرف بیاضی سطحیت بہت زیادہ نمایاں ہے۔

ب) اساسی خلوی سرطانی سلعہ (Basal Cell Carcinoma) نادر الوقوع ہے اور عام طور سے شفر کبیر پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چہرے کی جلد پر پائے جانے والے قروح قارضہ کے مماثل اور مشابہ ہوتے ہیں۔

ج) فرج کا مرض باون (Bowen's Disease) اندرون سرطلمی یا غیر حملہ آور سرطان کی ایک قسم ہے۔ یہ نادر الوقوع ہے۔

(د) غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma) بارتھولینی غدہ سے شروع ہوتا ہے اس کے چند اصابات نوزائیدوں اور بچیوں میں مل جاتے ہیں۔

(ہ) فرج کا سلعۂ ملانینی نادر الوقوع ہے۔

(و) ثانوی یا انتقالی سرطان عنق یا جسم رحم سے شاذ و نادر ہی شروع ہوتا ہے۔

سریری خصائص:۔ فرج پر عموماً ایک دردناک قرحہ ہوتا ہے اور اس سے پیشتر مقام اکثر پرخراش دار التہاب جلد کی ایک طویل روئداد ملتی ہے۔ شفر کبیر پر قرحہ عارضہ پایا جاتا ہے جس کی سطح متقرح ہوتی ہے، اس قرحہ کی شکل کبھی کبھی گوبھی کے پھول جیسی بھی ہوتی ہے۔ دہلیز اور بظر میں عموماً عمیق قرحہ ہوتا ہے، جس کے کنارے سخت ہوتے ہیں۔ درد، اخراج مواد اور جلن عموماً پائی جاتی ہے۔

کنج ران کے غدد کلانی اختیار کر لیتے ہیں جن میں عموماً التہابی کیفیت پائی جاتی ہے۔

تشخیص

نطاقی سلعات (Condylomata) عموماً جوان عورتوں میں عارض ہوتے ہیں جو کہ حلیمی بالیدگی ہوتی ہے۔ اس میں صلابت موجود نہیں ہوتی ہے۔

خبیثی لمفاوی زہراوی سلعہ (Lymphogranuloma Venerum) عام طور سے معاء مستقیم میں تضیق اور تقرح کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ سرطان لاحقہ کی صحیح تشخیص کے لئے بایوپسی کا امتحان ضروری ہے۔

عنق یا رحم کے سرطان کے ثانوی عُقد (Metastatic Nodules) عموماً متعدد ہوتے ہیں اور سابقہ رحمی سرطان کے علاج کی روئداد عام طور سے مل جاتی ہے۔

علاج

یونانی علاج:۔ فرج کی جلدی بیماریوں مثلاً دویرون، سلعات اور سرطانی سلعۂ فرج کا تقریباً یکساں طور پر علاج کیا جاتا ہے، اور ہر جگہ منضج و مسہل کا استعمال ناگزیر ہے۔

جملہ اصابات میں اصل سبب معلوم کر کے اس کا مناسب تدارک کیا جائے۔ اگر آتشکی مادہ ہو تو اس کا اصولی علاج کیا جائے۔

اگر سوداویت کا غلبہ ہو تو درج ذیل نسخۂ منضج استعمال کرائیں:۔

(ص) شاہترہ، عشبہ، گل نیلوفر ہر ایک ۷ گرام، عناب، آلو بخارا، گاؤزبان، افتیمون ہر ایک ۶ گرام، منقیٰ، [illegible] ۱۰ گرام، [illegible] گرام پانی میں جوش دے کر نوش کرائیں۔

اگر بلغم غلیظ غالب ہو تو اسکے نضج کی فکر کریں، جس کا ایک نسخہ درج ذیل ہے :۔

(۱) بادیان، منڈی، چرائتہ، شاہترہ ہر ایک ۵ گرام، گاؤزبان، اسطوخودوس، بادرنجبویہ ہر ایک ۷ گرام، افتیمون، عناب شب کو آب گرم میں بھگو دیں اور صبح مل چھان کر شربت عناب ملا کر پلائیں۔

جس روز مسہل دینا مقصود ہو ادویۂ مسہلہ کا اضافہ کریں۔ دوسرے تیسرے روز مسہل کے ہمراہ گیسرخ، پوست ہلیلہ کابلی اضافہ کریں۔ تبریہ کے لئے نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(۱) شیرہ بادیان، شیرہ عناب، عرق مصفی مرکب میں تیار کرکے تخم ریحان اور شربت بنفشہ ملا کر نوش کرائیں۔

مقامی طور پر مرہم مقل استعمال کرائیں اور حسب ذیل پوٹلی سے تکمید کرائیں :۔

(۱) نارجیل کہنہ، مغز تخم ارنڈی، کنجد سیاہ باریک کوٹ کر بعد ازاں آب گرم میں بھگو کر فرج کی تکمید کریں۔

ضماد ذیل بھی تلیین صلابت و تسکین درد کرتا ہے :۔

(۱) برگ خطمی تازہ باریک پیس کر قدرے بطخ کی چربی اور روغن بادام ملا کر مقامی طور پر ضماد کریں۔

غذا و پرہیز :۔ مریضہ کو گرم اور سودا پیدا کرنے والی اغذیہ سے منع کریں اور جید الکیموس غذائیں شوربا، ان نشکار، چڑیوں کا گوشت نیز سبزیوں میں سے کاہو، کاسنی، بتھوا، چقندر اور پالک وغیرہ اور میووں میں سے انجیر، انگور، بادام اور سیب شیریں وغیرہ استعمال کرائیں۔

حفظ ماتقدم :۔ بیاضی سلعیت کی ابتدا ہی سے فرج برآری اطمینان بخش طریق عمل ہے ورنہ بیاضی سلعیت پورے فرج پر منتشر ہو جاتی ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۳۹۔

علاج شافی :۔ اس مرض کے علاج میں فرج کے ساتھ ساتھ اُربی فخذی حرقفی غدد کا اساسی انقلاع شامل ہے۔ حرقفی غدد تک رسائی کے لئے خارجی صفاق موب تقسیم کرکے قنال اربی کھول دینی چاہیئے۔ قنال فخذی نمودار کرنے کے لئے رباط تقسیم کر دینا چاہیئے، اس طرح نہ صرف غدد تک رسائی ممکن ہو سکتی ہے بلکہ عروق حرقفہ بھی نظر آنے لگتے ہیں۔

چونکہ ریڈیم تھیراپی (شعاعی معالجہ) سے خاطر خواہ نتیجہ برآمد نہیں ہوتا، لہٰذا اب ماہرین کی توجہ لاشعاعی معالجہ کی طرف منعطف ہو گئی ہے، اس لئے تسکین و تخفیف مرض کے لئے اعلیٰ طاقت کا لاشعاعی معالجہ بروئے کار لایا جائے۔

جراحی تدابیر ان اصابات میں بروئے کار لائی جائیں جہاں مذکورہ بالا تدابیر کارگر نہ ثابت ہوں۔

انجام مرض:۔ اگر ابتدائی درجے میں قرحہ نظر آئے تو بلا تامل شگاف دیکر مواد کا کلی اخراج کر دینے اور متاثرہ حصوں کا استیصال کر دینے سے نتیجہ بڑا حوصلہ افزا ثابت ہوتا ہے اور مریض زندگی کے چند برس کی مزید حلاوتیں پا جاتی ہے۔

اکالہ قرح (قرحۂ قارضہ) (Rodent Ulcer):۔ اسے قرح کا اساسی خلیہ دار سرطانی سلعہ کہتے ہیں۔ یہ بہت سست رفتاری سے بڑھتا ہے اور زیادہ آفتیں بھی نہیں ڈھاتا، لہٰذا اسے سرطان قرح میں حمید (سلیم) مقام ملنا چاہیئے۔

یونانی علاج:۔ خلط سوداوی کا تنقیہ کریں، اس کے لئے جوشاندۂ افتیمون سے اسہال لانا مناسب ہے۔ سرکہ، آب سماق، انگور خام کے رب وغیرہ سے آب دست لیں جراثیم کش (مصفی خون) دوائیں آزادی سے استعمال کرائیں۔

اگر فاسد گندا گوشت ہو اور پیپ و چرک وغیرہ سے اکالۂ قرح کو پاک کرنا مقصود ہو تو حسب ذیل نسخہ استعمال کرنے سے اچھا گوشت پیدا ہو کر زخم تیزی سے مندمل ہونے لگتا ہے۔

(ھ) پوست انار شیریں و ترش ہر ایک ۱۰ گرام، مازو، گلنار، پھٹکری، مصری، کاغذ سوختہ، عاقر قرحا ہر ایک ۵-۳ گرام، نمک لاہوری، نوشادر ہر ایک ۱۰ گرام کوٹ کر سرکہ حب الآس میں گوندھ کر ٹکیہ بنا کر خشک کرکے رکھیں۔ (صرف مقامی استعمال کے لئے)۔

اگر قرح زیادہ حساس ہو تو پہلے ماء العسل وغیرہ سے صفائی کریں یا طبیخ ایرسا اور منقی مراہم سے زخم کو چرک سے پاک کریں اور اگر ورم زیادہ ہو تو پہلے اسی کا علاج کریں اور جوشاندہ خشخاش سے تکمید کریں۔ اس طرح درد و ٹیس میں تسکین ہوتی ہے۔

ابتدائے مرض میں جبکہ گوشت گلانا ہو مرہم ذیل عموماً مفید ہوتا ہے۔

(ھ) مرتک، سپیدہ، انزروت ہموزن لے کر موم و گل روغن کے ہمراہ قیروطی تیار کریں۔ اگر زخم سفید چرک آلود ہو تو اسی نسخہ میں زنگار شامل کر لیں۔ اندمال زخم کا آغاز ہو جائے تو مرہم ذیل کا استعمال شروع کر دیں:۔

(ھ) توتیا مغسول، اقلیمیائے فضی، سپیدہ انزروت ہر ایک ایک حصہ، گل روغن اور موم ملا کر قیروطی بنالیں۔

عملیہ:۔ اکالۂ قرح کا اساسی شگاف کافی ہوا کرتا ہے۔ کنج ران کے غدد کا استیصال کرنے کی ضرورت شاذ و نادر ہی ہوا کرتی ہے۔

مبال کا سرطانی سلعہ Carcinoma of the Urethra :۔ یہ نادر الوقوع سلعہ ہے۔ یہ عام طور سے فلسانی خلیہ دار سلعہ ہوتا ہے جو منفذ سے شروع ہوتا ہے۔ گاہے یہ غدی سرطانی سلعہ کی شکل میں نزد مبیضی غدد (Para Urethral Glands) سے شروع ہوتا ہے، مبال سے لمفاوی مسیلیت عضلۂ سادہ اور غدہ قامر تک کی جاتی ہے، یہ غدد جلد ہی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ اگر بالیدگی منفذ سے منتشر ہوتی ہے تو عموماً کنج ران کے غدد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

یہ بالید بہت خستہ ہوتی ہے اور جلد ہی منفذ سے نزف ہونے لگتا ہے۔ احتباس بول کی شکایت بھی ہو سکتی ہے۔ اگر تشخیص میں دشواری ہو تو بایوپسی کے لئے ایک چھوٹا ٹکڑا حاصل کر لیا جائے۔ خراب اصابات میں مبال اور مثانہ دور کر دیا جاتا ہے اور حالبین کی حوضی قولون میں پیوندکاری کر دی جاتی ہے۔ آجکل زیادہ تر شعاعی اور عمیق لاشعاعی معالجہ بروئے کار لایا جاتا ہے۔

مقامی حالت اگرچہ بظاہر اچھی ہو جاتی ہے، لیکن بالیدگی غدد لمفاوی کے ذریعہ حوض میں منتشر ہو جاتی ہے اور انجام اچھا نہیں ہوتا۔

نوٹ :۔ ڈاکٹر رحیم خاں صاحب مرحوم نے لکھا ہے کہ "میں نے ایسی دو عورتوں کا علاج ان کی رسولیاں کاٹ کر کیا، جس کے بعد اسے کاسٹک سے جلا دیا اور مبال کا سرطانی سلعہ دوبارہ پیدا نہیں ہوا۔

مبالی لحمیہ (Urethral Caruncle) :۔ یہ قلیل الوقوع نہیں ہے۔ یہ چھوٹے سرخ شوخ سعدانی ابھار (Polypoidal Mass) کی شکل میں منفذ مبال سے شروع ہوتا ہے اور دردناک میں جڑ جاتا ہے۔ اس کی نزاکت کے سبب ایلمیت موجود ہوتی ہے۔ یہ ورم ہمیشہ واحد ہوا کرتا ہے اور مبال کی خلفی دیوار کی نشائے مخاطی سے نمودار ہوتا ہے۔ جو بڑھ کر مٹر کے دانے کے برابر ہو جاتا ہے۔ یہ لحمیہ عموماً بعد ایاسی اور معمر عورتوں میں عارض ہوتا ہے۔ اس کی ساخت میں اختلاف موجود ہوتا ہے، تاہم اسے عروقی شعری دموی سلعہ (Capillary Angioma) سمجھا جا سکتا ہے۔ بیشتر اصابات میں لحمیہ سلعۂ قیبی کی شکل میں نمودار ہوتا ہے اور قیبی بافتیں قشری خلسانی ہر حلقہ سے ملفوف رہتی ہیں۔ فلسانی سطح اکثر قابل ذکر حد تک باریک یا معدوم ہوتی ہے لیکن ہیکل عموماً التہابی تغیرات کا متناظر ہوتا ہے۔

علامات :۔ ادرار کے وقت عموماً درد ہوتا ہے نیز شدید ایلمیت اور جلن کا احساس ہوتا ہے اور کبھی کبھی لحمیہ کی سطح پر خون بھی نمودار ہو جاتا ہے۔ جماع مولم ایک واضح علامت ہو سکتی ہے۔ اٹھنے بیٹھنے اور چلنے پھرنے پر بھی درد ہوتا ہے۔ بعض لحمیہ علامات کے ساتھ پائے جاتے ہیں اور بعض بغیر علامات کے اور لطف کی بات یہ ہے کہ ان دونوں میں کسی طرح کا نسیجیاتی اختلاف بھی نہیں نظر آتا۔

تشخیص:۔ اس کی تشخیص غشائے مبال کے سقوط سے کرلینی چاہیئے۔ منفذ بول کے سرطان میں ایک نمایاں ابھار موجود ہو سکتا ہے۔ جس کے اوپر لحمیہ کا دھوکا نہ کھانا چاہیئے کیونکہ سرطانی سلعہ مبال کے زیریں کنارہ تک محدود نہیں ہوتا ہے علاوہ بریں اس کی رنگت سیاہ ہوتی ہے اور تقرح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔

علاج:۔ مبالی لحمیہ کا علاج بسا اوقات برقی حرارت رسانی یا تکویہ سے کیا جاتا ہے لیکن ایسی صورت میں مرض اکثر عود کر آتا ہے، لہذا ایسی صورت میں استیصال ناگزیر ہوتا ہے۔

باریک بافتی کلاب سے لحمیہ پکڑ کر نیچے کھینچ لیا جاتا ہے اور اس کے بعد مبال کی دیوار موخر کے ساتھ ساتھ نشتر لگا کر اس کا استیصال کر دیا جاتا ہے۔ زخم کے کنارے باریک تانت کی ۲-۲ دوختوں سے ملا دیئے جاتے ہیں۔

مبالی مخاطیہ کا انزلاق (Prolapse of the Urethral Mucosa):۔ یہ صورت حال بسا اوقات سن رسیدہ عورتوں میں عارض ہوتی ہے۔ یہ ایک ابھار دار گلابی مائل نیلگوں حصہ ہوتا ہے، جس کے مرکزی حصہ سے قاثاطیر بآسانی گزارا جا سکتا ہے۔ کبھی کبھی سقوط غشا کھنچ جاتی ہے، جس سے ایک سیاہ اور کافی ایلم ابھار بن جاتا ہے۔

تشخیص تفریقی:۔ اس کی تفریق مبالی لحمیہ سے کر لینی چاہیئے، جو کہیں زیادہ شوخ و سرخ رنگ کا اور شاخ دار ہوتا ہے۔

علاج:۔ غشائے مخاطی کے سقوط یافتہ حصہ کو کلاب سے پکڑ کر نیچے کھینچ کر آزادی کے ساتھ منقطع کر دینا چاہیئے اور اس کے کنارے کو منفذی حلقے میں دوخت کر دیا جائے۔

۲۷
مہبل کی نوبالیدیں

سرطانی سلعہ

[Carcinoma]

مہبل کا فلسانی خلیہ دار سرطانی سلعہ (Squamous Celled Carcinoma) نادرالوقوع ہے البتہ ثانوی ایسے طور پر یہ سرطان عنق میں کثیرالوقوع ہے لیکن جسم رحم کے سرطان میں غیر کثیرالوقوع ہے جبکہ زیریں تہائی حصہ میں علیحدہ شدہ سروح کے طور پر موجود ہوتا ہے۔ سرطانی سلعہ کے لئے استیصال رحم کے بعد بھی یہ مہبلی ندبہ میں واقع ہوتا ہے۔

عنق ماؤف ہونے کی شکل میں مہبل کا ابتدائی سرطان تشخیص نہیں کیا جاسکتا۔ ابتدائی سرطان عموماً بلدایاسی عمر میں عارض ہوتا ہے جو اکثر مہبل کی موخر دیوار کے فوقانی کنارے کو ماؤف کرتا ہے شاذونادر یہ بہت مزمن تقرح پیدا کر دیتا ہے جو گاہے مکمل سقوط کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ گاہے یہ عارضہ ربر کے گھڑی نما اسپرنگ کے فرزجہ (Rubber Watch Pessary) کے مسلسل اور ایک مدت تک استعمال سے بھی عارض ہو جاتا ہے۔

امراضیات :۔ مہبل کے ابتدائی خبیث سلعات عموماً فلسانی سلعہ (Squamous Carcinoma) اور گاہے غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma) ہوتے ہیں۔ شاذونادر سلعۂ لحمی (Sarcoma) عارض ہوتا ہے جو عموماً بچیوں میں لاحق ہوتا ہے اور اکثر انگور نما ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اسے خوشہ دار سلعہ لحمی (Sarcoma B.tryoides) سے موسوم کرتے ہیں۔ ابتدائی ملانینی سلعہ (Primary Melanoma) مہبل میں شاذ ہی پایا جاتا ہے۔ سلعہ املس عضلی لحمی (Leiomyosarcoma) مستقیمی مہبلی حاجز میں پیدا ہو سکتا ہے جو مدور تحت مخاطی سلعہ کا متناظر ہوتا ہے۔

علامات :۔ مریضہ خاص طور سے مباشرت یا نطول کے بعد نزف کی شکایت کرتی ہے۔

جس کے بعد ایک ناگوار قسم کی آبی رطوبت خارج ہونے لگتی ہے۔ بچیوں میں خون آمیز اخراج سے توجہ منعطف ہوتی ہے۔ موخر اصابات میں متصلہ بافتیں اور اعضا ماؤف ہو جاتے ہیں اور مرض شدت اختیار کرلیتا ہے۔ نتیجتاً کار براز یا بول یا دونوں مہبل میں نمودار ہونے لگتے ہیں۔ بالید کے انتشار کے نتیجہ میں مثانی مہبلی اور مستقیمی مہبلی ناصورات بن سکتے ہیں۔ اعصاب عجزی یا قطنی عجزی ضفیرہ ماؤف ہوجانے کی حالت میں اسفل شکم اور پشت میں درد ہوتا ہے۔

تشخیص:۔ فرازج کے طویل المدت استعمال سے عموماً ایک مزمن قسم کا قرحہ پیدا ہو جاتا ہے، جسے غلطی سے سرطان تصور کرلیا جاتا ہے، ایسی حالت میں بایوپسی سے تشخیص میں مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔

عموماً تدرنی قروح عنق اور ملحقات رحم کے تدرن (Adnexal Tuberculosis) کے ساتھ پائے جاتے ہیں، لہٰذا ان میں بخوبی تمیز کرلینی چاہیئے۔

درون رحمیت (Endometriosis) نزف عارض کرسکتی ہے۔ مہبلی قبوہ کے متسغ گرہچی (Nodules) کو غلطی سے سلعۂ سرطان تصور کرلیا جاتا ہے۔

فلطاحی سلعات کی شکل میں آتشک عموماً بآسانی ممیز ہو جاتا ہے، کیونکہ یہ مہبل سے فرج میں بڑھ کر آجاتے ہیں۔

امتحان کرنے پر قرحہ کا پتہ چلتا ہے، جس کے کنارے سخت ہوتے ہیں اور چھونے پر آزادی کے ساتھ نزف ہونے لگتا ہے۔ ابتدا میں درد نہیں ہوتا، لیکن جب معاء مستقیم یا مثانہ مسدود ہو جاتا ہے تو مسلسل شدید قسم کا درد ہونے لگتا ہے، نیز بول و براز دونوں مہبل میں نمودار ہونے لگتے ہیں۔ بالید فلسانی خلیئی (Squamous Cell Type) ہوتی ہے۔

علاج:۔ مہبل کے ابتدائی سلعۂ سرطان کا علاج انتہائی غیر اطمینان بخش رہا ہے۔ بالید عموماً دیوار موخر کے فوقانی حصے سے شروع ہوتی ہے جہاں پر مہبل معاء مستقیم اور باریطون سے اچھی طرح مربوط ہوتا ہے۔ بالید کا علم ہونے تک یہ مکمل ہو چکی ہوتی ہے، معاء مستقیم بہت جلد ماؤف ہو جاتا ہے۔

علاج شروع کرنے سے پیشتر تصدیق کے لئے بایوپسی حاصل کرنی چاہیئے۔ مہبل میں بالید کے ابتدائی ہونے کی قطعی تحقیق کے لئے عنقی قنال اور جسم رحم کا استقصار کرنا ضروری ہے۔

یونانی علاج:۔ مہبل کے سرطانی سلعات کے علاج میں سلعات فرج کے اصولوں اور معالجات کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ مقامی طور پر مرہم اشق کا استعمال مفید ہوتا ہے۔ جس کا نسخہ درج ذیل ہے:۔

(ص) اشق، رائی، گوگل، گندھک، سمندر جھاگ، تخم انجرہ، زراوند طویل ہر ایک ۱۲ گرام، موم زرد ۲۵ گرام
روغن زیتون ۱۰۰ ملی لیٹر۔

اول روغن زیتون میں اشق کو گرم کرکے ملائیں، اس کے بعد موم بھی شامل کردیں، آخر میں جملہ ادویہ باریک پیس کر ملائیں۔ اس میں سے حسب ضرورت مرہم لے کر روغن زیتون، روغن گل، مساوی الوزن ملا کر مقامی طور پر لگائیں۔ اسی طرح نسخہ ذیل بھی آزمایا جائے۔

(ص) مردار سنگ بریاں، کندر ذکر، زوفا اور صاف چربی ہر ایک ۷ گرام، روغن گل ۱۲۵ ملی لیٹر، مردار سنگ ۳۰ گرام کو آب کاسنی میں سحق کرکے باقی اجزا کو پگھلا کر باہم آمیز کرکے گاز میں لت کرکے عموماً استعمال کرائیں۔ ناکامی کی صورت میں مندرجہ ذیل طریقے بروئے کار لائیں:-

شعاعی ولاشعاعی معالجہ:- بڑے قروح کا علاج دونوں طرح یعنی ریڈیم اور عمیق لاشعاعوں (X-Rays) سے کیا جاتا ہے۔ اگر معا مستقیم مسدود ہو تو مستقیمی مہبلی ناسور پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔

عملیہ:- دوسرا ممکنہ طریق علاج بڑا عملیہ ہے، جس میں رحم اور پوری فرج نیز حوض میں موجود سارے غدد کا استیصال شامل ہے۔ اس مقصد سے ورد ہائم کا عملیہ قابل انتخاب ہے، اگر معا مستقیم مسدود ہو تو اسے بھی دور کردینا چاہیے اور قولون شگافی (Colostomy) بروئے کار لائی جائے۔ رحم اور زور رحم (Parametrium) کو شکمی راہ سے واضح طور پر تراش دینا چاہیے، اس کے بعد حوض میں فاسد خلا کو باریطون سے مطوف کرکے شکم کو بند کردینا چاہیے۔

انجام:- ابتدائی قروح کے علاوہ انجام اچھا نہیں ہوتا۔ علاج کا نتیجہ اطمینان بخش نہیں ہوتا، کیوں کہ شعاعی معالجہ کی مناسب مقدار رسائی ممکن نہیں ہوتی یہی حال عملیہ کا بھی ہے۔
مہبلی سرطان کے علاج کے نتیجہ میں ۵ فیصدی عورتیں ۵ سال تک مزید زندگی کی حلاوتیں حاصل کر پاتی ہیں۔

لیفی عضلی سلعات (Fibromyomata):- دیوار مہبل میں گاہے سلعات لیفیہ (Fibroids) پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بآسانی نرم سلعہ قنال میں انتفاخ پیدا کرتا ہے۔

علاج:- سلعات کا استیصال مہبلی دیوار کے ذریعہ کردینا چاہیے۔

مسلوی سی حلمی سلعہ (Chorionic Epithelioma):- یہ نادر الوقوع خبیث بالیدہ کبھی کبھی ابتدائی لیکن اکثر اوقات ثانوی طور پر مہبل میں عارض ہوتی ہے۔ اس کا ایک خاص منظر ہوتا ہے، یہ دموی سلعہ

کی طرح گہرے ارغوانی رنگ کا عقدہ ہوتا ہے۔ اس طرح کے عقد کا ظہور اسقاط یا وضع حمل کے فوراً بعد ہوتا ہے خاص طور سے جرابی رحمہ (Follicullar Mole) کے اخراج کے بعد۔

علاج :۔ علاج شروع کرنے سے پیشتر جرف ضرور کر لینا چاہیئے، ممکن ہے یہ مرض رحم سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہو، ایسی حالت میں رحم میں بھی یکساں قسم کی بالید ملے گی، اگر ثانوی صورت حال ہو تو کلی رحم برآری اور دونوں طرف کا انبوبہ و مبیض برآری (Salpingo-OoPhorectomy) عمل میں لائی جائے۔ یہ سلعہ خاص طور سے ریڈیم سے اثر قبول نہیں کرتا۔

سلعہ لحمیہ (Sarcoma) :۔ مہبل کا ابتدائی یا ثانوی سلعہ لحمیہ انتہائی نادر الوقوع ہے۔ البتہ بچیوں میں انگور نما خوشہ دار سلعہ لحمیہ کی روئداد ملتی ہے جو در اصل تحت الجلدی مخلوط سلعہ کی ایک قسم ہوتی ہے

ابتدائی لحمیہ مہبل مستدیر خلیہ نما، مخروطی خلیہ نما یا مخلوط خلیہ نما ہوتا ہے۔ یہ بسرعت تقرح پذیر ہوتا ہے اور دموی رنگت کی رطوبت خارج کرتا ہے نیز بعد میں عنق مثانہ اور معاء مستقیم کی دررِیزش کرتا ہے متعدد سروحات کثیر الوقوع نہیں ہوتے تاہم منطقی لمفاوی غدد جلدی دررِیزش اختیار کر لیتے ہیں۔

انگور نما سلعہ لحمیہ سعدانی سلعہ (Polypoidal Tumour) کے طور پر جواں سال بچیوں میں نمودار ہوتا ہے اور مہبل کو پُر کر دیتا ہے نیز فرج پر مربوط کر دیتا ہے۔ یہ ارد گرد کی ساختوں کی بسرعت دررِیزش کرتا ہے۔ بچیوں کے مہبل میں انگور نما سلعہ کی تشخیص بلا کسی دقت کے انجام دی جا سکتی ہے۔ اس کا انجام عموماً بہت خراب ہوتا ہے۔

علاج :۔ اول الذکر یعنی ابتدائی سلعہ لحمیہ کا علاج ریڈیم یا اعلیٰ برقیری اشعاع (Supervoltage Radiation) پر مشتمل ہونا چاہیئے۔ موخر الذکر یعنی انگور نما سلعہ لحمیہ کا علاج عموماً شعاعی معالجہ سے کیا جاتا ہے۔

دوبیرے (Cysts) :۔ مہبلی دوبیرے نادر الوقوع ہیں اور کسی بھی حصہ مہبل میں پائے جا سکتے ہیں لیکن عموماً دیوار مقدم میں مہبل اور مبال کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، لیکن شاذ و نادر ۲ انچ کے قطر کے بھی پائے جاتے ہیں۔ مہبل میں غدد نہیں ہوتے ہیں۔ مہبلی دوبیروں کی اکثریت گارٹنر قنات میں سادہ دوبیری احتباس کے طور پر پیدا ہوتی ہے۔ مہبلی دیوار عموماً اس قدر باریک ہو جاتی ہے کہ اس کے ذریعہ دوبیری دیوار (جو کہ نیم شفاف ہوتی ہے) دیکھی جا سکتی ہے۔ ان دوبیروں کی امراضیات ان کے جائے وقوع کے اعتبار سے ہوتی ہے۔

مہبلی مشمولات کے دوبیرے :۔ مہبل کی زیریں تہائی موخر یا موخر جانبی دیوار کے

دویرے ان چھوٹے مہبلی غشائے مخاطی کے ٹکڑوں سے بنتے ہیں جو سطح جلد کے نیچے مدفون ہوتے ہیں اور وضع حمل یا عجان دوزی (Perinorrhaphy) کی دریدگی کی دوختگی میں بے اعتدالیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ متعدد ہو سکتے ہیں۔ اور ان کی جسامت عموماً گولی کے برابر ہوتی ہے۔ مہبلی دویرے تاوقتیکہ مہبلی دہانہ (Orifice) ہی بروز نہ کر جائیں، علامتیں رونما نہیں کرتے۔

کیسیتی دویرے (Hydatid Cysts):۔ یہ دویرے شاذ و نادر مہبل میں خبقۂ تنقذیہ کی بستیوں (Echinococcus Colonies) کی پیوندکاری سے پیدا ہوتے ہیں۔

گارٹ نر قنات کے دویرے (Gartner's Duct Cysts):۔ جانبی یا مقدم دیوار میں پیدا ہونے والے دویروں کا تعلق گارٹ نر کی قنات سے ہوتا ہے۔ گارٹ نر قنات دراصل قنات وُولفی (Wolffian Duct) کا ایک زائد حصہ ہوتا ہے، جس کی رفتار رباط ساریقائے انبوبہ (Mesosalpinx) رحم کے جانبی کنارا اور مہبل کی مقدم جانبی دیوار کے ساتھ ساتھ پائی جاتی ہے۔ عمومی حالات میں یہ قنات معدوم ہوتی ہے لیکن دویرہ بننے کی حالت میں نمایاں ہو جاتی ہے۔ امتحان کے دوران غلطی سے اسے قیلۂ مثانیہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

علاج:۔ اگر مہبلی دویروں سے تکلیف دہ علامات مثلاً جماع کی تکلیف، حرقی درد وغیرہ ہو تو مثانہ، مبال اور معاء مستقیم کو بچاتے ہوئے دویرہ کا مکمل استیصال کر دینا چاہیے۔ شگاف حلقہ نما یا بیضوی کچھ اس طرح دیا جائے کہ مہبلی غشائے مخاطی کا کچھ حصہ باقی رہ جائے۔ اس کے بعد بافتی کلاب سے شگاف کے بیرونی کنارے تان دیئے جائیں اور دویرے کو اس کے محل وقوع سے منقطع کر کے دور کر دیا جائے لیکن اس امر کی احتیاط ملحوظ رکھنی چاہیے کہ دویرہ میں کچوکا نہ لگنے پائے۔ اگر دویرہ مہبل کی مقدم دیوار میں واقع ہو تو مبال کے فرش اور مثانہ کے قاعدہ کو منقطع کر کے دور کر دیا جائے اور اس دوران مثانہ میں ایک قاثاطیر رکھا جائے۔ عملیہ انجام دینے کے بعد تمام دموی رساؤ بند کر دیا جائے اور اس کے بعد دیوار مہبل کی دوختگی مسلسل یا متوقف طور پر تانت سے کر دینی چاہیئے۔

۲۸

درون رحمیت

[Endometriosis]

تعریف:- درون رحمیت کی اصطلاح کا اطلاق اس غدی سلعی ابھار پر کیا جاتا ہے جو رحمی درون رحم (Uterine Endometriosis) سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اسے بے محل درون رحم بھی کہتے ہیں۔

محل وقوع: یہ رحمی کہفہ سے باہر کہیں بھی مثلاً نسائی حوض اور شکمی کہفہ کے مختلف مقامات پر پائے جاتے ہیں۔ مخصوص ممکنہ مقامات درج ذیل ہیں:-

(۱) عضلۂ رحم، (۲) مبیضین، (۳) رحمی رباطات علی الخصوص رباط مستدیرہ، رباط عریض اور رباط رحمی عجزی، (۴) مستقیمی مہبلی حاجز، (۵) حوضی باریطون (رحم، قاذفین، معاء مستقیم، سینی (Sigmoid) یا مثانہ کو ملفوف کرنے والا)، (۶) سرہ، (۷) شکم شگافی کے ندبات (Scars)، (۸) فتقی تاچے، (۹) زائدہ دودیہ، (۱۰) ثرب (۱۱) مہبل، (۱۲) فرج، (۱۳) عنق، (۱۴) انبوبی ٹھنٹھ (Tubal Stump)، (۱۵) غدد لمفادی، (۱۶) بولی مثانہ اور معدی معوی قنات، (۱۷) اربی قنال۔ شاذونادر اصابات میں دوسرے مقامات مثلاً بازو، کنج ران یا ران پر بھی ان کی موجودگی کی رپورٹ ملی ہے۔ چند اہم اقسام کی توضیح آگے کی جائے گی۔

دیوار رحم میں عارض ہونے والی درون رحمیت اغداد عضلی (Adenomyosis) یا داخلی درون رحمیت (Endometriosis Interna) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔

کسی دوسرے مقام پر عارض ہونے والی تشریحی ساخت کی درون رحمیت کو اس تشریحی مقام کی ساخت سے موسوم کیا جاتا ہے مثلاً مبیض کی درون رحمیت۔ عضلۂ رحم کے علاوہ دیگر مقامات کی درون رحمیت کو خارجی درون رحمیت (Endometriosis Externa) کہتے ہیں۔

امریکہ اور یورپ کے ملکوں کی بہ نسبت ہندوستان میں درون رحمیت نمایاں طور پر کم واقع ہوتی ہے۔

ماہرین کے خیال کے مطابق جب استقرار حمل کے ذریعہ طمثی دوروں میں برسوں وقتی انقطاع واقع نہیں ہوتا تو آئسٹروجن کے مسلسل افراز کے زیر اثر دروں رحمیت عارض ہو جاتی ہے۔ اس نظریہ کو اس امر سے مزید تقویت ملتی ہے کہ یورپ و امریکا کے علاوہ ہند کی پارسی اقوام میں ہندوؤں اور مسلمانوں کی بہ نسبت غیر معمولی تاخیر سے شادیاں ہوتی ہیں، نیز ان اقوام میں مانعات حمل بکثرت استعمال ہوتے ہیں، اسی لئے وہ عورتیں اس آزار میں زیادہ مبتلا ہوتی ہیں۔ یہ مرض بڑہ ۷ اصابات میں ۲۵ تا ۴۵ سال کی درمیانی عمر میں لاحق ہوتا ہے

اسباب

سب سے پہلے البانیہ کے سیمپسن (Sampson) نے ماہرین کی توجہ کو دروں رحمیت کے ظواہر کی طرف منعطف کیا تھا، جسے اس نے دروں رحمی تنصبات (پیوند کاری) سے موسوم کیا تھا۔ مبیض کے اس طرح کے چاکلیٹی دویروں کو بہت بعد میں متمائز کیا گیا نیز یکساں ساخت کے تغیرات مستقیمی مہبلی حاجز اور دیگر حوضی مقامات پر پائے گئے۔ سیمپسن نے بتایا کہ یہ تغیرات مبیض، باریطون وغیرہ پر ذی حیات دروں رحمی خلیات کی تنصیب کے سبب واقع ہوتے ہیں۔ ان خلیات کو طمث کے دوران کہنہ رحم میں سیکہ تصور کیا جاتا تھا جو قاذفین کے ساتھ ساتھ گزرتے تھے اور آخر کار آئندہ کے مقام تغیر پر مقیم ہو کر نشوونما اختیار کرتے تھے۔ تنصیب غدہ نما فضاؤں پر مشتمل ہوتی ہے جو استوانی سرحلمہ سے گھری رہتی ہے نیز خلوی ہیکل کے ذریعہ علیحدگی اختیار کرتی ہے جو دروں رحمہ کا امتیازی وصف ہے۔ ہر طمثی مدت میں نزف واقع ہوتا ہے اور اس طرح تغیر صاف خون یا دموی تخضیب (Blood Pigmentation) پر مشتمل ہوتا ہے۔ جب مبیضی دویرہ منشق ہوتا ہے تو اس کے شمولات زائد دروں رحمی غیر غشائی خلیات (Desquamated Cells) کے ہمراہ حوض میں بکھر کر ثانوی دروں رحمی تنصیبات بناتے ہیں۔

سیمپسن کے نقطۂ نظر کو جہاں موافقانہ تقویت ملی وہیں مخالفت بھی کی گئی۔ چنانچہ جرمنی کے آر۔ میئر (R. Mayer) کے مصلیتی الاصل (Serosal Origin) مفروضہ نظریۂ تعصیب نے غیر معمولی شہرت حاصل کی۔ اس نظریہ کے مطابق مصنف کے خیال میں نسائی تناسلی قنات کے جملہ آلات (دروں رحمہ، مبیض کی سطح کا نبتی رحلہ وغیرہ) فی الاصل ابتدائی باریطون سے منشق ہوتے ہیں جو سیلومی کہف (Coeliac Cavity) کے سرحلمی خطوط بناتے ہیں۔ مبیضی ہارمونی تحریک کے نتیجے میں مصلیتی کہفہ اپنے فعل حقیقی کی طرف لوٹ آتا ہے اور سرحلمی ہدبت دار کہفے بناتا ہے۔

اس قسم کے تغیرات مریضہ کی زندگی کے تولیدی حصہ تک محدود ہوتے ہیں۔ مبیضین دور کر دینے سے تغیرات ذبول و معدوم ہوتے ہیں۔ بسا اوقات یہ تغیرات خبیث تغیرات اختیار کر لیتے ہیں اور

سیمپسن کے مطابق اس طرح مبیضین کے چند خبیث دویری غدی سلعات (Cystadenomas) پیدا ہو جاتے ہیں۔

امراضیاتی تغیرات

رحم کی غدی عضلیت (اغدادعضلی (Adenomyomatous of Uterus: یا داخلی رحمی دروں رحمیت: یہ رحمی عضلہ کے منتشر بیش تعظم کے طور پر عارض ہوتا ہے یا مخصوص انداز میں خط قرن کے سطحی حصہ عضلی میں محدود عقد کے طور پر پایا جاتا ہے۔ جس میں سے اول الذکر یعنی منتشر اغداد عضلی نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔

نظری منظر: منتشر قسم میں رحم باقاعدہ ۳ ماہ کے حمل کا حجم اختیار کر لیتا ہے۔ جب اس کا حجم غیر معمولی حد تک بڑھ جاتا ہے تو اس کے ہمراہ لیفی عضلی سلعات بھی عام طور سے پائے جاتے ہیں، ویسے تو دونوں دیواریں یکساں دبازت اختیار کر لیتی ہیں تاہم مقدم کی بہ نسبت موخر دیوار زیادہ دبیز ہو جاتی ہے۔ رحم حرکت پذیر ہوتا ہے لیکن ساتھ میں اگر حوضی دروں رحمیت بھی واقع ہو تو یہ دیگر ساختوں کے ہمراہ مثبت ہو جاتا ہے۔ دیوار رحم کے تراشہ میں ایک منتشر دبازت نظر آتی ہے، اس میں کیپ شول نہیں ہوتے۔ عضلہ اور نسیج داصل کے مابین منتشر جیسے چاکلیٹی رنگ کے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جن کا قطر سوئی کی نوک کے برابر یا کئی ملی میٹر ہوتا ہے یہ رقبے لطخی خوں پر مشتمل دروں رحمی جزائر ہوتے ہیں۔

محدود بالیدیں عموماً رحمی قرن کے خط میں واقع ہوتی ہیں، ان کی تمیز عموماً لیفی عضلی سلعات سے نہیں ہوتی تاہم تراشنے پر کیسہ (کیپ شول) کی عدم موجودگی سے ان کی حقیقت ظاہر ہو جائے گی۔ اس خطہ میں بیک وقت عقدی بالیدوں کی موجودگی کے سبب التہاب قاذف برزخی عقدی (Salpiogitis Isthmica Nodusa) سے امتیاز دشوار ہو جاتا ہے۔

۳۵ تا ۴۰ سالہ عورتوں میں استحاضہ کی شکایت ملتی ہے جس کے ہمراہ عسر الطمث موجود ہوتا ہے۔

خوردبینی ظواھر: نسیجیاتی تشخیص کا انحصار دروں رحمی بافت کے رقبوں کی موجودگی پر ہوتا ہے جس میں مخصوص غدد اور ہیکلی بافت (Stromal Tissue) موجود ہوتی ہیں۔ یہ غدد اور بافت دروں رحم (غشاء الرحم) جیسا فعل انجام دیتے ہیں۔ منحرف رحم سے بھی گا ہے آسٹروجن اور پروجسٹرون نیز حمل کی موجودگی میں غشاء ساقط کا تعامل (Decidual Reaction) ظاہر ہوتا ہے۔

محدود قسم میں خوردبینی ظواہر مذکورالصدر سے مشابہ ہو سکتے ہیں، لیکن بعض اصابات میں گردہ کے نددو نلیی انبیبات (Malphigian Tubules) سے مشابہت رکھتے ہیں۔ رقبۂ قرن کے محدود دمقامی عقد

التہاب قاذف بر زخی عقدی کے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ خردبینی امتحان پر ہیکل صاف نظر آتا ہے، جس سے تشخیص آسان ہو جاتی ہے۔

مبیضی دروں رحمیت (Ovarian Endometriosis) :۔ یہ حالت عموماً مبیض کے چاکلیٹی دویرہ کے طور پر جانی جاتی ہے۔ بعض ماہرین اسے مبیض کے متقوبہ نزفی دویرہ یا مبیضی دروں رحمیت کی حیثیت سے بھی یاد کرتے ہیں۔ مبیضی دروں رحمیت عموماً سطح پر خرد نزفی (رقبوں یا جو ہر مبیض کے چاکلیٹی (قیمری) دویروں کے طور پر لاحق ہوتی ہے۔ اس کا سطحی حصہ چھوٹا، سرخ یا نیلے رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ مبیضین کے جانبی سطوح اور آزاد کناروں کے ساتھ ساتھ پائی جاتی ہے۔ اس میں خون پر مشتمل خرد دویرے بنانے کا رجحان پایا جاتا ہے، جس کی وجہ مبیضی ہارمون سے دررحمی تنصیبات کا دوری تاثر بتایا جاتا ہے۔ دویرہ کی سطح میں انفجار (پھٹ جانا) کا رجحان پایا جاتا ہے اور اخراج پذیر طمثی خون باریطونی تعامل کو برانگیختہ کر دیتا ہے جس کے نتیجہ میں رحمی عجزی رباطات کے خط میں رحم کے اسفل حصہ کے عقب اور رباطات عریض کی موخر سطح سے مبیضین کے انضمامات واقع ہو جاتے ہیں۔

جو ہر مبیض میں دررحمی دویرے عموماً جانبی ہوتے ہیں جو شاذ و نادر نارنگی سے بڑے ہوتے ہیں، جملہ چاکلیٹی دویرے دررحمی الاصل نہیں ہوتے ہیں کیونکہ جویصلاتی دموی سلعہ یا خرد دویری غدی سلعہ میں بھی چاکلیٹ نمایاں پایا جاتا ہے۔ دررحمی دویرہ کا انشقاق بسا اوقات شدید موضعی التہاب باریطون عارض کر دیتا ہے اور حاد علامات غلطی سے حاد التہاب زائدہ یا حمل بے محل سمجھ لئے جاتے ہیں۔

خوردبینی خصائص :۔ دوری حالت میں اساسی بافتوں اور غدد کا خردبینی مطالعہ کرنے سے تشخیص آسانی ہو جاتی ہے، لیکن بیشتر اصابات میں دروں رحمہ (غشاء الرحم) کے جملہ خصائص معدوم ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں دروں رحمیت کی مثبت تشخیص تقریباً ناممکن ہو جاتی ہے۔ ان اصابات میں دموی فولادی صبغیہ (Haemosiderin Pigment) پر مشتمل غشائے مصلی کے کاذب زرد سلعی خلیات (Pseudo-Xanthoma Cells) کی دریافت ایک رہنا منظر ہے۔ یہ خلیات کلاں، کثیر الاضلاع اور لیوٹینی خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں۔

مبیضی دروں رحمیت میں خبیث تغیرات : مذکورہ خلیات کے خباثت میں مبتلا ہونے کا کوئی امکان رہتا ہے۔ ایسی حالت میں دررحمی بافت تباہ ہو جاتی ہے۔ اس کی قطعی تشخیص دشوار ہوتی ہے کیونکہ بیشتر اصابات میں سرطانیتی تغیر دررحمی بافت کے اصلی نشانات کو محو کر دیتا ہے۔

رباط مستدیر : یہ خرد سطحی دررحمی تنصیبات (Implants) یا اغداد عضلی کی شکل میں ماؤف ہو سکتے

ہیں، جس میں دروں رحمیہ اور عضلہ دونوں پائے جاتے۔

رحمی عجزی رباطات:۔ یہ کثیر الوقوع مقام ہے۔ اس خطے میں دروں رحمیت واقع ہونے کی صورت میں شکن دار نیلگوں گرہیں بن جاتی ہیں، یہ گرہیں (عقد) بہت چھوٹی ہو سکتی ہیں اور گاہے اتنی بڑی کہ جن کی بہ آسانی جس کی جا سکیں۔ اس میں دروں رحمیت کے مثقوب ہونے کا عام رجحان پایا جاتا ہے۔ نمایاں علامات میں عنق کی موخر سطح اور رحم کے زیریں حصہ کے معاء مستقیم میں منضم ہونے کا کافی رجحان پایا جاتا ہے۔

مستقیمی مہبلی حاجز:۔ یہ دراصل حوضی باریطون کی دروں رحمیت کا بڑھا ہوا حصہ ہوتا ہے جو مستقیمی مہبلی حاجز میں خرد منفصل عقد کی طرح الیم واقع ہو سکتا ہے، یا تعریج سینی اور معاء مستقیم کو گھیرنے والے مستقیمی مہبلی حاجز میں منتشر دریزش کی طرح پایا جا سکتا ہے۔ یہ موخر قبوہ میں حلمہ نما ابھار کی شکل میں بھی بڑھا ہوا ہو سکتا ہے۔ مستقیمی مہبلی تضیق عارض ہو سکتا ہے، لیکن مستقیمی غشاء مخاطی شاذ و نادر ہی مسدود ہوتی ہے۔ دوری مستقیمی نزف اور موخر قبوہ میں نتوء اسے مستقیمی سرطان سے ممیز کرتے ہیں۔

حوضی باریطون کی دروں رحمیت: ماہرین کے نقطۂ نظر سے حوضی دروں رحمیت میں دروں رحمی بافت کا حامل طمثی خون حسب ذیل کسی طریقہ سے باریطونی کہفہ میں منصب ہو جاتا ہے۔

(ا) قاذفین کے ذریعہ تقہقر (Regurgitation) کے بعد طمثی خون براہ راست حوضی باریطون پر ٹپکتا ہے۔

(ب) حوضی باریطون پر دروں رحمی بافت کی فراہمی، جس کے بعد پہلے سے موجود مبیض کے دررحمی دویرہ کا انفجار ہو جاتا ہے۔ یہ دویرے چھوٹے سائز کے نیلگوں عقد ہوتے ہیں اور رحمی عجزی رباطات یا حوضی باریطون کے کسی دوسرے حصہ پر واقع ہوتے ہیں۔

سرہ کی دروں رحمیت: چھوٹے عقد کی شکل میں نیلگوں رنگ کی ہوتی ہے اور اس کے مخصوص دوری تغیرات رباط عریض کی دروں رحمیت کے مشابہ ہوتے ہیں۔

شکم شگافی بافت کی دروں رحمیت: یہ عام طور سے تحت السرہ ندبات میں واقع ہوتی ہے لیکن عملیات کے بعد جوف رحم کھولنے پر اس کی موجودگی ضروری نہیں۔ سریری طور پر ندبات میں ایک ابھار موجود ہوتا ہے، جس سے دوری فعل صادر ہوتا ہے۔ اس کا تعلق طمثی دورہ سے ہوتا ہے۔

عنق کی دروں رحمیت: اس کی کوئی واضح علامت نہیں ہوتی ہے بلکہ عنق میں مثبت ایک تردی عقدہ کے نسیجیاتی امتحان سے اس کی تشخیص ہوتی ہے۔

بولی مثانہ اور معوی قنات کی دروں رحمیت: مثانہ کی دروں رحمیت مثانہ اور رحم کے

پاین والے حاجز میں شروع ہوتی ہے۔ طمث کے وقت عسرالبول اور شکم کے اقلیم خثلی میں درد ہوتا ہے لیکن بسا اوقات ان علامات کے بجائے دورۂ طمثی کے وقت بول الدم کی شکایت پائی جاتی ہے، جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے، کیوں کہ اس وقت تک مثانی سرطلہ متاثر ہو چکا ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قعر مثانہ میں عروقی نزفی رقبات پائے جاتے ہیں۔ مثانہ بینی پر یہ کھجور نما دویرہ کی شکل میں نظر آتا ہے۔

دروں رحمیت زیادہ تر حوضی قولون میں واقع ہوتی ہے، گاہے آنتوں میں سے حرقفہ زائدہ دودیہ اعوریہ کے انتہائی سروں کے حلقہ پر اس کا سلعہ واقع ہوتا ہے۔ لفائف امعاء (Coiles of Intestine) باہم منضم ہو جاتے ہیں، اس کے بعد دروں رحمی دویروں کا انشقاب اور طمثی خون کا انتشار شروع ہوتا ہے۔ سریری حالت تحت الحاد معوی انسداد جیسی ہوتی ہے، چھوٹی آنت شاذ و نادر ہی متاثر ہوتی ہے۔

سریری مناظر

جب تک دروں رحمیت کی کوئی قابل ذکر علامت نہیں ہوتی ہے، طمثی اختلالات عموماً موجود ہوتے ہیں۔ خیال کیا جاتا ہے کہ ایسا تخلیقی عجوبہ بافت کی طمثی محرومی کے سبب ہوتا ہے۔ عسرالطمث تقریباً جملہ اصابات کے ایک تہائی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ یہ متوسط یا شدید ترین درجہ کا ہو سکتا ہے۔ موخرالذکر اسی حالت میں ہوتا ہے جبکہ دروں رحمیت بھی شدید ترین ہو۔ بیشتر اصابات میں عقر موجود ہوتا ہے۔ سیوٹن (Sutton) کے مطابق ۵۰٪ مریضات عاقرہ پائی گئیں اور ۲۰٪ مریضات کے ایک سے زائد بچے تھے۔

غدی عضلیت (اغداد عضلی)، ابتدائی یا ثانوی عقر، استحاضہ، مرض رحم کے سبب نزف رحمی اور عسرالطمث عمومی علامات ہیں۔ عسرالطمث عموماً امتلائی قسم کا ہوتا ہے اور بعض مریضہ طمث کے بعد بھی چند روز تک درد محسوس کرتی ہیں۔ اقلیم خثلی اور کمر میں درد ہوتا ہے۔ مذکورہ عسرالطمث اتنا ممتاز ہوتا ہے کہ اس کی عدم موجودگی میں اغداد عضلی کی تشخیص غیر دانشمندانہ بات ہوگی۔ بسا اوقات استحاضہ بھی شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ۵٪ مریضات حوض میں وزن کی شکایت کرتی ہیں جو بیش طمثی حصہ میں خراب ہوتا ہے۔

دونوں یعنی محدود (مقامی) اور منتشر قسم کی طبعی علامات تقریباً یکساں ہوتی ہیں۔ شکم نگافی کبھی کبھی عضلی سلعہ برآری (Myomectomy) کی غرض سے کی جاتی ہے، لیکن دیوار رحم کے انقطاع کے وقت کیسہ کی عدم موجودگی اغداد عضلی پر دلالت کرتی ہے۔ کبھی کبھی لیفی عضلی سلعہ یا عسرالطمثی نزف کی غلط تشخیص سے چالیس سال سے زیادہ عمر والی عورتوں میں رحم برآری کا عملیہ انجام دے دیا جاتا ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ حقیقت بھی اسی وقت واضح ہوتی ہے۔

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، اس مرض میں مبتلا بیشتر مریضات عقیمہ ہوتی ہیں، لہذا حمل بہترین مداوا

تصور کیا جاتا ہے لیکن اس راستے میں بھی گوناگوں مشکلات موجود ہوتی ہیں۔

مبیضی اور دیگر حوضی باریطونی درون رحمیت: یہ حالت زیادہ تر ۳۰ تا ۴۰ سال کی عمر کی عورتوں میں پیدا ہوتی ہے تاہم اسے ۲۰ تا ۲۰ سال کی عمر میں نادر الوقوع قرار نہیں دیا جاسکتا۔ تقریباً ۱۵ اصابات میں عقر موجود ہوتا ہے اور سابق میں طویل المدتی ثانوی عقر کی شکایت پائی جاتی ہے۔ اختلائی عسر الطمث مخصوص علامت ہے۔ اسفل شکم اور پشت میں درد ہوتا ہے۔ یہ درد عموماً حیض شروع ہونے کے ایک ہفتہ پیشتر ہی سے شروع ہوجاتا ہے، جو دوران طمث مسلسل جاری رہتا ہے اور بعض اصابات میں اختتام طمث کے بعد بھی چند یوم مزید برقرار رہتا ہے۔ شدید اور طویل المدتی اختلائی عسر الطمث کے ساتھ اسفل شکم کا درد بھی کبھی ذہنی چڑچڑاپن کا سبب بن جاتا ہے اور نتیجۃً کار عصابیت (Neurosis) عارض ہوجاتی ہے۔ استحاضہ اور مرضی رحمی نزف اہم علامتیں نہیں ہیں۔ تاہم استحاضہ اکثر چھوٹے دوروں کے ساتھ پایا جاتا ہے لیکن حیض میں بے قاعدگی درون رحمیت کے سبب نہیں پیدا ہوتی۔ چونکہ درون رحمیت میں مستقیمی تعریج سینی عموماً ماؤف ہوتا ہو لہٰذا ثرتی پزیر قبض یا تبرز کے وقت بے چینی واقع ہوسکتی ہے۔

مہبلی امتحان پر رحم عموماً پس گرد (Retroverted) اور مثبت ہوتا ہے۔ جانبی تہوؤں اور ڈگلس کی جیب میں غیر متحرک ابھار یا کسی متعین حدود کے پائے جاتے ہیں۔ سطح غیر ہموار ہوتی ہے، جس کی ساخت سخت یا دویری ہوتی ہے۔ اس حالت کی تمیز مزمن التہاب قاذف و مبیضین نیز متعدد لیفی عضلی سلعات سے کرنی دشوار ہوتی ہے۔ تدرنی التہاب قاذفین سے تشخیص فارقہ خاص طور سے دقت طلب امر ہے کیونکہ عقیمہ میں دونوں باتیں پائی جاتی ہیں۔

رحمی عجزی رباطات: جماع مولم کی شکایت ہوتی ہے، یہ شکایت مہبلی تناؤ میں بھی پائی جاتی ہے۔ مزید برآں قبض اور تبرز کی حالت میں درد ہوتا ہے۔

مستقیمی مہبلی حاجز کی درون رحمیت: مستقیمی حاجز کی درون رحمیت عموماً حوضی باریطونی درون رحمیت کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ ابتدائی اور خرد حالات میں اس کی عموماً کوئی علامت نہیں پائی جاتی لیکن جلد یا بدیر مستقیمی درد کی شکایت عارض ہوجاتی ہے۔ یہ درد سر دورہ طمثی کے وقت بڑھ جاتا ہے۔ جب مستقیمی مہبلی یا رحمی عجزی خطہ ماؤف ہوتا ہے تو عسر الطمث کا درد اکثر معاء مستقیم یا اسفل عجزی یا عصعصی خطوں کی طرف منتقل ہوجاتا ہے۔

تشخیص

جسمی دریافتوں کی مکمل عدم موجودگی کی حالت میں فقط علامات کی بنیاد پر درون رحمیت کی تشخیص

طرناک طریقہ ہے، کیوں کہ درون رحمیت کی کمیت علامات سے اکثر مطابقت نہیں کرتی۔

ممتاز ترین علامت جو اگرچہ چند ہی اصابات میں پائی جاتی ہے طمثی درد ہے جو معاد مستقیم، اسفل عجزی یا عصعصی خطوں کی طرف ہوتا ہے، جیسا کہ اوپر تفصیل سے بتایا جا چکا ہے۔ بہت سی مثالوں میں دو دستی امتحان پر حاصل ہونے والی دریافتیں مزمن التہاب ملحقات (A dnexitis) کے عین مطابق ہو سکتی ہیں۔ اس میں حوض کے ایک یا دونوں طرف الیم بے ترتیب ابھار پایا جا سکتا ہے جو منضم قاذف و مبیضین پر مشتمل ہوتا ہے۔ مشکوک اصابات میں روبن کے کاشف (Rubin's Test) سے درون رحمیت کی موجودگی کی طرف رہبری حاصل ہوگی۔

اصابات کے ایک معتدبہ تناسب میں بہرحال داخلی ممتحن انگلی رحمی عجزی رباطات میں عقدی دبازت کو واضح کر دے گی جو اس مقام پر درون رحمی جزائر کے مطابق ہوتی ہے۔ بسا اوقات عقد چھوٹے اور بندوق کی گولی کی طرح ہوتے ہیں لیکن یہ اخروٹ کے سائز کے بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ مجرد یا متعدد ہو سکتے ہیں۔ مزمن حوضی التہابی مرض کی علامات کی متناظر مریضہ میں مذکورہ یافت درون رحمیت کے امکان کی طرف رہبری کرتی ہے اور اس امکان کی توثیق عملیہ کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ رحم کی پس گردی عموماً موجود ہوتی ہے لیکن یہ کوئی لازمی امر نہیں ہے۔

علاج

ہارمونی معالجہ (Hormone Therapy): پروجسٹرون معالجہ: پروجسٹرون معالجہ کے مخصوص اشارات علاج درج ذیل ہیں:

(۱) جوان العمر عورتوں میں جلد عارض ہونے والی درون رحمیت، (۲) حمل کی مراد پانے کی غرض سے سابق مستحفظ جراحی معالجہ کے بعد مکرر الوقوع درون رحمیت، (۳) پیش عملیتی تدابیر کے طور پر درون رحمی خطوں کو نرم کرنا۔ اس طرح وہ بعد والے عملیہ کے دوران بہ آسانی علیحدہ ہو جاتے ہیں۔

مقدار خوراک و ترکیب استعمال: یومیہ اوسط مقدار ۳۰ ملی گرام ہے۔ اگر درمیان میں نزف واقع ہو جائے تو مقدار ۵۰ ملی گرام تک بڑھا دی جائے۔ بعض اصابات میں حمل کاذب (درجا) والی کیفیت برقرار رکھنے کے لئے ۱۰۰ ملی گرام تک دیئے جا سکتے ہیں۔ مجموعی یومیہ مقدار سوتے وقت نیم گرم دودھ کے ہمراہ استعمال کرانا قابل ترجیح ہے۔ یہ سلسلۂ علاج کم از کم ۶ ماہ جاری رکھنا چاہیئے اور اگر پھر بھی مقصد میں کامیابی نہ ہو تو ایک سال تک مسلسل جاری رکھا جائے۔ مذکورہ "مسلسل اصول" کے برعکس ۱۰ تا ۱۵ ملی گرام ہر دورہ طمثی کے بعد ۵ تا ۲۵ روز بھی دیئے جا سکتے ہیں۔ اس "دوری پروجسٹرون معالجہ" سے بھی یکساں فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ

نے مذکورہ بروجسٹوجن معالجہ کے نتیجہ میں ۳۰ میں سے ۵ مریضات کو حاملہ پایا جو تین تا نو سال سے عاقرہ تھیں۔

آئسٹروجن (Oestrogen):- آئسٹروجن وافر مقدار میں دینے سے عمل تبویض موقوف ہو کر درد بند ہو جاتا ہے لیکن ثانوی احتباس الطمث عارض ہو جاتا ہے۔ علاوہ بریں مزید طویل مدت تک دینے سے رحمی نزیف لاحق ہو جاتا ہے۔

ٹسٹوسٹیرون (Testosterone):- مردانہ ہارمون مبیضی نخامی فعل کو موقوف کر کے غیر تبویضی دور پیدا کرتا ہے۔ اسے میتھائل ٹسٹوسٹرون (Methyltesterone) کی شکل میں دیتے ہیں مگر جلیقی علامات رونما ہوتے ہی سلسلۂ علاج منقطع کر دینا چاہیے۔

شادی شدہ عورت جسے اولاد کی خواہش ہو نارایتھائی نوڈرل (Norethynodrel) بمقدار ۵ ملی گرام یا نارایتھی اسٹیرون (Norethisterone) بمقدار ۵ ملی گرام یومیہ دورۂ طمث کے ۵ ویں تا ۲۶ ویں دن دیا جائے۔ اس طرح تبویض موقوف ہوئے بغیر درون رحمیت قابو میں آجائے گی۔

بعض مریضات میں ہارمون کے استعمال سے متلی، صداع، پستان کی بےچینی اور اجتماع آب کے سبب اذیما لاحق ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اس خطرہ کو ذہن نشین رکھنا چاہیے۔ جن مریضات کو عملیہ یا شعاعی معالجہ کے ذریعہ آختہ کیا گیا ہو، درون رحمیت میں بعد کی بعد الیاسی علامات رفع کرنے کے لئے آئسٹروجن کا استعمال نامناسب ہے، کیوں کہ مرض کے مابقی رقبے ردعمل کے ظواہر رونما کر سکتے ہیں۔

یونانی علاج: اول علامات کا تدارک کریں۔ کسی بھی حصۂ رحم و قنات تناسلی کی درون رحمیت میں استحاضہ عارض ہو تو حسب ذیل نسخے آزمائیں:-

(۱) آملہ منقی، بادیان ۱۲-۱۲ گرام شب کو پانی میں بھگو دیں، صبح کو مل چھان کر شکر سفید ۱۲ گرام اضافہ کر کے نوش کرائیں۔

سفوف ذیل بھی استعمال کرا سکتے ہیں:-

(۱) صمغ عربی، کتیرا، مغز تخم کدو، بیخ انجبار ہر ایک ۳ گرام، نشاستہ، گلنار، دم الاخوین ہر ایک ۲ گرام کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔

مقدار خوراک: ۶ گرام مناسب بدرقہ کے ہمراہ دیں۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ثابت ہو سکتا ہے:

(۱) قرص کہربا گھس کر شربت انجبار میں ملا کر استعمال کرائیں اور سوتے وقت:
گلقند ۳ گرام، ۱ عدد شکر سفید ۳۰ ملی لیٹر ملا کر نوش کرائیں۔

احتباس طمث، اسر البول یا بول الدم کی موجودگی میں ان کا اصولی علاج کریں۔

(۲) درون رحمیت کے تقرحی یا بعد عملیتی اصابات میں مندرجہ ذیل نطول استعمال کرائیں:

(۳) کیکر، برگ نیم ۶۰۔۶۰ گرام پانی میں جوش دے کر رحمی نطول کریں۔ یا:

(۴) اسفیدہ کاشغری، روغن گل میں پیس کر تن زیب کا کپڑا لت کر کے رحم کے قدامی حصے میں رکھوائیں۔

مرہم ذیل بھی استعمال کرا سکتے ہیں: (۵) مردار سنگ، گیرو، سنگ جراحت ہر ایک ایک گرام سب کو پیس کر مرہم کافوری ۵۰ گرام میں ملا کر استعمال کرائیں۔

(Malignancy) کا شبہ ہوتے ہی خصوصی تدابیر پر عمل کریں۔

اس مرض میں معین حمل دوائیں مفید ثابت ہوتی ہیں، اس مقصد کے لئے سفوف ذیل استعمال کرائیں:

(۶) گل دھاوا، بیخ اسگند، بیخ پیا بانسہ، گل نیلوفر جملہ دوائیں مساوی الوزن لے کر اور کوٹ چھان کر سفوف بنائیں اور اختتام طمث کے بعد پانچ روز تک ۱۲ گرام ہمراہ شیر گاؤ استعمال کرائیں۔ مندرجہ ذیل معین حمل حمول بھی استعمال کرائیں:

(۷) مشک خالص ۳۰۰ ملی گرام، زعفران ۱.۵ گرام، ثعلب مصری ۳ گرام کوٹ چھان کر اور شہد میں آمیز کر کے گاز لت کر کے مہبل میں رکھیں۔

مزید تفصیل عقم کے ذیل میں ملاحظہ فرمائیں۔ زیادہ شدید اصابات میں عملیہ بروئے کار لائیں۔

غذا و پرہیز: غذا زود ہضم مثلاً بکری کا شوربہ ہمراہ چپاتی یا مونگ کی دال کے ساتھ اور مونگ کی کھچڑی، خشکہ دودھ کے ہمراہ دیں۔ پھلوں میں سے سنگترہ، انار، سیب وغیرہ استعمال کرائیں گرم تیز اور مصالحہ دار غذاؤں سے پرہیز کرائیں، مرچ اور کھٹی میٹھی چیزوں سے بھی پرہیز ناگزیر ہے مجامعت سے احتراز ضروری ہے۔

عملیہ:۔ چونکہ داخلی غدی عضلیت کی بیشتر مریضات تقریباً ۴۰ سال کے لگ بھگ عمر کی ہوتی ہیں اور استقرار حمل کا احتمال بہت کم رہتا ہے، اسی لئے سلعہ میں شگاف دینا نیز ولودیت (Childbearing) کی صلاحیت رکھنے والے متعند رحم کی حفاظت تکنیکی اعتبار سے تقریباً ناممکن ہوتی ہے۔ اسی لئے صحیح علاج کی رحم برآری ہے۔ اگر یہ حالت قطعی طور پر رحم تک محدود ہو نیز مبیضین ماؤف ہوئے ہوں تو انھیں دور کرنے کی چنداں ضرورت نہیں۔ صادق داخلی غدی عضلیت (داخلی غدا عضلیت) میں مبیضین عموماً متاثر نہیں ہوتے۔

مبیضی اور دیگر حوضی باریطونی نیز مستقیمی مہبلی حاجز کی درون رحمیت کے عملیاتی معالجہ کا انحصار مریضہ کی عمر کے علاوہ مرض کی شدت پر بھی ہوتا ہے۔ جواں سال عورتوں میں ممکنہ حد تک تولیدی صلاحیت

کو باقی رکھنے کی سعی ناگزیر ہے۔ اگر شکم شگافی پر ایک یا دونوں مبیض میں کچھ صحتمند بافت کو نکالا جا سکے تو مبیضی دویرہ شگافی (Ovarian Cystectomy) بھی انجام دے دینی چاہیئے۔ جواں سال عورتوں میں مستحفظ عملیہ کے ذریعہ صحتمند مبیض کو کارآمد بنانا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا اور یہ حقیقت ہے کہ مبیضین چاکلیٹی دویرہ کے ذریعہ غیر مترتب ہو سکتے ہیں، جو ایک غیر امید افزا بات ہے۔ ایسی حالت میں مبیض فقط ایک کیسہ کے ذریعہ ظاہر ہوتا ہے جو متصلہ احشاء سے منضم رہتا ہے۔ ان مریضات کے عملیہ میں سرجن کے لئے کوئی راہ انتخاب نہیں رہ جاتی ہے اور نتیجۂ کار اسے چارو ناچار دوجانبی قاذف و مبیض برآری اور کلی رحم برآری جیسے تکلیف دہ عملیہ کو روبعمل لانا پڑتا ہے۔ اس عملیہ کے بعد دروں رحمیت کے دیگر رقبات حوض میں پائے جا سکتے ہیں، جن کا علاج انصعاق (Fulguration) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

معوی دروں رحمیت کے علاج میں نکات ذیل کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے:

(۱) اگر مریضہ جواں سال ہو نیز انسداد موجود ہو تو مبیضی دروں رحمیت کا مستحفظ عملیہ انجام دیا جائے نیز متاثرہ قطعہ (Segment) اور شبکۂ عروق (Anastomosis) کو تراش کر تسدید دور کی جا سکتی ہے۔

(۲) اگر مریضہ ۴۰ سال کی یا اس سے زائد عمر کی ہو تو معوی تسدید دور کرنے کے لئے متاثرہ تاچہ کو تراش دیا جائے نیز کلی رحم برآری اور دوجانبی قاذف و مبیض برآری یا کم از کم دوجانبی قاذف و مبیض برآری انجام دی جائے۔

(۳) اگر واضح لیکن غیر تسدیدی معوی تغیرات موجود ہوں نیز مریضہ جوان العمر ہو تو قابل عمل صورت میں مبیضی دروں رحمیت کا مستحفظ تراش عمل میں لایا جائے اور مریضہ کے حاملہ ہونے کی ہر حالت میں حوصلہ افزائی کی جائے۔ اس درجہ میں خوردنی پر وجسٹوجن کے ذریعہ علاج انتہائی مفید ثابت ہوتا ہے جس کا بیان گزر چکا ہے۔

جملہ خارج الحوض دروں رحمیت کا علاج مقامی شگاف کے ذریعہ کیا جاتا ہے لیکن اگر ساتھ ساتھ حوضی دروں رحمیت بھی واضح طور پر موجود ہو تو اس کا مخصوص علاج کیا جائے۔

اشعاع (Irradiation) کے ذریعہ مصنوعی یاسیت پیدا کرنا: جن مریضات کی عمومی صورت عملیہ کی اجازت نہ دے یا جب امعاء و مثانہ شدید طور پر ماؤف ہوں تو درزمی ریڈیم یا عمیق عکس ریز معالجہ کے ذریعہ یاسیت پیدا کرنا عملیہ کی بہ نسبت قابل ترجیح ہوتا ہے کیونکہ ایک بار مبیضی فعل کو ختم کر دینے کے بعد دروں رحمیت کے تغیرات غیر فعال ہو جائیں گے۔

۲۹

بواسیرالرحم

[Uterine Polypi]

تعریف: بواسیر (Polypus) اصطلاح میں انسجہ کے چھوٹے چھوٹے ابھار کو کہتے ہیں، جو دراصل تنہ یا شاخ سے چپیدہ سلعات ہوتے ہیں۔ یہ ابھار گاہے شہتوت کے مانند لمبے ہوتے ہیں اور رحم میں دیگر اعضا کی طرح مسوں کی شکل میں نمودار ہوتے ہیں۔ بواسیر خارج رحم کا ازالہ آسان لیکن عنق میں واقع بواسیر کثر زائل ہوتی ہے۔ بواسیرالرحم کی درج ذیل قسمیں ہیں:۔

(۱) عنقی (غدی سلعی) بواسیر (Cervical (Adenomyomatous) Polypi)

(۲) اندرونِ رحمی (غدی سلعی) بواسیر (Endometrial (Adenomatous) Polypi)

(۳) غدی عضلی سلعی بواسیر (Adenomyomatous Polypi)

(۴) لیفی عضلی سلعی بواسیر (Fibromyomatous Polypi)

(۵) مشیمی یا فبرینی بواسیر (Placental or Fibrinous Polypi)

(۶) خبیث بواسیر (Malignant Polypi)

(۱) عنقی (غدی سلعی) بواسیر (Cervical (Adenomyomatous) Polypi)

:- یہ بواسیر درونِ عنق سے ابھرتی ہے۔ اس میں آبدار سرخ یا گلابی نرم سلعات شاذ و نادر اصابات میں ایک سینٹی میٹر قطر سے بڑے ہوئے پائے جاتے ہیں جو فمِ خارجی تک پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ بواسیر کا ساقچہ کبھی کبھی بڑھ کر مہبل تک پہنچ جاتا ہے جو مستدیر یا زبان نما ہوتا ہے، اسی لئے اسے اصطلاحاً مخاطی بواسیر (Mucous Polypi) سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ ساختیں رسعدانے، عموماً مستدیر اور چپیدہ ہوتی ہیں لیکن گاہے بے ساقچہ کے بھی ہوتی ہیں، جن کا قاعدہ عریض ہوتا ہے۔ خود سعدانے عموماً متعدد ہوتے ہیں۔

یہ ساختیں اگرچہ عموماً مجرد ہوتی ہیں لیکن چھوٹے حجم کی بواسیر (سعدانے) ۲-۲ یا ۳-۳ کے گروہوں میں پائی جاتی ہیں۔ جب یہ جسمی دردوں رحمہ میں ہوتی ہیں تو عموماً جرف کے بغیر ان کا انکشاف نہیں ہوتا۔ ان بواسیری مستوں کے ہمراہ اکثر عنقی اور جسمی دردوں رحمہ کا بیش تکون اور تاکل بھی پایا جاتا ہے نیز ان کے ہمراہ مرضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں، جن سے کہفۂ رحم میں کلانی آجاتی ہے مثلاً مزمن التہاب رحم، رحمی زیر استغاف یعنی سلعات وغیرہ۔

خوردبینی امتحان پر بواسیر عقدی بافتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے، اس کی سطح استوانی بشرۂ مخاطیہ سے ملوث رہتی ہے جو اکثر فلسانی خبیث بعد تکون (Sqamous Metaplasis) میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ عنقی غدد جن میں سے بیشتر مخاط سے منتفخ ہوتے ہیں، نرم نسیج واصل کے ہیکل میں پڑے رہتے ہیں۔ بسا اوقات ہیکل زیادہ ٹھوس ہوتا ہے، ایسی حالت میں لیفی غدی بواسیر (Fibroadenomatous Polypi) اصطلاح کا اطلاق ہوتا ہے ثانوی مزمن سرایت کثیر الوقوع ہے۔ بہت سے اصابات میں بواسیر عنق مزمن التہاب عنق یا عنقی تاکل کے ہمراہ واقع ہوتی ہے۔ بواسیر عموماً بہت معمولی ہوتی ہے اور ان میں شاذ و نادر ہی غدی سرطانی سلعہ واقع ہوتا ہے۔

علامات: بعض اصابات میں کوئی علامت رونما نہیں ہوتی لیکن بیشتر اصابات میں بواسیری ساخت (سعدانوں) سے خفیف نزف ہوتا ہے خصوصاً معمولی تحریک مثلاً مقاربت، نظول یا امتحان کے دوران ہوا ہے مخاطی افراز بھی ہو سکتا ہے لیکن اگر مخاطی ریم زا افراز بکثرت ہو رہا ہو تو اسے بواسیر سے زیادہ عنقی غدد سے متعلق سمجھنا چاہیئے۔ یہ کلاں بواسیر عموماً اصبعی امتحان سے جس کی جا سکتی ہے لیکن چھوٹی بواسیر منظار کی مدد کے بغیر اکثر نظر انداز ہو جاتی ہے۔

یونانی علاج:۔ بواسیر (سعدانوں) کو تحلیل کرنے کے لئے مناسب ضمادات و کمادات بروئے کار لائیں۔ اس مقصد کے لئے سہاگہ، دار ہلد ہر ایک ۳-۳ گرام باریک پیس کر مغز گھیکوار اوپر چھڑک کر مقام ماؤف پر ضماداً استعمال کرائیں۔

شدید اصابات میں عملیہ کے ذریعہ بواسیر دور کر کے محل تروح مراہم لگائیں۔ اس غرض سے مرہم ذیل تیار کر کے لگا سکتے ہیں:

(ص) مرداسنگ، گیرو، سنگجراحت ہر ایک ایک گرام۔ جملہ دوائیں پیس کر مرہم کافوری ملا کر لگائیں۔ معمولی نزف کی فکر نہ کریں، لیکن شدت نزف کی حالت میں بواسیر کے لئے مفید حابسات دم استعمال کرائیں بمراہ وہن مصفی خون دوائیں مثلاً معجون عشبہ یا اطریفل شاہترہ کھلائیں۔

عملیہ: اگرچہ معدم حس کے بغیر بھی بواسیری مسوں کو تباہ کرنا ممکن ہے لیکن ایسی صورت میں عموماً عود مرض کی شکایت ہوتی ہے کیونکہ کلی استیصال معدم حس کے بغیر ممکن نہیں، لہٰذا بہتر یہ ہے کہ تخدیر عمومی کے زیر اثر عنقی قنال متسع کرکے چھوٹی چھوٹی بالیدیں کواۃ سے تباہ کر دی جائیں۔ عنقی بواسیر کو کلاب سے پکڑ کر اس طرح موڑا جائے کہ ساقچہ پر سے ٹوٹ جائیں۔ اگر ساتھ میں رحم کا جرف بھی کر دیا جائے تو اور بہتر ہے کیونکہ مخاطی بواسیر کے ہمراہ اکثر رحم کا بیش تکون بھی موجود ہوتا ہے۔ رحمی کہفہ کا استقصا حلقہ نما کلاب سے کرنا چاہیئے اور درون رحمی بواسیر یا خبیث مرض کی موجودگی سے مستثنیٰ کر لیا جائے کیوں کہ یہ بھی یکساں علامات رونما کر سکتے ہیں۔ اگر تاکل یا التہاب عنق ہو تو اس کا بھی علاج کر دیا جائے۔ جملہ بواسیر (سعدانوں) کا نسیجیاتی امتحان کر لینا چاہیئے

(۲) درون رحمی (غدی سلعی) بواسیر (Endometrial (Adenomatous) Polypi) :- درون

رحم کا بواسیری تکاثر رحمی نزفی مرض کے چند اصابات میں واقع ہوتا ہے اور اس کا بواسیری تغیر امتحان پر مجرد رحمی بواسیر سے ناقابل تمیز ہوتا ہے۔

درون رحمی بواسیر عموماً اس حالت میں بولتے ہیں جب کہ جسم رحم میں مجرد یا متعدد یہ مسے موجود ہوں لیکن کوئی دوسری درون رحمی خرابی موجود نہ ہو۔ اس طرح مجرد بواسیری مسے جوف کے بالائی حصے کے کسی ایک قرن کے قریب عارض ہوتے ہیں یہ نرم سرخی مائل سلعات ہوتے ہیں، جن کا قطر ایک سینٹی میٹر سے کم ہوتا ہے اور جوف رحم (کہفۂ رحم) میں متمکن ہونے کے لئے چپٹا ہوتا ہے۔ اس کا ساقچہ (غصنک) عموماً چھوٹا ہوتا ہے لیکن گاہے بڑھ کر عنق تک پہنچ جاتا ہے۔

نسیجیاتی امتحان پر ان کے اوپر غلاف درون رحم اور نرم ہیکل پایا جاتا ہے جو در رحمی غدد پر مشتمل ہوتا ہے۔ خبیث تغیر نادر الوقوع ہے تاہم سرطان جسمی کے ساتھ بواسیر پائی جاتی ہے۔

علامات: منتشر بواسیری (سعدانی) بیش تکون کی علامتیں نزفی رحمی مرض کی طرح ہوتی ہیں۔ مجرد بواسیر بغیر علامت کے رونما ہو سکتی ہے یا اس کے ہمراہ بکثرت طمثی خون کا زیاں ہوتا ہے لیکن بین الحیضی یا بے قاعدہ نزف مثالی علامت ہے جو جملہ بواسیر (سعدانوں) کے سبب رونما ہوتی ہے۔ بسا اوقات تسع عنق کی صورت میں پتہ چلتا ہے کہ رحم میں بواسیر موجود ہے۔ شاذ و نادر رحمی تولنجی درد یا عظم الرحم پایا جاتا ہے۔

تشخیص نقطہ عنق کو متسع کرکے اور جوف رحم کا حلقہ نما کلاب سے استقصا کرکے ہی کی جا سکتی ہے۔ بواسیر گرفت میں آجانے کے بعد بآسانی مروڑی جا سکتی ہے۔ درون رحمی (جسمی) غدی سلعی بواسیر

کی محدود علامتیں عمر ولودیت کے دوران شاذونادر ہی رونما ہوتی ہیں تاہم اگر یہ بواسیر سن یاس کے بعد پیدا ہوتی ہے تو بعد الحیضی نزف واقع کرسکتی ہیں۔

یونانی علاج: اول منضج ذیل استعمال کرائیں:

(ص) شاہترہ، گل بنفشہ، عنب الثعلب، گل منڈی، گلسرخ ہر ایک ۷ گرام، گاؤزباں، تخم کشوث (درمرہ بستہ) ہر ایک ۵ گرام شب میں آب گرم میں بھگو کر صبح مل چھان کر گلقند ۲۴ گرام شامل کرکے ایک ہفتہ تک پلائیں پھر تنقیہ کی غرض سے مطبوخ افتیمون دیں۔

مقامی طور پر نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) رسوت، ایلوا ہر ایک ایک گرام، خرجھرہ زرد سوختہ ۶ گرام، شحم کہنہ ۲۵ گرام آب کوہ سبز بقدر ضرورت میں بخوبی حل کرکے مسوں پر لگائیں۔

(ص) پوست انار، کندر، جفت بلوط، جوزالسرو مساوی الوزن کوفتہ آب انگور میں جوش دے کر ادلن میں گھوٹ کر صبح وشام بواسیر پر طلا کریں۔ بواسیر رحم پر زیادہ تیز ادویہ لگانے سے احتراز کرنا چاہیئے۔

عسیر العلاج بواسیر کو عملیہ کے ذریعہ جڑ سے دور کرکے اس پر ادویۂ خشک لگائیں اور پھر ادویۂ لحم سے علاج کریں۔

منتشر بواسیری (سعدانی) بیش تکون کی علامت کے طور پر جب رحمی نزیف کی رپورٹ ملے تو اسے فوراً بند کرنے کی تدبیر نہ کریں بلکہ خون غلیظ وسیاہ برآمد ہونے تک (بشرطیکہ ضعف طاری نہ ہو) خارج ہونے دیں، اس طرح بہت سے امراض ردیہ کا ازالہ ہوجاتا ہے، لیکن جب خون بافراط خارج ہونے لگے جس کا رنگ سرخ، صاف اور رقیق ہو اور ضعف شدید ظاہر ہو تو اس کا علاج نفث الدم کی طرح کریں نیز حابسات دم استعمال کرائیں، مثلاً شیرۂ بیخ انجبار، خرفہ، کشنیز، بارتنگ، شربت صندل، انجبار و قرص کہربا، نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(ص) لعاب ریشہ خطمی، شیرۂ بیخ انجبار ۵۔۴ گرام، شربت بنفشہ ۴۰ ملی لیٹر، بارتنگ ۴ گرام چھڑک کر پلائیں۔

تسکین درد کے لئے روغن زرد، مرہم سفیداب کافوری مقامی طور پر استعمال کرائیں۔

لطیف زود ہضم اور مقوی غذائیں مثلاً انڈے، چوزۂ مرغ، بکری کا شوربہ اور ترکاریاں دیں نفاخ اور دیر ہضم غذا سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ: مرہم کو متسع کرکے بواسیری مسّے دور کردیئے جائیں۔ اگر بواسیر بے قاعدہ رحمی نزف کا سبب ہو تو رحم کا جرف کردیا جائے۔ اس قسم کی بواسیر کو سادہ جرف سے ہمیشہ دور کرنا آسان نہیں

ہوتا اور شاذ و نادر اس امر کا یقین کرنے کے لئے کہ نزف کا سبب جسم رحم کے درون رحم کا سرطان تو نہیں ہے، رحم برآری ناگزیر ہوتی ہے۔ بسا اوقات دررحمی بواسیر جسم رحم خباثت اختیار کرسکتی ہے، لہٰذا جملہ بواسیر کو جرف کے ذریعہ دور کرکے محتاط نسیجیاتی امتحان کر لینا چاہیے۔

(۳) **غدی عضلی سلعی بواسیر** (Adenomyomatous Polypi):- یہ دراصل دررحمی بواسیر ہی کی ایک قسم ہے جس میں یکساں مرضیاتی اور سریریاتی خصائص موجود ہوتے ہیں۔

علاج: اس کے علاج کے لئے مذکور الصدر نمبر ۲ کا بیان ملاحظہ کیجئے۔ اگر مفرد دروں رحمی بواسیر کے علاج کے بعد نسیجیاتی امتحان پر غدی عضلی سلعی بواسیر کا علم ہو جائے تو دیگر معالجہ کی ضرورت نہیں رہتی اکثر یہ بواسیر غدی عضلی سلعہ کی دوسری شہادتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اس طرح کے اصابات میں بواسیر (سعدانہ) کو دور کر دینا ہی کافی نہیں ہوتا۔

(۴) **لیف آسا عضلی سلعی بواسیر** (Fibromyomatous Polypi):- یہ تحت مخاطی سلعات لیفیہ (Submucous Fibromyomata) ہوتے ہیں، جو بالیدگی کے اپنے رحمی فرشہ سے اخراج کے بعد عنق دار ہو جاتے ہیں۔ لیف آسا بواسیر کی دموی رسد کیسہ سے ہوتی ہے، اسی لئے عروقی محرومی کے نتیجہ میں کیسہ کا تنخر واقع ہو جاتا ہے اور اس طرح لیف آسا بواسیر بڑھ کر جوف رحم میں پہنچ جاتی ہے اور بالآخر کیسہ دروں رحم سے مرکب عنقہ کے ذریعہ رحمی دیوار سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ چونکہ لیف آسا بواسیر عموماً عروقی ہوتی ہے، لہٰذا مذکورہ نزف مسلسل عنقہ کی عروق سے ہوتا ہے۔ یہ رگیں جسم رحم سے پیدا ہوتی ہیں اور ابتدا میں دروں رحمی بالیدوں کی نمو کرتی ہیں، لیکن رحمی انقباضات کے نتیجہ میں انھیں اجسام غریبہ کی طرح نکال پھینکا جاتا ہے، جس کے سبب عنق متسع ہو جاتا ہے اور سلعات مہبل میں بروز کر آتے ہیں۔ یہ رحمی بواسیر کے اہم ترین درجہ کے سعدانے (بواسیر) ہیں۔ ان کی ساخت لیفی عضلی سلعہ کے تحت تفصیل سے بیان کی گئی ہے۔ یہ غدی سلعہ کی بہ نسبت زیادہ بڑی بواسیر بناتے ہیں جن کی جسامت جنین کے سر کے برابر تک ہو سکتی ہے جو حوض کو مکمل طور سے پر کر دیتی ہیں۔ عمومی جسامت تقریباً گولف کی گیند کی برابر ہوتی ہے۔ یہ اکثر مجرد ہوتی ہیں لیکن بسا اوقات رحم میں دیگر لیفی عضلی سلعات بھی پائے جا سکتے ہیں۔ لیف آسا بواسیر دور کر دینے کے بعد دیگر تحت مخاطی سلعات سے از سر نو لیفی سعدانے (بواسیر) بن جاتے ہیں۔

ان کے اخراج کے نتیجہ میں ساق مطول اور ڈھیلا ہو جاتا ہے، جس کے سبب ان کے تغذیہ کیلئے دموی رسد ناکافی ہو سکتی ہے چونکہ ان میں تقرح اور سرایت کی صلاحیت ہوتی ہے لہٰذا اسلح اور

بسا اوقات پورے سلعہ کا تنخر اور اغتناث واقع ہو سکتا ہے، بروز کے شاذ اصابات میں ساتھ تو تعری چپیدگی قائم رکھتا ہے، جس کے نتیجہ میں رحم کا ارتکاس واقع ہوتا ہے، یہ بواسیر مزمن ارتکاس رحم کا عام ترین سبب ہوتی ہے۔ شاذ و نادر لیفی سلعی بواسیر عنق سے پیدا ہوتی ہے۔

علامات: شروع میں تحت مخاطی سے مشابہ ہوتی ہیں، چنانچہ استحاضہ اور مواد موجود ہوتا ہے لیکن غنعہ بننے یا خروج کی شکل میں زیادہ شدید اور بے قاعدہ نزف ہوتا ہے اور شاذ و نادر اس کا درد دردِ زہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ لیفی عضلی سلعات میں مبتلا مریضات میں فقرالدم کا زیادہ نمایاں درجہ عموماً اسی کے سبب پایا جاتا ہے تعفن اور اغتناث واقع ہونے کی صورت میں مواد شدید بدبودار ہو جاتا ہے اور سمی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جس کے نتیجہ میں فقرالدم واقع ہوتا ہے۔

تشخیص: بے قاعدہ اور شدید جریان مع کاذب دردِ زہ لیف آسا سلعہ کے غنعہ دار بننے کی طرف رہبری کرتے ہیں اور اگر انگلی کو عنقی قنال میں دبایا جائے تو یہ کافی وسیع لے گا، جس کے سبب سلعہ کا زیریں قطب جس کیا جا سکتا ہے۔ بواسیر عنقی قنال پر مشتمل ہو سکتی ہے جو چھوٹا اور کشادہ ہو سکتا ہے، ایسی حالت میں عموماً فم خارجی سے انگلی کے ذریعہ سلعہ کو مس کیا جا سکتا ہے۔ بواسیر کے جزوی یا کلی طور پر خروج کی حالت میں تشخیص آسان ہو جاتی ہے۔ متسع عنقی کناروں سے گھری ہوئی ایک صلب بالید جس کی جا سکتی ہے، مدور ابھار جس کے ساتھ کا عنق کے ذریعہ رحم میں پتہ لگایا جا سکتا ہے، اغتناث کی صورت میں اس کی سطح نرم ہو گی ۔ ر انگلی کے نیچے آسانی سے ٹوٹ جائے گی اور مواد ناگوار بو ہو گا، معدم جس کے زیر اثر انگلی کو بالید کے اوپر سے گزارتے ہوئے رحم اور عنق سے اس کے تعلقات کا استقصا کر لینا چاہیئے۔ علاوہ بریں سلعہ کے غیر متنخر حصوں کا خوردبینی امتحان کرنے سے تشخیص کو قطعی بنایا جا سکتا ہے۔ لیف آسا سلعی بواسیر کے ہمراہ یا اس کے بغیر انقلاب الرحم کے امکان کا بھی فیصلہ سوچ سمجھ کر لینا چاہیئے۔

یونانی علاج: اس کا علاج بھی نمبر ۲ کی طرح ہے۔

طبیخ افتیمون سے سودا کا تنقیہ کریں، علاوہ بریں حب ایارج بھی استعمال کرا سکتے ہیں۔ سمی علامتیں، خون کی مدت کم کرنے اور سلعات کے امتلا کو گھٹانے کے لئے مندرجہ ذیل تدابیر بروئے کار لائیں۔

ابتدا میں چند یوم نقوع شاہترہ دیں، پھر دو تین مسہل، پھر معجون عشبہ، معجون چوب چینی ۵-۵ گرام، شربت عناب کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

گا ہے قرص کہربا اور کبھی حب مقل کا استعمال بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ نسخۂ ذیل بھی حبس دم کی غرض سے شدت نزف میں دیا جاسکتا ہے:۔

(ص) رسوت قسم اول ۲ گرام، مویز معہ تخم ۱۰ گرام، چہار کتیرا ۴ گرام، کوٹ چھان کر مویز کے ساتھ گوندھ کر گنار دشتی کے برابر گولیاں بنائیں۔

ترکیب استعمال: ایک گولی صبح اور ایک شام کو دیں اوپر سے روٹی کا دو ٹکڑا چرب کر کے کھلا دیں۔

رفع درد کے لئے بطخ کی چربی، بابونہ، افیون، موم سفید ہر ایک ۲ گرام قیروطی بنا کر گاز مطہرت کر کے حمول کریں۔

درج ذیل ضماد علوی خاں بھی بواسیر کے درد کے لئے مجرب بتایا گیا ہے:۔

(ص) بابونہ، اکلیل الملک، گل خطمی، تخم کتاں ہر ایک ۵ء۱۰ گرام، افیون، زعفران ہر ایک ۵ء۲ گرام ۲ گرام مقل کوٹ چھان کر زردی بیضۂ مرغ کے ساتھ آمیز کر کے اس میں گاز تر کر کے حمولاً استعمال کرائیں اس میں رفع درد و سوزش کے لئے مرہم سفیداب کافوری بھی مفید ہے۔

حب مقل، اطریفل مقل و جوارش مقل نیز بلیۂ مربی باسور کو خشک لاغر کر کے ساقط کر دیتے ہیں۔ نسخۂ ذیل نہ صرف نزف روکتا ہے، بلکہ باقاعدہ استعمال سے مسوں (سلعات) کو خشک کر کے گرا دیتا ہے زود اثر ہے:۔

(ص) میعہ سائلہ، کندر، قسط، پوست بیخ کبر، بیخ ہزار، اسفند ہر ایک ایک جزو، خر زہرہ و گوگرد زرد ہر ایک نصف جزو۔ جملہ دواؤں کو کوٹیں اور ہر ایک ۳۵ گرام دوا پر روغن زیت، روغن کنجد، روغن زنبق جملہ ۱۰۱ لیٹر اول کندر و گوگرد کو اس روغن میں حل کریں پھر جملہ دوائیں ملا کر شیشہ کے ظرف میں محفوظ کر لیں اور استعمال میں لائیں۔

غذا نمبر ۲ کے مطابق دیں اور سودا پیدا کرنے والی غذاؤں سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ:۔ تشخیص کے معاً بعد قینچی کے ذریعہ ساقچہ پر سے کاٹ کر بواسیر دور کر دی جائے۔ بواسیر سے علیٰحدہ ساقچہ کو منقسم کرتے وقت احتیاط ملحوظ رکھنی چاہیئے تاکہ رحمی دیوار کا صحیح حصہ محفوظ رہے۔ اگر خروج غیر مکمل ہو تو عنق کو متسع کر کے علاج کرنا چاہیئے۔ اگر ساقچہ تک رسائی دشوار ہو تو سب سے پہلے سلعہ منقطع کر دینا چاہیئے۔

(۵) مشیمی یا فیبرینی بواسیر (Placental or Fibrinous Polypi) یہ بواسیر نا مکمل اسقاط یا وضع حمل کے بعد کسی ٹکڑے کے کہفۂ رحم میں محبوس ہو جانے سے پیدا ہوتی ہے، یہ ٹکڑے دیوار رحم میں منضم

ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ان محتبس ساختوں (سعدانوں) کے جزوی طور پر علیحدہ ہونے یا ناقص انقباض سے نزف واقع ہو سکتا ہے۔ یہ بواسیر عموماً مجرد ہوتی ہے۔ گاہے اتنا نزف ہوتا ہے کہ کھڈ رحم پر بروز کر آتا ہے شدید رحمی نزیف اور مواد سرایت کے ذریعہ بخار عارض کر سکتے ہیں۔

مشیمی بواسیر مختلف حجم کی ہوتی ہے چنانچہ مٹر کے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر تک کی دریافت ہوئی ہے جو نیچے فم داخلی کی طرف مائل ہوتی ہے۔ یہ بواسیر آلوچہ کے رنگ کی نرم اور سریع الانکسار ہوتی ہے اور جب منقطع سطح کا امتحان کیا جاتا ہے تو مشیمہ نما بافت پائی جاتی ہے۔ یہ بواسیر انحطاط پذیر سلوی غلات (Chorionic Villi) پر مشتمل ہوتی ہے۔

یونانی علاج: اس کا علاج بھی نمبر ۲ کے مطابق ہے۔ ابتداً جب تک غلیظ اور ناقص خون آ رہا ہے نزف بند نہ کرنا چاہیئے لیکن جب سرخ شوخ خون خارج ہونے لگے تو حابسات کا استعمال جاری کر دیں۔ چنانچہ صبح کو پہلے رسوت ۱ گرام کھلا کر اوپر سے ریشہ خطمی ۴ گرام پانی میں بھگو کر لعاب نکالیں اور بیخ انجبار، حب الآس ۳-۳ گرام پانی میں پیس کر شیرہ نکال کر لعاب مذکورہ میں ملالیں اور اس میں شربت بنفشہ، شربت انجبار یا شربت حب الآس بمقدار ۲۰ ملی لیٹر شامل کر کے اسپغول ۵ گرام یا تخم بارتنگ ۵ گرام چھڑک کر پلائیں۔ مقامی طور پر ضماد ذیل لگائیں:

(۱) مقل ازرق، رسوت زرد، تخم کتاں ہر ایک ۴ گرام، نمک لاہوری، جواکھار ہر ایک ۲ گرام، مویز منقیٰ ۳ دانہ لے کر باریک کر کے برگ عنب الثعلب سرکہ میں حل کر کے مسوں پر لگائیں۔

استقاط یا وضع حمل کے بعد محتبس مشیمی ٹکڑے کو خارج کرنے کے لئے مندرجہ ذیل کاڑھا پلائیں:

(۲) مشکطرا مشیع ۷ گرام، پوست املتاس ۶ گرام، پوست خربزہ، تخم خربزہ ۱۲ گرام، تخم خیارین، پرسیاؤشاں ہر ایک ۷ گرام۔ جملہ دواؤں کو پانی پون لیٹر میں جوش دیں۔ جب تہائی پانی باقی رہ جائے تو موسم سرما میں سر بزوری اور اگر موسم سرما ہو تو تنید کھنڈ ۵۰ گرام ملا کر ۵۰ ملی لیٹر پلائیں۔

غذا: استقاط یا وضع حمل کے بعد ۵-۶ یوم آب و غذا کے بجائے مذکورہ کاڑھا پلاتے رہیں پانچویں چھٹے روز غذا میں صرف مویز منقیٰ ۵ دانہ بیخ نکال کر آگ پر سینک کر کھلائیں، ساتویں دن موٹھ مسلم پانی میں جوش دے کر اس کا پانی پلائیں، بعدہٗ موٹھ یا مونگ کی دال کے پانی کے علاوہ بکری کے گوشت کا شوربہ چپاتی بھگو کر رفتہ رفتہ دیں۔ پانی کے بجائے عرق کمو، عرق بادیان ملا کر پلائیں۔ ۲۰ یوم بعد بحالی قوت کے لئے مقوی ادویہ دے کر مریضہ کی عمومی قوت بڑھائیں۔

حبیلہ: اس کا علاج نامکمل استقاط کی طرح ہے۔ عنق کو متسع کر کے بواسیر کو کلاب بیضیا (Ovum) کے

ذریعہ دور کردیا جائے۔ زیادہ مزمن اصابات میں رحم کا جرف کردینا چاہیے۔

(۶) **خبیث بواسیر** (Malignant Polypi): سرطان عنق میبل میں ایک بڑا بواسیری ابھار پیدا کرسکتا ہے نیز جوف رحم میں جسم کا سرطان بھی اسی سرطان کے ہمراہ پایا جاسکتا ہے۔ لحمی سلعات لحمیہ عموماً بواسیری ہوتے ہیں۔ رحم کا سلعہ لحمیہ خواہ لیفی عضلی سلعات سے عارض ہوا ہو یا دروں رحم سے اکثر ایک بڑے بواسیری ابھار کی تکوین کرتا ہے جو کہ رحم میں نہ صرف کلانی پیدا کردیتا ہے بلکہ اسے پر بھی کردیتا ہے۔ عنق کو متسع کر کے سلعہ کا زیریں سرا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ عود مرض کی حالت میں سلعۂ لحمیہ (Sarcoma) کا شبہ کرنا چاہیے۔

یونانی علاج:۔ تخفیفی علاج کے طور پر داخلاً مصفیٔ خون ادویہ پلائیں مثلاً اطریفل شاہترہ، عرق مصفی مرکب۔ مجوسی نے کہا ہے کہ خلط سوداوی سے رحم کا تنقیہ کریں اس کے لئے مطبوخ افتیمون، غاریقون و حب اسطوخودوس مفید ہے۔

رفع درد کے لئے درج ذیل ٹکور استعمال کریں:

رص) پوست خشخاش، گل ٹیسو ۱۲-۱۲ گرام پانی میں جوش دے کر بار بار ٹکور کریں، اس کے بعد مرہم ذیل لگائیں:

آب کاسنی سبز، آب کاہو سبز، آب کشنیز سبز، گل روغن ہر ایک ۱۲ گرام۔ جملہ دوائیں پھول کی تھالی میں ڈال کر سیسہ سے گھسیں۔ جب مرہم کے مانند ہو جائے تو سفیدی بیضہ مرغ ملا کر گازلت کر کے مقام ماؤف پر رکھیں۔ داخلی طور پر مرہم داخلیون، مرہم رسل و مرہم سفیداب وغیرہ بھی مفید ہیں۔ عسیر العلاج اصابات میں عملیہ بروئے کار لایا جائے اور اس کے بعد مدمل قروح مراہم استعمال کرائیں۔

غذا اور پرہیز: لطیف، زود ہضم اور مقوی غذائیں دی جائیں تاکہ حرارت غریزی میں اضافہ ہو۔ غلیظ تیز اور سوداوی خون پیدا کرنے والی غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے۔ گوشت مرغابی، پیاز، رائی اور شراب کا استعمال مضر ہے۔

عملیہ: رحم یا عنق سے دور کی جانے والی بواسیر کا نسیجاتی امتحان کیا جائے اور خبیث اصابات میں کلی رحم برآری بروئے کار لائی جائے۔

۳۰

رحم کے لیفی عضلی سلعات

[Fibromyomata of the Uterus]

مترادفات: عضلی سلعہ (Myoma)، عضلی سلعۂ املس (Leiomyoma)

یہ مجلہ نوبالیدوں میں سب سے زیادہ کثیرالوقوع ہے جو رحم کی عضلی دیوار میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سلعات تولیدی زندگی تک محدود ہوتے ہیں، جس سے اندازہ ہوتا ہے کہ ان کا کم و بیش تعلق مبیضی تحریک سے ضرور ہوتا ہے۔ مبیضین اکثر کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں نیز دیروں اور کلاں غیر منشق حویصلات پر مشتمل ہوتے ہیں۔

یہ سلعات بالخصوص جسم رحم پر وقوع پذیر ہوتے ہیں، عنقی سلعات نسبتاً کم واقع ہوتے ہیں۔ یہ مختلف الجسامت ہوتے ہیں، چنانچہ معمولی سائز سے لے کر غیر معمولی تودوں کی شکل میں تقریباً پورے شکم پر قابض ہو کر اس کے مشمولات کو ہٹا دیا زغمہ اور شکمی احشاء کو دھکیل دیتے ہیں۔ یہ عموماً کثیر العناصر اور قطعی طور پر دو زکیس ہوتے ہیں۔ انھیں رحمی عضلات سے ڈھیلے مسطح نسیج واصل کے ذریعہ متمائز کیا جاتا ہے جو انھیں ان کے فرشہ سے نکل کر رحمی عضلہ میں در آنے کا موقع دیتے ہیں۔ یہ جب بالکلیہ دیوار رحم میں نمودار ہو جاتے ہیں تو زنگی کہلاتے ہیں۔ ان سلعات کی جسامت میں اضافہ کے ساتھ ساتھ عضلۂ رحم کے انقباض کے نتیجہ میں باریطونی یا مخاطی سطوح کے نزدیک رونما ہونے والے سلعات ان سطوح کی طرف بڑھنے کا زیادہ رجحان رکھتے ہیں اور اس طرح تحت باریطونی یا تحت مخاطی ہو جاتے ہیں اور اسی اعتبار سے ان کی تقسیم بھی کی جاتی ہے جس کی تفصیل آگے آ رہی ہے۔

تعداد:- بیشتر اصابات میں ان کی معتدبہ تعداد ہوتی ہے اور ایک رحم میں ایک سو سے زائد عضلی سلعات پائے گئے ہیں جبکہ پورے رحم اور غالباً رباط مبیض و رباط عریض میں خرد سلعات کا مطالعہ کیا گیا۔ یہ سلعات شاذ و نادر ہی اُرتکاس رحم پیدا کرتے ہیں۔

ساخت

نظری طور پر اگرچہ یہ بالیدیں رحمی دیوار جیسی بافتوں سے مرکب ہوتی ہیں تاہم یہ رحمی عضلہ کی نسبت صلب دبوست تر ہوتی ہیں۔ تراشنے پر لیفی عضلی سلعہ زیادہ زرد اور زیادہ ریشے دار نظر آتا ہے۔ تراشہ کی ریشمی تابناک سطح پر نسیجی بنڈلوں کی لچھے دار ترتیب ملتی ہے جو ایک ممتاز ترین وصف ہے۔ رختی سلعہ کا موازنہ اردگرد کی رحمی دیوار کے کیٹ کا ذبے کرنے پر فرق نمایاں طور پر واضح ہو جاتا ہے۔ رحمی بافت میں عضلی ریشے زیادہ گلابی اور زیادہ متوازی ترتیب میں ہوتے ہیں اور بالیدہ سے ڈھیلی خلوی ساخت کے ذریعہ علیحدہ ہوتے ہیں جو عروق پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ان سلعات کی ساخت انحطاطی تغیرات سے مختلف ہوتی ہے جس کے سبب یہ زیادہ نرم یا دو پری ہو جاتے ہیں یا تکلس کے سبب صلابت اختیار کر لیتے ہیں۔ رختی عضلی سلعہ (Interstitial Fibromyoma) کے لیے عضلی سلعہ برآری (Myomectomy) عملیہ کے دوران سلعات کے مناظر کامل آنکھ سے بخوبی مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ سلعات کے مکمل اخراج تک عموماً کافی نزف ہو چکا ہوتا ہے جو خاص طور سے عضلی ترجیع (توضیع) کے ذریعہ قابو میں آتا ہے۔ یہ عمل ترجیع زیادہ تر عملیہ کے فوراً بعد عمل میں آتا ہے۔ غیر کیسہ بند سلعات (Non Encapsulated Tumours) صادق لیفی عضلی سلعات نہیں بلکہ غدی عضلی سلعات (Adenomyomata) ہوتے ہیں۔

لیفی عضلی سلعات کی دموی رسد رحم کی قوس دار شرائین (Uterine Arculate Arteries) کے ذریعہ ہوتی ہے۔ مرکزی حصہ میں دموی رسد کمزور لیکن محیط میں بہتر ہوتی ہے اسی لئے انحطاطی تغیرات مرکز سے شروع ہو کر اطراف میں پھیلتے ہیں۔

خوردبینی طور پر یہ بالیدیں غیر ملفوف عضلہ اور لیفی بافتوں سے مرکب ہوتی ہیں۔ یہ ترکیب مختلف تناسب میں ہوتی ہے۔ عضلی ریشوں کی رفتار گتھے ہوئے بنڈلوں میں ہوتی ہے جن میں سے کچھ طولاً اور کچھ عرضاً کٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ خرد سلعات زیادہ تر عضلہ پر مشتمل ہوتے ہیں تاہم ان کی جسامت بڑھنے کے ساتھ ساتھ لیفی بافت کے تناسب میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ بڑے سلعات زیادہ تر مکمل طور پر لیفی ہو جاتے ہیں۔ عضلی ریشوں کے نواۃ مختصر، گداز اور گاؤدم ہوتے ہیں جب کہ لیفی نا ہج (Fibroblast) زیادہ طویل پتلے اور مقعر ہوتے ہیں۔ ابتداً اگرچہ ان میں عضلی بافت غالب ہوتی ہے تاہم خالص عضلی بالیدوں کی موجودگی مشکوک ہے اسی لئے "لیفی عضلی سلعات" ان کی ساخت کی درست ترجمانی کرتا ہے۔

روزمرہ طور پر عضلی خلیات اور لیفی نسیجی خلیات باآسانی ممتاز نہیں ہوتے تاوقتیکہ گیسین توشیہ (Giesen's Method) سے تراشوں کو رنگ نہ دیا جائے۔ ایسی صورت میں عضلات زرد پکرک ایسڈ کو

جذب کر لیتے ہیں اور لیفی بافت گلابی نکشن رنگ حاصل کر لیتی ہے۔ لیفی بافت کے نوآماتوں میں وہ حسن ترتیب و تقسیم مفقود ہوتی ہے جو عضلی خلیات کا خاصہ ہوتی ہے۔ ان میں سے اول الذکر اکثر تکلہ نما، ستارہ نما یا غیدہ ہوتے ہیں جبکہ مؤخر الذکر نسبتاً زیادہ سیدھے، دبیز اور بیشتر راڈ کے ہم شکل ہوتے ہیں۔ بڑے اور سریع الانتشار سلعات میں عضلی خلیات کے نوآمات زیادہ چھوٹے اور بیضوی ہوتے ہیں۔ عضلاتی بنڈل کے درمیان لیفی بافت کو خاص ہیکل کی شکل میں دیکھا جا سکتا ہے۔ پرانے سلعات، جن میں فعال بالیدہ معدوم ہو جاتی ہے، میں مخصوص طور سے ہیکل کی لہردار لیفی بافت کے بند مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں۔ لیفی عضلی سلعہ دموی رسد جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، رحم کی قوس دار شرائین سے حاصل کرتا ہے۔ خود سلعہ میں واضح اور نمایاں دیوار کے ساتھ مربوط عروق مشاہدہ کی گئی ہیں۔ یہ عضلی بنڈل کے درمیان اتصالی بافت کے ہیکل میں سے گزرتی ہیں۔ وریدی خون چھوٹی وریدوں کے ذریعہ کی بڑی رگوں کی طرف واپس جاتا ہے۔ سلعۂ لیفی کا کیسہ سلعی بافت سے دو امور میں اختلاف رکھتا ہے:

(۱) اس کی بناوٹ بہت زیادہ ڈھیلی ہوتی ہے اور عموماً عضلی لیفی بافتوں کے متوازی بنڈلوں سے ترتیب پاتی ہے۔

(۲) اس میں باقاعدہ عروق کی خاصی تعداد پائی جاتی ہے، جن میں شرائین، اوردہ اور عروق شعریہ موجود ہوتی ہیں۔

سبب مرض: دیگر نوساختوں کی طرح اس کی شناخت بھی قطعی طور پر نہیں ہو پاتی تاہم تجرباتی اور سریری شہادتوں سے پتہ چلتا ہے کہ ان کی نمو آسٹروجنی عوامل سے ہوتی ہے۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، ان کا ظہور فعال صنفی زندگی کے دوران ہی ہوتا ہے۔ ان کی علامتیں ۲۵ سال کی عمر سے پیشتر شاذونادر ہی ظاہر ہوتی ہیں۔ زمانۂ انحطاط یعنی پیرانہ سالی میں خطرناک علامتوں کا ظہور ہو سکتا ہے جس کے لئے ماہرانہ اور فوری علاج درکار رہتا ہے، تاہم ایک دفعہ طمث ختم ہو جانے کے بعد ان کی ازسرنو تکوین نہیں ہوتی۔ یہ سلعہ اکثر عدیم الحمل عورتوں یا ان عورتوں میں نمودار ہوتا ہے، جنھیں حاملہ ہوئے مدت گذر چکی ہے، چنانچہ ایک اعداد و شمار کے مطابق ۶۰ فیصدی سلعات ان عورتوں میں پیدا ہوتے ہیں جو کبھی حاملہ نہ ہوئی ہوں یا ان کے صرف ایک ہی بچہ ہو۔ لیفی عضلی سلعہ ایک دفعہ پیدا ہونے کے بعد رحم مسخ ہو جاتا ہے اور دروں رحمہ (غشاء الرحم) میں نمایاں تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، جس کے سبب عدم اخصاب یا اسقاط سے دوچار ہونا پڑتا ہے۔

اقسام

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، لیفی عضلی سلعہ عموماً آمیزہ ہوا کرتا ہے اور اکثر ایک ہی بڑی بالیدہ پائی جاتی

ہے جس سے علامات کا ظہور ہوتا ہے، دیگر اس قدر خفیف ہوتے ہیں کہ ان کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی یعنی عضلی سلعات ٪۹۰ جسم رحم میں واقع ہوتے ہیں باقی ٪۱۰ عنق میں۔ دونوں یعنی جسمی اور عنقی لیفی عضلی سلعات کو درج ذیل تین حصوں میں تقسیم کر دیا جاتا ہے:۔

(۱) رخنگی یا درون جداری	٪۷۳
(۲) تحت مخاطی	٪۱۶٫۶
(۳) (الف) تحت باریطونی یا تحت مصلی (ب) پس باریطونی	٪۱۰٫۴

رخنگی لیفی عضلی سلعہ (Interstitial Fibromyoma):۔ اسے درون جداری لیفی عضلی سلعہ Intramural Fibromyoma) بھی کہتے ہیں۔ یہ سلعات عموماً چھوٹے یا متوسط جسامت کے ہوتے ہیں۔ یہ رحم کی بہ نسبت قریبی احشار کو زیادہ بگاڑتے ہیں یہ سلعات مقدم، موخر دیوار اور قاع الرحم میں یکساں طور پر رونما ہو سکتے ہیں اور اس تناسب سے عظم الرحم واقع ہوتا ہے کہ حمل سے غیر معمولی مشابہت ہوتی ہے۔ جسم رحم کی کلانی ہیئت واقع ہوتی ہے اور جوف رحم کا تطول عموماً پایا جاتا ہے۔

امتحان پر رخنگی بالیدیں تحت باریطونی کی بہ نسبت کم سخت اور زیادہ لچکدار ہوتی ہیں نیز رحمی انعال پر واضح طور پر اثر انداز ہوتی ہیں۔

تحت مخاطی لیفی عضلی سلعہ (Submucous Fibromyoma)۔ تحت مخاطی لیفی سلعات ابتدائی طور پر رخنگی ہوتے ہیں جو بڑھتے بڑھتے جوف سے متصل ہو جاتے اور رحمی انقباضات کے ذریعہ اس میں دھکیل اٹھتے نیز تحت مخاطی ہو جاتے ہیں۔ ابتدا میں یہ ایک مخصوص عضلی پرت میں ملفوف رہتے ہیں اسی سے اس وقت تک درکیسی ہوتے ہیں لیکن بعد میں استخراجی طور پر رفتہ رفتہ پتلے ہوتے جاتے ہیں تاوقتیکہ کیسہ کے ذریعہ مروزہ کھا جائیں۔ اس طرح یہ آزاد ہو کر فقط درون رحم سے ملفوف رہتے ہیں۔ یہ عموماً رخنگی یا تحت باریطونی قسم سے چھوٹے ہوتے ہیں۔ تحت مخاطی سلعات عموماً متدبر بیضہ نما ہوتے ہیں۔ جب سلعہ جوف رحم میں نمایاں طور پر دھکیل اٹھتا ہے تو یہ جسم غریب کا فعل صادر کرتے ہوئے رحم کو سکیڑتا اور اس کے اخراجی عمل پر اثر انداز ہوتا ہے۔ اس طرح تحت مخاطی سلعات کا رجحان زیادہ تر کھنچ کر رحم میں در آنے اور بواسیر بن جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ عموماً بجود ہوتا اور بے ترتیب عظم رحم پیدا کرتا ہے۔

جب کوئی تحت مخاطی سلعہ بواسیری (Polypoid) ہو جاتا ہے تو اس کی آزاد سطح کو درون رحم ملفوف کر لیتا ہے۔ اس کے ساقچہ کا جو عضلی تعلق رحم سے ہوتا ہے اسی کے ذریعہ اس کی دموی رسد ہوتی ہے جس

سے اس کی نشو ونما ہوتی ہے۔ دموی رسد قلیل ہونے کے سبب ان سعدانوں (دبوا میسر) میں تقرحات اور تنخر کی صلاحیت زیادہ پائی جاتی ہے۔ رحم میں یہ سعدانے مردہ بیضۂ دانتی کی طرح موجود ہوتے ہیں۔ اس کے بتحر میں پیدا ہونے والے تمدد کے سبب عنق فنال متسع ہوجاتی ہے اور "جسم غریب" مہبل میں داخل ہوجاتا ہے، نتیجتاً کارساقہ باریک اور مستطول ہوجاتا ہے۔

تحت باریطونی یعنی عضلی سلعات (Subperitoneal Fibromyomata): انھیں تحت مصلی یعنی عضلی سلعات (Subserous Fibromyomata) بھی کہتے ہیں۔ دیگر سلعات کے مقابلہ میں یہ سلعات متعدد و مختلف الجسامت ہوتے ہیں۔ التہابی تغیرات واقع ہونے سے پیشتر تحت باریطونی سلعات لیفیہ کا غلاف سلعہ سے تحت مصلی اتصالی بافت کی فقط ایک پتلی تہ سے چسپیدہ رہتا ہے، جسے شگاف دے کر بآسانی علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ ان کی جسامت جب بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے تو اوپر اٹھ کر کہفۂ شکم میں داخل ہوجاتے ہیں اور جب ان کی جسامت چھوٹی ہوتی ہے تو یہ حوض ہی میں رہتے ہیں جہاں یا تو ڈگلس کی جیب میں پڑے رہتے ہیں' اسے وسیع کر دیتے ہیں یا قعر مثانہ میں واقع ہوتے ہیں۔

یہ سلعات ابتدا میں سطح رحم پر سخت عقد کی شکل میں مٹر کے دانہ کے برابر نمودار ہوتے ہیں' جن کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی' لیکن عدم توجہ کی صورت میں وزن تیس چالیس پونڈ سے بھی زیادہ بڑھ جاتا ہے' لیکن عہد حاضر میں بر وقت علاج انجام دے دینے کے سبب مذکورہ وزن تک نہیں پہنچ پاتا۔ خون کی رسد زیادہ تر رحم کے توسط سے ہوتی ہے۔ یہ سلعات قلیل الوقوع ہوتے ہیں۔ ان کی سطح پر عموماً بڑی بڑی وریدیں نظر آتی ہیں جو ان کی جڑ کی طرف جاتی ہیں۔

شکم میں تحت مصلی سلعات پیدا ہوتے ہیں تو بڑھ کر کبھی کبھی حوض عانہ میں آجاتے ہیں۔ چوں کہ ان کا تعلق رحم سے زنخی کی بہ نسبت بہت کم ہوتا ہے' لہٰذا ان سے رحم پر بہت کم تباہی آتی ہے۔

پس باریطونی یعنی عضلی سلعہ (Retroperitoneal Fibromyoma): یہ دراصل مذکورالصدر کی ذیلی قسم ہے' یہ سلعہ رحم کے اس حصے سے پیدا ہوتا ہے جہاں باریطونی غلاف نہیں ہوتے مثال کے طور پر باریطونی انعکاس کے نیچے دیوار مقدم یا رباط عریض کے طبقوں کے درمیان جانبی دیوار۔ لیفی عضلی سلعہ کی یہ قسم سریری اہمیت کی حامل ہوتی ہے کیونکہ یہ حوضی اور شکمی احشا کی نمایاں غیر وضعیت پیدا کر سکتی ہے جس سے متعدد علامتی دقتیں پیش آسکتی ہیں۔ رباط عریض کے مابین اس طرح کا جانبی انتشار سلعۂ لیفیہ عضلی سیلان الرحم پیدا کر سکتا ہے۔

ان سلعات کی جسامت جب بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے تو حوض کے طبعی تعلقات میں نمایاں تغیرات

ہو جاتے ہیں، چنانچہ یہ جب رباط عریض کے طبقوں کے درمیان سے گزرتے ہیں تو ان میں غیر معمولی پیدا کر دیتے ہیں، جب جانبی حصہ کی طرف بڑھتے ہیں تو حوضی دیوار کو پوشیدہ رکھنے والی دیوار کو تحدب پیدا کر دیتے ہیں اسی طرح بسا اوقات دائیں جانب اعور اور زائدہ دودیہ کے نیچے چلے جاتے ہیں۔ اوپر ابھار دیتے ہیں، عقبی جانب گزر کر ڈگلس کی جیب کے فرش کو عجزی طنفہ ابھار (Sacral Promontary) کی سطح تک اوپر ابھار دیتے ہیں، آگے بڑھ کر شانی رحمی جیب کو پُر کر دیتے ہیں، حوض کی گگر سے مثانہ کو اوپر ابھار دیتے ہیں مبال کو متطول کر دیتے اور حالبین میں میلانات پیدا کر دیتے ہیں۔

عنق کا لیفی عضلی سلعہ (Fibromyoma of the Cervix):۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، جسم کے لیفی عضلی سلعہ کی بہ نسبت عنق کا لیفی عضلی سلعہ کم واقع ہوتا ہے۔ یہ عموماً مجرد ہوا کرتا ہے اور عنق رحم میں نمایاں تطول اور تلوی پیدا کرتا ہے نیز جسم و قاع الرحم کو فوقانی جانب ڈھکیل دیتا ہے۔ رحمی شرائین بھی طبعی مقام سے ہٹ جاتی ہیں۔ یہ سلعات فوق مہبلی عنق (Supravaginal Cervix) اور مہبلی حصہ (Portio Vaginalis) میں بھی پیدا ہوتے ہیں لیکن حصۂ مہبلی سے پیدا ہونے والے سلعات لیفیہ کی جسامت عموماً کم ہوتی ہے۔ ان کی ابتدا اگرچہ رخنگی کے طور پر ہوتی ہے تاہم رحم کے سلعات لیفیہ کی طرح سعد انہ نما (بواسیری) بن جاتے ہیں۔ ان کی نمو نیچے کی طرف مستقیمی مہبلی حاجز جانبی طور پر رباط عریض یا سامنے کی طرف عنق اور مثانہ کے مابین بھی ہوسکتی ہے۔ یہ بغیر ڈنٹھل کے ہوتے ہیں اور شاذ و نادر عنق سے غصنہ دار چسپیدگی قائم رکھتے ہیں۔

ثانوی تغیرات

ذبول (Atrophy): سن یاس کے بعد مبیضی فعل کے منقطع ہو جانے سے لیفی عضلی سلعہ کی ایک قلیل تعداد میں از خود ذبول عارض ہو جاتا ہے، جس سے ان کی جسامت نمایاں طور پر کم ہو جاتی ہے اور نتیجتاً کار درصلب اور زیادہ ریشہ دار ہو جاتے ہیں، لیکن یہ امر یاد رکھنے کا ہے کہ لیفی عضلی سلعات میں ذبول بعض اسباب سے عارض ہوتا ہے، جن سے اس عمر میں طبعی رحم میں ذبول لاحق ہوتا ہے۔ ذبول رحم کے سبب اعضاء وظائف میں دوران خون مفقود یا سست ہو جاتا ہے جس سے انقطاع الطمث عارض ہو جاتا ہے، علاوہ بریں مبیض برآری سے بھی مصنوعی ذبول پیدا کیا جا سکتا ہے۔ سلعات میں اس طرح کا تغیر وضع حمل کے بعد بھی واقع ہو جاتا ہے، اسی لئے دوران حمل جو سلعہ قابل جس ہوتا ہے، نفاس کے ۶ ماہ بعد نا قابل شناخت ہو جاتا ہے۔

زجاجی انحطاط (Hyaline Degeneration):۔ لیفی عضلی سلعہ کا یہ ایک کثیر الوقوع انحطاط ہے جو دموی رسد کی قلت اور سوء تغذیہ سے عارض ہوتا ہے۔ جملہ سلعات میں زجاجی انحطاط ½1 انچ یا زائد قطر میں

موجود ہوتا ہے۔ لیفی عضلی سلعات خواہ کتنے چھوٹے کیوں نہ ہوں یہ تغیر ضرور دیکھنے میں آتا ہے۔
نظری طور پر متاثرہ خطوں میں تراشیدہ سطح کا ایک مخصوص حلقہ دار حصہ معدوم ہوتا ہے۔ انحطاطی رقبات متجانس نما یعنی شیشے کے متناظر ہوتے ہیں۔ زجاجی سلعہ صلب اور ٹھوس ہوتا ہے اور تراشیدہ سطح پرپیچ دار سطح غیر واضح ہوتی ہے۔ جب ایک طویل رقبہ ماؤف ہوتا ہے تو مرکزی حصہ عام طور سے رطوبی ہوجاتا اور غیر ہموار کیفے نظر آتے ہیں۔

خوردبینی طور پر زجاجی انحطاط کی شناخت بخوبی کی جاسکتی ہے، چنانچہ انحطاطی خطے ایوسین (eocine) کے ذریعہ شوخ گلابی رنگت اختیار کرلیتے ہیں۔ زجاجی تغیر ابتدا میں لیفی بافت میں شروع ہوتا ہے لیکن بعد میں اردگرد کے زجاجی اجزا کے دباؤ سے عضلی بنڈلوں کی تلوی شروع ہوجاتی ہے، لیفی بافت زجاجی ہوجاتی ہے اور عضلی ریشوں کا رجحان معدوم ہونے کی طرف ہوتا ہے، چنانچہ پہلے عضلی خلیات معدوم ہوجاتے ہیں اس کے بعد ان کے نواۃ۔ عروق دمویہ زجاجی انحطاط سے مقابلہ و مدافعت کی غیر معمولی قوت رکھتی ہیں نیز آخر تک صحیح وسالم رہتی ہیں۔ زجاجی انحطاط کلاں تحت مصلی سلعات میں زیادہ واضح ہوتا ہے۔

دویری انحطاط (Cystic Degeneration):۔ یہ انحطاط زیادہ تر سلعات لیفیہ کے زجاجی انحطاط کی ترقی کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے، اسی لئے اسے زجاجی انحطاط کا موخر درجہ بھی رکھتے ہیں۔ اس طرح بننے والی فضائیں صادق دویرہ نہیں ہوتی ہیں کیوں کہ یہ فضائیں سرطلی خلیات سے ترتیب دار نہیں ہوتی ہیں۔ خرد دویری فضائیں باہم مل کر کلاں دویرہ بناتی ہیں اور جلد ہی بالید کا سارا مواد رقت اختیار کرسکتا ہے۔

دویری انحطاط عموماً تحت باریطونی سلعات میں ہوا کرتا ہے اور شاذونادر حالات میں تحت مخاطی میں بھی واقع ہوتا ہے۔ یہ کسی بھی حصۂ عمر میں لاحق ہوسکتا ہے، لیکن قدرتی طور پر پیرانہ سالی میں کثیرالوقوع ہوتا ہے، خاص طور سے بعد ایاسی دور میں۔

زجاجی رقبوں میں عارض ہونے والے دویروں کا سیال بڑا صاف وشفاف ہوتا ہے جو وسط سلعہ میں موجود ہوتا ہے، اس کے سبب سلعہ نرم ہوجاتا ہے۔ اس سیال کے بارے میں ماہرین کے درمیان خاصا اختلاف موجود ہے۔ یہ چاکلیٹی رنگ کا بہت زیادہ البیومینی ہوتا ہے، جس میں میوسین یا کاذب میوسین کبھی نہیں ہوتا یہ شاذونادر ریم سے متشابہ ہوتا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ دویری انحطاط ہمیشہ فقط زجاجی رقبوں کا تتمہ نہیں ہوتا بلکہ سرخ تنخر کے بعد بھی عارض واقع ہوجاتا ہے۔ اگر اتفاق سے یہ تنخر زجاجی اور دویری انحطاط کے مابین گھر جائے تو دویری مشمولات بسا اوقات وریدی خون سے مشابہ نظر آنے لگتے ہیں، جس میں فائبرین کا جز معدوم ہوتا ہے۔ ان دویروں کی دیوار کے عضلی ریشوں میں شحمی گلوبیج پائے جاتے ہیں۔

شحمی انحطاط (Fatty Degeneration): یہ تغیرات عموماً سن رسیدہ مریضات میں دوران یاس یا بعد ایام سن یاس میں مریض سلعہ کے سلعی خلیات میں شحمی گلوبچوں (Fat Globules) (خصوصاً عضلی عناصر میں) کی فراہمی کے نتیجے میں واقع ہوتا ہے۔ یہ منظر خالی آنکھ سے عموماً دکھائی نہیں دیتا۔ اس کی تراشیدہ سطح زرد اور متجانس ہوتی ہے۔ یہ تغیر زجاجی انحطاط کی بہ نسبت قلیل الوقوع ہے۔ یہ دراصل کلسی انحطاط کا لازمی پیش خیمہ ہوتا ہے اور عموماً زجاجی تغیر اختیار کرنے والے سلعہ میں وقوع پذیر ہوتا ہے۔ نقص تغذیہ، خون میں شحمی اجزاء کی کثرت، کثرت ولادت، کثرت اسقاط و کثرت مباشرت سے رحم میں آہستہ آہستہ چربیلے اجزاء جمع ہوتے رہتے ہیں، جن کے دباؤ سے رحم کے عضلی، رباطی اور عصبی ریشوں کا خاطر خواہ تغذیہ نہیں ہونے پاتا۔ اس تشحم کے سبب کہفہ رحم تنگ ہو جاتا ہے۔

کلسی انحطاط (Calcarious Degeneration): سن رسیدہ مریضات میں تحت مصلی لیفی سلعات میں یہ تغیر دیکھنے میں آتا ہے جو شحمی انحطاط کے عاقبہ کے طور پر رونما ہوتا ہے۔ خلیات سلعہ میں شحمی گلوبچوں کی فراہمی کے بعد حمیض شحمی (Fatty Acids) عمل تصبن اختیار کر لیتے ہیں، جس کے نتیجے میں تکلس واقع ہو جاتا ہے۔ کاربونیٹ اور فاسفیٹ بالترتیب صابونی رد عمل کرتے ہیں، نتیجۃً کار کیلشیم فاسفیٹ اور کیلشیم کاربونیٹ کی فراہمی ہوتی ہے۔

بسا اوقات چونے کی فراہمی تمام جرم سلعہ میں منتشر طور پر ہوتی ہے، جس سے ایک صلب ابھار پیدا ہو جاتا ہے، جسے امراض النساء کے ماہرین سنگ رحم (Womb Stone) سے موسوم کرتے ہیں۔ اس تکلس کو ریڈیوگرافی سے بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔

لحمی سلعی انحطاط یا خبیث تغیر (Sarcomatous Degeneration or Malignant Change): ابتداً لحمی سلعہ عضلہ رحم یا دروں رحم میں پیدا ہو کر عضلی سلعہ میں اس کی درریزش کرتا ہے۔ درون جداری سلعات عام طور سے ماؤف ہوتے ہیں، اس کے بعد عنقی عضلی سلعات اور سب سے کم تحت مصلی سلعات۔ ۴۰ سال سے کم عمر میں عضلی سلعہ میں خبیث تغیر قلیل الوقوع ہے۔ ۰.۵٪ اصابات ۴۰ اور ۵۰ سال کی درمیانی عمر میں واقع ہوتے ہیں۔ سلعہ عموماً لحمی سلعہ املس (Leio Sarcoma) ہوتا ہے، تاہم تکلہ نما خلوی (Spindle–Celled) مستدیر خلیہ نما (Round Celled) اور مخلوط خلیہ نما (Mixed Celled) سلعات بھی پائے جا سکتے ہیں۔

سلعہ لیفیہ میں خبیث تغیر واقع ہونے کے نتیجے میں میاں ناہضی (Mesoblastic) خبیث بدتکوین واقع ہو سکتی ہے جس سے عضلی سلعہ واقع ہوتا ہے جو کثیر الخلایا ہوتا ہے۔ لحمی سلعی تغیر نسیج واصل، عضلہ یا عروق دمویہ کی دیوار میں واقع ہو سکتا ہے۔ یہ زیادہ تر بالید کے مرکز میں وقوع پذیر ہوتا ہے جو بھورے رنگ کے زیادت

پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ متجانس اور اردگرد کی بافت سے نرم ہوتا ہے۔ بعد میں تنخر کے سبب یہ رقبات ملائم ہو جاتے ہیں، جس کے ساتھ ناہموار کہفوں کی تکوین ہوتی ہے جو بیک وقت خون سے پُر ہوتے ہیں۔ یہ تغیر شاذ و نادر اصابات میں واقع ہوتا ہے البتہ سن یاس گزرنے کے بعد بڑے سلعات کی شکل میں مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ زجاجی انحطاط والے سلعات میں خبیث حلقے بنتے ہیں۔ سلعات میں دلموی فراہمی کا بھی مشاہدہ کیا گیا ہے۔ بواسیری مستے جو تراشنے پر سلیم معلوم ہوتے ہیں لیکن بار بار عود کر آتے ہیں، انجام کار ان میں سلعی تغیر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس تغیر سے سلعۂ لیفیہ کی جملہ اقسام متاثر ہو سکتی ہیں۔

خبیث بالیدے مرکزی حصہ سے خردبینی مشاہدہ کے لئے تراش لی جائے تو بکلہ نما خلوی سلعۂ لحمی (Sarcoma) نظر آئے گا۔ ان اصابات میں جلد ہی سرحات عارض ہو جاتے ہیں۔ سلعہ میں امتیازی طور پر درد موجود ہوتا ہے، نیز اس کی جسامت بسرعت بڑھتی، نرم خطوں کی نشوونما تیزی سے ہوتی ہے جس میں عموماً ایک صلب نمو پائی جاتی ہے۔ نو بالیدہ کے خلیات بڑھنے کے ساتھ ساتھ ان کے زوائد بھی نمودار ہوتے ہیں جن میں سے بعض گوشے دار ہوتے ہیں۔ ان کے نواۃ جسامت کے اعتبار سے سرطلی نواۃ کے برابر ہو جاتے ہیں اور ان میں خردبینی تقسیم پائی جاتی ہے۔ ان بالیدوں میں چونکہ باریک دیواروں والی عروق شعریہ موجود ہوتی ہیں لہٰذا ان کے انقطاع سے دورے بن جاتے ہیں، جن میں بیشتر اصابات میں دریدگیاں مشاہدے میں آتی ہیں جو رحمی نزف کا سبب بنتی ہیں۔

بیشتر اصابات میں تشخیص رحم کا استیصال کرنے کے بعد ہی کی جاسکتی ہے۔ لیکن عضلی سلعہ کی سریع کلانی مع منتشر نزف اور درد کی حالت میں اس کے امکان پر غور کرنا چاہیے۔ اسی طرح بعد ایاسی عورتوں میں عضلی سلعہ کی سریع کلانی مع اچانک حملۂ درد اور مقامی الیمیت زیادہ تر لحمی سلعی تغیر کے سبب موجود ہوتی ہے۔ ایک اہم ترین امارت سلعہ کا غیر کیسہ دار ہونا ہے۔ جملہ سلیم سلعات ہمیشہ در کیسی ہوتے ہیں۔

ساقچہ کا نلوی (Torsion of the Pedicle) تحت مصلی عضلی سلعہ رحم کے مقام انضمام پر محوری گردش اختیار کر سکتا ہے، ایسی حالت میں وریدی امتلا سلعہ کی سطح پر درون باریطونی نزف عارض کر دیتا ہے یا انجام کار درد وہ متشدد ہو کر سلعہ کو خون سے ممتلی کر سکتی ہے۔ نیز شدت درد کے نتیجہ میں عجلت میں مریضات کا آپریشن کر دیا جاتا ہے۔ اکثر اصابات میں سلعہ کی سطح تازہ دموی رسد کے نتیجہ میں ثرب یا دوسری جگہ سے منضم ہو سکتی ہے۔

سرایت: رحمی یعنی عضلی سلعات شاذ و نادر ہی سرایت پذیر ہوتے ہیں کیونکہ یہ تحتانی تناسلی قنات کی صعودی سرایت یا معوی معدی قنات کی سرایت سے دور ہوتے ہیں، واحد راہ سرایت دموی رد

ہوتی ہے۔

یہ سرایت مختلف صورتوں میں واقع ہوتی ہے۔ سورائی (بواسیری) سلعۂ لیفیہ میں اس کی دموی رسد میں مداخلت کے سبب نخربافت واقع ہوسکتی ہے۔ ایسی حالت میں انحطاط پذیر سلعے منتن تنال یا جبین میں ادغام جذب لیتے ہیں اور یہ مقامات ان جرثوموں کی نشو و نما کے لئے انتہائی سازگار ثابت ہوتے ہیں۔ وضع حمل، اسقاط یا املاص کے دوران یا شدید جرف کے نتیجہ میں فرجہ سے کہفۂ رحم میں سرایت پیدا ہونے کے سبب تحت غشائی لیفی سلعات بھی متاثر ہوسکتے ہیں۔ جب اس قسم کا سلعہ پلپلا پن اختیار کر کے عظیم الجسامت ہوجاتا ہے تو اس کی مرائیتیں رحمی سرایت کے مشابہ ہوجاتی ہیں۔ اس کے سبب مہبل سے بدبودار قسم کی رطوبت کا افراز بھی ہونے لگتا ہے۔

سلعات لیفیہ کے سرایت زدہ ہوجانے کی حالت میں سرایت کا راستہ عموماً دروں رحم ہی ہوتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تحت غشائی بالیدوں میں امکان سرایت زیادہ اور تحت باریطونی میں کم ہوتی ہے۔ سرایت کا دوسرا منبع رودہ ہے، جس میں یہ لیفی سلعہ پر اس کی باریطونی سطح سے حملہ آور ہوتا ہے مثلاً نادر اصابات میں سلعۂ لیفیہ کی سرایت سے اس کے ساقچہ میں تلوی واقع ہوجاتی ہے۔

نخربافت یا سرخ انحطاط (Necrobiosis or Red Degeneration):۔ رحمی لحمی سلعات کا یہ تغیر زیادہ تر دوران حمل رونما ہوتا ہے تاہم ۴۰ سال سے زائد عمر کی عورتوں میں دردناک عضلی سلعات کے اصابات میں نادر الوقوع نہیں ہے۔ لحمی سلعہ تنیدہ اور الیم ہوسکتا ہے جو شدید شکمی درد، طبعی اختلالات اور بخار رونما کرسکتا ہے۔

نخربافت یا سرخ انحطاط کی اصطلاح انحطاط کی اس قسم کے لئے مخصوص ہے جس میں متاثرہ سلعہ خون سے رنگین ہوتا ہے اور بدگوشت سے مشابہ منظر پیش کرتا ہے۔ اس رنگ کا رجحان گلابی سے سیاہی کی طرف ہے۔ اسکی سطح تراشنے پر مخصوص ناگوار بو نکلتی ہے۔ ان سلعات کا رنگ صبغ الدم (Blood Pigment) کے انتشار کے نتیجہ میں رونما ہوتا ہے۔ یہ تغیر سلعہ کی ماہیت اور سبب کی تفتیش میں معین ثابت ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں سلعہ کے وسط میں مرکزی انحطاط ہوتا ہے نیز نا ہموار کہفہ جیسے بھورے مواصل سے بھرنے لگتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں خرد بینی تراشے ریشوں کے بنڈلوں کے مابین منتشر خفیف رنگ کے رقبات کے متناظر ہوتے ہیں، جن میں لیفی سلعات کی بہ نسبت کم عضلی بافت ظاہر ہوتی ہے۔ علاوہ بریں متعدد شحمی گولچے اور منتخر مسروق عروق (Thrombosed Vessels) بھی دیکھی جاسکتی ہیں۔ جرثومی حملوں کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔

اگر ان سلعات کی تجدید خصوصاً دوران حمل ہوجائے تو انحطاط یافتہ رقبہ میں شحمیات (Lipoids) کے

زیر اثر خون پاشیدگی (Haemolysis) کے مختلف مدارج نمودار ہو سکتے ہیں اور سلعہ کی صبغیت عمل میں آ سکتی ہے، اس طرح مذکور الصدر گوشت کی مخصوص بو پیدا ہوتی ہے۔ یہ بو شحمی حموضات کے سبب پیدا ہوتی ہے۔

یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ اگرچہ مریضہ بخار میں مبتلا ہوتی ہے، ساتھ ساتھ اوسط درجہ کی سفید خلویت یعنی کثرت کریات بیضا (Leucocytosis) اور مرتفع E. S. R. پایا جاتا ہے۔ تاہم یہ حالت غیر عفنی ہوتا ہے۔ بونڈ کے ذاتی تجربہ میں اس طرح کا کوئی اصابہ نہیں آیا۔

ہم زماں سرطانی سلعہ

یہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ لیفی عضلی سلعہ رحمی سرطان کا رجحان پیدا کرتا ہے، اسی لئے ایسے مقام پر عملیہ کا فیصلہ معالج کو لحۂ فکریہ میں ڈال دیتا ہے۔ سرطان عنق کی بہ نسبت سرطان جسم کثیر الوقوع ہے نیز سرطان جسم کے ساتھ اکثر سلعہ لیفی موجود ہوتا ہے۔ سرطان جسم اکثر ان عدیم الحمل معمر عورتوں میں لاحق ہوتا ہے، جن میں سلعہ لیفی پایا جاتا ہے جبکہ اس کے برعکس سرطان عنق اکثر جواں سال اور صاحب اولاد عورتوں میں واقع ہوتا ہے، ان میں سلعہ لیفیہ کی بالید کم پائی جاتی ہے۔ لیفی عضلی سلعہ اور جسم کا سرطانی سلعہ اکثر ان عورتوں میں پایا جاتا ہے جن میں ذبول اور غیر علامتی سلعہ لیفیہ موجود ہوتا ہے۔ اگر بعد الیاسی عمر میں عضلی سلعی رحم پیہم نزف جاری رکھے تو سدا ہم زماں سرطانی جسم کے امکان کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔

سلعہ لیفیہ میں مبتلا عورتیں دیگر عورتوں کی بہ نسبت اکثر عقیمہ ہوتی ہیں۔ سرطان اور سلعہ لیفیہ ۴۰ سال سے پیشتر ایک ساتھ عموماً نہیں پائے جاتے۔ سلعات لیفیہ کی موجودگی میں خبیث تغیرات کا رونما ہونا یا جسم رحم میں خبیث بالیدوں کی تشخیص سلعہ دور کرنے سے قبل شاذ و نادر ہی ہو پاتی ہے لہذا مندرجہ ذیل حالات میں خباثت کے امکانات کو ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہیئے۔

(۱) عود مرض کی حالت میں مثلاً لیف آسا بواسیر دور کر دینے کے بعد؛ (۲) عمر انقطاع الطمث کے اختتام پر سلعہ کا بڑا ہو جانا (۳) انقطاع الطمث کے بعد دوبارا خون جاری ہو جانا؛ (۴) ۴۰ سال کی عمر کے بعد سلعہ کی بستگی کا ڈھیلاپن اختیار کر لینا اور سرعت سے بڑھنا۔

حوض اور دیگر اعضا میں واقع ہونیوالے تغیرات

لیفی عضلی سلعات کی بالید کے نتیجہ میں عارض ہونے والے رحم اور اس کے کہفہ کی کلانی کا تذکرہ کیا جا چکا ہے۔ مدارج کا انحصار سلعات کے محل وقوع اور ان کی جسامت پر ہوتا ہے۔ ایک معلق

تحت باریطونی لیفی سلعہ جسم رحم کے سائز میں یا تو کوئی اضافہ نہ کرے گا اور اگر کریگا تو بہت خفیف، نیز کہفۂ رحم میں کوئی کلانی پیدا نہ کرے گا۔ اسی طرح عنقی سلعۂ لیفیہ بھی کہفۂ رحم اور جسم رحم میں کوئی تغیر نہیں پیدا کرتا۔ زنخی بالیدا اپنی جسامت کے اعتبار سے جسم رحم میں طبعی طور پر کلانی عارض کردے گی اور اپنے محل وقوع کے اعتبار سے کہفہ میں توئی پیدا کردے گی۔ مثال کے طور پر اگر یہ قاع الرحم میں ہے تو کہفہ کو مزید کلاں کئے بغیر قرون (Cornua) کو باہر کی جانب کھینچیگی۔ اور اگر یہ رحمی جسم کے وسط میں ہے تو رحم کے عمومی بڑھاؤ کے تناسب سے کہفہ بھی کلانی اختیار کریگا۔ اگر متعدد سلعات موجود ہونگے تو کہفہ نہ صرف کلانی اختیار کرے گا، بلکہ ملتوی بھی ہوجائے گا، یہاں تک کہ گاہے شکل بھی بے قاعدہ ہوجاتی ہے۔

جیسا کہ اوپر بتایا گیا ہے زنخی سلعۂ لیفیہ عموماً کہفہ میں کلانی پیدا کرتا ہے جب کہ تحت غشائی سلعۂ لیفیہ اسے متمدد کرتا ہے۔ لیفی عضلی سلعات کی موجودگی کے نتیجے میں اکثر رحمی عضلی نظام میں بیش تضخم (Hypertrophy) اور اضافہ ہوجاتا ہے۔ بالاستثنا عنقی اور تحت باریطونی سلعات، دروں رحمہ کا کچھ بیش تکون (Hyperplasia) عام طور پر ان سلعات کیساتھ پایا جاتا ہے۔ فی الحقیقت دونوں یعنی لیفی عضلی سلعات اور دروں رحمی بیش تکون نسبتاً زائد ایسٹروجینی عوامل پیدا کرتے ہیں۔ دروں رحمہ دبیز اور رقیق (Pulpy) ہوجاتی ہے اور بیش تکون اسقدر نمایاں ہوسکتا ہے جیسا کہ سعلائی تودوں کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ مبیضین عموماً کلانی یافتہ ہیں جو سعلائی دیوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ قاذفین کا مزمن التہاب اور حوض میں دروں رحمیت دو صورتیں ہیں جو کبھی کبھی سلعات لیفیہ کیساتھ پائی جاتی ہیں۔

لیفی عضلی سلعات کے دباؤ والے اثرات

مثانہ کے افعال کا متاثر ہونا کوئی نادر الوقوع بات نہیں ہے سلعات لیفیہ کے ذریعہ رحم کلانی اختیار کرلیتا ہے جو آگے اور قعر مثانہ پر پڑا رہنے کے سبب سرعت تبول پیدا کرسکتا ہے۔ کھڑے ہونے پر یہ عموماً زیادہ نمایاں صورت ہوتی ہے کیونکہ ایسی حالت میں کلانی یافتہ رحم کا وزن متمدد مثانہ پر زیادہ پڑتا ہے لیکن دباؤ کی زیادہ نمایاں علامتیں ان سلعات سے پیدا ہوتی ہیں جو حوضی کہفہ کو بھر دیتے ہیں یا عنق مثانہ کو طبعی مقام سے ہٹا دیتے ہیں اور مبال کو مستطول کردیتے ہیں۔ عام طور سے یہ موخر دیوار کے سلعات ہوتے ہیں جو دوجی خلا کو پر کردیتے ہیں اور عنق اور جسم رحم کو اوپر اور سامنے کی طرف دھکیل دیتے ہیں؛ یا تو رحم کے سلعات ہوتے ہیں جو رحم کو پس گرد کرکے مستقیمی مہبلی جیب میں قابض ہوجاتے ہیں۔ معدودے چند عنقی الاصل بالیدیں خاص طور سے دباؤ کے اثرات پیدا کرتی ہیں۔ ان اصابات میں تبول کی دشواریاں اور احتباس بول عارض ہوجاتا ہے، جیسا کہ پس گرد حامل رحم میں ہوتا ہے۔ حوض میں سلعہ لیفیہ کے محبوس ہونے یا بھنچاؤ کی صورت میں احتباس بول خاص طور سے لاحق ہوجاتا ہے۔ سلعہ بڑھنے کے ساتھ ساتھ یہ علامتیں بھی ختم ہوجاتی ہیں۔ دباؤ کے نتیجہ میں قبض عموماً پیدا ہوجاتا ہے لیکن اسے قطعی علامت تسلیم نہیں کیا جاسکتا کیونکہ قبض کے دیگر اسباب بھی ہوسکتے ہیں۔ یکسانی طور پر معدی معوی اختلالات سلعات لیفیہ سے عام طور سے نہیں عارض ہوتے۔ عروق پر مسلسل دباؤ کے نتیجہ میں دوالی اور حاد بواسیر پیدا ہوسکتی ہے۔ شکم میں پیدا ہونے والے بڑے سلعات کی بہ نسبت دباؤ کی علامات کم پیدا کرتے ہیں جو حوض میں واقع ہوتے ہیں۔ وزن اور بے چینی کے علاوہ دباؤ کی کوئی واضح علامت پیدا نہیں ہوتی تاوقتیکہ سلعات کا معتدبہ حصہ گھیر کر نمایاں تمدد نہ پیدا کردیں۔

سلعات لیفیہ سے تناسلی افعال میں متعدد خلل واقع ہو سکتا ہے، چنانچہ تقریباً ۳۰ فیصدی اصابات میں عقم موجود ہوتا ہے، لیکن یہ بات بھی دیکھی گئی ہے کہ شناخت سے پیشتر مریضات کافی بچے پیدا کر چکی ہوتی ہیں۔ حمل، وضع حمل اور نفاس پر عارض ہونے والے اثرات کی معلومات کے لئے عاملین طلب کو فن قابلہ کی کتابیں دیکھنا چاہئے۔

علامات و تشخیص

لیفی عضلی سلعات سے پیدا ہونے والی علامات میں بہت زیادہ اختلافات پائے جاتے ہیں، چنانچہ بہت سے ایسے اصابات دیکھنے میں آتے ہیں جن میں چھوٹے سلعہ سے مطلق کوئی علامت رونما نہیں ہوتی اور عام صحت پر بھی کوئی برا اثر نہیں پڑتا اور اس کے انکشاف کو اتفاق سے ہی تعبیر کیا جا سکتا ہے۔ البتہ جب بعض سلعات بہت بڑھ جاتے ہیں تو کلانیٔ شکم پیدا کرنے کے سبب معالج کی توجہ کا مرکز بن جاتے ہیں، بیشتر عورتیں کہتی ہیں کہ اس سلعہ سے انھیں کوئی ضرر نہیں پہنچا۔ حالاں کہ یہ درست نہیں ہے، یہ اور بات ہے کہ ان اثرات کا ظہور ایک مدت بعد ہو۔

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے لیفی عضلی سلعات سے کلانیٔ شکم، درد، نزف، دباؤ کی علامتیں، تناسلی وظائف کے اختلالات اور سیلان ابیض عارض ہو سکتے ہیں، علاوہ بریں بعض دیگر بلاواسطہ علامات جیسے فقرالدم، قبض، سوء ہضم اور عصبی نہاکت بھی عارض ہو سکتی ہے۔ اہم علامتیں درج ذیل ہیں:

سلعہ اس قدر سخت ہوتا ہے کہ کلانیٔ شکم سے پہلے ہی توجہ جذب کر لیتا ہے۔ علاوہ بریں اس کے لمقہ حصوں میں بے کلی محسوس ہوتی ہے۔ چونکہ سلعہ عموماً الیم نہیں ہوتا، لہٰذا درد بھی کم ہوتا ہے، تاہم کبھی کبھی درد کمر اور وزن کا احساس ہوتا ہے۔ سلعہ کے پلپلے پن سے انحطاط سلعہ کا اندازہ ہوتا ہے، ابتدا میں حیض دردناک نہیں ہوتا، لیکن بعد میں درد ہو سکتا ہے۔

رحمی نزف:- رحمی نزف کثیر الوقوع علامت ہے، جس میں مریضہ مشورہ کی طالب ہو سکتی ہے، چنانچہ ایسی حالت میں کثرت طمث کی شکایت موجود ہوتی ہے، علاوہ بریں استداد طمث (Menostaxis) بھی شاذ اصابات میں دیکھنے میں آتا ہے، لیکن یہ عجیب بات ہے کہ کبھی کبھی بڑے سلعات کے ساتھ بھی یہ علامات دیکھنے میں نہیں آتیں اور گاہے کافی چھوٹے سلعات سے بھی مفرط اور خطرناک نزف عارض ہو جاتا ہے، علاوہ بریں حسب ذیل صورتیں بھی نزف کے لئے ممد ہوا کرتی ہیں:۔

(۱) کہفہ رحم کی جسامت کی کلانی۔

(۲) درون رحم کی مزمن دبازت۔

(۳) سلعہ سے پیدا ہونے والی میکانیتی رکاوٹ۔

(۴) لیفی بواسیر (سعلانہ) کا تکون۔

رخنگی سلعاتِ لیفیہ نزف پیدا کرنے میں متوسط مقام رکھتے ہیں۔

شدید اصابات میں ایامِ طمث طویل المدت (امتداد طمث) اور مفرط (کثرت الطمث) کے متناظر ہوتے ہیں۔ لیکن طمثی مدتیں (Menstrual Periods) مختصر ہو جاتی ہیں۔ کثرتِ طمث کی حالت میں حیض کا توازن باقی نہیں رہ جاتا بلکہ متعدد ایام کی میتی اکثر موجود ہوتی ہے۔

امتداد طمث ان سعدائی تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ (Polypoid Submucous Fibroid) کا ایک خاصہ ہے جن میں تخرّق واقع ہوتا ہے۔ ان چھوٹے چھوٹے بواسیری ابھاروں سے کبھی کبھی نہایت خطرناک قسم کا شدید نزف واقع ... بروز کے دوران ان کے تاج کے عروق منشق ہو جاتے ہیں۔ سلعات لیفیہ کے زیر اثر انقطاعِ الطمث عموماً اپنے موقوع کی اوسط تاریخ کے کئی سال بعد تک ملتوی رہتا ہے۔ چنانچہ سلعات لیفیہ کی موجودگی میں سن یاس ۴۵ تا ۵۰ سال کے بجائے ۵۰ تا ۵۵ سال تصور کرنا چاہیئے۔ سن یاس کے بعد نزف کو ہمیشہ سرطانی سلعہ کے آغاز کی علامت سمجھنا چاہیے جو عنق اور جسم دونوں کے باقاعدہ امتحان کا طالب ہوتا ہے۔

مواد (Discharge) :- عنقی قنال کے ذریعہ واقع ہونے والے لیف آسا سعدانوں میں یہ کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتے، ہاں اگر تحت مخاطی سلعات، کلانی کہنہ اور درون رحم کی عبازت بھی موجود ہو تو ان کی اہمیت یقیناً بڑھ جاتی ہے۔ عنقی غدد سے کچھ زائد مواد عموماً عنق کی طرح جسم کے لیفی عضلی سلعات کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

درد (Pain) :- بیشتر لیفی سلعات نسبتاً کم دردناک ہوتے ہیں لیکن اگر شدید درد ہونے لگے تو سمجھ لینا چاہیئے کہ اس میں انحطاطی تغیرات، کوئی سرایت یا سرخ انحطاط عارض ہو رہا ہے۔

کلاں عضلی سلعات کی بیشتر مریضات حوض اسفل شکم میں بوجھ محسوس کرتی ہیں جسے وہ بھاری پن کے احساس یا بھیلنے والے درد سے تعبیر کرتی ہیں۔ اس علامت کا سبب غالباً حوضی خلوی بافتوں پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ کا وزن ہوتا ہے۔ انقباضات کلسی عضلی سلعات بنانے میں حصہ لیتے ہیں، ایسی حالت میں قولنجی درد کا تجربہ ہوتا ہے۔ شدید قولنجی درد اس وقت عارض ہوتا ہے جبکہ عضلی سلعی بواسیر عنق کے ذریعہ بروز کرتی ہے۔ قولنجی درد اس قدر شدت اختیار کر سکتا ہے کہ مریضہ بستر پر لیٹنے کے لئے مجبور ہو جاتی ہے۔ کلاں عروقی عضلی سلعات کی حالت میں مریضہ طمث جاری ہونے کی چند روز پہلے ہی سے مثلی قسم کے عسر الطمث کی شکایت کرتی ہے۔ سن یاس یا بعد الیاسی عمر میں سریع التکون سلعوں میں اچانک درد شروع ہو جانا خبیث انحطاط کی قوی دلیل ہوتی ہے۔

عسر الطمث :- سلعہ لیفی کے سبب کبھی کبھی عسر الطمث کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے، لیف آسا بواسیر قولنجی درد پیدا کر سکتی ہے جس سے رحم بھی متاثر ہوتا ہے۔ سلعۂ لیفیہ کبھی کبھی درون رحمیت کے ساتھ پایا جاتا ہے جس کی

عام علامت وجع الطمث ہے۔

قبول کا خلل:۔ جیسا کہ پہلے دباؤ کے اثرات کے تحت بتایا جا چکا ہے، حوضی کہفہ میں دباؤ کے سبب عموماً احتباس بول کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے۔

ولودیت (Childbearing):۔ اول تو حمل قرار نہیں پاتا اور اگر خنکی یا تحت غشائی قسم میں قرار بھی پایا جاتا ہے تو دباؤ سے ساقط ہو جاتا ہے یا قبل از وقت وضع حمل ہو جاتا ہے۔ اس میں شک ہے کہ سلعات بیضہ عقر کے اسباب واصلہ ہیں۔

چند اہم اقسام کی مخصوص علامات

دخنکی یعنی عضلی سلعہ: اس کی مخصوص علامتیں استحاضہ اور عسر الطمث ہیں لیکن اگر یاسی یا بعد الیاسی عورتوں میں بے قاعدہ نزف کی رپورٹ ملے تو رحم کے ہم زماں سرطانی سلعہ کے امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔

تحت غشائی یعنی عضلی سلعہ: مخصوص علامت رحمی نزف ہے۔ پہلے تو تدریجی طور پر طمثی زیاں ہوتا ہے، بعد میں مسلسل نزیف عارض ہو سکتا ہے۔ یہ سلعات بواسیری بروز کی صورت میں خاص طور سے شدید نزف پیدا کرتے ہیں اور اس طرح دیگر اقسام کی بہ نسبت جلد ہی زیر مشاہدہ آ جاتے ہیں اسی لئے ان کا استیصال عموماً چھوٹے ہی پر کر دیا جاتا ہے۔ نزف میں کثیر المقدار دموی زیاں ہو سکتا ہے۔ تحت غشائی بالیدوں یا بواسیری ابھاروں کے ساتھ ساتھ گاہے یعنی عضلی سلعہ سے مہلک نزف ہو سکتا ہے۔ اسی لئے زیر بحث قسم میں دیگر اقسام کی بہ نسبت شدۃ فقرالدم اور دیگر عمومی اثرات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ بسا اوقات عسر الطمث کی شکایت پائی جاسکتی ہے لیکن یہ کوئی قطعی علامت نہیں ہے اور نہ ہی دباؤ کے اثرات رونما ہوتے ہیں۔ تحت غشائی سلعات کی موجودگی میں شاذونادر ہی حمل قرار پاتا ہے۔

تحت باریطونی یعنی عضلی سلعہ: اس کی علامتیں شکم یا حوض کے امتحان پر اتفاقاً رونما ہوتی ہیں، ان کا طمث پر شاذونادر ہی قابل ذکر اثر پڑتا ہے اور عموماً مجرد علامت میکانیتی الاصل ہوتی ہے۔ قنال ھضمی کا تسدد اور قبول کا خلل نیز دموی بواسیر اور دوالی عارض ہو سکتے ہیں، بعض اصابات میں محوری گردش واقع ہونے سے شدید شکمی درد لاحق ہوتا ہے، مریضہ نڈھال ہو جاتی ہے، بالآخر سقوط دوران خون واقع ہو جاتا ہے، ایسی ہی صورت جبیغی دوپیرے میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ ان اصابات میں سلعہ خون سے پر ہو کر تنی ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات سلعہ کی سطح پر موجود پتلی دیواروں والی اوردہ کی دریدگی بھی واقع ہو جاتی ہے اور انجام کار دروں باریطونی نزف واقع ہو جاتا ہے، بعد میں درد شکم صدمہ اور داخلی نزف کی علامتیں رونما ہوتی ہیں۔

تحت مصلی سلعات ڈگلس کی جیب میں محبوس ہو کر احتباس بول عارض کر سکتے ہیں۔

ثانوی تغیرات کے سبب رونما ہونے والی علامات

ذبول: حامل رحم میں مشاہدہ میں آنے والے لیفی عضلی سلعات بسا اوقات جبکہ ولادت کے بعد رحمی انقباض کل ہو چکا ہو، زیادہ چھوٹے یا ناقابل جس ہو جاتے ہیں اسی طرح سن یاس کے بعد بھی گا ہے یہ سلعہ صغیر الجسامت ہو جاتا ہے لیکن تغیر عموماً معمولی ہوتا ہے۔

زجاجی اور دوریدی انحطاط میں کثیر الجسامت، نرم و دوریدی ہونا نمایاں ترین ظواہر ہیں۔ انھیں غلطی سے بیضی دوریہ سمجھ لیا جاتا ہے۔

بعکس شاذ و نادر مختلف شدید علامتیں رونما کر سکتا ہے۔ بسا اوقات کلسی سلعات دباؤ کے سبب شدید درد رونما کر سکتے ہیں۔

لحمی سلعی تغیر درد پیدا کرتا ہے اور سلعہ کی جسامت میں تیزی سے اضافہ کرتا ہے نیز کسی حد تک بے قاعدہ نزف اور مواد کا اخراج کرتا ہے۔

سرایت عمومی تسممی علامتیں، شدید حمیٰ، کثرت پسینہ، ضیاع (Wasting)، سلعہ کی الیمیت اور تحت مخاطی بالیدگیوں کے اصابات میں بدبودار درد رونما کر سکتی ہے۔ رنگی سلعہ شاذ و نادر ہی ٹوٹ کر رحمی کہفہ میں اخراج پذیر ہوتا ہے۔

نخر بافت عموماً دوران حمل واقع ہوتا ہے۔ یہ عموماً سلعہ کی جسامت میں اضافہ، درد اور الیمیت کے ہمراہ لاحق ہوتا ہے۔ حمی، صداع، سفید فروالی زبان، قلت اشتہا اور سلعہ سے علیحدہ ہونے والے اجزا کے سبب نظام ہضم کے عمومی اختلالات پائے جا سکتے ہیں۔ علامتیں اتنی شدید ہو سکتی ہے کہ بیضی دوریے کے ساتھ سکڑی کی طرف ذہن منتقل ہو سکتا ہے اور تشخیص میں یہ کوئی فقید المثال غلطی نہیں ہے۔

امارات و تشخیص

سلعہ لیفیہ کے مخصوص خواص جسامت اور وضع کے اعتبار سے مختلف ہوتے ہیں، عموماً متناسب کلانی رحم مع تحت مخاطی بالیدوں کے ساتھ ہی دکھائی دیتی ہے۔ چونکہ حمل کے بہ نسبت اس میں جسم رحم کافی سخت ہوتا ہے لہذا تشخیص میں زیادہ دشواری نہیں ہوتی ہے الا یہ کہ انحطاطی تغیرات نہ واقع ہو جائیں۔ کہفہ رحم نمایاں عظم اختیار کرتا ہے چنانچہ یہ ۴-۵ یا ۱۶ انچ یا اس سے بھی زیادہ بڑھ سکتا ہے، کلانی رحم بے قاعدہ ہوتی ہے۔ سلعہ عموماً کہفہ رحم پر کوئی سلائی وضع اختیار نہیں کرتا۔ تحت باریطونی لیفی عضلی سلعہ میں جسم رحم غیر متاثر پایا جاتا ہے۔ نمایاں عنق بننے سے (Pedunculated) کی حالت میں رحم سے سلعہ کا ارتباط آسانی سے دریافت نہیں ہوتا۔ دوریدی تغیر واقع ہونے کی حالت میں بیضی دوریہ سے مشابہ علامتیں رونما ہو سکتی ہیں۔ ان سلعات کی دبازت صلبہ ہوتی ہے۔ تحت باریطونی لیفی عضلی سلعات خاص طور سے اکثر سخت اور بھاری

ہوتے ہیں۔ رخنی و تحت مخاطی سلعات لچک کا احساس دلا سکتے ہیں۔ یہ اس وقت مزید نمایاں ہو جاتے ہیں جب کہ سلعہ دوری یا اذیمائی ہو جاتا ہے۔ بڑے سلعات میں دبازت مختلف ہو سکتی ہے چنانچہ ایک حصہ صلب اور ٹھوس اور دوسرا نرم و دوری ہو سکتا ہے۔ لیفی عضلی سلعات جس کرنے پر الیم نہیں ہوتے ہیں۔ رحمی ہزیز حالت حمل کی طرح سنا جا سکتا ہے لیکن اتنا واضح نہیں ہوتا۔

حوضی امتحان پر عنق رحم کثر اپنی طبعی وضع سے ہٹا ہوا اوپر کی طرف اٹھا ہوا، زیریں جانب کھنچا ہوا یا کسی جانبی حصے کی طرف مائل پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات تم رحم متسع پایا جاتا ہے اور اصبعی امتحان سے درون کہف بالید کا قطب زیریں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ دودستی امتحان پر جسم رحم بڑھا ہوا ملے گا یا سلعہ کے ساتھ اس کا انضمام بالاستثنا عفصہ دار تحت باریطونی سلعات لیفیہ یا خرد رخنی یا تحت مخاطی سلعات لیفیہ جن میں کلانی اتنی خفیف ہو سکتی ہے کہ بشکل علم میں آتی ہے۔ سلعہ تمام تر شکمی ہو سکتا ہے۔ جس کے سبب یہ حوض میں محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ ان اصابات میں دوسرے ہاتھ سے شکم پر دباؤ ڈالنے پر اندرونی انگلیوں کو عنق رحم کا التہاب محسوس ہو سکتا ہے کبھی کبھی سلعہ کا کچھ حصہ شکمی ہوتا ہے اور کچھ حوضی، ایسی صورت میں نرم مستدیرہ یا بے قاعدہ عقدی سخت ابھار داخلی انگلی سے معلوم کیا جا سکتا ہے اور شکمی سلعہ اور عنق سے اس کے ارتباط کا فیصلہ کیا جا سکتا ہے۔ لیفی سلعہ مکمل حوضی ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں فقط داخلی امتحان سے صورت حال کا پتہ چل سکتا ہے۔ شاذ و نادر یہ فیصلہ دشوار ہوتا ہے کہ سلعہ رحمی ہے۔ کیونکہ طبعی امالات مبیضی دوریہ، حوض کے تیلہ دمویہ یا استسقی ہیلی جیب کے سلعات سے بالکل مشابہ ہوتی ہیں یا استسقی ہیلی جیب کے سلعات اس قدر بڑے ہو سکتے ہیں کہ عجزی خلا پر کر دیتے ہیں، جس سے رحم کے فوقانی اور مقدم میلانات عارض ہو جاتے ہیں۔ رحم کی دیوار موخر پر عارض ہونے والا لیفی عضلی سلعہ پس گردی پیدا کر سکتا ہے۔ چونکہ جسامت بڑھنے کے ساتھ یہ حوض میں ٹھنس جاتا ہے لہذا دباؤ کی علامتیں رونما ہونے لگتی ہیں۔ عنقی سلعہ لیفیہ نمایاں کلانی عنق پیدا کر دیتا ہے، طبعی جسم رحم تدریجاً اوپر کھنچ کر شکم میں پہنچ سکتا ہے۔ جہاں بآسانی جس کیا جا سکتا ہے اور اس پر تحت باریطونی سلعۂ لیفیہ کا گمان ہوتا ہے۔

لیفی عضلی سلعات کی تشخیص تفریقی

ان مشہور سلعات کی تشخیصی دقتیں اسی وقت پیش آتی ہیں، جبکہ طالب علم ان کی جسامت وضعات اور دیگر خصوصیات سے کما حقہٗ واقف نہ ہو۔

استحاضہ یا رحمی نزیف کی شکایتیں مختلف اصابات میں عارض ہو سکتی ہیں۔ لہذا انھیں لیفی عضلی سلعہ کی قطعی علامت قرار نہیں دیا جا سکتا۔ علاوہ بریں عظم الرحم دیگر حالات مثلاً تحت التفاف اور نزفی رحمی مرض کے ساتھ بھی عارض ہو سکتا ہے۔

اگر نزف بے ترتیبی کے ساتھ ہو رہا ہو تو سرطان یا اسقاط کا اندیشہ کرنا چاہیئے۔ مخصوص خصائص کی موجودگی میں سرطان عنق کا فیصلہ کرنا چاہیئے۔ ۵۰ سال کی عمر کے بعد اگر معمولی معمولی وقفہ سے بے ترتیب یا مسلسل نزف ہو تو جسم رحم کا سرطان تصور کرنا چاہیئے اس طرح کا نزف سلعۂ لیفیہ کے ساتھ مخصوص نہیں ہے۔ تاہم لیفی سلعی بواسیری خروج کی حالت میں دیکھا جا سکتا ہے۔ بے ترتیب حیض والی عورتوں میں جب اسقاط حمل کی شکایت ہوتی ہے تو ایسی حالت میں بھی تشخیص میں غلطی ہو سکتی ہے۔ اسقاط غیر خارج نیز رحم میں سخت لحمی دمہ کا قدرو عظم رحم اور صلابت پیدا کر سکتا ہے جو لیفی عضلی سلعہ کے ساتھ مخصوص ہے۔

تحت مخاطی لیفی عضلی سلعہ کے انخاث (Sloughing) کے ساتھ اگر نزف، فاسد مواد کا اخراج اور تسمم کے کچھ دارج بھی موجود ہوں تو خبیث مرض خصوصاً رحمی لحمی سلعہ، حمل کے متقبس اجزا اور سلوی سرطلمی سلعہ سے متمائز کرنے میں آسانی ہو جاتی ہے۔ رحم کی تفتیش خالی آنکھ اور خردبین سے اخصوصاً دور کئے گئے حصوں کے اجزا کا امتحان قطعی تشخیص میں ممد ثابت ہو سکتا ہے۔

(حمی دروں رحمیت راغدا د عضلی): اس میں رحم قدرے بڑھ جاتا ہے لیکن یہ کلانی حمل کے تیسرے ماہ سے زائد شاذ و نادر ہی ہوتی ہے اسی لئے یہ سلعہ عموماً شکمی دیوار کے ذریعہ قابل جس نہیں ہوتا لیکن اگر اس کے ساتھ لیفی عضلی سلعات بھی موجود ہوں تو شکم پر سے بہ آسانی جس کیا جا سکتا ہے۔ استحاضہ عموماً طمثی درد کے ہمراہ ہوتا ہے جو بہت شدید ہوتا ہے۔ یہ دردوں رحمیت کی واضح دلیل ہے۔ سلعہ کا تثبت اور الیمیت مع اشتمالی عسرالطمث درست تشخیص میں معین ہوتے ہیں۔ یہ صورتیں عدم اخصاب پیدا کر سکتی ہیں۔ آخری تشخیص کے لئے حاصل شدہ اجزا کا کشف ضروری ہے۔

مبیضی سلعات (Ovarian Tumours): مبیضی سلعات عموماً خلل طمث کے ساتھ نہیں پائے جاتے۔ یہ چونکہ نرم لچکدار اور سبک ہوتے ہیں، اس لئے وزن یا صلابت کا احساس عموماً نہیں ہوتا جو سلعۂ لیفی عضلی کے خصائص ہیں۔ یہ سلعات اگر حوضی کے بجائے شکمی ہوں تو سلعہ کا رحم سے تعلق بہ آسانی واضح کیا جا سکتا ہے۔ ان سلعات کی رفتار نمو بہت سست ہوتی ہے جبکہ مبیضی ودیدوں کی بالیدگی نسبتاً تیز ہوتی ہے۔ مبیضی دروں رحمی سلعات جب رحم سے منضم ہو جاتے ہیں تو ان سے سلعۂ لیفیہ کا اشتباہ ہوتا ہے۔

مبیض کا لیفی سلعہ رحمی سلعہ کی طرح سخت ہو سکتا ہے جو اکثر استسقا کے چند دارج کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ یہ تحت البطانی لیفی سلعہ کے ساتھ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔

رئیدا و امتحان میں پوری احتیاط کے باوجود تشخیص ناممکن ہو سکتی ہے، ایسی حالت میں درست تشخیص شکمی لیپارا کے ذریعہ ہی انجام دی جا سکتی ہے، جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، خبیث ترین سلعات مبیض در استسقا

ساتھ) نیز ڈگلس کی جیب میں سرد حات کی موجودگی کو موخر قبوہ کے ذریعہ سخت مثبت عقد سے ممتاز کیا جاسکتا ہے۔

التہابی ابھار: حوض میں عارض ہونے والے التہابی ابھار بہت سخت ہوسکتے ہیں اور رحم سے چسپیدہ ہوکر رحم کے لیفی عضلی سلعات کے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ مریضہ کی توجہ سب سے پہلے اس شکمی ورم کی طرف منعطف ہوتی ہے جو بغیر درد کے ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں روئداد سے مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ التہابی اصابات میں عفنی اسقاط، عفنی نفاس یا حملہ سوزاک سبب ہوسکتا ہے۔ حوضی التہابی باریطون کے مکرر الوقوع حملے عام طور سے ہوتے ہیں، استحاضہ یا عسر الطمث موجود ہوتا ہے۔ رحم نمایاں حد تک کلانی یافتہ نہیں ہوتا۔ اس کا تثبت اور اس سے منضم ابھار اور جس کرنے پر الیمیت وغیرہ رحم کی زوابید کے برعکس پائے جاتے ہیں۔ سلعہ کی جسامت میں کمی نرمی اور حاد علامتوں کی موجودگی ابھار (تودہ) کی التہابی خصوصیت کی توثیق کردیں گے۔

سرطان شکم و حوض: شکم اور حوض میں سرطانی سلعہ ایک سخت ابھار پیدا کرسکتا ہے جو رحم سے منضم ہونے کے باوجود حرکت پذیر ہوسکتا ہے۔ اس سے بھی تشخیصی غلطی کا امکان رہتا ہے۔ شکم میں بالیدی تودوں کی موجودگی جو عموماً مبیض یا آنتوں سے پیدا ہوتے ہیں، کی حالت میں اکثر درد نیز استسقاء کی موجودگی میں شکم کی جسامت میں اضافہ اور تیزی سے وزن گھٹنے کی روئداد ملتی ہے۔ تو لون مینی اور بیریم کھلانے کے بعد بذریعہ احتقان لاشعاعی امتحان سے تشخیص میں مدد مل سکتی ہے۔

حمل: شکمی ابھار کی صورت میں حامل رحم کے امکان کو ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہیئے۔ حمل کا اشتباہ لیفی عضلی سلعات کی بہ نسبت مبیضی دویروں سے زیادہ ہوتا ہے۔ سلعہ لیفیہ سے احتباس الطمث کبھی نہیں عارض ہوتا، جبکہ حامل رحم تیسرے ماہ بعد شاذونادر ہی طمث جاری رکھتا ہے۔ لہٰذا اگر رحم لیفیہ میں کلاں شکمی ابھار پایا جائے نیز استحاضہ یا احتباسِ الطمث کی مدت کے بغیر باقاعدہ طمث کی روئداد ملے تو اس کا حاملہ ہونا بعید از قیاس ہے۔

حاملہ رحم نرم و لچکدار اور متماز انقباضات کا متناظر ہوتا ہے نیز حیاتیاتی کاشفہ سے حمل مثبت ثابت ہوتا ہے اگر سلعہ بڑھ کر شکم میں فوقانی طور پر نظر آئے اور رحم حاملہ ہو تو جنینی حرکات یا جنینی قلب کی حرکات کا استماع کیا جاسکتا ہے اور سلعہ کو ہاتھ کے نیچے محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ بریں حمل میں مہبل و عنق نرمی اختیار کرلیتے ہیں اور مہبل میں ارغوانی رنگت ممتاز کی جاسکتی ہے۔ سلعہ کی موجودگی میں پستانی تحریک معدوم ہوتی ہے۔ پستان کی سطح پر پائے جانیوالی اوردہ متسع نہیں ہوتیں اور مخصوص ثانوی حلقہ دریافت نہیں ہوتا۔ رحم کی لیفی عضلی سلعی کلانی صلب اور عموماً زیادہ غیر منظم ہوتی ہے۔ رحمی بڑبڑیہ پایا جاسکتا ہے لیکن حمل کی بہ نسبت بہت کم

عارض ہوتا ہے۔ صحیح تشخیص کے حصول میں بسا اوقات بڑی دقتوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ بلاوجہ شکم کھولنے کے بجائے سادہ عام لاشعاعی امتحان قابل ترجیح ہے۔ اگر حمل کا شبہ ہو تو ریڈیائی کی رائے نہ دی جائے۔

لیفی عضلی سلعہ کے همراه حمل: سلعات لیفیہ اگر حمل کے ساتھ پائے جائیں تو تشخیص مزید دشوار ہوجاتی ہے، خصوصاً جبکہ سلعہ دیوار مقدم پر واقع ہو؛ حمل کا حیاتیاتی کاشف کر لینا چاہیئے۔ خاص نکتہ کی بات یہ ہے کہ اگر حمل کے ساتھ سلعہ ہوگا تو شکم ممکنہ حد سے زیادہ بڑھا ہوا ہوگا۔ اگر سرخ انحطاط ہوچکا ہے تو چھونے پر سخت اور الیم معلوم ہوگا۔

انجام مرض

سلعۂ لیفی عضلی عارض ہونے کے برسوں بعد تشخیص ہو پاتی ہے، کیونکہ ابتداء میں مریضہ کو اس کا احساس تک نہیں ہو پاتا۔ ان سے فوری طور پر شاذونادر ہی موت واقع ہوتی ہے۔ مہلک اصابات میں نزف، معائی احتباس، باریطونی التہاب اور انتثاث تحت مخاطی سلعۂ لیفیہ سے سمی انجذاب کا ریکارڈ ملتا ہے۔

سلعۂ لیفی عضلی میں ہمیشہ بعد ایاسی زمانے میں ذبول عارض نہیں ہوتا۔ سلعۂ لیفیہ کی موجودگی میں استقرار حمل سے چند پیچیدگیاں مثلاً اسقاط حمل یا قبل از وقت وضع حمل، قبل الولادت و بعد الولادت نزف، رحم کے جزو اسفل (زیریں قطعہ) میں سلعات کی موجودگی سے وضع حمل میں رکاوٹ، سرایت اور انتثاث رونما ہوسکتے ہیں لیکن بیشتر اصابات میں سلعات لیفیہ حمل، وضع حمل یا نفاس میں کسی طرح کا بھی خلل نہیں پیدا کرتے۔

علاج

سلعات لیفیہ کے تکون کو روکنا یا ان کی مابعد بالیدگی کو قابو میں رکھنا اگرچہ ہنوز ممکن نہیں، تاہم طبی اور معالجاتی اصولوں پر عمل پیرا ہوکر ان سے پیدا شدہ علامات میں تخفیف ضرور کی جاسکتی ہے۔ امید شفا نقطۂ علیہ ہی سے ممکن ہے۔ بعض اصابات میں شعاعی ولاشعاعی معالجات سے بھی علامات رفع ہوجاتی ہیں بلا اصابات میں سے بڑھ کر سلعات میں کسی علاج کی چنداں ضرورت نہیں ہوتی اور مریضہ بلا کسی زحمت کے طبعی زندگی گذارتی ہے۔

علاماتی علاج اگرچہ علاج شافی نہیں ہے، تاہم کبھی کبھی مریضہ کو عملیہ کے لئے تیار کرنے کے لئے یا بطور ایمرجنسی بروئے کار لایا جاسکتا ہے۔ چنانچہ جب سلعۂ لیفیہ میں شدید نزف جاری ہوجائے تو مریضہ کو ایام ماہواری میں مکمل آرام بستری دینے سے سیلان طمث قابو میں رکھا جاسکتا ہے، چارپائی کی پائنتی اونچی رکھنی چاہیئے

مریضہ کو زیادہ محنت مشقت سے گریز کرنا چاہیئے۔ نزف کی حالت میں ثانوی فقرالدم لازماً پایا جاتا ہے لہٰذا اسے بھی دوران علاج ملحوظ رکھنا چاہیئے۔

جن عورتوں میں چند علامتیں رونما ہوئی ہوں، نیز ان کی حال ہی میں شادی ہوئی ہو یا مزید اولاد کی خواہش ہو تو ایسی حالت میں اس وقت تک عملیہ سے گریز کرنا چاہیئے تاوقتیکہ وہ حاملہ نہ ہو جائے، اسی دوران استحاضہ کا علاج راحت رسانی اور فولاد سے کرتے رہنا چاہیئے، ایسی عورتوں کا دوری معائنہ کرتے رہنا چاہیئے، اس طرح بسا اوقات سرعت سے بڑھنے والے سلعات کی تفتیش ہو جاتی ہے۔

لیفی عضلی سلعہ کے ذریعہ پیدا ہونے والے شدید فقرالدم کا علاج، اصل علاج سے پہلے کر دیا جائے۔ اگر ہیموگلوبین کا تناسب ۵۰٪ سے کم ہو تو عملیہ کا فیصلہ ناعاقبت اندیشی پر محمول ہوگا۔ اس طرح کے فقرالدم کا علاج کرنے کے لئے نقل الدم نہایت کارآمد طریقہ ہے کیونکہ اس کا نتیجہ جلد برآمد ہوتا ہے اور اس طرح آئندہ دورہ طمث شروع ہونے سے پہلے پہلے عملیہ انجام دیا جا سکتا ہے۔ نظامی خردنی فولادی معالجہ سے بیشتر مریضات میں قابل لحاظ فائدہ ہوتا ہے، تاہم اس کے کثرت استعمال کے سبب دوران علاج بیشتر مریضات میں زائد طمثی مدت شروع ہو سکتی ہے، لیکن بایں ہمہ وجوہ استحاضہ کو پروجسٹرون کے مدبرانہ استعمال سے قابو میں لایا جا سکتا ہے۔

درد اور دباؤ کی علامات کی موجودگی میں حرارت رسانی کا آزادی سے استعمال کرنا چاہیئے۔ پلٹس یا طبعی نمکین محلول کے نیم گرم ہبلی نطولات کے استعمال سے مقامی شکمی اور حوضی تکالیف کو عارضی طور پر رفع کیا جا سکتا ہے۔ ان کے ہمراہ حسب ضرورت دافع درد اور مسکن ادویہ بھی دے سکتے ہیں۔

یونانی علاج

مذکور الصدر اصول و تدابیر پر عمل کیا جائے نیز مرکبات فولاد کا کثرت سے استعمال کیا جائے۔ اس مقصد سے کشتہ فولاد [۱۶ تا ۱۲۸ ملی گرام] مکھن یا نوشادر [۵ گرام] دونوں میں ملا کر روزانہ کھلائیں، اگر رقت دم کی شکایت ہو تو مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کرائیں:

(ص) گیرو، سنگجراحت، دم الاخوین، کہربا شمعی، بسد سوختہ ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر شربت انجبار ملا کر چٹنی بنالیں اور قدرے قدرے گل ملتانی کے زلال کے ہمراہ [۳۶ ملی لیٹر] استعمال کرائیں۔

بعد غذائیں کافور سیال، پانی میں ملا کر دیں۔ [۱۰-۲۰ بوند]

مصفّی خون دوائیں، جن کا مفصل بیان گزر چکا ہے، [۱۲ ملی لیٹر] استعمال کرائیں۔ بھو دا دیت رفع کرنے والی دوائیں اس باب میں خصوصیت سے نافع ہیں۔ نقوع شاہترہ، مطبوخ افتیمون اور مطبوخ سنا کا

حسب ضرورت استعمال کرائیں۔

جملہ اطبائے قدیم اس مسلہ پر متفق ہیں کہ سرطان رحم لاعلاج ہے اور آخری چارہ کار عملیہ ہے لہٰذا دوائی علاج کا مقصد صرف تسکین ہونا چاہیئے تاکہ اس میں شدت پیدا ہو کر موجب ہیجان نہ ہو اس غرض سے مندرجہ ذیل مقامی استعمال کی دوائیں نافع ہیں:

شیاف ابیض افیونی تھوڑے زعفران کے ہمراہ شیر زن میں گھس کر بذریعہ ڈوش عورت کے رحم میں پہنچانے سے شدت درد و سوزش میں کمی آجاتی ہے۔ نسخۂ شیاف درج ذیل ہے:

(ص) سفیدۂ رانگ (۲۵ گرام)، گوند کیکر (۹ گرام)، کتیرا (۹ گرام)، افیون خالص (۲ گرام)۔ سب کو باریک پیس کر سفیدی بیضۂ مرغ میں ملا کر شیاف تیار کر کے شیشی میں رکھیں۔

مرہم کافوری۔ صاحب تحفۃ المومنین نے اس کی تعریف کی ہے:

(ص) موم سفید (۱۲ گرام)، روغن السی (۹۰ گرام) میں نرم آنچ پر گھلا کر کافور (۳ گرام)، سفیدہ کاشغری (۱۲ گرام) منخول ملا کر خوب حل کریں جب سرد ہونے کے قریب ہو تو اس میں سفیدی بیضۂ مرغ ڈال کر خوب ہلائیں، مرہم تیار ہے۔ حسب ضرورت مطہر گاز لت کر کے اطراف رحم میں رکھیں۔

مرہم رسل، مرہم داخلیون، ضماد راتینج، ضماد محلل وغیرہ کو اطبائے قدیم نے مفید اور موثر ادویہ میں شمار کیا ہے۔

طبیخ عدس سے حقنہ کرنا شیخ نے مفید بتایا ہے۔ علاوہ بریں طبیخ حلبہ، خبازی اور خطمی میں بھی مریضہ کو آبزن کرانا مفید ہے۔

(ص) روغن گل، شیر زن، آب کوہ سبز یا آب بارتنگ یا آب خرفہ سے حقنۂ رحم کریں۔

اگر سیلان کے سبب رحمی نزیف کی شکایت ہو تو گل ارمنی، سفیدۂ رانگ، عصارۂ لحیۃ التیس اور برگ بارتنگ سبز کا نچوڑا ہوا عرق باہم ملا کر رحم میں ڈوش کریں۔

غذا و پرہیز:۔ گرم اور سودا پیدا کرنے والی اغذیہ سے پرہیز کرائیں اور جید الکیموس غذائیں مثلاً بغیر چھنے آٹے کی روٹی، چڑیوں کے سریع الہضم گوشت، کاہو، کاسنی، کاسنی دشتی (طرخشقوق) تھوا، چقندر اور پالک اور اسی طرح کی دیگر چیزیں استعمال کرائیں۔

پھلوں میں سے انجیر، انگور، بادام، سیب شیریں وغیرہ دیں۔

عملیتی علاج

حسب ذیل اصابات میں جرحی علاج لانقطاع سلعہ ا ہیں توقف نہ کرنا چاہیئے۔

(۱) غیر طبعی نزف۔ جس کا سبب عموماً تحت مخاطی اور بواسیر نما سلعات لیفیہ ہوتے ہیں۔

(۲) حوض میں محتبس سلعات لیفیہ جو احتباس بول یا دباؤ کی علامتیں پیدا کرتے ہیں۔

(۳) سلعات لیفیہ کے سبب وضع حمل میں رکاوٹ۔

(۴) ساق کی تلوی کے سبب شدید درد یا دیگر پیچیدگیاں یا عسر الطمث، سرخ انحطاط، دوران حمل درد میں عموماً مسکن الم معالجہ کی ضرورت ہوتی ہے اور علیہ کی ضرورت کم پیش آتی ہے۔

(۵) بڑی جسامت کے سلعات خواہ وہ علامتیں رونما کر رہے ہوں۔ یا کسی بھی اصابہ میں جب خبیث تغیر کا امکان ہو۔ جوان سال عورتوں میں مزید بالیدگی کا امکان رہتا ہے نیز معمر عورتوں میں اسی طرح کے بڑے سلعات اکثر بالآخر علامتیں رونما کرتے ہیں۔

مندرجہ بالا اصابات میں مریضہ کی بحالی صحت کے لئے علیہ ناگزیر ہے۔ عدیم الاباضت مریضات جن میں عقم کا کوئی دوسرا سبب معلوم نہ ہو سکے، عضلی سلعہ برآری کا فیصلہ مناسب ہوگا۔ جن مریضات میں شدید نزف الدم ہو چکا ہو، انھیں علیہ سے پیشتر نقل الدم کی ضرورت پڑ سکتی ہے لیکن خفیف زیان دم کی صورت میں مناسب آرام بستری اور فولاد کا استعمال ہیموگلوبین کی سطح کی بحالی کے لئے کافی ہوگا۔ شدید جریان کی حالت میں مریضہ کو فوراً شفاخانے منتقل کر دینا چاہیئے۔ اس طرح نہ صرف نقل الدم ممکن ہو سکے گا۔ بلکہ مریضہ کی صحت اطمینان بخش ہوتے ہی بلا تاخیر علیہ بھی انجام دیا جا سکے گا۔

لیفی عضلی سلعات (Fibromyomata) کا استیصال خود انھیں کو دور کر کے یا عضلی سلعہ برآری کیا جا سکتا ہے یا پھر رحم کے ذریعہ (رحم برآری = Hysterectomy) دونوں میں خطرات متناسبہ تقریباً یکساں ہوتے ہیں۔ ہر علیہ کے ۱ فیصدی اصابہ میں موت واقع ہوتی ہے۔ بیشتر حالات میں عضلی سلعہ برآری، رحم برآری کی بہ نسبت توجہ کی زیادہ طالب ہوتی ہے۔ موجودہ ترقی یافتہ دور میں عضلی سلعہ برآری کا علیہ اتنا عام ہو گیا ہے کہ ماہرانہ انداز میں انجام دینے پر رحم عموماً محفوظ رہ جاتا ہے لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ عضلی سلعہ برآری کے بعد نئے سلعات محفوظ رحم میں پیدا ہو جائیں۔ تاہم یہ خطرہ لاولد عورتیں اولاد کی چاہت میں بخوشی قبول کر لیتی ہیں۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں جن کی اولاد بقید حیات ہے، علاوہ بریں ان کے رحم میں متعدد سلعات موجود ہوں رحم برآری قابل ترجیح ہے۔ جن عورتوں کی عمر انقطاع الطمث کے قریب نہ پہنچی ہو، شادی جلد ہوئی ہو، اولاد کی خواہش ہو اور ایک یا صرف چند سلعات موجود ہوں تو عضلی سلعہ برآری قابل انتخاب علیہ ہے۔ اس علیہ کے لئے مہبلی یا شکمی راستے اختیار کئے جا سکتے ہیں۔

مہبلی عضلی سلعہ برآری (Vaginal Myomectomy) :- یہ علیہ بے ساق تحت مخاطی بالیدوں اور

علاج لیف آسا بواسیر کے استیصال کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے۔ یعنی سلعی بواسیر جو مہبل میں بروز کر آئی ہو، کو اس علیہ سے دور کرنا آسان ترین طریقہ ہے۔ اس میں معمولی صدمہ اور بعد الجراحی درد ہوتا ہے۔ بطنی تدبہ عارض نہیں ہوتا، ان تشنج لاحق ہو سکتا ہے۔ بڑے سلعات کی موجودگی میں علیہ بہت دشوار اور خطرناک ہو جاتا ہے، اگرچہ مہارت اور چابکدستی سے کیوں نہ انجام دیا جائے' نیز یہ علیہ عدیم الحمل عورتوں میں بروئے کار نہ لایا جائے۔

طریقہ :- مثانہ کو عنق سے اوپر اٹھا کر عنق میں شگاف دیا جائے تاکہ بالیدہ تک بآسانی رسائی ہو سکے، بعدہٗ کیسۂ سلعہ میں شگاف دیا جائے اور سلعہ کو کاٹ کر ٹکڑے ٹکڑے کر دیا جائے تاکہ بآسانی دور کیا جا سکے۔ ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ عنق کو متسع کر کے خود در رحمی یعنی سلعی بواسیر مروڑ دی جائے کبھی کبھی عفنی التہاب باریطون کا خطرہ لاحق ہو جاتا ہے، لہٰذا تقریض (Morcellment) اور عضلی سلعہ برآری کا مخلوط طریقہ عمل بروئے کار لانے سے سرایت کا احتمال ختم ہو جاتا ہے۔ یہ انغشاش یافتہ تحت باریطونی مخاطی سلعات لیفیہ کیلئے موزوں ترین علیہ ہے۔ مہبلی راہ سے بڑے سلعات کو ٹکڑے ٹکڑے کر کے دور کرنا بہت دشوار اور خطرناک علیہ ہو سکتا ہے' ایسی حالت میں شکمی عضلی سلعہ برآری کو ترجیح دینا چاہیئے۔

شکمی عضلی سلعہ برآری (Abdominal Myomectomy) :- یہ علیہ نوجوان عورتوں میں قابل انتخاب ہے جن کے رحم کو محفوظ رکھنا مقصود ہو کیونکہ یہ رحم کے ایثار کے بغیر انجام دیا جا سکتا ہے۔ اسے ان جملہ اصابات میں ترجیح دینا چاہیئے جن میں امتحان پر قطعی طور پر تحت مخاطی کا فیصلہ کرنا دشوار ہو اور نیچے سے قابل توضیح و استخراج ہو۔ نیز ایسے جملہ اصابات جن میں رحم کی کل جسامت ۴ ماہ کے حمل سے زیادہ ہو یا واضح طور پر متعدد سلعات موجود ہوں۔

سلعات کی کثیر تعداد اس امر کی دلیل نہیں ہے کہ عضلی سلعہ برآری کا علیہ ترک کر دیا جائے' تاہم یہ بات ضرور ہے کہ متعدد سلعہ کی بہ نسبت مجرد سلعہ کا استیصال نسبتاً آسان ہوتا ہے۔ تعداد کی بہ نسبت سلعات کی وضع زیادہ اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ چنانچہ رحم کی مقدم دیوار میں عارض ہونے والے سلعات بآسانی دور کئے جا سکتے ہیں۔ اس کے بعد رباط عریض میں پیدا ہونے والے۔ کیونکہ ان دونوں صورتوں میں دیوار رحم کے مقدم حصے یا رباط عریض میں شگاف لگانا آسان ہوتا ہے۔ فوق مہبلی عنق کے سلعات دخلی اور چھوٹے ہونے کے باوجود کو عضلی سلعہ برآری کے ذریعہ دور کرنا چاہیئے۔

شکمی رحم برآری (Abdominal Hysterectomy) :- چونکہ سلعۂ لیفیہ عموماً عدیم الحمل عورتوں میں لاحق ہوتا ہے اور سرطان عنق ان عورتوں میں نسبتاً کم لاحق ہوتا ہے، جن میں کبھی حمل قرار نہ پایا ہو۔

ان حالات میں عملیہ کا انتخاب بہت غور و توجہ کا طالب ہوتا ہے اکثر کلی رحم برآری قابل ترجیح ہوتی ہے تاہم رحم کے جزئی یا کلی استیصال کے وقت اگر مبیضین صحت مند ہوں تو انھیں محفوظ رکھنا چاہیئے۔

جب جسم رحم کا استیصال کیا جاتا ہے تو اسے تحت کلی (Sub Total) کہتے ہیں اور جب دونوں یعنی جسم اور عنق کو دور کیا جاتا ہے تو اسے کلی رحم برآری کہتے ہیں۔

اگر عنق میں مزمن التہاب موجود ہو، بری طرح دریدہ یا مذبول ہو یا اس میں ریمی یا ریم زاعفنی سرایت پیدا ہو رہی ہو تو بلا تامل اس کا استیصال کر دینا چاہیئے۔ بیشتر مریضات میں رحم برآری کا عملیہ بآسانی اور بسرعت انجام دیا جا سکتا ہے لیکن دقت اس وقت پیش آتی ہے جبکہ عضلی سلعہ عنقی ہوتا ہے یا رباط عریض میں گھس جاتا ہے یا رحمی عجزی رباط کے پیچھے پھنس جاتا ہے۔ ان اصابات میں سلعہ رحم کو مثبت کر دیتا ہے جس کے سبب رحم حوض سے باہر نہیں نکلتا۔ سلعہ مثانہ ور حم کو ان کے طبعی وقوع سے ہٹا سکتا ہے اور چونکہ مثانہ بالکلیہ شکمی عضو ہے لہذا شکمی شگاف کے وقت متضرر ہو سکتا ہے۔ بروں باریطونی اور عنق سلعات کے کامیاب استیصال کا انحصار درست پرت کی دریافت پر ہے، جس کے ذریعہ سلعہ کو نکالا جا سکے۔

درست تکنیک کے ذریعہ کلی رحم برآری کا عملیہ روبہ عمل لانے سے جماع مولم کی شکایت نہیں ہوتی فی زمانہ تحت کلی کی بہ نسبت کلی رحم برآری سے شرح اموات نمایاں طور پر کم ہوتی ہے اور چونکہ بیشتر مریضات میں بعد سرطانی عنق میں سرطانی سلعہ لاحق ہوتا ہے، لہذا عصر حاضر میں کلی رحم برآری کو ترجیح دی جا رہی ہے۔

شعاعی علاج

آج کل کے ترقی یافتہ عہد میں جبکہ عملیتی تکنیکات بام عروج پر پہنچی ہوئی ہیں نیز جدید معدمات حس اور دواؤں کی بدولت شرح اموات نمایاں طور پر گھٹ کر ۰.۲ رہ گئی ہے، شعاعی معالجہ فقط پرخطر مریضات میں بروئے کار لایا جاتا ہے بشرطیکہ یعنی سلعہ حمل کے ۳ ماہ سے زائد جسامت کا نہ ہوا ہو، علاوہ بریں اشعاع کی سب سے زیادہ اہمیت، جسے نظر انداز نہیں کیا جا سکتا، تشخیصی جرف اور دروں رحم کے خردبینی امتحان کی ہے۔

علاج کا یہ طریقہ شعاعی یا لا شعاعی ہوتا ہے اس طرح مبیضی فعل تباہ کر کے مصنوعی یاسیت پیدا کی جا سکتی ہے، کثرت الطمث دائمی احتباس الطمث میں تبدیل ہو جاتا ہے، تاہم گاہے احتباس الطمث پیدا کرنے میں ناکامی بھی ہو جاتی ہے۔ بہرحال کامیابی کی صورت میں سلعہ عموماً سکڑ جاتا ہے لیکن مکمل طور سے کبھی معدوم نہیں ہوتا۔ بعض اصابات میں سلعہ انحطاط کی کوئی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اسی لئے اسے ان نوعمر عورتوں میں ہرگز بروئے کار نہیں لایا جانا چاہیئے جن میں مبیضی فعل کا تحفظ بہرحال ناگزیر ہوتا ہے۔

کیوں کہ اس سے مصنوعی یاسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ استان عمر عورتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جن میں جراحات کبیرہ بلا کسی اندیشہ کے بروئے کار لائے جا سکتے ہیں۔

شعاعی معالجہ ان اصابات میں مفید ہے جن میں رحم بہت زیادہ کلانی یافتہ نہ ہو اور معدم حس کے تحت امتحان کرنے پر صرف رخنکی سلعہ ملے۔ جرف و تجریفی امتحان پر سرطانی سلعہ عموماً معدوم ثابت ہوتا ہے۔ طبی دررحمی معتاد ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ ملی گرام ریڈیم بردمانڈ ہے، جسے کہفۂ رحم میں چوبیس گھنٹے کے لئے چھوڑ دیا جاتا ہے، اس طرح نہ صرف یاسیت پیدا ہو جاتی ہے بلکہ لیفی سلعات کی مزید نشو و نما بھی رک جاتی ہے۔

نواک نے رحم کے لیفی عضلی سلعہ کے علاج میں شعاعی اور عمیق لاشعاعی معالجات کو اہمیت کا حامل اور موثر ترین بتایا ہے۔ شعاعی علاج کی سب سے بڑی خوبی یہ ہے کہ "واحد علاج" کی آسانی ہوتی ہے، جسے تشخیصی جرف کے وقت بروئے کار لایا جا سکتا ہے اور عمیق لاشعاعی علاج سے حوصلہ افزا نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

حسب ذیل حالات میں شعاعی علاج بروئے کار لانا ممنوع ہے:

(۱) سلعات کبیرہ۔ کیوں کہ علاج بالاشعاع کے بعد انحطاط کی استعداد بڑھ جانے کے سبب اصلی انحطاط جیسی شدید علامتیں رونما ہو سکتی ہیں۔

(۲) متلازم حوضی مرضیات مثلاً قاذفی مبیضی التہابی مرض یا مبیضی نوساخت۔

(۳) تحت مخاطی لیفی سلعہ یا مرارتی لیفی سلعی بواسیر (Fibroid Polypus) جب کہ وہ عمل بروز میں ہو، ایسی حالت میں علاج بالاشعاع ممنوع ہے کیونکہ یہ سلعات شعاعی معالجہ کے بعد یاسیت شروع ہوتے ہی نزف جاری کر دیتے ہیں۔

(۴) مریضہ کی عمر بھی اہمیت کی حامل ہے، چنانچہ ۴۵ سے کم عمر والی خواتین میں مصنوعی یاسیت پیدا کرنے سے شدید اور حاد یاسی علامات مثلاً تورّدات رونما ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں اس کا مریضہ پر گہرا نفسیاتی اثر پڑتا ہے۔ اسی لئے عہد حاضر میں رحم کے لیفی عضلی سلعات کے علاج میں اشعاع کا بہت کم استعمال ہوتا ہے۔

۳۱

رحم کا سرطانی سلعہ

[Carcinoma of the Uterus]

عورتوں میں پستان اور رحم خبیث مرض میں سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ سرطانی سلعہ جسم رحم و عنق الرحم پر حملہ آور ہو سکتا ہے۔ سرطان عنق سرطان جسم (درون رحمی سرطانی سلعہ) کی بہ نسبت ۳-۴ گنا زیادہ کثیرالوقوع اور مہلک ہوتا ہے۔ بدقسمتی سے یہ مرض پر فریب انداز میں "چور بیماری" کے طور پر شروع ہوتا ہے اور درست تشخیص سے پہلے پہلے ترقی کر جاتا ہے۔ شاذ و نادر حالات میں عنق اور جسم دونوں ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، ورنہ اُن میں سے کسی ایک پر حملہ ہوتا ہے۔ جملہ حالات میں یہ ثابت کرنا دشوار ہوتا ہے کہ سب سے پہلے سرطان کس جگہ حملہ آور ہوا تھا۔ عنق اور جسم کے سرطانات میں اس قدر تشریحی اختلافات موجود ہیں کہ ان پر الگ الگ بحث ناگزیر ہے۔

عنق کا سرطانی سلعہ

[Carcinoma of the Cervix]

اسباب

یہ مرض زندگی کا بہت بڑا سانحہ ہوتا ہے جو ۲۰ سال سے کم اور ۷۰ سال سے زائد عمر کی عورتوں میں شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ مغربی ملکوں میں ۴۵ تا ۵۵ سال میں کثیرالوقوع ہے لیکن ہندوستان میں اس کا وقوعہ ۳۵ تا ۴۵ سال کی عمر میں زیادہ ہوتا ہے۔ سابقہ ولودیت (Childbearing) یا کثیرالولادت عورتوں میں بکثرت عارض ہوتا ہے، اس کے برعکس دوشیزہ یا عاقرہ میں نادرالوقوع ہے۔ مشاہدات سے پتہ چلتا کہ آزادانہ جنسی اختلاط اور شہوانی انارکی سے بھی عورتوں میں سرطان عنق پیدا ہو جاتا ہے، مختون مردوں کی بیویوں میں غیر مختون کی بہ نسبت اس مرض کا وقوعہ کم ہوتا ہے۔ نسائی تناسلی سرطان

کا سب سے زیادہ وقوعہ سن یاس یا بعد ایاسی عمر میں ہوتا ہے، جبکہ سلسلہ اتبویض رک جاتا ہے اور جسم اصفر سے پروجسٹرون خارج نہیں ہوتا، لیکن آسٹروجن کی برآمدات کا سلسلہ جاری رہ سکتا ہے، خاص طور سے اگر مبیضین دو ویری ہوں۔ ہارمونی عدم توازن بھی ممکنہ عامل ہوا کرتا ہے۔

امراضیات

سرطان عنق کے نتیجہ میں واقع ہونے والے تغیرات کا مشاہدہ نظری طور پر بھی کیا جا سکتا ہے۔ اس کی دو مخصوص قسمیں بیان کی جاتی ہیں حملہ ورانہ اور پیش حملہ ورانہ:۔

حملہ ورانہ (Invasive):۔ یہ قسم عنق اور متصلہ بافتوں میں تاکل پیدا کردیتی یا تکاثری سلعہ کے طور پر عنق کے باہر پیدا ہو کر فوقانی مہبل کو پر کردیتی ہے۔ سرایت اور ناکافی دموی رسد اکثر تکاثر یافتہ ابھار کو گھٹا کر متقرح اغشاث یافتہ بالیدمیں تبدیل کردیتی ہے۔ درریزش یافتہ قسم اکثر عنق اور مہبلی تبوہ کو تباہ کردیتی اور بعد میں ایک عمیق کہفہ چھوڑ جاتی ہے جس کے کنارے سخت ہوتے ہیں۔

پیش حملہ ورانہ (Pre Invasive):۔ اس کا اندازہ نظری طور پر نہیں ہوتا یا سطحی تاکل موجود ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات شلر کے آیوڈین کا شغہ (Iodine Test) یا مہبل بین سے سطح پر کسی تغیر کا علم ہوتا ہے۔

ابتدائی حالات میں عنق کے سرطانی سلعہ کی کوئی سریری شہادت نہیں ملتی۔

نسیجاتی طور پر عنق کے حملہ ورانہ سرطان کی دو قسمیں کی جاتی ہیں: فلسانی سرطانی سلعہ (Squamous Carcinoma) اور غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma) یہ دونوں قسمیں جسم رحم کے سرطان کی بہ نسبت کہیں زیادہ خبیث ہوتی ہیں۔ اُن میں سے اول الذکر عنق کے لبوں کو ملفوف کرنے والے فلسانی سرحلمہ سے پیدا ہوتا ہے اور موخر الذکر عنقی قنال کے سطحی سرحلمہ یا غدو سے۔ غدی سرطانی سلعہ عنقی سرطانات کے تقریباً ۵ فیصدی اصابات میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سرطان نسیجی اعتبار سے جسم رحم کے خبیث غدی سلعہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ یہ انبیبات پر حملہ کرکے اسے تباہ کردیتا ہے۔ اس میں تہ در رحمہ اور متصلہ احشار پر حملہ کرنے کا رجحان بہت کم پایا جاتا ہے۔

پیش حملہ ورانہ سرطانی سلعہ کو درسرحلمی سرطان (Intra-Epithelial Cancer) یا محل سادہ (محل اصلی) کے سرطان (Cancer in Situ) کے نام سے بھی موسوم کیا جاتا ہے۔ اب یہ بات تسلیم کی جا چکی ہے کہ محل اصلی کا سرطان دراصل صادق سرطان ہے، فقط پیش سرطانی حالت نہیں۔

انتشار

سرطان عنق کا انتشار عمل نفوذ (Permeation) عروق لمف، دموی رو یا مواصلت (اتصال) کے ذریعہ ہوتا ہے۔

نفوذ (Permeation) :- یہ عمل خلیات سلعہ کو بیرونی جانب نزد رحمہ کی طرف، سامنے مثانہ، پیچھے معا مستقیم اور زیریں جانب مہبل کی طرف پہنچا سکتا ہے۔ رباطات رحمی عجزی شدید سرایت کی زد میں آسکتے ہیں اور اس طرح مرض عجز تک منتشر ہو سکتا ہے۔

تسلسل کی حالت میں سرطانی خلیات کے ٹھوس زوائد بن جاتے ہیں جو اصل ماسکہ سے نکل کر متصلہ عنقی بافتوں میں نفوذ کر جاتے ہیں اور لمفاوی رو میں شامل ہو جاتے ہیں، جس سے سرطان ایک تسلسل کے ساتھ پھیلتا ہے۔ انسداد رحم کثیر الوقوع ہے، جس سے صعودی سرایت کے نتیجہ میں موت واقع ہو سکتی ہے۔

لمفاوی انتشار :- لمفاوی انتشار معینہ خطوط کے ساتھ عمل میں آتا ہے جن میں سے مخصوص بیرونی جانب نزد رحمہ میں نزد عجزی، سادہ، داخلی حرقفی اور عمومی حرقفی غدد تک ہوتا ہے، علاوہ بریں زیریں جانب مہبلی دیواروں میں ثانوی بالیدہ کے غدد متاثر ہوتے ہیں۔

یہ انتشار کئی اعتبار سے اہمیت کا حامل ہے، چنانچہ معتدبہ لمفاوی عقد کی جماعت عام طور سے سرحی فراہمیوں (Metastatic Deposits) کا سازگار مقام ثابت ہوتی ہے۔ خثلی عقد (Hypogastric Nodes) سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں جو ورید حرقفی کے نیچے اور پیچھے کی طرف واقع ہوتے ہیں ان کا تعلق شریان خثلی سے ہوتا ہے۔ اس کے بعد سب سے زیادہ عضلہ سادہ داخلی کی اندرونی سطح پر واقع عقدہ (عقدۂ سادہ) متاثر ہوتا ہے، اس کے بعد سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا عقدہ ہے جو حالب اور شریان رحمی کے مقام تقاطع پر واقع ہو تو اسے عقدۂ حالبی کہتے ہیں۔ کبھی کبھی شریان حرقفی خارجی کے ہمراہ پائے جانے والے عقد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ حوض کے باہر عقد کی پیش اورطی جماعت میں لمفاوی عروق تک مرض شاذ و نادر ہی پھیلتا ہے، چنانچہ اس مرض میں مبتلا ہونے کے بعد امتحان بعد الموت پر یہ عقد اکثر مرض سے آزاد پائے جاتے ہیں۔

مریضہ عموماً بعیدی اثرات کے سریری ظواہر سے پہلے مقامی حملوں سے ہی فوت ہو جاتی ہے۔

دموی رو (Blood Stream) :- دموی انتشار کثیر الوقوع نہیں ہے اور فقط ترقی یافتہ اصابات میں ہی پایا جاتا ہے۔

اتصال (Contiguity) :- اتصال کے سبب مرض شانہ اور معا مستقیم تک پھیلتا ہے اور انجام کار مثانی مہبلی یا مستقیمی مہبلی ناصور پیدا کر دیتا ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں ڈگلس کی جیب میں چھوٹی آنت پر سرطان حملہ آور ہوتا ہے اور نتیجہ کار برازی ناصور بن جاتا ہے' اس طرح عنق کے سرطان میں برازی ناصور مستقیمی مہبلی حاجز میں کسر و انکسار یا چھوٹی یا بڑی آنت میں تقرح کا نتیجہ ہوا کرتا ہے' جسے علاج ناصور کیلئے قولون شگافی کے وقت ضرور ملحوظ رکھنا چاہیئے۔

سریری مناظر

سرطان عنق کی سب سے پہلے ظاہر ہونے والی علامات عموماً اس کی ابتدا کو ظاہر نہیں کرتیں بلکہ اس سے مرض کی ترقی یافتہ حالت کا اندازہ ہوتا ہے' چنانچہ جب تک بالیدا ایک معتدبہ کلانی اختیار نہیں کر لیتی اور تنخری تغیرات واقع نہیں ہوتے' اس وقت تک علامتیں ظاہر نہیں ہوتیں' یہ اور بات ہے کہ کسی دوسرے مرض کی تفتیش کے وقت اتفاقاً انکشاف ہو جائے' کیونکہ عنق کے سرطانی سلعہ کی ابتدا میں علامات عموماً معدوم ہوتی ہیں۔ عنق کے سرطانی سلعہ میں نزف' سیلان ابیض' ضعف اور درد خصوصی علامات کے طور پر رونما ہو سکتے ہیں' جن میں سے نزف اہم ترین ہے۔ مخصوص علامات (مناظر) درج ذیل ہیں۔

۱۔ نزف۔ (ا) حملہ ورانہ قسم کے سرطانی سلعہ میں بین الطمثی نزف ایک کثیر الوقوع اور اولیں علامت ہے جو پہلی بار اندام نہانی میں پانی داخل کرتے ہوئے' نطول' مباشرت یا کسی بھی جد و جہد سے عارض ہو سکتا ہے۔

(ب) طویل طمثی دور واحد ابتدائی علامت ہو سکتی ہے' لیکن بسا اوقات مقدار طمث میں کوئی اضافہ نہیں ہوتا اور نہ توازن ہی میں کوئی خلل واقع ہوتا ہے۔

(ج) بعد الیاسی نزف عموماً معالج کو مرض کی ابتدا ہی میں اپنی جانب متوجہ کر لیتا ہے اور اسی وقت مرض کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ اگر سن یاس کے بعد نزف شروع ہو تو ایسی حالت میں خصوصی توجہ درکار ہوتی ہے۔

(د) بعض اصابات میں غیر طبعی نزف کی شکایت موجود نہیں ہوتی بلکہ چند اصابات میں احتباس الطمث کی شکایت پائی جاتی ہے اور دیگر نسائی شکایات کے وقت سرطانی سلعہ کا انکشاف اتفاقاً ہو جاتا ہے۔

۲۔ **سیلان ابیض (Leucorrhoes)** :- دوسری کثیر الوقوع علامت سیلان ابیض ہے

جو رقیق اور بدبودار رطوبت پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ رطوبت آبی، زرد، بھوری یا دموی رنگت کی بھی ہوسکتی ہے۔ یہ مواد فی الاصل بالید کے متنخز رقبوں سے آتا ہے اور اس میں زیادہ مرتی کا انحصار جزوی طور پر سرطانی سلعہ کی عروقیت اور جزوی طور پر ضرر پر ہوتا ہے۔

۳۔ درد: درد عموماً تاخیر سے شروع ہوتا ہے جو اس بات کی علامت ہوتی ہے کہ نو بالیدگی عنق کی حدود عبور کر چکی ہے۔ ابتدا میں اسفل کمر میں درد ہوتا ہے لیکن موخر درجوں میں شکم کے سامنے والے حصہ میں یا سرین کے عقبی حصہ پر پہنچ سکتا ہے۔ لمفاوی عقد ضفیرہ عجزیہ سے منضم ہو جاتے ہیں جس سے لمفاوی عقد مسدود ہو جاتے ہیں اور انجام کار شدید عرق النسا کا درد ابھر سکتا ہے۔

۴۔ بولی و برازی علامتیں: آخر کار سلسل بول عارض ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی مثانہ و معا مستقیم میں تقرح کے سبب سلسل براز بھی عارض ہو جاتا ہے۔ شاذ و نادر مریضہ معالج کے پاس فقط مثانہ کے ماؤف ہونے یا اس کی سرایت تقطیر بول یا عسر البول کی شکایت لے کر پہنچتی ہے۔ مرض بڑھنے کے ساتھ ساتھ احتباس بول کی علامات اور گردہ کی عدم فعالیت ظاہر ہونے لگتی ہیں مثلاً متلی، قے، دردسر اور قلت بول وغیرہ۔ یہ عموماً مرض کے انتہائی خصائص ہوتے ہیں۔ حالبین کے انسداد کے سبب تسمم بول عارض ہو جانے یا صعودی حوضی کلوی التہاب کے سبب بولی سرایت لاحق ہونے سے بالعموم موت واقع ہو جاتی ہے۔

۵۔ نقاہت اور ثانوی فقرالدم:۔ شدید نزف یا سرطانی ضعف (Cancerous Cachexia) کے موخر مدارج میں فقرالدم لاحق ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ بھوک غائب ہو جاتی ہے نیز صداع و سدر کی شکایت ہو جاتی ہے، وزن تیزی سے گھٹنے لگتا ہے۔

۶۔ مختلف النوع علامتیں:۔ بعض مریضات میں ایسی علامتیں رونما ہوتی ہیں جن کا بظاہر رحم سے کوئی رشتہ نہیں ہوتا اور اس طرح معالج تذبذب میں پڑ جاتا ہے۔ موخر اصابات میں دیگر علامتیں مثلاً دردناک اور مکرر الوقوع تبول، مثانی مہبلی ناصور کے سبب سلسل بول، التہاب مقعد کے سبب عسر تبرز اور مہبلی مواد کے سبب حکۃ الفرج لاحق ہوسکتا ہے۔

سریری تقسیم

سرطان کے بین الاقوامی ذیلی کمیشن نے ۱۹۳۹ء میں اس تقسیم کو تسلیم کیا نیز ۱۹۵۰ء میں فیصلہ کیا گیا کہ پیش از عملہ سرطان یا محل اصلی کے سرطان کی تمیز درجہ "O" سے کرنی چاہیئے۔ اجمالی خاکہ درج ذیل ہے:

درجۂ صفر '۰'، پیش حملہ ورانہ یا محل حادثہ میں سرطان (Pre Invasive — Cancer In Situ) :—

درجۂ اول :۔ اس درجہ میں مرض صرف عنق تک محدود رہتا ہے اور رحم کی حرکت پذیری برقرار رہتی ہے۔

درجۂ دوم :۔ یہ مندرجہ ذیل ذیلی جماعتوں پر مشتمل ہوتا ہے :

(ا) نزد رحمی سرطان (Parametrium Cancer): اس درجہ میں سرطان نزد رحم کے ایک یا دونوں جانب دررریزش عارض کر دیتا ہے لیکن حوضی دیوار کو متاثر نہیں کرتا۔

(ب) مہبل کے ایک بڑے حصہ میں کچھ نہ کچھ دررریزش باقی رہتی ہے لیکن اس کے زیریں دو تہائی حصے محفوظ رہتے ہیں۔

(ج) جسم رحم (Corpus) : اس درجہ میں درعنقی سرطان (Endocervical Cancer) جسم رحم تک منتشر ہو جاتا ہے۔

درجۂ سوم : اس درجہ کو حوضی دیوار پر حملہ سرطان سے متاثر کرتے ہیں۔ اس کی تین ذیلی جماعتیں بیان کی گئی ہیں۔

(ا) نزد رحم (Parametrium):۔ نزد رحم کی سرطانیتی دررریزش ایک یا دونوں جانب کی حوضی دیوار پر حملہ آور ہوتی ہے۔ مستقیمی امتحان پر سلعہ اور حوضی دیوار کے مابین سرطان کے بغیر کوئی فضا نہیں ملتی۔

(ب) مہبلی دررریزش زیریں تہائی مہبل کو مسدود کر دیتی ہے۔

(ج) علیحدہ شدہ حوضی سروحات، سرطانیتی سروحات حوضی دیوار پر قابل جس ہوتے ہیں جو ابتدائی عنق الیہ کا بڑھا ہوا حصہ ہوتے ہیں۔

درجۂ چہارم :۔ اس درجہ میں مرض متصلہ احشاء کو ماؤف کر دیتا ہے یا حوض سے باہر پہنچ جاتا ہے۔ اس کی مندرجہ ذیل تین ذیلی جماعتیں بتائی گئی ہیں۔

(ا) مثانہ: اس درجہ میں مرض بڑھ کر براہ راست مثانہ کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں اس کی تشخیص مثانہ بینی سے کی جا سکتی ہے اور شدید درجہ میں مثانی مہبلی ناسور کی موجودگی سے تشخیص مکمل ہوتی ہے۔

(ب) معاء مستقیم، قرحہ موخر مہبلی ناسور یا مستقیمی مہبلی حاجز کے ذریعہ بڑھتا ہے۔ سلعہ کو مستقیمی

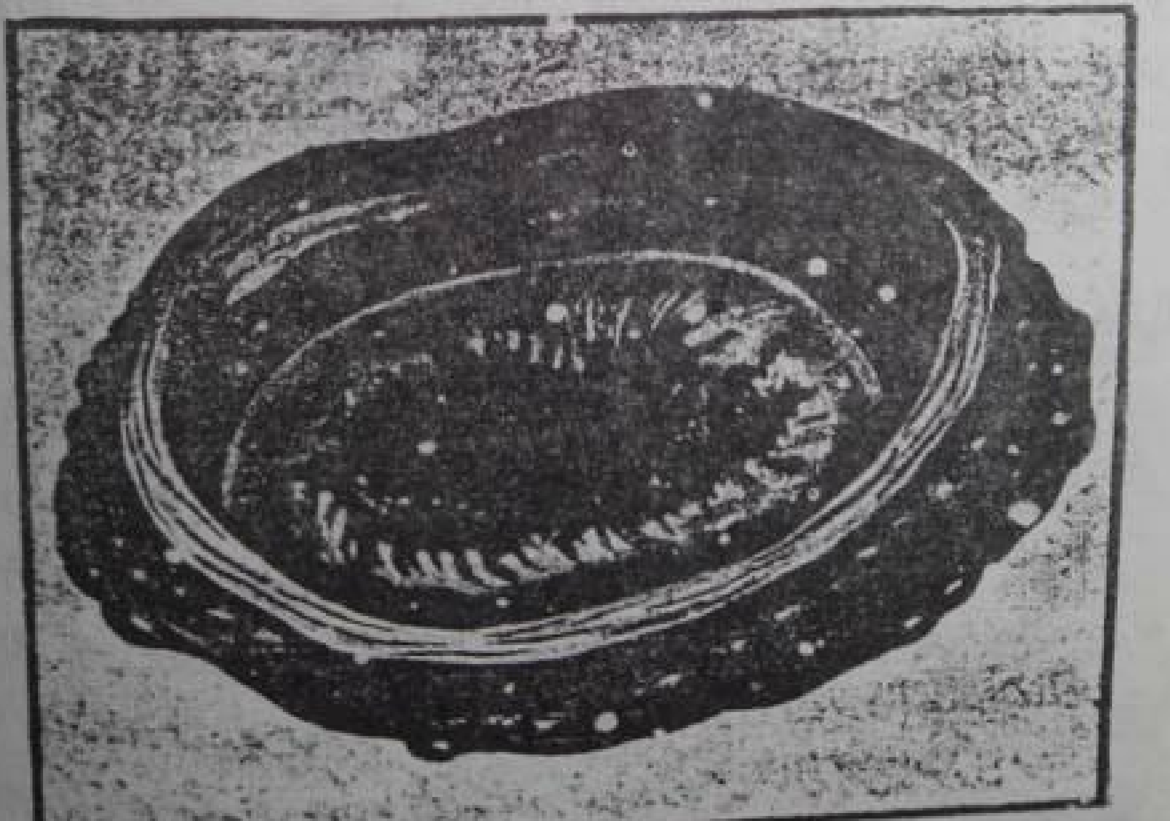
اور ہبلی دونوں امتحانات سے جس کیا جا سکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابات میں مستقیمی ہبلی ناسور رہتا ہے۔

(ج) بعیدی انتشار: سرطانی سلعہ حوض صادق کے بیرونی جانب منتشر ہو کر حافۃ الحوض کے اوپر یا موبلج ہبل کے نیچے فرجی خطہ میں پہنچتا ہے۔

امارات و معائنہ

ابتدائی درجہ میں درون عنقی سرطانی سلعات کا طبعی امتحان اتنی آسانی سے نہیں کیا جا سکتا جتنی آسانی سے اس وقت جبکہ حصۂ ہبلی پر حملہ آور ہوتا ہے، کیوں کہ ابتدائی درجہ میں علامات و امارات سے عاری ہوتا ہے۔ منظار یا اصبعی امتحان سے کوئی سقم معلوم نہیں ہوتا اور حقیقت حال کا انکشاف اس وقت ہوتا ہے جب بے قاعدہ نزف کی تشخیص کے لیے جرف کیا جاتا ہے۔ بعد میں یہ سلعہ عنق پر نمایاں عظم اختیار کر لیتا ہے نیز صلب و بیدہ نما ہو جاتا ہے۔

ابتدا میں جب عنق کی ہبلی سطح سے پیدا ہونے والے سرطانی سلعہ کو دیکھا جاتا ہے تو یہ بہت چھوٹے عقدہ، قرحہ یا منتشر قطعہ کی شکل میں نظر آتا ہے، جس میں خفیف تاکل بھی موجود ہوتا ہے اور ممتحن کی انگلی سے معمولی طور پر مس ہونے پر بھی نزف ہونے لگتا ہے۔ بالیدہ جب بڑھ جاتی ہے تو مثمر نما ابھار بن جاتا ہے جو بہت زیادہ بڑھنے پر گوبھی نما ہو جاتا ہے۔ جسے تصویر نمبر ۸۰ میں دیکھا جا سکتا ہے۔



معائنہ پر نزف ہو جاتا ہے اور کم و بیش دموی شمولیت کے ساتھ آبی رطوبت خارج ہوتی ہے جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، اس کی بو نہایت ناگوار ہوتی ہے۔

دو دستی امتحان سے بالید سے پیدا شدہ ورم اور اس کے ارد گرد کی پوری وسعت نیز رحم کی عمومی حرکت پذیری کا بخوبی اندازہ ہو سکتا ہے لہذا سرطان رحم کے جملہ اصابات میں مستقیمی یا مستقیمی اور مہبلی (مشترک) امتحان کرنا چاہیے۔ اس طرح رحمی عجزی شکنوں اور رباط عریض کے قاعدوں کی دبازت اور اس جگہ کے مرض کی وسعت کا بآسانی اندازہ ہو جاتا ہے۔

مہبل بینی: آلہ مہبل بین (Colposcope) عنق کا اچھا منظر پیش کرتا ہے اور اس طرح سرطانی سطح کے غیر طبعی رقبات کو تنقیح اور بایوپسی کے لئے منتخب کرنے میں بھی آسانی ہوتی ہے نیز یہ آلہ سرطان عنق کے ابتدائی درجہ کو متمائز کرنے میں بھی معین ہوتا ہے۔

تشخیص

پیش حملہ ورانہ یا سرطان مخفی کی تشخیص میں گونہ دقتوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے، کیونکہ ابتدا میں علامات تقریباً مفقود ہوتی ہیں۔ ان اصابات میں خلیاتی طریقۂ امتحان بیحد اہم ہے۔ اس کا انحصار مہبلی آلودگی یا جملہ فلسانی استوانی اتصال (Squamous Columnar Junction) کی سطح کے کھرچے ہوئے حصہ کے خلیات سرطان کی تمیز پر ہے۔ جرف کا عمل لکڑی کے چاقو؛ بیلچہ (Wooden Spatula) سے بآسانی انجام دیا جا سکتا ہے۔ اس طرح مریضہ کو کسی طرح کی بے چینی بھی محسوس نہیں ہوتی۔ لطخہ (آلودگی) یا مجروف حصہ کا امتحان خصوصی مہارت کا طالب ہوتا ہے اور اگر اس طرح کی بایوپسی سے ابتدائی سرطان کا پتہ چل جائے تو تشخیص کی توثیق حلقہ نما بایوپسی سے کر لینی چاہیے جسے مخروطی چاقو سے پورے فلسانی عمودی رقبہ سے نرمی کے ساتھ کھرچا گیا ہو۔ لیکن منفی رپورٹ سے سرطانی سلعہ کو مستثنیٰ نہیں سمجھنا چاہیے۔

عنق کو ملون کرنے اور مہبل کا خط وسطی بنانے والے طبعی فلسانی سرحلمہ کو جب لیوگول آیوڈین سے رنگا جاتا ہے تو یہ گہری بھوری رنگت اختیار کر لیتا ہے۔ مخاطی حلقے جو نظری طور پر طبعی دکھائی دیتے ہیں اور آیوڈین سے کوئی رنگ قبول نہیں کرتے، ان کی بایوپسی کے لیے شیلر کا شفہ (Sciller test) کر لینا چاہیے جس کا طریقہ درج ذیل ہے:۔

لیوگول محلول (آیوڈین ایک حصہ، پوٹاشیم آیوڈائڈ دو حصہ اور پانی تین حصہ) تیار کر کے فرگسن کے منظار کے ذریعہ مہبل میں ۳ تا ۴ مکعب سینٹی میٹر داخل کر دیا جائے، ایک منٹ گذرنے کے بعد محلول کو روئی کے گاز سے دور کر دیا جائے اور مہبلی عنق کا عمدہ اور صاف روشنی میں معائنہ

کیا جائے، بافتوں کی رنگت گہری بھوری نظر آئے گی لیکن مریض رقبہ سفید اور خستہ ہونے کے سبب انگلیوں سے بآسانی توڑا یا بجرف کے ذریعہ مثقوب کیا جا سکتا ہے۔ شدید نزف کا بھی امکان رہتا ہے۔ جلابات میں عنق کا کچھ نہ کچھ ارتکاس ضرور موجود ہوتا ہے اور ہر مرحلہ کے ساتھ اس کا تمدد مستقیمی امتحان سے بخوبی کیا جا سکتا ہے اس طرح کا سرطانی سلعہ غلطی سے انتشاث یافتہ لیفی سلعی بواسیر سمجھ لیا جاتا ہے لیکن موخرالذکر صلب اور ٹھوس ہوتا ہے نیز آسانی سے نہیں ٹوٹتا۔ فم خارجی سے آنے والا مخاطی سعدانہ (بواسیر) خفیف نزف جاری کر سکتا ہے جو درحقیقت عنقی الاصل نہیں ہوتا۔ جب بالید عمیق آتش فشاں نما قرحہ کا منظر پیش کرتی ہے تو یہ عموماً دریدہ عنق کی اس قسم کے ہمراہ پائی جاتی ہے جو رحم کے مدخل میں قیف نما ہو کر داخل ہو جاتی ہے۔ ایسی دریدگیوں سے جریان دم نہیں ہوتا اور اگر ہوتا بھی ہے تو ضربہ کے نتیجہ میں خفیف نزف ہوتا ہے۔ ایک نادر الوقوع قسم "کرم خوردہ" ہوتی ہے جس میں عنق میں صلابت پیدا ہو جاتی نیز پورا عنق مثقوب ہو جاتا ہے۔ اس میں خستگی نہیں ہوتی تاہم چھونے پر نزف ہو جاتا ہے۔

تشخیص تفریقی:- عنقی تاکل اور التہاب عنق پر کبھی سرطان کا دھوکا ہو جاتا ہے، لیکن تاکل میں بواسیر کی طرح لچکدار صلابت ہوتی ہے، یہ کچھ خستہ نہیں ہوتا اور انگلی سے رگڑنے پر نزف نہیں ہوتا، لیکن سرطان کو مستثنیٰ کرنے کا واحد ذریعہ بایوپسی ہے۔

عنقی بواسیر کو غلطی سے سرطان سمجھا جا سکتا ہے، جو عموماً نرم لحمی بالیدیں ہوتی ہیں اور فم خارجی کے ذریعہ ایک ساق کے ہمراہ درون عنق سے بروز کر سکتی ہیں، انھیں چھونے پر بآسانی نزف نہیں ہوتا۔ فم خارجی سے بروز کرنے والا دررحمی لیفی سلعہ عنق کے بواسیری منتفخ سرطان (Polypoid Bulky Cancer) کے مماثل ہو سکتا ہے۔

عنق کے تدرن کو عموماً غلطی سے سرطان سمجھ لیا جاتا ہے۔ یہ عموماً سن رسیدہ عورتوں میں واقع ہوتا ہے جو طویل مدت سے علیل ہوں۔ قطعی تشخیص بایوپسی سے ممکن ہے۔

شاذونادر اصابات میں عنق پر آتشکی قروح دیکھے جا سکتے ہیں جو سرطان سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن ان سے بآسانی نزف نہیں ہوتا۔ واسرمین کا شفد اور بایوپسی سے تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔

حالت حمل میں التہاب عنق عموماً عنق کے سرطان کا متناظر ہوتا ہے، کیونکہ اس میں ذرا سی تحریک سے نزف ہونے لگتا ہے، اس کے کنارے بھی مرتفع متکاثر ہوتے ہیں۔ اسے بایوپسی کے کمل عمل سے مستثنیٰ کیا جا سکتا ہے۔

حمل میں ریزینی تعامل (Decidual Reaction) شاذونادر معالج کو دھوکہ دے سکتے ہیں۔ ماہر امراضیات

کہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ حمل کے محتبس اجزا عنق قنال میں داخل ہو کر تشخیص میں دقتیں پیدا کرتے ہیں کیونکہ یہ امتحان پر نہ صرف نزف کرتے ہیں بلکہ بدبودار مواد بھی خارج کرتے ہیں اور شکست و ریخت بآسانی قبول کرلیتے ہیں۔ روئداد کی محتاط تفتیش تشخیص میں مددگار ہو سکتی ہے نیز تراشہ کے لئے علیحدہ کئے گئے حصہ کے نسیجیاتی امتحان سے سریری دریافت کی توثیق ہو جائے گی۔

انذار

انجام کا انحصار تین عوامل پر ہے (۱) مرض کا سریری درجہ (۲) سرطان کی سریری قسم اور (۳) سلعہ کا نسیجیاتی ارتقا۔ سرطان عنق میں علامتیں رونما ہونے کے بعد مدت حیات کا تناسب عموماً ۱۸ ماہ ہوتا ہے۔ اگر حبل شدید طور پر ماؤف ہو گیا ہو، مثانی مہبلی ناصور موجود ہو یا حالبی انسداد اور التہاب حوض الکلیہ کی شہادت ملے تو انجام بخیر نہیں ہوتا خواہ کوئی بھی علاج کیا جائے۔ اس کے برعکس ابتدائی اصابات میں جبکہ عملیاتی یا شعاعی معالجاتی علاج رو بہ عمل لایا جاتا ہے تو آخرکار اچھا نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔

علاج

یونانی علاج :۔ جملہ اطبائے قدیم اس پر متفق ہیں کہ سرطان رحم لاعلاج ہے تاہم ہمیشہ اس کی تسکین کی تدابیر کرتے رہیں تاکہ اشتداد و ہیجان نہ کرے۔ اس غرض سے شدت حرارت و ضربان کے وقت ٹھنڈے لعابات مثلاً اسپغول اور مسکن مراہم استعمال کرائیں اور حلبہ، خبازی و خطمی کے طبیخ میں بٹھائیں نیز ملین و محلل اشیاء مثلاً داخلیون، مقل، روغن بابونہ و چربی بط بروئے کار لائیں۔

تقلیل سودا کی غرض سے باسلیق کی فصد کریں اور مسہلات سودا استعمال کرائیں۔ ترطیب مزاج کی سعی کریں نیز ماء الجبن استعمال کرائیں۔

عنق کا سرطانی سلعہ اگر متقرح ہو گیا ہو تو طبیخ برگ خطمی، کرنب، بنفشہ و تخم کتاں میں مریضہ کو آبزن کرائیں۔

تسکین درد کی غرض سے شیاف ابیض افیونی، شیر زن اور قدرے زعفران مقامی طور پر استعمال کرائیں۔ لحوم افاعی اسفیدباج میں پکا کر کھلائیں جس میں نمک، سویا اور شراب ریحانی شامل ہو۔

مطبوخ انجیر، عناب و سپستان ہمراہ فلوس خیار شنبر و روغن بادام شیریں نوش کرائیں۔

مرہم رسل اس غرض میں عجیب النفع ہے اور تسکین درد کرتا ہے۔ عنق کے سرطانی سلعہ میں تیز دواؤں کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیئے۔

بعض قدماء نے لکھا ہے کہ دیگ حمام سے میل حاصل کرکے اسے گوندھیں اور روغن گل و موم حل

کرکے رحم پر بیرونی طور پر ضماداً استعمال کریں۔ مجرب ہے۔

عنق کے سرطانی سلعہ کی موجودگی میں جب مجامعت کے وقت مہبل سے نزف ہونے لگے، نزفی طمث دورطویل ہوجائے یا بعد الیاسی نزف کی شکایت ہو تو اسے قابو میں لانے کے لئے پہلے درج ذیل معالجہ بروئے کار لائیں اور پھر مذکورالصدر نسخے استعمال کرائیں:

(ص) برگ مورد، حب الآس ہر ایک ایک حصہ، کشنیز خشک نصف حصہ، ابریشم، گاؤزبان ہر ایک چوتھائی حصہ، شکر تین گنا اضافہ کرکے شربت تیار کریں۔

مقدار خوراک: ۲۰ ملی لیٹر تک ٹھنڈے پانی کے ساتھ۔

گاہے کتیرا، تازہ دودھ، شیرۂ خرفہ سیاہ و شربت انار کے ہمراہ دینا مفید ہوتا ہے۔ قرص کہربا اور تنگ بھی مفید ہیں۔

مقامی طور پر نزف روکنے کے لئے مرہم جدوار حکیم علی گیلانی استعمال کرائیں۔

سیلان ابیض کی صورت میں اس کا باقاعدہ علاج کریں۔

بقول بقراط ہر سرطان خفی (پیش تماورانہ) کا ترک علاج افضل ہے کیونکہ اس کے مریض علاج شروع کرنے کے بعد جلد ہی فوت ہو جاتے ہیں اور اگر علاج نہ کیا جائے تو ایک طویل مدت تک زندہ رہتے ہیں۔

غذا و پرہیز:- لطیف و زود ہضم اور جید الکیموس غذا دیں، چڑیوں کے گوشت کا شوربا، پھلکا، مونگ کی کھچڑی وغیرہ استعمال کرائیں۔ پھلوں میں سے انجیر، بادام، انگور اور کیلا استعمال کرا سکتے ہیں۔

گرم اور سودا پیدا کرنے والی غذاؤں مثلاً مسور، بینگن، مٹر وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔

علاج کے عملی طریقے:

سرطان عنق کا علاج عملیہ کے ذریعہ یا اشعاع سے کیا جاتا ہے یا مخلوط طور پر دونوں سے۔ علاج بالا شعاع سے پیشتر تکویہ پر عمل کیا جاتا تھا۔ ماضی میں ایک عام رجحان کے تحت قابل عملیہ اصابات میں خالص عمل جراحی برتا جاتا تھا یا علاج بالاشعاع والے اصابات میں کلیتہً اشعاع بروئے کار لایا جاتا تھا۔ یہاں دراصل جراح اور ماہر اشعاع (Radiologist) کے مابین عصبیت کارفرما تھی لیکن تجربات نے ثابت کر دیا کہ مستقبل کی

ترقی دونوں کے باہمی تعاون اور مخلصانہ طرز عمل پر منحصر ہے۔

جملہ مروجہ علاج کیلئے وسیع معلومات اور ماہرانہ چابکدستی کی ضرورت ہے، خاص طور سے جرحی اور عیتی لاشعاعی معالجہ میں کچھ دنوں سے علاج بالاشعاع کا زیادہ چلن ہو گیا ہے، کیوں کہ جرحی معالجہ کے بعد موت بعد الجراحت کی شرح نسبتاً زیادہ پائی گئی ہے اور یہ حقیقت ہے کہ علاج بالاشعاع کے معرض وجود میں آنے سے قبل عملیتی علاج زیادہ تر موت پر منتج ہوتا تھا۔ پہلے علاج بالاشعاع رحم برآری کے طور پر ابتدائی اصابات میں انجام دیا جاتا تھا جب کہ عملیہ شدید اور خطرناک اصابات میں ہی بروئے کار لایا جاتا تھا۔ پہلے کی بہ نسبت عملیہ میں آج شرح اموات نمایاں طور پر کم ہو گئی ہے، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ آج معدم حس کی ترقی یافتہ شکل، انٹی بایوٹک اور تیار حالت میں خون کی دستیابی کے ساتھ صرف منتخب اصابات میں ماہرانہ ہاتھوں سے انجام دیا جاتا ہے۔ آجکل اس وجہ سے ماہرین کی عملیہ میں دلچسپی مزید بڑھ گئی ہے کیوں کہ اشعاع سے بیشتر اصابات میں مقاومت پیدا ہو جاتی ہے، خصوصاً غدی سرطانی نسیج میں، نیز فی زمانہ تشخیص سے غدی سروحات میں خاطر خواہ فائدہ نہیں ہوتا، جبکہ غدی ماؤفیت میں عملیہ کی افادیت مسلم ہے۔ علاج کی خاطر پہلی بار رجوع ہونے والی ۸۰ فیصدی مریضات میں غدی سروحات پائے جاتے ہیں۔

جن مریضات میں عملیہ بروئے کار لانا ممکن نہ ہو اشعاع عموماً راس آجاتا ہے۔ مثلاً بالیدگی حاد حالت، سن رسیدگی، تشحم، عمومی نقاہت یا کسی ہم زمان جسمانی مرض کی شمولیت، ماہرین کی ایک جماعت کے خیال کے مطابق سرطان عنق کے علاج کے لئے، جب کہ اس کی تشخیص بالکل ابتدائی درجہ میں ہو گئی ہو، شعاعی معالجہ ایک قابل انتخاب طریقۂ عمل ہے، خواہ غدد ماؤف ہوں یا غیر ماؤف۔

انتخاب علاج کے لئے کوئی معینہ اصول نہیں پیش کیا جا سکتا۔ شدید تشحم[1] (Adiposity) میں عملیہ کی اجازت نہیں دی جا سکتی ہے، بلکہ علاج بالاشعاع چارو ناچار کرنا ہی پڑتا ہے۔ حوضی عفونت، آتشک اور مہبلی تضیق (Vaginal Stenosis) کی حالت میں علاج بالاشعاع سے احتراز کرنا چاہیئے۔ بہت زیادہ خبیث بالیدگیاں جو کہ تیزی سے پیدا ہوتی ہیں اور جلد منتشر ہوتی ہیں، دونوں میں سے کوئی طریق علاج قبول نہیں کرتا ہیں۔ بیشتر اصابات میں اکثر مخلوط طریقۂ علاج سے اعلیٰ درجہ کی کامیابی حاصل ہوتی ہے۔

علاج بالاشعاع: رحم کے سرطانی سلعات کے علاج بالاشعاع کا خاص مقصد یہ ہوتا ہے کہ نمو، ساخت اور سروحات پر اشعاع کی مہلک مقدار ڈالی جائے، لیکن یہ احتیاط ضرور ملحوظ رکھنی چاہیئے کہ استشعاع کی زیادہ سے زیادہ محفوظ مقدار حد سے تجاوز نہ کرنے پائے، کیوں کہ ایسی صورت میں

[1] اچھی تحریر تشحمی

تفیتق حالب عارض ہوسکتا ہے اور انجام کار استسقاء الکلیہ اور سقوط کلیہ تک عارض ہوسکتا ہے۔ زائد مقدار کا دوسرا بڑا نقصان یہ ہے کہ معاء مستقیم اور مثانہ کی صحت مند بافتوں میں تنخر واقع ہوسکتا ہے اور آخر کار ناصور لاحق ہوسکتا ہے چونکہ دیوار رحم کا خارجی حصہ تشعیع سے کم اثر پذیر ہوتا ہے، لہٰذا علاج بالاشعاع کے ماہر یہ کمی پوری کرنے کے لئے لاشعاعوں (X-Rays) کا سہارا لیتے ہیں، لیکن لاشعاعیں اتنی موثر ثابت نہیں ہوتی ہیں، پھر بھی ممکن ہے کہ کوبالٹ لمب اور اعلیٰ طاقت کا معالجہ ایسی حالت میں کچھ معین ثابت ہو۔ اکثر سریریات گاہوں میں عمیق لاشعاعوں کے ذریعہ علاج کیا جاتا ہے، لیکن اگر نو بالیدہ اعضائے حوض میں تشریحی اعتبار سے بدوضعیت اور تباہی عارض کردیتی ہے تو ریڈیم الساقات (Radium Applications) یا عمیق لاشعاعوں سے خاطر خواہ نتیجہ نہیں برآمد ہوتا۔

دور حاضر میں متعدد ریڈیم، موزوں لمساقات (Applicators) ریڈیولوجیکل کنٹرول (Radiological Controls) طریقے رائج ہیں، لیکن آجکل عموماً "اسٹاک ہالم" کا طریقہ (Stockholm Method) مستعمل ہے۔ تاہم یہ بتانا دشوار ہے کہ اس تکنیک میں دور حاضر کی ترقیوں سے ہم آہنگ کرنے کے باوجود دیگر طریقوں پر کوئی فوقیت حاصل ہے۔ مروجہ تدابیر درج ذیل ہیں:۔

"اسٹاک ھالم" کا نوشتہ (Stockholm Method):۔ لمساقات کا درمیانی وقفہ ۳ ہفتہ سے کم نہ ہونا چاہیئے اور مجموعی لمساقات ۳ سے زائد نہ ہونے چاہیئں۔ بالیدوں کے خلاف ۱ وتھلا صندوق کا ۶۰ تا ۱۰۰ ملی گرام ریڈیم استعمال ہوتا ہے اور عنقی قنال کے ذریعہ رحمی کہفہ میں ۵۰ تا ۶۰ ملی گرام داخل کیا جاتا ہے۔ لمساقات کے بعد مقدار کی جانچ مثانہ اور مستقیمی لیول پر ایک راڈ نقاطہ (Rod Dosimeter) مخصوص عضو میں داخل کر کے کی جاتی ہے۔ اگر مثانہ اور معاء مستقیم کی قوت برداشت زیادہ ہو تو بھی اس کی مقدار 100 r فی گھنٹہ سے نہ بڑھائی جائے۔ ہر علاج کے لئے عموماً ۲۰ گھنٹے سے زائد عرصہ درکار نہیں ہوتا۔ ثانوی الساق کے بعد بیرونی استشعاع کا ایک کورس ضروری ہے۔

بعض ماہرین کے مطابق ۱۰ ملی نلی جس میں ۵۰-۲ ملی گرام ریڈیم عنصر ہوتا ہے، عنق کے ذریعہ داخل کی جاتی ہے۔ مہبلی مقدار ۶۰ تا ۷۰ ملی گرام لمساقات میں مہبلی بالیدہ کے لئے بخوبی بھر دیا جاتا ہے اور اسے مضبوط محول یا گاز کے بھراؤ سے برقرار رکھا جاتا ہے۔ دو لمساقات مناسب شکل و سائز میں عام طور سے مستعمل ہیں، جنہیں جانبی قبوؤں میں بھر دیا جاتا ہے اور محل اصلی میں ۲۲ گھنٹے کے لئے چھوڑ دیا جاتا ہے، اس طرح کہ مجموعی مقدار ۳۴۰۰ یا ۲۶۴۰ ملی گرام ساعات ہو۔ یہ مقدار ہفتہ بھر بعد دہرائی جائے اس کے بعد ایک بار پھر ۱۵ یوم کے وقفہ سے۔ اس طرح کہ مجموعی مقدار ۷۲۶۰ یا ۹۲۰ ملی گرام

ساعات تک پہنچ جائے۔ ملساقات عموماً چاندی کے بنے ہوئے ہوتے ہیں، جن کے ساتھ ریڈیم کے پلاٹنم ظروف ہوتے ہیں، جن کی مجموعی تججیب (Total Screenage) ۳ ملی میٹر سیسہ کے برابر ہوتی ہے۔ یہ حظیرہ (Screen) اردگرد کی صحتمند بافتوں کو الفا اور بیٹا شعاعوں کی تباہ کاری سے محفوظ رکھتی ہے کیونکہ صرف گاما شعاعیں ('r' Rays) ہی درکار ہوتی ہیں۔ ثانوی اشعاع سے محفوظ رکھنے کے لئے ملساقات کو ربر کی باریک پرت سے ملفوف کر دیا جاتا ہے جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، ملساقات کو اسکے محل پر گاز کے بھراؤ سے قائم رکھا جا سکتا ہے۔ استعمال سے پیشتر گاز کو ایکری فلے وین اور پیرافین میں تر کر لیا جائے۔ ایک ٹی 'T' نما پٹی سے مہبل کو بند کر دیا جاتا اور خود قائم قاثاطیر کو مثانہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔

ملساقات عام طور سے حوضی کہفہ میں باحتیاط داخل اور پیک کرنے کے باوجود ناموزوں وضع اختیار کر لیتے ہیں، لہٰذا اس کی درستگی کا خیال رکھا جائے۔ ضوفشانی شرح مقدار نما (Scintillation Rate Meter) جو باریک مجس پر مشتمل ہوتا ہے، ان اعضاء کے کہفوں میں مبال اور مبرز کے ذریعہ داخل کیا جا سکتا ہے، اس طرح مثانہ اور مبرزی دیوار کو پہنچائی جانیوالی مقدار اشعاع کا اندازہ اسکیل پر براہ راست کیا جا سکتا ہے۔

مانچسٹری توشیہ (Manchester Method):- یہ دراصل اسٹاکہالم ترکیب عمل کی بدلی ہوئی ایک شکل ہے، جسے مزید ترقی دے دی گئی ہے۔ اس میں ملساقات کی ڈیزائن بدلی ہوئی ہوتی ہے۔ مہبلی ظروف (Vaginal Container) بیضہ نما تین مختلف سائز کے ہوتے ہیں۔ ہر ایک احبابہ کے لئے ایک جوڑا استعمال ہوتا ہے، جنھیں مہبلی قبوؤں میں اغل بغل رکھ دیا جاتا ہے۔ بڑے بیضوی ظروف زائد ریڈیم کے حامل ہوتے ہیں، لیکن جسامت کا معاوضہ اضافہ مہبلی سرحلمہ کو زیادہ فاصلہ پر رکھتا ہے، لہٰذا ممکنہ حد تک بڑے سے بڑا ظرف استعمال کرنا چاہیئے۔

جسم میں رحمی اور مہبلی ملساقات کی درست وضع معلوم کرنے کے لئے ہر ادخال کے بعد حوض کا لاشعاعی فوٹوگراف حاصل کر لینا چاہیئے۔ ملساقات کے محل اصلی میں ہونے کی حالت میں متساوی المقدار انحناج (Isodose Curve) کھینچا جا سکتا ہے۔

ضوفشانی شرح مقدار نما، جو نوکیلے مجس پر مشتمل ہوتا ہے، ان اعضا کے کہفوں میں مبال و مبرز کے ذریعہ داخل کیا جا سکتا ہے، جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے۔ اس طرح مثانہ اور مبرزی دیوار کو پہنچائی جانے والی مقدار تشعیع کو اسکیل پر براہ راست مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

پیرس کی تکنیک (Paris Method):- یہ خفیف قوت کا علاج مسلسل ہے جس کا

مقصد یہ ہوتا ہے کہ جملہ خبیث خلیات ایک طویل علاج کے دوران تباہ کر دیئے جائیں، اس لئے ریڈیم کی خفیف ترین مقدار ۵۰ تا ۶۰ ملی گرام استعمال کی جاتی ہے۔

مہبلی ملساقات کے لئے ضروری ہے کہ صفائی کی خاطر ریڈیم روزانہ دور کر دیئے جائیں اور سرایتی خطرات کو کم سے کم کرنے کے لئے کسی دافع عفونت محلول مثلاً ڈیٹال سے روزانہ مہبلی نطول کیا جائے علاج ۵-۶ یوم جاری رکھنا پڑتا ہے۔ مقدار کے لئے اسٹاکہالم کا طریقہ اپنانا چاہیئے۔ اس ترکیب عمل کے لئے ریڈیم کا ایک مرکزی در رحمی انبوبہ ہوتا ہے۔ مہبلی اور عنقی مقدار کے مابین تشعیع کا تقاطعی اشعاع (Cross Fire) علاج کا اہم جز ہوتا ہے۔ ریڈیم معالجہ میں شرح اموات زیادہ سے زیادہ ۱ تا ۲ فیصدی ہوتی ہے۔

عملیاتی علاج :- ورتہائم علیہ معہ دوجانبی لمفاوی غدہ برآری درجہ دوم میں کامیاب معالجہ ہے لیکن اس کا تناسب اشعاع سے پھر بھی کم رہتا ہے۔ درجہ اول میں بہترین جراحت سے شفایابی کی شرح بہ نسبت اشعاع سے معمولی طور پر کم ہوتی ہے۔ فوری موت اور مرض کی شرحیں اشعاع سے برائے نام زیادہ ہوتی ہیں۔

ورتہائم عملیہ (Wertheim's Operation) :- اسے ابتدائی اصابات تک ہی محدود رکھنا بہتر ہے۔ اس علیہ کو سب سے پہلے ورتہائم نے رواج دیا تھا جس کا نام بعد میں بورن (Bonne) نے رحم و مہبل برآری (Hystero-Colpectomy) رکھا۔ ورتہائم کے طریقے کو اب اساسی (کلی) رحم برآری (Radical Hysterectomy) سے بھی موسوم کرتے ہیں جسے شکمی یا مہبلی طور پر انجام دیا جاتا ہے۔ اس طریقے کو شوٹا (Shauta) کے طریقہ عمل سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ ورتہائم کا عملیہ شکم شگافی کے ذریعہ استیصال رحم پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے ساتھ ساتھ مہبل کا بیشتر حصہ، مہبل اور رحم کے جانبی حصے کی خلوی بافتیں حفرات سادہ (Obturator Fossae) میں موجود غدد کے علاوہ خارجی و داخلی عروق حرقفی بھی شامل ہوتی ہیں۔ حقیقت تو یہ ہے کہ اس علیہ میں بالاستثنا معا مستقیم، رحم، مثانہ، عروق کبیرہ، اعصاب نیز فرش حوض کو ملفوف کرنے والے باریطون کا معتدبہ حصہ تقریباً جملہ حوضی اعضا اور بافتیں دور کر دی جاتی ہیں۔ یہ ایک دشوار علیہ ہے، لہذا خصوصی مہارت اور طویل تجربہ رکھنے والوں کے علاوہ کسی کو جرأت نہ کرنی چاہیئے۔ نزف کا انسداد، صاف تقطیع اور دوران علیہ بلاوجہ دست درازی سے احتراز کرنے سے اچھا نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔ موجودہ رفتار ترقی اور دیگر پیش بندیوں مثلاً انٹی بایوٹک وغیرہ کی ایجادات سے فوری شرح اموات حیرتناک حد تک کم ہو گئی ہے۔

پیش علیتی علاج عمومی صحت کی بحالی پر منحصر ہے یعنی اگر مریضہ فقر الدم میں مبتلا ہو تو نقل الدم کیا جائے عفونت پر قابو پانے یا اسے محدود رکھنے کے لئے مقامی مانع عفونت نطول، ضمادات اور نظامی کیموتھراپی

بروئے کار لائے جائیں۔ برون جافیہ تخدیر (Extradural Anaesthesia) سے مکمل ارخا ہو جانے کے سبب استنشاقی تخدیر کی بہ نسبت زیادہ موزوں ثابت ہوتی ہے، ساتھ ساتھ اگر تناؤ کم کرنیوالا کوئی معدم حس استعمال کیا جائے تو بغیر خون کے میدان عملیہ کے حصول میں آسانی ہوتی ہے۔

مریضہ کو ٹرینڈل ان برگ (Trendelenberg) وضع میں لٹا دیا جائے اور شکم کو تحت حبل السری وسطانی شگاف کے ذریعہ کھول دیا جائے اور حوض کا معائنہ سرجات اور رحم کی حرکت پذیری کے لئے کر لینا چاہیئے۔ برون حوضی سرجات (ماؤف اور طی غدد) کی تحقیق کر لینی چاہیئے۔ اگر اصابہ عملیہ کے لائق نہ ہو تو شکم کو بند کر دیا جائے۔ اگر عملیہ انجام دیا جائے تو سب سے پہلے رحمی مثانی شکن (Utero-Vasical Fold) میں شگاف لگایا جائے اور مثانہ کو عنق سے علیحدہ کر دیا جائے، اگر مثانہ بری طرح ماؤف ہو تو دانشمندی کا تقاضہ یہ ہے کہ عملیہ ملتوی کر دیا جائے اور شکم کو بند کر دیا جائے ورنہ قدامی اخراج فضلا انجام دیا جائے۔ یہ دو جانبی حالبی سوی پیوندکاری اور مثانہ نیز رحم اور فوقانی مہبل کے استیصال پر مشتمل ہوتا ہے۔ مثانہ کو علیحدہ کر دینے کے بعد قمعی حوضی شکنیں (Infundibulo-Pelvic Folds) اور رباطات مستدیرہ شکنجوں کے مابین تقسیم کر دیئے جاتے ہیں جیسا کہ مکمل رحم برآری میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد رحم کو ایک طرف قوت سے کھینچ لیا جائے دوسرا کام نزد رحم سے انقطاع رحم ہونا چاہیئے اسکے بعد رحمی شرائین شکنجہ میں کس کر ان کے مبدا سے جدا کر دیا جائے، رحم کو کھینچ کر نزد رحمہ اور رحمی عجزی رباطات کو رحم سے ممکنہ فاصلے پر ہی منقسم کر دیا جائے، مثانہ کو مہبل سے جتنے نیچے سے ممکن ہو علیحدہ کر دیا جائے اور حرکت یافتہ مہبل لگائے گئے مخصوص شکنجہ کی سطح کے نیچے سے مہبل کو کاٹ دیا جائے۔ استیصال شدہ مہبل کی مقدار ہمیشہ ممکنہ حد تک نصف فوقانی ہونی چاہیئے اور اگر مہبل در ریزش یافتہ ہو جیسا کہ درجۂ دوم میں، تو مہبل کا زیادہ بڑا حصہ دور کیا جائے، یعنی دو تہائی۔ اس کے بعد جملہ لمفاوی غدد معہ داخلی حرقفی عروق اور عمومی حرقفی شریان کے نقطہ تقسیم کے نچلے حصہ کا استیصال کر دیا جائے۔ خراب رقبہ کی مہبل میں سیلیت کی غرض سے گاز پیک کر دینا چاہیئے۔ اس کے حوض میں خراب رقبہ باریطونی عریضہ ٹکڑوں (Flaps) سے ملفوف کر کے شکم کو بند کر دیا جانا چاہیئے۔

دیگر جراحی تدابیر۔ مثانی مہبلی ناصور کے اصابات میں سینی (Sigmoid) میں حالبی تنصیب (Implantation) یا مستقیمی مہبلی ناصور کے لئے قولون شگافی اذیت ناک علامات سے نجات دے دیتا ہے۔ ان چند منتخب اصابات میں، جن میں ترقی یافتہ مرض مثانہ، معاء مستقیم یا دونوں میں منتشر ہو چکا ہو اور جبکہ بعیدی کرومات کی سریری شہادت معدوم ہو، حوضی اخراج فضلہ (Exentration) کا عملیہ آزمانا چاہیئے۔ اگر معاء مستقیم بھی ماؤف ہو تو رحم کی تنصیب اختتامی قولون شگافی کے اوپر، اصطناعی شانہ میں کر دینی چاہیئے۔ فوری عملیتی شرح اموات ۲۰ فیصدی اور ۵ سالہ بقا کی شرح ۱۳ فیصدی ہوتی ہے۔ اگر جراحی مرض کے بعد علاج نہ کیا جا

تو مریضہ عموماً ۲ سال زندہ رہتی ہے اور یہ مدت علامات رونما ہونے کے بعد سے شمار ہوتی ہے۔

بعد الجراحی تدابیر:۔ مریضہ کا سر نیچا رکھا جائے اور انفی قاثاطیر سے اس وقت تک آکسیجن رسانی کا سلسلہ جاری رکھا جائے، جبتک کہ ضغطِ دموی محفوظ سطح تک نہ پہنچ جائے۔ سیال رسانی احتیاط کے ساتھ جاری رکھنی چاہیئے اور ابتدا میں دروں وریدی راہ سے ۴۸ گھنٹے تک اس کے بعد براہ دہن دیا جائے۔ خود قائم قاثاطیر مثانہ میں کم از کم ۵ دن تک برقرار رکھا جائے، اسے نکالنے کے بعد کم از کم دوبار یومیہ اخراج بول کے لئے لگایا جائے۔ یہ عمل بھی چند یوم جاری رکھا جائے۔ مثانہ کی قوت عمل واپس آنے میں گاہے ایک ہفتے سے بھی زائد عرصہ لگ جاتا ہے۔ سرایت روکنے کیلئے انٹی بایوٹک مثلاً پینی سلین، اسٹریپٹومائی سین یا دونوں کا مرکب اور ایمپی سلین وغیرہ کا انتخاب کیا جائے۔

علاماتی علاج:۔ بسا اوقات سرطان عنق کے علاج کے بجائے تخفیف مرض کی تدابیر پر عمل پیرا ہونا پڑتا ہے مثلاً عود مرض، شدید نزف اور درد والے اصابات میں۔

شدت نزف کی حالت میں نقل الدم کے علاوہ متنخر بافت کی سطوح دور کی جائیں اور مقام نزف پر قابض الدم محلول یا گوز لگائے جائیں۔ جملہ اصابات میں مناسب تیمارداری ناگزیر ہے۔ مستعملہ گدیاں باربار بدلی جائیں۔ رفع درد کے لئے اسپرین، کوڈین، کروسین اور دیگر دافع درد ادویہ دی جائیں، لیکن بعد میں ایک وقت ایسا آتا ہے جب کہ مارفین اور اس کے مشتقات کی ضرورت پڑتی ہے۔ لیکن اس کے کثرت استعمال سے طبیعت خوگر ہو جاتی ہے اور آگے چل کر بڑی مقدار سے بھی درد میں تخفیف نہیں ہوتی علاوہ بریں اس کے استعمال سے بعض مریضات میں متلی اور قے کی شکایت بھی ہو جاتی ہے۔ بہر حال ضرورت پڑنے پر شدتِ درد کی حالت میں مزید موثر طریقے استعمال کئے جا سکتے ہیں، حسب ذیل طریقے خاص طور سے مفید ہیں:

(۱) الکحل یا فینول کا درون نخاعی، تحت العنکبوتی (Subarchnoid) اشراب۔

(۲) مذکور الصدر ترکیب عمل میں ناکامی کی صورت میں نخاع کے عصبی قنات کی جراحی قطع یعنی وترشگافی کا عملیہ بروئے کار لانا چاہیئے۔

(۳) پراکٹوکین (proctocain) کے برون امہاقیائی ادخال سے ذنبی (موضعی) تخدیر — (Caudal Anaes (tesia پیدا کی جائے۔

یونانی ادویہ میں سے شیاف ہبعض افیونی اور مرہم رسل کا استعمال درد دور کرنے کے لئے کیا جائے۔ جن کا بیان یونانی علاج کے ذیل میں گذر چکا ہے۔ نزف روکنے کیلئے کثرت الطمث کا بیان دیکھئے۔

جسم رحم کا سرطانی سلعہ

[Carcinoma of the Corpus]

جسم رحم کا سرطان عنق کے سرطان سے مختلف اور متعدد خصائص کا متناظر ہوتا ہے۔ ہمارے ملک میں اس کا تناسب سرطان عنق کی بہ نسبت ایک اور دس اور بونڈ کے مطابق ایک اور ۳ یا ۴ کا ہے۔ یہ ۵۰ تا ۶۰ سال کی عمر میں کثیرالوقوع ہے۔ سرطان عنق کی طرح اس کا تعلق عمر ولودیت سے نہیں ہوتا، بلکہ جسم رحم کا سرطان زیادہ تر لاولد عورتوں میں لاحق ہوتا ہے اور اگر صاحب ولادت عورتوں میں واقع ہوتا ہے تو ان کی تولیدی صلاحیت نسبتاً کم ہو جاتی ہے۔ عنقی سرطانی سلعہ کی بہ نسبت یہ کم درد زیر ہوتا ہے۔

امراضیات

جسم رحم کا سرطانی سلعہ عموماً قاع الرحم کے دروں رحمہ یا اس میں موجود غدد کے سرحلیہ سے شروع ہوتا ہے، یہ صحت مند رحم پر بھی اسی طرح حملہ آور ہوتا ہے، جس طرح سلعۂ لیفیہ کی موجودگی میں۔ بیشتر اصابات میں پہلے کہفِ رحم کا بالائی حصہ متاثر ہوتا ہے، مرض کا انتشار بڑھنے کے ساتھ ساتھ جملہ غشاء مخاطی تیزی سے ماؤف ہو جاتی ہے۔ خالی آنکھ سے ایک اور گاہے دو قسمیں نظر آتی ہیں یعنی بصلی (Tuberous) اور حلیمی (Papillary)۔ ان میں سے اول الذکر کثیرالوقوع ہوتی ہے۔ ان میں نوبالیدہ کے بغیر ساقچہ کے بڑے تودے باہر نکلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں جو کہفِ رحم میں قابض رہتے ہیں۔ دوسری قسم نازک بواسیر نما زوائد پر مشتمل ہوتی ہے۔ ان کی مثالیں تصویر، ۱۸ میں دیکھی جا سکتی ہیں۔ رحم کی لیفی عضلی دیوار پر سرطان کا حملہ سرطان عنق کے بہ نسبت تاخیر سے ہوتا ہے۔ رحم کی طبعی وضع عموماً برقرار رہتی ہے، کیونکہ سوائے ترقی یافتہ مدارج کے باریطونی طبقہ تک اس کی رسائی شاذونادر ہی ہوتی ہے، نیز جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، دیوار رحم پر بالیدہ کا نہایت سست رفتاری سے ہوتا ہے۔

خوردبینی مناظر:- جسم رحم کا سرطان اکثر مخصوص غدی قسم کا ہوتا ہے، جس کے ہمراہ بے قاعدہ انبات پائے جاتے ہیں جو دیلی عضلہ کو نرغہ میں لے لیتے ہیں، تاہم بعض اصابات میں ابتدائی قشری خلیہ دار سرطانی سلعہ کی مثالیں بھی پائی جاتی ہیں۔ بسا اوقات ساخت زیادہ ترقیعی (Anaplastic) ہوتی ہے جس کے ہمراہ قدرے غدی تکوین بھی ہوتی ہے۔ شاذونادر اصابات میں سلعہ غدی خاردار سرطانی سلعہ (Adenoacanthoma) کی شکل اختیار کر لیتا ہے، جس میں غدی اور بروں ادمی سلعی (Epidermoid) ترکیب

تصویر نمبر ا ۱۴ : جسم رحم کے سرطانی سلعہ کا نمونہ

ہوتی ہے۔ نسیجاتی طور پر تین مخصوص درج ذیل قسمیں بیان کی جاتی ہیں:۔

خبیث غدی سلعہ (Adenoma Malignum):۔ یہ سلعہ عموماً سطحی ہوتی ہے اور خاص طور سے غدود کی پرتشکل ہوتی ہے۔ غیر منظم (Folds) کے اندر پڑے رہتے ہیں خلیات میں بیش رنگینی نواتات (Hyperchromatic Nuclei) ہوتے ہیں، یہ نواتات مختلف سطحوں پر مختلف اشکال ہوتے ہیں اور ان میں تیزی سے بالواسطہ تقسیم ہونے لگتی ہے اور عام طور سے خیطیتی منظر موجود ہوتا ہے تاہم خلیات ایسے تودے یا خوشے نہیں بناتے جو ہیکل پر حملہ کر سکے۔ جسمی سرطانات میں یہ سب سے کم خبیث قسم ہوتی ہے اور بالعموم کلی رحم برآری سے شفا ہو جاتی ہے۔

درخلوی سرطانی سلعہ (Anaplastic Carcinoma): یہ بالیدیں شدید خبیث ہوتی ہیں اور عموماً خراب انذار پر منتج ہوتی ہیں۔ اس سلعہ میں خرد مستدیر خلیات کے ذریعہ ہیکل کی وسیع در ریزش ہوتی ہے۔ ان خرد مستدیر خلیوں میں خیطیتی (Mitotic) اعتبار سے اضافہ ہوتا رہتا ہے۔

غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma): زہر کی اس قسم میں عمود الخلایا (Columns of Cells) کے ذریعہ ہیکل کی درزیش ہوتی ہے جو خباثت کے متناظر ہوتے ہیں۔

انتشار

مواصلت: مصل سطح پر رحمی عضلی نظام اور عنق وہبلی قبوہ میں غشاء مخاطی (Mucosa) کے ذریعہ اس پر رحم عظم اختیار کرلیتا ہے، جس کے ساتھ ساتھ سطح رحم پر عقد اور ابھار بن جاتے ہیں، جیسا کہ تصویر نمبر ۱۴۲ سے ظاہر ہے۔

لمفاوی انتشار موخر اور قلیل الوقوع ہوتا ہے۔ لمفاوی عروقی راستہ کے علاوہ مبیضی عروق بھی ماؤف ہوتی ہیں۔ اورطی کے ساتھ پائے جانے والے غدد سب سے پہلے لپیٹ میں آتے ہیں۔ بعض اصابات میں غدد سادہ اور عروق خاصرہ کے مقام تقسیم پر واقع غدد بھی زد میں آجاتے ہیں۔ جگر، پھیپھڑوں، غلاف الریہ اور دیگر مقامات پر ثانوی بالیدیں اگرچہ نادر الوقوع ہیں تاہم عنقی سرطانی سلعہ کی بہ نسبت زیادہ واقع ہوتی ہیں۔

دموی رو کے ذریعہ انتشار مبیضین، پھیپھڑوں اور ہڈیوں تک ہوتا ہے لیکن اس طرح کا انتشار قلیل الوقوع ہے۔

ماوراء انبوبی انتشار: سرطانی خلیات قاذفین کے ذریعہ آزادانہ طور پر پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں، نیز یہ مبیض کی سطح یا حوضی باریطون پر بھی منصب ہوسکتے ہیں۔ انتشار دموی، مواصلت یا لمفاوی نظام کے ذریعہ واقع ہوتا ہے۔ اس طرح سلعہ کے باقیات قاذفین کے ذریعہ مبیضین میں پہنچ کر انہیں سرایت زدہ کردیتے ہیں، لہٰذا رحم کے ساتھ ہمیشہ مبیضین کو بھی دور کردینا چاہیے۔

سریری مناظر

سن یاس کے چند سال بعد نزف جاری ہونا ایک مخصوص ابتدائی علامت تصور کی جاتی ہے۔ ابتدا میں نزف اکثر خفیف اور درمیانی وقفہ طویل ہوتا ہے، لیکن بعد میں نزف مسلسل جلد جلد اور وافر مقدار میں ہونے لگتا ہے، جس سے شدید فقر الدم عارض ہوجاتا ہے۔ یہ حقیقت کبھی فراموش نہ کرنی چاہیے کہ دروں رحم کا سرطانی سلعہ نوجوان میں بھی واقع ہوسکتا ہے۔ جو عورتیں ابھی یاسی دور سے نہ گزری ہوں، ان میں بین الطمثی نزف بے ترتیبی کے ساتھ ہونے لگتا ہے۔ کبھی کبھی شروع میں نزف کے ساتھ سیلان ابیض کی شکایت ہوتی ہے جو دراصل متقرح بالید کے سبب واقع ہوتا ہے۔ یہ آبی رطوبت بعد میں انتہائی بدبودار ہوجاتی ہے، بالخصوص سرایت کی حالت میں تو انتہائی ناگوار بو ہوجاتی ہے۔ یہ شبہ دور کرنے کے لئے کہ رطوبت کا اخراج دروں رحم سے

ہو رہا ہے یا کسی دوسری جگہ سے ہو، مجہ یا موسع کا سہارا ناگزیر ہے۔

درد عموماً دیر سے شروع ہوتا ہے جو اس امر کی علامت ہوتی ہے کہ مرض اب کافی منتشر ہو چکا ہے۔ یہ قولنجی قسم کا درد انقباضات رحم سے منسوب کیا جاتا ہے۔ تقیحہ الرحم درون رحم کے سرطان کا سب سے عام منظر ہے۔ درد اصم اور ٹیس دار ہوتا ہے جو اقلیم خشلی اور کلائی یافتہ ایلیم رحم تک محدود ہوتا ہے۔ چنانچہ اما میں رحمی اجتماع الدم بھی واقع ہوتا ہے۔ خون یا ریم کا افراز یا دونوں کا آمیزہ فم رحم سے خارج ہوتا ہوا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ موخر اصابات میں ضعف بھی ہو سکتا ہے۔

بعد الیاسی عورتوں میں رحم عموماً سکڑ کر چھوٹا ہو جاتا ہے، لہذا اگر اس عمر میں رحم عظم اختیار کرلے تو درون رحمی سرطانی سلعہ یا تقیحہ الرحم کا شبہ کرنا چاہیے۔ یہ بات یاد رکھنے کی ہے کہ موخر درجہ مرض سے پہلے تثبیت رحم ممکن نہیں۔

تشخیص

جن مریضات میں بعد الیاسی نزف یا قبل الیاسی بے ترتیب نزف کی شکایت پائی جاتی ہے، مکمل اور محتاط امتحان کرنے سے عموماً جسمی سرطانات کی تشخیص ہو جاتی ہے۔

رحمی مجہ داخل کرنے سے نزف کی صورت میں معالج کا ذہن فوراً درون رحمی نزف کے منبع کی طرف جانا چاہیے۔ سرطانی اصابات میں مجہ، موسع یا مجرف سے دیوار رحم میں بآسانی انثقاب واقع ہو جاتا ہے، جس سے مرض کے ترقی یافتہ ہونے کا اندازہ ہوتا ہے۔ بسا اوقات شیخوخی التہاب درون رحم (Senile Endometritis) اور شیخوخی التہاب مہبل اتفاقی نزف سے متاثر ہوتے ہیں لیکن ساتھ ساتھ ریم زدا افراز لازمی ہے۔ مخاطی اور لیفی سلعی بواسیر سے دوری نزف واقع ہو سکتا ہے۔ بروز یافتہ اغشائی سلعہ لیفیہ اکثر نزف اور اخراج رطوبت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ بہت سے مبیضی سلعات مثلاً جیبی ذراتی اخلاطی سرطانی اور غلافی سلعہ (Thecoma) سے بعد الیاسی نزف واقع ہو سکتا ہے۔ فی زمانہ بعد الیاسی عوارض سے نجات حاصل کرنے کے لئے بیشتر عورتیں باقاعدہ اسٹل بائسٹرال یا دیگر اسٹروجین استعمال کرتی ہیں۔ ان کے کثرت استعمال سے بھی نزف ہونے لگتا ہے، لہذا معالج کو جسمی سرطان کی تشخیص کے وقت ان امور کو بھی ذہن نشین رکھنا چاہیے۔

تشخیصی جرف ہمیشہ احتیاط اور نرمی کے ساتھ انجام دینا چاہیے کیونکہ رحم میں پہلے سے ہی خستگی اور نزاکت موجود ہوتی ہے جس کے سبب ذرا سی غلطی سے مثقوب ہو سکتا ہے۔ مجرف داخل کرنے سے قبل معدم حس کے زیر اثر رحم کو کافی متسع کر لینا چاہیے۔ اگر مجرف سے خاطر خواہ نتیجہ برآمد نہ ہو تو اس قدر

اتباع کیا جائے کہ چمگلی سے جوف رحم کا بآسانی استقصار کیا جا سکے۔ جرف کا باقاعدہ خوردبینی امتحان کر کے ہی کسی نتیجہ پر پہنچا جا سکتا ہے۔

علم الخلیات کی سب سے زیادہ اہمیت نادر الوقوع اور سریری طور پر غیر مشکوک اصابات کی تشخیص کرنے میں ہوتی ہے۔

علاج

یونانی علاج: اگر خباثت کا پتہ لگ جائے تو اس کے عملیہ میں تامل سے کام نہ لینا چاہیئے۔ حسب ضرورت منضج و مسہل سوداو بلغم ادویہ دیں، بعض اطبا مصفیات دم ادویہ دیتے ہیں اور قدرے مفید تصور کرتے ہیں۔ چنانچہ اس غرض سے درج ذیل نسخہ معجون چوب چینی استعمال کرائیں:

(۱) پوست ہڑ کابلی، پوست ہڑ سیاہ، آملہ، تربد، اسطوخودوس، بہمنین، زرنباد، بادرنجبویہ ہر ایک ۱۰ گرام، افتیمون، بسفائج ۱۰-۱۰ گرام، لاجورد مغسول، حجر ارمنی مغسول، درونج، بالچھڑ، شقاقل، ثعلب مصری، بوزیدان، دارچینی، قرنفل، جائفل، گل ورد، عود ہندی، ابریشم مقرض ہر ایک ۵ گرام، چوب چینی جملہ دوا کے برابر، شہد خالص ۳ گنا۔

مقدار خوراک: ۵ تا ۱۰ گرام

جمہور اطبا منضج و مسہل بلغم و سودا ادویہ استعمال کرانے کی سفارش کرتے ہیں۔

اگر عملیہ انجام دیا جا چکا ہو تو ایک نرم بتی روغن کنجد میں آلود کر کے مقام سلعہ پر رکھیں، اس بتی کا سرا عنق سے نکال کر چھوڑ دیں اور باہر کی طرف پٹی تک روغن کنجد میں گاز لت کر کے رکھ کر ڈریسنگ کر دی جائے ڈریسنگ ہر تیسرے روز دور کر کے طبیخ خبازی (جس میں روغن گل بھی ڈالا گیا ہو) میں آبزن کرائیں اور پھر بتی کو مرہم باسلیقون یا روغن گل میں چپڑ کر فرج میں رکھیں۔ ضماد صندل کو بھی مفید بتایا جاتا ہے۔

حمول ذیل اورام رحم، جسم رحم کے سرطانی سلعہ کے درد میں مفید ہے:

(۱) پیہ بط، مغز ساق گاؤ، زن داونٹ، مقل ازرق، زعفران، زردی بیضہ بریاں، روغن سوسن جملہ ادویہ مساوی الوزن لے کر شراب کے ہمراہ گھول کر حمول کریں۔

سرطانی سلعہ کی صلابت رفع کرنے کے لئے مرہم ذیل تیار کر کے استعمال کرائیں:

(۱) اخردل، تخم انجرہ، کبریت، زبد البحر، زراوند طویل، اشق، مقل ازرق ہر ایک ۱۴ گرام، زیت کہنہ ۱۰۰ گرام، رغن ... حسب ضرورت ملا کر مرہم بنائیں۔

جسم رحم کے متقرح سرطانی سلعہ یا جس سلعہ میں تقرح کا اندیشہ ہو، مرہم ذیل لگائیں:

(ص) سفیدہ سیسہ، توتیا مغسول مساوی الوزن، آب خرفہ یا آب عنب الثعلب یا کدو یا خیار یا لعاب اسپغول (جو دستیاب ہو) کے ہمراہ پیس کر قدرے روغن گل شامل کرکے لگائیں۔

داخلی طور پر مرہم کافوری یا مرہم داخلیون استعمال کرائیں۔ مریضہ کو مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے باقاعدہ علاج و تدابیر عنق کے سرطانی سلعہ کے مطابق بروئے کار لائیں۔

علاج کے عملی طریقے: جسم رحم کا سرطانی سلعہ دو طرح سے علاج قبول کرسکتا ہے: حفاظتی (تنقیہ) اور شافی۔

(ا) **حفاظتی:** مختلف احتیاطی تدابیر سے سرطان میں مبتلا ہونے سے بچاؤ کیا جاسکتا ہے، جن میں سے اہم تدابیر درج ذیل ہیں۔

۱۔ کلی رحم برآری: اگر قبل ایاسی استحاضہ شروع ہوجائے اور عورت صحتمند تو ہو، ناکتخدا اور لاولد ہونے کے ساتھ ذیابیطس یا ضغط الدموی قوی میں مبتلا ہو تو کلی رحم برآری کو علاج بالاشعاع پر ترجیح دینی چاہیے۔

۲۔ جن عورتوں میں سرطان جسمی میں مبتلا ہونے کا رجحان پایا جائے، ان کا باقاعدہ نظامی امتحان کرانا چاہیے، مثلاً فربہ، ناکتخدا اور لاولد عورت ذیابیطس اور ضغطہ دموی میں اکثر مبتلا معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ سن یاس کے وقت مریضات میں آئسٹروجن استعمال کرانا چاہیے لیکن مریضہ کو اس کے طویل المدت استعمال کے خطرات سے بہرحال آگاہ کردینا چاہیے۔

(ب) **شافی:** جسم رحم کے سرطانی سلعہ کے حسب ذیل معالجاتی طریقے رائج ہیں:

(۱) اشعاع، (۲) اشعاع مع عملیہ، (۳) عملیہ اور (۴) کیمیاوی معالجہ (کیموتھیراپی)

مذکورالصدر تدابیر کے نتائج کا مطالعہ کرنے سے پتہ چلتا ہے کہ پیش جرحی اشعاع اور جراحت کے مخلوط نصاب سے مریضہ بہت زیادہ آرام پاتی ہے۔

پیش جرحی اشعاع اور عملیہ: تشخیصی تجریف کے مابعد رحم میں ریڈیم داخل کرنا چاہیے۔ یہ ترکیب عمل سرطان کی ترقیتی قسم (Anaplastic Type) میں خاص طور سے اہمیت کی حامل ہے۔

ایک ربر ٹیوب جس میں ۳-۴ ریڈیم کیسے (Radium Capsules) بند رہتے ہیں، کہفۂ رحم میں داخل کردیے جاتے ہیں اور ۳۵۰۰ تا ۵۰۰۰ ملی گرام ساعات کی مکمل مقدار رسانی کے لئے ۳-۴ یوم تک چھوڑ دیا جاتا ہے۔ ۶ یا ۸ ہفتوں کے بعد جب کہ شعاعی تعامل موقوف ہوجائے، عملیہ بروئے کار لانا چاہیے۔

جسم رحم کے سرطان میں مبتلا مریضہ اگر فربہ و متخلل ہو نیز فشار الدم اعلیٰ یا ذیابیطس میں مبتلا ہو تو اس وقت کی کامل رحم برآری کا عملیہ انجام دینا چاہیئے، ورتہائم کے طریقے کے مطابق رحم برآری کا عملیہ عموماً اس ضمن میں آتا ہے۔

علاج بالاشعاع: شعاعی معالجہ ان مریضات میں بروئے کار لانا چاہیئے جو قابل عملیہ نہ ہوں یا قابل عملیہ تو ہوں، لیکن ان کی عام جسمانی حالت عملیہ کی اجازت نہ دے۔

ربڑ ٹیوب میں ملفوف ریڈیم کیپسے سے رحمی کہفہ پر کر دیا جاتا ہے۔ اس طرح رحمی دیوار کے ہر حصے کو ریڈیم مس کرنا ممکن ہوتا ہے۔ رحم کی جسامت اور رحمی کہفہ کی گنجائش کے مطابق مذکور العدد مقدار کے علاوہ ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰ ملی گرام ساعات کی ایک مکمل مقدار ۳ تا ۵ یوم پہنچائی جاتی ہے۔ شدید مقامی تعامل سے تحفظ کے لئے یہ مقدار دو درجوں میں ۲ یا ۳ ہفتے کے وقفہ سے پہنچائی جاسکتی ہے۔

تقیح الرحم میں مبتلا مریضات کے علاج کے سلسلے میں ضروری ہے کہ پہلے قیح کی مسلیت کر کے دروں رحمی نطول کیا جائے، اس کے بعد ریڈیم پہنچایا جائے۔

عملیہ: جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ پیش عملیتی تشعیع ریڈیم یا عمیق لاشعاعوں کی شکل میں رحم یا مہبلی نوہ پر دیا جاسکتا ہے، لیکن عملیہ سے پیشتر دروں رحمی لمفاوی خطہ میں اشعاع سے بہترین نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

شدید اصابات میں عملیہ کی حوصلہ افزائی نہیں کی جاسکتی، ان کم خبیث اور ابتدائی اصابات میں تنہا عملیہ کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اس سلسلے میں دو اہم امور مدنظر رکھنا ناگزیر ہے: (۱) مہبل میں تنصیب (Implantation) سے بچاؤ کے پیش عنق میں ابتدائی ٹانکے، (۲) عملیہ کے وقت باریطونی کہفہ میں انبوبوں کے ذریعہ تنصیب سے تحفظ کے لئے کسی بھی رحمی دست درزی سے قبل رحمی انبوبوں کو شکنجہ (Clamp) کے ذریعہ کسنا۔

سرطانی سلعہ کا عملیہ کلی رحم برآری اور دوجانبی قاذف و مبیض برآری معہ فوقانی حصۂ مہبل کے استیصال پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ عملیہ صرف اسی وقت تک اطمینان بخش ہوتا ہے، جب تک کہ عضلۂ رحم کے عمق میں دررزیش نہ ہوئی ہو۔ اگر بالید مکسور تجریف پر موجود ہو نیز خطۂ برزخی میں شروع ہو یا انتشار کے ذریعہ عنق میں داخل ہو جائے تو اس کو دروں رحمی عنقی سرطان کا فیصلہ کرنا چاہیئے اور علاج بھی اسی کے لئے مدونہ اصولوں کے مطابق کرنا چاہیئے یعنی ثانیاً ورتہائم عملیہ بھی انجام دینے کی سفارش کی جاتی ہے، یا علاج بالاشعاع کا مکمل نصاب دیا جائے۔ سرطان عنق کی طرح حوضی لمفاوی غدہ برآری انجام دی جائے۔

کیمیاوی معالجہ: مسمم للخلیات ادویات (Cytotoxic Drugs) اور ہارمون کو دروں رحم کے ترقی یافتہ

سرطان کو قابو میں لانے کے لیے استعمال کیا گیا ہے، جس میں اول الذکر سے اتفاقی فائدہ ہوتا ہے لیکن موخر الذکر یعنی پر وجسٹرون سے حوصلہ افزا نتائج برآمد ہوتے ہیں نیز رسولی سروحات شاذ و نادر عود کر آتا ہیں اور مریضہ مہینوں اطمینان بخش زندگی گذارتی ہے۔ (کیلی اینڈ بیکر ۱۹۶۱ء)۔

انذار: اس مرض کا انجام مجموعی حیثیت سے سرطان عنق سے بہتر ہوتا ہے۔

۳۲

رحم کا سلعۂ لحمیہ

[Sarcoma of the Uterus]

رحم کا سلعۂ لحمیہ اس عضو کی جملہ خبیث بالیدوں میں نادر الوقوع ہے، چنانچہ خبیث بالیدوں کی بہ نسبت بہ صرف ۵ر۳٪ واقع ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں ۴۵ تا ۵۵ سال کی عمر کی درمیانی مدت میں لاحق ہوتا ہے اور ۳۰ سال سے قبل شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ یہ جسم و عنق دونوں کو متاثر کر سکتا ہے لیکن عنق میں نسبتاً کم واقع ہوتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ خبیث مرض کا ہر چالیسواں اصابہ سلعۂ لحمیہ ہوتا ہے اور ۲۵٪ مریضات عدیم الولادت ہوتی ہیں۔

رحم کا سلعۂ لحمیہ حسب ذیل مقامات پر پیدا ہو سکتا ہے:

(۱) سابق الوجود سلعۂ لیفیہ، (۲) رحمی و عنقی دیوار کے عضلات یا اتصالی بافت (درون جداری)، (۳) جسم و عنقی قنال کے درون رحمی ہیکل اور (۴) عنق کا انگور نما سلعہ۔

اس طرح رحمی سلعۂ لحمیہ کی چار قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جن میں سے دوسری قسم یعنی درون جداری کثیر الوقوع ہے۔

خبیث بعد تکون سے پیدا ہونے والا سلعۂ لحمیہ سلعۂ لیفیہ میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے اور ماہرین کی رائے میں تقریباً ۱۰٪ اصابات میں واقع ہوتا ہے۔ خود عضلہ میں شروع ہونے والا سلعۂ لحمیہ عموماً محاط (Circumscribed) اور درون رحم سے شروع ہونے والا منتشر (Diffuse) اور اکثر لیفی سلی ہوتا ہے، اس کا تعلق قاع الرحم سے ہوتا ہے۔ لیفی سلی قسم کے سلعۂ لحمیہ کی ایک مخصوص قسم سلعۂ لحمیہ عنقودیہ (Sarcoma Botryoides) ہوتی ہے یہ سلعہ عورتوں کے درون رحمی ہیکل اور عنقی غشائے مخاطی میں اور نوزائیدوں میں فرج اور مبال سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ سلعات لحمیہ مخاطی بافت اور غضروف پر مشتمل ہوتے ہیں اور اسی لئے میان

ادی مخلوط سلعات سے موسوم ہوتے ہیں۔ یہ سلعات نادرالوقوع ہیں۔

امراضیات: درون جداری سلعۂ لحمیہ کیسہ بند (Capsulated) نہیں ہوتا لیکن سلعۂ لیفیہ میں نمودار ہونے والا سلعۂ لحمیہ اپنے اردگرد موجود اتصالی بافت کے کیسہ پر حملہ آور ہوتا ہے۔ سلعہ کے تراشے کی سطح زرد، زردی مائل سفید یا زردی مائل گلابی ہوتی ہے۔ بعض اصابات میں نزف یا انحطاط کے خطے پائے جاتے ہیں جو زجاجی، مخاطیتی یا دوریری ہوتے ہیں۔

نسیجیاتی طور پر سلعہ مستدیر خلیہ دار، تکلہ نما خلیہ دار، مخلوط خلیہ دار یا عفریتی خلیہ دار ہوتا ہے۔ ان میں کثیرالوقوع تکلہ نما خلیہ دار ہوتا ہے جسے اصطلاحاً املس عضلی سلعۂ لحمیہ (Leiomyosarcoma) کہتے ہیں اس کے علاوہ ناقص النمو قسم کی بڑی عروق دمویہ اور بہت چھوٹے ہیکل بھی پائے جاتے ہیں۔ خلوی تغیر الشکل (Pleomorphism of the Cells) بہت جلد پیدا ہو جاتا ہے۔ سردحات ابتدا میں ہی واقع ہو جاتے ہیں اس کا انتشار دموی رو، لمفاوی نظام، براہ راست اور تنصیب کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ دموی رو کے انتشار کے نتیجہ میں یہ پھیپھڑوں اور گردوں میں پائے جاتے ہیں۔ یہ انتشار سب سے زیادہ اہم ہوتا ہے، جب کہ براہ راست انتشار کے نتیجہ میں باریطونی کہفہ ہمہ زماں استسقا سے اوف ہو جاتا ہے اور قرب و جوار دیگر متعلقات میں ثانوی اجتماعات پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کے ساتھ سست رفتاری سے بڑھنے والی ایک قسم یعنی لیفی سلعۂ لحمیہ (Fibrosarcoma) مل جاتا ہے۔ اس قسم کو بذریعہ عملیہ دور کر دینے کے بعد ایک مدت گزرنے پر عود مرض ہوتا ہے جو ہلاک ثابت ہوتا ہے۔ تنصیب کے ذریعہ انتشار کی صورت میں مہبل پر سردحات بنتے ہیں۔ یہ خلطی لمفاوی عنقودوں میں بھی منتشر ہوتا ہے، چنانچہ عنقودی سلعۂ لحمیہ ایک کھجور نما ابھار بناتا ہے جو مہبل کو کلی طور پر پُر کر دیتا ہے۔ یہ دراصل ملیری میاں ادمہ (Mullerian Mesoderm) اور اس کی ساختوں سے پیدا ہونے والا وسطی ادی مخلوط سلعہ (Mesodermal Mixed Tumor) ہوتا ہے اور خردبینی طور پر اس کی مخصوص ساختیں مثلاً جنینی (مضغی) دھاری دار عضلہ اور غضروف پائے جا سکتے ہیں۔ اس قسم کی بالید کو بااوقات غضروفی سلعۂ لحمیہ (Chondro Sarcoma) یا مخلطط عضلی سلعات لحمیہ (Rhadomyo-Sarcomata) سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ بالیدیں عموماً ہمیشہ ہلاک ثابت ہوتی ہیں۔ اس امر کا حساب لگایا گیا ہے کہ علامات رونما ہونے کے بعد اوسط عمر تقریباً دو سال ہوتی ہے۔

علامات و امارات: رحم کے سلعۂ لحمیہ کی علامات کافی حد تک سلعات لیفیہ اور سرطانی سلعہ سے مشابہت رکھتی ہیں مثلاً نزف، مواد اور درد۔ مواد انتہائی مکروہ قسم کا ہو سکتا ہے نیز درد ابتدائی علامت کے طور پر رونما ہو سکتا ہے۔ سن یاس سے پیشتر بالید کی رفتار میں اچانک اضافہ ہو جائے تو ایسی حالت میں

لحمی سرطانی تغیرات کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔

رحمی عضلہ میں لاحق ہونے والے سلعۂ لحمیہ کی تمیز سلعہ لیفیہ کے جس کے ذریعہ نہیں ہو سکتی ہا بالید سخت یا نرم، پلپلی یا عنقودی ہو سکتی ہے۔ یہ بالید بڑھ کر کبھی کبھی رحم کی جسامت اختیار کر لیتی ہے نیز مثانہ اور آنت تک بڑھ سکتی ہے۔ تولیدی عمر والی عورت میں رحم کے بتدریج ترقی پذیر عروقی سلعۂ لحمیہ کو غلطی سے حمل تصور کر لیا جاتا ہے۔ شاذ و نادر انتکاس رحم بھی پایا جاتا ہے۔ مہبل میں بالید کی فراہمی پائی جاتی ہے اور اس کے بعد گا ہے بواسیری تحت مخاطی قسم کے ہمراہ پائی جاتی ہے منتشر قسم میں اجتماع الدم اور اجتماع ریم سے پیچیدگی پیدا ہو سکتی ہے درون رحمی ہیکل کا سلعۂ لحمیہ ایک نرم اخستہ اور بواسیری ابھار پیدا کرتا ہے۔

درد سر، بے خوابی، اسہال، ضعف، لاغری اور فقر الدم بسا اوقات شروع ہی میں ظاہر ہو جاتے ہیں۔

تشخیص: رحم کے استیصال سے قبل رحم کے سلعۂ لحمیہ کی تشخیص فقط مستثنیٰ حالات میں ہی ہو پاتی ہے۔ اگر رحم کا حجم تیزی سے بڑھنے لگے اور نمایاں طور پر نرم ہو جائے تو سلعۂ لحمیہ کی علامت ہوتی ہے، خاص طور سے اگر عورت بعد ایاسی دور سے گزر رہی ہو۔ ساتھ ساتھ بے قاعدہ اور منتشر نزف بھی ہوتا ہے، علاوہ بریں ضعف، استسقاء اور شکمی دیوار کی اوردہ کا اتساع واقع ہوتا ہے۔ درد تقریباً ۶۰٪ اصابات میں موجود ہوتا ہے نیز انحطاطی ہمراتیہ کے سبب تقریباً ایک تہائی مریضات میں بخار کی شکایت ہوتی ہے۔

سلعۂ لیفیہ کی موجودگی میں علامات دیر سے نمودار ہوتی ہیں۔ حبلی امتحان پر محسوس کی جانے والی سلعی لحمی بالید کو غلطی سے عنق کا سرطانی سلعہ یا لیفی سلعی بواسیر تصور کر لیا جاتا ہے۔ رحم کا چھوٹا سلعۂ لحمیہ جس نہیں کیا جا سکتا اور اس سے جسیم رحم کے سرطانی سلعہ کا اشکال ہوتا ہے۔ اگر سلعہ کہنہ رحم پر قابض ہو گیا ہو نیز بعد ایاسی نزف شروع ہو جائے تو تشخیص تجریف کے ذریعہ انجام دی جا سکتی ہے۔

علاج

یونانی علاج: سوداویت کے دفعیہ کے لئے اول فصد باسلیق کریں پھر جوشاندہ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) انجیر، عناب، سپستاں ہمراہ املتاس و روغن بادام۔

درد میں سکون بخشنے والے مراہم استعمال کرائیں یا حب ذیل نطول استعمال کریں۔

(ص) افیون کا شیر زن کے ساتھ ڈوش کریں، افیون کی اصلاح کے لئے قدرے زعفران ملا دیں۔

شدت درد و خفقان میں لعاب اسپغول کا استعمال کرانا چاہیئے۔

تخفیف درد کے لئے مذکور ذیل مفید ہے:

(ص) اگل ٹیسو، پوست خشخاش مساوی الوزن پانی میں جوش دے کر سینک کریں۔ اس کے بعد:

(ص) آب کاہوئے سبز، آب کاسنی سبز، آب کشنیز سبز، روغن گل ہر ایک ۱۵ ملی لیٹر۔ جملہ دوائیں پھول کی تھالی میں ڈال کر سیسے سے گھسیں، جب مرہم بن جائے تو سفیدی بیضہ مرغ ملا کر مطہر گاز تر کر کے محمول کریں۔ ۸ گرام درج ذیل نسخے بھی حسب ضرورت آزما سکتے ہیں:۔

(ص) قطعۂ اسرب لعاب ریشہ خطمی کے ساتھ کھردرے پتھر پر گھسیں پھر اسے دو تین دن شب و روز سرطانی سلعہ پر طلا کریں۔ اطبائے اسرب کا ذکر سرطانات کے علاج میں کثرت سے کیا ہے۔

تقرح سے محافظت کے لئے طلائے سفیدہ استعمال کرائیں۔

گیاہ کند ریونجی (جو میوات کی طرف پائی جاتی ہے) بول گاؤ نا زائیدہ میں پیس کر طلا کریں، فائدہ ہوتا ہے۔ اسی طرح کیکڑے کو جلا کر رحم کے سلعۂ لحمیہ پر ضماداً استعمال کرائیں۔

نوٹ:۔ مزید تفصیل کے لئے عنق اور جسم رحم کے سرطانی سلعہ کا بیان بھی ملاحظہ فرمائیے۔

عملیہ: رحم اور اس کے ملحقات مثلاً قاذفین و مبیضین کا فوری استیصال کر دینا چاہیئے۔ ایسی حالت میں مہبلی عملیہ بہ نسبت شکمی عملیہ قابل ترجیح ہے، کیونکہ شکمی عملیہ میں غلوی بافت کا زائد حصہ خارج کیا جا سکتا ہے نیز ساتھ میں اعضائے حوض کا بخوبی معائنہ بھی کیا جا سکتا ہے۔ اس کے بعد عمیق لاشعاع کا بعد الجراحی نصاب دیا جائے۔

تشخیص کی تکمیل عموماً ماہر امراضیات کی رپورٹ کے پیش نظر ہوتی ہے۔ اس طرح کے اصابات میں کلی رحم برآری انجام دی جائے، لیکن اگر جزوی رحم برآری انجام دی گئی ہو تو دوبارہ اشکم شگافی سے بہتر یہی ہے کہ بعد الجراحی شعاعی معالجہ بروئے کار لایا جائے۔

سلعۂ لحمیہ کی زیادہ خبیث قسمیں، جب کہ زیادہ ترقی کے درجہ میں پہنچ جاتی ہیں، زیادہ موثر عملیہ اور زیادہ مکمل شعاعی معالجہ بھی قبول نہیں کرتیں اور ایسا عموماً ہوتا ہے، کیونکہ مریضہ عموماً تاخیر سے معالج کے پاس پہنچتی ہے۔ اس طرح کے ترقی یافتہ مدارج بڑے جراحی خطرات کے حامل ہوتے ہیں، کیوں کہ ان کے ہمراہ عموماً شدید قلۃ الدم ضعف اور سرومات پائے جاتے ہیں۔ قابل ترجیح عملیہ کامل رحم برآری ہے، جس کے بعد عمیق ڈیپ شعاع رسانی (Roentgenization) انجام دی جائے۔ کیموتھیراپی عموماً غیر موثر ہوتی ہے۔

ناقابل عملیہ اصابات میں تخفیف علامات کے لئے عمیق لاشعاعوں پر ہی اکتفا کرنا پڑتی ہے۔

انجام مرض: سلعہ دور کر دینے کے بعد عموماً نکس مرض کی شکایت ہو جاتی ہے۔ تاہم انجام مرض

کا انحصار زیادہ تر سلعۂ لحیہ کے اقسام اور اس کے تعامل پر ہوتا ہے۔ تحت مخاطی سلعہ لحیہ کا انجام درون رحمی سلعۂ لحیہ سے نسبتاً بہتر ہوتا ہے، اسی طرح سلعۂ لیفیہ میں شروع ہونے والا سلعۂ لحیہ دیگر سلعات سے نسبتاً بہتر ہوتا ہے۔ اگر معاد قسم کا سلعہ رحم تک محدود ہو تو انجام بخیر ہوتا ہے۔ نوزائیدہ اور نوخیز بچیوں میں مرض خاص طور سے مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اگر سلعۂ لحیہ کی تشخیص دیر سے ہو تو ایسی صورت میں پھیپھڑوں میں سروحات بن جانے کے سبب انجام خراب ہوتا ہے۔ اسی طرح منتشر اور تیزی سے بڑھنے والی قسمیں خصوصاً جب نسیجیاتی امتحان پر انتہائی خبیث ثابت ہوتی ہیں، خراب انذار پر منتج ہوتی ہیں۔

۳۴

سلوی سرطانی سلعہ

[Chorionic Carcinoma]

یہ شدید خبیث نوساخت جس کے لئے سلوی سرطلمی سرطانی سلعہ (Chorionepithelioma) کی اصطلاح بھی مستعمل ہے، سلوی سرطلمہ میں عارض ہوتی ہے۔ سلوی سرطانی سلعہ مغرب کی بہ نسبت مشرق میں زیادہ واقع ہوتا ہے، تاہم ہندوستان وہ خوش نصیب ملک ہے جو اس کثرت وقوع سے مستثنیٰ ہے۔ اس طرح کے سرطانی سلعہ کا ہدف عموماً رحم بنتا ہے تاہم گاہے مستثنیٰ اصابات میں ابتدائی طور پر مہبل، شفرتین، قاذفین، یا مبیضین بھی زد میں آجاتے ہیں، یہ پورے وقت کے وضع حمل یا املاص کے بعد ہوتا ہے۔ تقریباً ۵۰٪ اصابات میں اس کا وقوع کیسیتی وحمہ (Hydatidform Mole) کے ذریعہ ہوتا ہے۔

تنصیب (Embedding) کے وقت خلیۃ التغذیہ (Trophoblast) مادری بافتوں کو تباہ کردیتا ہے جو اس کی زد میں آتا ہے۔ بہت سے حالات جن کا سبب ہنوز نامعلوم ہے، بین جنین اور مادری بافتوں کے مابین طبعی توازن بگڑ جاتا ہے اور انجام کار متعدد مرضی حالتیں رونما ہوجاتی ہیں جو خبیث سے قدرے سادہ ہوتی ہیں۔ انھیں حسب ذیل تین جماعتوں میں تقسیم کردیا جاتا ہے:

(۱) سادہ حویصلاتی یا کیسیہ نما وحمہ (Vesicular or Hydatidform Mole) جس میں خلیۃ التغذیائی عناصر (Trophoblastic Elements) نمایاں تکاثر کے متناظر ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں مادری بافت نارمل کی بہ نسبت زیادہ حملہ پذیر ہوتی ہے۔

(۲) خبیث کیسیہ نما وحمہ (Malignant Hydatidfrm Mole) اس میں مذکورالصدر تغیرات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں اور مادری بافتیں بیش حرکی خلیۃ التغذیہ سے عمیق طور پر حملہ پذیر ہوتی ہیں۔

(۳) شدید خبیث سلوی سرطانی سلعہ: یہ تمام تر خلیۃ التغذیہ پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے ہمراہ وافر مادری اخراج دم پایا جاتا ہے۔

غلوی سرطانی سلعہ عموماً حمل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ طبعی وضع حمل یا املاص کے بعد لاحق ہو سکتا ہے لیکن بیشتر اصابات میں کیسہ نما وحمہ کے ہمراہ واقع ہوتا ہے، علامات وامارات عموماً حمل کے فوراً بعد رونما ہوتی ہیں لیکن کئی سال موخر بھی ہو سکتی ہیں۔

انتشار: تمام تر انتشار عموماً دموی رو کے ذریعہ ہوتا ہے، جس کے سبب خلیات التغذیہ عروق دمویہ پر حملہ آور ہوتے ہیں اور اسقاط کے بعد جلد ہی بعیدی سروحات پھیپھڑوں وغیرہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔ ثانوی سلعات خردبینی طور پر ابتدائی ہی کی طرح نزفی ہوتے ہیں۔ مہبل میں ثانوی عنقود نمودار ہو سکتے ہیں۔

امراضیات: گہرے دموی رنگ کا سلعہ عموماً تجویف رحم یا مقدم اور موخر دیواروں کے ہم پہلو حصوں میں یعنی مشیمہ کے محل اصلی پر پیدا ہوتا ہے۔ دیگر اصابات میں موخر الذکر کے عنقر میں پیدا ہوتا ہے دورون جداری قسم اُبڑھ کر بعد میں سطح تک اور کہفہ رحم میں آجاتا ہے نیز منتشر ہو کر عضلی نظام میں انثقاب پیدا کر دیتا ہے۔ بالید عموماً نرم اور سیاہ رنگ کی ہوتی ہے جس میں بکثرت نزف واقع ہوتا ہے۔ کہفہ رحم کے زیریں نصف میں پائے جانے والے عنقود گہرے ارغوانی رنگ کے نرم اور خستگی پذیر ہوتے ہیں اور ہاتھ سے مس کرنے یا ذراسی تحریک پر خون جاری ہو جاتا ہے۔

خردبینی طور پر سلعہ حسب ذیل اجزا پر مشتمل ہوتا ہے:-

۱۔ مادری خون (Maternal Blood) کا وافر مقدار میں اخراج جس میں خلیۃ التغذیہ کے اجزا بے ترتیب حالت میں غرق ہوتے ہیں۔

۲۔ خلوی حدود کے بغیر پروٹوپلازم کے متعدد کثیر النواتی تودے ذکلۃ الخلایا خلیۃ التغذیہ یعنی غذائی نابض (Synctio-Trophoblast)۔

۳۔ نمایاں عدید الجوانب (متعدد السطوح) خلیات (Polyhedral Cells) جس کے ہمراہ پروٹوپلازم اور حویصلاتی نواتیں (Vesicular Nuclei) واضح طور پر پائے جاتے ہیں۔ علم خلیاتی خلیۃ التغذیہ (Cytotrophoblast)

علامات وامارات: رحم کے دیگر خبیث امراض کی طرح اس میں بھی اولیں امارت کے طور پر مہبل سے شدید اور جلد از جلد نزف ہوتا ہے تاہم یہ علامت اس نزف سے بالکل مختلف ہوتی ہے جو غلوی سرطانی سلعہ میں پائی جاتی ہے۔ درد موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن یہ کوئی نمایاں علامت نہیں۔ ابتدائے مرض

میں پھیپھڑے میں ثانوی فراہمی کے نتیجہ میں سعال، عسر تنفس اور نفث الدم واقع ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی بخار، تشوریہ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ بار بار اور بکثرت نزف کے سبب اکثر شدید فقرالدم عارض ہو جاتا ہے۔ نیز سلعہ سے بھی خراب بدبودار مواد خارج ہو سکتا ہے۔ مریضہ عفونت دم یا شدت نزف کے نتیجہ میں واقع ہونے والے ضعف کے نتیجہ میں راہیٔ ملک عدم ہو جاتی ہے۔

مرض کے آغاز میں عضوی ظواہر کھل کر سامنے نہیں آتے لیکن اگر ایک مدت سے سلعہ موجود ہے تو فقرالدم نمایاں ہوگا جو شدید نزف کے نتیجہ میں ثانوی علامت کے طور پر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ رحم کلانی یافتہ ہوتا اور اس کی خارجی سطح پر پیچیدہ عنقود محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ ثانوی فراہمی پھیپھڑوں، دماغ، جگر، طحال، جبل فرج یا ہڈیوں میں پائی جا سکتی ہے۔ مریضہ رحم سے پھیپھڑے کے اخراج کی شکایت کرتی ہے۔

کیسہ نما دحموں سے شروع ہونے والے اصابات میں غلافی لیوٹینی دو ویرو (Theca Lutein Cysts) کے ساتھ مبیضین اس قدر کلانی یافتہ ہو سکتے ہیں کہ انھیں شکمی یا دو دستی امتحان سے بخوبی جس کیا جا سکتا ہے۔

تشخیص: ابتدائی مدارج میں اس کی علامات محتبس مشیمہ کے ناقص اتفاق مع عفونت یا غیر عفنی ناقص اتفاق سے مشابہ ہوتی ہیں۔ بالید کے دور کئے ہوئے حصے کو معالج غلطی سے مشیمہ کا ٹکڑا سمجھ کر نظر انداز کر دیتا ہے، جبکہ اس کا باقاعدہ نسیجیاتی امتحان ضروری ہوتا ہے۔ دونوں حالات میں ارتفاع حرارت، عظم رحم، نزف، بدبودار رحمی مواد و رحم کے اندر بافت یا خون کے تھکے کے زیر تحلیل فواصل پائے جاتے ہیں۔ انخلاء رحم کی حالت میں عارضی اصلاح ضرور ہوتی ہے، تاہم ایک مدت بعد علامات مزید شدت سے عود کر آتی ہیں اور فواصل نئے سرے سے پہلے سے کہیں زائد مقدار میں پیدا ہو جاتے ہیں، ایسی حالت میں رحم میں تحلیل پذیر بافت کی از سر نو تکوین سرطانی سلوی سلعہ پر دلالت کرتی ہے۔

عظم رحم، جس سے نزف کے ساتھ ساتھ بدبودار مواد بھی خارج ہوتا ہو، کی تشخیص استقصاء اور جرف سے کی جاتی ہے اور جرف کے وقت فواصل کی کچھ مقدار بھی نکال لی جاتی ہے۔ سلعہ استقرار حمل کے فوراً بعد ترقی کر سکتا ہے یا مہینوں کے وقفہ سے، بہر حال حمل کے لئے ایشہائم زندک کا شف تشخیص کے علاوہ انذار کے لئے بھی کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ سلعہ کے مکمل استیصال کے بعد بسرعت منفی ہو جاتا ہے، لیکن اگر سرد حات واقع ہو جائیں تو یہ مثبت ہی رہتا ہے یا ایک مدت جو ثانوی سلعات بننے کے لئے کافی ہوتی ہے، کے بعد دوبارہ مثبت ہو سکتا ہے۔

جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، سرد حات کا وقوع عموماً دیوار حبل میں ہوتا ہے، جہاں یہ قیلہ کو موہ کی

طرح عنقود بناتے ہیں۔

انذار: سلوی سرطلی سرطانی سلعہ کے نصاب میں عموماً جملہ اصابات مہلک نہیں ثابت ہوتے ابتدائی بالیدہ دور کردینے کے بعد بعض مریضات مکمل طور پر شفایاب ہوجاتی ہیں اور اس عملیہ کے بعد سروجی بالیدہ بس از خود معدوم ہوجاتی ہیں۔ علاوہ بریں پھیپھڑوں اور مہبل میں ثانوی فرامی بھی معدوم ہوجاتی ہے۔

اگر علاج کی طرف سے بے توجہی برتی جائے تو ۸۰٪ اصابات میں مہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج

کیمیاوی معالجہ: کیمیاوی معالجہ سے پیشتر سروجی سرطانی سلعہ عموماً مہلک ثابت ہوتا تھا۔ متعدد کیمیاوی معالجہ آزمانے کے بعد میتھوٹرگزیٹ (Methotrexate) N-10 Methylptetrogentic Acid) (امینوپٹرین) ثابت ہوا یہ دوا مکمل طور سے ترقی یافتہ مرض یہاں تک کہ سروجات بن جانے کے بعد بھی نمایاں طور پر کامیاب ثابت ہوئی ہے۔ اسے عموماً روزانہ ۵ ملی گرام کی مقدار میں مختلف خوراکوں میں تقسیم کرکے ۵ یوم تک دیتے ہیں۔ مزید استعمال کے لئے ۷ تا ۱۴ یوم کا ناغہ کرکے حسب ضرورت یہ نصاب دوہرایا جاسکتا ہے۔ شفائے کلی حاصل ہونے تک سلسلۂ علاج جاری رکھنا چاہیئے بلکہ مکمل شفایابی کے بعد بھی مذکورہ دوا کا دو مزید نصاب دینا مناسب ہے دوا کی سمیت ظاہر ہونے پر مقدار خوراک کم کردینی چاہیئے یا کچھ دنوں کے لئے علاج موقوف کردینا چاہیے۔ اہم ترین سمی اثرات دراشلب اور نخاع کے افعال کا دباؤ ہے جو قلت کریات بیضا (Leucopenia) سے ظاہر ہوتا ہے، بیشتر علامات علاج موقوف کرتے ہی معدوم ہوجاتی ہیں لیکن قلت کریات بیضا کا تدارک تاخیر سے ہوتا ہے۔ اس دوا کے سمی اثرات سے تقریباً ۳٪ مریضات لقمۂ اجل بن جاتی ہیں۔

یونانی علاج:۔ سوداویت کے دفعیہ اور فصد باسلیق کی تدابیر بروئے کار لائیں نیز رحم کے سرطانی سلعہ اور سلعۂ لحیہ کے ذیل میں درج تدابیر و علاج حسب ضرورت روبہ عمل لائیں۔ جوشاندۂ ذیل میں مریضہ کو آبزن کرائیں، درد کو تسکین بخشتا، بعض اصابہ میں سلوی سرطانی سلعہ کو تحلیل کرنے میں مدد کرتا ہے:

(ص) حلبہ، خطمی، شبت، بزرکتان، اکلیل الملک پانی میں جوش دیں۔

ضماد (ص) برگ خطمی تازہ باریک پیس کر قدرے پیہ بط، صمغ بادام ملا کر ضماد تیار کرکے مقامی طور پر لگائیں۔

عملیہ و شعاعی معالجہ: تشخیص کے فوراً بعد رحم اور اس کے ملحقات کا استیصال کردینا چاہیئے اگر عملیہ کے بعد عمیق لاشعاعیں استعمال کی جائیں تو بہتر نتیجہ کی امید کی جاسکتی ہے۔ شعاعی معالجہ کا اس وقت بہترین نتیجہ نکلتا ہے جب کہ اسے سطحی سروجات پر لگایا جائے جو مہبل میں موجود ہوتے

ہیں۔

ٹی۔ بی سیلرس (T. B. Sellors) نے ایک اصابہ کا علاج بالاشعاع کیا تھا۔ ادخال ریڈیم کے ۱۸ ماہ بعد رحم نکالا گیا تو اس میں بالیدہ کا نام ونشان تک نہ تھا۔ ایک اور اصابہ کا علاج بی۔ ڈبلیو (B. W.) نے بھی کیا تھا جس میں ریوی مروحات کی موجودگی کے سبب نفث الدم کی شکایت موجود تھی، بیرس کے تکنیک عمل سے رحم کا علاج کرنے سے معدوم ہو گئی۔ سابقہ مثبت ایشہائم زنڈک کا ٹسٹ منفی ہو گیا اور مریضہ عرصہ تک زندہ رہی۔

۳۴

قاذفین کے سلعات

[Tumours of the Fallopian Tubes]

قاذفین کی التہابی کیفیات اگرچہ کثیر الوقوع ہیں تاہم نوبالیدیں نادر الوقوع ہیں۔ طرف مشرشر (اعجالہ) کے دوریے، مارگگنی کے کیسات (Hydatids of Morgagni) ، متسز اور معیین) و جبنہ قاذف کا استسقائے قاذف نادر الوقوع ہے۔

قاذف کی صادق نوبالیدیں اکثر دوری) کے بجائے ٹھوس ہوا کرتی ہیں جو سلیم یا خبیث ہوسکتی ہیں۔ سلیم نوساختیں جن کا تذکرہ پہلے ہوچکا ہے یعنی عضلی سلعہ، حلیمی سلعہ اور غدی سلعہ پر مشتمل ہوسکتی ہیں۔ موخر الذکر قاذف کے خللی حصہ (Interstitial Portion) سے شروع ہوسکتا ہے لیکن بعض اصابات میں قاذف کے دوسرے حصوں میں مخصوص دروں رحمیت موجود ہوتی ہے۔ التہاب قاذف برزخی عقدی (Salpingitis Isthmica Nodusa) بھی نادر الوقوع ہے۔ اس کی تمیز قاذف کی عضلی دیوار میں انبوبی غشائے مخاطی کی پیدائش سے ہوتی ہے اس کی موجودگی میں قاذف کے برزخی حصہ میں دردناک عقدی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے یہ درد غالباً مزمن التہاب بالعموم دقی التہاب کے نتیجہ میں واقع ہوتا ہے۔ (انبوبی غشائے مخاطی — (Tubal Mucosa) میں پیدا ہونے والے حلیمی سلعاتِ قاذف نادر الوقوع ہیں۔ یہ سلعات عموماً متعدد ہوتے ہیں جو استسقائے قاذف پیدا کرسکتے ہیں نیز خبیث میں تبدیل ہوسکتے ہیں۔

خبیث بالیدیں

مبیض کی خبیث بالیدیں سرطانی سلعہ، سلوی سرطانی سلعہ اور لحمی سلعہ پر مشتمل ہوتی ہیں یہ ابتدائی یا ثانوی ہوسکتی ہیں۔ ان میں سے اول الذکر بہت نادر الوقوع ہیں تناسلی قنات میں قاذف وہ مقام ہے جہاں

سبب سے کم سرطانی سلعہ پیدا ہوتا ہے۔

ابتدائی سرطانی سلعہ: نسائی تولیدی قنات کے ابتدائی سرطانات میں سے قاذف کا ابتدائی سرطان نادر الوقوع ہونے کے باوجود انتہائی خبیث ہوتا ہے، نواک کے مطابق آج تک کے طبی لٹریچر میں ۲۴۴ اصابات کی رپورٹ موجود ہے۔

قاذف کا ابتدائی سرطانی سلعہ یک جانبی یا دوجانبی ہوسکتا ہے اور چند اصابات میں التہاب قاذف کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔ یہ عام طور سے عمودی خلوی غدی سرطانی سلعہ (Columnar Cell Adenocarcinoma) ہوتا ہے۔

سریری اثرات: یہ مرض عموماً ۴۰ تا ۶۰ سال بعد الیاسی عمر کی عورتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں سے نصف عدیم الولادت ہوتی ہیں۔ یہ اپنے ابتدائی درجہ میں بغیر کسی علامت کے موجود ہوسکتا ہے لیکن بعد میں اسفل شکم میں درد اور مواد کی شکایت ہوسکتی ہے۔ مواد عموماً آبی اور ذوالقرہ ہوتا ہے، مواد خون آلود بھی ہوسکتا ہے۔ موخر علامات کے طور پر عجز اور کمر میں درد ہوسکتا ہے۔

بالید میں انبوبی کناروں کو مسدود کرسکتی ہیں اور نتیجۃً کار استسقائے قاذف انبوبی اجتماع الدم لاحق ہوسکتا ہے۔ غدی سرطانی سلعہ کے سبب نتحو متمدد ہوسکتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں بالید قاذف تک ہی محدود ہوتی ہے جو ایک عفیف انجار کی شکل میں رحم کے ایک یا دوسری سمت جس کی جاسکتی ہے، جب یہ باریطونی طبق کو مثقوب کرتی ہے تو اور دیگر کی ساختوں مثلاً مبیض، ثرب، امعاء یا رحم جو اس سے منضم ہونے والے ہوتے ہیں کو در ریزش بھی کرسکتی ہے۔ دیگر اعضا تک بڑھنے کی حالت میں سلعہ ایک انجار بھی بنا سکتا ہے جو شکم سے قابل جس ہوتا ہے، یہ معوی احتباس کی علامتیں رونما کرسکتا ہے۔ استسقائے شکم عام طور سے موجود ہوتا ہے۔

اس سلعہ کی تشخیص میں بڑی دشواری ہوتی ہے کیونکہ مبیضی سرطانی سلعات سے مشابہت رکھتا ہے لہذا عملیہ کے بغیر تشخیص بہت دشوار ہوتی ہے۔ عنق کی بایوپسی کی صورت میں منفی دریافتوں کے باوجود مہبلی لطخ (آلودگی) میں سرطانی خلیات کی دریافت اہم ہے اور اس طرح کے چند اصابات بھی نوٹ کئے گئے ہیں۔

انذار: چونکہ مکمل تشخیص شکم شگافی سے پیشتر نہیں ہو پاتی اور مکمل جرحی معالجہ بروقت بروئے کار نہیں لایا جاتا اس لئے انجام عموماً بخیر نہیں ہوتا۔

علاج

یونانی علاج: سبق نمبر ۱۳ اور ۲۱ میں درج تدابیر، مراہم و ضمادات مناسب انتخاب کے ساتھ

استعمال کرائیں، خلط غالب کو مناسب منضج و مسہل ادویات سے دور کریں۔ مقامی طور پر نسخۂ ذیل آزمائیں:

(ص) دار ہلد، ہلدی، سہاگہ ہر ایک ۳ گرام باریک پیس کر مغز گھیگوار پر چھڑک کر مقام سلعہ پر ضماد کریں۔

محللات ملینہ مثلاً مرہم داخلیون، مرہم رسل وغیرہ استعمال کرائیں۔ نسخۂ ذیل مقامی طور پر ملیں:

(ص) پیہ لبط، پیہ خروس، پیہ روباہ، مغز ساق گاؤ، اشق، مقل ارزق، لعاب اسپغول، روغن بابونہ۔

عملیہ: مبیضین، قاذفین نیز رحم بیک وقت دور کردیے جائیں، جس کے بعد حوضی اشعاع روبہ عمل لایا جائے۔ مکرر الوقوع اصابات میں مسمم للخلیات ادویہ دی جائیں۔

ثانوی سرطانی سلعہ: یہ سلعہ مذکورالصدر سے زیادہ کثیرالوقوع ہے۔ اس کا ابتدائی ماسکہ مبیض یا جسم رحم ہوتا ہے۔ باریطونی سرطانیت (Carcinomatosis Peritonei) میں قاذف کی باریطونی سطح پر سروحات نمودار ہو سکتے ہیں، جن کا منبع تناسلی قنات یا بعیدی اعضا مثلاً معدہ یا قولون ہو سکتے ہیں۔ اس کا انتشار انبوبی غشائے مخاطی پر براہ راست تنصیب سے زیادہ لمفاوی نفوذ کے ذریعہ ہوتا ہے۔

علاج

یونانی علاج: علاج و غذا رحم (عنق) کے سرطانی سلعہ کے مطابق تجویز کی جائے۔

عملیہ و انفاذ: مبیض یا رحم سے براہ راست توسیعی اصابات میں جرحی استیصال عموماً قابل عمل ہوتا ہے لیکن باریطونی سرطانیت میں انجام عموماً حوصلہ شکن ہوتا ہے۔ ابتدائی سلعہ علیہ کے ذریعہ دور کیا جا سکتا ہے، نیز تخفیف مرض کی غرض سے عمیق لاشعاعی معالجہ بروئے کار لایا جا سکتا ہے۔

سلوی سرطانی سلعہ: سلوی سرحلمی سلعہ قاذف میں ابتدائی بالید کے طور پر رونما ہونے والے سلعہ کے طور پر ریکارڈ کیا گیا ہے لیکن یہ اکثر اوقات دیوار رحم میں ابتدائی تضرر کے سروحی انتشار کے تجربہ میں واقع ہوا کرتا ہے۔

۳۵

مبیض کے سلعات

[Tumors of the Ovary]

نظریاتی طور پر کوئی بھی خلیۂ جسم خود اختیاری طور پر سلعہ پیدا کر سکتا ہے۔ لہٰذا اس نظریے کے مطابق مبیض کا کوئی بھی خلیہ سلعہ کے لئے نقطۂ آغاز بن سکتا ہے۔ طبعی حالت میں مبیض بیرونی بنی سطح پر مشتمل ہوتا ہے۔ اندرونی جانب جو ہیکل کا تودہ ہوتا ہے، اس میں گرافی جرابات اور اجسام اصفر (Corpora Lutea) پیچیدہ ہوتے ہیں، جو ذرایتی (جُبسی) خلیات، لیوٹینیتی خلیات، غلافی خلیات نیز بیضہ پر مشتمل ہوتے ہیں، علاوہ بریں عروق دمویہ، عروق لمفاوی، اعصاب اور والٹ ہارڈ باقیات (Walthard Rests) بھی ہوتے ہیں، جو سطحی خلیات کے جال ہوتے ہیں۔ مبیض کے لُب میں سرہ کے نزدیک وولفی نظام کے باقیماندہ حصے اور نافجی (دسری) خلیات ہوتے ہیں جو غالباً اینڈروجن (ذمیح باہ) پیدا کرتے ہیں، یہ غالباً مبیض میں مردانہ عناصر ہوتے ہیں۔ جنینی حیات کے آغاز میں مولدہ (Gonad) ناقابل تمیز ہوتا ہے اور بعد میں محض ہارمون کے زیر اثر مبیض یا خصیتین (Testes) کا روپ اختیار کر لیتا ہے اور جو کچھ بنتا ہے، اس کے اندر دوسرے کے باقیات بھی ضرور پائے جاتے ہیں۔ مبیض آسٹروجن (Oestrogen) پروجیسٹوجن (Progestogen) اور غالباً اینڈروجن پیدا کرتا ہے اور ان کی تکوین میں بایوکیمیکل استقام خلیات شروع کرنے کے لئے لبلبی کا میکانیہ (Trigger Mechanisms) بناتے ہیں، جس کے ساتھ خود کار رستہ بھی بنتا ہے اور نتیجۃً کار سلعات بھی بنتے ہیں۔ بسا اوقات یہ سلعات بہت چھوٹے یعنی چنا یا مٹر کے دانہ کے برابر ہوتے ہیں لیکن بسا اوقات حیرت انگیز طور پر بڑھ کر تربوز کے برابر ہو جاتے ہیں۔ ان سلعات کے مابین نہ صرف باعتبار جسامت اختلاف موجود ہوتا ہے، بلکہ رفتار نمو، اذیت کی کمی بیشی اور موجودہ رطوبت کی نوعیت

میں بھی گونہ اختلاف موجود ہوتا ہے۔

مبیضی سلعات کی تقسیم

چونکہ مبیض میں بایوکیمیکل اور خلیاتی عناصر موجود ہوتے ہیں، لہذا اس میں اسی اعتبار سے گوناگوں سلعات رونما ہوسکتے ہیں، جس کی وجہ سے ان کی تمیز بھی دشوار ہو جاتی ہے۔ تسہیل فہم کی خاطر ذیل میں عمومی بنیادی تقسیم پیش کی جا رہی ہے:

۱۔ تمددی یا غیر نوساختی دویرے:
(Distension or Non-Neoplastic Cysts)

جرابی دویرے۔

لیوٹینی دویرے:

(۱) جسم اصفر کے دویرے

(ب) غلافی لیوٹینی دویرے

۲۔ نوبالیدیں:

سلیم: دویری: مخاطینی دویری غدی سلعہ
(Mucinous Cystadenoma)

مصلی دویری غدی سلعہ
(Serous Cystadenoma)

سلیم مسخوطی دویرہ یا ادمی دویرہ
(Benign Teratoma or Dermoid Cyst)

ٹھوس: لیفی سلعہ (Fibroma)

برینر سلعہ (Brener Tumour)

خبیث: ابتدائی: غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma)

مخاطینی دویری غدی سرطانی سلعہ

مصلی دویری غدی سرطانی سلعہ

خبیث مسخوطی دویرہ

ثانوی سرطانی سلعہ، دیگر مقامات سے

مخصوص قسم: کروکنبرگ سلعہ

۳۔ نادر الوقوع سلعات: متعدد اقسام معدودے افرازی سلعات۔

مبیضی سلعات کی پہلی جماعت اورام کے اعتبار سے نوبالیدیں نہیں ہیں، یہ دراصل تمددی دویرے ہیں جو نسیجاتی امتحان پر پائے جانے والے استروں کی خصوصیت کے اعتبار سے ایک دوسرے سے متمائز کئے جا سکتے ہیں۔ ان کے نام خود وضاحتی قسم کے ہوتے ہیں مثلاً جرابی دویرے، لیوٹینی دویرے اور دروں رحمی دویرے جو علی الترتیب ذراتیتی خلیات، لیوٹینی خلیات اور دروں رحمی دویروں کے ذریعہ ملفوف رہتے ہیں۔

سلیم نوبالیدیں عموماً دویری ہوتی ہیں، ان کی تین خاص قسمیں مخاطینی دویری غدی سلعہ، مصلی دویری غدی سلعہ اور ادمی دویری ہوتی ہیں، جن میں سے موخرالذکر کو مسخوطی دویری غدی سلعہ کہنا زیادہ مناسب ہے۔ مسخوطی دویری سلعہ مضغہ کے کم از کم تین نبتی پرتوں یعنی دروں ادمہ، میاں ادمہ اور بروں ادمہ میں سے دو سے مشتق ہوتا ہے، بسا اوقات تینوں کے عناصر شامل ہوتے ہیں۔

مبیض کے خبیث سلعات ابتدائی اور ثانوی دونوں قسم کے ہو سکتے ہیں لیکن کثیرالوقوع خبیث ابتدائی سلعہ غدی سرطانی سلعہ ہوتا ہے۔

تمددی یا غیر نوساختی دویرے

[Distension or Non–Neoplastic Cysts]

جرابی دویرے اتنی کثرت سے واقع ہوتے ہیں کہ جب چھوٹے ہوتے ہیں تو بآسانی شناخت نہیں ہوتے، یہ باریک دیواروں والے، ذراتیتی خلیات سے ملفوف اور آئسٹروجن پر مشتمل صاف سیال سے پر ہوتے ہیں۔ نزفی رحمی مرض میں اس طرح کے معتدبہ دویرے ہمیشہ پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مبیض کو اس قدر نہیں بڑھا پاتے کہ انھیں سریری طور پر جس کیا جائے۔ شاذونادر اصابات میں جرابی دویرہ ٹینس گیند کی جسامت اختیار کر سکتا ہے جس سے کرب و بےچینی پیدا ہو سکتی ہے نیز اسے جہلی امتحان پر جس کیا جا سکتا ہے۔ اسے نوبالیدہ سے تمیز کرنا تقریباً ناممکن ہے اور طبی امارات پر شکم شگافی کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ علیہ کا انصرام کرتے وقت دویرہ معدوم ہو سکتا ہے، لیکن نوبالیدیں ایسا ممکن نہیں۔ اس کا سبب غالباً عملیہ سے پیشتر سریری امتحان کے لئے استعمال کیا جانے والا معدم حس ہوتا ہے۔

نوزائیدوں کے مبیضین یہاں تک کہ قبل از وقت مولود میں بھی خرد جرابی دویروں کی ایک بڑی تعداد پائی جا سکتی ہے۔ جس کا سبب چند غیر ہارمونی تحریکات ہوتی ہیں۔ کچھ اسی طرح کا میکانیہ

بانی میں بھی جرابی دویرہ کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔

لیوٹینی اور غلافی لیوٹینی دویرے: (Lutein and Theca Lutein Cysts) یہ ذراتیتی یا غلافی خلیات سے پیدا ہوتے ہیں اور جسم اصفر کے خلیات سے ملفوف رہتے ہیں۔ جسم اصفر ہی کی طرح یہ زرد نظر آتے ہیں، کثیر الوقوع قسم جسم اصفر کا دویرہ ہے۔ جسم اصفر کی تکوین کے وقت جراب میں ہمیشہ خفیف نزف ہوتا ہے جو اپنا بیضۂ انثی خارج کر چکے ہوتے ہیں۔ اگر نزف بہت زیادہ ہو جائے تو جسم اصفر خون سے پُر ہو کر تناؤ اختیار کر لیتا ہے، حیض تاخیر سے آنے لگتا ہے اور جب جاری ہوتا ہے تو طبعی کی بہ نسبت زیادہ مقدار میں ہوتا ہے۔ جسم اصفر کا سلعۂ دمویہ ایک یا دونوں حفرۂ حرقفیہ میں درد پیدا کرتا ہے نیز اگر دورہ طمث تاخیر سے ہو تو اس کی علامتیں حمل خارج الرحم سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اگر یہ سلعۂ دمویہ مزید بڑھ جائے تو مماثلت بھی مزید بڑھ جائے گی، چنانچہ امراض النساء کے اکثر ماہرین نے حمل بے محل کے شبہ میں عملیہ انجام دے دیا اور نتیجۂ کار انھیں خون سے پُر اور متمدد جسم اصفر ملا۔ جسم اصفر کے دویروں کو مبیض کے امراضیاتی دویروں سے تعبیر نہ کرنا چاہیے۔

طمثی دورہ میں تاخیر ہونے پر بوجھ طبعی کی بہ نسبت بڑھ جاتا ہے، جس کے ساتھ درد بھی موجود ہوتا ہے اور ان علامات کو غلطی سے جلد واقع ہونے والے اسقاط کا نتیجہ سمجھ لیا جاتا ہے۔

طبعی استقرار حمل میں جسم اصفر کا بڑھ جانا کوئی نادر الوقوع امر نہیں اور لطف کی بات یہ ہے کہ ایسی حالت میں بھی جسم اصفر خون سے پُر ہو جاتا ہے۔ اس طرح کا دویرہ حمل کے ابتدائی ۱۲-۱۴ ہفتوں میں دور نہ کرنا چاہیے، کیونکہ اس سے پروجسٹرون کا اخراج ہوتا رہتا ہے۔ مذکورہ مدت گزرنے پر اگر ضرورت محسوس ہو تو اس کا استیصال کیا جا سکتا ہے، کیونکہ اس کے بعد مشیمہ پروجسٹرون پیدا کرنے کا فعل اپنے ذمہ لے لیتا ہے، لیکن بعض ماہرین نے یہ خوش آئند بات بتائی ہے کہ اگر ابتدائے حمل میں مبیضی دویرہ پایا جائے تو جسم اصفر کا شبہ کرنا چاہیے اور عملیہ میں تاخیر سے کام لینا چاہیے، کیونکہ حمل کی مدت بڑھنے کے ساتھ ساتھ دویرہ بتدریج چھوٹا ہوتا جاتا ہے۔

غلافی لیوٹینی دویرے ذراتیتی لیوٹینی دویرہ کا موخر حصہ پیش کرتے ہیں جس میں ذراتیتی خلیات مذبول یا معدوم ہو جاتے ہیں۔ متعدد لیوٹینی دویرے، جنھیں ذراتیتی یا غلاف جسم اصفر کے دویرے بھی کہتے ہیں، کوریو کیسی نومہ (Hydatidform Mole) یا سلوی سرطانی سلعہ کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ مبیض میں دویرہ دو جانبی ہو سکتا ہے، جو جسامت میں انگور کے برابر یا اس سے بڑا ہو سکتا ہے۔ جملہ سلوی سرطانی سلعات لیکن مولدات نہیں پیدا کرتے، ایسی حالت میں لیوٹینی دویرے بھی نہ ہوں گے، نیز مہیج مولدات کا منبع

دور کر دیا جائے تو مبیضی دویرے معدوم ہو جائیں گے۔

درون رحمی دویرے: انھیں دموی دویرے (Blood Cysts) سے بھی موسوم کرتے ہیں، کیونکہ لیر کے وقت بے شمار حال دم دویرے پائے جاتے ہیں۔ نزف جرابی دویروں، جسم اصفر یا مبیض کی نوساختوں میں ممکن ہے۔ دویرہ کے تلوی کی صورت میں یہ عموماً غیر متغیر ہوتا ہے۔ درون رحمیت کے ساتھ مبیض میں مخصوص نزف ہوتا ہے۔ اگر علیہ سے کچھ دیر پہلے جاری ہو تو یہ طبعی خون کی بہ نسبت گاڑھا اور گہرے رنگ کا ہوگا۔ چنانچہ ایسے اصابہ میں چاکلیٹی یا قیری دویروں (Chocolate or Tarry Cysts) کے نام سے عموماً یاد کیا جاتا ہے۔ ظاہر ہے کہ مبیض میں کسی بھی قسم کے نزف کے ہمراہ واقع ہو سکتا ہے جو بہرحال درون رحمیت سے تشخیصی تفریقی علامت نہیں ہو سکتی۔

سلیم نوبالیدے

(Benign New Growths)

جیسا کہ تقسیم سے ظاہر ہے، یہ سلعات دویری یا ٹھوس ہوتے ہیں، اول الذکر کثیر الوقوع ہوتے ہیں جو دویری غدی سلعہ کے نام سے جانے جاتے ہیں۔

مخاطینی دویری غدی سلعہ: اسے پہلے کاذب مخاطینی دویری غدی سلعہ (Pseudomucinous Cystadenoma) بھی کہتے تھے اور بعض ماہرین اب بھی اسی نام سے یاد کرتے ہیں۔

یہ سلعات جملہ مبیضی نوساختوں میں کثیر الوقوع ہیں اور مبیض کی تقریباً دو تہائی نوساختوں کے حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں، یہ سلعات بڑی تیزی سے بڑھتے ہیں اور بہت جلد غیر معمولی جسامت اختیار کر کے شکم کے بیشتر حصہ میں پھیل جاتے ہیں۔

یہ سلعات کسی بھی حصۂ عمر میں واقع ہو سکتے ہیں، لیکن سن بلوغ سے قبل نادر الوقوع ہوتے ہیں تقریباً ۲۰ فیصدی اصابات میں دوجانبی ہوتے ہیں لیکن زیادہ تر یک جانبی ہی ہوتے ہیں۔ دیگر سلیم سلعات کی طرح یہ رباط عریض کے فوقانی حصے کے وسطانی جانب بنے ہوئے ساقچہ اور اس کی مشمولہ ساختوں سے اور جانبی طور پر قمعی حوضی رباط کے ذریعہ آویزاں رہتے ہیں۔ سلعہ کے وزن کے سبب یہ غصنک متطول ہو جاتے ہیں۔

تقریباً ۵ فیصدی مخاطینی سلعات نسیجاتی طور پر خبیث ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ کثیر خانہ دار ہوتے ہیں۔ بسا اوقات دویرہ منشق ہو جاتا ہے اور اس کے مشمولات باریطونی کہفہ میں خارج ہوتے ہیں۔ یہ عموماً

قلیل الوقوع ہے اور محض ۵ فیصدی اصابات میں پائی جاتی ہے۔

امراضیات: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، یہ سلعات کثیر خانہ دار ہوتے ہیں جو متعدد دویروں سے بنے ہوتے ہیں۔ یہ دویرے حاجز کے ذریعہ ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ بعض دویرے سطح پر باہم پیچیدہ ہوجاتے ہیں اور پورے سلعہ کو فصیصی (Lobulated) بنا دیتے ہیں۔ اس کی سطح بھوری یا سفید ہوتی ہے، لیکن جہاں دیوار باریک ہوتی ہے، نیم شفاف ہوتی ہے۔ پورے سلعہ کو گھیرنے والے دویرے ایک ملی میٹر سے لیکر کئی سینٹی میٹر تک ہو سکتے ہیں۔ جب دو پیچیدہ دویروں کے مابین والا حاجز ٹوٹ جاتا ہے تو بڑے دویرے نمودار ہوجاتے ہیں۔

جملہ دویرے لزج سیال افراز، جو خون آمیز ہوتے ہیں یا کولیسٹرال سے آبدار ہو سکتے ہیں، پر مشتمل ہوتے ہیں، جنھیں اب مخاطین تسلیم کیا جاتا ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ ان دویروں میں پایا جانیوالا مخاطین کسی دوسری جگہ کے مخاطین سے مختلف ہوتا ہے اسی لئے ان سلعات کو کاذب مخاطینی سلعات کہا جاتا تھا اب یہ بات پایۂ تحقیق کو پہنچ گئی ہے کہ مخاطین کی مختلف قسمیں ہوتی ہیں۔ مخاطین دراصل گلائیکو پروٹین (Glycoprotein) ہوتے ہیں جو ایسیٹل گلوکوزامائن (Acetyl Glycosamine) اور دیگر ہائیڈرو کاربن (Hydrocorbon) معہ لحمین (Protein) کے مرکب ہوتے ہیں۔ یہ فقط امینو شکر، جو ان میں موجود ہوتی ہے، کی مقدار میں مختلف ہوتے ہیں۔

خوردبینی طور پر یہ سلعات مخصوص شکل و شباہت کے ہوتے ہیں۔ دویرے بہت لمبے عمودی سر حلمی خلیات سے پرت دار ہوتے ہیں (مخاطینی مشمولات کے سبب) اور نوانات خلیات کی اساس پر واقع ہوتے ہیں۔

ان سلعات کی درست تکوین انسجہ ہنوز مشکوک ہے، تاہم دو ممکنہ نظریات پیش کئے جاسکتے ہیں اول یہ کہ یہ یک طرفہ مسخوطی سلعہ ہے اور دوم یہ کہ یہ والٹ ہرڈ خلوی باقیات (Walthard Cell Rest) سے شروع ہوتا ہے۔ ان ہر دو نظریات کو اس حقیقت سے مزید تقویت ملتی ہے کہ یہ عموماً دیگر نوساختوں کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ ان تہ دار خلیات کے جملہ نوانات خلیہ کے قاعدہ میں ہوتے ہیں اور چونکہ یہ افرازی خلیات ہوتے ہیں لہٰذا ان کے اندر باریک افرازی جوف بکثرت نظر آتے ہیں۔ سریع نکاثر والے خطوں میں حلیمی (Papillary) ابھار بنتے ہیں اور دویرہ کے کہفہ میں پیچیدگی اختیار کرتے ہیں، یہ کسی جگہ کی بواسیر (Polypi) کی طرح انسجۂ واصل اور عروق دمویہ کے مرکزی تخم کے حامل ہوتے ہیں۔ حلیمہ بھی عروق دمویہ اور نسیج واصل کے ایک مرکزی حصہ پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے اوپر سلی خلیات کی پرتیں

ہوتی ہیں۔

سلیم مستوحلی سلعہ کا مخاطینی دویری غدی سلعہ میں پایا جانا نادرالوقوع نہیں، اس طرح اس امر کو تقویت ملتی ہے کہ یہ سلعہ مستوحلی ہو سکتا ہے، جس کے اندر سرطمہ کی ایک مخصوص، غالباً معوی قسم، دوسری قسم پیدا کر چکی ہے۔ ایک دوسرا امکان یہ بھی ہے کہ یہ سلعات بربینر کے سرطلمی عناصر سے پیدا ہوتے ہیں۔

سلعۂ مخاطی بادریطونی (Myxoma Peritonei):- یہ عموماً مبیض کے کاذب مخاطینی سلعہ کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ گاہے دویرہ منشق ہو جاتا ہے اور خلیات کاسہ (Goblet Cells) باریطون پر مجتمع ہو جاتے ہیں۔ یہ خلیات مخاطین کی غیر معینہ مقدار خارج کرتے ہیں، جو شکمی کہفہ میں یکجا ہوتے ہیں، یہاں تک کہ واحد مریضہ میں بار بار شکمی مشمولات کے اخراج کے نتیجہ میں ۳۰۰ تا ۴۰۰ پونڈ مادہ دور کیا گیا۔ باریطونی مخاطی سلعہ کی مریضہ میں مبیضین کے سلیم و خبیث کاذب مخاطینی سلعات ۲/۵ و ۳ اصابات میں پائے جاتے ہیں۔

سریری طور پر سلعہ ترقی پذیر اور عموماً بغیر درد کا عظم شکم پیدا کرتا ہے۔ سلیم قسم کی بالید کے ہمراہ سلعہ جب بہت زیادہ کلانی اختیار کر لیتا ہے تو مبیضی ضعف لاحق ہو جاتا ہے، شکم کی سطحی وریدیں نمایاں ہو جاتی ہیں اور دباؤ پڑنے پر دونوں پیروں میں اذیما ہو جاتا ہے، رفتہ رفتہ مریضہ کی بھوک کم ہونے لگتی ہے، بے چینی بڑھتی جاتی ہے اور قلیل ترین مقدار میں غذا لینے سے تحت الشراسیفی خطہ میں بھراؤ محسوس ہونے لگتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں طمثی فعل متاثر نہیں ہوتا، لیکن عمومی کمزوری بڑھنے پر طمث رک جاتا ہے۔

مصلی دویری غدی سلعہ: سلیم نو بالید کی یہ دوسری کثیرالوقوع قسم ہے جو مبیض کے دویری سلعات کے تقریباً ایک تہائی سلعات پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ سلعہ ترقی کے مختلف مدارج کا متناظر ہوتا ہے ان سلعات کی تمیز ان ٹھوس حلیمہ دار بالیدوں کی تعداد سے ہوتی ہے جو ہر ایک سلعہ کے اندر تیزی سے نمو پاتے ہیں، اسی لئے یہ سلعات خصوصیت کے اعتبار سے دویرہ کی دیوار میں حلیمی سلعات کی موجودگی کے طور پر بیان کئے جاتے ہیں، تاہم یہ یعنی حلیمی زوائد ہمیشہ موجود نہیں ہوتے۔ ان کے کناروں پر اکثر خباثت پائی جاتی ہے۔ جملہ بالیدوں کی طرح سلیم سے کر ممکنہ خبیث تک ایک وسیع تسلسل پایا جاتا ہے۔ پرت کے سلیم کناروں پر دویرہ میں حلیمات (Papillae) نہیں ہوسکتے۔ ایسی حالت میں اسے سادہ مصلی دویرہ (Simple Serous Cyst) کہا جاتا ہے۔ جن پر عملیہ کے وقت ایک بڑے جرابی دویرہ کا شبہ ہو سکتا ہے۔ خبیث کناروں پر حلیمات اس قدر تکاثر یافتہ ہو سکتے ہیں کہ دویرہ فی الحقیقت ٹھوس ہو جاتا اور بعض میں حلیمات کیسہ سے باہر نکل آتے ہیں۔ ان اصابات میں عملیہ پر انھیں غدی سرطانی سلعہ سے متمائز کرنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے اور یہ واقعہ ہے کہ اس طرح کی سریع خلوی بالید کی شہادت ملنے پر انھیں

خباثت کے سلسلے میں کم از کم زیریں کنارا ضرور سمجھنا چاہیے۔ مصلی دوریہ غدی سلعہ عموماً دوجانبی ہوتا ہے۔

مخاطینی دوریہ غدی سلعہ کی طرح سلیم بالیدیں بھی نرم کیسوں کے ہمراہ ساقچوں کی حامل ہوتی ہیں کیسوں کے ہمراہ نمو پانے والے دوریہ غدی سلعات عظم اختیار کرکے حوض کی دیگر ساختوں کے ہمراہ مثبت ہوجاتے ہیں اور انجام کار طوالت اختیار نہیں کر پاتے۔ اس قسم کی بالید میں تلوی نہیں ہوتا۔

امراضیات: امراضیاتی طور پر مصلی دوریہ غدی سلعہ ایک ملائم اور سادہ استر کا حامل ہوتا ہے یا کچھ عموماً حلیمات سے پر ہوسکتا ہے۔ یہ سلعات رقیق آبی سیال پر مشتمل ہوتے ہیں جو بہت زیادہ البیومینی ہوتے ہیں یہ زیادہ تر تولیدی زندگی کے دوران پیدا ہوتے ہیں اور عام طور سے کسی بھی سائز کے ممکن ہیں۔

نسیجیاتی طور پر دوریہ دکعبی سرحلمی سلعہ (Cubical-Epithelioma) کی واحد پرت سے مروقی اتصالی بافت کے قاعدہ پر پرت دار ہوتا ہے۔ اگر سرحلمہ کثیر پرت دار ہو تو بالید کی خباثت کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کی مختلف نسیجیاتی قسمیں متمائز کی جاسکتی ہیں، جن میں سے حلیمی دوریہ غدی سرطانی سلعہ کثیرالوقوع ہے۔ یہ عموماً یک خانہ دار ہوتا ہے جو مصلی سیال پر مشتمل ہوتا ہے اور دوریہ کی دیوار میں انکسار پذیر کلاں حلیمی سلعات ہوتے ہیں۔

شاذونادر ان دوریوں میں خلیات شحمی انحطاط کے متناظر ہوا کرتے ہیں۔ ان رقبوں میں کیلشیم فراہم ہوسکتی ہے، جسے نام نہاد رملی اجسام (Psammoma Bodies) سے موسوم کرسکتے۔ یہ اجسام مخاطینی سلعات سلیم یا خبیث میں نہیں پائے جاتے۔ بوانڈ نے میکلس کا ذکر کرتے ہوئے لکھا ہے کہ اس کے زیر علاج اصابات میں سے ایک اصابہ میں ایک وسیع رقبہ ماؤف ہوگیا تھا۔ یہ غدی سروحات (Glandular Metastases) کو بھی متاثر کرسکتے ہیں۔ یہ سلعات غالباً مبیض کی سطح پر نبتی سرحلمہ سے پیدا ہوسکتے ہیں، اس کا ثبوت یہ ہے کہ نبتی سرحلمہ اکثر مبیض کے جز میں پیدا ہوتا ہے اور مصلی دوریہ غدی سلعہ کے ساتھ بجا طور پر مسلسل پایا جاتا ہے۔

ساخت کے اعتبار سے جو حلیمات زیادہ خبیث ہوتے ہیں، سلیم کی بہ نسبت کثیرالوقوع اور ملائم ہوتے ہیں نیز خوردبینی طور پر معائنہ کرنے پر فعال بالید نظر آتی ہے، حلیمی سلعات دیوار سلعہ میں دردریزش پیدا کردیتے ہیں اور باریطونی سطح کے ذریعہ تقرح پیدا کردیتے ہیں۔

ادمی دوریہ یا سلیم مسخوطی سلعہ (Dermoid Cysts Or-Benign Teratoma):- یہ عموماً کسی بھی قسم کی بافت، جو تین ابتدائی نبتی پرتوں (Germ Layers) یعنی دروں ادمہ (Endoderm)، میاں ادمہ (Mesoderm) اور بیروں ادمہ (Ectoderm) میں سے دو یا اس سے زائد سے مشتق ہوتا ہے۔ یہ مبیض کے کثیرالوقوع سلعات میں سے ایک ہے۔ اس میں بلا کسی واضح طرز تنظیر کے اعصاب، شعبی غشائے مخاطی، ورقی

بافت (Thyroid Tissue) ہڈی، غضروف، عضلہ، دماغ، دانت اور عصبی بافت کے رقبے پائے جاسکتے ہیں۔ کیونکہ مخاطینی دویری سلعہ کے ہمراہ اس سلعہ کے پیدا ہونے کا کافی رجحان پایا جاتا ہے۔

اس میں عموماً ہمیشہ فلسمانی جلد نما سر حلمہ کی کم از کم ایک جزوی پرت اور شعری جرابات و دہنی غدد ضرور پائے جاتے ہیں۔ جلدی پرت دویرہ کو اس کا عمومی نام یعنی ادمی (Dermoid) عطا کرتی ہے اور غدد دہنی دویرہ کے چکنے پلپلے شمولات کے ذمہ دار ہوتے ہیں جو عموماً بال کے ہمراہ مخلوط ہوتے ہیں۔ دہنی مادہ کا دویرہ ایک طویل ساقچہ بناتا ہے اور یہ ساقچہ اتنا طویل ہو سکتا ہے کہ سلعہ رباط عریض کے اوپر نمودار ہو سکتا ہے اور حوض کی گگر سے اوپر اٹھ جاتا ہے، جو مقدم حصہ میں رحمی مثانی جیب میں موجود ہو سکتا ہے۔ طوالت کے سبب ساقچہ کا تلوی عام ہوتا ہے جس میں سریری طور پر سلعہ موجود ہوتا ہے۔

یہ سلعہ عمر کے کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے لیکن طفولیت اور عمر قریب المراہق میں کثیر الوقوع ہے۔ اس کے لئے ۲۰ تا ۳۰ سال کی تولیدی عمر زیادہ سازگار ثابت ہوتی ہے۔ عموماً ۲۰ فیصدی سلعات دوجانبی ہوتے ہیں، لہٰذا عملیہ کے دوران مخالف جانب کے مبیض کا بھی بغور معائنہ کرنا ضروری ہے۔

امراضیات: دویرہ عموماً یک خانہ دار ہوتا ہے، جب اسے کاٹ کر کھول کر دہنی مادہ دور کرکے دیوار دیکھی جاتی ہے تو دانہ دار نظر آتی ہے اور اس میں پرت نہیں ہوتی، اس کے ایک حصہ میں بافت کا ایک تودہ ہوتا ہے جسے حلمہ (Mamilla) کہتے ہیں جہاں سے بال اُگتا ہے، یہ ایک جلد مع متعلقہ دہنی و عرقی غدد سے ملفوف رہتا ہے۔ حلمہ کے مادوں میں دانت ہڈی نیز دیگر ساختیں پائی جاتی ہیں۔

سلیم سنحوطی سلعہ کی دلچسپ نادر الوقوع قسم تقریباً تمام تر درقی بافت پر مشتمل ہوتی ہے یا درقی بافت اس حد تک دررویش کر سکتی ہے کہ سلعہ بالکلیہ اس بافت پر مشتمل ہوتا ہے، اس حالت کو غوطر مبیضی (Struma Ovarii) سے موسوم کرتے ہیں۔

نسیجیاتی طور پر دویرہ کی دیوار نسیج واصل سے بنی ہوتی ہے اور غیر مربوط طور پر فلسمانی سر حلمہ کی پرت سے ڈھکی ہوتی ہے، جہاں یہ غیر موجود ہوتی ہیں وہاں حبیبی بافت (Granulosa Tissue) پائی جاتی ہے۔ دیوار میں خلیات مارد (Giant Cells) بھی پائے جاسکتے ہیں جو جسم غریب کی طرح کے ہوتے ہیں اور غالباً دہنیت (Sebum) کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ تراشہ پر مخصوص ساخت "حلمہ" ہوتی ہے جس میں بافت کی جملہ قسمیں پائی جاتی ہیں، علاوہ بریں اس کے متعلقہ غدد شعری جرابات غذائی سر حلمہ کے ساتھ نیز شبی سر حلمہ اور غضروفی جزیرک پائے جاتے ہیں۔

خیال کیا جاتا ہے کہ دویرہ بیضک کی ناقص الخلقت تقسیم سے شروع ہوتا ہے۔ اس تخلف تو الد البکر

سلعات (Parthogenesis) (عدیم الصنف تولید) کا نیچ ابھی تک قطعاً نامعلوم ہے۔

لیفی سلعہ: یہ مبیض کے لیفی بافت سے کثرت سے وقوع پذیر سلیم ٹھوس سفید محاط (Circumscri- bed) سلعہ ہے لیکن بہت سے سلعات جو لیفی سلعہ تصور کیے جاتے تھے۔ اب برینر سلعہ کی حیثیت سے جانے جاتے ہیں۔ سلعہ مندرجہ ذیل کسی بھی شکل میں پایا جا سکتا ہے:۔

(۱) سطح سے شروع ہونے والا غشائی لیفی سلعہ۔

(۲) مادہ میں مقامی لیفی سلعی عقدہ۔ اس میں خرد کیسہ بند لیفی سلعہ ہوتا ہے جو مبیض سے شروع ہوتا ہے۔

(۳) مبیض کا منتشر لیفی سلعی عقدہ جو پوری مبیضی بافت کو اس کی جگہ سے ہٹا دیتا ہے۔

بافت کے جملہ سلعات آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں اور ان کا غشائی نمو یافتہ ہوتا ہے۔ یہ سلعات زندگی کے تقریباً تمام حصوں میں پائے جاتے ہیں۔

سی یوی مناظو: مبیض کے لیفی سلعات اگرچہ سلیم ہوتے ہیں تاہم کبھی کبھی استسقائے شکمی اور استسقائے صدری کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اس دلچسپ ندرت کو میگ کا علامیہ (Meigs Syndrome) کہتے ہیں، لیکن یہ حقیقت بھی یاد رکھنی چاہیے کہ دیگر ٹھوس مبیضی سلعات مثلاً زراتی خلوی سلعات اور برینر سلعات کے ہمراہ بھی پایا جا سکتا ہے۔

سلعہ دور کر دینے پر سیالی ذخیرہ از خود معدوم ہو جاتا ہے۔ ان سلعات کے اسباب کی تشریح ہنوز واضح نہیں ہو سکی۔ کچھ لوگوں کا خیال ہے کہ بڑی لمفاوی عروق سے لیفی سلعہ کی طرف کی سطح پر رطوبت مترشح ہوتی ہے، جس سے استسقا واقع ہو جاتا ہے۔ ثانی الذکر یعنی استسقائے صدر کی تشریح اور مشکل ہے، لیکن ایک نظریئے کے مطابق لمفاوی عروق کے ذریعہ رطوبات ڈایا فرام کو عبور کرتی ہیں یا دیگر خفیف خلقی منافذ کے ذریعہ صعود کر جاتی ہیں۔

عظیم الجسامت لیفی سلعہ کی تشخیص شکم کے ذریعہ جس کرنے سے ہو سکتی ہے جو بخوبی حرکت پذیر ہوتا ہے آزاد و سیال سائر اصمیت کے ذریعہ متمائز کیا جا سکتا ہے۔ دو دستی امتحان پر رحم سے علیحدہ ایک ٹھوس بالید کی موجودگی محسوس کی جا سکتی ہے لیکن جب سلعات عظیم الجسامت ہوتے ہیں تو شکم کے ذریعہ محسوس نہیں ہوتے اور عریشہ حوضیہ میں بالید کی آزادانہ حرکت اور رحم کی بالیہ صنف علیحدگی کی بنیاد پر تشخیص ہو جاتی ہے۔ تشخیصی مغالطے بھی کثیر الوقوع رہے چنانچہ اسے غلطی سے رحم کا غشائی دار لیفی یا مبیض کا ادمی دویرہ سمجھ لیا جاتا ہے۔

اصل اضیات: سلعہ کی تراشیدہ سطح سفید ہوتی ہے اور لیفی بافت کے بنڈل خالی آنکھ

سے نظر آسکتے ہیں۔ سلعات عموماً مجرد ہوتے ہیں۔ بسا اوقات ترقیق کے سبب اس میں چھوٹے دویری خلایا موجود ہوتے ہیں۔ سلعہ میں عموماً انحطاط واقع ہوتا ہے چنانچہ مرکز کی طرف دویری فضائیں پائی جاتی ہیں اور کلسی انحطاط قلیل الوقوع نہیں۔ سلعات عموماً پندرہ سینٹی میٹر کے ہوتے ہیں لیکن بسا اوقات اس سے بھی زیادہ بڑے ہوتے ہیں اور وزن ۵۰ پونڈ بڑھ جاتا ہے۔ زیادہ بڑے سلعات کے ہمراہ تلوی واقع ہوسکتا ہے۔

خوردبینی طور پر امتحان پر سلعہ عمودی خلیات کے جال سے مرکب نظر آتا ہے جو مبیضی تشر (cortex) کے استرادنما خلیات سے کافی مشابہت رکھتا ہے۔

نسیجاتی طور پر اس میں نمایاں یکسانیت موجود ہوتی ہے۔ یعنی بافت کے گتھے ہوئے بنڈل ہوتے ہیں جو غالباً مبیضی منخوطی خلوی الاصل ہوتے ہیں۔

بوینرسلعہ: تکوین النسیجہ: یہ دراصل منخوطی سلعہ کی ایک قسم ہے جس میں نشوونما یک طرفہ ہوتی ہے، چنانچہ یہ عموماً یک جانبی ہوتا ہے۔ کلاں سلعات ۱۰ پونڈ وزن تک کے بیان کئے گئے ہیں۔ یہ بسا اوقات منخوطی سلعہ، ذراتیتی خلوی سلعہ یا کاذب مخاطینی سلعہ کے ہمراہ مرکب طور پر پایا جاتا ہے، نیز گاہے رحمی نزف (غالباً آئسٹروجنی) کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

یہ نسبتاً کم سلیم سلعہ ہے جو زندگی کے تولیدی عرصے میں واقع ہوتا ہے، لیکن شاذ نے اس کا وقوعہ بعد ایاسی عمر میں زیادہ بتایا ہے، چنانچہ ۵۰ تا ۷۰ سال کی عمر میں کثیر الوقوع ہے۔ یہ ہارمون خارج نہیں کرتا اور زیادہ حصہ نسیجاتی طور پر تشخیص ہوتا ہے۔ مخاطینی دویری غدی سلعہ کے بعض بعض برینر سلعہ کے رقبے کے متناظر ہوتے ہیں۔ یہ سلعہ بغیر علامات کے اور مخاطینی دویری سلعہ یا ادمیہ کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

اصل اضیات: خردبینی طور پر یہ لیفی سلعہ جیسا ہوتا ہے اور مرحلی خلیات کی جماعت سے مرکب ہوتا ہے۔ اس کی سطح سفید اور تراشیدہ سطح ہلکی زرد ہوتی ہے جس کا سبب غالباً اس میں موجود مرحلی عناصر ہوتے ہیں۔ برینر سلعہ کا خوردبینی منظر غلافی سلعہ سے حیرت انگیز حد تک مشابہت رکھتا ہے جو آئسٹروجنی حیثیت سے جانے جاتے ہیں۔ نسیجاتی طور پر مخصوص منظر ایک لیفی ہیکل میں منصب مرحلہ کے متعدد مجمعے ہوتے ہیں۔ خلوی مجمعے عمودنما ہوتے ہیں اور تغیر پذیر تقرن (Keratinization) کے تشری مرحلہ کی طرح نظر آتے ہیں۔ شاذونادر مرحلی خطے مراکز میں ترقیق کے متناظر ہوتے ہیں۔ نسیجاتی طور پر اسے ابتدائی دویری غدی سلعہ، جراب نما قسم کا ذراتیتی خلوی سلعہ (Granulosa Cell Tumour) اور مخصوص کردکنبرگ سلعہ

سے تمائز کرلینا چاہیئے۔

ان سلعات کا مبدا والٹ ہارٹ کے باقیات کو تصور کیا جاتا ہے جو جلد طبعی مبیضین کی سطح کے نیچے پائے جانے والے خلیات کی مضغیٔ جماعتیں ہوتی ہیں، تاہم یہ قاذفین اور رباطاتِ مستدیر میں بھی پائے جاتے ہیں۔

خبیث مبیضی سلعات

تناسلی قنات میں واقع ہونے والے خبیث سلعات میں سے مبیضی سرطانی سلعہ تیسرا اکثرالوقوع سلعہ ہے اور عنق اور جسم رحم کو اول اور دوم مقام حاصل ہے۔

مبیض کا سرطان بھی کسی دوسری جگہ کے سرطان کی طرح سرطلہ کا ایک خبیث نکاثر ہے جو غدود کے ٹوٹو (Caricatures) بناتا ہے اور اس طرح یہ بنیادی طور پر غدی سرطانی سلعہ ہوتا ہے۔ چند سلعات مخاطینی اور مصلی دویری غدی سلعات کی طرح ہوتے ہیں اور اسی لئے مخاطینی اور مصلی دویری غدی سرطانی سلعات (Serous and Mucinous Cystadenoma) کہلاتے ہیں۔ انھیں ان کے سلیم تکمیلی حصوں سے، ان کے خلیات کی منتشر ترتیب، سلعہ میں خلوی جسامت میں اختلاف، نواتات کے گہرے رنگ، خیطیتی شکلوں (Mytotic Figures) کی کثرت اور انھیں سہارا دینے اور گھیرنے والی ساختوں کی دررزش کے ذریعہ تمائز کیا جاسکتا ہے۔ جب سلعہ کا طرز تعمیر اس امر کی غمازی کرتا ہے کہ یہ مخاطینی ہے یا مصلی دویری غدی سرطانی سلعہ تو ہمیشہ اس کا امکان رہتا ہے کہ سلعہ خباثت اختیار کرچکا ہے۔ دوسری طرف اس کا بھی امکان ہے کہ سلعہ پیدائش سے ہی خبیث رہا ہو۔

سلعات کسی بھی جگہ دباؤ ڈال کر ٹیوب کے فتحہ انسداد پیدا کرکے کسی سطح پر تضرر لاحق کرکے ہارمون پیدا کرکے علامت رونما کرسکتے ہیں، علاوہ بریں بظاہر اچھی خاصی مریضہ پر بھی عمومی اثر ڈال سکتے ہیں۔ سلعات جب تک موخر درجہ میں پہونچ کر اچھی طرح کلانی اختیار نہیں کرتے طبعی اعضاء پر دباؤ نہیں ڈالتے۔ ان کی کلانی چاروں طرف بڑھ سکتی ہے اور قولون، معاء مستقیم یا چھوٹی آنتوں نیز حالبین وغیرہ کو مسدود کرسکتے ہیں۔ مبیضی سرطان حوض کے باریطون کے حوالی بن اور رحم نیز قنال غذائی کی مصلی سطوح پر چور چال سے جب اس سے شرب منضم ہوجاتا ہے تو اس میں بھی دررزش پیدا کردیتے ہیں۔

نظری طور پر مبیضی سرطان بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اس کے زیادہ وقوعات میں یہ حوض میں آزادانہ پڑے ہوئے مل سکتے ہیں اور دویری ہوسکتے ہیں۔ خباثت کا ثبوت صرف خردبینی طور پر مل سکتا ہے۔ آزادانہ پڑا ہوا دویرہ تراشنے پر ٹھوس اور متخربات پر مشتمل ہوتا ہے۔ بسا اوقات دویرہ کا مکمل اندرونی حصہ

داخلی سطح سے جلیمہ دار بیروں بالید سے پُر ہوسکتا ہے۔ اس کے بعد ایک درجہ آتا ہے جبکہ یہ خلیات کیپسول کے ذریعہ نمو اختیار کرتے ہیں اور بالید کی بیرونی سطح جڑ جاتی ہے، اس کے بعد بالید باریطون سے اس کے عین حوالی میں منضم ہوجاتی ہے اور جلد ہی باریطون اور ثرب کے جملہ حصوں میں ننھی ننھی بالیدیں نمودار ہوگئی ہیں، بالآخر سرطانِ رحم، رباط عریض، معاء مستقیم، قولون سے منضم ہوسکتے ہیں اور عروق کبیرہ کے اوپر باریطونی جوف نہ صرف سرطان سے پُر ہوسکتا ہے بلکہ پورے شکم پر بالید پائی جاسکتی ہے۔

مبیضی سرطان کی تراشیدہ سطح سفید اور قابل شکست و ریخت ہوتی ہے اور جب اس میں تنخر پیدا ہوتا ہے تو ایسے خلا پیدا ہوجاتے ہیں جو خون سے پُر ہوسکتے ہیں۔ یہ کسی بھی جگہ پائے جانے والے ٹھوس سرطان سے مشابہ ہوتے ہیں۔

خوردبینی طور پر، جیسا کہ پہلے بتایا جاچکا ہے، خلیات مخاطینی یا مصلی دکھائی دے سکتے ہیں یا یہ خود کو بدرے عقد کی شکل میں ترتیب دے سکتے ہیں یا پرتیں اور ابھار کسی بھی جگہ پائے جاسکتے ہیں۔ سلعہ کے عام طرز تعمیر سے خباثت کی تشخیص ہوجاتی ہے، چنانچہ خلیات مختلف الجسامت ہوتے ہیں اور ان کے نوامات عمیق میں رنگین ہوتے ہیں علاوہ بریں خیطیت اور دروریزش بکثرت پائی جاتی ہے۔ بسا اوقات خباثت اور غیر خباثت کے درمیان کوئی واضح حد فاصل نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں تشخیص دشوار ہوجاتی ہے لہذا ماہر امراضیات و نسیجیات کی رپورٹ سے تشخیص میں مدد لینی چاہئے علاوہ بریں عملیہ کے وقت ماہر نسیجیات اس تشخیص کی توثیق کرسکتا ہے۔

مبیضی سرطان کا انتشار: کسی بھی خبیث بالید کی طرح مبیضی سرطان بھی حسب ذیل طریقہ سے پھیلتا ہے:

۱۔ ابتدائی مقام سے براہِ راست توسیع کے ذریعہ، ۲۔ لمفاوی راستہ کے ذریعہ، ۳۔ دموی رو کے ذریعہ، ۴۔ طبعی راہوں کے ساتھ، ۵۔ مصلی کہفہ کے ذریعہ

براہ راست انتشار کے نتیجہ میں یہ حوض کی مصلی سطوح کے چاروں طرف کے علاوہ معاء مستقیم چھوٹی آنت، رحم، رباط عریض اور ثرب میں پھیل جاتا ہے۔ دوسرا مبیض بھی قرب کے سبب بہت جلد متاثر ہوجاتا ہے۔

لمفاوی انتشار کو براہ راست انتشار سے میز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ سرطان لمفاوی عروق میں عموماً پایا جاتا ہے، جس کی رفتار عقب رحم میں ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مخالف مبیض بکثرت ماؤف ہوتا ہے۔ دروں رحم مروج کے لئے سازگار مقام ہے اور اس کا سبب غالباً لمفاوی انتشار ہوتا ہے، تاہم

بااوقات پوری رحمی دیوار سرطان کے ذریعہ دررزیش یافتہ ہوسکتی ہے جس کے بعد یہ رحم کی پرت دار دیوار پر نمو ہوسکتا ہے۔ سلعات نسیجیاتی اعتبار سے یکساں ہوتے ہیں اور سرطانِ جسم مبیض تک لمفاوی عروق کے ذریعہ بکثرت منتشر ہوتا ہے، جس طرح مبیضی سرطان مخالف سمت ہیں۔ جب سرطان مبیض اور دروں رحمہ دونوں مقامات پر واقع ہو تو اس کی ابتدائی جگہ کا فیصلہ دشوار ہو جاتا ہے۔ مبیض کی لمفاوی سیلیت مبیضی عروق کے ساتھ ہوتی ہے جو مستعرض طور پر قمعی حوضی رباط سے غدد کے اورطی گروپ تک پہنچتی ہے۔

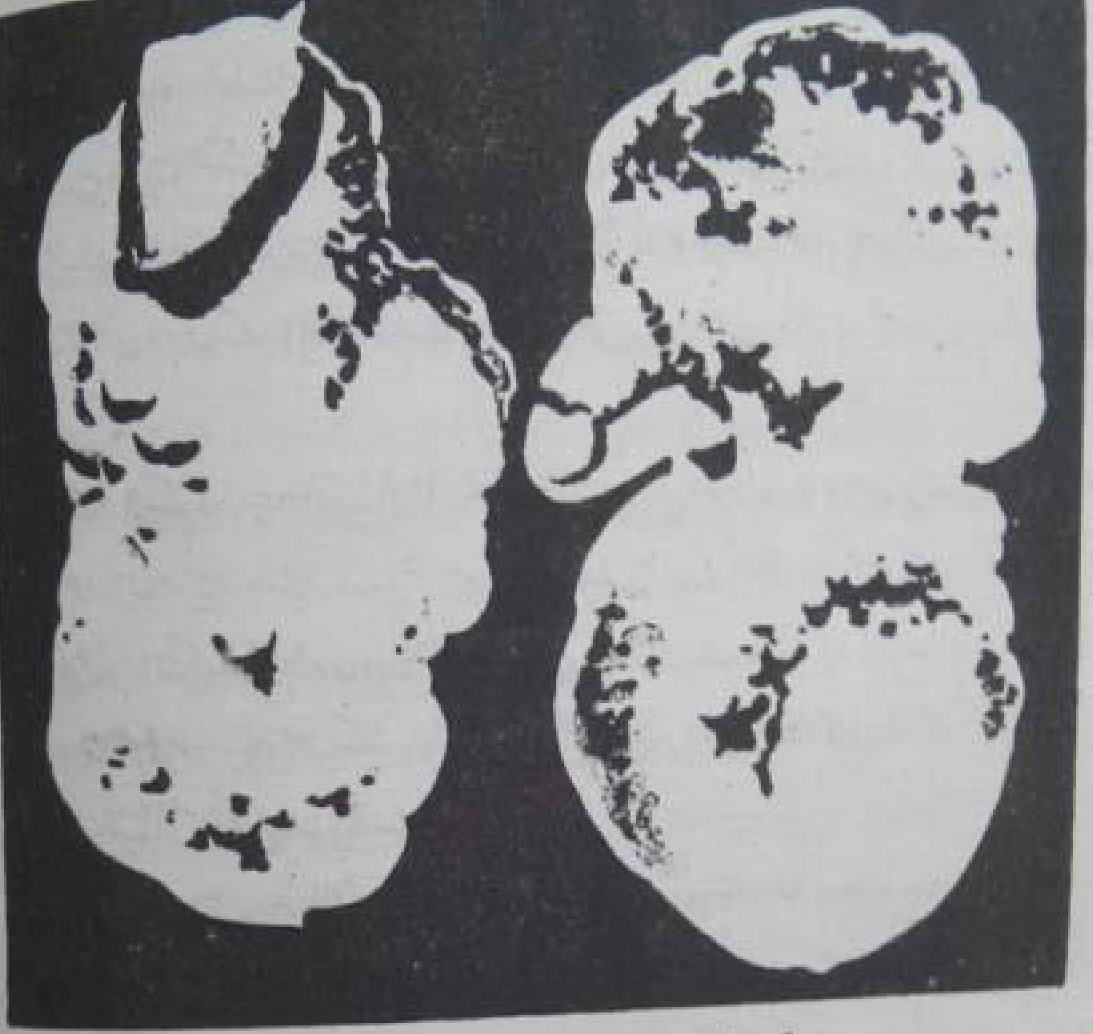
دموی رو کے ذریعہ انتشار نادرالوقوع ہے تاہم ایسا موخر درجوں میں ہوتا ہے۔ چونکہ بارطیون کے قرب وجوار میں وسیع الانتشار دررزیش ہوتی ہے، لہذا بالید کو بآسانی دور نہیں کیا جا سکتا۔ دموی رو کے ذریعہ ثانوی اثرات کبد، پھیپھڑوں اور عظام طوال وغیرہ میں بھی پائے جاتے ہیں۔

واحد طبعی راستہ جس کے ذریعہ مبیضی سرطان منتشر ہوسکتا ہے، قاذف ہے۔

مصلی انتشار کا ذکر کیا جا چکا ہے۔

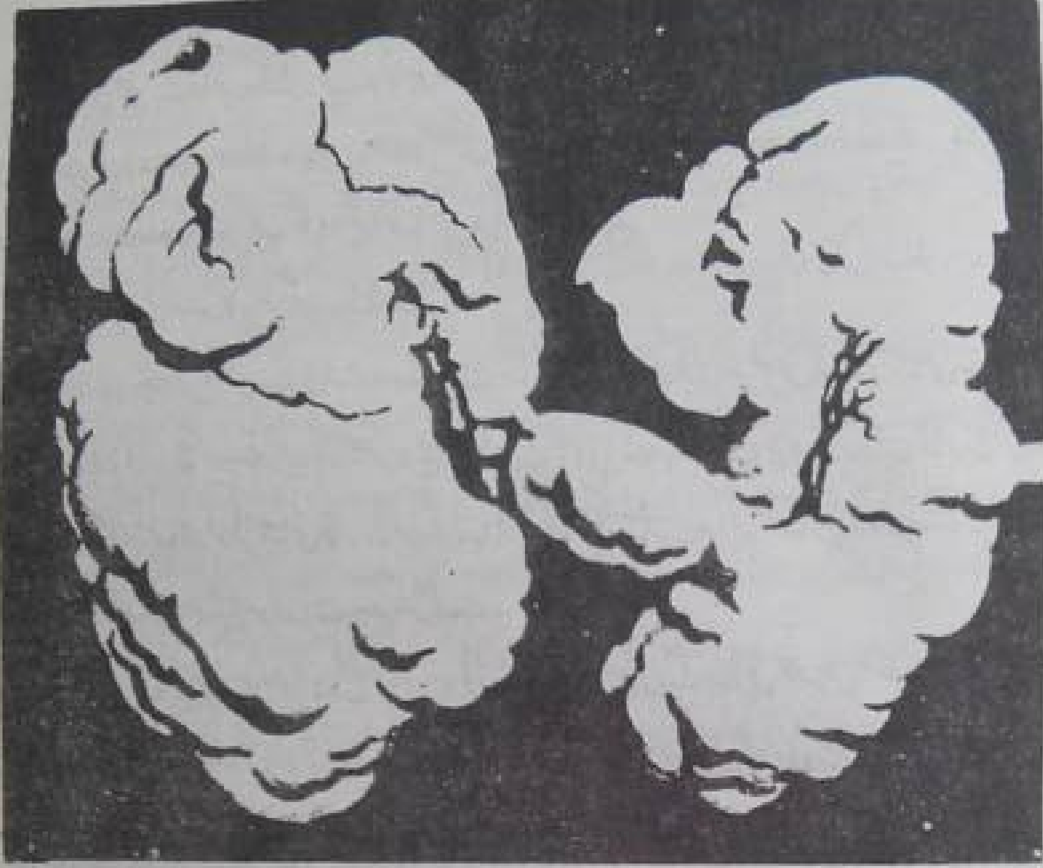
ثانوی یا سوجی سرطانی سلعہ (Secondary or Metastatic Carcinoma) دیگر مقامات کے سرطان سے مبیض میں بالیدیں واقع ہوسکتی ہیں۔ اس میں دیگر کثیرالوقوع سرطان دروں رحمہ سے عروق لمف کے ذریعہ سروجیت اختیار کرتے ہیں۔ علاوہ بریں عام ابتدائی مقامات قولون، معدہ، پستان، عنق اور جسم رحم ہوتے ہیں اور ان اعضا کے مابین گہرے لمفاوی روابط کے سبب ان اعضا میں پیدا ہونے والا سرطان عروق لمف کے ذریعہ مبیض کے ڈھانچے تک منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ کچھ پستانی سلعات آئسٹروجن پر مشتمل ہوتے ہیں اور مبیض کی سروجیت والے سلعات مبیض کے ذریعہ فراہم کی جانے والی کسی چیز پر منحصر ہوتے ہیں تاہم اس کا آئسٹروجن ہونا ضروری نہیں۔ مبیض میں ثانوی فراہمی کے سبب ابتدائی فراہمی کی بہ نسبت بالید بسرعت عظم اختیار کرلیتی ہے اور اس طرح مختصر وقت میں یہ بالید نمایاں کلانی اختیار کرسکتی ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۴۲۔

کروکنبرگ سلعہ (Krukenberg Tumour) نادرالوقوع ہے۔ یہ مبیض کی ثانوی نوبالید ہے جس کا ابتدائی مقام عموماً معدہ یا قولون ہوتا ہے۔ چنانچہ معدہ کے ابتدائی سرطانی سلعے ۷٪، بڑی آنتوں سے ۱۵٪ اور پستان سے ۶٪ ثانوی بالیدوں کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ دونوں مبیض سدا ماؤف ہوتے ہیں یعنی سلعات عموماً ہمیشہ دو جانبی ہوتے ہیں۔ یہ سلعات خبیث ہونے کے باوجود باریک دیوار والے اور اپنے سانچوں



تصویر نمبر ۴۴: مبیض کا سروجی سرطانی سلعہ

پر آزاد ہوتے ہیں۔ ان میں احشاء سے انضمام کا رجحان نہیں ہوتا اور نہ ہی کیسہ کے ذریعہ دررِیزش ہوتی ہے۔ قوام مخصوص ٹھوس دموی ہوتا ہے اور سطوح ملائم ہوتی ہیں۔ سلعات اگرچہ جنین کے سر بھر کے ہو سکتے ہیں تاہم اس کے باوجود مبیض کی طبعی ہیئت کو برقرار رکھتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۴۴۔ جوان العمر عورتوں میں یہ سلعات زیادہ وقوع پذیر ہوتے ہیں اور ایک اندازہ کے مطابق ۸۰ فیصدی سلعات انقطاعِ الطمث سے پیشتر لاحق ہوتے ہیں جبکہ معدہ کا سرطانی سلعہ عموماً ۴ سال بعد رونما ہوتا ہے۔ سروجی سرطان نالیچہ کے ذریعہ بڑھ کر مبیض تک پہنچتا ہے۔ مبیضین تباہ ہونے کے باوجود سلعات اپنے کیسے کو نہیں توڑتے۔ یہ سلعات ٹھوس اور سطح پر فصیصی ہوتے ہیں۔ ان کا رنگ ہلکا بھورا ہوتا ہے اور تراشنے پر اسفنجی، ٹھوس اور واضح مخاطینی دوریے نظر آتے ہیں۔ بعض ماہرین کے مطابق کہفہ کے ذریعہ آزادانہ طور پر بہنے والے خلیات کے ذریعہ یہ سلعہ اپنی ابتدائی جگہ سے منتشر ہوتا ہے۔



تصویر نمبر ۴۳ : کروکنبرگ سلعہ۔

نسیجیاتی طور پر بیرونی منظر خاتم نما خلیاتی خوشہ دار ہوتا ہے۔ ان کا غیر معمولی منظر لحمی یا مضغی قسم کے مبیضی ہیکل کے تکاثر سے خلیات کے مضبوط (گوشت کے لوتھڑے کی شکل کا) ہو جانے کا نتیجہ خیال کیا جاتا ہے۔ یہ سلعات زیادہ تر تہقری لمفادی انتشار سے پیدا ہوتے ہیں۔ سرطانی سلعی خلیات معدے فوقانی معدی لمفادی غدد کی طرف جاتے ہیں جو مبیض سے لمفادی عروق وصول کرتے ہیں۔ تقہقری لمفادی انتشار کی توضیح ابتدائی اصابات میں کی جا سکتی ہے جب کہ سرطانی سلعی خلیات مخ (Medulla) میں لمفادی راستہ کے ذریعہ مبیض کی دریزش کرتے ہوئے پائے جاتے ہیں۔

شاذ و نادر اصابات میں سرطان کے اولی مقام کا پتہ تشریح بعد الموت سے بھی نہیں چلتا، حالاں کہ مبیضی سلعہ قطعی اور یقینی طور پر کروکنبرگ ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت دیکھا جا سکتا ہے کہ ابتدائی مبیضی سرطان نے اپنے غلوی قسم کو خاتم نما خلیہ سے بدل دیا ہے۔

قلیل الوقوع مبیضی سلعات

ان کی بے شمار قسمیں ہیں۔ یعنی سلعہ کا خبیث تکمیلی جرثمی سلعہ ہے جو عام طور سے مستدیر یا مخروطی خلیہ نما

ہوتا ہے۔ سلوی سرطانی سلعہ رحم کی ابتدائی بالید سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے لیکن مبیض میں اولی طور پر غالباً مبیضی حمل کے عاقبہ کے طور پر رونما ہو سکتا ہے۔ اس میں موجود کوئی بھی بافت خارجی نمو کی طرح وعائی لحمی سلعات (Angio Sarcomata) مخطط عضلی لحمی سلعات (Rhadomyosarcomata) اور غضروفی لحمی سلعات (Chondrosarcomata) نیز بالید کی دیگر اقسام پیدا کر سکتی ہے۔

ستوطی سرطانی سلعہ کا بیان گذر چکا ہے۔

ہارمون خارج کرنے والے سلعات :- یہ کوئی تعجب خیز امر نہیں کہ چند مبیضی سلعات آئسٹروجن اور پروجسٹرون خارج کرتے ہیں بلکہ بعض ایسے سلعات بھی پائے جاتے ہیں جو اینڈروجن خارج کرتے ہیں اور چند ایسے بھی ہیں جو غوط مبیضی خارج کرتے ہیں جو تھائی راکسین پیدا کر سکتے ہیں، اور بہت زیادہ نادر تو سلوی سرطانی سلعہ ہے جو مشیمی مولدات پیدا کرتا ہے۔

ان سلعات کی نسیجیات ہنوز واضح نہیں ہوئی ہے۔ عام اصول کے مطابق مخصوص شکل کا ذراتیتی خلوی سلعہ آئسٹروجن پیدا کریگا، مخصوص غلافی سلعہ (Thecoma) پروجسٹوجن خارج کریگا، اور مسترجلیتی نا بضی سلعہ (Arrhenoblastoma) اور سری خلوی سلعہ (Hilus-Cell Tumour) اینڈروجن پیدا کرے گا۔ لیکن ایک مخصوص غلافی سلعہ آئسٹروجن یا پروجسٹروجن اور غالباً دونوں پیدا کر سکتا ہے، اس لئے مبیض کو دور کرنے سے پیشتر اس سے افراز یافتہ اسٹرائڈ کی پیش خبری پر اعتماد نہ کرنا چاہیئے۔

سلعات سے پیدا ہونے والے ہارمون کے اثرات کا واضح اندازہ سلعہ کے سریری اثرات اور ہارمون کی تاثیر احصات اور ترشے ہوئے مادہ کے بایوکیمیکل مطالعہ سے کیا جا سکتا ہے۔

ذراتیتی خلوی سلعہ (Granulosa Cell Tumour) :- یہ سلعات عموماً متوسط الجسامت اور کبھی کبھی چھوٹے اور بڑے سائز کے پائے جاتے ہیں۔ ابتدا میں تو یہ ٹھوس ہوتے ہیں، لیکن رفتار نمو کے ساتھ انھیں بیشتر خرد دوری فضائیں (spaces) پیدا ہو جاتی ہیں۔ ترشی ہوئی سطح پر عموماً ایک مخصوص زردی مائل نشان پایا جاتا ہے۔ اس میں عموماً اسفل درجے کی خباثت ہوتی ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں ابتدائی بالید دور کرنے کے برسوں بعد سروحات نمودار ہوتے ہیں۔ یہ نادر الوقوع نوساخت ذراتی غشا کے خلیات سے پیدا ہوتی ہے اور جرابی سلعات (Folliculomata) یا ذراتیتی خلوی سلعات کے نام سے یاد کی جاتی ہے۔

ذراتیتی خلوی سلعہ کی علامت ممیزہ یہ ہے کہ اس میں سرطلہ نما خلیات کے ٹھوس تودے پائے جاتے ہیں جو شکل و شباہت کے اعتبار سے ان خلیات سے مماثلت رکھتے ہیں جو طبعی جراب کے غشائے ذراتی کے استر پر مشتمل ہوتے ہیں۔

ذراتیتی خلوی سلعہ میں خلیات کی ترتیب حسب ذیل تین قسموں سے کسی ایک قسم کی ہوتی ہے۔ اول قسم یعنی جرابی سلعہ کا خاصہ یہ ہے کہ اس میں سرطلہ نما خلیات کے جزیرک موجود ہوتے ہیں اور انفرادی گروپوں کا سائز پختہ گرافی جراب کی جسامت سے بے کر اس کے ۳-۴ گنا جسامت کا ہوتا ہے۔ دوسری یعنی اسطوانہ نما قسم میں ستونی یا لکھبی خلیات اتصالی بافت کے ہیکل میں ستونوں یا ڈھڈوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں، تیسری یعنی پچی کاری قسم میں خلیات کی ترتیب زیادہ واضح نہیں ہوتی، تاہم اول الذکر دونوں قسموں کی طرح جراب یا استوانہ نما ساختیں کسی نہ کسی حصۂ سلعہ میں ہمیشہ موجود رہتی ہیں۔ جس سے شناخت میں رہبری حاصل ہوتی ہے۔

ذراتیتی خلوی سلعات نسبتاً زیادہ سلیم ہوتے ہیں اور خباثت کی صورت میں بھی اس میں زیادہ سمیت نہیں ہوتی۔ یہ سلعات ہر حصۂ عمر میں پیدا ہو سکتے ہیں اور ان کا ایک بڑا خاصہ یہ ہے کہ احتباس الطمث کا ایک زمانہ ہوتا ہے جو گاہے بہت طویل ہو جاتا ہے اور آخر کار بے قاعدہ رحمی نزف شروع ہو جاتا ہے، چنانچہ سالہا سال کے فعلی احتباس الطمث کے بعد انقطاع الطمثی نزف کا وقوع رحم کے خبیثہ مرض پر دلالت کرتا ہے۔ جب تک نوساخت کے لواحقات میں کوئی پیچیدگی مثلاً ساقچہ کا لوی وغیرہ پیدا نہیں ہوتا، درد بھی شروع نہیں ہوتا۔

نسیجاتی ساخت سے مبیض کے ذراتیتی خلوی سلعہ کی شناخت ہو سکتی ہے اور خردبینی شہادت سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ خلیات کے چھوٹے ہونے، نصف قطری ترتیب اور نوآمات کے توشیہ سے ذراتیتی سلعہ کی شناخت میں اعانت ملتی ہے۔ سرطی خلیات کے کچھ خوشے لازمی طور پر باترتیب پائے جاتے ہیں جو ریشکی ہیکل میں منظم ہوتے ہیں۔

سلعات کے خباثت والے درجہ میں پہنچنے سے پیشتر دونوں مبیض میں سرطانی خلیات کا پایا جانا نادر الوقوع نہیں جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے۔

یہ سلعات کسی بھی حصۂ عمر میں عارض ہو سکتے ہیں، لیکن موخر تولیدی عمر اور بعد الیاسی عمر میں عموماً نمودار ہوتے ہیں۔

سلعہ کے دروں افرازی اثرات کا انحصار مریضہ کی عمر پر ہے، چنانچہ اگر سلعہ بلوغت سے قبل نمودار ہوگا تو آسٹروجن کے سبب پستان کلانی اختیار کر لیں گے اور غیر تبویضی طمث (Anovulatory Menstruation) شروع ہو جائے گا۔ نیز شاذ و نادر قبل از وقت بلوغت کا آغاز ہو جاتا ہے۔

اگر بلوغت کے وقت آسٹروجن کی پیدائش کثرت سے ہونے لگے گی تو دورہ بے ترتیب ہو جائیگا البتہ اگر آسٹروجن کی ترکیز بہت زیادہ بڑھ جائے تو احتباس الطمث عارض ہو جائے گا۔ یہ رحمی نزفی

مرض (Metropathia Haemorrhagica) کے احتباس الطمث کے مشابہ ہوتا ہے۔ ایسا ہی احتباس الطمث آئسٹروجن کی بڑی خوراکوں سے علاج کرنے پر بھی لاحق ہو جاتا ہے۔ جب مرضی حالتیں یا ذراتیتی خلوی سلعہ کے ساتھ دوری آئسٹروجن کا لیول گرتا ہے تو اس کی جگہ تکاثری بیش ترقیقی غیر افرازی دروں رحمہ (Proliferative Hyperplastic Non Secretory Endometrium) کا متوقف نزف لے لیتا ہے۔

اگر دوران تولید ذراتیتی خلوی سلعہ محض خفیف مقدار میں آئسٹروجن پیدا کرتا ہے تو اس وقت شروع ہونے والا طمثی دور انتہائی باقاعدہ ہوتا ہے اس کے برعکس برآمدات کی کثرت کی صورت میں رحمی نزفی مرض کی طرح طمثی دورے بے قاعدہ ہو جاتے ہیں اور اس کے بجائے احتباس الطمث کے دورے ہو سکتے ہیں (اعلیٰ آئسٹروجن لیول) اور دروں رحمہ سے طویل بے قاعدہ نزف کے اوقات کے ساتھ تبدیل ہو سکتے ہیں (اسفل آئسٹروجن لیول)۔

یاسی دور میں ظاہری علامت بعد الیاسی نزف ہے جو خون میں آئسٹروجن کے طشت از بام ہونے سے واقع ہوتا ہے جو نہ صرف سلعہ کے متعلقہ افعال کو منعکس کرتا ہے بلکہ بعض مواقع پر سلعہ مقدم نخامیہ کے ہارمون سے بھی اثر پذیر ہو سکتا ہے۔ بعض مریضات میں بعد الیاسی دور میں آئسٹروجن برآمدات منقطع ہونے کے سبب پستان سکڑ گئے تھے لیکن جیسے ہی سلعہ نے ہارمون کا اخراج شروع کیا پھر بڑھ گئے۔

غلافی سلعہ اور لیوٹینی سلعہ (Thecoma and Luteoma): ان سلعات کے ولودی خلیات غالباً وہی ہیں جو مناسب طبعی حالات میں جسم اصفر کا ایک بڑا حصہ بنا سکتے ہیں۔ لیوٹینی خلیات طبعی جراب کے ذراتیتی خلیات سے پیدا ہوتے ہیں اور غلافی خلیات داخلی غلاف (Theca Interna) سے۔ یہ دونوں سلعات ٹھوس ہوتے ہیں اور تراشے سلعات بیفیہ جیسے معلوم ہوتے ہیں، لیکن ان میں زرد نشان پایا جاتا ہے کیونکہ یہ شحمی اجزا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

اینڈروجن (Androgen) کا افراز کرنے والے سلعات: ان میں سے معروف ترین مستر جلیتی مھوضی سلعہ ہے، اسی لئے اسے خصوصی غدی سلعہ (Testicular Adenoma) کہا گیا ہے۔ دیگر اقسام میں کم میز ساخت ہوتی ہے، جس کے سبب یہ ذراتیتی خلوی سلعہ ہو سکتے ہیں۔ اینڈروجن کے مخصوص ذرائع کے تحت سلعہ کے اندر رنگی خلیات منصب ہو سکتے ہیں۔ یہ خلیات بعینہٖ خصیتین کے اندر نظر آنے والے خلیات کی طرح ہو سکتے ہیں۔ بعض اصابات میں فقط اس قسم کے خلیہ پر مشتمل سلعات پائے جاتے ہیں اور اسی لئے اس طرح کے خلیات طبعی مبیض میں، رگوں کے مقام ادخال پر بھی پائے جاتے ہیں، جنھیں ناف خلوی سلعات (Hilus Cell Tumours) کہتے ہیں۔ یہ چند ماہرین کے نزدیک مستر جلیتی نامضی سلعہ اگرچہ ناف خلیات پہ

مشتمل ہو تو محض اینڈروجنی ہوتا ہے لیکن دیگر ماہرین کے نقطۂ نظر سے یہ کوئی ضروری نہیں۔

جب کسی عورت میں کسی بھی ذریعہ مثلاً معالجاتی طور پر دیئے، فوق الکلیہ اور مبیضین سے اینڈروجن پہنچایا جاتا ہے تو اول تخنث کا حصہ ظاہر ہوتا ہے اور اسکے بعد رجولیت کا۔ تخنث کا مظاہرہ اختتام طمث اور پستانوں کے ذبول سے ہوتا ہے اور رجولیت کا چہرہ، بغل، پستان، شکم اور ٹانگوں پر جسمانی بالوں کی بکثرت روئیدگی اور کلائی بظر سے۔

فقد الجرثومی سلعہ (Dysgerminoma) یہ خردبینی طور پر خصیہ کے منوی سلعہ سے ناقابل تمیز ہوتا ہے۔ اس کا ایک تہائی وقوعہ ذراتیتی خلوی سلعہ کی طرح ہوتا ہے۔ اس میں طویل عموری خلیات یعنی بافت کے حاجز سے علیحدہ پائے جاتے ہیں۔ خصیہ کے منوی سلعہ کی طرح یہ بہت خبیث سلعہ ہوتا ہے۔ بالید کے ابتدائی مدارج میں یہ کیسہ کو مثقوب نہیں کرتا لیکن بعد کے درجوں میں اس کے ذریعہ نشوونما اختیار کرتا ہے۔ اس کا عمومی انتشار لمفاوی عروق کے ذریعہ ہوتا ہے تاہم نالچہ کے اندر عروقی دموی خلیات کا نظر آنا نادر الوقوع نہیں، جس کا مطلب یہ ہے کہ دموی رو کے ذریعہ جسم کے کسی بھی حصہ میں اس کی رسائی ممکن ہے۔ یہ سلعہ عموماً عنفوان شباب، جوان العمر عورتوں نیز بچیوں میں واقع ہوتا ہے۔ اوسط وقوعہ ۲۰ سال کی عمر میں ہوتا ہے۔

سلعہ ٹھوس ہوتا ہے، جس کی ساخت مخصوص لچکدار ربر جیسی ہوتی ہے، جس کے ہمراہ ملائم، مضبوط کیسہ ہوتا ہے۔ اس کی تراشیدہ سطح زرد یا بھوری ہوتی ہے، جس کے ہمراہ انحطاط یا نزف کے رقعات پائے جاتے ہیں۔ یہ مختلف الجسامت عموماً اوسط سائز کے ہوتے ہیں تاہم بڑے سلعات بھی بیان کئے گئے ہیں۔ یہ عموماً یک جانبی ہوتے ہیں۔ یہ شاذونادر ہی تلوی یافتہ ہو سکتے ہیں۔ دیگر ٹھوس سلعات کی طرح استسقائے شکم کے ہمراہ واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ سلعات بڑے خلیات پر مشتمل ہوتے ہیں جو خوشوں یا جوفیزوں (عیون = Alveoli) کی شکل میں ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ خلوی سلعات کے درمیان لمفاوی عروق اور عفرتی خلیات (Giant Cells) پائے جاتے ہیں۔ سلعہ غیر جانبدار ہوتا ہے اور مردانہ یا زنانہ ہارمون خارج نہیں ہوتا۔ فقد الجرثومی مریضات کی ایک تعداد میں تناسلی قنات کی خرابیاں نوٹ کی گئی ہیں، جس میں کم تکون تناسلی قنات کے کچھ حصہ کی عدم موجودگی رپورٹ کی گئی ہے۔

مبیضی سلعات کے سریری خصائص

مبیض کے سلعات کی مخصوص علامات اجمالاً اس طرح بیان کی جا سکتی ہیں:

۱۔ اصولی امتحان کے دوران سلعات کی تفتیش۔

۲۔ شکمی یا حوضی خلل۔

۳۔ درد۔ عوارض کے ساتھ اور رخائت میں۔

۴۔ برزخ (Isthmus) کا بڑھنا ایسا سلعہ یا استسقائے شکم کے سبب ممکن ہے۔

۵۔ دباؤ۔ احتباس بول، کثرت بول، تواتر بول، معا مستقیم میں بھراو۔

۶۔ محوری گردش۔

۷۔ سرایت۔

۸۔ خبیث در ریزش۔ رحم، شانہ اور آنت میں تقرح، معوی انسداد، انسداد حالب۔

۹۔ دردن افزازی اثمات۔ نادر الوقوع۔

مبیضی سلعات کی علامات و سریری امارات کا انحصار اس کے سائز، ساخت اور پیدا شدہ پیچیدگیوں پر ہوتا ہے۔ چنانچہ اگر جسامت کے اعتبار سے سلعہ کم ہوتا ہے تو دوریہ حوضی جوف میں موجود ہوتا ہے جو کہ دو دستی امتحان سے حس کیا جا سکتا ہے۔ جنین کے سر سے بڑے مبیضی دوریے عام شکمی کہفہ کو پُر کر دیتے ہیں اور شکمی امتحان سے بخوبی محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ جب رحم کسی چھوٹے سلعہ کے بڑھنے سے بڑھتا ہے تو ایک چھوٹا دوریہ حوض سے جوف شکم میں در آ سکتا ہے۔ مختلف مبیضی سلعات شیر خوارگی کے زمانے سے لے کر شیخوخی دور تک کسی بھی حصۂ عمر میں پائے جا سکتے ہیں لیکن بیشتر اصابات تولیدی اور بعد ایاسی حصۂ عمر میں پائے گئے ہیں۔ سلیم سلعات کا انتہائی وقوعہ عموماً ۴۰ سال کی عمر میں اور خبیث سلعات کا ۵۰ سال کی عمر میں ہوتا ہے۔

مبیضی غدی دوری سلعات اور حلیمی دوری غدی سلعات کا کوئی مخصوص سن وقوع نہیں ہوتا۔ لیکن مخاطی دوری غدی سلعہ زیادہ تر ۳۰ تا ۶۰ سال کی عمر کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

ادمیاتی دوریے زیادہ تر ۴۰ اور ۵۰ سال کی درمیانی عمروں میں واقع ہوتے ہیں لیکن یہ کسی بھی عمر میں دیکھے جا سکتے ہیں۔

لیفی عضلی سلعات کسی بھی عمر میں پیدا ہو سکتے ہیں لیکن ۵۰ سال اور ۶۰ سال کی عمر میں بہت زیادہ پائے جاتے ہیں اور خبیث مبیضی سلعات کے جملہ اصابات کے تقریباً دو تہائی اصابات میں واقع ہوتے ہیں، تاہم خبیث مبیضی سلعات بسا اوقات جوان سالہ عورتوں میں پائے جاتے ہیں۔

ثانوی مبیضی سرطانی سلعات زیادہ تر ۱۳ اور ۵۰ سال کی درمیانی عمروں میں پائے جاتے ہیں۔

علامات: عام طور سے حسب ذیل مشترک علامتیں پائی جاتی ہیں۔

طمثی خلل: یہ خلل مبیضی سلعہ کی موجودگی میں بہت کم واقع ہوتا ہے بجز اس کے کہ دردن افزازی

قسم کا ہو اور ایسا بہت کم ہوتا ہے۔ طمثی خلل کی عدم موجودگی کا سبب یہ ہے کہ یہ سلعات عام طور سے جلد مبیضی بافت کو کلی طور پر تباہ نہیں کرتے اور آئسٹروجن کے اخراج کے سبب طمثی دورہ بحال رہتا ہے۔ یاسیت کے بعد کبھی کبھی نزف کا سلسلہ جاری رہتا ہے، کیونکہ مبیضی سلعہ حوض کی عروقیت کو بدل ڈالتا ہے اور مثلی دروں رحمہ سے نزف جاری ہوجاتا ہے۔ اس قسم کا نزف دروں افرازی قسم کا نہیں ہوتا۔ احتباس الطمث بہت کم عارض ہوتا ہے۔

بے آرامی: یہ کوئی نادرالوقوع علامت نہیں۔ شکم یا حوض میں ایک بھراؤ محسوس ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی اس کے ساتھ میں آویزاں سلعہ کے وزن سے قمعی حوضی رباط کے انضمام کے نزدیک ایک یا دونوں حفرہ میں درد کا احساس ہوتا ہے۔

دباؤ کے اثرات: سلعات کے دباؤ سے رونما ہونے والے اثرات دیر سے نمودار ہوتے ہیں اور دیگر امراض مثلاً غیر منظم طمثی دوروں کے امتحان کے دوران انکا انکشاف ہوتا ہے مثلاً غیر منظم طمثی دوروں یا بعد ایاسی نزف کی تفتیش، تشخیص حمل، اسقاط، املاص یا حبلی مواد کا اخراج۔ کبھی کبھی ملازمت میں داخلہ کے لئے طبی امتحان کے دوران یا زندگی بیمہ کی غرض سے طبی امتحان سے بھی پتہ چل جاتا ہے۔ بیشتر اصابات کا پتہ طبی اور جرحی وارڈ میں از خود چل جاتا ہے، لیکن کلاں مبیضی سلعات کی حامل مریضات میں دباؤ کی علامات جلد معلوم ہوجاتی ہیں۔

مبیض سلعات کے ہمراہ کبھی کبھی بولی علامات رونما ہوتی ہیں۔ تواتر بول نسبتاً کثیرالوقوع شکایت ہے، جس کی وجہ غالباً مثانہ پر پڑنے والا دباؤ ہوتا ہے۔ احتباس بول بہت کم واقع ہوتا ہے۔ سلیم سلعات میں معدی معوی اختلالات اور سوء ہضم حیرت انگیز حد تک کم ہوتے ہیں۔

غیر پیچیدہ سلعات میں اس کی کوئی خاص اہمیت نہیں ہوتی۔ تلوی، انشقاق، جریان دم اور سرایت سبب ہو سکتے ہیں؛ بصورت دیگر درد پیدا کرنے والے کسی بھی سلعہ پر خبیث ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

بڑھ شکم: شکم میں کسی بڑے سلعہ کی موجودگی میں برزخ شکم تیزی سے بڑھتا ہے۔ مریضہ کو اس کی اطلاع اس وقت ہوتی ہے، جب کہ وہ اسکرٹ یا شلوار اتارنے کے لئے ازار بند کھولتی ہے۔ کبھی کبھی مبیضی سلعہ شکمی استسقاء پیدا کر دیتا ہے۔ اس سے بھی ورم میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

محوری گردش: مبیضی دوریے کی محوری گردش سے شدید شکمی درد ہوتا ہے۔ یہ درد گاہے منقوب معدی قرحہ سے مشابہت رکھتا ہے۔ مریضہ سقوط قوت کی شکار ہوجاتی ہے جس کے ساتھ تحت طبعی حرارت ہوتی ہے اور نبض ضعیف خیطی (Thready) ہوتی ہے۔ متلی و قے عمومی علامتیں ہیں اور بعد میں تمدد و قبض لاحق ہوتا ہے۔ حرارت بتدریج بڑھتی ہے اور درد مستحکم اور شدید رہتا ہے۔ امتحان پر شکم آہستہ حرکت کرتا ہے اور متمدد رہتا ہے۔ دوریہ تنیدہ اور الیم ہوتا ہے، جس کے سبب دیوار شکم میں بھی صلابت اور الیمیت

موجود ہوتی ہے۔ تشخیص میں غلطی کا امکان رہتا ہے کیونکہ اس پر رحمی عضلی سلعہ، جس کا انحطاط شروع ہو رہا ہو، کا دھوکا ہو سکتا ہے۔

سرایت: مبیضی سلعات میں شاذ و نادر ہی سرایت پائی جاتی ہے، تاہم اگر شکمی الییت، صلابت اور حرارت مبیضی دوریہ کے ساتھ پائی جائے تو اس کا شبہ کرنا چاہیئے۔

حوض کے محدود سلعات: حوض کے اندر سلعات دباؤ کی علامات پیدا کر سکتے ہیں کیونکہ حوض زیادہ تر جزوی طور پر ایک سخت جوف ہے، جب حوضی سلعہ جنین کے سر کے برابر ہوتا ہے اور مستقیمی اہبلی جیب میں موجود ہوتا ہے تو مستطول ہو سکتا ہے نیز مبال میں تلوی پیدا کر کے احتباس بول عارض کر سکتا ہے۔ چند سلعات جو جزوی طور پر حوض میں اور جزوی طور پر شکم میں ہوتے ہیں، مثانہ پر براہ راست دباؤ ڈال سکتے ہیں اور اس طرح اس کا حجم گھٹا دیتے ہیں۔ ان اصابات میں مریضہ طبعی حالات کی بہ نسبت زیادہ تیزی سے رطوبت خارج کر سکتی ہے۔

سلعات خبیثہ: یہ سلعات عموماً تیزی سے بڑھتے ہیں اور قلت وزن واقع کر سکتے ہیں، نتیجتاً کار قولون، چھوٹی آنت، حالب، مثانہ نیز ضفیرۂ نسائی (Sciatic Plexus) پر دباؤ ڈال کر ان میں دررزش پیدا کرتے ہیں۔ وقت گذرنے کے ساتھ ساتھ یہ بافتیں بہت زیادہ ماؤف ہو جاتی ہیں اور انجام عموماً حوصلہ شکن ہوتا ہے۔ درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ سرطان باریطون میں دررزش کرتا ہے اور جب ہڈی اور اعصاب بھی ماؤف ہو جاتے ہیں تو حالت بہت زیادہ خراب ہو جاتی ہے۔ امعاء کے احتباس سے قبض، نفخ شکم، دردناک تمدد شکم اور موخر مدارج میں قے ہونے لگتی ہے۔ حالب کا احتباس عام نہیں ہے، لیکن یہ استسقائے کلیہ عارض کر سکتا ہے جس کے ہمراہ بطور علامت پشت میں درد ہوتا ہے نیز اس کی تصویر بولی سرایت، تواتر، مثانی کلوی درد، اسر البول اور بسا اوقات بول الدم کے سبب پیچیدہ ہو سکتی ہے۔

مرض کے موخر درجہ میں احشا میں تقرح واقع ہو سکتا ہے اور نزف و اخراج مواد کی علامتیں رونما ہو سکتی ہیں۔ جو اس بات کی علامت ہے کہ سلعہ سطح پر پھوٹ چکا ہے۔ احشا کے ماؤف ہونے کے مطابق مبرز، اہبل یا مبال سے نزف ہو سکتا ہے۔ یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ اس طرح دباؤ اور تقرح عموماً آخری دور میں مرض پر منحصر ہوتا ہے، لہذا موخر علامات رونما ہونے سے پیشتر تشخیص مکمل کر لینی چاہیئے۔ حوض میں خفیف نقل و خلل مبیضی سلعات کے ذریعہ ابتدائی مدارج میں عارض ہو سکتا ہے۔ اگر ابتدائی قابل علاج درجہ میں سرطان کی تفتیش کر لی جائے تو علاج پوری توجہ اور انہماک سے کرنا چاہیئے۔

مبیضی سلعات کی امارات

مبیضی سلعہ کی سریری امارات جسامت کے اعتبار سے کافی مختلف ہوتی ہیں، آیا یہ دویری ہے یا صلب، سادہ ہے یا پیچیدہ، سلیم ہے یا خبیث؛ ان کی علامات کے بارے میں معلومات فراہم کرنے کا آسان طریقہ یہ ہے کہ سب سے پہلے سادہ سلعات کا تذکرہ کیا جائے، بعدہٗ خبیث و پیچیدہ سلعات کا۔

سادہ سلعات: یہ متعدد دویرے ہوتے ہیں جو دراصل دویری اور سلیم ٹھوس سلعات ہوتے ہیں درانحالیکہ یہ اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ تمام تر حوضی کہفہ میں موجود ہوتے ہیں اور محض دودستی امتحان سے محسوس کیے جا سکتے ہیں۔ لازمی علامت یہ ہے کہ اطراف و عقب رحم میں ایک حرکت پذیر ابھار محسوس ہوتا ہے جو اس (عضو رحم) سے بالکل آزاد اور علیحدہ معلوم ہوتا ہے اور آزادانہ طور پر خود بخود حرکت پذیر ہوتا ہے۔ اولیں طور پر یہ تو وہ ہمیشہ رحم کے پیچھے ہوتا ہے، کیونکہ رباط عریض کے پیچھے طبعی مبیض کا یہی محل وقوع ہے۔ کوئی سلیم سلعہ کسی دوسری ساخت سے عموماً منضم نہیں ہوتا، اسی لئے وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے، لیکن دراصل یہ کوئی کلیہ نہیں، کیونکہ حوض میں التہاب یا دروں رحمیت کی موجودگی میں سلعہ عقب رحم سے منضم ہو سکتا ہے۔ جو ایک مستثنیٰ کیفیت ہے اور ایسی حالت میں اصبعی امتحان کرتے وقت عنق کو حرکت دینے سے سلعہ رحم کے ساتھ حرکت کرے گا جب کہ عنق ممتحنہ انگلی سے حرکت کرتا ہے۔ اگر مقامی حالات سازگار ہوں تو دستی طریقہ سے ساتھ کا جس ممکن ہے، مقامی معدم حس کے استعمال سے بذریعہ منتاش عنق کو پکڑ کر کھینچنے سے سلعہ کے انضمام کے بارے میں کافی معلومات حاصل کی جا سکتی ہے۔

سلیم مخاطینی دویرے: کسی بھی جسامت کے ہو سکتے ہیں اور یہ جملہ مبیضی سلعات سے زیادہ کلاں ترین شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ عام طور سے یہ دویرے شکمی امتحان پر محسوس کئے جا سکتے ہیں اور تاوقتیکہ یہ کثیر التعداد نہ ہوں دیگر ساختوں سے منضم نہیں ہوتے اور اسی وجہ سے آزادانہ حرکت پذیر ہوتے ہیں، لیکن غیر معمولی کلانی اختیار کر لینے کی صورت میں اُن کی حرکت پذیری محدود ہو جاتی ہے، جب یہ حوض سے باہر نکل آتے ہیں تو خط وسطی میں پڑے رہنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات دویرہ میں ٹھوس خطے محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ شاذونادر اور خاص طور سے معمر مریضات، جن میں نشوونما کے لئے طویل وقفہ لیتا ہے، میں عموماً پورا جوف شکم پر کر دیتا ہے اور انجام کار تنفسی الجھنیں پیدا ہونے لگتی ہیں۔ ان اصابات میں مریضہ دبلی اور کمزور ہوتی ہے گویا کہ وہ خبیث مرض کے ترقی یافتہ مدارج میں رہ چکی ہو تاہم اتنے بڑے سلعہ کے خبیث حالت میں ہونے کی حالت میں مریضہ کا اتنی مدت تک جینا بعید از قیاس ہے۔ یہی ایک حوصلہ افزا بات ہے جس کے نقطۂ نظر سے

مبیضی سلعات کی جملہ مریضات میں عملیہ بروئے کار لایا جاسکتا ہے، جب کہ اندار سطحی طور پر حوصلہ شکن ہوتا ہے۔ سادہ عملیہ مریضہ کے لئے پیغام شفا ثابت ہوسکتا ہے اور کلاں سلیم دویرڈں کی حامل معمر عورتیں عملیہ کے بعد اپنے کو بہت اچھا محسوس کرسکتی ہیں اور ان کی اکثر علامتیں ساکن ہوجاتی ہیں۔

حوض میں موجود خرد تر مخاطینی دویرے فقط دودستی امتحان کے ذریعہ متمائز ہوسکتے ہیں جبکہ قبل الذکر اکثر موجود ہوتی ہیں۔ جن اصابات میں شکمی امتحان پر سلعہ محسوس ہوچکا ہو، دودستی امتحان پر حوض میں سلعہ کا قطب زیریں (Lower Pole) حس کیا جاسکتا ہے جس سے اس امر کی توثیق ہوتی ہے کہ یہ اس وضع میں پیدا ہوتا ہے۔ گاہے سطح کے کسی ایک حصہ پر ایک سخت رقبہ محسوس کیا جاسکتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سلعہ مستحول دویرہ ہے جس کی دیوار میں عظمی یا غضروفی خط موجود ہے۔ خردبینی مستحول دویرے کی حوض میں شناخت دودستی امتحان سے ہوسکتی ہے بشرطیکہ اول الذکر علامات بھی ساتھ ساتھ موجود ہوں۔ جن اصابات میں شکمی امتحان سے سلعہ محسوس کیا گیا ہو، دودستی امتحان کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ اس طرح سلعہ کے زیریں حصہ اور اس کے منبع کا پتہ چل جاتا ہے۔ اگر سلعہ مستقیمی مہبلی جیب میں متہیج ہوجائے تو رحم اور آگے کی طرف ٹل جائیگا اور ایک شکمی عضو معلوم ہونے لگے گا۔ عنق کا حس کرنا دشوار ہوجاتا ہے کیونکہ یہ بہت زیادہ اوپر ارتفاق عانہ کے پیچھے کھنچ اٹھتا ہے نیز اس کی تفریق پس گرد رحم سے بھی کرلینی چاہیے۔ رحم کا وزن اور سخت حصہ شکمی طور پر چڑھا ہوا محسوس ہوتا ہے، جس پر ٹھوس حصۂ سلعہ کا گمان ہوتا ہے۔

متوسط الجسامت دویرے کلاں ساقچوں پر واقع ہوسکتے ہیں اور حوض کے دائیں جانب بڑھ سکتے ہیں۔ اس کے بعد یہ خط وسطی پر پڑے رہنے کی طرف مائل ہوتے ہیں اور مستقیمی مہبلی جیب خالی ہوسکتا ہے، تاہم شکم پر دباؤ ڈالنے پر سلعہ کا قطب زیریں مہبل میں انگلیوں کی رسائی تک ڈھکیل اٹھتا ہے۔ یہ سلعہ جب محل وقوع کے اعتبار سے شکمی یا حوضی ہوتا ہے تو اس کی حدود واضح ہوتی ہیں اور لچکدار التہاب موجود ہوتا ہے، سطح عموماً ہموار ہوتی ہے یہ آزادانہ حرکت پذیر ہوتا ہے اور چھونے پر بے حس معلوم ہوتا ہے۔ بسا اوقات سلعہ اس قدر عظم اختیار کرلیتا ہے کہ بڑھ کر حوض میں گہرا چلا جاتا ہے، جس کے سبب اس کے زیریں کنارے کا حس ناممکن ہوجاتا ہے۔ جو سلعات کافی کلانی اختیار کرکے ناف کے اوپر تک چلے جاتے ہیں، ان میں بسا اوقات ایک سیالی ذبذبہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ استماع پر کسی مبیضی سلعہ میں کوئی آواز محسوس نہیں ہوتی دودستی امتحان سے رحم سلعہ سے واضح طور پر الگ ہوتا ہے۔

مصلی دویری غدی سلعہ میں ایسی علامتیں رونما ہوسکتی ہیں جن سے یہ مخاطینی دویری غدی سلعہ سے ممیز ہوسکتے ہیں تاہم جسامت میں یہ عموماً مخاطینی دویری غدی سلعہ کے مساوی نہیں ہوتے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ مصلی سلعات خلوی ہوتے ہیں اور نسبتاً زیادہ سرعت سے بڑھتے ہیں، مزید برآں حلیمات

کیسوں (Capsules) کے ذریعہ پیدا ہو سکتے ہیں اور اس طرح سلعہ کے قرب و جوار کی ساختوں سے منضم کر دیتے ہیں جس کے سبب سلعات نہ صرف غیر متحرک ہو جاتے ہیں بلکہ چھوٹے پر ٹھوس محسوس ہوتے ہیں، نیز اگر یہ خباثت کے سرحدی خطوط کے قریب ہوں گے تو استسقائے شکمی پیدا کر سکتے ہیں۔

ادمی دویرے اپنے ذہنی مشمولات کے سبب وزنی ہوتے ہیں اور اسی لئے یہ طویل ساقچہ دار ہوتے ہیں۔ یہ واحد سلعات ہیں جو عموماً رحمی مثانی جیب میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ شکمی کہفہ میں آزادانہ طور پر حرکت کر سکتے ہیں۔

مبیضی سلعات کی تشخیص میں شکمی عکس ریز کی اہمیت بہت کم ہے کیونکہ اس سے محض ایک ملائم بافت کے عکس کا پتہ چلتا ہے لیکن ادمی دویروں کی تشخیص کی طرف گاہے رہبری ہوتی ہے کیونکہ یہ دانت کے متناظر ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی اس میں تکلسی قطعات (لطخات) (Patches of Calcification) سے بھی رہبری حاصل ہوتی ہے لیکن یہ صورت حال دیگر مبیضی سلعات نیز لیفی سلعہ میں بھی پائی جا سکتی ہے درانحالیکہ یہ ایک نادر الوقوع صورت ہے۔

مبیض کے ٹھوس سلیم سلعات دویری کی بہ نسبت کم پائے جاتے ہیں اور ان میں بعینہٖ مذکورۃ الصدر امارات موجود ہوتی ہیں۔ بحیثیت مجموعی ان کا قطر غالباً ۶ انچ سے زائد نہیں ہوتا اور آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں۔ امراضیاتی طور پر یہ ٹھوس اور کہیں کہیں ملائم محسوس ہوتے ہیں۔

میگ کے علامیہ کے چند اصابات میں اس میں استسقائے شکمی اور استسقاء الصدر واقع ہو سکتا ہے جس کی تفتیش تقرع، تسمع اور لاشعاعی امتحان سے ہو سکتی ہے۔

طبعی امارات کا پتہ بیشتر اصابات میں جس سے چلتا ہے، تاہم معائنہ شکم کی اہمیت بھی کسی طرح کم نہیں، خصوصاً بڑے سلعات میں تقرع سے اس کے حدود اربعہ کا اندازہ ہو جائے گا کیونکہ یہ من حیث المجموع اصم ہوتے ہیں۔ علاوہ بریں تقرع سے استسقائے شکم میں بڑی مدد ملتی ہے، استماع مبیضی سلعات کی تشخیص میں معین نہیں ثابت ہوتا تاہم حل میں تشخیص تفریقی میں اس کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔

خباثت: مبیضی سلعات کے سلسلے میں اہم ترین مسئلہ یہ ہے کہ کوئی شخص اسے یقین کے ساتھ سلیم یا خبیث نہیں کہہ سکتا تاوقتیکہ نسیجیاتی امتحان سے اس کی توثیق نہ ہو جائے تاہم بسا اوقات اس سے بھی غلط رہبری ہوتی ہے۔ اس سریری دقت کا بہترین حل یہ ہے کہ کلانی یافتہ مبیضین کی مریضات میں خبیث سلعہ سے سلیم سلعہ کو ممتاز کرنے کے لئے بلا تاخیر علیہ رد بہ عمل لایا جائے۔ بہت سے سلعات شکم شگافی پر سلیم نظر آتے ہیں لیکن نسیجیاتی طور پر اس امر کی تردید ہو جاتی ہے اور وہ خبیث ثابت ہوتے ہیں۔ ان اصابات میں واحد محفوظ طریقہ عمل یہ ہے کہ تشخیص کے بعد جملہ مبیضی سلعات کے فوری استیصال کا مشورہ دیا جائے۔

خبیث سلعات: کسی بھی مبیضی سلعہ میں یکسل طبعی امارات پائی جاسکتی ہیں، یہ شکمی طور پر باسانی جس کئے جاسکتے ہیں۔ سطح کھردری ہوتی ہے اور سلعی تودہ کے مابین صلابت موجود ہوتی ہے خواہ اس کے ساتھ دویری رتبہ کیوں نہ پایا جائے۔ سائرُ اھمیت امارات کی جستجو ہمیشہ کرنی چاہیئے جو استسقائے شکمی مع مبیضی سلعات کے ہمراہ قلیل الوقوع ہے، بجز اس کے وہ خبیث ہوں۔ دویرہ کے ہمراہ آزاد حالت میں پایا جانے والا سیال یا تو دویرے کے سادہ مشمولات کی درریزش سے پیدا ہو سکتا ہے یا باریطون پر سلیم حلیمی بالید کے انتشار سے باریطونی کہفہ سے اس آزاد سیال کا نمونہ بزل بطن (Abdominal Puncture) کے ذریعہ خلیاتی امتحان کیلئے حاصل کر لینا چاہیئے اس طرح تشخیص کی توثیق ہو جائے گی۔

۴۰ سال سے زائد عمر والی مریضات میں درد و استسقائے شکمی اکثر خباثت پر دلالت کرتے ہیں۔ زیادہ خبیث سلعات یاسی یا بعد الیاسی عمر کی عورتیں میں واقع ہوتے ہیں لیکن اگر نسبتاً جواں عورتوں میں وقوع پذیر ہوتے ہیں تو نمایاں ضعف بھی ساتھ میں موجود ہوتا ہے، نیز اس میں شدید شکمی درد کی علامات پائی جاتی ہیں، شاذ حالات میں احتباس الطمث بھی موجود ہوتا ہے۔ جس سے مبیضین کے ماؤف ہونے کا پتہ چلتا ہے۔ ثانوی مبیضی سرطان کے اصابات اور ابتدائی مرض کے درجۂ اعلیٰ میں جلد جلد بڑھنے والی کلانئ شکم پائی جاتی ہے۔ یہ عظم کسی حد تک مبیضی بالید کی جسامت، کسی حد تک استسقائے شکم نیز کسی حد تک کثیر التعداد احشائے سروحات کی پیدائش عارض ہوتا ہے۔ کلانئ شکم کے ساتھ ساتھ درد بڑھتا جاتا ہے۔

ٹھوس خبیث سلعات کبھی کبھی حوضی خلوی بافت، ماساریقا یا ثرب میں عارض ہوتے ہیں۔ جو مبیضی الاصل سلعات کے مماثل ہوتے ہیں۔ ابتدا میں خبیث مبیضی بالیدیں کیسہ بند ہوتی ہیں اور سریری طور سے ان کی تعالی درریزش نہیں ہو پاتی، در آنحالیکہ کیسہ میں تاکل نہ پیدا ہو چکا ہو۔ اسی لئے ثرب یا ماساریقا وغیرہ کی خبیث بالیدوں کی بہ نسبت ان کی حرکت پذیری عرصۂ دراز تک قائم رہتی ہے۔

دو دستی امتحان سے مستقیمی جبلی جیب میں محسوس ہونے والی صلیب سرطانی فراہمی اہم ترین امارت ہے اس طرح کی فراہمی سے سرطانی تشخیص تقریباً پایۂ تکمیل کو پہنچ جاتی ہے۔ جب سلعہ دیگر اعضا تک منتشر ہو جائے گا تو ان کی مخصوص علامتیں بھی یقیناً نمودار ہونگی۔ چنانچہ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، قولون، معا مستقیم، امعاء دقاق کے انسداد کے ساتھ ساتھ ان میں تقرح بھی پایا جاتا ہے۔ علاوہ بریں رحم بھی متقرح ہو جاتا ہے۔ انسداد امعاء کی علامات مثلاً درد، نفخ، قے اور قبض ظاہر ہو گا۔ مرض کی شدت و خفت نیز حرکات غذائی میں اس کی رفتار نمو کے اعتبار سے ان علامتوں میں بھی شدت و خفت ہوگی۔ تقرح سے ہمیشہ بعد الیاسی عمر والی عورتوں میں جبلی نزف کی شکایت پائی جاسکتی ہے، اور اخراج مواد ہوتا ہے، اور یہ اخراج مہبل یا مبرز جو قنات ماؤف ہو

سے ہوسکتاہے، مستقیمی دیوار پر حملہ ہونے کی صورت میں بواسیر عارض ہوسکتی ہے۔ مبیضی سلعات کے جملہ اصابات میں مستقیمی امتحان ضروری کرنا چاہیئے۔ اس طرح نہ صرف مستقیمی ہبل جیب کے ماؤف رتبہ کی کمل تعین ہوتی ہے بلکہ رباط عریض کی اساس بھی واضح ہوجاتی ہے۔ اس سے یہ بھی ثابت ہوجاتاہے کہ معاء مستقیم براہِ راست تو متاثر نہیں ہیشتر اصابات میں سلعات دوجانبی ہوتے ہیں، اسلئے دو سلعات پائے جاتے ہیں۔

انسداد حالب کی شکل میں استسقاء الکلیہ عارض ہوسکتاہے، جس کے ساتھ اضافی طور پر سرایت بھی موجود ہوسکتی ہے۔ بالآخر سرطان منتشر ہوکر ہڈی اور اعصاب تک کو ماؤف کرسکتاہے اور انجام کار پشت اور کولھوں میں شدید درد پیدا کرتاہے، علاوہ بریں صلب اور نسائی ضفیروں سے نیچے کی طرف گذرنے والے اعصاب والے طرف اسفل کے مختلف اعضا میں بھی شدید درد منتقل ہوسکتاہے۔

مکمل تشخیص کا انحصار سریری روئداد، امتحان اور مخصوص کاشفات پر ہے۔ شکم کا سریری امتحان کرنے کے لئے غیر طبعی ہیئت معائنہ سے معلوم کی جائے اسکے بعد ابھار کا پھیلاؤ، اس کی سطح، دبازت اور تثبت معلوم کرنے کے لئے امتحان بالجس کیا جائے۔ اس درجہ میں کنج ران کے لمفاوی غدد جس کئے جائیں۔ تفرع سے سلعہ کا پھیلا پن واضح ہو جائے گا۔ لیکن یہ طریق کار خاص طور سے استسقائے شکمی کی سائز اہمیت تمائز کرنے کے لئے مستعمل دو دستی امتحان سے اس امر کا بخوبی اندازہ لگایا جاسکتاہے کہ سلعہ رحم سے بالکل علیحدہ ہے، چنانچہ اسے شکمی امتحان کے ساتھ ساتھ سلعہ کی دبازت، جسامت، سطح اور تثبت معلوم کرنے کے لئے بروئے کار لایا جائے۔

مستقیمی امتحان سے سابقہ دریافتوں کی توثیق میں مدد ملتی اور اگر معاء مستقیم براہِ راست ماؤف ہو تو اس کا بھی پتہ چل جاتاہے۔

مخصوص امتحانات میں ادمی دو یروں کے ساتھ اور کبھی کبھی معوی انسداد کے ہمراہ شکم کا عکس ریز معین ثابت ہوسکتاہے۔ پشت اور حوض کا عکس ریز ہڈی میں ثانوی فراہمی کا متناظر ہوسکتاہے۔ پھیپھڑوں میں ثانوی فراہمی کو مستثنیٰ کرنے کے لئے سینے کے عکس ریز کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ کبھی کبھی اسفل اسعار کا امتحان بذریعہ حقنہ کرنا ناگزیر ہوتاہے جب کہ دیگر چند اصابات میں دروں وریدی پایوگرافی (Pyography) سے مدد مل سکتی ہے۔

کفایت کے لئے پیشاب کا امتحان کیا جائے۔ حسب ضرورت بولی دموئیت (Blood Urea) اور دیگر کلوی فعل کے کاشفات بھی کرائے جائیں گے۔ گاہے دو یرہ بینی، سینی بینی، استسقاء اور جرن کی بھی ضرورت پڑسکتی ہے۔ شامی امتحان پر ہڈی یا رٹوی سرو حات مل سکتے ہیں۔

مندرجہ بالا ہدایات کی روشنی میں سریری بنیاد پر مبیضی سلعہ کی بڑی حد تک یقینی تشخیص کی جاسکتی ہے تاہم بیث بالیدوں کی پیچیدگیاں مزید امتحان کی طالب ہوسکتی ہیں۔ مبیضی سلعہ کی تشخیص کے بعد تقریباً جملہ اصابات میں تشخیص کو مزید واضح اور یقینی بنانے کے لئے شکم شگافی انجام دی جاسکتی ہے۔ ماہر امراضیات دور کی ہوئی بافت کی تشخیصی کڑی دور کی ہوئی بافت اور دیگر تفتیش والے مکمل امتحان سے پوری کرتا ہے۔

مبیضی سلعات کی پیچیدگیاں

مبیضی سلعات کی پیچیدگیاں رفتار وقوع کے اعتبار سے درج ذیل ہیں۔

(۱) خباثت، (۲) تلوی، (۳) انشقاق، (۴) نزف، (۵) سرایت، (۶) دوریہ کی تثبیت یا کساؤ

(۱) دوریہ میں خباثت:- اس کا بیان مبیضی سلعہ کی جملہ اقسام کے تحت تفصیل سے کیا جاچکا ہے

سریری طور پر خباثت میں عموماً حسب ذیل علامات کے اشارات موجود ہوتے ہیں:

(ا) اچانک سریع عظم شکم، (ب) استسقائے شکم کا وقوعہ، (ج) اذیمائے ساقین، (د) محدود حرکت پذیری

(ہ) انسداد امعاء کی علامات، (و) سریع لاغری جس کے ساتھ ضعف بھی موجود ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا امارات میں سے فقط کسی ایک کی آلودگی خباثت کی دلیل نہیں ہوسکتی ہیں کیونکہ یہ علامتیں کسی بھی سلیم دوریہ میں کسی دوسری پیچیدگی کے ساتھ بھی واقع ہوسکتی ہیں، تاہم خباثت کا فیصلہ کرتے وقت مذکورہ بالا جملہ امارات کو پیش نظر رکھنا چاہیئے۔ کثیر الوقوع علامات عظم شکم درد، غیر طبعی رحمی نزف، ضعف اشتہا، سوء ہضم، متلی، قے اور دردیں۔ امتحان کے نصاب میں باریطونی جوف میں آزاد سیال کی تلاش ضروری ہے چنانچہ اگر سیال موجود ہو تو مقامی معدم حس کے تحت چھوٹے شگاف کے ذریعہ ہی اخراج بہترین طریقہ ہے۔

اور اسے آلہ بازلہ (Trocar) سے بہتر طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

مستقیمی سیال کا ہمیشہ خلیاتی امتحان کرنا چاہیئے اور تشخیص کی توثیق کے لئے مقام ماؤف کا تراشہ برائے امتحان حاصل کرلینا چاہیئے، اس طرح بالید کی نوعیت واضح ہوجائے گی۔ جب آلہ بازلہ کے ذریعہ نقط شکم کا عملی بزل اور کہفہ کی سیلیت (Drainage) انجام دی جائے تو شکمی جبلی اور مستقیمی امتحان سے تشخیص میں مدد ملے گی۔ دوشیزگی کی علامت میں محتاط مستقیمی امتحان فراموش نہ کرنا چاہیئے۔

(۲) ساقچہ کا تلوی: اگر ساقچہ طویل ہو اور سلعہ اپنے اردگرد کی کسی خباثت کے ساتھ مثبت نہ ہو تو ساقچہ اپنے سلعہ پر گردش کرے گا۔ طویل ساقچے اولی دوریوں اور مخاطینی دوری غددی سلعات نیز زیادہ سلیم مصلی دوری غددی سلعات کے ساتھ پائے جاتے ہیں، اسی لئے یہ سلعات تلوی کے لئے زیادہ معاصلات

ثابت ہوتے ہیں۔ تلوی کے حسب ذیل اسباب ہیں:۔

(۱) مقدم دیوار شکم کے عضلات کا اچانک انقباض جیسے کھانسنے کو تھنے یا وزنی چیز اٹھانے میں ہوتا ہے۔ (۲) دیگر درون شکمی اعضاء کی نامناسب حرکات جیسا کہ اسہال کے وقت یا مسہل دوائیں استعمال کرنے کے بعد امعاء کی کثرت حرکت یا وضع حمل کے بعد رحم کے انقباض یا استرداد میں ہوتا ہے (۳) وضع حمل کے فوراً بعد یا عام جوف شکم میں حوضی سلعہ پہنچنے سے شکم میں شدید آزاد حرکات (۴) وضع حمل کے معاً بعد یا نفاس کے دوران انکماش رحم کے لئے شکم کا دلک۔

مذکورہ بالا کسی بھی سبب سے دویرہ میں بل پڑ سکتا ہے اور ساقچہ پر دو یا تین بل ممکن ہیں، اس کے بعد دموی حرکی فعل (Haemodynamic Action) سے تلوی میں مدد ملتی۔ تلوی کے سبب باریک دیوار والی وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے اور دویرہ سے وریدی دورہ سست پڑ جاتا ہے، لیکن شرائین دبیز دیوار کے سبب بآسانی ضغط قبول نہیں کرتی ہیں لہٰذا ہر قلبی ضرب پر خون پمپ کرنے کا کام بدستور جاری رکھتی ہیں، اس طرح ہر قلبی ضرب کی قوت شریانی نظام کے ذریعہ اجزائے سلعہ تک پہنچتی رہتی ہے، جس سے دویرہ کا تلوی در تلوی ہوتا رہتا ہے آخر کار اس قدر بل پڑ جاتا ہے کہ شریانی خون مکمل طور پر رک جاتا ہے۔

تلوی کے نتیجے میں اعضائے حوض ممتلی ہوتے ہیں اور رحم سے خفیف نزف ہونے لگتا ہے۔ بل دار دویرہ ل کی دیواروں کی سطوح پر امتلاء کے سبب گہرا بھورا رنگ یا نیلگونیت آجاتی ہے۔ دویری شمولات بھی خون آلود ہو جاتے ہیں۔ ثرب دویری سطح کے ساتھ منضم ہو جاتا ہے اور امعاء کے ساتھ درجۂ انضمام التہاب باریطون کی خفت وشدت پر منحصر ہوتا ہے۔ شاذ ونادر منضم ثرب سے از سر نو دموی رسد ہونے لگتی ہے اور ساقچہ اس قدر باریک ہو سکتا ہے کہ دویرہ اپنا انضمام کھو سکتا ہے اور سلعہ کی جملہ دموی رسد ثرب سے ہونے لگتی ہے، اس طرح ایک طفیلی دویرہ معرض وجود میں آجاتا ہے۔ مزید پیچیدگی کے نتیجے میں دویرہ میں انشقاق عارض ہو جاتا ہے۔

سریری طور پر مریضہ اسفل شکم میں اچانک شدید درد و قولنج کی شکایت کرتی ہے اور بسا اوقات بعض عروق کے کھنچاؤ کے سبب مکرر ایک رکاوٹ محسوس کی جا سکتی ہے۔ مریضہ میں حاد درد شکم، متلی، قے اور سرعت نبض کی شکایت کی اطلاعات پائی جاتی ہیں، ابتدا میں درجۂ حرارت نہیں بڑھتا، کیونکہ ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کے اندر اندر دویری شمولات متصلہ احشاء کے انضمام سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں جس کے بعد التہاب باریطون عارض ہو جاتا ہے اور اعجام کار قشعریرہ کے ساتھ درجۂ حرارت بڑھنے لگتا ہے۔ عام طور سے اسی طرح کے سابقہ خفیف حملے کی رونما دلتی ہے۔ بعد میں درد اصم خراش (Dull Soreses) میں تبدیل ہو جاتا ہے اور بڑھ کر سارے باریطونی

رتبے پر محیط ہوجاتا ہے۔ خفیف سفید خلویت (Leucocytosis) پیدا ہوجاتی ہے، تشخلی شرح اور شرح ادر (ویزیری) بڑھ جاتی ہے۔ وقت گزرنے کے ساتھ ساتھ دویرہ میں شدت درد خفت سے تبدیل ہوجاتا ہے اور شکم میں بھراؤ کا احساس ہوتا ہے۔

امتحان پر شکم چھونے پر دردناک اور تنا ہوا محسوس ہوتا ہے لیکن باریطونی التہاب کی طرح سخت نہیں ہوتا درانحالیکہ مریضہ نے معالج سے رجوع کرنے میں تاخیر سے کام نہ لیا ہو۔ بیشتر اصابات میں شکم میں سلعہ محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن شاذونادر اصابات میں تلوی کلی طور پر حوض کے اندر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں صرف مہبلی امتحان سے اس کا اندازہ ہوسکتا ہے۔

(۳) دویرہ کا انشقاق: مبیض کے دویرہ کا انشقاق براہ راست ضرب یا بیش تمدد کے سبب دیوار رحم باریک ہوجانے سے ازخود واقع ہوتا ہے۔ پتلی دیوار کے دویرے لبا اوقات اصبعی امتحان کے دوران ہی منشق ہوجاتے ہیں یا اسی طرح التہاب دویرہ تک پہونچ جاتا ہے جس کے نتیجہ میں وہ منشق ہوجاتا ہے۔ کثیر خانہ دار دویروں کے خلیات اتنی سرعت سے نشوونما پاسکتے ہیں کہ وہ اپنی مقامی دموی رسد کو پیچھے چھوڑ جاتے ہیں۔

مریضہ شکم میں کوئی چیز رینگتی ہوئی محسوس کرتی ہے، جس کے ساتھ درد بھی ہوتا ہے۔ کچھ دنوں بعد دویرے میں الیمیت معدوم ہوجاتی ہے اور مریضہ اپنے کو نسبتاً بہتر محسوس کرنے لگتی ہے درانحالیکہ دویری مشمولات میں کیمیاوی خراش کے سبب التہاب باریطون واقع نہ ہوجائے۔ اصبعی امتحان پر دیوار دویرہ کی خالی جراب رحم کے سامنے رحمی مثانی جیب میں پڑی ہوئی محسوس ہوسکتی ہے۔ ایسی حالت میں اسمیں الیمیت یا تناؤ محسوس نہیں ہوتا۔ اگر کوئی دویرہ ڈگلس کی جیب میں ہو تو وضع حمل کے دوران دباؤ سے اس کے منشق ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔

اگر چھوٹا دویرہ منشق ہوتا ہے تو برائے نام درد ہوسکتا ہے اور مریضہ جلد صحتیاب ہوسکتی ہے لیکن اگر منشق دویرہ بڑا ہو تو شدید درد ہوسکتا ہے کیونکہ باریطونی کہفہ اجزائے طریہ سے پُر ہوجاتا ہے، ساتھ میں قے ہوتی ہے اور صدمہ وسقوط قوت بھی کسی نہ کسی درجہ میں ہوتا ہے، نبض تیز ہوتی ہے، فشار دم میں کمی آجاتی ہے، مردنی اور غشہ اپن طاری ہوجاتا ہے۔ اگر انشقاق دویرہ شدید داخلی نزف کے نتیجے میں واقع ہوا ہے تو زوال دم کی علامتیں رونما ہونگی۔ شاذونادر اصابات میں شدت نزف کے نتیجے میں موت تک واقع ہوسکتی ہے۔ حلیمی بالیدیں خواہ سلیم ہوں یا خبیث دیوار دویرہ کو مثقوب کرسکتی ہیں اور اس طرح ازخود انشقاق واقع ہوسکتا ہے۔ اگر دویرہ سلیم معمولی مشمولات کے ساتھ ہوگا تو خفیف مقدار استسقائے شکم کیساتھ انشقاق

واقع ہوسکتا ہے جو بالترتیب بلا کسی التہابی ردعمل کے ازخود منجذب ہو جاتا ہے۔ اگر دویرہ خبیث حلیمی قسم (Papillary Variety) کا ہوگا تو انشقاق کی طرف زیادہ رجحان موجود ہوتا ہے اور نتیجۃً کار ثانوی فراہمی واقع ہوسکتی ہے۔ کاذب مخاطینی دویروں میں پائے جانے والے البیومینی سیالات یا دہنی مادہ جو دویری سنوطی سلعات میں موجود ہوتے ہیں ہمیشہ مقامی باریطونی التہاب ردعمل پیدا کرتے ہیں۔ ادمی دویرہ جو مخرش دہنی شحمی اجزا پر مشتمل ہوتا ہے، کیمیاوی خراش عارض کرتا ہے جس کے سبب سخت انضمام لاحق ہو جاتا ہے۔

(۴) دویرہ میں نزف:۔ شکم شگافی پر مبیضی دویروں میں تلیل الوقوع امر نہیں اور ان میں سے بیشتر علامات رونما نہیں کرتے۔ نزف دویرہ کی دیوار، جوف یا باریطونی کہفہ کی سطح پر باریک دیوار والی رگ کے سطحی طور پر منشق ہو جانے سے عارض ہوتا ہے۔ گاہے خبیث حالت میں دویرہ میں شدید نزف ہوتا ہے اور یہ تلوی کے مشابہ درد پیدا کر سکتا ہے۔ یہ نزف حسب ذیل کسی بھی سبب سے عارض ہو سکتا ہے (ا) دویرہ کا تلوی، (ب) ٹھوکر، دھکا یا زمین پر گرنے کے سبب شکم پر چوٹ لگنا (ج) دویرہ کا حربی انشقاق، (د) دویرہ کی دیوار پتلی ہونے کی وجہ سے ازخود انشقاق ایسی حالت میں دویرہ میں غیر معمولی تمدد پایا جاتا ہے، (ہ) دویرہ کا حاد التہاب۔

دویرہ متمدد اور الیم ہو سکتا ہے۔ عمومی علامات کی خفت و شدت کا انحصار داخلی نزف کی مقدار پر ہوتا ہے۔ نزف کے ساتھ رفتار نبض بڑھ جاتی ہے لیکن حجم گھٹ جاتا ہے۔ نشار الدم کم ہو جاتا ہے اور جلد پر زردی غالب آجاتی ہے۔ سطحی عروق کے انشقاق کے نتیجہ میں گاہے شدید دروں باریطونی نزف عارض ہو سکتا ہے۔

مبیضی سلعہ میں بہرحال تلوی جریان دم پیدا کرتا ہے اور دروں رحمیت میں بھی نزف تلفی امارت کے طور پر پایا جاتا ہے۔

(۵) دویرہ کی سرایت:۔ یہ تلیل الوقوع پیچیدگی ہے اور مندرجہ بالا کسی بھی پیچیدگی میں مبتلا ہونے کے بعد دویرہ کی سرایت کا احتمال رہتا ہے۔ مبیضی دویروں میں رحم کے لیفی سلعات کی بہ نسبت سرایت زدہ ہونے کا قوی امکان پایا جاتا ہے، علاوہ بریں دیوار شکم میں کسی بھی بڑے دویرے پر بزل (Tapping) سرانجام دینے کے بعد بھی اکثر سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ دویری سنوطی سلعات میں بھی سرایت زدہ ہونے کا بہت زیادہ رجحان موجود ہوتا ہے۔ نفاسی درجہ کے دوران جب کہ خراج دیوار شکم میں ملاحظہ کیا جاسکتا ہے، سرایت واقع ہو سکتی ہے تاہم تماذن سے معی یا سوزاک کی سرایت منتشر ہونے سے چھوٹا دویرہ بھی سرایت زدہ ہو سکتا ہے۔ کسی مقامی التہابی کیفیت مثلاً التہاب زائدہ یا التہاب عطفہ سے بھی دویرہ ماؤف ہو سکتا ہے۔

علامات و امارات التہاب باریطون یا سبب التہابی کیفیت سے مشابہ ہوسکتی ہیں۔ تاوقتیکہ سلعہ بڑھ نہ جائے یہ عموماً قابل جس نہیں ہوتا کیونکہ التہاب باریطون کے سبب شکمی صلابت موجود ہوتی ہے اور اگر یہ محسوس بھی ہوتا ہے تو سلعہ کے بجائے خراج تشخیص ہوجاتا ہے۔

(۶) **دوبرہ کا کساؤ یا تثبیت** (Impaction)؛۔ دویرہ کی حالت میں پھر کاری خاص طور سے بگری گردش، سرایت یا تکوینی التہاب باریطون کے نتیجہ میں ہوسکتی ہے، علاوہ بریں جب یہ حجم میں سرعت سے بڑھتا ہے تو ایک وقت ایسا آتا ہے کہ حافۃ الحوض سے اوپر نہیں بڑھ پاتا۔ ڈگلس کی جیب میں واقع چھوٹی بالیدہ کہفۂ شکم پُر کرنے والی بڑی بالیدوں کی بہ نسبت متصل بافتوں سے کسی ہوئی پائی جاتی ہیں۔ مزمن التہاب زائدہ، حوضی التہاب باریطون، التہاب قاذفین کساؤ (پھنسی کاری) عارض کرنے کے عام اسباب کے طور پر شمار ہوتے ہیں۔ اس طرح کی پھنسی کاری نہ صرف معاء مستقیم، مثانہ اور احلیل پر دباؤ کے سبب پیدا کرتی ہے بلکہ وضع حمل میں بھی مزاحمت کرتی ہے۔ بسا اوقات غیر معینہ سلعہ سے بھی باریطون میں خراش ہوکر اس طرح کی صورت پیدا ہوجاتی ہے۔ دویری سنوطی سلعات میں اس طرح کا دباؤ اور کساؤ پیدا کرنے کا رجحان بطور خاص موجود ہوتا ہے جب کہ ٹھوس سلعات مثلاً لیفی سلعات میں اس طرح کے دباؤ شاذ و نادر ہی پیدا ہوتے ہیں۔ حوضی سلعات کے دباؤ کے نتیجہ میں درد پیدا ہوتا ہے اور ان سلعات سے پیدا ہونے والی دیگر علامات میں شدت آجاتی ہے۔ یہ پھنسی کاری قلیل الوقوع ہے اور پس گرد حائل رحم کی طرح احتباس بول عارض کرتی ہے۔

مبیضی سلعہ کے ہمراہ استقرار حمل

یہ کوئی کثیر الوقوع صورت نہیں ہے۔ اس کی تشخیص عموماً پہلے قبل الولادت پہلی امتحان پر ہوجاتی ہے گا ہے سلعات شکمی طور پر بھی محسوس کئے جاسکتے ہیں، تاہم ایسی حالت میں بھی کلانی یافتہ رحم سے اس کی علیحدگی کا پتہ لگانے کے لئے دو دستی امتحان ناگزیر ہے۔ اس قسم کا سلعہ عموماً استقرار حمل میں کوئی مزاحمت نہیں کرتا دو جانبی سلعات حمل کے لئے خطرناک صورت حال ضرور پیدا کردیتے ہیں۔

سلعہ کسی بھی قسم کا ہوسکتا ہے، لیکن خاص طور سے جسم اصفر کا دویرہ، ادمی دویرہ یا دیگر سلیم سرطلی سلعہ نمودار ہوسکتا ہے۔ اس قسم کے دویرے عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اسی لئے عموماً کوئی علامت پیدا نہیں ہوتی لہٰذا ایک طویل مدت تک مشاہدہ نہ ہونے کے سبب پڑے رہتے ہیں۔ ان کا رجحان عموماً اسقاط حمل کی طرف نہیں ہوتا، اسی لئے قلیل الجسامت ہونے کے سبب بسا اوقات وضع حمل تک بالکل نظر انداز ہوجاتے ہیں۔

بسا اوقات حالتِ نفاس میں بھی نظر انداز ہو جاتے ہیں کبھی کبھی پیچیدگی مثلاً محوری گردش وغیرہ کے سبب حمل کے آخری درجہ میں ان سے دباؤ کی علامتیں پیدا ہوتی ہیں۔ جب کوئی بڑا مبیضی دویرہ شکم میں موجود ہو تو بھی تشخیص کا مسئلہ قدرے دشوار ہو جاتا ہے کیونکہ احتباس طمث کی مدت گزرنے کے ساتھ ساتھ شکم اپنی مناسب کلانی کی بہ نسبت کافی بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالت میں عموماً رحم اور سلعہ پہلو بہ پہلو واقع ہوتے ہیں اور اس کی تمیز محض اس امر سے ہوتی ہے کہ ایک ترچھے ذریعے سے یہ دو حصوں پر مشتمل معلوم ہوتا ہے۔

شاذ و نادر اس قسم کا سلعہ خبیث بھی ہوتا ہے، ایسی صورت میں عملیہ بلا تاخیر انجام دینا چاہیئے۔ عملیہ انجام دینے کا دوسرا اہم تقاضا ہوتا ہے کہ حالت حمل خصوصاً وضع حمل میں ایسے دویروں کا تلوی ہو جاتا ہے لیکن حالت حمل میں عملیہ سے اسقاط حمل کا اندیشہ رہتا ہے یا قبل از وقت (نارسیدہ) وضع حمل ہو سکتا ہے۔ اسقاط کا خطرہ حمل کے اول ۱۴ ہفتوں میں زیادہ رہتا ہے۔ لہذا تشخیص مکمل ہو جانے کے باوجود ابتدائی ۱۶ ہفتوں تک جہاں تک ممکن ہو عملیہ موقوف رکھنا چاہیئے۔ اس تاخیر کا دوسرا سبب یہ بھی ہے کہ یہ سلعہ جسم اصفر کا دموی سلعہ (Hematoma) یا دویرہ ہو سکتا ہے جو پروجسٹرون خارج کرتا ہے اور حمل کو رحم میں برقرار رکھنے میں اعانت کرتا ہے۔ اگر اسے دور کر دیا جائے تو اسقاط یقینی ہو جائے گا۔ چھٹے ہفتہ سے مشیمہ کافی پروجسٹرون پیدا کرنے لگتا ہے، جس کے بعد حمل برقرار رکھنے کے لئے مبیض کے افراز کی ضرورت نہیں رہ جاتی۔

اگر دویرہ حمل کے درمیانی ۳ ماہ کے دوران پایا جائے تو اسے بلا تاخیر دور کر دینا چاہیئے۔ اگر اس کی شناخت ۳۶ ہفتہ پر یا اس کے بعد ہو سکے تو وضع حمل تک شکم شگافی ملتوی رکھنی چاہیئے۔ جب دوران حمل مبیضی دویرہ کے لئے عملیہ انجام دیا جائے تو شگاف قیصری کے ذریعہ جنین کو باہر نکالنا ضروری نہیں، بلکہ یہ طریقہ صرف ایسی حالت میں بروئے کار لایا جائے جب کہ اس کے علاوہ کوئی دوسرا چارہ کار نہ ہو۔

اگر دوران حمل مبیضی سلعہ کا تلوی ہونے لگے تو ہنگامی شکم شگافی ناگزیر ہو جاتی ہے خواہ حمل کی مدت کچھ بھی ہو۔ تاہم یہ بھی حقیقت ہے کہ شکمی ایمرجنسی اور عملیے عورت املاص کے لئے مجبور ہو جاتی ہے۔ اس لئے ممکنہ حد تک احتیاطی تدابیر پر سختی کے ساتھ کاربند رہنا چاہیئے۔ دافع درد تدابیر اور مکمل تمدید بھی بروئے کار لانی چاہیئں بعد میں ہارمونی معالجہ، پروجسٹرون کی شکل میں یا اس کے مشتقات کی ضرورت پڑتی ہے۔

تشخیص فارقہ

سرسری طور پر مبیضی سلعات کی جماعت بندی اس طرح کی جا سکتی ہے۔

دویری یا ٹھوس، حرکت پذیر یا مثبت، ایلم یا بغیر درد کے۔

مبیضی دومی سلعات کو دو ذیلی قسموں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے، ملائم اور فصیصی چنانچہ اول الذکر میں سے استسقائے حباب سادہ دویری سلعہ (Cystoma Simplex) حلیمہ دار دویری غدی سلعہ اور دویرہ طرف مشرمشر کا دویرہ اور جسم اصفر کا دویرہ جبکہ موخر الذکر یعنی فصیصی (Lobulated) حسب ذیل مشتمل ہوتا ہے:

کثیر خانہ دار کاذب مخاطینی یا مصلی دویری غدی سلعہ — (Multilocular Pseudomucinous or Serous Cystadenoma) جسم اصفر کا مرکب دویرہ یا انخطاط پذیر ٹھوس مبیضی سلعات، جن کی سطح پر تنخری رتیے بھی موجود ہوتے ہیں، جب تک نزف، تلوی یا سرایت تک نوبت نہ پہونچ جائے یا ایلم نہیں ہوتے، یہ بڑی حد تک آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں لیکن اگر دویرہ کا ایک حصہ یا بڑا خانہ حوض میں دب جائے یا اس کی مقدم سطح دیوار شکم یا متصل اعضا سے منضم ہو جائے تو یہ مثبت ہو جاتا ہے۔ بہت بڑے دویرہ کی موجودگی میں بھی طمثی فعل طبعی انجام پا سکتا ہے۔ موخر دارج میں مریضہ مبیضی ضعف کے ساتھ ساتھ احتباس الطمث میں مبتلا ہو سکتی ہے۔

حوض میں منضم ہونے والے مبیضی دویری سلعات مثلاً دروں رحمی سلعہ، جسم اصفر کا دموی سلعہ، حلیمی دویری غدی سلعہ جس کے ساتھ سطح پر حلیم بالید اور دویری سرطان بھی پایا جاتا ہے۔ دررحمی سلعہ ان اصابات میں حوض میں شدید طور پر منضم ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ شدید عسر الطمث اور جماع مولم کی شکایت بھی پائی جاتی ہے۔ حلیمی دویری غدی سلعہ اور دویری سرطان سے ڈگلس کی جیب میں ثانوی فراہمی ہونے لگتی ہے، جسے موخر جوف جس کیا جا سکتا ہے۔

مبیض کے ٹھوس سلعات یہ ہیں: لیفی سلعہ، فقد الجرثومی سلعہ، ٹھوس سرطانی سلعہ، ٹھوس مستولی سلعہ اور کبھی کبھی ذرا ئیتی خلوی سلعہ، مسترجلیتی نہوضی سلعہ، مبیض کا نوق الکلوی (ربرگردی) سلعہ اور لحمی سلعہ۔ قطعی تشخیص محض جس سلعہ سے ممکن نہیں۔ کیونکہ ان سلعات میں کبھی کبھی رقباتِ نزف، تنخر اور دویری انخطاط نمودار ہو جاتا ہے جسے چھونے پر دویرہ کا شبہ ہوتا ہے۔ حرکت پذیری کے درجے سے بھی اضافی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ لیفی سلعہ، مسترجلیتی نہوضی سلعہ اور ذرائیتی نہوضی سلعہ آزادانہ حرکت پذیر ہوتے ہیں جبکہ دیگر سلعات اردگرد کی ساختوں سے خبیث دررزش کے سبب تدریجی طور پر انضمام پیدا کرتے ہیں۔ سلیم ٹھوس سلعات میں بھی باریطونی کہفہ میں آزاد سیال کی کچھ نہ کچھ مقدار موجود ہوتی ہے اور لیفی سلعہ کے اصابہ میں خاص طور سے ایک معین استسقائے صدر پایا جاتا ہے جسے میگ کے علامیہ کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ خبیث سلعہ کی موجودگی میں اس جانب کے پیر میں کبھی کبھی ذیا موجود ہوتا ہے۔

خلانی خلوی سلعہ اور ذراتیتی خلوی سلعہ رحمی مرض جیسی بے ترتیبی پیدا کر سکتے ہیں، جبکہ مبیض کا برگردی سلعہ اور برگردی نہوضی سلعہ (Adrenoblastoma) لازمی طور پر احتباس الطمث اور مسترجلیت کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

مبیضی دودیری سلعات کو انگلی سے دبانے پر مریضہ کو متلی آنے لگتی ہے، نیز اس کا ورم بیضوی شکل کا ہوتا ہے۔ اگر سلعہ دائیں مبیض میں ہوگا تو کثرت بول کی شکایت ہوگی اور اگر بایاں مبیض ماؤف ہوگا تو زحیر کی شکایت عارض ہو جائے گی۔

انذار

جن چند خوش نصیب عورتوں میں شکم شگافی پر سلعہ کو سلیم سمجھ کر بغرض علاج کلی رحم برآری اور دو جانبی انبوبہ و مبیض شگافی انجام دیا گیا، نسیجیاتی امتحان پر خبیث ثابت ہوا جو ہنوز کیسے سے باہر منتشر نہیں ہوا تھا۔ ان اصابات میں انجام بہتر ہوتا ہے، ایسی حالت میں مکمل شفا کی امید زیادہ کی جا سکتی ہے، تاہم ان میں سے چند میں، سروحات واقع ہو کر پریشانی کا موجب ہو سکتے ہیں۔ یہ چند اصابات جملہ مبیضی سلعات کی موجودگی میں فوری شکم شگافی کے داعی ہوتے ہیں۔

خراب انجام کا ایک اہم سبب یہ بھی ہوتا ہے کہ قلیل علامات کے سبب ابتدائی دوروں میں ان کی شناخت نہیں ہو پاتی، جس سے علاج میں غیر معمولی تاخیر ہو جاتی ہے۔

مبیضی سرطان عورت کے تناسلی اعضاء کے خبیث مرض کا ایک اہم ترین مسئلہ ہے۔ جسم اصفر، مہبل اور فرج کے سرطانات کی مریضہ میں انجام مبیضی سرطان کی بہ نسبت بہتر ہوتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ جراحت یا شعاعی معالجہ کے علاوہ چند دیگر طرق علاج پر عمل پیرا ہونے سے نتیجہ بڑا اچھا برآمد ہو سکتا ہے، چنانچہ کیموتھیراپی کے چند اقسام سے مستقبل قریب میں کافی امیدیں وابستہ ہیں، چند کیموتھیراپی کے عاملات دریافت کئے جا چکے ہیں، جن سے مبیضی سرطان پر کچھ اثرات بھی مرتب ہوتے ہیں، جن کا ذکر آگے آ رہا ہے۔

مبیضی سلعات کا علاج

مرکبات مثلاً تھیوٹیپا (Thiotepa) فولک ایسڈ اور دیگر نائٹروجن جماعت کی مسمم قلیات اور دوا کے علاوہ میتھوٹریکزیٹ (Methotrexate (Amepthopterine)) دراصل فولک ایسڈ مانع استحالہ دوا ہے، ایک مانع استحالہ دوا Pyramidine-Antagonist ہے، جو 5-Fluorouracil نیز 6-Mercaptopurine

دریافت ہو چکی ہیں۔ یہ میتھل آمیزی (Methylation) کو مجبوس کر دیتی ہیں، لیکن سلعہ کے اندر پیورین (Purine) اور پائری میڈین استحالہ (Pyrimidine Metabolism) کی مداخلت کے باوجود ان کی کوئی کامیابی مشاہدہ نہیں کی گئی۔

کورس اور استعمال:- میتھوٹریگزیٹ (Methotrexate) کا مختصر نصاب (۲۵ ملی گرام یومیہ برائے ۵ یوم) براہ دہن دیا جا سکتا ہے۔ اسے ۲۵ ملی گرام یومیہ ۵ دن تک درون عضلاتی راہ سے اخراجاً دیا جا سکتا ہے۔ حسب ضرورت یہ نصاب مکرر سہ کرر بھی دیا جا سکتا ہے۔

پیوری نیتھال (Purinethol) 6—Mercaptopurine بمقدار ۲٫۵ ملی گرام فی کلوگرام جسمانی وزن کے اعتبار سے ۶ ہفتے تک براہ دہن دیا جا سکتا ہے۔

5—Fluorouracil کو بمقدار ۱۵ ملی گرام فی کلوگرام جسمانی وزن کے اعتبار سے (ایک گرام تک) درون وریدی راہ سے دینا چاہئیے، لیکن کسی طرح کی معدی معوی علامات ملتے ہی سلسلۂ علاج منقطع کر دینا چاہئیے۔

القلیتی عوامل (Alkalanating Agents) جو مقیاس الاشعاعی مرکبات (Radio metric Agents) ہیں، خلیے کے اندر والے مرکب کے ساتھ مل کر کام کرتے ہیں جو خیطیت (Mitosis) اور استحالہ کیلئے ناگزیر ہیں اور اس طرح خلیہ کو اس کے انزائم اور نوکلیائی لحمین (Nucleoprotein) کے استعمال سے محروم کر دیتے ہیں۔ یہ نائٹروجن مسٹرڈ (Nitrogen Mustured) یعنی مسٹین (Mustine)، کلورم بیوسل (Chlorambucil) یعنی لیوکیران (Leukeran)، مل فالان (Melphalan) Alkeron L—Phenyl-Alanine Mustard تھیوٹیپا یعنی (Tryethylene Thiophosphoramide) اور انڈوکس یعنی سائیکلو فوسفا مائڈ (Cyclophos phamide) پر مشتمل ہوتے ہیں۔

مقدار استعمال:- نائٹروجن مسٹرڈ درون وریدی راہ سے ۰٫۱ ملی گرام فی کلوگرام جسمانی وزن یومیہ، زیادہ سے زیادہ ۸ ملی گرام تک۔

کلورم بیوسل براہ دہن ۰٫۲ ملی گرام فی کلوگرام جسمانی وزن یومیہ۔ نصاب ۳ تا ۶ ہفتے۔ ۶ ہفتہ کا وقفہ دے کر یہ نصاب دہرایا جا سکتا ہے۔ اس سے کچھ اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

مل فالان براہ دہن ۲ تا ۲۵ ملی گرام یومیہ، جملہ خوراک ۲۰۰ ملی گرام تک، یا درون عضلاتی راہ سے ۱ ملی گرام فی کلوگرام جسمانی وزن کی واحد مقدار۔ یہ دوا طلائینی سلعہ، نقدالعجرتومی سلعہ اور لیمفی لحمی سلعہ میں خاص طور سے موثر ثابت ہو چکی ہے۔

تھیوٹیپا درون وریدی راہ سے ۲ تا ۳ ملی گرام ہفتہ وار ... بعض کرسطانی سلعہ میں بکثرت

استعمال کیا جاتا ہے۔ اسے عملیہ کے دوران کہف شکم میں بھی ۶۰. ملی گرام کی مقدار میں انجکشن کیا جا سکتا ہے۔

اینٹی بایوٹک: ایکٹینومائی سین۔ ڈی (Actinomycin-D) کوسموجن (Cosmogen) مبیض کے سلوی مرحلی سلعۂ لحمیہ میں کسی قدر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔ اسے ۰.۵ ملی گرام یومیہ کی مقدار میں ۵ یوم تک درون وریدی راہ سے دیا جا سکتا ہے۔

مذکورالصدر ادویہ کے استعمال کے دوران ان کے خطرات کو بھی ذہن نشین کر لینا چاہیے اور کسی طرح کا خراب ردعمل ظاہر ہوتے ہی استعمال موقوف کر دینا چاہیے۔ مسمم للخلیات ادویہ دوران حمل ہرگز استعمال نہ کرائیں۔ مبیضی سلعہ کا کیمیاوی معالجہ ابھی ابتدائی مرحلے میں ہے، تاہم ماہرین کو مستقبل میں اس سے اچھے نتائج کی توقع ہے۔

یونانی علاج :۔ صرف ابتدائی مدارج میں کامیابی کی امید کی جا سکتی ہے، جب سلعات بہت بڑھے ہوئے نہ ہوں، سوداویت کا غلبہ ہو تو مریضہ کا سحنہ دیکھتے ہوئے فصد باسلیق انجام دینی چاہیے، بسا اوقات فصد صافن بھی کرنی پڑتی ہے۔ اگر سوداویت کا غلبہ ہو تو منضج سوداء دوائیں استعمال کرائیں، سلیم سلعات اس معالجے سے جلد متاثر ہوتے ہیں لیکن خباثت کی حالت میں طویل المدتی معالجہ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ نضج مادہ کی غرض سے نسخہ ذیل دیا جائے:

(۱) شاہترہ ۷ گرام، منڈی ۱۰ گرام، گل نیلوفر ۷ گرام، گلِ سرخ ۷ گرام، افتیمون بصرہ بستہ ۵ گرام، گاؤزباں ۵ گرام، آلوبخارا ۵ گرام، عناب ۵ عدد کوٹ چھان کر رات میں آبِ گرم میں بھگو دیں، صبح مل چھان کر شربت عناب ۵ گرام شامل کر کے نوش کرائیں۔

آثار نضج ظاہر ہونے پر مسہلات شامل کر کے نوش کرائیں۔

مرض کی رفتار ترقی رک جانے کے بعد تحلیل سلعہ کی غرض سے حسب ذیل نسخہ استعمال کرائیں:

(۱) بیخ کاسنی، عنب الثعلب خشک، بیخ بادیان، اصل السوس مقشر، گاؤزباں ہر ایک ۵ گرام، تخم کشوث بصرہ بستہ ۳ گرام، شاہترہ ۵ گرام۔ جملہ دوائیں نصف لیٹر پانی میں جوش دیں، تہائی حصہ باقی رہ جانے پر افتیمون ۳ گرام پوٹلی میں باندھ کر اس میں ڈال دیں اور آگ پر سے اتار لیں۔ ایک گھنٹہ بعد چھان کر شربت دینار ۲۵ ملی لیٹر شامل کر کے پلائیں۔

تقویت کی غرض سے بعد غذائیں حب مروارید ۲ عدد، شربت فولاد ۱ چمچہ بھر دیں اور رفع قبض کی غرض سے حب تنکار، حب برداشت ہفتے میں دو بار بوقت خواب استعمال کرائیں اور روزانہ سوتے وقت کشتہ ابرک ۱۶ ملی گرام ہمراہ معجون زنجبیل ۱۰ گرام دیں یا بوقت خواب قرص مقل ۲ عدد مناسب بدرقہ کے ساتھ استعمال کرائیں۔

مقامی استعمال کی دوائیں :۔ التہاب رحم، التہاب قاذفین و مبیضین اور سرطان عنق اسباقی کے معالجے میں اکثر دوائیں مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائی جا سکتی ہیں۔ مرہم رسل اور مرہم داخلیون کی بھی ابا

قدیم نے بہت تعریف کی ہے۔ حسب ذیل ضمادات و مراہم بھی تیار کر کے استعمال کئے جا سکتے ہیں:

نسخہ ضماد: بابونہ، برگ سداب، تخم حلبہ، صندل سرخ، اکلیل الملک ہر ایک ۷ گرام، انجیر خشک ۳ عدد پیس چھان لیں اور اشق و مقل ہر ایک ۵ گرام سرکہ شراب میں حل کر کے چھان لیں اور مذکورہ چھانی ہوئی ادویہ شامل کر کے موم زرد ۷ گرام، روغن گل ۲۰ ملی لیٹر پگھلا کر اس میں حل کریں۔

ترکیب استعمال: قدرے ضماد لے کر آب عکوہ اور سرکہ خالص کے ہمراہ مقام سلعہ پر ضماد کریں۔

ٹھوس (لیفی) سلعہ میں ضماد ذیل تیار کر کے مقامی طور پر استعمال کرائیں:

(ص) پوست خشخاش سفید، جدوار خطائی، تخم خطمی، آب برگ عنب الثعلب ہر ایک دو گرام۔ گاز کو روغن میں چرب کر کے دواؤں سے آلودہ کر کے اطراف رحم میں رکھیں۔

تحلیل اورام کے لئے نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(ص) صابن، موم خام، بکری کی چربی، مرغابی کی چربی، بط کی چربی، شیر کی چربی ہر ایک ۱۲ گرام روغن زیتون و بابونہ ۵۰۔ ۵۰ ملی لیٹر میں پگھلا کر تخم حلبہ، اشق، مصطگی، گل بابونہ، تخم کنوچہ، ریوند چینی، بزرالبنج ہر ایک ۶ گرام پیس کر ملائیں اور افیون، زعفران کا اضافہ کر کے اس میں گاز لت کر کے حمولاً استعمال کرائیں۔

نسخہ دیگر (ص): کشنیز، افیون ۳ گرام، زعفران ۱ گرام، اکلیل الملک، شحم بط سے ضماد تیار کر کے استعمال کرائیں۔

شدت درد کی حالت میں مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے اور جوشاندہ خشخاش سے تکمید کرائیں نیز مسکن درد جوشاندہ میں آبزن کرائیں، جن کا بیان سابقہ اوراق میں تفصیل سے گذر چکا ہے۔ حسب ذیل تدابیر بھی مفید ہیں:

گرم مسکن درد ادویہ مثلاً جوشاندۂ حلبہ، خطمی و خبازی وغیرہ نیز موم زرد اور روغن زیتون کی تلچھٹ سے قیروطی تیار کر کے، جو تانبہ کے برتن میں کچھ دنوں تک رکھی گئی ہو تاکہ قدرے زنگار چھوٹ کر اس میں آجائے، مقامی طور پر استعمال کرائیں۔ اس سے نہ صرف درد رفع ہوگا، بلکہ ورم تحلیل ہونے میں بھی مدد ملے گی۔

زعفران، نشاستہ اور افیون سے شیاف تیار کر کے مقامی طور پر استعمال کرائیں نیز عورت کے دودھ کا حقنہ کریں، اگر اس کے ساتھ عناب، سپستاں، فلوس خیار شنبر و روغن بادام بھی ملا لیں تو حقنہ مزید موثر ہو جائیگا۔

عصری تحقیقات کے مطابق ہندوستانی جڑی بوٹی بھلانوا، جس کے تخم و بیج کا استعمال یونانی اور آیورویدی دواؤں میں عرصے سے کیا جا رہا ہے، کے پھل کے عرق میں سرطان کے علاج کی صلاحیت موجود ہے، چنانچہ حال ہی میں بمبئی کی ایک دوا ساز کمپنی نے ڈاکٹر وید کی نگرانی میں ایک سوق نما دوا تیار کرنی شروع کر دی ہے جو اناکیر سین کے نام سے موسوم ہے اور بازار میں آیورویدک دوا کے طور پر فروخت ہو رہی ہے۔ مقدار خوراک

بچے یومیہ ہے۔ بہت سے مریضوں میں اناگیر سیمن فورٹ کے استعمال سے کسی طرح کا کوئی خراب تعامل نوٹ نہیں کیا گیا۔ البتہ بعض افراد میں خراش جلد کی شکایت پائی گئی جس پر بآسانی قابو پالیا گیا۔ اس کی سب بڑی خوبی یہ ہے کہ متلی تے، ثقل سماعت جیسی شکایتیں نہیں پائی جاتیں، اس کے اثرات فقط سرطان سے متاثرہ خلیات پر مرتب ہوتے ہیں اور دیگر خلیات جسم محفوظ رہتے ہیں، خون پر بھی کوئی خراب اثر مرتب نہیں ہوتا۔ اس دوا کو علامات سرطان معدوم ہونے کے بعد بھی عرصہ تک استعمال کرایا جائے تاکہ عود مرض کا امکان بھی ختم ہو جائے۔ بھلانوا کے تیل کا جوہر بھی بطور اشراب استعمال ہوتا ہے۔

غذا و پرہیز:۔ مریضہ کو آرام سے بستر پر لٹائے رکھیں اور امکانی حد تک چلنے پھرنے سے احتراز کرائیں۔ غذا میں دودھ، انڈا، یخنی، شوربا، مونگ کی کھچڑی، سادہ شوربا اور دیگر ملائم، سیال اور مقوی اغذیہ داشربہ دیں۔ سرخ مرچ، ترشی، گرم مصالحہ، بادی اور ثقیل اغذیہ نیز مجامعت سے پرہیز کرائیں۔

عملیہ:۔ خباثت کی توثیق ہو جانے پر واحد علاج کلی استیصال ہے، چونکہ اس کی تشخیص میں گوناگوں دشواریاں پیش آتی ہیں اور اکثر امراضیاتی تشخیص ناکام یا ناکافی ہوا کرتی ہے اور بیضی سلعہ چونکہ خاص طور سے خبیث ہوتا ہے، لہٰذا بعجلت ممکنہ دور کر دینا چاہیے، کیونکہ عملیہ میں تاخیر سے کام لینے پر اس میں بل پڑنے اور تمزق زدہ ہونے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔ تشخیص کی جملہ غلطیوں سے بچنے کے لئے بایوکیمیکل یا دیگر مروجہ طریقوں مثلاً اشعاع، حوضی استرواح باریطون (Pelvic Pneumoperitonitis) اور درون بینی سے بھی مدد لی جاسکتی ہے۔

بیضی سلعہ کی قابل اعتماد تشخیص کے بعد شکم شگافی کے فیصلہ کا جواز صاف ہو جاتا ہے، تاہم فیصلہ کے وقت سلعہ کی خصوصیت اور مریضہ کی عمر بھی مدنظر رکھنی چاہیے۔ شکمی عملیہ میں سے ایک کامیاب ترین عملیہ بیضی شگافی (Ovariotomy) ہے، جسے عہد طفولیت و شیخوخت دونوں میں پورے اعتماد کے ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے۔

سلعہ کی ماہیت کی تعیین اس کی ظاہری بناوٹ سے کی جاسکتی ہے خواہ یہ دویری ہوتا ہے یا صلب، خواہ یہ کیسہ کے ذریعہ نشو و نما پاتا ہے یا شکم میں آزاد سیال ہوتا ہے، خواہ اس میں تخمی بالیدگیاں (Seeding Growths) پائی جاتی ہیں، وغیرہ۔ مریضہ کی عمر مزید صلاحیت تولید ظاہر کرتی ہے، بہر حال جواں سالہ مریضات میں تناسلی اعضاء کے استیصال کے سلسلے میں مستحفظ (Conservative) طریقہ اپنایا جاتا ہے۔ مسن مریضات میں کلی استیصال کو ترجیح دیا جاتا ہے۔ مسن مریضات میں خبیث سلعہ کی یکجائی جزو سے استیصال کی راہی ہوتی ہے۔ سرجن کو حسب ذیل کیفیات میں سے کوئی مناسب طریقہ منتخب کرنا پڑتا ہے۔

بیضی دویرہ برآری، ایک مبیض کا استیصال، دو جانبی بیضی دویرہ برآری، یک طرفہ بیضی دویرہ شگافی کو مخالف سمت کے مبیض کا استیصال، مبیضین، قاذفین اور رحم کا استیصال، ناقابل عملیہ تودہ کی بایوپسی

چند دیگر تدابیر بھی روبہ عمل لائی جا سکتی ہیں مثلاً رحم کے رباطات مستدیر کو چھوٹا کرنا، اگر خبیث اجتماعات پر مشتمل ہو تو ژب کا استیصال، آنت کی تراش (Resection)، قولون شگافی انجام دینی، رحم کی بیرہ نگاری۔

اگر سلیم سلعہ کے دباؤ سے طبعی مبیضی بافت مکمل طور سے تباہ ہو گئی ہو تو ایک مبیض کو دور کر دینا چاہیے، اس کی اجازت فقط اسی وقت ہے جب کہ سلعہ سلیم ہو اور مخالف مبیض طبعی نظر آئے۔ مبیضی سلعہ کی سطح پر اکثر قاذفہ کھنچ اٹھتا ہے، لہٰذا اسے محفوظ رکھنے کا بہت کم جواز رہ جاتا ہے، لہٰذا سلعہ کے ساتھ اکثر قاذف کو بھی دور کر دیا جاتا ہے۔ یہ عملیہ یک جانبی انجوبہ و مبیض برآری کے نام سے موسوم ہے۔

اگر دونوں مبیض محل سلعہ بن چکے ہوں تو انھیں بلا تامل دور کر دیا جائے خواہ سلعات سلیم ہی کیوں نہ ہوں کیوں کہ خالی آنکھ سے کسی مبیضی بافت کی دریافت ناممکن ہے۔ مبیض کے استیصال کے بعد رحم اور ارطمث بے قاصر ہو جاتا ہے، کیوں کہ ادرار طمث کے لیے مبیضی ہارمون ناگزیر ہے، لہٰذا ایسی حالت میں رحم کو بھی دور کر دینا چاہیے۔ تاہم استیصال رحم کے وقت جواں سالہ مریضات میں تامل، غور و فکر اور صلاح و مشورہ ضروری ہے خواہ مستقبل کی ولودیت کے امکانات بعید ہی کیوں نہ ہوں۔ قاذفین و مبیضین میں اس وقت شگاف لگانا ناگزیر ہو جاتا ہے جب کہ بالیدہ خبیث ہو، لیکن اس عمل کے وقت بھی مریضہ کی عمر کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔ مبیضین کے سرطانی سلعہ کے لیے کم از کم قابل قبول عملیہ مکمل رحم برآری اور دو جانبی قاذفین و مبیضین برآری ہے، کیوں کہ طان دونوں مبیض میں موجود ہونے کے علاوہ رحم میں بھی منتشر ہو سکتا ہے۔

شعاعی معالجہ شاذ و نادر اصابات میں ہی علاج شافی ثابت ہوتا ہے۔ تاہم اس سے بالیدگی رفتار سست ضرور پڑ جاتی ہے۔

اگر حمل کو زیادہ دن نہ گذرے ہوں نیز مبیضی سلعات سے دوران حمل میں انسداد واقع ہو جائے تو انھیں حوض کے گگرے اوپر ڈھکیلا جا سکتا ہے، یہ عمل معدم حس کے زیر اثر انجام دینا چاہیے، بعدہ کلاہبی وضع حمل کرایا جائے، لیکن ان حالات میں دویرہ کی دیوار میں شکستگی ناگزیر ہے، لہٰذا احتیاط کا تقاضا یہ ہے کہ بچہ پیدا ہونے کے ۴۸ گھنٹہ کے اندر اندر سلعہ کو دور کر دیا جائے۔ نفاس میں علامتیں رونما کرنے والے جملہ دویروں کو دور کر دینا چاہیے۔ بسا اوقات وضع حمل کے دوران حوض میں مبیضی سلعہ اس قدر مثبت ہو جاتا ہے کہ حرکت پذیری ختم ہو جاتی ہے اور براہ مہبل اس کا بزل بھی ممکن نہیں ہوتا، ایسی نازک حالت میں بذریعہ عملیہ اس کا فوری استیصال کرنا چاہیے۔ ان اصابات میں سلعہ تک رسائی حاصل کرنے سے پیشتر بذریعہ عملیہ قیصری وضع حمل کرا دینا چاہیے، اس کے بعد رحم کو شکم سے باہر نکالا جائے۔

مبیضی سلعات کی چند اہم پیچیدگیوں کا علاج

ساقچہ کا تلوی: جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، یہ ایک حاد امر جسنی ہے لہٰذا بعجلت ممکنہ تشخیص مکمل کر کے دویرہ دور کر دینا چاہیئے۔ اس طرح حوضی التہاب باریطون سے انضمام کا اندیشہ دور ہو جائے گا جو عملیہ کو دشوار اور انذار کو برا بنا دیتے ہیں۔ خراب اصابات میں مبیضین وقاذفین دور کر دیئے جاتے ہیں لیکن مریضہ کی عمر کے پیش نظر اس امر کا فیصلہ کرنا چاہیئے کہ آیا فقط سلعہ دور کیا جائے یا مبیضین قاذفین اور رحم کا بھی استیصال کیا جائے۔

(۲) **دویرہ کا انشقاق:** یہ بھی طبی عملیتی امر جسنی ہے، اس کا علاج بھی تلوی کے خطوط پر کرنا چاہیئے، بعجلت ممکنہ شکم شگافی کے بعد منشق دویرہ دور کر دیا جائے۔

(۳) **دویرہ میں نزف:** سقوط قوت سے بچنے کی تدابیر کی جائیں اور یہ دویرہ لازمی طور پر دور کر دیا جائے۔ اسفیداج، طین واقاقیا یا لسان الحمل، کندر و طین مختوم سے مرہم بنا کر استعمال کرائیں۔

(۴) **دویرہ کی سرایت:** عملیہ سے پیشتر سلفا ادویات اینٹی بایوٹک اشراب، مصفیات دم، معاجین واقیات نیز شکم پر تکمید حار کے ذریعہ سرایت پر قابو حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بسا اوقات ابتدائی تغرز کی تدابیر کے وقت ہی سرایت زدہ دویرہ کا آپریشن اور استیصال بہترین تدبیر ہوتی ہے۔

باب ششم

فسادِ طمث

[MENSTRUAL DISORDERS]

جیسا کہ ابتدا میں بتایا جا چکا ہے، مرضی کیفیت جاننے کے لئے طبعی صورت حال سے کماحقہٗ واقفیت ناگزیر ہے۔ لہٰذا اس باب کا مطالعہ کرنے سے پیشتر باب اول میں درج حیض کی فزیالوجی کا سبق دہرا لینا چاہئے۔ حیض کا خون فی الحقیقت ایک فضلہ ہے، جس کا جسم میں محبوس ہو جانا احتباس بول و براز کی طرح گوناگوں امراض و عوارض پیدا کرتا ہے۔ صحت مند بالغ عورتوں میں دورۂ طمثی ۲۸ دن کا ہوتا ہے یہ دورہ ۲۱ تا ۳۲ دن کا بھی ہو سکتا ہے۔ بعض دیگر تندرست عورتوں میں ۴۰ یوم یا اس سے زائد مدت کا دورۂ طمثی بھی ریکارڈ کیا گیا ہے، جس سے متوازن دروں افرازی فعل کی طرف اشارہ ہوتا ہے۔ اس میں ۴۔ ۵ یوم نزف ہوتا ہے، باقی دنوں میں استراحت یا وقفہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ۳، ۵ یا ۷ دن نزف جاری ہو کر از خود بند ہو جاتا ہے۔ ۲ دن سے کم اور ۷ دن سے زیادہ مدت نزف غیر طبعی تصور کی جاتی ہے۔ طمثی خون کی مقدار کا کوئی معیار مقرر نہیں کیا جا سکتا، کیوں کہ ایک مقدار نزف کسی مریضہ میں طبعی ہو سکتی ہے تو دوسری میں غیر طبعی بھی ہو سکتی ہے۔ طمثی خون میں عموماً چھوٹے چھوٹے لوتھڑے موجود ہوتے ہیں لیکن بڑے لوتھڑے کثرت جریان پر دلالت کرتے ہیں۔

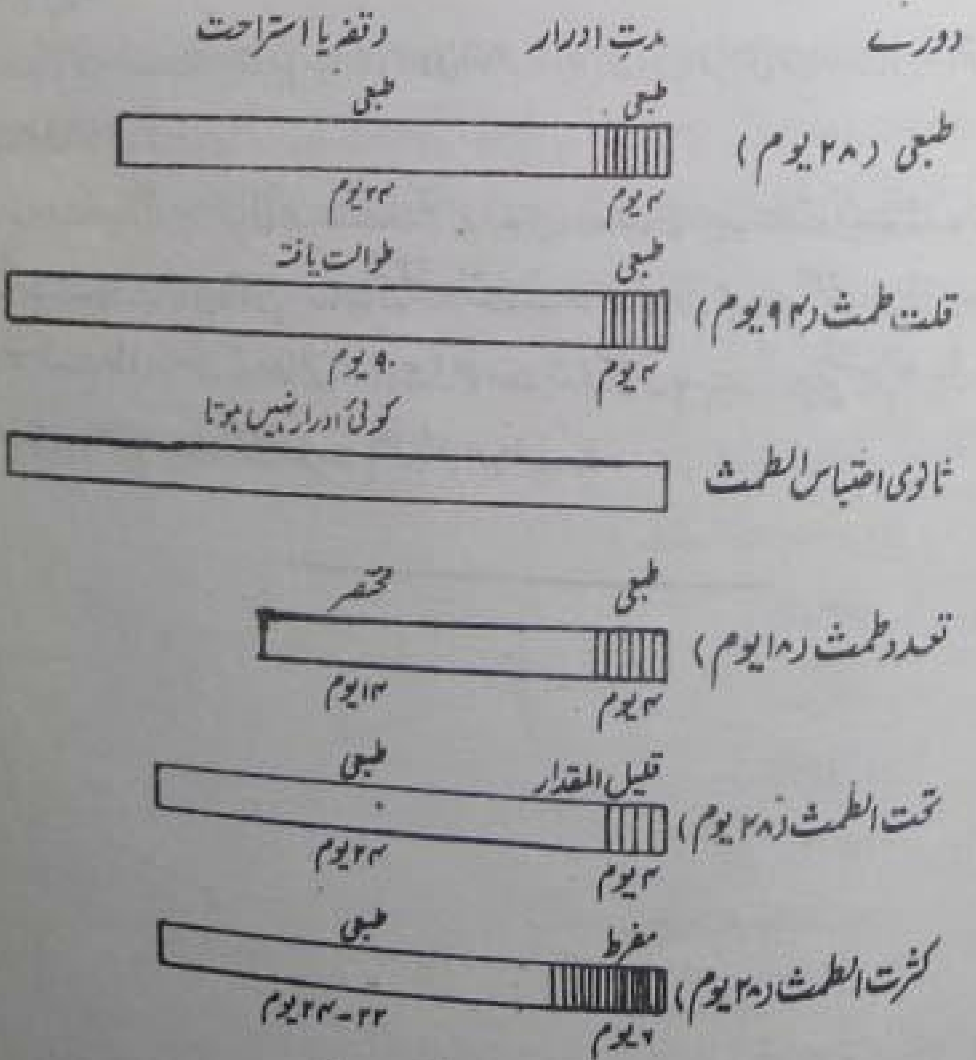
طمثی اختلالات کے مختلف اقسام معلوم کرنے کے لئے ایک محتاط روئداد انتہائی مفید ثابت ہو سکتی ہے۔ بے شمار عورتیں طمثی فعل کے فساد کی شکایت کرتی ہیں، جس کے ساتھ کبھی درد موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ بسا اوقات محتاط روئداد حاصل کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ عورت میں طبعی طور پر طمثی توازن موجود ہے اور ایسی حالت میں علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔ عمر مراہقت کے دوران دروں افرازی فعل کا باہمی تعاون ہوتا ہے جس کے نتیجہ میں بسا اوقات بے قاعدہ طمث جاری ہوتا ہے۔ دوران حمل دروں افرازی فعل کچھ وقت کے لئے مشیمہ کے ذمہ ہو جاتا ہے اور جب بچہ کی تولید کے بعد دروں افرازی غدد اپنا فعل دوبارہ انجام دیتے ہیں تو طمثی توازن میں تبدیلی

آ سکتی ہے۔ سن یاس کے وقت طمثی دورے خلل یافتہ دروں افرازی فعل کے سبب بے قاعدہ ہوجاتے ہیں۔

دورہ حیض کا حساب طمثی مدت (ایام حیض = Period) شروع ہونے کے پہلے روز سے دوسری مدت شروع ہونے کے پہلے روز تک کیا جاتا ہے جو دروں رحمی نشوونما کے ایک دور پر مشتمل ہوتا ہے جو تخصیب کی عدم موجودگی میں عدم تقشر (Desquamation) پر اختتام پذیر ہوتا ہے۔ حسب ذیل اسباب و عوامل فعل حیض کو طبعی طور پر برقرار رکھتے ہیں، ان میں سے کسی ایک کے جزوی یا کلی خلل یافتہ ہونے کی صورت میں طمثی فساد فعل کی مختلف صورتیں رونما ہوسکتی ہیں:

رحم بالخصوص دروں رحم کا مکمل طور سے نمو یافتہ ہونا، مبیضین کی پختگی اور ان میں تبویض کی بھرپور صلاحیت کی موجودگی، معین تناسلی غدود مثلاً نخامیہ کے فص مقدم اور درقیہ کی مناسب اور صحیح کارگزاری۔

طمث کی عمومی بے قاعدگیاں احتباس الطمث (Amenorrhoea) کثرت الطمث (Menorrhagia) تحت الطمث، ناقص طمث (Hypomenorrhoea) قلت طمث (Oligomenorrhoea) اور تعدد طمث (Epimenorrhoea) ہیں جن کی وضاحت حسب ذیل جدول سے ہوتی ہے۔



تصویر نمبر ۱۴۴: طمثی بے قاعدگیوں کا خاکہ

جب عورت ادرار طمث موقوف کر دیتی ہے تو اسے احتباس الطمث کہتے ہیں، اگر احتباس الطمث شروع ہی سے موجود ہو یعنی آغاز طمث سے ہی نہ ہوا ہو تو اسے ابتدائی کہتے ہیں لیکن اگر حیض کچھ دن تک جاری رہ کر رک جائے تو اسے ثانوی احتباس الطمث سے موسوم کرتے ہیں۔ ناقص طمث یا تحت الطمث اسے کہتے ہیں جب کہ طمث مسلسل اور باقاعدہ آرہا ہو لیکن ایام یا مقدار طبعی سے کم ہو یعنی قلیل المقدار (Scanty) ہو۔ قلت طمث اسے کہتے ہیں، جب کہ ۶ ہفتوں سے زائد وقفہ (استراحت) ہو۔ یہ وقفہ ۳۰ دن سے زائد لیکن ۳ ماہ سے کم کا ہونا چاہیئے۔ اگر باقاعدہ ماہانہ طمثی دوروں میں زائد مقدار دم ضائع ہونے لگے تو اسے کثرت الطمث کہتے ہیں۔ تعدد طمث اسے کہتے ہیں جب کہ طمثی دورہ ۳ ہفتہ یا اس سے کم وقفہ (استراحت) کے تواتر سے ہونے لگے۔ بسا اوقات مدت طمث بلا کسی زائد زیان دم کے ایک ہفتہ سے زائد طوالت اختیار کر گئی ہے۔ فساد حیض کے سبب کی صحیح تشخیص کے لیے اس کے اسباب و عوامل کو حسب ذیل سرخیوں کے تحت تقسیم کر لینا چاہیئے:۔

(۱) صنفی اعضا کے متعلقہ اسباب (۲) جسمانی امراض، (۳) دروں افرازی فسادات، (۴) تحولی فسادات

(۵) ماحولی عوامل۔

فسادات طمث اگرچہ انتہائی کثرت سے واقع ہوتے ہیں اور نسائی مریضات کے ایک بڑے تناسب میں اس کی شکایات پائی جاتی ہیں تاہم اس طرح کے طمثی اختلالات علامتی ہوتے ہیں اور اکثر ابتدائی سبب ناقابل توضیح ہوتا ہے لہٰذا دستور کے مطابق اصابات کی جماعت بندی کر لینی چاہیئے۔ اگرچہ یہ تقسیم نظریاتی اعتبار سے غیر معیاری ہے تاہم سرسری نقطۂ نظر سے بالکل عملی اور مفید ہے۔

۳۶

احتباس الطمث

[Amenorrhoea]

یہ تو معلوم ہی ہے کہ فعل طمث عمر ولودیت کے ساتھ مخصوص ہوا کرتا ہے، لہٰذا پیش از آغاز طمث و بعد از آغاز طمث پر احتباس الطمث کا اطلاق کسی طرح مناسب نہیں۔ قبل از بلوغ، دوران حمل، دوران رضاعت اور بعد ایاسی دور کا احتباس الطمث مناخاتی کہلاتا ہے۔ یہ حالت دراصل علامت ہے مرض نہیں، اگر مندرجہ بالا مناخاتی حالات کے علاوہ بندش حیض امراضیاتی حالت کے سبب واقع ہو تو ابتدائی سبب مقامی ہو سکتا ہے جیسا کہ رحم برآری کے بعد وقوع پذیر ہوتا ہے۔

احتباس الطمث کی تقسیم درج ذیل ہے:

(۱) حقیقی نمایا کاذب احتباس الطمث۔

(۲) صادق احتباس الطمث۔

ا۔ مناخاتی:

(۱) قبل از بلوغ،

(۲) دوران حمل،

(۳) دوران رضاعت،

(۴) سن یاس کے بعد،

ب۔ امراضیاتی:

(۱) خلقی،

(۲) ہارمونی عدم توازن،

(۳) فعل طمث کے لئے ناگزیر اعضا میں سے کسی عضو کی بربادی:

(ا) بذریعہ مرض،

(ب) بذریعہ شعاع یا لاشعاع،

(ج) عملیہ کے ذریعہ،

(۴) امراض عام بسلسلہ اخلاط اور دیگر اعضاء کی شراکت۔

(۱)

کاذب یا حقیقی نما احتباس الطمث

[Pseudo or Apparent Amenorrhoea]

اسے طمث مخفی (Cryptomenorrhoea) یا حیض المخفی (Conceled Menstruation) بھی کہتے ہیں۔ اس کے دو اسباب یعنی نشو نما کی خرابیاں اور عنق کا اکتسابی تضیق بتائے جاتے ہیں۔

نشو نمائی یا خلقی خرابیاں: غیر مثقب غشاء البکارت، مہبل میں عرضی حاجز، ملیری اجبال (Mullerian Cords) زیریں کنارہ کی نامکمل تقالیت (Canalization) اور گا ہے مہبل کی عدم موجودگی کے سبب طمثی مواد مہبل میں مجتمع ہوتا رہتا ہے اور نتیجہ کار مہبلی اجتماع الدم یا رحمی کہفہ میں جمع ہو کر رحمی اجتماع الدم اور قاذف میں مجتمع ہو کر انبوبی اجتماع الدم عارض کر دیتا ہے۔

سریری اعتبار سے مریضات طبعی طور پر جوان سال لڑکیاں ہوتی ہیں جو عنفوان شباب میں دوری درد سے دوچار ہوتی ہیں لیکن معمولی طمثی نزیف بھی نہیں ہوتا۔ محبوس خون کی مقدار ۵ پائنٹ تک ہو سکتی ہے اور نتیجہ کار شکمی حوضی سلعہ وقوع پذیر ہوتا ہے جو شکمی امتحان پر قابل جس اور قابل مشاہدہ ہوتا ہے۔ بسا اوقات خلقی طور پر تنگی پائی جا سکتی ہے، جس کے سبب احتباس عارض ہو جاتا ہے۔

عنق کا اکتسابی تضیق: عنقی قنال کے اکتسابی تضیق کے کثیر الوقوع اسباب بچہ کی ولادت عنقی دوزی، بتر عنق، عنق کی برقی تخثیر (Electro Coagulation) یا تکویہ اور ریڈیم استعمال کرنے کے بعد بھی عنقی تضیق سے شاذ و نادر طمث مخفی واقع ہو سکتا ہے۔ اس طرح کے عملیوں کے اختتام پر دانش مندانہ احتیاط کا تقاضا یہ ہے کہ غیر مسدود راستہ کو محفوظ رکھنے کے لئے عنقی قنال میں مجر داخل کر دیا جائے۔

(۲)

صادق احتباس الطمث

[True Amenorrhoea]

منافعاتی

منافعاتی احتباس الطمث نرز اصابات میں بلوغ سے قبل، دوران حمل اور دوران رضاعت واقع ہوتا ہے۔ علاوہ بریں بعد ایاسی عمر میں بھی پایا جاتا ہے۔

(۱) **قبل از بلوغ**: طمث کا ادرار عموماً ۱۲ تا ۱۴ سال کی عمروں کے درمیان طبعی طور پر جاری ہوجاتا ہے لیکن شاذونادر کم عمر کی بچی بھی قبل از وقت نشونمایافتہ طمث جاری کرسکتی ہے جو حقیقتاً منافعاتی ہوتا ہے نہ کہ مبیض کے طلمانی خلوی سلعہ کی موجودگی۔ منافعاتی احتباس الطمث مختلف عمر میں اختتام پذیر ہوجاتا ہے۔ اس اختلاف کا انحصار وراثت، نسل، آب وہوا اور مریضہ کی تغذیاتی حالت پر ہوتا ہے۔ مبیض میں آئسٹروجینی فعالیت ۱۲ تا ۱۴ سال سے کم عمر میں شروع ہوجاتی ہے اور خون میں آئسٹروجن پہلے پہل اس سطح تک نہیں پہنچ سکتا جو دروں رحم سے نزف کا سبب ہوتا ہے، اسی لئے تاوقتیکہ ایسا نہ ہو احتباس الطمث برقرار رہتا ہے۔

(۲) **دوران حمل**: احتباس الطمث طبعی طور پر حمل کے بڑھتے جسم اصفر برقرار رہنے کے سبب موجود رہتا ہے، تاوقتیکہ مشیمہ پروجسٹرون پیدا کرنے کا فعل اپنے ذمہ نہ لے لے، تاہم بعض عورتیں حمل کے ابتدائی مہینوں میں خفیف نزفات جاری رکھتی ہیں۔ چونکہ حمل احتباس الطمث کا کثیرالوقوع سبب ہے لہٰذا کسی بھی تشخیص سے پیشتر اسے مستثنیٰ کرلینا چاہیئے۔

(۳) **دوران رضاعت**: دوران حمل کی طرح دوران رضاعت بھی حیض کا ادرار نہیں ہوتا، کیونکہ اس دوران جنین یا نوزائیدہ کی پرورش میں صرف ہوتا ہے۔ لیکن جب بچہ کو دودھ پلانا چھڑا دیا جاتا ہے تو ایک ہفتہ کے اندر دوبارہ جاری ہوجاتا ہے۔ تقریباً ۳۰٪ مریضات میں طمث دوران رضاعت ہی جاری ہوجاتا ہے جو طبعی ہوتا ہے جس کے ہمراہ تبویض اور جسم اصفر کی تکوین کا بھی فعل جاری رہتا ہے۔ اس حقیقت پر ابھی تک پردہ نہیں اٹھا کہ مریضات کی اکثریت میں کیوں احتباس الطمث واقع ہوتا ہے لیکن جملہ مریضات میں نہیں۔

(۴) **سن یاس کے بعد**: احتباس الطمث اس امر کی علامت ہے کہ سن یاس مبیضی فعل معطل ہونے کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ سن یاس کے بعد خصیۃ الرحم کے خردبینی تراشہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس میں فعال گرافی

جرابات باقی نہیں رہے۔ خصیۃ الرحم سے ایسٹروجن پیداوار کی وقوفی ہمیشہ نخامیہ سے محرک جراب ہارمون کی وافر پیدائش کے ساتھ واقع ہوتی ہے جو غالباً یاسی تورّدات (Menopausal Flushes) کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔

بہت سی عورتیں جن میں سن یاس کے وقت احتباس الطمث واقع ہوتا ہے، ان کے خون میں محرک جراب ہارمون کی کثرت نہیں ہوتی اور اسی لئے یاسی علامتیں بھی نہیں پائی جاتیں، ایسا ایسٹروجن نمو کے بتدریج انقطاع کے سبب ہوتا ہے چنانچہ اس قدر وافر ایسٹروجن پیدا نہیں ہوتا جو دوری نزف کے لئے کافی ہو، تاہم نخامیہ کو زائد مہیج مولدہ پیدا کرنے سے روکنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

یاسی بندشِ حیض عموماً ۴۲ اور ۵۲ سال کی عمروں کے درمیان واقع ہوتا ہے تاہم بعض عورتوں کو اس سے پیشتر بھی سن یاس کی عمر تک پہونچنا قلیل الوقوع نہیں۔ ان اصابات میں اس طرح ابتدائی عمر میں مبیضی خلل کی وقوفی مبیض کے نامناسب ارتقا کے سبب ہوتی ہے، جس کے ساتھ ابتدائی (اصلی) جرابات کی قلت یا جرابی بے اشتقاقی کی زائد شرح ہوتی ہے، اس کا ممکنہ سبب محرک جراب ہارمون کی زائد پیداوار بتائی جاتی ہے۔

یاسی اصابات بسا اوقات دقت پیدا کر دیتے ہیں کیوں کہ یاس کا وقوع بہت پہلے ہو سکتا ہے جس کے سبب اس کی تشخیص میں دشواری پیدا ہو جاتی ہے۔ بسا اوقات مریضہ کو اس کا اندیشہ ہوتا ہے کہ وہ حاملہ ہے نیز ایسی مریضہ رجاً (Pseudocyesis) کی کیفیت کی حامل ہو سکتی ہے۔

ب

امراضیاتی

(۱)

خلقی

خلق سبب سے پیدا ہونیوالا احتباس الطمث کثیر الوقوع نہیں اور عام طور سے علشی بہاؤ (رد) کو کنٹرول کرنے والے اعضا میں چند خلقی نقائص کے سبب واقع ہوتا ہے۔

رحم :۔ رحم کی نشو نما میں پائی جانیوالی خرابیاں مختلف درجہ میں ہوتی ہیں اور رحمی احتباس الطمث عارض کر سکتی ہیں۔ زیادہ شدید مدارج میں رحم کی نمائندگی مہبل کی بلندی پر ایک لیفی عضلی بافت سے ہوتی ہے جو کھلا ہوا یا صرف ایک لیفی حبل ہوتا ہے۔ اس طرح کے اصابہ میں احتباس الطمث ابتدائی اور دائمی ہوتا ہے۔ چند مریضات میں رحم یا مہبل کی عدم موجودگی کے ہمراہ مرینگا بخوبی ترقی یافتہ مبیضین پائے جاتے ہیں اور ثانوی

صنفی خصائص طبعی طور پر ترقی یافتہ ہوتے ہیں۔ دیگر مریضات میں رحم کم نمایاں خامی کا متناظر ہوسکتا ہے مثلاً مستحکم صبی قسم (Infantile Type) معہ خرد جسم وطویل عنق یا خرد بالغ رحم، جس میں جسم صرف جسامت میں کم ہوتا ہے۔ جملہ اصابات میں سقم جسم میں ہوتا ہے، اگرچہ عنق کی غیر طبعی حالتیں بھی موجود ہوسکتی ہیں۔

اگرچہ رحم کے ارتقا کی متعدد خلقی غیر طبعی حالتیں موجود ہوسکتی ہیں تاہم دروں رحمہ کا انعدام کثیر الوقوع نہیں یا اس کا اس قدر معمولی ارتقا ہوتا ہے کہ یہ آسٹروجن کے ذریعہ تحریک دینے کے قابل نہیں ہوتا۔ اسی طرح ضعیف العمر عورت میں جب آسٹروجن براہ دہن یا بذریعہ اشراب دیا جاتا ہے تو بعد ایاسی مذبول دروں رحمہ تھقری زیف (Withdrawal Bleeding) کی صلاحیت رکھتا ہے۔ دروں رحمہ کی ابتدائی خامی کے سبب احتباس الطمث کے اصابات انتہائی قلیل الوقوع ہیں اور اس طرح کی حالت کی تشخیص حسب ذیل طریقے سے کی جاسکتی ہے

ایتھائی نل آسٹراڈائل (Ethinyl Oestradiol) بمقدار ۰ر۰۵ ملی گرام براہ دہن روزانہ دو بار برائے ۲۱ یوم دیا جائے۔ اگر تھقری زیف ۷ تا ۱۰ یوم کے اندر اندر جاری ہوجائے تو سمجھنا چاہیے کہ احتباس الطمث ابتدائی طور پر دروں رحمہ کی ناکامی یا بطلان فعل کے سبب واقع نہیں ہوا بلکہ مبیضین کا بطوء فعل دستی تحریک کا زیادہ امکان رہتا ہے۔ اگر تھقری زف واقع نہیں ہوتا تو یہ ممکن ہے کہ دروں رحمہ ابتدائی طور پر خام یا معدوم ہے جو آسٹروجن کے ذریعہ بہرحال تحریک حاصل کرنے سے قاصر رہتا ہے۔

ان مریضات میں ثانوی صنفی خصائص طبعی طور پر ترقی یافتہ ہوسکتے ہیں نیز مبیضی فعل طبعی ہوتا ہے اور احتباس الطمث من حیث المجموع رحمی الاصل ہوتا ہے۔

خصیۃ الرحم (مبیضین):۔ مبیضین کی خلقی یا نشو نمائی خرابیاں نادر الوقوع ہیں۔ ٹرنر کے علائقیہ (Turner's Syndrome) میں دوجانبی مبیضی عدم تکون ہوتا ہے اور ان مریضات کے بدنی خلیات کے نوات میں کروماتیہ (Chromation) کے مطالعہ سے پتہ چلتا ہے کہ یہ مخصوص نسائی نمونہ کے حامل نہیں ہوتے۔ اس کے علی الرغم بیرونی منظر نسائی، قصیر القامتی ہوتا ہے نیز عنق مخصوص قسم کا گٹھیلا اور خمیدہ ہوتا ہے اور کہنی کا زاویہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ ثانوی صنفی خصائص ناقص طور پر ترقی یافتہ ہوتے ہیں اور مبیضی بطلان فعل غدۂ نخامیہ کے زائد مہیج سولدات سے وابستہ رہتا ہے۔ ان اصابات میں احتباس الطمث ابتدائی طور پر پایا جاتا ہے۔ کثیر المقدار آسٹروجن رسانی چند ثانوی صنفی خصائص کی ترقی کا باعث ہوتی ہے، لیکن کثیر القامتی پر کوئی اثر نہیں، ذاتی تمدین کم تحولی اور ثانوی صنفی صفات معمولی ترقی یافتہ ہوتے ہیں۔

نخامیہ:۔ نخامی کثیر القامتی (Pituitary Dwarfism) میں غدۂ نخامیہ کے ارتقا کی خلقی ناکامی کو عرض وطول کے درمیان بڑھتے ہوئے فرق، کسی بھی صنفی ارتقا کی کمی کے سبب خالص احتباس الطمث، کیٹو اسٹرائڈ

(Ketosteroid) اخراج کی کمی یا انعدام نیز محرک جراب بارمون کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے۔ قبل از وقت یاسیت عموماً واقع ہوتی ہے، جس کے ساتھ سست عظمی عمر معہ ناقص تغذیہ موجود ہوتا ہے۔ نشوونمائی ہارمون اور ایسٹروجن سے علاج عموماً مضر ثابت ہوتا ہے۔ نخامی تصبی میں احتباس الطمث کے علاوہ بغل اور پیڑو کے بالوں کی روئیدگی محدود ہو جاتی ہے۔ علاوہ بریں مبیضین کے عملیتی استیصال کے بعد بھی احتباس الطمث واقع ہو جاتا ہے۔

(۲)

ہارمونی عدم توازن

ایسی عورت میں احتباس الطمث جو پہلے بے قاعدہ حیض جاری رکھ چکی ہو ثانوی کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ ثانوی احتباس الطمث کے بیشتر دروں فرازی اسباب دیگر طمثی بے قاعدگیوں، جو طوالت یافتہ اور ناکافی (قلیل المقدار) زیاں (Loss) کے ساتھ پائے جاتے ہیں، کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ ان مریضات میں جوفی اعضا اکثر مکمل اور باقاعدہ طور پر ترقی یافتہ ہوتے ہیں نیز ثانوی جنسی صفات عموماً طبعی ہوتے ہیں۔ دروں فرازی غدد کی غیر طبعی حالتیں ثانوی احتباس الطمث کی مدتوں (Periods) کی بہت زیادہ ذمہ دار ہوتی ہیں۔

مبیضین :- مبیضی فعل کی جزوی ناکامی (بطلان فعل) یا عدم کفایت احتباس الطمث کی کثیر ترسبب ہے لیکن اس حالت کے ساتھ واقع ہونے والے اسبابی عوامل کو متمائز کرنا بہت دشوار ہے۔ جب مبیضی بطلان مکمل ہو جاتا ہے، جیسا کہ سن یاس میں، تو ایسٹروجن پیدا نہیں ہوتا۔ اس وقت دروں رحمہ مذبول ہو جاتا ہے لیکن اگر مزید ایسٹروجن براہ دہن یا اشرابی طور پر دیا جائے یا مبیض کے ذراتیتی خلوی سلعہ کی ترقی سے تحریک پا کر ردعمل کے طور پر بیش تضخم واقع کرنے کے قابل ہوتا ہے۔ جب مبیض سے ایسٹروجن کی پیدائش بند ہو جاتی ہے تو ایسٹروجن کا نخامیہ پر طبعی مزاحم اثر دور ہو جاتا ہے اور کچھ وقت کے لئے نخامیہ سے محرک جراب ہارمون کی زائد برآمدات ہوتی ہے۔

رحمی نزفی مرض کے اصابات میں جب عمل تبویض سب سے پہلے ناکام ہو جاتا ہے اور جرابی دور کا ارتقا واقع ہوتا ہے تو مبیضی فعل کا جزوی بطلان مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ یہ احتباس الطمث کی عارضی مدت پر منتج ہوتا ہے، جس کے بعد عموماً طویل المدتی نزف واقع ہوتا ہے چنانچہ مبیضین سے مختلف السطوح ایسٹروجن احتباس الطمث یا نزف واقع کر سکتے ہیں جو پیش آغاز، آغاز یا بیش آغاز مقدار کی سطوح کے تابع ہوتا ہے۔

خون میں ایسٹروجن کی زیریں سطوح کی جانچ کے ذریعہ استدلال، اگر احتباس الطمث موجود رہا ہو، جزوی مبیضی بطلان فعل کی موجودگی ثابت کر دے گا نیز نخامیہ سے زائد محرک جراب ہارمون کے ثبوت سے

ہی یکساں نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے۔ یہ دونوں کاشفات چونکہ ہنوز سریری معالجات میں قابل عمل نہیں لہٰذا یہ ثابت کرنے کے لئے کہ ثانوی احتباس الطمث جزوی یا کلی مبیضی ناکامی کے سبب ہے، مندرجہ ذیل ترشیہ اپنایا جا سکتا ہے۔

اگر مبیضین کے ذریعہ کسی بھی قسم کا آسٹروجن پیدا ہونے لگے تو دروں رحم اس سے متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتا اور اگر ایتھی اسٹیرون بقدار ۲۰ ملی گرام براہ دہن روزانہ ۳ بار ۵ یوم تک دیا جائے تو تقریباً ۷۲ گھنٹہ کے اندر اندر دروں رحمی نزف شروع ہو جائے گا۔ پروجسٹرون بقدار ۲۰ ملی گرام یومیہ ۵ دن تک بذریعہ اشراب دینے سے بھی یکساں نتیجہ حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ دروں رحم کی نشو نما آسٹروجن کی قلیل مقدار سے بھی کی جا سکتی ہے، اس لئے احتباس الطمث جزوی مبیضی بطلان فعل سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اگر حمل کی عدم موجودگی میں پروجسٹرون کے اشراب کے نتیجہ میں نزف جاری نہ ہو تو اغلباً کلی مبیضی بطلان فعل ہوتا ہے۔ اس کا مزید ثبوت نخامیہ کے زائد محرک جراب ہارمون سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔

اس قسم کا ایک مخصوص ہارمونی خلل اسٹین لیونتھال علامیہ (Stein Leventhal Syndrome) میں بھی دیکھا جا سکتا ہے جس میں احتباس الطمث مبیضین کے دو جانبی عظم کے ہمراہ واقع ہوتا ہے جو متعدد خرد جرابی دوریے اور نمایاں طور پر دبازت یافتہ کیسہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ان مریضات میں بیشتر کے چہرہ پر کثیر شعری روئیدگی ہوتی ہے اور گاہے زیادہ وسیع الانتشار بال موجود ہوتا ہے۔ ایسی مریضات عموماً غیر تخصیبی اور لحیم و شحیم ہوتی ہیں لیکن ثدیین میں کم تکون واقع ہوتا ہے۔ حوضی امتحان پر مبیضین اپنی طبعی جسامت سے ۲ یا ۳ گنا زیادہ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان اصابات میں مبیضی بطلان فعل جزوی ہوتا ہے کیوں کہ ان مریضات میں کچھ آسٹروجن خارج ہوتا ہے اور آسٹروجن داخل کرنے کے بعد نزف عموماً پیدا کیا جا سکتا ہے۔ محرک جراب ہارمون کی مقدار طبعی حد کے اندر ہوتی ہے جو اس امر کی دلیل ہوتی ہے کہ بطلان فعل مبیضی الاصل ہے۔

اس حالت کی سب سے تعجب خیز بات یہ ہے کہ مبیضین کے سادہ تراشہ کے بعد عموماً طبعی طمث نیز حمل بھی دوبارہ بحال ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا سبب نامعلوم ہے اور نہ ہی ہارمونی فساد فعل کی حقیقت ہی ہنوز کلی طور پر واضح ہو سکی ہے لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ یہ طبعی انزائم آخریں قدرتی عمل کے بطلان کے سبب ہوتا ہے جس کے ذریعہ متعدد پیش رو آسٹروجن میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ ان پیش رووں میں سے ایک اینڈروسٹین ڈائیون (Andro Stenedione) ہے، جسے اس حالت میں خرد مبیضی دوریوں میں سے ایک قابل ذکر مقدار میں علحدہ کیا گیا ہے جو اینڈروجینک اثر کا حامل تھا اور اسی لئے یہ تغیرات کے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔

نخامیہ:۔ نخامی بطلان فعل کی اکتسابی صورتیں جو ثانوی احتباس الطمث پیدا کرتی ہیں، امیج

مولدات ہارمون کے جزوی یا کلی بطلان فعل کی طرف اشارہ کرتی ہیں۔

مرض سمنڈ (Simmond's Disease) عروق نخامہ میں علقیت (تخثر = Thrombosis) کے سبب نخامی بطلان فعل کا موخر درجہ پیش کرتا ہے۔ مکمل طور سے ترقی یافتہ اصابات میں نخامی فعل مکمل طور سے دب جاتا ہے، اس لئے علائیہ جنسی، برودت، احتباس الطمث اور محرک نخامیہ ہارمون (Thyrotrophychromone) کے زیاں پر مشتمل ہوتا ہے۔ مریضہ سست ہوجاتی ہے۔ دموی شکر کی سطح کم ہوجاتی ہے۔ بعض اصابات میں زیان وزن یا ضیاع نہیں ہوتا۔ بغل اور بیڑو کے بال جھڑ جاتے ہیں اور اصبعی امتحان پر رحم کم تکون یافتہ معلوم ہوتا ہے۔ جلدی رنگت میں بھی فرق آجاتا ہے۔ اس کے سبب اکثر بعد الولادتی شدید نزف واقع ہونے کے سبب شدید فقر الدم واقع ہوجاتا ہے۔ لحمین اور حیاتین کی فاقہ کشی کو نخامیہ کی ناکامی فعل کا سبب تصور کیا جاتا ہے کیونکہ ان حالات میں نخامیہ کی قلت بھی واقع ہوجاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ، لحمین اور حیاتین پر مشتمل غذا سے علاج کیا جاتا ہے۔

مرض سمنڈ میں ہارمون کا استعمال مضر ثابت ہوتا ہے، نشو نما والا ہارمون اور کامل مقدم نخامیہ کے خلاصہ کے استعمال سے کوئی نتیجہ برآمد نہیں ہوتا۔ اسٹروجن سے مریضہ کی عام صحت پر قدرے خوشگوار اثر پڑ سکتا ہے لیکن تغیری نزیف کے لئے نفسیاتی معالجہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

غدہ نخامیہ کے حمضی سلعات (Acidophil Tumours) عظم الکبد (Acromegaly) پیدا کرسکتے ہیں اور مرض کے موخر درجہ میں احتباس الطمث کثیر الوقوع ہے۔ غدد فوق الکلیہ کے فعل پر سلعات کے زیر اثر پیدا ہونیوالے کشنگ علائیہ (Cushing's Syndrome) کی امارات و علامات کے لئے بسا اوقات باسوفل سلعات (Basophil Tumours) ذمہ دار ہوتے ہیں۔

ھائپوتھالامس (Hypothalamus):۔ اس امر کی چند شہادتیں موجود ہیں کہ لیوٹین آفریں ہارمون (Luteinizing Hormone) کی پیدائش زیر عرشہ یعنی ہائپوتھالامس سے کنٹرول ہوتی ہے اور محرک جراب ہارمون اور لیوٹین آفریں ہارمون کے درمیان طبعی تناسب کے بغیر تبویض عمل پذیر نہیں ہوسکتا۔ لیوٹین آفریں ہارمون کے لئے یہ بھی ناگزیر ہے کہ محرک جراب ہارمون کی طرح مبیضین کے ذریعہ اسٹروجن پیدا کرنے سے پہلے موجود رہے، اسی لئے زیر عرشہ کے نخامیہ قنات میں بطلان کے سبب ثانوی احتباس الطمث قلیل الوقوع نہیں۔ حمل کا خوف، جب کہ کوئی خطرہ درپیش ہو یا دیگر جذباتی صدمہ سے بھی یکساں اثرات رونما ہوسکتے ہیں۔

اس کا کوئی علاج شافی نہیں، بسا اوقات از خود شفا ہوجاتی ہے۔

عصبی قلت اشتہا میں سبب غالباً ہمیشہ نفسی ہوتا ہے اور عموماً زیر عرشی ہیجے، جو لیوٹینی ہارمون

خارج کرتا ہے، کے بطلان کے سبب احتباس الطمث اور عدم اشتہا واقع ہوتی ہے۔

غدہ فوق الکلیہ (Suprarenal Gland) :۔ علمی بے قاعدگیوں کے ساتھ دو ممتاز ایڈرینی علائیے پائے جاتے ہیں یعنی ایڈرینی صنفی علائیہ اور کشنگ کا مرض یا علائیہ۔ ایڈرینی صنفی علائیہ اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ ایڈرینی قشرہ (Adrenal Cortex) سلعہ یا بیش تکون کی موجودگی کے سبب بیش فعال ہو جاتا ہے دیگر اعصابیں ایڈرینی سترجلیتی سلعہ (Androgenic) ہارمون کی وافر پیدائش ہوتی ہے۔ جسکی علامت سترجلیت ہے مثلاً عمیق مردانہ آواز، چہرہ وغیرہ پر بالوں کی روئیدگی، کلانی یافتہ بظر، مہاسوں کی کثرت اور احتباس الطمث وغیرہ۔ کیٹو اسٹیرائڈ لیول (Ketosteroid Level) بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

کشنگ کے علائیہ (Cushing's Syndrome) میں فوق الکلوی قشرہ کا بیش تکون ایڈرینی قشری ہارمون کی ایک قسم یعنی کارٹی کاسٹیرون بکثرت پیدا کرتا ہے جو اجزاے لحم کی غیر طبعی مقدار کو اجزائے نشاستہ وشکر میں تبدیل کرنے کی تحریک انجام دیتا ہے، ساتھ ہی اول الذکر کو طبعی سطح تک گھٹا دیتا ہے، اس کا دوسرا سبب سلعہ بھی ہو سکتا ہے۔ ایسی مریضات احتباس الطمث کے ساتھ بیش تنفس وکثرت کریات حمرا (Polycythaemia) میں بھی مبتلا ہو جاتی ہیں۔

کبھی کبھی بعض مریضہ میں فوق الکلوی بیش تضخم کے کسی دیگر وافر نشانات کے بغیر بالوں کی بکثرت روئیدگی احتباس الطمث، سمن مفرط، سترجلیت اور بظر کے بیش تضخم کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا سبب عموماً یقینی طور پر فوق الکلوی قشری فساد فعل ہوتا ہے، یہ حالتیں اکثر عسیر العلاج ہوتی ہیں۔

مرض ایڈیسن (Addison's Disease) :۔ ایڈرینی قشرہ کا مرض مثلاً تدرن، اس ساخت میں جملہ ہارمون کی پیدائش کو تباہ کر سکتا ہے؛ ۱۷۔ کیٹو اسٹیرائڈ (17—Ketosteroid) افراز، قلیل ترین ہو جاتا ہے۔ ترقی یافتہ مدارج میں احتباس الطمث، نقاہت، معدی معوی خلل، لاغری، بدرنگت، فشار الدم ضعیف اور اساسی تحولی شرح نیز تناسلی زبوں موجود ہوتا ہے۔

درقیہ :۔ زیر درقیت (Hypothyroidism) اور حالی ازیما (Myxoedema) کے ابتدائی مدارج میں اگرچہ بیش استحاضہ کی شکایت ہوتی ہے، تاہم اس حالت کے ترقی کرنے پر احتباس الطمث عارض ہو سکتا ہے۔ درقیت (Hyperthyroidism) میں استحاضہ اور طمث کثیر (Polymenorrhoea) بھی واقع ہو سکتا ہے۔

بانقراس :۔ ذیابیطس کے سبب کبھی احتباس الطمث اور گاہے خلیاتی زنت واقع ہوتا ہے۔ مخصوص علامات کے طور پر سمن مفرط پایا جاتا ہے، جس کے بعد تیزی سے وزن گھٹتا ہے، کثرت بول، احتباس آب اور تبول لبلی کی شکایت ہوتی ہے۔ مستحکم احتباس الطمث میں نتیجہ کار کے طور پر دائمی عدم تخصیب واقع ہو جاتی ہے۔

(۳)

فعل طمث کے لئے ناگزیر اعضا میں سے کسی عضو کا اتلاف

(ا) بذریعہ مرض :۔ اکثر مقامی بیضی امراض احتباس الطمث پیدا نہیں کرتے۔ دائمی احتباس الطمث پیدا کرنے کے لئے ضروری ہے کہ مرض جملہ بیضی بافت کو تباہ کر ڈالے اور ایسا نادر الوقوع ہے۔ لواحقات کی امراضیاتی حالت جس سے احتباس الطمث پیدا ہو سکتا ہے، شدید اور موخر قدرتی مرض ہے جو دونوں یعنی ملحقات رحم اور دروں رحم کو ماؤف کر سکتا ہے اور خبیث مرض کے موخر مدارج مستثنیٰ اصابات میں ہی بیضین کو ماؤف کر سکتے ہیں۔

(ب) لاشعاع یا شعاع کے ذریعہ ابتدائی جرابات (Premordial Follicles) تلف ہو جاتے ہیں، جس کے نتیجہ میں احتباس الطمث واقع ہو جاتا ہے، اس طرح کا معالجہ بسا اوقات استحاضہ، عضوی امراض کے بغیر روکنے اور عضوی یاسیت پیدا کرنے کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے، لیکن عنق، جسم رحم یا بیض کے جملہ سرطانی اصابات میں بھی احتباس الطمث عارض ہو جاتا ہے، کیوں کہ ان کا علاج جوف پر عمیق لاشعاعیں یا ریڈیم ڈال کر کیا جاتا ہے۔

(ج) عملیہ کے ذریعہ بیضین کے مکمل استیصال سے بھی احتباس الطمث واقع ہو جاتا ہے۔ اگر کوئی عورت سن یاس کو نہ پہونچی ہو تو قابل اجازت حالات میں عملیہ کے وقت کم از کم ایک صحتمند بیضی بافت کے حصہ کو ضرور برقرار رکھنا چاہیئے۔ بیضی بافت کی رحم رباطات عریض یا عضلہ مستقیمہ میں پیوندکاری بھی کی جاتی ہے۔ یہ پیوند عموماً عملیہ کے سبب واقع ہونیوالی یاسیت کو موخر کر دیتے ہیں۔ ایسی مریضات اکثر مختصر مدت کے لئے طمث جاری رکھتی ہیں لیکن ایک مدت بعد پیوند مذبول یا دوری ہو کر غیر فعال ہوتا ہے۔

(۴)

امراض عامہ، غلبۂ اخلاط اور دیگر اعضا کی مشارکت

عصبی خستگی، ذہنی امراض اور فقر الدم کثیر الوقوع ہیں۔ بسا اوقات سرطانی سلعہ اور ترقی یافتہ تدرن بھی احتباس الطمث عارض کر دیتے ہیں۔

عورت کا دموی مزاج یا لحیم و شحیم ہونا، ادویہ کے ذریعہ کثرت استفراغ یا کثرت رعاف یا بواسیر وغیرہ کے سبب استفراغات یا کثرت ریاضت، بعض مزمن یا دیرپا امراض مثلاً خنازیر یا امراض گردہ، جن میں سے بعض کا تذکرہ ہارمونی عدم توازن کے ذیل میں ہو چکا ہے، کی موجودگی، کثرت مجامعت، ایام طمث میں سردی لگنا یا

بارش میں بھیگنا وغیرہ بھی بندش حیض کے سبب ہوا کرتے ہیں۔ گاہے غلیظ اغذیہ کے بکثرت استعمال سے سودا اور بلغم زیادہ پیدا ہو کر خون میں غلظت پیدا ہو جاتی ہے، جس کے سبب خون باریک رگوں میں سے بآسانی گذر نہیں پاتا اور نتیجۃً کار طمث بند ہو جاتا ہے۔ فربہی میں بھی یہی کیفیت ہوتی ہے جس کا ذکر اوپر ہو چکا ہے۔

بسا اوقات حمی، سوء مزاج بارد یابس، حار یابس یا حار بارد سبب ہوتا ہے۔ گاہے فساد مزاج سبب ہوتا ہے۔ شیخ اور اس کے متبعین کے بقول خون حیض جو اخراج کے لئے رحم کی طرف جاتا ہے، جب منفذ نہیں پاتا تو عود کرتا ہے، جس کے تکرار سے بدن میں منتشر ہو کر بہت سے امراض مثلاً اختناق الرحم، میلان الرحم، اورام رحم حار و صلب، عقر و اورام احشا، امراض معدہ مثلاً ضعف ہضم، سقوط اشتہا غثیان اور امراض راس کا سبب ہوتا ہے۔

تشخیص و تفتیش

قلت الطمث اور احتباس الطمث کی علامات بڑی دقت سے سمجھ میں آتی ہیں۔ احتباس و قلت طمث کو ہمیشہ علامات تصور کرنا چاہیئے، مرض نہیں۔ علامات کو دیکھ کر ہر مریضہ کا علاج مخصوص تفتیش کے بعد کرنا چاہیئے۔ تفتیش کی ضرورت عموماً اس وقت پیش آتی ہے، جبکہ عدم تخصیب کی شکایت موجود ہو، مریضہ حیض نہ آنے سے خائف یا پریشان ہو یا جبکہ خطرناک عضوی مسئلہ کی نشاندہی کرنے والی متلازم علامات و امارات موجود ہوں۔

روئداد:۔ سب سے پہلے مریضہ کی محتاط روئداد مرتب کی جائے تاکہ مرض کے اسباب پر واضح روشنی پڑ سکے، مراہقہ میں دوالی، تولنجی اور شکمی درد کی موجودگی اس امر کی غمازی کرتی ہے کہ سائل طمثی تناسلی قنال میں کسی تسدد کے سبب مجتمع ہو رہا ہے، رضاعتی احتباس الطمث ایک طبعی اور عام امر ہے، لہٰذا سب سے پہلے اس کی تحقیق کر لینی چاہیئے۔ نزف بعد الولادت اور سقوط قوت سے مرض سمنڈ کی تعیین ہوتی ہے۔ شموم کی شنالی تقسیم کے ساتھ فربہی بسا اوقات درون قرازی خلل کی تشخیص میں معین ثابت ہوتی ہے، لیکن بہت سے اصابات میں سمن مفرط اور احتباس الطمث بلا کسی تعلق درون فرازی سبب کے متجانس طور پر پائے جاتے ہیں۔ کسی بھی موجودہ شدید مرض کی علامات نوٹ کر لی جائیں۔ طمث کا اچانک بند ہو جانا عموماً استقرار حمل کی دلیل ہوا کرتا ہے۔ بسا اوقات اسقاط غیر خارج کے سبب طویل المدتی احتباس الطمث عارض ہو جاتا ہے۔

سریری امتحان

جسمانی نمو کا عمومی جائزہ لیا جائے۔ مثلاً نقص نمو، طوالت قد، سمن مفرط یا شدید لاغری سے درون افرازی اسباب پر بخوبی روشنی پڑتی ہے، ثانوی جنسی صفات کے درجہ کو ہمیشہ ملاحظہ کرنا چاہیئے خاص طور سے مراہقہ کے ابتدائی احتباس الطمث میں۔ ثدیین عموماً طبعی طور پر نمو یافتہ معلوم ہوتے ہیں لیکن درحقیقت ان میں غددی

بانت کے بغیر شحوم پائے جاتے ہیں نیز حلمۂ ثدی چھوٹے اور غیر ترقی یافتہ ہوتے ہیں۔

عام طور سے تحت النمو اعضائے حوض، عانہ اور بغل کے بالوں کی روئیدگی مکمل نہیں ہوتی یا ناقص النمو جنسی اعضا کے ساتھ ان مقامات کے بال معدوم ہو جاتے ہیں۔ اسٹین لیونتھال علائیہ میں ایڈرینز قشر کی بیش خبابت اور بیض کے سترجیتی سلعات کی موجودگی میں سارے جسم پر غیر طبعی یا کھردرے اور باریک بالوں کی روئیدگی ہوتی ہے۔

بہت سی عورتیں برسوں بچوں کو دودھ پلانے کے سبب رحم کے بیش التفاف میں مبتلا ہو جاتی ہیں، رحمی ذبول شروع ہو جاتا ہے لیکن معدودے چند اصابات بیش التفاف یافتہ رحم کے شاری سمنڈ علائیہ کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔

قلت دم کی صورت میں مریضہ میں جملہ علامات موجود ہوتی ہیں، امراض مزمنہ کی حالت میں ادرار کم ہوتے ہوتے بالکل بند ہو جاتا ہے، سردی بارخ دغم کی حالت میں بھی قلیل المقدار حیض آتے آتے دفعتہً بند ہو جاتا ہے اور غشی کے دورے پڑنے لگتے ہیں۔ رحم پر ضربہ وسقطہ، تقلیل غذا، کثرت استفراغ خون، کثرت ریاضت وغیرہ کے بارے میں بھی سوالات کئے جائیں۔ نبض میں بطوء وتفاوت، کثرت بول، اس کی سفیدی وغلظت بلغم پر دال ہے۔ خواب گراں، سفیدی رنگ، ترہل، رگوں کی سبزی وبرودت، لعاب دہن کی زیادتی برودت یا غلظ دم کی علامات ہیں۔ اگر التہاب، تغیر رنگ، کرب وبے چینی، خفقان، پیڑو کا بھاری پن، انتفاخ عروق، رحم کی خشکی ودیگر علامات حرارت موجود ہوں تو اس کا سبب حرارت کو تصور کرنا چاہئے۔ ہزال بدن، خلائے عروق، خشکی فرج ورحم اور یبوست کے دیگر آثار کی موجودگی میں یبوست کو سبب سمجھنا چاہئے۔ اگر ضعف، زردی بدن اور فقر الدم کی دیگر علامات موجود ہوں تو سبب قلت الدم سمجھنا چاہئے۔

نوجوان لڑکی کے مہبل اور فرج کا طبعی نمو اسٹروجن کے ذریعہ برقرار رہتا ہے جس سے مہبلی فعل کا سریری تعین ہوتا ہے۔ ابتدائی احتباس الطمث میں شفرتین عموماً غیر نمو یافتہ ہوتے ہیں اور جبل الزہرہ پر شحمی گدی معدوم ہوتی ہے اور شفرتین ہٹانے پر غشاء البکارت نظر آتی ہے اور کبھی کبھی غیر منثقب غشاء البکارت کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد سم کا منظار داخل کر کے مہبل اور عنق کا امتحان کرنا چاہئے۔ جب تناسلی اعضا ناقص النمو حالت میں ہوتے ہیں تو مہبل عموماً چھوٹا ہوتا ہے، مہبلی قبوے اور ڈھیلے، عنق چھوٹی اور مخروطی ہوتی ہے کبھی کبھی اس کے مرکزی حصہ میں ایک سوراخ موجود ہوتا ہے۔ طبعی طور پر مہبلی دیواروں میں واضح شکنیں موجود ہوتی ہیں، لیکن جب اسٹروجن سطح کم ہوتی ہے تو یہ غیر ممتاز ہو جاتی ہیں اور مہبلی سطح پتلی، چمکدار اور شکنوں سے محروم ہو جاتی ہے۔

اس کے بعد رحم کا عصبی امتحان کرنا چاہئے۔ نو عمر لڑکیوں میں ابتدائی احتباس الطمث عارض ہو سکتا ہے

زبول حیض یا اذیتی قشرۂ رحم کے رجولی (مذکر) سلمات سے بھی بندش حیض واقع ہو سکتی ہے، دو جانبی کثیر دوری بیضین ثانوی احتباس الطمث اور خفیف بیش شعرانیت اسٹین لیونتھال علائیہ کے شبہ کو تقویت بخشتے ہیں۔

مخصوص تفتیش

بیشتر اصابات میں محض سریری امتحانات سے تشخیص مکمل نہیں ہوتی لہٰذا ایسی صورت میں دیگر مخصوص تفتیشات بروئے کار لانی چاہئیں۔

تفتیشوں کی پہلی جماعت نظامی امراض کے استثنا پر مشتمل ہوتی ہے چنانچہ فقر الدم کے لئے خون کا امتحان، سینہ کی ترسیم اور اگر ضرورت محسوس ہو تو تدرن ریہ کو مستثنیٰ کرنے کے لئے صدر کا لاشعاعی عکس حاصل کیا جائے۔ بول شکریت کو مستثنیٰ کرنے کے لئے امتحان بول کیا جائے۔ حسب ضرورت لاغری و نہاکت کی حالت میں خون میں کریات حمرا کی شرح درو پذیری (E. S. R.) معلوم کی جائے۔

دوسرا قدم اس امر کی جانب اٹھانا چاہیئے کہ آیا درون رحم ائسٹروجن اور پروجسٹرون سے متاثر ہوتا ہے یا مبیضی فعل جزوی یا کلی طور پر باطل ہے؟ اسے ائسٹروجن اور پروجسٹرون کے معالجاتی کاشفہ، مہبلی علم الخلیات (Cytology)، عنقی مخاط کا تفرع (Arborization) اور بول میں پریگنینڈیائل (Pregnanediol) یا بیج مولدات ہارمون وغیرہ کی دریافت سے معلوم کیا جا سکتا ہے، جس میں سے معالجاتی کاشفہ درج ذیل ہے:-

ابتدائی احتباس الطمث میں اسٹلبائسٹرال[1] ایک ملی گرام درون عضلاتی راہ سے ایک ایک دن کا ناغہ کرکے دو ہفتے تک دیا جائے۔ اگر درون رحم میں اثر پذیری کی صلاحیت باقی ہوگی تو چند یوم کے اندر اندر تقہقری نزیف وقوع پذیر ہوگا، اگر دو ہفتے کے اندر اندر نزف جاری نہ ہو تو اگلے ۲ ہفتہ مذکورہ ہارمون بمقدار ۵ ملی گرام حسب دستور انجکٹ کریں، اس کے بعد ایتھی اسٹیرون ۵ ملی گرام کے ۱۲ انجکشن ایک ایک روز کے ناغہ سے لگائیں، اگر اس سے بھی نزف جاری نہ ہو تو درون رحم کو غیر العلاج تصور کرنا چاہیئے۔

ثانوی احتباس الطمث کے اصابات میں زونڈک کے مطابق ایتھی اسٹیرون ۲۵ ملی گرام، ائسٹروجن ۵ء۲ ملی گرام ۲ دن تک انجکٹ کریں۔ اگر درون رحم میں اثر پذیری باقی ہوگی تو دو یا تین یوم میں نزف جاری ہو جائے گا۔ یہ نہ صرف درون رحم کی اثر پذیری بلکہ مبیضی فعل کا بھی کاشفہ ہے۔

ہارمونی تشخیص:- یہ تشخیص صرف آراستہ و پیراستہ معمل میں ہی ممکن ہے لہٰذا ہر معالج کے بس کی بات نہیں، علاوہ بریں سریری پریکٹس میں اس کی اہمیت بھی مشکوک ہے۔

[1] اسٹیرال (Sterol) جسے حاملہ کے پیشاب سے علیحدہ کیا جاتا ہے۔

جب کبھی بیضی سقوط ہوتا ہے، جیسا کہ ٹرنر کے علائیہ میں یا سن یاس تک پہونچنے پر تو اسٹروجن اور پریگننڈیال (Pregnanediol) کا اخراج بہت کم ہو جاتا ہے اور مقام نخامیہ پر اسٹروجن کے مزاحم اثر کی غیر موجودگی کی صورت میں مہیج مولدات کی اخراجی مقدار میں نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے۔

نخامی سقوط اور مبیضین کے تانیثی سلعات (Feminizing Tumours) کی حالت میں مہیج مولدات کا اخراج کم ہو جاتا ہے۔ نخامی سقوط میں مہیج مولدات پیدا نہیں ہوتے یا قلیل مقدار میں پیدا ہوتے ہیں، جبکہ نسائی سلعات میں اسٹروجن کی زیادتی کے سبب مہیج مولدات کے اخراج میں رکاوٹ ہوتی ہے۔

۱۷۔ کیٹو اسٹیرائڈ کا اخراج سترجلیتی سلعات مبیض، ایڈرینی قشری بیش تکون یا ایڈرینی سلعہ کے سبب نمایاں طور پر بڑھ جاتا ہے۔ کشنگ علائیہ اور مرض سمنڈ میں ۱۷۔ کیٹو اسٹیرائڈ بسا اوقات بڑھ جاتے ہیں۔

اساسی تحولی شرح :۔ احتباس الطمث میں قلت یا کثرت درقیہ جو واقع نہیں ہوتی، اس تفتیش کے اصولی استعمال سے متمائز کی جا سکتی ہیں۔

عرض وطول :۔ جب قلت اسٹروجن کا تعلق قبل از مراہق عمر سے ہوتا ہے تو کردوس اعظم (Epiphyses) کا موخر اتصال پایا جاتا ہے اور نشو و نما طویل مدت تک جاری رہتی ہے۔ اس نشو و نما کا مشاہدہ افراد میں خاص طور سے کیا جا سکتا ہے، طول عرض کی بہ نسبت زیادہ ہوتا ہے اور نصف اسفل حصۂ جسم کا بالائی نصف حصہ سے موازنہ کرنے پر طول میں غیر متناسب طول پر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے۔

تشخیصی جرف :۔ اسے ابتدائی و ثانوی احتباس الطمث (دونوں) کے لئے اصولی تفتیش کے طور پر بروئے کار لانا چاہیئے، لیکن اسے اس وقت خاص طور سے روبہ عمل لایا جاتا ہے جب کہ اسٹروجن اور پروجسٹرون بطور بدل استعمال کرنے کے بعد بھی تقہقری نزیف واقع نہیں ہوتا۔ جرف یافتہ دروں رحم کا نسیجیاتی امتحان کثیر المقاصد ہوتا ہے، مثلاً :

(۱) دقی التہاب دروں رحم کی تشخیص کرنے کے لئے۔

(۲) دروں رحمی نمونہ کا مطالعہ کرنے کے لئے، کیونکہ نمایاں تکاثری یا افرازی حصہ مخصوص مبیضی فعل کی علامت ہے۔ قلیل بالیدہ چند فقد دبیز مبیضی فعل کے سقوط کی طرف اشارہ نہیں کرتے کیوں کہ خانغزائی التہاب دروں رحم یا قوی جرف دروں رحم کے اساسی حصہ کو بے نقاب کر سکتے ہیں جہاں سے یہ نیا جنم لے سکتے ہیں۔ بسا اوقات رحم کے نمایاں بیش تکون یا ذبول کے اصابات میں کوئی مواد حاصل نہیں ہوتا اور تراشہ کی رپورٹ مکمل طور سے منفی ہوتی ہے۔

(۳) چند ماہ کے احتباس الطمث میں دموی رحم کا جرف کیا جا سکتا ہے اور جلد ہی باقاعدہ طمث جاری ہو سکتا ہے۔

عنقی مخاط:۔ چوں کہ عنقی قنال کا تعزع (تشجر) (پی، ایل کا شفہ) آسٹروجینی ہارمون کے فعل پر منحصر ہوتا ہے، لہٰذا احتباس الطمث کے اصابات میں اس کی عدم موجودگی یا موجودگی بیضی فعل کی ماہیت کو منعکس کرتی ہے۔

مہبلی آلودگیاں (لطخات):۔ متعدد اعلیٰ ترنیت یافتہ سرطلی خلیات (Keratinized Epithelial Cells) مع منقلب کنارے اور دبیز نواتات بہتر بیضی فعل کی علامت ہے۔ سرسری طور پر آسٹروجینی فعل دیوار مہبل کو لیوگال آیوڈین سے رنگ کر دیکھا جا سکتا ہے۔ ایسی حالت میں مہبلی دیواریں بھوری ہو جاتی ہیں گہرا بھورا رنگ سرطلی خلیات میں وافر گلائی کو جن مشتملات کی طرف اشارہ کرتا ہے اور طبعی آسٹروجینی ورود کی بالواسطہ شہادت ہوتا ہے۔

تولیدی جنس کا فیصلہ:۔ ابتدائی احتباس الطمث کے ہر اصابہ میں فمی غشائی مخاطی خلیات (Buccal Mucosal Cells) سے تولیدی جنس کا فیصلہ کرنا چاہیئے۔

دروں بینی یا باریطون بینی:۔ اسٹین لیونیتھال علامیہ میں خاص طور سے مفید ہے۔

علاج

احتباس الطمث کے علاج میں ہمیشہ کامیابی نہیں ہوتی، کیوں کہ بیشتر اصابات میں تو اصل سبب کا پتہ ہی نہیں چلتا اور اگر پتہ چلتا بھی ہے تو بعض صورتیں ناقابل علاج ہوتی ہیں۔ ابتدائی احتباس الطمث کے علاج میں عموماً ناکامی ہوتی ہے، اس کے برعکس تعیل لمدتی احتباس الطمث کے بہت سے اصابات میں انجام حوصلہ افزا ہوتا ہے۔

مہبلی اجتماع الدم میں اکثر ڈرامائی طور پر فائدہ ہوتا ہے، کیوں کہ غیر منثقب غشاء البکارت یا مستعرض مہبلی حاجز میں بآسانی شگاف دیا جا سکتا ہے۔ اکتسابی یا خلقی طور پر تسدد عنق کے سبب رحمی اجتماع الدم بآسانی علاج قبول نہیں کرتا اور ایسی صورت میں رحم برآری جیسی قوی تدبیر ناگزیر ہو جاتی ہے۔

سرسری امتحان پر کوئی نظامی مرض معلوم ہو تو اصل مرض کے علاج پر توجہ دینی چاہیئے کیوں کہ مرض رفع ہوتے ہی طمث از خود جاری ہو جاتا ہے۔

رحم کی شدید ناقص النمو حالت، رحم کی مذبول حالت، غانغرائی دروں رحمیت یا شدید جرف احتباس الطمث کے ناقابل علاج اسباب ہیں اور کسی بھی طریقۂ علاج سے طمث بحال نہیں ہو سکتا۔

نفسیاتی الاصل احتباس الطمث کے اصابات میں، جب جذباتی دباؤ کا سبب رفع ہو جاتا ہے تو طمث ڈرامائی طور پر جاری ہو جاتا ہے، جس کی مثال غیر مطلوبہ حمل کا خوف ہے، چنانچہ مریضہ کا یہ خوف رفع ہوتے

ہی کردہ "حاملہ" ہے چند روز کے اندر اندر طمث جاری ہو جاتا ہے۔ عوارض نفسانیہ سے واقع ہونیوالا احتباس الطمث ہارمونی معالجہ قبول نہیں کرتا، چنانچہ بسا اوقات وافر مقدار میں ہارمون دینے سے بھی نزف جاری کرنے میں کامیابی نہیں ہوتی۔

دروں افرازی معالجہ :- جب عورت تقریباً ۴۰ برس یا اس سے زائد عمر کی ہو نیز دیگر علامات بھی موجود نہ ہوں تو طمث کی دوبارہ بحالی کی ضرورت نہیں ؛ خاص طور سے جب کہ مریضہ صاحب اولاد ہو نیز اسے مزید حوامل کی ضرورت نہ ہو۔

(ا) عقر یا عدم تخصیب :- عقر دور کرنے یا طمث کی بحالی کے لئے دروں افرازی معالجہ بروئے کار لانے سے پیشتر جرف انجام دے دینا ضروری ہے۔ اس طرح حاصل شدہ جملہ مواد کا نسیجیاتی امتحان تدریجی التہاب دروں رحمہ اور دروں رحمہ کی حالت معلوم کرنے کے لئے کیا جاتا ہے، جس سے جملہ اختلالات کا پتہ چل جاتا ہے۔ مذبول دروں رحمہ یا ضیعی رحم میں ہارمونی معالجہ بے سود ثابت ہوگا۔ اگر پروجسٹرون اور آئسٹروجن نیز دیگر متبادل طریقوں سے دورۂ طمثی دوبارہ جاری ہو گیا تو اخصاب کا انحصار اس امر پر ہوگا کہ دورۂ طمثی غیر تبویضی ہے یا تبویضی۔

(ب) وزن تیزی سے بڑھنا :- سمن مفرط اور ابتدائی احتباس الطمث کا تعلق عموماً چند دروں افرازی علائم سے ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں ثانوی احتباس الطمث اور تیزی سے وزن بڑھنے کی تفتیش دشوار ہو جاتی ہے اس کے ذمہ دار دونوں یعنی دروں افرازی اور تحولی فسادات فعل ہو سکتے ہیں، لیکن اس کا فیصلہ دشوار ہوتا ہے کہ ان میں سے کون سبب واقعی ہے۔ یہ روزمرہ کا سریری مشاہدہ ہے کہ وزن بڑھنے کے ساتھ ساتھ طمث قلیل سے قلیل تر ہو جاتا ہے نیز وقفہ (استراحت) طویل تر ہوتا ہے اور بالآخر بالکل بند ہو جاتا ہے لیکن جب وزن گھٹ جاتا ہے تو اس کے برعکس طمث بھی دوبارہ جاری ہو جاتا ہے۔ خشک خلاصہ درقیہ وزن گھٹانے کے لئے موثر بتایا جاتا ہے تاہم خاطر خواہ نتیجہ اس سے بھی نہیں برآمد ہوتا کیوں کہ ایک خاص سطح پر پہونچ کر یہ بے اثر ہو جاتا ہے۔ اس کا استعمال فقط اسی حالت میں موثر ثابت ہو سکتا ہے جب کہ درقی فعل کی شہادت موجود ہو جیسا کہ اساسی تحولی شرح، دموی کولسٹرال، پابند لحمین آیوڈین کی فہم سے معلوم ہوتا ہے۔ ایسی شہادت ملنے کے بعد درقیہ کو مناسب مقدار میں استعمال کرایا جائے اور زائد مقدار خوراک سے اجتناب کیا جائے۔ سمن مفرط گھٹانے میں مریضہ کا پر خلوص دانشمندانہ تعاون بھی معین ہوتا ہے، مریضہ کو کم از کم غذا لینے، بیش از بیش طاقت خرچ کرنے والی ریاضتوں کی ترغیب ضروری ہے۔ دوران علاج مریضہ کا بار بار وزن لیتے رہنا چاہیئے۔

(ج) نفسیاتی الجھنیں :- بعض لڑکیوں کو یقین ہوتا ہے کہ حیض کے بغیر وہ غیر طبعی یا نامکمل ہیں

ایسی حالت میں آسٹروجن اور پروجسٹرون وقفہ وقفہ سے دے کر تقبقری نزف جاری کیا جا سکتا ہے۔ طمانیت قلب کے لئے بہر حال یہ ایک معاون معالجہ ہے۔

(د) طویل المدتی رضاعت :۔ بسا اوقات رضاعتی احتباس الطمث نہ صرف دودھ پلانے کے زمانہ تک محدود ہوتا ہے بلکہ فطام کے بعد بھی حیض جاری نہیں ہوتا۔ طمثی نمل کے اس طرح طویل المدتی تعطل میں دوبارہ حیض جاری کرنے میں آسٹروجن اور پروجسٹرون سے باسانی مدد مل سکتی ہے۔ یہ ٹکیہ کی شکل میں ایتھائنل آسٹرا ڈائل بمقدار ۱ر۰ ملی گرام تین بار یومیہ دیا جا سکتا ہے یہ سلسلہ علاج ۲ ہفتے تک جاری رکھنا چاہیے۔ اسکے بعد بھی ٹکیہ بمقدار ۵ ملی گرام دو بار یومیہ دی جائے۔ یہ سلسلہ ایک ہفتہ تک جاری رکھنا چاہیے۔ تکمیل علاج کے بعد ایک ہفتہ کے اندر اندر طمث جاری ہو جاتا ہے۔ یہ دوری علاج کم از کم ۲۔۳ دورۂ طمثی تک جاری رکھنا چاہیے۔ اس طرح بلا کسی مزید معالجہ کے طمث طبعی حالت کے مطابق جاری ہو جاتا ہے۔

(ہ) درون افرازی علائے ثمیہ :۔ درون افرازی علائیہ کا ہارمونی معالجہ بڑا متنوع ہوتا ہے تاہم فساد فعل کے لئے ان میں سے کوئی بھی تدبیر صد فی صد کامیاب قرار نہیں دی جا سکتی۔

ہارمونی معالجہ کا انتخاب

آسٹروجن :۔ احتباس الطمث میں سب سے پہلے اس امر کا پتہ لگانا ضروری ہے کہ آیا درون رحم پروجسٹرون سے اثر قبول کرنے کی پوزیشن میں ہے یا نہیں؟۔ ایتھائنل آسٹرا ڈائل بمقدار ۰۱ر۰ ملی گرام ۲۔۳ بار یومیہ دو ہفتہ تک دیا جائے۔ طمث اگلے دوسرے یا تیسرے روز جاری ہو جانا چاہیے! اس کے بجائے ڈائی ایتھائل اسٹل بائسٹرال (Diethyl Stilboestrol) بمقدار ۱ ملی گرام ۲ بار یومیہ ۱۴ دن تک دیا جا سکتا ہے۔ علاج ختم کرنے کے پانچویں دن سے ساتویں دن کے اندر اندر تقبقری نزیف جاری ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ۲۔۳ طمثی دورہ میں یہی دوری سلسلۂ علاج جاری رکھنا چاہیے، یہاں تک کہ طمثی دورہ از خود طبعی حالت پر آ جائے۔ بیشتر اصابات میں آسٹراڈائل پروپیونیٹ (Oestradiol Propionate) بمقدار ۱ تا ۵ ملی گرام ہر دوسرے دن کم از کم ۲ ہفتہ تک اشرابی طور پر دیا جائے۔

آسٹروجن اور پروجسٹرون :۔ آسٹروجن مندرجہ بالا اصولوں کے مطابق دیا جائے لیکن ایتھی اسٹیرون (Ethisterone) بمقدار ۵ ملی گرام براہ دہن دو بار روزانہ آسٹروجن کے بعد کم از کم ایک ہفتہ تک دیا جائے۔ اس علاج بالمرکب تنہا آسٹروجن معالجہ کی بہ نسبت کہیں زیادہ حوصلہ افزا نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ آج کل ایک دوسرا مروجہ طریقہ یہ بھی ہے کہ پروجسٹرون مع آسٹروجن بطور علاج بالمرکب استعمال ہوتا ہے۔

انجکشن روزانہ ۲ تا ۳ یوم لگایا جاتا ہے۔ اثر پذیری کے مبیضی فعل کا کچھ نہ کچھ خیال ہونا ناگزیر ہے۔ اس قلیل لدتی معالجہ کے اصولی طور پر تقہقری نزف چند یوم کے اندر اندر جاری ہو جاتا ہے اور بیشتر اصابات میں اس معالجہ کے بعد باقاعدہ دورے جاری ہو جاتے ہیں۔

مہیج مولدات:۔ اس کا استعمال روزمرہ کی سریری پریکٹس میں بہت دقت طلب ہے، تاہم اسے بروئے کار لانے کے لئے بہرحال نفسیاتی بنیاد موجود ہے اسے بطور آزمائش فقط اسی وقت استعمال کرایا جا سکتا ہے، جب کہ مریضہ میں بولی مہیج مولدات کی قدریں کم ہوں اور احتباس الطمث قلیل لدتی ہو، جب مبیضین مہیج مولدات ہارمونی تحریک سے اثر پذیر نہیں ہوتے یا دروں رحم آئسٹروجنی تحریکات کو قبول نہ کرے تو یہ معالجہ غیر مؤثر ثابت ہوتا ہے۔ مہیج مولدات استعمال کرانے سے پیشتر ضروری ہے کہ:۔

(۱) علاج کے لئے موزوں مریضات کا انتخاب کرنے کے لئے سبب تشخیص کی جائے (۲) مقدار دوا کا تعین اور (۳) ممکنہ عوارض جو رونما ہو سکتے ہیں، سے بخوبی واقفیت حاصل کر لی جائے۔

کثیر دوری مبیضین یا اسٹین لیونتھال علامتیہ میں مبتلا مریضات کے لئے کلومی فین (Clomiphene) دوائے منتخب ہے لیکن اس کے استعمال سے پیشتر مریضہ کا باقاعدہ اور بخوبی امتحان ضروری ہے۔ اسے روزانہ ۵۰ تا ۱۰۰ ملی گرام کی مقدار میں ۵ یوم دیا جائے اور یہی کورس ۶ ماہ تک دیا جائے۔

یونانی علاج:۔ احتباس الطمث کے اسباب کو پیش نظر رکھ کر علاج کیا جائے۔ چنانچہ اگر مریضہ دموی مزاج، لحیم شحیم اور فربہ ہو تو ایام طمث سے ۲۔۳ روز پیشتر اسے نسخہ ذیل پلائیں:

(۳) زیرہ کرمانی، افسنتین، تخم خربزہ، شاہترہ ہر ایک ۶ گرام، پوست فلوس خیارشنبر ۲۵ گرام، جلدوادو ۱۰ گرام کو پانی میں جوش دے کر مل چھان کر گلقند ۳۰ گرام ملا کر پلائیں۔

علاوہ ازیں رائی سفوف کو گرم پانی ۲۵۰ ملی لیٹر میں ڈال کر مریضہ کو اس میں ۱۵ منٹ تک روزانہ بٹھائیں، اگر برودت، غلط خون و فربہی مفرط موجود ہو تو:

بار الاصول و ادویہ مدرہ حارہ دیں، معجون نجاح بھی مفید ہے۔ اس کے لئے ایارج لوغاذیہ بہترین شے ہے، اسے بمقدار ۱۰ گرام اس پانی میں حل کر کے دیں جس میں زیرہ سیاہ، مشکطرامشیع جوش دیا گیا ہو۔ مطبوخ ذیل بھی اطبا کا معمول ہے:۔

(۴) پوست ثمر خیارشنبر، مشکطرامشیع، پرسیاؤشاں، قند سیاہ کہنہ پانی میں جوش دے کر نوش کرائیں۔ دیگر مدرات بھی نافع ہیں۔ اسی طرح قرص مُر بھی تسخین رحم میں نافع ہے۔

بعض اطبا رگ صافن و بعض کی فصد کھولنے کی بھی ہدایت کرتے ہیں۔ ادویہ ملطفہ کے جوشاندہ میں آبزن

کرائیں، مثلاً شبت، مرزنجوش، پودینہ، سداب، بابونہ، اکلیل الملک وصعتر۔

مذکورہ تدابیر کے علاوہ مہزلات بدن استعمال کرائیں مثلاً قوی ریاضتیں، روزہ رکھنا، تقلیل وتلطیف غذاء مسہل بلغم ادویہ کا استعمال، اس کے بعد فرزجات اضمدہ اور حقنوں کے ذریعہ مدرات طمث استعمال کرائیں۔ روزانہ سکنجبین (بہت ترش) نوش کرائیں۔ اس مرض کی اکثر حالتوں میں مطبوخ انجیر بھی مفید ہے۔

اگر احتباس الطمث فربہی وکثرت شحم کے تابع ہو تو گلقند عسلی و انیسون استعمال کرائیں، شراب نوش کرائیں اور غذا میں نخود آب دیں۔ اغذیہ سرخ بھی مفید ہیں۔ نہار منہ اور قبل از طعام حمام میں بیٹھنا نافع ہے، یہاں تک کہ پسینہ نکل آئے اس کے بعد دھوپ میں بٹھائیں۔

عانہ کی تکمید دارچینی، سنبل الطیب ومشک ہمراہ روغن بان سے کریں۔

اگر احتباس الطمث کا سبب بارش میں بھیگنے کے سبب برودت ہو تو بھی مذکورہ الصدر تدابیر بروئے کار لائیں نیز نسخۂ ذیل براہ دہن دیں:

(ص) تخم کرفس، بادیان کوہی ونہری، انیسون باریک پیس کر آب نخود ڈال کر ہمراہ ماءالعسل استعمال کرائیں۔

یا مقام رحم پر جوشاندہ ذیل میں گاز تر کر کے تکمید کریں:

(ص) گل نیسو (۲۵ گرام)، پوست (۱۲ گرام) خشخاش (۲ عدد) پانی میں جوش دیں۔

اگر سبب سیلان الرحم، تدرن، خنازیر یا دیگر امراض ہوں تو ان کا معقول علاج کیا جائے۔

اگر سبب فقر الدم، عام جسمانی نقاہت، ضعف ہو تو کشتۂ فولاد (اقراص)، دواءالمسک معتدل جواہر والی (۵ گرام) میں ملا کر کھلائیں یا خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا (۵ گرام) میں ملا کر کھلائیں اور بعد طعام شربت فولاد (۲۰-۳۰ ملی لیٹر) پلائیں۔

ماءاللحم خاص (۱۲۵ ملی لیٹر) یا ماءاللحم عنبری (۱۲۵ ملی لیٹر) میں شربت انار شیریں (۲۵ ملی لیٹر) ملا کر پلانا یا ماءالذہب (۵ بوند) ماءاللحم خاص (۱۲۵ ملی لیٹر) میں ملا کر پلانا بھی مفید بتایا جاتا ہے۔

مقوی ومولد خون غذائیں مثلاً زردی بیضہ مرغ نیم برشت، گوشت مرغ فربہ، بکری کے بچہ کا گوشت نیز دودھ اور کھوئے کی مٹھائیاں کھلائیں، مرطب حمام نافع ہے اور آرام نیز طبعی نیند ناگزیر ہے۔

اگر حرارت سبب ہو تو مدرات باردہ دیں، شیرۂ خرفہ ہمراہ شربت بزوری بارد مفید ہے۔ فرزجۂ ذیل مقامی طور پر استعمال کرائیں:

(ص) شیر خشت، سماق، نبات، مغز تخم کدو، خیارین، بادیان کوفتہ، شہد، زردی بیضہ مرغ کے ہمراہ فرزجہ بنا کر چند روز استعمال کرائیں۔

اگر یبوست سبب ہو تو مرطبات استعمال کرائیں۔ ماءالجبن اور عرق شیر نعم المرطب ہے۔ علاوہ بریں شیر

تازہ اور شربت بنفشہ بھی نوش کرا سکتے ہیں۔

لعاب بہدانہ اور شیر زناں کے ہمراہ فرزجہ بنا کر ٹھنڈے روغن کے ہمراہ فرج میں رکھیں اور بیڑو پر لیپ اور مزاج کی اصلاح کے بعد مناسب مدرات کا انتخاب کریں۔ قرص ذیل بھی گرم امزجہ میں حیض جاری کرتا ہے:

(ص) مغز تخم خیار دراز، مغز تخم خیار، بادرنگ، تخم مغز خربزہ ہر ایک ۵ ر ۱۰ گرام، مجیٹھ، مشکطرامشیع، دوقو، سلیخہ ہر ایک ۱ گرام۔

اگر ریح و اخلاط غلیظہ سبب ہو تو صافنین کے فصد کے بعد آبزن استعمال کرائیں اور اس کے بعد مطبوخ ذیل تیار کر کے نوش کرائیں:-

(ص) پوست خیار شنبر، پوست جوز ہر ایک ۳۶ گرام، فوہ، ریوند چینی، بنفشہ، اہیل، ترمس، خارخسک، تخم قرطم، تخم خربزہ، مشکطرامشیع، عنب الثعلب، تخم کرفس ہر ایک ۱ گرام، عرق خارخسک و کموہ ہر ایک ۲ ملی لیٹر میں جوش دے کر شربت دینار ۲۰ ملی لیٹر داخل کر کے نوش کرائیں۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ایارجات کبار سے تنقیہ کر کے خیار شنبر، نبات ۵ ر ۱۰ گرام سفوف تیار کر کے مطبوخ لوبیا کے ہمراہ دیں۔

اگر سبب ورم رحم، التواء، کجی، انقلاب الرحم یا اختناق ہو تو اصل مرض کا تدارک کیا جائے۔ اگر التہاب رحم، ثقل، وجع اور حمی سبب ہو تو روزانہ صبح جلاب ذیل دیں:-

(ص) عناب، پرسیاؤشاں، تخم کاسنی ہر ایک ۵ ر ۱۰ گرام یا شکر سفید ترنجبین ہر ایک ۲۵ گرام نوش کرائیں۔ روزانہ صبح شربت بنفشہ و ترنجبین ہر ایک ۲۵ گرام دیں۔

مجرب مدرات طمث: درج ذیل مفردات تجربات سے مفید ثابت ہو چکے ہیں:-

(۱) گزر دشتی شرباً و حمولاً۔ (۲) اجوائن مسلم کئی روز کھلائیں۔ (۳) تخم بید انجیر باریک پیس کر رات میں ناف پر ضماد کریں۔ (۴) سرکہ پینا مفید ہے۔ (۵) شراب کہنہ و جند بید ستر پینا۔ (۶) کبابہ باریک پیس کر شراب یکسالہ کے ہمراہ پینا اور حمول کرنا۔ (۷) فرزجہ مغز جو سوختہ ہمراہ شراب۔ (۸) جند بید ستر، پودینہ بری مسہلات سے بدن کا تنقیہ کرنے کے بعد ہر ایک کا استعمال ادرار حیض کے لئے سویدی وغیرہ نے مجرب بتایا ہے۔

نسخہ برائے ادرار حیض:- اہیل، مشکطرامشیع، خارخسک، تخم خربزہ ہر ایک ۹ گرام ہمراہ عرق شاہترہ و عرق عنب الثعلب جوش دے کر شربت بزوری بارد داخل کر کے دیں۔

نسخہ ذیل احتباس الطمث میں مفید ہے اور اگر حاملہ کو دیا جائے تو ہفتہ عشرہ میں حمل بھی ساقط کر دے گا۔

(ص) پوست اصل السوس آب تازہ میں جوش دے کر صاف کر کے شہد خالص حل کر کے نیم گرم نوش کرائیں۔

مطبوخ ذیل احتباس الطمث میں نافع ہے:

(س) لوبیائے سرخ، مجیٹھ، ہیتھی، تخم گزر، تخم سویہ، تخم ترب، اجوائن، بادیان، برگ سداب، درمنہ ترکی مساوی الوزن جوش دیکر قند سیاہ کہنہ داخل کرکے استعمال کرائیں۔

دوائے مدر حیض: جند بید ستر، بیخ سوسن کبود، آب پودینہ، شہد دورۂ طمث کے وقت استعمال کرائیں۔
۹ گرام ۲۰ گرام ۴ ملی لیٹر ۲۵ ملی لیٹر

بخور مدر: جاؤشیر، کندش، اظفار الطیب، عود صلیب میعہ یابسہ سے تبخیر کریں۔

حمول: مدر طمث ہے اور کتابوں میں لکھا ہے کہ اس سے ۱۰ برس کا محبوس حیض کھل گیا:

(س) مرا، پودینہ کوہی ہر ایک ۱۴ گرام، ایلوا، سداب خشک، بیدانہ کوٹ چھان کر زہرۂ گاؤ کے ہمراہ گھول کر گاڑلت کرکے حمول کریں۔
۲۰ گرام ۳۵ گرام ۱۰ گرام

غذا و پرہیز:۔ اکثر مناسب اغذیہ کا ذکر اوپر کیا جا چکا ہے۔ حار و خشک امزجہ میں ٹھنڈی سبزیاں مثلاً توری، خرفہ، کدو، پالک، مونگ، ارہر کی دال، بکری کا گوشت، مکھن دودھ وغیرہ دیں۔

اچھلنے، کودنے، رنج و شادمانی مفرط، گرم اشیا، تعب، ریاضت و کثرت مجامعت سے پرہیز کرائیں۔

عملیاتی علاج:۔ مبیض کا مستر جلیتی نموطی سلعہ مستر جلیتی علائقیہ پیدا کرنے والا ایڈرینی تشرہ کا سلعہ علیہ کا محتاج ہوتا ہے۔ اسقاط غیر خارج کے اصابات میں تساع اور جرف سے دوبارہ طمث بحال ہو جاتا ہے۔ اسٹین لیوینتھال علائیہ میں کثیر دویری مبیضین کا آزادانہ دوجانبی تراش کرنے سے مبیضین دوبارہ طمث جاری کرنے کے قابل ہو جاتے ہیں۔ جرابی محبوس دویرے عموماً چند ماہ کے اندر اندر رفع ہو جاتے ہیں یا عصبی امتحان کے دوران پھٹ جاتے ہیں اور طمث جاری ہو جاتا ہے لیکن اگر دویرے ۶ ماہ سے زائد مدت تک باقی رہ جائیں تو انہیں تراشنا ناگزیر ہو جاتا ہے۔

نخامیہ اور مبیضین پر خفیف المقدار لاشعاعی معالجہ:۔ کیپلان توشیہ (Kaplan Method) محض اسی صورت میں بروئے کار لایا جائے جب دیگر توشیے ناکام ہو گئے ہوں اور یہ توشیہ صرف ریڈیالوجسٹ کو ہی برتنے کی جرأت کرنی چاہیے۔ نخامیہ اور مبیضین کے لیے تشیع کی جملہ مقدار 150r ہے کیونکہ زائد مقدار رسانی سے مبیضین کے مکمل اور دائمی طور پر تباہ ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ بہت سے ماہرین نے ثانوی احتباس الطمث میں اس سے بڑا اچھا نتیجہ برآمد کیا ہے۔ بیشتر مریضات کو خلاصۂ نخامیہ اور آئسٹروجن بھی دینے کی ضرورت پڑتی ہے۔ ابتدائی احتباس الطمث میں قلیل المقدار معالجہ سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

۳۷
کثرت الطمث اور عسرالوظیفی رحمی نزف

[Menorrhagia and Dysfunctional Uterine Bleeding]

کثرت الطمث

جب دو طمثی دوروں کے مابین استراحت (وقفہ) میں کوئی فرق نہیں آتا لیکن دوران طمث (ایام ماہواری میں) خون زیادہ مقدار میں خارج ہونے لگتا ہے تو اسے کثرت الطمث سے موسوم کرتے ہیں۔ اس میں طمثی توازن (Menstrual Rhythm) برقرار رہتا ہے۔ مفرط حیضی نزف کے اصابات میں جو غیر منظم (بے قاعدہ) استراحتوں کے ساتھ واقع ہوتے ہیں انھیں صحیح معنوں میں کثرت طمث کے بجائے عسرالوظیفی رحمی نزف سے موسوم کیا جاتا ہے۔ کثرت طمث کے نزف کو حسب ذیل دو جماعتوں میں تقسیم کیا جاتا ہے:

(۱) تعدد طمث (۲) رحمی سیلان الدم

۱۔ تعدد طمث یا طمث کثیر (Epimenorrhoea or Polymenorrhoea):۔ طمثی ایام جلد جلد آنے لگتے ہیں اور دوروں کے درمیان استراحت کم ہوتی جاتی ہے لیکن طمثی توازن برقرار رہتا ہے۔ اس میں ایک دورہ کے پہلے دن اور دوسرے دورہ کے پہلے دن کا حساب لگانے پر طبعی طور پر پائے جانے والے ۲۸ دن کے بجائے ۱۴ یا ۲۱ روزہ دورہ پایا جاتا ہے اور اسی رفتار سے برقرار رہتا ہے۔ تعدد طمث کسی بھی حصۂ عمر میں واقع ہو سکتا ہے لیکن زندگی کے دو ادوار یعنی بلوغ اور انقطاع الطمث میں طمث عام طور سے طبعی حالت میں پایا جاتا ہے یعنی بعض عورتوں میں ان دونوں ادوار میں طمثی دورہ مختصر ہوتا ہے۔ اسے صنفی علائیہ (Sex Complex) کی غیر طبعی حالت کا ایک سریری منظر بھی قرار دیا جاتا ہے۔ اس میں حیضی سیلان دم جلد جلد اور نارمل مقدار میں آتا ہے۔ اس کے لئے تعدد طمث موزوں ترین اصطلاح ہے اگر زیادہ دنوں تک جاری رہے تو اشتداد

طمث (Menostaxis) سے موسوم کریں گے۔ اس میں ۳-۵ دنوں کے بجائے ۱۴ دنوں تک طمث جاری رہتا ہے۔

کثرت الطمث کی یہ صورت جب تعدد طمث کثیر کے ساتھ پائی جاتی ہے تو اسے تعددی کثرت الطمث (Epimenorrhagia) سے موسوم کرتے ہیں۔ نسائیاتی پریکٹس میں طمث کثیر الوقوع علامت ہے۔ اس کے درست اسباب ہنوز واضح نہیں ہوئے تاہم یہ بات تسلیم شدہ ہے کہ یہ مبیضی فعل بڑھنے کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ اگر کثرت الطمث طمث کثیر کے ساتھ نہ پایا جائے تو مریضہ کا فقر الدم یا نقاہت میں مبتلا ہونا قرین قیاس نہیں۔ ایسی حالت میں اسے بار بار طمثی دشواریوں سے دوچار ہونا پڑتا ہے۔ سافراطی دورہ عموماً یقینی طور پر جسم نخامیہ کے فص مقدم کی بیش فعالیت سے ہوتا ہے جو مبیض کو اس سے زیادہ تبویض کی تحریک دیتا ہے جتنا وہ طبعی حالت میں انجام دے سکتا ہے اور اس طرح دروں رحم کا دوری ارتقا اور طمث کہیں زیادہ واقع ہوتا ہے۔ اس طرح کا طمث کثیر گاہے شادی کے بعد اول چند ماہ، اسقاط حمل کے بعد یا حمل کے بعد جب دوبارہ طمث جاری ہوتا ہے، وقوع پذیر ہوتا ہے۔

۲- **رحمی سیلان الدم** (Metrostaxis):- یہ اصطلاح استحاضہ (Metrorrhagia) کی مترادف ہے جو اس رحمی نزیف کی تعبیر کے لئے وضع کی گئی ہے جو طمثی زندگی کے دوران استراحتوں (وقفوں) سے آزاد ہوگی یعنی حیض کے دنوں کے علاوہ جاری ہو سکتا ہے۔ یہ نزف ذوالفترہ یا مسلسل ہو سکتا ہے۔ اس طرح ایک عورت ۲۸ یوم کے طبعی دورہ معہ ۵ یوم زیان طمث کی حامل ہو سکتی ہے، لیکن بسا اوقات وقفوں کے دوران باقاعدہ نزف جاری ہو سکتا ہے۔ یہ بے قاعدگی ایام خود بخود یا جماع، تبول یا ریاضت کے بعد واقع ہو سکتی ہے گاہے بے قاعدگی مبیض کا غیر طبعی فعل ظاہر کرتی ہے۔

اگر محتاط انداز میں "استحاضہ" بولا جائے تو اسے صرف رحمی نزف تک ہی محدود سمجھنا چاہیے، لیکن سریری پریکٹس میں تناسلی قنات کے کسی بھی حصہ کے کسی بھی طرح کے نزف پر استحاضہ کا اطلاق ہوگا۔ استحاضہ کے بعض اصابات میں عورت دورہ کے ۱۴ویں روز باقاعدہ بین الطمثی نزف کی روئداد بتاتی ہے۔ نزف محدود مدت تک برقرار رہتا ہے جس کی مقدار بہت کم ہوتی ہے۔ یہ صورت عموماً ۲۵ سال کی عمر میں پیدا ہوتی ہے اور زیان دم کے ساتھ ساتھ شکم میں شدید درد ہوتا ہے۔

مذکورہ طمثی حالات محض علامتیں ہیں، لہٰذا انھیں امراضیاتی زمرے میں شمار نہیں کرنا چاہیے۔ ان غیر طبعی حالات کے تحت ہمیشہ کوئی نہ کوئی سبب کارفرما ہوتا ہے لہٰذا علاج شروع کرنے سے پیشتر ان ذمہ دار امراضیاتی حالات کی تحقیق ضرور کر لینی چاہیے۔ زائد اور بے قاعدہ نزف میں شدید امراضیاتی اسباب کا استثنا ناگزیر ہے مثلاً نوساختیں (خبیث یا سلیم)۔ سریری اور مکمل امراضیاتی تفتیش کے بغیر دوا فرازی سالجہ بے سوچے سمجھے

دھڑادھڑ استعمال قابل مذمت ہے۔ اس طرح معالج کی قدرو منزلت مشکوک ہوجاتی ہے۔ مثال کے طور پر ماہر امراض کے پاس ایسی عورت آئے جس کے رحم میں ترقی یافتہ سرطانی سلعہ موجود ہو اور اس کا مہینوں ہارمون سے علاج کیا جائے تو نتیجہ بہرحال مایوس کن ثابت ہوگا اور بے قاعدہ نزف جاری ہوجائے گا۔

اسباب

حوضی امراض :۔ حوض میں مقامی اسباب کے ساتھ کثرت طمث اور طمث کثیر قلیل الوقوع نہیں۔ کثیر الوقوع مقامی سبب یعنی عضلی سلعات ہوتے ہیں۔

التہابات مثلاً التہاب قاذفین و مبیضین بھی کثیر المقدار طمثی زیاں کا سبب ہوتا ہے جس کی تسلیم شدہ علامت طمث کثیر ہے، کیونکہ متورم مبیضین تبویضی عمل زیادہ انجام دیتے ہیں۔ طمث کثیر عمر ولودیت کے کسی بھی حصہ میں حوض میں کسی بھی مقامی عضوی امارات کے بغیر پایا جاسکتا ہے، تاہم یاسی عمر میں کثیر الوقوع علامت ہوتی ہے ان حالات میں عضلۂ رحم بیش تکوینی ہوجاتا ہے۔ سوزاکی الاصل حاد التہاب دروں رحم عارضی طور پر غیر طبعی نزف جاری کرسکتا ہے۔ حوضی خراج کی مریضہ تاوقتیکہ از خود درست نہ ہوجائے یا بذریعہ علیہ شفایاب نہ ہوجائے، کثرت طمث کی متناظر ہوسکتی ہے۔ تناسلی تنات کا دقی مرض عموماً ہمیشہ کثرت طمث اور طمث کثیر عارض کرتا ہے لیکن جب انتہائی حاد درجہ میں مرض پہونچ جاتا ہے تو احتباس الطمث عارض ہوجاتا ہے۔ اسقاط حمل اور وضع حمل کے بعد پہلی طمثی مدتیں زائد ہوسکتی ہیں، کیونکہ نہ صرف رحم عظم اختیار کرسکتا ہے بلکہ انقباض بھی ناقص ہوتا ہے۔

مبیضین کو مسدود کرنے والی حوضی دروں رحمیت اور رحمی عضلہ پر اثر انداز ہونے والی غدی عضلی سلعیت (اغداد عضلی) عام طور سے کثیر مقدار میں طمث جاری کرسکتی ہیں۔ جسم رحمی و عنق کے سرطانی سلعات، تحت مخاطی سلعات لیفیہ، رحمی بواسیر علی الخصوص عنق کی مخاطی بواسیر، عروقی تاکلات اور شاذونادر فرج و مہبل کی بالیدوں کے سبب استحاضہ واقع ہوسکتا ہے۔

امراض عامہ :۔ درقی تسمم میں کثرت طمث اور طمث کثیر کثیر الوقوع ہیں لیکن مرض جیسے ہی ترقی کرتا ہے، احتباس الطمث پیدا ہوجاتا ہے۔ کثرت طمث میں ابھی تک قلت درقیت اہم سبب سمجھا جاتا ہے خاص طور سے جوان العمر عورتوں میں جن کا وزن بڑھ رہا ہو، یا ضعیف العمر عورتوں میں، جن کا سن یاس قریب تر ہو۔ اگرچہ سریری امتحان پر درقیہ کی کمی برائے نام ظاہر ہوتی ہے تاہم زائد کثیر المقدار طمثی مدتوں (Periods) میں زیاں دم کے سبب مریضہ کی ہیموگلوبین کی سطح نمایاں طور پر کم ہوجاتی ہے۔ مرض کے بعد کے مدارج میں احتباس الطمث عارض ہوجاتا ہے۔ مخاطی اذیما (Myxoedema) کے اصابات میں خلاصہ درقیہ دینے سے بہترین نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

دموی امراض رحمی نزف کے نادر الوقوع اسباب ہیں۔ غلبۂ مرض میں مبتلا چند مریضات جو سقوط قلبی کا شکار ہوتی ہیں، طمثی مدتوں میں زیادہ خون خارج کر سکتی ہیں۔

مقدار طمث پر آب و ہوا کا بھی بھرپور اثر پڑتا ہے، چنانچہ گرم آب و ہوا میں بود و باش اختیار کرنے والی عورتیں خاص طور سے زائد مقدار میں طمثی خون خارج کرتی ہیں۔

نفسیاتی اسباب:۔ یہ عام مشاہدہ ہے کہ جو عورتیں نفسیاتی خلل سے دوچار ہوتی ہیں، عارضی طور پر کثرت طمث یا طمث کثیر کا شکار ہو جاتی ہیں چنانچہ خلل دور ہونے پر مرض از خود رفع ہو جاتا ہے۔ ایسا اکثر شادی کے ابتدائی ایام میں دیکھنے میں آتا ہے، بعض عورتیں جنسی محرومی کے سبب بھی کثرت طمث میں مبتلا ہو جاتی ہیں کیوں کہ ان میں ناکافی یا ذوالفقرہ جنسی تحریک کثرت طمث یا طمث کثیر پیدا کرتی ہے۔

درون فرازی اختلالات:۔ ان اصابات میں طمثی بے قاعدگیاں غالباً نخامیہ کے خلل کے زیر اثر ہوتی ہیں، چنانچہ کثرت الطمث درون فرازی مرض کی عمومی علامت ہے۔ بیش درقیت میں ابتدائی مدارج میں کثرت الطمث شاذ و نادر دیکھا جاتا ہے، لیکن ترقی یافتہ اصابات میں احتباس الطمث عام طور سے واقع ہوتا ہے۔ مخاطی اذیما میں خصوصاً ۴۰ سال سے زائد عمر کی عورتوں میں کثرت طمث قلیل الوقوع نہیں۔ اسی طرح عظم الکبد کے ابتدائی مدارج میں کثرت الطمث کی شکایت مل سکتی ہے جب کہ ترقی یافتہ مدارج میں احتباس الطمث واقع ہوتا ہے۔

غلبۂ اخلاط:۔ مذکورہ اسباب کے ساتھ ساتھ غلبۂ اخلاط بھی کثرت طمث کی مختلف حالتیں مثلاً تعدد طمث یا استحاضہ یعنی رحمی سیلان الدم پیدا کرتے ہیں چنانچہ غلبۂ خون کی حالت میں عام جسمانی صحت خون ضائع ہونے کے باوجود قابل رشک ہوتی ہے، بلکہ بسا اوقات تو امتلاء کے آثار نمایاں ہوتے ہیں، جسم و عارض سرخ ہوتے ہیں، اخراج دم کے بعد راحت محسوس ہوتی ہے۔

بسا اوقات کثرت صفرا، حدت و رقت سبب ہوتا ہے، چنانچہ ایسی حالت میں ضعف بدن، زردی قارورہ، سرعت سے اخراج دم، جلن نیز صفرا کے دیگر آثار موجود ہوتے ہیں، خون رقیق اور جلن کے ساتھ جاری ہوتا ہے۔

گاہے سودائے حاد اور بلغم مالح سبب ہوتا ہے، چنانچہ غلبۂ سودا کی حالت میں خون کی سیاہی اور اس کا گندلا پن نیز سبزی اور دیگر علامات سوداوی نمایاں ہوں گی مثلاً خشکیٔ بدن، قلت لعاب دہن۔ سودائے محترق کی صورت میں رگوں کے منافذ کھل جاتے ہیں۔ غلبۂ بلغم کی صورت میں رقت، سفیدیٔ رنگ و دیگر علامات ظاہر ہوں گی مثلاً لعاب دہن کی کثرت، پیاس کی کمی، کاہلی و کسلمندی، کند ذہنی، تہیج۔ گاہے مریضہ حاملہ کی طرح

ہو جاتی ہے اور کبھی دردِ زہ سے مشابہ درد ہوتا ہے اور رطوبت لزج خارج ہوتی ہے نیز مریضہ کا گوشت ملائم ہو جاتا ہے۔

نوٹ :۔ اگر خون کے ہمراہ ملی ہوئی خلط کے آثار بخوبی واضح ہوں تو خلط غالب کا پتہ لگانے کے لئے مریضہ گرم مطہر روئی سوتے وقت اندام نہانی میں رکھے اور صبح نکال کر سایہ میں خشک کرے تو اس کا رنگ خلط غالب سے مشابہ ہوگا۔

مانع حمل آلات کے استعمال سے ابتداء میں حیض کی مدتیں (ایام ماہواری) بڑھ جاتی ہیں اس لئے بعض عورتیں امتناع حمل کے طریقوں سے بیزار ہو جاتی ہیں۔

فعلیاتی (عسر الوظیفی) رحمی نزف

[Functional (Dysfunctional) Uterine Bleeding]

عسر الوظیفی رحمی نزف کی اصطلاح ایک وسیع مفہوم کی حامل ہے جس میں رحمی نزف کی جملہ اقسام آجاتی ہیں اس میں نخامیہ، مبیض و رحم کے باہمی تعلقات کا عدم تعاون بھی شامل ہوتا ہے۔ نزف کثرت طمث، طمث کثیر، کثرت الطمث استحاضہ (Menometrorrhagia) کی شکل میں موجود ہو سکتا ہے۔ یہ دراصل طوالت یافتہ منتشر نزفات ہوتے ہیں جو بے قاعدہ وقفوں کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ یہ تبویضی دروں رحم۔ (Ovulatory Endometrium) کی طرح غیر تبویضی (Anovulatory) سے بھی عارض ہو سکتے ہیں۔

عملی سریری مقاصد کے اعتبار سے فعلیاتی نزف کا اطلاق انھیں اصابات پر ہوتا ہے جن میں اعضائے تولید و تناسل میں کوئی قابل جس امراضیاتی تغیر نہیں ہوتا۔ فعلیاتی رحمی نزف عورت کی طمثی زندگی میں کبھی بھی واقع ہو سکتا ہے لیکن بلوغ یا سن یاس کے قریب خاص طور سے عارض ہوتا ہے۔

عسر الوظیفی رحمی نزف کا اطلاق اس قسم کے اصابات پر ہوتا ہے جس کا سبب کوئی واضح مقامی فساد فعل نہیں ہوتا مثلاً حوضی سرایت یا تو بالیدا ورنہ ہی حمل کی پیچیدگیوں پر اس کا اطلاق ہوتا ہے۔ غیر طبعی عضوی امارات کے بغیر بے قاعدہ رحمی نزف اس کی تشخیص کی تعیین کرتا ہے، تاہم ان مریضات کا سریری امتحان اس امر کی نشاندہی کرتا ہے کہ عنق، جسم رحم اور ملحقات جسامت اور شکل و شباہت کے اعتبار سے طبعی حد کے اندر ہیں۔

جرثیکہ اس طرح کے نزف کا کوئی نہ کوئی مقامی سبب دریافت ہو سکتا ہے، یہ اسباب دروں رحمی بواسیر پر مشتمل ہوتے ہیں جو جرف کے وقت دریافت ہوتی اور دور کر دی جاتی ہیں، اسی طرح دروں رحم کا تدرن اور دروں رحم یا عنق کا ابتدائی خبیث مرض بھی ابتداء ہی میں شناخت ہو جاتا ہے۔ جرف سے حمل کے محتبس اجزا

کی بھی شناخت ہو سکتی ہے جو نامکمل علامات کے بعد باقی رہ جاتے ہیں جن کا شبہ نہ تو مریضہ کو ہوتا ہے اور نہ ہی معالج کو۔ عسر الوظیفی رحمی نزف کے اصابات جن میں مقامی اسباب نہیں ہوتے، جرف کے ذریعہ دروں رحمہ حاصل کرکے نسیجیاتی امتحان کرنے پر نزف کا دروں افزائی سبب واضح ہو جاتا ہے۔ طمثی دورہ کے درجہ کے اعتبار سے دریافتیں طبعی طور پر مختلف ہوتی ہیں، اسی لئے درست تشخیص کی خاطر طمثی دورہ کے مختلف مواقع پر مختلف دنوں میں جرف انجام دینا چاہیئے۔ اس امتحان کا ایک آسان طریقہ یہ ہے کہ مہبل سے خلیات حاصل کرکے شریحہ (slide) پر رکھ کر انھیں ملون کیا جائے۔ بیشتر مریضات میں دروں افزائی بے قاعدگی کی حقیقی صورت نامعلوم ہوتی ہے۔ دروں رحمی تحقیق سے اس طرح کے عسر الوظیفی رحمی نزف کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی گئی ہیں:۔

دروں رحمہ کا بے قاعدہ افراز:- جسم اصفر کے فعل مستقل سے واقع ہو سکتا ہے جو ادرار طمث کے وقت اصلی دروں رحمی عدم تکمیل کو مانع ہوتا ہے۔ دروں رحمہ کی بے قاعدہ پختگی زیادہ تر اس وقت واقع ہوتی ہے جب کہ سن یاس قریب ہوتا ہے۔

دروں رحمہ کا ذبول:- ان اصابات میں کبھی کبھی دروں رحمہ کا ذبول پایا جاتا ہے اور اس کے باوجود بے قاعدہ طویل المدتی نزف واقع ہوتا ہے۔ ضعف رحم کی حالت میں بھی کثرت طمث واقع ہوتا ہے، جس میں عمومی نقاہت واسترخائے رحم کی کیفیت واقع ہوتی ہے۔

بیش تکون:- زیر خرد بین معائنہ سے دروں رحمہ کے بیش تکون کا پتہ چلتا ہے، جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بے قاعدہ ہارمونی محرک دبازت یافتہ بیش غدال دروں رحمہ بناتا ہے، جہاں سے کثیر المقدار نزف ہوتا ہے۔ یہ ایک تلخ حقیقت ہے کہ عسر الوظیفی رحمی نزف کے بیشتر اصابات کا کوئی نسیجیاتی سبب نہیں ہوتا، لہٰذا اصل سبب کی تلاش و جستجو اب بھی جاری ہے۔

سرسری مقاصد کے لیے ان اصابات کو مریضہ کی عمر کے پیش نظر عمومی حیثیت سے تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ اس نقطۂ نظر سے معالج غیر طبعی نزف کو بلوغ کے وقت، عمر ولودیت کے زمانہ میں اور سن یاس کے وقت تقسیم کر سکتا ہے۔ یہ مختصر تقسیم محض معالج کی رہبری کے لئے کی گئی ہے، جس کا کوئی سائنٹیفک جواز نہیں، تاہم علاج کا فیصلہ کرتے وقت یہ تقسیم مد ثابت ہوتی ہے۔

بلوغ کا غیر طبعی نزف:- آغاز طمث کے بعد کچھ دنوں کے لئے کثرت طمث قلیل ہو تو عام نہیں۔ یہ دوری نزف اول چند ماہ یا سال غیر تبویضی قسم کا ہوتا ہے۔ اگر یہ مقدار تشویشناک حد تک بڑھ جائے تو بچی کو فولاد کثیر مقدار میں دیا جائے اور طمثی مدتوں کے اوقات میں راحت پہونچائی جائے نیز عام صحت بحال کی جائے۔ جب کثرت طمث تنہا واقع ہو تو ہارمونی یا دروں رحمہ کا جرف عموماً بیکار ثابت ہوتا ہے۔ بہت کم

ایسا ہوتا ہے کہ نزف مفرط سے لڑکیوں میں ہیموگلوبین (احمرالدم) کی سطح طبعی سے کم ہو جائے۔ پروجسٹرون کی غیر موجودگی میں دروں رحم خاص طور سے آسٹروجن سے تحریک قبول کرتا ہے۔ یہ حالت رحمی نزفی مرض کی حیثیت سے جانی جاتی ہے، جس کا تذکرہ آگے آرہا ہے۔ شدید نزف کی حالت میں مریضہ کو مکمل آرام بستری دیا جائے، رحم کا جرف ضروری ہو سکتا ہے۔ اس کے بعد یعنی جرف کے دسویں دن سے پروجسٹرون بمقدار ۲۰ ملی گرام در دلیا عضلاتی راہ سے اشراب کریں۔ ایک ایک روز کے وقفہ سے کل ۱۰ انجکشن دیئے جائیں۔ اس کے بجائے ایک نیا پروجسٹوجن یعنی نار ایتھائی سٹیرون (Norethysterone) بمقدار ۲۰ ملی گرام ۱۰ دن تک دیا جا سکتا ہے۔ پھر مندرجہ بالا مقدار رفتہ رفتہ کم کر کے اگلے پانچویں دن علاج ختم کر دیا جائے۔ استراحت کے دوران لڑکیوں میں ضائع شدہ خون کی تلافی اور بحالی از خود ہو جاتی ہے اور علیہ یا ہارمونی معالجہ کی نوبت شاذ و نادر ہی آتی ہے اور زیاں کو قابو میں لانے کے لئے عمومی معالجہ ہی کافی ہوا کرتا ہے۔

نوٹ:۔ عمر کے اس حصہ میں مردانہ ہارمون کا استعمال جائز نہیں۔

عمر ولودیت میں عسر الوظیفی رحمی نزف:۔ عمر ولودیت میں عسر الوظیفی رحمی نزف عام طور سے بلا کسی واضح مقامی سبب کے عموماً صاحب اولاد عورتوں میں پایا جاتا ہے۔ یہ نزف دوری، مسلسل یا بے قاعدہ ہو سکتا ہے۔ ان اصابات میں رحم اکثر منتفخ یا معمولی طور پر متناسب انداز میں بڑھا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ سابقہ دور میں یہ حالت مزمن ورم رحم، یعنی رحمی التہاب یا مزمن ناقص التفاف اصطلاح کے ذیل میں شمار ہوتی تھی۔ رحم کے اس عظم کے اسباب معلوم کرنے کے لئے کافی نسیجیاتی تحقیق ہو چکی ہے۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو چکا ہے کہ ریشیدہ تدرن کے علاوہ ان اصابات میں عضلۂ رحم کا مزمن التہاب کبھی بھی موجود نہیں ہوتا، لہٰذا مزمن التہاب رحم کی اصطلاح درست نہیں، اسی طرح مزمن ناقص التفاف کا اطلاق بھی مناسب نہیں۔ اگر عضلۂ رحم کے تراشہ کی لچکدار بافت (Elastic Tissue) کو سادہ عضلا و ریشی بافت سے تفریق کرنے کے لئے ویگر کے رنگ (Weiger's Stain) سے رنگا جائے تو صاف معلوم ہوگا کہ عدید الحمل عورت کے رحم میں عروق کے اردگرد لچکیلی بافت کا اجتماع ہو رہا ہے۔

ان اصابات میں جب شدید غیر طبعی نزف بلا کسی واضح مقامی یا عام سبب کے عارض ہوتا ہے تو مفرط زیاں کو ہارمونی عدم توازن سے موسوم کرتے ہیں۔ غالباً اس کا سبب نخامیہ ہوتا ہے جو بیضی غدیت کی کمی بیشی کا ذمہ دار ہوتا ہے۔ یہ بھی قرین قیاس ہے کہ نفسیاتی طور پر جب طمثی خلل واقع ہوتا ہے تو نخامیہ کے افعال میں تغیر پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں رحم متعدد غیر طبعی حالتوں کا متناظر ہو سکتا ہے تاہم کثرت طمث ایسے رحم سے بھی واقع ہو سکتا ہے، جس کا مادہ جرف کے ذریعہ حاصل کر کے امتحان کیا جائے تو طبعی ثابت ہوگا۔

رحمی نزفی مرض (Metropathia Haemorrhagica):- رحمی نزفی مرض عسر وظیفی رحمی نزف کی ایک مخصوص قسم ہے۔ یہ حالت طمثی دورہ کے غیر متوازن مبیضی کنٹرول سے پیدا ہوتی ہے۔ اس میں تبویض انقطاع ہوتا ہے نیز نخامیہ کے فص مقدم کے ذریعہ مبیضین کے جرابی نظام کو کثرت سے تحریک پہونچتی ہے۔ علیہ کے بعد مبیضین کا امتحان کرنے پر تازہ جسم اصفر کی تکوین کا ثبوت کبھی نہیں ملتا۔ ایک یا دونوں مبیضین مجوس جرابی دویروں پر مشتمل ہوتے ہیں جو امراضیاتی ہوتے ہیں۔ نزف آسٹروجن کی پیہم تحریک سے واقع ہوتا ہے، جس کے سبب درون رحم میں مخصوص تغیرات واقع ہوتے ہیں۔

نظری طور پر درون رحم ابھرا ہوا، نزف کے سبب شوخ سرخ ہوتا ہے اور سطح ناہموار ہوتی ہے۔ درون رحم ٹکڑے کی شکل میں آویزاں ہوتا ہے۔ رحم بذات خود طبعی جسامت کا ہو سکتا ہے اور جب تک درون رحم بیش تکوینی ہوتا ہے یہ خفیف منتفخ ہوتا ہے اور اس وقت تک غیر تکیلی نہیں ہوتا۔

رحمی نزفی مرض بلوغت سے لے کر سن یاس تک کسی بھی وقت عارض ہو سکتا ہے لیکن دیگر اوقات کی بہ نسبت ۴۰ سال کی عمر کے بعد زیادہ واقع ہوتا ہے یا اول ۲۰ سال معتدل سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے لیکن ۳۰ تا ۴۰ سال کے درمیان شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بے قاعدہ نزف کی یہ صورت اسقاط مکمل ہونے کے بعد یا جب وضع حمل کے بعد نزف دوبارہ جاری ہوتا ہے، واقع ہو سکتی ہے۔

علامات عموماً بہت واضح اور مخصوص ہوتی ہیں۔ ۶ تا ۸ ہفتے احتباس الطمث کی مدت گذرنے کے بعد نزف مسلسل جاری ہو جاتا ہے جو معتدل مقدار میں ہفتوں جاری رہ سکتا ہے بسا اوقات کثیر مقدار میں خون بہنے لگتا ہے اور ردی اصابات میں ہیموگلوبین کی سطح ٪۳۰ یا اس سے بھی کم ہو سکتی ہے اور ادرار کا زمانہ بھی طویل ترین ہوتا ہے۔ مسلسل نزف سے فقر الدم کا درجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ نزفی مرض کی سریری روئداد حمل خارج الرحم اور اسقاط سے مشابہ ہو سکتی ہے، لہٰذا تشخیص فارقہ کرتے وقت دونوں حالتوں کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیے۔

عضوی امارات میں متسع عنق، جب کہ جریان دم شدید ہو، رحم منتفخ یا طبعی جسامت کا ہوتا ہے۔ رحم کے جانبی حصے میں ایک مبیض یا دونوں میں قابل جس دویری جراب موجود ہو سکتا ہے۔ رحم کا درون رحم ریزا اور بواسیری ہوتا ہے۔

جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، اس حالت میں تبویض کے بغیر نزف جاری ہو جاتا ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ دورے طبعی مدت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ان حالات میں اصلیت کا پتہ کثرت الطمث اور عدم اختصاص کی تفتیش کے وقت چلتا ہے۔ تشخیص کی توثیق بیش طمثی حصہ میں رحم کا جرف کر کے کی جا سکتی ہے، اگر ممکن ہو تو قبل از نزف اور درون رحم کا خوردبینی معائنہ کرنا چاہیے، بعد تبویض افرازی تغیرات معدوم ہو سکتے ہیں اور منتظر قدر

نکا ثری حصہ جیسا ہوگا۔ جب شدہ سے سرطانی سلعہ، تدرن، لیف آسا بواسیر یا نامکمل اسقاط کو بھی مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔ غیر تبویضی نزف کا شبہ اس وقت بھی کرنا چاہیے جب ادرار کے ساتھ عام طور سے واقع ہونیوالے حیضی درد کی شکایت مریضہ نہ کرے۔ جسم اصفر کی عدم موجودگی (چونکہ تبویض عمل میں نہیں آتا) کا مطلب ہے کہ پروجیسٹرون پیدا نہیں ہوا۔ تبویض کا بطلان فعل اساسی حرارت کے ریکارڈ سے بھی معلوم کیا جا سکتا ہے۔ رحمی نزفی مرض دراصل غیر تبویضی نزف کی ایک اہم شکل ہے۔

غیر طبعی یاسیت:۔ جیسا کہ آپ کو معلوم ہے کہ سن یاس کے قریب مقدار طمث رفتہ رفتہ کم ہونی شروع ہوتی اور کبھی یکایک طمث منقطع ہو جاتا ہے۔ غیر طبعی سن یاس نادر الوقوع نہیں اور اس وقت صادق رحمی نزفی مرض واقع ہو سکتا ہے۔ عین ممکن ہے کہ کثرت طمث، تعدد طمث اور بے قاعدہ نزف باہم اس طرح خلط ملط ہو جائیں کہ ان میں تمیز دشوار ہو جائے ایسی حالت میں ان میں توازن برقرار نہیں رہتا۔

جرف سے تراشہ کے مختلف حصوں میں مبیضی ہارمون کے فقدان کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس وقت خاص طور سے دروں رحم کے تراشہ سے بے قاعدہ پختگی، بے قاعدہ افزائش، بیش تکون نیز دبول کی تشخیص ہو سکتی ہے۔

مریضات کی اس جماعت میں جرف کے ذریعہ رحم کے خبیث مرض کا استثنا ناگزیر ہے۔ شدید نزف کے اصابات میں رحم برآری تجویز کرنی چاہیے۔ ان اصابات میں آئسٹروجن کا طویل لمدتی استعمال مناسب ہے۔

سن یاس کی مریضہ کے مخصوص علاج کے لیے سن یاس کا بیان ملاحظہ فرمایئے۔

علاج

کثرت الطمث کی جملہ اقسام، عسر الوظیفی رحمی نزف اور رحمی نزفی مرض کے علاج کے مندرجہ ذیل چار طریقے رائج ہیں:

(۱) طبعی علاج: (ا) ادویہ، (ب) گرم نطولات، (ج) ہیلی یا دروں رحمی حمول، (۲) ہارمونی معالجہ، (۳) علاج بالاشعاع، (ج) جرحی ذرائع۔

ان جملہ اصابات میں جن میں نزف غیر معمولی یا طوالت یافتہ ہو، فقر الدم کا درجہ معلوم کرنے کے لیے شمار دم ضرور کر لینا چاہیے۔ فقر الدم کی حالت میں فولاد کی زائد مقدار لازماً دی جائے۔ نیز حیاتین ب۱۲، فولک ایسڈ، لیور ایکسٹریکٹ، حیاتین ب مرکب اور کیلشیم بھی ضرورت کے مطابق دیں۔ شدید اصابات میں نقل الدم ناگزیر ہو جاتا ہے۔ نازک حالات میں دورۂ طمث کے وقت آرام بستری کرائیں اور معائے اسفل کی بخوبی تفریغ کی جائے۔ اس طرح حوضی دوران خون کا استلام ہو جاتا ہے جرف سے مقامی اسباب مستثنیٰ ہو جاتے ہیں۔

جو مریضات اوسط عمر کو نہ پہونچی ہوں، لاولد ہوں لیکن بچے کی خواہاں ہوں یا جنھیں جرحی معالجہ ناپسند

ہو۔ ان کے علاج میں ہارمون استعمال کرائیں لیکن نتائج کے اعتبار سے ہارمونی معالجہ کوئی قطعی معالجہ نہیں ہے اور سن یاس کے قریب والی عمر میں کم ہی موثر ثابت ہوتا ہے۔ ہارمونی معالجہ شروع کرنے سے بیشتر جنسی اور دیگر تشخیص مکمل کر لینی چاہیئے۔

رحمی نزف کی حالت میں رحمی حابسات کا استعمال کیا جا چکا ہے جن کی ایک طویل فہرست موجود ہے، غدۂ نخامیہ کے فص موخر کے خلاصہ کا اثر رحمی عضلہ پر ضعیف ہوتا ہے، علاوہ بریں شدید نزف کی حالت میں معجل ولادت ادویہ مثلاً ارگومٹرین برائے نام موثر ثابت ہوتی ہیں۔ ان کے استعمال سے بعض نزف کی خفیف حالتیں ہی قابو میں لائی جا سکتی ہیں، لہٰذا رحمی نزفی مرض میں صنفی ہارمون کا انتخاب کئی اعتبار سے قابل ترجیح اور موثر ہے، تاہم ہارمون بالکل مختلف منصوبہ بندی کے ساتھ استعمال کرانا چاہیئے یعنی ہنگامی تدبیر کے طور پر نزف روکنے کے بجائے آئندہ طمثی دوروں کے طبعی فعل کو بحال کرنے کی امید پر استعمال کرانا چاہیئے۔

مقصد علاج میں کامیابی حاصل کرنے کے لئے آسٹروجن کثیر مقدار میں بعجلت ممکنہ اور جلد دیا جائے تاکہ دروں رحم نزف پر غالب آ جائے مثلاً ایتھائی نل آسٹراڈائل (Ethinyloestradiol) بمقدار ۰۲۵ء۰ ملی گرام ہر دو سے گھنٹے اس وقت تک دیں جب تک کہ نزف رک نہ جائے۔ رحمی نزفی مرض کے اصابات میں ایک درست منصوبہ کے تحت دروں رحم میں افرازی تغیرات پیدا کرنے کے لئے پروجسٹوجن یعنی نارایتھی ناڈرل (Norethynodrel) وافر مقدار میں یعنی بمقدار ۲۰ ملی گرام یومیہ دیں۔ ہارمونی معالجہ روکنے کے فوراً بعد دروں رحم میں دوبارا انحسار واقع ہو جائے گا۔

اینڈروجن (Androgen) کے استعمال سے بھی رحمی نزف روکا جا سکتا ہے، اس مقصد کے لئے ٹسٹوسٹیرون پروپیونیٹ (Testosterone Propionate) بمقدار ۲۵ ملی گرام یومیہ دروں عضلاتی راہ سے ۵ دن تک مشراً بہم پہنچایا جا سکتا ہے۔ تاہم ان کے مسترجلیتی افعال کے خطرہ کے پیش نظر ان کے استعمال سے احتراز ہی بہتر ہے۔ پروجسٹروجن مع اینڈروجن اور آسٹروجن مع اینڈروجن بھی تجارتی سطح پر پیش کئے جاتے ہیں جن کا کوئی خاص معالجاتی مقام نہیں، لہٰذا ان کے استعمال سے بھی اجتناب ہی بہتر ہے۔

عسر الوطمثی نزف روکنے کے لئے بھی ٹسٹوسٹیرون نہایت زود اثر ہارمون ہے اور طویل یا شدید نزف ایک یا دو دن میں قابو میں آ جاتا ہے اور ۴-۵ یوم میں مکمل طور پر رک جاتا ہے۔ ٹسٹوسٹیرون نخامیہ کے دروں افرازی فعل کو روک دیتا اور آسٹروجنی دورہ کو طبعی سطح پر لے آتا ہے لیکن طویل مدت تک دینے سے بیش تکوئی دروں رحم میں ذبول پیدا کر دیتا ہے اور عورتوں میں مردانہ صفات پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے لہٰذا احتیاط کے ساتھ استعمال کرایا جائے اور اشرابی مقدار ۲۵ ملی گرام سے تجاوز نہ کرنے پائے۔ ہاں

براہ دہن ۴۰ ملی گرام یومیہ تک دے سکتے ہیں لیکن فی زمانہ عسر الوظیفی رحمی نزف یا جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے کسی بھی طرح کے رحمی نزف کے لئے ٹسٹوسٹیرون کا استعمال معیوب سمجھا جاتا ہے اور بعض ماہرین نے اس کو مطلق ممنوع قرار دے دیا ہے۔

خرد نی ہارمونی معالجہ کا ایک طریقہ یہ ہے کہ ایتھائی نل آئسٹراڈائل بمقدار ۰۵، ملی گرام براہ دہن ۲۱ روز تک مسلسل دیں، جوان سال مریضات میں اسے مانع حمل گولی کے ہمراہ مخلوط طور پر دینے سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے، جس کے بعد تقہقری نزف جاری ہو جاتا ہے، اس کے بعد پھر علاج دہرایا جائے اور اس طرح کم از کم چھ شمسی دوروں تک یہی نصاب دہرایا جائے۔ چوتھے دوری معالجہ کے وقت ایتھی سٹیرون (Ethisterone) یا نار ایتھی ناڈرل ۵، ۱۰ ملی گرام ۱۵ تا ۲۵ ویں دورۂ حیض کے دن دیا جاتا ہے۔

رحمی نزفی مرض میں موخر الذکر دوا بمقدار ۱۰ ملی گرام برائے ۱۰ یوم دینے سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ اس پروجسٹوجن یعنی نار ایتھی ناڈرل کے استعمال سے دروں رحم میں افرازی تغیر واقع ہوتا ہے۔

پروجسٹوجن آئسٹروجینی مرکب (Progestogen-Oestrogen Combination) اور پروجسٹوجن آئسٹروجن کی آمیزش کے بغیر دونوں نزفی حملہ روکنے میں موثر ثابت ہوتے ہیں چنانچہ اوسط مقدار خوراک ۳ اقراص یومیہ دینے سے بیشتر اصابات میں ۴۸ گھنٹے کے اندر اندر نزف قابو میں آجاتا ہے لیکن بعض نزف روکنے میں ۵ دن کی مدت بھی لگ سکتی ہے نزف روکنے کے بعد پروجسٹوجن فوراً نہیں بند کر دینا چاہئے بلکہ مقدار خوراک بتدریج کم کر کے یعنی اگلے ہفتہ دو اقراص یومیہ استعمال کرائیں۔ یہ سلسلۂ علاج موقوف کرنے کے بعد چند دنوں کے اندر اندر تقہقری نزف جاری ہو جاتا ہے۔ بے قاعدگی دور کرنے کے لئے پروجسٹوجن دوری اعتبار سے نزف کے پانچویں دن سے ۲۰ روز تک استعمال کرانا چاہئے اور اسے ۳ تا ۴ دوروں میں روبہ عمل لانا چاہیے، بیشتر اصابات میں اس علاج سے شمسی دورے باقاعدگی اختیار کر لیتے ہیں۔

کلومی فین (Clomiphene) رحمی نزفی مرض کے لئے علی الخصوص جوان العمر جماعت میں اور ۴۰ سال سے بیشتر قابل انتخاب دوا ہے۔ اسے بمقدار ۵۰ تا ۱۰۰ ملی گرام یومیہ برائے ۵ یوم استعمال کرایا جا سکتا ہے۔ یہ دوا خاص طور سے ان عورتوں میں قابل ترجیح ہے جو حمل کی خواہاں ہوں، کیوں کہ کلومی فین تبویض عمل میں لاتی ہے جس کے بعد رحمی نزفی مرض کا اعادہ واقع نہیں ہوتا، لیکن اسے مریضہ کی مکمل تفتیش کے بغیر استعمال نہ کرنا چاہیے اور اس کے بعد بھی ماہر معالج کے زیر ہدایت ہی استعمال کرانا چاہیے۔

گرم نطول:۔ یہ ایک عارضی تدبیر ہے جسے شدید نزف قابو میں لانے کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ۱۱۵ تا ۱۲۰ درجہ تپش کے گرم پانی سے مہبلی نطول کیا جاتا ہے۔ اسے عموماً رحمی

بیش تضخم والے نزف کو قابو میں لانے کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے۔

اصمام (Plugging) :۔ شدید نزف کو قابو میں لانے کے لئے یہ بھی ایک عارضی لیکن موثر تدبیر ہے۔ عدیم الحمل عورت میں پہلے معدم حس استعمال کر لینا چاہئے۔ مہبلی قنال کا اصمام نہایت ماہرانہ انداز میں انجام دینا چاہیے نیز جملہ دافع عفونت تدابیر کا پورا پورا لحاظ رکھنا چاہیے کیونکہ عدم تعقیم کی صورت میں عفنی امراض پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ اس مقصد کے لئے مطہر گاز کی ایک لمبی دھجی نہایت موزوں ہے جسے منظار کے ذریعہ داخل کرنا چاہیے۔ یہ دھجی موخر مہبلی دیوار کے ساتھ ساتھ موخر قبوہ میں داخل کی جاتی ہے جسے بخوبی دبا کر بھر دیا جاتا ہے۔ گاز کو اندر ۲۴ گھنٹے سے زائد نہ رہنے دینا چاہیے اور دافع عفونت تدابیر کا لحاظ رکھتے ہوئے تجدید کرتے رہنا چاہیے۔

یونانی علاج :۔ ضعف رحم کی حالت میں اشیائے قابضہ مثلاً کافور و مسک وغیرہ سے علاج کریں۔ استرخائے رحم کی حالت میں آس یابس، گلاب خشک اور سماق وغیرہ استعمال کرائیں۔ ضعف رحم میں حسب ذیل نسخے مفید ہیں اور کثرت الطمث نیز استحاضہ کی اکثر اقسام میں مفید ثابت ہوتے ہیں:

نسخہ موصیائی :۔ مومیائی، مشک خالص، زعفران، گل سرخ، گل ارمنی، گوند کیکر ہر ایک ایک گرام، دم الاخوین، خبث الحدید مدبر ہر ایک دو گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال :۔ جملہ دوائیں پانی میں پیس کر مطہر گاز بھگو کر رحم میں حمول کریں۔

نسخہ سفوف :۔ ریوند چینی، مامیران چینی، عصارہ لحیۃ التیس ہر ایک ۴ گرام، کہربا شمعی ۱ گرام، ملیلہ روغن ۴ گرام گاؤ کے ہمراہ بریاں کیا ہوا کوٹ چھان کر رکھ لیں۔

مقدار خوراک ۵ر۲ گرام صبح و شام

سفوف دیگر :۔ کشنیز خشک بریاں، مع ہماق پاک کیا ہوا، جند بیدستر، صدف سوختہ، کہربا، بسد ہر ایک ایک گرام، مازو بے سوراخ، بلوط بریاں، قرنفل گلنار ہر ایک ۲ گرام۔ کوٹ چھان کر رکھ لیں۔

مقدار خوراک : ایک ایک گرام صبح و شام ہمراہ آب تازہ۔

نسخہ ضماد :۔ عدس مقشر، پوست انار ترش، برگ مورد خشک، مازو ہر ایک ایک حصہ کوٹ چھان کر شراب سرکہ کے ہمراہ گھول کر پشت و عانہ پر ضماد کریں۔

غذا و پرہیز :۔ مقوی اغذیہ عاشرہ دیں، بیضہ نیم برشت، جس پر صمغ و کہربا چھڑکا ہوا ہو، نیز چاول کے ساتھ نشاستہ کھلائیں۔ معقول آرام و تفریح کا اہتمام کریں۔ ترش نفاخ اور زیادہ گرم چیزوں سے پرہیز لازم ہے۔ اگر سبب غلبہ خون ہو تو مادہ کو ہٹانے کی غرض سے ایک بار حسب ضرورت فصد باسلیق کریں۔ دبن طریق کمل تیقال

کے فصد کی سفارش کی ہے۔ اگر خون پر کوئی دوسری خلط غالب ہو تو ابتداءً اس کا تنقیہ کریں اور اس کے بعد انفجار دم میں نافع ادویہ استعمال کرائیں۔ اس میں ادویۂ قاطع دم مثلاً ادویۂ باردہ قابضہ مفید ہیں۔

حابس دم ادویہ گلنار، عنب الثعلب کا پودا اور قوی تر دم الاخوین، کہربا، رانگ، آملج، گل مختوم، گل ارمنی، کافور و قرطاس محرق نیز قوی ترین افیون و بزرالبنج ہیں۔ ان میں سے تنہا کوئی ایک یا چند دوائیں اگر رب سفرجل، رب انار، رب جوز کے ہمراہ نوش کرائی جائیں تو زیادہ فائدہ ہوگا۔

قرص کہربا، شیرہ پوست انار، شیرۂ خرفہ سیاہ، بارتنگ، شربت حب الآس استعمال کرائیں۔

دیگر ادویہ حابسہ و فرزجۂ مسکہ اور قابض آبزن استعمال کرائیں۔ حسب ذیل نقوع بھی مفید ہے:۔

رص، آملہ مقشر، سونف ہر ایک ۱۲ گرام رات کو پانی میں بھگو کر، صبح مل صاف کر کے، شکر سفید ۱۲ گرام شامل کر کے پلائیں۔

نزف بند ہونے کے بعد بھوک کھل کر لگنے لگتی ہے اور قوت تیزی سے بحال ہونے لگتی ہے۔

غذا: ضعف نہ ہو تو مقلل دم اغذیہ دیں مثلاً فرورۂ سماق، اناردانہ، زرشک، دہی ترش، کدو، توری، عدس، سرکہ، کچا انگور، جو کی روٹی، آش جو، بریاں، اس کے بعد تیتر، چکور اور ہرن کا گوشت دیں۔

اگر کثرت صفرا، حدت و رقت دم سبب ہو تو سب سے پہلے منضج دے کر بارد مسہل دیں جس میں ہلیلہ زرد اور شاہترہ شامل ہو اور تبرید کے لیے نسخۂ ذیل دیں:

رص، لعاب بہدانہ، شیرۂ عناب، شیرۂ مغز تخم کدو، شیرۂ پوست بیخ انجبار، شیرۂ تخم خرفہ و بارتنگ اور شربت نیلوفر دیں نیز قرص کہربا اور دیگر مشروبات در بوبات یا مد مغلظ خون مثلاً شربت عناب، شربت صندل، شربت انار، شربت زرشک، شربت انجبار، رب غورہ و سیب استعمال کرائیں۔

بارد و قابض فرزجہ، اضمدہ اور آبزن بروئے کار لائیں۔ امداد کی غرض سے زیر پستان محاجم ناری رکھنا اور پستان کو مضبوطی سے باندھنا مفید بتایا گیا ہے۔

غذاؤں میں سے از قسم انگور نارسیدہ، کشمش، آب انار ترش، چاول اور مونگ کے ساتھ دینا مفید ہے۔ فالودہ اور حلوے بھی مفید ہیں۔

اگر کثرت الطمث یا استحاضہ غلبۂ سودا کے سبب ہو تو مسہل سودا و حب افتیمون یا ماء الجبن و سفوف لاجورد سے تنقیہ کریں۔ اگر کوئی امر مانع نہ ہو تو فصد باسلیق بھی کھولیں اور اس کے بعد ادویۂ حابسہ مثلاً قرص گلنار و خشخاش ہمراہ شیرۂ خرفہ و خشخاش و ریشۂ انجبار ہر ایک ۷ گرام و شربت حب الآس و گاؤزبان استعمال کرائیں۔

غلبۂ بلغم و کثرت رطوبات کی حالت میں بار بار قے کرائیں نیز مسہل بلغم وحب ایارج سے تنقیہ کرائیں، حابس، مغلظ، مسکن اور مجفف اغذیہ واشربہ استعمال کرائیں نیز حسب ضرورت آبزن وشیافات بروئے کار لائیں۔

غذا:۔ اگر غلبۂ رطوبت کے سبب قوت ماسکہ کمزور ہو تو نخوداب، مرغا، تیتر کو زیرہ ودارچینی کے ہمراہ استعمال کرائیں اور غلبہ سودا کی حالت میں نخوداب کے ہمراہ شیرۂ مغز بادام یا مسکہ و مصری دیں۔

اگر کثرت طمث کا سبب بواسیر یا شقاق رحم ہو تو اس کا اصولی علاج کریں کبھی کبھی کثرت نزف کے سبب غشی کا خوف ہوتا ہے، ایسی حالت میں مریضہ کو شراب قابض میں بٹھائیں اور مازو، شاہ بلوط، گلنار، گل سرخ کے جوشاندہ سے آبدست کرائیں اور گل روغن لیپ کر کے اوپر سے خاکستر درخت انگور رکھ کر فرج پر باندھ دیں۔ خفقان وغشی کے لئے عرق عنبر نہایت مفید ہے۔

آرام ہونے پر تقویت کی خاطر مفرح بارد (۵ گرام) یا خمیرۂ ابریشم شیرۂ عناب والا (۵ گرام) یا خمیرۂ ابریشم حکیم ارشد والا (۵ گرام) چند یوم تک کھلائیں۔

چونکہ تمدد طمث، استحاضہ یا عسر الطمث رحمی نزف مقامی اسباب و عوامل کے علاوہ رقت ولطافت دم کے سبب بھی واقع ہوتے ہیں، لہٰذا حسب ذیل نسخے عموماً مفید ثابت ہوتے ہیں:۔

سفوفات:۔

۱۔ کہربا، دم الاخوین، گلنار، گل ارمنی ہر ایک ۴ گرام پیس کر شیرۂ مربہ بہی (۱۵ ملی لیٹر) ملا کر چٹائیں اور کافور سیال ۱۰-۱۰ قطرہ پانی (۱۲ ملی لیٹر) میں ملا کر بعد غذا استعمال کرائیں۔

۲۔ سرمہ سفید، کتھہ سفید، مائیں خرد، دم الاخوین، گیرو ہر ایک ۱۲ گرام۔ جملہ دواؤں کا باریک سفوف بنائیں۔

مقدار خوراک:۔ ۶ گرام ہمراہ آب سرد یا شربت انار شیریں۔

۳۔ کہربا، مصطگی، گل سرخ، بسد، صندل سرخ، مازو، گل دھاوا، کائپھل، اتیس، مجیٹھ، موچرس، کندر، آملہ خشک، اقاقیا، دانہ الائچی خرد، طباشیر، جنطیانا، دھنیا، رال سفید، زعفران جملہ دوائیں باریک پیس کر اور شکر سفید برابر وزن ملا کر رکھیں۔

مقدار خوراک:۔ ۶-۶ گرام یہ سفوف صبح وشام ہمراہ دودھ کھلائیں۔

۴۔ تالمکھانا، بریاں، کرنجوہ، اجوائن، کہربا، اتیس، گیرو، مازو کلاں، مائیں کلاں، لودھ پٹھانی، رسوت، سنگجراحت، ریٹھا گوند مساوی الوزن، شکر جملہ ادویہ کے برابر۔

ترکیب تیاری واستعمال:۔ جملہ دوائیں کوٹ چھان کر بقدر ۶ گرام ہمراہ آب سرد دیں۔

اگر حاملہ میں رحمی سیلان الدم کی شکایت ہو تو نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

۵۔ گل نیلوفر، اصل السوس، نودہ پٹھانی، آملہ، صندل باریک پیس کر کات سفید، تالمکھانا ہر ایک اجزا طباشیر ایک جز۔

مقدار خوراک :۔ ۱۲ گرام تک ساٹھی چاول کے پانی کے ہمراہ۔

ضمادات :۔

۱۔ ضماد ذیل حاملہ وغیر حاملہ دونوں کے لئے مفید ہے :۔

گلنار، بلوط، جوز السرو، مازو سبز، پوست انار، کزمازج، اقاقیا، حب الآس ہر ایک ۲ گرام، گل ارمنی ۱۰ گرام کوٹ چھان کر آب کو کنار میں گوندھ کر زیر ناف ضماد کریں۔

۲۔ صندل، اقاقیا، گلسرخ، سماق، پوست انار، آس کوٹ چھان کر عانہ پر طلا کریں اور اس سے قبل ادویۂ قابضہ سے آبزن کرائیں۔

فرازج :۔

۱۔ پوست انار، مازو سبز، زاج سوختہ، جملہ دواؤں کو باریک پیس کر باہم ملائیں اور پھر مطہر گاز کو پانی میں تر کرکے مذکورہ دوائیں لت کرکے اندام نہانی میں رکھیں۔

۲۔ مازو خام، شب یمانی، اقاقیا، کندر کوٹ چھان کر آب آس کے ساتھ گوندھ کر بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔

آبزن ۔ رحمی نزفی مرض میں بسا اوقات آبزن کی ضرورت درپیش ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں حب ذیل آبزن نہایت مفید ہوتا ہے :۔

(ص) پھٹکری، پوست انار، مازو ہر ایک ۵ر۱۰ اگرام، برگ گوکھرو، حب الآس ہر ایک ۱۲ گرام، گلنار، مائیں ہر ایک ۵ر۷ اگرام، گل سرخ ۵ر۲ گرام ۔ جملہ دواؤں کو دو لٹر پانی میں جوش دیں اور ایک لٹر باقی رہ جانے پر باقی ایک طشت میں ڈال کر مریضہ کو اس میں بٹھائیں۔

عملیہ :۔ رحمی نزف کے پیچیدہ حملوں کو قابو میں لانے کے لئے جراحی معالجہ بروئے کار لایا جاتا ہے جرف یافتہ دروں رحم کا نسیجی امراضیاتی امتحان صرف اسی وقت تشخیص کے لئے کارآمد ثابت ہو سکتا ہے جب کہ نزف شروع ہونے کے چند یوم کے اندر اندر اسے بروئے کار لایا گیا ہو۔ نزف شروع ہونے کے بعد بعجلت ممکنہ عملیہ بروئے کار لایا جائے، تاخیر ہونے پر بیشتر دروں رحم میں سبیکہ بن جاتا ہے اور نسیجیاتی منظر خراب ہو جاتا ہے۔

رحم برآری :۔ ۴۰ سال یا اس کے بعد کی عمر میں رحم برآری قابل ترجیح معالجہ ہے۔ صاحب اولاد عورتوں میں اہل رحم برآری کو ترجیح دینی چاہیے۔ اس طرح کچھ تناسلی میلانات بھی پیدا ہو سکتے ہیں، جنھیں اسی وقت

درست کیا جا سکتا ہے۔ نسبتاً جوان العمر مریضات میں رحم برآری کا فیصلہ بڑا دشوار امر ہے، کیوں کہ ان میں سے بیشتر عاقر رہتی ہیں اور امید حمل میں طبی معالجہ کو ترجیح دیتی ہیں۔ بہر حال اگر ضرورت متقاضی ہو تو مدیم الحمل عورتوں میں شکمی رحم برآری کو ترجیح دی جائے تاکہ اعضائے حوض کا بخوبی معائنہ کرنے کا موقع مل سکے چنانچہ پوشیدہ سبب مثلاً تدرنی التہاب قاذف اور مبیضی دروں رحمیت کا اس طرح باقاعدہ مشاہدہ ہو جاتا ہے۔

علاج بالاشعاع:۔ عسر الوظیفی نزف کو قابو میں لانے کے لئے کبھی کبھی دونوں یعنی عمیق لاشعائیں اور شعاع استعمال کی جاتی ہیں۔ سن یاس میں شدید رحمی نزف کے علاج میں غیر خبیث مرضیات کی موجودگی میں ریڈیم کا استعمال موثر ثابت ہوتا ہے چنانچہ ایسی حالت میں ریڈیم کی اتنی مقدار جوف رحم میں داخل کی جاتی ہے جو اخصا (Castration) کے لئے کافی ہو۔ مبیضین پر عمیق لاشعائیں ڈال کر بھی یہی مقصد حاصل کیا جا سکتا ہے۔ عمیق لاشعاعوں کا مخصوص اثر گرافی جرابات پر پڑتا ہے، جس سے یہ تباہ ہو جاتے ہیں۔

جوان العمر عورتوں میں لگا ہے لاشعاعوں یا ریڈیم کی تھوڑی سی مقدار کچھ ماہ تک دے کر عسر الوظیفی نزف کو چند ماہ تک روکا جا سکتا ہے۔ اس قلیل المدتی احتباس الطمث میں نہ صرف مریضہ کو ثانوی نقر الدم کا باقاعدہ علاج کرنے کا موقع مل جاتا ہے، بلکہ طبعی طریقے پر صحت رفتہ بھی واپس آ جاتی ہے، تاہم اسے خفیف مقدار میں جوان سال عورت میں طویل مدت تک مسلسل استعمال کرنا خطرے سے خالی نہیں، لہٰذا اسے ایک ماہر ریڈیالوجسٹ ہی کو برتنے کی جسارت کرنی چاہیئے۔

تعقیم:۔ اخصا (استیصال مبیضین) کیلئے لاشعاعوں اور ریڈیم کی مقدار:

۴۰ سال سے زائد عمر کی عورتوں میں ۲۰۰۰ ملی گرام ساعات دینا ضروری ہے لیکن کم عمر عورتوں میں ۳۶۰۰ ملی گرام ساعات ناگزیر ہو سکتی ہے۔

۵۰ ملی گرام کا ٹیوب ربڑ کے کیسہ میں بند کر کے جوف رحم میں اس وقت تک رکھا جائے، تاوقتیکہ مطلوبہ مقدار پوری نہ ہو جائے۔

لاشعاعوں کی مقدار اخصا ر 300-600 کے مابین ہوتی ہے اور بکسور طور سے مبیضین پر ہفتہ میں دو بار براہ راست پہنچائی جاتی ہے۔ ریڈیم یا عمیق لاشعاعوں کی اخصائی مقدار دینے سے پیشتر رحم کا سرطانی غدی سلعہ دروں رحمی نسیجیاتی امتحان سے مستثنیٰ کر لینا چاہیئے۔ ریڈیم استعمال کرنے سے پیشتر اتساع اور جرف انجام دینا چاہیئے نیز عمیق لاشعاؤں سے پیشتر اس کے استعمال کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

خفیف مقدار: تحت تعقیمی معالجہ (Substerilization):۔ یہ طریق عمل لاشعاعوں اور شعاعوں کے ذریعہ بروئے کار لایا جاتا ہے۔ اسے سب سے پہلے کیپلان (Kaplan) نے ۱۹۲۰ء میں پیش کیا تھا۔ یہ طریق علاج عموماً نوجوان عورتوں کا نزف عارضی طور پر روکنے کے لئے بروئے کار لایا جاتا ہے۔ اسمیں ریڈیم کی مقدار ۶۰ تا ۸۰ ملی گرام ساعات اور لاشعاعوں کی ر 300 ہوتی ہے۔ چوں کہ اس سے مریضہ کے عاقر ہونے کا اندیشہ ہمیشہ رہتا ہے، لہٰذا قلیل المقدار معالجہ بھی ماہرانہ ہاتھوں سے ہی بروئے کار لانا چاہیئے۔

۳۸

عُسرالطمث

[Dysmenorrhoea]

اس مرض میں خون حیض قلیل المقدار اور قوام میں نسبتاً غلیظ ہوتا ہے۔ ایسی عورتیں حیض سے بیشتر یا دوران حیض بے کلی یا شدید درد محسوس کرتی ہیں۔ لگتا ہے طبعی ادرار طمث کی حالت میں بھی تندرست عورتیں بھی درد سے دوچار ہوتی ہیں۔ لیکن جب درد اس مقام پر پہونچ جائے کہ طبعی مشاغل میں خلل انداز ہونے لگے تو اسے بہرحال غیر طبعی کیفیت تصور کرنا چاہیئے۔ اس درد کا احساس غریب ونادار عورتوں کی بہ نسبت مہذب و متمول عورتوں کو زیادہ ہوتا ہے۔ اس کا سبب غالباً قوت برداشت کی کمی ہوتی ہے۔ چنانچہ جو درد اعلیٰ مہذب اور تعلیم یافتہ طبقہ کی عورتوں میں ناقابل برداشت ہوتا ہے، غریب ونادار عورتوں میں قابل برداشت ہوتا ہے۔ عسرالطمث کی حسب ذیل دو قسمیں ہوتی ہیں:

(۱) ابتدائی (Primary)، جسے درونی یا تشنجی (Interinsic or Spasmodic) بھی کہتے ہیں، اس کی ایک ذیلی قسم غشائی (Membranous) بھی ہوتی ہے۔ (۲) ثانوی (Secondary)، جسے احتقانی یا برونی (Congestive or Extrinsic) بھی کہتے ہیں۔

مذکورہ دونوں قسموں میں نفسیاتی عوامل بھی اہم کردار ادا کرتے ہیں نیز حساس عورتیں درد کی زیادہ شکایت کرتی ہیں۔ ابتدائی عسرالطمث عموماً جوان العمر لڑکیوں کو عارض ہوتا ہے۔ یہ عموماً مجرد علامت ہوتی ہے اور اس کے ساتھ کوئی دوسری عضوی امراضیاتی کیفیت عام طور سے نہیں پائی جاتی، اس کے برعکس ثانوی عسرالطمث چند عضوی امراضیات سے واقع ہوتا ہے جو چند دیگر نسائی علامات کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

تشنجی یا ابتدائی عسرالطمث

یہ درون رحمی درد آغاز طمث کے وقت سے شروع ہوتا ہے اور عموماً ۲۰ سال سے کم عمر والی لڑکیوں میں

واقع ہوتا ہے یا گاہے سال دو سال بغیر درد کا حیض آتا ہے اور پھر عسر الطمث شروع ہو جاتا ہے۔ ۵۰ سال سے زائد عمر کی عورتوں میں یہ درد نادر الوقوع ہے تاہم کم شدید درد جو پہلی مدت کے پہلے دن واقع ہوتا ہے عمر یاسی تک جاری رہتا ہے۔

شنجی عسر الطمث کے ساتھ طمثی بے قاعدگی کا کچھ نہ کچھ درجہ ضرور پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات بلوغ دیر سے واقع ہوتا ہے اور طمثی دورہ برائے نام بے قاعدہ ہوتا ہے۔ شنجی عسر الطمث میں، جیسا کہ ابتدا میں بتایا جا چکا ہے ضائع شدہ مقدار اوسط سے کم ہوتی ہے۔ اس میں درد بسا اوقات اتنا شدید ہوتا ہے کہ ہر ماہ کئی دن تک آرام بستری کی ضرورت پڑتی ہے، گاہے سقوط قوت کی شکایت ہو جاتی ہے۔ عصر حاضر میں جب لڑکیاں مختلف پیشوں اور ملازمتوں میں ہمہ تن منہمک ہیں اقتصادی نقطۂ نظر سے بھی اس کی اہمیت بڑھ گئی ہے۔

اسباب :۔ اس کے اسباب کے نظریات میں ہمیشہ رد و بدل ہوتا رہتا ہے یہاں صرف چند منتقہ نظریات پیش کرنے پر اکتفا کیا جا رہا ہے۔

رحم کا کم تکون :۔ ابتدائی عسر الطمث کے بہت سے اصابات میں تناسلی تحت النمو کے کچھ مدارج پائے جاتے ہیں۔ اگر رحم رضیعی ہو تو عسر الطمث معدوم ہوتا ہے، جسم رحم چھوٹا ہونے کی حالت میں عنق مخروطی اور اس کا فم خارجی سوزنی نما ہوتا ہے اور جھلی عام طور سے چھوٹا اور قبرے او تھلے ہوتے ہیں، علاوہ بریں رحم کے کم تکون کے ساتھ ساتھ رحم کی پیش خمیدگی یا پس خمیدگی پائی جاتی ہے، اس طرح فم داخلی سے طمثی مواد کے اخراج کا راستہ بڑا دشوار گذار ہو جاتا ہے، چنانچہ محبوس مواد رحمی کہفہ کو پر کر کے متمدد کر دیتا ہے اور نتیجہ کار دردناک حیض کی شکایت ہوتی ہے۔

تشوهات :۔ اگر رحم دو قرنی یا منقسم ہو یا مبین (مستزاد) قرن موجود ہو تو شدید شنجی عسر الطمث عام طور سے پایا جاتا ہے۔

طمثی محرک :۔ حال ہی میں ایک جزو ترکیبی "الف" (Component 'A') کی دریافت ہوئی ہے جسے انسانی دروں رحم سے علیحدہ کیا گیا ہے۔ افرازی دروں رحم، تکاثری دروں رحم کی بہ نسبت ترکیبی جزو "الف" کی زائد مقدار پر مشتمل ہوتا ہے۔ جو اس امر کی علامت ہے کہ مرکب الف عضلہ رحم میں پایا جاتا ہے اور طمث کے آغاز اور وسط میں آزاد ہوتا ہے۔

دروں افرازی عدم توازن :۔ درد کا ذمہ دار ہارمون پروجسٹرون معلوم ہوتا ہے۔ اس نظریہ کو اس سے بھی تقویت ملتی ہے کہ غیر تبویضی ادوار میں درد معدوم ہوتا ہے۔ چنانچہ اگر مصنوعی طور پر مقدم نخامیہ کے FSH کو آئسٹروجن کے ذریعہ موقوف کر دیا جائے تو ابتدائی ایام بے درد کے ہوں گے۔ بے درد کی یہ تین

اس وقت تک برقرار رہتی ہیں تاوقتیکہ سلسلۂ علاج برقرار رکھا جائے، لیکن آئسٹروجن دینا بند کرتے ہی عسر الطمث کی دوبارا شکایت ہوجاتی ہے۔

پروجیسٹرون کا زائد مقدار میں اخراج دبیز ریزیزیہ نما دروں رحم (Decidua Like Endometrium) کی تولید کا باعث ہوتا ہے جو اپنے اخراج کے وقت درد بڑھا دیتا ہے۔ پیش تبویضی حصہ میں رحمی انقباضات کثیر الوقوع ہیں لیکن قلیل درجہ میں، اس کے برعکس بعد تبویضی حصہ میں ان کی زیادتی ہوتی ہے۔ پروجیسٹرون کا یہ دوہرا کردار عسر الطمث کا سبب ثابت ہوتا ہے۔

عضلۂ رحم کا فقر الدم (Myometrial Ischaemia):۔ جسم کے دیگر حصوں میں جس طرح عروقی تشنج اور اینٹھن ہوتی ہے اسی طرح عضل رحمی فقر الدم کے سبب دردناک اینٹھن کی طرح تشنجی عسر الطمث ہوتا ہے۔

ناقص قطبیت (Polarity):۔ جسم رحم کے انقباضات اور عنق کے اتساعات کے مابین باہمی عدم توازن یعنی رحم کی قطبیت کے عدم توازن کے سبب طمثی خون کے براہ عنق اخراج میں دقت پیش آتی ہے اور ایسا عموماً تشنجی عسر الطمث کے دوران واقع ہوتا ہے۔

نفسیاتی عدم توازن:۔ مہذب سماجی طبقہ کی بیش حساس لڑکیوں میں عسر الطمث کے بیشتر حالات میں اضطرابی عصابنیت موجود ہوتی ہے۔ ایام کے درد یعنی حدتی درد کے خوف و اضطراب کی ایک حالت پائی جاتی ہے جو ماہ و سال گذرنے کے ساتھ ساتھ کم ہوتا جاتا ہے۔ اس اضطراب کے نتیجہ میں پیدا ہونے والا عسر الطمث عموماً ذاتی (Subjective) قسم کا ہوتا ہے، جسے مریضہ کے بھرپور تعاون سے متاثر کیا جا سکتا ہے۔ اس میں غیر صحت مند ماحول کا بھی پورا ہاتھ ہوتا ہے۔

پیش عجزی عصب کا التہاب:۔ پیش عجزی عصب کے ریشوں میں مزمن التہابی تغیرات واقع ہوجانے کے سبب محرکہ و حساسہ تحریکات میں اضافہ ہوجاتا ہے جس کے سبب یہ طمثی دوروں کے دوران زائد اور بے قاعدہ عسر الطمث کا باعث ہوتے ہیں۔ متعلقہ تناسلی قنات میں دوری تغیرات کے سبب شریانی دباؤ اشری کی عدم توازن پیدا ہوجاتا ہے اور دوران حیض شدید درد ہونے لگتا ہے۔

غلبۂ اخلاط:۔ بسا اوقات غلیظ اغذیہ بکثرت کھانے سے سودا اور بلغم کثیر مقدار میں پیدا ہو کر خون میں غلظت پیدا کر دیتا ہے، جس کے سبب خون عروق شعریہ میں سے بآسانی گذر نہیں پاتا اور نتیجۃً کاذب تشنجی عسر الطمث واقع ہوجاتا ہے۔ اس کی انتہائی صورتوں میں احتباس الطمث واقع ہوجاتا ہے۔

غشائی عسر الطمث

اسے تشنجی عسر الطمث کی شدید صورت تصور کیا جاتا ہے۔ خوش قسمتی سے یہ قسم نادر الوقوع ہے جو صرف خاندانی

طور پر نیز حمل کے بعد واقع ہوتی ہے۔

عسر الطمث اغشیہ کے ٹکڑوں کے ساتھ پایا جاتا ہے جو رحمی کہفہ کے سبیکوں کی شکل اختیار کرسکتا ہے۔ رحمی کہفہ کے درون رحمی سبیکہ کا مکمل اخراج شاذونادر ہی ہوا کرتا ہے لیکن تشنجی عسر الطمث میں خرد درون رحمی باقیات عام طور سے گذرتے ہیں۔ درون رحم کے کسر و انکسار کے میکانیہ میں خرابیوں کو سبابنگ کے اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔

سرسری مناظر اور تشخیص

جیسا کہ اوپر بتایا جاچکا ہے، اکثر یہ درد آغاز طمث کے ساتھ عارض ہوتا ہے اور لگا ہے طمث کے پہلے چند یوم بے الم کے گذر جاتے ہیں، درد عموماً ادرار شروع ہونے کے چند گھنٹے یا ایک تا تین دن پیشتر اسفل شکم یا کمر میں شروع ہوتا ہے، جو پہلے دن تو شدید ہوتا ہے لیکن بعد میں بتدریج کم ہوتے ہوتے موقوف ہوجاتا ہے۔ چند اصابات میں دوری درد، متلی، قے اور اسہال کی شکایت ہوتی ہے۔ درد ذو الفترہ اور قولنجی قسم کا ہوتا ہے۔ بسا اوقات قطنی عجزی درد کمر بھی ہوتا ہے۔ ادرار سے قبل پیڑو میں بھاری پن محسوس ہوتا ہے، پستان میں بھی تہیج ہوتا ہے، کبھی کبھی روانی طمث کے پہلے دن چھوٹے چھوٹے تھکے خارج ہوتے ہیں اور بعد میں درد سے نجات مل جاتی ہے۔ ابتدائی عسر الطمث میں درد عقر اور ناکافی ایام میں بھی موجود ہوتا ہے، لیکن ایسی حالت میں رحم تحت النمو حالت میں ہوگا۔

بلغم یا سودا کے غلبہ کی صورت میں ان کی علامات موجود ہوں گی جن کا تذکرہ احتباس الطمث کے ذیل میں گذر چکا ہے۔

جوان ناکتخدا عورتوں میں مستقیمی امتحان کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ چونکہ ابتدائی عسر الطمث کے بیشتر اصابات میں تحت النمو کا کچھ درجہ پایا جاتا ہے لہٰذا خرد مہبل سے او ہلکے قبو سے، مخروطی عنق مع سوئی نما فم رحم نیز شدید پیش گرد یا پس گرد خمیدگی یا طبعی سائز سے چھوٹا رحم جس کیا جاسکے گا، اس طرح اس امر کا فیصلہ کرنے میں بھی آسانی ہوتی ہے کہ تناسلی قنات تشریحی اعتبار سے طبعی اور خالی ہے نیز اس طرح مریضہ اور اس کی ماں کو بھی اس امر کا یقین دلانے میں آسانی ہوتی ہے کہ فی الواقعہ عضوی طور پر وہ غیر طبعی حالت میں مبتلا نہیں۔ مہبلی امتحان محض انھیں عورتوں تک محدود رکھنا چاہئے، جن میں قابل عمل اور قابل قبول ہو۔

غشائی عسر الطمث میں رحم کے اندر سوزش یا ورم کے بعد داخلی غشائی ریغا بدار اغشا کم و بیش اخراج طمث کے ہمراہ خارج ہوتی رہتی ہے، اگر یہ جھلی ٹکڑے ٹکڑے ہو کر خارج ہو تو ہر ٹکڑے کے اخراج کے وقت درد ہوگا۔ اگر کبھی ساری جھلی بیک وقت خارج ہو تو اسقاط حمل کا شبہ ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں جانچ بہت سا

خون بھی خارج ہوتا ہے۔ اس مرض کی موجودگی میں حمل نہیں قرار پاتا۔ غشائی عسرالطمث میں دوران حیض بسا اوقات خوردبینی طور پر دروں رحمہ کی ساخت کے حامل ہوتے ہیں۔

علاج

تشنجی عسرالطمث عموماً حمل سے رفع ہو جاتا ہے۔ جس عورت کے ایک ہی بچہ ہو، وہ ان عورتوں کی بہ نسبت مکررالوقوع تشنجی عسرالطمث میں مبتلا ہوتی ہے جو متعدد بچوں کو جنم دیتی ہیں۔ عسرالطمث اکثر شادی سے رفع ہو جاتا ہے، چنانچہ بیشتر عورتیں جو شادی سے پیشتر تشنجی عسرالطمث کا شکوہ کرتی تھیں بالآخر شادی کے بعد درد معدوم ہو جانے کی اطلاع دی۔

اس کا طبی علاج یقیناً بڑا پیچیدہ ہے، جرحی معالجہ بھی عموماً ناکامی پر منتج ہوتا ہے علاوہ بریں عصبانیت کی شکایت بھی ہو جاتی ہے۔ عسرالطمث کے علاج کے مندرجہ ذیل طریقے ہیں:

(۱) عمومی معالجہ یا عمومی تدابیر (۲) ہارمونی معالجہ، (۳) نفسیاتی معالجہ اور (۴) جرحی معالجہ

عمومی تدابیر و علاج:۔ لڑکیوں کو خاص ذہنی تربیت دینے سے عسرالطمث میں کمی پیدا کی جا سکتی ہے۔ ان کے اوپر دوران طمث زیادہ دباؤ نہ ڈالنا چاہیے۔ مقوی غذائیں دی جائیں اور غذا میں اصلاح کر کے قبض دور کرنا چاہیے۔ متوقع وقت سے دو تین روز پہلے ایک ہلکا مسہل دینے سے حوضی احتقان کم کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اگر سوء اتفاق سے فقرالدم موجود ہو تو فولاد کے ذریعہ علاج کرنا چاہیے لیکن فقرالدم شاذ و نادر ہی موجود رہتا ہے۔ مریضہ کو اس کے معمولات میں فرق نہ لانے کو کہا جائے اور اس کے تالیف قلب کی سعی کرتے رہنا چاہیے۔ اسکول، کالج یا آفس میں حسب معمول طمثی مدتوں میں بھی جانے کے لئے کہا جائے۔ صاف ستھری ہوا میں مناسب ریاضت، جمناسٹک اور دیگر کھیل کود کی حوصلہ افزائی کرنی چاہیے۔ اکثر اوقات انھیں تدابیر سے درد میں حیرت انگیز حد تک کمی آجاتی ہے۔

دافع درد ادویات:۔ تشخیص کی تکمیل سے پہلے مسکنات درد دینے سے اجتناب کرنا چاہیے۔ ایسپرین، فیناسٹین، کیفین، کوڈین، انالجین اور پیراسیٹامول پر مشتمل مختلف تجہیزات مثلاً نوالجین، ویگانین، ٹائلے نال مع کوڈین، انگرو یائی رین، کوڈو پائی رین اور کروسین، میٹاسین وغیرہ بکثرت مستعمل ہیں جو واقعی موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لگاہے دافع درد ادویہ کے ہمراہ مسکنات مثلاً فینو باربی ٹون یا دیگر باربی تورٹیس بھی شامل کر دیتے ہیں۔ لیکن ایسی ادویہ بہرحال منوم اثرات کی حامل ہوتی ہیں، اور مختلف پیشوں میں معروف ملازم عورتیں ایسی دوائیں پسند نہیں کرتیں، لہٰذا مخدر و منوم دوائیں حتی الامکان استعمال نہ کرائی جائیں۔ درد شروع ہوتے ہی ایک تا دو ٹکیہ دی جائے اور چوتھے پانچویں گھنٹے یہی مقدار دہرائیں۔ دن میں ۲ - ۶ اقراص دینے سے درد

سے طور پر ہو کھنٹے کے لئے راحت مل جاتی ہے۔

دافع تشنج ادویہ مثلاً بیتھی ڈین، ایٹروپین اور بیلاڈونا وغیرہ براہ دہن یا شرابی طور پر دینے سے بعض مریضات کو فائدہ ہوتا ہے، لیکن ان دواؤں میں سب سے بڑا عیب یہ ہے کہ مریضہ ان کی عادی ہو جاتی ہے، لہٰذا جہاں تک ممکن ہو ان کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ ہاں اسپاسمنڈان (Spasmindon)، بیرالگان (Baralgan) یا روبی نیکس (Robinax) اقراص و شراب کی شکل میں حسب ضرورت استعمال کرنے میں مضائقہ نہیں۔ لیکن انجکشن سے ممکنہ حد تک اجتناب کرنا چاہیئے۔ شدید صابات میں دوائی علاج کے ساتھ ساتھ مریضہ کو آب گرم سے حمام کی ہدایت کرنی چاہیئے، آرام بستری اور پیڑو کی تکمید بھی ضروری ہے۔

هارمونی معالجہ:۔ غیر تبویضی طمثی دورے بغیر درد کے ہوتے ہیں۔ تبویض کو آسٹروجن، ٹسٹوسٹیرون یا حاضر کے مصنوعی پروجسٹوجن کے استعمال سے موقوف کیا جا سکتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ایتھائی نل آسٹراڈائل (Ethinyl Oestradiol) یا ڈائی ایتھائل آسٹراڈائل ۵.۰۰ ملی گرام یا اسٹل بائسٹرال (Stilboestral) ملی گرام یومیہ دورۂ طمثی کے ۵ ویں تا ۱۵ ویں روز براہ دہن دیا جاتا ہے۔ ٹسٹوسٹیرون بمقدار ۵ ملی گرام روزانہ ۳ گرام براہ دہن دورہ طمث کے پانچویں تا ۱۰ ویں دن روزانہ استعمال کرانا چاہیئے (۲ تا ۳ ماہ انضباب) یہ ایک قابل قدر وقتی تدبیر ہے۔ میتھائل ٹسٹوسٹیرون اس مقدار میں کوئی خلل نہیں پیدا کرتا۔

موجودہ دور میں زیادہ قوی اثر دوائیں پیش کی گئی ہیں، جس کی ایک مثال اینا وڈ (Enavid) ہے۔ یہ ایک مصنوعی اسٹیرائڈ نارایتھائی نوڈرل (Norethynodrel) پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ خود طور پر فعال پروجسٹینی اسٹیرائڈ اور موثر ترین مانع تبویض ہے اور مصنوعی آسٹروجن کی بہ نسبت تھقری نزف کم تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اگر مریضہ پہلے وریدی تخثر (Venous Thrombosis) میں مبتلا رہ چکی ہو تو یہ دوائیں استعمال نہ کرائیں۔

یونانی علاج:۔ احتباس الطمث کی تقریباً جملہ تدابیر اور دوائیں مناسب انتخاب کے ساتھ مفید ثابت ہوتی ہیں۔ اوپر درج اصول و تدابیر کو ملحوظ رکھتے ہوئے علاج شروع کرنا چاہیئے۔ اگر کوئی عضوی خلل موجود ہو تو اس کا مناسب تدارک کرنا چاہیئے۔

دورۂ طمثی کے وقت اگر قبض ہو تو حقنہ یا ایلوا وغیرہ کسی مسہل دوا سے قبض رفع کریں۔ شدید درد کی حالت میں بوتل یا بیگ میں قابل برداشت حد تک گرم پانی بھر کر پیڑو پر تکمید کریں نیز پوست خشخاش کے جوشاندہ میں اسفنج تر کر کے تکمید کریں۔

سنِ الجماعت (تحت النمو) رحم یا فم رحم مسدود ہونے کے سبب جب عسرالطمث واقع ہوتا ہے تو شادی کے بعد عمل جماعت اختیار کرنے کے بعد یہ شکایت از خود رفع ہو جاتی ہے اور علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اگر

صغیر الجسامت رحم کا سبب کوئی دبائی یا طبعی تکلیف ہو تو علاج التہاب پر خصوصی توجہ دینی چاہیے اور اگر فم رحم اندمال زخم کے سبب مسدود ہو گیا تو سب سے پہلے ایسی دوائیں استعمال کی جائیں جن سے فم رحم نرمی اختیار کرے لیکن اس سے پیشتر فصد باسلیق واستفراغ بھی بروئے کار لانا چاہیے۔ ورم صلب رحم کی حالت میں مرہم داخلیون وباسلیقون میں بط کی چربی، جنگلی بکری کی پنڈلی کا گودا اور سکہ سفید داخل کر کے مقل ازرق حل کر کے روغن نرگس اضافہ کر کے ضماد استعمال کرائیں۔ ورم تیزی سے تحلیل ہو جائے گا۔ نرمی پیدا ہونے کے بعد چند یوم خشک اسفنج کی باریک بتی فم رحم کے اندر رکھیں۔ اس تدبیر سے فم رحم میں نرمی وکشادگی پیدا ہو جائے گی اور درد حیض رفع ہو جائے گا۔ حمول ذیل بھی مفید ہے:۔

(ص) مرہم داخلیون ۱۵ گرام، آب کمرہ سبز بقدر ضرورت ملا کر روغن گل ۱۵ ملی لیٹر، سفیدی بیضۂ مرغ ایک عدد، مغز فلوس خیار شنبر ۳ گرام، حل کر کے، اس میں گاز تر کر کے حمول کریں۔

رفع درد کے لیے جوشاندہ پوست خشخاس اور تخم کتاں میں مریضہ کو بٹھائیں اور اسی سے سینک کریں۔ اور ادرار طمث کے لیے نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:۔

(ص) اسارون ۵ء۲ گرام، سداب ۱۰ء۰ گرام، رازیانہ ۱۰ گرام، لوبیا سرخ ۵ء۱۰ گرام، شہد ۳۰ ملی لیٹر جوش دے کر صاف کریں اور طمث شروع ہونے کے تین روز پیشتر سے استعمال کرائیں، عموماً تین دن کا نصاب کافی ہوا کرتا ہے۔

اگر ضعف ونقاہت کے سبب مریضہ کے شدید الحس ہونے کے سبب وجع الطمث کی شکایت ہو تو احتباس الطمث کے علاج میں درج کشتۂ فولاد ودواء المسک والا نسخہ استعمال کرائیں۔

اگر غلبۂ اخلاط سبب ہو تو خلط کی رعایت سے احتباس الطمث کے ذیل میں درج شدہ نسخے استعمال کرائیں۔
غشائی عسر الطمث کا علاج تشنجی عسر الطمث کے خطوط پر کیا جاتا ہے، لیکن انجام بہرحال برا ہوتا ہے۔ غشائی عسر الطمث کی حالت میں نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) چرائتہ، بیخ بادیان، بیخ کپاس ہر ایک ۶ گرام کو پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور شربت بزوری ۵۰ ملی لیٹر ملا کر نوش کرائیں۔

رفع قبض کے لیے بوقت خواب حب تنکار ۲ عدد ہمراہ آب نیم گرم استعمال کرائیں۔
مدت ایام شروع ہونے سے تین دن پہلے حب مدر ایک ایک عدد صبح، دوپہر، شام ہمراہ آب تازہ استعمال کرائیں۔ ادرار شروع ہوتے ہی یہ دوا بند کر دیں۔
رفع درد کے لیے نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:
(ص) ریوند خطائی کوٹ چھان کر اس کے برابر نبات سفید پیس کر باہم ملا لیں اور تقریباً ۶ گرام حیض شروع

ہونے سے ۲ روز پیشتر استعمال کرانا شروع کردیں اور ۲ روز کھلا کر موقوف کردیں۔

حسب ذیل ڈوش بھی تشنجی عسر الطمث میں مفید ہے اور غشائی وجع الطمث میں قابل آزمائش ہے:۔

(س) نگل بابونہ، تخم خشک، تیصوم، مرزنجوش ہر ایک ۱۲ گرام کو ۲ لیٹر پانی میں جوش دیں، جب پونی لیٹر رہ جائے، چھان کر بذریعہ پچکاری ڈوش کرائیں۔ مدت طمث شروع ہوتے ہی اس کا استعمال بھی موقوف کردینا چاہیے۔

شافہ ذیل مدر طمث ہے، تشنجی عسر الطمث میں درد رفع کرتا ہے:

(س) خربق سیاہ، بیخ حنظل ہر ایک تھوڑا تھوڑا باہم ملا کر شافہ بنائیں اور طویل کرکے مقامی طور پر قابلہ کے ذریعہ مہبل میں رکھوائیں۔ یہ شافہ پہلے رطوبت اور بعد میں خون کو خارج کرتا ہے۔

نفسیاتی معالجہ:۔ مریضہ کا مکمل اعتماد کرنے کی کوشش کی جائے، اسے پورے اعتماد کے ساتھ بتایا جائے کہ عسر الطمث ایک طبعی امر ہے جو صحت مند لڑکیوں میں اپنے وقت پر وقوع پذیر ہوتا ہے۔ اس سلسلے میں لڑکی کے والدین بھی معین ثابت ہو سکتے ہیں۔

جرحی معالجہ:۔ تشنجی عسر الطمث میں جب دوائی، دوائی یا نفسیاتی تدابیر ناکام ہوجاتی ہیں تو آخر میں مجبوری کے سبب جراحی تدابیر بروئے کار لائی جاتی ہیں۔

اتساع عنق:۔ یہ عملیہ محتاط انداز میں انجام دینے کے باوجود محض ۲۰ ۲۵ فیصد اصابات میں ہی دائمی فائدہ ہوتا ہے۔ بہت سی مریضات عملیہ کے بعد ۶ ماہ تک زیادہ بہتر ہوتی ہیں، جس کے بعد درد مزید شدت اختیار کرلیتا ہے، لہٰذا اتساع عنق کو عسر الطمث یا وجع الطمث کا علاج شافی نہیں تصور کرنا چاہیے اور عملیہ کا مشورہ دیتے وقت مریضہ کے رشتہ داروں کو اس مشکوک انجام سے باخبر کردینا چاہیے۔

یہ عملیہ سدم حس کے زیر اثر انجام دینا چاہیے اور مریضہ کو وضع مہبلی میں لٹانا چاہیے نیز مریضہ کو ایک معمولی اہبلی عملیہ کے لئے تیار کرنا چاہیے۔ اگر دوران عملیہ عنق میں انکسار واقع ہوجائے تو شدید جریان دم ہوسکتا ہے اور اگر انشقاق جانبی طور پر منتشر ہوجائے تو رحمی شریان کو ضرر پہونچ جائے گا اور بالآخر بعض کا کلاں سلعہ دموی بن جائے گا اور اگر دوران اتساع عنق تباہ ہوجائے تو عملیہ کا آخری نتیجہ منشق عنق، رشتہ خارجی، مزمن التہاب عنق اور سداد ہوسکتا ہے۔

استیصالی تدابیر سے حتی الامکان احتراز کرنا چاہیے اور اگر ضرورت پیش آ ہی جائے تو صرف شدید اصابات میں ما پیش عجزی شریان شرکی کا انقطاع (Parasacral Sympathectomy) کردینا چاہیے۔ بعض ماہرین اسے مکمل طور سے شفا بخش بتاتے ہیں اور بعض صرف ۷۵ فیصد کامیاب قرار دیتے ہیں۔

اس کے علاوہ حوضی ضفیرہ میں الکحل کے اشراب اور رحم کی شکلی تعلیق سے تقریباً نصف فی صدی مریضات شفایاب ہو جاتی ہیں۔

یہ بات واضح طور پر سمجھ لینی چاہیے کہ اغداد عضلی داخلی تشنجی نہیں بلکہ امتلائی عسر الطمث کا سبب ہوتا ہے لہٰذا تشنجی عسر الطمث میں رحم برآری کبھی تجویز نہیں کی جاتی، البتہ موخر اصابات میں اور کم از کم ۳۰ سال کی عمر کے بعد کی مریضہ میں اسے بروئے کار لایا جا سکتا ہے، جب کہ تشنجی کے ہمراہ عام طور سے امتلائی عسر الطمث بھی پایا جاتا ہے۔

ثانوی یا امتلائی عسر الطمث

امتلائی عسر الطمث بلوغ اور سن یاس کے درمیان کسی بھی حصۂ عمر میں واقع ہو سکتا ہے۔ یہ حوضی امتلا پیدا کرنے والی امراضیاتی حالتوں میں واقع ہوتا ہے۔ آغاز طمث کے تقریباً ایک ہفتہ قبل شروع ہوتا ہے اور ادرار طمث کے بعد موقوف ہو جاتا ہے۔

اس میں اسفل شکم اور پشت میں درد ہوتا ہے جو اصم اور اینٹھن کی قسم کا ہوتا ہے۔ امتلائی عسر الطمث کے اگلے طمثی دورہ میں مریضہ اپنے وزن میں اضافہ محسوس کرتی ہے کیوں کہ اس میں پانی اور نمک محبوس ہوتا رہتا ہے۔ ابھی تک یہ بات فیصلہ کن مرحلہ میں نہیں داخل ہو سکی کہ یہ علامیہ ہارمونی عدم توازن سے پیدا ہوتا ہے یا مانع ادرار بول ہارمون پیدا ہونے سے لیکن ان میں سے مؤخر الذکر زیادہ قرین قیاس ہے۔ حوضی امراضیات کا شبہ دور کرنے کے لئے حوضی امتحان ناگزیر ہے۔

غدی عضلیت، حوضی دروں رحمیت اور اکتسابی میلان خلفی کی حالت میں پیش طمثی حیضی عسر الطمث بیشتر موجود ہوتا ہے اور بیشتر اصابات میں ادرار کے باوجود درد میں کمی نہیں ہوتی اور درد ختم ہونے کے بعد بھی چند روز تک مسلسل رہتا ہے۔

حوضی التہابی امراض مثلاً انبوبی بیضی التہاب اور نزد رحمی التہاب نیز حوضی انضمامات مزمن حوضی امتلا پیدا کر کے عسر الطمث عارض کر دیتے ہیں۔ اس کا سبب غالباً یہ ہے کہ بیضین بیش دموی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ بریں التہابی تغیرات کے انضمامات کے ذریعہ پوشیدہ ہو جاتے ہیں اور طمثی دورہ کے بیش طمثی حصہ میں تناؤ اختیار کر لیتے ہیں۔

علاج :۔ امتلائی عسر الطمث کے علاج کا انحصار اس کے تحت موجود امراضیاتی حالت کے تدارک پر ہے۔ نفسیاتی معالجہ عموماً معاون ثابت ہوتا ہے۔

بعض مریضات میں تسکین مدرات یا کلور تھیازائڈ (Chlorthiazide) سے تسکین کی صورت پیدا ہوتی ہے، بعض میں ہارمونی معالجہ بھی راس آتا ہے، لیکن بیشتر اصابات میں وقتی طور پر مسکنات سے راحت ملتی ہے۔

یونانی علاج :۔ اصل سبب کا تدارک کریں، بانی و نمک محبوس ہونے کی حالت میں مدرات بول و طمث دونوں ہی نافع ہیں۔ حوضی التہابی امراض کی حالت میں محلل اورام ادویہ مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائی جاسکتی ہیں۔ جن کا بیان التہابی امراض رحم میں تفصیل سے گذر چکا ہے نیز تشنجی عسر الطمث کے ذیل میں بھی کارآمد نسخوں کا تذکرہ کیا جا چکا ہے۔ تسکین درد کے لئے پوست خشخاش اور گل ٹیسو کے جوشاندہ سے تکمور کرائیں اور درج ذیل آبزن استعمال کرائیں:۔

رمن، ابہل، برگ سداب، صعتر فارسی، گل بابونہ، اکلیل الملک، پودینہ خشک، تخم شبت، مرزنجوش، تخم کرفس ہر ایک ۹ گرام، جملہ دوائیں ایک لیٹر پانی میں جوش دیں اور پھر ۱۵ لٹر پانی میں ملا کر مریضہ کو اس میں ناف تک بٹھائیں، اس کے بعد ہوا سے بچا کر تولیہ لپیٹ کر کسی مخدر شئے کا رحم میں نطول کرائیں۔

غذا و پرہیز :۔ احتباس الطمث کے مطابق۔

باب ہفتم

فسادات اعضائے تولید

۳۹

جماعِ مولم

[Dyspareunia]

اگر مجامعت کے درمیان وقت یا درد محسوس ہو تو اسے جماع مولم سے موسوم کرتے ہیں، لیکن بعض ماہرین اس میں صنفی عدم حسیت (Sexual Anaesthesia) اور برودت جیسی حالتوں نیز ایسے تغیرات کو بھی شمار کرتے ہیں جو میکانیتی الاصل ہوتے ہیں اور جن سے مجامعت کے وقت دقت یا مشکل پیش آتی ہے۔

جب جماع مولم شادی شدہ زندگی کے آغاز ہی سے موجود ہو یا درد جماع ابتدائی پردۂ بکارت کی دریدگی کے بعد بھی جاری رہے تو اسے ابتدائی جماع مولم کہتے ہیں لیکن اگر ایک مدت طبعی صنفی زندگی گذارنے کے بعد عورت کو جماع مولم کی شکایت لاحق ہو جائے تو اسے ثانوی جماع مولم سے موسوم کرتے ہیں۔ ایک دوسری تقسیم فعلیاتی اور عضویاتی اعتبار سے بھی کی جاتی ہے۔

اول الذکر میں مریضہ صرف جماع مولم سے پریشان رہتی ہے جب کہ مؤخر الذکر میں کسی مرض کے سلسلہ میں معالج سے رجوع کرتی ہے۔ ابتدائی جماع مولم دخول کے وقت سوراخ مہبل پر محسوس ہوتا ہے جب کہ ثانوی میں درد جماع کے دوران یا جماع کے بعد سوراخ مہبل پر یا اسفل شکم میں محسوس ہوتا ہے۔

ابتدائی جماع مولم: اس سے شادی شدہ زندگی تلخ ہو جاتی ہے، چند اصابات میں خلقی ترقی پذیر اختلال موجود ہوتا ہے، جس کے اصلاح کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن بیشتر اصابات میں مجانی عضلات و مبرزی عضلہ

رافہ کے تشنج کے ذمہ دار نفسیاتی عوامل ہوتے ہیں۔

خلقی تشریحی اختلالات:- تشریحی نقائص غشاء البکارت، مہبل یا عنق سے متعلق ہو سکتے ہیں۔ غشاء البکارت غیر مثقب، غربال نما یا دبیز اور مزاحم ہو سکتی ہے۔ اس قسم کے اصابات میں دخول کے وقت مکرر اور ناکام کوششیں تحفظی انعکاس کے طور پر عضلی اینٹھن اور تشنج المہبل کی طرف رہبری کرتی ہیں۔

مستطول عنق عموماً مہبل کے پورے طول پر محیط ہو جاتا ہے، جس کے سبب دخول دردناک اور ناکام ہو جاتا ہے۔

رتق مہبلی:- بلوغ کے وقت بسا اوقات نشوونما کی ناکامی کے سبب فرج کی بے استقبالی یا تضییر تنگ فرج اہم اسباب کے طور پر سامنے آتے ہیں۔ مکمل مہبلی حاجز بسا اوقات دخول میں دقت پیدا کرتا ہے اور شکایت کا داعی ہوا کرتا ہے لیکن نامکمل حاجز سے کوئی دشواری پیش نہیں آتی۔ کبھی کبھی اس کا سبب خناق یا عنقات سبحیہ (Streptococci) سرایت سے پیدا شدہ غشائی التہاب فرج بھی ہوتا ہے جو عام طور سے بچپن میں عارض ہوا کرتا ہے۔ بسا اوقات سرے سے مہبل ہی موجود نہیں ہوتا ایسی حالت میں بھی نامکمل جماع سے اذیت پہونچتی ہے۔

تشنج المہبل (Vaginismus):- بیشتر اصابات میں ایسی مقامی مرضی حالت معلوم نہیں ہوتی، جس کی طرف اسے منسوب کیا جا سکے، ایسی عورتیں بالعموم عصبی المزاج ہوتی ہیں اور یہ ان کے ذہنی معکوسہ کا بلاواسطہ نتیجہ ہوتا ہے، جس کا اثر مجامعت سے پیشتر ہی نمودار ہو جاتا ہے۔ بعض عورتیں تو اس قدر ذکی الحس واقع ہوتی ہیں کہ کوشش جماع ہی کی متحمل نہیں ہو پاتیں، بلکہ اگر جماع کی کوشش کی جائے تو زبردست تشنجی کیفیت طاری ہو جاتی ہے جس سے زمرۂ عجانی عضلات متاثر ہوتے ہیں بلکہ کولہے، رانیں اور پشت تک تشنج کے زیر اثر آجاتے ہیں۔ اس دردخیز اینٹھن اور عصبی تحریک کے نتیجہ میں مریضہ اپنی رانوں کو سختی سے اوپر اٹھا کر باہم سختی سے ملا لیتی ہے اور کولہوں کو مرتفع کر لیتی ہے، کمر خمیدہ ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں سب سے پہلے مریضہ کا مکمل اعتماد حاصل کرنا چاہیے اور اسے صبر و تحمل کی ترغیب دی جانی چاہیے۔

بہت زیادہ عصبی المزاج عورتوں کو جب حمل کا غیر معمولی خوف دامنگیر رہتا ہے یا شوہر سے بہت زیادہ نفرت ہوتی ہے یا کوئی دوسرا گہرا نفسیاتی عصبی سبب کارفرما ہوتا ہے تو بھی تشنج المہبل کی شکایت ہوتی ہے۔ بلاشبہ بعض اصابات میں جنسی احساس کا تدریجی ارتقا معاون عامل ہوتا ہے تاہم ایک عورت شدید جنسی خواہش کی حامل ہونے کے باوجود تشنج المہبل میں مبتلا ہو سکتی ہے۔ خلقی تشریحی خلل مثلاً بے لچک اور صلب غشاء البکارت کی موجودگی کے دوران دخول کی ناکامی کی صورت میں بھی تشنج المہبل واقع ہوتا ہے۔ اگر مہبل کی موخر دیوار کے زیریں حصہ پر انگلی سے پیچھے کی طرف دباؤ ڈالا جائے تو تشنج کا واضح مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر کوئی خارجی سبب دریافت

نہ ہو تو محتاط دوستی امتحان سے رحمی ضمیموں کی التہابی حالتوں یا مبیضین کے سقوط کو مستثنیٰ کر لینا چاہیئے

مردانہ نقائص:- بسا اوقات شوہر کی حسب ذیل خرابیاں بھی اہم عامل ثابت ہوتی ہیں:

(۱) تضیب کی نمایاں خلقی خرابی۔

(۲) عنانت، بالعموم جزوی، چنانچہ انتشار یا نعوظ اتنا دیر پا نہیں ہوتا کہ دخول کے لئے کافی ہو سکے۔

(۳) سرعت انزال۔

(۴) جماع کی تکنیک کی طرف سے مکمل اور حیرت انگیز تغافل اور بے توجہی۔

ثانوی جماع مولم:- ثانوی جماع مولم کے بیشتر اصابات میں امراضیاتی سبب فرج پر ملتا ہے یا مہبل میں یا پھر حوضی اعضا میں۔ اکثر اصابات میں درد کا احساس دوران جماع اقلیم خشلی یا مہبل کے بالائی حصہ میں ہوتا ہے۔ مہبل میں واقع ہونے والے عام تضررات حسب ذیل ہیں:

التہاب فرج و مہبل، مدخل فرج کے ایم لحیات آسیہ، بارتھولینی غدد کے التہاب، قروح یا دوسرے ابھالی لحیہ، دریدہ عجان کی اصلاح کے نتیجہ میں پیدا ہونے والا ایم ندبہ (پیڑی)، دریدہ باریطون کی اصلاح، پٹرور گی فرج طبعی یا مصنوعی سن یاس کے بعد فرج و مہبل کا ذبول بھی دوسرا سبب ہو سکتا ہے۔

دشوار وضع حمل کے نتیجہ میں عارض ہونے والا مہبلی تضیق ایک کثیر الوقوع سبب ہے۔ کبھی کبھی عجان کی ترتیبی اصلاح اور مہبل و عجان دوزی کے نتیجہ میں مولج مہبل یا مہبل میں تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اسی طرح شعری شعاعی مہبلی یا مونیلیا سرایت سے واقع ہونے والے التہابات مہبلی سے بھی مہبل ایم ہو سکتا ہے۔

شاذونادر شقاق مقعد کے سبب بھی مجامعت کے دوران فرج و مہبل کی طرف درد منعکس ہوتا ہے۔

مبیضین کا سقوط:- کبھی کبھی اس کا سبب تنہا دوسری ایم مبیض ہوتا ہے جو ڈگلس کی جیب میں سقوط ہوتا ہے، جس کے ساتھ عموماً رحم کی پس گردی بھی موجود ہوتی ہے، جس کے ہمراہ مبیضی اور مستدیرہ رباطات کا چھوٹا پن لازماً پایا جاتا ہے۔ مزمن انبوبی مبیضی التہاب اور حوضی دروں رحمیت بھی جماع مولم کے اسباب میں شامل ہیں کیونکہ ان میں لیمیت موجود ہوتی ہے، پس گرد مثبت رحم کے ساتھ موخر جابکی قبروں میں انضمامات پائے جاتے ہیں مجوس رحمی یعنی عضلات یا مبیضی دوبیرہ بھی جماع مولم پیدا کر سکتے ہیں

علاج

فعلیاتی یا ابتدائی جماع مولم میں مخروطی رکیلی اوسع یا تدریجی جسامت کے ٹسٹ ٹیوب کے ذریعہ غشاء البکارتی مہبلی اتساع باعث تسکین ثابت ہو سکتا ہے۔ مولج مہبل پر مخدر مراہم کا استعمال کچھ راحت ضرور پہنچاتا ہے تاہم یہ دائمی علاج نہیں۔ مہبلی یبوست کے سبب مہبلی عضوی جماع مولم کا آبی حل پذیر مرہم

سے علاج کیا جا سکتا ہے۔ یا سی التہاب فرج و مہبل کا علاج اَسٹروجن معالجہ سے کیا جاتا ہے۔

ابتدائی یا خلیاتی جماع مولم میں مبتلا چند مریضات جلد اور بآسانی شفایاب ہو جاتی ہیں۔ عضوی جماع مولم سبب رفع کرنے کے بعد جلد ہی معدوم ہو جاتا ہے

چوں کہ تشنج المہبل کا عموماً کوئی نہ کوئی عصبی سبب ہوتا ہے لہٰذا سولج مہبل کے اتساع اور نفسیاتی تجزیے کے ذریعہ خوف دور کر کے مریضہ کا علاج کرنا چاہیئے۔ سولج مہبل کا اتساع صبر و شکیب کا داعی ہوا کرتا ہے، جسے معدوم حس کے بغیر انجام دینا چاہیئے، کیوں کہ تدریجی اتساع کا خاص مقصد یہ ہوتا ہے کہ مقاربت کے وقت اس کا خوف رفع ہو جائے۔ خرد سائز کے فینٹن کے عنقی موسعات (Fenton's Cervical Dilators) سے اتساع شروع کیا ہے۔ اس کے بعد تدریجی مہبلی موسعات سے یہ سلسلہ علاج جاری رکھا جاتا ہے یہاں تک کہ دو انگلیاں بخوبی داخل ہونے لگیں۔

تشنج المہبل کے علاج میں بڑے صبر و استقلال نیز مہارت کی ضرورت ہے۔ اگر معالج مریضہ کا مکمل اعتماد حاصل کرنے میں کامیاب ہو جائے اور اسے یہ یقین دلا دے کہ درد دراصل اس کی ذہنی پیداوار ہے جس کا حقیقت سے کوئی واسطہ نہیں تو عام طور سے اس کی ذہنی حالت کا مکمل علاج ہو جاتا ہے۔ اگر اس کا سبب دریدگی یا کوئی چھوٹا کھرنڈ ہو تو مدمل قروح مراہم تجویز کیے جائیں۔ اندمال کے بعد بطور آزمائش دوبارہ جماع کی ہدایت کی جائے۔ ایسی دریدگیاں اور قروح عموماً پہلی بار کی کوشش سے عارض ہوتے ہیں لیکن اگر عصبی المزاج عورتوں میں خوف موجود ہو تو اندمال قروح کے بعد بھی درد کا احساس شدید باقی رہتا ہے۔ اگر بے ڈھنگی مباشرت سے جماع مولم کی شکایت ہو تو شوہر کی بھرپور رہبری اور رہنمائی ضروری ہے تاکہ وہ مناسب طریقہ سے پیار و ملاطفت اور مناسب آسن کے ساتھ کامیابی کے ساتھ وظیفۂ زوجیت انجام دے سکے۔ غیر منشق غشاء البکارت کی تدبیر کا ذکر آگے علیحدہ کے ذیل میں آرہا ہے۔

اگر کوئی داخلی یا مقامی سبب موجود ہو تو سب سے پہلے اس کا تدارک کیا جائے۔ خفیف اصابات میں مجامعت سے ۱۰ منٹ قبل مرہم کوکین ۱۰ فیصدی (Prolactin) یا کسی پیٹرولیم جیلی کے مقامی استعمال سے تکلیف عموماً نہیں ہوتی علاوہ بریں اس سے وقتی طور پر تدہین بھی ہو جاتی ہے۔

یونانی علاج :۔ مذکورالصدر ہدایات و تدابیر کو ملحوظ رکھیں اور اگر کوئی سبب واضح مثلاً ورم فرج میں التہاب، بارتھولینی غدد کے قروح یا دبیلے، پژمردگی فرج، غشاء البکارت کی صلابت وغیرہ موجود ہوں تو سب سے پہلے ان کا تدارک کریں اس کے بعد اصل نکتہ کی جانب ذہن کو مرکوز کرنا چاہیئے۔ اگر غشاء البکارت کی صلابت حارج ہو تو حسب ذیل تدبیر عموماً کامیاب ہوتی ہے :-

(س) قدرے نمک شیشہ کو شہد میں ملا کر گاز لت کر کے فرج میں رکھیں۔ اس طرح پردہ بکارت میں نرمی پیدا ہو جاتی ہے اور شوہر بآسانی اسے زائل کرنے پر قادر ہو جاتا ہے۔

اگر ازالہ بکارت کے بعد قرحہ ہو جائے تو اس کا علاج مدمل قروح مراہم نیز مرہم سفیدہ کاشغری سے کیا جائے اور زخم مندمل ہونے تک جماع سے احتراز کرنے کی ہدایت کی جائے۔

اگر جماع مولم ابتدائی اور ہسٹیلے قسم کا ہو نیز تشنج المہبل کی بھی شکایت ہو تو اول باسلیق کا فصد کریں اور جسم ورحم کا ایسے مسہل سے تنقیہ کریں جس میں منقیات رحم وافر مقدار میں موجود ہوں اس کے بعد ریوند خطائی اور شکر سفید مساوی الوزن کو ہمراہ عرق خار خسک و بادیان ہر ایک ۶۲ ملی لیٹر استعمال کرائیں (۳٫۵ گرام)۔ ایک روز میں درد رفع ہو جائے گا۔

جماع مولم کی حالت میں نمک طعام سائیدہ میں گاز مطر آلود کر کے قبل از مجامعت موضع مہبل میں رکھیں۔ اگر اس سے افاقہ نہ ہو تو روغن بید انجیر ہمراہ شیر بستہ ایک ہفتہ تک نوش کرائیں۔

خبازی جوش دے کر اس کا پانی (۱۲ ملی لیٹر) رحم میں حقنہ کریں (۱۲ ملی لیٹر) اور روغن نسرین حمول کریں۔

جماع مولم کی حالت میں مازو باریک پیس کر اس میں گاز لت کر کے فم رحم پر رکھیں۔ یہ مانع حمل تاثیر کا بھی حامل ہے۔

ابن ہیشم نے مغز سر مرغابی پختہ ہمراہ آب مطبوخ بادیان کھانا جماع مولم میں مفید بتایا ہے۔

جملہ اوجاع رحم میں روغن بادام نیم گرم کا حمول مفید ہے، اسی طرح کنجد سودہ ہمراہ روغن گل مجربات اطبا میں سے ہے۔

برگ نیم گرم کر کے پیڑو پر باندھنا مفید ہے۔ اسی طرح جدوار شربا و حمولاً اور بزر البنج و زعفران حمولاً نافع ہے۔

عملیہ:۔ خلقی تشریحی اختلال، رتق مہبلی، تشنج المہبل کا سبب اگر غیر متثقب غشاء البکارت ہو اور اس قدر صلب ہو کہ مذکورہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو معدم حس کے زیر اثر اس کا استیصال کر کے دہنۂ مہبل میں شگاف دے کر اسے متسع کیا جا سکتا ہے چوں کہ عضلات شکم فرش حوض کے عضلات کے متضاد ہیں لہٰذا اگر ودکنائٹ کا موسع مہبل میں داخل کر کے مریضہ کو کونتھنے کی ہدایت کی جائے اور اس کے دل سے خوف رفع کر دیا جائے تو عموماً تشنج مہبل واقع نہیں ہوتا۔

دہنۂ مہبل بڑھانے کے لیے جرحی مداخلت سے حتی الامکان احتراز کیا جائے۔ جرحی علاج کے لیے عجان کو وسط میں عمودی طور پر قطع کیا جاتا ہے اور اس کے بعد عرضاً دوخت کر دیا جاتا ہے۔ یہ شگاف قید الشفرتین سے شروع ہو کر سطحی مبرزی عضلۂ عاصرہ کے عین اوپر تک جاتا ہے۔ اس میں جلد، موخر مہبلی دیوار، جسم عجانی اور

عضلات رافعہ منقسم کر دیے جاتے ہیں۔ شگاف عمیق اور موزوں ہونا چاہیے، ورنہ دو ختگی کے بعد کوئی فائدہ نہ ہوگا۔ جلد اور موخر ہبلی دیواریں مختصر فاصلہ پر سے منقطع کی جاتی ہیں اور شگاف کو متقاطع طور پر سطحی قطار میں خود دو ختوں سے بند کر دیا جاتا ہے۔

اگر ہبل معدوم ہو تو عملیہ کے ذریعہ مصنوعی ہبل بنایا جا سکتا ہے۔

اگر مستقیمی ہبلی جیب میں سقوط مبیضین کے ساتھ سیلان الرحم خلقی کے سبب جماع سولم کی شکایت ہو تو صرف منتخب اصابات میں شکمی تعلیق انجام دی جائے۔

۱۸
عقر

[Sterility]

عورت میں حاملہ ہونے یا نطفہ قبول کرنے کی صلاحیت کی عدم موجودگی کو عقر یا عقم (بانجھ پن) کہتے ہیں اور ممکنہ مدت کے اندر اندر استقرار حمل کی ناکامی پر عدم تخصیب (Infertility) کا اطلاق ہوتا ہے۔ تولید کا انحصار جس قدر عورت کی طبعی صنفی فعالیت پر ہے، اس سے قدرے کم ہی مرد کی طبعی صنفی فعالیت پر بھی ہے، لہٰذا تفتیش میں دونوں فریق کو تعاون دینا چاہیے

عقر ابتدائی ہو سکتا ہے، جس میں کبھی استقرار حمل واقع نہیں ہوتا اور اکتسابی بھی، جس میں کم از کم ایک حمل کے بعد عقر واقع ہوتا ہے۔ اگر عورت ایک بچہ کی پیدائش کے بعد عاقرہ ہو جائے تو اسے واحد ولودی عقر کہتے ہیں۔ اضافی یا استلزامی عقر (Relative Sterility) میں متعدد عوامل استقرار حمل کو دشوار کر دیتے ہیں، اس میں عورت حاملہ ہو سکتی ہے اور بیضۂ انثیٰ بھی ریزینہ (Decidua) یعنی غشا ساقط میں منصب ہو سکتا ہے، لیکن مکرر الوقوع اسقاطات واقع ہونے کے سبب مضغہ (Embryo) پختگی کو نہیں پہونچ پاتا۔ عورت حاملہ ہونے کی فقط چند کوششوں کے بعد ہی عقر کی شکایت کر سکتی ہے لیکن یہ کوئی ضروری نہیں کہ وہ شادی ہونے کے چند ماہ کے اندر ہی حاملہ ہو جائے۔ علاوہ بریں تخصیب کا انحصار صنفی افعال کے علاوہ دیگر بہت سے امور پر بھی ہوتا ہے کیوں کہ یہ ماحول، تغذیہ، نشوونما، اقتصادی عوامل نیز امتناع حمل کے مختلف النوع طریقے اپنانے سے بھی اثر پذیر ہوتی ہے۔ عورت کی تخصیب منافع حمل کے فساد کے نتیجہ میں یا بصورت دیگر مریضہ میں موجود امراضیاتی تغیرات سے بھی کم ہو جاتی ہے۔

منافعاتی عقر:۔ قبل از بلوغ اور بعد ایاسی زمانہ میں موجود ہوتا ہے تاہم شاذ و نادر اصابات میں ارتقائے طمث سے پہلے ہی لڑکی نطفہ قبول کر سکتی ہے بشرطیکہ پہلا علیحدہ ہونے والا بیضہ بارآور ہو جائے۔ اسی طرح سن یاس میں بھی نادر الوقوع اصابات میں اختتام طمث کے بعد ابتدائی چند ماہ کے اندر اندر بیضہ جھڑ کر

بارآور ہو سکتا ہے۔

دوران حمل بھی عقر واقع ہو سکتا ہے کیوں کہ استقرار حمل کے ساتھ ہی سلسلۂ تبویض منقطع ہو جاتا ہے۔ زمانہ رضاعت کی عدم تخصیب کو متلازم تصور کرنا چاہیئے۔ اگر عورت دوران رضاعت طمث جاری رکھے تو اس میں حاملہ ہونے کی صلاحیت موجود ہوتی ہے تاہم اگر وہ رضاعی احتباس الطمث کی حامل ہو تو اسے قطعاً عدیم الاباضت قرار نہیں دیا جا سکتا کیوں کہ یہ ممکن ہے کہ پہلے دورے غیر تبویضی ہوں اور بعد کے تبویضی۔ اگر دوران رضاعت بیض سے خارج ہونے والا پہلا بیضہ بارآور ہو جائے تو عورت طمث کے بغیر حاملہ ہو جائے گی۔

خلل یافتہ منافع کے سبب عقر

قاذفین :۔ استقرار حمل کے میکانیہ میں قاذفین کا منافذ ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ طبعی حالت میں قاذفین کا طرف منتشر (جھالر دار کنارہ) تبویض کے وقت براہ راست بیضی سطح کے آس پاس پڑا رہتا ہے اور اس طرح عمل تبویض کے وقت بیضہ قاذف میں بآسانی داخل ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد اہداب کی حرکات دودیہ اور حرکات عضلی کی مجموعی ترکیب سے انتفاخ (Ampulla) میں جرثومۂ منویہ سے ملنے کے لئے قاذف نلی کے ساتھ ساتھ سبک خرامی سے آگے بڑھتا ہے۔

قاذف میں تشنج واقع ہونے کا امکان رہتا ہے، خفیف نزلی التہاب قاذفین، ہدب دار سر طلہ (Ciliated-Epithelium) کو برباد کر سکتا ہے، جس کے سبب عقر واقع ہو سکتا ہے، کیوں کہ اس طرح رحم کی طرف کی گذرگاہ شکن در شکن ہو کر بیضہ کے لئے انتہائی دشوار گزار ہو سکتی ہے۔

دروں افرازی غدد :۔ استقرار حمل کے لئے مبیضین اور غدۂ نخامیہ کا طبعی فعل ناگزیر ہے۔ دروں افرازی امراض کے طوالت یافتہ دورۂ طمث، بالخصوص قلت طمث میں عقر کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس طبعی طمث جاری رکھنے والی عورتوں میں استقرار حمل کی صلاحیت زیادہ پائی جاتی ہے۔ دیگر بہت سے دروں افرازی نقائص بھی عدم اخصاب کا سبب بنتے ہیں مثلاً قلت و کثرت درقیت، فوق الکلوی عدم کفایت اور ذیابیطس۔ قلت درقیہ کے خفیف مدارج میں براہ دہن درقیہ استعمال کرانے سے مفید نتائج برآمد ہوتے ہیں، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ عدم تخصیب کا اہم سبب قلت درقیہ بھی ہے۔

تبویض کی ناکامی :۔ گرافی جراب کا انشقاق اور بیضہ کی آزادی دو استراحتوں کے درمیان تقریباً وسط میں عمل میں آتی ہے یعنی اگلی مدت کی متوقع تاریخ سے ۱۴ دن پہلے۔ یہ ایک عام اصول ہے کلیہ نہیں چنانچہ بعض عورتیں دیگر اوقات کی تبویض کی حالت میں بھی حاملہ ہو جاتی ہیں۔ اسی لئے نام نہاد محفوظ زمانہ میں مجامعت

سے احتراز امتناع حمل کا قابل اعتماد طریقہ نہیں ہے۔ دوری ہونے کے باوصف غیر تبویضی نزف علقہ کے ساتھ پایا جاسکتا ہے۔ ان اصابات میں عورت برسوں دوری انداز میں طمث غیر تبویضی جاری رکھ سکتی ہے۔ دروں گر کبھی بھی پیشر طمثی حصہ کا متناظر نہیں ہوتا جو دراصل پروجسٹرون کے فعل کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے۔

تبویض کے اختلالات کے مخصوص اسباب یہ ہیں:

(۱) تغذیاتی خرابیاں (۲) تحولی مرض مثلاً نخامی عدم کفایت، کثرت یا قلت درقیہ اور مرض کشنگ، (۳) مزمن بیماری (۴) نفسیاتی الاصل خلل، (۵) عصبی الاصل اختلالات اور (۶) نوعی مبیضی عوامل۔ شرز مر علائیے سے مبیضی بطلان فعل کی نشاندہی ہوتی ہے۔

چونکہ طبعی افرازی حصہ کا پتہ لگانے میں خردبینی امتحان سے کامیابی نہیں ہوتی لہٰذا دروں رحمہ (بطانۂ رحم) کا ایک ٹکڑا طمث کے وقت حاصل کرکے نسیجاتی امتحان کے لیے معمل بھیج دیا جائے۔ تبویض کا پتہ لگانے کا ایک مفید ضمنی کا شغلہ یہ ہے کہ مریضہ کے صبح بستر سے اٹھتے ہی روزانہ اس کے منہ کا ٹمپریچر لیا جائے اور مہینوں طمثی مدت (ایام ماہواری) کا ایک باقاعدہ چارٹ تیار کیا جائے جس سے ظاہر ہوگا کہ تبویض کے وقت درجۂ حرارت ۵ر۰ تا ۶ر۰ ایک ڈگری بڑھ گیا ہے۔ نیز آخری حصہ کی بہ نسبت ذیلی پیش طمثی حصہ میں درجہ حرارت قدرے مرتفع ہوتا ہے۔ اس بے ضرر تفتیش سے مریضہ کو بھی قدرے نفسیاتی سکون حاصل ہوتا ہے کہ کچھ نہ کچھ تدبیر کا سلسلہ بہرحال جاری ہے۔ ذہنی اضطراب اور بے چینی کم ہونے پر استقرار حمل کے امکانات بڑھ جائیں گے۔

شوہر میں واقع ہونیوالے اختلالات:۔ قسم یا پیشہ ورانہ خطرات نخامیہ یا زیر عرشہ (ہائپوتھالاس) کے خطوں میں واقع ہونے والی مرکزی خامیاں، ضعف اعضائے رئیسہ، تناسلی قنات میں واقع ہونے والے امراض مثلاً سراتیمی جرح حرق منی (Vas) اور انبوبی اجزا میں رکاوٹیں پیدا کرتی ہیں۔

صغر و عظم قضیب:۔ کوتاہی تضیب کے سبب شوہر مقام مقصود تک نطفہ پہونچانے سے قاصر رہتا ہے، نیز اس کے برعکس درازی تضیب کے سبب منی پس رحم پہونچ کر غلیظ ہو جاتی ہے اور حمل قرار نہیں پاتا۔

طبعی منی اور حیونیات منویہ کی پیدائش کا بطلان:۔ تخصیب "مطلق" نہیں بلکہ تلازم اور اضافی حالت ہے، شادی شدہ زندگی کی تخصیب دراصل "فرد واحد" کے بجائے فریقین کی تخصیبوں کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس طرح اگر ایک فریق میں "معمولی تخصیب" اور دوسرے میں "اعلیٰ تخصیب" کی صلاحیت ہو تو دونوں کی باہمی اور "مجموعی مساعی" تخصیب میں توازن پیدا کردیں گی لیکن اگر دونوں کی صلاحیتیں کمزور یا تخفیف درجہ کی ہوں تو دوسری شادی کردینے سے عموماً متوازن صورت پیدا ہو جاتی ہے اور شجر امید بار آور ہو جاتا ہے۔ اسی نکتہ کو اطبائے اختلاف امزجہ سے تعبیر کیا ہے، مثال کے طور پر مرد کی تر منی جب رحم میں ٹھہر جاتی ہے تو رحم کی حرارت

ے اس کی رطوبتیں تحلیل ہو کر فنا ہو جاتی ہیں اور وہ قلیل مدت میں اعتدال پر آجاتی ہے اور اسی طرح اگر یبوست غیر معمولی ہو تو رحم کی منی اور خون حیض کی رطوبات سے معتدل ہو جاتی ہے اور اس میں پھیلنے اور شکلوں کو قبول کرنے کی صلاحیت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اگر عورت بھی مرد کی ہم مزاج ہو تو منی معتدل نہیں ہو سکتی کیونکہ ایسی حالت میں رداءت اور فساد میں مزید اضافہ ہو جاتا ہے۔

درج ذیل حالات و افراد میں منی کی قوت تولید مفقود ہو جاتی ہے:۔

قلت منی :۔ منی اس قدر کم ہو جائے کہ بچہ کی پیدائش کے لئے ناکافی ہو کیونکہ ایسی صورت میں انعدام حوینات منویہ یا قلت حوینات منویہ کی شکایت بھی لازماً موجود ہوگی۔

فساد منی :۔ کثرت حرارت سے منی جل جائے یا افراط برودت سے منجمد ہو جائے یا کثرت رطوبت کے سبب بہ وقت بہتی رہے یا کثرت یبوست کے سبب نہ اس میں کھنچنے کی شان رہے اور نہ صورت قبول کرنے کی صلاحیت۔

غیر تندرست مرد کی منی :۔ جب بدن بیمار رہتا ہے تو منی غذا اور نشو و صول کرنے کے قابل نہیں ہوتی پھر جو منی عضو بیمار سے آتی ہے وہ بھی بیمار ہوتی ہے۔

بوڑھے کی منی :۔ بوڑھے کی منی اس کے قویٰ کمزور ہونے کے سبب اور اس کے مواد کے کامل نضج نہ پانے کے سبب بارد اور خام ہوتی ہے۔

لڑکے کی منی :۔ قریب المراہق عمر میں منی قوت تولید سے محروم رہتی ہے۔

بکثرت جماع کرنے والے کی منی :۔ ایسے مرد کے دونوں انثیین میں منی اتنی مدت تک مقیم نہیں رہتی کہ اس کا نضج کامل ہو جائے اور تولیدی صلاحیت ابھر آئے۔

انعدام حوینات منویہ (Azoospermia)، قلیل المقدار حوینات منویہ یا قلت حوینات منویہ (Oligospermia) کی شکایت ہو سکتی ہے نیز ناقص الخلقت حوینات منویہ یا مردہ خلیے موجود ہو سکتے ہیں۔ حوینات منویہ کی پیدائش مختلف عوامل سے متاثر ہو سکتی ہے۔ مزاج کی حرارت و یبوست نیز کثرت مباشرت اور جنسی انارکی کا بہت برا اثر پڑتا ہے۔ علاوہ بریں مختلف جسمانی عوامل مثلاً تغذیاتی مسائل، حاد یا مزمن مرض، انثیین یا بربخ کا مرض بھی نقصان کا حامل ہوتا ہے۔ اگر خصیتین میں ورم ہو کر خشک ہو جائیں یا انثیین غیر نازلہ یا نامناسب نازلہ حالت میں ہوں تو ان سے اطمینان بخش فعل صادر ہونا قرین قیاس نہیں، کیوں کہ ایسی حالت میں وہ مذبول ہونے لگتے ہیں۔ صفن میں موجود انثیین کا درجہ حرارت عمومی جسمانی حرارت کی بہ نسبت قدرے کم ہو سکتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ اگر انثیین کا درجہ حرارت بڑھ جائے تو حوینات کی تکوین و پیدائش متاثر ہو سکتی ہے۔ اور ایسا عموماً

جلد جلد آب گرم سے استحمام اور دبیز و چست انڈرویر پہننے سے ہوتا ہے۔ طویل مدت تک بلند فضائی پرواز یا سطح مرتفع پر قیام سے بھی مذکورہ نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔

حوینہ منویہ کا بیضۂ ابتدائی بننے میں ناکامی: ۔ حوینات منویہ کی نشونما کے لیے القلی وسیط (Medium) سازگار ماحول کا حامل ہوتا ہے۔ طبعی عنقی افراز کا پی، ایچ (PH) ۷۔۸ کے مابین ہوتا ہے جو ان خلیات کے لیے حیات افزا اور انھیں فعال رکھنے کیلئے سازگار ہوتا ہے۔ مہبلی افرازات عموماً (PH 4.5—5) رکھتے ہیں اور ان حالات میں حوینات منویہ محض ایک مختصر مدت تک فعال رہ سکتے ہیں۔ طبعی منوی سیال ۵ر۷ پی، ایچ کا حامل ہوتا ہے اور القلی وسائط میں حوینات ۲۴ گھنٹے تک زندہ رہتے ہیں۔ مزید عمومی وسیط میں یہ زیادہ فعال ضرور ہو جاتے ہیں لیکن اتنی مدت تک جی نہیں پاتے، اسی لیے اگر رحم کی رطوبات میں ترشی یا شوریت کی زیادتی ہو تو حوینات منویہ ضائع ہو جاتے ہیں۔

مجامعت کے نتیجہ میں اخراج پذیر منوی سیال، مہبلی افراز اور عنقی مخاط کا آمیزہ مہبلی قبوہ پر تقریباً ۶ر۲ پی، ایچ کا آمیزہ بناتا ہے۔ عورت کے عضو مخصوصہ میں تلذذ یا شہوت (Orgasm) کا بطلان عموماً استقرار حمل میں مانع نہیں ہوتا تاہم ایسی حالت میں زیادہ لزج عنقی افراز ہوتا ہے، جس کے ذریعہ حوینات کا ادخال قدرے دشوار ہو جاتا ہے۔ اسی طرح عنق کی ایک امراضیاتی کیفیت مثلاً التہاب عنق جس میں مخاط مخاطی قیمی مواد میں تبدیل ہو جاتا ہے، حوینات کے صعود کرنے کے لئے رہگزر کا کام دے سکتا ہے۔

حوینات منویہ کے زندہ رہنے یا عنق کے مخاطی افراز میں اس کے دخول کی ناکامی کو سِم کے (Sim's) ہُنر کے (Huner's) بعد الجماعی کاشفہ سے واضح کیا جا سکتا ہے، جس کا بیان آگے آئے گا۔

مباشرت کے ۲ گھنٹے کے اندر اندر مہبلی قبوہ نیز عنقی قنال میں افراز کی تفتیش کی جا سکتی ہے جس میں زندہ حوینہ منویہ موجود ہوتے ہیں۔ فسادات فعل چونکہ عارضی ہوتے ہیں، دائمی بہت کم۔ حوضی اعضاء کے امراض عدم تخصیب واقع کر سکتے ہیں۔

حوضی اعضا میں امراضیاتی تغیرات کے سبب عقر

خلقی نقائص: ۔ صنفی قنات کا سقوط تو جزوی یا کلی طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی واضح ترین صورت فرج، رحم اور قاذفین کی عدم موجودگی کی حالت میں دیکھی جا سکتی ہے تاہم مریضہ طبعی طور پر نمو یافتہ صنفی صفات کی حامل ہو سکتی ہے، جس کے ساتھ متلازم حیضی فعل صادر ہوتا ہے۔ یہ قریب المراہق عمر میں جنسی اعضا مکمل طور سے نمو یافتہ نہیں ہوتے اور اس کے ساتھ ساتھ ثانوی صنفی صفات کے ناقص نمو کی دیگر امارات بھی

موجود ہوتی ہیں۔ مضاعف (دوہرے) ہبلی یا جزوی ہبلی حاجز کی موجودگی طبعی حمل کے لئے عموماً موزوں ہوتی ہے۔

تحت النمو یا وضع رحم کی غیر طبعی حالت کے سبب اگر عدم اخصاب واقع ہو تو اس کے ساتھ عموماً نقص نمو کی دیگر امارات مثلاً قلیل المقدار یا بے قاعدہ طمث موجود ہوتا ہے۔

سرایت :۔ حمل یا اسقاط حمل کے بعد نیز سوزاک جیسے تدرن یا دیگر اجسام کے ذریعہ سرایت واقع ہوجانے کے نتیجہ میں عقر واقع ہو سکتا ہے۔ زیادہ شدید اصابات میں حوضی التہاب باریطون قاذف کا تجویف (Lumen) مسدود کر سکتا ہے۔ اسقاط حمل یا سوزاکی سرایت کے بعد التہاب قاذفین، انسداد قاذفین یا کم از کم ہدبہ دار مرحلہ کی تباہی کے نتیجہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ عقر کا ایک زیادہ پر فریب سبب قاذفین اور دروں رحم کی تدرنی سرایت میں پایا جاتا ہے۔ تدرنی التہاب انبوب کے صرف ترقی یافتہ اصابات میں چند غیر طبعی علامات مثلاً کثرت طمث، طمث کثیر اور آخر کار احتباس الطمث عضوی امارات کے ہمراہ پائی جاتی ہیں جو تدرنی التہاب قاذف کی مختلف قسموں کی طرف ذہن کو منتقل کر سکتی ہیں۔ عدم تخصیب کے بیشتر اصابات میں تفتیش کے دوران عورتوں کے معمولی تناسب میں حوض میں طبعی عضوی امارات پائی جاتی ہیں، لیکن قاذفین کے انفتاح (Patency) کے کاشفہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ مسدود ہیں نیز اس سے قاذفین کی سابقہ سرایت کا بھی اندازہ ہو سکتا ہے۔ جرف سے بھی کبھی درنات کی موجودگی کا پتہ چلتا ہے۔ دروں رحمی تدرنی سرایت کی توثیق امریکی چوہے (Guinia Pig) میں دروں رحم کے باقیات انجکٹ کرکے یا گاہے طمثی نفاس کی کاشت سے کی جا سکتی ہے۔ التہاب فرج سے شاذونادر ہی عقر واقع ہوتا ہے۔

ضربہ :۔ مزمن التہاب عنق کے نتیجہ میں عنق کی شدید دریدگی واقع ہو سکتی ہے جس کے سبب فم داخلی مسدود ہو سکتا ہے۔ اس سطح کے اوپر طبعی حالتوں میں اجسام نہیں پائے جاتے۔ تاہم اس قسم کا زخم تغیرات پیدا کرکے عقر کا سبب ہو سکتا ہے۔ عنق کی عمیق دریدگی جو فم داخلی تک پہونچتی ہے، متلازم عقر پیدا کر سکتی ہے جس میں تیسرے مہینے کے بعد اسقاط حمل واقع ہو سکتا ہے، جب کہ بیضۂ رحمی کہفہ کو پر کرتا ہے۔ داخلی عنقی فم کی اکتسابی یا خلقی عدم کفایت سے بھی شاذونادر اضافی یا متلازم عقر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں تیسرے ماہ کے بعد اسقاط واقع ہو سکتا ہے، جب کہ بیضۂ رحمی کہفہ کو پر کر دیتا ہے۔

بدل وضعی :۔ بسا اوقات رحم کی جلد پس گردی (میلان خلفی) میں عقر یا عدم تخصیب واقع ہوجاتی ہے، لیکن خلقی پس گردی کبھی کبھی رحم کے نمو کے نقائص کے ساتھ پائی جاتی ہے، جس کے سبب عدم اخصاب واقع ہوجاتا ہے۔ دیگر اصابات میں پس گردی قاذفین کے التہاب، دروں رحمیت یا لیفی عضلی سلعات کے سبب

پائی جاتی ہے اور یہ تغیرات عدم تخصیب کے اہم اسباب ہوتے ہیں۔

انزلاق الرحم کے شدید اصابات میں مباشرت میں کافی مزاحمت پیش آسکتی ہے اور اس کے سبب عقر واقع ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات عنق کا بروز ہونے کی حالت میں عنقی قنال کی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔

دروں رحمیت: - دروں رحمیت ۲۰ تا ۴۰ سال کے درمیان کثیرالوقوع ہوتی ہے اور بیشتر اصابات میں قلیل تخصیب کی ہمزماں ہوتی ہے۔ اس طرح کے عدم اخصاب کا سبب متعدد غالباً موخر شاریاں اور مانعات حمل کا بکثرت استعمال ہوتا ہے۔ مرض کے ابتدائی درجہ میں قاذفین کا انفتاح اگرچہ اکثر موجود ہوتا ہے تاہم طمث کے اختلالات مثلاً طمث کثیر اور کثرت طمث واقع ہو کر عدم تخصیب کا سبب ہوتے ہیں۔

لیفی سلعات: - جن عورتوں میں لیفی سلعات بنتے ہیں، دیگر عورتوں کی بہ نسبت کم حاملہ ہوتی ہیں حاملہ ہونے کی یہ عدم صلاحیت میکانیتی اسباب سے واقع ہو سکتی ہے، علاوہ بریں اس کا سبب دروں افرازی خلل بھی ہو سکتا ہے جو سلعات لیفیہ کی نشو نما کا سبب ہوتا ہے اور آخر کار عورت کو عدم تخصیبی حالت میں مبتلا کر دیتی ہے۔ لیفی سلعات کی موجودگی دروں رحمی کہفہ کو متطول کر سکتی ہے جس کے سبب قاذفین اور فرج کے درمیان کافی بُعد پایا جاتا ہے۔ رحم کے فوقانی حصہ کے سلعات قاذفین پر دباؤ ڈال کر انھیں مسدود کر سکتے ہیں۔ بیشتر اصابات میں عضلہ برآری انجام دی جا سکتی ہے، اس طرح اگر مزید کوئی غیر طبعی حالت پیدا نہ ہوئی تو چند اصابات میں حمل قرار پا جائے گا۔

استقرار حمل اور بیضہ منصب ہو جانے کے بعد بھی سلعات لیفیہ کے ذریعہ اطماس واقع ہونے سے متلازم عقر واقع ہو سکتا ہے۔

غذائی اور دیگر عوامل: - جانوروں پر مطالعہ کرنے سے پتہ چلتا ہے کہ اگر ان کی غذا میں سے حیاتین "ی" (E) اور فربہی اجزا علیحدہ کر دیے جائیں تو وہ عقیم ہو جاتے ہیں لیکن عورتوں میں اس حیاتین کی قلت ثابت نہیں ہوتی۔ مزمن الکحلزم یا افیون وغیرہ جیسی دواؤں کی عادت سے بھی بیضی افعال سست پڑ جاتے ہیں۔

شاذ و نادر سموم مثلاً سیسہ، لاشعاعوں اور ریڈیم کے غیر محتاط استعمال سے بھی عقر واقع ہو جاتا ہے۔

سوء مزاج رحم: - سوء مزاج رحم مفسد منی ہوتا ہے۔ یہ سوء مزاج اکثر برودت سے واقع ہوتا ہے کیوں کہ اس کی ساخت عصبی ہے) جو منی کو منجمد کر دیتی ہے۔ رحم کا سوء مزاج بلغمی کے علاوہ صفراوی اور سوداوی بھی ہو سکتا ہے جو منی میں فساد پیدا کر دیتا ہے، یا سوء مزاج یابس مجفف منی ہوتا ہے۔ اگر حار مرطب محلل یا رطب زائق ہوتا ہے تو رحم کی قوت ماسکہ کمزور ہو جاتی ہے اور اس طرح جذب و قبول کرنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔ یا سوء مزاج

مضیق مجاری غذا ہوتا ہے جو برودت، حرارت یا یبوست سے پیدا ہوتا ہے، یا مفسد غذائے جنین ہوتا ہے۔ کثرت یبوست و برودت کے سبب قاذفین میں شدید انضمام واقع ہو کر انفتاح معدوم ہو جاتا ہے اور نتیجۃً کار عدم تخصیب واقع ہو جاتی ہے۔

اختلاف انزالین:۔ اس میں زوجین کے انزال کے اوقات مختلف ہوتے ہیں۔ اسی طرح مجامعت کے بعد سخت حرکت، صدمہ اور عورت کا انزال کے بعد فوراً کھڑے ہو جانا بھی استقرار حمل میں مانع ہوتا ہے۔

تفتیش:۔ زوجین کی باقاعدہ تفتیش حسب ذیل اصول کے مطابق کرنی چاہیئے:۔

(۱) روئداد:۔ (ا) ذاتی (ذہنی)، (ب) طمثی، (ج) جنسی اور (د) نفسیاتی۔

(۲) اصولی نسائی امتحان۔

(۳) مرد کا امتحان برائے نظامی امراض، جنسی اعضا اور منوی سیال کے فسادات۔

(۴) مخصوص تفتیشیں:۔ (ا) انفتاح قاذفین کے کاشفات، (ب) تبویض کے کاشفات، (ج) بعد مجامعی کاشفہ (د) روایتی طریقے۔

روئداد:۔

ذاتی روئداد:۔ زوجین میں سابقہ آتشک یا سوزاک کی روئداد کی جستجو کرنی چاہیئے۔ سیسہ، سنکھیا اور شدید شعاعی معالجاتی اداروں میں کام کرنے والے افراد عموماً عقیم ہوا کرتے ہیں۔ افیون کھانے یا مے نوشی کی کثرت کی روئداد حاصل کی جائے۔ تخصیے کے صغر و عظم، عقیم کی عمر، مقدار منی وغیرہ کے بارے میں بھی سوالات کرنے چاہئیں۔ اختلاف امزجہ، ذہنی دباؤ اور الجھنوں والے پیشہ کے افراد کی روئداد بھی بغور سنی اور نوٹ کی جائے، کیوں کہ ایسے افراد میں تخصیب نسبتاً کم ہوا کرتی ہے۔ تحولی فسادات مثلاً ذیابطیس اور سمن مفرط بھی اہمیت کے حامل ہیں۔ سمن مفرط درون افرازی یا تحولی الاصل ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر میں وزن تیزی سے بڑھنے لگتا ہے، جس کا تخصیب پر بھرپور اثر پڑتا ہے لہٰذا یہ کہنا درست ہے کہ جنین اور شحوم ایک ساتھ نہیں رہ سکتے۔

طمثی روئداد:۔ سریری مقاصد کے پیش نظر اس کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے: موافق یا ساعد جزوی موافق اور ناموافق۔ ۲۸ تا ۳۰ روزہ مسلسل طمثی دورہ، جس میں اوسط رفتار سے ۴-۵ یوم تک طمث جاری رہتا ہے، ساعد صورت ہے، جو اس امر کی علامت ہے کہ ہارمون طبعی توازن کے ساتھ موجود ہے۔ طویل وقفوں کے ساتھ وقوع پذیر ہونے والا خفیف المقدار بہاؤ کم ساعد ہوتا ہے کیوں کہ یہ عموماً تناسلی تحت النمو کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور تبویض لازماً طویل وقفوں کے ساتھ عمل میں آتی ہے۔ ناساعد طمثی روئداد وہ ہے جس میں طمثی بہاؤ اور دو دوروں کے درمیان بے قاعدگی موجود ہوتی ہے جو شدید ہارمونی عدم توازن کی دلیل ہوتی ہے اور

بیشتر اصابات میں طمثی دورے غیر تبویضی ہوتے ہیں۔ اس سے نخامی اور مبیضی فساد فعل کا پتہ چلتا ہے۔

حوامل، املاصات واسقاط حمل:۔ سابقہ حوامل کا پتہ لگانا چاہیئے۔ رحمی نفاسیہ استحکام نفاسی سواد یا وضع حمل یا اسقاط کے بعد ہفتوں مریضہ کے بستر پر پڑے رہنے کی روئداد سے رحمی ضمیر کی سرایت کا اندازہ ہوتا ہے۔

جنسی روئداد:۔ عقیم زوجین کی تفتیش کے وقت دردناک یا مشکل جماع کی روئداد اکثر حاصل ہو جاتی ہے۔ بعض اصابات میں شادی ہو جانے کے بعد اطمینان بخش دخول کبھی نہیں ہوتا اسی لئے شادی اور موزوں ہبل کا اتساع ناگزیر ہے۔ عقیم شادیوں کے لئے جماع مولم نادرالوقوع سبب نہیں۔ چند مقامی اسباب مثلاً بے لوچ، دبیز غشاء البکارت، دردناک انشقاقات، الیم مجانی کھرنڈ یا چند نفسیاتی عوامل مثلاً مجانی عضلات کے سبب دخول ممکن نہیں ہوتا۔ بعض زوجین جو ہمبستری میں کامیاب نہیں ہوتے مہینوں بلکہ سالوں شرم وحیا کے مارے کوئی مشورہ طلب نہیں کرتے۔ ایسی حالت میں طبی صنفی دور کا آغاز ہوتے ہی حل قرار پا جاتا ہے۔ کثرت مباشرت بھی عقم کا ایک اہم سبب قرار دیا جاتا ہے، کیوں کہ ایسی حالت میں حوینات منویہ پر تباہ کن اثر پڑتا ہے۔ اسی طرح طویل وقفہ سے ہم بستری بھی نامساعد ہوا کرتی ہے۔ اعتدال کی روش سب سے بہتر ہے۔ یہ جہاں بقائے نسلِ آدم کے لئے ضروری ہے وہیں انفرادی صحت وتندرستی کے لئے بھی ضروری ہے۔

نفسیاتی روئداد:۔ متعدد نفسیاتی عوامل بھی عقر واقع کر سکتے ہیں، ایسی حالت میں بڑے غور و تدبر سے حالات کا پتہ لگا کر مناسب ازالہ کیا جائے۔

اصولی نسائی امتحان:۔ باقاعدہ نسائی امتحان ضروری ہے، کیوں کہ اس سے جہاں کچھ ایسی غیر طبعی حالتیں معلوم ہوتی ہیں جو مانع حمل ہوتی ہیں وہیں جلد واقع ہونے والے املاص کا بھی پتہ چل جاتا ہے۔ ہمارے ملک میں تحت النمو رحم عموماً غذائی خامی کے سبب واقع ہوتا ہے۔

بعض خلقی غیر طبعی حالات استقرار حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہوتے ہیں مثلاً غیر منشعب ہبل، تحت مبالیت، فقدان رحم اور مستر جلیت اور بعض کے متعلق صرف یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ محض استقرار حمل میں رکاوٹ پیدا کرتے ہیں لیکن حتمی طور پر مانع نہیں ہوتے مثلاً عنق کا تعفنی تطول، مخروطی عنق اور صغیر الجسامت پیش خمیدہ رحم یا ملتوی ہ نما رحم۔ فم خارجی چھوٹا ہونے سے بھی استقرار حمل کی امید کم ہو جاتی ہے، جسے "سوزنی فم رحم" کہتے ہیں۔

مرض کی امارات مثلاً التہاب عنق یا التہابی الاصل تاکل کے لئے منظار سے عنق کا محتاط امتحان کرنا چاہیئے۔ بہت سے تاکل دروں فرازی الاصل ہوتے ہیں اور اگر عنقی قنال میں مخاط صاف ستھرا ہو اور واضح طور پر

سرایت زدہ نہ ہو تو کسی علاج کی ضرورت نہیں، ہاں اگر صادق التہاب عنق موجود ہو تو علاج ضرور کرنا چاہیے۔ عنق کی دریدگی اگر فم داخل تک پہونچ رہی ہو اور سو خر استقاط واقع ہوا ہو نیز مریضہ متلازم عقر کی شکایت کرے تو اس کی اصلاح کر دینی چاہیے۔

پس گردی کو بہر حال مدنظر رکھنا چاہیے تاہم یہ عدم تخصیب کا شاذ و نادر سبب ہوتی ہے۔ رحم کی جسامت نوٹ کر لینی چاہیے۔ لیفی عضلی سلعات کی جستجو، ان کی جسامت اور وضع کی معلومات انتہائی اہم ہیں۔ حوضی خراج اور دروں رحمیت کے نتیجہ میں واقع ہونے والے انضمامات بکثرت عدم تخصیب واقع کرتے ہیں۔

غشائے سالم غشار البکارت عقر کا سبب ہوتی ہے کیوں کہ ایسی حالت میں شوہر ازالۂ بکارت پر قادر نہیں ہوتا جس کی وجہ تخصیب میں مکمل انتشار و نعوظ کی کمی ہوتی ہے اور ظاہر ہے کہ جزوی عنانت بھی استقرار حمل میں مانع ہوتی ہے۔

حوضی امتحان اطمینان کے ساتھ کر لینا چاہیے نیز اس امر کو ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ طبعی قاذفین قابل جس نہیں ہوتے اور طبعی بیضین بالخصوص طمثی دورہ کے اواخر میں ایم ہوتے ہیں۔ انبوبی بیضی التہاب اور دروں رحمیت کی تحقیق کر لینی چاہیے۔

بیشتر عقیمہ عورتوں میں عقر کا سبب تناسلی قنات کا تدرن ہوتا ہے جو علامات و امارات کے بغیر موجود ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں تدرنی طرز علالت مدھم اور قاذفین و بیضین کے قابل جس تودوں کا ارتقا بہر حال متعین ثابت ہو سکتا۔

مرد کا امتحان:۔ عہد حاضر میں شوہر کے امتحان کی طرف خصوصی توجہ دی جا رہی ہے، کیوں کہ ۳۰ تا ۴۰ فی صدی اصابات میں عقیم شادیوں کا جزوی یا کلی ذمہ دار مرد ہی ہوتا ہے، لہٰذا کسی بھی حالت میں عورت میں عملیہ بروئے کار لانے سے پیشتر شوہر کا باقاعدہ امتحان کر کے تخصیب جانچ لینی چاہیے۔ بیشتر اصابات میں حوینے منویہ کے حامل سیال (منی) میں کوئی نہ کوئی غیر طبعی صورت موجود ہوتی ہے۔ تولیدی اعضا میں نشوونما کی خرابیاں یا بیماریاں بھی بعض اصابات میں سبب عقم ہوتی ہیں۔ بعض میں عنانت چند نظامی امراض یا نفسیاتی عوامل کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔

نشوونما کی خامیاں غیر نازل انثیین، صغیر تحت النمو انثیین، تحت بالیت نیز اختلاط صنف (Intersexuality) ہیں۔ شفرو کر تخصیب بھی تولید کو متاثر کرتے ہیں، جس کا بیان غلل یافتہ منانع کے ذیل میں گذر چکا ہے۔ دوجانبی نقی سوزاکی (Gonococcal) یا تدرنی التہاب بربخ، تشکل لیفیت یا انثیین کی صنفی دروریزش تولیدی اعضا کے عمومی امراض ہیں، جو عقر کا سبب ہوتے ہیں، علاوہ بریں التہاب غدہ نکفیہ بھی تولید پر اثر

اندازہ ہوتا ہے۔

ذیابیطس کے ترقی یافتہ اصابات کا اگر طویل مدت تک علاج نہ کیا جائے تو بھی عنانت لاحق ہو جاتی ہے۔ نفسیاتی عوامل کے سبب بھی عنانت ایک وقت طلب مرحلہ ہوتا ہے جس کی درستگی کے لیے نفسیاتی تجزیہ ناگزیر ہے۔ سرعت انزال کا بھی عورت کی نفسیات پر گہرا اثر پڑتا ہے، لہٰذا معالج کو اس طرف بھی توجہ دینی چاہیے۔

منوی سیال :- ممی منی سفید، لزج اور چمکدار ہوتی ہے۔ اس کی خوشبو خرما دیا سمین کی طرح ہوتی ہے۔ اس کے اوپر مکھیاں بیٹھتی اور کھاتی ہیں۔

منی کی حرارت و برودت کا پتہ منی کی غلظت و رقت نیز اس کے رنگ و بو سے لگانا چاہیے۔ نبض کی سرعت و بطو بھی ملاحظہ کریں۔ اگر منی حار، تیز اور قلیل المقدار ہو نیز رنگ زرد تو مزاج گرم ہوگا۔

اگر منی ٹھنڈی، خاکی، سفید و غلیظ ہو تو مزاج بارد ہوگا۔ منی کی کثرت مع رقت و سفیدی کثرت رطوبت کی دلیل ہے۔ منی کی قلت مع غلظ و لزوجت مثل صمغ سے یبوست منی کا استدلال کرنا چاہیے۔

منی کے عمومی اختلالات مثلاً انعدام حوینات منویہ (Azoospermia)، قلت حوینات منویہ (Oligospermia)، تنخر حوینات منویہ (Necrozoospermia) پر خصوصی نظر رکھنی چاہیے۔ ان میں سے اول الذکر دو صورتیں نادر الوقوع نہیں۔ یہ حوینات منویہ کے نقص یا تناسلی قنات کے تسدد سے ہو سکتا ہے۔

منی کے نمونہ کا دو گھنٹے کے اندر معمل میں امتحان کر لینا چاہیے۔ یہ نمونہ استمنا بالید یا مباشرت کے وقت بذریعہ عزل حاصل کیا جا سکتا ہے، اس طرح اس کی تازگی برقرار رہتی ہے۔ منوی سیال خشک شیشہ یا پلاسٹک کے ظرف میں حاصل کر کے امتحان کے وقت تک جسمانی درجۂ حرارت پر رکھنا چاہیے۔ عزل کے بعد چوڑے منہ کی شیشی مثلاً پیٹری ڈش (Petri Dish) میں بآسانی منی فراہم کی جا سکتی ہے۔ رفالہ میں جمع کردہ نمونۂ منی کی حوصلہ افزائی نہیں کرنی چاہیے کیوں کہ رفالے حوینہ کش کیمیاوی اجزا پر مشتمل ہوتے ہیں، جس کے سبب غلط ریڈنگ حاصل ہو سکتی ہے۔ کا شغل عمل میں لانے سے پیشتر شوہر کو کم از کم ۴ روز زاہدانہ زندگی گذارنے کی ہدایت کی جائے۔ پہلی بار حاصل شدہ سیال کی مقدار و حجم نوٹ کر لینی چاہیے۔ یہ مقدار ۳ تا ۶ ملی لیٹر ہونی چاہیے (اوسط ۳.۵ ملی لیٹر)۔ اس کا تعامل PH 7.5 کے ساتھ القلی ہوتا ہے۔ دموی شمار کے خانہ میں حوینات منویہ کی تعداد معلوم کی جا سکتی ہے۔ یہ تعداد طبعی حالت میں ۶۰،۰۰۰،۰۰۰ تا ۱۲۰،۰۰۰،۰۰۰ (اوسط ۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰) فی ملی لیٹر ہونی چاہیے۔ ٪۶۰ یا اس سے زائد حوینہ منویہ فاعلی طور پر متحرک ہونے چاہئیں۔

غیر طبعی خلیات اور حوینہ منویہ کی بھی تحقیق کر لینی چاہیے۔ بسا اوقات حوینات منویہ کے دوہرے سر، دوہری دم یا خرد دم ہوتی ہے۔ اگر غیر طبعی صورت نمبر ۲۰ سے کم ہو تو اسے طبعی شمار کیا جاتا ہے۔ خلیات کی جسامت بھی

نوٹ کرلینی چاہیئے۔ اگر جملہ خلیات بڑے یا جملہ خلیات چھوٹے ہوں تو کوئی مضائقہ نہیں لیکن مختلف الجسامت خلیات پر مشتمل نمونہ خلل یافتہ تخصیب کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔ کسی شخص کے حوینات منویہ کی تصویر کو ایک دفعہ کے نمونہ کے امتحان پر محمول نہ کرنا چاہیئے، بلکہ کسی قطعی نتیجہ پر پہونچنے کے لئے کم ازکم تین ریڈنگ لینی ناگزیر ہے۔

ریم زا خلیات اور دموی خلیات کے بارے میں تفتیش مکمل کرلینی چاہیئے۔ حوینات کی حرکت پذیری کی قوت کا بھی معائنہ کرلینا چاہیئے۔ اگر عدم تخصیب کے چند مدارج موجود ہوں تو ایک ماہ یا اس سے زائد وقفہ کے ساتھ کم ازکم دو مزید کاشفے کرلینے چاہئیں۔

مخصوص تفتیش :۔

انفتاح قاذفین اور انبوبی فعل کے کاشفات :۔ انبوبی کاشفات نہ صرف تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں بلکہ معمول تسدد کی حالات میں ان کی معالجاتی اہمیت ہوتی ہے۔ قاذفین کا انفتاح (Patency) معلوم کرنے کے تین درج ذیل مسلمہ طریقے ہیں:

اول فازہ کا نفوخ، جسے روبن نے ۱۹۲۰ء میں متعارف کرایا اور اسی کے نام سے جانا جاتا ہے۔ دوم انبوبہ نگاری، جسے اول الذکر کی ناکامی کی صورت میں نیز جب عملیتی تدابیر زیر غور ہوں، بروئے کار لایا جاتا ہے۔ سوم درون بینی، جس کی معالجاتی اہمیت بھی مسلم ہے۔

قاذفین کا نفوخ (Insufflation of the Fallopian Tubes) :۔ سب سے پہلے روبن (Rubin) نے قاذفین کے نفوخ کا تعارف پیش کیا۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ گیس جو باریطونی کہفہ یا دموی رو کے ذریعہ تیزی سے جذب ہوتی ہے، رحم یا انبوب کے ذریعہ منجذب ہو سکتی ہے۔ اس کے استعمال کے دوران محتاط مانع عفونت تدابیر ناگزیر ہیں اور اسے عملیہ کے تغیر میں عدم حس کے زیر اثر بخوبی بروئے کار لایا جا سکتا ہے۔

اگر فعل سے ابتدائے حمل میں یا حیض کے فوراً بعد درون رحمی سطح مندمل ہو جانے سے پیشتر برتا جائے تو انتہائی خطرناک ثابت ہو سکتا ہے، کیونکہ اس طرح دموی جھلکے بن جانے کا احتمال رہتا ہے۔ اس کے استعمال سے انبوبی مسدودیت کی موجودگی یا عدم موجودگی کا پتہ چل جاتا ہے اور چونکہ یہ انبوبی مخاطیہ کے شکن دار حصوں کے درمیان انضمامات کو توڑ دیتا اور مخاطی ذاتوں کو ہٹا دیتا ہے لہٰذا عقیمہ عورتوں میں عقم دور کرنے کی معالجاتی اہمیت کا بھی حامل ہوتا ہے۔

اگر رحم یا قاذف میں کسی طرح کی سرایت موجود ہو تو یہ کاشفہ بروئے کار نہ لانا چاہیئے۔ قاذفین میں نفوخ کا بہترین وقت طمثی مدت کے بعد کا ہفتہ ہے، جس کے آخر میں اسے انجام دینا چاہیئے، لیکن پہلے اس کا یقین کرلینا چاہیئے کہ سابقہ حیض طبعی طور پر آیا تھا۔ طمثی دورہ کے نصف آخر میں نفوخ انجام دینا خاص طور سے مفید ثابت

ہو سکتا ہے لیکن خطرناک بھی ہے خصوصاً جب کہ گیس استعمال کی جائے۔ ابتدائے حمل میں اس کے استعمال سے گیس کے تحثر و تسدد کا یقینی اندیشہ رہتا ہے جو ہلاک بھی ثابت ہو سکتا ہے۔

اس عملیہ کے لئے مریضہ کی تیاری بالکل جنس سے مشابہ ہے اور عنق قنال میں مخصوص انبوبہ بازلہ (Canula) کے ذریعہ عنق کے خلاف دباؤ برقرار رکھا جاتا ہے جس کے بعد اسے ایک چھوٹے کاربوس سے مربوط کر دیا جاتا ہے جو کاربن ڈائی آکسائیڈ گیس پر مشتمل ہوتا ہے اور دباؤ ظاہر کرنے کے لئے ایک حرکت پذیر فشار پیما (Manometer) ہوتا ہے۔ اگر باریطونی کہفہ میں گیس کی نامعلوم یا وافر مقدار داخل ہونے کا احتمال ہو تو یہ توشیہ بروئے کار نہ لایا جائے، کیوں کہ اس طرح کے توشیہ کے استعمال کے بعد بھی مریضہ چند روز تک بے چینی محسوس کرے گی۔ اگر قاذفین منتفخ ہوں تو فشار پیمائی دباؤ کے ۱۰۰ سیمابی ملی میٹر سے اوپر پہونچنے سے پہلے ہی ان کی تنفیخ ہو جائے گی۔ یہ دباؤ ضرر کے اندیشے کے بغیر ۲۰۰ سیمابی ملی میٹر تک رفتہ رفتہ بڑھایا جا سکتا ہے، لیکن اس عدد سے زیادہ ہونے پر نلی یا عنق کے منشق ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ اگر یہ دباؤ ۲۰۰ ملی میٹر تک پہونچ جائے تو یہ اس امر کی دلیل ہے کہ دونوں نلیاں مسدود ہو چکی ہیں۔ اگر فشار پیما بڑھنے کے بجائے گھٹتا جائے تو یہ اس بات کی علامت ہوگی کہ گیس انبوبہ میں سے گذر رہی ہے اور اگر حبل کو کسی دافع عفونت سیال سے بھر دیا جائے نیز جوفہ کو ہاتھ سے دبایا جائے اور بلبلے ظاہر نہ ہوں تو اس بات کا شبہ کیا جا سکتا ہے کہ گیس ایک یا دونوں ٹیوب سے گذر رہی ہے۔ مقدم شکمی دیوار پر آلۂ مسماع الصدر رکھ کر گیس ٹیوب میں سے شکمی کہفہ میں گذرتے ہوئے سنی جا سکتی ہے۔ اگر مینو میٹر کی ریڈنگ فوراً گر جائے تو اس امر کا شبہ کرنا چاہئے کہ کوئی تسدد مثلاً مخاطی تسدد اپنی جگہ سے ہٹ گیا ہے۔ گیس کی روانی میں قاذفین کا تشنج مزاحم ہو سکتا ہے، جس کے سبب غلط نتیجہ برآمد ہو سکتا ہے، لہٰذا دافع تشنج ادویہ مثلاً امائل نائٹریٹ، نائٹروگلیسرین یا ایٹروپین فوری طور پر دی جائیں اور مکرر نفوخ انجام دیا جائے۔

رحم و انبوبہ نگاری:۔ اگر محتاط انداز میں انجام دی جائے تو رحم و انبوبہ نگاری (Hysterosalpin-gography) محفوظ طریقہ ثابت ہوتا ہے۔ شعاعی غیر شفاف سیال (Radio-Opaque Liquids) استعمال کر کے لاشعاعوں کے ذریعہ عکس حاصل کرنے پر رحمی کہفہ کی حالت اور اس کے انفتاح کی درست حالت معلوم ہو جاتی ہے نیز قاذفین کی بیرونی حدود اور ان کی حرکت پذیری بھی واضح ہو جاتی ہے۔ غیر شفاف سیال رحم کے کہفہ میں ایک مجوف نلی یعنی انبوبہ بازلہ کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے جو طبعی اصابات میں قاذفین کے ذریعہ گذر کر باریطونی کہفہ میں جاتا ہے۔ محلول کے ارتقا کے دونوں طریقوں یعنی دوران اشراب مریضہ کی اسکریننگ اور متعدد فوٹو گراف حاصل کر کے مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

نفوخ نسبتاً محفوظ و بے ضرر ہے اور بسا اوقات معالجاتی اہمیت کا حامل بھی ہوتا ہے لیکن اس سے درست

معلومات بہت کم حاصل ہوتی ہیں۔ رحم وانبوبہ نگاری محفوظ ہے بشرطیکہ منتخب اصابات میں مخصوص احتیاط کے ساتھ یہ تکنیک بروئے کار لائی جائے۔ یہ درست اور مذکور الصدر سے زیادہ معلومات فراہم کرتی ہے نیز معالجاتی اہمیت کی بھی حامل ہوتی ہے۔

درون بینی :۔ عنق میں ۱۴ نمبر کا فولی قاثاطیر (Foley Catheter) معہ ۵ سی سی بلب (۲ ملی لیٹر سے زائد نہ پھیلایا جائے)۔ اس طرح قاذفین میں انڈیگو کارمینیٹیو (Indigo Carminative)۔ کی تقطیر ممکن ہو جاتی ہے اور کسی بھی قسم کی رکاوٹ براہ راست ملاحظہ کی جا سکتی ہے۔ اگر بوبن کے کاشفہ کی صورت میں کوئی کلام ہو یا مذکور الصدر دونوں طریقوں سے میں کسی طرح کی الجھن ہو تو یہ طریقہ "منتخب طریقۂ علاج" ثابت ہو سکتا ہے۔ یہ وہاں بھی مفید ہوتا ہے جہاں برون انبوبی یا گرد بیضی انضمامات کا شبہ ہوتا ہے۔

تبویض کے کاشفات :۔ جس طرح مرد کے خارج شدہ منوی سیال میں بے شمار حوینات منویہ مشاہدہ کئے جاتے ہیں اس طرح بیضہ کے افراز کو براہ راست مشاہدہ نہیں کیا جا سکتا، اسی لئے تبویض کی شہادت بالواسطہ فراہم کی جاتی ہے۔

قاعدی جسمانی حرارت (Basal Body Temperature) : اس کا تذکرہ غلل یافتہ مناغ کے ذیل میں تبویض کی ناکامی کے ساتھ ہی گذر چکا ہے۔ مریضہ کو اس کی آسانی تربیت دی جا سکتی ہے کہ کس طرح گراف پر ٹمپریچر ریکارڈ کیا جاتا ہے۔

فرن کاشفہ (Fern Test) !۔ اگر مخاط عنقی کا پلاٹینم لوپ (Platinum Loop) یا پتلی نلی (Pipette) کے ذریعہ نمونہ حاصل کر کے بالکل صاف شیشہ کے شریحہ (Slide) پر پھیلا کر خشک ہونے دیا جائے اس کے بعد کم قوت کے خوردبین کے نیچے مشاہدہ کیا جائے تو ایسٹروجینی حصہ میں فرن کی تکوین کے ایک مخصوص نقشہ کا تناظر ہوگا۔ اس تبویضی مخاط میں لچک کی غیر معمولی صلاحیت ہوتی ہے، چنانچہ ۱۰ سینٹی میٹر سے زیادہ فاصلہ تک کھینچنے پر بھی اس کی قوت مزاحمت برقرار رہتی ہے۔ افرازی حصہ کے دوران عنقی مخاط مزید مستحکم ہو جاتا ہے اور اس کی لزوجت میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ طمثی دورہ میں اس کا مشاہدہ اس امر کی مزید شہادت ہے کہ تبویض طبعی حالت میں جاری ہے۔

علم الخلیات !۔ فوقانی جانبی مہبلی دیوار سے تجبیزی تراشہ حاصل کر کے پھر اسے رنگ کر زیر خوردبین امتحان کیا جاتا ہے تو جسم اصفر فعالیت کی علم الخلیاتی شہادت ملتی ہے بشرطیکہ تراشہ تبویض واقع ہونے کے بعد اور اگلی متوقع مدت (Period) سے پہلے کسی بھی وقت حاصل کر لیا گیا ہو۔

درون رحمی بایوپسی !۔ یہ رحم سے خورد درون رحمی ٹکڑوں کی تجریف نیز خورد درون رحمی بایوپسی کے جرف

پر مشتمل ہوتی ہے جسے طمث شروع ہونے سے ایک یا دو دن پیشتر حاصل کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ مواد کو فوراً بونس کے سیال (Bounis' Fluid) میں مثبت کر دیا جاتا ہے۔ افرازی تغیرات ثابت کرتے ہیں کہ دورہ تبویضی ہے۔

بعد الجماعی کاشفہ!۔ ہنر یا سم کے کاشفہ (Huner's (Sim's) Test) سے مہبلی قبوہ اور عنقی قنال میں موجود سیال حوینات منویہ کا امتحان کیا جاتا ہے بلکہ حوینات منویہ کے اوپر مہبلی اور عنقی سیال کا تعامل بھی دیکھا جاتا ہے۔ اگر عنقی افراز سرایت زدہ یا گی ہو تو یہ کاشفہ بے کار ہے۔ عورت کو طمثی دورہ کے تبویضی حصہ میں جماع کے بعد ۲ گھنٹہ کے اندر اندر اپنے کو معالج کی خدمت میں حاضر کر دینا چاہیئے۔ امتحان کا شفہ کی مدت جماع کے بعد زیادہ سے زیادہ ۱۶ گھنٹے اور کم از کم دو گھنٹے ہے نیز مریضہ نے مانع حمل کیمیاوی دوائیں یا تطول استعمال نہ کیا ہو۔

مہبلی قبوہ اور عنقی قنال سے مخاط کو ایک پلاٹینم لوپ یا اسفنج بردار کلاب کے ذریعہ حاصل کر کے فی الفور گرم شیشہ کے شریحہ پر منتقل کر دینا چاہیئے۔ مخاط پر ایک محفوظ غلاف (Cover Slip) رکھ دیا جاتا ہے اور مواد کا اعلیٰ طاقت کے عدسہ کے نیچے خردبینی امتحان کیا جاتا ہے۔ طبعی اصابات میں ایک اعلیٰ طاقت کے میدان میں ۱۰ تا ۱۵ آزادانہ طور پر متحرک حوینات منویہ کی موجودگی ناگزیر ہے۔

معائنہ عقم کے روایتی طریقے!۔ (۱) زوجین کی منی حاصل کر کے الگ الگ پانی میں ڈالیں جس کی منی سطح آب پر تیرنے لگے، عقم اسی میں ہے، نیز تیرنے سے یہ بھی پتہ چلتا ہے کہ منی کچی ہے اور اس میں ریاح کی کثرت ہے۔

(۲) دونوں کا بول لے کر درخت کدو یا کاہو کی جڑ میں ڈالیں، جس کے بول سے درخت خشک ہو جائے، عقیم وہی ہے۔ اس سے غلبۂ حرارت کا پتہ چلتا ہے۔

(۳) گندم، جو اور باقلا کے دانے ہر ایک سے عدد کے مٹی کے گملہ میں رکھیں، اسی طرح دوسرا گملہ بھی تیار کر لیں زوجین الگ الگ گملوں میں پیشاب کریں اور ہر ایک گملہ پر متعلقہ فریق کا نام لکھ کر الگ الگ رکھیں۔ سات یوم گذرنے کے بعد جس گملہ میں تخم اگنے لگے وہ عقیم نہیں۔

(۴) اگر عورت کے اعضائے حوض میں خلل موجود ہو تو خلو معدہ کی حالت میں کسی خوشبودار شے کی رحم میں اس طرح دھونی دی جائے کہ دھواں اس کے منہ کی جانب جائے۔ اس کے باوجود اگر منہ اور ناک سے دھواں کی بو آنے لگے تو عقم کا سبب تسدد نہیں بلکہ کچھ اور ہوگا جس کی تفتیش دیگر ذرائع سے کرنی چاہیئے۔

علاج

عدم تولید کے ابتدائی اصابات میں اکثر دیکھا گیا ہے کہ زوجین صحت مند ہوتے ہیں لیکن بیوی کسی نہ کسی طرح کی پریشانی اور اضطراب میں مبتلا ہوتی ہے۔ مکمل سریری امتحان دراصل علاج کا ایک اہم جز ہے۔

بسا اوقات کوئی خامی فریقین میں موجود نہیں ہوتی اور زوجین کو سمجھانے بجھانے اور یقین دلانے سے حمل قرار پاجاتا ہے۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عدم تولید کے بیشتر اصابات نفسیاتی الاصل ہوتے ہیں کیوں کہ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے بے چینی، تشویش و اضطراب عورت کی تخصیب پر مُضر اثر ڈالتے ہیں۔

اگر عمومی اور مقامی امتحان سے طبعی عضوی حالت ثابت ہوجائے نیز مریضہ جوان العمر ہو اور مانع حمل تدابیر اختیار کئے بغیر ایک محدود وقت تک جنسی وظائف بھی ادا کیا ہو تو ایسی حالت عقر میں نفوخ اور دیگر عملی تدابیر بروئے کار نہ لائی جائیں۔

اگر مباشرت کا تناسب ہفتہ میں ایک بار سے کم ہو تو ایسی حالت میں ۲۸ روزہ طمثی دورہ کے چودھویں دن کے لگ بھگ ہم بستری کا مشورہ دیا جائے کیوں کہ تبویض کے یہی ممکنہ ایام ہوتے ہیں تاہم مجامعت کو تبویض کے وقت کے لئے محدود نہیں کردینا چاہیئے ورنہ اس بندش اور پابندی کے نتیجہ میں مردانہ عضو تناسل کا بے تکلف انتشار طویل المدتی نہیں رہ جاتا۔

عقر کے علاج کا تفتیش کے ساتھ گہرا رشتہ ہے اور بیشتر اصابات میں عملی تدابیر بے سود ثابت ہوتی ہیں۔ فعال معالجہ انبوبی نفوخ اور انبوبہ نگاری سے کرنا چاہیئے؛ حسب ضرورت دروں بینی بھی روبہ عمل لائی جاسکتی ہے۔ اگر حوضی امتحان پر کوئی غیر طبعی حالت مشاہدہ میں آئے تو اس کا مناسب علاج کیا جائے مثلاً سلعات لیفیہ عضلی سلعہ برآری کے ذریعہ دور کئے جاسکتے ہیں۔ صلب و مزاحم غشاء البکارت میں شگاف دیا جاسکتا ہے۔ اکتسابی پس گردی (میلان الرحم خلفی) کی حالتیں رحم کو مناسب فرزجہ کے ذریعہ پیش گرد حالت میں قائم رکھا جائے۔ اگر اطمینان بخش جماع ممکن نہ ہو تو عورت کے آپریشن کے بارے میں غور کرنا چاہیئے لیکن دیگر بہت سے اصابات میں عورت کا علاج اس وقت تک ملتوی کردیا جائے جب تک کہ شوہر کی تخصیب ثابت نہ ہوجائے۔

شُنج مہبل کے ساتھ واقع ہونے والے عقر کا علاج کہیں زیادہ دشوار ہوتا ہے۔ جماع مولم ثانوی طبعی عوامل میں شمار کیا جاتا ہے۔ شُنج مہبل کا معقول اور اصولی علاج کرنا چاہیئے جس کا بیان سابقہ اوراق میں جماع مولم کے ذیل میں گذر چکا ہے۔

عام تدابیر بھی بہرحال مفید ثابت ہوتی ہیں مثلاً مریضوں کو اپنی عمومی صحت کی جانب عمومی اور تناسلی صحت کی جانب خصوصی توجہ دینی چاہیئے نیز زوجین کی خوراک میں حیاتین کی مناسب مقدار شامل کرنی چاہیئے۔ سمن مفرط عموماً دروں افرازی فساد فعل کی علامت ہوتی ہے جس کا علاج تخفیف غذا اور درقیہ کی تدریجی مقدار سے اس وقت تک کیا جائے تاوقتیکہ درقیہ کی بیش خورانی کی علامات و امارات رونما نہ ہوجائیں۔

قِلّتِ تبویضی نزف کا علاج ناممکن نہیں تو دشوار ضرور ہے؛ دروں افرازی اجزاء آج کل آسانی سے دستیاب

ہیں جن سے عورت کی تبویضی قوت ایکبار ضرور عود کر آتی ہے۔ سیرومیج سولدہ تا وقتیکہ بڑی مقدار میں نہ دیا جائے تبویض واقع نہیں ہوتی جس کے ساتھ سیکڑوں خطرات وابستہ رہتے ہیں، لہٰذا اسے بہرحال معیوب سمجھنا چاہیئے۔

رحم کی پس گردی اس وقت اہمیت کی حامل ہوتی ہے جب کہ حوضی احتباب باریطون کے نتیجہ میں انضمام پیدا ہوکر مثبت ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں عقر بدوضعی کے بجائے دروں رحمیت یا حوضی احتباب باریطون کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اصابع کی تفتیش دروں رحمی بایوپسی اور ممکنہ قاذف رانبوبہ نگاری سے کی جائے۔ مزید تفتیش کے لیے شکم نگاری کی جاسکتی ہے۔ مہبل یا عنق میں سرایت کی موجودگی میں مناسب علاج کریں۔

یونانی علاج :۔ مذکورالصدر ہدایات ملحوظ رکھتے ہوئے علاج شروع کرنا چاہیئے۔ اگر سبب مرد میں موجود ہو تو مقویات باہ استعمال کرائیں، عمومی صحت کی طرف توجہ مبذول کریں اور کوتاہی تغضیب کی صورت میں جماع کے وقت رانوں کی طرف اور بیرون فرج قدرے عطریات ملنے کی ہدایات کریں نیز درازی تغضیب کے لئے مناسب اطلیہ استعمال کرائیں۔ اگر جلق کے سبب تغضیب میں کجی یا انتشار میں کمی ہو تو اس کا مناسب تدارک کریں۔ سرعت انزال کی صورت میں مغلظات منی اور ناگزیر حالات میں صرف وقتی طور پر مناسب ممسک ادویہ استعمال کریں۔

اگر عمومی لاغری سبب ہو تو مسمن بدن اغذیہ و ادویہ استعمال کرائیں۔ تخم باقلائے مقشر، تخم کدو روغن بادام میں ملا کر نہار منہ کھلائیں اور آش جو، آب انار اور روغن بادام کا حریرہ دیں۔ شیریں حریرے بہت مفید ہوتے ہیں۔ چاول، گندم، مرغ و ماہی کا استعمال نافع ہے۔

سرایت و ضربہ کی صورت میں مناسب تدارک کریں۔ بدوضعی، دروں رحمیت اور لیفی سلعات کا بیان سابقہ اوراق میں گذر چکا ہے۔

اگر غذائی عوامل سبب ہوں تو حیاتین آفریں غذا استعمال کرائی جائے۔ مسکر اشیاء کی عادت ہو تو اسے دور کرنے کی طرف توجہ دی جائے۔ اگر تسمم کا پتہ چل جائے تو اس کا دفعیہ ضروری ہے۔

اگر عقر کا سبب رحم کا سوء مزاج بارد ہو تو دافع بلغم تدابیر اختیار کی جائیں اور صبح کو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:
(۱) مصطگی، زنجبیل، زیرہ سیاہ ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر جوارش جالینوس میں ملا کر کھلائیں۔ (۷ گرام) اس کے اوپر سے:

(۲) پودینہ خشک، الائچی کلاں و خورد ہر ایک ۵ گرام، زنجبیل، زیرہ سیاہ، انیسون ہر ایک ۲ گرام، بادیان، دارچینی (۵ گرام) کو پانی میں جوش دے کر چھان کر خمیرہ بنفشہ (۲۵ گرام) ملا کر پلائیں۔
شام کو (۳) بادیان، زیرہ سیاہ، سونٹھ، انیسون ہر ایک ۲ گرام کو عرق الائچی میں پیس چھان کر خمیرہ (۱۳۰ ملی لیٹر)

بنفشہ ۲۵ گرام ملا کر پلائیں۔

حسب ضرورت منضج بلغم پلا کر دو تین مسہل بھی دے سکتے ہیں۔ تنقیہ کے لئے حب ایارج دے سکتے ہیں۔

تریاق فاروق، معجون فلاسفہ، دوا المسک حار اور دیگر مناسب جوارش و معجون بھی استعمال کرا سکتے ہیں۔

مقامی طور سے فرزجۂ ذیل بنا کر استعمال کرا سکتے ہیں:

(ص) زعفران، سنبل الطیب، شب یمانی، عود، سازج ہندی، انزروت ہر ایک مساوی الوزن، پیہ مرغابی

وزردی بیضۂ مرغ حسب ضرورت گوندھ کر فرزجہ بنائیں۔

شدید احابات میں عانہ پر محجمہ ناری گزارنا بھی مفید ہے۔

جوز بوا، کزمازج، پھٹکری، بریاں، پوست انار ہر ایک ۴ گرام کوٹ پیس کر پانی میں گوندھ کر شیاف بنالیے جائیں اور طہر کے بعد استعمال کرائیں اور اس کے بعد مجامعت کی ہدایت کریں، ماہرین طب نے مجرب بتایا ہے۔

نطول ذیل اس رطوبت رحم کو خاص طور سے دفع کرتا ہے جو مرد کی منی کو پھیلا دیتی ہے اور بار آور بیضے سے جوینہ کو ملاقی نہیں ہونے دیتی، نیز اس سے رحم کو بھی تقویت حاصل ہوتی ہے:

(ص) قشور کندر، ناگرموتھا ریزہ کیا ہوا ہر ایک ۱۰۰ گرام، مرمکی ۵۰ گرام۔ جملہ دوائیں ایک لٹر پانی میں جوش دیں یہاں تک کہ پانی تقریباً نصف لٹر رہ جائے۔

طریقہ استعمال:۔ مذکورہ دوا میں سے ۱۲۲ ملی لیٹر لے کر طمث سے فراغت کے بعد ۳ یوم مسلسل نطول بیت کریں۔ یہ نطول اس وقت زیادہ کارگر ہوتا ہے جب کہ زوجین عرصۂ دراز سے ایک دوسرے سے علیحدہ نیز مقاربت کے لئے بے چین ہوں۔

سوء مزاج حار اور غلبۂ صفرا کی حالت میں مناسب تنقیہ کریں اور تبرید کی خاطر شربت سیب و صندل، لیمو اور دیگر پھل نیز مبردات رحم دیئے جائیں۔

(ص) زردی بیضۂ مرغ، پیہ بط و مرغی ہمراہ روغن بنفشہ ملا کر فرزجہ کریں۔

غلبۂ یبوست کی حالت میں مناسب تدابیر روبہ عمل لائیں۔ مناسب ادویات استعمال کرائیں نیز مرطب دوائیں اور غذائیں دی جائیں۔

غلبۂ سودا کی حالت میں اس کے تنقیہ اور دیگر تدابیر کی طرف توجہ دیں۔

فربہی کی صورت میں فصد و استفراغ کرائیں اور مریضہ کو بھوکا رکھیں نیز ہلکی ورزش کرائیں۔ اطریفل صغیر، لک مغسول جوارش کمونی کے ہمراہ ملا کر استعمال کرائیں اور راکع (جھکنے) کی وضع میں مجامعت کی ہدایت کریں۔

مجربات اطبا اور منتخب نسخے!۔ حب مبین حل اختتام حیض کے بعد تین روز کھلائیں:۔

(ص) افیون، جوز بوا، زعفران ہر ایک ایک گرام، بھنگ ۵ر۰ گرام، کتھ، قند کہنہ ۵۰۵ گرام، نوفل گھرالی ۳ عدد

قرنفل ۲ عدد جملہ دوائیں کوٹ چھان لیں اور جنگلی بیر کے برابر گولیاں بنالیں۔

جالینوس نے نسخۂ ذیل مفید حمل بتایا ہے:

(ص) صبر سقوطری، شحم حنظل، فاربیون، سقمونیا مساوی الوزن کوٹ چھان کر مونگ کے برابر گولیاں بنالیں۔

مقدار خوراک: ۲ گرام۔

معجون ذیل فریقین میں قوتِ تولید بڑھانے کے لئے مفید لکھا ہے:

(ص) بہمنین، قاقلہ، مغز چلغوزہ، دارچینی ہر ایک ۳ گرام، مروارید ناسفتہ، ابت، فلفل، زنجبیل، قرنفل، جوز ہندی، بسفائج، ساذج ہندی، برگ قرنفل ہر ایک ۵ر۲ گرام، جوز الطیب، زعفران ہر ایک ۱ر۰ گرام، کوٹ چھان کر تین گنا شہد کف گرفتہ کے ساتھ گھولیں اور شیشے کے مرتبان میں محفوظ کرلیں۔

مقدار و ترکیب استعمال:۔ ۷ر۹ گرام روزانہ رات کو زوجین ساتھ استعمال کریں۔

(ص) ریش برگد، شکر خام ہم وزن سفوف کر کے بقدار ۲ گرام ہمراہ شیر گاؤ ابتدائے حیض سے دس روز تک مرد و زن دونوں کو کھلانا اور طہر کے بعد جماع حمل میں معین ہوتا ہے۔

برادۂ دندان فیل باریک سفوف کر کے عورت کو چند یوم ۳ گرام کھلانا مفید ہے۔

سفوف ذیل بھی معین حمل بتایا گیا ہے:

(ص) موصلیین، گوکھرو، تخم اٹنگن، پوست بیخ سینبھل ہر ایک ۹ گرام کوٹ چھان کر رکھیں۔

ترکیب استعمال: حیض سے فراغت کے بعد بقدار ۹ گرام ہمراہ آب تازہ یا دودھ دینا مفید ہے۔ اگر ساتھ ساتھ شوہر بھی استعمال کرے تو فزید فائدہ ہوتا ہے۔

علاوہ بریں معجون سپاری پاک، معجون معین حمل عنبری بھی مفید ہیں۔

شیاف ذیل طہر کے بعد استعمال کرائیں اور پھر مقاربت کی ہدایت کریں:

(ص) جائفل، مائیں کلاں، پھٹکری بریاں، پوست انار ہر ایک ۵ گرام کوٹ چھان کر پانی میں گوندھ کر شیاف بنائیں۔

فرازج:۔ فرزجۂ ذیل صاحب کامل نے مفید بتایا ہے:

(ص) زعفران، حماما، سنبل الطیب، اکلیل الملک ہر ایک ۱ گرام، ساذج، موم زردہ بیضۂ مرغ ہر ایک ۲۰ گرام، بط، بکری کے بچے اور مرغی کی چربی ہر ایک ۵ گرام، روغن سنبل۔

ترکیب تیاری و استعمال:۔ خشک ادویہ کو پیس کر اور تر کو پگھلا کر باہم ملالیں اس میں ۱۰ ملی لیٹر مطہر گاز تر کرکے حیض

سے فراغت کے بعد اطراف رحم میں رکھنے کی ہدایت کریں اور ۳ روز بعد ہمبستری کی ہدایت کریں۔

(۳) شب یمانی، زعفران، لسان العصافیر ہر ایک ۵ر۳ گرام، جند بیدستر ۵ر۳ گرام، عود ۵ر۱ گرام، مشک کوٹ ۵ر۰ گرام

چھان کر شہد کے ساتھ گھولیں۔

ترکیب استعمال:۔ مدت حیض میں تین رات حمول کریں اور چوتھی رات جماع کی ہدایت کی جائے۔

نسخہ ذیل نہ صرف معین حمل ہے بلکہ مسخن فرج بھی ہے۔ کثرت رطوبت کے ساتھ اگر عقر موجود تو مفید ثابت ہوتا ہے؛

(۴) سنبل، مقل کوٹ کر شراب کے ہمراہ ملا کر کئی رات حمولاً استعمال کرائیں، اس کے بعد مباشرت کی ہدایت کریں۔

نوٹ:۔ معین حمل فرزجوں کے استعمال میں یہ بات خاص طور سے ملحوظ رکھنی چاہیئے کہ عاقرہ رات بھر تکیہ کے سہارے پیر بلند کر کے رکھے اور سر کو نسبتاً پست۔

غذا و پرہیز!۔ عورت کی خوراک میں روزانہ مچھلی کا گوشت تجویز کریں نیز تل، دہی یا ماش کھلائیں تو حمل قرار پا جائے گا، آیورویدک میں ایسی غذا معین حمل بتائی گئی ہے

عمومی غذائیں زود ہضم اور مقوی دیں مثلاً بکری کے گوشت کا شوربا، چپاتی، بیضۂ نیم برشت، سبز ترکاریاں، دال مونگ وار ہر کے علاوہ قوت ہاضمہ کا لحاظ رکھتے ہوئے گھی، دودھ اور مکھن بھی دیں۔ سوء مزاج حار کی صورت میں شربت سیب و صندل نیز لیمو اور دیگر پھل دیں۔ چوزہ کا گوشت اور کدو یا نمک کا اضافہ کریں۔

جملہ قابض و بادی اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں۔ مجامعت کے بعد عورت کچھ دیر چت لیٹی رہے بلکہ سر کو پست پیر کو بلند کر دے نیز ہر قسم کی اچھل کود سے چند گھنٹے اجتناب کی ہدایت کریں۔

عملیہ:۔ جب بار بار کی تفتیش سے انفتاح قاذفین کی کسی شکایت کا انکشاف نہ ہو تو علاج کا مسئلہ دشوار ہو جاتا ہے۔ اگر قاذفین کے انتفاخی کنارے (Ampullary Ends) مسدود ہوں تو ایسی حالت میں عملیہ کے وقت انبوبی تفویہ (Salpingostomy) کی چند صورتیں ممکن ہوتی ہیں۔ اگر رحمی کنارے مسدود ہوں تو یہ صرف رحمی حصہ پر ہوتا ہے، جس کا متعلق علم شکم شگافی کے بعد ہی ہوا کرتا ہے۔ اس کے بعد اگر قاذفین کے باقی حصے طبعی ہوں تو انھیں تسدد کے قریب سے منقطع کر دینا چاہیئے اور ہر ایک قرن کے ذریعہ رحمی کہفہ میں ان کی از سر نو تنصیب کر دینی چاہیئے۔ یہ عملیہ ٹیوب پر فقط ترقیعی سرجری سے زیادہ کامیاب ثابت ہوتا ہے سرجری سے بیشتر زوجین پر اس حقیقت کو واضح کر دینا چاہیئے کہ التہاب کے سبب قاذف اس قدر خراب ہو چکا ہے کہ جراحی کامیابی کی ضمانت نہیں لی جا سکتی، کیونکہ منتخب اصابات میں بھی صرف دس فیصدی مریضات

میں عملیہ کی کامیابی سے امید کی جاسکتی ہے۔

اگرچہ تفتیش طبعی ہوں تو زوجین کو تسلی دینی چاہیئے تاکہ وہ اِدھر اُدھر نہ دوڑتے پھریں بلکہ ان کے اطمینان کے لئے ہر ۶ ماہ بعد امتحان کرتے رہنا چاہیئے اس طرح ان کا زیادہ سے زیادہ اعتماد حاصل کرنے میں کامیابی ہوتی ہے۔ ایک دفعہ حاملہ ہونے کے بعد چونکہ قاذفین کا تشنج دور ہو جاتا ہے لہٰذا اس میں تولیدی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔

مصنوعی امنا (زرخیزی — Artificial Insemination):- اس طرح کہ شوہر کی منی اور اکثر غیر مرد (معطی) کی منی غیر نکاحی طریقہ سے نکلی یا پچکاری کے ذریعہ رحم میں داخل کی جاتی ہے۔

اگر جنسی وظیفہ طبعی طور پر اوسط رفتار سے انجام پا رہا ہو، حوینات منویہ کا شمار طبعی ہو، ہم کے بعد الجماعی کا شعبہ سے جماع کے بعد والے عنق مواد میں فعال حوینات منویہ کی شہادت ملے، قاذفین طبعی طرشے جاری رکھنے کی صلاحیت رکھتے ہوں تو ان حالات میں مصنوعی امنا کی رائے کسی طرح مناسب نہیں۔ مصنوعی امنا محض اسی صورت میں مناسب قرار دیا جاسکتا ہے جب کہ شوہر اطمینان بخش وظیفۂ زوجیت انجام دینے پر قادر نہ ہو یا اس کی منی بارآور نہ ہو۔ اس میں بھی شوہر کی منی داخل کرنے کو اولیت دینی چاہیئے لیکن اگر بدقسمتی سے شوہر کی منی زندہ حوینات منویہ سے خالی ہو تو فقط زوجین کی مرضی کے مطابق معطی کا منوی سیال مصنوعی امناء کے لئے استعمال کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔

اس مقصد کے لئے نصف تا ایک ملی لیٹر حویناتی سیال منویہ فم داخلی کے ذریعہ مثانہ اور پرشیشہ کی سرنج اور ردھات کے انبوبہ کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے۔ حویناتی سیال کی زائد مقدار داخل کرنے سے احتراز کرنا چاہیئے نیز زیادہ بلند لیول تک بھی نہ لیجانا چاہیئے۔ علاوہ بریں کسی دباؤ کے زیراثر بھی نہ استعمال کرنا چاہیئے۔ طمثی دور کے تبویضی دور کے ملحقہ ایام میں مصنوعی امنا انجام دینے سے کسی قدر کامیابی ممکن ہے۔

شوہر یا کسی معطی کا تازہ مادہ تولید پیٹری ڈش (Petri Dish) پر حاصل کرنے کے ایک گھنٹے کے اندر اندر ۰٫۱ ملی لیٹر کی سرنج کے ذریعہ رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے، لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ دروں جبلی امنا آسان ہے اور دررحمی اشراب کو اس پر کوئی فوقیت حاصل نہیں۔ اس ادخال کے بعد مریضہ تقریباً نصف گھنٹہ تک معالج کی میز پر پُرسکوت انداز میں لیٹی رہے۔ ماہرین کے مطابق ہر ماہ صرف ایک مرتبہ اس عمل یعنی مصنوعی تخم ریزی سے حمل قرار پا جاتا ہے، بعض ہر ماہ دو تین مرتبہ مصنوعی امنا کا مشورہ دیتے ہیں تاکہ حیض جاری ہونے سے پیشتر حوینات منویہ کو بیضہ انثی میں داخل ہونے کا موقع مل جائے۔

انجام

اگر فسادات معمولی ہوں، خواہ متعدد کیوں نہ ہوں ان کا ابتدا ہی میں پتہ چل جائے نیز باقاعدہ علاج میسر آجائے تو انجام عموماً بہتر ہوتا ہے اور امید بر آتی ہے لیکن اگر عدم تخصیب کا سبب شدید ناقابل علاج یا عسیر العلاج ہو یا طویل المدتی عقر ہو تو انجام عموماً خراب ہوتا ہے۔

نمایاں رحمی کم تکون کے سبب عدم تخصیب کا کوئی موثر علاج نہیں، خلقی بطلان فعل یا بیضین کا معدوم ہونا عقر کی مایوس کن صورت ہے۔ انثیین کی عدم تولید یا سقم تولید ہر علاج میں مانع ہوتی ہے۔ التہاب غدۂ مذی (Prostatitis)، التہاب عرق منی اور حوینات منویہ میں تسدد کی حالت میں تخصیب واقع ہونے کی صورت میں علاج سے شاذ و نادر ہی فائدہ ہوتا ہے۔

اگر ایک سال کے اندر اندر علاج میں کامیابی نہ ہو تو معالج کو سلسلۂ علاج منقطع کرنے کی فکر کرنی چاہیے۔

۱۴۱

حمل خارج الرحم ۔ حمل بے محل

[Extra Uterine (Ectopic) Pregnancy]

حمل خارج الرحم یا حمل بے محل اصطلاح کا اطلاق زیادہ تر خارج الرحم استقرار حمل پر ہوتا ہے تاہم بے محل (Ectopic) زیادہ موزوں اور قابل ترجیح ہے، کیوں کہ اس میں ٹیوب کے رحمی حصے نیز کہفۂ رحم کے بیرونی حصے آجاتے ہیں، جو دراصل دیوار رحم ہی میں واقع ہوتے ہیں اور یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ بارآور بیضہ نہ صرف رحم میں بلکہ قاذف اور بیض میں بھی منصب ہو سکتا ہے۔ حمل خارج الرحم کے کثیر الوقوع مقامات درج ذیل ہیں:

۱۔ قاذفین، ۲۔ شکلی کہفہ میں ابتدائی تنصیب، ۳۔ شکلی کہفہ میں ثانوی تنصیب، ۴۔ بیضین،
۵۔ دو قرنی رحم کا ناقص النمو قرن۔

انبوبی حمل

[Tubal Pregnancy]

اسباب:۔ انبوبی حمل کے مسبب عوامل بہت ہی غیر واضح ہیں۔ یہ ٹھیک سے معلوم نہیں کہ تخصیب طبعی طور پر رحمی کہفہ یا قاذف میں ہوتی ہے یا باریطونی کہفہ میں، تاہم عام خیال کے مطابق بارآوری قاذف نلی کے انتفاخی حصہ (Ampullary Portion) میں ہوتی ہے۔ مینرو کیر (Menro Ker) نے اس کی آسان اور عام فہم وضاحت یوں کی ہے کہ رحمی کہفہ میں تخصیب سے رحمی حمل اور رحم کے باہر بارآوری سے حمل خارج الرحم قرار پاجاتا ہے۔

انبوبی حمل کے ذمہ دار عوامل کو دو جماعتوں میں تقسیم کیا جاتا ہے:۔

(۱) رحمی کہفہ میں بارور بیضہ کی نشوونما میں تاخیر کے ذمہ دار عوامل۔

(۲) قاذف کی غشائے مخاطی میں ابتدائی مضغہ کی تنصیب (Nidation) کے لئے سازگار عوامل۔

بارآور بیضہ کی نشوونما میں تاخیر پیدا کرنے والے عوامل یہ ہیں:

سابقہ حوضی التہاب بالخصوص التہاب قاذفین، قاذف نلی کی بعد الجراحی تشنّج (Kinking)، قاذفین کی خلقی غیر طبعی حالتیں، بیضہ کی داخلی یا خارجی منتقلی۔

قاذف میں تنصیب کے سازگار عوامل دروں رحمیت اور دریزی یعنی غشائے ساقط کا تعامل ہیں۔

انبوبی حمل کے اختتامات

سوائے چند اصابات کے انبوبی حمل پورے وقت تک شکل سے برقرار رہتا ہے۔ عمومی خاتمہ انشقاق (Rupture) کی شکل میں ہوتا ہے جو درج ذیل کسی ایک صورت میں واقع ہو سکتا ہے:۔

۱۔ دروں جداری، ۲۔ بروں انبوبی، ۳۔ دروں انبوبی

مذکورہ کسی بھی جہت میں عاجلانہ انشقاق حسب ذیل طور پر واقع ہوتا ہے:۔

(ا) غذائی نامیص (خلیۃ التغذیہ) کا تخریبی عمل، (ب) ستاکل مادری عروق سے حملی تاچہ میں واقع ہونے والا نزف اور (ج) بیضہ کی نشوونما کے ساتھ عضلی پرت کے تضخم کی عدم موجودگی۔

دروں جداری انشقاق (Intramural Rupture)۔ ایسی حالت میں بیضی بیضہ منتشر گرانی جراب سے رحم کی طرف گذرتا ہوا قاذف نلی میں بارآور ہوتا ہے اور رحم میں پہونچنے کے وقت شفاف منطقہ (Zona Pellucida) غائب ہو چکا ہوتا ہے اور بیضہ اپنے خلیۃ التغذیہ کے ذریعہ مادری بافتوں میں گھسنا شروع کر دیتا ہے۔ بے محل تنصیب کا احتمال اسی حالت میں ہوتا ہے جب کہ شفاف منطقہ بیضہ کے رحم تک پہونچنے سے قبل ہی غائب ہو چکا ہوتا ہے۔

بے محل حمل میں بیضہ اردگرد عضلی پرت میں گھس کر منصب ہوتا ہے، جس کے نتیجہ میں پہلے انشقاق دروں جداری ہوتا ہے اور اس کے بعد خارجی طور پر باریطونی کہفہ میں رباط عریض میں یا داخلی طور پر ٹیوب کے فتحہ میں واقع ہوتا ہے۔ مشاہداتی تواتر کبھی کبھی انتہائی مغالطہ انگیز ہوتے ہیں، مثال کے طور پر دروں جداری انشقاق حیرت انگیز حد تک دروں انبوبی سے مشابہت رکھتا ہے۔ اگر نزف قلیل المقدار ہو اور تشریحی تعلقات ابھی برقرار ہوں تو ایک محتاط گذار کر فتحہ کو واضح کیا جا سکتا ہے اور اس طرح دروں جداری انشقاق کی بخوبی توضیح کی جا سکتی ہے۔ دونوں یعنی بروں انبوبی اور دروں انبوبی انشقاقات میں انشقاق کے اثرات کا انحصار مقام انشقاق سے واقع ہونے والے نزف کی شدت یا خفت پر ہوتا ہے:۔

(ا) شدید نزف کی حالت میں عمومی باریطونی کہفہ میں خون کی وافر مقدار جمع ہو جاتی ہے جس کے ہمراہ اچانک انتشار نیز دروں باریطونی نزف کی سریری تصویر بھی موجود ہوتی ہے۔

(ب) وقفوں کے ساتھ واقع ہونے والے قلیل المقدار نزف کی حالت میں ڈگلس کی جیب میں یا رباط عریض میں اجتماع دم ہوتا ہے۔

(ج) قلیل ترین مقدار میں نزف واقع ہونے پر معمولی انشقاق کے مقام پر انجماد ہوتا ہے۔ یہ نزف ٹیوب کے جھالردار کنارے پر خون کا تھکہ بناتا ہے جو گرد انبوبی یا نزد انبوبی قیلۂ دمویہ کی تکوین کرتا ہے۔ یہ قیلہ جب شکمی دُہنہ کے گرد بنتا ہے تو گرد انبوبی اور جب قاذف کے قریبی حصہ پر تیار ہوتا ہے تو نزد انبوبی سے موسوم کیا جاتا ہے۔

برون انبوبی انشقاق (Extratubal Rupture):۔ برون انبوبی انشقاق واقع ہونے پر بیضہ باریطونی کہفہ یا رباط عریض میں خارج ہو جاتا ہے۔ بیشتر اصابات میں انشقاق کے بعد بیضہ کی نشو و نما رک جاتی ہے لیکن چند اصابات میں یہ شکم میں ثانوی شکمی حمل کی حیثیت سے بڑھتا رہتا ہے۔

انتشاری درون باریطونی نزف:۔ قاذف میں شدید ضرر کے نتیجہ میں بڑی عروق دمویہ کے تضرر کے سبب مسلسل نزف ہوتا ہے اور بالآخر انتشاری درون باریطونی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ یہ نزف خذالی ناحیض کے متاکل خمل کے نتیجہ میں واقع ہوتا ہے۔ حمل بے محل کی خطرناک ترین قسم وہ ہے جس میں انتشاری درون باریطونی نزف سے سقوط یعنی غشیہ (Collapse) واقع ہو جاتا ہے۔ لیسری اور ہیرس کے مطابق ۲ ، (۹۵٪) مریضات میں عملیہ کے بعد باریطونی کہفہ میں ۵۰۰ اور ۲۰۰۰ ملی لیٹر خون پایا گیا۔ باقیماندہ مریضات میں ۵۰۰ ملی لیٹر خون یا خون کے تھکے پائے گئے۔ ۱۶٪ مریضات عروقی صدمہ کے سبب داخل شفاخانہ کی گئی تھیں، جن کے باریطونی کہفہ میں ۱۵۰۰ ملی لیٹر سے زائد مقدار میں خون پایا گیا۔ شدید اصابات کی نصف فیصدی مریضات میں نقل الدم کی ضرورت پیش آتی ہے۔

حوضی قیلۂ دمویہ:۔ اگر قاذف کے مقام انشقاق سے واقع ہونے والا نزف شدید نہ ہو تو خون ڈگلس کی جیب میں مجتمع ہوتا رہتا ہے جو دموی قیلہ بناتا ہے، ایسی حالت میں خون براہ راست باریطونی کہفہ میں بھی مجتمع ہوتا رہتا ہے۔ حوضی کہفہ میں خون کا اجتماع التہاب باریطون پیدا کرتا ہے اور اس کے ارد گرد کی ساختیں تاچۂ کاذب بنالیتی ہیں۔ یہ تاچہ سامنے کی طرف رحم سے، عقبی جانب معاء مستقیم اور قولون سے گھرا رہتا ہے، یہ عموماً بائیں جانب کھنچا رہتا ہے۔ زیریں جانب ڈگلس کی جیب کے فرش کا باریطون اور اوپر چھوٹی آنت کے پیچ اور ثرب موجود ہوتے ہیں۔ قیلہ دمویہ کے مشمولات لیسدار سیاہ خون اور خون کے تھکوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مضغہ مکمل طور سے جذب ہو سکتا ہے یا خون کے تھکوں کے مابین موجود رہ سکتا ہے۔

نزد انبوبی قیلۂ دمویہ (Paratubal Haematocele):۔ جب سلوی خلات کے تاکل کے

نتیجہ میں معمولی انشقاق واقع ہوتا ہے تو انشقاق کے اردگرد خون منجمد ہو کر گرد انبوبی قیلۂ دمویہ بنا دیتا ہے۔

درون انبوبی انشقاق (Intratubal Rupture):۔ دموی تھکوں سے گھرا ہوا بیضہ جب ٹیوب کے فنجہ میں ڈھکیل اٹھتا ہے تو اسے انبوبی وحمہ کہتے ہیں۔ متاکل عروق دمویہ سے مکرر الوقوع خفیف نزفات کے نتیجہ میں غذائی ناہض کے اردگرد خون کا تھکہ بن جاتا ہے جو بیضہ کو اس کی چسپیدگی سے محروم کر دیتا ہے اور اس طرح مسلوی ریزبینتی فضا (Chorionic Decidual Space) میں انبوبی وحمہ بن جاتا ہے۔ جب قاذف کے جھالردار کنارے سے کوئی وحمہ خارج ہو جاتا ہے تو اسے انبوبی اسقاط (Tubal Abortion) کہتے ہیں۔ اس کا احتمال اس وقت بڑھ جاتا ہے جب کہ بیضہ ابتدائی طور پر ٹیوب کے انتفاخی حصہ میں منصب ہوتا ہے، کیوں کہ ایسی حالت میں ٹیوب کے سادہ عضلی انقباضات بیضہ کو شکمی دہنہ کے ذریعہ سختی سے باریطونی کہفہ میں خارج کر سکتے ہیں۔ ٹیوب کے بروں انبوبی انشقاق کی طرح انبوبی اسقاط سے ہونے والا درون باریطونی نزف بھی بکثرت اور شدید ہوتا ہے۔ طرف مشرشر سے خون جب بتدریج خارج ہو کر ڈگلس کی جیب میں مجتمع ہوتا ہے تو انجام کار رحمی دموی قیلہ بنتا ہے۔ اگر خون سست رفتاری سے رستا ہے تو طرف مشرشر میں منجمد ہوتا ہے اور انجام کار گرد انبوبی قیلۂ دمویہ بنتا ہے۔ گرد انبوبی سلعۂ دمویہ (Peritubal Haematoma) کے بہت سے اصابات دراصل طرف مشرشر پر واقع ہونے والی تنصیب کے اصابات ہوتے ہیں۔ انبوبی اسقاط عموماً ستمائز نہیں ہوتا کیوں کہ یہ عموماً نزف کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور خود رو طور پر بند بھی ہو جاتا ہے۔

انبوبی اجتماع الدم:۔ چند اصابات میں داخلی انشقاق کے نتیجہ میں انبوبی اجتماع دم ہوتا ہے، لیکن یہ ثابت کرنا دشوار ہے کہ دہنۂ شکم بیضہ کی تنصیب سے پیشتر بند تھا یا بعد میں بند ہوا۔ اول الذکر صورت میں تنصیب بیضہ کی داخلی منتقلی کے سبب ہوتی ہے، جب کہ ثانی الذکر میں شکمی دہنہ دموی تھکہ سے سربمہر ہو جاتا ہے جو بعد میں لیفی بافت میں شامل ہو جاتا ہے۔

رخنکی حمل (Interstitial Pregnancy):۔ بعض اصابات میں بیضہ ٹیوب کے رخنکی حصہ مثلاً رحمی عطفہ یا قرنی غدی عضلیت (Cornual Adenomyosis) میں منصب ہو جاتا ہے۔ یہ حمل بے محل کی انتہائی نادر الوقوع قسم ہے۔ ایسی حالت کی تشخیص دشوار ہے۔ اصبعی امتحان سے اس امر کا اطمنان کر لینا چاہیے کہ یہ عضو غیر طبعی شکل اختیار کر گیا ہے یا نہیں؟۔ رخنکی حمل عموماً حمل کے تیسرے ماہ باریطونی کہفہ میں انشقاق کے ذریعہ انشقاق پذیر ہوتا ہے۔ اس کی علامتیں انبوبی حمل کے مشابہ ہوتی ہیں الا یہ کہ درد نسبتاً کم ہوتا ہے۔ رخنکی حمل کے مخصوص ظواہر درج ذیل ہیں:

(۱) رباط عریض کی تاچ کے سلسلہ میں ابتدائی پیچیدگی ہوتی ہے، (۲) برزخی حمل میں رباط عریض تاچہ کی جانب پیچیدہ ہوتا ہے، (۳) خیمے غیر موزوں طور پر پڑے رہتے ہیں، (۴) قاذف کا جانبی ارتفاع موجود ہوتا ہے، (۵) قرنی تودہ غیر محسوس طور پر ایک قاعدہ عریضہ کے ذریعہ رحم میں ضم ہوجاتا ہے۔

زاویاتی (درون زاویہ) حمل (Angular Pregnancy):- جب رحمی مستقیم زاویہ میں بیضہ منصب ہوتا ہے تو حمل کے ابتدائی ۳ ماہ غیر متوازن عظم رحم واقع کرتا ہے۔ یہ درحقیقت رحمی حمل ہوتا ہے، جسے حمل بے محل کے طور پر بیان کیا جاتا ہے، کیوں کہ زخلی حمل سے اسے تمیز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ تیسرے ماہ بعد رحم یکساں جسامت اختیار کرلیتا ہے اور پھر حمل کا ارتقا طبعی حالت میں ہوتا رہتا ہے۔

ترقی یافتہ حمل بے محل:- بااستثنا چند اصابات کے جن میں حمل قاذف میں غیر منشق حالت میں برقرار رہتا ہے، دیگر تمام اصابات ثانوی شکمی حمل کے ہوتے ہیں۔

ثانوی شکمی حمل میں بارور بیضہ ابتدائً ٹیوب میں منصب ہوتا ہے، جہاں چند ہفتے ترقی کے بعد ٹیوب منشق ہوجاتا ہے اور مضغہ شکمی کہفہ میں بغارج ہوجاتا ہے۔ ثانوی شکمی تنصیب صرف اسی حالت میں واقع ہوتی ہے جب کہ حصہ مشیمہ قاذف نلی سے پیچیدہ رہتا ہے۔ خملات مقام انشقاق سے باہر کی طرف نشوونما پانے لگتے ہیں، اسی لئے اس نصاب وقت میں مشیمہ کا بیشتر حصہ ٹیوب کے باہر بننے لگتا ہے۔

اگر بیضہ ابتدائی طور پر طرف مشرشر پر منصب ہو تو بھی ثانوی شکمی حمل واقع ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت میں سلوی خملات ٹیوب کے باہر نمو پاتے ہیں اور نتیجۃً کا پورا مشیمہ ٹیوب سے باہر بنتا ہے۔

اگر بیضہ باریطونی کہفہ میں انشقاق کے بعد مسلسل نمو پاتا رہے تو ثانوی درباریطونی حمل (Secondary Intraperitonial Pregnancy) واقع ہوجاتا ہے۔ اگر یہ رباط عریض میں منشق ہوجائے تو ثانوی دررباطی حمل (Secondary Intraligamentary Pregnancy) واقع ہوجاتا ہے، چنانچہ انشقاب قاذف کی حالت میں مضغہ بالعریض کے درمیان خارج ہوتا ہے۔ ایسے حوامل موخر مدارج تک ترقی کرسکتے ہیں اور ایک قابل ذکر تعداد میں پورے وقت تک نشوونما پاتے ہیں۔ ایسے حوامل قلیل الوقوع ہیں۔

نسیجیات

انبوبی حمل میں منتشر خملات انبوبی فتحہ میں نزف سے گھرے دیکھے جاسکتے ہیں۔ اس کے اندر انبوبی عضلی نظام نزف کے ذریعہ منقسم ہوجاتا ہے۔

رحمی غشائے مخاطی میں تغیرات:- بیضہ کی بے محل تنصیب کے فوراً بعد درون رحمہ میں ساڑھی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ مضغہ کی مدت حیات تک اس طرح بنا ہوا ریزنیہ اپنا تعلق برقرار رکھتا ہے لیکن مضغہ

کی موت کے بعد ہی اس میں انحطاطی تغیرات واقع ہونے لگتے ہیں، اس کے بعد ریزریزی مکمل سبیکہ کی صورت میں خارج ہوجاتا ہے یا چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں منقسم ہوجاتا ہے۔ جب مکمل سبیکہ کلاں ریزیخی یا قیاتی سبیکہ کی شکل میں خارج ہوتا ہے تو مریضہ اسے اسقاط تصور کرتی ہے معالج سے بھی ایسی غلطیاں بعید نہیں۔

انبوبی حمل کے اصابات میں ریزیخی سبیکہ کا اخراج مضغہ کی موت کی دلالت کرتا ہے تاہم سبیکہ کے اخراج سے بیشتر قابل لحاظ وقفہ یعنی کئی دن گذر سکتا ہے۔ انبوبی حمل کے بیشتر اصابات مضغہ کی موت کے بعد تک بھی زیر مشاہدہ نہیں آتے یہاں تک کہ بسا اوقات ہفتوں گذر جاتے ہیں۔

بے محل بیضہ میں تغیرات: انجذاب:۔ بیضک (بیضۂ صغیرہ) جب ٹیوب یا باریطونی کہفہ میں اخراج پذیر ہوتا ہے تو مکمل طور سے جذب ہوسکتا ہے۔ نزف کی موجودگی میں اس طرح کا انحطاط سریری توجہ کا طالب ہوتا ہے۔ یہ انحلال ٹیوب میں زجاجی خلات کے نسیجیاتی اصول پر ثابت ہوسکتا ہے جو بصورت دیگر طبعی ہوتا ہے۔

جنینی تشوہات (Foetal Deformities):۔ ترقی یافتہ حمل کے ۱۰ تا ۵۰ فیصدی اصابات میں اس کا مشاہدہ کیا گیا ہے۔ ان میں سے بیشتر نقائص عظمی ہوتے ہیں جو بعض دانشمندانہ دستی معالجہ سے درست کئے جاسکتے ہیں۔ یہ قلت رطوبت امینوسی (Oligohydramnios) یا تاجہ کے انضمام کے سبب دباؤ کے نتیجہ میں پیدا ہوتے ہیں۔

سلی کا کیسہ نما انحطاط (Hydatidiform Pregnancy of Chorion):۔ نمونہ کے امتحان سے پتہ چلتا ہے کہ انبوبی حمل میں خلات کیسہ نما انحطاط میں مبتلا ہوجاتے ہیں، ایسا سلوی سرطلی سلعہ میں بھی ہوتا ہے لیکن اس انحطاط کی مثالیں بہت کم ملتی ہیں۔

مومیت (Mummification):۔ اس جنین میں واقع ہوتی ہے جو حملی تاجہ کو سرایت زدہ کئے بغیر برسوں محبوس رہتا ہے اس میں رطوبت امینوسی منجذب ہوجاتی ہے۔

تقیح:۔ جنینی تاجہ کی سرایت قولون سینی یا چھوٹی آنت سے جنین کی موت کے فوراً بعد واقع ہوتی ہے، لیکن اگر بے استدار زمانہ کے بعد سرایت عارض ہوجاتی ہے۔ سرایت کے بعد نرم حصے غیر متحد ہوجاتے ہیں اور آخر کار سرایت زدہ مشمولات مقدم شکمی دیوار کے ذریعہ نافچہ پر یا معاء مستقیم، مثانہ یا موخر مہبلی قبو کے ذریعہ خارج ہوجاتے ہیں۔

تکلس بیضہ (Calcification of Ovum):۔ مردہ جنین شکم میں برسوں پڑا رہنے پر اس کا جزوی یا مکمل تکلس یا مومیت واقع ہوجاتی ہے، شدید تکلس اسے ملفوف کرلیتا ہے اور نام نہاد متحجر جنین

(Lithopaedion) میں تبدیل کر دیتا ہے۔ یہ عمل جنین کے تکلس کے ساتھ یا اس کے بغیر اغشیہ اور مشیمہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ طویل المدتی متحجر جنین کے بہت سے اصابات کی رپورٹ ماہرین نے فراہم کی ہے۔ اسمتھ نے ۱۹۱۲ء میں ایک ایسی ہی عورت کا واقعہ درج کیا ہے جو ۹۴ سال کی عمر میں فوت ہوئی۔ اس کے شکم میں یہ متحجر جنین اسمتھ کے اندازے کے مطابق ۶۰ سال سے محبوس تھا۔ اسپیک مین (Speckman) نے بمبئی سے ایک اصابہ کی رپورٹ دی ہے، جس میں ایک ۷۵ سالہ عورت میں ۴۶ سال سے متحجر جنین موجود تھا۔ لطف کی بات یہ ہے کہ سالوں محبوس رہنے کے باوجود مریضہ کو کسی قسم کی کوئی تکلیف نہیں ہوئی۔

بہت سے دیگر اصابات میں حملی تاچہ دیوار رحم یا آنت سے منضم ہو جاتا ہے نیز سرایت زدہ ہو جانے کے سبب متحجر جنین کے ٹکڑے براز میں دوری انداز میں خارج ہوتے ہیں۔ ثانوی شکمی حوامل کے اصابات عموماً ناقص ترقی یافتہ ہوتے ہیں کیوں کہ ان کا تغذیہ ناقص یا خلل یافتہ ہوتا ہے۔ ثانوی شکمی حمل اور متحجر جنین کی تکوین کو حمل بے محل کا انتہائی نادر الوقوع عاقبہ تصور کرنا چاہیئے۔

حمل بے محل اور حمل متعدد

[Ectopic Gestation and Multiple Pregnancy]

حمل متعدد کا حمل بے محل کے ساتھ ربط قلیل الوقوع نہیں۔ ہمزماں دررحمی اور بروں رحمی حوامل بیان کئے گئے ہیں اور دو جانبی حمل کے معتبر اصابات بھی ریکارڈ کئے گئے ہیں۔ انبوبی حمل بے محل کے اصابات میں رحمی کہفہ سے ٹیوب میں خون کی رجعت کے سبب مخالف جانب کا قاذف متعدد ہو جاتا ہے اور شکمی ڈھنہ سابقہ التہاب قاذفین کے نتیجہ میں انضمامات کے سبب بند ہو جاتا ہے۔ حمل متعدد کی جماعت بندی درج ذیل انداز میں کی جا سکتی ہے:۔

(۱) مرکب (ہم زماں) دررحمی اور بروں رحمی حمل۔

(۲) توام انبوبی حمل۔ جس میں ایک ٹیوب دو مضغہ پر مشتمل ہوتا ہے۔

(۳) دو جانبی انبوبی حمل۔ جس میں ہر ایک ٹیوب ایک مضغہ پر مشتمل ہوتا ہے۔

(۴) انبوبی حمل متعدد یعنی ایک ہی قاذف میں متعدد حوامل موجود ہوتے ہیں۔

انبوبی حمل کے سریری مناظر

حمل بے محل غالباً جملہ نسائی حالات میں کثیر الوقوع ہوتا ہے جس کی تشخیص میں عموماً غلطی ہو جاتی ہے جب

مندرجہ بالا کسی بھی طرح سے حمل بے محل خارج یا مختتم ہوتا ہے تو سریری علامات نزف، ترقیمی التہاب باریطون، منضم خونی احشار پر دباؤ یا سرایت سے تعلق رکھتی ہیں۔

علامات:

درد:۔ اگر حمل بے محل اپنے ابتدائی مدارج میں متاثر ہو جائے تو درد کے بغیر شاذ و نادر ہی کوئی اصابہ پایا جا سکتا ہے، یہاں تک کہ حمل بے محل منشق ہو جانے کے باوجود ٹیوب کے تمدد کے سبب ایک طرف الم درد مسلسل ہوتا ہے، خصوصاً خشکی حمل کے دوران دیوار رحم کا تمدد شدید شکمی درد پیدا کرتا ہے نیز رحم کے اصبعی امتحان کے دوران الیمیت پائی جاتی ہے۔ تقریباً ۹۵٪ اصابات میں درد کثیر الوقوع علامت کے طور پر موجود رہتا ہے۔ اچانک برون قاذف انشقاق کی صورت میں انبوبی دیوار پھٹ جاتی ہے اور خون کی کثیر مقدار باریطونی کہفہ میں خارج ہو جاتی ہے نیز مریضہ اس امر کا واضح اظہار کرتی ہے کہ اس کے اندر کوئی چیز پھٹ گئی ہے۔ وقوعہ کے بعد درد شدید ہو جاتا ہے جو اسفل شکم میں چند گھنٹہ کے لئے محدود ہو سکتا ہے، لیکن بعد میں عمومی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ اسفل شکم کے تقریباً ۵۰٪ اصابات میں الیمیت پائی جاتی ہے۔

ٹیوب کے جھالردار کنارے سے انبوبی وحمہ، انبوبی سقاط اور انبوبی تاکل یا خون کے تھکوں کے اخراج کے دوران تشنجی درد ہوتا ہے۔ یہ درد گاہے تو تشنجی قسم کا ہوتا ہے اور عموماً اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریضہ کام کاج ترک کر دیتی ہے۔ حوضی قیلہ دمویہ کی تکوین کے وقت عام طور سے تحت الشراسیفی درد کے ساتھ ساتھ قطنی عجزی خط میں درد موجود ہوتا ہے۔

اگر داخلی نزف اس قدر زیادہ ہو کہ یہ سیلابی نزف بالائی باریطونی کہفہ کو عبور کر جائے تو ایک دلچسپ قسم کا درد پیدا ہوگا جو دیافرغمہ کی ذیلی سطح میں سوزش پیدا کرتا ہے۔ اس قسم کی مریضات میں درد حجابی عصب کے ذریعہ بازو کے خط کی طرف منتقل ہوتا ہے جسے مریضہ دار المفصلی درد تصور کر لیتی ہے۔ بازو کا درد، بروں باریطونی حمل کے شدید داخلی نزف کی طرف مخصوص اشارہ کرتا ہے جو تقریباً ۲۰٪ اصابات میں موجود ہوتا ہے۔
۴۰٪ مریضات کو درد کا احساس ان کے آخری طمثی ایام کے ۶ تا ۱۰ ہفتے کے بعد ہوتا ہے تاہم ۱۹٪ مریضات اسے آخری طمثی مدت کے ۴ ہفتے بعد ہی محسوس کر لیتی ہیں۔

اسفل شکم میں درد مسلسل کی شکایت کرنے والی مریضہ کبھی کبھی غیر معمولی شدید درد کے حملے کی بھی شکایت کرتی ہے جس کے ہمراہ شدید عروقی صدمہ (Vascular Shock) کی علامتیں بھی موجود ہوتی ہیں۔ یہ تاچہ حمل کے ثانوی انشقاق کی دلیل ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں متلی، قے اور بسا اوقات غشی تک لاحق ہو جاتی ہے۔

اختباس الطمث تقریباً ۷۰٪ اصابات میں بطور علامت موجود ہوتا ہے۔ درد رحمی حمل کی طرح

حمل بے محل میں بھی حیض کی بے قاعدگی احتباس الطمث میں تبدیل ہو جاتی ہے، چنانچہ مثالی حمل بے محل میں مریضہ ایک منظور مدت (Missed Period) کی روئداد سناتی ہے نیز اس امر کا اظہار کرتی ہے کہ چھٹے اور آٹھویں ہفتے کے دوران، آخری مدت (ایام طمث) کے پہلے دن سے ہبلی نزف ترقی یافتہ تھا۔ اگر احتباس الطمث ۶ ہفتے یا اس سے زائد مدت تک برقرار رہے تو ابتدائی حمل کی علامت مثلاً صبح کی متلی، تواتر بول، پستانوں کی اہمیت اور بھراؤ نوٹ کئے جا سکتے ہیں۔ تاہم اس قسم کی علامتیں، اگر ابتدائی ہفتوں میں حمل بے محل منشق ہو جائے تو ہمیشہ موجود نہیں ہوتیں لہٰذا اجملہ اصابات میں آنکھ بند کر کے اسے قطعی علامت تصور نہیں کرنا چاہیئے۔ کئی ہفتے کا احتباس الطمث عموماً اس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تنصیب ٹیوب کے انتفاخی حصہ میں واقع ہوتی ہے۔ یہ علامت زخنکی اور برزخی حمل میں عموماً معدوم ہوتی ہے، کیوں کہ تنصیب کے چند دن کے اندر عام طور سے انشقاق واقع ہو جاتا ہے، علاوہ بریں حمل بے محل کے بیشتر اصابات میں احتباس الطمث کی علامتیں نہیں ملتیں۔

مہبلی نزف :۔ غیر طبعی نزف کا تناسب حمل بے محل میں تقریباً ۹۰٪ ہوتا ہے۔ بے محل یا خارج الرحم بیضہ کی موت کے بعد جب ریزینہ علیحدہ ہو جانا شروع ہو جاتا ہے تو نزف واقع ہوتا ہے اور یہ نزف جملہ ریزینہ کے اخراج تک جاری رہتا ہے۔ جب سارا ریزینہ سبیکہ کی شکل میں جھڑ جاتا ہے تو ایک یا دو دن کے لئے صرف کے ساتھ نزف ہوتا ہے لیکن جب ریزینہ چھوٹے ٹکڑوں کی شکل میں پرت اتارتا ہے تو خفیف ہبلی نزف ایک تا دو ہفتہ جاری رہتا ہے۔ اس طرح کے زیان دم کا اہم منظر یہ ہوتا ہے کہ بلا توقف مسلسل اور طویل المدتی نزف ہوتا ہے۔ مہبلی نزف رحم میں دروں رحمی الاصل ہوتا ہے تاہم خون کا کچھ حصہ قاذف سے مہبل میں رحم کے ذریعہ خارج ہو سکتا ہے۔

حمل بے محل کے چند اصابات میں علقیہ کے بعد ریزینہ کے سبیکہ سے علیحدگی کے نتیجہ کے طور پر مہبلی نزف ایک یا دو دن جاری رہ سکتا ہے۔ ریزینہ کا نسیجیاتی امتحان ریزینیتی خلیات اور تعضنی غدد کی موجودگی ظاہر کرتا ہے۔ بسلوی خلات معدوم ہوتے ہیں، لیکن بسلوی خلات کی موجودگی میں حمل بہر حال دررحمی ہوتا ہے۔ حمل بے محل کی مشکوک مریضہ میں رحم کے ٹھوس اجزا خارج ہونے کے متعلق احتیاط کے ساتھ سوال کرنا چاہیئے۔

حمل بے محل کی انشقاق کی صورت میں اگر باریطونی کہفہ میں کثیر المقدار خون تیزی سے خارج ہو جائے تو مریضہ اچانک سقوط اور صدمہ میں مبتلا ہو جاتی ہے۔ ایسی مریضات ماہو سانہ حد تک علیل ہوتی ہیں، جس کے ہمراہ طبعی سے کم حرارت ہوتی ہے، نبض سریع اور ضغط الدم کم ہوتا ہے۔ ایسی مریضات منظور مدت اور سقوط و صدمہ کے وقت شدید شکمی درد کی واضح روئداد بتاتی ہیں۔ مہبلی نزف شکمی درد اور صدمہ کی رفتار سے بڑھ سکتا ہے۔

دباؤ کی علامتیں :۔ دباؤ کی علامتیں عموماً حوضی قیلہ دمویہ کے ساتھ واقع ہوتی ہیں، جس کی

عام ترین علامت احتباس و تسدد کے سبب اخراج بول کی دشواری ہوتی ہے۔ بعض اصابات میں زحارت یا ستقیمی تعنی (Rectal Tenesmus) مع سوزش ایک واضح علامت ہوتی ہے۔ کبھی کبھی باریطونی کہفہ میں آزاد و دری تھکوں کے اجتماع کے سبب اعصاب حجابی (Parenic Nerves) پر دباؤ پڑنے کے سبب ایک یا دونوں بازوؤں میں درد ہوتا ہے۔

سریری اقسام اور تشخیص تفریقی

سریری طور پر اسے حسب ذیل چار قسموں میں تقسیم کیا جاتا ہے:۔

(۱) حاد فجائی، (۲) تحت الحاد، (۳) حوضی قیلہ دمویہ اور (۴) ترقی یافتہ حمل۔

حاد فجائی (Acute Fulminating): یہ تاثر غلط فہمی پر مبنی ہے کہ یہ ایک کثیر الوقوع سریری قسم ہے۔ اس حالت میں اچھی خاصی صحت مند اور توانا عورت یکایک بیمار ہو جاتی ہے نیز شدید شکمی درد کی شکایت کرتی ہے اور بتاتی ہے کہ اس کے اندر گویا کوئی چیز منشق ہو گئی ہے۔ ابتدا میں تو درد مقامی طور پر بعض اسفل شکم کے کچھ حصوں میں ہوتا ہے لیکن چند گھنٹے کے اندر اندر پورے شکم میں پھیل جاتا ہے۔ گاہے احتباس الطمث یا مہبلی نزف کی کوئی روئداد نہیں ملتی، خصوصاً خنگی یا برزخی انبوبی حمل کے انشقاق کے اصابات میں۔ مریضہ کی عمومی صحت تیزی سے گرنے لگتی ہے اور وہ چند گھنٹے کے اندر اندر نمایاں طور پر زرد ہو جاتی ہے۔ رفتار نبض تیزی سے بڑھ جاتی ہے لیکن حجم گھٹ جاتا ہے، ضغط الدم کم ہو جاتا ہے۔ داخلی نزف کے نتیجہ میں پسینہ بکثرت چھوٹتا ہے۔ پیاس بڑھ جاتی ہے، جلد ٹھنڈی ہونے لگتی ہے، بے چینی اور اضطراب بڑھ جاتا ہے، دم گھٹنے لگتا ہے۔ بعد میں عمومی حالت زیادہ تشویشناک ہو جاتی ہے۔ ان میں سے بعض سقوط قوت کی حالت میں پہونچ جاتی ہیں، نبض معدوم ہو جاتی ہے اور فشار دم اتنا کم ہو جاتا ہے کہ ریکارڈ نہیں کیا جا سکتا۔ صدمہ جزوی طور پر سقوط قوت کے سبب واقع ہوتا ہے جو باریطونی کہفہ میں دموی تراوش کے سبب ہوتا ہے لیکن زیادہ تر زیان دم کے سبب واقع ہوتا ہے۔

امتحان بر شکم کافی اہم ہوتا ہے لیکن عضلی تمدد عموماً نہیں ہوتا، باریطونی کہفہ میں آزاد خون موجود ہونے کے سبب درد انتقالی ہوتا ہے لیکن یہ کوئی قابل اعتماد امارت نہیں۔ مہبلی اور شکمی ایلمیت کے سبب اطمینان بخش اصبعی امتحان ممکن نہیں۔ مہبلی امتحان کے دوران ایلمیت کی عدم موجودگی منشق حمل بے محل کے بجائے چند دیگر حالات پر دلالت کرتی ہے۔ جب کوئی مریضہ تقریباً ۱۰ ہفتے یا اس سے زیادہ مدت کا انشقاق یافتہ ہوتا ہے تو کسی ایک جانبی قبوہ میں عام طور سے ایک غیر متعین ابھار محسوس کیا جا سکتا ہے۔

تشخیص تفریقی:۔ گرانی جراب یا جسم اصفر کا انشقاق سو کثیر در بار یطونی مالی حالت اگرچہ نادر الوقوع ہے تاہم حمل بے محل کے حاد انشقاق سے مغالطہ انگیز حد تک مشابہت رکھتی ہے۔ اس میں کثیر نزف فوری شکمی درد اور داخلی نزف کی دیگر امارات ظاہر ہوتی ہیں۔ حبلی امتحان ایسا ہوتا ہے اور دموی اجتماع کے سبب ڈگلس کی جیب میں ابھار محسوس ہوتا ہے۔

مبیضی دویرہ کے ساقچہ کا تلوی:۔ مریضہ اچانک شکمی درد کی شکایت کرتی ہے، جس کے ساتھ سقوط قوت کی علامتیں بھی موجود ہوتی ہیں۔ بڑھی ہوئی جلدی زردی اس میں نہیں ہوتی جو منشق حمل بے محل کی ایک مخصوص علامت ہے۔ اگر اچانک تلوی ہوا ہے تو واضح علامت کے طور پر تے ہوگی۔ اسفل شکم میں دردناک صلابت اور تمدد ہوتا ہے خاص طور سے دویرہ کے حمل وقوع میں۔ حبلی امتحان پر کسی ایک قبوہ میں واضح سخت اور متمدد ابھار ملتا ہے، جس کے دوسری جانب رحم کھنچا ہوا ہوتا ہے۔

حاد التہاب زائدہ:۔ حبلی امتحان پر دائیں حفرہ حرقفیہ میں درد، میک برنی نقطہ (MC Burney Point) پر صلابت اور دائیں قبوہ میں ایمیت حاد التہاب زائدہ کی رہبری کے لئے کافی ہیں، لیکن اسقاط منظور (اسقاط منذرہ) کے دوران یا فوراً بعد شدید حملے سے تشخیص میں دقت پیش آسکتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں مماثل علامات یعنی احتباس الطمث عارض ہوجاتا ہے یا حبلی نزف ہونے لگتا ہے لیکن دائیں قبوہ میں ابھار کا معدوم ہونا اور کلانی یافتہ لچکیلا رحم حمل بے محل کے شبہ کا ازالہ کر دیتا ہے۔ مرتفع حرارت، سریع نبض اور بڑھتی ہوئی سفید خلویت اہم تشخیصی ظواہر ہیں۔

حاد التہاب قاذفین:۔ شکمی درد کا اچانک وقوع، صلابت اور سقوط قوت کی دیگر امارات منشق حمل بے محل سے اس حد تک مشابہت رکھتی ہیں کہ معالج بار بار فریب میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ طمثی دورہ کے دوران یا حالیہ اسقاط کے بعد درد واقع ہونے سے انبوبی التہاب کی طرف رہبری ہوتی ہے۔ التہاب قاذف میں بخار خاص طور سے قشعریرہ کے ساتھ بڑھتا ہے جب کہ حمل بے محل میں حرارت عموماً طبعی یا تحت طبعی ہوتی ہے۔ چند گھنٹے کے مشاہدہ کے بعد تشخیص مکمل کی جاسکتی ہے، کیونکہ حمل بے محل میں وافر دروں باریطونی نزف ہوتا ہے۔ رفتار نبض تدریجاً بڑھتی جاتی ہے۔ فشار دم کم ہوتا جاتا ہے۔ جلد خصوصاً چہرے پر زردی چھا جاتی ہے۔

تحت الحاد:۔ روزانہ پریکٹس میں اسی کثیر الوقوع قسم سے زیادہ سابقہ پڑتا ہے۔ اصولی طور پر احتباس الطمث کی ایک مدت رہتی ہے، اس کے بعد شکمی درد، حبلی نزف اور غشیہ (Faintness) کے مکرر الوقوع حملے ہوتے ہیں۔ یہ سہ رکنی علامتیں اسے دیگر حالات سے تمیز کرنے میں انتہائی معین ثابت

ہوتی ہیں۔ اسفل شکم میں خفیف اور مسلسل درد ہوتا ہے جو قولنجی حملوں سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ مہبلی نزف خفیف ہوتا ہے لیکن درد کے حملوں کے دوران بڑھ جاتا ہے۔ غشیہ کا احساس باریطونی کہفہ میں اچانک خون کے اخراج سے ہوتا ہے۔

مہبلی استحان پر رحم طبعی جسامت سے خفیف طور پر کلانی یافتہ، ایک طرف کو دبا ہوا ایک یا دوسرے (جانبی) قبوہ میں محسوس ہوتا ہے۔ اس میں ایلمیت خاص طور سے پائی جاتی ہے۔ اختلاف لزوجت اہم امر ہوتی ہے، چنانچہ اگر خون حال ہی میں مجتمع ہوا ہے تو ملائمت پائی جائے گی لیکن اگر اس کے قیام میں کچھ مدت گذر گئی ہو تو صلابت موجود ہوگی۔

تشخیص تفریقی:

رحمی اسقاط:۔ انبوبی حمل کی موجودگی میں اسقاط کی تشخیص میں سخت مغالطہ ہو سکتا ہے۔ محتاط مہبلی استحان کے بغیر جبر سے بے محل تاجہ کے انشقاق سے خراب نتیجہ برآمد ہوتا ہے۔

رحمی حمل معہ جانبی میلان الرحم:۔ جانبی طور پر خمیدہ ۸ تا ۱۰ ہفتے کی جسامت کے حامل رحم سے اشکال پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سلسلہ میں یہ مخصوص نکتہ ملحوظ رکھنا چاہیئے کہ ایک قبوہ میں ابھار محسوس ہو سکتا ہے اور رحم کو ابھار سے علیحدہ کر کے جس نہیں کیا جا سکتا اگر ضرورت ہو تو اس کے بعد معدم حس کے تحت مزید معائنہ اور استحان کیا جائے۔ اس طرح جانبی طور پر خمیدہ حامل رحم کی اصلاح پیش خمیدہ حالت میں لا کر کی جا سکتی ہے۔ اس طرح پہلے قبوہ میں محسوس ہونیوالا ابھار حامل رحم ثابت ہوگا۔

ابتدائی اسقاط کے نتیجہ میں جانبی رحمی دیوار میں لیفی سلعہ:۔ ایسی حالت میں درد، مہبلی نزف اور کسی ایک قبوہ میں ایک ابھار محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر رحمی کہفہ سے گذرنے والی بافتوں میں خردبینی استحان پر سلوی خلات پائے جائیں تو رحمی حمل کی تشخیص مکمل اور مصدق ہو جائے گی۔ اگر لیفی عضلی سلعہ کا سرخ انحطاط مہبلی استحان پر دردناک اور الیم ہوگا تو اس سے تشخیص میں اشتباہ پیدا ہو سکتا ہے۔

حوضی قیلۂ دمویہ:۔ اس کی سرسری روئداد تحت الحاد قسم سے ملتی جلتی ہے۔ مریضہ پر بہت جلد دباؤ کی علامات نمودار ہو جاتی ہیں مثلاً اسرا ابول، احتباس بول اور زحارت، چنانچہ زحارت (مستقیمی تعنی) کو غلطی سے مخاطی التہاب قولون یا زحیر سمجھ کر طبی معالجہ شروع کر دیا جاتا ہے لیکن جب اس علاج سے مستقیمی علامات رفع نہیں ہوتیں تو مجبوراً انائی استحان بروئے کار لایا جاتا ہے۔

شکمی استحان پر حوض سے شروع ہونے والا الیم اور غیر معین التہاب جس کیا جا سکتا ہے۔ دموی اجتماع

بڑھنے کے ساتھ ساتھ احتباب کی جسامت بھی بڑھتی جاتی ہے اور نتیجۃً کاس کا لیول ناف تک یا اس سے بھی اوپر اٹھ سکتا ہے، ابھار کی ساخت مختلف یعنی لچکدار یا صلب ہوتی ہے۔

مہبلی امتحان پر عنق بدقت جس کی جاسکتی ہے کیونکہ ڈگلس کی جیب میں دموی اجتماع کے سبب سامنے کی طرف ارتفاق عانہ کے پیچھے پہنچ جاتی ہے۔ مہبل کا قبہ اور قبوے اونچے معلوم ہوتے ہیں۔ قیلۂ دمویہ کا رقبہ مستقیمی امتحان سے بخوبی متمائز کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص تفریقی:

محبوس پس گرد حامل رحم:۔ حمل کے تیسرے ماہ جب کہ حبس رحم (Incarceration) واقع ہوتا ہے، اس پر عموماً حمل بے محل کا گمان ہوتا ہے۔ احتباس بول اور بعد میں احتباس بول لاحق ہو جاتا ہے۔ دونوں حالات میں عنق ارتفاق عانہ کے پیچھے پہنچ جاتی ہے۔ لیکن پس گرد حامل رحم کے احتباس میں یہ سامنے کی طرف بھی واضح طور پر موجود ہوتی ہے۔ پس گرد حامل رحم میں قاع الرحم یا دوسرا کوئی حصۂ رحم ڈگلس کی جیب میں ابھار سے علیحدہ جس نہیں کیا جاسکتا جب کہ حوضی قیلۂ دمویہ میں رحم کا کچھ یا کل حصہ ابھار کی بلندی پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

حوضی خُراج:۔ امتحان پر طبعی دریافتیں حوضی قیلۂ دمویہ سے مشابہ ہوتی ہیں لہٰذا دونوں حالات کو متمائز کرنے کے لئے روئداد کی محتاط تشخیص ناگزیر ہے۔ اس میں ذوالفقرہ ارتفاع حرارت اور سفید خلویت موجود ہوتی ہے۔ قطنی بزل والی سوئی کے ذریعہ موخر قبوہ سے حاصل شدہ مشمولات اگر سیاہ قیری خون پر مشتمل ہوں تو حمل بے محل اور اگر حاصل شدہ مواد ریم زا ہو تو خُراج ہوگا۔

رحمی حمل کے ساتھ محبوس دویرہ:۔ شکمی درد، مہبلی نزف اور ڈگلس کی جیب میں ابھار مغالطہ انگیز ہوتے ہیں لیکن احتباس الطمث کی عدم موجودگی اور دویرہ کی یکساں ساخت ممیزہ مناظر ہیں۔ ڈگلس کی جیب کے مشمولات خارج کرنے پر مصلی یا مخاطی سیال پایا جاتا ہے۔

رحمی حمل کے ساتھ موخر دیوار میں لیفی عضلی سلعہ:۔ اس حالت میں احتباس بول مخصوص علامت ہوتی ہے۔ مہبلی امتحان پر عنق کا میلان نیچے کی طرف ہوتا ہے اور عانہ کے پیچھے کشیدہ ہوتا ہے۔ ڈگلس کی جیب میں مدور ابھار ہوگا جو عنق کے عین سامنے ہوگا۔

ترقی یافتہ حمل بے محل:۔ اس کی تفصیل سابقہ اوراق میں انبوبی حمل کے اختتامات کے ذیل میں گذر چکی ہے۔ احتباس الطمث واقع ہوتا ہے اور ابتدائی مہینوں میں شکمی درد ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ دوران رحمی حمل کی طرح پستانی تغیرات بھی ہوتے رہتے ہیں۔ مکمل وقت کا ذوالفقرہ درد بطور کاذب دردزہ کے محدود وقت کے لئے ہوتا ہے جس کے ہمراہ مہبلی نزف کے ساتھ غشائے ساقط ریزینہ کا بیکہ

بھی خارج ہوتا رہتا ہے۔ کاذب دردِ زہ کے فوراً بعد جنینی حرکات موقوف ہو جاتی ہیں۔ شکمی درد وقفے کے ساتھ یا مسلسل ہوتا ہے جو ترقیقی التہاب بارِ یطون کے سبب ہوتا ہے یا احشائے شکم کے بدلے ہوئے تشریحی روابط کی بنا پر۔

جنین کی موت کے فوراً بعد کوئی علامت رونما نہ ہوگی۔ احتباس الطمث کی مسلسل شکایت ہو سکتی ہے۔ طمث دوبارہ بھی ظاہر ہو سکتا ہے۔ مہینوں گذرنے کے بعد ایسے اصابات شکمی سلعہ کے طور پر منصۂ شہود پر آتے ہیں۔

شکمی امتحان پر جنینی حصے بآسانی جس کئے جا سکتے ہیں لیکن رحمی حمل میں ایسا نہیں ہوتا۔ جنین عموماً حوضی کگر سے بلندی پر ہوتا ہے اور عموماً مستعرض یا ترچھے طور پر پایا جاتا ہے۔ جنین کی یک جانبی بعیدی وضع ایک مفید تشخیصی امارت ہے۔

کبھی کبھی پٹوسین کا شفہ (Pitocin Test) رحمی انقباضات معلوم کرنے کے لئے مفید ثابت ہوتا ہے، اس مقصد کے لئے پٹوسین نصف یونٹ انجکٹ کیا جاتا ہے اس کے بعد رحمی انقباضات معلوم کرنے کے لئے رحم کا جس کیا جاتا ہے اگر ۵ منٹ کے اندر اندر انقباضات واقع نہ ہوں تو ایک یونٹ مزید دیا جائے۔ مثبت کاشفہ سے رحمی حمل مستثنیٰ ہو جاتا ہے لیکن منفی کاشفہ مشکوک ہوتا ہے۔

مہبلی امتحان پر رحم لازمی طور پر سخت ہوتا ہے لیکن دروں رحمی حمل کی حالت میں عنق کا مہبلی حصہ ملائم ہوتا ہے اور چھ ماہ بعد جزوی طور پر سمٹ جاتا ہے لیکن شکمی حمل میں مطلق صلب عنق جس کی جا سکتی ہے جو ایک ممیزہ امارت ہے۔ موجودہ حصہ مہبلی انگلیوں کی دسترس میں نہیں ہوتا۔ محتاط جس پر رحم طبعی یا خفیف کلانی یافتہ اور جانبی طور پر سامنے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے۔

شعاعی امارات:۔ اس امتحان سے جنین کے محل وقوع کی صحیح نشان دہی ہو جاتی ہے۔

معملی کاشفات:۔ ہیموگلوبین اور کریات حمراء کی قدریں (Haematocrit) معلوم کرنا عموماً مفید ثابت ہوتا ہے۔

حمل بے محل کا ابتداہی میں پتہ لگانا دشوار ترین ہو جاتا ہے تاہم شعاعی مناعتی تجزیہ (Rodioimmuno assay) تکنیک کے ذریعہ انسانی سلوی مہیج مولدۃ (HCG) (Human Chorionic Gonadotrophin) کی سیرم میں موجودگی ثابت کرنا حمل بے محل کی ابتدائی تشخیص میں مدد ہوتا ہے۔

انبوبی حمل کا علاج

حاد فجائی قسم:۔ سجلت ممکنہ تشخیص کر کے مارضین بعجلت ممکنہ ہسپتال اگرچہ دروں عضلاتی راہ

سے دی جائے۔ مریضہ کو گرم رکھنے کے لئے احتیاط کے ساتھ اس کی بغل میں گرم بوتلیں رکھی جائیں۔ مکمل سقوط قوت کی حالت میں آپریشن تھیٹر میں لے جانے سے پیشتر نقل الدم شروع کر دینا چاہیئے۔

حادفجائی قسم میں جب کہ فشارالدم تشویشناک حد تک کم ہو چکا ہو، نخاعی معدم حس کا استعمال جائز نہیں۔ شکمی دیوار کی مقامی درریزش یا نائٹرس آکسائیڈ یا سائیکلو پروپین غازہ (Cyclopropan–Gas) جیسے معدمات حس قابل ترجیح ہیں۔ سقوط قوت کے اصابات میں فوق الجافیہ نخاعی معدم حس (Epidural Spinal Anaesthesia) بھی استعمال کیا جا سکتا ہے کیونکہ اس سے فشارالدم کم نہیں ہوتا۔

بوقتِ ضرورت شکم کو تحت السری خط وسطی سے چاک کیا جاتا ہے۔ باریطون تک رسائی ہونے پر اس کے ذریعہ ایک خراب نیلی رنگت نظر آئے گی۔ اس کے بعد کلاب کے ذریعہ باریطون کو پکڑ کر خفیف شگاف لگایا جائے۔ باریطونی کہفہ میں خود رو انتقال کے لئے آزاد خون مجتمع ہو جاتا ہے۔ مشمولات وضمام حاسں کر کے امتحان کیا جائے۔ سارے یقائے انبوبہ کو شکنجہ میں کس کر ماؤف قاذف کو دور کر دیا جائے۔ بیشتر اصابات میں مبیض پیچھے چھوڑ دیا جاتا ہے۔ شکم بند کرنے سے پہلے دوسری طرف کے ضمام کا امتحان کر لینا چاہیئے۔

لیری اور ہیرس کے مطابق ۹۰٪ مریضات میں انبوبہ (قاذف) برآری قابل ترجیح طریق علاج تھا، جن میں سے ۷۵ مریضات میں دائیں قاذف کا اور ۱۵ مریضات میں بائیں قاذف کا استیصال کیا گیا۔ فقط دو مریضات میں طرف مشرشر کا استیصال کیا گیا۔

نواک اور اس کے ساتھیوں نے ایک ایسی عورت کا مشاہدہ کیا جو دو سال میں ۳ حوامل بے محل کی حامل تھی، سب سے آخری مریضہ کی خوشی اور رضامندی سے دور کیا گیا۔ آگے چل کر نواک لکھتا ہے کہ ہمیں یاد رکھنا چاہیئے کہ متعدد عورتیں انبوبی حمل کی حامل ہوتی ہیں اور آخرکار بلا کسی دشواری کے حمل کے ذریعہ اسے جنتی ہیں

تقریباً ۵۰٪ مریضات میں وقتی بعد الجراحی حرارت کی شکایت ہوتی ہے جو از خود رفع ہو جاتا ہے اور کسی مخصوص علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔ جب کوئی زخمی انبوبی حمل منشق ہو جائے تو رحمی قرن کا حصہ یعنی نوکدار حصہ (Wedge) مع تاچیہ دور کر دینا ناگزیر ہوتا ہے۔

تحت الحاد قسم:۔ اگر مریضہ کی عام صحت اطمینان بخش ہو تو مقامی نخاعی یا عمومی معدم حس کے زیر اثر شکم شگافی کر کے ماؤف قاذف کا استیصال کر دینا چاہیئے۔

حوضی قیلۂ دمویہ:۔ اگر قیلۂ دمویہ کلانی یافتہ ہو تو بلا شبہ عملیہ کے ذریعہ دور کر دینا چاہیئے کیونکہ اگر اسے تحلیل و انجذاب کے لئے چھوڑ دیا جائے گا تو مریضہ ۲-۳ ماہ کے لئے بیکار محض ہو کر

رہ جائے گی۔ اس دوران [illegible] میں سرایت کا بھی مسلسل خطرہ رہے گا۔ [illegible]
انجام دے دیا جائے تو صحت کی بحالی کے لیے [illegible]
کے بعد ہی رحم و ضمائم کے صحیح عمل و [illegible]

ثانوی شکمی حمل :۔ یہ حمل [illegible]
ہیں؛ چنانچہ تشخیص مکمل ہوتے ہی شکم شگافی [illegible]
ابھی نارسیدہ ہو یعنی کامل النمو بچہ (Mature Child) [illegible]
شفاخانہ میں داخل رکھنا چاہیے۔ کثیر خلقی تشوہات واضح کرنے کے لیے [illegible]
چاہیے۔ اگر جنین مردہ ہو تو [illegible] شکم شگافی [illegible]
کیوں کہ قبل از وقت عارض ہونے والے [illegible]
میں سب سے بڑی دشواری یہ پیش آتی ہے کہ [illegible]

حبل السرہ کو مشیمہ سے [illegible]
ہے۔ اس طرح وقت گذرنے کے ساتھ ساتھ مشیمہ [illegible]
میں مشیمہ سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔ اس وقت [illegible]
ہے۔ سرایت کی صورت میں [illegible]
مشیمہ کا بیشتر حصہ [illegible]
جا سکتا ہے۔

مبیضی حمل

مبیضی حمل انتہائی نادر الوقوع ہے۔ [illegible]
منی گرانی جراب سے (Spermatozoon) [illegible]
خارج نہیں ہوتا۔ (Oocyte) [illegible]
میں ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں [illegible]
حمل کے جسم اصفر کا [illegible]
رہتے ہیں۔ مبیض میں [illegible]
حمل کا ان مبیضی سلعۂ دموی پیدا کرتا ہے [illegible] (Hemorrhagic Tumour) [illegible]
متاثر کرنی چاہئیں، کیوں کہ تشخیص [illegible]
[illegible]

علامات وطبعی امارات عام طور سے ابنوبی حمل کے مشابہ ہوتی ہیں جس کے سبب مبیضی حمل کی تشخیص بر غلطی ہوجاتی ہے۔ اسی لئے بذریعہ عملیہ اوُف حصہ دور کر کے امتحان کرنے سے ہی حقیقت کا پتہ چلتا ہے۔ بعض اصابات میں توشکم کھولنے سے پہلے اصلیت معلوم ہی نہیں ہوتی۔ تشخیص کے لئے عام طور سے تسلیم شدہ معیار درج ذیل ہے:۔

(۱) قاذف معہ مبیضی جھالر (Fimbrid Ovarica) سالم ہونا چاہیئے نیز اول الذکر مبیض سے واضح طور پر جدا رہنا چاہیئے، (۲) حمل تاجہ کو مبیض کی طبعی وضع پر قطعی طور پر قابض رہنا چاہیئے، (۳) تاجہ کو مبیضی رباط کے ذریعہ رحم سے مربوط رہنا چاہیئے، (۴) ناقابل استفسار مبیضی رباط تاجہ کی دیواروں میں قابل مشاہدہ ہونا چاہیئے۔

دو قرنی رحم کے ناقص النمو قرن میں حمل

تخصیب کا طریقہ:۔ ناقص النمو قرن اور طبعی طور پر ترقی یافتہ عنق کے درمیان رابطہ کی عدم موجودگی تخصیب یافتہ بیضہ یا حوینہ منویہ کی خارجی منتقلی کی علامت ہے جو تخصیب کا واحد ممکنہ ذریعہ ہے۔

سریری نصاب:۔ عموماً خاتمہ انشقاق قرن کی صورت میں ہوتا ہے۔ انشقاق سے پیشتر حمل کی مدت کا انحصار ناقص النمو قرن کی ترقی کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ایک اصابہ میں احتباس الطمث واقع ہونے کے ۱۶ ماہ بعد مردہ جنین برآمد کیا گیا۔

سریری مناظر اور تشخیص:۔ ناقص النمو رحمی قرن میں حمل بے محل ہونے کے باوجود حقیقت میں حمل خارج الرحم نہیں۔ ایسی حالت میں نسبتاً پتلی عضلی دیوار رحم سے مریضہ کبھی کبھی ناگوار علامت محسوس کرتی ہے۔ دیگر اصابات میں تاجہ منشق ہو جاتا ہے جس کے ہمراہ شدید دروں باریطونی نزف ہوتا ہے۔

ابتدائی ہفتوں میں اسے غلطی سے مبیضی دویرہ یا لیفی عضلی سلعہ تشخیص کر لیا جاتا ہے کیونکہ طبعی طور پر ترقی یافتہ قرن غیر حامل رحم تصور کیا جاتا ہے اور صلب گلوبکی، حامل ناقص النمو قرن لیفی عضلی سلعہ یا مبیضی دویرہ سمجھ لیا جاتا ہے۔

احتباس الطمث کی روئداد نیز دیگر دریافتیں اور لاشعاع بالخصوص لیپائیڈال انجکشن کے ہمراہ تشخیص میں معین ہوتی ہیں۔ انشقاق واقع ہونے کے بعد سریری مناظر نجائی قسم کے حمل بے محل سے مشابہ ہوتے ہیں اور بلاشبہ حمل بے محل کی یہ قسمیں ناقابل تمیز ہوتی ہیں۔

علاج:- جیبی رباط، قاذف، رباط عریض اور لیفی بند (جن کے ہمراہ یہ طبعی طور پر ترقی یافتہ قرن کے چسپیدہ ہوتا ہے) کو شکنجہ میں کس کر حامل رحم کو دور کر دینا چاہیئے۔ بسا اوقات شکم کھول کر صرف منتشر حامل ٹیوب ہی کو دور کرنا کافی ہوتا ہے۔

انذار

عصر حاضر میں حمل بے محل کا چیلنج درست اور ابتدائی تشخیص ہے لیکن راست تشخیص کے بعد علاج چنداں دشوار نہیں۔ انجام مرض کا انحصار مریضہ کی عام حالت پر ہوتا ہے۔ انبوبی اسقاط یا بروں انبوبی انشقاق کے نتیجہ میں دروں باریطونی نزف کے سبب سقوط کے مختلف مدارج پیدا ہو سکتے ہیں، تاہم انذار فوری عملیہ کی سہولتوں اور مریضہ کو صدمہ سے بچانے والی تدابیر پر منحصر ہوتا ہے۔ سقوط کی مریضہ کو فوری طور پر پلازما کی ضرورت ہوتی ہے۔ پلازما کا نعم البدل یا خون اگر بروقت دستیاب ہو جائے تو جاں بلب مریضہ کی جان بچائی جا سکتی ہے۔ باریطونی نزف رک جانے اور ضائع شدہ خون کی جگہ تازہ دم خون پہونچتے ہی مریضہ کی گرتی ہوئی صحت ڈرامائی طور پر بحال ہو جاتی ہے۔ اس طرح کے سازگار حالات میں شرح اموات بہت کم ہوتی ہے لیکن ان حیات آفریں تدابیر کے میسر نہ آ سکنے کے سبب ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کے اندر موت واقع ہو جاتی ہے۔

باب ہشتم

متفرقات

۴۲

سیلان الرحم

[Leucorrhoea]

عورتوں میں مہبلی سیلان رطوبت کی کثیر الوقوع شکایت ہوتی ہے تاہم یہ ہمیشہ مرض کی امارت نہیں ہوا کرتی۔ بعض مریضات کو اس سے زیادہ شکایت نہیں ہوتی کہ تناسلی خطہ کے مواد کی طبعی مقدار قدرے زیادہ ہوتی ہے۔ بارتھولین غدد سے صاف اور قدرے ترشی مائل افراز طبعی طور پر پیدا ہوتا ہے جو بسا اوقات قناتوں کے فتحوں سے نکلنے لگتا ہے۔ صحت و تندرستی کی حالت میں مہبلی دیواروں سے بھی ایک طرح کی رطوبت نکلتی ہے جس کے خصائص طبعی حالت میں بھی مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ باکرہ اور ناکتخدا عورتوں میں نیم منجمد شفاف مواد ہوتا ہے، جس کی بستگی لخن (غدود حشفیہ کا افراز = Smegma) جیسی ہوتی ہے اور تعامل ترشی ہوتا ہے صاحب ولادت عورتوں میں یہ سیال عموماً زیادہ رقیق، دودھیا اور ردعمل کے اعتبار سے معتدل یا قلوی ہوتا ہے۔ عنقی افراز کی مقدار وافر ہوتی ہے اور اس کی بستگی البیومن نما ہوتی ہے۔ درون رحم اور اندوبی غشائے مخاطی کا طبعی افراز ایام طمث کے علاوہ ہمیشہ قلیل المقدار ہوتا ہے اور طمثی دورہ کے بعد کے حصہ میں درون رحم کے تعفنی پیش طمثی غدد مخاط خارج کرتے ہیں جو طمث کے بعد عنق کے ذریعہ مہبل میں خارج ہوتا ہے۔ اس طبعی افراز کو سفیدی کی بناء پر مریضہ انڈا کی سفیدی سے تعبیر کرتی ہے جسے عمومی سیلان الرحم یا سیلان ابیض سے بھی موسوم کیا جاتا ہے۔ بعض مریضات اپنے معالج سے ممکنہ ایام شروع ہونے سے چند یوم قبل ہی غیر مخرش

مخاطی مواد کی شکایت کرتی ہیں۔ دوران حمل رطوبت کی مقدار نسائی تناسلی قنات کی عروقیت کے سبب بڑھ جاتی ہے۔

کثرت مواد نازلتی التہاب، عنق کا شتر و خارجی یا تاکل کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے لیکن مرض کی کوئی مخصوص علامت موجود نہ ہونے کے سبب اس کی سریری اہمیت نہیں ہوتی۔ یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ افرازاتی مواد کے سبب کی تشخیص کا انحصار اس کے خصائص اور منبع کی شناخت پر ہے۔

اسباب

طبعی مہبلی افراز دروں رحم سے خارج ہونے والے سیال (مصلی یا مخاطینی)، عنقی غدد سے مخاط اور مہبل سے نفوذی سیال مع غیر فلسمانی مہبلی سرعلمی خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جو طبعی اخراج کو سفید بنا دیتے ہیں۔ صالح کو بلوغ سے پیشتر اور یاسیت کے بعد تناسلی قنات میں واقع ہونے والے سنافعاتی تغیرات کو ضرور ذہن نشین رکھنا چاہیے۔ بلوغت کے دوران مہبلی دیوار کے سرعلمی خلیات میں شکر الکبد یعنی گلائی کوجن (Gly-cogen) مجتمع ہوتا ہے جو بعد میں لیکٹک ایسڈ میں تبدیل ہو جاتا ہے اور مہبلی نفوذ پذیر افراز کا تعامل PH 5 کر دیتا ہے۔ یہ حموضت جرثوموں کی نشو و نما کے لیے ناساز گار ہوتی ہے اور اس طرح کے اجسام اسی وقت التہاب مہبل واقع کرنے میں کامیاب ہوتے ہیں، جب کہ عنق سے قلوی مخاط کی کثرت یا کسی جسم غریب مثلاً حلقہ نما فرجہ کی موجودگی کے سبب مقامی مناعت کم ہونے سے PH متغیر ہو جائے۔ عہد طفلی میں یہ حالات پیدا نہیں ہوتے تاہم پنسل، سیفٹی پن یا لکڑی بچیاں کھیل کھیل میں فرج میں داخل کر لیتی ہیں۔ بچیوں کے مہبل سرایت کی عموماً بخوبی عکاسی نہیں کر پاتے تاہم قدرتی دفاع کے فقدان کے سبب ان میں شدید اکتسابی التہاب فرج و مہبل واقع ہو جاتا ہے۔ بچیوں میں یہ شدید التہاب نبقہ سوزاک یا مہبل میں جسم غریب کی موجودگی سے واقع ہو سکتا ہے کیوں کہ ان میں ثانوی سرایت واقع ہونے کا امکان رہتا ہے۔ ان میں تناسلی اعضا کی نو بالیدگی اور قبل از وقت بلوغ بھی سیلان الرحم کے ذمہ دار بتائے جاتے ہیں۔ فرجی مہبلی التہاب کثیف پانی سے غسل کرنے سے بھی لاحق ہو جاتا ہے۔ جب بچی دیگر امراض سے کمزور اور نحیف ہو جاتی ہے مثلاً شدید نوعی حمیات وغیرہ تو ایسی حالت میں نبقہ سبحیہ یا نبقہ عنبیہ مہبلی سرایت کے ذمہ دار ہو سکتے ہیں علاوہ بریں کرم امعا اور سرایتی اسہال وغیرہ کو بھی اسباب میں شمار کیا جاتا ہے، کیوں کہ ایسی حالت میں مہبل سرخ، متورم، اذیبائی یا متبجج ہوتی ہے نیز شفز تین ریم زا مواد سے باہم چسپید ہوتے ہیں۔

عورتوں میں سن یاس واقع ہونے کے ایک مدت بعد رحم و مہبل تدریجاً مذبول ہونے لگتے ہیں کیوں کہ رفتہ رفتہ دموی رسد سست پڑ جاتی ہے۔ ان تغیرات کے براہ راست اثر سے شاذ و نادر مریضہ شیخوخی التہاب مہبل یا دیگر متعدد شدید جراثیمی سرایت میں مبتلا ہو سکتی ہے لیکن زیادہ فعال زندگی میں وہ قطعاً

متاثر نہیں ہوتی۔ بعد ایاسی عمر میں دیگر کثیر الوقوع اسباب درج ذیل ہیں:۔

جسم رحم یا عنق کا سرطانی سلعہ یا دروں رحمی التہاب، انخشاث، تحت مخاطی بواسیر عنق کا تقرح اور تقرح کے ذراتیتی علوی سلعہ کے ہمراہ اسقاط۔

بسا اوقات رطوبات عفنہ کا رحم سے سیلان ہوتا ہے، جس کے سبب فضلات کی کثرت ہوتی ہے جن کا رحم کی طرف استفراغ و تنقیہ کی غرض سے انصباب ہوتا ہے۔ یہ فضلات بلغمی، صفراوی، سوداوی یا دموی الاصل ہوتے ہیں، علاوہ بریں رحم کی قوت غاذیہ ضعیف ہو جانے سے نفس رحم میں رطوبتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ گاہے تعفن رحم کے سبب طمثی عروق میں مادۂ حیض عفونت اختیار کر لیتے ہیں، قلت و رقت خون نیز عام ضعف اور کمسنی میں حاملہ ہو جانے سے بھی سیلان رطوبت کی شکایت ہو جاتی ہے۔ تدرن، مزمن التہاب کلیہ اور عمومی نقاہت کے ساتھ واقع ہونے والے دیگر امراض نیز مرض قلب کا مزمن انفعالی امتلا اور ضمور کبد۔ (Cirrhosis of the Liver) بھی سیلان ابیض کا سبب ہوتے ہیں۔

مذکورہ صورتوں میں طبعی اور منافعاتی رطوبت وافر مقدار میں خارج ہونے لگتی ہے اور مذکورہ امراض کے علاوہ ذہنی پریشانیوں، الجھنوں اور کثرت کار وغیرہ کی حالت میں سیلان رطوبت مزمن صورت اختیار کر لیتی ہے۔ یہ افراز اگر طویل مدت تک جاری رہے تو قلوی مہبل کا پی، ایچ تبدیل کر دے گا جس کے سبب اجسام عنق تک بآسانی پہونچ کر مزمن التہاب عنق واقع کر دیں گے، اس کے بعد مواد کا رنگ زرد ہو جائے گا اور وہ مخاطی ہو جائے گا۔

مذکور الصدر اسباب کے علاوہ، جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، مہبلی مواد کا امراضیاتی سبب رحم، عنق یا مہبلی دیوار کی غشائے مخاطی کی سرایت ہوتا ہے۔ یہ التہاب اجسام کی صحت مند بافتوں پر اجسام کی یورش سے بھی ہو سکتا ہے مثلاً شعری تعالیہ مہبلی یا مونیلیا۔ یہ صورت اجسام غریبہ مثلاً حلقہ نما فرزجات، دھات کے مانع حمل آلات کے غلط استعمال یا مغفول مہبلی حمولات کے سبب بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مہبل کی سلیم نو بالیدیں مثلاً لیفی آسا بواسیر یا خبیث تقرح بھی سیلان رطوبت کے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ ان کی تفصیلات اپنے اپنے موضوع کے تحت درج ہیں، جنھیں باقاعدہ ذہن نشین کر لینا چاہیے تاکہ مہبلی مواد کی تحقیق کے وقت دشواریوں کا سامنا نہ کرنا پڑے۔

عمومی اور ذاتی علامات

مریضہ کی عام صحت خراب اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ کثرت بول کی شکایت ہوتی ہے۔ کمر اور پنڈلیوں میں درد، نیز پیڑو میں درد کے ساتھ بوجھ ہوتا ہے، طبیعت سست اور کسلمند ہوتی ہے۔ ہاتھ پاؤں میں جلن

کا احساس ہوتا ہے قبض کی شکایت اکثر رہا کرتی ہے رحم سے رقیق یا زردی مائل لزج سفید رطوبت اکثر اخراج پذیر ہوتی ہے۔ مسلسل سیلان رطوبت کے سبب چہرہ زرد، بے رونق، بدن کمزور اور طبیعت سست ہو جاتی ہے! آخر میں طمثی دورے بھی متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتے۔ مزمن اصابات میں رحم کے اندر جرب (دانے) نمو پاتے ہیں اور فم رحم کے لبوں پر ضررات واقع ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں قلیل المقدار مواد خارج ہوتا ہے۔

تشخیص

جب کوئی مریضہ مہبلی سیلان رطوبت کی شکایت کرے تو اس کی مقدار اور کیفیت ضرور معلوم کر لینی چاہیے۔ مریضہ کے بیان کی تشخیص و توثیق براہ راست امتحان سے بھی کر لینی چاہیے۔ اگر کوئی عنقی ضرر موجود ہو تو مہبلی منظار داخل کر کے اسے واضح کیا جا سکتا ہے۔ مختصر مواد شریحہ پر سیلائن کے ایک قطرہ میں ڈال کر خردبینی امتحان کرنا اکثر معین ثابت ہوتا ہے۔ اگر مواد بہت زیادہ ریم زاخلیات پر مشتمل ہو تو شعری ثعالب اور مونیلیا کے ریشوں کے لیے تحقیق ناگزیر ہے ایسی حالت میں جراثیمی کاشتوں کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ بچیوں اور بہت سی ناکتخدا عورتوں میں غیر منشق غشاء البکارت کی موجودگی میں براہ راست مشاہداتی امتحان ممکن نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں مریضہ پر امتحان کی ہنگامی ضرورت و اہمیت واضح کر دینی چاہیے۔ ان حالات میں مریضہ کو بتا دینا چاہیے کہ دوران امتحان ممکنہ احتیاط کے باوجود غشاء البکارت ناگزیر طور پر دریدہ یا منشق ہو سکتی ہے۔ مواد کی خصوصیات کے اعتبار سے بھی اسباب کا پتہ لگانا عموماً مفید ثابت ہوتا ہے، جن کا مفصل جائزہ ذیل میں پیش کیا جا رہا ہے:۔

(۱) زرد مواد:۔ شعری ثعالیت (Trichomoniasis)، شیخوخی التہاب مہبل، سنقی سوزاک سرایت یا جسم غریب کی موجودگی کے سبب ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات دیگر اجسام مثلاً سنقہ سجیہ یا سنقہ نمونیا خالعرکات میں پائے جاتے ہیں۔ مہبلی PH ۵ء۲ تا ۵ء۴ کے درمیان ہوتا ہے۔ ذراتیتی خلوی سلعہ کی موجودگی میں مہبلی مواد نزف کے ہمراہ وقفہ وقفہ سے خارج ہوتا ہے۔

حاد سوزاک میں رطوبت اکثر زردی مائل یا سبز رنگت اختیار کر لیتی ہے اور فرج میں شدید سوزش تیز الیت کا باعث ہوتی ہے۔ عفنی اسقاط، نفاسی عفونت اور رحمی اجتماع ریم کے ہمراہ بھی تقیحی رطوبت پائی جا سکتی ہے۔

(۲) بدبودار مہبلی مواد کی خصوصیت یہ ہے کہ تناسلی قنات میں تقرحی ضررات ہوتے ہیں، مثلاً سرطان عنق، عفنی عضلی سلعی بواسیر، عفنی اسقاط اور نادر بالیدیں مثلاً رحم کا سلعۂ لحمیہ اور مہبل کا سرطانی سلعہ۔ یہ رطوبت منغول اجسام غریبہ مہبل میں محبوس ہو جانے سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ شعری ثعالیہ کی

رطوبت بھی مخصوص بو کی حامل ہوتی ہے۔

(۳) **مخاطی تقیحی مواد** عموماً سرایت زدہ عنق سے آتا ہے جو گاہے تاکل کا باعث ہوتا ہے، بچیوں میں شفوتین علیحدہ کرتے ہی مواد ابل پڑتا ہے۔ شیخوخی التہاب مہبل میں مواد وقتی طور پر ملتا ہے اور چھوٹے سائز کا عنقی منظار گذارنے پر مواد بڑی مقدار میں خارج ہوتا ہے۔

(۴) **مخرش رطوبت** کے دو مسلمہ اسباب ہیں یعنی شوری ثعالیہ مہبلی اور فطر ابیض (Candida — Albicans) جن سے حاد شوری ثعالیتی یا مونیلیائی التہاب مہبل پیدا ہو سکتا ہے۔

(۵) **طبعی سفید مہبلی افراز (سیلان ابیض)** کی کثرت عموماً منافاتی ہوتی ہے جو بعد الطمث دور میں یا دوران حمل دیکھا جاتا ہے۔ اس طرح کا سیلان ابیض دیگر حوضی اعتلا مثلاً سرایت یا رحمی سلعات سے بھی واقع ہو جاتا ہے لیکن بیشتر اصابات میں اسے نفسی بدنی علامت (Psychosomatic Symptom) سے تعبیر کرنا چاہیے۔ کبھی کبھی یہ جنسی دشواریوں کے انعکاس، الجھن اور اضطراب مثلاً سرایت یا سرطان کے خوف کے نتیجہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ بہت سی مریضات بلا وجہ کثرت سیلان رطوبت کی شکایت کرتی ہیں جب کہ یہ مقدار طبعی سے زیادہ نہیں ہوتی، ایسی عورتیں اضطراب و عجلت کا شکار ہو کر مختلف مانع عفونت نطول کا استعمال شروع کر دیتی ہیں جو لازماً مخرش ہوتے ہیں، جس کے نتیجہ میں مہبلی مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

(۶) **آبی مہبلی رطوبت** قلیل الوقوع ہے۔ اس طرح کا مواد استسقائے قاذف میں موجود ہوتا ہے جو قاذف کے رحمی حصہ کے ذریعہ رحمی کہفہ میں خارج ہوتا ہے۔ قاذف کے سرطانی سلعہ میں مواد کہربائی رنگ کا ہوتا ہے۔ دوران حمل آبی رطوبت زیادہ پیدا ہوتی ہے۔ حامل رحم سے سیلان الماء (Hydrorrhoea Gravidarum) میں فم داخلی کی سطح کے اوپر اغشیہ کے انشقاق کے ذریعہ امینوسی رطوبت رسنے کے سبب آبی رطوبت خارج ہوتی ہے۔

(۷) **خون آلود مواد** ایام طمث کے دوران سقوط کے اصابات میں عنقی مزرات سے یا عنقی بوارسیر، تاکل یا خبیث رحمی سلعات سے یہ مواد آسکتا ہے۔ مؤخر قبوہ میں محبوس فرزجہ کے ذریعہ تقرح کے نتیجہ میں بھی خون آلود رطوبت خارج ہو سکتی ہے۔ سن یاس سے پیشتر جب خون آلود رطوبت خارج ہوتی ہے تو ورمی حمل کے امکان کو ہمیشہ ذہن میں رکھنا چاہیے۔

شدید سرایتوں خصوصاً جسم غریب یا شیخوخی التہاب مہبل کی موجودگی میں رطوبت خون آلود ہو سکتی ہے اور ضعف فوقانی قنال میں نزفی خط موجود ہو سکتا ہے۔ شیخوخی التہاب مہبل کا سبب آئسٹروجن

خالی بتایا جاتا ہے۔

(۸) **خلط موجب کا غلبہ** :۔ اگر رطوبت کا رنگ سرخ ہو نیز اس میں حرارت، سرخی اور غلیظ قارورہ موجود ہو تو غلبۂ خون سبب ہوگا۔ اگر زرد بد بودار مواد ہو نیز مریضہ شدید تشنگی محسوس کرے تو صفرا سبب ہوگا۔ اگر رطوبت کا رنگ سفید ہو نیز بلغم کے دیگر آثار موجود ہوں، ساتھ ساتھ خشکی جلد و لاغری بدن موجود ہو تو خلط غالب سودا ہوگا۔ اخلاط کو متمائز کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نئی روئی مریضہ بطور حمول اطراف رحم میں رکھے اور ۲۴ گھنٹہ بعد نکال کر خشک کرے، اس کا معائنہ کرنے پر خلط غالب واضح طور پر دیکھا جا سکتا ہے۔

(۹) **بولی مواد** کی موجودگی میں بولی مواد کی شکایت ہوگی۔

(۱۰) **مستقیمی مہبلی ناصور** کی موجودگی میں برازی مواد خارج ہوتا ہے۔

(۱۱) **بواسیر الرحم** میں مسّے موجود ہوتے ہیں اور رطوبت کا رنگ سیاہ یا سرخی مائل سیاہ ہوتا ہے، جس سے سوداویت کا بھی واضح اندازہ ہوتا ہے۔

(۱۲) **سرطان رحم** :۔ یہ رطوبت سائلہ رقیق مثل گوشت کے دھوون یا سیاہ مثل گاد کے اور سخت متعفن ہوتی ہے جس کے ہمراہ درد شدید بھی ہوتا ہے۔

تشخیص فارقہ

رنگت	قوام	مقدار	بو	ممکنہ اسباب
صاف	لعابینی	+ تا ++	کوئی نہیں	طبعی تبویض، زائد آسٹروجن تحریک، جذباتی تناؤ۔
لبنی	لزج	+ تا +++	کوئی تیز بو نہیں	التہاب عنق، ہیموفیلس ویجائی نلس التہاب مہبل۔
سفید	رقیق معدوہی نما دھبے	+ تا ++	بدبودار	مہبلی مال کوسس (فطار)۔
گلابی	مصلی	+ تا +++	کوئی نہیں	قلت شبقیت، غیر نوعی سرایت۔
زرد سبز	جھاگ دار	+ تا +++	متعفن	شعری ثعالیتی التہاب مہبل۔
بھورا	آبی	+ تا ++	باسی	التہاب مہبل، التہاب عنق، عنق تعفیق،

				درر حمی التہاب، عنق، درون رحمہ یا قاذف کی نوساخت۔ بعد الشعاعی اورام۔
خاکستری، خون کی دھاری	رقیق	+تا+++	بدبودار	مہبلی قرحہ، ریم زا التہاب مہبل (مثلاً طویل المحبوس مشغول فرزجہ اور حمول)، مہبلی، عنقی درون رحمی اور انبوبی نوساخت۔

علاج

احتیاط کے طور پر سرعت یا سرایت مکرر سے بچنے کے لئے شوہر کو ربر کا رفالہ استعمال کرنا چاہئے۔ اگر معمر مریضہ میں سقاط معہ مہبلی یا عنقی تقریباً موجود ہو تو مطلوبہ علاج کے ساتھ ساتھ مکمل آرام بستری کی بھی ہدایت کی جائے۔

مخصوص تدابیر:۔ حساسیت بڑھنے پر سلسلۂ علاج منقطع کر کے جتنی جلد ممکن ہو دوسری دوائے متبادل جاری کر دینی چاہئے۔ علاج برابر جاری رکھنا چاہئے اور دوران طمث منقطع نہ کرنا چاہئے۔ کوئی ایک طریقہ علاج مثلاً فرازج یا خردنی معالجہ منتخب کرنا چاہئے اور نزف کے سبب منقطع نہ کرنا چاہئے، تاہم بعض ماہرین نے مرکب علاج یعنی فرازج اور خوردنی، بیک وقت استعمال کرانا مفید بتایا ہے۔

علاج:۔ اسباب کا پتہ لگا کر اس کا تدارک کیا جائے۔ بچیوں میں مقامی سرایت کی موجودگی میں انٹی بایوٹک یا طویل الاثر سلفا ادویات سے کرنا چاہئے۔ مہبل کو روزانہ مانعات عفونت سے صاف کیا جائے اور فرج کی خاص طور سے ڈٹال لوشن سے صفائی کی جائے۔

شیخوخی تقیح الرحم کی صورت میں مناسب سیلیت، درون رحمی گلیسرین ایکری فلے وین کا یومیہ تقطر اور مینی سلین معین علاج ثابت ہوتے ہیں۔ یونانی میں مصفیات دم ادویہ کا مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

مذکورہ بالا احتیاطی اور مانع عفونت تدابیر بروئے کار لاتے ہوئے مقامی عفونت دور کرنے کے لئے درج ذیل لوشن استعمال کرایا جائے۔ اکثر حالتوں میں کارگر ثابت ہوتا ہے:۔

ہائیڈروجن پرآکسائیڈ	½۴ اونس
گلیسرین	ا فلوئڈ ڈرام
پانی	نصف اونس

اس لوشن میں سطبر (عقیم) روئی کا پھایہ ترکرکے بطور ہیلی حمول اندام نہانی میں ۲۴ گھنٹے رکھیں۔ اکثر ایک یا دو بار اس تدبیر سے مرض نیست و نابود ہوجاتا ہے۔

معالجہ خصوصی:

شعری ثعالیتی التہاب مہبل:۔ مریضہ کے ہیبنوں علاج کی ضرورت پڑ سکتی ہے مقاومت یعنی؛ ٹ والے اصابات میں ۲-۳ ماہ بعد علاج بہرحال تبدیل کردینا چاہیئے۔

(۱) میٹرونائیڈازال (Metronidazol) جو فلے جل ساختہ مے اینڈ بیکر اور میٹروجل ساختہ یونک رکے تجارتی ناموں سے بازار میں دستیاب ہے، شعری ثعالیتی التہاب ہیبل میں کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ دو اقراص دن میں ۳ بار براہ دہن استعمال کرائیں۔ اگر ے یوم کے نصاب کے بعد بھی طفیلیات معدوم نہ ہوں یا علاج روک دینے کے چند یوم بعد دوبارہ ظاہر ہوں تو یہی نصاب دہرایا جاسکتا ہے۔ ایسی حالت میں شوہر کو بھی ایک نصاب استعمال کرادیا جائے کیوں کہ اکثر اصابات میں صحت مند عورت میں سرایت زدہ مرد سے بھی سرایت منتقل ہوجاتی ہے۔

اگر شعری ثعالیتی سرایت فطریت (Candidiasis) کے ہمراہ واقع ہو تو ساتھ ساتھ کوئی مناسب رافع فنگی دوا بھی دی جائے۔ سن رسیدہ مریضات میں شعری ثعالیتی سرایت کا فلے جل سے علاج کرنے کے ساتھ ساتھ کوئی مناسب ہارمون بھی تجویز کیا جائے۔

(۲) ایسی ٹارسل ہیبلی مرکب یعنی ایس۔ وی۔ سی (S. V. C.) ساختہ مے اینڈ بیکر شعری ثعالیت ہیبل میں مقامی طور پر استعمال کرانا مفید ہے۔ لیکن پہلی دفعہ استعمال کرانے سے قبل نارمل سیلائن یا سوڈیم بائیکاربونیٹ کا نطول دینا بہتر ہے۔ اس کے بعد ایک یا دو اقراص مقدم تبوؤں میں داخل کئے جاتے ہیں۔ ابتدائی حاد اصابات میں بعض ماہرین اسے ابتدائی چند یوم ۲ یا ۳ دفعہ یومیہ استعمال کرانے کی ہدایت کرتے ہیں۔ بعض ماہرین کبھی کبھی نطول کرنے اور دیگر پوٹاسیم پرمینگنیٹ کا روزانہ نطول کرنے کی ہدایت کرتے ہیں۔

(۳) ڈائی آئیوڈو ہائیڈراکسی کوئن (Diidohydroxyqvin) یعنی ڈائی آئی ڈوکوئن (Diidoquin) ہیبلی طور پر روزانہ دوبارہ ہفتے استعمال کرائیں۔ اس کے بعد انھیں دواؤں کے سفوف کا نفوخ بھی اکثر معین ثابت ہوتا ہے۔ ان کے علاوہ بھی نت نئی دوائیں مارکیٹ میں متعارف ہوتی چلی جارہی ہیں جو بہرحال شفا بخشی کا کوئی نہ کوئی پیغام ضرور لئے ہوتی ہیں۔

(۴) فطر ابیض (Candida Albicans)۔ خردنی مانع حمل دوا کا استعمال فوری طور پر روک دینا چاہیئے، وقتی طور پر رفالہ کا سہارا لینا چاہیئے۔

(۱) نسٹاٹین (Nystatin) یعنی مائی کوسٹاٹین (Mycostatin) مہبلی شیافات، ہر ایک شیاف ۱۰۰۰۰۰ یونٹ پر مشتمل ہوتا ہے ایک عدد یومیہ برائے ۲ ہفتے، بہت موثر ثابت ہوتا ہے۔

(۲) پروپیونک ایسڈ جیلی (Propionic Acid Gel) یا پروپیون جیلی، ایک دفعہ روزانہ مہبلی طور پر لگایا جائے، ۲۔۱ ہفتے کا انصاب عموماً کافی ہوتا ہے۔

(۳) جنشن وائلٹ نمبر ۲ آبی محلول مقامی طور پر مہبل، فرج اور عنقی خطے میں ہفتہ میں دو بار ۲ ہفتے تک لگایا جاتا ہے۔

(۴) جنشن وائلٹ، لیکٹک ایسڈ اور ایسیٹک ایسڈ (جنشیا جیلی) ایک بار یومیہ، تین ہفتے تک لگایا جائے۔

(۳) **ہیموفیلس مہبلی التہاب مہبل (Haemophilus Vaginalis Vaginitis)**:۔ سہ سلفا یعنی سلفا تھیازال، سلفاسیٹامائڈ اور بنزائل سلفانیلامائڈ کا مرکب کریم کی صورت میں (سٹرین =Sutrin) دو ہفتے تک روزانہ ایک بار لگایا جائے۔

(۴) **ذبولی (شیخوخی) التہاب**:۔ (۱) ڈائی ایتھائل اسٹل بائسٹرال ۰٫۵ ملی گرام مہبلی شیاف، ایک شیاف ہر تیسرے روز، ۳ ہفتوں کے لئے، رحمی نزف سے بچنے کے لیے سلسلۂ علاج ایک ہفتہ کے لیے منقطع کر دینا چاہیئے۔ اس کے بعد دوبارہ دوری معالجہ جاری کر دینا چاہیئے۔

(۲) ڈائی ایتھائل اسٹل بائسٹرال ۰٫۲ تا ۰٫۵ ملی گرام (یا اس کے مساوی) براہ دہن یومیہ برائے ۳ ہفتہ ہر ماہ دیا جائے۔

عمومی تدابیر:۔ فرج کی غلاظت، خارش اور بدبو کم کرنے کے لیے داخلی حمولات استعمال کرائیں۔ شفایابی کے حصول کے لیے مقاربت سے پرہیز ضروری ہے۔

یونانی علاج:۔ مذکورالصدر ہدایات کو ملحوظ رکھتے ہوئے اصل سبب معلوم کر کے مناسب اور بروقت تدارک کریں، چنانچہ اگر سوزاکی نبقی سرایت یا نبقی ہبی یا نبقی عنبی سرایت موجود ہو، سرطان یا بواسیر اعوجاج و میلان الرحم کی تشخیص ہو جائے تو ان کا معقول علاج کیا جائے۔ مریضہ کو صاف ستھرا رہنے کی ہدایت کی جائے۔ فرج و مہبل کی صفائی کی غرض سے آب نیم گرم سے مقامی دھلائی کرائی جائے یا جوشاندہ ذیل سے بذریعہ سرنج دھلائی کرائیں:

(ص) گل بابونہ، اکلیل الملک خشک، مرزنجوش، قیصوم، برنجاسف ہر ایک ۱۲ گرام کو دو لٹر پانی میں جوش دیں۔ پون لٹر پانی باقی رہ جائے تو چھان کر نیم گرم جوشاندہ سے نطول رحم کریں۔

اگر کسی خلط کے غلبہ کے سبب سیلان رحم کی شکایت ہو تو منضج و مسہل کے ذریعہ تدارک کریں چنانچہ اگر سیلان رطوبت خون آلود ہو تو فصد باسلیق کریں اور دیگر اخلاط سبب ہوں تو اس خلط کا تنقیہ مناسب مسہل سے کریں، اس کے بعد کثرت الطمث میں کام آنے والے فرزجات حابسہ استعمال کرائیں کیونکہ سیلان الرحم کا علاج کثرت الطمث و استحاضہ سے قریب تر ہے۔ اگر مواد میں بلغم و رطوبت ہو تو ادویہ فرزجہ میں قدرے فلفل و جند بیدستر بھی شامل کریں۔ اگر عفونت مادہ طمث سبب ہو تو اول ایارج فیقرا و شربت افسنتین سے معدہ و جگر کا تنقیہ کریں، اس کے بعد معدہ کی تقویت کی غرض سے معجون خبث الحدید و شربت پودینہ استعمال کرائیں۔

رحم کی قوت غاذیہ کی کمزوری کے سبب اگر قبول غذا کی صلاحیت کم ہو جائے تو بہی، سیب، صندل یا لیموں کا شربت پلائیں، گرم معاجین و مفرحات نیز لطیف و سریع الہضم اغذیہ و اشربہ سے رحم کی قوت غاذیہ میں اضافہ کریں، رازی نے بھی یہی طریق علاج پسندیدہ قرار دیا ہے۔

اس میں عموماً ضعف ہضم کے علاوہ اعضائے رئیسہ و اعصاب بھی کمزور ہو جاتے ہیں جس سے نقاہت عمومی واقع ہو جاتی ہے، لہٰذا علاج میں ان کی پوری رعایت رکھنی چاہیے۔ اس غرض سے جوارش مصطگی ۵ گرام کھلا کر اوپر سے بادیان، تخم کشوث بعرہ بستہ د۔د گرام، عرق الائچی اور عرق کیوڑہ میں نکال کر شربت بزوری ۲۰ گرام ملا کر صبح و شام نوش کرائیں۔ اعضائے رئیسہ کی تقویت کی غرض سے حب مروارید ۱ عدد دینا مفید ہے۔

قلت الدم اور عام نقاہت کی حالت میں صبح کو قرص کشتہ شلث، معجون سپاری پاک ۱۰ گرام ملا کر کھلائیں اور شام کو قرص خبث الحدید، قرص رصاص، جوارش جالینوس میں ملا کر براہ دہن استعمال کرائیں۔ اصلاح ہضم اور قبض رفع کرنے کی طرف خصوصی توجہ مبذول کریں۔ عصر حاضر میں مرکبات فولاد کو سیلان الرحم میں سخت مضر بتایا جا رہا ہے لیکن طب یونانی میں اس کے استعمال کی ہدایت کی جاتی ہے، جس میں غالباً دیگر مصلح اجزاء شامل رہتے ہیں۔

حمل کی حالت میں سیلان الرحم واقع ہو تو سفوف ذیل استعمال کرائیں:۔

رمس، صدف صادق، طباشیر، تالمکھانا، دانہ ہیل خرد ہر ایک ۶ گرام، نبات سفید کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔ اور بقدر ۳ گرام صبح نہار منہ استعمال کرائیں اور رات کے وقت حب مروارید ۱ عدد کی ہمراہ شیر نیم گرم دیں۔

طبیخ حب الآس فرزجہ سیلان رطوبت رحم کے لئے بہت مفید ہے۔

قرص سیلان جدید۔ ہمدرد کی یہ پیشکش سیلان الرحم کے لئے نہایت قوی الاثر ہے ایک قرص دو بار

کے ہمراہ استعمال کرایا جاتا ہے۔

ناشف (ساختہ ہمدرد) قلت الدم سے واقع ہونے والے سیلان الرحم کے علاوہ جنسی ناآسودگی یا شوہر کے سرعت انزال میں مبتلا ہونے کے سبب پیدا ہونے والے سیلان ابیض میں مفید ہے۔

سفوفات ذیل بھی سیلان الرحم کی اکثر حالتوں میں مفید ہیں، مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائیے۔

(۱) موچرس، لودھ پٹھانی ۶۔۶ گرام دونوں کو باریک کرکے ایک ایک گرام کے ۱۲ حصے کریں، ہر حصہ میں ۲۔۲ گرام شکر ملا کر پڑیا بنا لیں۔ یہ ۱۲ پڑیاں ۱۲ دن تک مسلسل صبح نہار منہ گائے کے کچے دودھ کے ہمراہ استعمال کرائیں اکثر شکایت رفع ہو جاتی ہے۔

(۲) گل دھاوا (گل نوفل (سپاری کے پھول) موچرس، صمغ مولسری ہر ایک ۶ گرام، مصری ۲۴ گرام کوٹ چھان کر سفوف بنا لیں۔ بسا اوقات گل پستہ، ناگرس ۲۔۲ گرام کا بھی اضافہ کر لیتے ہیں۔

مقدار خوراک: ۶ گرام سفوف ہمراہ آب تازہ۔

(۳) تالمکھانا، بیجبند، چھالیہ کے پھول، پستہ کے باہر کا پوست، فوہ، دھاوے کے پھول ہر ایک ۴ گرام، مصطگی ۲ گرام، ثعلب مصری، مونگ کا آٹا، املی کے بیجوں کا مغز ہر ایک ۱۲ گرام کوٹ چھان کر مصری مساوی الوزن ملا کر بقدر ۷ گرام ہمراہ عرق گاؤزباں نوش کرائیں۔

(۴) ستاور، موچرس، گوکھرو کی پھلی، تالمکھانا، مجیٹھ، زرکچور، موصلی سیاہ، ست گلو، میدہ چوب الائچی خرد، بنسلوچن، تخم خشخاش، ثعلب مصری، گوند کیکر، کتیرا گشتہ قلعی، سروالی، موصلی سفید، بہمنین، شقاقل، بیجبند، تخم اٹنگن، زیرہ گلاب ہر ایک ۴ گرام، تخم خرفہ، صندل، ڈھاک کا گوند ہر ایک ۵ گرام، کوٹ چھان کر شکر سفید ہموزن ملا کر رکھیں۔

مقدار خوراک: ۶ گرام ہمراہ آب تازہ یا دودھ۔

(۵) مصطگی، گل سرخ، مغز تخم تمر ہندی، کونپل ڈھاک، کونپل کیکر، صندل سفید، ہر ایک ۱۲۔۱۲ گرام، نبات سفید۔ جملہ دوائیں باریک پیس کر سفوف بنا لیں

مقدار خوراک: ۷ گرام ہمراہ دودھ۔

(۶) مجربات شریفیہ میں ہے (س) گل ہرڑی، کہربا شمعی ۶۔۶ گرام نہایت باریک پیس کر بقدر نصف گرام زردی بیضہ نیم برشت میں ملا کر صبح و شام استعمال کرائیں۔

حمول ذیل سیلان رحم میں مفید ہے:۔

(س) اقاقیا، گل نار، مازو سبز، مسک ہر ایک ۲ گرام، بابچھڑ، پھٹکری، بریاں ایک ایک گرام کوٹ چھان

کر مطہر گاز لت کرکے یا پوٹلی بنا کر فرج میں رکھیں۔

جھاؤ کا پھل حمولاً استعمال کرانا مزمن سیلان الرحم میں رازی نے مفید بتایا ہے۔ اس کا طبیخ تیار کرکے مریضہ کو آبزن کرانا بھی مفید ہے۔

دوائے ذیل رحم سے سیلان رطوبت کی حالت میں مفید بتائی جاتی ہے:

(ص) سنگ ساخج، مولسری، ہلیلہ سیاہ، کسیس، گل پستہ، دارچینی، زبد البحر ہر ایک ۱۲ گرام جملہ دوائیں باریک پیس کر محفوظ کریں۔

ترکیب استعمال: مجامعت سے دو گھنٹہ قبل بمقدار دو گرام اندام نہانی میں ملنے کی ہدایت کریں۔

غذا اور پرہیز:۔ غذا لطیف، زود ہضم مثلاً کدو، خرفہ، پالک، ٹنڈا، ترئی، چقندر وغیرہ کی ترکاریاں یا مونگ کی ملائم کھچڑی اور آش جو، ساگودانہ، دودھ، چاول، ارہر کی دال اور چپاتی وغیرہ دے سکتے ہیں۔ تقویت کے لئے پالک کا ساگ بکری کے گوشت کے ساتھ پکا کر کھلائیں۔ میوؤں میں سے انار شیریں، امرود اور سیب وغیرہ دیں۔

ہر قسم کی قابض، بادی اور ترش چیزوں سے پرہیز ضروری ہے۔ تیل، گڑ کی پکی ہوئی اور ترش چیزوں نیز مرچ سرخ کے استعمال سے حتی الامکان پرہیز ضروری ہے۔ زیادہ چلنے پھرنے، بار برداری، شدید محنت نیز مجامعت سے احتراز ضروری ہے۔

انذار

حالت حمل، ضعف یا ذیابیطس میں صحت کی منزل دشواری سے آتی ہے خاص طور سے اگر سبب شری شعاعیت نطر ابیض (Candida Albicans) یا ہیموفیلس مہبلی (Haemophilus Vaginalis) ہو۔ مکرر الوقوع اصابات کا ۳-۴ ماہ علاج کرنا چاہیے۔ ضعف و ذیابیطس کی حالت میں امراض کا دفیعہ بھی ساتھ ساتھ کرنا چاہیے۔ استقرار حمل کی حالت میں بھی اگرچہ علاج کیا جا سکتا ہے تاہم وضع حمل کے بعد سلسلہ علاج شروع کرنا عموماً مفید ثابت ہوتا ہے۔

اگر بروقت مکمل اور صحیح تشخیص کرکے معقول علاج پابندی کے ساتھ کیا جائے تو انجام بہتر ہوتا ہے۔

۳۴

اختناق الرحم

[Hysteria]

غشی اور صرع سے مشابہ یہ مرض دراصل نفسیاتی عصبانیت (Psychoneurosis) ہے جو اعصاب کے فساد فعل اور اختلال ذہن کے نتیجہ میں عارض ہوتا ہے۔ اس سے روحانی و جسمانی افعال یکساں طور پر متاثر ہوتے ہیں

وجہ تسمیہ:۔ ہسٹیریا ایک یونانی لفظ ہے جو ہسٹر (Hyster) سے مشتق ہے جس کے لغوی معنی رحم کے ہیں۔ چوں کہ اطبائے قدیم احتباس الطمث، احتباس المنی، انقلاب الرحم اور دیگر رحمی اختلالات کو اس کے اسباب میں شمار کرتے ہیں، لہٰذا یہ اختناق الرحم ہی کے نام سے موسوم ہو گیا۔ علاوہ بریں اختناق کے معنی گلا گھونٹنے کے ہیں، چوں کہ اس مرض میں گلا گھٹنے کا شدید احساس ہوتا ہے اور کسی نہ کسی حد تک رحم بھی بہر حال شریک ہوتا ہے اس لئے اس کا نام اختناق الرحم رکھا گیا۔ عوام اسے باؤ گولہ کے نام سے پکارتے ہیں جس کی وجہ نوبت کے وقت اٹھنے والا گولا ہوتا ہے جو حلق میں جا کر اٹک جاتا ہے۔ اس گولہ کو اختناق الرحمی گولہ (Globus Hystericus) کہتے ہیں۔

اسباب

قدیم یونانی اطبا کے علاوہ جدید طب کے حاملین بھی پہلے اسے رحم ہی کا مرض تصور کرتے تھے لیکن عصری تحقیقات سے ثابت ہو گیا کہ یہ عصبی الاصل مرض ہے، جس میں نہ صرف عورتیں بلکہ مرد اور بچے بھی مبتلا ہو سکتے ہیں۔ یہ مرض زیادہ تر عیش پسند، نازک مزاج اور شہری امیر زادیوں اور نازک طبع و نازک اندام مردوں کو لاحق ہوتا ہے، تاہم اس کا وقوع مردوں کی بہ نسبت عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے جو جنسی عدم یکسانگی اور عشوہ گری کے ساتھ پایا جاتا ہے لیکن عشوہ گری اور جمود الشہوت اختناقی مریضات میں عمو

متجانس طور پر نہیں پائے جاتے۔

عصرِ حاضر کی تحقیقات سے رازی و جالینوس کے نظریات کی تائید و توثیق ہوتی ہے، چنانچہ یہ لوگ اختناق الرحم کا مبدأ اگرچہ رحم کو تسلیم کرتے ہیں، تاہم دیگر معاون اسباب میں کثرت منی اور اوعیۂ منی میں اس کا احتباس بتاتے ہیں، جس کے استحالے سے رحم میں سمی و تشنجی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ قوی عصبی مشارکت کے سبب حجاب حاجز، شرائین و اوردہ کے علاوہ دل و دماغ پر بھی اس کا بھرپور اثر پڑتا ہے۔ اسی لئے یہ مرض شادی شدہ (شوہردار) عورتوں کی بہ نسبت ناکتخدا اور باکرہ عورتوں میں زیادہ دیکھنے میں آتا ہے، جس کا سبب اعظم احتباس منی بتایا گیا ہے۔

احتباس منی کی طرح طمث و نفاس کے احتباس کے نتیجہ میں بھی نہ صرف سمی رطوبات جسم میں منتشر ہوجاتی ہیں بلکہ خراب ابخرات صعود کرکے دماغی پراگندگی و انتشار کا بھی سبب بنتے ہیں۔ علاوہ بریں اس کی سمیت سے مقامی طور پر رحم کے عصبی ریشے بھی متاثر و منقبض ہوتے ہیں، جس سے رحم میں سخت تشنجی کیفیت واقع ہوتی ہے اور نتیجۂ کار اختناق الرحم کے دورے پڑنے لگتے ہیں۔

بسا اوقات خلط بلغم، صفرا یا سودا کی زیادتی کے سبب یہ مرض واقع ہوتا ہے چنانچہ محتبس منی یا خون طمث میں غالب خلط کے آثار نمایاں ہوتے ہیں جو خون یا منی کے ہمراہ محتبس و منتشر ہوکر فساد پیدا کرتی ہے۔

یہ مرض عموماً عورتوں میں ۱۲ تا ۴۰ سال کی تولیدی عمر میں لاحق ہوتا ہے۔

جس طرح مردوں کے اوعیۂ منی میں احتباس و اجتماع منی کے نتیجہ میں اختناق الرحم کی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ اسی طرح بعض بچیوں میں چند محرکات کے ذریعہ ان کے اعضائے تولید و تناسل قبل از وقت اپنا کام شروع کردیتے ہیں نیز کچی پکی منی بنانے لگتے ہیں، علاوہ بریں مردوں میں احتلام، جلق، دماغی محنت کی کثرت اور بے خوابی بھی اس کے اسباب ہوا کرتے ہیں۔

یہ مرض موروثی طور پر عموماً ان عورتوں کو لاحق ہوتا ہے، جن کے والدین (علی الخصوص ماں) اختناق الرحم، مرگی یا سکتہ میں مبتلا رہے ہوں۔ موروثی حالات میں مریضہ بار بار مبتلائے مرض ہوتی ہے۔ اختناقی المزاج افراد میں سابقہ بیماری کے نتیجہ میں وراثت و ماحول دونوں اثرانداز ہوسکتے ہیں، لیکن ماحول وراثت سے زیادہ اہمیت کا حامل ہوتا ہے اور تکرار الوقوع طبی امتحانات سے مریضہ کی حالت مزید ابتر ہوجاتی ہے۔ جذباتی، تشنجی اور خنازیری والدین کی اولاد میں اس مرض میں مبتلا ہونے کی صلاحیت زیادہ ہوتی ہے۔ علاوہ بریں نظام اعصاب کی خلقی کمزوری میں اس کے امکانات بہت زیادہ پائے جاتے ہیں۔

عیش و عشرت کی زندگی گذارنا، شہوانی اور نفسانی خواہشات کا غلبہ، عشقیہ ناولوں، افسانوں کو

پڑھنا یا ایسے ڈراموں یا فلم کو دیکھنا اس کے اسباب سابقہ ہیں کیوں کہ اختناق الرحم کی مریضہ کا جذباتی رجحان زیادہ تر جنسی عوامل سے متاثر ہوتا ہے۔ جنسی اشتغال یا جنسی محرومی کے نتیجہ میں دل و دماغ ماؤف ہوجاتے ہیں اور انجام کار عصبی قوت میں بھی نمایاں انحطاط واقع ہوجاتا ہے۔

دائمی قبض، نفخ و قراقر، خوف و نا امیدی، فکر و تردد، رنج و غم، محبت یا کسی دوسرے سلسلہ میں احساس ناکامی، جان و مال کے نقصان کا صدمہ وغیرہ بھی اسباب معدّہ میں شمار کئے جاتے ہیں۔

اگر عورت عرصہ تک مانع و قاطع حمل دوائیں استعمال کرنے کے نتیجہ میں حاملہ نہ ہو تو ایسی حالت میں بھی الاشی یا طمثی عروق میں تغیر واقع ہونے کے سبب اختناق الرحم لاحق ہوجاتا ہے۔

نوٹ: بقول بقراط حاملہ میں اختناق الرحم واقع نہیں ہوتا۔

علامات

تکرار و توقع امتحانات کے سبب مریضہ کو اپنی اداؤں کے مظاہرے کے مواقع میسر آتے ہیں اور نتیجہ کار اس کی علامتیں عضوی امراض سے مشابہ تر ہوجاتی ہیں۔ اگر مریضہ کو "مجنون" کو براہ راست دیکھنے کا موقع ملا ہو تو اس کا جنون کاذب اختناق الرحم سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا ہے۔ اختناق الرحم ان جسمانی اور ذہنی فسادات کے ساتھ ساتھ واقع ہو سکتا ہے جو اس میں تشدد پیدا کرتے ہیں، دوسری طرف چند عضوی امراض ایسی علامتیں رونما کرتے ہیں جو اپنے ظواہر کے اعتبار سے اختناق الرحم کے واضح منافقانہ یکسانیت سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں۔

شدت و خفت کے اعتبار سے علامات کو دو حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے:۔

علامات خفیفہ:۔ نوبت کا وقت جب قریب آتا ہے تو اختلال ذہن، عسر تنفس، درد سر، تاریکی بصر، زردی رنگ، اعضا بالخصوص پنڈلیوں میں ضعف و کسلمندی اور آنکھوں میں رطوبت نمودار ہوتی ہے، اور مریضہ ایسا محسوس کرتی ہے کہ گویا کوئی چیز معدہ سے بلند ہوکر دل و دماغ کی طرف پہونچ رہی ہے لیکن حلق تک پہونچ کر اٹکتی ہوئی معلوم ہونے لگتی ہے جسے مریضہ بار بار نگلنے کی سعی کرتی ہے۔ دم گھٹنے کے اس احساس کو اختناق الرحمی گولہ (Globus Hystericus) کہتے ہیں اس کے نتیجہ میں مریضہ کی آواز بیٹھ جاتی ہے اور آخر کار غشی طاری ہوجاتی ہے لیکن خفیف اصابات میں مکمل بے ہوشی نہیں ہوتی۔ معمولی نوبت کی حالت میں غشی برائے نام ہوتی ہے اور مریضہ بہت جلد اپنے کو سنبھال لیتی ہے لیکن نوبت رفع ہونے کے بعد تکان، درد سر اور گردن میں صلابت معلوم ہوتی ہے۔ مریضہ نفخ شکم، ڈکار اور خفقان قلب کی شکایت کرتی ہے اور انتہائی آزردہ خاطر ہوجاتی ہے۔ دورہ کے اختتام کے بعد رقیق بول بکثرت خارج ہوتا ہے بحالت اختناق میں چھینک اچھی

علامت ہے۔

علامات شدیدہ: ۔ شدید اختناق الرحم میں طبیعت مادہ کو دماغ کی طرف رفع کرتی ہے اور انجام کار جنون، مرگی، تشنج، فالج یا لقوہ اچانک عارض ہو جاتا ہے۔ بسا اوقات خالص اختناق الرحم کا دورہ شدید مرگی سے اس قدر مشابہ ہوتا ہے کہ تمیز دشوار ہوتی ہے۔

شدید اصابات میں مریضہ ایک ہذیانی چیخ یا قہقہہ لگا کر رونے لگتی ہے اور تیزی سے اوپر چڑھتے ہوئے گولے کو بڑی قوت کے ساتھ دفع کرنے کے لئے گردن اور سر کو عقبی جانب موڑ کر گلے کو آگے کی طرف بلند کر دیتی ہے۔ دوران نوبت مریضہ گلے کی طرف بار بار اشارہ بھی کرتی ہے اور بظاہر بآہستگی زمین پر گر پڑتی ہے اور اگر قریب میں تخت یا چارپائی موجود ہو تو اس پر دراز ہو جاتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مریضہ مکمل طور سے بے ہوش نہیں۔ جسم کو چوٹ سے بچانے نیز کپڑوں کو محفوظ رکھنے کے لئے یہ طریقہ اختیار کرتی ہے تاہم بسا اوقات بے اختیاری میں گر پڑتی ہے۔ اس وقت مریضہ بولنے پر اگرچہ قادر نہیں ہوتی تاہم آس پاس کے لوگوں کی باتیں بخوبی سن سکتی ہے اور ہوش میں آنے کے بعد قدرے حاشیہ آرائی کے ساتھ بتا سکتی ہے۔ گاہے مریضہ چند جذباتی حالات مثلاً درد، غصہ یا عاشقانہ جوش کا اظہار کرتی ہے۔ بعض مریضات مصروع ہوتی ہیں جن میں اختناق الرحم کے دورے پڑتے ہیں۔

بسا اوقات مریضہ مجنونانہ انداز میں اپنے سر کے بال نوچتی اور ملبوسات پھاڑتی ہے گاہے دیوار سے سر ٹکراتی اور آس پاس کے آدمیوں کو کاٹنے کے لئے لپکتی ہے بعض مریضات ہذیان کے سبب بکنے جھکنے یا کتے کی طرح بھونکنے لگتی ہیں گاہے اطراف متشنج ہو جاتے اور مریضہ اکڑ کر کمان کی طرح ہو جاتی ہے، چہرہ تمتما اٹھتا نتھنے اور گلا پھول جاتا اور رخسار اندر کو دھنس جاتے ہیں، جبڑے بھینچنے کے باوجود چہرہ بدوضع نہیں ہوتا، ہاتھ پاؤں سرد ہو جاتے لیکن چند لمحے بعد خود بخود گرم ہو جاتے ہیں۔ مریضہ مضطربانہ انداز میں اٹھنے بیٹھنے لگتی ہے، ہاتھ پاؤں مارنے لگتی ہے، پپوٹوں میں اختلاجی حرکت ہوتی ہے، لیکن مقلۂ چشم اپنی جگہ مثبت (Fixed) رہتا ہے۔

نوبت کے بعد مریضہ ہانپنے کانپنے لگتی ہے۔ گاہے چپ چاپ لیٹی رہتی ہے، چھیڑنے سے چونکتی ہے اور بسا اوقات مذکورہ علامتیں عود کر آتی ہیں۔ یہ دورہ متعدد بار ہو سکتا ہے۔

مریضہ بسا اوقات قے ہونے کے بعد ساکن ہو جاتی ہے یا گہری نیند سو جاتی ہے اور گاہے نیم بے ہوشی میں گہرا سانس لے کر ہوش میں آ جاتی ہے۔ اعصابی تغیر کے سبب بسا اوقات حرکت غیر ارادی پر قابو نہیں رہتا اور جھٹکے کے سبب اندام نہانی میں قدرے رطوبت خارج ہو جاتی ہے جس کے بعد مریضہ راحت

محسوس کرتی ہے۔ دورہ رفع ہونے کے بعد پیشاب کھل کر آتا ہے۔ قارورہ کا رنگ قدرے سیاہی مائل ہوتا ہے۔ مریضہ دردِ سر اور اعضا شکنی محسوس کرتی ہے۔ اگر اعضائے رئیسہ کی مشارکت سے اختناق الرحم ہوتا ہے تو حس عمومی کے علاوہ حرکت باطل اور تنفس بطی ہو جاتا ہے۔

مدت نوبت :- دورۂ مرض چند منٹ سے لے کر دو چار گھنٹے اور گاہے ۳-۴ یوم تک ہوا کرتا ہے، جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ ایک دورہ ختم ہونے سے پہلے پہلے دوسرا دورہ واقع ہو جاتا ہے۔ یہ دورہ اکثر عصبی و جنسی اشتعالات اور طمثی مدت کے دوران واقع ہوتا ہے۔ دورہ کے دوران مریضہ شاذ و نادر ہی نقصان علی الخصوص مہلک زخم پہنچاتی ہے۔ نیند کی حالت میں دورہ نادر الوقوع ہے۔

استراحت :- مختلف مریضات میں یہ وقفہ مختلف ہوتا ہے اور وہ ایسے امراض کی تقلیدی علامات کا برملا اظہار کرتی ہیں جن میں وہ درحقیقت مبتلا نہیں ہوتی ہیں۔ ایسی مریضات کی عقل میں فتور، مزاج میں چڑچڑاپن اور ضد آجاتی ہے اور اپنے مرض کی کیفیت کافی مبالغہ آمیزی اور حاشیہ آرائی کے ساتھ بیان کرتی ہیں۔ عسر تنفس، صداع و خفقان کی شکایت ہوتی ہے۔ مریضہ کو مجامعت کی شدید تمنا ہوتی ہے اور وہ رومان و محبت کی کثرت سے باتیں کرنے لگتی ہے۔ شدید اصابات میں جسم اسفل کا فالج، عمومی استرخا، رعشہ یا تشنج بطور علامت پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات مریضہ کو ذات الجنب یا مثانہ میں پتھری کا وہم ہو جاتا ہے لیکن اس کی علامتیں قابلِ اعتبار نہیں ہوتیں۔ فالج میں خاص طور سے بایاں حصۂ جسم مبتلا ہوتا ہے۔ ٹانگ ماؤف ہونے کے سبب مریضہ بخوبی ایستادگی یا چہل قدمی سے قاصر رہتی ہے۔ فالج زیادہ تر اس حصہ میں واقع ہوتی ہے جو کسی عضوی ناقابلیت مثلاً ضربہ یا رعشہ کا مقام وقوع رہ چکا ہو لیکن شاذ و نادر ہی عضلہ مستقیم کا فالج کبھی نہیں واقع ہوتا۔ اسی لئے نوبت کی حالت میں بول و براز بھی خطا نہیں ہوتا، حس پورے طور پر قائم رہتی ہے اور مختلف آلات کے ذریعہ ثابت کیا جا سکتا ہے کہ مریضہ ماؤف عضلات کو حرکت دینے پر قادر ہوتی ہے۔

گاہے مریضہ پشت میں شدید درد اور ایلمیت کا اظہار کرتی ہے، جس سے ہڈی کی بوسیدگی کا گمان ہوتا ہے۔ سرین کو چھونے پر ایک چیخ نکل پڑتی ہے۔ درد کی شدت کے سبب مریضہ چلنے پھرنے سے دبی طور پر معذور ہو جاتی ہے، لیکن چونکہ عضلات نحیف و مذبول نہیں ہوتے لہٰذا اگر اسے ڈرایا جائے کہ گھر میں آگ لگ گئی ہے تو وہ خائف ہو کر چلنے اور گاہے دوڑنے لگتی ہے۔

بعض مریضات عصبی المزاج ہو جاتی ہیں، ان کے حواس خمسہ اتنے ذکی الحس ہو جاتے ہیں کہ آنکھوں کو روشنی، کانوں کو آواز، ناک کو بو نیز جسم کو باریک کپڑوں سے بھی اذیت پہنچتی۔ بعض مریضات ایسا محسوس

کرتی ہیں گویا ان کے سر میں کوئی ناخن گڑوا رہا ہے یا برمے سے سوراخ کر رہا ہے۔ ناخن گڑوانے کے اس احساس کو اختناق الرحمی ناخن زدگی (Clavus Hystericus) کہتے ہیں۔ بعض مریضات کے شکم میں کافی ایپیت موجود ہوتی ہے، بعض کی گردن سینہ اور جسم کے دیگر حصوں میں درد ہوتا ہے۔ بعض کی آواز بیٹھ جاتی ہے، جی متلاتا ہے، ڈکاریں یا ہچکیاں آتی ہیں، نفخ شکم، عصبی قلتِ اشتہا (Anorexia Neurosa) اور اختلاجِ قلب کی شکایت ہوتی ہے اور نوبت غشی تک پہونچتی ہے۔ لیکن ان میں سے بیشتر عوارض بعض عارضی اور وقتی ہوتے ہیں۔

اگر بلغم و غلظت دم سبب ہو تو بطور علامت کثرت بول، عمومی جسمانی سفیدی، ترہل، لعاب دہن کی کثرت، عروق کی نیلگونیت تورّدات وغیرہ پائے جائیں گے، خواب و نسیان غالب ہوگا، کسلمندی موجود ہوگی اور نوبت کے وقت ایسا معلوم ہوگا گو مریضہ محو خواب ہے لیکن چشم و دہن کو کھولنے کے باوجود ہوش نہ آئے گا، بدن پر قدرے پسینہ رونما ہوگا، ایسی حالت میں بسا اوقات تے کے ساتھ بلغم خارج ہو کر آرام ہو جاتا ہے۔ غلبۂ بلغم کی حالت میں منی شدید البرد ہوتی ہے۔

غلبۂ صفرا کی حالت میں منی کا مزاج بھی صفراوی ہوتا ہے نیز اعراض حاد تر و سالم ہوتے ہیں۔ اس میں ہلاکت کا اندیشہ غشی کی بہ نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ غلبۂ صفرا کی حالت میں دورۂ مرض کی صورت میں اگر قابلہ متشنج رحم کو دغدغہ کرے یا شوہر بروقت جماع میں مصروف ہو جائے تو شہوت عارض ہو کر غلیظ منی کا انزال ہو جائے گا اور نتیجہ کار راحت میسر آجائے گی۔ بسا اوقات از خود منی خارج ہو کر سکون ہو جاتا ہے۔

سوداویت کی صورت میں بد خلقی، چڑچڑاپن اور مالیخولیائی اعراض مثلاً وساوس اور فاسد خیالات پائے جائیں گے۔

کثیر الوقوع نفسیاتی علامتیں غفلت، ذہنی دھندلاپن اور جنون کاذب (Pseudodementia) ہیں۔

تفریقی علامات:۔ اختناق الرحم کو غشی، مرگی، سکتہ اور لیثرغس سے متمائز کرنا ضروری ہے جو مندرجہ ذیل جداول سے ظاہر ہے:۔

اختناق الرحم	غشی
(۱) مریضہ کا چہرہ سرخ اور تمتمایا ہوا ہوتا ہے۔	(۱) مریضہ کے چہرے پر زردی اور مردنی طاری رہتی ہے۔
(۲) اختناق الرحم کی غشی میں خالص نفسیاتی الاصل زیادہ ہوش ہوتا ہے جس میں نبض یا ضغط الدم	(۲) اس کا سبب نفسیاتی الاصل کے بجائے مقامی و عمومی امراض و نقاہت ہوتی ہے، جس

میں کوئی فرق نہیں آتا اور نہ ہی برقی دماغی ترسیمات کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔	میں نبض وفشار دم دونوں نمایاں طور پر بطی اور کم ہوجاتے ہیں اور برقی دماغی ترسیمات بھی نارمل ہوتی ہیں۔
(۳) مریضہ مکمل طور سے بے ہوش نہیں ہوتی بلکہ ہلانے جلانے پر وہ ہوش میں آجاتی ہے یا کم از کم بیداری کا ثبوت ملتا ہے۔	(۳) مریضہ مکمل طور سے بے ہوش ہوجاتی ہے اور کسی بات کا جواب دینے سے مطلق قاصر ہوتی ہے۔
(۴) خوشبودار چیزیں سنگھانے سے مرض میں اضافہ ہوجاتا ہے۔	(۴) خوشبودار چیزیں اور لخلخہ سنگھانے سے غشی کا دورہ رفع ہوکر مریضہ ہوش میں آجاتی ہے۔

اختناق الرحم	صرع
(۱) اس میں مریضہ کی عقل کلی طور پر زائل نہیں ہوتی بلکہ جب اسے ہوش آجاتا ہے تو غشی کے دوران واقع ہونے والی جملہ باتیں تفصیل بلکہ مبالغہ کے ساتھ بیان کرتی ہے لیکن شدت مرض میں وہ لاعلمی کا اظہار بھی کرسکتی ہے۔	(۱) مریضہ مکمل طور پر بے ہوش ہوجاتی ہے اور اسے اپنے گرد و پیش کے حالات کی مطلق خبر نہیں ہوتی اور ہوش میں آنے کے بعد کچھ بتانے سے قاصر رہتی ہے۔
(۲) دوران نوبت منہ سے جھاگ نہیں نکلتی۔	(۲) دورہ کی حالت میں خاص طور سے جھاگ نکلتی ہے۔
(۳) مریضہ کا چہرہ سرخ تمتمایا ہوا یا زرد ہوتا ہے، آنکھیں بند ہونے کے باوجود پلکیں جھپکتی ہیں، روشنی ڈالنے پر پتلیاں سکڑتی اور متاثر ہوتی ہیں۔	(۳) مریضہ کے چہرے پر مردنی اور نیلگونیت طاری رہتی ہے، آنکھیں ابھری ہوئی نیم باز ہوتی ہیں اور مقلہ چشم حرکت پذیر اور اوپر کو چڑھے ہوئے ہوتے ہیں، آنکھوں کی پتلیاں روشنی سے متاثر نہیں ہوتیں بلکہ بدستور پھیلی رہتی ہیں۔
(۴) مریضہ دانت بھینچتی ہے لیکن منہ بند اور زبان اپنی جگہ پر برقرار رہتی ہے، کف بالکل نہیں خارج ہوتا۔	(۴) دانت بھینچنے سے زبان دانتوں کے نیچے آکر کٹ جاتی ہے، زبان عموماً باہر نکل آتی ہے، سفید یا سرخی مائل کف جاری ہوتا ہے۔
(۵) تشنج شاذونادر ہی واقع ہوتا ہے جس میں کوئی	(۵) تشنج لازمی طور پر پایا جاتا ہے جو منظم ہوتا ہے

قریب نہیں ہوتی، چہرہ کم ہی بدوضع ہوتا ہے کیوں کہ چہرے کے عضلات میں شاذو نادر ہی تشنج واقع ہوتا ہے۔	اور بعد میں شدت اختیار کر لیتا ہے اور مریضہ کا چہرہ بدوضع ہو جاتا ہے۔
(۶) دورۂ مرض ایک طویل عرصہ تک برقرار رہتا ہے، مریضہ لمبے لمبے سانس لیتی ہے اکثر روتی اور کبھی بلاوجہ ہنسنے لگتی ہے۔	(۶) عام طور سے دورۂ مرض قلیل المدتی ہوتا ہے، سانس خراٹے دار ہوتی ہے، مریضہ نہ روتی ہے اور نہ ہنستی ہے۔
(۷) پیٹ سے ایک گولا اٹھتا ہوا معلوم ہوتا ہے جو اوپر جا کر اٹک جاتا ہے۔	(۷) پیر یا شکم سے ایک سرسراہٹ شروع ہو کر بتدریج اوپر صعود کر کے سر تک پہونچتی ہے اور اس طرح دورہ کا آغاز ہو جاتا ہے۔
(۸) دورہ عموماً اعزا و اقارب کی موجودگی میں آتا ہے اور تنہائی میں شاذو نادر ہی واقع ہوتا ہے۔	(۸) صرع کا دورہ کسی بھی حالت میں کہیں بھی پڑ سکتا ہے۔ اعزا و اقارب کی موجودگی یا نوم و بیداری سے کوئی فرق نہیں پڑتا۔
(۹) عضلات عامرہ ڈھیلے نہیں ہوتے اور نہ ہی بول و براز خطا ہوتا ہے۔	(۹) عضلات عامرہ سترخی ہو جانے سے بول و براز غیر ارادی طور پر خارج ہو جاتا ہے۔
(۱۰) دورۂ مرض اچانک منقطع ہو سکتا ہے جس کے بعد مریضہ کو نیند نہیں آتی، تاہم دردِ سر، پست ہمتی، ضعف و اضمحلال کی شکایت ہو جاتی ہے اور پیشاب کھل کر آتا ہے، بسا اوقات ایک دورہ ختم ہونے سے پہلے پہلے دوسرا دورہ شروع ہو جاتا ہے۔	(۱۰) دورۂ مرض بتدریج ختم ہوتا ہے۔ دورۂ مرض رفع ہونے کے بعد اگر مریضہ کو اس کے حال پر چھوڑ دیا جائے تو گہری نیند طاری ہو جائے گی۔ گو کہ دورہ رفع ہونے پر بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔ جس سے شعور میں کمی آجاتی ہے۔
اختناق الرحم	**سکتہ**
(۱) اس میں عام طور سے حس کا بطلان تام نہیں ہوتا۔	(۱) اس میں حس کا بطلان تام ہوتا ہے
(۲) اس میں خراٹے نہیں آتے۔	(۲) اس میں خراٹے آتے ہیں۔

اختناق الرحم

(۱) اس میں بخار نہیں ہوتا اور نبض مستقل و موجی ہوتی ہے۔

(۲) ابتدائے مرض میں درد سر نہیں ہوتا۔

(۳) مریضہ کے چہرے کا رنگ تغیر پذیر ہوتا ہے۔

لیثرغس

(۱) اس میں بخار ہوتا ہے اور نبض مستقل و موجی نہیں ہوتی۔

(۲) لیثرغس کی ابتدا میں درد سر ہوتا ہے۔

(۳) اس میں مریضہ کے چہرے کا رنگ ایک حال پر قائم رہتا ہے۔

تشخیص:۔ نوبت کی حالت میں مریضہ کی طرف التفات نہ کرنے کی صورت میں اگر علامتیں ختم ہو جائیں تو غالب امکان اختناق الرحم کا ہے۔

علاج

اس مرض کا علاج مفرط عدم علاج یا عدم التفات سے بدتر ہے۔ اسی طرح اختناق الرحم کی مریضات کا غیر دانش مندانہ عضوی یا نفسیاتی علاج ان کی علامتوں کو اکثر بدتر بنا دیتا ہے اور بالآخر مرض بے قابو یا ناقابلِ علاج ہو جاتا ہے۔ اس کی تدابیر و علاج دورہ اور وقفہ کی حالت میں مختلف ہوتے ہیں، جو درج ذیل ہیں:۔

دورۂ مرض کی حالت میں غشی کا علاج کریں اور جب مریضہ ہاتھ پاؤں مارنے لگے تو اسے فوراً ہوادار کمرے میں لٹا دیں، گریبان ڈھیلا کر دیں اور سر قدرے اونچا۔ چہرے پر ٹھنڈے پانی کا چھینٹا ماریں۔ ایمونیا، ایتھر، کلوروفارم یا ایمائل نائٹریٹ سنگھائیں اور بے ہوشی کی حالت میں مریضہ کے پاس کھڑے ہو کر ہمدردی کی باتیں کرنے سے بہتر ہے کہ اسے تنہا اس کے حال پر چھوڑ دیں، چونکہ مکمل بے ہوشی طاری نہیں ہوتی لہٰذا کوئی دہکتا ہوا کوئلہ یا گرم لوہا اس کے پاس لے جا کر جسم پر رکھنے کو کہا جائے تو اکثر یکلخت ساری بے ہوشی رفع ہو جاتی ہے، دورہ ختم ہونے پر عوارضات کا علاج کیا جائے:۔

(۱) حساسہ و محرکہ علامات کو طبیب مریضہ کا اعتماد حاصل کر کے بآسانی رفع کر سکتا ہے۔ ایسی حالت میں باربی ٹوریٹ مثلاً ایمائلو باربی ٹون سوڈیم درون وریدی راہ سے دے کر حالت پر قابو پایا جا سکتا ہے۔

(۲) اگر جسم میں درد ہو تو کوئی دافع درد دوا مثلاً نوالجیسن، مائگرو پائرین، کوڈوپائرین، ویگانین یا کروسین دیں۔ اگر درد کا سبب نقاہت ہو تو حیاتین ب خوردنی یا شرابی طور پر دیں۔

(۳) جسم کے کسی خاص حصہ پر بے حسی موجود ہو تو الیکٹرک شاک لگوائیں اور زود حسی کی حالت میں پوٹاسیم برومائڈ ۲۰-۳۰ گرین کی مقدار میں ۲-۳ بار یومیہ دیں۔ اس میں کیلسی برومینیٹ اقراص ساختہ

سینڈوز بھی مفید ہیں۔ یہ انجکشن کی شکل میں بھی دستیاب ہے۔

(۴) کثرت شہوت کی حالت میں لیوٹو سائکلین (۲۵ ملی گرام) ہفتہ میں دو بار اشراباً یا براہ دہن دینے سے حوصلہ افزا نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

(۵) فالج کا اندیشہ ہو تو الیکٹرک شاک لگوائیں اور اصولی علاج کریں۔

(۶) سوء ہضم کی حالت میں Liquid Taka Diastase اور قبض کی حالت میں بی آئی اگرال (B. I. Agarol) ۲ چمچہ بوقت خواب دیں۔

(۷) حملے دورے رفع کرنے کے لیے رسکول یا یومین اقراص دیں۔

(۸) اگر جبڑے بند ہو جائیں تو لا لگوا امونیا فورٹ سنگھائیں، اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو اپومارفین ہائیڈروکلورائڈ ۱/۲ گرین تحت الجلد اشراب کے ذریعہ پہونچائیں۔ اس طرح قے ہو کر جبڑے کھل جائیں گے۔

(۹) بے خوابی کی حالت میں منومات و مسکنات مثلاً مینڈریکس، ایکوانل، کامپوز یا ولیم میں سے کسی ایک دوا کا انتخاب کیا جائے۔

(۱۰) نوبت کے بعد بخار ہو تو عموماً سوڈیم سیلی سلیٹ آمیزہ سے آرام ہو جاتا ہے۔

(۱۱) اگر احتباس الطمث اختناق الرحم کا سبب ہو تو اس کا اصولی علاج کریں۔

وقفہ کی حالت میں اصل سبب معلوم کرکے اس کا تدارک کریں، فسادات طمث، جسمانی عمومی نقاہت، فتورات ہضم، رحم کے فسادات حمل اور امراض کی موجودگی میں معقول علاج کریں۔ اگر مریضہ ناکتخدا ہو تو اس کی شادی کردی جائے لیکن مغربی ماہرین شادی کی حمایت نہیں کرتے کیوں کہ ان کے خیال میں حمل و نفاس اختناق الرحم میں مزید ابتری پیدا کر سکتے ہیں، علاوہ بریں اختناقی مریض اچھے والدین نہیں ثابت ہوتے نیز ان کے بچوں میں بھی فساد عقل ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ لیکن اطبائے قدیم کے طویل المدتی تجربات اور سریری شاہدات اس مفروضہ کی صریح نفی کرتے ہیں اور یہ حقیقت ہے کہ شادی کا مریضہ کی صحت پر انتہائی خوش گوار اثر پڑتا ہے کیوں کہ اس سے ذہن و مزاج میں اعتدال و سکون پیدا ہو جانے کے سبب اختناقی مریضات بہترین رفیقہ حیات اور اچھی ماں ثابت ہوتی ہیں۔

تبدیلی آب و ہوا کے لئے مریضہ کو کسی پر بہار پہاڑی مقام پر بھیجا جائے۔ عشقیہ ناول و حکایات پڑھنے، سینما بینی، دماغی محنت کی کثرت، بے ہودہ اور پریشان کن تفکرات و توہمات وغیرہ کا تدارک کریں اور صحبت صالح اختیار کرنے کی ہدایت کریں، صبح و شام ہوا خوری کرائیں۔ حمام کا اہتمام ضروری ہے، اگر میسر ہو تو گندھک کے چشمہ میں داخل ہونے کی ہدایت کریں۔ مریضہ کا خیال ممکنہ حد تک مرض کی طرف سے

بنائے رکھیں۔

یونانی علاج :-

علاج بوقت نوبت :- مجملہ تدابیر بالاملحوظ رکھتے ہوئے دورہ کے وقت محض ہتھیلی اور پیر کی مالش کریں۔ اس کے ساتھ خردل، نمک ہمراہ آب گرم یا طبیخ بابونہ سے پاشویہ بھی کر سکتے ہیں۔ دونوں پنڈلیوں کو مضبوطی سے باندھیں اور مریضہ کے چہرے پر آب سرد کا چھینٹا ماریں، اس کے کان میں باواز بلند چلائیں اور کوئی بدبودار چیز مثلاً لہسن، نکچھکنی فلفل و خردل وغیرہ سنگھائیں یا جند بیدستر، نکچھکنی اور جاؤشیر پیس کر ناک میں نفوخ کریں، علاوہ بریں گوگل، گندھک اور پشم آگ پر جلانا اور اس کی دھونی دینا سمی مادہ تحلیل کرتا اور سرد ابخرات میں لطافت پیدا کرکے دورہ رفع کرتا ہے۔ نیز چونکہ رحم کی یہ خاصیت ہے کہ یہ گندی اور بدبودار چیزوں سے نفرت اور گریز کرتا اور خوشبودار چیزوں کی طرف مائل ہوتا ہے، لہٰذا عطریات کو روغن چنبیلی میں آمیز کرکے اس میں معطر گاز لت کرکے حمول کیا جائے نیز خوشبودار چیزیں مثلاً مشک وعنبر آگ پر سلگا کر مہبل میں بخور کریں لیکن اس امر کا احتیاط رکھیں کہ خوشبودار چیزیں ناک سے دور رہیں۔ ان دونوں تدابیر یعنی بدبودار چیزیں سنگھانے اور خوشبودار چیزیں حمول کرنے سے منقبض اور اوپر کی طرف کشیدہ رحم ڈھیلا ہو کر نیچے کی طرف مائل اور دورہ رفع ہو جاتا ہے۔ اگر افاقہ ہو تو فبہا ورنہ محجمہ ناری بلاشرط زیرِ ناف اور پنڈلیوں پر لگائیں اور مریضہ کے فرج میں فرزجۂ ذیل رکھیں :-

(ص) بورۂ ارمنی وزیرہ کرمانی کوفتہ بیختہ شہد میں حل کرکے مقامی طور پر استعمال کریں۔

دیگر (ص)، مشک خالص ۱۲ گرام، روغن یاسمین ۱۵۰ ملی لیٹر میں حل کرکے اس میں روئی لت کرکے بطور فرزجہ استعمال کریں۔

ضماد ذیل زیرِ ناف لگائیں :

(ص) سلیخہ، سعد کوفی، سنبل الطیب ہر ایک ۶ گرام کوٹ چھان کر عرق مکوہ میں ملا کر ضماد کریں۔

اگر اس علت کا سبب کثرت منی ہو تو قابلہ کو ہدایت کریں کہ اپنی انگلیوں کو کسی خوشبودار چیز مثلاً روغن سوسن یا عطر حنا میں آلودہ کرکے مریضہ کے رحم تک پہونچا کر نرمی کے ساتھ دغدغہ کرے۔ یہ عمل دورہ اور وقفہ دونوں حالتوں میں کارآمد ہے۔ اس تدبیر سے فوری سکون وسرور حاصل ہوتا ہے کیوں کہ یہ جماع کے قائم مقام ہے، اس سے تلطیف منی ہوتی ہے اور مریضہ کا انزال ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اگر جماع میسر آجائے تو دورہ رفع کرنے میں انتہائی معین ثابت ہوتا ہے کیوں کہ اس طرح رحم جذب منی کے شوق میں نیچے نازل ہوتا اور درست وضع اختیار کر لیتا ہے علاوہ بریں اس طرح گرمی اور تحریک پا کر منی پگھل جاتی اور بذریعہ انزال

خارج ہو جاتی ہے۔

نوٹ: حمل کی حالت میں سنگھانے یا فم رحم میں رکھنے والی دوائیں تیز نہ ہونی چاہئیں، اسی طرح قوی محرکات سے بھی اجتناب کرنا چاہیئے۔

افاقہ کی حالت میں بادیان، بادرنجبویہ ۵ر۱۰-۵ر۱۰ گرام، گلقند عسلی ۵ر۱۰ گرام میں جوش دے کر صاف کر کے نوش کرائیں۔

احتباس منی کی حالت میں اشیائے لادعہ مدفعہ مثلاً سفوف فلفل و کرمانہ کا حمول عجیب الاثر ہے علاوہ بریں قابلہ اپنی انگلی روغن زنبق، روغن بان، روغن بادام یا ایسا روغن جس میں مشک و عنبر حل کیا ہوا ہو میں آلودہ کر کے فرج میں ڈالے اور فم رحم کو بخوبی ملے اور انھیں دواؤں سے حقنہ بھی کیا جائے تاکہ منجمد منی اور فاسد رطوبات رحم سے خارج ہو کر مرض رفع ہو جائے۔ یہ اصلی طریقہ دورہ کی حالت میں بھی کارآمد ہے۔ اگر دوشیزہ میں احتباس منی و ترک جماع سبب ہو تو بہترین تدبیر شادی ہے، جس کی توضیح دورہ کے ذیل میں کی جا چکی ہے۔

اگر اختناق الرحم کا سبب احتباس الطمث ہو تو اس کا اصولی علاج کریں اور مزاج کی رعایت کرتے ہوئے مدرات طمث استعمال کرائیں۔

فوری فائدہ کے لئے فرج و رحم کو روغن بابونہ سے ملیں نیز فرفیون، مرچ سیاہ کا فرزجہ کریں، یہ قوی تر فرزجہ خون طمث کو فی الفور جاری کرتا ہے، ساتھ ہی اطراف رحم و فم رحم کا دغدغہ کیا جائے۔

شدید اصابات میں اگر سحنہ اجازت دے تو فصد کھولیں، مسہل دیں اور مدرات طمث مثلاً سکنجبین بزوری اور سکنجبین سادہ یا سداب ہمراہ سکنجبین دیں، نیز شیرۂ تخم خیارین نوش کرائیں۔ درج ذیل صبح و شام کے نسخے بھی نافع ہیں، ان کے استعمال سے رحم کا تشنج رفع ہونے میں بھی مدد ملتی ہے:۔

(۱) گل بنفشہ، بیخ کاسنی، تخم خیارین، عود صلیب نیم کوفتہ ہر ایک ۵ گرام، عنب الثعلب ۵ گرام شب کو آب گرم میں بھگوئیں اور صبح کو مل چھان کر شربت دینار شامل کر کے نوش کرائیں۔

شام کو نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(۲) جدوار، عود صلیب ۱-۱ گرام باریک پیس کر خمیرہ گاؤزباں عنبری میں ملا کر اوپر سے شیرۂ بادیان بشیرۂ تخم کشوث ۳-۳ گرام، عرق بادیان، عرق کموہ ۷،۵-۷،۵ ملی لیٹر میں ملا کر شربت بزوری ۲۵ ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

علاوہ بریں ایام (مدت طمث) شروع ہونے سے تین یوم قبل حب مدر ایک ایک گولی صبح، دوپہر شام استعمال کرائیں، اور طمث جاری ہوتے ہی معالجہ موقوف کر دیں۔

مقامی طور پر مرہم داخلیون میں مطہر کا زلت کرکے اطراف رحم میں رکھیں۔ رحم کی صفائی کے لئے حمول ذیل بھی مفید ہے:۔

(ص) بابونہ [illegible] گرام، زنگ، کف دریا [illegible] گرام، بہروزہ خشک [illegible] گرام، نمک لاہوری [illegible] گرام کوٹ چھان کر تین پوٹلیاں بنا کر اطراف رحم میں رکھوائیں۔

اگر رتق، تمدد فم رحم، میلان الرحم، انقلاب الرحم یا رحمی ساخت کی دیگر خرابیاں موجود ہوں تو معقول تدارک کیا جائے اور عمومی و مقامی تقویت کے لئے روزانہ صبح کو معجون مروارید [illegible] گرام ہمراہ دودھ کھلائیں۔

اگر خون کا غلبہ ہو تو باسلیق و صافن کا فصد کریں، حفظ صحت کا اہتمام رہے تاکہ اس قسم کے آفات سے مریضہ محفوظ رہے۔ کمر، شکم اور بسا اوقات پنڈلیوں پر حجامت کی جا سکتی ہے، لیکن اگر یہ عارضہ حاملہ کو پیش آجائے تو ان کے بجائے حرارت و برودت مزاج کی رعایت کرتے ہوئے گلقند کھلایا جائے جو دافع علت ہونے کے ساتھ ساتھ محافظ جنین بھی ہے، لیکن جیسا کہ اوپر لکھا جا چکا ہے، بقراط نے بتایا ہے کہ حاملہ کو یہ مرض لاحق نہیں ہوتا۔

نوٹ: بے ہوشی کے وقت غشی کا علاج کریں، مذکور الصدر تدابیر کے بعد دوار المسک اور مثرودیطوس پر مداومت اس مرض کے لئے نافع الاثر ہے۔

اگر مرض کا سبب کثرت بلغم و غلاظت خون ہو تو تنقیہ کی غرض سے سب سے پہلے نضیج کی خاطر یہ نسخہ دیں:

(ص) بادرنجبویہ، بادیان، گل سرخ ہر ایک ۷ گرام، مویز منقی [illegible]، رات کو گرم پانی میں بھگوئیں اور صبح کو جوش دے کر گلقند ملا کر پلائیں اور ۱۱ یوم بعد حب ایارج یا حب لوغاذیا بطور مسہل دے کر تنقیہ کریں، اس کے بعد معجون غیاثی [illegible] گرام ہمراہ جوشاندہ انیسون یا ماء الاصول یا امرت دھرنا استعمال کرائیں۔

سخن حمولات کے مقامی استعمال نیز حرارت رسانی کے دیگر طریقے مثلاً فرفیون، عاقرقرحا، فلفل، موم و روغن سوسن کا فتیل حمول، اور عانہ پر ضماد نافع ہے۔ اس طرح رحم نیچے کی طرف مائل ہو کر اختناق الرحم از خود رفع ہو جائے گا۔

اگر صفراویت کا غلبہ ہو تو اس کی تدابیر بروئے کار لائیں۔

اگر سوداوی مادہ کا غلبہ ہو تو منضج سودا ادویہ پلا کر مطبوخ افتیمون سے مسہل دیں اور تنقیہ کے بعد تریاق کبیر اور دوار المسک وغیرہ استعمال کرائیں اور شکم پری کی حالت میں تخم سویہ کے جوشاندہ سے قے کرائیں، اس کے بعد غرغرہ کرائیں، بعدہٗ تریاق کبیر یا ماء الاصول استعمال کرائیں۔

رفع مرض کے بعد تقویت کے لئے خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا [illegible] گرام یا دوار المسک معتدل جواہر والی [illegible] گرام

دوا المسک حار جواہر والی یا تریاق فاروق، خمیرہ گاؤزباں میں ملا کر چند یوم کھلائیں۔

رفع قبض کے لیے ۶ گرام اطریفل زمانی ۱۰ گرام یا اطریفل ملین ۱۲ گرام بمقدار ۹ گرام دودھ یا آب گرم کے ہمراہ حسب ضرورت دیتے ہیں۔

ہاضمہ کی اصلاح کے لیے جوارش جالینوس ۶ گرام، حب کبد نوشادری یا حب پپیتہ ۲-۲ عدد بعد غذائیں دو بار دیں۔

غذا کے انتخاب میں مزاج کی رعایت ضرور رکھیں مثلاً غلبۂ برودت کی حالت میں چڑیوں مثلاً مرغ، بکور، تیہو وغیرہ کے گوشت، زیرہ، دارچینی کے ساتھ پکا کر کھلائیں، لیکن اگر غلبۂ حرارت ہو تو کدو، پالک، ٹنڈا اور مونگ کی کھچڑی مفید ہے۔

مندرجہ ذیل نسخے بھی اختناق الرحم میں مفید ہیں:-

معجون نجاح: اختناق الرحم کو بالخاصہ مفید ہے خاص طور سے جب اس کا سبب سوداویت ہو!

(ص) ہلیلہ سیاہ، بلیلہ، آملہ ہر ایک ۲۴ گرام، بسفائج فستقی، افتیمون ولایتی، اسطوخودوس، تربد سفید ہر ایک ۱۰ گرام جملہ دواؤں کو کوٹ چھان کر شہد خالص سہ چند کے قوام میں شامل کریں۔

ترکیب استعمال: ۷ تا ۱۲ گرام ہمراہ آب تازہ بوقت صبح۔

ماء الاصول تنقیہ کے بعد اس مرض میں مفید ہے:

(ص) پوست بیخ کرفس، پوست بیخ بادیان، انیسون، قسط شیریں، راسن، مشکطرامشیع ہر ایک ۱۰ گرام، بیخ اذخر، شگوفۂ اذخر ہر ایک ۱۵ گرام، سنبل الطیب، مصطگی ہر ایک ۲ گرام، دارچینی، حب بلساں، عود بلساں ہر ایک ۲ گرام، مویز منقی۔

ترکیب تیاری واستعمال:- جملہ دواؤں کو ۱۰ عدد دو لیٹر پانی میں جوش دے کر جب نصف لیٹر پانی رہ جائے تو اس میں سے ۱۲۵ ملی لیٹر لے کر دو چمچہ تا، روغن بادام شیریں کے ہمراہ نوش کرائیں۔

مطبوخ:- اگر اختناق الرحم کا سبب احتباس الطمث ہو تو مطبوخ ذیل مفید ہے:

(ص) پرسیاؤشاں، مشکطرامشیع، بادیان، سداب ہر ایک ۱۰ گرام۔ پانی میں جوش دیں۔

ترکیب استعمال: ۲۵ ملی لیٹر ہمراہ شکر نوش کرائیں۔

حبوب ذیل اختناق الرحم کی بیشتر حالتوں میں مفید ہیں:

(ص) جدوار خطائی، شورہ قلمی، مصطگی رومی، جند بیدستر، عود صلیب، عاقرقرحا ہر ایک ۳ گرام، فادزہر حیوانی، مشک خالص ۱-۱ گرام کوٹ چھان کر شیرہ مویز منقی میں ملا کر چنے کے برابر گولیاں بنائیں۔

طریقہ استعمال:۔ روزانہ دو گولیاں ہمراہ گلاب نوش کرائیں۔

۲۔ (ص) زعفران، جاوتری، اسگند ناگوری ہر ایک ۶ گرام، برگ تنبول، آب ادرک۔

ترکیب تیاری: جملہ دوائیں بالا استثنا آب ادرک کوٹ چھان کر، آب ادرک میں کھرل کر کے مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

ترکیب استعمال: ایک ایک گولی پان میں رکھ کر صبح، دوپہر، شام کو کھلائیں۔ اگر مریضہ حاملہ ہو تو گل قند، مصطگی دونوں وقت دیں اور مذکورہ حبوب پان میں رکھ کر کھلائیں۔

۳۔ (ص) افیون، کافور، ہینگ، جند بیدستر ہموزن لے کر گولیاں بقدر نخود بنائیں۔

مقدار و ترکیب استعمال: ایک ایک گولی صبح، دوپہر، شام ہمراہ عرق بادیان نوش کرائیں۔

نسخہ ذیل اختناق الرحم میں مفید ہے، دماغی اور اعصابی تناؤ کم کرتا اور تقویت بخشتا ہے:

(ص) چھوٹی چندن، عود صلیب، فلفل سیاہ مساوی الوزن۔

مقدار خوراک: ۲ گرام صبح و شام۔

(ص) شیرہ بادیان، شیرہ تخم خربزہ، شیرہ تخم خیارین ہر ایک ۵ گرام، شیرہ تخم انیسون، عرق گز، عرق عنبر ہر ایک ۵۰ ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوری معتدل ملا کر پلائیں۔ اگر اسے دواء المسک معتدل جواہر والی کے ہمراہ نوش کرائیں تو اختناقی کیفیت کے علاوہ ضعف دل و دماغ میں بھی نفع بخش ثابت ہوگا۔

فرزجہ ذیل اختناق الرحم و احتباس الطمث کی حالت میں مفید بتایا جاتا ہے:

(ص) میعہ سائلہ، اشق، مصطگی رومی ہر ایک ۳ گرام، مغز بادام، زعفران، چربی بط، روغن بیدانجیر۔

ترکیب تیاری و استعمال: چربی بط کو روغن بیدانجیر میں پگھلا کر جملہ دوائیں کوٹ چھان کر ملا لیں اور مطہر گاز لت کر کے بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔

دیگر (ص) زنجبیل، مرچ سیاہ، کرم دانہ، میعہ سائلہ ہر ایک ایک جز، عنبر عود، دارچینی، فرفیون، زعفران، سنبل، قرنفل ہر ایک نصف جزو۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دواؤں کو باریک پیس کر موم روغن (روغن سوسن و یاسمین سے تیار کردہ) کے ہمراہ شامل کر کے مطہر گاز کا فتیلہ لت کر کے حمول کریں۔

مرکبات ذیل بھی اس مرض میں تجربات سے مفید ثابت ہوئے ہیں:

(۱) خمیرہ گاؤزبان عنبری عود صلیب والا، (۲) خمیرہ ابریشم عود مصطگی والا، (۳) تریاق اختناق، عرق گاؤزبان یا کسی دوسرے مناسب بدرقہ کے ہمراہ، (۴) معجون کجلانج، (۵) قرص دوار الشفا کسی موزوں بدرقہ

مثلاً عرق برنجاسف یا عرق کموہ و عرق بادیان ۵۰۔۵۰ ملی لیٹر یا صرف عرق گاؤزباں ۱۵۰ ملی لیٹر کے ہمراہ شام کو،

(۹) عرق مارا بجبن ۵۰ ملی لیٹر۔

نفسیاتی علاج :۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ عصری تحقیقات نے اسے نفسیاتی مرض سے تعبیر کیا ہے، لہٰذا اگر نفسیاتی الاصل سبب، تحت الشعوری جنسی محرومی یا دیگر تلخ حوادث کے سبب اختناق الرحم کے دورے لاحق ہوں تو ماہرین نفسیات کی مدد سے ان کا دفعیہ کرنا چاہیئے اور قرابت داروں نیز عزیزوں کو ہدایت کی جائے کہ وہ مریضہ کے حسب حال خوش گوار اور موزوں ماحول بنائیں۔

انذار

مرض کے انجام کا انحصار خاص طور سے مریضہ کی شخصیت، سماجی حالات، نیز بروئے کار لائے جانے والے معالجہ پر ہوتا ہے، اگر اختناق الرحم یک علامتی ہو اور خوف وہراس کے نتیجہ میں واقع ہو تو انجام بہتر ہوتا ہے۔ اگر مرض موروثی ہو اور مریضہ کی پرورش ناز و نعم میں ہوئی ہو تو آرام مشکل سے ہوتا ہے، تاہم بروقت طبی امداد سے علامات میں نمایاں افاقہ ضرور ہو جاتا ہے۔ اگر مریضہ نا کتخدا اور غیر شوہر دار ہو تو اکثر شادی کر دینے یا مقلل منی ادویہ کے استعمال سے حوصلہ افزا نتائج نکلتے ہیں۔ اگر مرض کا سبب کوئی ذہنی خلل ہو تو نفسیاتی معالجہ سے امید شفا کی جا سکتی ہے، لیکن اگر اختناق الرحم کے دورے روزانہ اور حادثہ خیز واقع ہوں تو یہ مرض قائل و مہلک ثابت ہوتا ہے۔

۴۴

وجع الظہر

[Backache]

عورتوں میں درد کمر کثیر الوقوع شکایت کے طور پر پایا جاتا ہے لیکن ہر حالت میں اس کا تعلق اعضائے حوض یا فساد فعل سے نہیں ہوتا۔ وجع الظہر کا وسیع مفہوم تو عمود الفقری کے کسی بھی حصہ میں ہونے والے درد پر محیط ہے لیکن اس سبق میں خصوصیت سے قطنی عجزی خطہ میں واقع ہونے والے درد کا ذکر کیا جا رہا ہے۔ کیونکہ عمود الفقرات کے اس حصہ میں واقع ہونے والا درد امراض النساء اور قابلے سے متعلق ہوتا ہے۔ درد کمر مختصر خطہ تک محدود ہو سکتا ہے یا درد الوی خطوں (Gluteal Regions) نیز سرین کی رفتار کے ساتھ ساتھ منتشر ہوتا ہے۔

محتاط انداز میں حاصل شدہ روئداد سے سبب کا پتہ لگانے میں بہت زیادہ مدد ملتی ہے۔ اس سلسلہ میں امور ذیل کی طرف خصوصی توجہ دینی چاہیے۔

آیا علامت کی ابتداء کسی کام کے آغاز میں، زخم یا علالت، ولادت، وزنی بوجھ اٹھانے، حادثہ یا مریضہ کے وزن میں سرعت سے اضافہ یا طرز زندگی میں تبدیلی کے سبب ہوئی۔ آیا علامت مستحکم ہے یا مختلف اوقات میں زیادہ قابل توجہ ہوتی ہے۔ مثلاً ادرار طمث کے وقت یا اس کے مختلف اوقات میں۔ راحت یا ورزش کے اثرات یا بستر میں استراحت کے دوران اس کی موجودگی۔

نسائیات کے متعلقہ بنیادی عوامل حوضی امتلاء، رحم کے رباطی سہاروں کا انقباض اور شرائین وادردہ پر دباؤ ہیں۔ طویل المدتی درد کمر جو سابقہ زچگی کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے، عموماً مفاصل اور عصعص سے متعلق ہوتا ہے۔ کھوئی تولیج کی سابقہ روئداد یا دیگر علامات سے ذہن بولی نظام کی طرف منتقل ہوتا ہے۔ نخاعی خطہ میں قرحہ کی سابقہ روئداد سے چند تقویم الاعضائی حالات (Orthopaedic Conditions) کا پتہ چلتا ہے۔

پہلے عجزی فقرہ سے اوپر کا کوئی بھی وقوع پذیر درد نسائیاتی الاصل ہوتا ہے۔

نسائیاتی اسباب

رحم کی خلقی غیر وضعیت :۔ رحم کی پس گردی (سیلان الرحم خلفی) اسقاط یا ولادت کے بعد افاقہ کے دوران واقع ہو سکتی ہے۔ سیلان خلفی کی وضع میں سیلیت ناقص اور التفاف (انگماش) انا ممکن ہو سکتا ہے۔ بسا اوقات اس حالت سے درد کمر پیدا ہو سکتا ہے جو سابقہ زچگی یا اسقاط کے وقت سے موجود ہوتا ہے اور دن کے اختتام پر زیادہ تکلیف دہ ہوتا جاتا ہے۔ یہ درد آرام کرنے پر معدوم ہو جاتا ہے اور ایام طمث میں زیادہ قابل التفات ہوتا ہے۔ خلقی غیر وضعیتوں پر حمل کا مختلف اثر پڑتا ہے۔ خفیف تر صورتوں خصوصاً انحراف خلفی میں رحم اپنی صحیح وضع کو دوبارہ حاصل کر سکتا ہے۔ جب غیر وضعیت غیر معمولی ہوتی ہے نیز نمایاں پیچیدگی موجود ہوتی، غیر وضعیت عموماً مستحکم ہوتی ہے یا اخراج حمل کے بعد شدت اختیار کر سکتی ہے۔ بعینہ یکساں علامتیں رحم کے نزول یا سقوط کی حالت میں بھی موجود ہو سکتی ہے۔

نوویک کے ذاتی تجربہ کے مطابق سادہ خلقی غیر وضعیت (سیلان الرحم خلفی) عموماً درد کمر پیدا نہیں کرتی۔ اکتسابی قسم جس میں رحم اکثر ورمی، ناقص الالتفات اور ازدیالی ہوتا ہے، میں پیش خمی تند دوامی طور سے موجود ہوتا ہے۔ جسے فرزجہ اور رحمی تعلیق کے ذریعہ موقوف کیا جا سکتا ہے۔

درد کمر کے ساتھ متجانس طور پر واقع ہونے والی رحم کی غیر پیچیدہ حرکت پذیر خلقی غیر وضعیتیں محض اتفاقی تعلق کی دلیل نہیں نیز ایسی حالت میں تاوقتیکہ رحم کی اصلاح کر کے اسے پیش گرد وضع میں مناسب فرزجہ کے ذریعہ برقرار نہ رکھا جائے۔ رحم کی شکمی تعلیق تجویز نہ کی جائے۔

پس گردی کی اصلاح کرتے ہی یا چند موزوں فرزجہ کے ذریعہ سقوط کا تحفظ کرتے ہی علامت معدوم ہو جاتی ہے اور یہ طریق کار تشخیص کا بہترین ذریعہ ہے تاہم فرزجہ استعمال کرنے کے بعد درد معدوم ہو جانے کے بعد پیش گردی کو اس وقت تک درد کمر کا سبب قرار نہ دینا چاہیے تاوقتیکہ تقویم الاعضائی سبب کو محتاط روئداد، پشت کے عضوی امتحان اور شوکہ کے لاشعاعی فوٹوگراف کے ذریعہ مستثنیٰ نہ کر لیا جائے۔

حوضی سرایت :۔ طویل المدتی حوضی سرایتیں حوضی اشتعال عارض کر دیتی ہیں جو موخر کمی رباط (Posterior Parietal) کے انضمام کے سبب درد کمر عارض کرتی ہیں۔ اصولی طور پر درد کمر ثانوی علامت ہوتی ہے، جس کے سبب مریضہ اول اول معالج سے رجوع کرتی ہے، کیونکہ وہ اس سے فوری طور پر آرام و تسکین کی طالب ہوتی ہے۔ درد کمر کا خلقی غیر وضعیت کے ساتھ تعلق رحم کی اصلاح کر کے نیز اسے فرزجہ کے ذریعہ عمل محلہ قائم کر کے واضح نہیں کیا جا سکتا۔ تاہم حوضی امراضیات خلقی غیر وضعیت کا لحاظ کئے بغیر علیہ کی وجہ جواز ہے۔ رحم کو

حوضی التہابی تودوں کے ساتھ دور کیا جاسکتا ہے یا ملحقہ تودے دور کرنے کے بعد سامنے کی طرف معلق کیا جاسکتا ہے۔

حوضی نوساختیں :۔ درد کمر پیدا کرنے کے ذمہ دار بیشمار عوامل ہوتے ہیں۔ نوساخت کے بیشتر اصابات میں اہم ترین اور بڑا سبب حوضی امتلاء ہوتا ہے یعنی عضلی سلعات یا حوضی کہفہ میں محتبس دوریہ کے ساتھ امتلاء کے سبب اعصاب پر براہ راست دباؤ پڑتا ہے۔ شکمی کہفہ پر کرنے والے کلاں دوریے اپنی جسامت اور وزن کے سبب ذہنی اور جسمانی توازن میں خلل انداز ہوتے ہیں، نیز عضلات پشت پر اضافی بوجھ ڈالتے ہیں۔ خبیث نوساختوں کی حالت میں حوضی بافتوں اور ہڈیوں کی دررریزش ایک اہم عامل ہوتی ہے۔ درد کمر جسم رحم کے سرطانی سلعہ اور مبیضین کے خبیث مرض کی ایک موخر علامت ہوتی ہے، جب مقامی دررریزش بھی ہوتی ہے۔

شدید درد فقرات میں سروح واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے یا جب بالید اعصابی جڑوں یا صفیروں کو ماؤف کر دیتی ہے، ایسی حالت میں درد ٹانگوں کی طرف منتقل ہو جاتا ہے۔

عمود الفقرات میں ثانوی حالت کو بھی ذہن نشین رکھنا چاہیے۔

غیر خبیث عنقی تضررات :۔ بسا اوقات ایسی عورتیں درد کمر کی شکایت کرتی ہیں جن میں کوئی تاکل یا دروں عنقی التہاب موجود ہوتا ہے جو عنقی تضرر کی برقی تخشیر کے بعد ساکن ہو جاتا ہے۔ رحم کے مقامی تضررات کی حالت میں متلازم تولیخ نادر موجود ہوتا ہے۔

تقویم الاعضائی اسباب

[Orthopaedic Causes]

رباطات (عجزی حرقفی اور قطنی عجزی) پر بوجھ اور عضلی رباطی تضررات :۔ مسلسل بوجھ پڑنے پر یہ رباطات متضرر ہو سکتے ہیں۔ طبعی حالت میں ان کی حفاظت وضع مفاصل برقرار رکھنے والے عضلات کرتے ہیں۔ اگر کامل یا متلازم عضلی عدم کفایت ہو تو زائد بوجھ رباطات اور مفصلی کیسولوں (Joint Capsules) پر پڑتا ہے۔ درد خفیف سے لے کر ناقابل برداشت حد تک کسی بھی درجہ میں ہو سکتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں عام طور سے صبح اٹھنے پر درد محسوس نہیں ہوتا لیکن دن میں بڑھ جاتا ہے۔ عام طور سے کسی نہایت شدید ریاضت مثلاً گھر کی صفائی وغیرہ کی روئداد ملتی ہے، جس کے بعد وجع الظہر شروع ہو جاتا ہے، جس میں متعدد اوضاع سے اضافہ ہو جاتا ہے۔ تکان کی حالت میں اس میں خاص طور سے شدت آجاتی ہے اور پشت کو سہارا دے کر آرام کرنے سے تسکین و تخفیف ہو جاتی ہے۔

تحت التغذیہ عورتوں میں یا وضع حمل کے فوراً بعد گھر گرہستی میں معروف ہو جانے سے عضلی تکان اور ذہنی خلل واقع ہو جاتا ہے۔

علاج:۔ منتخب اصابات میں مذکورہ روئداد اور مادی دریافتوں کی حالت میں سادہ معالجہ یعنی تخفیف وزن، معاون ملبوسات، حرارت، راحت اور عمومی دافع درد دواؤں سے مدد مل سکتی ہے۔

قطنی فقرات کا انزلاق (Spondylolisthesis):۔ فقری اجسام (Vertebral Bodies) تین خاص مراکز سے تعظم اختیار کر سکتے ہیں، ایک برائے جسم، دوم و سوم ہر ایک عصبی قوس کے نصف حصے کے لئے۔ عصبی قوس اور جسم کے مابین اتحاد کی ناکامی کو فقرات قطنیہ کے انزلاق سے موسوم کرتے ہیں۔ خلل عموماً مفصلی ابھاروں (Articulalar Processes) کے مابین ہوتا ہے اور اکثر دو جانبی ہوتا ہے۔ ماؤف فقرہ اپنے زیریں فقرہ سے عظمی تعلق نہیں رکھتا بلکہ محض ملائم بافتوں سے مربوط رہتا ہے، ماؤف فقرہ سامنے کی طرف اس طرح پھسل جاتا ہے کہ اس کے اوپر مکمل عمود الفقری ہوتا ہے۔ عین ممکن ہے کہ یہ انزلاق وضع حمل سے فوراً پیشتر اس کے دوران یا فوراً بعد واقع ہو۔ تقریباً نمبر ۹۰ اصابات میں ماؤف فقرہ پانچواں قطنی ہوتا ہے اور یہ عجز کے اوپر سامنے کی طرف مل جاتا ہے۔

عنفوان شباب تک درد عموماً تاخیر سے ہوتا ہے۔ مریضہ عام طور سے اسفل کمر میں درد محسوس کرتی ہے، جو قیام کی حالت میں بہت زیادہ شدت اختیار کر لیتا ہے، لگتا ہے درد کا نسائی انتشار ہوتا ہے، جس پر عرق النسا کا گمان ہوتا ہے۔ لیکن کمر کا حدود نما ایک امتیازی وصف ہے۔ پانچویں قطنی شوکہ کے بالکل اوپر تیز دباؤ پڑتا ہے جو اس قدر بڑھا ہوا ہوتا ہے کہ شوکہ بیرونی جانب پتھر کی طرح نکلا ہوا محسوس ہونے لگتا ہے۔ قطنی عجزی زاویہ کا درد اکثر فقط تکان سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، جو عصبی نہاکت اور شکمی عملیات کے بعد زمانہ نقاہت کے دوران تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

لاشعاعوں سے اختلالات اور رحمی میلانات واضح ہو جاتے ہیں، بالخصوص شوکہ کی جانبی شعاعی تصویر (Radiograph) سے۔

علاج:۔ علاج کی ابتدا میں مکمل آرام بستری اور وضعی تخفیف کی تدابیر کی جائیں۔ بیشتر مریضات کو محض ستحفظ علاج اور عجزی حرقفی کورسٹ[1] (Corset) کے استعمال سے آرام ملتا ہے۔ جو ٹھیک بیٹھی ہو،

---

[1] کورسٹ (Corset) ایک موزوں شکمی پیٹی ہے، جسے سبب تقویم الاعضائی (Orthopaedic) حالات کی اصلاح کے لئے تجویز کیا جاتا ہے۔ اس جوڑی پیٹی کو عجزی حرقفی فقرہ پر دباؤ ڈالنے کے لئے کمر اور شکم پر کس کر باندھ دیا جاتا ہے تاکہ وہ پھسلنے نہ پائے اور اپنی طبعی وضع اختیار کرے۔

جب کہ دیگر اصابات علیہ کے مقتضی ہو سکتے ہیں، چنانچہ اس کے لئے ڈھیلے شوکی زوائد کو دور کر کے موخر شوکی پیوند کاری کے ذریعہ جو حقے قطنی سولہ کو پہلے عجزی شوکہ سے مربوط کر دیا جاتا ہے۔

عجزی حرقفی التہاب:۔ عجزی حرقفی مفاصل میں مزمن التہابی تغیرات عام طور سے عارض ہوتے ہیں۔ تاہم اسباب و امراضیات غیر واضح ہیں۔ یہ حالت عموماً یکجانبی ہوتی ہے اور اکثر شدید درد کے ابتدائی حملہ کی روئداد ملتی ہے جو مزمن ہو جانے پر بتدریج معدوم ہو جاتا ہے اور ما بقی "مزمن درد" کی صورت میں باقی رہ جاتا ہے۔ یہ درد ورزش کرنے سے بڑھتا اور آرام و آسائش کی حالت میں گھٹتا ہے۔ امتحان پر امارات مقامی طور پر عجزی حرقفی مفاصل میں محدود ہوتی ہیں۔

لاشعاع منفی ہو سکتا ہے یا مفصل سے متصل حرقفہ میں تصلب پایا جا سکتا ہے۔

شوکی عظمی تحجر مفاصل (Osteo-Arthritis of Spine):۔ یہ عموماً معمر مریضات میں عارض ہوتا ہے۔ ایک مدت آرام کرنے کے بعد درد پشت معہ نالی انتشار یا اس کے بغیر آرام کی مدتوں کے بعد زیادہ نمایاں ہوتا ہے نیز حرکت کے ساتھ گھٹنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔

لاشعاعوں سے مفصل کے خارجی حصول میں بے قاعدگی تحت غضروفی تصلب (Subchondral Sclerosis)، اور عظمی لبوں کا بڑھنا یعنی ذو شفویت (Lipping) ظاہر ہو سکتا ہے۔

بین الفقری قرص کے تضررات (Intervertebral Disc Lesions):۔ موخر یا موخر جانبی رخ میں بروز کرنے والا بین الفقری قرص ایک یا زائد نخاعی عصب کی جڑوں کے دروں یا بروں جافیائی (Intra or Extra Dural) حصول سے متصل ہو کر وجع الظہر یا عرق النسار پیدا کرتا ہے۔ چنانچہ یہ امر پایۂ ثبوت کو پہنچ گیا ہے کہ عرق النسار کے ہمراہ پائے جانے والے درد کمر کے اکثر اصابات بین الفقری قرص کے نو ذاتی بروز یا حلقہ (Annulus) کی دریدگی کے سبب واقع ہوتے ہیں۔ لہٰذا جب اس درد کی شدت کے باوجود کوئی سبب معلوم نہ ہو سکے اور محتفظ علاج ناکام ہو جائے تو بروز قرص کا فیصلہ کرنا چاہیئے۔ اس کی تشخیص ٹانگ کی طرف واقع ہونے والے درد کی عدم موجودگی میں دشوار ہو جاتی ہے۔ تاہم اگر شدید وجع الظہر کے مکرر الوقوع حملے ہونے لگیں جس کے ہمراہ غیر علامتی مدتیں بھی ہوں تو اس کی نفی ہو جاتی ہے۔ چوتھے یا پانچویں عجزی شوکہ پر دباؤ ڈالنے پر الیست کر جھکانے یا زور لگانے پر درد کا ہونا واحد عضوی امارت کے طور پر پایا جا سکتا ہے۔ سادہ لاشعاعی امتحان عموماً منفی ہوتا ہے۔

عرق النسار کے ہمراہ قرص کے تضرر سے مزید واضح سریری رہبری ملتی ہے۔ امتحان پر شوکی امارات مثلاً الیست، عضلی کھنچاؤ اور ساتھ ساتھ تشوہ مثلاً انحراف النسار (Sciatic Scoliosis) پایا جاتا ہے۔ تناؤ اور

کھنچاؤ کی امارات ماؤف عصبی جڑ، عموماً پانچویں قطنی اور پہلے عجزی ادمیت یعنی مرض جلدی (Dermatoses) بڑھے ہوئے تدد کے نتیجہ میں پیدا شدہ مختلف اوضاع میں عارض ہوتی ہیں مثلاً نسائی اور فخذی عصب کا تدد موجود ہوتا ہے، اس لئے عصب محرکہ، حساسہ اور انعکاسی حرکات میں کچھ نہ کچھ تغیرات موجود ہوں گے۔

علاج :۔ قرصی نفقیت (Disc Herniation) کے مستحفظ علاج میں تسکین درد کے لئے کم از کم ۳ ماہ تک مکمل آرام بستری کی ہدایت کی جائے اور اس کے بعد کمر کی ورزشیں جاری کرادی جائیں، چرمی تسمے سے پشت کو سہارا دیا جائے اور رفتہ رفتہ طبعی حرکات پر واپس لایا جائے۔

جن اصابات میں مستحفظ تدابیر ناکام ہو جائیں، عصبی امارات ترقی پذیر ہوں یا جلد مکرر الوقوع اصابات میں تقویم الاعضائی سرجن کے پاس تشخیص و علاج کے لئے بھیجدیا جائے۔

شوکہ نگاری (Myelography) کے مطالعہ کے بعد قرص کا جرحی استیصال کردیا جائے۔

غیر نمایاتی اسباب

تکان :۔ تکان والے درد کی خصوصیت یہ ہے کہ اختتام دن کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے اور نشست یا لیٹنے کی وضع میں آرام کے ذریعہ موقوف ہو جاتا ہے۔ مریضہ محنت طلب کام کرنے سے لازمی طور پر معذور ہو جاتی ہے۔ تکان والا درد عموماً نازونعم میں پرورش پانے اور تن آسانی اختیار کرنے والی مریضہ محسوس کرتی ہے جن کی عضلی قوت اور توانائی مختلف اسباب سے سقیم ہو سکتی ہے۔ یہ درد عموماً پہلی بار سن یاس کے وقت محسوس ہوتا ہے جب کہ مریضہ کا وزن بڑھا ہوا ہو سکتا ہے اور اس کی جدوجہد نیز سرگرمیوں میں نمایاں کمی آچکی ہوتی ہے۔ لیکن مرض عملیہ یا زچگی کے بعد طبعی زندگی بسرعت واپس آجاتی ہے۔ درد کمر عموماً قطنی خط میں محسوس ہوتا ہے۔

علاج: علاج واضح ہے لیکن سماجی اور معاشی اسباب عموماً دشوار ہوتے ہیں۔ یہ نخاعی عضلی نظام کی تدریجی ریاضتوں کی سلسلہ وار درجہ بند تعلیم پر مشتمل ہوتا ہے جو چند ماہ کی مدت پر مشتمل ہوتا ہے۔ اگر ساتھ ساتھ مریضہ کا تعاون بھی حاصل ہو جائے تو علاج کا نتیجہ شاندار رہتا ہے۔

اگر کثرت جماع سبب ہو تو ترک جماع کی ہدایت کریں نیز مقوی اغذیہ و ادویہ پر زور دیا جائے اور روغن آرو لعنہ کی الشت پر مالش کریں۔ غذا و پرہیز پر بھی خصوصی توجہ دی جائے۔

وضع :۔ ممکنہ حد تک حل کرعاقبہ کے طور پر یا متبادل طریقے سے اس کے پیشہ، دماغی یا جسمانی سستی

وکسلندی، بہت بلند ایڑی کے جوتے پہننے کے نتیجے کے طور پر مریضہ کی وضع ناقص ہو سکتی ہے، جس کے انجام کے طور پر مستحکم قدامی عمود الفقری حدبیت (Lordosis) غیر معمولی حد تک موجود ہوتی ہے۔

وضعی درد (Postural Pain) فربہ اندام عورتوں میں پایا جا سکتا ہے جن کا جسمانی وزن ان کے عضلی رباطی ہیکل (Musculo Ligamentous Skeleton) کیلئے عام طور سے بہت زیادہ ہوتا ہے یا طویل القامت، لاغر اور مریل عورتوں میں پایا جا سکتا ہے جو کسی مخصوص وضع میں یا پشت خم کر کے بیٹھنے کی خراب عادت میں مبتلا ہوتی ہیں۔ دیگر اسباب میں یہ ادھیڑ عمر کی عورتوں میں عضلی نہاکت (Atony) کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، تاہم نفسیاتی عصبانیت مسئلہ کو سنگین بنا سکتی ہے۔

دن کے اختتام کے ساتھ ساتھ درد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے، جب کہ مریضہ غیر معمولی طور پر تھکی ہوئی ہوتی ہے۔ علامت فقط اسی حالت میں موقوف ہوتی ہے جب کہ سبب دور کر دیا جاتا ہے اور تمامی عضلی نظام کی قوت بحال ہو جاتی ہے۔

علاج :۔ رباطات پر بوجھ اور عضلی رباطی تغیرات کے مطابق۔

خلطی وریحی درد کمر :۔ اس کا سبب زیادہ تر بلغم ہوتا ہے جو عضلات و فقرات پشت میں پیدا ہوتا ہے یا بدن سے پشت کے عضلات، رباطات و اوتار میں اس کا انصباب ہوتا ہے۔ گاہے اس کا سبب برودت مزاج ہوتا ہے۔ اور بسا اوقات مذکورہ اعضا میں دخول ریاح کے سبب درد کر پیدا ہوتا ہے۔

اگر درد ثقل کے ساتھ موجود ہو، سرد مولد بلغم چیزیں کھانے سے درد میں اضافہ ہو، نیز برودت مزاج کی دیگر علامتیں پائی جائیں، مقامی برودت سے درد میں اضافہ ہو جائے تو اس کا سبب تولد بلغم ہوتا ہے۔ اس میں مقام مرض میں درد کے ساتھ گرانی اور چھونے سے سردی محسوس ہوتی ہے۔

اگر درد بغیر ثقل کے بدستور واقع ہو اور مزمن صورت اختیار کرے جس میں چہل قدمی ریاضت اور گرم اشیاء کی مالش سے تسکین بہم پہنچے، حالت سکون، شب اور سردی میں درد میں اضافہ ہو اور پشت میں سردی محسوس ہو تو اس کا سبب برودت مزاج ہوتا ہے۔

اگر تمددی اور جگہ بدلنے والا نقل کثر ہو، نیز گرم چیزوں کے استعمال، تکمید و تدہین سے راحت ہو اور نفخ پیدا کرنے والی غذا سے نقصان بہم پہنچے تو سمجھنا چاہیے کہ اس کا سبب پشت میں دخول ریاح ہے۔

علاج :۔ سردی مزاج، بلغم خام یا ریاح سبب تو ریاح افرسہ کے مطابق علاج کیا جائے۔

اگر صرف برودت سادہ (سردی) سبب ہو تو کر پر تکمید حار کریں نیز لوبان یا مصطگی پیس کر شہد
۴ گرام ۳ گرام ۲۰ ملی لیٹر

میں ملا کر چٹائیں۔

مقامی طور پر قسط یا روغن خردل کی کمر پر مالش کریں اور اس کے بعد سینک کریں۔ حسب ذیل تیر وطی بھی مفید ہے:

(س) موم سفید کو روغن گل میں پگھلا کر لوبان، مصطگی رومی ۶-۶ گرام باریک پیس کر باہم ملائیں اور مقام ماؤف پر نیم گرم (۲ گرام، ۲۰ ملی لیٹر) مالش کریں۔

خوردنی طور پر شہد خالص (۴۰ ملی لیٹر) عرق بادیان (۱۲۵ ملی لیٹر) میں حل کر کے نیم گرم پلائیں۔

برودت و بلغم خام سبب ہو تو مطبوخ ذیل براہ دہن استعمال کرائیں:

(س) پوست بیخ بادیان، پوست بیخ کاسنی، سورنجان، کمو، بادرنجبویہ ہر ایک ۷ گرام، بسفائج (۵ گرام) ازخر (۴ گرام)، انجیر زرد (۳ عدد)، مویز منقی (۲۲ گرام)۔

ترکیب استعمال: مطبوخ تیار کر کے ہمراہ گل قند عسلی (۲۴ گرام) استعمال کرائیں۔

شدید اصابات میں اول معجون فلاسفہ کھلا کر اوپر سے بادیان، انیسون، پرسیاؤشاں، تخم کرفس ہر ایک ۶ گرام پانی میں جوش دے کر مل چھان کر شربت بزوری (۴۰ ملی لیٹر) ملا کر پلائیں۔

اگر خلط بلغم کی کثرت ہو تو نسخہ مطبوخ جس کا ذکر اوپر آچکا ہے استعمال کرائیں یا تنقیہ بلغم کی غرض سے مندرجہ ذیل صبح و شام کے نسخے بطور منضج استعمال کرائیں:

صبح کا نسخہ: گل بنفشہ (۹ گرام)، مویز منقی (۹ دانہ)، بادیان (۷ گرام)، گاؤزبان، انیسون ۵-۵ گرام، بیخ کاسنی (۷ گرام)، سورنجان (۶ گرام) شیریں نیم کوفتہ۔

ترکیب استعمال: رات کو آب گرم میں بھگو کر صبح مل چھان کر خمیرہ بنفشہ سادہ ملا کر پلائیں۔

شام کا نسخہ: شیرہ بادیان (۷ گرام)، شیرہ مویز منقی (۱۰ دانہ)، شیرہ تخم خربوزہ (۳ گرام)، شیرہ تخم کوک (۳ گرام)، عرق مکوہ (۱۲۵ ملی لیٹر) میں نکال کر شربت بنفشہ (۲۵ ملی لیٹر) میں ملا کر پلائیں۔

ہدایات: مذکورالصدر منضجات کا ۱۱ یوم کا نصاب استعمال کرانے کے بعد صبح کے نسخہ میں تربد سفید (۶ گرام)، سنا مکی (۴ گرام)، مغز فلوس خیار شنبر (۲۴ گرام)، شیرہ مغز بادام (۵ دانہ)، شیر خشت اضافہ کر کے مسہل دیں۔

مسہل بالا حسب ضرورت دو تین بار استعمال کرانے کے بعد تنقیہ خاص یعنی پشت و کمر کے تنقیہ کی غرض سے حب ایارج سے مسہل دیں۔ یا حب سورنجان سے تنقیہ کے بعد تعدیل مزاج کے لئے معجون چوب چینی ہمراہ عرق چوب چینی استعمال کرائیں۔

مذکورہ بالا دواؤں کے علاوہ ماء الاصول ہمراہ روغن بادام (۷ ملی لیٹر)، معجون سورنجان، اطریفل صغیر، معجون (۷ گرام)

معجون تربدی، معجون مسیحی اور حب اذاراقی بھی درد کمر میں مفید ہیں۔ وجع پشت بارد میں تریاق فاروق مجربات اطبا میں سے ہے۔

قرشی نے پشت کو کھردرے کپڑے سے مل کر بعض شحوم اور گرم تیل کی مالش خاص طور سے مفید بتایا ہے۔

حسب ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

(س) بیگن تازہ دیسی کے دو ٹکڑے کر کے ہلدی، ہنگ ۶-۶ گرام باریک پیس کر چھڑکیں، اس کے بعد قدرے گھی کے ساتھ قابلِ برداشت حد تک گرم کر کے مقام ماؤف پر ٹکور کریں۔

دیگر گرم ضمادات مثلاً سقل، اشق، حلبہ، بابونہ، روغن بلساں، حب النار، تخم کتاں و روغن بید انجیر شامل کر کے ضماد کریں، لیکن ضماد کا استعمال تنقیہ کے بعد مناسب ہے۔

برودت و بلغم کی موجودگی میں جماع، طعام شب، پھلوں اور آب سرد سے پرہیز کرائیں، نیم گرم پانی استعمال کرنے کی ہدایت کریں۔

اگر ریحی درد کمر ہو تو ریح البواسیر میں استعمال ہونے والی دوائیں استعمال کرائیں، نیز گرم معاجین و مار العسل استعمال کرائیں۔

مقامی طور پر روغن قسط، بابونہ و سداب کی مالش کریں۔ روغن بلساں گرم، روغن جند بید ستر میں شامل کر کے طلا بطور خاص مفید ہے۔

غذا میں نخوداب، چڑیوں کا گوشت گرم مصالحوں کے ساتھ دیں اور تقلیل غذا کی تدابیر بروئے کار لائیں۔

امراض کلیہ و حالبین:- کلوی سرایتوں، حصاۃ الکلیہ اور استسقاء الکلیہ کے علاوہ حالبین کی چند غیر طبعی حالتیں بھی درد کمر کا موجب ہو سکتی ہیں، یہ اسباب عموماً آسانی سے نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ درد مخصوص قسم کا ہوتا ہے اور تبولی خلل سے نظام بول کے امتحان کی طرف طبیب متوجہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص

تشخیص میں علامتیں معمولی اہمیت کی حامل ہوتی ہیں، لہٰذا اس کے لئے موضعی امتحان ناگزیر ہے جو عموماً آسان ہوتا ہے، بنیادی نکات درج ذیل ہیں:

(۱) عنق کا رخ عموماً زیریں جانب اور عجز کی طرف کے بجائے لحام عانی (ارتفاق عانہ) کی طرف ہوتا ہے۔

(۲) تعررحم مقدم طور پر جس نہیں کیا جاسکتا، جہاں اسے موجود ہونا چاہیئے، اس کے بجائے یہ موخر طور پر جس کیا جاسکتا ہے۔ سمن مفرط اور شدید شکمی تناؤ کے سبب جب دو دستی استحان دشوار ہوتا ہے تو ایسی حالت میں اکثر فقط داخلی استحان سے تشخیص ممکن ہوتی ہے۔ دو دستی استحان کے عمومی طریقوں سے نہ صرف رحم کی وضع کا اندازہ ہوتا ہے بلکہ اس کی جسامت اور حرکت پذیری کا درجہ بھی معلوم ہو جاتا ہے۔ اس طرح کے استحان کا ایک حصہ پیچیدہ حوضی امراضیات مثلاً ضمیمہ یا سلعات کی موجودگی کا پتہ لگانا ہوتا ہے۔ دوشیزہ لڑکیوں میں استحان بذریعہ معا مستقیم بروئے کار لانا چاہیئے۔ نیز شادی شدہ عورتوں میں بھی مستقیمی استحان مفید معلومات فراہم کرسکتا ہے۔ گاہے معدم حس کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

تشخیص تفریقی:۔ جہاں تشخیص انتہائی آسان ہے وہیں بہت سے ایسے اصابات بھی ہوتے ہیں جن میں بہت دشواری ہوسکتی ہے حالانکہ جس کے لئے حالات اطمنان بخش ہوتے ہیں۔ موخر دیوار کے عضلی سلعہ کو پس خمیدہ رحم سے متمائز کرنا دشوار ہوتا ہے، بعینہٖ سریع پس خمیدہ تعررحم عضلی سلعہ کی طرح محسوس ہوسکتا ہے۔ اسی طرح ایک سخت التہابی ابھار جو موخر دیوار سے ٹھوس طور پر منضم ہوتا ہے، پس خمیدہ رحم سے مشابہت رکھ سکتا ہے۔ حامل پس خمیدہ رحم کو بھی غلطی سے بیضی دو یرہ سمجھا جاسکتا ہے، اسی طرح غلطی کے دیگر بہت سے امکانات بھی ہوسکتے ہیں۔

بعض اصابات میں، جب کہ تفریق ناگزیر ہو، مانع عفونت تدابیر کا سختی سے لحاظ رکھتے ہوئے رحمی مجس وضع رحم معلوم کرنے کے لئے داخل کیا جائے۔

عمومی تدبیر و علاج

مخصوص تدابیر و علاج مذکور الصدر سبب حالات و امراض کے ذیل میں جا بجا بیان کر دیئے گئے ہیں۔ ذیل میں ایسی تدبیر وعلیہ کا تذکرہ کیا جارہا ہے جو مذکور الصدر امراضیاتی کیفیات مستثنیٰ یا رفع کر دینے کے بعد منتخب اصابات میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔

وضعی تدابیر:۔ بہت سے ماہرین رحمی صدری وضع کی دونوں یعنی تحریز (Prophylaxis) اور ایسے اصابات کی تدابیر میں ہدایت کرتے ہیں جن میں اطمنان بخش توضیع اور حبلی فرازج ممکن نہیں ہوتے اس کی اہمیت کے سلسلہ میں بعض ماہرین کو کلام ہے لیکن نوویک نے بیشتر اصابات خصوصاً بعد الولادت میں اسے یقینی حد تک مفید بتایا ہے۔

عورت جیسے ہی رکبی صدری وضع اختیار کرتی ہے اور ہوا حبل کو متمدد کر دیتی ہے، آزادانہ طور پر حرکت پذیر

رحم سامنے کی طرف گر پڑتا ہے۔ اس طرح جب کہ دو دستی درزی ناکام ہو جاتی ہے، اکثر رحم کی درستی ہو جاتی ہے۔ طبعی وضع برقرار رکھنے کے لئے ضروری ہے کہ مریضہ کو ہر روز رکبی صدری وضع میں کم از کم ۵ منٹ تک رہنے کی ہدایت کی جائے۔

تعلیقی عملیہ (Sospension Operation):۔ تعلیقی عملیہ کو اس وقت تک برتنے کی جسارت نہ کرنی چاہئے تاوقتیکہ فرزجہ کے ذریعہ درستگی اور اصلاح کی کوشش نہ کر لی جائے۔ اگر پس گرد یا پس خمیدہ رحم کی فرزجہ سے اطمنان بخش توضیع ہو جائے نیز جملہ علامتیں مکمل طور سے رفع ہو جائیں تو یہ زیادہ قابل ترجیح ہے لیکن اگر فرزجہ دور کرنے پر غلطی غیر وضعیت واقع ہو جائے۔ نیز سابقہ علامتیں عود کر آئیں تو یہ اس امر کی طرف اشارہ ہے کہ مریضہ تعلیق کے لئے موزوں امیدوار ہے۔

تعلیق رتثبیت رحم = (Hysteropexy) کی چند قسمیں جو عام طور سے رحمی عجزی ابعاطات کی شنویت کے ساتھ مرکب ہوتی ہیں، اکثر غیر پیچیدہ اصابات میں بروئے کار لائی جاتی ہیں، جب کہ دیگر امراض کے ساتھ پیچیدہ اصابات میں عملیہ کی مختلف قسمیں، جو بسا اوقات رحم برآری پر بھی مشتمل ہوتی ہیں، ناگزیر ہو سکتی ہیں۔

۴۵

تبوّل کے فسادات فعل

[Disorders of Micturition]

نسائیاتی علتوں اور امراض کے ساتھ اکثر تبولی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عورتوں میں بولی علامتیں زمرۂ بولی تنات کے کسی مرض کی موجودگی میں ممکن ہیں بلکہ متعدد نسائیاتی فسادات فعل کے ہمراہ بھی ان کی موجودگی عین ممکن اور اہم ہے۔ مثانہ کا عنق اور مقدم مہبلی دیوار سے گہرا تعلق ہوتا ہے۔ حوضی حصۂ حاجب حوضی سلعات کے سبب اپنے طبعی محل سے ہٹ سکتا ہے یا عنق سے نو بالیدوں کے انتشار سے محبوس ہو سکتا ہے۔

یہ سبق محض نسائیاتی نقطۂ نظر سے لکھا جا رہا ہے، لہٰذا اس میں وہی مباحث آئیں گے جن کا نسائیات سے خاص تعلق ہے تاہم کثرت بول اور بول الدم پر بھی نظر رکھنی چاہیے۔ نسائیاتی اصابات میں مکمل بولی تفتیش ناگزیر ہے، جس کے ساتھ ساتھ مثانہ بینی اور دروں وریدی حوض نگاری —— (Intravenous Pyelography) اکثر ضروری ہوتی ہے۔

عسر البول اور احتباس البول

[Dysuria and Retention of Urine]

عسر البول اور احتباس بول کا یہ مطلب ہے کہ بول مثانہ میں تو پہونچتا ہے لیکن اخراج یا ادرار میں دشواری پیش آتی ہے یا باہر نہیں نکلتا، اسے انقطاع البول (Suppression of the Urine) یا انحباس البول (Anuria) سے تمیز کر لینا چاہیے، جس میں گردے ہی سے پیشاب نہیں خارج ہوتا۔ ان حالات میں طویل لمدتی

مرض کے نتیجہ میں پیشاب میں دفع ہونے والے فضلات کی سمیت جسم بھر میں منتشر ہو جاتی ہے اور بالخصوص احشائے رئیسہ پر انتہائی خراب اثر پڑنے پر ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔

اسباب

یہ عموماً عضلۂ عاصرہ کے تشنج منعکس (Reflex Spasm)، تسدد، مختلف حالات و تعضرات، سوزاک مزمن اور ضعف مثانہ بہ سبب سوء مزاج بارد کے سبب واقع ہوتا ہے۔

منعکس تشنج:۔ احتباس بول عموماً شکمی یا مہبلی عملیوں یا وضع حمل کے بعد لاحق ہوتا ہے جو قابل ذکر مدت یعنی مریضہ کے بستر سے اٹھنے تک برقرار رہتا ہے۔ عسر البول عجان پر عملیوں کے بعد بھی لاحق ہو جاتا ہے خاص طور سے اگر مبرزی عضلۂ عاصرہ یا معا مستقیم ماؤف ہو جائے۔ فرجی رتقے میں درد یا ایمیت حساس لحمیۂ مبال یا بارتھولینی التہاب کے واقع ہوتی ہے جو کہ مثانہ کے عضلۂ عاصرہ کا انعکاسی تشنج پیدا کر دیتے ہیں۔ پیشاب کی حاجت کو بہت زیادہ دیر تک روک رکھنے سے بھی عضلۂ ماسکۃ البول کا معکوس تشنج پیدا ہو سکتا ہے، عضلۂ ماسکۃ البول کا تشنج مثانہ یا مجرائے بول میں ورم مزمن کی حالت میں بھی حرقۃ البول کے زیر اثر واقع ہو جاتا ہے۔ عصبی المزاج عورتیں اس میں مبتلا ہونے کی زیادہ صلاحیت رکھتی ہیں۔ اسی طرح اختناق الرحم کی مریضات میں بھی منعکس تشنج واقع ہو جاتا ہے۔ عمومی عصبی تشنج بعض شدید قسم کے دماغی امراض میں واقع ہوتا ہے، جس کے زیر اثر مجری البول بند ہو جاتا ہے۔

تسدد (Obstruction):۔ عورتوں میں مبالی تضیق کثیر الوقوع نہیں اور چونکہ ان میں مبال چھوٹا اور سیدھا ہوتا ہے لہٰذا حصاۃ کے ذریعہ تسدد بھی نادر الوقوع ہے۔ مبالی قنال کے تسدد کے سبب احتباس بول تضیق مبال یا عنق مثانہ کے حصاۃ یا سرطانی سلعہ سے لاحق ہوتا ہے۔ مقامی طور پر مثانہ و رحم کے ضربہ و سقطہ کے نتیجہ میں بھی اجتماع دم کے سبب تسددی عسر البول واقع ہو جاتا ہے۔

بیشتر اصابات میں تسدد حوض میں کسی مثبت التہاب کے سبب مبال کے تطول اور اعوجاج یا توڑ مروڑ (Distortion) کے سبب واقع ہوتا ہے جو حوض میں محبوس چند ابھاروں کی وجہ سے واقع ہوتا ہے۔ اس طرح کے تثبت اور ابھار کے عمومی اسباب پس گرد محتبس حامل رحم، کوئی مرصوص یعنی عضلی سلعہ یا کوئی مرصوص مبیضی ورم وغیرہ، حوضی دموی قیلہ، حوضی خراج، مہبلی اجتماع الدم یا وضع حمل ہوتے ہیں۔

ناقابل حل سقاط میں احتباس بول شاذ و نادر ہی پیچیدگی کے طور پر لاحق ہوتا ہے۔ کوئی لیف آسا بوسیری ستر مہبل کو بہت زیادہ متمدد کر دیتا ہے جس کے نتیجہ میں مبال کا تطول و اعوجاج ہو کر عسر البول لاحق ہوتا ہے۔

عصبی حالات:۔ منتشر تصلب Disseminated Sclerosis، سہام الظہری، لاپشت کی عدم

منبا حرکت (Tabes Dorsalis) اور نخاع کے تضررات فالج نصفی لاحق کردیتے ہیں، جس کے نتیجہ میں عسر البول واقع ہوجاتا ہے۔ علاوہ بریں دماغی اعصاب کے تضرر سے بھی احتباس بول واقع ہوتا ہے۔

ضعف مثانہ وسوء مزاج بارد:۔ اس کا سبب نفس مثانہ میں ہوتا ہے جس کے سبب وہ بول دفع کرنے پر قادر نہیں ہوتا، یہ ضعف سوء مزاج علی الخصوص بارد کے تابع ہوتا ہے۔

گردہ، مثانہ، مجری البول اور تناسلی قنات کے علاوہ جگر، امعاء، رحم، ناف، کنج ران، مقعد اور پشت کے امراض و تضررات کی مختلف صورتوں سے بھی عسر البول واقع ہوجاتا ہے۔

علامات

اگر اعصابی تشنج سبب ہو تو عورت کا عصبی المزاج اور ذکی الحس ہونا نیز بعض سبب امراض کی موجودگی سے علامات کی تحقیق ہوجائے گی۔ مریضہ کے پیشاب میں ریگ کی موجودگی حصاۃ مثانہ کی دلیل ہے۔ عنق مثانہ کے سرطانی سلعہ کی موجودگی میں ورم نیز سرطان کی دیگر علامات موجود ہوں گی۔ بول میں قیح کی موجودگی مثانہ اور مجری البول کے تضررات کی واضح علامت ہے، علاوہ بریں روئداد سے بھی اس امر پر بخوبی روشنی پڑتی ہے کہ آیا وضع حمل یا ضربہ یا سقطہ سے مریضہ کو دوچار ہونا پڑا تھا یا نہیں؟ تضررات کی موجودگی میں پہلے حرقتہ البول کی شکایت ہوتی ہے اور اندمال کی صورت میں رفتہ رفتہ پیشاب کی دھار باریک ہوکر احتباس یا عسر البول واقع ہوجاتا ہے۔ مزید برآں احلیل میں قاثاطیر داخل کرنے پر رکاوٹ دور ہونے اور قاثاطیر خون آلود نکلنے سے تضرر و تقرح کی توثیق ہوجائے گی۔ حوضی دموی قیلہ، حوضی خراج، جہبی اجتماع الدم اور نفخۃ الرحم اگر اسباب احتباس ہوں گے تو ان کی علامتیں پائی جائیں گی۔

عصبی حالات کے زیر اثر واقع ہونے والے احتباس البول میں فالج نصفی یا دیگر عصبی امراض کی علامات واضح ہوں گی۔

سوء مزاج بارد کی حالت میں خاص طور سے بادشمالی چلنے پر اضافہ ہوتا ہے علاوہ بریں ضعف مثانہ کی بلغمی و رطوبی علامات موجود ہوتی ہیں۔

علاج

عمومی تدابیر:۔ احتباس بول کی حالت میں نہ صرف فوری تسکین کی ضرورت ہوتی ہے بلکہ اس کے سبب کو بعجلت ممکنہ دور کردینے کی بھی ضرورت ہوتی ہے ورنہ التہاب مثانہ اور بعد میں التہاب حوض الکلیہ صعودی طور پر واقع ہوجاتا ہے۔ قاثاطیر کے ذریعہ فوری تسکین اگرچہ حاصل ہوتی ہے تاہم اصل سبب دور کئے بغیر اس کے عود کرنے کا اندیشہ باقی رہتا ہے۔

حاملِ رحم کے احتباس و عسر البول کی حالت میں محبوس بول قاثاطیر کے ذریعہ فوری طور پر خارج کیا جاسکتا ہے، جس کے بعد بیشتر اصابات میں رحم خود رو طریقے پر اپنی طبعی پیش گرد وضع اختیار کر لیتا ہے لیکن اس کیلئے سِم کی وضع (Sim's Position) یا کبھی مرفقی وضع (Knee Elbow Position) معین ثابت ہوتی ہے۔ شاذ و نادر اصابات میں ہی اسے اصبعی طریقے سے درست کرنے کی ضرورت پڑتی ہے، ایسی حالت میں دو دستی طور پر اسے اس کی اصلی وضع پر کر دیا جائے اور اس کے بعد فرزجہ کے ذریعہ اس کی وضع بحال رکھی جائے، حسبِ ضرورت معدم حس کے زیرِ اثر اس کی اصلاح بھی کی جا سکتی ہے۔

اگر مثانہ پری کے سبب بہت زیادہ تمدد ہو تو اسے رفتہ رفتہ تدریجاً خالی کیا جائے، کیونکہ اچانک مکمل انخلا سے غشائے مخاطی سے نزف کا اندیشہ رہتا ہے، لیکن احتباس بول کے ان اصابات میں بعض ماہرین اسے بے بنیاد خوف سے منسوب کرتے ہیں۔

احتباس و عسر البول کبھی کبھی بالخصوص منعکس تشنج کی حالت میں خود اعتمادی پیدا کرے، مسکنات کے داخلی استعمال، گرم حمام یا حقنہ سے بھی دور کیا جا سکتا ہے۔

یونانی علاج: انعکاسی تشنج کی حالت میں اصل سبب دور کریں، تشنج مطلق کے مطابق علاج کریں، خلط کے انضاج کے بعد بتدریج تنقیۂ بدن کریں اور اس کے بعد اشیائے حارہ سے تمریخ کریں۔

بعض اطبا باسلیق کی فصد، قابض مقوی روغن مثلاً روغن گل ملنے اور آبزن میں بٹھانے کی ہدایت کرتے ہیں۔ مختلف اورام مثانہ، حوضی دموی قیلہ اور رحمی اجتماع الدم وغیرہ کے سبب عسر البول کی شکایت ہو تو مریضہ کا علاج آبزن و نطول کے ذریعہ کیا جائے نیز روغن بابونہ سے تمریخ کی جائے اور اصل سبب رفع کیا جائے۔

اخلاط کے غلبہ یا غلظ البول کی صورت میں قوی مدرات بول استعمال کرائیں اور مریضہ کو جوشاندہ ذیل میں آبزن کرائیں:

(ص)، تخم خطمی، پرسیاؤشاں، اکلیل الملک خشک، بابونہ، تخم کتاں، مرزنجوش ہر ایک ۱۲ گرام لے کر پانی میں پکائیں اور صاف کر کے مریضہ کو اس میں تا کمر بٹھائیں۔

فصد کے بعد نسخۂ ذیل مفید ہے:

(ص)، گل خطمی ۹ گرام، تخم مرو ۹ گرام، گل سرخ ۳-۳ گرام، خار خسک ۹ گرام، عنب الثعلب ۹ گرام جوش دے کر گلقند ۲۴ گرام ملا کر استعمال کرائیں۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(ص)، گل بابونہ، سعد کوفی، کندر، زیرہ سیاہ ہر ایک دو گرام خوب باریک پیس کر گلقند ۴۸ گرام میں ملا کر

عرق بادیان ۱۲۵ ملی لیٹر اور شربت دینار ۲۵ ملی لیٹر کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

تدریجی عسر البول یا احتباس بول کی حالت میں اصل سبب معلوم کرکے رفع کریں، حصاۃ مثانہ کی موجودگی میں مفتتات استعمال کرائیں یا اس کے اخراج کی دوسری مناسب تدبیر بروئے کار لائیں۔ اگر حصاۃ گردہ ومثانہ چھوٹے ہوں تو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) مغز تخم خیارین، مغز تخم خربزہ، تخم خبازی، بادیان، تخم کرفس ہر ایک ۶ گرام، مغز بادام شیریں مقشر حب بلساں، مغز تخم بکائن، بیخ کاکنج، تخم گزر دشتی بشگوفہ اذخر، نانخواہ، برگ سداب، مرچ سیاہ، گلمرغ، ناگرموتھ ہر ایک ۳ گرام کوٹ چھان کر سفوف تیار کرلیں۔

مقدار خوراک وترکیب استعمال: ۷ گرام ہمراہ آب تازہ وشربت آلو بالو۔

مدرات کے دوران استعمال نطول ذیل بھی بروئے کار لائیں:

(ص) مغز تخم کدو شیریں، مغز تخم تربوز ۳-۳ گرام پانی میں پیس کر لعاب اسپغول ۱۰ گرام، لڑکی کی ماں کا دودھ ۱۲ ملی لیٹر، اضافہ کرکے مجری البول میں سرنج سے ڈوش کریں۔

نوٹ: مذکورہ دواؤں کے دوران استعمال سفوف رب السوس دودھ کی لسی کے ہمراہ استعمال کرائیں۔ ضربہ وسقط کی حالت میں مذکور الصدر تخم خطمی والا آبزن اور گل خطمی والا خوردنی نسخہ استعمال کرائیں۔ اگر ضربہ وسقط نیز دیگر تضررات سے خون کا بہت زیادہ اخراج ہو تو ایسے قرص کہربا سے روکیں جو صمغ اخروٹ سے تیار کیا گیا ہو۔ اگر جمود دم کا خوف ہو تو اس کا علاج دم جامد کی طرح کریں۔ اگر سداویت وحلقیت واقع ہو جائے تو مناسب تدابیر بروئے کار لائیں۔

اگر مثانہ کی ساخت کا ارخا سبب ہو اور قوت دافعہ کے ضعف سے عسر البول واحتباس البول واقع ہو تو ہنگامی حالات میں اول قاثاطیر سے پیشاب کا اخراج کیا جائے پھر جوشاندہ ذیل میں آبزن کرایا جائے:

(ص) گلنار، گل سرخ، مازو سبز، مائیں، پوست انار، جوز السرو، برگ آس۔ بدستور پانی میں پکا کر کام میں لائیں۔

اگر ضعف مثانہ کے ساتھ لذع نہ ہو تو سرطان سوختہ ہمراہ آب نیم گرم دیں۔ مغز تخم خربزہ وشکر طبرزد کو باریک پیس کر بمقدار ۳ تا ۵ گرام یومیہ استعمال کرانا بھی مفید ہے۔

بارد امزجہ میں گرم روغن ومعجون استعمال کرائیں۔ روغن ناردین ہمراہ آب نیم گرم اور حلتیت (۱۲ تا ۲۴ گرام) گدھی کے دودھ میں دینا عسر البول میں مفید ہے۔ اسی طرح گلقند عسلی یا اطریفل صغیر کا استعمال بھی مفید ہے۔

دیگر: کندر، مصطگی ہر ایک ایک گرام گلقند یا اطریفل صغیر میں ملا کر تناول کرائیں۔

بقراط نے احتباس بول کے مریض کے لئے شراب خالص نوش کرانا مفید بتایا ہے۔

عسرالبول میں نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(ص) شورہ قلمی، جوکھار، نمک مولی ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر دودھ کی لسّی کے ہمراہ یا دیگر مدرات کے ہمراہ شربت بزوری ۲۵ ملی لیٹر، ملا کر استعمال کرائیں۔

حسب ذیل مقامی استعمال کے نسخے بھی مفید ہیں:

مقامی طور پر مثانہ پر آب گرم گرائیں اور روغن خارخسک، روغن شبت یا روغن ناردین کی مالش کریں۔

دیگر:۔ بچہ کبوتر کو مار کر اس کا خون موئے زہار پر ٹپکائیں اور شکم چاک کر کے گرم گرم پیڑو پر باندھیں۔

(ص) پوست درخت ارنڈ ریزہ ریزہ کر کے دودھ کے ساتھ جوش دیں اور مرہم کی طرح تیار کر کے ضماد کریں۔ اگر ورم و حرارت محسوس ہو تو جو کا آٹا اضافہ کریں۔ اسی طرح تمکوں اور رائی کا ضماد بھی مفید ہے۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:۔

(ص) شورہ قلمی ۵ گرام، چوہے کی مینگنیاں ۲ گرام، باریک پیس کر زیر ناف ضماد کریں، اگر اس میں قدرے سرکہ بھی ملائیں تو افادیت بڑھ جائے گی۔

(دیگر) گل ٹیسو پون لٹر پانی میں جوش دے کر صاف کر کے پیڑو پر تریڑا کریں۔

(دیگر) شورۂ قلمی ۲ گرام کو قدرے پانی میں حل کریں اور اس میں گاز لت کر کے پیڑو پر رکھیں۔

علیہ:۔ اگر حوضی سلعہ موجود ہو تو اسے دور کیا جائے بخصوص حوضی سلعہ کی طرح حوضی دموی قیلہ دور کرنے کے لئے بھی شکمی علیہ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ حوضی خراج کی سیلیت موخر مہبل شگافی کے ذریعہ کی جا سکتی ہے اور مہبلی اجتماع الدم کا اخراج غیر منثقب غشاء البکارت میں شگاف دے کر کیا جا سکتا ہے۔

علیہ یا وضع حمل کے بعد احتباس بول کا علاج مانع عفونت نوشن سے اسفنج کے ذریعہ فرج کی تکمید کر کے کیا جا سکتا ہے، اس کے بعد مریضہ کو بیٹھنے کی ہدایت کی جائے۔

انشراب لاسکس (Lasix) یا پروسٹگمین (Prostigmine) بمقدار ۰.۵ ملی گرام عضلہ مثانہ کو تحریک دینے کے لئے اکثر موثر ثابت ہوتے ہیں لیکن اگر یہ دوائیں ناکام ہو جائیں تو ایک قاثاطیر گزارا جائے، بااوقات خود قائم قاثاطیر مثانہ میں ۲۴ گھنٹے کے لئے چھوڑ دیا جاتا ہے۔

غذا و پرہیز:۔ دودھ، آش جو وغیرہ جیسی لطیف چیزیں دیں، لیکن سوء مزاج بارد اور ضعف مثانہ کی حالت میں تیتر، بٹیر یا بکری کے گوشت کا شوربا چپاتی کے ہمراہ دیں، نخود آب، بچہ کبوتر کا گوشت، مطنجن اور چوزہ مرغ کا گوشت سبزیوں کے ہمراہ دینا بھی مفید ہے۔

سلس البول

[Incontinence of Urine]

سلس البول کا اطلاق ایسی حالت پر ہوتا ہے جس میں مختلف اسباب اور طریقوں سے بے ارادہ پیشاب خارج ہوتا ہے۔ اس میں عموماً مثانہ سے پیشاب کی تراوش ہوتی رہتی ہے لیکن چند اصابات میں حالت اخراج بول ہوتا ہے۔ اس کی مختلف حالتوں کے مابین تفریق ناگزیر ہے۔ جب تقطیر البول مستقل ہوتا ہے اور مثانہ خالی رہتا ہے تو ایسی حالت کو مطلق سلس البول (Absolute Incontinence) کہتے ہیں۔ اگر مثانہ طبعی طور پر پیشاب روکے رہے لیکن عنق مثانہ کے خطہ میں تشریحی تغیرات کے سبب دباؤ کے چند حالات مثلاً دباؤ بڑھنے، کھانسنے یا چھینکنے سے اس کا کچھ حصہ غیر ارادی طور پر خارج ہوجائے تو اسے دباؤ والا سلس البول (Stress Incontinence) کہیں گے۔ کبھی مثانہ پری کے سبب پیشاب وقفہ وقفہ سے چھلکنے لگتا ہے جسے کاذب سلس البول (False Incontinence) کہتے ہیں۔ جب کہ بعض ماہرین دباؤ والے سلس البول ہی کو کاذب سلس البول سے موسوم کرتے ہیں۔ گاہے مریضہ پیشاب کرنے کی شدید فوری ضرورت محسوس کرتی ہے، اور اس کی حاجت اتنی شدید ہوتی ہے کہ مثانہ میں موجود بول کل یا جز غیر اختیاری طور پر خارج ہوتا ہے۔ اسے عجلت تبول (Urgency of Micturition) سے موسوم کرتے ہیں۔ بچوں میں بسا اوقات سوتے وقت سلس البول واقع ہوتا ہے جسے بول فی الفراش، سلس البول لیلی یا شبانہ سلس البول (Nocturnal Incontinence) کہتے ہیں۔

سلس البول مطلق:

اسے صادق سلس البول بھی کہتے ہیں۔ سلس البول تبول کے طبعی عصبی عضلی اقتدار کے فسادات نیز مثانہ یا مالب میں کسی ناسور کی موجودگی سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ عورتوں میں طبعی تبول کے اختیاری کنٹرول کے مختلف عوامل ہوتے ہیں جنھیں تشریح و منافع کی کتابوں میں تفصیل سے دیکھ لینا چاہیے۔ تبول کا میکانیہ مثانہ کی حساسہ یا محرکہ عصبی رسد کے فقدان سے بھی خلل پذیر ہو سکتا ہے۔ گاہے نخاعی اختلالات سے بھی یہ عارضہ لاحق ہو جاتا ہے۔

صادق سلس البول بلغمی مزاج، بچیوں اور ضعیف العمر عورتوں نیز مرطوب آب و ہوا میں سکونت پذیر عورتوں میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس میں مثانہ کی ساخت کے ریشے اور عضلہ ماسکۃ البول غلبۂ رطوبت کے سبب سسترخی ہو کر اپنی صحیح کارکردگی سے قاصر ہو جاتے ہیں۔ مدرات بول کے کثرت استعمال مثلاً تربوز، خربوزہ، دودھ، چھاچھ یا کسی قسم کے مشروب بکثرت استعمال کرنے نیز کثرت شراب نوشی سے بھی مثانہ میں ضعف پیدا

ہو جاتا ہے۔ اسی طرح گاہے مثانہ کا سوءِ مزاج حار بھی سلس البول واقع کرتا ہے کیوں کہ حرارت مفرط کے سبب مثانہ مائیت کثیر جذب کر لیتا ہے جس کی وجہ سے مجاری فراخ اور مثانہ ضعیف نیز امساک بول سے عاجز ہو جاتا ہے۔ حرارت کے سبب سلس البول کو شیخ نے نادر الوقوع بتایا ہے۔

مقاربت کے بعد پیشاب کرنے سے بھی سلس البول نیز بول فی الفراش کے عارضے لاحق ہو جاتے ہیں۔

جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے اس کا عام سبب ناصور کی چند قسمیں ہوتی ہیں، چنانچہ بیشتر بولی ناصورات وضع حمل کے دوران مہبل اور مثانہ کو پہونچنے والے ضرب کے نتیجے میں واقع ہوتے ہیں تاہم شکمی یا مہبلی عملیوں کے دوران مثانہ اور حالبین کو پہونچنے والے ضربات کے نتیجہ میں بھی لاحق ہو سکتے ہیں مثلاً ورتھائم کے طریقہ رحم برآری (Wertheim's Hysterectomy) جس میں رحم کی عصبی رسد ناگزیر طور پر منقسم ہو جاتی ہے نیز رحم اور ملحقہ کی ساختوں سے آزاد ہو جاتا ہے؛ لیکن اس میں ضعف عضلہ کا ایک معین عرصہ گذرنے کے بعد مثانہ عموماً طبعی عمل جاری کر دیتا ہے۔ عنق کا ترقی یافتہ سرطان جو مثانہ میں تقرح پیدا کرتا ہے، مثانی مہبلی ناصور کا خاص سبب ہوتا ہے۔ بسا اوقات عنقی تدرن جو مثانہ میں تقرح پیدا کرتا ہے یا مثانہ کی خبیث بالید جو مہبل میں تقرح کا سبب ہوتی ہے ناصور پیدا کرتی ہے۔

متعدد عصبی امراض میں جب کہ تضرر مرکز قطن سے اوپر ہوتا ہے، مثانہ اعلیٰ عصبی مراکز سے منقطع ہو جاتا ہے اور انجام کار سلس البول عارض ہو جاتا ہے کیوں کہ ایسی حالت میں مثانہ اپنے آپ کام کرنے لگتا ہے۔ اختلال حرکی (Locomotor Ataxia) میں مثانی بحران اور مثانہ کا غیر اختیاری استفراغ واقع ہوتا ہے۔

دباؤ کے سبب سلس البول:- سلس البول کی یہ کثیر الوقوع قسم ہے۔ مریضہ اس امر کی شکایت کرتی ہے کہ مثانہ کبھی خالی نہیں ہوتا اور کسی جھٹکے مثلاً ہنسنے، کھانسنے یا چھینکنے کے وقت تھوڑا پیشاب خارج ہو جاتا ہے۔ یہ قسم زیادہ تر صاحب اولاد عورتوں میں پائی جاتی ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وضع حمل کے وقت فرشِ حوض کو ضرر پہونچتا ہے۔ یہ شکایت گاہے عدیم الولادت عورتوں میں بھی واقع ہو جاتی ہے، ایسی حالت میں شکایت عموماً ابتدائے حیات ہی سے موجود ہوتی ہے۔ بسا اوقات اس کی اطلاع پہلی بار دوران حمل ہوتی ہے کیوں کہ حمل کے دباؤ سے یا جن عورتوں کے شکم میں ثقل جمع ہو جاتا ہے اس طرح فوق مثانہ کے اعضاء مثلاً رحم و ناف کے اورام عظیمہ سرطانی سلعات وغیرہ کا دباؤ ہر وقت مثانہ پھاڑنے اور اس کے اختلاج کی تحریک دیتا رہتا ہے۔

علامات و تشخیص

صادق سلس البول میں مہبل سے مسلسل پیشاب چھلکتا رہتا ہے لیکن اگر ناصور چھوٹا ہو تو اس ادرار کی

اطلاع فقط مثانہ پری کی حالت میں ہی ممکن ہے لیکن جب مریضہ بستر بد ہوتی ہے تو اس کی اطلاع شکل سے ہوتی ہے۔

ناسور کی تشخیص منظار کے ذریعہ کی جا سکتی ہے، مہبل کا محتاط امتحان کیا جاتا ہے، جس سے ایک سوراخ یا دباؤ واضح طور پر ملاحظہ کیا جا سکتا ہے جس کے ذریعہ بآسانی مجس داخل کیا جا سکتا ہے، اگر ناسور کا پتہ نہ چلے تو مثانہ خالی کر دینا چاہیے اور ایک رنگین محلول اس میں انجکٹ کر دینا چاہیے، مثانہ پر دباؤ ڈال کر مہبل میں اس کو رستے ہوئے دیکھا جا سکتا ہے۔ اگر مثانہ میں وافر سیال سمانے کی گنجائش اور صلاحیت موجود ہو تو مثانہ بینی سے مدد مل سکتی ہے۔ حالبی مثانی ناسور کی حالت میں مثانہ ضرر یافتہ حالب سے پُر ہو جائے گا جس کے سبب اگرچہ بول مہبل سے مسلسل رستا رہتا ہے، تاہم مریضہ کبھی بسا اوقات مثانہ خالی کرنے کی ضرورت محسوس کرتی ہے۔ درون وریدی حوضی الکلیہ نگاری حوض الکلوی اجتماع بول (Hydronephrosis) کی متناظر ہوگی اور ناسور کی درست تعیین کے لئے حالبی قاثاطیریت کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

اگر سلس البول مطلق غلبۂ بلغم کے سبب ہو تو سرد اشیاء کے استعمال سے مرض میں اضافہ ہوگا اور گرم و خشک اشیاء کے استعمال سے افاقہ۔ ایسی حالت میں پیشاب کا رنگ سفید ہوتا ہے۔ مدرات بول کے کثرت استعمال کی حالت میں روئداد حاصل کرنے سے اصل سبب پر سے بآسانی حجاب اٹھ جاتا ہے، جنہیں ترک کر دینے یا ان کی اصلاح سے مرض میں افاقہ ہوتا ہے۔

سوء مزاج حار کی حالت میں مریضہ کے مزاج میں غلبۂ حرارت ہوگا، پیشاب کا رنگ سرخی مائل ہوگا نیز ادرار کے وقت سوزش محسوس ہوگی۔ گرم اشیاء کے استعمال سے مرض میں اضافہ اور سرد چیزوں کے استعمال سے افاقہ ہوگا۔

اصولی طور پر غیر طبعی امدادات کے طور پر عنق مثانہ کا خفیف سقوط یا مبال کا خلع مبالی قیلہ کے سبب پایا جاتا ہے۔ بہت سے اصابات میں محض مثانہ پری کی شکل میں دباؤ کا سلس البول عارض ہو جاتا ہے، للٰہذا مریضہ کے امتحان کے وقت اس امر کو ملحوظ رکھنا چاہیے۔

عنق مثانہ کی وضع کا پتہ لگانے کے لئے شعاع نگاری کی ضرورت پڑ سکتی ہے چنانچہ اس مقصد کے لئے مثانہ کو شعاعی غیر شفاف محلول (Radio Opaque Solution) سے بھر دیا جاتا ہے اور اسکے بعد تحت کی حالت میں عکس ریز حاصل کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے سلس البول کے تقریباً جملہ اصابات میں مبال کے موخر پہلو اور مثانہ کے مابین خلفی زاویہ ختم ہو جاتا ہے، لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ ہنوز دیگر میکانیے اگر محفوظ اور اچھی حالت میں ہوں اور صرف مبال کا عضلہ رافعہ (جو موخر مبالی مثانی زاویہ کا ذمہ دار ہوتا ہے) تباہ ہوا ہو تو سلس البول میں کوئی

اس کے برعکس اگر اول الذکر نسم بری طرح خراب ہو جائے تو طبعی زاویے کے باوصف فرق نہ آئے گا۔ سلس البول واقع ہو جائے گا۔

اگر مریضہ اس امر کی شکایت کرے کہ وہ پیشاب روکنے پر قادر نہیں رہی تو ایسی حالت میں تواتر بول، کاذب و صادق سلس البول کے درمیان تمیز ضروری ہے۔ اگر مثانہ بری پر کھانسنے کے باوجود دباؤ کا سلس البول تشخیص نہ ہو سکے یا حوامل، مثانی قیلہ یا مبالی قیلہ کی شہادت نہ مل سکے تو عملیہ کی صلاح دینے سے پیشتر خصوصی احتیاط اور توجہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرکزی نظام اعصاب کا احتیاط کے ساتھ امتحان کیا جائے اور علامات کے لئے کسی بھی درون مثانی سبب کو مستثنیٰ کرنے کے لئے مثانہ بینی بھی انجام دی جائے۔

یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ شدت ادرار اور سلس البول اکثر فاعلی علامات کے طور پر پائے جاتے ہیں جو محض تسلی اور دانش مندانہ تدابیر سے رفع کئے جا سکتے ہیں۔ عملیہ کا مشورہ فقط اسی وقت دینا چاہیئے جب کہ کوئی عضوی تضرر موجود ہو۔

علاج

یونانی علاج :۔ اصل سبب معلوم کر کے تدارک کریں۔ غلبہ بلغم کی صورت میں مقوی مثانہ، گرم و قابض دوائیں استعمال کرائیں۔ صبح و شام کے درج ذیل نسخے بھی مفید ہیں:۔

صبح کا نسخہ: کندر، مصطگی ۲۵۶ - ۲۵۶ ملی گرام باریک پیس کر گلقند عسلی ۲۵ گرام یا جوارش مصطگی ۵ گرام میں ملا کر کھلائیں۔

شام کا نسخہ: معجون کندر یا معجون ماسک البول بمقدار ۷ گرام ہمراہ عرق بادیان ۱۲۵ ملی لیٹر نوش کرائیں۔

انجیر و مقوی مسخن مثانہ ہیں۔

استرخائے مثانہ کے سبب سلس البول میں نسخۂ ذیل مفید ہے:۔

(ص) کلونجی و اجوائن ہر ایک ۷ گرام ہمراہ آب تازہ استعمال کرائیں۔

(ص) سنگھاڑا خشک کوٹ چھان کر شکر سفید ملا کر بقدار ۱۲ گرام کھلانا سلس البول میں مفید ہے۔

(ص) کودوں کو بھاڑ میں بھون کر آٹا تیار کریں اور شکر مساوی الوزن ملا کر ایک کف دست روزانہ استعمال کرائیں۔ سلس البول میں مجرب بتایا گیا ہے۔

(ص) مشک و جند بیدستر ہمراہ روغن بابونہ، روغن نرگس اور اسی طرح دوسری چیزوں کے ساتھ ملا کر مثانہ پر طلا کریں۔ اسی طرح قسم حار میں روغن گل اور بادام میں روغن قسط و بان کی مثانہ پر مالش مفید ہے۔

(س) تیل ۱۲ گرام مقشر، خشخاش سفید ۱۲ گرام، مغز بادام شیریں ۵ عدد باریک پیس کر مصری مساوی الوزن ملا کر کھلائیں۔ سلس البول میں نافع ہے۔

اگر مدرات بول کا کثرت استعمال سبب ہو تو ان کے استعمال سے احتراز کرائیں اور مناسب اشیاء سے تعدیل کرائیں لیکن بحرانی کیفیت کو فوراً بند نہ کریں بلکہ ادویۂ مدرہ سے اس میں مدد کریں۔

مدرات بول کے کثرت استعمال کی حالت میں جوارش مصطگی یا اطریفل کبیر استعمال کرائیں۔

مقامی طور پر مثانہ پر روغن بکائن، روغن سرخ یا روغن مصطگی کی مالش کریں۔

اگر مثانہ کا مزاج گرم ہو تو سرد و قابض دوائیں مثلاً اطریفل صغیر، جوارش آملہ یا قرص طباشیر استعمال کرائیں۔ سفوف ذیل بھی مفید ہے:

(س) گلنار، گل سرخ، مازو سبز، کزمازج، کشنیز خشک، آملہ خشک، صندل سفید، طباشیر سفید ہر ایک ۲ گرام، نبات سفید ۵ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر سفوف بنائیں اور بمقدار ۲ گرام بکری کے دودھ کے ہمراہ نوش کرائیں۔

معجون بلوط، معجون کوتوالی، معجون اذاراقی، معجون ماسک البول معمولات اطباء ہیں۔

حرارت مفرط کی حالت میں ذیابیطس کا علاج کریں۔

عملیہ:۔ چوں کہ دباؤ والے سلس البول کے بیشتر اصابات مبالی قیلہ یا مثانی قیلہ کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، لہٰذا علاج میں سب سے پہلے مقدم مہبل دوزی انجام دی جائے خواہ سقوط کی کوئی شہادت موجود کیوں نہ ہو۔ لیکن عنق مثانہ کے نیچے بافتوں کو کھینچ کر مہبلی رخ سے باندھنے پر دباؤ والے سلس البول میں آرام ہو جاتا ہے اور تقریباً ۷۵٪ اصابات میں اس سادہ اور محفوظ تکنیک سے شفا ہو جاتی ہے کیوں کہ ان اصابات میں مبال کا محل پست ہوتا ہے اسی لئے اس میں ارتفاع منفذ (Elevation of Meatus) کا عملیہ تجویز کیا جاتا ہے۔ اس غرض سے منفذ کی کوروں اور اطراف کی دہلیزی غشائے مخاطی میں ایک نعل نما شگاف لگا دیا جاتا ہے اس کے بعد منفذ کی کوروں کو دہلیزی شگاف کی بیرونی کوروں سے ملا کر مبال کا منہ اس کے پہلے محل سے نصف انچ یا اس سے زائد اوپر کھینچ لیا جاتا ہے اور تانت کی متوقف دوختوں سے ملا دیا جاتا ہے۔ اس سے عموماً اس طرح کا سلس البول علاج پذیر ہو جاتا ہے۔

سلس البول کے ایسے اصابات جن میں مبال میں بے قاعدہ اتساع موجود ہو جاتا ہے جس کے ساتھ کبھی قیلہ مثانیہ موجود ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں، اس کا ایک موزوں علاج یہ ہے کہ مہبل کی دیوار میں تمام مبال کے

ساتھ ایک طویل وسطی شگاف دیا جائے، دو جانبی ہبلی دامن اٹھائے جائیں اور پھر فرش کا پردہ بنانے کے بعد میزاب کے کناروں کو تانت کی متوقف دوختگی سے ملا دیا جائے۔

کاذب سلس البول:- یہ دراصل مثانہ کی ایک بیش تمددی علامت ہوتی ہے، جس میں مثانہ پری کے سبب پیشاب کی معمول مقدار وقفہ وقفہ سے چھلکنے لگتی ہے۔ یہ صورت حال مزمن بھی ہو سکتی ہے، جسے سلس احتباسی یا چھلکاؤ (Overflow) کے ساتھ احتباس سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ عنق مثانہ میں مرصوص (Impacted) حوضی سلعات، پس گرد محصور حامل رحم (Retroverted Incarcerated Gravid Uterus) یا حوضی کہف میں خون یا قیح بڑی مقدار میں جمع ہو جانے کے نتیجہ میں بھی طوالت یافتہ بیش تمدد واقع ہو سکتا ہے۔

عجلتِ تبول (Urgency of Micturition):- اس حالت میں مریضہ ادرار کی حاجت کو زیادہ دیر تک روکنے پر قادر نہیں ہوتی، اگر اسے زحمت انتظار سے دوچار نہ ہونا پڑے تو کسی دشواری کا سامنا نہیں کرنا پڑتا لیکن اگر کسی سبب سے فوری طور پر اخراج بول کا موقع نہ مل سکے تو ادرار کا تقاضا اتنا شدید ہوگا کہ عضلہ عاصرہ دباؤ کی مدافعت کرنے سے قاصر ہو جائے گا، نتیجۂ کار مثانہ کے کچھ یا جملہ مشتملات خارج ہو جائیں گے۔ مریضہ اس امر کا اظہار کر سکتی ہے کہ وہ عمر بھر اس "کمزوری" میں مبتلا رہی اور ممکن ہے کہ عمر ولودت سے یہ مزید تکلیف دہ ہو جائے۔ بعض اصابات میں بول، احلیل، مثانہ اور اردگرد کے اعضائے امتحان سے پتہ چلے گا کہ کوئی نہ کوئی چیز غیر طبعی ضرور ہے۔ تاہم دیگر اصابات میں مثانہ یعنی التہاب مثلثہ (Trigonitis) کی متناظر ہوتی ہے۔ بسا اوقات عاجلانہ ادرار بول کا بیش تمدد قیلۂ مثانہ یا کسی سلعہ کے سبب ہو سکتا ہے جس طرح حامل رحم مثانہ پر دباؤ ڈالتا ہے۔ عاجلانہ ادرار منتشر تصلب (یہ مرض جواں سالہ عورتوں کو لاحق ہوتا ہے) کی ابتدائی علامت ہو سکتی ہے۔ عصبی مرض کی دیگر امارات کے بغیر عاجلانہ ادرار ضعیف العمری میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

لیلی سلس البول یا بول فی الفراش:- یہ مرض عموماً بچیوں میں چرنوں، التہاب فرج یا عدم صفائی کے سبب واقع ہوتا ہے۔ خنازیری اور بلغمی مزاج کی بچیوں میں مبتلائے مرض ہونے کی صلاحیت زیادہ ہوتی ہے کیوں کہ خنازیری مزاج کی بچیوں کے بول میں خراش دار تیزابی مادہ ریورک ایسڈ کی پیدائش ہوتی ہے۔ اس حالت میں عصبی مشارکت کے سبب عضلۂ ماسکۃ البول میں خلل پڑ جاتا ہے اور مریضہ بوقت خواب پیشاب روکنے پر قادر نہیں رہ پاتی، اسی طرح بلغمی مزاج کی کمزور بچیوں یا ضعیف عورتوں کا عضلۂ ماسکۃ البول قدرے ضعیف ہو جانے سے مریضات حالت نوم میں مثانہ پری کے سبب پیشاب روکنے سے قاصر رہتی ہیں۔

بسا اوقات کسی سبب کی شہادت نہیں ملتی، ایسی حالت میں نفسی عصبانیت سبب ہوتی ہے، متفکر والدین اور لواحقین اس حالت میں اضافہ کا سبب ہوتے ہیں کیوں کہ وہ مسلسل زجر و توبیخ کر کے اس عادت

کی یاد دہانی کراتے رہتے ہیں۔

معا مستقیم میں چرنوں کی موجودگی کی حالت میں مبرز میں کلبلاہٹ اور خارش ہوتی ہے اور گاہے براز میں بھی کرم امعا مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں۔ التہاب فرج کی حالت میں مقامی طور پر فرج میں ورم اور سرخی موجود ہوتی ہے۔ عدم صفائی کی حالت میں عمومی اور مقامی غلاظت و کثافت مشاہدہ کی جا سکتی ہے۔

غلبۂ بلغم و رطوبت کی موجودگی میں بچی بطی الحواس اور کند ذہن ہو جاتی ہے۔ رفتار نبض سست، بدن زرد ہوتا ہے، نیند کا غلبہ ہوتا ہے، نیز دیگر علامات رطوبت موجود ہوتی ہیں۔

نفسی عصبانیت کی حالت میں مریضہ چڑچڑی اور مراقی ہو جاتی ہے۔

تدابیر و علاج :۔ اصل سبب معلوم کر کے اس کا تدارک کریں۔ عمومی صفائی اور حفظان صحت کی طرف خصوصی توجہ مبذول کریں۔ مدر بول اشیاء سے پرہیز کرائیں اور جہاں تک ممکن ہو رات کو دو تین بار جگا کر پیشاب کرائیں۔

یونانی علاج :۔ تدابیر بالا کو ملحوظ رکھیں۔ چرنوں کی موجودگی کی صورت میں بادبڑنگ ۴ گرام ہمراہ منقی ۲ عدد میں رکھ کر روزانہ ایک ہفتہ تک کھلائیں۔ ایسی حالت میں مقامی نکیلن ڈوش کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

بول بستری کا علاج سلس البول و استرخائے مثانہ کی طرح کیا جائے۔ پیشاب میں تیزابی یا ترش اجزا کی موجودگی میں نسخہ ذیل استعمال کرائیں :۔

(ص) زیرہ سیاہ، کندر، سونٹھ، اجوائن دیسی، مرچ سیاہ، نمک سیاہ، جوا کھار ہر ایک ۳ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دواؤں کو سفوف بنا کر بقدر ۱ گرام ہمراہ آب تازہ استعمال کرائیں۔

خنازیری مزاج کی بچیوں اور ضعیفہ کے لئے معجون ذیل مفید ہے :۔

(ص) ناگرموتھ، کندر، مصطگی، قسط شیریں، بلوط ہر ایک ۵ گرام، سونٹھ ۹ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں باریک کوٹ چھان کر ۳۰ گرام شہد خالص ۳۲۵ ملی لیٹر میں ملالیں اور بقدر ۵ گرام رات کو سوتے وقت عرق بادیان ۶۲ ملی لیٹر کے ہمراہ نوش کرائیں۔

۱ گرام مصطگی پیس کر گلقند ۱۲ گرام میں ملا کر روزمرہ کھلائیں۔

کشتۂ فولاد یا کشتۂ خبث الحدید مناسب بدرقہ کے ہمراہ کھلانا بھی مفید ہے۔

بلغمی مزاج کی مریضات میں جوارش مصطگی یا معجون کندر مفید ہوتا ہے۔

ضعف مثانہ میں موسم سرما میں تل کی ریوڑی اور گزک مفید ہوتے ہیں۔

نسخۂ ذیل بول فی الفراش میں بطور خاص مفید ہے :۔

(ص) بورۂ نمبری ۱۲ گرام، ہر بار یک پیس کر شراب ریحانی کے ہمراہ کھلائیں۔ اسی طرح روغن بابونہ ہمراہ آب نیم گرم ۱۲ گرام دینا بھی مفید ہے۔

تواتر بول، تقطیر البول

[Frequency of Micturition]

معالج کو نسائیاتی پریکٹس کے دوران اکثر اس شکایت سے سابقہ پڑتا رہتا ہے۔ بیشتر صاحب ولادت عورتوں میں قیلۂ مثانیہ یا مبالی سقوط کے ساتھ دن کے اوقات میں خفیف تواتر موجود رہتا ہے۔ جب رات کی طرح دن میں تواتر واقع ہوتا ہے تو یہ انتہائی تکلیف دہ علامت ہوتی ہے۔ اگر تبول دردناک اور جلد جلد ہو تو یہ عموماً فرجی خطے میں کسی مقامی تعفن یا اسفل بولی قنات میں سرایت کی جانب ایک اشارہ ہوتا ہے۔

درد کے سبب اور تواتر کی تفتیش کے لئے مریضہ کی روئداد محتاط طور پر حاصل کی جائے۔ مہبل، فرج اور عنق کا امتحان کیا جائے اور قاثاطیر کے ذریعہ بول کا نمونہ برائے امتحان حاصل کیا جائے۔ بول کی کاشت، مثانہ بینی اور شافی قنات نگاری (Urography) مخصوص اصابات میں مفید ہوتے ہیں۔

اسباب

اس کے اسباب اضباس وعسر البول کے مطابق پائے جاتے ہیں جنہیں حسب ذیل تقسیم سے بآسانی سمجھا جا سکتا ہے:۔

(۱) نسائیاتی حالات، (۲) بولی قنات کے تعفنات، (۳) غیر طبعی بولی اجزا کی موجودگی، (۴) ضعف مثانہ اور سوء مزاج بارد۔

نسائیاتی حالات کے ساتھ واقع ہونیوالا تواتر:۔ (ا) بسا اوقات حوضی التہاب بارتطون میں اردگرد کے خراش مثانہ کے سبب بطور علامت تواتر واقع ہوتا ہے۔

(ب) اکثر نئی نویلی دلہنوں میں شادی سے پہلے چند یوم دردناک متواتر تبول ہوتا ہے، جس کا سبب مقامی خراش بتایا جاتا ہے۔ ان میں سوزاکی التہاب مبال کے امکان کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیئے۔

(ج) معمر عورتوں میں مبالی لحمیہ یا مبالی مخاط کا سقوط بھی مستمر اور دردناک تبول عارض کر دیتا ہے۔

(د) ابتدائے حمل میں منتفخ رحم کے قاعدۃ المثانہ پر دباؤ سے بھی تواتر بول کی شکایت ہو جاتی ہے جو تیسرے ماہ بعد از خود رفع ہو جاتی ہے، کیونکہ اس وقت رحم ایک شکمی عضو کی وضع میں آجاتا ہے۔

(ہ) سرایت زدہ دریدہ عنق کے ساتھ عموماً تواتر بول کی شکایت پائی جاتی ہے جو عنق کے نکو یا بتر کے

کے بعد خود بخود رفع ہوجاتی ہے۔

(و) عنق کی دیوار میں پیدا ہونے والا اعضلی سلعہ جو کہ بالی مثانی بار یطون (Urethrovesical Pe- ritaneum) اور مثلث المثانہ کے مابین بڑھتا اور تواتر پیدا کرتا ہے۔

(ز) قیلہ مثانیہ میں دن کے دوران تواتر واقع ہوتا ہے رات میں نہیں، کیوں کہ استراحت کی حالت میں قیلہ مثانیہ چھوٹا ہوجاتا یا ایک طرف ہٹ جاتا ہے طویل المدتی اصابات میں سقوط مثانہ میں بول کی بے حرکتی التہاب مثانہ کی طرف اشارہ ہوتی ہے، جس کے ساتھ مستمر، دردناک اور جلن دار پیشاب ہوتا ہے۔

بولی قنات کے تضررات کے سبب تواتر بول:۔ اس کا سبب التہاب مبال، التہاب مثانہ یا التہاب حوض الکلیہ ہوتا ہے۔

التہاب مبال:۔ حاد سوزاک سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب ہے اور سرایت اسکین (Skene) کی گرد بالی قناتوں یا بالی قنال کے مثانہ بشانہ واقع دیگر غدد تک پہونچتی ہے۔ حاد درجہ قلیل المدتی ہوتا ہے، لیکن سرایت قطعی طور پر اسکین کی قناتوں اور دیگر غدد میں گوشہ نشین ہوتی ہے جو مکرر الوقوع حملے کا باعث ہوتی ہے۔ سرایت عام طور سے حاد درجہ کے دوران مثانہ تک منتشر ہوتی ہے لیکن مکرر الوقوع التہاب مثانہ اسکین کی قناتوں یا گرد مبالی غدد میں قیام پذیر سرایت کے سبب واقع ہوتا ہے۔

مجری البول کے حاد یا مزمن التہاب کی علامت کثیر الوقوع، دردناک اور سوزش کے ساتھ ادرار ہوتی ہے۔

علاج:۔ مبال کا اتساع، مانعات عفونت کا استعمال، حرارت رسانی اور انضعاق علاج کے چند طریقے ہیں۔

سیلانی سوزاکی التہاب مبال کا علاج حاد مدارج میں مبنی سلین ہے لیکن مزمن التہاب مبال کا قلع قمع کرنا دشوار ہے۔

التہاب مثانہ:۔ جرثومی سرایت مثانہ حاد یا مزمن ہوسکتی ہے۔

حاد التہاب مثانہ:۔ کثیر الوقوع اسباب واصلہ مکرر الوقوع قاثا طیریت اور اس کے بعد وضع حمل یا شکمی یا مہبلی عملیہ کے بعد یا بیش تمدد مثانہ کی تسکین میں تاخیر ہوتے ہیں۔ خراج کی حالت میں سرایتی اجسام مبقہ عنقودیہ یا مبقہ سلسلیہ ہوتے ہیں۔ سیلانی سوزاکی سرایت کی مبال سے مثانہ تک توسیع بھی کثیر الوقوع سبب ہے۔ بسا اوقات بی۔ قولی (B. coli) کے ذریعہ صعودی سرایت بھی ہوسکتی ہے۔

صحت مند مثانہ کچھ وقت تک سرایت کا مقابلہ کرتا ہے اگرچہ اس کے اندر اجسام در آتے ہیں۔ مثانہ کو پہونچنے والے زخم و ضرر کے بعد اکثر سرایت واقع ہوجاتی ہے۔ وضع حمل کے دوران اگر مثانہ خدش یافتہ ہوجائے

یا علیہ مثلاً مہبل دوزی یا رحم برآری کے دوران التہاب مثانہ واقع ہو سکتا ہے۔

اگر مثانہ کا مکمل انخلاء نہ ہو سکے تو سرایت کا امکان غیر معمولی طور پر بڑھ جاتا ہے۔

مثانہ میں کوئی بھی جسم غریب مثلاً قاثاطیر سرایت کا احتمال بڑھا دے گا۔ مثانی سنگریزے عورتوں کے مثانہ میں بالعموم پائے نہیں جاتے، کیونکہ چھوٹے سنگریزے نسبتاً عریض مبال سے گذر جاتے ہیں لیکن بسا اوقات کلاں فاسفیٹ کے اجتماعات چند جسم غریب بنا کر دشواری کا سبب ہوتے ہیں۔

مثانی مہبلی ناصور خواہ بہ سبب ضرر یا نو بالید واقع ہو، میں التہاب مثانہ عموماً واقع ہوتا ہے۔ تدرنی جراثیم بھی گردے سے صعود کر کے مثانہ تک پہونچ سکتے ہیں جو التہاب مثانہ کا سبب ہو سکتے ہیں۔

یہ بھی ممکن ہے کہ ملحقہ اعضاء کے التہابی تضررات سے سرایت مثانہ تک منتشر ہو جائے لیکن اس راستہ سے سرایت قلیل الوقوع ہے۔

تقطیر البول کا ایک سبب مثانہ کے قوت ماسکہ کا ضعف بھی ہوتا ہے، علاوہ بریں چند اصابات میں حدت بول بھی سبب ہوتا ہے۔

امراضیات:۔ حاد التہاب مثانہ میں غشاء مخاطی سرخ، اذیمائی اور بیش دموی ہو جاتی ہے اور عروق دمویہ اس طرح نظر نہیں آتیں جس طرح طبعی غشائے مخاطی میں مخاط نما ریم کا اخراج ہوتا ہے اور شدید اصابات میں تقرح یا اغشاش واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن اصابات میں بھی یکساں تغیرات نظر آتے ہیں، لیکن جلد مثانی دیوار دبازت یافتہ ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں مزمن التہاب کثیر الوقوع نہیں۔

تدرنی اصابات میں اکثر حالبی ثقبوں کے نزدیک قروح نظر آ سکتے ہیں۔ موخر اصابات میں مثانہ چھوٹا اور نمایاں طور پر تضیق ہو جاتا ہے۔

علامات:۔ ادرار بہت دردناک ہوتا ہے اور نمایاں تواتر شب و روز یکساں طور پر موجود ہوتا ہے نیز فوق عانی اور زیر معدی دُکھن/ خط میں اہم درد ہوتا ہے۔ جسمانی علامات معدودے چند ہوتی ہیں اور حرارت بہت زیادہ مرتفع نہیں ہوتی۔ بول میں البیومن اور ریم نما خلیات (Pus Cells) کی کثیر تعداد کی موجودگی تشخیص میں معاون ہوتی ہے۔ مثانہ بینی بہت دردناک ہوتی ہے اور حاد اصابات میں قابل ہدایت نہیں ہوتی۔

دو دستی امتحان پر حس کرنے سے مثانہ الیم ہوتا ہے۔ تواتر بول کی شکایت شب و روز رہتی ہے اور مریضہ پیشاب خارج کرنے کی شدید حاجت محسوس کرتی ہے۔ شدید مثانی تشنج محسوس ہو سکتا ہے۔ مثانہ کا التہاب

اور اذیرا اورار کے وقت شدید درد پیدا کرسکتے ہیں خصوصاً ادرار کے اواخر میں اور اگر مبال ثانوی طور پر سرایت زدہ ہوا ہے تو سوزش کے ساتھ درد ہوسکتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں عموماً قدرے بخار ہوتا ہے۔

شدید بخار اور قشعریرہ اس امر کی نشان دہی کرتے ہیں کہ سرایت گردے تک منتشر ہوچکی ہے۔

بول غیر شفاف ہوتا ہے جو متعدد ریم زاخلیات اور جرثوموں پر مشتمل ہوتا ہے۔ شدید اصابات میں خون موجود ہوسکتا ہے۔

مزمن التہاب مثانہ کی حالت میں علامات حاد التہاب مثانہ کی بہ نسبت کم شدید ہوتی ہیں۔ بخار اور دیگر علامات عمومی عام طور سے موجود نہیں ہوتیں یستمر اور تکلیف دہ تواتر بول تو موجود ہوتا ہے لیکن درد کا تلازم ضروری نہیں۔

اگر بول ریم پر مشتمل ہو تو تدرن کا امکان نظر انداز نہیں کرنا چاہئے، لیکن جیسے کاشت کے معمولی توشیوں سے نشوونما نہیں پاتے، ایسی حالت میں ۲۴ گھنٹے کے بول کا زیل نیلسن کے توشیہ (Ziel-Neelsen's Method) سے امتحان کرنا چاہئے۔

جب پھوڑا مثانہ میں پھٹ جاتا ہے تو بول اگرچہ صاف ہوتا ہے تاہم تہ میں سفید رسوب پایا جاتا ہے نیز عانہ میں درد ہوتا ہے۔

علاج :۔ آرام بستری اور فوق عانی خطہ کو گرم کرنے کی ہدایت کی جائے، سیالات وافر مقدار میں براہ دہن دیں اور ہر چوتھے گھنٹے حسب ذیل اجزا پر مشتمل القلی آمیزہ دیں:۔

پوٹاشیم یا سوڈیم سائٹریٹ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ = ایک ایک گرام
ٹنکچر ہایوسیامس = ۳۰ بوند
پانی = ایک اونس

اس علاج سے مریضہ درد کم ہونے نیز تشنج مثانہ دور ہونے کے سبب آرام محسوس کرنے لگتی ہے۔

سرایت کا مقابلہ کرنے کے لئے سلفا ادویہ، ۱۱۲ قراص ہر چھٹے گھنٹے ۲ تا ۳ یوم دیئے جائیں۔ ادرار بول کیلئے عام طور سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر اندر ۵ پائنٹ (۳ لٹر) کی مقدار میں سیال دیا جاسکتا ہے۔

بی پروٹیس (B. Proteus) اور بی۔ پایوسائی نیس (B. Pyocyaneus) سلفا ادویہ سے مقاومت رکھتے ہیں نیز اسٹریپٹومائیسین سے تیزی سے مقاومت پیدا ہوتی ہے۔ ۴ گرام کی بڑی خوراک ۲۴ گھنٹے میں دے کر بول کی تعقیم کی جاسکتی ہے اور اس کے بعد ایک گرام یومیہ چند دنوں دے کر بند کردی جائے۔

بسا اوقات حاد التہاب مثانہ کی علامتوں میں تسکین پہونچانے کے لئے پیرافین کی مثانہ میں تقطیر ناگزیر

ہوجاتی ہے۔

التہاب حوض الکلیہ حمل یا نفاس کے دوران یا بعد الجراحی پیچیدگی کے طور پر لاحق ہوتا ہے۔

بسا اوقات رحمی سرطانی سلعہ کے سبب واقع ہوتا ہے کیوں کہ رباطات عریض کی دراندازی سے حالبین کا جزوی تسدد واقع ہوتا ہے۔ ان اسباب کے علاوہ التہاب حوض الکلیہ حصاۃ بول کے ساتھ متلازم طور پر پایا جاسکتا ہے۔ حالبین کے ہمراہ صعودی سرایت اغلباً نہیں پائی جاتی کیوں کہ حالبی مثانی مقام اتصال پر صمام نما فعل صعودی سرایت کے لئے ناسازگار ہوتا ہے۔

لمفاوی راستہ غالباً سب سے زیادہ سازگار ہے کیوں کہ قولون اور گردوں کے عروق لمف کے مابین براہ راست رابطہ موجود ہوتا ہے۔ التہاب حوض الکلیہ میں عام ترین عضویہ بی۔ قولی (B. Coli) ہوتا ہے جو اس ذریعہ سے بعد میں لمفاوی سرایت میں مددگار ہوتا ہے۔

نبقی سرایتوں میں دموی سرایت (Haeamatogenous Infection) ممکن ہے لیکن بی۔ قولی کے ساتھ نہیں۔

التہاب حوض الکلیہ عموماً حاد، لمفی یا مزمن بھی ہوتا ہے۔

علامات:۔ درجۂ حرارت روزانہ ۱۰۳ تک یا زائد مرتفع ہوسکتا ہے جس کے ساتھ قشعریرہ بھی پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات ۲۴ گھنٹے میں بہت زیادہ ارتفاع ہوجاتا ہے۔ نبض ممتلی ہوتی ہے۔ ضلعی فقری زاویہ میں درد اور الیمیت پائی جاتی ہے، جس کے ہمراہ سوزش اور تقطیر بول کی شکایت ہوتی ہے۔ بول تیزابی ہوتا ہے اور قیحی خلیات کی کثیر تعداد پر مشتمل ہوتا۔ اسے سرایت کے ذمہ دار اجسام کو علیحدہ کرنے کے لئے ہمیشہ کاشت کرلینا چاہئے۔ عضوی علامات خفیف ہوتی ہیں اور مریضہ مسموم نہیں نظر آتی۔ شروع میں چہرے پر بھراہٹ اور ہونٹوں پر ورم ہوتا ہے، اگر دونوں گردے متورم ہوں تو سارا جسم متورم ہوجاتا ہے۔ اگر گردہ سے پیپ بغیر خون خارج ہو جس کے ساتھ درد یا شدید حرارت نہ ہو تو اس کا سبب انفتاح وانشقاق عروق ہوتا ہے لیکن خراج کی حالت میں پیپ خارج ہوتی ہے جب حالب بھی ماؤف ہوتا ہے تو درد ضلعی فقری خط سے سامنے کی طرف بڑھتا ہے، نیز داہنی جانب حاد التہاب زائدہ سے مشابہت رکھتا ہے۔ بعض اصابات میں روزانہ ارتفاع حرارت مع قشعریرہ یا درد شکم اور نفخ و تمدد سے عفونت الدم (Septicaemia) کی غلط فہمی ہوجاتی ہے۔ بسا اوقات گردوں کے مقام پر سوزش ہوتی ہے، منہ خشک ہوتا ہے، پیاس کی شدت ہوتی ہے، تقطیر البول کی شکایت میں اضافہ ہوجاتا ہے۔

علامات فارقہ:۔ اگر بول الدم اور مدہ مشاہدہ میں آئے تو تفریقی مطالعہ ضرور کرلیا جائے، چنانچہ اگر تقیح الدم کی شکایت ہو اور اس سے پیشتر قطنی خط میں درد شدید ہو نیز حمّی اور غیر منتظم قشعریرہ واقع ہو تو سبب گردہ

ہے، لیکن اگر درد مثانہ میں ہو، ساتھ میں قشعریرہ بھی پایا جائے تو سبب مثانہ میں ہے۔ اگر درد حجاب حاجز یا جگر میں ہو تو اس کے خراج پر دلالت کرتا ہے، جس کے ساتھ بول الدم کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ جب پھوڑا گردہ میں پھٹتا ہے تو قطنی خط میں درد ہوتا ہے نیز ریم آمیز بول ہوتا ہے، ساتھ میں گوشت کے چھیچھڑے خارج ہوتے ہیں، اس کے برعکس جب خراج مثانہ پھٹتا ہے تو بول صاف ہوتا ہے لیکن سفید رسوب تہ نشین نظر آتا ہے نیز پیڑو میں درد ہوتا ہے۔

اس کے علاج کے خطوط حاد التہاب مثانہ کے مطابق ہیں۔ سرایت پر قابو پانے کے لیے مخصوص دوائیں اسٹریپٹومائی سین اور سلفوناما ئڈز ہیں۔

غیر طبعی بولی اجزا کے سبب تواتر:- گرم ممالک میں کثرت تعریق کے سبب بول مرتکز ہو جاتا ہے جس کے سبب بیش تیزابیت اور یوریٹس (Urates) کا اجتماع ہو جاتا ہے۔ بول میں شکر کی موجودگی سے ذیابیطس ظاہر ہوتا ہے اور اگر نے لیٹ (Oxalate) یا فاسفیٹ ہاضمہ کے اختلالات یا تحولی اسباب کی طرف اشارہ کرتے ہیں جو مثانی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کر کے تواتر لاحق کر دیتے ہیں، تقطیر البول جو حدت و لذع کے ساتھ ہوتا ہے یہ دراصل جسم کے فضلات یا اخلاط حارہ ہوتے ہیں جنھیں گردہ مثانہ کی طرف دفع کرتا ہے یا عروق میں پائے جانے والی حار خلطیں ہوتی ہیں جنھیں جسم تنقیہ کی غرض سے بول کے ساتھ دفع کرنا چاہتا ہے، یہ عضوی امراض میں بھی واقع ہوتا ہے، جس کے سبب کثرت بول اور تمدد مثانہ عارض ہو جاتا ہے۔ لیکن کثرت بول عصبی اضطراب کی بھی ایک امارت ہوا کرتی ہے۔

ضعف مثانہ از سوء مزاج بارد:- سوء مزاج بارد کے سبب واقع ہونے والا ضعف مثانہ تواتر اور تقطیر البول کثیر الوقوع ہے۔ یہ ضعف دو وجوہ سے موجب تقطیر ہوتا ہے ایک یہ کہ اس کی قوت مثانہ کمزور ہو جاتی ہے، اس طرح مثانہ میں جمع شدہ قلیل المقدار بول روکنے پر مثانہ قادر نہیں رہ پاتا، تا وقتیکہ شئ میں جمع ہو کر خارج نہ ہو جائے، چین نہیں ملتا، خواہ یہ اخراج بے ارادہ کیوں نہ ہو۔ دوم یہ کہ مثانہ کی قوت دافعہ ضعیف ہو جاتی ہے جس کے سبب مثانہ اخراج بول پر قادر نہیں رہتا یہاں تک کہ مثانہ مستقل ہو کر عسر البول سے مشابہ حالت رونما کر دیتا ہے۔

علامات و تشخیص:- اس کا وقوع اکثر سردیوں میں اور معمر مستورات میں ہوتا ہے، بول سفید ہوتا ہے جس میں سوزش نہیں ہوتی، پیاس نہیں لگتی اور بسا اوقات بے اختیار پیشاب خارج ہو جاتا ہے اور اسباب سردہ پہلے سے موجود ہوتے ہیں۔

تواتر و تقطیر البول کا یونانی علاج

مذکور الصدر ہدایات و تدابیر کو ملحوظ رکھیں۔ بنائیاتی اسباب موجود ہوں تو ان کا مناسب تدارک کیا جائے، بولی تنات کے تغیرات اسباب ہوں تو تشخیصی نتیجہ کے مطابق علاج کریں۔

التہاب مبال کا سبب اگر سوزاک ہو تو سوزاک کے ذیل میں درج شدہ دوائیں اور تدابیر بروئے کار لائیں۔

اگر التہاب مثانہ یا التہاب حوض الکلیہ سبب ہو تو اس کا مناسب تدارک کریں۔ ادرار اور تحلیل ورم کی غرض سے سفوف ذیل استعمال کرائیں:۔

(ص) مغز تخم خیارین، مغز تخم خربزہ ۱۲-۱۲ گرام، تخم مرو، تخم خطمی، تخم خبازی، تخم کتاں ہر ایک ۷ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر باریک سفوف تیار کریں اور بمقدار ۹ گرام حلبہ و پرسیاؤشاں ۶-۶ گرام کے جوشاندہ کے ہمراہ چند یوم کھلائیں۔

خوردنی استعمال کے لئے حسب ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

(ص) تخم خیارین، تخم خربزہ، مغز تخم کدو شیریں، تخم خرفہ ہر ایک ۶ گرام، مکوہ خشک ۵ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: مذکورہ دواؤں کا شیرہ پانی میں نکال کر آب مکوہ سبز مروق ۵۰ ملی لیٹر شربت فالسہ ۲۵ ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔ چند یوم بعد تحلیل ورم کی خاطر نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) بنفشہ، خطمی، خبازی، پرسیاؤشاں ہر ایک ۷ گرام، تخم کتاں ۵ گرام، سپستاں ۹ دانہ، نبات سفید ۲۴ گرام، جوشاندہ تیار کر کے پلائیں۔

اگر قبض بھی موجود ہو تو:

(ص) مغز فلوس خیار شنبر ۲۴ گرام، روغن بنفشہ ۱۲ ملی لیٹر اضافہ کر کے پلائیں۔

حسب ذیل جوشاندہ میں دن میں کئی بار آبزن کرائیں:

(ص) بنفشہ، خطمی، خبازی ہر ایک ۶۰ گرام، ۲ لٹر پانی میں جوش دے کر اس میں ۲۰ لٹر آب گرم ملالیں، جوشاندہ تیار ہے۔

ضماد ذیل ورم مثانہ میں خاص طور سے مفید ہے:

(ص) کنجد مقشر، نان میدہ مساوی الوزن کوٹ کر روغن بابونہ میں ملا کر مثانہ پر نیم گرم ضماد کریں۔ پیڑو پر روغن بنفشہ کی مالش کریں۔

آب گرم سادہ یا اس میں پوست خشخاش کا جوشاندہ تیار کرکے عانہ پر نطول کرنا بھی مفید ہے۔

نوٹ:۔ بعض اطباء نے اونٹ کے دودھ کو التہاب مثانہ رفع کرنے کے لئے پلانا مفید بتایا ہے۔

مزمن التہاب مثانہ قلیل الوقوع ہے تاہم جب ہو جاتا ہے تو تقیح کا کچھ نہ کچھ درجہ ضرور پایا جاتا ہے۔
بہرحال اگر ایسی صورت واقع ہو جائے تو آب شہد یا شکر کا شربت پلائیں تاکہ قرحہ وغیرہ سے پاک ہو جائے
اس کے بعد اندمال زخم کے لئے حسب ذیل سفوف مومیائی دیں:

(ص) مومیائی ۱ گرام، دم الاخوین، شادنج عدسی مغسول، نشاستہ، تخم کرفس ہر ایک دو گرام
صمغ عربی ۵ر۳ گرام، کاکنج ۷ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں باریک پیس کر سفوف تیار کریں اور بقدر ۳ گرام ہمراہ شربت خشخاش
۲۶ گرام استعمال کرائیں۔

اطبائے قدیم نے بتایا ہے کہ اگر مومیائی پلائی جائے یا مجری البول میں ڈوش کی جائے تو درد و قروح گردہ
و مثانہ نیز احلیل کے لئے مفید ہے۔

اسی طرح قرص طباشیر یا قرص کہربا بقدر ۵ر۳ گرام یا سفوف کاکنج ۷ گرام کھلانا بھی مفید ہے۔

اگر التہاب مبال کے سبب تواتر و تقطیر البول واقع ہو نیز سوزاک و سیلان ریم کی شکایت ہو تو نسخہ
ذیل کا استعمال مفید ہے:

(ص) قرنفل، عاقرقرحا، گوکھرو، کافور چینیہ، گوگل، افیون خالص ہر ایک ۵ر۳ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر ۹ گولیاں تیار کریں، جس میں سے ایک گولی چھوڑ کر
باقی ایک صبح ایک شام، ۳-۴ یوم تک استعمال کرائیں اور رات کو پانی بالکل نہ دیں، غذا میں گندم کی روٹی نمک
وافر روغن کے ساتھ کھلائیں۔

اگر تقطیر و تواتر کا سبب التہاب حوض الکلیہ ہو تو اصل سبب معلوم کرکے معقول تدارک کریں۔ اخراج مادہ
کے لئے جلد و امعاء کے افعال کی تحریک کی جائے تاکہ گردوں کو راحت مل سکے، اس مقصد کے لئے مریض کو گرم
کپڑے پہنائیں، نیز کمرۂ رہائش گرم رکھیں ساتھ ہی معرقات آبزن اور انکباب بھی بروئے کار لائیں۔ مدرات
کا استعمال علی الخصوص ابتدائے مرض میں مطلق جائز نہیں، تاہم تقطیر البول اگر انحباس البول (Anuria) کی صورت
اختیار کرے تو ہلکے مدرات مثلاً تخم خیارین، چھاچھ اور تخم خربزہ وغیرہ دینا نامناسب نہیں۔

اس حالت میں افیون کا استعمال ممنوع ہے۔

امعائی تحریک کے لئے اول مغز املتاس دودھ میں جوش دے کر نوش کرائیں، اس طرح دو تین اجابتیں
۵ گرام ۲۵۰ ملی لیٹر

کھل کر آجائیں گی، اس کے بعد تعریق کی غرض سے مریضہ کو روزانہ تین گھنٹے تک آب گرم میں بٹھائیں اس کے بعد گرم خشک تولیہ سے جسم خشک کریں یا صرف سادہ گرم پانی کا بپھارا دیں۔ قسم بولی کی حالت میں قوی مسہل اور قوی مدرات کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔

اگر صفراویت سبب ہو تو لعاب بہدانہ ۳ گرام، شیرۂ عناب ۵ دانہ، شیرۂ مغز تخم کدوئے شیریں، شیرۂ مغز تخم تربوز ہر ایک ۳ گرام پانی میں نکال کر آب کاسنی سبز، آب مکوہ سبز مروق ۵۰۔۵۰ ملی لیٹر اضافہ کر کے شربت انار ۲۵ ملی لیٹر ملا کر دونوں وقت پلائیں اور ضماد ذیل کا مقام گردہ پر ضماد کریں:

(ص) آرد جو، مکوہ خشک، صندل سرخ، تخم کاسنی ہر ایک ۶ گرام، مکوہ سبز، کاسنی سبز ۲۴۔۲۴ گرام کے عرق میں پیس کر ضماد تیار کریں۔

اگر تنقیہ کی ضرورت ہو تو منضج بارد استعمال کرنے کے بعد مادہ کی رعایت کرتے ہوئے تنقیہ کریں۔ اس کے بعد آب مکوہ سبز مروق ۲۵ ملی لیٹر، شربت بزوری معتدل ۲۰ ملی لیٹر ملا کر چند یوم پلائیں۔

اگر خراج گردہ یا التہاب حوض الکلیہ کا سبب ورم حارہ ہو تو ربوب باردہ کھلائیں، لعاب اسپغول کا استعمال بھی مفید ہے۔ مقامی طور پر ٹھنڈک پہونچائیں۔ سیلان مدہ کے لیے مغز تخم خیار کھلائیں، حرارت نہ پہنچ سکے، اجتماع مادہ، تفتیح خراج اور سرایت کے اصابات میں نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(ص) تخم کتاں، تخم خطمی، تخم حلبہ ہر ایک ۶ گرام، نبات سفید ۲۴ گرام پانی میں جوش دے کر نوش کرائیں، مقامی طور پر حسب ذیل ضماد محلل استعمال کرائیں:

(ص) تخم کتاں، سبوس گندم، بابونہ کوٹ چھان کر پانی میں پکائیں یہاں تک کہ گاڑھا ہو جائے اس کے بعد اس میں روغن کنجد ملا کر نیم گرم مقام قطن و عانہ پر ضماد کریں۔ ورم گردہ و مثانہ دونوں میں مفید ہے، نضج کامل، جس کی علامت درد کے مکمل راحت ہے، کے بعد پھوڑے پھوڑنے والی دوائیں مثلاً دار چینی اور مدر بول تخم استعمال کرائیں۔ روغن بادام ہمراہ جوشاندہ حلبہ و انجیر دینا بھی مفید ہے:

جب ورم پھوٹ جائے، جس کی علامت یہ ہے کہ مجری البول سے مواد و ریم خارج ہونے لگے گی، تو مدرات بول کا استعمال جاری کر دیں۔ حسب ذیل سفوف مدر بھی مفید ہے:

(ص) مغز تخم خیارین، مغز تخم کدو، تخم خشخاش، نشاستہ، کتیرا، رب السوس ہر ایک ۵ر۱۰ گرام، بزر البنج ۶ گرام، قند سفید جملہ دواؤں کے مساوی المقدار۔

ترکیب تیاری و استعمال:- جملہ دواؤں کو کوٹ چھان کر سفوف تیار کریں اور بمقدار ۵ر۱۰ گرام شربت خشخاش کے ساتھ استعمال کرائیں۔

غیر طبعی بولی اجزا اگر سبب تواتر ہو تو اصل سبب معلوم کر کے تدارک کیا جائے۔
اگر ساتھ ساتھ قلب بھی کمزور ہو تو جواہر مہرہ ۳۲۵ ملی گرام، شہد ۲۰ ملی لیٹر میں ملا کر چٹائیں اور عرق گاؤزبان
عرق بید مشک ۲۰ ملی لیٹر پلائیں۔ کافور کا استعمال بھی مفید ہے۔
اگر برودت و فالج سبب ہو تو اس کا علاج مسخن و مقبض ادویہ سے کیا جائے۔ ایارج جالینوس، اطریفل کبیر
جوارش کندر، اطریفل صغیر مثرو دیطوس مفید ہیں۔ مسجنر نیا خاص طور سے تقطیر و عسر البول میں مفید ہے
نیز مقوی و مسخن مجاری ہے۔
بنارق البزور کھلا کر اوپر سے لعاب بہدانہ والا نسخہ استعمال کرانے سے بھی تقطیر البول میں فائدہ ہوتا ہے،
اس کے بعد دہی کا پانی اور چھاچھ ۵ گرام پلائیں۔ اسی طرح ماء الجبن کا استعمال بھی نافع ہے۔

غذا و پرہیز:- دودھ، آش جو اور دہی ایک مدت تک کھلاتے رہیں۔ اس کے بعد دیگر ہلکی زود ہضم غذائیں مثلاً بکری کا شوربا چپاتی کے ہمراہ اور ترکاریوں میں سے ٹھنڈی چیزیں مثلاً کدو، ترئی، ٹنڈا اور پالک وغیرہ دیں لیکن سوء مزاج بارد کے اصابات میں ٹھنڈی غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے۔ پھلوں میں سے سیب، ناشپاتی، سنترہ، انناس وغیرہ دیں۔ چائے اور قہوہ احتیاط کے ساتھ دے سکتے ہیں لیکن ان کا عدم استعمال ہی مناسب ہے۔ گوشت، تیز گرم اغذیہ اور شراب وغیرہ سے پرہیز ضروری ہے۔

۴۶

امتناعِ حمل

[Contraception]

خاندانی فلاح و بہبود کے سلسلے میں ضبط تولید بلاشبہ ایک عالمگیر سماجی اور طبی مسئلہ ہے جس کی وضاحت کی چنداں ضرورت نہیں۔ یہاں فقط مؤخر الذکر یعنی طبی نقطۂ نظر سے گفتگو کی جارہی ہے۔

اس میں کوئی شبہ نہیں کہ بسا اوقات حاملہ ہونے سے عورت کی صحت یا زندگی کو سخت خطرہ درپیش ہوتا ہے، علاوہ بریں بعض امراض کی موجودگی میں استقرار حمل کی صورت میں علاج کی خاطر اسقاط ناگزیر ہو جاتا ہے چنانچہ حسب ذیل امراض کی موجودگی میں حمل ایک خطرناک صورت ہوتی ہے:

تدرن، امراض کلیہ، شدید امراض قلب، ذیابیطس، غوطر جحوظی، مرگی، پھیپھڑے کے خطرناک مزمن مزرات، شدید فقر الدم، ہمزاں خبیث مرض، ذہنی اختلالات، دوالی ورید، حصاۃ صفراویہ (Gall-Stones) حاملہ کی مہلک قے، سابق حوامل میں شدید تسمم اور نفاسی جنون وغیرہ۔ ان امراض کی موجودگی میں استقرار حمل سے مرض میں مزید شدت پیدا ہو جاتی ہے اور انجام کار ہلاکت تک ہو جاتی ہے۔

مذکورہ امراض کے علاوہ عورت اور بچے کی تندرستی کے لئے بھی دو بچوں کی پیدائش کے مابین زیادہ سے زیادہ وقفہ ضروری ہے، تاکہ ماں کی کھوئی ہوئی تندرستی کا اعادہ ہو سکے اور بچے کو پھلنے پھولنے کا زیادہ سے زیادہ موقع مل سکے، چنانچہ ماہرین نے بچوں کی پیدائش کے درمیان کم از کم دو سال ۳ ماہ کا وقفہ ضروری بتایا ہے۔ اسے عورت اور بچے کی صحت و تندرستی کے پیش نظر بڑھا کر تین سال متعین کیا جا سکتا ہے۔ اگر کم از کم وقفے سے دھڑا دھڑ بچے پیدا ہونے لگیں تو اس سے نہ صرف ماں کی صحت کو تیزی سے گھن لگنے لگتا ہے بلکہ ناقص النمو نابختہ بچوں کی تولید میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے اور نوزائیدوں کی موت کا امکان بڑھ جاتا ہے علاوہ بریں جنسی زندگی اور رومان کا شیرازہ بھی بہت جلد بکھر جاتا ہے۔

ضبط تولید کے طریقوں کے استعمال سے ممکنہ اثرات بد کا سوال بھی پیدا ہوتا ہے لہٰذا جملہ طریقوں میں اس امر کو ملحوظ رکھنا چاہیئے کہ مانع حمل طریقہ تحت تخصیب کا بھی سبب ہو سکتا ہے۔ عدیم الولادت عورت کو اس خطرہ سے بہرحال آگاہ کر دینا چاہیئے۔

امتناع حمل کے طریقے:۔ امتناع حمل کے اب تک بے شمار طریقے ایجاد ہو چکے ہیں اور مزید پیش رفت اسی بلکہ اس سے زیادہ شد و مد سے اب بھی جاری ہے۔ ان طریقوں کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ حوینات منویہ اور بیضۂ انثی کا اتصال روک دیا جائے۔ نت نئے ایجاد ہونے والے طریقے اس امر کا بین ثبوت ہیں کہ بلا استثنائے تخصیص ماہرین اب تک امتناع حمل کے صد فیصد کامیاب طریقے معلوم کرنے سے قاصر ہیں۔ معالج کو اپنی انفرادی پریکٹس میں اس سلسلہ میں گوناگوں مسائل سے سابقہ پڑ سکتا ہے، لہٰذا اسے استقرار حمل روکنے کے مختلف طریقوں کو بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہیئے۔ امتناع حمل کے طریقوں کو حسب ذیل چار بڑی قسموں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:۔

(۱) حیاتیاتی قسم، جس میں میکانی طریقے استعمال نہیں ہوتے۔

(۲) میکانی، کیمیاوی اور دوائی (خوردنی) طریقے۔

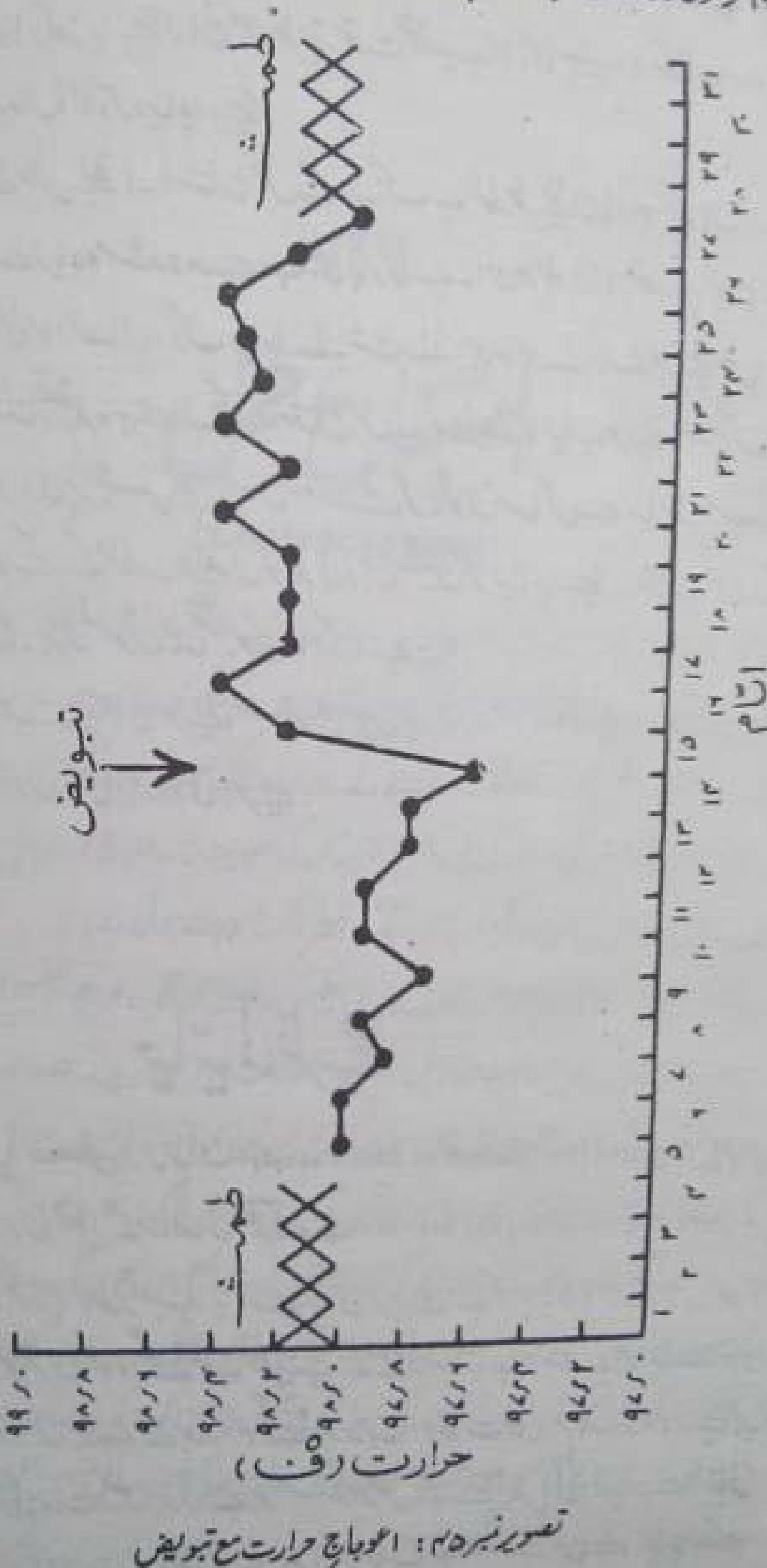
(۳) جراحیاتی طریقے۔

(۴) اشعاع۔

حیاتیاتی طریقے

قرشیہ تواتر یا محفوظ زمانہ (Rhythm Method or Safe Period):۔ ضبط تولید کا یہ طریقہ جماع کو ہر ماہ کے دورۂ طمثی کے منافعاتی عقم کی مدت (Period of Physiological Sterility) میں محدود کرتا ہے۔ بنیادی طور پر بطور تمہید یہ بات جاننی ضروری ہے کہ ہر دورہ میں مبیض عموماً ایک بیضہ خارج کرتا ہے جو صرف ۲۴ گھنٹے تک تخصیب کے لئے دستیاب رہتا ہے۔ جوینات منویہ ایک بار تناسلی قنات میں داخل ہونے کے بعد ۴۸ گھنٹے اور بسا اوقات ۳ یوم تک زندہ رہتے ہیں، لہٰذا ہر دورہ میں کم از کم ۳ روز کی مدت ایسی ہوتی ہے جو استقرار حمل کے لئے نظریاتی اعتبار سے نہایت سازگار ہوتی ہے چنانچہ اگر ان اوقات میں جماع سے احتراز کیا جائے تو استقرار حمل سے بچا جا سکتا ہے۔ ۲۸ روزہ دورۂ طمثی میں تبویض دورہ کے ۱۴ ویں روز عمل میں آتی ہے تاہم ۱۲ ویں تا ۱۶ ویں روز کی درمیانی مدت میں کسی بھی روز تبویض ممکن ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲۳۔ نوویک نے تقریباً ۴ ہفتے کی قسم

(۲۰ تا ۳۰ روزہ) کو عمومی دورہ بتایا ہے اور چھٹے تا ۱۰ ویں روز مجامعت سے گریز کرنے کی ہدایت کی ہے۔

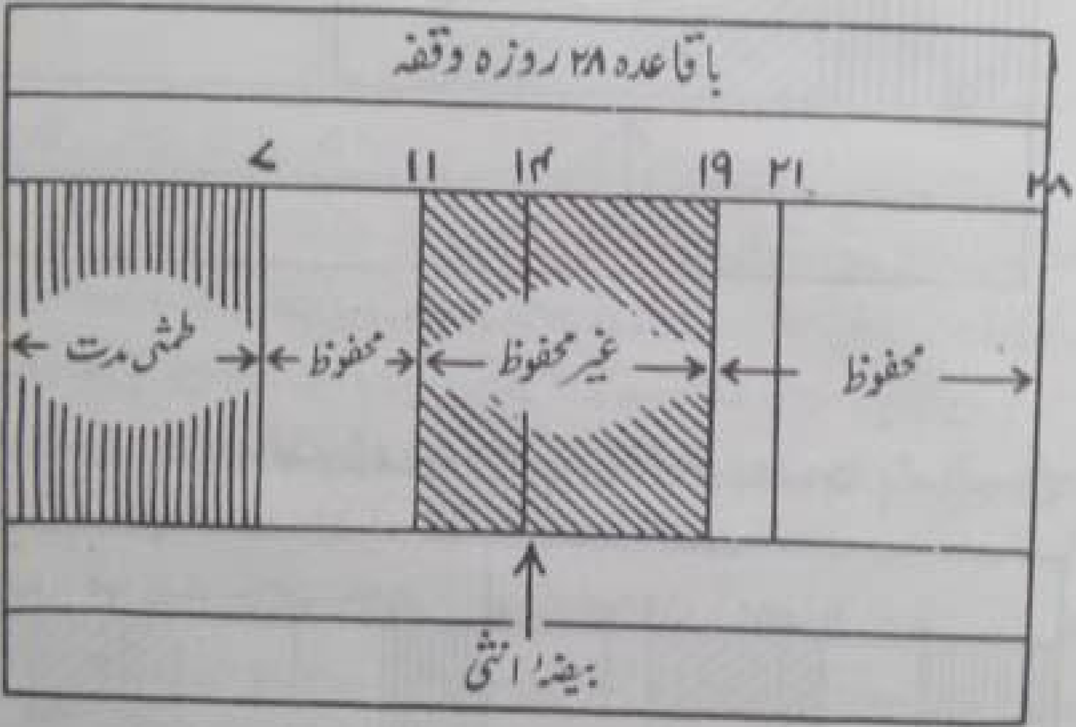


تصویر نمبر ۵۴: اعوجاج حرارت مع تبویض

ایک متبادل طریقہ کے مطابق خطرناک زمانہ کا حساب تبویض کے ۵ یوم پیشتر سے تبویض کے ۳ یوم بعد

تک نکالا جاتا ہے۔ اس طرح ۳۵ روزہ طمثی دورہ میں تبویض ۲۱ ویں روز واقع ہوگی (یعنی اگلی مدت سے ۱۴ یوم قبل) کیونکہ خطرناک زمانہ ۲۰ ویں تا ۲۴ ویں روز ہوگا۔ دوسرے لفظوں میں محفوظ زمانہ کا حساب پہلے تا ۱۵ ویں روز اور ۲۵ ویں تا ۳۵ ویں روز نکالا جا سکتا ہے۔

ہر ماہ محفوظ زمانہ تقریباً ۲۰ یوم کا ہوتا ہے۔ اگر کسی باقاعدہ ۲۸ روزہ وقفۂ حیض والی عورت کے ۷ دن تک حیض آتا ہے تو ابتدائے طمث سے ۷ دن تک (طمثی مدت) اور ۱۱ تا ۱۹ (احتیاطاً ۲۱) روز کو چھوڑ کر باقی محفوظ زمانے میں مجامعت کر سکتی ہے۔ یہ محفوظ زمانے ۷ تا ۱۱ یوم اور ۲۱ تا ۲۸ یوم پر مشتمل ہوتے ہیں جیسا کہ تصویر نمبر ۴-۶ کے چارٹ سے واضح ہے۔

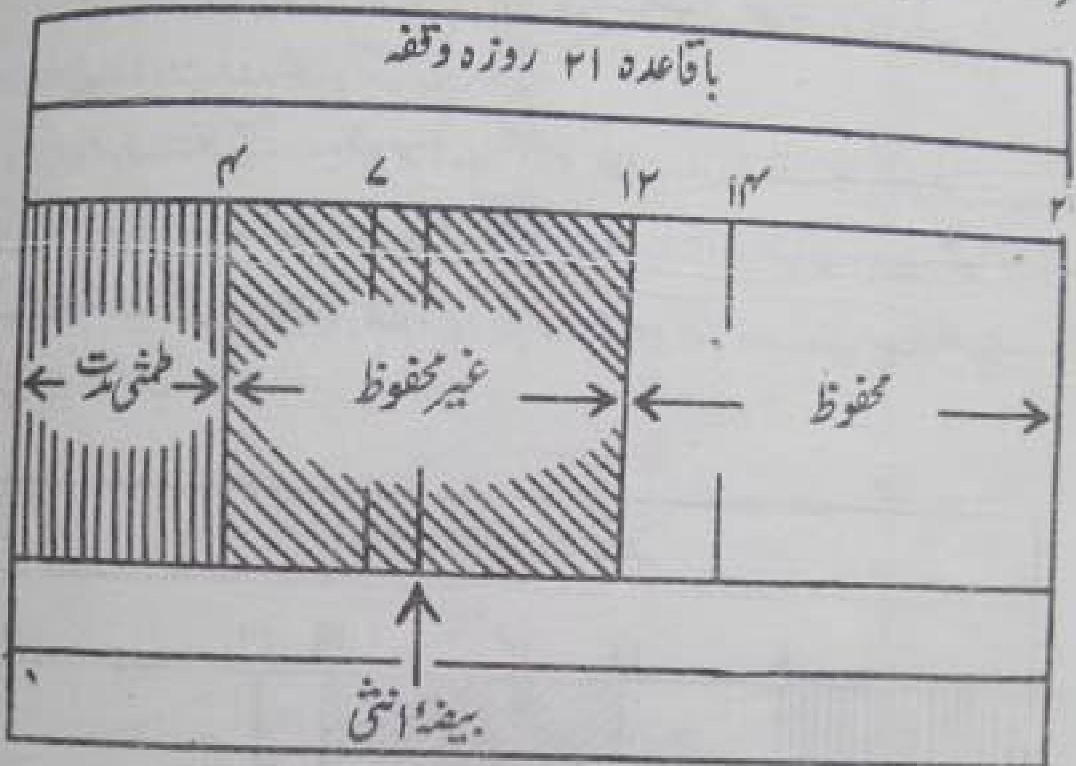


تصویر نمبر ۴-۶ : محفوظ و غیر محفوظ زمانے

یہ بات ذہن نشین رہے کہ ہر چوتھے ہفتے اس کا حیض باقاعدگی سے آتا رہے۔ تصویر نمبر ۴-۶ میں ایک ہی طمثی دورہ میں دو محفوظ زمانے اور تصویر نمبر ۴-۷ میں ایک ہی محفوظ زمانہ دکھایا گیا ہے اور موخرالذکر میں غیر محفوظ زمانہ متصل ہے۔ اس فرق کو بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہیے۔ موخرالذکر چارٹ ۲۱ روزہ باقاعدہ وقفۂ حیض کی حامل عورت میں محفوظ زمانہ متعین کرتا ہے، جسے اگلے صفحہ پر ملاحظہ کیا جا سکتا ہے۔

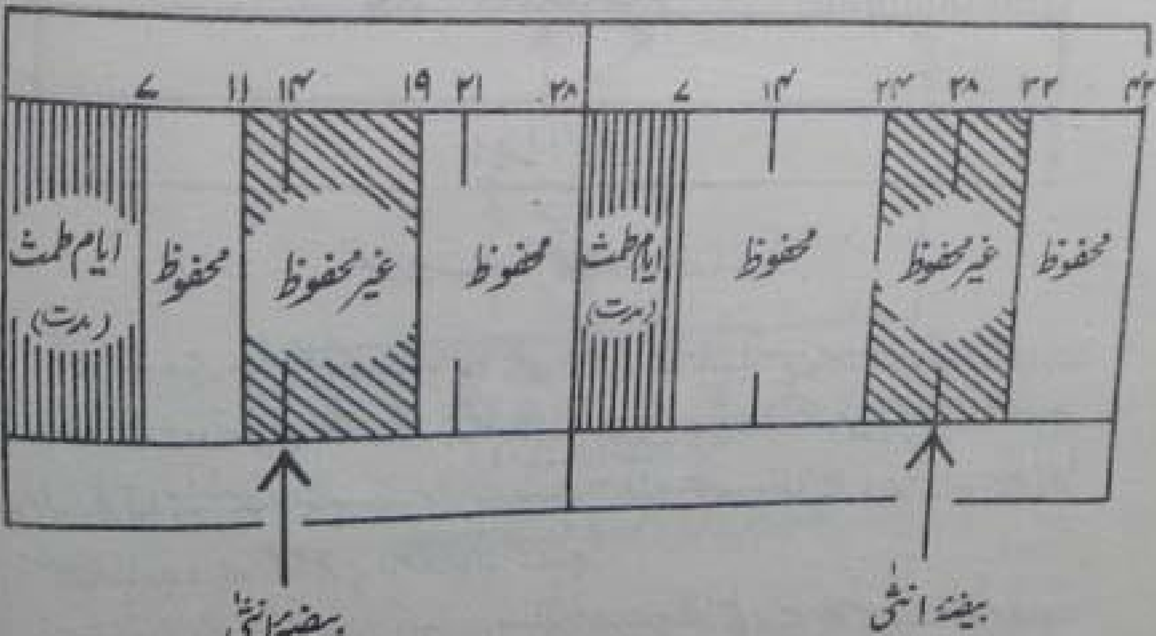
توشیئے تو اثر پر عمل پیرا عورت کو تاکید کر دینی چاہیے کہ حرارت یومیتی سطح پر پہنچتے ہی جماع سے احتراز کرے۔ علاوہ بریں کیلنڈر پر نشان لگانے کی ہدایت بھی کر دینی چاہیے۔ ایک دفعہ قابل اعتماد حساب نکالنے کے بعد ہر

مدت طمث کے پہلے ہی دن مخصوص ایام پر صلیبی نشان بنا دینا چاہیے۔ یہ کیلنڈر شوہر کو بھی دکھا دینا چاہیے۔



تصویر نمبر ۲۳: محفوظ و غیر محفوظ زمانے

مریضہ کو اس وقت زیادہ دشواریوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے، جب کہ طمثی وقفہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ تصویر نمبر ۲۴ میں ایک



تصویر نمبر ۲۴: ۴۲ روزہ بے قاعدہ وقفہ

ایسی ہی بے قاعدگی ملاحظہ کی جا سکتی ہے، جس میں اگلا دورہ شروع ہونے سے ۱۴ روز پیشتر بیضہ کا اخراج ہوتا ہے۔ بے قاعدہ وقفہ والی عورت آئندہ ماہ کے محفوظ زمانہ کی پیش گوئی کرنے سے قاصر ہوتی ہے۔

نوشتۂ حرارت (**Temperature Method**)۔ تبویض کا صحیح دن جسمانی درجۂ حرارت کے ذریعہ معلوم کرنا نوشتۂ حرارت کہلاتا ہے۔ یہ اس اصول پر مبنی ہے کہ پروجسٹرون اساسی تحولی شرح میں اضافہ کر دیتے ہیں، ساتھ ساتھ جسمانی درجۂ حرارت میں 0.6°F اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح یومیہ ٹمپریچر ریکارڈ کے نتیجے میں سابقہ زمانے پر نظر رکھتے ہوئے تبویض معلوم کی جا سکتی ہے، لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ تغیرات بہت خفیف ہوتے ہیں اور معقول تربیت کے بغیر غلطی کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ بہت سی عورتیں سریری آلہ مقیاس الحرارت صحیح طور پر پڑھ نہیں پاتیں اور نہ ہی سیماب جھٹک کر نیچے کر پاتی ہیں۔ جو عورتیں اس کے استعمال میں زحمت اور الجھن محسوس کرتی ہیں، انھیں مناسب ہدایات دے دینی چاہئیں۔

صبح بیدار ہونے پر کوئی جسمانی کام کاج شروع کرنے سے پیشتر ٹمپریچر لینا چاہیے۔ عورت کو کم از کم ایک گھنٹہ آرام کر لینا چاہیے اور ٹمپریچر سے قبل سگریٹ نوشی یا چائے پینے سے اجتناب کرنا چاہیے۔ اگر حرارت براہ دہن حاصل کرنی ہو تو آلہ مقیاس الحرارت کا بلب تحت اللسان رکھ کر کم از کم ۳ منٹ تک ہونٹ بند رکھا جائے۔ براہ دہن صحیح ٹمپریچر نہ معلوم ہونے کی صورت میں مستقیمی ٹمپریچر لینا چاہیے جس کا طریقہ نہایت آسان ہے۔ اس مقصد کے لئے تھرمامیٹر کا بلب خاص طور سے ویسلین جیلی میں ڈبوئے رکھنا چاہیے اور بستر پر استراحت کی حالت میں بلب معار مستقیم میں داخل کر لیا جائے اور گھڑی دیکھ کر عورت اسی وضع میں کم از کم ۳ منٹ تک پڑی رہے، اس کے بعد نکال کر فوراً پڑھ لینا چاہیے۔ اس طرح موزوں ترین اعوجاج حرارت (Temperature Curve) حاصل ہوتا ہے۔ تصویر نمبر ۴۹ میں پیش کردہ اعوجاج حرارت پریکٹس میں اعلیٰ پیمانے پر بروئے کار لایا جا سکتا ہے لیکن ایسا ہی کم از کم ۳ ہفتے تک عملی طور پر کر کے عورت کو بتا دینا چاہیے تاکہ وہ مکمل طور سے تربیت یافتہ ہو کر باآسانی عمل پیرا ہو سکے۔

اگر بطئی یا بے ترتیب ارتفاع حرارت ریکارڈ کیا جائے تو ارتفاع شروع ہونے سے ۵ روز پیشتر سے جماع ترک کر دیا جائے۔ اگر حرارت بڑھ کر گھٹ جائے، اس کے بعد پھر بڑھنے لگے تو ایسی حالت میں ارتفاع ثانی سے تخمینہ لگایا جائے۔

ٹمپریچر چارٹ خود بنایا یا کسی کیمسٹ کی دوکان سے خریدا جا سکتا ہے۔ اس میں نصف انچ یا اس سے بھی زیادہ فاصلے پر درجات مندرج ہوتے ہیں مثلاً ۹۸.۲° یا ۹۸.۴°۔ عورت کو اپنا ٹمپریچر چارٹ از خود مرتب کرنا چاہیے، کیوں کہ ۳۔۴ ماہ مسلسل ٹمپریچر چارٹ مرتب کرنے سے طمثی دوروں کے تناسب اور اتار چڑھاؤ کا

اچھا خاصا اندازہ ہو جاتا ہے اور محفوظ زمانہ کا پتہ چل جاتا ہے۔ اگر سال دو سال بعد دوری تغیر محسوس ہو گا تو مریضہ کو نیا چارٹ تیار کرنا چاہیئے۔ ایام تعطیل میں چارٹ پری سے عموماً غفلت ہو جاتی ہے اور عورت کسی منصوبہ بندی کے بغیر جماع کی مرتکب ہو سکتی ہے جس سے حمل قرار پاجاتا ہے لہٰذا ایسی حالت میں ہوشیار رہنا چاہیئے اور نیز بجز چارٹ سے کسی طرح کے تغیر کا علم ہو تو جماع سے بہرحال مجتنب رہنا چاہیئے۔

لندن کے ایک ماہر امراض النساء نے شادی شدہ زندگی بھر امتناع حمل کے محفوظ زمانہ کا کامیابی کے ساتھ استعمال کیا اور اس دوران کسی دشواری سے دوچار نہ ہوا اور اس کی یا بیوی کی جنسی خواہشات وجذبات کی تسکین میں بھی کوئی فرق نہیں آیا۔ اس کی بیوی ماہ بہ ماہ باقاعدگی کے ساتھ حیض جاری کرتی رہی، انھیں اس دوران جب اولاد کی خواہش ہوتی، غیر محفوظ یا خطرناک زمانہ میں مقاربت کر لیتے۔

مذکورہ خوبیوں کے باوصف جاہل، مفلس ونادار اور غیر تربیت یافتہ زوجین میں اس کا اہتمام انتہائی دشوار ہوتا ہے۔

سن یاس کی عورتوں میں اس طریقہ کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیئے۔ اس کا استعمال دوران رضاعت ممکن نہیں اور دوبارہ طمث جاری ہونے سے قبل خطرۂ استقرار بہرحال موجود رہتا ہے اور جب تک ۳-۴ طمث جاری نہ ہو جائے، یہ طریقہ قابل عمل نہیں رہتا۔

میکانی، کیمیاوی اور دوائی/خوردنی طریقے

خوردنی مانعات حمل (Oral Contraceptives): اس میں کوئی شک نہیں کہ خوردنی مانعات حمل بہت زیادہ موثر اور آج کے دریافت شدہ طریقوں میں سب سے زیادہ قابل قبول ہیں۔ ان کے ناگوار اثرات کے پیش نظر کم عورتیں پرہیز کرتی ہیں۔ ان کے استعمال کے دوران کم احتیاط درکار ہوتی ہے۔ ان کے استعمال سے ناگوار اثرات ضرور مرتب ہوتے ہیں لیکن نسائی صحت پر پڑنے والے خوش گوار اثرات کی اہمیت سے بھی انکار نہیں کیا جا سکتا۔

پہلی بار گولی "Pill" تجویز کرنے سے پہلے اصولی معائنہ کر لینا چاہیئے اور اس کے بعد سالانہ وقفے کرتے رہنا چاہیئے۔ معائنہ کے لئے منقی آلودگی یا لطخہ حاصل کر لینا چاہیئے۔ خوردنی مانعات حمل حسب ذیل طریقوں سے کام کرتے ہیں:

(۱) تبویض منقطع کر کے، (۲) تخصیب معطل کر کے، (۳) بارآور بیضہ کی تعصیب روک کر، (۴) بارآور بیضہ کا حیاتی دورہ منقطع کر کے۔

آئسٹروجن (Oestrogen) :- عورتوں میں آئسٹروجن بیضین اور شیمہ کے ذریعہ پیدا ہوتا ہے اور مردوں میں خصوی رخنگی خلیات کے ذریعہ نیز ٹسٹوسٹیرون کے استحالہ و مذبول ہونے سے۔ یہ دونوں جنسوں میں ایڈرینی قشرہ کے ذریعہ پیدا ہوتا ہے۔

آئسٹروجن تجہیزات کی مختلف قسمیں دستیاب ہیں لیکن خوردنی مانع حمل کے طور پر فقط درج ذیل دو قسمیں مستعمل ہیں:

(۱) ایتھائی نل آئسٹراڈائل (Ethynyloestradiol) — مرکب اقراص: انولار (Anolar)، انولار — ۲۱، نارلسٹرین (Norlestrin)، پری مولر — ۲۱ (Primolar-21) وولی ڈان (Volidan) وغیرہ۔

(۲) مسٹرانال (Mestranol) — مرکب اقراص: لینڈیول، لنڈیول ۲٫۵ (Lyndiol 2.5)، آرتھونووین اور کونووڈ (Conovid) وغیرہ۔

پروجسٹرون بذریعہ جسم اصفر، شیمہ نیز معمولی مقدار میں ایڈرینی قشرہ کے ذریعہ خارج ہوتا ہے۔ یہ طبعی طور پر وقوع پذیر واحد پروجسٹین ہے جو محیطی دوران خون میں پایا جاتا ہے۔ یہ آئسٹروجن کی بہ نسبت کہیں زائد مقدار میں پیدا ہوتا ہے۔

پروجسٹینی عوامل مہیج مولدات کے نخامی ارتشاح کو روک دیتے ہیں۔ مصنوعی پروجسٹوجن پروجسٹرون کی بہ نسبت زیادہ موثر اور ارزاں ہوتے ہیں۔ اس سے مخلوط اقراص کا ذکر آئسٹروجن کے ذیل میں گذر چکا ہے۔

خوردنی مانع حمل عامل کی دو خاص قسمیں دستیاب ہیں، یہ یا تو مصنوعی آئسٹروجن / پروجسٹوجن آمیزہ کا مرکب قسم ہوتی ہیں یا متتابع قسم جس میں مصنوعی آئسٹروجن مصنوعی پروجسٹوجن کے بعد استعمال ہوتا ہے۔ جن میں سے اول الذکر کو یہاں بیان کیا جا رہا ہے، کیوں کہ تاثیر کے اعتبار سے یہ فوقیت رکھتا ہے :-

خوردنی مانع حمل عامل کی مخلوط قسم عموماً ایتھائی نل آئسٹراڈائل یا مسٹرانال جس کی مقدار ۵۰ مائکروگرام سے زائد نہ ہونی چاہیے مع خوردنی طور پر موثر پروجسٹوجن، جو عموماً ۱۷ - ہائیڈروکسی پروجسٹرون (17-Hydroxyprogestrone) یا ۱۹ — نار اسٹیرائڈ (19-Nor Steroid) کے مشتق کے آمیزہ پر مشتمل ہوتی ہے۔

عام طور سے تجارتی کمپنیاں کلینڈر، چارٹ یا دیگر طریقوں سے ترکیب استعمال کی ہدایت کرتی ہیں، جس کا خلاصہ یہ ہے کہ طمثی دورہ کے ۵ ویں تا ۲۵ ویں دن (اگلی مدت) کے پہلے دن کو روز اول (DAY 1) شمار کرتے ہوئے ایک قرص روزانہ دیا جائے یہاں تک کہ پیکٹ ختم ہو جائے۔ اگر کسی روز مریضہ دوا استعمال کرنی بھول جائے تو اگلے روز دو گولیاں استعمال کرنے کی ہدایت کی جائے۔ کورس کے اختتام پر عورت کو دوسرے کورس کے استعمال

کی تیاری شروع کر دینی چاہیے۔ چنانچہ آئندہ دورۂ طمثی کا انتظار کرنا چاہیے اور اگر طمث جاری نہ ہو تو بھی ۷ ویں دن سے دوا کا استعمال جاری کر دینا چاہیے اس دوران واقع ہونے والا نزف طمث حقیقی کے بجائے تقطیری نزف ہوتا ہے جو قلیل المقدار اور طبعی مدت کی بہ نسبت مختصر ہوتا ہے۔

اثر آفرینی:۔ ترقی پذیر اور ترقی یافتہ ملکوں میں خوردنی مانعات حمل جملہ سماجی طبقے کی عورتوں میں وسیع پیمانہ پر استعمال ہو رہے ہیں۔ یہ گولیاں امتناع حمل کا واحد ذریعہ تصور کی جا رہی ہیں جو اس طرح کے جملہ مقاصد اور امنگوں کی تکمیل کرتی ہیں۔ ان میں زیادہ تر ناکامیاں غلط استعمال کا نتیجہ ہوتی ہیں، چنانچہ خطرۂ حمل گولیوں کے استعمال میں بھول چوک یا تغافل کے سبب بڑھ جاتا ہے۔ مخلوط قسم کی گولی متتابع قسم کی بہ نسبت زیادہ موثر ہوتی ہے، مخلوط گولی کے استعمال سے ۱۰۰ میں سے تقریباً ۱ر۰ عورت سالانہ حاملہ ہوتی ہے۔

مفید اثرات ما بعد:۔ ان گولیوں کے استعمال سے جہاں کچھ اثرات بد مرتب ہوتے ہیں وہیں عورت کی صحت پر چند مفید اثرات بھی پڑتے ہیں، جن کا اجمالی تذکرہ درج ذیل ہے:

دوری ہارمونی تجہیزات تقریباً ۶۰ تا ۹۰ فیصدی اصابات میں عسر الطمث کا قلع قمع کر دیتی ہیں اور سابقی اصابات کی اکثریت میں بھی علامات معدوم ہو جاتی ہیں۔

خوردنی مانع حمل گولیاں پیش طمثی تمدد (Premenstrual Tension) کو ابتر کرنے کے بجائے تخفیف میں معاون ہوتی ہیں۔

مہاسوں میں کمی ہوتی ہے لیکن مانعات حمل استعمال کرنے سے لگتا ہے (تقریباً ۱۲) حالت خراب بھی ہو جاتی ہے۔

بیش شعرانیت میں بسا اوقات خفیف ہو جاتی ہے۔

بیشتر مریضات اچھے ہونے کے احساس سے ہم کنار ہوتی ہیں۔

ناگوار اثرات:۔ وزن بڑھنا ـــ تقریباً ۵ تا ۵۰ فی صدی عورتوں میں مانعات حمل کے استعمال سے وزن بڑھتا ہے۔

پستانی الیمیت پائی جاتی ہے لیکن اگر عورت وضع حمل کے فوراً بعد استعمال کرنا شروع کر دے تو بے چینی معدوم ہو جاتی ہے بسا اوقات پستانی عظم پایا جاتا ہے۔

صداع و شقیقہ کی شکایت ہو سکتی ہے یا مانع حمل ادویہ کھلانے پر اعادہ ہو سکتا ہے۔

سعفہ ــــ ۴ ــ ۵ فیصدی اصابات میں بال جھڑنے کی شکایت ہو سکتی ہے۔

تضخم التہاب لثہ ــــ دوران حمل عنق دنداں کے ارد گرد نسیج کا تضخم واقع ہوتا ہے ایسی ہی صورت

خوردنی پروجیسٹوجن (Progestagens) کے دورانِ استعمال بھی پیدا ہو سکتی ہے۔

مہبلی افراز ـــــ سیلان مخاطی (Mucorrhoea) اصلی پلازما ایسٹروجن سطحوں کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ نیز بعض عورتوں میں خوردنی مانعات حمل کے استعمال پر بھی وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔ معدودے چند عورتوں میں مونیلیاویت کا آغاز یا شدت ہو سکتی ہے۔

موانع :۔ حسب ذیل اصابات میں خوردنی مانع حمل دواؤں کا استعمال ممنوع ہے:

(۱) پستان اور تناسلی اعضا کا سرطان یا دیگر ہارمون پر انحصار پذیر سرطان۔

(۲) علقی سدّی فسادات فعل۔

(۳) یرقان۔

(۴) ذیابیطس شکری۔

(۵) استلائی سقوط قلب۔

(۶) رضاعت۔

(۷) غیر تشخیص شدہ مہبلی نزف کی موجودگی۔

ہدایت :۔ اگر عورت میں تکلیف دہ علامات پیدا ہوں تو دوسری تجہیز بدل کر استعمال کرائی جا سکتی ہے اگر احتباس الطمث (طمث گم شدہ) یا بہت زیادہ قلیل المقدار ایام طمث (Periods) واقع ہوں نیز اس علامت سے عورت متفکر ہو تو کوئی زائد ایسٹروجینی تجہیز یا اسی سلسلہ کا کوئی دوسرا یعنی متتابع فارمولہ آزما سکتے ہیں۔ کثیر المقدار ایسٹروجن اور خفیف المقدار پروجیسٹرون کی مقدار میں بھی پستانی بھراؤ میں تسکین پیدا کر سکتی ہیں، لیکن اگر ثدیین الیم یا دردناک ہوں تو اس کے برعکس استعمال مناسب ہوگا۔

اگر متلی کی شکایت ہو اور ایک یا دو دوروں میں رفع نہ ہو تو ایسٹروجن ایسٹروجن تجہیز (مسٹرانال) برائے استحالی نل ایسٹراڈائل اور اس کے برعکس) استعمال کرا سکتے ہیں۔ اگر مستقل سماری نزف ہو تو زائد المقدار یا زائد پروجیسٹینی فارمولا استعمال کرنا چاہیے۔

یونانی دوائیں :۔ مفردات ذیل مانع حمل تاثیر کے حامل بتائے جاتے ہیں:۔

- نیل بمقدار ۵ر۲ گرام اگر عورت کھائے تو ایک سال تک حمل قرار نہیں پائے گا۔ ابو المنصور نے لکھا ہے کہ "یہ مجھے ایسے لوگوں نے بتایا ہے جو تجربہ سے مفید پا چکے ہیں"۔
- آب بادروج (ریحان دشتی) بمقدار ۲۰ ملی لیٹر پلانا مفید لکھا ہے۔
- قند کہنہ اگر عورت حیض شروع ہونے سے ۱۵ یوم تک پیئے تو دائمی طور پر عقیم ہو جائے گی۔ آیورویدک

میں مفید بتایا گیا ہے۔

● طہر کے بعد میعہ سائلہ پلانا سویدی نے منع حمل کے لئے مفید بتایا ہے۔

● اگر عورت تخم بید انجیر مقشر ایک دفعہ کھائے تو ایک سال تک حاملہ نہ ہوگی اور اگر دو عدد کھائے تو دو سال تک حاملہ نہ ہوگی۔

● غنچہ ناشگفتہ یاسمین نگلنا منع حمل کے لئے مفید بتایا گیا ہے۔

● اگر حالت طمث میں ہلدی پیس کر کھلائی جائے نیز طہر کے بعد تین روز مزید کھلائیں تو عورت عقیمہ ہو جائے گی۔

● اگر عورت روزانہ صبح کو ایک عدد لونگ نگل لیا کرے تو حمل قرار نہ پائے گا۔

● ہاتھی کی تازہ لید کو شیخ نے تنہا یا دیگر مناسب ادویہ کے ساتھ قبل از حیض یا بعد از حیض بوقت جماع دینے کی سفارش کی ہے۔ حسب ذیل نسخہ بھی مفید بتایا گیا ہے:۔

(ص) ہاتھی کی تازہ لید کا پانی نچوڑ کر ۳۰ ملی لیٹر شہد میں ملا کر ایام طمث میں ۳ یوم تک کھلائیں نیز اسی پانی میں گاز آلود کر کے حمول کرنا بھی مفید ہے۔

حب مانع حمل ـــ منی کو منعقد ہونے سے باز رکھتا ہے:

(ص) انیسون، تخم کرفس، رازیانہ، فودنج جبلی، مشکطرامشیع ہر ایک ایک جزو، سنبل الطیب، دارچینی، سلیخہ، حب بلساں، عود بلساں، جوز ابہل، قسط ہر ایک نصف جزو۔

ترکیب تیاری و استعمال:۔ جملہ دوائیں کوٹ چھان کر بقدر نخود گولیاں بنالیں اور جب مجامعت کا قصد ہو تو ۸ عدد ایک گھنٹہ قبل عورت کھائے۔

دیگر (ص) تخم ستیاناسی، مشکطرامشیع، انیسون رومی، کاکنج، تخم کرفس، بادیان، پودینہ خشک، قسط شیریں، عود بلساں، لاجونتی، ابہل ہر ایک ۳ گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال:۔ جملہ دواؤں کا پاؤڈر تیار کر کے شہد ملا کر ایک ایک گرام کے حبوب بنائیں اور حیض رکنے کے بعد دو گولیاں صبح و شام ہمراہ آب تازہ استعمال کرائیں۔ اس طرح حمل سے ایک سال تک کے لئے حفاظت ہو جائے گی۔

سفوف ذیل بھی امتناع حمل کے لئے مفید بتایا گیا ہے:

(ص) تخم ڈھاک سوختہ، حلتیت مساوی الوزن پوڈر بنا کر ایک ایک گرام طمث کے دوران آب تازہ کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

سفوف دیگر (ص) چنبیلی کی جڑ اور گل چنپہ کا زیرہ مساوی الوزن پیس کر سایہ میں خشک کر کے ابتدائے

حیض میں تین روز تک کھلا کر اوپر سے پانی پلائیں۔

نسخہ ذیل کو آیورویدک میں مفید بتایا گیا ہے۔

(۳) چھیل، باؤ برنگ، سہاگہ مساوی الوزن باریک پیس کر عورت بوقت حیض پانی سے ۵ یوم کھائے تو دائمی طور پر عاقرہ ہو جائے گی۔

امتناع حمل کے لئے نسخہ ذیل بھی مفید بتایا گیا ہے۔

(۳) سداب خشک، نطرون مساوی الوزن کوٹ چھان کر عورت کو سداب سبز کے پانی میں پلائیں اور مرد کو قضیب پر مل کر جماع کرنے کی ہدایت کریں، حمل ہرگز قرار نہ پائے گا اور اگر استقرار حمل بالاتفاق ہو بھی گیا تو ساقط ہو جائے گا۔

دیگر (۳) بقم ایک جزو، پوست بیضہ مرغ نصف جزو، پھٹکری چوتھائی جزو۔

ترکیب تیاری و استعمال:- جملہ دوائیں باریک پیس کر آب سداب میں ملا کر عورت کو قدرے نوش کرائیں اور تھوڑا سا بطور فرزجہ استعمال کرائیں حمل قرار نہ پائے گا۔

کیمیاوی مانعات حمل (Chemical Contraceptives):- امتناع حمل کے لئے کیمیاوی عوامل کا استعمال محض اسی حد تک کیا جاتا ہے کہ مہبل اور مہبلی عنق پر تخم کش اشیا (اقراص، جیلیوں، شیافات، اسفنجوں اور نطولات کے طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔ اس قسم کی تجہیزات مارکیٹ میں بکثرت دستیاب ہیں اور مزید تحقیق اب بھی جاری ہے کیمیاوی مانعات حمل کی بیش از بیش تائید محض اسی حد تک کی جاسکتی ہے کہ یہ سدی طریقوں کے ساتھ بطور معاون استعمال کئے جاتے ہیں ان کی مختلف قسمیں درج ذیل ہیں:-

کیمیاوی فرازج (Chemical Pessaries):- شیافات اور فرازج جیلی یا حل پذیر اقراص جو مختلف شکلوں میں دستیاب ہیں، زیادہ سے زیادہ کارآمد اور کیمیاوی مانعات حمل میں سب سے زیادہ قابل اعتماد ہیں۔ یہ تجہیزات اساسی طور پر ۲-۵ گرام صابن جیلے ٹین (Gelatine) یا کوکا مکھن (Coca Butter) پر مشتمل ہوتی ہیں جن کے ہمراہ ایک کیمیاوی تخم کش (Spermicide) بھی شامل رہتا ہے یہ مختلف شکلوں میں بنائے جاتے ہیں اور اگر بہتر ہوتے ہیں تو جماع سے قبل داخل کرنے پر جلد ہی جسمانی حرارت اختیار کر لیتے ہیں۔

فرزجوں کا سب سے زیادہ فائدہ یہ ہوتا ہے کہ تیار حالت میں مارکیٹ میں دستیاب ہوتے ہیں انھیں بآسانی استعمال کیا جاسکتا ہے لیکن متبادل جیلی یا کریم کے مقابلہ میں فرزجوں کی اہمیت کم ہے۔

کریم یا پیسٹ (Creams or Paste):- یہ تجہیزات اساسی طور پر شحمیہ ترشہ نمک کے صابن (Stearate Soap) پر مشتمل ہوتی ہیں جن کے بارے میں دعوی کیا جاتا ہے کہ یہ غشائی بافتوں پر زیادہ آسانی سے چپک جاتی

ہیں اور اس طرح زیادہ پائیدار رکاوٹ ثابت ہوتی ہیں۔

مانع حمل جیلی (Contraceptive Jellies):۔ مانع حمل جیلی میں تخم کش عنصر ترکیبی لیسدار اساس میں تیار کیا جاتا ہے جو پانی میں حل پذیر ہوتا ہے اور مہبل میں بآسانی منتشر ہو جاتا ہے اور دیگر بیشتر کریموں کی بہ نسبت کم از کم درجہ حرارت پر سیال حالت اختیار کر لیتا ہے، اسی لئے یہ ان عورتوں کے لئے بہت زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے جن میں رطوبت نہایت کم ہوتی ہے۔ جیلی اساس میں کیمیائی مرکبات عام طور سے تیار کئے جاتے ہیں۔

استعمال ـــــ فرازج مانع حمل طریقے کی آسان ترین قسم ہیں اور ان کے لئے کسی خاص ہدایت کی ضرورت نہیں۔ جب مانع حمل جیلی یا کریم کو کیپ یا ڈایا فرام کے ہمراہ استعمال مقصود ہو تو انھیں آلہ پر بخوبی لگا کر داخل کیا جائے اور جب جیلی، پیسٹ یا فوم (Foam) ربڑ کے ساتھ بطور معاون یا تنہا استعمال کرنا ہو تو خاص قسم کے آلہ استعمال (Applicator) کے ذریعہ نہایت آسانی سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اس ترکیب میں پیسٹ ٹیوب میں دبا کر سرنج میں نکالا جاتا ہے اور بعجلت ممکنہ سرنج مہبل میں داخل کر دی جاتی ہے، یہ ضروری ہے کہ دوا عنق کے جانبی حصے میں داخل کی جائے اور اگر کسی عورت کا موخر قبوہ غیر معمولی طور پر عمیق ہو تو اس کے لئے چند مزید احتیاطوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ مبادی صحت کے اصولوں اور مقامی صفائی پر خصوصی توجہ دینی چاہیئے، خاص طور سے جب کہ جماع مکرر کی ضرورت ہو۔

کیمیاوی انعات حمل کی سب سے بڑی خوبی یہ ہے کہ بآسانی مارکیٹ میں یا خاندانی فلاح و بہبود کے مراکز پر دستیاب ہو جاتے ہیں اور ان کے استعمال میں سہولت ہوتی ہے۔ یہ نکتہ یاد رکھنا چاہیئے کہ انھیں ہمیشہ کلاہ، ڈایا فرام یا عازل کے ساتھ پابندی سے استعمال کرنا چاہیئے۔ لیکن ان کا تنہا استعمال عدم استعمال سے بہتر ہے۔ ان کا کثرت استعمال ان کی بین ناکامی کی دلیل ہے۔ حیوینہ کش مرکبات (Spermicidal Compounds) پر بنیادی تحقیق کے ذریعے ان کی تاثیر میں یقینی طور پر اضافہ کیا جاسکتا ہے۔

یونانی (مقامی) دوائیں:۔ طب یونانی میں خوردنی دواؤں کے علاوہ مقامی استعمال کی مانع حمل مفرد و مرکب ادویہ کی بھرمار ہے۔ وقت کا اہم تقاضا ہے کہ جدید روشنی میں تحقیق اور سریری تجربات کے بعد ان پر مہر تصدیق ثبت کر دی جائے۔ چند فرزجوں اور حمولات کا ذکر ذیل میں کیا جارہا ہے۔

- نمک قبل از جماع عورت حمولاً استعمال کرے تو حمل قرار نہ پائے گا۔ سویدی نے مجرب بتایا ہے۔
- تخم اندرائن کا حمول عورت بوقت جماع کرے یا مرد قضیب خصوصاً حشفہ پر لگائے تو حمل قرار نہ پائے گا۔
- چقندری قبل از جماع حمولاً استعمال کرنا مانع حمل ہے۔
- فلفل۔ عورت حمولاً بعد از جماع استعمال کرے تو حمل قرار نہ پائے گا ابن ماسویہ نے مفید بتایا ہے۔

- عرق پیاز ذکر پر طلا کر کے جماع کرنے سے نطفہ قرار نہیں پاتا اور اگر اسی کا پانی حمول کیا جائے تو حمل ساقط ہو جائے گا۔ اس مقصد کے لئے موثر ترین تلخ پیاز ہے۔
- زعفران کا حمول منع حمل کرتا ہے۔
- سقمونیا ہمراہ آب سداب حمول کرنا منع حمل کرتا ہے۔
- سرگین نیل کا حمول امتناع حمل کی غرض سے مفید بتایا گیا ہے۔
- چوہے کی مینگنی شہد میں ملا کر فرزجہ کرنا حمل کو مانع ہے۔
- سر ذکر کو میٹھے تیل اور نمک سے چرب کر کے جماع کرنے سے رحم نطفہ قبول نہیں کرتا۔
- تخم شبت و تخم گندنا کا پوڈر بعد از جماع حمول کرنا حمل روکتا ہے۔
- روغن بلساں اور سفیدہ کا حمول مانع حمل ہے۔
- شگوفہ کرنب و تخم کرنب کا قبل یا بعد از جماع حمول قوی مانع حمل بتایا گیا ہے۔
- روغن قطران کا حمول مانع حمل ہے۔
- آب سداب کا بوقت جماع حمول حمل روکتا ہے۔

طلائے ذیل مانع حمل بتایا گیا ہے:۔

(ص) سداب خشک، نطرون مساوی الوزن لے کر کوٹ چھانیں اور سداب کے پانی کے ہمراہ گھول کر قضیب پر طلا کر کے مقاربت کی ہدایت کریں۔

نسخہ مانع حمل (ص) سقمونیا، شحم حنظل، بزرافشاں، خبث الحدید، کبریت، تخم کرنب مساوی الوزن قطران کے ہمراہ آمیز کر کے طہر کے بعد حمولاً استعمال کرائیں۔

فرزجہ ذیل بھی استقرار حمل روکتا ہے:۔

(ص) مازو، حب الآس، مساوی الوزن کوٹ چھان کر آب گرم میں گھول کر مجامعت سے پیشتر فرزجہ کیا جائے۔

- جنطیانا اگر حنا کے ساتھ ملا کر ہاتھوں پر اس کا خضاب کریں تو حیض کو روکتا اور حمل کو منع کرتا ہے۔
- خون نفاس، پہلے فرزند کا، اگر عورت تمام بدن پر ملے تو تمام عمر حاملہ نہ ہوگی۔

میکانی مانعات حمل:۔ میکانی مانعات حمل عزل، رفالہ، ڈایا فرام اور عنقی کلاہ اور درون رحمی آلات وغیرہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔

عزل (Coitus Interruptus):۔ اس میں مجامعت طبعی طور پر کی جاتی ہے لیکن

لپس لوپ (Lippes Loop) (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۵۳) دنیا میں سب سے زیادہ مشہور و مقبول ہے اور عوام اسے فقط لوپ (Loop) کے نام سے بھی جانتے ہیں۔

میکانیہ:۔ دررحمی مانع حمل آلہ کس طرح کام کرتا ہے؟ ابھی نامعلوم ہے تاہم ماہرین نے درج ذیل اسباب کا اظہار کیا ہے:۔

(۱) عنق سے نالمان بروز کرنے کی صورت میں عنق قنال کا PH تبدیل ہو سکتا ہے۔

(۲) رحم کے اندر آلہ کی موجودگی حوینہ منویہ کی منتقلی مزید دشوار بنا دیتی ہے۔

(۳) رحم کے اندر جسم غریب نہ صرف رحمی انقباض پذیری بلکہ انبوبی انقباض پذیری میں بھی تیزی پیدا کر دیتی ہے۔ چنانچہ بارآور بیضہ قاذف کے ذریعہ طبعی کی بہ نسبت کہیں زیادہ سرعت سے ڈھکیل اٹھتا ہے اور رحمی کہف میں خلات (Villi) بننے سے پہلے پہلے پہونچ جاتا ہے اور اس طرح منصب ہونے سے قاصر رہتا ہے۔

(۴) آلہ کی موجودگی کے سبب درون رحم کی طبعی تجہیز نہیں ہو پاتی۔

(۵) آلہ رحم کے ایک وسیع رقبہ میں خراش کا موجب ہو سکتا ہے، جس کے سبب تازہ منصب بیضہ خارج ہو جاتا ہے۔

رکھنے کا طریقہ اور تعقیم:۔ دررحمی آلہ (IUD) اور مدخل کو رحم میں تعقیمی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ دھات کے آلات کو ۵ منٹ تک ابال لینا چاہیئے لیکن پلاسٹک آلات ابالنے سے ان کی عمر کم ہو جاتی ہے، اس مقصد کے لئے آیوڈین ایک موثر جراثیم اور وائرس کش دوا ہے۔ ۱ سے ۱:۱۰ تا ۱:۵۰۰ کے تناسب سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ غیر سمی ہونے کے سبب ۱:۵۰۰ سے کم طاقت کے محلول سے کسی طرح کی جلن یا خراش پیدا نہیں ہوتی نیز مدخل اور دررحمی آلات کو ایک منٹ کے اندر اندر مطہر کر دیتا ہے۔ ارزاں، تیار حالت میں مارکیٹ میں دستیاب اور سریع الاثر ہے۔

آج کل بیشتر آلات استعمال پذیر مدخلوں کے ساتھ فراہم کئے جاتے ہیں، یہ گاما تشعیع کے ذریعہ عقیم تیار شدہ حالت میں مہر بند پیکٹ میں دستیاب ہیں۔

انٹرویو:۔ عامل یا معالج کو ہمیشہ مریضہ کے سامنے طریقہ استعمال کی تشریح اور وضاحت کر دینی چاہیئے نیز اس کے استفسارات کے اطمنان بخش جوابات دے دینے چاہئیں۔ ان استفسارات کو ادخال آلہ سے کم اہمیت نہ دینی چاہیئے۔ اگر عامل آلہ داخل کر رہا ہو تو مریضہ سے دریافت کر لینا چاہیئے کہ اسے ضبط تولید کا یہی طریقہ کیوں پسند آیا؟ امتناع حمل کے دیگر طریقوں سے احتراز اور رکھنے کا اہم اور قابل قدر سبب ہے تاہم اس سے یہ نہیں ثابت ہوتا کہ یہ طریقہ کم اذیت ناک ہے۔

عورت کا انتخاب :۔ عورتوں کی مندرجہ ذیل جماعتوں میں آلہ کا انتخاب خاص طور سے مفید ہے :۔

(۱) جو عورتیں کیپ کو ناپسند کرتی ہیں اور خوردنی مانع حمل ادویہ کا استعمال نہیں کرتیں یا ان کا استعمال ناپسند کرتی ہیں ان کے لئے یہ واحد طریقہ ہے۔

(۲) جو عورتیں اپنے خاندان کی تکمیل کر چکی ہوں اور سن یاس تک سادہ اور موثر خاندانی منصوبہ بندی کی خواہاں ہوں، ساتھ ہی انھیں یہ بھی خوف دامن گیر ہو کہ اگر بچے کسی بیماری یا حادثے میں فوت ہو گئے تو نسلی سلسلہ کیسے برقرار رکھا جائے گا۔

(۳) صاحب ولادت عورتیں جو خوردنی مانع حمل استعمال کرنے میں اکثر غفلت کا شکار ہو جاتی ہیں۔

روئداد و احتیاط :۔ دررحمی آلہ (IUD) استعمال کرنے سے پیشتر مختصر قبالتی اور طبی روئداد حاصل کر لینی چاہیئے۔ عدیم الولادت عورتوں کے عنق کے ذریعہ دررحمی آلہ عموی تقدیر کے بغیر گذارنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ اسقاط والی عورتوں یا شگاف قیصری کی حالت میں بھی یہی مسئلہ درپیش ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں ماہرانہ حامل کے ذریعہ کامیابی کا تناسب زیادہ ہو جاتا ہے۔

جس عورت کے کوئی بچہ زندہ نہ ہو اس میں سرایت کے خطرات کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ اگر تازہ رحمی ضررات یا التہاب قاذفین کی روئداد ملے تو دررحمی آلہ استعمال کرنے سے احتراز کرنا چاہیئے، اسی طرح حوضی سرایت کی سابقہ روئداد کی حالت میں بھی احتیاط ملحوظ رکھنی چاہیئے۔

استحاضہ کی روئداد ملنے پر آلہ کا استعمال ملتوی نہ کرنا چاہیئے بلکہ آلہ داخل کرنے سے پیشتر اس کا باقاعدہ علاج کرنا موزوں ہے۔

عورت کو رحم میں آلہ کی وضع تصویر اور ماڈل کے ذریعہ بخوبی ذہن نشین کرا دینی چاہیئے۔ دررحمی آلہ محض ایک عامل فٹ کر سکتا ہے تاہم ایک معاون کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔

ادخال کے بعد شدید ایام ماہواری (Periods) کے احتمال کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیئے۔ استحاضہ اولیس وارننگ ہو سکتی ہے اور دررحمی آلہ کے استعمال میں پیچیدگی پیدا کر سکتی ہے۔ ساتھ ہی اس امر کو بھی ملحوظ رکھنا چاہیئے کہ ادخال آلہ پر کچھ نزف ممکن ہے اور اگلی مدت طمث کچھ یوم قبل وقوع پذیر ہو سکتی ہے جو طوالت یافتہ اور وافر ہو سکتی ہے تاہم عورت کی حوصلہ افزائی اس طرح کی جا سکتی ہے کہ بیشتر اصابات میں چند ماہ استعمال کے بعد نزیان دم کم ہو سکتا ہے۔

جب دررحمی آلہ (IUD) علی محلہٖ قائم ہو تو حبل حمول استعمال کرنے میں مضائقہ نہیں۔ عورت پر یہ واضح کر دینا بہتر ہوتا ہے کہ دررحمی آلات ایک شرح ناکامی کے بہرحال حامل ہوتے ہیں۔ بیشتر عورتوں میں عامل معالج اپنے

بھی تجربہ کی بنیاد پر تقریباً صحیح اعداد شمار بتا سکتا ہے، دیگر اصابات میں یہ آسان تر ہے کہ زوجین پر واضح کر دیا جائے کہ زندگی میں کوئی چیز حتمی نہیں۔ مثال کے طور پر آر لیس لوپ کامیابی کا باب اگرچہ کھولتا ہے علاوہ بریں بشمول ہندوستان میں بکثرت استعمال کیا جا رہا ہے تاہم محتاط امتحان اور مناسب اصابات کے انتخاب میں غفلت کے سبب یہ آلہ بھی بہت جلد اپنا وقار کھو بیٹھا، جب کہ ماہرین کو اب بھی یقین ہے کہ اگر محتاط امتحان کے ساتھ بولی تناسلی امراض اور فقر الدم وغیرہ مستثنیٰ کر کے موزوں عورتوں کا انتخاب کیا جائے تو آج بھی لوپ کو کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اتفاقی اخراج آلہ کے امکان سے بھی آگاہ کر دینا چاہیے اور اخراجی کیفیت محسوس ہوتے ہی مریضہ کو شفاخانہ پہونچنا چاہیے یا اپنے معالج سے رجوع کرنا چاہیے۔ اگر دم دار آلہ زیر استعمال ہو تو عورت کو دھاگے کے بروز کو محسوس کرنے کی تربیت دینی چاہیے۔ اس کا احساس اس حالت میں خاص طور سے آسان ہوتا ہے جب کہ عورت ماضی میں ڈایا فرام استعمال کر چکی ہو۔ ہر ایام طمث کے بعد جائزہ لے لینا کافی ہے تاہم بعض عورتیں اپنی ہی عنق کو جس کرنا پسند نہیں کرتیں ایسے اصابات میں شوہر درر حمی مانع حمل آلہ کا بہترین محافظ ثابت ہو سکتا ہے۔ ضد السیلان (Antigon) میں ایک چھوٹا سا مقناطیس منصب ہوتا ہے جس کے سبب اس کی موجودگی مقناطیس پیما (magnometer) سے بخوبی معلوم کی جا سکتی ہے۔

آلہ داخل کرنے کا طریقہ :۔ جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، درر حمی آلہ ایک عامل داخل کر سکتا ہے لیکن اگر بیک وقت کثیر تعداد میں عورتیں آلہ فٹ کرا رہی ہوں تو معاون کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا، ان حالات میں ایسی صورتیں بھی رونما ہو سکتی ہیں جب کہ وقتاً فوقتاً ایک ماہر کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آلہ فٹ کرنے کی صحیح جگہ دریافت کرنے کے لیے لاشعاع کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر آلہ نکالنے میں دشواری پیش آ رہی ہو تو معدم حس کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے نیز ایسی حالت میں انثقاب یا حوضی سرایت کے خطرہ کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیے جس میں خصوصی احتیاط کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

آلہ طمثی دورہ میں کسی بھی وقت داخل کیا جا سکتا ہے تاہم مدت طمث پر یا اس کے قریب کوئی بھی وقت منتخب کرنا مختلف سہولتوں کا سبب ہوتا ہے۔ طمث ابتدائی حمل کے امکان کو مستثنیٰ کر دیتا ہے، اس وقت آلاتی مداخلت آسان ترین ہوتی ہے نیز ہر طرح نزف کی مختصر مقدار کی اطلاع بھی نہیں ہوتی۔ وضع حمل کے وقت یا نفاس کے پہلے یا دوسرے روز آلہ داخل کرنا خاص طور سے آسان ہوتا ہے لیکن ایسی حالت میں آلہ کے اخراج کا اندیشہ زیادہ رہتا ہے تاہم انثقاب اور سرایت کی شرحیں کم ہوتی ہیں۔ اسی طرح قانونی اسقاط کے وقت بھی آلہ داخل کیا گیا اور ایسی حالت میں انثقاب یا اخراج آلہ کی شکایت نہیں پائی گئی۔

حوضی سرایت کی کسی بھی شہادت، مثلاً قبوؤں میں الیمیت یا عنق کو حرکت دینے پر درد کی اطلاع ملنے پر دو دستی حوضی امتحان اور منظاری امتحان روبہ عمل لائے جاتے ہیں۔ دررحمی یا تحت مصلی سلعات لیفیہ (Subserous Fibroid) دررحمی آلہ (IUD) پر اثر انداز نہیں ہوتے لیکن تحت مخاطی سلعات لیفیہ جو رحمی تخہ کو مروڑ دیتے ہیں، کی حالت میں دررحمی آلہ استعمال کرنے سے احتراز کرنا چاہیئے۔

مستقل کوچ جو عامل کے اعتبار سے مناسب بلندی پر ہو، اچھا منظار (زوصامی یا کسکو کا)، اور تیز روشنی ضروری ہے۔ ہر مریضہ کے لئے تازہ بتازہ عقیم آلات دستیاب ہونے چاہئیں نیز مریضہ کو موزوں اور آرام دہ صاف ستھری ٹرالی پر منتقل کرنے کا اہتمام رکھنا چاہیئے۔

مریضہ کو وضع عجانی میں رکھ کر آلہ داخل کرنا سب سے زیادہ آسان ہوتا ہے ہاتھ مل مل کر دھو لیے جائیں، مطہر دستانے استعمال کیے جائیں لیکن نقاب پہننے کی ضرورت نہیں۔ پہلے منظار داخل کر کے عنق کو واضح کر لیا جاتا ہے۔ صنارہ (Tenaculum) کے ذریعہ عنق کو روکے رکھنا مفید ہو سکتا ہے۔

عنق قنال کی قوت اور رخ معلوم کرنے کے لئے رحمی مجسہ گذارا جاتا ہے۔ اس طرح حوضی امتحان سے رحم کی معلوم کی گئی وضع کی نہ صرف توثیق ہو جاتی ہے بلکہ رحمی کہفہ کی جسامت کا بھی اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر مجسہ رحم میں داخل کیا جا سکے لیکن عنق قنال میں کچھ صلابت معلوم ہو تو مدخل کے سائز کا موسع داخل کرنا مفید ہوتا ہے۔ یہ نزف کے امکان کو کم کر دیتا ہے، جب کہ مدخل کے گگر کو عنقی قنال تک داخل کر دیا جاتا ہے۔

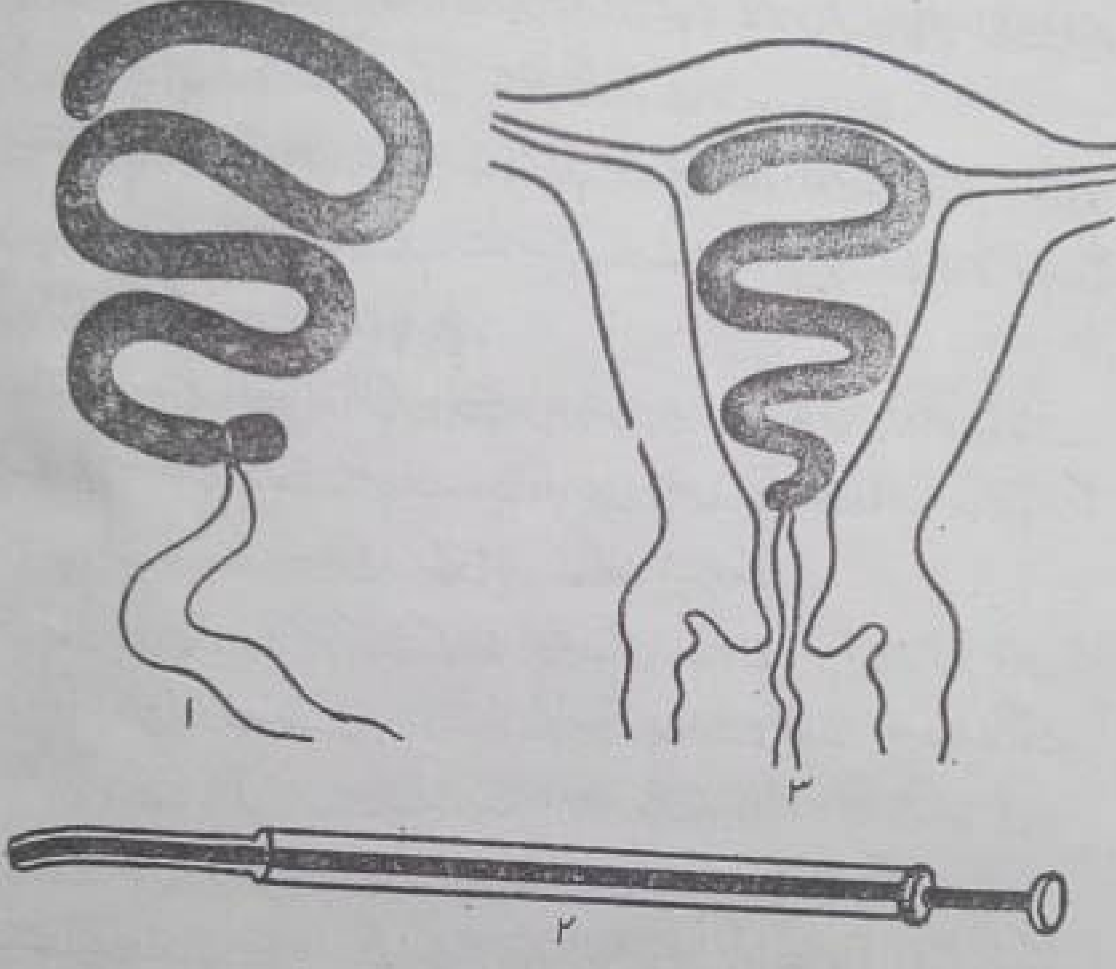
ممکنہ مختصر ترین وقفہ کے لئے پلاسٹک کے آلات کو مدخل میں چھوڑنا چاہیئے ورنہ داخل کرنے کے بعد وہ اپنی اصلی شکل اختیار کرنے سے قاصر ہو جائیں گے۔ لیس لوپ داخل کرنے کا طریقہ بطور خاص درج ذیل ہے:

لیس لوپ مدخل کے اتصالی سرے میں بھر دینا چاہیئے، اس کے بعد مدخل ہی کے ساتھ، دھاگوں کے برعکس ڈھکیلنا چاہیئے۔ داخلہ کے بعد رحمی کہفہ میں یہ اس طرح پڑا رہتا ہے کہ اس کا پلاسٹک والا دھاگا خارجی فم عنق سے تقریباً ۲ تا ۳ سینٹی میٹر بروز یافتہ ہوتا ہے، ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۵۳۔

آلات مس کرتے وقت آلہ چھونے کی تعقیمی تکنیک قابل ہدایت ہے بعض عامل مدخل کے سرے پر کلورٹیٹرا سائکلین مرہم معمولی مقدار میں لگا دیتے ہیں۔ جب عنقی قنال کے ساتھ ساتھ مدخل گذار دیا جائے تو اسے بہرحال گردش دے دی جائے تاکہ آلہ رحم کی مستعرض سطح میں باآسانی داخل ہو جائے۔

کوئی بھی آلہ باہستگی ۵ تا ۱۰ سکنڈ کے وقفے سے داخل کرنا چاہیئے اور داخل کرتے وقت مریضہ کے عجان پر نظر رکھنی چاہیئے نیز بے چینی یا صدمہ کی کسی بھی علامت کو بغور دیکھتے رہنا چاہیئے۔ لیس لوپ کے اسباب میں مدخل دور کرنے

ے پہلے پہلے غائص (Plunger) کھینچ لینا چاہیے یا دھاگا پکڑ کر آلہ کھینچ لیا جائے۔
ضد السیلان، تصویر نمبر ۵۲ (۶)، غیر مقبول ہے، کیوں کہ سقوط آلہ کا سرا عنق کو مثقوب کر سکتا ہے اور



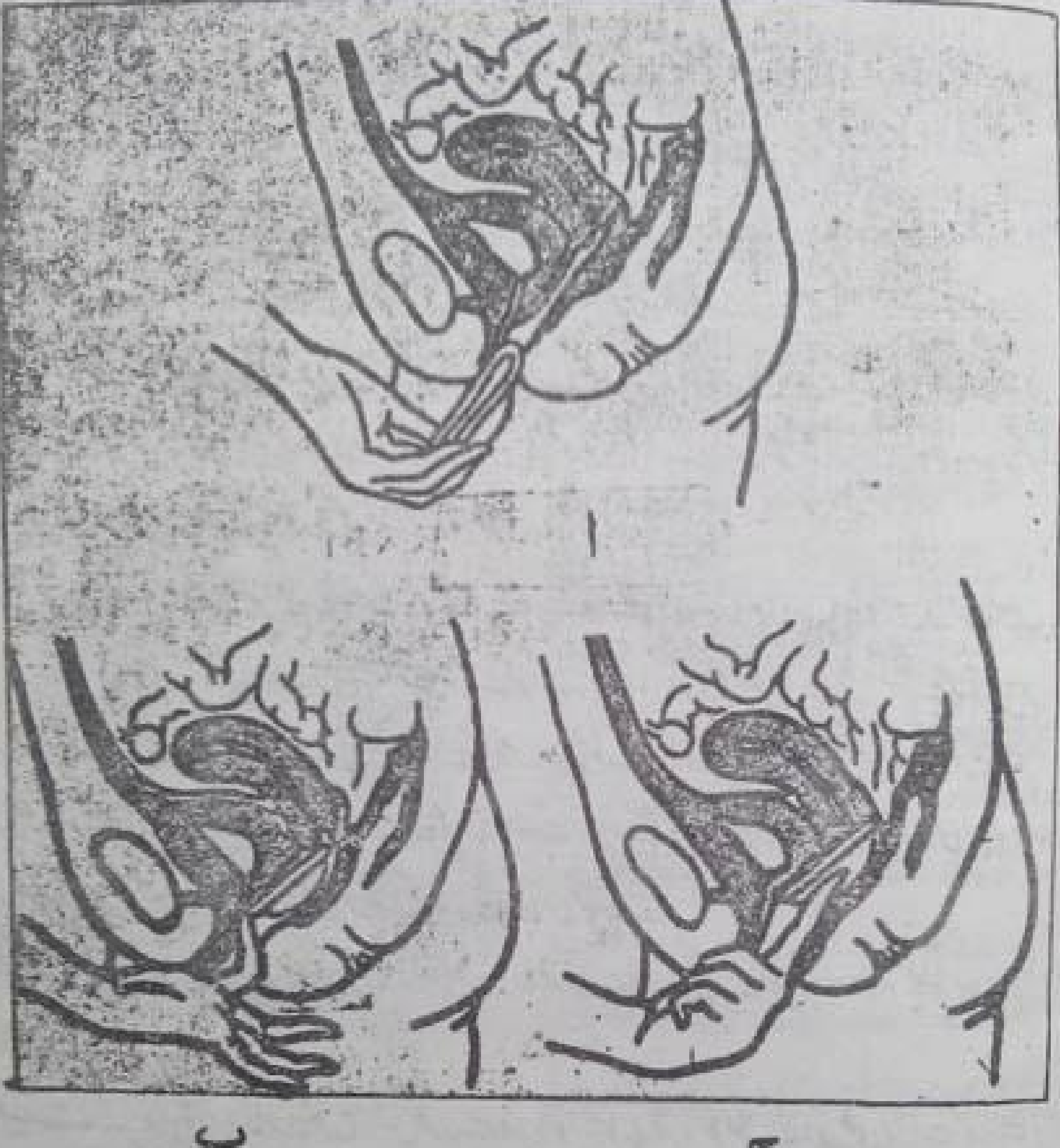
تصویر نمبر ۵۲: لیپس لوپ اور اس کا طریقۂ استعمال

(۱) لیپس لوپ، (۲) لیپس لوپ لگانے کا آلہ (مدخل)، (۳) لیپس لوپ داخلہ کے بعد۔

مدخل نم خارجی پر پڑا رہتا ہے۔ لچکدار زیر حلقے اور زونڈاگ آلات، ایک دھات کے ہک کے ساتھ یا سادہ انبوبہ اور غائص مدخل (Plunger Introducer) کے ذریعہ داخل کیے جاتے ہیں۔

مریضہ کو کوئی تکلیف پہونچائے بغیر رحمی آلہ داخل کرنا ممکن ہے لیکن عنق کو مس کرنا یا اتساع درد یا صدمہ لاحق کر سکتا ہے۔ درد کی صورت میں مریضہ کی رضامندی سے آلہ لگایا جا سکتا ہے اور فوراً لگوانے کے بجائے کچھ وقفہ سے آلہ لگوانے کی خواہش کرے تو اس کی خواہش کو ترجیح دی جائے۔ صدمہ زیادہ خطرناک ہوتا ہے جس کا تعلق درد کے درجہ سے نہیں ہوتا۔ مریضہ بے ہوش ہو سکتی ہے، جلد سفید اور چپچپی، نبض بطی خیطی اور غالباً ناقابل جس ہوتی ہے۔ وارننگ کے بغیر ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے اور مریضہ اکثر غشیہ کی شکایت

نمبر ۵ (ج)، لیکن جو عورت اپنی عنق سے واقف نہیں ہوتی اسے "ناک کی نوک" سے مشابہت دے کر بآسانی سمجھایا



ب ج

تصویر نمبر ۵: ڈایافرام داخل کرنے کا طریقہ۔

ا۔ پہلا مرحلہ، ب۔ دوسرا مرحلہ، ج۔ تیسرا مرحلہ

جا سکتا ہے۔ عورت کو دکھا دینا چاہیے کہ کس طرح وہ اپنی ہک دار انگلی کلاہ مقدم کی نگر میں پھنسا کر کیپ نکال سکتی ہے۔

استعمال سے پیشتر کیپ کے دونوں طرف کوئی حو نیات کش کریم طلا کی جائے اس طرح نہ صرف ڈایافرام لگانے میں آسانی ہوتی ہے بلکہ حصول مقصد میں کامیابی بڑھ جاتی ہے۔ کریم کا کچھ حصہ حلقہ کے ارد گرد لگا دینا چاہیے۔ اس طرح ادخال آسان تر ہو جاتا ہے۔ کریم کم از کم ½ گھنٹہ پیشتر لگانی چاہیے تاکہ تدھین کے سبب مجامعت

میں سہولت میسر ہو۔ کلاہ جماع سے ۸ - ۱۰ گھنٹے قبل ہرگز نہ نکالنی چاہیے اس طرح نطول کی ضرورت نہیں پڑتی اور نہ ہی بے چینی محسوس ہوتی ہے۔

ڈچ کیپ نکالنے بعد اسے صابن والے گرم پانی میں دھو لینا چاہیے لیکن صابن ہلکا اور غیر خوشبودار ہو چاہیے نیز پانی زیادہ گرم نہ ہو۔ جلد دافع عفونت محلول کا استعمال ممنوع ہے۔ پٹرولیم جیلی کے استعمال سے بھی ربر خراب ہو جاتا ہے۔ ڈچ کیپ نکالنے کے بعد دھو کر خشک کر لینا چاہیے ورنہ نمی سے ربر کے خراب ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔ اس کے بعد اس پر ڈسٹنگ پوڈر یا ٹیلکم پوڈر چھڑک کر ڈبہ میں محفوظ کر دینا چاہیے۔

ڈایافرام یا کیپ بردار مریضہ کا بذریعہ معالج یا تربیت یافتہ نرس کم از کم سال میں ایک بار امتحان ضرور ہونا چاہیے۔ نئی نویلی دلہنوں میں یا غیر ازدواجی زندگی میں مجامعت کی صورت میں تقریباً ہر تیسرے ماہ معائنہ کرتے رہنا چاہیے۔ گھریلو عورتوں کو بھی بار بار چیک کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

معالج کو ہر بار مریضہ کے استفسارات کے جوابات دینے کے لیے بھی تیار رہنا چاہیے ایسی حالت میں تشریح اور وضاحت کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے عورت کو اس یقین دہانی کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے کہ آلہ اس کے اندر گم نہ ہوگا اور نہ ہی باعث سرایت ہوگا۔ عورت کو اس وضاحت کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے کہ اگر کیپ لگنے کی حالت میں طمث جاری ہو جائے تو اس سے اُسے کوئی مضرت نہ پہنچے گی۔ اگر عورت نطول کی عادی ہو تو اس وقت تک باز رہنے کی ہدایت کی جائے تا وقتیکہ کیپ دور نہ کر دی جائے۔

بچے کی پیدائش کے بعد ہمیشہ دوبارہ فٹنگ کی ضرورت ہوتی ہے اور زچگی کے تقریباً ۶ تا ۸ ہفتے بعد بروئے کار لایا جاتا ہے۔

اہمیت :۔ ڈایافرام رفالہ کی طرح مکمل طور سے ضبط تولید کا بے ضرر طریقہ ہے اور طبی اثرات بد سے محفوظ ہے۔ رفالہ کے برعکس اسے مجامعت سے کافی پہلے فٹ کیا اور بہت بعد میں نکالا جاتا ہے تاہم یہ استعمال میں زیادہ وقت طلب ہوتا ہے۔ یہ حمل کو مکمل طور سے عورت کے اختیار میں دے دیتا ہے اور محتاط طور پر استعمال کی صورت میں قابل لحاظ حد تک محفوظ ہوتا ہے۔ بہت سی ازدواجی زندگیوں میں بچوں کی پیدائش کے درمیان مناسب فاصلہ برقرار رکھنے کا انتہائی مفید ذریعہ ہے۔

عنقی اور قبوی کلاہ (Cervical and Vault Cap) :۔ کلاہِ قبوہ (Vault Cap) :۔ یہ ربر یا پلاسٹک کی ہلالی یا نیم کروی بے لوچ ٹوپی ہوتی ہے۔ یہ ٹوپی مہبلی قبوہ میں بیٹھ جاتی ہے اور عنق کے حدود پر بخوبی محیط ہو جاتی ہے۔ اس کا مرکز باریک لیکن حلقہ دبیز ہوتا ہے اس کے حلقہ میں ڈایافرام کی طرح اسپرنگ نہیں ہوتی۔ کلاہ قبوہ ۵ تا ۱۰ نمبروں کے مختلف سائز میں تیار کی جاتی ہے۔

عنق کلاہ (چاک فرازج Check Pessaries):۔ یہ مساس انگشتانہ شکل کی ٹوپیاں ہوتی ہیں جن کے قاعدے دبیز ہوتے ہیں اور ان کی ساخت کچھ اس قسم کی ہوتی ہے کہ یہ بآسانی عنق پر فٹ ہو جاتی ہیں۔ یہ ۲ یا ۳ مختلف سائز میں ۲۲ تا ۳۱ ملی میٹر کی تیار کی جاتی ہیں۔ چند عنق کلاہ میں دھاگا لگا رہتا ہے تاکہ اسے نکالنے میں آسانی ہو۔

کلاہ کی ایک دوسری قسم جو عنق پر بخوبی بیٹھ جاتی ہے اور عام طور سے عنق کلاہی فرزجہ (Cervical Cap Pessary) یا میری اسٹوپس فرزجہ (Marie Stopes Pessary) کے طور پر جانی جاتی ہے، ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۵۔ کارکردگی کے اعتبار سے یہ فرزجہ نہایت کامیاب ہوتا ہے۔

تصویر نمبر ۱۵

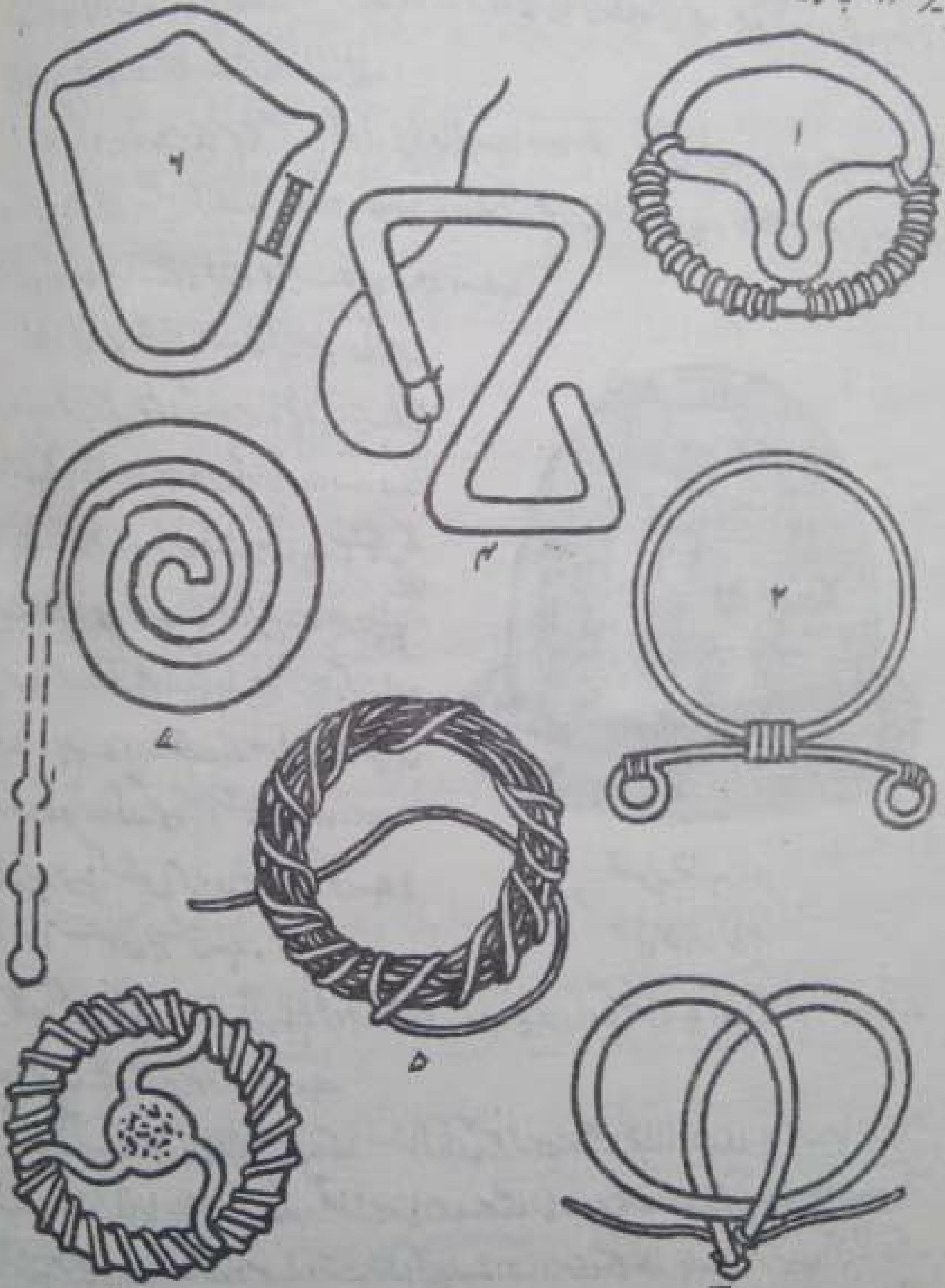
عنق کلاہی فرزجہ

کلاہ عنق ڈایا فرام کی بہ نسبت کم لچکیلی ہوتی ہیں اور اپنے محل پر عمل چوس کے ذریعہ قائم رہتی ہیں۔ عورت کو اس کے باقاعدہ استعمال کی تربیت دے دینی چاہیے کہ کس طرح یہ برمحل فٹ ہوتی ہے۔ استعمال کے وقت کلاہ کو ½ حصہ مانع حمل کریم سے بھر دینا چاہیے۔ ساتھ ہی عورت کو سمجھا دینا چاہیے کہ کلاہ کو زیادہ کریم سے نہ بھرے ورنہ مقصد کے حصول میں کامیابی مشکوک ہو جائے گی۔ کسی آلہ استعمال (Applicator) کے ذریعہ جونیہ کش کریم داخل کی جا سکتی ہے یا بطور فرزجہ استعمال ہو سکتی ہے۔

کلاہ انگلیوں کی مدد سے اور اگر پہلے لگی ہو تو ڈوری کے ذریعہ دور کی جا سکتی ہے لیکن اچھی طرح بیٹھ جانے کی صورت میں نکلنے میں دشواری ہوتی ہے۔

ڈایا فرام کی طرح ڈایا فرام یا کیپ کے استعمال کی صحیح تربیت بھی انتہائی ضروری ہے۔ کلاہ مجامعت سے ۲ گھنٹہ قبل فٹ کرنی چاہیے اور کم از کم ۶ گھنٹہ بعد یا اس سے بھی زیادہ دیر تک اندر پڑی رہنے دینا چاہیے۔ ایک آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ رات کو سوتے وقت فٹ کی جائے اور دوسری صبح نکالی جائے۔ اگر کیپ اتنی مدت تک پڑی رہ جائے کہ دوسری مجامعت کی نوبت آ جائے تو جرثومہ کش ایک مدخل کے ذریعہ یا فرزجہ کی شکل میں ضرور داخل کر لیا جائے کیونکہ فرزجہ جسمانی حرارت کا درجہ اختیار کرنے میں کچھ وقت لیتا ہے لہٰذا جماع سے کم از کم ۱۵ منٹ قبل اسے داخل کرنا چاہیے۔

درّ رحمی آلہ (Intrauterine Device) : درّ رحمی مانع حمل آلہ استقاع حمل کا ایک موثر طریقہ ہے۔ درّ رحمی آلہ سہل الاستعمال اور غیر مضر ہونا چاہیئے۔ دھات کے آلات بہت کم لچکیلے اور دادخاق سے پیشتر معدوم جس کے زیر اثر عنقی ...



تصویر نمبر ۵۲ : درّ رحمی آلات کی چند کارآمد قسمیں

(۱) یوسی آئی حلقہ ، (۲) خاموش محافظ ، (۳) زوشاگ درّ رحمی آلہ ، (۴) سونا والا درّ رحمی آلہ ، (۵) زبر حلقہ ، (۶) ضد السیلان ، (۷) لف مارگولی ، (۸) اوٹا حلقہ۔

کے متقضی ہوتے ہیں، چند ٹھوس پلاسٹک کے آلات میں بھی یہی دشواری ہوتی ہے۔ لیکن پولی تھیلین (Polyethelene) نائلان اور ریشمی دھاگے عام طور سے مستعمل ہیں اور بنیادی طور پر اس طرح بنائے جاتے ہیں کہ معدم حس کے بغیر بآسانی استعمال کئے جا سکیں۔

بکثرت دستیاب آلات (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲۵) سے ثابت ہوتا ہے کہ کسی بھی جسم غریب کو اپنی شکل کے اعتبار سے مانع حمل اشغال کا حامل ہونا کافی ہے۔ آسان ترین آلات لچکدار ہوتے ہیں، جن کے کنارے کھلے ہوئے ہوتے ہیں۔ حلقے اور چھلے عموماً پلاسٹک کے ہوتے ہیں تاہم آج کل غیر زنگ آلود فولاد کا بنا ہوا "M" کا ہم شکل آلہ بھی دستیاب ہے۔ یہ آلات سہل الاستعمال اور بیشتر حلقہ معالجین میں انتہائی مقبول ہیں۔ پلاسٹک کے بنے ہوئے آلات لچکدار ہونے کے سبب سیدھے کئے جا سکتے ہیں اور اس طرح مدخل میں بآسانی داخل کئے جا سکتے ہیں جس سے وہ بذریعہ عنقی قنال گذارے جاتے ہیں اور رحم کے اندر خارج ہو کر اپنی سابقہ شکل اختیار کر لیتے ہیں۔

حلقہ بند اور قوس دار آلات داخل کرنے میں انتہائی دقت ہوتی ہے اور کھلے آلات کی بہ نسبت ان سے انثقاب کے خطرات بھی زیادہ رہتے ہیں لیکن ایک سہولت یہ ہے کہ شرح اخراج بہت کم ہوتی ہے۔ ایک دفعہ قالب (سانچہ) بنا لینے کے بعد پلاسٹک کے آلات نہایت سستے تیار کئے جا سکتے ہیں۔ یہ نہ صرف ارزاں اور سہل الاستعمال ہوتے ہیں بلکہ کارخانے کے بجائے نجی طور پر بھی گھر میں تیار کئے جا سکتے ہیں۔

تقریباً جملہ آلات دم دار یا بغیر دم کے بنائے جا سکتے ہیں۔ بہت سے آلات کے ساتھ باریک نائلان کے دھاگے منسلک کر دیئے جاتے ہیں لیکن اس کی شہادت نہیں ملتی کہ یہ ذریعہ سرایت ثابت ہوتے ہیں۔ ان کے ذریعہ نہ صرف یہ اندازہ لگانے میں آسانی ہوتی ہے کہ آلہ صحیح مقام پر فٹ ہے بلکہ آلہ کو نکالنے میں بھی مدد ملتی ہے۔

عنقی قنال سے رحمی کہفہ میں دررحمی آلہ (IUD) داخل کرنے کے لئے مدخل (Introducer) کی مدد ضروری ہے۔ اگر عنقی قنال میں داخل کیا جانے والا حصہ خمیدہ ہو تو بہتر ہے علاوہ بریں اس میں ایک روک بھی ہونی چاہیئے جو فم خارجی سے مس ہوتا ہو اور اسے رحمی کہفہ میں بہت زیادہ داخل ہونے سے باز رکھتا ہو، کیوں کہ بے اندازہ ادخال کی شکل میں رحمی انثقاب کا بہت زیادہ خطرہ رہتا ہے۔

دنیا کے ترقی یافتہ ممالک میں رائج اور مقبول چند دررحمی آلات (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲۵) درج ذیل ہیں:

(۱) یوسی آئی حلقہ (Yusei Ring)، (۲) خاموش محافظ (Silent Protector)، (۳) زونشاگ دررحمی آلہ (Szontagh IUD)، (۴) سونا والا دررحمی آلہ (Soonawala IUD)، (۵) زپر حلقہ (Zipper Ring)، (۶) ضد السیلان (Antigon)، (۷) ملف مارگولی (Marguries Coils)، (۸) اوٹا حلقہ (Ota Ring)۔

قضیب کو انزال سے فوراً پیشتر باہر نکال لیا جاتا ہے۔ یہ استخراج یا تقہقر (Withdrawal) سے بھی موسوم ہے۔ چونکہ یہ ایک آسان ترین اور بلا خرچ کا طریقہ ہے نیز اس کے لئے کسی خاص رہبری یا معلومات وغیرہ کی بھی ضرورت نہیں، لہٰذا دنیا بھر میں ضبط تولید کا سب سے عام اور مشہور ترین طریقہ ہے، چنانچہ اکثر فریقین کو یہ کہتے ہوئے سنا جاتا ہے کہ وہ مقاربت کا محتاط طریقہ اپنا رہے ہیں، اس میں اشارہ عزل ہی کی طرف ہوتا ہے۔ بہت سے شادی شدہ جوڑے تو یہ سمجھے بغیر اس طریقے پر عمل پیرا ہو جاتے ہیں کہ یہ بھی ضبط تولید کا کوئی طریقہ ہے۔

عزل کے متعلق بے شمار اعتراضات کئے گئے ہیں کیونکہ جب مرد میں جنسی طور پر شہوت بھڑکتی ہے تو انزال سے قبل مذی کے چند قطرے غدہ قدامیہ سے منفذ مبال میں آجاتے ہیں اور اگر رطوبت کا زیر خردبین معائنہ کیا جائے تو اس میں حوینات منویہ ضرور ملیں گے اس طرح عورت لاعلمی میں حاملہ ہو سکتی ہے۔ علاوہ بریں ایک مرد کے لئے بسا اوقات یہ جاننا دشوار ہوتا ہے کہ انزال کب ہو رہا ہے۔ اسی طرح بسا اوقات حالت نعوظ میں لاعلمی میں رطوبت خارج ہو سکتی ہے جس میں حوینات منویہ کے خلیات پائے جا سکتے ہیں اور مرد اگر پہلی مجامعت کے گھنٹہ دو گھنٹہ بعد دوبارہ مجامعت کرنے جاتا ہے تو یہ ایک "خطرناک فعل" ہوتا ہے کیونکہ اس کے مبال پر چند حوینہ منویہ موجود ہو سکتے ہیں جس سے استقرار حمل عین ممکن ہے۔ اسی طرح اگر عورت کے بیرونی تناسلی اعضا پر منی لگی ہوتی ہے تو دوسری جماع کے وقت اس میں موجود حوینہ منویہ کو حبل میں جانے کا راستہ مل سکتا ہے جس کے اندر بیضۂ انثی کو حاملہ کرنے کی بھرپور صلاحیت موجود ہوتی ہے۔

یہ طریقہ اگرچہ بیشتر فریقین کے لئے بلا کسی مضر اثر کے قابل عمل ہوتا ہے تاہم بیشتر مرد اس سے عصبی تشویش میں مبتلا ہو جاتے ہیں بعض افراد میں اس پر عمل کرنے سے قوت باہ میں کمی آجاتی ہے یا اس کا فقدان ہو جاتا ہے جو صرف نفسیاتی الاصل ہوتا ہے اس سے سرعت انزال کی بھی شکایت ہو جاتی ہے، جنسی عدم تشفی کے سبب دل و دماغ پر بھی برا اثر پڑتا ہے۔

اگر عورت میں شہوت دیر سے بیدار ہوتی ہے تو ایسے نازک وقت میں "وقفہ کی مزید تخفیف" اس کے لئے انتہائی تکلیف دہ ثابت ہوتی ہے جب کہ وہ حرکات ذکر سے تسکین حاصل کرنے کی پوزیشن میں ہوتی ہے اخراج قضیب سے اس کے ذہن و دماغ پر نہایت خراب اثر مرتب ہوتا ہے۔ ثانوی طور پر اس کی عمومی صحت بھی متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتی۔

بعض ماہرین کہتے ہیں کہ یہ اپنے اپنے خیال کی بات ہے، چنانچہ اگر اسے برا خیال کر لیا جائے تو صحت پر برا اثر پڑتا ہے اور اگر اچھا تسلیم کر لیا جائے تو صحت پر کوئی خراب اثر نہیں پڑتا۔ چنانچہ بہت سے فریقین سے اپنا کر بھی مسرت سے ہمکنار ہوتے ہیں، لیکن یہ ضرور ہے کہ ناکامی کے امکانات اس میں بہت زیادہ ہیں، چنانچہ

شرح ناکامی ۲ بتائی گئی ہے اور گو یہ صحیح ہے کہ یہ طریقہ ابتدا میں چند سال تک کامیاب رہتا ہے لیکن اکثر مثالوں میں ناکامی پر منتج ہوتا ہے اور حمل قرار پا جاتا ہے۔

شیخ نے بھی چند اصولوں کا تذکرہ کیا ہے جو درج ذیل ہیں۔

ایسی وضع پر جماع نہ کیا جائے جس سے حمل قرار پا جائے، عورت اپنی ران جماع کے وقت بلند نہ کرے، مرد و زن کے انزال کے وقت میں فرق کیا جائے اور انزال کے وقت جیسا کہ اوپر بتایا گیا، مرد ذکر کو باہر نکال لے اور انزال کے بعد مرد عورت سے بعجلت ممکنہ جدا ہو جائے اور عورت کو بھی مجامعت کے بعد فوراً کھڑے ہونے کی ہدایت کی جائے۔ عورت کو عقبی جانب ۷ تا ۹ بار اچھلنے کی ہدایت کی جائے۔ اس طرح منی اکثر خارج ہو جاتی ہے۔ لیکن ابھرنے، حرکت کرنے اور پیچھے آگے کی طرف حرکت کرنے سے منی اکثر ٹھہر جاتی ہے۔

گاہے چھینک کے ذریعہ منی پھسلا کر نکال دینے سے بھی مذکورہ مقصد حاصل ہوتا ہے۔

رفالہ (Condom):۔ مردانہ غلاف (Male Sheath) سب سے زیادہ کثیر الاستعمال اور بآسانی قابل عمل میکانیتی طریقہ ہے کیوں کہ یہ بلا کسی زحمت کے بآسانی دستیاب اور بلا کسی طبی ہدایت کے بآسانی قابل استعمال ہے۔ رفالہ امتناع حمل کا وہ واحد طریقہ ہے جو کسی سرپرستی پرہیز سے بے نیاز ہو کر اور مابعد مضر اثرات سے بے خوف ہو کر استعمال کیا جاتا ہے، کیونکہ سالہا سال کے لٹریچر کے مطالعہ سے پتہ چلتا ہے کہ شاذ و نادر ہی اس کے مابعد ناگوار اثرات پائے جا سکتے ہیں۔

رفالہ مختلف تجارتی ناموں سے متعدد رنگوں اور پیکٹوں میں دستیاب ہے تاہم نرودھ اور ڈیورا پیکٹ زیادہ مقبول اور بکثرت مستعمل ہیں، رفالے ہمیشہ لپیٹ کر اور کیمیاوی طور پر الومنیم کے محفوظ پیکٹ میں سربمہر کر دیے جاتے ہیں۔ یہ تین تین عدد کے علیحدہ علیحدہ پیکٹوں میں فروخت ہوتے ہیں، پہلے سے مدہن رفالے زیادہ مقبول اور پسندیدہ ہوتے ہیں۔

تیاری کے جدید سائنٹفک اصولوں کی بدولت استعمال سے قبل اب ٹسٹ کرنے کی ضرورت نہیں رہتی بلکہ نعوظ کی حالت میں مجامعت سے پہلے ہی قضیب پر اس طرح چڑھا لینا چاہیے کہ پورا قضیب ملفوف ہو جائے لیکن اس امر کا خیال رکھنا چاہیے کہ چڑھاتے وقت رفالہ میں ہوا نہ بھرنے پائے ورنہ حرکات جماع کی رگڑ سے پھٹ جانے کا اندیشہ رہتا ہے۔ مزید احتیاط کے پیش نظر رفالہ کو کسی مناسب قاتل حوینات منویہ (Spermicide) مثلاً فرزجہ یا پیسٹ کے ہمراہ استعمال کرنا چاہیے۔ اس طرح میکانی ناکامی کے باوجود نہ صرف امکان حمل کم ہو جاتا ہے بلکہ تدہین میں بھی مدد ملتی ہے۔ ہر بار نیا رفالہ استعمال کرنا چاہیے اور استعمال کے بعد اسے ضائع کر دینا چاہیے۔ لیکن دبیز ربر کا غلاف (دھونے کے قابل) بار بار استعمال کرنے میں

مضائقہ نہیں۔ ہمیشہ معیاری ربر کا رفالہ ہی استعمال کرنا چاہیئے۔

رفالہ استعمال کرنے والوں کے لئے ضروری ہے کہ بلاناغہ اس کا استعمال کریں بعض لوگ متبادل پر بھی محفوظ زمانہ پر عمل کرتے ہیں اور گاہے رفالہ کے استعمال پر اکتفا کرنے لگتے ہیں۔ ان کی اس عادت کی حوصلہ افزائی نہیں کرنی چاہیئے۔

یہ طریقہ فقط جزوی طور پر قابل اعتماد ہے اور ناکامی کی شرح ۱۰/ سالانہ ہے تاہم صحیح فٹنگ کی صورت میں ناکامی کا امکان کم ہو جاتا ہے۔

غلاف نفسیاتی اختلالات کا موجب ہو سکتا ہے جس کے نتیجہ میں عنانت تک پیدا ہو سکتی ہے، لیکن بعض فریقین فقط اس لئے اعتراض کرتے ہیں کہ اس طریقہ سے جنسی تسکین کی تکمیل نہیں ہوتی۔

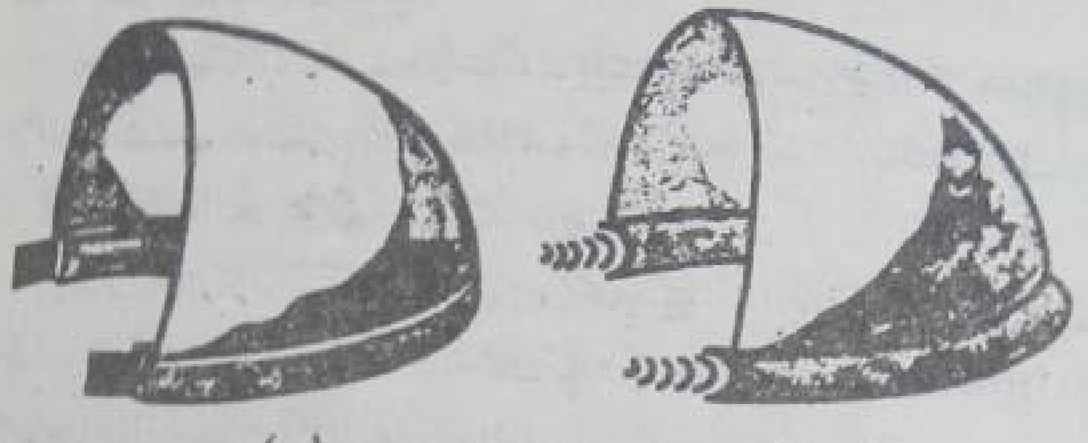
ڈایافرم اور عنقی کلاہ (Diaphragm and Cervical Caps): عزل اور غلاف کے استعمال کا مقصد حوینانی خلیات کا ہبل میں داخلہ روکنا ہوتا ہے اور ان کا استعمال مرد پر منحصر ہوتا ہے۔ اب ہم عورتوں کے ذریعہ استعمال ہونے والے میکانی ذرائع پر روشنی ڈالیں گے۔ ان کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ ہبل میں داخل حوینانی خلیات کو رحم میں نہ داخل ہونے دیا جائے یا ان کو غیر فعال بنا دیا جائے۔

تسدیدی کلاہ (Occlusive Caps) حوینہ منویہ سے محفوظ رکھنے والے روک یا باڑھ نہیں تصور کئے جاتے بلکہ خارجی فم عنق کے ساتھ اتصال کے سبب ادویہ کو روکنے کے لئے مرکب کا کام کرتے ہیں۔ انھیں ہمیشہ معالج کو ہی فٹ کرنا چاہیئے یا بصورت دگر خاص طور سے تربیت یافتہ نرس کو ہدایت کرنی چاہیئے علاوہ بریں عورت کو بھی آلہ استعمال کرنے کا تجربہ دینا چاہیئے نیز اس کی درست فٹنگ کا پتہ لگانے کا سلیقہ بھی سکھا دینا چاہیئے۔ بسا اوقات فراہم کردہ ہدایات ناموزوں ہوتی ہیں جس کے سبب دوران استعمال بہت زیادہ پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

کلاہ اور ڈایافرام عموماً ربر سے بنائے جاتے ہیں اسی لئے ان کی زندگی محدود ہوتی ہے۔ ڈایافرام اور عنقی کلاہ رفالہ یا غلاف کی ناکامی کے بعد ہی قابل قبول ہوتے ہیں مخصوص ڈایافرام اور عنقی کلاہ درج ذیل ہیں۔

ڈایافرم —— ڈچ کیپ (Dutch Cap): یہ تسدیدی کلاہ کی عمومی قسم ہے۔ بیشتر عورتیں اسے بآسانی فٹ کر لیتی ہیں اور استعمال میں آسانی بھی محسوس کرتی ہیں۔ یہ ڈایافرم باریک خام ربر کا بنا ہوتا ہے اور باریک قبہ کی شکل میں دبیز کگر پر تنیدہ ہوتا ہے جو دھات کی اسپرنگ پر مشتمل ہوتا ہے۔ سپاٹ اسپرنگ قسم مرغولہ دار اسپرنگ کی بہ نسبت زیادہ بے لوچ اور سخت ہوتی ہے۔ اسے موڑنے میں قدرے دقت

ہوتی ہے۔ یہ آرام سے/بآسانی داخل کیا جاسکتا ہے لیکن نکالنے میں دشواری ہوتی ہے۔ ڈایا فرم مختلف سائز یعنی



ب ا

تصویر نمبر ۴۹: ڈایافرام کی قسمیں۔

ا۔ مرغولہ دار اسپرنگ والا ڈایا فرام، ب۔ سپاٹ اسپرنگ والا ڈایافرام

ان کے قبہ کی بلندی بھی مختلف ہوتی ہے

۵ر۲ اور ۵ ملی میٹر یا ۵ر۱ ملی میٹر قطر میں دستیاب ہوتے ہیں

ڈایافرام استعمال کرنے کے معیاری اصول درج ذیل ہیں:۔

۱۔ رحمی سقوط بڑے درجہ میں موجود نہ ہو۔

۲۔ مہبلی قوت وصحت (Tone) اچھی ہونی چاہیئے، کوئی نمایاں قیلہ مثانیہ نیز مہبلی دیوار کے زیریں حصہ

میں ارتفاق عانہ کے پیچھے کوئی قابل ذکر خلا ریا ابھار نہ ہو۔

۳۔ مریضہ اپنا عنق رحم محسوس کرنے کے قابل ہو۔

عنق کلاہ فقط اسی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے جب کہ:۔

۱۔ عنق واضح طور پر مریضہ کی دسترس میں ہو۔

۲۔ عنق کا رجحان سامنے کی طرف ہونا چاہیئے، جس کے سبب دوران مجامعت کیپ کا علیحدہ ہونا

ناممکن ہوتا ہے۔

۳۔ عنق کی کیپ پر کافی گرفت ہونی چاہیئے۔

۴۔ عنق غیر متآکل اور غیر متقرح ہونی چاہیئے۔

انتخاب وطریقۂ استعمال:۔ صاحب ولاد عورت اپنی عدیم الولادت بہن کی بہ نسبت کیپ قبول

کرنے کے لئے زیادہ مائل رہتی ہے۔

متمول عورت جو اپنی کیپ استعمال کرنا نہیں چاہتی اور نہ کوئی دوسرا طریقہ قبول یا پسند کرتی ہے ایسی حالت

میں ہر طبی دورہ پر مریضہ کی رضامندی سے عامل پلاسٹک کی سیدھی (مقوّم) عنقی کیپ – (Ortho-Cervical Cap) فٹ کرسکتا اور نکال سکتا ہے۔

درست کیپ منتخب کرلینے کے بعد پشت کے بل یا بائیں جانبی وضع میں مریضہ کا امتحان کرلینا چاہیئے۔ طبی حوضی امتحان کے ایک حصے کے طور پر موسع گذارا جاتا ہے۔ عنق کا طول اور وضع معلوم کرلینی چاہیئے۔ ڈایافرام یا کیپ کا انتخاب حوضی امتحان کی دریافتوں کی روشنی میں کرنا چاہیئے۔

مہبل کی لمبائی ارتفاق عانہ کے موخر قبوہ تک معلوم کرلینی چاہیئے۔ ڈایافرام کا مناسب سائز منتخب کرکے حلقہ (Rim) کو دائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت کے درمیان دبایا جائے اس کے بعد ڈایافرام مہبل میں داخل کیا جائے اور سرے کو موخر مہبلی دیوار کے ساتھ گذارا جائے۔ اس طرح حلقہ موخر قبوہ میں پہونچ جاتا ہے۔ اس کے حلقہ کا اتصالی کنارا ارتفاق عانہ کے پیچھے ڈھکیل دیا جائے۔ سپاٹ اسپرنگ دار ڈایافرام مرغولہ دار اسپرنگ کی بہ نسبت سہل الاستعمال ہے اور موخر قبوہ میں بآسانی فٹ ہوجاتی ہے۔ ڈایافرام کے قبہ کو زیادہ سے زیادہ اوپر داخل کرنا چاہیئے۔

درست وضع کی صورت میں عنق ڈایافرام کے قبہ کے ذریعہ حس کی جاسکتی ہے اور ایک انگلی ڈایافرام اور ارتفاق عانہ کے درمیان داخل کی جاسکتی ہے۔

غلط طور پر فٹ ہونے کی حالت میں مکمل آلہ عنق کے قدامی حصہ میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں عورت قدرے بے چینی اور الجھن محسوس کرتی ہے اور وہ اپنی انگلیوں سے حلقہ (گگر) کو بآسانی محسوس کرلیتی ہے۔

عورت کو ڈایافرام حسب ذیل تین اوضاع میں داخل کرنے کی تربیت دی جاسکتی ہے:۔

مریضہ پشت کے بل لیٹ کر گھٹنے موڑے ایک پاؤں کے سہارے کھڑے ہوکر جیسے کرسی یا بیت الخلاء کی سیٹ پر بلند کئے رہے یا آلتی پالتی مار کر بیٹھی رہے۔ بعض عورتیں ایک ٹانگ کو ابھار کر بآسانی کھڑی ہوجاتی ہیں۔ عورت کو بتادینا چاہیئے کہ کس طرح ڈایافرام کو انگشت شہادت پر وسطی اور انگوٹھوں سے دبایا جاتا ہے۔ عورت شفرتین کو اپنے ہاتھ کی انگلیوں سے ہٹا کر مہبل کی موخر دیوار کے سہارے ڈایافرام ممکنہ حد تک اندر داخل کرتے ہوئے عنق کے نیچے اور پیچھے پہونچادے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۵۰ (ا)؛ اس کے بعد کیپ کا مقدم حلقہ ارتفاق عانہ کے پیچھے اڑسادے، جیسا کہ تصویر نمبر ۵۰ (ب) سے ظاہر ہے۔ قیام کی صورت میں کیپ عموماً متوازی اور لیٹنے کی حالت میں عموداً داخل کی جاتی ہے۔

عورت کو یہ بھی معلوم کرنے کا طریقہ بتادینا چاہیئے کہ آیا ڈایافرام صحیح وضع میں فٹ ہوا ہے یا نہیں؟ اگر وہ پہلے ہی سے اپنی عنق کا محل وقوع جانتی ہو تو ڈایافرام کے قبہ کے ربر کے ذریعہ محسوس کرسکتی ہے، ملاحظہ ہو تصویر

جواب: صرف اس فریق کو جو کسی لا علاج مرض میں مبتلا ہو۔ چنانچہ اگر شوہر کسی لا علاج مرض میں مبتلا ہو تو انصاف کا تقاضا یہ ہے کہ اس کی تعقیم کر دی جائے تاکہ زوجین پُر مسرت اور آزاد زندگی گذار سکیں لا ہمل اگر خدانخواستہ شوہر کی موت ہو گئی تو بیوی کے دل میں دوسری شادی کر کے بچہ پیدا کرنے کی شدید خواہش پیدا ہو سکتی ہے۔ اسی طرح کسی نامراد اور لا علاج مرض میں مبتلا عورت کی تعقیم اس کے خاوند کی مکمل رضامندی کے بعد کی جا سکتی ہے، کیوں کہ اگر خدانخواستہ درمیان میں عورت کی موت ہو گئی تو شوہر دوسری شادی کر کے بحکم خدا بچہ پیدا کر سکتا ہے۔

تکنیکیں:۔ ہر شخص بنیادی طور پر درج ذیل استفسارات کے جوابات کا طالب ہو سکتا ہے:

"کیا میں پہلے جیسا رہ جاؤں گا؟ کیا میں پھر بھی عورت رہ جاؤں گی؟ کیا میں مرد رہ جاؤں گا یا دوسرے لفظوں میں میری مردانگی میں کوئی فرق تو نہیں آئے گا؟ بہت سے مرد اسے اخصا سے تعبیر کرتے ہیں لہٰذا ایسی حالت میں انھیں اطمنان دلا دینا چاہیے کہ دراصل انثیین یا بیضین چھوڑ دیئے جاتے ہیں جو جنسی خصائص کے حامل ہارمون بناتے ہیں۔ انھیں بعض مخصوص قسم کی تصاویر اور مجسموں کے ذریعہ بخوبی سمجھایا جا سکتا ہے۔ بسا اوقات مریض کو تعقیم شدہ مریض سے ملا دینا مفید ثابت ہوتا ہے۔ بعض مرد یہ بھی جاننے کے خواہاں ہوتے ہیں کہ تعقیم کے بعد بھی جب حیونات منویہ کی تکوین کا سلسلہ جاری رہتا ہے تو ان کا حشر کیا ہوتا ہے؟ انھیں یہ بتانے کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے کہ مادۂ انزال خاص طور سے ستزاد معین مقدار سے آتا ہے، جن کی مقدار میں بظاہر کوئی فرق نہیں آتا۔ عورتیں بیضۂ انثیٰ غائب ہو جانے سے پریشان ہو جاتی ہیں۔ معالج کو تعقیم سے بیشتر شوہر اور بیوی کو ساتھ ساتھ دیکھنا چاہیے۔

ضرورت پڑنے پر تقریباً ۵۰ تا ۷۰ فی صدی صورتوں میں عروق المنی دوبارہ کامیابی کے ساتھ جوڑی جا سکتی ہیں۔

مرد:۔ عملیہ ایسی صورت میں انجام دینا چاہیئے جب کہ مرد دو چار یوم سے آرام کی حالت میں ہو، بالخصوص ایک ہفتہ تک کام سے رخصت کافی ہے۔

مختصر روئداد حاصل کی جائے اور مقام عملیہ کا امتحان کر لیا جائے۔ ذیابیطس اور مزاج نزفی (ہیموفیلیا) عملیہ کے لئے ناموزوں ہیں۔ اسی طرح دوائی حساسیت سے متعلق سوالات علی الخصوص انٹی بایوٹک اور مقامی مخدرات کے بارے میں بھی معلوم کر لینا چاہیے۔ اگر دوالی قیلہ مائیہ، فتق یا تناسلی قنات کے کسی دوسرے کی تحقیق ہو جائے تو جرحی اصولوں پر نظر ثانی کر کے عملیہ انجام دینا چاہیے۔

بہتر یہی ہے کہ مرد اپنے موئے زہار کو از خود صاف کرے اگر عمومی عدم حس کی ضرورت درپیش ہو تو عملیہ کی

صبح کو کھانا نہ دیا جائے۔ مقامی مخدر استنشاقی مخدرات کے بہت زیادہ بعیدی خطرات کو دور کر دیتا ہے اور یہ سرجن کو تنہا کام کرنے کا موقع فراہم کرتا ہے نیز اس طرح مریض کے وقت کی بھی بچت ہوتی ہے۔ اگر عمومی مخدرات کا منصوبہ ہوتا ہے تو بعض سرجن عملیہ سے کم از کم ایک رات قبل مریض کو اسپتال میں داخل کرنے کو ترجیح دیتے ہیں۔

دو فیصدی زائلوکین مع ایڈری نلین (۲۰۰۰۰۰ میں ایک حصہ) (Xylocain with Adrenaline) عمدہ مقامی معدم حس ہے۔ اگر مریض کسی قلبی مرض میں مبتلا ہو تو ایڈری نلین کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیئے۔ جس مقام کی جلد میں شگاف دینا مقصود ہو، ۲ تا ۵ ملی لیٹر عموماً کافی ہوا کرتی ہے۔ شگاف دینے سے قبل اس خطہ کو کسی مقامی آبی مانع عفونت سے دھو لینا چاہیئے۔ انثیین سے مبال میں جانے والا حبل المنی منقطع کر دیا جاتا ہے۔

حبل المنی ظاہر کرنے کے لیے متعدد شگاف لگائے جا سکتے ہیں لیکن واحد وسطی شگاف جسے موخر طور پر صفن میں بروئے کار لایا جاتا ہے کے ذریعہ دو جانبی انقطاع حبل المنی (Vasectomy) انجام دیا جا سکتا ہے۔ بہر حال حبل کو دوسری جانب کھینچنا عروق صغیرہ سے تکلیف دہ نزف پیدا کر سکتا ہے۔ غالباً سب سے بہتر تکنیک یہ ہے کہ صفن کے جسم سے نقطۂ اتصال پر جلد کے ذریعہ کارڈ کو جس کرنا چاہیئے۔ حبل المنی کو جلد کی شکن میں اوپر اٹھانا مفید ہے، جس کے بعد جلدی شکن کے ذریعہ موخر اور واضح ترین حبل میں اسے ملی ملاپ جکڑ کر سرنج نیڈل داخل کی جائے، اور وہ کو محفوظ رکھنے کی ہر ممکن احتیاط برتنی چاہیئے، اس کے بعد حبل پر ایک مختصر شگاف لگایا جائے۔ عضلہ معلقہ للخصیہ (Cremaster Muscle) میں طولاً شگاف لگایا جائے عرضاً نہیں۔ مقامی تخدیر کی حالت میں مریض درد کی شکایت کرے گا، لہٰذا حبل کو نہایت نرمی سے پکڑنا چاہیئے اور عرق منی کو از خود در سے بہ رش کا موقع دینا چاہیئے۔ منقطع کناروں کو یا تو کچل کر سیاہ سلک (۳/۰) سے باندھ دیا جائے یا فتحہ میں سوزنی برقیسرہ (Needle Electrode) رکھ کر تکویہ کر دیا جائے۔ ان اعمال کے دوران عرق منی کے کناروں کو باریک ملیس کلاب کے ذریعہ پکڑے رہنا چاہیئے کیوں کہ اگر کوئی کنارا چھوٹ گیا تو عضلی تہ سکڑ جانے کے سبب اس کی بازیابی ناممکن ہو جائے گی۔

عمل بہت سادہ ہوتا ہے اور مرد کو کام سے ۲-۳ روز سے زیادہ رخصت پر رہنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ مقصد عملیہ یہ ہوتا ہے کہ اس کا منوی سیال غدہ قدامیہ سے باہم ملنے اور منوی غدد انثیین سے حویصلہ منویہ نہ حاصل نہ کر پائیں۔ دوران عملیہ کسی بہترین مانع نزف دوا کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ نزف کسی شریان کے مجروح ہونے سے بھی ہو سکتا ہے، جس کے لئے دو بنگلی کے ذریعہ اسے دفن کر دینے کی ضرورت

شگاف جلد نائلان دھاگے سے بند کر دیا جاتا ہے جس کے بعد مریض کو گھر جانے کی اجازت دیدی جاتی ہے۔ دوختگی ۲-۳ روز بعد دور کر دینی چاہیئے۔ علیہ کے بعد کوئی دافع درد دوا دی جاسکتی ہے۔ بیشتر افراد چار روز کے اندر اندر مجامعت کے لائق ہو جاتے ہیں اور کچھ کو ۳ یوم تا ایک ہفتہ کی مدت درکار ہوتی ہے۔ علیہ کے ۸ ہفتے بعد مریض کو اپنی منی کا امتحان کرا لینا چاہیئے اور اس دوران قابل اعتبار وقفہ سے مقاربت کرنی چاہیئے لیکن زوجین کو کسی مانع حمل تدبیر پر بعد میں بھی عمل کرتے رہنا چاہیئے کیونکہ علیہ کے ۳ تا ۵ ماہ بعد حوینہ منویہ عام طور سے پائے جاتے ہیں، اسی لئے بعد میں بھی مجامعت کرنے سے قبل ایک بار پھر منی کا شفہ حاصل کرنا ضروری ہے۔

عورت :- انبوبی ربط (Tubal Ligation) جزوی شگاف یا کلی قاذف برآری عورتوں میں عام ترین اور سب سے زیادہ مقبول تعقیمی طریقے ہیں۔

بعد الولادتی تعقیم اور انبوبی ربط مقامی معدم حس کے تحت مہبلی راہ سے انجام دیا جاسکتا ہے لیکن اضافی مخدر کے استنشاق کی ضرورت اکثر پڑتی ہے۔

سب سے پہلے طبی اور نسائی روئداد حاصل کر لینی چاہیئے اور حوضی امتحان بھی کر لینا چاہیئے۔ اگر عنقی آلودگی حاصل کر لی گئی ہو تو علیہ سے قبل نتیجہ معلوم کر لینا چاہیئے۔ اس بات کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ عورت حاملہ تو نہیں ہے؟ یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ اگر دورہ کے نصف آخر میں دوختگی کی گئی تو تخصیب اور بیضہ کی انبوبی ترسیل بدستور جاری رہتی ہے۔ کچھ سرجن انبوبہ کے ربط کے وقت اصولی طور پر اتساع اور جرف بھی انجام دے دیتے ہیں۔ حاصل شدہ مواد نسیجیاتی رپورٹ کے لئے بھیج دینا چاہیئے۔ اس طرح ساتھ ساتھ رحمی امراض کی تشخیص بھی ہو جاتی ہے۔ انزلاق کی صورت میں انبوبہ کے ربط کے ساتھ ساتھ اصلاح وضع کا علیہ بھی مشترکہ طور پر انجام دے دینا چاہیئے۔ شاذ و نادر اصابات میں قاذفین کی تعقیم کے بجائے رحم برآری انجام دینے کی ضرورت پیش آتی ہے۔

قاذفین کے قریبی سروں کے استیصال کے بعد نلی کے کٹے ہوئے رحمی سروں کو تانت کی دوخت سے مکمل طور پر دفن کر دینا چاہیئے۔ قاذفین کو محض باندھنا یا کاٹنا ہی کافی نہیں ہوتا بلکہ باریطون اور کہفۂ رحم کے درمیان تسلسل کو بھی منقطع کر کے ٹھنٹھ کو دفن کر دینا چاہیئے اور ثانوی دوختگی کے ذریعہ سدا کیلئے مسدود و مختتم کر دینا چاہیئے۔

علیہ بعجلت ممکنہ اور نزف کے بغیر انجام دینا چاہیئے۔ انقطاع قاذفین کے بعد تراشیدہ کناروں کو حرارت رسانی کے ذریعہ جلا کر یا کچل کر یا صلابت پیدا کرنے والے محلول مثلاً سوڈیم مورہیٹ (Sodium Morrbuate) کم تیکٹ

کر کے کیفیت پیدا ہونے میں مدد کی جا سکتی ہے۔

دو جانبی قاذف برآری مقبول ترین عملیہ ہے۔ یہ عملیہ قدرے طویل ہوتا ہے نیز امکان نزف بھی زیادہ رہتا ہے لیکن خوبی یہ ہے کہ بہت زیادہ موثر ہوتا ہے۔ عملیہ کے وقت اعلیٰ حابس دم ادویہ کا استعمال نہایت موزوں ہوتا ہے۔

عدیم الولادت عورتوں میں گنجائش کی کمی کے سبب شکم شگافی ناگزیر ہو جاتی ہے جو معمولی فوق عانی شگاف کے ذریعہ انجام دی جا سکتی ہے۔ شگاف وسطی یا مستعرض میں لگایا جاتا ہے لیکن کثیر الولادت عورتوں میں عنقی رحم کے آگے یا پیچھے شگاف مستعرض طور پر دینے سے مقام عملیہ تک براہ مہبل رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔

مکرر الوقوع شگاف قیصری جرحی اعتبار سے دشوار ہوتے ہیں اور عورت کے لئے خطرات میں اضافہ کر دیتے ہیں۔ جن عورتوں میں پہلے مہبلی ولادت ہوئی ہو، بعض سرجن پہلے ہی شگاف قیصری کے وقت تعقیم کا فیصلہ کر لیتے ہیں۔

مہبلی ولادت کے بعد تعقیم جرحی اعتبار سے سیدھی سادی ہوتی ہے۔ رحم کلاں ہوتا ہے اور قاذفین ناف کے عین نیچے مختصر شگاف کے ذریعہ دسترس میں آ جاتے ہیں۔ عملیہ وضع حمل کے بعد چند گھنٹے کے اندر اندر یا دو یا تین دن بعد انجام دیا جا سکتا ہے۔ اگر بچہ شفاخانہ میں پیدا ہوا ہو تو اس کے لئے علیحدہ سے داخلہ کی ضرورت نہیں۔ اگر شدید قلبی مرض میں مبتلا عورت میں بعد الولادتی تعقیم بروئے کار لائی جائے تو ولادت اور عملیہ کے مابین ۱۰ تا ۱۴ ایوم کا فاصلہ برقرار رکھنا چاہیئے۔

مخالف اثرات:- حیاتی ـــــ نسوانی منافع میں انبوبی ربط کے ساتھ کوئی تغیر نہیں معلوم ہوا۔ حیضی دورہ اور طمث بدستور جاری رہتا ہے۔ غیر تخصیب یافتہ بیضہ باریطونی کہفہ میں ضائع ہو جاتا ہے۔

جرحی خطرات ـ موت ـــ فی زمانہ طویل فہرست موت کے ذکر سے خالی ہوتی ہے۔ چند عورتوں کی طبی نقطہ نظر سے تعقیم کی جاتی ہے مثلاً شدید قلبی یا کلوی مرض، جو حمل کو خطرناک بنا دیتے ہیں۔ یہ بات یاد رکھنی چاہیئے کہ یہ امراض بھی تعقیمی عملیہ کے وقت موت کا خطرہ بڑھا دیتے ہیں۔

عرق المنی برآری (Vasectomy) کے بعد واحد ذرائع اموات معدم حس اور سرایت کی پیچیدگیاں ہوتی ہیں۔

سرایت اور دیگر عوارض ـــــ ۵۰ میں سے تقریباً ایک عورت میں انبوبی ربط کے بعد بخار آتا ہے اور ۲۰ میں سے ایک مقامی زخم کی سرایت میں مبتلا ہو سکتی ہے۔

۵۰ میں سے تقریباً ایک مرد میں عرق برآری کے مقام پر دموی سلعہ بن سکتا ہے۔ بسا اوقات غیر جرثومی التہاب رنگ واقع ہو سکتا ہے۔

اشعاع

تشنیع یا عمیق لاشعاع کے ذریعہ مصنوعی یا سیت لاحق کر کے مناسب تعقیم کی جا سکتی ہے، لیکن ایسی حالت میں خباثت کا اندیشہ بہرحال رہتا ہے۔

جدید ترین دریافتیں

اقوام متحدہ کے آبادی کونسل کے ڈاکٹر ایس جے سیگل نے ۲۴ر اکتوبر ۷۰ء کو فزیالوجیکل سائنسز کے عالمی اجلاس منعقدہ دہلی میں فرمایا کہ آج کے دور میں بڑھتی ہوئی آبادی موجودہ سائنس کے لیے ایک چیلنج ہے، موصوف نے فرمایا کہ بہت سے سہل الاستعمال اور موثر مانع حمل آلات سرسری تجربات سے گزر رہے ہیں اور عنقریب یعنی ۴۔۵ سال کے اندر اندر بازار میں دستیاب ہونے لگیں گے جو بہت زیادہ کارگر ثابت ہوں گے۔

آل انڈیا انسٹی ٹیوٹ آف میڈیکل سائنسز میں ضبط تولید کے متعدد آلات اور دواؤں پر کام ہو رہا ہے جو عورتوں اور مردوں میں بروئے کار لائے جائیں گے، جن میں سے چند کا مختصر تذکرہ درج ذیل ہے۔

۱۔ مردوں کے لیے آلہ —— جس پر دھات کا تار لپٹا رہتا ہے۔ اسے مجری المنی میں داخل کیا جاتا ہے۔ یہ آلہ حیوانات منویہ کے بہاؤ کو نہیں روکتا بلکہ ان کی بیضہ کو بارآور کرنے کی صلاحیت کو روک دیتا ہے۔

۲۔ ترقی یافتہ ورحمی آلات جنھیں عورت بآسانی استعمال کر سکتی ہے، مثلاً حلقہ، جسے ہر عورت ہر ماہ از خود لگا اور نکال سکتی ہے۔

۳۔ ہارمونی اسٹیرائڈ کا دماغی استعمال —— ہارمون کو دماغی سیال تک داخل ہونا ضروری ہے تاکہ دماغ کے مخصوص حصوں تک پہنچ کر مانع حمل اثر ڈالنا شروع کرے۔ ماہرین کے مطابق کم از کم ۲۰ مائکروگرام پروجسٹرون واحد المقدار انفی رشاش کے طور پر تبویض پیدا کرنے والے ہارمون کو زیادہ سے زیادہ ۴۸ گھنٹے کے لیے منقطع کر دیتا ہے۔

۴۔ مانع مشیمی ہارمون (Anti Placental Hormone) عورتوں کیلئے تیار کیا گیا ہے جسے ایک مانع گزاز سیرم کے ہمراہ انجکشن کیا جاتا ہے۔

۵۔ تنصیبی اسٹیرائڈ ٹیوب (Implant Steroid Tube): یہ ایک سیلی کین کثیرالاوزان ربر کے انبوب پر مشتمل ہوتا ہے جو ایک مانع حمل دوا سے پر رہتا ہے۔ اسے بآسانی داخل کیا جا سکتا ہے یہاں تک کہ نیم طبی عامل بھی زیر جلد بلا تکلف داخل کر سکتا ہے۔ اس کے استعمال کا سب سے بڑا فائدہ یہ ہے کہ گولیوں کے یومیہ استعمال کی زحمت سے نجات مل جاتی ہے۔

مزید تجربات سے ثابت ہو چکا ہے کہ تنصیب ۱۸ ماہ تا ایک سال یا زیادہ تک موثر مانع حمل اثرات مرتب کرتی ہے۔

اصطلاحات

ابتدائی یا اصلی جرابات (حویصلات)	Primordial follicles
آتشک	Syphilis
— مجازی۔ ملاحظہ ہو 'قرحہ رخو'	
اجسام	Organisms
اجسام دافعہ	Antibodies
اجسام لونیہ	Chromosomes
احتباس بول	Retension of urine
احتباس الطمث	Amenorrhoea
کاذب —	Pseudo—
احلیل، بولی منفذ، نائزہ	Meatus urinaris
اختتامات	Terminations
اختلاط صنف	Intersuxuality
اختلال حرکی	Locomotor ataxia
اختناق الرحم	Hysteria
اختناق الرحمی ناخن زدگی	Hystericus clavicus
اخصار، خصی کرنا	Castration
اخصاب ۔ ملاحظہ ہو 'تخصیب'	
اخضریت (نقص الدم)	Chlorosis
ادمہ	Dermis
ادمی دویرہ	Dermoid cyst

Dermoid, ovarian	ادمہ بیضی
Oedema	اذیما
Oedematic	اذیمائی
Inguinal glands	اربی غدد
Inguinal canal	اربی قنال
Groin	اربیہ، کنج ران
Promontary	ارتفاع، طنف، ابھار
Symphysis pubis	ارتفاقِ عانہ، لحامِ عانی
Inversion of the uterus	ارتکاس رحم، انقلاب الرحم
Polymenorrhoec	ازدیاد طمث، طمث کثیر
Izol	ازال
Basal metabolic rate	اساسی تحولی شرح
Causes	اسباب
Predisposing—	ـــ سابقہ، مُعدّہ
Exciting—	ـــ واصلہ
Menorrhagia	استحاضہ
Metabolism	استحالہ
Menstrual interval	استراحت، وقفۂ حیض
Pneumoperitoneum	استرواح باریطون
Dropsy	استسقاء
Hydrops follicularis	استسقائے جراب
Ascitis	استسقائے شکمی
Hydro salpinx	استسقائے قاذف
Hydronephrosis	استسقائے کلیہ، حوضِ کلوی اجتماع بول
Ovarian hydronephros	استسقائے بیض

Conception	استقرارِ حمل
Conceptional syphilis	استقراری آتشک
Exploration	استقصاء
Auscultation	استماع
Inhalation	استنشاق
—anaesthesia	استنشاقی تخدیر
Cylindroid	استوانہ نما
Columnar cells	استوانی خلیات، ستون نما خلیات
Radical operation	استیصالی عملیہ
Aspergilosis	اسفرجلوسیت
Abortion	اسقاطِ حمل
Tubal—	انبوبی —
Septic—	عفنی —
Misssd—	غیر خارج —
Threatened—	مخطور — (اسقاط منذرہ)
Irradiation	اشعاع، تشعیع
Digital manipullation	اصبعی تدبیر یا دست درزی
Pluging	اصمام
Retative	اضافی، متلازم
Perversion	اضلال
Genitalia	اعضائے تناسل
Flexion of the uterus	اعوجاج الرحم
Distortion	اعوجاج، توڑ مروڑ
Retroflexion	اعوجاج الخلفی، پس خمیدگی
Anteflexion	اعوجاج القدامی، پیش خمیدگی

Caecal retractor	اعوری بازکش
Menarche	آغاز طمث، بدر الطمث
Sloughing	اغثاث
Adenomyosis	اغداد عضلی غدی عضلیت
Secretory phase	افرازی حصہ
Abdominal regions	اقالیم شکم
Hypogastric region	اقلیم خثلی، اقلیم زیر معدی
Rodent ulcer	آکلۃ الرحم، قرحۂ قارضہ
Noma	آکلۃ الفرج
Chancer, hard	اکولہ یا قرحۂ صلب
Orgasm	التذاذ، نعوظ، شہوت
Agglutination	التصاق
Involution	التفاف، انکماش
Sciatic scoliosis	التوار النسا
Inflammation	التہاب
Skenitis	التہاب اسکین
Peritonitis	التہاب باریطون
Epididymitis	التہاب بربخ
Folliculitis	التہاب جراب، التہاب حویصلہ
Granuloma inguinale	التہاب حبیبی (ریکی)، اربی
Cellulitis	التہاب خلوی
Appendicitis	التہاب زائدہ
Sigmoiditis	التہاب سینی
Lymphangitis	التہاب عروق (وعار) لمف
Diverticulitis	التہاب عطفہ

Cervicitis	التہاب عنق
Adenitis	التہاب غدہ
Bartholinitis	التہاب غدۂ بارتھولین
Prostatitis	التہاب غدۂ قدامیہ، التہاب غدۂ مذی
Vulvitis	التہاب فرج
Vulvo-vaginitis	التہاب فرج و مہبل
Mycosis	التہاب فطری، فطریت
Salpingo-oophoritis	التہاب قاذف و مبیض
Salpingitis isthmica nodusa	التہاب قاذف برزخی عقدی
Lymphogranuloma venereum	التہاب لمفاوی حبیبی زہراوی (زہراوی آتشکی التہاب)
Lymphadenitis	التہاب لمفاوی غدی
Urethritis	التہاب مبال، التہاب احلیل
Oophoritis	التہاب مبیض
Cystitis	التہاب مثانہ
Gonorrhoeal arthritis	التہاب مفصل سوزاکی
Proctitis	التہاب مقعد
Colpitis, vaginitis	التہاب مہبل
Iridocyclitis	التہاب ہدبی
Applications	الساقات
Smear preparation	آلودی تجہیز
	آلودگی — ملاحظہ ہو (گلوٹ)
Trocar	آلۂ بازل
Tender	الیم
Tenderness	الیمیت، دُکھن
Examination, abdominal	امتحان شکم

Menostaxis	استدادِ طمث
Leiomyosarcoma	املس عضلی سلعۂ لحمیہ
Contraception	امتناعِ حمل
Bowels, intestines	امعاء
Miscarriage	املاص
Mixture	آمیزہ
Amniotic sac	امینوسی یا میثاقی تاچہ
Fallopian tubes	انابیب قاذف، فلوپی نلیاں، قاذفین
Salpingectomy	انبوبہ (قاذف) برآری
Salpingo-oophorectomy	انبوبہ و بیض برآری
Salpingotomy	انبوبہ شگافی
Salpingography	انبوبہ نگاری
Haematosalpinx	انبوبی اجتماعِ دم
Pyosalpinx	انبوبی اجتماعِ ریم
Salpingostomy	انبوبی تفویہ
Tubal ligation	انبوبی ربط
Tubo-uterine implantation	انبوبی رحمی تنصیب
Tubo-abdominal gestation	انبوبی شکمی حمل
	انبوبی بیضی التہاب ـ ملاحظہ ہو التہاب قاذف و بیض ا
Tubal mole	انبوبی رحمہ
Tubules	انبیبات
Dissemination	انتشار
Emphysema, ampulla	انتفاخ
Physometra	انتفاخ الرحم
Ampullary pregnancy	انتفاخی حمل

Degeneration	انحطاط
Lordosis dorsalis	انحناء عمود الفقری
Prolapsus uteri	انزلاق الرحم، سقوط رحم
Rupture of ovarian cyst	انشقاق، بیضی دویرہ کا
Eclampsia	انشناج الرحم
Electric fulguration	انصحاق (بلند برقی لہروں کے ذریعہ بافت کو تباہ کرنا)
Adhesions formed by fibroids	انضمامات، سلعات لیفیہ سے پیدا شدہ
Patency	انفتاح
Suppression of urina	انقطاع البول
	انقطاع الطمث ۔ ملاحظہ ہو "سن یاس"
	انقلاب الرحم ۔ ملاحظہ ہو "ارتکاس رحم"
Azoospermia	انعدام حوینات منویہ
	انکماش ۔ ملاحظہ ہو "التفاف"
Gummata	اورام صمغیہ
Cilia	اہداب
Adrenal cortex	ایڈرینی قشر یا قشرہ
Ascheim Zondek reaction	ایشہائم زنڈک کا تعامل
Mc Burney's point	ایم سی برنی کا نقطہ
Fertility	بارآوری
Erdothelioma of bartholin's glands	بارتھولینی غدد کا دروں حلمی سلعہ
Pneumoperitoneum	باریطونی اجتماع غازہ
Carcinomatosis peritonei	باریطونی سرطانیت
Peritoneal covity	باریطونی کہفہ
Retractor	بازکش
Haemorrhoidal plexus	باسوری ضفیرہ

باسوفل خلایا کا غیر طبعی بڑھاؤ	*Basophilism*
بافت، نسیج	*Tissue*
باکرہ، دوشیزہ	*Virgin*
بایوپسی	*Biopsy*
بتر	*Ampuation*
بثور صلبیہ	*Lichen sclerosus*
بثور ذبولہ	*Lichen atrophicus*
بثور منبسط	*Lichen pldnus*
بدنی خلیات	*Somatic cells*
برآمدات	*Output*
بربخ	*Epididymis*
برزخ، تنگنائے	*Isthmus*
برقی امالہ	*Diathermy faradism*
برقی تخثیر	*Electrocoagulation*
برقی حرارت رسانی	*Electrodiathermy*
برقیرہ	*Voltage*
برگردہ برآری	*Adrenalectomy*
برگردی (فوق الکلوی) غدہ — ملاحظہ ہو (غدۂ فوق الکلیہ)	
برگردی تناسلی علامیہ	*Adreno-genital syndrome*
برنبیض	
برنابیض	*Epioophoron*
بروز	*Epiblast*
برون ادمہ	*Protrusion*
بزل	*Exoderma*
بشرہ — ملاحظہ ہو (سرحلہ)	*Tapping*

بصلی کنارے	Bulbus ends
بظر	Clitoris
بعد از حیض حصہ	Post menstrual phase
بعد ایاسی حصہ	Post climacteric phase
بلوغ	Puberty
بندش حیض ـ ملاحظہ ہو "احتباس الطمث"	
بواسیر الرحم، رحمی سعدانے	Polypus uteri
بولی اعضا	Urinary Organs
بول شکریت	Glycosuria
بول منقذ ـ ملاحظہ ہو "احلیل"	
بریضی فطر ابیض	Oidium albicans
بے انسقابی	Atresia
نسائی ـ	Gyn—
بیش پرورش ـ ملاحظہ ہو "تضخم"	
بیش تکون	Hyperplasia
بیش شبکیت	Rete pegs
بیش درقیت (غدۂ درقیہ کی کلانی)	Hyperthyroidism
بیش دمویت، امتلائے دموی	Hyperaemia
بیش شعرانیت	Hirsutism
بیش قرنیت	Hyperkeratosis
بیضہ، بیضۂ انثیٰ	Oum
بے محل حمل ـ ملاحظہ ہو "حمل بے محل"	
بے محل مبیض	Ectopic Ovarit
بی۔ قولی	B. Coli
بین شبقی	Dioestrun

بین الطمثی درد	Intermenstrual pain
بین الفقری قرص	Intervertebral disc
پچارا	Swab
پرت دار، پرت در پرت	Stratified
_ فلسمانی سرطنہ	-Squamous epithelioma
پژمردگی فرج	Karaurosis vulvae
پستان	Breast
پس خمیدگی۔ ملاحظہ ہو 'اعوجاج الخلفی'	
پس گردی، پس میلانی' ملاحظہ ہو 'میلان الرحم خلفی'	
پیچ سلکیہ	Treponema
پیش خمیدگی۔ ملاحظہ ہو 'اعوجاج القدامی'	
پیش شبقی	Pro-oestrus
پیش گردہ	Pro-nephros
پیش گردی۔ ملاحظہ ہو 'میلان الرحم قدامی'	
پیش طمثی حصہ	Premenstrual phase
پیش طمثی طناب تدد	Premenstrual tension
پیوستہ پا	Sympodiol
پیوندکاری	Grafting
تاچہ	Sac
تاریک زمینی تنویر	Dark ground illumination
تآکل	Erosion
تجبن	Caseation
تبول	Micturition
— کے فسادات فعل	Disorders of—
تبول لیلی، تبول شبانہ	Nocturia

Ovulatory endometrium	تبویضی دروں رحمہ
Impaction.	تثبیت، کساؤ
Fixation	تثبیت
Hysteropexy	تثبیت الرحم
Complement fixation te	تثبیت متمم کاشفہ
Sedimentation rate	تثقلی شرح، شرح درد پذیری
Kinking	تثنی
Preparation	تجہیز
Subinvolution	تحت التفاف، ناقص التفاف
Subperitoneal fibroids	تحت باریطونی سلعات لیفیہ
Subtotal hysterectomy	تحت کلی (قریب الکل) رحم براری
Submucous fibroid	تحت مخاطی لیفی سلعہ
Submucous fibromyoma	تحت مخاطی لیفی عضلی سلعہ
Hypogonadal amenorrhoe	تحت مولدی عدم حیض
Screenage	تحجیب
Prophylaxis	تحریز، حفظ ماتقدم
Metabolic disorders	تحولی فسادات فعل
	تخثر — ملاحظہ ہو 'علقیت'
Coagulation	تخثیر
Electro—	برقی —
Fertilization	تخصیب
Tuberculosis, genital	تدرن، تناسلی
Tuberculous salpingitis	تدرنی التہاب قاذف
Lubrication	تدہین
Precepitation test	ترسیبی کاشفہ

Screening.	ترسیم
Plastic surgery	ترقیعی (تکوینی) عملیہ
Plastic repair	ترقیعی (تکوینی) مرمت یا اصلاح
Composition	ترکیب
Causation	تسبیب
Obstruction, Occlusion	تسدد
Occlusive	تسددی
—pessary	— فرزجہ
—cap	— کلاہ
Thyrotoxicosis	تسمم درقی
Toxaemia	تسمم دم
Interterigo of vulvae	تسمیط فرج
Anastomosis	تشابک (عروق کا جال بننا)
Arborization	تشجر، تفرع
Irradiation	تشعیع
Malformation	تشوہ
Malformations, anomalies	تشوہات
Infantilism	تصبی
Arteriosclerosis	تصلب شریانی
Duplication of the uterus	تضاعف رحم
Hypertrophy	تضخم، بیش پرورش
Lesions, injuries	تضررات، ضررات
Elongation	تطوّل
Reaction	تعامل، ردعمل
Epimenorrhoca	تعدد طمث

تعلیق بالبطن ۔ ملاحظہ ہو ''شکمی تعلیق''	
تفرع ۔ ملاحظہ ہو ''تشجر''	
تفنی ۔ ملاحظہ ہو ''تحارت''	
تقاطعی اشعاع	Cross fire
تقدع	
تقریض	Morcellement
تقویم الاعضائی	Orthopaedic
تقہقری نزف	Withdrawal bleeding
تقیح الدم	Pyemia
تقیح الرحم	Pyometra
تکاثر	Proliferation
تکاثری حصہ	Proliferative phase
تکاثر یافتہ	Proliferated
تکلہ نما خلیات	Spindle cells
تکون انسجہ	Histogenesis
تکوین مہبل	Colpoplasty
تکوینی علیہ ۔ ملاحظہ ہو ''[illegible] قیبی علیہ''	
تکویہ	Cauterization
تلازم	Association
تلوی	Torsion
تمددی دویرے	Distension cysts
تنبیغی تشخیصی توشیہ	Immunodiognostic method
تناسلی اعضا	Genital organs
تناسلی نملہ	Herpes, genital
تنخّری لیفی سلعی سعدانے	Necrotic fibroid polypus

تواتر بول	Frequencey of urine_
توازن، تواتر	Rhythm
تورد	Flushing
تورات، گرم، بعد ایاسی	Flushes, hot, menopausal
توشیہ	Method
ے تواتر	Rhythm—
ے حرارت	Temperature—
تولیدی	Genetic
تولیدی اعضا	Reproductive organs
تہیج — ملاحظہ ہو 'اذیما'	
ٹرنر کا علامیہ	Turner's syndrome
ٹیراٹوما (مختلف ساختوں سے بنی صادق نوساخت)	Teratoma
ثابت — ملاحظہ ہو 'ثبت'	
ثرب	Omentum
ثقبہ	Orifice
ثقبہ نسائی صغیرہ	Lessor sciatic foran.en
ثقبہ نسائی کبیرہ	Greater sciatic foramen
ثنویت	Plication
ثنیہ، اربی میال گردی	Plica inguino-mesonephron
جار المبیض	Paraovary
جار المبیضی	Paraovarian
جانبی وضع	Lateral position
جبل الزہرہ	Mons veneris
جداری	Mural
جراب، حویصلہ	Follicle

Follicular	جرابی
—abscess	ـــ خُراج
—cysts	ـــ دویرے
Folliculomata	ـــ سلعات
Liquor folliculi	ـــ سیال
Bacteria, vaginal	جراثیم، مہبلی
Scabies	جرب
Becteraemia	جرثومہ دمویت
Germinal epitheliome	جرثولی (نبتی) سرطلی سلعہ
Curettage	جرف
Part, portion	جـــزء
Pars pelvina	ـــ حوضی
Basal part	ـــ قاعدی
.Pars phallica	ـــ قضیبی
Palpation, in examination	جس، امتحان میں
Size	جسامت
Corpus luteum	جسم ابیض
Constitutional symptoms	جسمانی علامات
	جسیمہ ـــ ملاحظہ ہو 'عضویہ'
Estheomene	جلد خورہ
Masturbation	جلق، سحق
Dyspareunia_coitus painful	جماع مولم، دردناک مقاربت
Embryology	جنینیات
Fetus, foetus	جنین
Frigidity	جنسی برودت، جمود الشہوت

Uterus foetalis	جنینی رحم
Foetal monstrosity	جنینی مسخوطیت
Sinus	جوف، جیب
Alveolar	جوفیزی، ذوعیوبی
Alveoli	جوفیزے
Psoriasis	چنبل، صدفیہ، تقشف الجلد
Haemostatics	حابسات دم
Pelvic brim	حافۃ الحوض
Ureter	حالب
Uretero-abdominal fistula	حالبی شکمی ناصور
Uretero-vesical anastomosis	حالبی مثانی ترسیل، رابطہ
Hyperemesis gravidarum	حاملہ کی مہلک قے
Incarceration	حبس
Haemostasis	حبس دم، احتباس دم
Granulosa cell carcinoma	حُبیبی (ذراتیتی) خلوی سرطانی سلعہ
Granulosa cells	حُبیبی (ذراتیتی) خلیات
Lympeogranuloma venerum	حُبیبی لمفاوی زہراوی سلعہ
Iliac glands	حرقفی غدد
Lichenfication	حزازیت
Bearing-down pain	حزقی درد
Glans clitoris	حشفۂ بظر
Calculus, urethrus	حصاۃ، مبال کا
Portio vaginalis	حصۂ مہبلی
Screen	حظیرہ
Iliac fossa	حُفرۂ حرقفیہ

Fossa navicularis	حفرہ زورقیہ
	حفرۂ زورقیہ — ملاحظہ ہو 'تحریز'
Cochleate uterus	حفظ ما تقدم
Spiral arteries	حلزونی شرائین
	حلقہ — ملاحظہ ہو 'نگر'
Ring pessary	حلقہ نما فرزجہ
Papillae	حلیمات
Papilliferous cyst	حلیمہ دار دویرہ
Papilliferous processes	حلیمہ دار زوائد
Papillary	حلیمی
Acidosis	حموضت دمویہ
Acidophilic cells	حمضیتی خلیات
Acidophil tumours	حمضی سلعات
Pregnancy, gestation	حمل
Ectopic gestation	— بے محل
Extra-uterine pregnancy	— خارج الرحم
Pseudocyesis	— کاذب، وہم حمل
Gestation sac	حملی تاچہ
Tampon	حمول
Pelvis	حوض
Fascia pelvic	حوض کا صفاق
Pelvic abscess	حوضی خراج
Pyelonephritis	حوضی کلوی التہاب
	حوضی کلوی بول تمدد — ملاحظہ ہو 'استسقائے کلیہ'
Pyelography	حوض الکلیہ نگاری

حویصلہ، جراب، خرد مثانہ یا مثانہ نما کھفہ	Vesicle
حویصلاتی یا مثانی	vesicular
حوینات منویہ	Spermatozoa
حیاتیاتی ترشیے، امتناع حمل کیلئے	Biological methods of contraception
حیائی شرائین	Pubic arteries
حیض ـــ ملاحظہ ہو 'طمث'	
حیض الخفی	Concaeled menstruation
خاتم نما گلوبچی خلیات	Signet ring cells
خانہ، کھفہ صغیرہ	Loculus
خانہ دار	Locular
کثیر ـ	Multi—
خباثت	Malignancy
خبیث بالیدگیاں	Malignant growths
خبیث غدی سلعہ	Adeno maligna num
خدش	Bruise
خراج	Abscess
خراش فرج	Pruritus vulvae
خرد عضویات	Micro organisms
خلفی غیر وضعیت	Backward displacement
خلوی تغیر الشکل	Pleomorphism of the cells
خلوی التہاب	Cellulitis
خلیات غشائے ساقط ـــ ملاحظہ ہو 'ریزیی خلیات'	
خلیات نسیجیہ	Histocytes
خلیاتی امتحان	Cytological exumination
خلیۂ کاسیہ	Goblet cell

	خلیۂ التغذیہ ۔ دیکھیے ' غذائی ناہض '
Giant cells	خلیۂ عفریتیہ (ماردہ)
Cytoplasm	خلیۂ مایہ
Villi	خملات
Hermaphrodites	خناث
Hermaphroditism	خنثیت، خنوثت
Spontaneous	خودرو
Haemolytic	خوں پاش
Mitosis	خیطیت
Mitotic figure	خیطیتی تصویر
Lupus	داء الذئب
Elephantiasis	داء الفیل
Gonorrhoeal arthritis	داء المفاصل سوزاکی
Anaplastic carcinoma	درغلوی سرطانی سلعہ
Pain, during menstruation	درد حیض
Labour pain	درد زہ
	درد کمر ۔ ملاحظہ ہو ' وجع الظہر '
Intra uterine device (IUD)	دررحمی آلہ
Infilteration	درریزش
Endoderm	دروں ادمہ
Endosalpingitis	دروں انبوبی التہاب
Endocrine phase	دروں افرازی حصہ
Endocrine syndrome	دروں افرازی علائیہ
Endocrine glands	دروں افرازی غدد
Endocrine therapy	دروں افرازی معالجہ

Culdoscope	درون بین
Culdoscopy	درون بینی
Intramural	درون جداری
Intraligamentary swelling	درون رباطی ورم
Endometrium	درون رحم، درون رحمہ، مستبطن الرحم
Endometritis	درون رحمی التہاب
Endometriosis	درون رحمیت
Endometrial cycle	درون رحمی دورہ
Endometrioma	درون رحمی سلعہ
Endocarditis	درون قلبی التہاب
Endocervicitis	درون عنقی التہاب
Tubercle	درنہ
Massage	دلک
Hyperglycaemia	دموی بیش شکریت
Blood pigmentation	دموی تخضیب
Haemotoma, vulval	دموی سلعہ، فرجی
Haemosiderin pigment	دموی فولادی صبغہ
Varicosity	دوالیت
Bimanual examination	دو دستی امتحان
Oxiuris vermicularis	دود الخل
Dioestrus	دو شبقی
Bicornuate uterus	دو قرنی رحم
Cyst	دویرہ، کیسہ
Cystectomy	ـ برآری
Cystotomy	ـ شگافی

Cyst-adenocarcinoma	دویری غدی سرطانی سلعہ
Cystadenoma	دویری غدی سلعہ
Vestibule	دہلیز
Ostium	دہانہ
—Vaginae	ـــ مہبل
Adipose tissue	دُہنی بافت
Sebaceous cysts	دُہنی دویرے
Oral sepsis	دہنی عفونت
	دیوزادگی ۔ ملاحظہ ہو 'عفرتیت'
Dugla's pouch	ڈگلس کی جیب
Dooderlein's bacillus	ڈوڈرلین کا عصیہ
Subjective, Idiopathic	ذاتی
Thrill	ذبذبہ
Atrophy	ذبول
Atrophic changes	ذبولی تغیرات
	ذراتیتی خلیات ۔ دیکھیے 'جیبی خلیات'
	ذراتیتی خلوی سرطانی سلعہ ۔ ملاحظہ ہو 'جیبی خلوی سرطانی سلعہ'
Granuloma	ذراتیتی سلعہ
Caudal anaesthesia	ذنبی (موضعی) تخدیر
Lipping	ذوشفوین
Ciliated	ذوالاہداب
Diabetic pruritus vulvae	ذیابیطسی خراش جلد
	رافع المبرز عضلات ۔ ملاحظہ ہو 'عضلہ رافعۃ المبرز'
Ligament	رباط
Cardinal-	ـــ اعظم

	بسلسلہ رباطاتِ رحمی...
Uterosacral—	رحمی عجزی ۔
Uterovesical—	رحمی مثانی ۔
Triangular—	مثلث
Round—	مستدیر
	رحمی ۔ دیکھیے 'انتقالی'
Masculinizing tumours of the ovary	رجولی ساز سلعاتِ مبیض
Masculinization	رجولیت
Uterus, Hyster	رحم
Hysterectomy	۔ برآری
Hysterotomy	۔ شگافی
Elevation of uterus	۔ کا ارتفاع
Flexions of the uterus	۔ کی خمیدگیاں
Uterus infanatile	رحم رضیعی
Septate uterus	رحم منقسم
Hysterosalpingography	رحم و قاذفت نگاری
Haematometra	رحمی اجتماع الدم
	رحمی اجتماع ماء ۔ ملاحظہ ہو 'تقیح الرحم'
Uterine inertia	رحمی جمود
Uterine appeddages	رحمی زوائد
Uterine casts	رحمی سانچے
Metrostaxis	رحمی سیلان الدم
Uterine adnexa	رحمی ضمیمے
Uterosacral folds	رحمی عجزی شکنیں
Utero-vesical pouch	رحمی مثانی جیب
	رحمی مثانی رباطات ۔ دیکھیے 'رباطات رحمی مثانی'

Utero-vesical plexus	رحمی مثانی ضفیرہ
Metropathia haemorrhagica	رحمی نزفی مرض
Uterine souffle	رحمی ہزہزیر
Interstitial salpingitis	رخنکی التہاب قاذف
Interstitial portion	رخنکی حصہ
Interstitial fibromyoma	رخنکی لیفی عضلی سلعہ
	ردعمل ۔ ملاحظہ ہو 'تعامل'
Infantile	رضیعی
Liqour amnii	رطوبت امینوسی، رہل
Hydramnios	ـــ کی کثرت
Pulse rate	رفتار نبض
Plaques	رقعات، قطعات
Knee-chest position	رکبی صدری وضع
Psammoma bodies	رملی اجسام
Psammomatous change	رملی سلعی تغیر
Oil emmersion lens	روغن غرق عدسہ
	رہل ۔ ملاحظہ ہو 'رطوبت امینوسی'
	ـــ کی کثرت ۔ دیکھیے 'رطوبت امینوسی کی کثرت'
	ریڈیم سے علاج ۔ ملاحظہ ہو 'علاج بالاشعاع'
Decidua	ریزیہ، غشاء ساقط، داخلی غشاء الرحم
Decidual reaction	ریزیہ کا تعامل، ریزیئی تعامل
Decidual cells	ریزیئی خلیات
Decidual chonges	ریزیئی تغیرات
Pyuria	ریم بولیت
Pyogenic organisms	ریم زا اجسام

Pyogenic bacteria	ریم زا جراثیم
Staphylococcus pyogenis	ریم زا عنقودیات عنبیہ
Accessory abdominal ostia	زائد، معین یا استزادی شکمی دہنے
Appendectomy	زائدہ برآری
Hyaline degeneration	زجاجی انحطاط
Hyalanized villi	زجاجی خملات
Tenesmus	زحارت، یعنی جس میں بار بار تبرز کی شکایت ہوتی ہے
Acrocyanosis	زرقان الاطراف
	زندک ایشہام کا شعفہ ۔ دیکھئے 'ایشہام زندک کا تعامل'
Venereal warts	زہراوی مسے
Loss	زیاں
	زیر التفات ۔ ملاحظہ ہو 'تحت التفاف'
Hypothalamus	زیر عرشہ
Hypo-oophorian	زیر بیضیت
Hypogastric zone	زیر معدی منطقہ
Cystoma simplex	سادہ دویری سلعہ
Simple serous cystoma	سادہ مصلی دویری سلعہ
Obturator	سادہ
Pedicle	ساقچہ
Shifting dullness	سائر اصمیت
Streptothrix infections	سبحی شعریہ کی سرایتیں
Casts	سبائک
Cast	سبیکہ
Embolism	سدادیت
Infections	سرایتیں

Epithelium	سرحلہ، بشرہ
Epithelioma	سرحلی سلعہ
Carcinoma	سرطانی سلعہ
Carcinosarcoma	سرطانی لحمی سلعہ
Metastasis	سروح
Metastases	سروحات
Umbilical zone	سُرّی منطقہ
	سعدانۂ رحم ــ ملاحظہ ہو 'بواسیر الرحم'
Leucocytosis	سفید خلویت
Procidentia uteri	سقاط رحم
Prolapse	سقوط
	ـــ رحم۔ ملاحظہ ہو 'انزلاق الرحم'
Glycogen	شکر الکبد
Chorion	سلار
Incontinence of urine	سلس البول
Absolute—	مطلق ــ
Stress—	دباؤ والا ــ
Pseudo—	کاذب ــ
Nocturnal—	شبانہ ــ
Rectal incontinence	سلسِ مستقیم
Axial rotation of fibroids	سلعات لیفیہ کی محوری گردش
Tumour	سلعہ
Metastatic carcinoma	ـــ اولس
	ـــ جُبنی ــ ملاحظہ ہو 'ذراتیتی سلعہ'
Hidrardenoma	ـــ غددی عرقی

بسلسلۂ سابق....

Sarcoma botryoides	ے لحمی عنقودیہ
Fibroid	ے لیفیہ
Ovarian tumour	ے مبیض
Melanoma	ے ملانینی، سلعۂ اسود
Pamniform plexus	سلک نما ضفیرہ
Chorionic	سلوی
— villi	ـ خملات
— epithelioma	ـ سرطلی سلعہ
— gonadotrophins	ـ ہیج مولدات
Sim's position	سم کی وضع
Obesity	سمن مفرط، فربہی
Womb stone	سنگِ رحم
Childhood	سن طفولیت
Climacterium, Menopause	سنّ یاس، تغیرِ سن یا انقطاع الطمث
Dystrophy	سوءِ تغذیہ
Gonorrhoea	سوزاک
Tabes dorsalis	سہام الظہری
Fluid balance	سیال کا توازن
Cytoplasm	سیتو پلازمہ
Saturated	سیر شدہ
Leucorrhoea	سیلان الرحم، سیلان ابیض
Coeliotomy	سیلوم شگافی
Coeliac cavity	سیلومی کہف
Sigmoidscopy	سینی بینی
	شاخچی — ملاحظہ ہو تشجر ،

Oestrus	شبق، مستی، گرمی
Anastomosis	شبکی اجبال، شبکۂ عروق
Ectropion	شترۂ خارجی
Lipoid	شحمی
Liposarcoma	شحمی سلعۂ لحمیہ
Lipomyosurcoma	شحمی عضلی سلعۂ لحمیہ
Cholestrol	شحمی مادہ
Spironema pallidum	شحوبی پیچ خیطیہ
Treponema pallidum	شحوبی پیچ سلکیہ
Spirochaeta pallida	شحوبی پیچ مویہ
Arterioles	شرائین صغیرہ
	شرح ورد پذیری ۔ ملاحظہ ہو "تشفی شرح"
Sympathectomy	شرکی (مشارک) برآری
Slide	شریحہ
Ventrifixation	شکمی تثبیت، تثبیت بالبطن
Ventrisuspension	شکمی تعلیق، تعلیق بالبطن
Actinomycosis	شعاع فطریت
Radiography	شعاع نگاری
	شعاعی معالجہ ۔ ملاحظہ ہو "علاج بالاشعاع"
Stocholm method of radiotheraphy	۔ کا اسٹاکہام توشیہ
Radioimmunoassay	شعاعی مناعتی تجزیہ
Trichomonas vaginal vaginitis	شعری ثعالیتی التہاب مہبل
Trichomonas vaginalis	شعری ثعالیۂ مہبلی
Zona pellucide	شفاف منطقہ
Labia minora	شفرتین صغیر

شفرتین کبیر	*Labium majus*
شکم شگافی	*Laparatomy*
شکنجۂ مہبلی، برکلے کا	*Clamp, vaginal, Barkley's*
شگاف قیصری	*Caesarean section*
تشنج عروق	*Spasm of vessels*
تشنج المہبل	*Vaginismus*
تشنج منعکس	*Reflex spam*
شوکہ	*Spine*
— نگاری	*Myelography*
شہوت — ملاحظہ ہو 'التذاذ'	
شیخوخی (پیرانہ) درون رحمی التہاب	*Senile endometritis*
شیر خوارگی	*Infancy*
شیشے کا تنہ	*Glass stem*
صبغۂ ایئی لین	*Aniline dye*
صبی — ملاحظہ ہو 'رضیعی'	
صدفیہ	*Psoriasis*
صعودی سرایت	*Ascending infection*
صفاق	*Fascia*
صمغی اورام — دیکھئے 'اورام صمغیہ'	
صمغی درریزش	*Gummatous infilteration*
صنّارہ	*Tenaculum*
صنفی خواص	*Sex characterstics*
صنفی عصبانیت	*Sexual neurosis*
صنفی مخلوط	*Sex complex*
ضبط حرکت — ملاحظہ ہو 'سہام الظہری'	

Trauma	ضرب
	ضربات ـ ملاحظہ ہو 'تضربات'
Atony	ضعف عضلہ
Cachexia	ضعفہ
Plexus	ضفیرہ
Costovertebral region	ضلعی فقری خطہ
Scitillation dose rate meter	ضوفشانی شرح مقدار
Dorsal position	ظہری وضع
Wasting	ضیاع
Strangury	ضیق البول، جس میں قلیل و دردناک ادرار ہوتا ہے
Stratum	طبقہ
—basalis	ۓ اساسی
—spongiosis	ۓ اسفنجی
—lymphactum of decidua	ۓ بستہ، ریزینہ کا
	طبقی فلسمانی سرحلہ ـ ملاحظہ ہو 'پرت دار فلسمانی سرحلہ'
Menstruation	طمث
Vicarious—	~ بدلی
Polymenorrhoea	~ کثیر
Cryptomenorrhoea	~ مخفی
Menstrual	طمثی
—phase	ـ حصہ
—cycle	ـ دورہ
—period	ـ مدت، ایام حیض
	ـ وقفہ ـ ملاحظہ ہو 'استراحت'
Promontary	طنف، ابھار

Longitudinal	طولاً
Fuctor, agent, operator	عامل
Senile asylums	عتاہت پیری
Perineum	عجان
Perionorrhaphiy	۔ دوزی
Laceration of perineum	۔ کی دریدگی
Lithotomy position	عجانی وضع
Sacral	عجزی
Sacroiliac	۔ حرقفی
Sacral promontary	۔ طنف
Urgency cf micturition	عجلت تبول
Infertility	عدم تخصیب، عدم اخصاب
Desquamation	عدم تقشر
Aplasia	عدم تکون
Multipara, multigravida	عدیدالحمل
Polyhedral, cells	عدیدالجوانب (متعددالسطوح) خلیات
Nulliparous	عدیم الولادت
Vasectomy	عرق (حبل المنی) برآری
Lymphatics	عروق لمف
Condylomata lata	عریض ثلطاحی سلعات
Coitus interruptus	عزل
Dyschezia	عسر تبرز
Dysmenorrhoea	عسرالطمث
Dysfunctional	عسرالوظیفی
Neurosis	عصبانیت

Neurasthenia	عصبی نہاکت
Coccygectomy	عصعص برآری
Bacillus	عصیہ
Bacilluria	~ بول
Tubercle bacillus	~ تدرن
Typhoid bacillus	~ تیفودیہ
Diphtherial bacillus	~ خناق
Ducry's bacillus	~ ڈکری
Bacillus tetani	~ کزاز
Muscle	عضلہ
Bulbocavernosus—	~ بصلیہ کہفیہ (راجوفیہ بصلی)
Levator ani—	~ رافعۃ البرز
Sphincter—	~ عاصرہ
Pubo-coccygeus—	~ عانی عصعصی
Pubo-cervical—	~ عانی عنقی
Ischio-cavernosus—	~ ورکیہ اجوفیہ
Myoma	عضلی سلعہ
Myofibroma	عضلی لیفی سلعہ
Organism	عضویہ، جسیمہ
Diverticulum	عطف
Pubic bones	عظام عانہ
Gigantism	عفریتیت، دیوزادگی
Septic myomatous polypi	عفنی عضلی سلعی بواسیر
Sterility	عقر، عقم
Radiotherapy, radiation	علاج بالاشعاع، شعاعی معالجہ

Thrombosis	علقیت، تخثر
Phlebothrombosis	علقی سدی التہاب ورید
Thrombophlebitis	علقی وریدی التہاب
	علم جنینیات ۔ ملاحظہ ہو 'جنینیات'
Cytology	علم الخلیات
Endocrinology	علم دروں افرازیات
Isolation	علیحدگی
Age	عمر
Childbearing—	۔ ولودیت
Operation	عملیہ
Vertebral column	عمود الفقرات، عمود الفقری
Spindle shaped cells	عمود نما خلیات
Columnar epithelium	عمودی، استوانی سرحلہ
Impotency	عنانت
Trachelorrhaphy	عنق دوزی
Cervix uteri	عنق رحم
Cervical atresia	عنقی بے انثقابی
Cervical cap	عنقی کلاہ
Cervico-vaginal insertion of uterus	عنقی مہبلی مقام اتصال، رحم کا
Factors	عوامل
	عیون ۔ ملاحظہ ہو 'جو فیسزے'
Plunger	غائص، غوطہ زن
Sloughs	غثیثے
Gland	غدہ
Bartholin—	۔ بارتھولین

	بسلسلۂ سابق....
Suprarenal—	ے فوق الکلیہ
Pituitary—	ے نخامیہ
Adeno	غدی
—acanthoma	ـ خاردار سرطانی سلعہ
—blast	ـ خلیہ
—epiblastoma	ـ سرعلی سرطانی سلعہ
—carcinoma	ـ سرطانی سلعہ
—matous vaginae	ـ سلعیت مہبل
—matous hyperplasia	ـ سلعی بیش تکون
—myoma	ـ عضلی سلعہ
	ـ عضلیت ـ ملاحظہ ہو 'اغدار عضلی'
Trophoblast	غذائی ناہض، خلیۃ التغذیہ
Hymen	غشاء البکارت
Membrana granulosa	غشائے ذراتی
	غشائے ساقط ـ ملاحظہ ہو 'ریزینہ'
	غشائے ساقط کا ردعمل ـ ملاحظہ ہو 'ریزینی تعامل'
Mucosa	غشائے مخاطی
Chondro-sarcoma	غضروفی سلعۂ لحمیہ
Sheath	غلاف
Theca	غلافی
—cell tumour	ـ خلوی سلعہ
Thecoma	ـ سلعہ
Theca luteum cells	ـ لیوٹینی خلیات
Theca luteum cysts	ـ لیوٹینی دویرے
Struma ovarii	غوطر مبیضی

Defeminization	غیر انوثت، بے زنانہ پن
Anoestrus period	غیر شبقی زمانہ
Desquamated epithelioma	غیر فلسمانی (غیر قشری) سرطلمی سلعات
Non ciliated columnar cells	غیر ہدب استوانی خلیات
	غیر وضعیت۔ ملاحظہ ہو 'میلان الرحم'
	فارشہ خلا یا سطح
Septa, septum	فاصل
Lumen, ostium	فتحہ
Pessaries	فرازج
Friedman's test	فرائیڈ مین کا کاشفہ
Vulva	فرج
Vulvectomy	ـ برآری
Episiotomy	ـ گافی
Eczema vulvae	ـ کا اکزیما
Erysipelas of vulvae	ـ کا سرخبادہ
Melanoma of vulva	ـ کا ملانینی سلعہ
Granuloma vulvae	ـ کا ورم حبیبی
Leukoplakia vulvae	ـ کی بیاض سطحیت
	ـ کی پژمردگی ـ ملاحظہ ہو 'پژمردگی فرج'
Fissures of vulva	ـ کے شقاقات
	فرجہ صغیرہ ـ ملاحظہ ہو 'خانہ'
Descending rami	فرع النازل
Fergusson's vaginal speculum	فرگسن کا مہبلی منظار
Dysfunction	فساد فعل
Hypertension	فشار الدم (بیش تمدد)

Weaning	فطام (دودھ چھڑانا)
Candida albicans	فطر ابیض
Defectus vulvae	فقدان فرج
Dysgerminoma	فقد الجرثوی سلعہ
Anaemia	فقر الدم، قلت الدم
Squamous cells	فلسانی خلیات
Squamous cell carcinoma	فلسانی خلوی سرطانی سلعہ
Condyloma	فلطاحی سلعہ
	فلطاحی عریض سلعات — ملاحظہ ہو 'عریض فلطاحی سلعات'
Os externum	فم خارجی
Debris	فواضل — تباہ شدہ خلیات یا بافت کے باقیات
Hypermenorrhoea	فوق الکلوی (برگردی) سلعہ
Epispadics	فوق مبالیت
Supravaginal cervix	فوق مہبلی عنق
Catheter	قاثاطیر
Catheterization	قاثاطیریت
Fullopian tube	قاذف
Salpingectomy	— برآری
Salpingography	— نگاری، انبوبہ نگاری
Fallopian tubes	قاذفین
Fundus uteri	قاع الرحم
Basal metabolism	قاعدی یا اساسی تحول
Antenatal	قبل الولادت
Vault	قبوہ، قبہ
—prolapse	— کا سقوط

Acarus scabei	قرادالجراب
Soft sore	قرحہ رخو، آتشک مجازی
Disc, disk	قرص
Discus proliferous	ـ دلودی
	قرع ـ ملاحظہ ہو 'تقرع'
Cornua	قرن
Subtotal hysterectomy	قریب الکل رحم براری
Adolescent age	قریب المراہق عمر
Virus	قشب
Viral infection	قشبی سرایت
Cortex	قشر، قشرہ
	قشری (فلسمانی) مرحلہ ـ دیکھئے 'ایرت دار فلسمانی مرحلہ'
Squamous celled carcinoma	قشری (فلسمانی) خلیہ دار سرطانی سلعہ
Dwarfism	قصیر القامتی
Conisection	قطع یا قطاع مخروطی
	قطعات ـ ملاحظہ ہو 'رقعات'
Segment	قطعہ
Lumbar	قطنی
Lumbosacral region	ـ عجزی خطہ
Lumbar glands	ـ غدد
Spondylisthesis	ـ فقراۃ کا انزلاق
Colpocleisis	قفل المہبل
Aphthus vulvitis	قلاعی التہاب فرج
Hypo	قلت
Achlorhydria	ـ تیزابیت

بسلسلہ سابق....

Hypothyroidism	ـــ درقیت
Hypoestrinism	ـــ شبقیت
Hypomenorrhoea, oligomenorrhoea	ـــ طمث
Prepuce of clitoris	قلفۃ البظر
Infundibulum	قمع، قیف نما ساخت
Infundibulo-pubic fold	قمعی حوضی شکن
Pediculus pubis	قمل عانہ
Wolffian duct	قنات وولفی
Colostomy	قولون شگافی
Anaplasia	قہقری تکوین
Pus cells	قیحی خلیات
Fourchette	قید الشفرتین، قید فرجی
'Tarry' cysts	قیری دویرے
Caesorian hysterectomy	قیصری رحم برآری
Cele	قیلہ
Urethro—	ـــ مبالیہ
Haemato—	ـــ دمویہ
Cysto—	ـــ مثانیہ
Recto—.	ـــ مستقیمہ
Entero.—	ـــ معویہ
Pseudo	کاذب
—hermaphraditism	ـــ خنوثت زنانہ
—xanthoma cells	ـــ زرد سلعی خلیات
—denoma	ـــ غدی سلعہ
—mucin	ـــ مخاطین

بسلسلۂ سابق....

—myomyxoma	— مخاطینی عضلی سلعہ
—mucinous cystadenoma	— مخاطینی دوبری غدی سلعہ
—or apparent amenorrhoea	— یا حقیقی نما احتباس الطمث
Test	کاشفہ
Panhysterectomy	کامل رحم برآری
Achromegaly	کبرالجوارح
Synctial buds	کتلتہ الخلوی غنچے
Synctial masses	کتلتہ الخلوی تودے
Synctio-trophoblast	کتلتہ الخلوی غذائی ناہض
Polyuria	کثرت بول
Polymenorrhoea	کثرت الطمث
	کثرت شعر۔ دیکھیے 'بیش شعرانیت'
Polymorphonuclear cells	کثیرالاشکال نواتی خلیات
Multilocular	کثیر خانہ دار
Krukenberg tumour	کروکنبرگ سلعہ
Chromation	کروماتیہ، خلیتہ اللونیہ نواۃ
Cushing's syndrome	کشنگ کا علامتیہ
Rim	کگر، حلقہ
Forceps	کلاب
Cacerous degeneration	کلسی انحطاط
Renal or urethral bud	کلوی یا حالبی غنچہ
Total hysterectomy	کلی رحم برآری
Hypoplasia	کم تکون
Cavity	کہفہ، جوف
Antrum	کہفہ عظیمہ

Vesicular mole	کیسکی وحمہ
Hydatids	کیسیات
Marsupialization	کیسیت
Hydatidiform degeneration	کیسہ نما انحطاط
Hydatidiform mole	کیسہ نما وحمہ
Graffian follicles	گرافی جرابات یا جیوب
Perisalpingitis	گرد انبوبی التہاب
Peritubal pyocele	گرد انبوبی ریمی قیلہ
Peri-oophoritis	گرد بیضی التہاب
Version of the uterus	گردیدگی رحم
	گرہیں ۔ دیکھیے 'ارباط'
Sapraemia uteri	گندیدگی خون، رحمی
Cauliflower carcinoma	گوبھی نما سرطانی سلعہ
Gartner's duct	گیرٹنر کی قنات
X-ray	لاشعاع
—examination	لاشعاعی امتحان
—therapy	لاشعاعی معالجہ
Brim	لب
Pulpy	لبّی
Elastic interna	لچکدار بافت کا داخلی حصہ
Caruncula myrtiform	لحمیات آسیہ
Sarcoma	لحمی سلعہ
—botryoid	۔ عنقودیہ
Sarcomatous degeneration	لحمی سلعی انحطاط
Carneous mole	لحمی وحمہ

Caruncle, urethral	لحمیۂ مبال
Viscid	لزج، چپچپا
Viscousness	لزوجت
Smear	لطخہ، آلودگی
Flap	لوتھہ (ذی حیات بافت کا ٹکڑا)
Fibrosis	لیفیت
Fibro	لیفی
—ma	ـ سلعہ
—saracoma	ـ سلعۂ لحمیہ
—myoma	ـ عضلی سلعہ
—adenomatous polypus	ـ غدی بواسیر
—chondro-osteolipoma	ـ غضروفی عظمی شحمی سلعہ
—myxoma	ـ مخاطی سلعہ
—blast	ـ ناہض
Luteinized cells	لیوٹینیتی خلیات
Luteinoma	لیوٹینی سلعہ
Luteal hormone	لیوٹینی ہارمون
Hydatids of morgagni	مارگگنی کے کیسیات
Focal sepsis	ماسکی عفونت
Urethra	مبال، مجری البول
Urethral	مبالی
—stricture	ـ تضییق
—prolapse	ـ سقوط
Urethrocele	ـ قیلہ
Urethral caruncle	ـ لحمیہ

Incontinence of anus	مبرز کی عدم کفایت
Trocar	مبزل
Ovary	مبیض
Ovariotomy	ـ شگافی
Dermoid cyst of ovary	ـ کا ادمی دویرہ
Folliculomata of ovary	ـ کے جرابی سلعات
Ovarian cyst	مبیضی دویرہ
Rete overii	مبیضی شبکہ
Homogenous	متجانس
Isodose curve	متساوی المقدار اعوجاج
Elongated cervix	متطول عنق
Polymorphonuclei	متعدد الاشکال نواتات
	متکاثر ـ ملاحظہ ہو 'متکاثر یافتہ'
Relative	متلازم
	متمم تثبیتی کاشف ـ دیکھئے 'تثبیت متمم کا کاشف'
Cyst	مثانہ
—oscope	ـ بیں
—oscopy	ـ بینی
Vesico	مثانی
—abdominal fistulae	ـ شکمی ناصورات
Urography	ـ قنات نگاری
Vesico-vaginal fascia	ـ مہبلی صفاق
Fixed	مثبت، ثابت
Sequential type	متتابع قسم
Lithopaedion	متحجر جنین

Polymorphs	متعددالہیئات خلیے
Curette	مجرف
Probe	مجس
Uterine sound	مجسہ رحمی
Commissure	مجمع
Circumscribed	محاط
Incarcerated gravid uterus	محتبس یا محصور حامل رحم
Luteotrophin	محرک جسم اصفر
Prolactin	محرک شیر ہارمون
Safe period	محفوظ زمانہ
Mucoid	مخاط نما
Mucin	مخاطین
Myxoedema	مخاطی اڈیما
Myxomatons tissue	مخاطینی بافت
Mucinous cystadenoma	مخاطینی دویری غدی سلعہ
	مخدر — ملاحظہ ہو، معدم حس،
Outlet	مُخرج
Cloacal membrane or plate	مخرجی غشا یا صفحہ
Rhadomyo-sarcomata	مخطط عضلی سلعاتِ لحمیہ
Inlet	مُدخل
Introducer	مِدخل
Emmenogogues	مدرات طمث
Atrophoid	مذبول
	مردانہ صنفی سلعہ — ملاحظہ ہو مستتر جلیتی نہوضی سلعہ،
Still birth	مردہ ولادت

Impacted	مرصوص
Hydatid disease	مرض کیسیہ
Temperament	مزاج
	ـــ زنی ۔ دیکھئے 'زنزفہ'
Mensuration	مساحت
Mesosalpinx	مساریقائے انبوبہ
Conservative	مستحفظ
Virilism	مسترجلیت
Virilizing syndrome	مسترجلیتی علائمیہ
Arthenoblastoma	مسترجلیتی ہبوضی سلعہ
	مستزاد دُہنہ ۔ ملاحظہ ہو 'معین دُہنہ'
Rectal incontinence	مستقیمی تعنی زحارت
Monstrosities	مسخوطات
Teratoma	مسخوطی سلعہ
Flat	مسطح
Cytotoxic drugs	مسمم للخلیات ادویہ
Drainage	مسیلیت
	مشارک برآری ۔ دیکھئے 'مشرکی برآری'
Placenta	مشیمہ
Serum	مصل الدم
Plasma	ـــ الحیوی
Serosal cyst	مصلیتی دویرہ
Serosal theory	مصلیتی نظریہ
Serous cystadenoma	مصلی دویری غدی سلعہ
Embryo	مضغہ

Embryomic rests	مضغی باقیات
Inspection	معائنہ
Oxytocic ecbolic	معجل ولادت
Deposited	مطروح، مترسب
Anaesthesio	معدوم حس
Accessory ostium	معین دہنہ
Accessory horn	معین قرن
Resistance	مقاومت
Anterior	مقدم
Lordosis	— عمود الفقری حدبیت
Pyknotic nuclei	مکثف نواتات
Condenser	مکثفہ
Cautery	مکواۃ
	ملانینی سلعہ — دیکھئے اسلعۂ ملانینی
Adnexal disease	ملحق (معین) اعضاء کا مرض
Mullerian cord	ملری حبل
Applicators	ملساقات
Coiles of intestines	ملف امعاء
Malphigian tubules	ملفیجی انبیبات
Volsellum	منتاش
—forceps	منتاشی کلاب
Disseminated sclerosis	منتشر تصلب
Ampullary portion or end	منتفخ حصہ یا کنارہ
Implanted ovum	منصب بیضہ
Reflex spasm	منعکس تشنج

Insufflator	منفاخ
Discharge	مواد
Posterior	موخر
Introitus vaginae	مولج مہبل
Gonad	مولدہ
Mummification	مومیت
Moniliasis	مونیلیاویت
Vagina	مہبل
Colporrhaphy	ـــ دوزی
Colposcope	ـــ بیں
Colpo-perinorrhaphy	ـــ وعجان دوزی
Haematocolpos	مہبلی اجتماع الدم
Colpotomy	مہبل شگافی
Bacillus vaginae	مہبلی عصیہ
Vaginal vault	مہبلی قبوہ
	مہدب ـ دیکھئے 'ذوالاہداب'
Androgen	مہیج، محرک باہ
Gonadotrophins	مہیج مولدات
Gonadotrophic hormones	ـــ ہارمون
Mesoderm	میاں ادمہ
Mesonephron	میاں گردہ
Mesoblast	میاں ناھضی
Meig's syndrome	میگ کا علامیہ
Ponations	سیلانات
Retroversion of the uterus	میلان الرحم خلفی، پس گردی

Anteversion of the uterus	میلان الرحم قدامی، پیش گردی
Catarrhal salpingitis	نازلتی التہاب قاذف
Fistula, recto-vaginal	ناصور مستقیمی مہبلی
Hilum	نافچہ
Hilus cells	نافچی خلیات
Irreducible procidentia	ناقابل حل سقاط
	ناقص التہاب ۔ ملاحظہ ہو 'تحت التہاب'
	ناقص طمثی ادرار ۔ دیکھئے 'قلت الطمث'
Rudimentary horn	ناقص النمو قرن
Anaerobic bacillus	ناہوا باش عصیہ
Germinal cords	نبتی احبال
Germinal epithelioma	نبتی (جرثومی) سرحلمی سلعہ
Cocci	نبقات
Gono—	ـــ سوزاک
Coccus (pl. cocci)	نبقہ (جمع: نبقات)
Preumo—	ـــ ریوی
Strepto—	ـــ سبحیہ
Staphylo—	ـــ عنبیہ
Staphylo—, aureous	ـــ عنبیہ، ہوا باش
Gonocococcal infection	نبقی سوزاکی سرایت
Gonococcal complement fixation test (G.C.F.T)	نبقی سوزاکی تثبیت متمم کاشفہ (جی، سی، ایف، ٹی)
	نتوء الرحم ۔ دیکھئے 'سقاط رحم'
Anterior lobe of pituitary lobe	نخامی غدہ کا مقدم لختہ (فص)
	نخامیہ ۔ ملاحظہ ہو 'غدۂ نخامیہ'

Necrobiosis	نخربافت
Scar	ندبہ
Para (prefix)	نزد (سابقہ)
—tubal hamatocele	— انبوبی قیلۂ دموی
—metrium	— رحم، نزد رحمہ
—metritis	— رحمی التہاب
—keratosis of vulva	— قرنیت فرج
—urethral glands	— مبالی غدد
—tubal or sken's ducts	— مبالی یا اسکین کی قناتیں
—vesical fossae	— مثانی حفرات
—mesonephric duct	— مساریقی گردی قنات
Haemarrhage	نزف
Haemophilia	نزفہ، مزاج نزفی
Gynaecological	نسائی، نسائیاتی، (امراض النساء سے متعلق)
Sciatic plexus	نسائی ضفیرہ
Gynaecological operations	نسائی عملیے
	نسیج — دیکھئے 'بافت'
Histology	نسیجیات
Vaginal douche	نطول مہبلی
Musculature	نظام عضلی
	نفوذ — ملاحظہ ہو 'التذاذ'
Insufflation	نفوخ
Musk	نقاب
Nuck canal	نک کی قنال
Herpes	نملہ

بسلسلۂ سابق....

ــِ سادہ	—simplex
ــِ منطقی	—zoster
نواۃ (جمع نواتات)	Nucleus (pl. nuclei)
نواتی	Nuclear
نواصیر، مثانی مہبلی	Fistula, vesico-vaginal
نو بالیدگی	New growths
نوکدار فلطاحی سلعات	Condylomata accuminata
نہاکت ـــ ملاحظہ ہو "عصبی نہاکت"	
نہز، تشخیص حمل کا اصبعی طریقہ	Ballotement
وتد، پچّڑ، نوکدار حصہ	Wedge
وترشگافی (نخاعی عصبی قنات کی جرحی تقطیع)	Cordotomy
وجع الظہر، دردِ کمر	Backache
وجع العصب	Neuralgia
وجع العصعص	Coccygodynia
وحمہ	Mole
ورتھائم کا عملیہ	Wertheim's operation
ورکی عصعصی عضلہ	Ischio-coccygeal muscle
ورم صمغی (آتشکی پھوڑا)	Gumma
وسائط کاشت	Culture media
وسیلہ	Medium
وضع	Posture, position
ــِ حمل	Labour
ــِ عجانی	Lithotomy position
ــِ نصفی	Semiprone position
وعائی سرطانی سلعہ	Angioma

	وفقہ — ملاحظہ ہو "استراحت"
Wolffian duct	وولفی قنات
	وہم حمل — دیکھیے "حملِ کاذب"
Phanton enlargement of the abdomen	وہمی کلانیٔ شکم
Hodge pessary	ہاج کا فرزجہ
	ہائپوتھالامس — ملاحظہ ہو "زیر عرشہ"
Ciliated columnar epithelioma	ہدبی استوانی سرطلمہ
Souffle	ہزیز
Coincident	ہم زماں
Huner's post coital test	ہنر کا بعد الجماع کاشفہ
Aerobic	ہوا باش
Stroma	ہیکل
—tissue	ہیکلی بافت
—cells	ہیکلی خلیات
Mononuclear cells	یک نواتی خلیات

ماخذ و مصادر

"تمتع زہر گوشۂ یافتم"

◎ ربن طبری، علی بن سہل، ابی الحسن، فردوس الحکمۃ مصحو دکتور محمد زبیر الصدیقی، فی مطبع آفتاب الکائن برلن ۱۹۲۸ م، الباب السابع عشر، الباب التاسع عشر فی علل الرحم وعلاجہا، ۲۷۳ — ۲۸۵

◎ الرازی ابوبکر محمد بن زکریا، کتاب الحاوی فی الطب، دائرۃ المعارف العثمانیہ، حیدرآباد، الجزء التاسع ۱۹۶۰ م، فی امراض الرحم والحمل، ۷، الجزء العاشر، الطبعۃ الاولی، ۱۹۶۱ م، فی امراض الکلی ومجاری البول وغیرہا۔

◎ القمری، حکیم ابوالمنصور، الحسن، غنی منی (تالیف ۱۲۵۵ھ)، منیجر دواخانہ معدن الادویہ، وکٹوریہ اسٹریٹ لکھنؤ، العلل المخصوصۃ بالنساء، ۳۱۵ — ۳۴۹

◎ المجوسی علی ابن العباس، کامل الصناعۃ، الجزء الاول، مطبوعہ مصر ۱۲۹۴ھ الباب التاسع والثلاثون فی علل الرحم واسبابہا وعلاماتہا، ۳۸۴ — ۳۹۱، المقالۃ الثامنۃ من الجزء الثانی، الباب التاسع فی مداواۃ العلل العارضۃ الرحم، ۴۲۳ — ۴۴۱

◎ بوعلی سینا، شیخ الرئیس ابوعلی بن الحسین ابن سینا، القانون فی الطب، الجزء الثالث، نامی پریس لکھنؤ، جون ۱۹۰۶ء، الفن الحادی والعشرون فی امراض الرحم واحوال الرحم، ۳۴۴ — ۳۸۱، المقالۃ الثانیۃ فی آفات التی تعرض للبول ۳۱۲ — ۳۲۴

◎ ابوسہل مسیحی، کتاب المائۃ للمسیحی، مخطوطہ عربیہ علوم ۸۰، مولانا آزاد لائبریری، مسلم یونیورسٹی علی گڑھ، الکتاب الحادی والتسعون فی علاج الامراض والرحم ۳۰۳ب — ۳۰۸، کتاب التسعون فی علاج امراض البول ۳۰۱ — ۳۰۳ب

◎ ابن ہبل، مہذب الدین ابی الحسن علی احمد بن علی، البغدادی، کتاب المختارات فی الطب، الجزء السابع، دائرۃ المعارف العثمانیہ، حیدرآباد، ۱۳۶۲ھ، فصول فی امراض الرحم ۲۳ — ۵۴، الجزء الثالث، ۱۳۶۳ھ، فصول فی آفات البول ۲۳۲ — ۲۳۹

◎ ابن زہر ابو مروان عبد الملک بن ابی العلا ابن زہر اشبیلی، کتاب التیسیر، فوٹو کاپی، لائبریری اجمل خاں طبیہ کالج لائبریری مسلم یونیورسٹی علی گڑھ، الارحام والفروج، ۲۴۰ — ۲۵۷

◎ قرشی ابن النفیس، شرح القرشی، مخطوطہ، لائبریری، اجمل خاں طبیہ کالج مسلم یونیورسٹی علی گڑھ، الفن الحادی والعشرون فی الرحم واحوالہ وامراضہ، ۳۸۹ب — ۴۴۴ا

◎ عیسیٰ الدکتور احمد، امراض النساء ومعالجتہا وصفا وجراحۃ، بمطبعۃ الآداب المؤید بالقاہرہ، الجزء الاول ۱۹۰۸م (القسم الاولیٰ والثانی) ۱۹۱۰م

◎ شریف خاں، حکیم محمد، علاج الامراض فارسی، منشی نول کشور پریس کانپور، بار سوم ۱۹۱۳ستمبر ۱۹۱۳ء، امراض النساء کے مخصوص نسخے۔

◎ بہار الدولہ، خلاصۃ التجارب، مطبع محمدی واحمدی، ۱۲۸۲ھ، باب بیست وچہارم، امراض النسوان، ۵۷۳ — ۶۰۱

◎ اعظم خاں، حکیم محمد، اکسیر اعظم، ج ۳، منشی نولکشور پریس لکھنؤ، ۱۸۸۵ء، امراض الرحم، ۶۵ — ۲۴۷ سلس البول، ۵۱۰ — ۵۱۹، بول فی الفراش ۵۱۹ — ۵۲۰، تقطیر البول، ۵۱۱ — ۵۲۱ ج ۴ مطبع نظامی پور ۱۲۸۹ء، جماع، وقیہ ۳۲۵ — ۳۵۱ امراض تطبیقۃ تناسلی قنات کا تعدیہ

◎ غلام مرتضیٰ خاں، حکیم، زاد غریب، اکمل المطابع ۱۲۸۱ھ طریق نوزدہم در امراض زناں ۲۲۲ — ۲۲۷

◎ عبد العزیز، حکیم لکھنوی، مجربات عزیزی، امراض النساء ۱۴۹ — ۱۶۳

◎ نجم الغنی، حکیم مولوی قرابادین نجم الغنی، منشی نول کشور پریس لکھنؤ، اپریل ۱۹۲۸ء، مخصوص نسخے۔

◎ بادی حسین خاں مراد آبادی، حکیم، اردو ترجمہ، ذخیرہ خوارزم شاہی محشی، ج ششم، جزء ۳، مطبع نول کشور پریس لکھنؤ، طبع دوم، جنوری ۱۸۸۳ء، گفتار بیستم، رحم کی بیماریاں ۶۲۲ — ۶۳۵

◎ اجمل خاں، حکیم محمد، کتاب حاذق، امراض رحم ۲۸۶ — ۳۰۶ گردوں اور مثانہ کی بیماریاں ۲۳۳ — ۲۵۸

◎ مسیح الملک کا علاج، اشاعت خاص مسیح الملک دہلی، اپریل مئی ۱۹۳۶ء، امراض مخصوصہ زناں ۱۸۱ — ۱۹۶، امراض مثانہ ۱۵ — ۵۵

◎ نور کریم، حکیم محمد، کیمیائے عناصری ترجمہ قرابادین ذکری، نول کشور لکھنؤ، نومبر ۱۹۲۴ء، باب ۱۶، ادویہ تعدد حرم وقبض وبواسیر، ۳۳۰ — ۳۶۷ باب ۱۵، ۱۰۱ گردہ ومثانہ ۳۲ — ۴۰

◎ محمد حسن، حکیم، اردو ترجمہ قرابادین اعظم، ۱۹۰۵ء، منتخب متعلقہ نسخے

○ غلام جیلانی، حکیم و ڈاکٹر، مخزن حکمت، ج ۲، طبع ہفتم، ۱۹۳۱ء، باب دوم، امراض مخصوصۂ زناں، ۹۲۲ء ۱۹۶۵ء باب یازدہم، امراض گردہ و مثانہ، ۱۷۷۶ — ۱۸۲۹

○ شریف خاں، حکیم محمد، مفتاح الحکمت، ج ۲، دارالکتب رفیق الصحت لاہور، ۱۹۳۶ء، امراض مخصوصۂ نسواں، ۳۵۲ — ۶۸۷

○ اصغر علی محمد، ترجمہ علاج الغربا، مصنفہ حکیم غلام امام، منشی نول کشور پریس لکھنؤ، ۱۹۳۱ء، فصل عورتوں کے امراض ۱۴۸ — ۱۵۸

○ کبیر الدین، حکیم محمد، ترجمۂ کبیر، ج ۳، دفتر المسیح، قرولباغ، دہلی، طبع پنجم، ۱۹۴۳ء، امراض مخصوصۂ زنانہ، ۲۷۱ — ۳۳۸، امراض بول، ۱۹۶ — ۲۴۴، بیاض کبیر (حصہ اول) دہلی کا مطب، اشاعت منزل لاہور، امراض رحم ۲۲۳ — ۲۲۵، بیاض کبیر (حصہ دوم) دہلی کے مرکبات، اشاعت منزل لاہور — طبع یازدہم، ۱۹۶۴ء، مختلف متعلقہ نسخے۔

○ رحیم خاں، ڈاکٹر، رسالۂ امراض النسواں۔

○ عبدالرزاق، محمد، حکیم، تعلیم القابلہ حصہ چہارم موسوم بہ معالجات امراض النسواں، دلی پرنٹنگ ورکس دہلی ۱۹۲۶ء

○ صلاح الدین نعماق، حکیم محمد، کتاب الشفاف امراض النساء، قصر الحکمۃ، پٹیالہ ہاؤس، میکلوڈ روڈ لاہور، اگست ۱۹۵۷ء

○ دستگیر، ڈاکٹر غلام، اردو ترجمہ، علم امراض انساء (مکمل) دارالطبع، جامعہ عثمانیہ سرکار عالی، حیدرآباد، ج ۱، ۱۹۳۹ء، ج ۲، ۱۹۴۵ء

○ حیدر علی خاں، ڈاکٹر حاجی، مبادی جنسیات، دارالطبع، جامعہ عثمانیہ، سرکار عالی حیدرآباد۔

○ Williams, Wendell Smith, Treagold, Basir Hunan Embryology. F. L. B. S. Edition, Reprinted 1974, 28-29.

○ Cyril A. Keele and Eric Neil, Samson Wright's Applied Physiology. E. L. B. S. Edition 12, 1974. Part 11—Endocrine Glands, 483-533; Part 12—Oestrus and Menstrual Cycle, 537-539; Part 12—Reproduction, No. 66—Oestrus and Menstrual Cycles, 537-539. No. 67—Chemistry of Steroids, 539-543.

- Novak, Edmund R. and others, Novak's Text-Book of Gynaecology Scientific Book Agency, Calcutta, Seventh Indian Edition 1966
- Blair—Bell, The Principles of Gynaecology, Bailliere London 1934
- Howkins and Gordon Bourne, Shaw's Text-book of Gynaecology E. L. B. S. Ninth Edition 1975.
- Masani, K. M., A Text-book of Gynaecology, Popular Prakashan Bombay, Fifth Edition, October 1966.
- Roques, Clayton, Lewis, Diseases of Women, E. L. B. S. 11th Edition, 1964.
- Krupp, Marcus; Chatton Milton J., Current Medical Diagnosis and Treatment, 1976, Chapter—12, Gynaecology and Obstetrics, 415-476
- Boyd, William, A Text-book of Pathology, Edition 8th (Asian Edition), 1977, Chapter 33--The Female Reproductive System 967 1006.
- Scott Bodley, Sir Ronald, Price's Text-book of the Practice of Medicine, E. L. B. S., Edition 11th, 1975, Hysteria-- 1374-1379
- Friedberg, Diseases of the Heart 3rd Edition (Asian Edition), 1969 Hysteria and Fainting, 468 and 1726.
- Milwidsky, A. and others, Obstetrica et Gynaecologica Vol 56 1977, The significance of Human Chorionic Gonadotrophin in blood serum for the Early diagnosis of Ectopic Pregnancy, 19—21.
- Rantakyla, P. and others, The same Journal Ectopic Pregnancies and the use of Intra Uterine Device and low dose of Progestogen Contraception, 6—62.
- Obstetrics and Gynaecological Survey, January, 1977, Ectopic

Pregnancy, by Larry G. and others. 23—24.

⊙British Medical Journal, 13 March, 1976. The Retroverted Gravid Uterus and its effect on the outcome of Pregnancy by A.R.L. Weekes and others, 622.

⊙Peel and Potts, Text-book of Contraceptive Practice, Cambridge University Press, 1969.

⊙Havil, Anthony, Birth Controll and you.

⊙British Medical Journal, 7 February, 1976, IUDs and heavy Periods 304.

⊙The illustrated weekly of India, October 9, 1977, New Family Planning Devices.