امراض الاطفال

(جدید ایڈیشن مع ترمیم واضافات)

حکیم خورشید احمد شفقت اعظمی

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان
وزارت ترقی انسانی وسائل، حکومت ہند
ویسٹ بلاک۔1، آر۔کے۔پورم، نئی دہلی۔110 066

© قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان، نئی دہلی

پہلی اشاعت	:	1989
دوسری (ترمیم شدہ) اشاعت	:	جنوری 2008
تعداد	:	1100
قیمت	:	120
سلسلہ مطبوعات	:	616

Amrazul-Atfal

by **Hakim K.A. Shafqat Azmi**

ISBN :81-7587-241-1

ناشر: ڈائرکٹر، قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان، ویسٹ بلاک۔1، آر۔کے۔ پورم، نئی دہلی۔110066
فون نمبر: 26103938، 26103381، 26179657، فیکس: 26108159
ای۔میل: urducoun@ndf.vsnl.net.in، ویب سائٹ: www.urducouncil.nic.in
طابع: میکاف پرنٹرس، 2847، بلیلی خانہ، ترکمان گیٹ، دہلی۔110 006

پیش لفظ

فلسفہ، ادب اور دیگر علوم وفنون کی طرح طب یونانی بھی ہمارے لیے سرمایۂ افتخار ہے۔ آج یہ ایک طریقۂ علاج ہی نہیں بلکہ اس سے بھی کچھ سوا ہے اور ہماری گنگا جمنی تہذیب کا ایک شاندار حصہ۔ یہ طب ہندوستان میں محمود غزنوی (997-1031ء) کے ساتھ آئی اور ضیاء الدین عبدالرافع ہروی کا نام پہلے طبیب کے طور پر تاریخ کے صفحات پر ثبت ہے جو غزنوی سلطنت کے آخری تاجدار خسرو ملک (1160-1186ء) کا درباری طبیب تھا۔ چونکہ طب یونانی کو یہاں کی آب وہوا اور ماحول انتہائی راس آئے لہٰذا عوام وخواص دونوں میں مقبول ہوتی چلی گئی۔ عہد غلامان (1206-1290ء) میں تو اسے خوب عروج ملا، اس کے بعد خلجی عہد (1320-1390ء)، تغلق عہد (1320-1413ء) لودھی عہد (1451-1526ء) اور پھر مغلیہ سلطنت (1526-1857ء) کے دور میں طب یونانی ترقی کے منازل طے کرتی چلی گئی۔ ذاتی عملی مطب اور شاہی شفاخانوں کے علاوہ سریری (clinical)، تعلیمی و تدریسی تقاضوں کی پابجائی کے لیے مختلف موضوعات پر وقیع کتابیں بھی لکھی گئیں، لیکن یہ سارا سرمایہ ہنوز فارسی زبان میں تھا۔ نجی مطب، مدرسوں اور طبی اداروں میں بھی ذریعۂ تعلیم عربی و فارسی تھا۔ اردو زبان اور طب کا رشتہ اٹھارھویں صدی میں فورٹ ولیم کالج اور دلی کالج کے قیام کے کچھ دن بعد استوار ہوا۔ انیسویں صدی کے اختتام تک اردو میں جو نثری اور شعری سرمایہ اردو کے دامن میں پہنچا۔ اس پر طب یونانی کے اثرات واضح طور پر دیکھے جاسکتے ہیں۔ اسی طرح اردو زبان نے طب یونان کے فروغ میں غیر معمولی کردار ادا کیا اور آج بھی برصغیر کے طبیہ کالجوں میں کامیاب ترین

ذریعۂ تعلیم ہونے کا شرف اسی زبان کو حاصل ہے۔

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان اس ادراک کے ساتھ کہ ابلاغ و اظہار خصوصاً تدریسی نقطۂ نظر سے افہام و تفہیم کے نقطۂ نظر سے مادری زبان سے بہتر کوئی ذریعہ نہیں، معیاری درسی کتابوں کی کم سے کم قیمت پر فراہمی اپنا لائحہ عمل بنالیا ہے، تاکہ نہ صرف اردو زبان عصری تقاضوں سے ہم آہنگ ہو سکے بلکہ نصابی اور غیر نصابی کتابیں مناسب قیمت پر طلبہ اور شائقین تک بآسانی پہنچ سکیں۔ زبان کو ادب تک محدود رکھنا کسی زبان کے لیے سم قاتل سے کم نہیں کیونکہ ادب زندگی کا آئینہ دار ہوتا ہے اور زندگی کا سماج سے اٹوٹ رشتہ ہے نیز سماجی ارتقا اور انسانی ذہن کی طبعی نشو ونما کے لیے انسانی علوم اور ٹکنالوجی ناگزیر ہیں۔

اب تک بیورو اور تشکیل نو کے بعد قومی اردو کونسل نے مختلف علوم وفنون کی کتابیں شائع کی ہیں اور ایک جامع پروگرام کے تحت اساسی اہمیت کی حامل کتابیں شائع کرنے کا سلسلہ شروع کیا ہے، یہ کتاب بھی اسی سلسلے کی ایک اہم کڑی ہے۔ جس کا نقش اول ہی وسعت مطالعہ، فنی مہارت اور ادبی چابکدستی کا ایک ایسا شاہ کار تھا کہ اصلاح و اضافہ کے بغیر ہی شائع کر دیا جاتا تو بھی اردو زبان کے طبی علمی سرمایہ میں اس کا مرتبہ بہت بلند ہوتا، تاہم موجودہ اشاعت میں مصنف نے پوری کتاب پر نظر ثانی کی ہے اور پانچ ابواب کا اضافہ سی۔ بی۔ آئی۔ ایم۔ کے تازہ نصاب تعلیم کی روشنی میں کیا ہے، نتیجۂ کار موجودہ ایڈیشن ''امراض الاطفال'' کے موضوع انتہائی جامع علمی مخزن بن گیا ہے، جس سے طلبہ واساتذہ یکساں طور پر استفادہ کر سکتے ہیں۔ امید کہ علمی وطبی حلقوں میں اس کتاب کی بھرپور پذیرائی ہوگی، ماہرین سے گزارش ہے کہ دوران مطالعہ کوئی علمی وفنی تسامح نظر آئے تو براہ کرم مطلع فرما کر ممنون فرمائیں، تاکہ اگلے ایڈیشن میں اس کا تدارک کیا جا سکے۔

ڈاکٹر علی جاوید
ڈائرکٹر

مندرجات

	نقطۂ نظر	xiii
	باب اول: مبادیات امراض اطفال	**1-58**
-1	تدابیر مولود	1
-2	نشوونما	7
-3	نوزائیدہ کی رضاعت	23
-4	فطام اور مخلوط رضاعت	31
-5	تشخیص امراض	39
-6	چند اہم معالجاتی ہدایات	55
	باب دوم: امراض دماغ واعصاب	**59-118**
-7	استسقاء دماغ	59
-8	سرسام	65
-9	عطاش	71
-10	التہاب اغشیۂ دماغ سلّی	75
-11	خلقی حمق وبلاہت	83
-12	ام الصبیان	87
-13	کزاز اطفال	95

-14	فالج الاطفال	101
-15	داء الرقص	109
-16	فزع النوم	115
	باب سوم: امراض چشم	**119-158**
-17	بیاض چشم	119
-18	حول (بھینگا پن)	123
-19	سلاق	133
-20	شعیرہ	135
-21	قذیٰ فی العین	137
-22	آشوب چشم مولودی	141
-23	ودقہ	149
-24	جرب الاجفان	151
	باب چہارم: امراض گوش	**159-184**
-25	قذی الاذن	159
-26	بثور الاذن	161
-27	سیلان الاذن	163
-28	وجع الاذن	167
-29	ورم وسطی الاذن	171
	باب پنجم: امراض انف	**185-200**
-30	قذی الانف	185
-31	رعاف	189

-32	نزلہ زکام	195
	باب ششم: امراض دہن وزبان	**201-214**
-33	قلاع دہن	201
-34	بھور دہن	209
-35	آکلۃ الفم	211
-36	التہاب زبان	213
	باب ہفتم: امراض حلق	**215-236**
-37	التہاب غدہ نکفیہ	215
-38	سقوط اللہاۃ	219
-39	التہاب لوزتین	221
-40	خناق وبائی	227
	باب ہشتم: امراض اعضائے تنفس	**237-292**
-41	التہاب حنجرہ	237
-42	بحت الصوت	245
-43	شہقہ	249
-44	سُرفہ	255
-45	ضیق النفس	261
-46	ذات الریہ	267
-47	ذات الجنب	275
-48	تدرن	279
	باب نہم: امراض قلب	**293-336**
-49	خلقی امراض قلب	293

-50	مرض قلب حُداری	303
-51	فقرالدم	315
	باب دہم: امراض معدہ	**337-366**
-52	قے	337
-53	فواق	343
-54	شدت عطش	345
-55	دردمعدہ	349
-56	نفخ شکم	353
-57	ہیضہ	355
-58	ضعف اشتہا	363
	باب یازدہم: امراض امعاء	**367-400**
-59	قبض	367
-60	اسہال اطفال	373
-61	پیچش	383
-62	کرم شکم	389
63	التہاب زائدہ دودیہ اعوریہ	397
	باب دوازدہم: امراض مقعد	**401-408**
-64	خروج المقعد	401
-65	التہاب مقعد	405
-66	خارش مقعد	407

	باب سیزدہم: امراض کبد	**409-426**
-67	یرقان نوزائیدہ	409
-68	التہاب کبد قشی	419
	باب چہاردہم: امراض اعضاء بول	**427-434**
-69	التہاب کلیہ	427
-70	بولی قنات کی سرایت	431
	باب پانزدہم: امراض اعضائے تناسل	**435-452**
-71	ضیق الغلفہ	435
-72	التہاب حشفہ	437
-73	بورحشفہ	439
-74	قیلۂ مائیہ	441
-75	حکۃ الصفن	443
-76	التہاب خصیہ	445
-77	حکۃ الفرج	449
	باب شانزدہم: امراض فساد خون	**453-492**
-78	خلقی آتشک	453
-79	سرخبادۂ اطفال	457
-80	شریٰ	461
-81	جرب وحکہ	465
-82	قوبا (داد)	471
-83	سعفہ	475

-84	نفاطات	479
-85	نزفہ	483
-86	نقرالدم بحری	489
	باب ہفدہم: امراض عظام	**493-502**
-87	کساح	493
	باب ہجدہم: حمیات وامراض متعدی	**503-530**
-88	چیچک	503
-89	حصبہ	513
-90	حمیقا	519
-91	حمی دنج	523
-92	حمی قرمزیہ	527
	باب نوزدہم: امراض مفاصل	**531-538**
-93	وجع المفاصل	531
	اصطلاحات	539
	مراجع ومصادر	565

.....☆.....☆.....☆.....

انتساب

والدہ مرحومہ ومغفورہ کے نام

جن کے قدموں کے نیچے میری جنت ہے۔

عمر بھر تیری محبت میری خدمت گر رہی
میں تری خدمت کے قابل جب ہوا تو چل بسی

شفقت اعظمی

نقطۂ نظر

''امراض النساء'' کی تالیف جب آخری مراحل سے گزر رہی تھی تو ایک اور کتاب لکھنے کی تمنا میرے دل میں کروٹیں لینے لگی، جس میں بچوں کے امراض و علاج کے متعلقہ مسائل زیر بحث لائے جائیں، چنانچہ مذکورہ کتاب کی تکمیل کے بعد ہی اس موضوع پر کام شروع کر دیا لیکن بوجوہ بار بار یہ کام تعطل کا شکار ہوتا رہا، تاہم حالات کی نامساعدت کے باوجود اشہب قلم کی فقط اس حقیقت سے مہمیز ہوتی رہی کہ انسان کے تجربے، اس کی معلومات اور علوم وفنون، اختراعات وایجادات کے تحفظ کا واحد طریقہ تحریر ہی ہے، جو آنے والی نسلوں کے لیے وجہ استفادہ بنتی ہے۔

قدما میں علم وفن کا جو خلوص تھا، جملہ علوم بالعموم اور طب یونانی بالخصوص، کی عہد بعہد ترقی اسی کا ثمرہ ہے۔ دنیا کے علوم وفنون ان کے بار احسان سے کبھی سبکدوش نہیں ہو سکتے۔ قدیم ورثہ کے تحفظ واحترام کے علاوہ جدید معلومات، اختراعات وتجربات کے اضافہ کے ساتھ ہمیشہ وہ اسے فروغ دیتے رہے۔ انھوں نے امراض کے اسباب وماہیت، علامات وعلاج پر ماہرانہ چابکدستی کے ساتھ قلم اٹھایا اور ذاتی مشاہدات کی روشنی میں سائنٹی فک انداز میں صفحات قرطاس پر گہرافشانی کرتے چلے گئے۔ لیکن ان میں سب سے اہم اور مابہ الافتخار معالجاتی سرمایہ ہے۔ ان کے مدونہ ومستعملہ نسخے برسہابرس سے معمولات مطب بنے ہوئیں ہیں۔ ان ادویہ کے غیر سمی نیز اثرات بد سے پاک ہونے کی سب سے بڑی دلیل یہ ہے کہ ہزاروں سال گزر جانے کے باوجود یونانی فارما کوپیا سے کوئی نسخہ آج تک حذف نہیں کیا گیا، بلکہ ان میں اضافہ ہی ہوتا رہا۔ ان نسخوں کی معالجاتی اہمیت اور غیر سمی کیفیت نے آج دوبارہ اقوام عالم کو اپنی طرف متوجہ کرنے پر مجبور کر دیا ہے۔

اس امر کے اظہار میں مجھے کوئی باک نہیں کہ طب یونانی کی مذکورہ خوبیوں کے اخذ واکتساب

میں کافی تحقیق و تدقیق کرنی پڑی۔ بیماریوں کے اسباب و امراضیات، علامات و امارات، غذا و پرہیز نیز احتیاطی تدابیر جیسے اہم ذیلی موضوعات پر یونانی طب کے شیرازے سے استفادہ کے ساتھ ساتھ طب مغرب سے جدید ترین معلومات و تجربات حاصل کر کے ممکنہ تطبیق کی پرخلوص کوشش کی گئی ہے، تاکہ قدیم سرمایہ جدید معلومات سے پوری طرح ہم آہنگ ہو کر زیادہ سے زیادہ معلومات آفریں اور مفید بن جائے۔ حصۂ معالجات میں یونانی نسخے مناسب انتخاب کے ساتھ درج کیے گئے ہیں، لیکن جدید حیات آفریں دواؤں سے صرف نظر نہیں کیا گیا۔ قدیم طبی اصطلاحات یا قدما کے طرز بیان کو حتی الامکان اپنانے کی کوشش کی گئی ہے، تاہم جدید تحقیقات اور انگریزی اصطلاحات کے لیے اپنی زبان میں متبادل اصطلاح نہ ملنے پر قدیم اصطلاح سے جدید تحقیقات کی کما حقہ، ترجمانی نہ ہونے کی صورت میں جدید اصطلاح کا سہارا لینا ضروری تھا۔ اس سلسلے میں فنی طبی کتب کے علاوہ عربی، فارسی، اردو اور انگریزی کی امہات قوامیس سے استفادہ کے بعد ایک جامع فہرست اصطلاحات حروف تہجی کی ترتیب سے مدون کر کے کتاب کے آخر میں منسلک کر دی گئی ہے تاکہ دوران مطالعۂ کتاب حسب ضرورت اس سے مدد مل سکے۔

یہ کتاب سنٹرل کونسل آف انڈین میڈیسن کے مجوزہ نصاب کے مطابق لکھی گئی ہے، لیکن ساتھ ساتھ اس بات کی کوشش کی گئی ہے کہ امراض اطفال کے جملہ اہم گوشے منور ہو جائیں تاکہ طالبان علم طب کے علاوہ عام عاملین فن بھی یکساں طور پر استفادہ کر سکیں۔

سابقہ تصنیف یعنی امراض النساء کے سلسلے میں مختلف ارباب ذوق نے جو خراج تحسین پیش کیا اور طبی حلقوں میں جو پذیرائی ہوئی، اس کے ایڈیشن پر ایڈیشن نکلے، اس سے مجھے بڑا حوصلہ ملا۔ یہ میرا اولیں تجربہ تھا، جو کامیابی سے ہمکنار ہوا۔

مذکورہ تجربہ کی روشنی میں اس کتاب کے طرز بیان کو زیادہ سے زیادہ سلیس اور سادہ رکھنے کی سعی کی گئی ہے، تاکہ عام اطبا اور طلبا کے ذہن و دماغ اسے بآسانی قبول کر سکیں لیکن طبی اصطلاحات سے گریز ایک فنی کتاب میں تقریباً ناممکن العمل ہے۔

یہ کتاب آج معزز قارئین کے سامنے پیش کرتے ہوئے فخر و مسرت کے ملے جلے محسوسات سے دوچار ہوں۔ خدا کرے کہ یہ ناچیز کاوش بھی مفید ثابت ہو اور طبی و ادبی حلقوں میں پسندیدگی کی نظر سے دیکھی جائے تاکہ راقم کے جذبۂ تصنیف و تالیف کو زیادہ سے زیادہ تقویت حاصل ہو سکے یہی میرا نقطۂ نظر ہے۔

آخر میں ارباب علم ودانش سے گزارش ہے کہ اگر کوئی علمی یا فنی لغزش نظر آئے تو تنقیص کے بجائے راقم السطور کو ازراہ تلطف مطلع فرمائیں تاکہ مابعد اشاعتوں کے وقت ان زریں مشوروں اور صالح تنقیدوں سے خاطر خواہ استفادہ کیا جاسکے۔

تشکر و امتنان: اپنے والد ماجد حضرت مولانا سعید صاحبؒ سابق ناظم مدرسہ بیت العلوم سرائے میر، ضلع اعظم گڑھ کی بارگاہ شفقت میں بصد ادب واحترام سر نیاز خم کرتا ہوں، جن کی بے کراں پدرانہ شفقتیں اور دعائیں قدم قدم پر میرے ساتھ رہیں، سچ پوچھیے تو مجھے مرحوم کے فیض تربیت اور مستجاب دعاؤں نے ہی اس مقام تک پہنچایا۔

ایک اور شخصیت میرے قلبی شکر وسپاس کی مستحق ہے، جس کا نام لیتے ہوئے میرا راہوار قلم ادب سے جھک جاتا ہے۔ میری مراد استاد گرامی جناب ڈاکٹر محمد ظہور الحق صاحب سابق ریڈر شعبۂ عربی، مسلم یونیورسٹی علی گڑھ سے ہے۔ موصوف کی خصوصی توجہ اور مساعی جمیلہ نے قدم قدم پر میری رہنمائی اور حوصلہ افزائی کی۔

گفتمش ذرہ بہ خورشید رسد، گفت محال　　گفتمش کوششِ من در طلبش، گفت رواست

آخر میں شریک حیات رفیعہ ناز صدیقی کے علاوہ بچوں یعنی عزیزان جاوید احمد بی.ای. (میکانیکل)، ربیعہ فرخندہ ایم اے (انگلش)، بی ایڈ، حکیم تائید احمد بی. یو. ایم. ایس، ذکیہ رخشندہ ایم، اے (اردو)، بی ایڈ، ایم فل (اردو) اور رئیسہ تابندہ ایم، اے (اردو)، بی، ایڈ کی معاونت کا تذکرہ بے محل نہ ہوگا، جو اس کتاب کی تدوین وتالیف سے لے کر ترتیب وتہذیب تک ہر مرحلے میں مجھے حاصل رہی۔

پس نوشت!

امراض الاطفال کے اس تازہ ایڈیشن یعنی طبع چہارم میں نہ صرف ضروری اور مفید ترمیم وتنسیخ کی گئی ہے، بلکہ سی، سی، آئی، ایم کے ترمیم شدہ نئے نصاب تعلیم کی روشنی میں حسب ذیل ابواب کا اضافہ بھی کیا گیا ہے:

التہاب غدہ نکفیہ، التہاب کبد قشعی، بولی قنات کی سرایت، نزفہ، فقر الدم بحری اور حمی دنج۔

نئی دہلی

یکم جنوری، 2007

شفقت اعظمی

●●

1

تدابیر مولود

تنفس: ولادت کے بعد نوزائیدہ کے منہ میں صاف اور مطہر انگلی (دستانہ سے ملفوف) ڈال کر جملہ آلائشیں خارج کر دی جائیں۔ آلائشیں دور ہونے کے بعد نوزائیدہ رونے لگتا ہے، جس سے اس کی سانس کی آمد و رفت کا ثبوت ملتا ہے لیکن ناک منہ صاف کرنے کے باوجود وہ نہ روئے تو مصنوعی طور پر اس کا تنفس جاری کرنے کی سعی کی جائے اور بعجلت ممکنہ اس کے منہ کو چوسا جائے، اس کے بعد سر نیچے کی طرف کر کے اٹھایا جائے۔ لٹاتے وقت اس بات کا لحاظ رکھا جائے کہ اس کے دونوں کندھے جسم سے قدرے بلند ہوں لیکن سر تھوڑا سا پست ہو، پھر بچے کے دونوں بازوؤں کو دونوں کہنیوں کی مدد سے پکڑ کر سر کی طرف اوپر کھینچیں، اس کے بعد اس کے منہ میں پھونک ماریں، پھر اس کے بازوؤں کو دونوں کہنیوں کی مدد سے سینے پر لے جا کر دبائیں اس طرح سینہ کی ہوا دباؤ کے سبب نکل جائے گی۔ لیکن اگر پانچ دس منٹ تک اس عمل کے تکرار سے تنفس جاری نہ ہو تو امید زیست بیکار ہے۔

آنکھیں نم روئی سے صاف کی جائیں، لیکن تحریزی ضد حیوی (Prophylactic – antibiotics) کا بکثرت استعمال مذموم ہے۔

منافذ کا امتحان: پیدائش کے بعد جتنی جلد ممکن ہو خطرناک تشوہات کو مستثنیٰ کرنے کے لیے

بچے کا امتحان ضرور کیا جائے۔اس دوران جملہ منافذ کا امتحان بھی پوری توجہ کے ساتھ کرنا چاہیے۔

ناف کا ٹنا: جب تک نبھان معدوم نہ ہو جائے، ناف نہ کاٹنی چاہیے جب بچہ رونے لگے اور اس کا چہرہ پھیکا ہو تو پہلے نال کو قدرے پیچھے کی طرف سونتیں تا کہ قدرے خون اس کے پیٹ کی طرف چلا جائے، اس کے بعد نرم بٹے ہوئے اور روغن زیتون میں تر دھاگے سے ناف سے تین چار انگل کے فاصلے پر باندھیں اور اس بند سے ایک انگل کے فاصلے پر دوسرا بند لگائیں، اس کے بعد تیز صاف اور مطہر قینچی سے دونوں بند کے درمیان سے نال کاٹ دیں، لیکن اگر بچہ کے چہرے کا رنگ نیلگوں ہو نیز وہ نہ روئے تو نال کاٹ کر اسے بچے کی ناف کی طرف سے اوپر کو سونت کر 12 تا 25 ملی لیٹر خون نکال کر نال کو باندھیں۔اس طرح تنفس جاری کرنے میں مدد ملتی ہے۔

نزف کے خطرے سے بچنے کے لیے نال کے سرے کو قدرے موڑ کر باندھنا چاہیے اور یکے بعد دیگرے تین گرہیں لگانی چاہئیں۔ لچکیلے بند کے استعمال سے نزف کا خطرہ تقریباً ختم ہو جاتا ہے، کیونکہ نال سکڑنے کے ساتھ ساتھ بند بھی سکڑتا جاتا ہے، اس طرح اس کا دباؤ (گرفت) اخیر تک برقرار رہتا ہے۔

نال کاٹنے کے بعد روغن کنجد یا روغن زیتون میں گازلت کر کے ناف پر رکھنے سے بڑا فائدہ ہوتا ہے۔بشرط ضرورت ڈریسنگ بھی کی جاسکتی ہے۔

صدف سوختہ باریک پیس کر چھڑکنے سے رطوبت جلد خشک ہوتی اور اندمال میں مدد ملتی ہے۔نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:۔

(نسخہ) چوب زرد (ہلدی)، دم الاخوین، انزروت، اشنہ، مُرمکی ہر ایک تین گرام باریک پیس کر ناف پر چھڑکیں۔

اگر احتیاطی تدابیر ملحوظ رکھی جائیں تو 6-4 روز میں نال کی علاحدگی کامیابی کے ساتھ عمل میں آسکتی ہے۔

غسل: غسل دینے سے پیشتر نوزائیدہ کو قدرے شہد چٹانا مفید ہے۔بعض اطبا دودھ پلانے سے پیشتر قدرے فاوزہر معدنی پانی میں گھس کر چٹانا مفید بتاتے ہیں۔اس طرح بچہ عمر بھر کے لیے سمیت سے مامون ہو جاتا ہے۔

بچے کو پہلے نمک آمیز پانی سے نہلائیں، اسے تملیح کہتے ہیں، اس کے بعد آب نیم گرم سے غسل دیں۔بعض اطبا پہلے تمام بدن پر نمک چھڑک کر تھوڑی دیر بعد کھلے ہوئے برتن میں نمکین پانی

سے غسل دینے کی ہدایت کرتے ہیں۔اس طرح بچہ میں مانع عفونت صلاحیت بیدار ہو جاتی ہے۔ اگر نمک کے پانی میں شادنج عدسی، قسط، سماق، میتھی اور پودینہ ہر ایک 4 گرام جوش دے کر نہلائیں، تو اس سے نہ صرف جلد مضبوط ہوتی ہے، بلکہ فضلات کے تحلیل ہونے اور رطوبت خشک ہونے میں بھی مدد ملتی ہے۔

غسل کے دوران اس امر کا لحاظ رکھنا چاہیے کہ منہ، ناک اور آنکھوں میں پانی یا صابن نہ جانے پائے۔نہلانے کے دوران خنصر (چھوٹی انگلی) سے بچہ کی مقعد صاف کر دی جائے۔نہلانے کے بعد ملائم لیکن گرم کپڑے بالخصوص روئیں دار گداز تولیے سے بدن کو پونچھ کر نرم گرم کپڑے میں ملفوف کر دیا جائے۔ بچہ کو نہلانے کے بعد اچانک ہوا میں لانے سے گریز کرنا چاہیے۔

جب تک جلدی سرایت کے خلاف وارنش یعنی طلاء الدہنی (Vermix caseosa) تحریزی (حفاظتی) پرت نہ بنا دے، روزانہ نہلانا نہ صرف غیر دانش مندانہ بلکہ مضر ہے، تاہم نوزائیدہ کے ہاتھ دھو دیے جائیں، کیونکہ یہ عقی الصبی (فضلہ نومولود=Meconium) سے آلودہ ہو سکتے ہیں جو بعد میں آنکھوں میں منتقل ہو کر کیمیائی خراش پیدا کر سکتے ہے۔اگر بغل اور کنج ران میں وارنش زیادہ جمع ہو جائے تو اسے بآسانی دور کیا جا سکتا ہے۔شفاخانہ میں نوزائیدہ کو وارنش صاف کرنے سے پیشتر فقط ایک بار غسل کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ہاں ماں کو زیادہ نہانے کی ہدایت کی جا سکتی ہے۔

بعض اطبا چالیس یوم تک بچے کو روزانہ نہلانا نشوونما کے لیے مفید تصور کرتے ہیں۔چالیس یوم بعد ہفتہ میں ایک دو بار غسل دینا کافی ہے، غسل کا اہتمام بند حمام میں کیا جائے تاکہ سرد ہوا کے جھونکے نہ آنے پائیں۔

لباس اور ماحول: وضع حمل کے فوراً بعد نوزائیدہ کا جسمانی درجۂ حرارت گرنا خطرناک ہے، لہٰذا سردی سے بچاؤ کی جملہ ممکنہ تدابیر بروئے کار لائی جائیں۔ایسی حالت میں بچے پر زیادہ کپڑوں کا بار نہ ڈالا جائے۔اونی کے بہ نسبت سوتی کپڑا قابل ترجیح ہے، کیونکہ اونی کپڑا کئی اعتبار سے مضر اور تکلیف دہ ہوتا ہے۔اگر بچے کی انگلی میں اس کا کوئی دھاگا پھنس جائے تو غانغرانہ تک ہو سکتا ہے۔سر میں اونی کپڑے کے بہ نسبت فلالین کے کپڑے کئی اعتبار سے موزوں اور آرام دہ ہوتے ہیں۔

زچہ خانہ میں آمنے سامنے کی کھڑکیاں کھلی رکھنی چاہئیں، تاکہ تازہ ہوا کی آمد و رفت کا سلسلہ

برابر جاری رہے، لیکن سرد ہوا کے براہ راست جھونکوں سے بہر حال اسے بچانا چاہیے۔ اسی طرح زچہ خانہ کا معتدل درجۂ حرارت بالخصوص سرما میں برقرار رکھنا چاہیے۔ اس مقصد کے لیے کوئلہ یا بجلی کی انگیٹھی استعمال کی جاسکتی ہے۔

بول و براز: پیشاب عموماً پیدائش کے بعد ہی خارج ہو جاتا ہے، جو اچھی علامت ہے، لیکن گاہے 48 گھنٹے تک بھی مشاہدہ میں نہیں آتا۔ اس طرح کے حالات میں دراصل پیشاب تو خارج ہو جاتا ہے، تاہم کلوٹ اتارنے تک خشک ہو جاتا ہے یا غور کرنے پر اس کی نمی معلوم کی جاسکتی ہے۔ طبعی حالات میں نوزائیدہ کو شب و روز میں تقریباً 15-10 بار پیشاب آتا ہے۔

اخراج بول میں مکمل تسدد اور رکاوٹ ہنوز غیر واضح ہے تاہم زندگی کے اول دو ہفتے خفیف رکاوٹ محسوس کی جاسکتی ہے، جس میں دایہ یا معالج کی عدم توجہی خاص طور سے دخیل ہوتی ہے۔ اس کا ایک سبب جزوی بولی تسدد بھی ہوسکتا ہے، جسے مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔

اجابت عموماً 24 گھنٹے کے اندر اندر ہو جاتی ہے، جو عقی الجنین (Meconium) پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ ایک لیسدار مادہ ہوتا ہے، جس کا رنگ گہرا سیاہ ہوتا ہے۔ تین چار یوم بعد غائط الجنین کی جگہ براز لے لیتا ہے، جو ماقبی عقی کے بہ نسبت زرد یا بھورا ہوتا ہے۔ پہلے متغیر براز کا اخراج ایک خوشگوار علامت ہے، کیونکہ اس سے ثابت ہو جاتا ہے کہ پوری قنات غذائی کھلی ہوئی ہے اور اس کی پوری رفتار میں کوئی رکاوٹ نہیں ہے۔ پستانی رضاعت والے بچے کا براز قوام میں ملائم اور رنگ میں سرسوں کے تیل سے مشابہ ہوتا ہے۔ ان میں رضاعت کے بعد ایک دو دن یا اس سے زائد وقفہ سے اجابت ضروری ہے۔ کئی روز کا طویل وقفہ بھی طبعی ہوسکتا ہے کیونکہ فطام (دودھ چھڑانے) کے بعد دودھ کے ماقبی فضلات موجود ہو سکتے ہیں چنانچہ اس مدت میں بھی براز میں نرمی موجود ہوتی ہے۔ گائے کے دودھ کی رضاعت والے بچوں کا براز پستانی رضاعت کے براز کے بہ نسبت زیادہ زرد، سخت اور بدبودار ہوتا ہے، جسے دن میں کم از کم ایک بار ضرور خارج ہونا چاہیے۔

نوزائیدوں میں پہلے آٹھ ہفتے تک روزانہ تین چار بار اجابت ہونی چاہیے۔ آٹھ ماہ کی عمر والے بچے میں روزانہ تین مرتبہ اور دو سال کی عمر تک دو مرتبہ اور اس کے بعد ایک بار ہونی چاہیے۔ دو سال کی عمر کے بعد والے بچوں میں براز کا قوام درست ہو کر باقاعدہ بستگی اختیار کر لیتا ہے۔

ٹیکہ لگانا (Vaccination): چھوت دار امراض اور نقص تغذیہ بچپن کی بیماری اور اموات

کے عالمی پیمانہ پر تسلیم شدہ اسباب ہیں، تاہم مدونہ پروگرام کے مطابق باقاعدگی کے ساتھ ٹیکہ لگانے سے خطرناک اور کثیر الوقوع سرایتی امراض پر بآسانی قابو پایا جاسکتا ہے۔ اسی وجہ سے عالمی ادارہ صحت اور ممالک متحدہ کے بین الاقوامی صبیانی فنڈ (UNICEF) باہمی اشتراک وتعاون سے مختلف ممالک میں مناعت کے پروگرام کو وسعت دینے کے لیے حکومتوں کو امداد دے رہے ہیں — تاہم یہ بھی حقیقت ہے کہ ہر سرایتی بیماری کا ٹیکہ معرض وجود میں نہیں آیا ہے خاص طور سے ملیریا اور اسہالی امراض، جس کے نتیجے میں بہت سے بچے لقمۂ اجل بن جاتے ہیں، تاہم توقع ہے کہ مستقبل قریب میں تحقیق کے نتیجہ میں اس طرح کے ویکسین دستیاب ہونے لگیں گے۔

مناعت کا جدول: ہر ملک یہاں تک کہ ہر ضلع کی چند مخصوص بیماریاں ہوتی ہیں۔ اسی لیے حکومت کے لیے ملکی پیمانہ پر جدول مرتب کرنا ناممکن ہے اور مقامی ضروریات کے مطابق مناسب تغیر وتبدل ضروری ہوتا ہے۔

عام طور سے بچوں کو اولیں ٹیکہ B.C.G. لگاتے ہیں، اس کے بعد خناق وبائی، کزاز، شہقہ اور التہاب نخاع (Poliomyelitis) کے لیے تین مرحلوں میں دیتے ہیں۔ بچوں کو اس وقت ٹیکہ لگانا چاہیے جب کہ وہ اس سے مستفید ہونے کی عمر میں پہنچ جائیں، یعنی جب ان میں مدافعانہ صلاحیت پیدا ہو جائے اور جب کہ ماں سے منتقل شدہ ضد اجسام (Antibodies) ختم ہو جائیں۔ بہرحال بچوں میں اسی وقت ٹیکہ لگانا چاہیے، جب ان میں ممکنہ سرایت کا اندیشہ ہو۔

ٹیکہ لگانے کا جدول:

بوقت ولادت زیر جلد	B.C.G.
تیسرے ماہ، پہلا	*DTP+پولیو
چوتھے ماہ، دوسرا	DTP+پولیو
نویں ماہ یا اس کے بعد	خسرہ
بارھویں تا چودھویں ماہ	چیچک
اٹھارھویں ماہ	DTP مقدار افزودہ (Booster)+پولیو
چھٹے سال	DT یا DTP+پولیو

---

*DTP = Diptheria (خناق)، Tetanus (کزاز)، and Pertussis (شہقہ)

زیادہ سے زیادہ وقفے:

- دو ماہ: پہلے اور دوسرے DTP کے درمیان
- دو ماہ: پہلے اور دوسرے پولیو کے درمیان
- چھ ماہ: دوسرے اور تیسرے DTP کے درمیان
- چھ ماہ: دوسرے اور تیسرے پولیوں کے درمیان
- چوبیس ماہ: تیسرے DTP اور مقدار افزودہ (Booster) کے درمیان
- چوبیس ماہ: تیسرے پولیو اور مقدار افزودہ (Booster) کے درمیان

2

نشوونما

- پہلا نوزائیدہ بعد میں پیدا ہونے والے نوزائیدہ سے عام طور سے نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے
- جنس کا بھی وزن اور قد پر اثر پڑتا ہے، چنانچہ پیدائش کے وقت، بچی کے بہ نسبت بچے قد اور وزن دونوں میں زیادہ ہوتے ہیں۔
- بچے کے پہلے سال کے اول چھ ماہ میں وزن آخری چھ ماہ کے بہ نسبت زیادہ تیزی سے بڑھتا ہے۔ پانچویں چھٹے ماہ جسمانی وزن پیدائش کے بہ نسبت دگنا اور سال کے اختتام تک سہ گنا ہو جاتا ہے۔
- ایک سال کے اختتام سے دس سال کی مدت تک ہر سال تقریباً 1 تا 2 کلو وزن بڑھتا ہے۔ لیکن 12 تا 16 سال کی عمر میں 1۔2 کلو سالانہ بڑھنے کے بجائے 3 کلو سالانہ بڑھنے لگتا ہے۔
- عہد طفولیت (Childhood) سے بلوغت کے وقوع تک قد بہت سست رفتاری سے بڑھتا ہے، لیکن بلوغت کی ہوا چلتے ہی قد بڑھنے کی رفتار تیز ہو جاتی ہے۔
- چار سال کی عمر میں پیدائش کا قد دگنا اور 13 سال کی عمر میں تین گنا ہو جاتا ہے۔
- پیدائش سے قبل نویں ماہ میں جنین بڑھ کر 50.8 سم ہو جاتا ہے اور زندگی کے پہلے سال میں 25.4 سم، دوسرے سال 12.7 سم، تیسرے سال 7.6 تا 10.2 سم بڑھتا ہے۔ اس کے

بعد سے بلوغ تک تقریباً 5.1 تا 7.6 سم کی رفتار سے بڑھتا ہے۔

- دوسرے سال میں قد کا خط وسطی ناف ہوتا ہے، جب کہ جوانی میں یہ خط ارتفاع عانہ سے قدرے نیچے ہوتا ہے۔
- عمر کے تیسرے سال میں اوسط درجہ کا بچہ 91.4 سم اور 4 سال میں 10.6 سم لمبا ہوتا ہے۔ 3.5 سال کی عمر میں اوسط درجہ کا بچہ 5.9 کلو وزنی ہوتا ہے۔
- بچپن میں دھڑ کے بہ نسبت ٹانگیں اور پاؤں زیادہ تیزی سے بڑھتے ہیں۔
- قد کا انحصار حسب ذیل امور پر ہوتا ہے:

(ا) تربیت اور ماحول، (ب) خوراک اور ورزش کی مختلف قسمیں، (ج) مورثی اثرات۔

ہندستان میں تحت النمو مائیں قلیل آمدنی والے خاندان سے وابستگی کے سبب اپنی غذاؤں میں لحمین (پروٹین)، کیلشیم، فولاد اور حیاتین حسب ضرورت نہیں شامل کر پاتی ہیں اور نہ ہی بچہ کو متوازن غذا دے پاتی ہیں، جس کے سبب رفتار نمو متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتی۔ اس کے برعکس صحیح غذا اور درست پرورش سے بچے کا جسمانی وزن حیرت انگیز طور پر بڑھتا ہے اور بہتر نشوونما میں مدد ملتی ہے۔

وزن انتہائی حساس ''صحت نما'' ہے تاہم نشوونما کے لئے مخصوص نہیں۔ وقوعات مثلاً اسہال یا حمیات اس میں خلل نیز اختلافات پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ بچے کی موجودہ حالت کی غمازی کرتا ہے۔ وزن کے اختلافات سریع اور معنی خیز ہوا کرتے ہیں، دوسرے لفظوں میں وزن کی پیمایش دیکھ بھال کا سب سے عام اور اہم ترین طریقہ ہے۔ وزن بچے کی صحت اور تغذیہ کی حالت دریافت کرنے کا بہترین پیمانہ ہے۔

قد: نشوونما کی حالت معلوم کرنے کے لیے قد بہترین پیمانہ ہے۔ دراصل سوءتغذیہ اور اس کے عواقب کے طور پر بڑھوتری متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتی۔ سست نشوونما اس امر کی غمازی کرتی ہے کہ سوءتغذیہ کم از کم دو یا تین ماہ پیشتر شروع ہو چکی ہے۔ وزن کے اختلافات سریع اور نمایاں ہوتے ہیں۔

قد اور وزن کا جدول اگلے صفحات پر ملاحظہ فرمایئے۔

وزن اور قد

(کلو اور سم میں)

بچیوں میں		بچوں میں
4.2 55.0	3ماہ سے کم وزن قد	4.5 56.2
5.6 60.9	3ماہ + وزن قد	6.7 62.7
6.2 64.4	6ماہ + وزن قد	6.9 64.9
6.6 67.7	9ماہ + وزن قد	7.4 69.5
7.8 72.5	1سال + وزن قد	8.4 73.9
9.6 80.1	2سال+ وزن قد	10.1 81.6

بچیوں میں		بچوں میں
11.2 87.2	3سال + وزن قد	11.8 88.8
12.9 94.5	4سال + وزن قد	13.5 94.0
14.5 101.4	5سال + وزن قد	14.8 102.1
16.0 107.4	6سال + وزن قد	16.3 108.5
17.6 112.8	7سال + وزن قد	18.0 113.9
19.4 118.2	8سال+ وزن قد	19.7 119.3

بچیوں میں		بچوں میں
21.3 122.9	9 سال + وزن قد	21.5 123.7
23.6 128.4	10 سال + وزن قد	23.5 124.4
26.4 133.6	11 سال + وزن قد	25.9 133.4
29.8 139.2	12 سال + وزن قد	28.5 138.3

چند دلچسپ تغیرات:

- ایک ماہ کا بچہ بالکل بے سہارا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات سوتا رہتا ہے اور بیداری کے وقت بھی اس کا سر ایک طرف گھوما ہوا ہوتا ہے۔
- دو ماہ کا بچہ اپنی ماں یا مرضعہ کو پہنچاننے لگتا ہے، لیکن خود ارادی حرکات کے اعتبار سے بے سہارا ہوتا ہے۔
- تین ماہ کا بچہ آواز پہچاننے لگتا ہے اور اپنا سر آواز کی طرف موڑ دیتا ہے اور اپنی ماں کو پہچانتے ہی معصوم مسکراہٹ کے پھول بکھیر دیتا ہے۔ اپنے ہاتھوں کے سہارے سر اٹھانے کی کوشش کرتا ہے۔

- چار ماہ میں سر اٹھانے میں کامیاب ہو جاتا ہے۔ کسی سہارے سے بیٹھنے میں مسرت محسوس کرتا ہے اور مانوس خاندانی چہروں کو دیکھ کر غرغرانے اور ہنسنے لگتا ہے۔
- چھ ماہ کا بچہ عضلی حرکات کا مظاہرہ کرنے لگتا ہے، چھوٹی چیزیں پکڑنے لگتا ہے۔ پیٹ ہی کے بل آگے یا پیچھے ہاتھ پیر مارنے لگتا ہے۔
- سات ماہ میں تنہا بیٹھنے لگتا ہے اور کھلونے سے خاصی دیر تک کھیلنے لگتا ہے جو صحت کی دلیل ہے، علاوہ بریں کھلونا وغیرہ ایک ہاتھ سے دوسرے ہاتھ میں منتقل کرنے لگتا ہے۔
- آٹھ ماہ میں بچہ چھوٹا تا لو انگلیوں اور انگوٹھے کی مدد سے پکڑنے لگتا ہے اور ہر چیز اپنے منھ میں ڈالنے کی کوشش کرتا ہے۔
- نو ماہ میں کسی سہارے سے کھڑا ہونے کی کوشش کرنے لگتا ہے اور ''ماں'' اور ''دا'' کی مدھر آوازیں والدین کے کانوں میں رس گھولنے لگتی ہیں۔
- دس ماہ میں چاروں ہاتھ پاؤں سے چلنے لگتا ہے۔
- گیارہ ماہ میں کلکاریاں مارنے لگتا ہے۔
- 10 تا 12 ماہ کے اندر اندر کپ اٹھا کر پانی یا دیگر مشروب پینے لگتا ہے۔
- بچے 18 ماہ میں گفتگو شروع کر دیتے ہیں، جب کہ بعض بچے دو سال میں بولنا شروع کرتے ہیں۔
- بچہ تین سال میں از خود کپڑے پہن لیتا ہے، اس کے بعد ویسی ہی تبدیلیاں ہوتی ہیں، جیسی بڑوں میں۔

نوٹ: زیادہ صحتمند و توانا بچے مذکورہ مدت سے پہلے ہی چلنا شروع کر دیتے ہیں جب کہ نحیف و تحت النمو بچے تین چار سال میں چلنا شروع کرتے ہیں۔

قحف (کھوپڑی) کی وضع: وضع عمل کے وقت جنین کا سر معتد بہ حد تک بڑھ سکتا ہے۔ پیش آمدہ حصہ (سر) میں ورم سیال دموی مصلی (Caput Succedaneum) کے سبب عارض ہو سکتا ہے۔ بڑھنے کا عمل اس وقت تک ممکن ہے، جب تک کہ سر کی ہڈیاں مکمل طور سے جڑ نہ جائیں۔ عام طور سے مقدم یا فوخ کی ہڈیاں 12 ماہ سے قبل نہیں جڑتیں۔ پیدائش کے وقت یا فوخ کی جسامت قابل جس حد تک ہوتی ہے۔

ماں کو روزانہ نوزائیدہ کا سر دھونے کی ہدایت کی جائے کیونکہ ابتدائی دنوں میں سر کی بھوسی

(حزاز قحف، بفائے سر) بننے کا احتمال رہتا ہے۔

عظام جمجمہ کا ضمور: عظام جمجمہ کا ضمور یا ہزال قحف ایسی حالت ہے، جس میں قمۃ الراس (Vertex of the Skull) بہت ملائم ہو جاتا ہے۔ یہ صورت خاص طور سے طفل عاجل (قبل از وقت پیدا ہونے والے بچہ) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا سبب موخر تکلس بھی ہو سکتا ہے، جس میں ہڈی بننے کا عمل بہت دیر سے شروع ہوتا ہے یا سست رفتاری سے ہوتا ہے، چنانچہ آئندہ جب فعل تکلس طبعی طور پر جاری ہو جاتا ہے تو جمجمہ خود طبعی حالت میں آ جاتا ہے۔

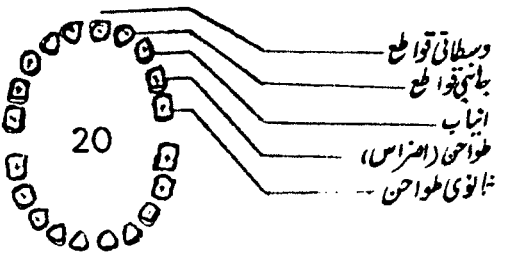
تناسلی اعضا: چونکہ نویں ماہ تا تیسرے سال غلفہ اور حشفہ باہم دگر جڑے رہتے ہیں، لہٰذا ماں کو اس امر کی خصوصی ہدایت کر دینی چاہیے کہ قضیب کی جلد نہ کھنچنے پائے۔ چونکہ مسلمانوں میں ختنہ مسنون ہے، اس لیے وہ بہت سے سرایتی امراض کے علاوہ حلق جیسی قبیح عادت سے بھی عموماً محفوظ ہو جاتے ہیں۔ بچیوں میں خارجی تناسلی اعضا بڑھے ہوئے ہوتے ہیں اور بافتیں اس قدر ملی ہوتی کہ غشاء البکارت ایک دم شفرتین میں نکل آتی ہے۔ یہ تغیرات مادری آئسٹروجن کی زیادتی کے سبب واقع ہوتے ہیں۔ تناسلی عضو زندگی کے صرف پہلے ماہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ مہبلی مخاط کی بھی کثرت ہوتی ہے اور پیدائش کے چوتھے روز یہ خون آلود ہو جاتے ہیں۔ یہ نزف غالباً مادری آئسٹروجن کے انقطاع کے سبب ہوتا ہے۔

پورے وقت کے نوزائیدوں میں پستانی امتلا اور صبیانی التہاب پستان چوتھے تا دسویں روز کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس کا حتمی ہارمونی سبب ہنوز واضح نہیں ہے۔ یہ غالباً جزوی طور پر ماں اور نوزائیدہ سے مشتق آئسٹروجن، پروجسٹرون اور نخامی محرک شیر (Pituitary-Prolactin) کے باہمی ردعمل اور ان کے انقطاع سے ہوتا ہے۔ امتلا کا وقوف غالباً میکانیکی تحریک معدوم ہونے کے سبب ہوتا ہے۔

تسنن (دانت نکلنا):

عارضی دانت: بچوں کے دانت جنھیں دودھ کے دانت (اسنان لبنیہ) کہا جاتا ہے، ایک خاص مدت کے بعد گر جاتے ہیں، اسی لیے انھیں اسنان ساقطہ سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ یہ دائمی دانتوں کے ہمشکل لیکن ان سے بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ان میں سے آخری داڑھ تمام دانتوں سے بڑی ہوتی ہے۔ اس کی جگہ مستقل دانتوں میں سے دوسری ثنائی (دوسرے والی) نکلتی ہے۔ دو عارضی قواطع (Incisors)، ایک عارضی ناب (Canine) اور دو عارضی طواحن (داڑھیں=

Molars) ہر ایک جبڑے میں ربع دائرہ کے چوتھائی حصہ میں ہوتے ہیں۔
عارضی دانت ہر ایک جبڑے میں دس۔ دس اور مجموعی طور پر بیس ہوتے ہیں۔



تصویر 1: اسنان ساقطہ

بچوں میں زیریں دانت بالائی کے بہ نسبت جلد نمودار ہوتے ہیں، تاہم تھوڑے بہت اختلاف کے ساتھ حسب ذیل ترتیب اور اوقات کے اعتبار سے نکلتے ہیں:

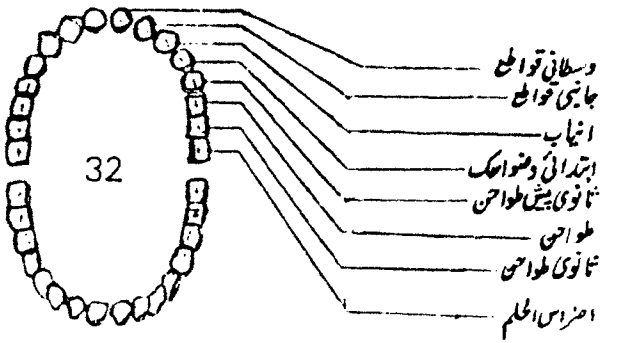
تسنن کا تاریخ وار جدول:

اسنان ساقطہ یا ابتدائی (عارضی) دانت:

تکلس		دانت نکلنا		دانت گرنا	
آغاز	تکمیل	بالائی جبڑے میں	زیریں جبڑے میں	بالائی جبڑا	زیریں جبڑا
وسطانی قواطع (Central incisors)					
بالغہ ہیں جبلی ماہ	18 تا 24 ماہ	6 تا 8 ماہ	5 تا 7 ماہ	7 تا 8 سال	6 تا 7 سال
جانبی قواطع (Lateral incisors)					
بالغہ ہیں جبلی ماہ	18 تا 24 ماہ	8 تا 11 ماہ	7 تا 10 ماہ	8 تا 8 سال	7 تا 8 سال
انیاب (Cuspid canines)					
پھٹے جبلی ماہ	30 تا 36 ماہ	16 تا 20 ماہ	16 تا 20 ماہ	11 تا 12 سال	9 تا 11 سال
طواحن (اضراس) (1st. molars)					
بالغہ ہیں جبلی ماہ	24 تا 30 ماہ	10 تا 16 ماہ	10 تا 16 ماہ	10 تا 11 سال	10 تا 12 سال
ثانوی طواحن (2nd. molars)					
پھٹے جبلی ماہ	36 ماہ	20 تا 30 ماہ	20 تا 30 ماہ	10 تا 12 سال	11 تا 13 سال

اسنان دائمہ کی پیدائش اگرچہ ولادت کے قدرے پہلے ہوتی ہے، مگر ان کا ظہور ایک مدت کے لیے موقوف رہتا ہے اور ان میں پوری سختی تاوقتیکہ مسوڑھوں سے پوری طرح خارج نہ ہوں،

نہیں آتی۔ ہڈی کی وہ پرت جوان کے اور دودھ دانت کے مابین حائل رہتی ہے اور آس پاس کے اجسام معدوم اور فنا ہونے لگتے ہیں، جس سے عارضی دانت کی جڑیں ڈھیلی ہو جاتی ہیں، اور بالآخر وہ گر پڑتے ہیں اور ان کی جگہ دائمی دانت بھر دیتے ہیں، پھر بڑھ کر ان کی جگہ نمودار ہو جاتے ہیں۔ ہر ایک جبڑے میں 16 دانت ہوتے ہیں اور ان کی مجموعی تعداد 32 ہوتی ہے، جیسا کہ تصویر 2 میں دکھا گیا ہے:



تصویر 2: اسنان دائمہ

دائمی دانت: درمیان سے آٹھ دائیں طرف ہوتے ہیں اور آٹھ بائیں طرف، یعنی ہر جبڑے میں ایک ایک قسم کے آٹھ دانت ہوتے ہیں اور دونوں جبڑوں میں چار چار یعنی دو اوپر دو نیچے، جیسا کہ اگلے صفحہ کے جدول سے ظاہر ہے۔

عارضی تسنن کے عوارض اور ان کا تدارک: دودھ کا دانت نکلنے کا زمانہ بچے اور والدین دونوں کے لیے بڑا صبر آزما ہوتا ہے۔ بچے کے مسوڑھے متورم ہو جاتے ہیں۔ پیاس میں شدت پیدا ہو جاتی ہے۔ عصبی خراش کے سبب بچہ طرح طرح کے امراض وعوارض میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ صحتمند اور قوی الجسامت بچہ ان تکالیف کو بآسانی جھیل جاتا ہے، لیکن کمزور اور خنازیری مزاج کے بچوں کے دانت مشکل اور تاخیر سے نمودار ہوتے ہیں۔

ثانوی (دائمی) دانت

	تکلس		دانت نکلنا	
	ابتدا	تکمیل	بالائی جبڑا	زیریں جبڑا
وسطانی قواطع (ثنایا)	3-4 ماہ	9-10 سال	7-8 سال	6-7 سال
جانبی قواطع (ثنایا)	بالائی جبڑا (10-12) ماہ زیریں جبڑا (3-4) ماہ	10-11 سال	8-9 سال	7-8 سال
انیاب	4-5 ماہ	12-15 سال	11-12 سال	9-11 سال
ابتدائی ضواحک (چھوٹی داڑھیں)	8-21 ماہ	12-13 سال	10-11 سال	10-12 سال
ثانوی پیش طواحن (دوسری چھوٹی داڑھیں)	24-30 ماہ	12-14 سال	10-12 سال	11-13 سال
پہلی بڑی داڑھیں	ولادت	9-10 سال	6-7 سال	6-7 سال
دوسری بڑی داڑھیں	30-36 ماہ	16 سال	12-13 سال	12-13 سال
تیسری داڑھیں (اضراس الحلم)	بالائی جبڑے (7-8 سال) زیریں جبڑا (9-10 سال)	18-25 سال	17-22 سال	17-22 سال

موخر تسنن اور تخر (Caries) کا سبب عموماً کساح کو قرار دیا جاتا ہے لیکن یہ کوئی ضروری امر نہیں، کیونکہ دانت کے عوارض کساح کے بغیر اور کساحی عوارض دانت کے عوارض کے بغیر مشاہدہ کیے جاتے ہیں۔ بہرحال حالت حمل میں اور دوران رضاعت بھی ماں کی غذائی خامی کو نظر انداز نہیں کرنا چاہیے اور اس کی تلافی اضافی غذاؤں سے کرتے رہنا چاہیے۔ غذا میں لحمین، کیلشیم، فاسفیٹ اور حیاتین خصوصاً 'ج' اور 'د' کی مناسب مقدار برقرار رکھنے سے صحتمند دانت نکلنے میں مدد ملتی ہے۔ علاوہ بریں صحتمند دانت کا انحصار درقی ہارمون کی موزوں رسد پر بھی ہوتا ہے۔

اجزائے نشاستہ و شکر یہ نخر دنداں (Caries) کے امکانات بڑھا دیتے ہیں، لہٰذا دودھ کے علاوہ بچے کو کوئی غذا نہ دیں اور شیرینی سے بھی پرہیز کرائیں۔

بچہ دانت نکلنے کے زمانے میں طرح طرح کی اضطراری حرکتیں کرتا ہے، کمزور اور چڑچڑا ہو جاتا ہے، معمولی معمولی بات پر اور کبھی کبھی بلاوجہ روتا رہتا ہے، کبھی دست اور گاہے قبض میں مبتلا ہو

جاتا ہے۔ علاوہ بریں آشوب چشم اور زکام کھانسی کی شکایت بھی رہنے لگتی ہے۔ بعض تشنج اور ام الصبیان تک میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

تدابیر: جب بچہ کے دانت پھوٹ کر برآمد ہوں تو اسے کوئی سخت چیز نہ چبانے دی جائے۔ علامات کا ازالہ کیا جائے، اسے صاف ستھرا ماحول فراہم کیا جائے، اسہال کی حالت میں دودھ سے دو تین دن پرہیز کرایا جائے یا کم از کم دودھ میں زیادہ سے زیادہ نیم گرم پانی ملا کر دیا جائے، قبض کی حالت میں روغن بید انجیر 2 تا 3 گرام پلائیں۔

اگر مسوڑھے زیادہ سخت ہوں اور دانت نکلنے میں مانع ہو رہے ہوں تو ان میں نشتر سے شگاف لگا دیں۔

حسب ذیل تدابیر بھی مفید ہیں:

(1) اصل السوس مقشر (ملیٹھی چھلی ہوئی) بچے کو دے دیں، تاکہ وہ اسے چوستا رہے۔ اس طرح دانت باآسانی نکل آتے ہیں۔

(2) شہد میں قدرے سہاگہ شگفتہ ملا کر دن میں دو تین بار انگلی سے اس کے مسوڑھوں پر ملیں، مفید بتایا گیا ہے۔ بعض اطبا نمک اور شہد ملنے کی ہدایت کرتے ہیں اس طرح قلاع (منہ آنا) سے بھی حفاظت رہتی ہے۔

(3) مکھن اور شہد مساوی الوزن باہم ملا کر مسوڑھے پر ملنا بھی مفید ہے۔

(4) سامنے کے دانت نکل آنے کے بعد بچے کو سخت چیزیں چبانے سے باز رکھا جائے اور مسوڑھوں پر مرغی کی چربی ملنے کی ہدایت کی جائے۔ اس طرح دانت باسانی نکل آتے ہیں۔

(5) خرگوش کا بھیجا اور مرغ کی چربی اس مقام پر ملنا مفید ہے جہاں مسوڑھے پھول گئے ہوں۔

(6) شدت درد کی حالت میں آب برگ مکوہ سبز اور روغن گل خوب ملا کر دانتوں کی جڑوں میں ملیں۔

(7) شہد اور نمک کی مالش سے بھی مسوڑھوں کے درد سے عافیت رہتی ہے۔

(8) جب دانت مکمل طور سے نکل آئیں تو قدرے رب السوس یا اصل السوس جو بہت سخت نہ ہو، منہ میں رکھنے کی ہدایت کی جائے۔

(9) جب بچہ بولنا شروع کر دے تو دانتوں کی جڑوں میں زیت شیریں کی مالش

کرنی چاہیے۔

طفل عاجل (Premature Infant):

طفل عاجل اس نوزائیدہ کو کہتے ہیں جو قبل از وقت یعنی مکمل نمو کو پہنچنے سے پیشتر تولد ہو جائے۔ ایسا بچہ قصیر القامت (چھوٹے قد والا) قلیل الوزن (کم وزن) اور برون رحم زندگی میں بے چارگی و درماندگی کی تصویر نظر آتا ہے۔ عملی اعتبار سے پیدائش کے وقت کم از کم جسمانی وزن 2500 گرام (5½ پونڈ) ہونا چاہیے، جو ایک بین الاقوامی معیار ہے۔ اس سے کم وزن پر قبل از وقت، عاجل یا خام کا اطلاق ہوتا ہے۔ بہر حال اگر بچہ قبل از وقت پیدا ہو ہی جائے تو اس کی طرف زیادہ توجہ اور احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔

وقوع:

اس کا وقوع دیہی علاقوں کے بہ نسبت شہری علاقوں میں زیادہ ہوتا ہے۔

اسباب:

تقریباً نصف فیصد اصابات میں نارسیدگی کا سبب معلوم نہیں ہوتا، جنھیں محض اغشیہ کے نامکمل انشقاق کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ ماقی اصابات میں تسمم حمل سب سے اہم سبب ہوتا ہے۔ مکرر الوقوع حمل علی الخصوص قلیل وقفوں سے توام حمل (جڑواں حمل) ماں کی مزمن بیماریاں، غذائی خامیاں، دروں افرازی خامیاں، رحم اور تولیدی قنات کی مقامی بدوضعیاں اور جنین کے تشوہات خصوصی اسباب ہیں۔

سریری خصائص:

قد اور وزن بڑھنے میں سست رفتاری، نسبتاً بڑا سر، جلد کے نیچے شحوم کے سبب حرارت کی باقاعدگی میں فرق آجاتا ہے۔ ناخن ملائم اور چھوٹے ہوتے ہیں اور وقت کے اندر انگلی کے سرے تک نہیں پہنچ پاتے۔ جسمانی درجہ حرارت طبعی سے کم ہو جاتا ہے۔ کیونکہ ضعف تنفس مع خفیف نسیمی احتراق سست دوران خون اور محدود عضلی حرکات کی وجہ سے حرارت کم پیدا ہونے لگتی ہے۔

بیشتر طفل عاجل میں کھانسنے اور چوسنے کی قوت نمایاں طور سے کم ہوتی ہے۔ خام تنفسی مرکز صحیح طور سے اپنا فعل انجام نہیں دے پاتا۔ تنفسی عضلات کمزور ہوتے ہیں۔ سینے کی دیوار پتلی اور لچکدار ہوتی ہے۔ پھیپھڑے کا جال جو عروق شعریہ سے بنا ہوتا ہے، غیر ترقی یافتہ ہوتا ہے، جس سے بطلان تنفس کا احتمال ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ زراقت (نیلا پن) اور دماغی قلت نسیم پائی

چاتی ہے۔

خون کا پروتھرامبینی ارتکاز (Prothrombin concentration):

اس ارتکاز کے نتیجہ میں حسب ذیل خصائص ملاحظہ کیے جاسکتے ہیں:

(1) فولاد کی قبل الولادتی قلت کے سبب فقر الدم اور یرقان۔

(2) انزائم نظام کی نامکمل نشوونما کے سبب معوی قنات سے ناقص انجذاب اور جملہ کلوی افعال کے فساد کے سبب بے آبی، بیش تیزابیت اور دیگر تحولی اختلالات، ایسی حالت میں قے عام طور سے مشاہدہ میں آتی ہے۔

(3) جلد ہی کساح اور غذائی خامی (قلت) کی دیگر صورتیں بھی سامنے آتی ہیں۔

(4) بونا پن مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔

(5) جملہ سرایتوں کے خلاف مدافعت نہایت کمزور ہو جاتی ہے۔

(6) بے صوتی (Aphonia) کی شکایت ہو جاتی ہے۔

فسادِ نمو:

فسادِ نمو یا نقص نمو کی اصطلاح کا اطلاق ان نوزائیدوں پر ہوتا ہے جو پوری مدت حمل کے طبعی مولود سے خاصے چھوٹے ہوتے ہیں یہ صورت عموماً تسمم کے ساتھ مشیمی عدم کفایت سے درحمی سوءتغذیہ واقع ہو جاتا ہے۔ مشیمہ چھوٹا اور عموماً تنخر یافتہ ہوتا ہے۔

سوءتغذیہ نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے۔ جسم سوکھا ہوا ہوتا ہے۔ تحت الجلدی شحوم کی قلت کے سبب جلد جھلی نما ہو جاتی ہے۔ اور بسا اوقات خشک اور پھٹی ہوئی ہوتی ہے۔ جسمانی درجۂ حرارت بمشکل بحال رہتا ہے۔ تنفس اکثر اوتھلا اور بے قاعدہ ہوتا ہے، جس سے بحت الصوت یا بے صوتی واقع ہوتی ہے۔ اس کا اہم منظر قلت شکریت کی شدید حالت ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس میں شرح اموات بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس میں طفل عاجل کے بہ نسبت کہیں زیادہ احتیاط وتوجہ درکار ہوتی ہے۔

احتیاط وتدابیر:

قبل الولادتی احتیاط:

غیر مکمل وضع حمل دراصل فن الولادت کا مسئلہ ہے، چنانچہ حاملہ عورتوں کے تغذیہ کی جانب

خصوصی توجہ دینی چاہیے اور ماں کے امراض کا علاج اور بچاؤ پوری توجہ سے کرنا چاہیے۔ بروقت توجہ مبذول کر کے غیر مکمل اور عاجل وضع حمل کو روکا جا سکتا ہے۔ اگر کسی عورت کا ایک دفعہ نامکمل وضع حمل ہو چکا ہو تو دوسرے وضع حمل سے قبل اسے شفاخانہ میں منتقل کر دینا چاہیے تاکہ مناسب تدابیر بروئے کار لائی جا سکیں اور بچے کی پیدائش کو اس وقت ممکن بنایا جا سکے، جب کہ اس میں زندہ رہنے کی صلاحیت پیدا ہو چکی ہو۔

بعد الولادتی احتیاط:

نوزائیدہ کو حتی الامکان علاحدہ رکھا جائے اور صرف ناگزیر حالات میں ہی اسے ہاتھ لگایا جائے۔

سرایتوں سے بچانے کی جانب خصوصی توجہ مبذول کی جائے اور جملہ دافع و مانع سرایت تدابیر بروئے کار لائیں۔ سردی، زکام، خراش حلق یا شدید سرایتوں میں مبتلا افراد کو بچے کے پاس نہ جانے دیا جائے۔ اگر پہلے چند یوم خاکسی کا جوشاندہ یا وسیع الاثر ضد حیوی ۔ (Broad Spectrum Antibiotic) استعمال کیے جائیں تو بہت سی سرایتوں سے تحفظ ہو سکتا ہے۔

گرم بوتلوں یا بیگ کا سہارا صرف اسی حالت میں لینا چاہیے جب کہ نومولود کا جسمانی درجہ حرارت 35 ڈگری ف سے کم ہو جائے، لیکن پانی 45 درجے سے زیادہ گرم نہ ہونا چاہیے۔ بوتل یا بیگ کو ہمیشہ کسی تولیہ یا صاف کپڑے میں لپیٹ کر رکھا جائے۔ اگر ممکن ہو تو کمرے کا درجہ حرارت 70 تا 80 درجہ ف (21 تا 26 درجہ س) کے درمیان رکھا جائے۔

ہر طفل عاجل کو اگر سہولت ہو تو پہلے تین تین گھنٹے پر آکسیجن کی کچھ مقدار بہم پہنچائی جائے تاوقتیکہ نیلگونی معدوم نہ ہو جائے۔ چند اصابات میں خصوصاً جب کہ نومولود سانس لے رہا ہو تو در معدی طریقے سے آکسیجن رسانی کی جائے۔ مسلسل کیثر المقدار آکسیجن رسانی خصوصاً ڈیڑھ کلو وزن کے بچوں میں خطرناک ہے۔

نزف:

طفل عاجل میں جگر کی نامکمل نمو کے سبب خون میں پروتھرامبین کی بہت زیادہ قلت ہو سکتی ہے۔ لہٰذا احتیاط کے طور پر بچے کو حیاتین ''ک'' دینی چاہیے۔ بعض ماہرین نے ولادت کے بعد جلد ہی حیاتین ''ک'' دینے کی سفارش کی ہے اور حسب ضروت اس کے اعادہ کی بھی ہدایت کی

ہے، لیکن مقدار استعمال ایک ملی گرام یومیہ سے نہ بڑھنے پائے ورنہ دموی پروتھرامبین کا اندیشہ بڑھ جائے گا۔

علاج:

حسب ضرورت مذکورہ بالا تدابیر بروئے کار لائیں، جب تک حبل السرہ (ناف) میں تنبض (تڑپ) باقی رہے، اسے اوپر نہ سوتا جائے اور نہ چڑھایا جائے۔ اس طرح بچہ زیادہ سے زیادہ مشیمی خون (100 ملی لیٹر تک) حاصل کر سکے گا۔ جس سے قلت الدم کا امکان بڑی حد تک کم ہو جاتا ہے۔

بارد تضرر یا زخم بارد کا علائمیہ (Cold injury syndrome) پیدا کرنے میں قبل از وقت تولید اہم عامل کا رول ادا کرتی ہے، لہذا جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، پہلے چند یوم شب و روز زائد حرارت پہنچائی جائے اور جب معلوم ہو جائے کہ بچہ جسمانی درجہ حرارت برقرار رکھنے کی پوزیشن میں آ گیا ہے تو حرارت رسانی تدریجاً کم کر کے موقوف کر دینی چاہیے۔ اس سلسلے میں ٹمپریچر چارٹ (جدول حرارت) سے خاصی مدد مل سکتی ہے۔ جو بچے جسمانی درجہ حرارت برقرار رکھنے پر قادر نہ ہوں، ان کے جسمانی درجہ حرارت کو 97°F (36.1°C) تک بذریعہ محضنہ (Incubator) برقی کمبل یا بوتل برقرار رکھا جا سکتا ہے۔ اگر حرارت رسانی کا سلسلہ محضنہ میں جاری رکھا جائے یا فضا کو گرم کیا جائے تو تین پونڈ سے کم وزن کے بچوں کے لیے فضائی ترطیب ناگزیر ہے، لیکن عام حالات میں اس کی ضرورت نہیں۔

اندھا دھند آکسیجن رسانی سے احتراز کیا جائے لیکن نیلگونی کی حالت میں جسمانی رنگ کو اعتدال پر لانے کے لیے ناگزیر ہے، چنانچہ ابتدا میں صد فیصد آکسیجن دی جائے اور جب طبعی رنگ بحال ہو جائے تو 35 فیصد کی محفوظ سطح پر دیں۔

رضاعت سے فوراً پیشتر جسمانی صفائی، وزن لینے اور تبدیلئ لباس کے جملہ امور انجام دے دینے چاہئیں، اور رضاعت کے بعد کم از کم 30 منٹ تک اسے مس نہ کیا جائے۔

بچے کا وزن کم از کم ہفتہ میں دو بار ضرور لیا جائے، جس کا موازنہ معیاری تقابلی اسکیل سے کرنا چاہیے۔

روزانہ نہلانے سے اجتناب ضروری ہے تاہم مطہر پیرافین سے جلد صاف کی جا سکتی ہے۔ اس کے بجائے ہکسا کلوروفین جلد پر بطور پاؤڈر لگا سکتے ہیں، جس سے بقیہ عفنی سرایت کا اندیشہ کم

ہو جاتا ہے۔ اگر غسل ضروری ہو تو ''غسل'' کے ذیل میں درج تدابیر بروئے کار لائیں۔

رضاعت:

اگر مناسب حرارے دینے کے باوجود قے یا اسہال نہ ہو تو بچہ بڑی تیزی سے وزن بحال کر لیتا ہے۔ ایک اوسط طفل عاجل کو تدریجاً 75 حرارے فی کلو یومیہ تک دے سکتے ہیں۔ مخصوص حالات میں اس سے زائد حرارے کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ مقدار کی تعیین غذائی جدول سے کرنی چاہیے۔ تغذیہ کے درمیان وقفہ کا تعین بچہ کے قوت ہاضمہ کے مطابق کرنا چاہیے۔ عموماً تین گھنٹے کا وقفہ مناسب ہوتا ہے لیکن بعض بچے اس سے پہلے ہی رضاعت کے طالب ہوتے ہیں۔ زیادہ طویل وقفہ سے اجتناب کرنا چاہیے کیونکہ اس طرح قلت شکریت کا احتمال بڑھ جاتا ہے۔ کیونکہ رضاعت کے وقت سانس لینے میں تکلیف ہوتی ہے، لہٰذا اس وقت سر کو اوپر اٹھائے رکھنا چاہیے۔

اگر بچہ میں چوسنے اور نگلنے کی قوت برقرار ہو تو پستانی رضاعت قابل ترجیح ہے، ورنہ بوتل سے دودھ پلانا بہتر ہے۔ پستانی دودھ کے کیا کہنے، لیکن اگر میسر نہ ہو تو اعلا پروٹینی نصف کریم والا دودھ دیا جا سکتا ہے۔ بعض ماہرین پستانی دودھ کے ساتھ جتنی جلد ممکن ہو، دوسرے ہفتہ سے کریم نکالا ہوا دودھ یا دیگر تخمین آمیز اشیاء دینے کی سفارش کرتے ہیں۔

جب مولود ایک ہفتہ کا ہو جائے تو حیاتین ج (ایسکاربک ایسڈ) بمقدار 25 گرام دینی چاہیے اور دو ہفتے کا ہو جائے تو 100 بین الاقوامی اکائی (IU) یومیہ پانی میں قابل حل تجہیز کے ساتھ دیں، اور جب بچہ ایک ماہ کا ہو جائے تو 2000 اکائی تک بڑھا دیں، اس کے بعد حیاتین ''ا'' اور ''د'' کے ساتھ روغنی تجہیز میں دیں۔ اس کے علاوہ حیاتینی خامی رفع کرنے کے لیے پھلوں کے رس اور مچھلی کا تیل (کاڈلیور آئل) بھی دے سکتے ہیں۔

انجام:

زیادہ ناقص النمو طفل عاجل کے جینے کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں۔ زندگی کے پہلے دن شرح اموات سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ وضع حمل کے خطرناک اثرات دم کشی اور دماغی تضرر ہیں۔ یہ ایک قابل ذکر امر ہے کہ دماغی تضررات کے نتیجے میں طفل عاجل میں دماغی فالج، صرع ''مرگی'' اور بہرا پن زیادہ واقع ہوتا ہے۔

طفل عاجل پیدائش کے اول دو دن بیماریوں کا زیادہ مظہر ہوتا ہے۔ لیکن احتیاطی تدابیر کے جلو میں جیسے جیسے وقت گزرتا جاتا ہے، وہ خطرات سے باہر ہوتا جاتا ہے۔ ●●

3

نوزائیدہ کی رضاعت

(INFANT FEEDING)

پستانی رضاعت (BREAST FEEDING):

افادیت: زندگی کے پہلے ہفتے میں پستانی رضاعت کی اہمیت بہت زیادہ ہوتی ہے اور خوش قسمتی سے ہندستانی عورتوں کی اکثریت پستانی دودھ سے اپنے بچوں کو سیراب کرتی ہے، لیکن اگر ماں کا دودھ بچے کے لیے ناکافی ہو تو اس کمی کو اوپر سے دودھ دے کر پورا کیا جا سکتا ہے۔ پستانی رضاعت والے بچوں میں بوتل کی رضاعت والے بچوں کے بہ نسبت شرح اموات آٹھ گنا کم ہوتی ہے۔ پستانی رضاعت کے گوناگوں فائدے ہیں، جنھیں موجودہ سائنٹی فک دور میں نظر انداز کرنا ممکن نہیں، مثلاً یہ ایک طبعی طریقہ ہے، جو حفظان صحت کے معیار پر پورا اترتا ہے، یہ خالص ہوتا ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ بچہ بلا تکلف ہضم کر لیتا ہے اور ہمیشہ صحیح درجۂ حرارت پر موجود ہوتا ہے۔ قدرت کا یہ انمول عطیہ بچے کی نشو ونما کی جملہ ضروریات بدرجۂ اتم پوری کرتا ہے۔ پستانی رضاعت والا بچہ عموماً قبض میں مبتلا نہیں ہوتا، بلکہ بہت سی سرایتوں سے محفوظ رہتا ہے۔

پستانی دودھ اور گائے کے دودھ کا تقابلی مطالعہ آئندہ صفحہ پر پیش کیا جا رہا ہے، جس سے دونوں کے امتیازی فرق اور خصوصیات کا بخوبی اندازہ لگایا جا سکتا ہے۔

عورت کے دودھ اور گائے کے دودھ کا تقابلی مطالعہ:

مشتملات	عورت کا دودھ	گائے کا دودھ
	(فیصد تناسب)	(فیصد تناسب)
اجزائے لحمیہ (Proteins)	1.5	3.5
جبنین (Casein)	1.1	3.0
لیکٹو بیومن (Lactobumin)	0.4	0.5
شحوم (Fats)	3.5	4.0
شکر (Sugar)	6.0	4.5

گائے کے دودھ میں لحمین اعلا تناسب میں موجود ہوتا ہے، جس میں جبنین زائد مقدار میں ہوتا ہے جبنین گائے کے دودھ کا سب سے کم حل پذیر حصہ ہوتا ہے، جو پھٹکی بنا دیتا ہے۔ دونوں دودھ میں شحوم کی مقدار تقریباً یکساں ہوتی ہے، لیکن انسانی دودھ کے شحوم کے قطرے نسبتاً چھوٹے ہوتے ہیں، جو بآسانی حل ہو جاتے ہیں۔ پستانی دودھ میں شکر کا تناسب زیادہ ہوتا ہے نیز فولاد کی زائد مقدار پائی جاتی ہے۔ یہ دودھ ابالنے پر حیاتین ''ج'' ضائع نہیں ہوتا، جب کہ گائے کا دودھ ابالنے پر حیاتین ''ج'' کا ضیعان ضروری ہے، علاوہ بریں گائے کے دودھ میں انسانی دودھ کے بہ نسبت حیاتین ''ج'' کی فقط چوتھائی مقدار ہوتی ہے۔ پستانی دودھ سے حراری مقدار بھی زیادہ حاصل ہوتی ہے۔ چونکہ پستانی دودھ میں بہت سے مانع جراثیم عوامل موجود رہتے ہیں، اس لیے نوزائیدوں کو سراتیوں

تصویر 3: پستانی رضاعت بہترین رضاعت

سے محفوظ رکھنے کی قوت عطا کرتے ہیں۔ یہ مانع جراثیم عوامل دوسرے قسم کے دودھ میں نہیں ملتے ہیں۔ پستانی رضاعت ایک بار شروع کر دینے پر آسانی بھی ہوتی ہے اور ارزانی بھی، لہذا بڑوں کو اس کی تشویق و ترغیب کرتے رہنا چاہیے، کیونکہ نوزائیدے کی طبعی نشوونما اور صحت کے لیے اسے اولیں حیثیت حاصل ہے۔

اصولی طور پر ماں کا دودھ پلانا حقیقی رضاعت کہلاتا ہے۔ لیکن بعض ماہرین دیگر عورتوں (مرضعہ) کے دودھ پلانے کو بھی حقیقی رضاعت میں ہی شمار کرتے ہیں ابتدا میں ماں کے دودھ کا رنگ ہلکا زرد ہوتا ہے۔ یہ زردی دودھ میں پائی جانیوالی ابتدائی جبیت (Clostrum) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جبیت (پہلے تا پانچویں دن خارج ہونیوالے دودھ) کے اجزائے ترکیبی حسب ذیل ہوتے ہیں:

لحمین (پروٹین) 3.6%، شحوم 3.2%، لیکٹوز 5.7%، فضلہ 0.2% جو رفتہ رفتہ دائمی پستانی دودھ میں تبدیل ہو جاتا ہے، جس کے اجزائے ترکیبی کا تناسب درج ذیل ہے:

لحمین 1.6%، شحوم 3 تا 8 فیصد اور فضلہ 0.2%۔

ماں کے دودھ کی مقدار و معیار کو برقرار رکھنے کے لیے لازمی ہے کہ مرضعہ کی غذا متوازن رکھی جائے۔ بہت سے سمی اجزا جنھیں ماں استعمال کرتی ہے، دودھ میں خارج ہو سکتے ہیں بعض عورتوں کے دودھ میں ازخود سمی اثرات پیدا ہو جاتے ہیں جس کی واحد وجہ فقدان حیاتین بالخصوص حیاتین ''ا'' کی کمی بتائی جاتی ہے۔ ان اصابات میں مشتبہ عورتوں اور مرضعہ کی غذا میں حیاتین کا اضافہ ضروری ہو جاتا ہے۔

مقدار خوراک: پستانی دودھ کی مقدار بچے کی ضرورت کے مطابق ہونی چاہیے۔ اوسط حالتوں میں ولادت کے بعد دو ہفتے تک پستانی دودھ کی مقدار 500 تا 600 ملی لیٹر یومیہ تک بڑھ سکتی ہے اور ولادت کے تیسرے تا پانچوں ماہ بعد پستانی دودھ کی مقدار اصولی طور پر کم ہونے لگتی ہے اور اگر ایسا ہو تو جزوی اضافی رضاعت کی ہدایت کی جائے۔ گائے کے دودھ کی نایابی یا کمیابی کی صورت میں سبزی والے لحمین خصوصاً سویابین دودھ سے بنی ہوئی چیزیں دی جائیں۔ ماں یا مرضعہ کو سبزیاں، پھل اور عمدہ اناج کھانے کی ہدایت کی جائے۔

صحتمند بچوں کی حقیقی رضاعت میں امور ذیل کو مدنظر رکھنا چاہیے:

آٹھ گھنٹے سے پیشتر صرف نارمل سیلائین (پانی 473 ملی لیٹر، سوڈیم کلورائڈ 1.54 گرام)

پلایا جائے۔ اس عمل سے بچہ کی آنتیں صاف ہو جائیں گی اور اس کی نسیجوں میں جذب غذا کی تحریک پیدا ہو جائے گی، لیکن اگر بچہ طبعی وزن سے کم ہے تو اسے چھ گھنٹہ سے قبل ہی دودھ پلانا شروع کر دیا جائے۔

جدید تحقیقات سے یہ بات پایۂ ثبوت کو پہنچ چکی ہے کہ پیدائش کے بعد ماں کے پستان سے جو زرد رطوبت خارج ہوتی ہے یعنی کولاسٹرم، بچوں کے لئے نہایت مفید ہوتی ہے۔ اس میں نہ صرف متعدد غذائی عناصر پائے جاتے ہیں بلکہ حیاتین الف کی بھی وافر مقدار موجود ہوتی ہے۔ کولاسٹرم بچوں کو متعدد بیماریوں سے محفوظ رکھتا ہے، لہذا کولاسٹرم بچوں کو پلانا چاہیے۔ اطبائے قدیم پیدائش کے بعد والے دودھ (کولاسٹرم) کی افادیت سے بخوبی واقف تھے۔ چنانچہ پیدائش کے بعد قدرے شہد چٹا کر دودھ پلانے کی ہدایت کرتے تھے۔ شہد سے آنتیں صاف ہو جاتی ہیں اور جذب غذا کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔ ہر دفعہ دودھ پلانے سے پیشتر اگر یہ عمل جاری رکھا جائے تو زیادہ موزوں ہے۔

اگر ماں کو آرام کی ضرورت ہو تو 3-3 گھنٹے کے وقفہ سے رضاعت مناسب ہوگی (صبح 6 بجے تا شب 9 بجے)۔ دوسرے لفظوں میں ہندستانی وقت کے مطابق دن کو 6، 9 اور 12 بجے، شام 6 بجے اور شب 9 بجے دودھ دینا چاہیئے۔ 9 بجے شب کے بعد دودھ پینے کی عادت شروع ہی سے نہ ڈالنی چاہیے ہاں اگر بچہ قوی اور دودھ کو جلد ہضم کرنے والا ہو تو 9 بجے کے علاوہ 10 اور 11 بجے بھی دے سکتے ہیں اور یہی صورت تقریباً 3 ماہ تک جاری رکھنی چاہیے۔

دودھ پلاتے وقت بچے کے نتھنوں کو دیکھتے رہنا چاہیے، کیونکہ ان کے انقباض وانبساط سے مجری تنفس اور جوف فم کے امراض کا پتہ چلتا ہے۔ ہر بار دودھ پلانے کے بعد بچے کو کھڑا کر دیا جائے اور اس کی پشت پر ہلکی ہلکی تھپکی دی جائے۔ اس طرح دودھ بآسانی معدہ کی گہرائی (قعر معدہ) میں پہنچ جائے گا اور اگر اس میں کچھ ہوائی بلبلے ہوں گے تو ڈکار کی شکل میں خارج ہو جائیں گے۔ لٹانے کی صورت میں بھی اس کے سر اور کندھے کو بلند رکھیں۔

اگر بچہ ماں کا دودھ پیتا ہو تو بہتر ہے کہ مقررہ اوقات پر مذبین سے براہ راست دودھ پلایا جائے اور ہفتہ میں ایک بار بچے کا وزن لے لیا جائے۔

مصنوعی رضاعت (Artificial feeding):

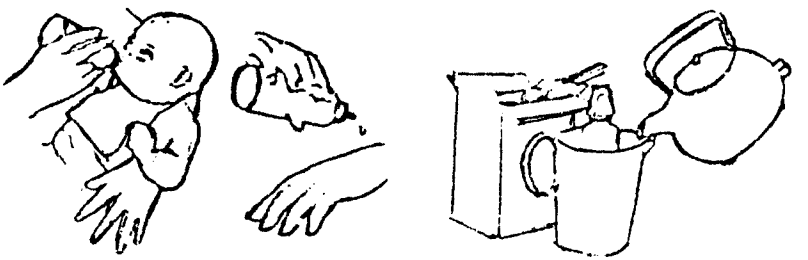
اگر بچہ کو اوپر کا دودھ دیا جا رہا ہو تو دودھ کی تمام قسموں میں گائے یا بکری کے دودھ کو فوقیت

دی جائے کیونکہ یہ دونوں دودھ معمولی ترمیم کے بعد انسانی دودھ سے قریب تر ہو جاتے ہیں۔ گائے کا دودھ تازہ خشک کیا ہوا بخیری یا منجمد شکل میں دیا جاسکتا ہے۔ خشک دودھ ذخیرہ کرنے میں آسانی ہوتی ہے اور اس میں موجود حسین بآسانی ہضم ہو جاتا ہے۔

بعض ماہرین نے بھینس کے دودھ کو معمولی ترمیم کے ساتھ استعمال کرنے کی اجازت دی ہے اور یہ آسانی سے دستیاب بھی ہو جاتا ہے لیکن گائے کا دودھ اپنی خصوصیات کے اعتبار سے سریع الہضم ہوتا ہے اور غذائی قدروں کے اعتبار سے انسانی دودھ سے قریب تر ہوتا ہے، لیکن اگر جانوروں کی باقاعدہ دیکھ ریکھ نہ کی جائے تو تدرنی جرثوموں کے حامل ہو سکتے ہیں۔

دودھ پلانے کے مختلف طریقے:

دودھ بوتل سے پلانے کے بجائے چمچہ سے پلانا زیادہ مفید ہے بوتل سے پلاتے وقت تیاری کے بعد ہاتھ پر چند قطرے ٹپکا کر دودھ کی حرارت کا حتمی اندازہ لگا لینا بہتر ہے۔ جیسا کہ تصویر 4 سے ظاہر ہے۔



طریقۂ تیاری　　ٹسٹ کرنے کا طریقہ　　طریقۂ رضاعت

تصویر 4: رضاعت بذریعہ بوتل

بازاری یا مصنوی دودھ کو حسب ذیل طریقوں سے انسانی مزاج سے ہم آہنگ اور بچے کے لیے زیادہ سے زیادہ مفید بنا سکتے ہیں:

(1) پاسچر طریقہ سے دودھ کی صفائی (پاستوریزیت=Pasteurization) اور (2) انسانی دودھ سے ہم آہنگ کرنا یعنی دودھ کی تانیس (Humanization) یا پپتونیت (Peptonization)۔

پاسچر طریقہ سے دودھ کی صفائی (پاستوریزیت=Pasteurization):

دودھ کو 60 سینٹی گریڈ یا 45 درجہ ف پر کم از کم نصف گھنٹے تک جوش دیا جائے اس کے بعد اتار کر فوراً 50 تا 55 درجہ ف پر رکھ دیا جائے۔ ایسا کرنے سے حیاتین ''ج'' ضایع ہو جاتی ہے، لیکن دودھ جرثوموں سے پاک ہو جاتا ہے۔ یہ پاسچر شدہ دودھ (Pasteurized Milk) کہلاتا ہے۔ حیاتین کی کمی پھلوں کے رس سے پوری کی جاسکتی ہے۔

تانیس شیر (انسانی دودھ سے ہم آہنگ کرنا=Humanization): اگر گائے یا بکری کے دودھ کو معمولی تغیر کے ساتھ اس کے اجزا کا باہمی تناسب انسانی دودھ کے برابر کر دیا جائے تو اسے انسانی دودھ سے ہم آہنگی کہیں گے، جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ اگر گائے کا دودھ لیا جائے تو اس میں مساوی وزن ابلا ہوا پانی شامل کر دیا جائے اور 5% کے لحاظ سے لیکٹوز ملا لیا جائے۔ اسے عمل ترقیق بھی کہتے ہیں۔ اس طرح اجزائے لحمیہ کا تناسب انسانی اجزائے لحمیہ کے برابر ہو جاتی ہے لیکن شحوم و شکر کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ جس کی تلافی کریم 2 چائے کا چمچہ بھر اور لیکٹوز کی مذکورہ مقدار سے کی جاسکتی ہے۔

اگر بکری کے دودھ کو انسانی دودھ سے ہم آہنگ کرنا ہو تو اس کے اندر مذکورہ اجزا کے علاوہ دودھ کے ہر 60 ملی لیٹر کی مقدار پر کریم تقریباً 4 گرام ملائی جائے کیونکہ بکری کے دودھ میں موجود شحوم بچے کی ضروریات پوری نہیں کر سکتے، لیکن اگر کسی مجبوری کے تحت شحوم آمیزی ممکن نہ ہو تو ہر بار مچھلی کا تیل (کاڈلیور آئل) بچے کو چٹائیں۔

پھٹکیوں کو نرم کرنا: سوڈیم سائٹریٹ ملا کر پھٹکیوں کو ملائم کیا جا سکتا ہے چنانچہ اس مقصد کے لیے 29.5 ملی لیٹر دودھ میں 0.065 گرام سوڈیم سائٹریٹ ملانا کافی ہے۔ اس کے ساتھ پانی یا کوئی دوسرا آمیزہ بھی شامل کر سکتے ہیں۔ اس طرح نہ صرف پھٹکیاں ٹوٹ جاتی ہیں، بلکہ دودھ بھی زود ہضم ہو جاتا ہے، لیکن جب بچوں میں پھٹکیاں توڑنے اور ہضم کرنے کی قوت پیدا ہو جاتی ہے تو رقیق اشیا ملانے کی ضرورت نہیں رہ جاتی۔ دودھ ہضم کرنے اور دائمی قبض رفع کرنے کے لیے ماءالشعیر کا استعمال بھی بے حد مفید ہے، جس کی ترکیب درج ذیل ہے:

ماءالشعیر: بارلی ایک چائے کا چمچہ بھر لے کر پہلے ٹھنڈے پانی میں اس کی لئی بنالی جائے پھر 300 ملی لیٹر پانی ملا کر آگ پر پکائیں اور اس دوران اسے برابر چلاتے رہیں۔ یکذات ہو جانے کے بعد آگ سے اتار کر استعمال کرائیں۔ اس طرح دودھ ہضم ہونے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ اس

میں اجزائے نشاستہ وافر مقدار میں ہوتے ہیں، لہٰذا طویل مدت تک مسلسل استعمال کرانے سے ہضمی اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں، اس لیے سوءہضم کا علم ہوتے ہی ماء الشعیر کا استعمال روک دینا چاہیے۔

پیپٹونیت (Peptonization): اگر دودھ زیادہ ثقیل یا بچے کا ہاضمہ کمزور ہو تو دودھ کو پیپٹونی (زوردہضم) کر لیا جاتا ہے، جس کی مختلف صورتیں ہیں۔ سب سے آسان صورت یہ ہے کہ 473 ملی لیٹر دودھ میں 7.39 ملی لیٹر سیال پینکر یاٹین (Liquid Pancreatin) ملا دیا جائے اور 10 تا 15 منٹ کے اندر اندر دودھ کو استعمال کرا دیا جائے۔

پیپٹونی دودھ صرف عارضی طور پر استعمال کرانا چاہیے۔ کیونکہ ایسی اغذیہ کے متواتر استعمال سے معدہ و امعا کے غدد سہل انگاری پر اتر آتے ہیں اور اگر انھیں عرصہ تک کام کرنے کا موقع نہ فراہم کیا جائے تو اس خطرہ کا احتمال رہتا ہے کہ یہ ناکارہ ہو کر نہ رہ جائیں۔ اس آمیزہ کی تیاری میں اس امر کا لحاظ رکھنا چاہیے کہ اس پیپٹونیٹ کا عمل زیادہ نہ ہونے پائے ورنہ اس کا ذائقہ نہایت تلخ ہو جائے گا۔

خشک دودھ: یہ دو قسم کا یعنی نصف کریم والا اور مکمل کریم والا ہوتا ہے، جس میں سے اول الذکر صرف پیدائش کے پہلے ماہ قابل استعمال ہوتا ہے۔ دودھ میں حسب ذیل تناسب کو بطور خاص ملحوظ رکھنا چاہیے:

سیال	74 ملی لیٹر فی 453 گرام ہر 24 گھنٹے
حراری ضروریات	50 حرارے ہر 24 گھنٹے
نصف کریم والا دودھ	16 حرارے فی 453 گرام
مکمل کریم والا دودھ	20 حرارے فی 453 گرام

مکمل سیالی ضروریات کا تناسب بچہ کے تخمینی وزن سے لگایا جاتا ہے۔ چنانچہ کم وزن والے بچے کی رضاعت مجوزہ خوراک سے کم مقدار سے کرنی چاہیے۔

نصف کریم والے دودھ سے مکمل کریم والے دودھ کی تبدیلی بتدریج کرنی چاہیے۔

منجمد دودھ: اس دودھ میں سے پانی کی کثیر مقدار عمل تبخیر کے ذریعہ اڑا دی جاتی ہے۔ یہ کمی پوری کرنے کے لیے استعمال کے وقت مساوی الوزن ابلا ہوا پانی شامل کرنا چاہیے، لیکن دودھ میں پانی محض نوزائیدہ کی ضروریات کے پیش نظر حسب ذیل تناسب سے شامل کرنا چاہیے:

3.63 کلو تک کے بچہ کے لیے — ایک حصہ منجمد دودھ/3 حصہ پانی۔

3.63 کلو سے زائد وزن کے بچہ کے لیے — ایک حصہ منجمد دودھ /2 حصہ پانی۔

اگر دودھ زیادہ پتلا (Diluted) ہوگا تو دوران رضاعت بچہ چلّائے گا اور اس کا وزن بھی نہ بڑھ پائے گا۔

اور اگر زیادہ گاڑھا (Concentrated) ہو تو بڑے ہونے پر سمن مفرط کا شکار ہو جائے گا۔

بچے کی رضاعت کا جدول

(ایک ماہ تا ایک سال)

عمر (ماہ)	تخمینی جسمانی وزن	گائے کا دودھ (ملی لیٹر)	پانی (ملی لیٹر)	شکر (گرام)	رضاعت کی تعداد	پھلوں کا رس (ملی لیٹر)	پھل یا سبزیاں (گرام)	شکر (گرام)
1	3ت2 کلو	297.74	147.87	14.175	6	½		
2	3.5 کلو	354	177.44	〃	〃	〃		
3	4 کلو	414	207	21.262	〃	1		
5ت4	4.5ت4 کلو	532ت473	236.58	28.350	5	〃		
7ت6	4.5ت4 کلو	650ت600	236.58	32.520	〃	59.15	14.175	14.175
9ت8	6ت5.5 کلو	709	〃	〃	〃	〃	28.35	28.35
11ت10	7ت6.5 کلو	〃	〃	56.199	〃	88.72	42.525	42.525
12	7.5 کلو	〃	〃	〃	〃	〃	56.699	56.699

اگر بچہ ماں کا دودھ پی رہا ہو تو گائے کے دودھ کی مقدار اور تعداد رضاعت کم کر دینی چاہیے۔ اگر گائے کا دودھ تسلی بخش مقدار میں دستیاب نہ ہو تو جزوی طور پر کریم نکالا ہوا بھینس کا دودھ دے سکتے ہیں۔

حیاتین ''ج'' کی کمی دور کرنے کے لیے سنگترہ یا ٹماٹر کا رس دے سکتے ہیں۔

مچھلی کا تین (کاڈلیور آئیں)، حیاتین 'ا' اور 'د' کی کمی پوری کرتا ہے۔

4

فطام (دودھ چھڑانا) اور مخلوط رضاعت

(WEARNING AND MIXED FEEDING)

جدید اطبا نے 5-6 ماہ کی عمر کے لگ بھگ دودھ چھڑانے کا بہترین وقت قرار دیا ہے لیکن قدمانے دوسال کی مدت کے بعد فطام کی سفارش کی ہے، تاہم ایسا اسی وقت مناسب ہے، جب کہ مرضعہ کی صحت اچھی ہو۔ بعض مائیں بہت پہلے دودھ پلانا ترک کر دیتی ہیں، جس کا اہم جواز خرابی صحت بتاتی ہیں، لیکن اگر 9 ماہ بعد دودھ چھڑایا جائے تو بچہ نیز ماں دونوں کے لیے زیادہ مفید ہوگا۔ بچے کا دودھ یک لخت نہ چھڑانا چاہیے، بلکہ آہستہ آہستہ چھڑانا چاہیے اور جب بچہ کے دانت نکلنے شروع ہوں تو آہستہ آہستہ اسے ملائم غذا کا عادی بنایا جائے اور دودھ کی مقدار میں کمی کی جائے۔ تدریجی اصول درج ذیل ہے۔

دو تین ماہ سے کیلے، ناشپاتی، سیب یا ٹماٹر کا رس، آم کا رس، سنترہ کا رس (جو بآسانی میسر ہو سکے)، رفتہ رفتہ استعمال کرانا چاہیے۔ فروٹ جوس بہترین قبض کشا کا کام کرتے ہیں۔ اس کے استعمال سے حقنہ وغیرہ کی نوبت بھی نہیں آتی۔ بھاپ سے پکائی ہوئی نرم پتیوں کی سبزیاں بھی دے سکتے ہیں۔

تقریباً 4.5 ماہ سے دوسری ٹھوس غذا کے طور پر زردی بیضہ نیم برشت یا فیرنی کی شکل میں دے سکتے ہیں۔

5 تا 6 ماہ کے درمیان چاول، دودھ، بہترین اناج (چاول یا باجرے وغیرہ) کا دلیہ، سبزیاں، کلیجی، ہڈی کی یخنی نرم گوشت کا ہریسہ، مرغ کا گوشت، روٹی کا چھلکا قابل انتخاب غذائیں ہیں۔ بریڈ، اناج کو دودھ اور شکر کے ساتھ پکا کر پڈنگ کی شکل میں تیار کر کے دے سکتے ہیں اور انھیں دو بجے کی رضاعت سے قبل دینا چاہیے۔ حسب خواہش اس میں نیم برشت زردی بیضہ مرغ بھی شامل کی جاسکتی ہے۔ اس عمر کے بچوں کے لیے حسب ذیل کھچڑی بھی مفید اور مقوی ہے:

کھچڑی:

اجزا:

چاول ½3 بڑے چمچہ بھر (50 گرام)
مونگ کی دال بھنی ہوئی، 2 بڑے چمچہ بھر (25 گرام)
پتے دار سبزی (پالک) ایک گڈی (15 گرام)
نمک حسب ضرورت

پکانے کا طریقہ:

چاول اور دال صاف کر کے دھو کر پکائیں۔
پالک کو ابال کر ایک صاف کپڑے میں سے چھان کر پانی نکالیں۔
اس پانی کو پکے ہوئے چاول اور دال میں ملالیں۔
اب اس میں نمک ڈال لیں۔

خالص سبزی کا استعمال چھ ماہ کی عمر سے جاری کر دینا چاہیے، جب کہ جگر میں فولاد کی مقدار تیزی سے گھٹنے لگتی ہے۔

چھ ماہ کی عمر سے بچے کو گائے کا دودھ پانی ملائے بغیر دیا جائے لیکن اسے پاسچر طریقہ سے صاف کر لیا جائے (پاسچوریت = Pasteurization)۔ اسے ایک سال کی عمر تک ابالنے سے سرایت کا امکان بھی ختم ہو جاتا ہے۔

سات ماہ میں پانچ ماہ کی عمر والی غذا کے ساتھ اصل غذا کے طور پر چاول، رتالو، ترکاری مع مچھلی یا بخوبی کوٹے ہوئے گوشت یا انڈے پر مشتمل غذا ہونی چاہیے۔ اگر ممکن ہو تو بچے کو مچھلی بھی

روزانہ پکل کر مناسب مقدار میں دینی چاہیے (دو بڑا چمچہ بھر) یا ایک عدد انڈا۔

بارہ ماہ سے بچے کی غذا والدین کی غذا سے ہم آہنگ ہونے لگتی ہے تاہم اگر والدین چاہیں تو پستانی رضاعت بھی جاری رکھ سکتے ہیں۔ غذا میں دودھ، مچھلی، گوشت اور انڈے کی معقول مقدار پر زور دینا چاہیے۔

حیدرآبادی مکس: قومی غذائی ادارہ، حیدرآباد نے ایک مربوط غذا تیار کی ہے، جس کا نام حیدرآبادی مکس ہے۔ یہ مکس (آمیزہ) ایسے بچوں کو دیا جاتا ہے جس میں لحمین اور حرارے کی کمی ہو۔ اسے گھر میں بھی تیار کیا جاسکتا ہے۔

اجزا:

ثابت گیہوں (بھنا ہوا)	40 گرام
دال چنا (بھنی ہوئی)	16 گرام
مونگ پھلی (بھنی ہوئی)	10 گرام
گڑ	20 گرام
حرارے	330 گرام
لحمین	1130 گرام

نوٹ: اضافی غذا دیتے وقت امور ذیل کا لحاظ رکھنا چاہیے:۔

1- ایک وقت میں صرف ایک غذا دی جائے، جسے قلیل ترین مقدار سے شروع کر کے رفتہ رفتہ بڑھائیں۔

2- زیادہ شحوم، مرچ سیاہ اور گرم مصالحہ کسی بھی صورت میں دینے سے احتراز کیا جائے۔

3- شراب یا کافی مطلق نہ دی جائے۔

4- غذا کی مقدار کا انحصار بچے کی خواہش پر چھوڑ دیا جائے۔ وقت کی غیر معمولی پابندی بھی نامناسب ہے۔

5- ٹھوس غذائیں دینے سے پیشتر ہلکے پھلکے قوام والی غذائیں دی جائیں۔

6- بچے کے سامنے کسی قسم کے کھانے سے نفرت کا اظہار نہ کیا جائے ورنہ وہ بھی اس عادت کا شکار ہو جائے گا۔

مچھلی کی پوری:

اجزا:

- مچھلی کا ایک ٹکڑا، بچے کی مٹھی کے برابر۔
- رتالو یا شفتالو کا ایک ٹکڑا، بچے کی مٹھی کے برابر۔
- نمک۔ چٹکی بھر۔

ترکیب تیاری:

- رتالو (شفتالو) کو چھیل کاٹ کر دھولیا جائے۔ تازہ مچھلی بھی صاف کر کے دھولی جائے۔
- برتن میں حسب ضرورت پانی، نمک ایک چٹکی اور رتالو نرم آنچ پر پکایا جائے۔
- مچھلی کو کانٹے اور چمچہ سے کچل دیا جائے، لیکن اس سے قبل اس کا سفنہ اور ہڈیاں دور کر دی جائیں۔
- مسلی ہوئی مچھلی اور رتالو کو بخوبی ملا کر پوری تیار کی جائے۔

فِطام کے لیے موزوں موسم: دودھ چھڑانے کا بہترین موسم بہار یا خزاں ہے۔ بوقت ضرورت جاڑے کا آخری حصہ بھی موزوں ہے، لیکن سخت سردیوں یا سخت گرمیوں میں دودھ چھڑانے سے پرہیز لازمی طور پر کرانا چاہیے، کیونکہ موسم سرما میں اس کی وجہ سے سوءِ ہضم اور نفخ نیز موسم گرما میں عطاش اور اسہال شدید کی شکایت کا اندیشہ رہتا ہے لیکن اگر کسی وجہ سے موسم گرما میں دودھ چھڑانے کا اتفاق ہو تو قابض اور مسکن اشیا مثلاً دہی شیرہ خرفہ سیاہ بریاں مصری سے شیریں کیا ہوا تھوڑے تھوڑے وقفہ سے دیتے رہیں۔ غذا کے طور پر پلاؤ، خشکہ اور دہی کے ساتھ روٹی کھلانا مفید ہے۔ شحمی اجزا کے استعمال سے احتراز ضروری ہے۔ شدت عطش کی حالت میں مہندی پیس کر سر اور ہاتھ پاؤں پر لگائیں۔

اگر سرما میں فطام ضروری ہو تو گرم اغذیہ مثلاً کھچڑی دینا شروع کر دیں۔ گاہے بادام، کشمش اور چلغوزہ بھی دیتے رہیں۔ آب سرد سے پرہیز کرائیں۔

عوارضات کا تدارک: عموماً تیسرے چوتھے ہفتے میں بچے کو متلی یا قے کی شکایت ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں بچے کے شکم کی تکمید کی جائے اور رضاعت کا وقفہ طویل کر دیا جائے۔ اگر

48 گھنٹے کے اندر اندر متلی یا قے کی شکایت نہ رفع ہو تو کلورل ہائیڈریٹ نصف گرین (0.23 گرام) پانی میں گھول کر پلایا جائے اگر دودھ پلانے سے 15 منٹ قبل یہ دوا دی جائے تو عموماً دوسری خوراک کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اگر پھر بھی قے کی شکایت ہو تو قے کا اصولی علاج کیا جائے۔

چوتھے ماہ کے اواخر سے پستانی رضاعت کم کرتے جائیں اور چھٹے ماہ بالکل روک دیں، تاہم ہمارے ملک، میں، جہاں حفظان صحت کی کماحقہ پابندی نہیں ہو پاتی اور معدی معوی التہاب (Gasteroenteritis) کا اندیشہ رہتا ہے، 12 ماہ کی عمر تک پستانی رضاعت کی حوصلہ افزائی کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد رفتہ رفتہ ٹھوس غذاؤں سے مانوس کرانا چاہیے اور بالآخر پستانی رضاعت منقطع کر دینی چاہیے۔

دودھ چھڑانے کے زمانے میں اگر بچہ پستانی دودھ کے لیے اضطراب وگریہ کا اظہار کرے تو غیر مضر لیکن کڑوی اشیا مثلاً ایلوا، نیم کی پتی (سائیدہ) وغیرہ پستان پر طلا کر دیں۔ اس طرح پستان منہ میں لیتے ہی کڑواہٹ کے سبب بچہ پستانی رضاعت سے متنفر ہو جائے گا۔

بچوں کا تغذیہ صحت کی حالت میں:

بچوں کے تغذیہ کے لیے ضروری ہے کہ قوت اور نشوونما کے اعتبار سے اسے مناسب غذا دی جائے۔ نشوونما کے لیے اجزائے ملحمہ، معدنی نمکیات اور حیاتین انتہائی ضروری ہیں۔ جو غذائیں معدنی نمکیات اور حیاتین پر مشتمل ہوتی ہیں، انھیں تمنعی غذائیں (Protection foods) کہتے ہیں۔ اس کی ضرورت بچوں کو بالغوں کے بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ انھیں بافت کی تکوین کرنے والے اجزا حیوانی ذرائع مثلاً دودھ، گوشت، مچھلی، انڈا وغیرہ سے زیادہ حاصل ہوتے ہیں، لیکن دالوں میں سویابین میں بھی ان کی خاصی مقدار پائی جاتی ہے۔ بیشتر صبغی غذاؤں میں معدنی نمکیات اور حیاتین کی قلت پائی جاتی ہے، کیونکہ یہ نازک اجزا، کھانے پینے کے مختلف مراحل میں ضائع ہو جاتے ہیں۔

حرارے: عنفوان شباب میں بیشتر جوانوں کے بہ نسبت حرارے کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔ اگلے جدول میں عمر کے مختلف حصوں میں حراری ضروریات ظاہر کی گئی ہیں:

بچہ		1تا3 سال		1,200
//		4تا6 سال		1,600
//		7تا9 سال		2,000
//		10تا12 سال		2,500
مرد		13تا15 سال		2,800
مراھق		ایضاً		3,200
//		16تا17 سال		3,800
بالغ	عام کام کرنے والی عورت			2,500
بالغ	عام کام کرنے والا مرد			3,000

لحمیٰنی (پروٹینی) ضروریات: بچے کی نشوونما اور بافتوں کی اصلاح کے لیے پروٹین کی خاصی مقدار درکار ہوتی ہے۔ بچے کو پروٹین سے بھرپور غذا کی ضرورت ہوتی ہے۔ اسی طرح حاملہ عورتوں میں بھی زائد پروٹینی اجزا کا خیال رکھنا چاہیے جو ضروری امینوایسڈ (Amino acid) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یومیہ پروٹینی ضروریات کا جدول درج ذیل ہے:

		میزان لحمین (گرام)	حیوانی لحمین (گرام)
بچے مراھق	1۔5 سال 5تا15 سال 14تا18 سال	15تا45 45تا75 75تا90	15تا25 25تا40 40
حاملہ عورت مرضعہ		85 100	40تا50 50تا75
بالغ مرد		60تا70	25

اجزائے نشاستہ وشکریہ: حراری ضروریات کا توازن کاربوہائیڈریٹ اور شحوم سے قائم ہوتا ہے۔ مختلف افراد اپنے ذوق کے مطابق تین مخصوص غذائیں حاصل کرتے ہیں۔ لحمین، کاربوہائیڈریٹ اور شحوم — متوازن غذا کے لیے کوئی اصول مدون نہیں کیا جا سکتا ہے۔ بعض کم

شحوم اور زائد کاربوہائیڈریٹ لے سکتے ہیں، جبکہ دوسرے شحوم زیادہ ہضم کر لیتے ہیں اور کاربوہائیڈریٹ کم۔ شحوم زائد حراری قدروں کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ شحوم میں حل پذیر حیاتین مثلاً ''ا''، ''د'' اور ''ک'' کے لیے بدرقہ کا کام کرتے ہیں، کاربوہائیدریٹ کے بغیر شحوم کے نامکمل تحلل سے کیٹون اجسام کی تکوین ہوتی ہے۔

●●

5

تشخیص امراض

روداداورسریری امتحان:

امراض اطفال کی پریکٹس میں بیشتر اصابات میں بیماری کی روداد کسی ثالث مثلاً ماں یا مرضعہ سے حاصل کرنی چاہیے، کیونکہ ماں یا مرضعہ کو بچے سے سب سے زیادہ قرب حاصل ہونے کے سبب وہ اس کی معمولی معمولی حرکات کو بھی نظر انداز نہیں کرتی اور اس کے مزاج کے علاوہ عادات واطوار میں رونما ہونے والے تغیرات پر بھی گہری نظر رکھتی ہے۔اس کا فیصلہ خود معالج کو کرنا چاہیے کہ آیا مریض بچے کے ساتھ مشورے کے کمرے میں کسی ثالث کی ضرورت ہے یا نہیں؟ اگر بچہ بہت چھوٹا ہو تو والدین کی موجودگی کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ اس طرح خاندان کی بہتر روداد حاصل کرنے میں مدد ملتی ہے۔

ماں کو اپنے بچے کے مسائل خود اپنے لفظوں میں بیان کرنے کا موقع دینا چاہیے اور بیان لینے میں جلدی نہیں کرنی چاہیے۔سوال و جواب قسم کی روداد سے بچے کی بیماری پر اچھی روشنی نہیں پڑتی، لہٰذا ابتدا میں سوال و جواب سے حتی الامکان گریز کرنا چاہیے، ہاں اگر کوئی پہلو تاریکی میں رہ گیا ہو تو بیان کے اختتام پر اسے سوال کر کے واضح کر لینا چاہیے۔

مشورہ یا عملیہ کا کمرہ ''ہسپتال'' سے زیادہ ''نگارخانہ'' معلوم ہونا چاہیے جس میں کھلونے

اور بچے کی دلچسپی کے دیگر سامان رکھے ہوئے ہوں، علاوہ بریں اگر بچے کے ہاتھ میں کوئی کھلونا دے دیا جائے تو اور بہتر ہے۔ اس طرح وہ کھیل میں منہمک ہو جائے گا اور ماں کو روداد سنانے میں آسانی ہوگی۔ ماں سے روداد حاصل کرتے وقت مریض پر نظر رکھنی چاہیے اور مختلف نکات نوٹ کرتے رہنا چاہیے۔ اگر معالج کوئی آلہ طلب کرے تو نرس کو محض مطلوبہ آلہ ہی پیش کرنا چاہیے نہ کہ خوفناک آلات سے بھرا ہوا پورا ٹرے۔

روداد:

روداد حاصل کرنے کا طریقہ: مریض کا نام، پتہ، تاریخ پیدائش یا عمر، جنس، ولدیت اور پیشہ ہمیشہ نوٹ کرنا چاہیے۔ وزن اور قد بھی ریکارڈ کر لینا چاہیے اگر کسی دوسرے معالج نے بھیجا ہو تو سب سے پہلے اس کا نام اور پتہ نوٹ کر لینا چاہیے اور جس سے روداد حاصل کی جا رہی ہو، بچے کے ساتھ اس کا رشتہ بھی درج کر لیا جائے۔

مخصوص شکایت: مشورہ کی ضرورت کیوں محسوس ہوئی اسے خود اس کی زبان میں درج کرنا چاہیے، جس سے روداد حاصل کی جا رہی ہو۔ اس میں فنی تراش وخراش سے اجتناب کیا جائے، مثلاً اگر کوئی ثالث کہہ رہا ہو کہ ''بچے کو نیند نہیں آ رہی ہے'' تو اس جملہ کو بعینہ درج کرنا چاہیے نہ کہ ''سہرو بیداری'' جیسا مرصع جملہ لکھا جائے۔

موجودہ روداد: یہ روداد عموماً حاصل مشورہ ہوتی ہے۔ لہٰذا بچے کی بیماری کے بارے میں تفصیلی معلومات حاصل کی جائیں، جنھیں بالترتیب درج کیا جائے، یعنی ہر شکایت نئی سطر اور تازہ عنوان کے تحت درج کیا جائے اور تمام روداد ایک ہی سلسلے میں مضمون کی طرح لکھنے سے گریز کرنا چاہیے۔ اس غرض سے حسب ذیل رہنما خطوط کو اپنایا جا سکتا ہے:

چار ہفتہ پیشتر.....کھانسی کا آغاز

تین روز پیشتر.....گلے میں خراش

کل (گذشتہ).....بدن پر دانے (طفیحات)

آج.....تشنج

اس طرح مرض کی مدت متعین کرنے میں سہولت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے علامتیں کب نمودار ہوئی ہیں۔ زیادہ ماضی میں جھانکتے ہوئے احتیاط ضروری ہے۔ مثلاً اس طرح کے مرض کا حملہ ماضی میں کب ہوا تھا۔ ضمنی عوارض اور علامات کا

اندراج بھی احتیاط سے کرنا چاہیے۔ نمائندہ استفسارات سے حتی الامکان احتراز کرنا چاہیے۔ عضوی افعال مثلاً آنتوں کی حالت پیشاب، بھوک، نیند اور بیداری، کھانسی اور جسمانی وزن اصولی طور پر درج کر لینا چاہیے۔

جغرافیائی روداد:

بچے کی موجودہ رہائش، آیا بچے نے حال میں کسی گرم خطے کا سفر تو نہیں کیا، اگر نہیں تو یہ مرض کسی کے ذریعہ تو عارض نہیں ہوا۔

سماجی روداد:

اقتصادی اور سماجی حالات بچے کی صحت پر گہرا اثر ڈالتے ہیں۔ لہذا بچے کے والدین کا موجودہ پیشہ اور معاشی حالات ضرور معلوم کر لینا چاہیے۔ پیشہ کے علاوہ، اس کے باپ کے گھر کا پتہ حاصل کرنے سے سماجی حالات پر بخوبی روشنی پڑتی ہے۔ تاہم آخر میں استفسارات صرف اسی وقت کیے جائیں جب کہ معالج کو مریض کے والدین کا بھرپور اعتماد حاصل ہو جائے اور اسے گمان نہ ہو کہ معالج کوئی غیر ضروری سوال کر رہا ہے۔

سابقہ روداد:

قبالتی روداد: دوران حمل ماں کی صحت، حمل کی مدت، وضع حمل کی تفصیلات، پیدائشی وزن اور ولادت کے بعد بچے کی کیفیت بھی نوٹ کر لینی چاہیے۔

شیر خوارگی: رضاعت کا طریقہ، دودھ چھوڑنے کی عمر اور فطام کی نوعیت، غذا میں حیاتینی شمولیت کی تفصیل، جملہ تمنعی (تحفظی) تدابیر جو بروئے کار لائی گئی ہوں، درج کی جائیں۔

نشوونما: بچہ کے عضوی اور ذہنی نشوونما کا سرسری جائزہ، عمر جب کہ پہلا دانت ساقط ہوا ہو نیز بیٹھنے، کھسکنے، کھڑے ہونے، چلنے بولنے کی عمر اور پیشاب پاخانے میں وقت میں اضافہ وغیرہ کی تفصیلات بیشتر اصابات میں کافی معین ثابت ہوتے ہیں۔ لیکن اگر نشوونما کی رفتار تشویشناک حد تک سست پڑ گئی ہو تو مزید تفتیش کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہیں۔

سابقہ بیماری: جملہ سابقہ امراض کی تفصیل، حادثے اور عملیہ کا ریکارڈ تیار کیا جائے اور اگر معلوم ہو سکے تو وقوع کی تاریخ بھی نوٹ کی جائے۔

ذاتی روداد: جیسا کہ ابتدا میں بتایا جا چکا ہے، بچے کے مزاج کے بارے میں معلومات عموماً مفید ثابت ہوا کرتی ہیں، مثلاً وہ گھر اور اسکول میں خوش وخرم رہتا ہے، آسانی سے دوست بنا لیا کرتا

ہےاورمخصوص ہابی کھیل سے دلچسپی رکھتا ہے۔اگر کوئی مخصوص یا غیر طبعی عادت ہوتو اس کے بارے میں بھی نوٹ کر لینا چاہیے۔

خاندانی روداد:۔ خاندان کے دیگر افراد کی صحت کیسی رہتی ہے؟ مثلاً فربہی یا بونا پن میں والدین کے قد اور وزن کی بہت زیادہ اہمیت ہوتی ہے۔مشتبہ منگول پن میں بچے کی پیدائش کے وقت ماں کی عمر اہم ہوسکتی ہےاور خلقی تشوہ میں والدین میں یگانگت تحقیق طلب ہوسکتی ہے۔

والدین سے روداد حاصل کر لینے کے بعد بچے کو بھی سرگذشت بیان کرنے کا موقع دینا چاہیے۔کیونکہ بچہ بھی علامات کے متعلق کچھ ایسے رموز بتاتا ہے جس سے تشخیص کی گمشدہ لیکن اہم کڑیاں آسانی سے مل جاتی ہیں۔

جن بچوں میں تشخیص پہلی بار غیر واضح ہو، دوبارہ روداد حاصل کرنے پر اکثر کامیابی ہو جاتی ہے۔شفاخانہ میں پہلی بار داخل کرتے وقت، چونکہ ماں نروس ہوتی ہے، اس لیے واضح بیان بسا اوقات نہیں دے پاتی، لیکن دوسری بار مانوس ہو جانے کے بعد عموماً نسبتاً بہتر اور واضح بیان دینے پر قادر ہو جاتی ہے۔

امتحان:

بچوں کا طبعی امتحان بڑوں کے بہ نسبت زیادہ احتیاط طلب ہوتا ہے۔بڑے تو بیشتر اوقات علامتیں زبانی بیان کر کے معالج کی مشکل آسان کر دیتے ہیں لیکن بچے کے امتحان میں تشخیصی علامات کا انحصار زیادہ تر ماں یا نرس کے مشاہدہ پر ہوتا ہے جو معین بھی ہوسکتا ہے اور اس کے برعکس بھی۔

کسی دوسری عمر کے بہ نسبت بچپن میں معائنہ کی اپنی ایک بڑی اہمیت ہوتی ہے۔بچے (Babies) اور طفل دارج (گھٹنوں کے بل چلنے والے بچے) کپڑا اتارتے وقت چلاتے ہیں، لہٰذا ان لوگوں کو معالج کمرے میں داخلے سے پیشتر کمرہ کو قدرے گرم کیا جائے اور بچے کو جزوی طور پر برہنہ کیا جائے مثلاً کرتا، واسکٹ اور جرسی کو سر تک اٹھایا جائے۔ایسی صورت میں بچے خاص طور سے چلاتے ہیں۔پاجامہ اور پینٹ بھی اتار دیا جائے۔اگر بچہ جزوی طور پر برہنہ ہونے پر چلائے تو اسے کلی طور پر برہنہ کر دینا ہی موزوں ہے۔

خارج البیت مریضوں کے شعبہ میں نرس بچے کے لیے بے حد مددگار اور معالج کے لیے معین ہوسکتی ہے، لیکن بچے کے ساتھ سختی سے نہ پیش آنا چاہیے اور نہ اسے ڈرانا دھمکانا چاہیے۔

بچے اور نوزائیدہ کو امتحان کے وقت خوش وخرم اور پرسکون رہنا چاہیے جس کے لیے نرس یا ماں کا تعاون حاصل کرنا چاہیے۔ ماں اگر نروس ہو جائے تو بچے کا کپڑا اتارنے سے قاصر ہو جاتی ہے، لہٰذا سب سے پہلے ماں اور بچے کا اعتماد حاصل کرنا بہتر ہے اور شفاخانہ سے زیادہ گھریلو ماحول پیدا کرنا چاہیے تاکہ اجنبیت اور بے جا خوف و ہراس دور ہو سکے نیز معالج کی آواز اس کے لیے مانوس ہو جائے۔

بڑوں کی طرح بچوں میں سرتاپا ترتیب وار امتحان ممکن نہیں لہٰذا آسان ترین امتحانات پہلے انجام دینے چاہئیں اور مشکل ترین مثلاً کان، حلق اور دبر کا بعد میں۔ معالج کو اپنی ترتیب اور سلسلہ پر بچے کی سہولت کو ترجیح دینا چاہیے، چنانچہ اس کا خوف و دہشت دور کرنے کے لیے امتحان میں معمولی ردوبدل سے حیرت انگیز فائدہ حاصل کیا جا سکتا ہے، مثلاً سینے کے عقبی حصہ کا معائنہ سامنے والے حصہ سے پہلے کرنا چاہیے۔ اسی طرح شکم کا امتحان صدر (سینہ) سے پہلے کرنا چاہیے۔

چھوٹے بچے ماں کے گھٹنے پر بیٹھنے میں مسرت محسوس کرتے ہیں۔ اگر بچہ ماں کی بانہوں میں سو رہا ہو تو بیداری سے پیشتر امتحان مکمل کر لینا چاہیے بچے کی نیند کی حالت میں معالج اس کے تنفس کی قسم، مقدم یا فوخی تمدد کا بآسانی پتہ لگا سکتا ہے اور اسے شکم نیز قعر معدہ کے امتحان کا اچھا موقع مل جاتا ہے۔ بڑے بچے جنھیں کوچ پر لٹانا مشکل ہو، ان کا معائنہ ماں کے بغل میں کھڑا کر کے کیا جا سکتا ہے۔

ہاتھوں کا امتحان بہترین نقطۂ آغاز ثابت ہو سکتا ہے۔ جو بچے مصافحہ کے عادی ہوتے ہیں، ہاتھ کے معائنہ پر بالکل نہیں چونکتے، لہٰذا اس کار آمد امتحان کو ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہیے۔ عام مشاہدات مثلاً بچے کا ہاتھ بلاوجہ گندا تو نہیں؟ یا اس کے ناخن شکستہ تو نہیں؟ علاوہ بریں دیگر بہت سی معلومات فراہم ہو سکتی ہیں۔

چونکہ صبی اور طفل دارج معمولی بات سے بھی گھبرا جاتے ہیں، لہٰذا عجلت نہ کرنا چاہیے اور اس کی آنکھوں میں آنکھیں ڈال کر دیکھنے کے بجائے پیشانی کے مرکزی حصے پر دیکھنا چاہیے۔ اگر روتے ہوئے بچے کو کپڑا پہنا دیا جائے تو عموماً گریہ وزاری موقوف ہو جاتی ہے اور اس کے بعد رفتہ رفتہ کپڑے اتارے جائیں تو وہ نہیں روتا۔

سینہ کا جس، تقرع اور استماع گرم انگلیوں اور مسماع الصدر سے انجام دینا چاہیے۔ امتحان صدر میں استماع کو قرع پر ترجیح دینی چاہیے، کیونکہ موخر الذکر بچے کو زیادہ بدحواس کر دیتا ہے۔ اگر

بچہ خوف زدہ ہو تو پہلے اس کی ماں کا فرضی امتحان کر کے اس کا اعتماد حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اگر مسماع الصدر کا کنارا ٹھنڈا ہو تو اسے پہلے ہتھیلی پر رکھ کر گرم کیا جا سکتا ہے۔ اگر بچہ شکم کا عموی جس نہ کرنے دے تو ایسی حالت میں پہلے بچے کے ہاتھ اس کے شکم پر رکھ کر بے جا خوف دور کیا جا سکتا ہے۔

امتحان بالمساحت:

سر کا محیط: یہ بات یاد رکھنی چاہیے کہ پیدائش کے وقت سر کا محیط 13 تا 14 انچ، 6 ماہ پر 17 انچ، 12 ویں ماہ 18 انچ، 18 ویں ماہ ½18 انچ اور دو سال میں ¾18 انچ، تیسرے سال ½19 انچ، چوتھے سال میں ¾19 انچ، پانچویں سال ½20 انچ، دسویں سال 21 انچ اور پندرھویں ¾21 انچ ہوتا ہے۔ ان اعداد میں معمولی اختلاف قابل اعتنا نہیں تصور کرنا چاہیے۔ حد سے زیادہ چھوٹے سر پر صغر الراس (Microcephaly) کا شبہہ کرنا چاہیے اور حد سے زیادہ بڑے سر پر استسقاء دماغی (Hydrocephalus) کا۔

سر کی شکل: سر کی شکل بھی اہمیت سے خالی نہیں کیونکہ کساح صبیانی ۔ (Infantile Rickets) جمجمہ کے عظیمات حداری (Partietal bone) پُر کر دیتے ہیں اور گاہے حُد بہ جبہہ (Frontal curlence) دبیز یا منتفخ ہو جاتا ہے اور اتفاخات کے نیچے اوتھلے میزاب ہوتے ہیں جمجمی (موخر) دروز (Occipital sutures) کے ساتھ ساتھ کساحی میزاب بھی پائے جا سکتے ہیں، جہاں پر مرض کے ابتدائی درجہ میں ضمور الجمجمہ بھی پایا جا سکتا ہے۔ سر کا کسی ایک طرف مائل ہو جانا (انحراف الراس=Plagiocephaly) ایک طرح کا تشوہ ہے، جس میں کھوپڑی (قحف) میں کجی آجاتی ہے۔ یہ جنین کی غلط وضع کا نتیجہ ہوتا ہے۔ استسقاء الراس میں یہ گلوبجی ہو جاتا ہے۔

صغر الراس اور ضیق الراس (Craniostenosis) کے نمایاں استثنا کے ساتھ ساتھ 12 ماہ کے بعد بھی اصولی طور پر مقدم یافوخ برقرار رہتا ہے اور بیشتر صبی کساح سے محفوظ رہتے ہیں۔ یہ عموماً 15 ماہ تک بند ہو جاتا ہے دو سال بعد بھی اس کے بند ہونے میں تاخیر غیر طبعی حالت ہوتی ہے جو سابقہ کساح کی طرف اشارہ ہوتا ہے۔ دماغی استسقا یا غالباً منگول پن، نقص اعضا کے ساتھ ابلہی (Cretinism) یا عظام طوال کے کرادیس کے نقص نمو (Achondroplasia) کی امارت ہوتی ہے۔

موخر یافوخ ہمیشہ چھوٹا ہوتا ہے جو دوسرے ماہ ہی بند ہو جاتا ہے۔

صبی (چھوٹے بچے) کے سر کو ملفوف کرنے والی جلد طبعی حالت میں پیدائش کے وقت قدرے ملائم ہوتی ہے، لیکن شاذ و نادر اس پر گھنے بال موجود ہوتے ہیں۔ چھٹے ماہ بالوں کی بخوبی روئیدگی ہو جاتی ہے۔ کساح بالخصوص ابلہی میں بال سیدھے اور خشک ہوتے ہیں۔ منگول پن میں بال سیدھے لیکن قدرے ملائم ہوتے ہیں۔ سر کا امتحان بالخصوص قوبا (داد)، داء الثعلب کے چکتوں، سر کے چھلکے (قشر الراس=Scurf) اور حصف (بھوسی=Impetigo) کو مستثنیٰ کرنے کے لیے کرنا چاہیے۔ نورائیدہ بچوں میں مجی پر التہاب راس نمودار ہوتا ہے جو دراصل تحت الجلدی بافتوں کا اذیما ہوتا ہے۔ گاہے دماغی دموی سلعہ کی تکوین ہوتی ہے۔ آنکھ، ناک، منہ اور کان کا امتحان بچوں کے لیے بڑا صبر آزما اور ناگوار خاطر ہوتا ہے، لہذا اسے سب سے اخیر میں انجام دینا چاہیے تاہم ذرا سی محنت، نرمی اور بہلا پھسلا کر یہ امتحانات بھی بچوں کو رلائے بغیر انجام دیے جا سکتے ہیں۔

آنکھ: اجفان العین، طبقہ ملتحمہ اور قرنیہ کی حالت نوٹ کر لینی چاہیے۔ اس میں حول (بھینگا پن) تو موجو نہیں۔ اس غرض سے چہرے پر روشنی ڈالی جائے۔ دونوں آنکھوں کی قرنیہ پر روشنی کا انعکاس ہونا چاہیے۔ چشم بیں کے ذریعہ موزوں اصابات میں عدسہ، رطوبت زجاجیہ اور قعر چشم کا امتحان کرنا چاہیے۔ اگر ضرورت ہو تو ہوم ایٹروپین (Homatropine) سے پتلیاں پھیلائی جا سکتی ہیں۔ بچوں یا بالغوں کے مقابلے میں نو زائیدہ کا قرص بصری (Optic disc) زرد ہوتا ہے۔

نوزائیدہ 3-4 ہفتے کے اندر اندر روشنی کو سمجھنے لگتا ہے اور دو ماہ کے اندر اندر اس کا ادراک کرنے لگتا ہے۔ اس کے برعکس اگر بچہ روشنی سے متاثر نہو یا اشیاء کا ادراک نہ کر سکے تو اندھا پن یا دماغی خرابیوں یا دونوں کے امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔ اندھا پن خلقی نزول الماء (موتیابند)، آشوب چشم، خلقی بصری ذبول، خلقی دماغی نقص نمو یا اکتسابی حالات مثلاً شبکی جرثومی سلعہ خلقی عدسی لیفی تکون (Retrolental Fibroplasity) کے سبب عارض ہوا کرتا ہے۔ خلقی اختلالات، سقوط جفن (استرخاء جفن اعلیٰ)، طبقہ عنبیہ کے تشوہات وغیرہ اور بیاض جلد نیز طبقہ شبکیہ اور عصب بصری کے اختلالات پر مشتمل ہوتے ہیں۔

ناک: ناک کے ہوائی راستے کی سمائی معلوم کی جائے اور ناک کے مواد کی موجودگی نوٹ کی جائے۔ ناک کا تسد دعموماً التہاب تجویف انف یا حساسیتی التہاب انف کے سبب عارض ہوا

کرتا ہے، کیونکہ بعد الانفی مواد ورم حلق یا التہاب شعب عارض کرتا ہے۔ ناک میں جسم غریب کی موجودگی کی حالت میں کسی ایک نتھنے سے خون خارج ہوسکتا ہے۔

منہ اور کان: منہ اور کان کا امتحان اخیر میں کرنا چاہیے کیونکہ اس سے بچہ رونے لگتا ہے۔ سب سے پہلے کان کا نظری امتحان کر لینا چاہیے۔ نیم گرم منظار الاذن داخل کرنے سے پیشتر نہ صرف صدفۃ الاذن کو متسع کر لیا جائے، بلکہ اسے زیریں جانب قدرے کھینچ بھی لیا جائے۔ اس طرح قنال سماعت نہ صرف یہ کہ سیدھ میں آجاتا ہے بلکہ صماخ ظاہر بھی پھیل جاتا ہے اور منظار بآسانی داخل ہو جاتا ہے۔ اس امتحان کے لیے بچوں میں بھی بہت چھوٹا منظار بیکار ہوتا ہے، لہٰذا ممکنہ حد تک بڑا منظار ہی داخل کیا جائے۔

آواز کی طرف بچہ مائل ہوتا ہے کہ نہیں؟ خاص نکتہ ہے۔ جملہ غشائے طبی کا اصولی امتحان ضروری ہے، خاص طور پر اگر کسی سبب ظاہرہ کے بغیر بخار ہو، اگر ضرورت ہو تو ''گوش بین'' بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

منہ اور حلق: یہ امتحان گو کہ بالخصوص خائف بچوں میں بڑا دشوار ہوتا ہے، لیکن بچہ کے گریہ کا لحاظ کیے بغیر منہ اور حلق کا مکمل امتحان بہر حال کرنا چاہیے۔ اگر بچہ پرسکون رہنا پسند نہ کرے تو اسے سختی سے گرفت میں لے لینا چاہیے۔ یہ فریضہ نرس کے بہ نسبت ماں بآسانی انجام دے سکتی ہے، چنانچہ وہ اس کے دونوں ہاتھوں کو اپنے ایک ہاتھ سے پکڑ لے اور دوسرا ہاتھ پیشانی پر رکھ کر سختی سے دبائے رہے۔ بیشتر بچے اپنا منہ اتنا زیادہ کھول دیتے ہیں کہ پورا منظر سامنے آجاتا ہے اور ملوق (Spetula) استعمال کرنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اعتماد حاصل کرنے کے بعد بعض بچے از خود ملوق اپنے منہ میں رکھ لیتے ہیں۔ اس عمر میں اس مقصد کے لیے ملوق کے بجائے چاء کا چمچہ زیادہ آسانی سے استعمال کیا جاسکتا ہے اگر بچہ منہ نہ کھولے تو مسوڑھے کے برعکس چمچہ کا دباؤ ڈالتے ہی وہ منہ کھول دیتا ہے۔ زبان کو چمچہ سے دبا کر جیبی ٹارچ سے منہ اور حلق کا بخوبی معائنہ کیا جاسکتا ہے۔ منہ اور دانت کی حالت نوٹ کی جائے۔ دانت کی تعداد معلوم کی جائے۔ زبان دبنے کے بعد لوزتین (گلے کی گلٹیاں) سامنے آجاتی ہیں۔ کسی قسم کے ترشح اور ورم لوزتین کا خاص طور سے معائنہ کرنا چاہیے۔

منہ، ہونٹ اور مسوڑھے: خلقی (پیدائشی) آتشک میں ہونٹ پھٹے ہوئے اور جلد ابھری ہوئی ہوتی ہے۔ بخار کی حالت میں یہ خشک اور پھٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ نقص اعضا کے ساتھ ابلہی میں

منھ اس قدر کشادہ ہو جاتا ہے کہ بڑی زبان باہر نکل جائے۔ شدید فقر الدم میں ہونٹ پیلے اور عموماً بے رنگ کے ہوتے ہیں اور قلبی مرض یا ذات الریہ میں سرخ ترین یا نیلے ہو جاتے ہیں۔

استقر بوط میں مسوڑھے متورم، سرخ اور نزفی ہو جاتے ہیں، متقرع قلاع میں مسوڑھے متورم اور قرحہ دار ہو جاتے ہیں۔

چہرہ اور اس کا قدرتی رنگ: صحت مند بچے کا چہرہ گلابی اور جلد سفیدی مائل ہوتی ہے۔ لیکن اس رنگ میں موروثی اعتبار سے اختلافات بھی پائے جا سکتے ہیں۔ چہرے کا نمایاں ذبول یا لاغری ترقی پذیر ذبول شحوم کی علامت ہوتی ہے۔

غدد (گلٹیاں): جبڑوں کے زاویوں پر جس کرنے پر لوذتینی غدد محسوس کیے جا سکتے ہیں۔ یہ لفاوی غدد بچوں میں التہاب لوذتین یا امراض عمومی مثلاً حصبہ (Rubella) میں بڑھ جاتے ہیں۔ غدی خطہ میں مسیلیت پذیر غدد قصی حلمی عضلہ کے پیچھے پہچانے جا سکتے ہیں۔ بغل اور کنج ران (ارلی خطہ) میں غدد اصولی طور پر جس کیے جا سکتے ہیں۔ مساریقی خط میں التہاب غدہ کے لیے شکم کا محتاط امتحان کرنا چاہیے اور اگر کنج ران میں غدد متورم ہوں تو پیر کی جلد اور مبرزی خطہ ملاحظہ کریں۔ عمومی غدی التہاب، غدی بخار، لیوکیمیا، بطانی خثلی اور بہت سے نوتکوینی حالات میں واقع ہو سکتا ہے۔

گردن (عنق): قصی حلمی جس سے عموماً ایک چھوٹا انتفاخ گومڑ کی شکل میں محسوس ہوتا ہے جو دراصل وضع حمل کے نتیجہ میں عارض ہونے والا دموی سلعہ ہوتا ہے۔ لیکن یہ عموماً چند ہفتے کے اندر اندر معدوم ہو جاتا ہے، اور شاذ و نادر التواعنق (Torticollis) پر منتج ہوتا ہے۔ التواء عنق قصی حلمی عضلہ کے پیدائشی چھوٹا پن سے بھی عارض ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں بچہ کا سر تکیہ پر اس وضع میں رکھنا چاہیے کہ اس پر دباؤ پڑ کر سیدھا پن آ جائے اس حالت میں عملیہ سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے۔ ورم اغشیہ دماغ یا استسقائے دماغی میں سر کی سست رفتار نمو تعویق دماغی (Mental-retardation) ملاحظہ کیا جا سکتا ہے یا محض گردن کی اکڑن موجود ہو سکتی ہیں جیسا کہ سرسام، التہاب نخاع (Poliomyelitis) نخاعی نخر العظام (Spinal Caries) اور عنقی التہاب غدہ۔

سینہ (صدر) اور اس کی بناوٹ: صدر کا معائنہ دیوار شکم کی ساخت کی خرابی، بین الضلعی یا تحت ضلعی دباؤ معلوم کرنے کے لیے کرنا چاہیے۔ جو تنفسی احتباس، مزمن ریوی مرض یا قلبی خلل کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

سینہ کا معائنہ بالجس کرنا چاہیے۔ کساح فاعلہ میں ضلعی غضروفی مقام اتصال دانے دار ہوتا ہے۔ عظم القص کا عقبی خلع استر بوط کا مظہر ہوتا ہے۔ غیر موزوں تکون عظام میں پسلیوں کے بآسانی ٹوٹنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ خلقی تقوس عمود الفقرات عقبی نقائص کے سبب ہوسکتا ہے۔ لیکن اگر تشوہ مثبت موجود ہو تو مہروں کا مرض تصور کرنا چاہیے۔ جانبی تقوس عمود الفقراۃ التہاب نخاع سے خلقی فقری تشوہ معلوم ہوتا ہے یا یہ التہاب نخاع یا کساح کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ کبوتر نما سینہ کساح کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جس میں تنفّسی احتباس یا عسر تنفس کے دیگر سبب سے اضافہ ہو جاتا ہے لیکن ایسا عموماً خلقی قلبی مرض، مزمن ریوی امرض اور انفی احتباس سے ہوتا ہے۔ دمہ میں سینہ پیہ نما ہو جاتا ہے۔ دبلے اور لاغر بچوں میں قص دبا ہوا نظر آتا ہے، بالخصوص اگر انھیں پہلے سے کساح کی شکایت ہو چکی ہو، ان کا سینہ حجاب حاجز کے خط تک کھنچ آتا ہے۔

صدر کا تقرع ہلکا ہونا چاہیے اور چھوٹے بچوں میں براہ راست انگلیوں سے انجام دینا چاہیے۔ بچوں کا سینہ بڑوں کے بہ نسبت زیادہ گونج دار ہوتا ہے۔ چھوٹے گھنٹی نما صدری حصہ والا مسماع الصدر بچوں کے صدر کے عمومی استماع کے لیے موزوں ہوتا ہے۔ تنفّسی آوازوں اور اتفاقی آوازوں کو بغور سننا چاہیے۔ بالائی تنفّسی سرایتوں کی حالت میں تیز کھردری آواز پیدا ہوتی ہے جو نیچے قصبۃ الریہ اور شعبۃ الریہ تک پہنچتی ہے۔

پھیپھڑے: بچوں کی تنفّسی آواز میں ایک طرح کی کرختگی اور خشونت پائی جاتی ہے اور شہیق کے بہ نسبت زفیر زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ چلانے یا دانت چبانے والے بچے جو لعاب دہن لیے رہتے ہیں، قصبۃ الریہ سے آواز واپس جا کر پورے سینہ میں سنائی دیتی ہے۔ ذات الریہ کی حالت میں تنفس کی خرخراہٹ خاص طور سے سنائی دیتی ہے جو طبعی تنفّسی توازن پلٹ جانے کے سبب ہوتی ہے۔ تنفّسی خرخراہٹ شہیق کے بعد سنائی دیتی ہے، جس کے بعد ایک وقفہ ہوتا ہے۔

تنفّسی شرح کا اوسط طبعی اور صحت مند نوزائیدے میں 40 فی منٹ ہوتا ہے جو دوسرے سال کم ہو کر 25 اور پانچویں سال تقریباً 20 ہو جاتا ہے۔ آرام کی حالت میں تنفّسی شرح میں اضافہ کا مطلب یہ ہے کہ تنفّسی یا قلبی عروقی نظام کا کوئی نہ کوئی فساد فعل ضرور موجود ہے۔ طبعی حالت میں نبض اور تنفس کا تناسب '3' یا '4' اور '1' ہوتا ہے۔

قلب: پہلی اور دوسری قلبی آوازوں کا طبعی کسر بالغوں کے بہ نسبت بچوں میں سننا آسان ہوتا ہے۔ طبعی بچوں میں وریدی بھنبھناہٹیں اور فعلیاتی انقباضی بہاؤ کے خریرا کثر سننے میں

آتے ہیں۔

قلبی اصمیت (Cardiac dullness) کا قرع اس قدر درست معلومات فراہم نہیں کرتا، جس قدر راسی خریر کا جس۔ غلاف القلب پر ہیجانی کیفیت کی موجودگی خلقی تشوہ کا مظہر ہوتا ہے۔

چھوٹے بچوں میں نبض کی شرح سینے کے جس یا استماع سے معلوم کی جاتی ہے۔ جب کہ بڑے بچوں میں اسے کلائی پر ملمس کے ذریعہ معلوم کیا جاتا ہے۔ پیدائش کے وقت نبض کا اوسط تقریباً 130 فی منٹ، ایک سال پر 110، آٹھ سال میں 90 اور 12 سال کی عمر میں 80 ہوتا ہے۔ نبض کی طبعی حد وسیع ہوتی ہے۔ سرعت قلب کثیر الوقوع ہے جو چلّانے، اضطراب، ورزش اور بخار کے علاوہ متعدد قلبی خرابیوں سے واقع ہوتا ہے۔ تجویفی عدم توازن تقریباً جملہ بچوں میں موجود ہوتا ہے لیکن توازن کی دیگر بے قاعدگیاں قلیل الوقوع ہیں یہاں تک کہ مرض قلب کی موجودگی میں بھی۔

شکم: رونے یا احتجاج کرنے والے بچے میں شکم کا جس اطمنان بخش طور پر نہیں کیا جاسکتا۔ چھوٹے بچوں کو رونے سے باز رکھنے کی خاطر کھانے پینے میں مصروف کر دینا چاہیے لیکن بڑے بچوں میں اس وقت تک جس نہ کرنا چاہیے جب تک کہ وہ باقاعدہ از خود پر سکون نہ ہو جائے۔ 1 تا 3 سال کے بچے لیٹ کر امتحان کرانے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسی حالت میں بچے کا امتحان اس وقت پیچھے سے بآسانی کیا جاسکتا ہے جب کہ وہ اپنی ماں کے بغل میں کھڑا ہو اور اپنے کندھوں کو دیکھ رہا ہو۔ بچے کا امتحان اچھی روشنی میں اور نرمی کے ساتھ کرنا چاہیے۔ غیر معمولی طور پر بڑھا ہوا شکم حسب ذیل امراض کی طرف اشارہ کرتا ہے:

شکم کی تحت الجلدی بافت میں مخصوص دہنی بافت کا اجتماع (Pot belly)، قبض، سیلوی مرض، نشاستہ کی بدھضمی، کلوی یا دیگر سلعات ہوا نگلنا وغیرہ کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیے۔ ناف کی وضع کو بالخصوص نوزائیدوں میں ملحوظ رکھنا چاہیے۔

شکم کا جس کرتے وقت جگر کا حدود اربعہ ضرور دیکھنا چاہیے۔ یہ پسلی کے کنارے سے 2 یا 3 انگلی طبعی حالت میں ہوتا ہے یعنی طبعی حالت میں ضلعی کنارہ 2 سم نیچے تک پایا جاتا ہے۔ یہ سیلوی مرض میں بآسانی جس نہیں کیا جاسکتا ہے۔ ضمور میں اسے صلب، ٹھوس اور کم وبیش بڑھا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ عظم الکبد، سرایتی التہاب کبد، سقوط قلب، لیوکیمیا، آتشک، وان گیرک کا مرض۔ (Von Gierk's disease)، گیندر کا مرض (Gender's disease) اور بہت سے دیگر حالات میں پایا

جاتا ہے۔طبعی حالات میں طحال قابل جس نہیں ہوتا۔اس کا عظم خلقی آتشک، تدرن عمومی، سرایتی التہاب کبد، ملیریا یا دموی مرض پر دلالت کرتا ہے۔سرایت کی کسی قسم میں بچہ عموماً خفیف عظم طحال کا شکار ہوتا ہے۔طحال جب بڑھ جاتا ہے تو بائیں ضلعی کنارہ کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

ایستادہ (کھڑے ہونے کی) وضع میں امتحان کرنے سے فتق، فوطے میں خصیوں کی موجودگی یا عدم موجودگی بذریعہ جس بآسانی معلوم کی جاسکتی ہے۔

قبض کے مریضوں میں برازی تودے محسوس کیے جاسکتے ہیں۔شکمی اصمیت کا اندازہ بچے کے چہرے سے بآسانی کیا جاسکتا ہے، کیونکہ ایسی حالت میں جس کرتے وقت چہرے پر تکلیف کے آثار نمایاں ہوں گے۔

فوطہ میں خصیتین کی موجودگی کا پتہ لگانا چاہیے لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ فعال انعکاس انھیں شکم میں واپس دھکیل سکتا ہے۔

ٹانگیں اور بازو: ٹانگوں اور بازوؤں کی ہیئت درج کی جائے۔ضرب الرکبہ کساح کا مظہر ہوتا ہے، ٹانگوں اور بازوؤں کا بے ہنگم چھوٹا پن طویل ہڈیوں کے کرادیس میں نقص نمو کی صورت میں پایا جاتا ہے۔پوقدمی یا بھچک کر چلنا عظام طوال، ایک یا دونوں کولھے کے نقص نمو یا کاذب تضخمی سوءتغذیہ کے سبب ہوتا ہے۔لنگڑا پن پیر، ٹانگ یا کولھے کی چوٹ سے عارض ہوسکتا ہے۔ علاوہ بریں تدرنی مرض اور کاذب وجع العصص میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔نوزائیدوں میں ہاتھ پاؤں ہلانے پر بے چینی اور درد و کرب استقر بوط کی علامت ہوتی ہے۔

نظام اعصاب: سب سے پہلے مریض کے حالات وسکنات اور کھیل کود کا مشاہدہ کرنا چاہیے، اس کے بعد امتحان۔اس امتحان میں بچے کے تعاون کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جاسکتا۔ کھینچ تان اور چیخ و پکار سے یہ امتحان غیر اہم ہو جاتا ہے۔

جوڑوں کے پرسکون اور بغیر حرکت کے ہونے کی صورت میں وتر پر بزل کر کے اس کی حرکت انعکاسی کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔رعشہ میں جوڑوں کے جھٹکے بسا اوقات طویل مدت تک برقرار رہتے ہیں۔لیکن ڈھیلے اور بے جان قسم کے رعشہ میں معدوم ہوتے ہیں۔مسلسل ارتعاش میں عضلات کی صلابت اطراف کو بے لوچ بنا دیتی ہے۔اس میں تشوہات موجود ہو سکتے ہیں۔ قنات ہرمیہ میں ماؤف اطراف سخت ہو جاتے ہیں، لیکن اس اصابہ میں تمدد کے سبب عارض ہوتا ہے۔انعکاس الوتر کی عدم موجودگی محیطی عصب کے تضررات التہاب اعصاب عمومی، نخاع،

مرض عصلی اور فریڈرک اختلاج حرکت میں پائی جاتی ہے۔

کمسن بچوں میں حس کا کاشفہ نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔ خلقی فالج نصفی میں اطراف تحت النمو حالت میں پائے جاتے ہیں۔ حسی بطلان نمایاں طور پر پایا جاتا ہے۔

قعر چشم کا امتحان ہمیشہ کرنا چاہیے، اور بھیگا پن (حول) کی موجودگی نوٹ کر لینی چاہیے۔

عصلی قوی اور قوت: کا تعین بھی کر لینا چاہیے۔ عصلی نہاکت میں مبتلا بچہ کو اگر بغل میں سہارا دے کر اٹھایا جائے تو لڑھک جائے گا۔ دماغی خراش یا عضلاتِ نخاعی کا تشنج سر اور گردن کے انعکاس مفعولہ کی قوت مدافعت سے پہچانا جا سکتا ہے (صلابت عنق Neck Stiffness)۔

پیمائش:

بچوں کے امتحان میں وزن اور قد کی مساحتیں ضروری ہیں۔ قد کی مساحت دو سال بعد ہی ممکن ہوا کرتی ہے۔ اس سے کم عمر میں اس کی پشت کی مساحت فیتہ یا زیادہ درست مساحتی بورڈ سے کی جا سکتی ہے۔ جملہ پیمائش معیاری حالات میں انجام دینی چاہئیں اور بچوں کو کپڑوں کے بغیر تولنا چاہیے۔ بچپن کا اہم ترین منظر یہ ہے کہ یہ نشو ونما کا زمانہ ہوتا ہے اسی لیے صحت کی گڑبڑی سے قد اور وزن بری طرح متاثر ہوتے ہیں، لہذا قد اور وزن کا موازنہ اسی عمر، جنس اور ساخت کے صحتمند بچوں سے کرنا چاہیے۔

ضغط الدم:

ضغط الدم کی بے قاعدگیاں بچپن میں بہت کم واقع ہوتی ہیں اور بعض کم سن بچوں میں ضغط الدم کی مساحت بہت دشوار ہوتی ہے نتیجہ کار یہ طریقہ امتحان گاہ عمومی امتحان سے حذف کر دیا جاتا ہے، لیکن قلبی عروقی اور کلوی مرض کے جملہ مشکوک اصابات میں اسے بروئے کار لانا چاہیے۔ بچوں میں ضغط الدم اس وقت زیادہ بہتر اور آسانی سے حاصل کیا جا سکتا ہے جب کہ اصل امتحان مکمل ہو چکا ہو اور بچے کو جزوی ملبوسات پہنا دیے گیے ہوں۔ بچوں میں درست ریڈنگ حاصل کرنے کے لیے کف کا سائز بڑی اہمیت رکھتا ہے اور یہ مختلف سائز میں مارکیٹ میں دستیاب ہے۔ نوزائیدوں اور چھوٹے بچوں میں ضغط الدم کا اندازہ استماع کے ذریعہ ممکن نہیں ہوتا اور انقباضی دباؤ معلوم کرنے کے لیے نبض جس کی جا سکتی ہے۔

تضایق اور طا کے مشکوک اصابات میں ٹانگوں میں فشار دم معلوم کرنا چاہیے، بازوؤں میں ضغط الدم کی اوسط سطح نوزائیدوں میں 80/50 مم سیماب، چار سالہ بچے میں 85/60، آٹھ سالہ

بچے میں 95/65، دس سالہ بچے میں 100/70 اور 13 سالہ بچے میں 110/75 ہوتی ہے۔

حرارت:

بچوں کے معمول کے امتحانات میں حرارت کا پتہ لگانا ہمیشہ ضروری نہیں۔ بچوں میں حرارت ایک کثیر الوقوع دریافت ہے جو اضطراب، ورزش اور معمولی سرایتوں کے علاوہ شدید سرایتوں اور دیگر خطرناک بیماریوں کے نتیجہ میں واقع ہوسکتی ہے۔ حرارت طبعی امتحان سے پیشتر یا بعد میں حاصل کی جائے۔ منہ کے ذریعہ حرارت تقریباً 6 سال سے زائد عمر کے بچوں میں حاصل کی جاسکتی ہے۔ 2 تا 6 سال کے کمسن بچوں میں حرارت بغل یا کنج ران سے حاصل کی جاسکتی ہے۔ مستقیمی حرارت نوزائیدوں میں حاصل کی جاتی ہے، لیکن یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ بغل یا کنج ران سے درجہ حرارت 0.5°C کم اور معاء مستقیم میں منہ کے بہ نسبت 0.50°C زیادہ ہوتا ہے۔ صحتمند بچوں میں حرارت کا اختلاف 36.5°C اور 37.5°C ہوتا ہے اور نوزائیدوں میں بڑے بچوں کے بہ نسبت 1°C زائد حرارت ہوتی ہے۔ چھوٹے بچوں میں 39.5°C یا 40°C تک حرارت کا تیزی سے بڑھنا بعض اوقات حمیاتی تشنج کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

مستقیمی امتحان:

بیشتر بچوں کو مستقیمی امتحان انتہائی ناگوار ہوتا ہے اور چھوٹے بچے درد محسوس کرتے ہیں، یہاں تک کہ چھوٹی انگلی داخل کرنے پر بھی دشواری محسوس کرتے ہیں۔ بچپن میں انشقاق مقعد عام طور سے پایا جاتا ہے۔ جس کو قبات مقعد کے بغور معائنہ سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ ایک ہاتھ سے سرین اور مبرزی قنال کو نرمی سے پکڑ کر دوسری طرف قدرے تان کر کھولنا چاہیے۔

براز:

صحتمند پستانی رضاعت والے نوزائیدوں کا پاخانہ ڈھیلا اور سبز یا لیسدار اور زرد ہوسکتا ہے۔ گائے کا دودھ یا اس سے تیار شدہ چیزیں کھانے والے نوزائیدے بدرنگ قسم کا زرد براز خارج کرتے ہیں، جس کا قوام زیادہ سخت ہوتا ہے بچوں کے براز کی خصوصیات بالغوں کے بہ نسبت زیادہ مختلف ہوتی ہیں۔

بول:

نوزائیدوں میں پیشاب کے نمونے کی فراہمی کی مخصوص تکنیکیں درکار ہوتی ہیں، خاص طور

سے جن میں اکتسابی قوت ماسکہ نہ پیدا ہو۔ اس مقصد کے لیے نوزائیدے کو ایک مخصوص برتن میں بٹھاتے ہیں، جو پلاسٹک کا بنا ہوا ہوتا ہے۔

مذکورہ امور کے علاوہ حرکات وسکنات، نشست و برخاست، بصارت، قوت گرفت سماعت اور تکلم نیز سماجی عادات واطوار پر بھی نظر رکھنی چاہیے۔

●●

6

چند اہم معالجاتی ہدایات

معالجۂ اطفال کے سلسلے میں حسب ذیل نکات ملحوظ رکھنے چاہئیں:

ابتدائی اصابات میں فقط غذائی تدابیر واصلاح سے فائدہ ہو جاتا ہے۔ نوزائیدوں میں فقط مرضعہ کی غذا میں اصلاح کا نہایت خوشگوار اثر بچے پر مرتب ہوتا ہے، کیونکہ اس طرح اس کے دودھ کی مناسب اصلاح ہو جاتی ہے۔ اصلاح غذا کے علاوہ دودھ کو فاسد کرنے والے امور مثلاً کثرت مجامعت وغیرہ سے بھی اجتناب ضروری ہے۔ مخلوط رضاعت کی صورت میں بچے کے خورونوش میں بھی مناسب رعایت کی جائے۔ صرف ناگزیر حالات میں دوا دی جائے، لیکن ساتھ ساتھ مرضعہ کو بھی دوا دی جائے۔ اس طرح بچے کے مرض کا ازالہ ہو جاتا ہے، لیکن شدید حالات میں سریع الاثر دوا کے استعمال میں تامل نہ کرنا چاہیے، تاہم جب موزوں علاج سے مرض کی شدید اور خطرناک علامتیں رفع ہو جائیں تو دوا موقوف کر کے طبیعت پر چھوڑ دینا چاہیے تاکہ مناسب غذا اور حفظ صحت کی تدابیر سے قوت رفتہ واپس آنے میں مدد ملے۔ ایسی صورت میں حسب ضرورت اور حسب برداشت مقوی غذائیں دینے سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔

بدذائقہ دوا کھلانے سے بچہ کو نقصان پہنچ سکتا ہے، لہٰذا ان کے نسخوں میں ایسی دوا تجویز کرنی چاہیے جو بدبودار یا بدذائقہ نہ ہو بلکہ ممکنہ حد تک ان کی دوائیں خوش ذائقہ اور خوش رنگ ہونی

چاہئیں تا کہ اسے بچہ بآسانی اور بہ رضا و رغبت پی سکے۔

بچے کو زیادہ مقدار میں بیک وقت دوا استعمال کرے سے بہتر یہ ہے کہ اسے چھوٹی چھوٹی خوراکوں میں تقسیم کر کے بار بار دیا جائے۔

بچوں میں کچلہ، پارہ، سنکھیا اور لفاح جیسی دوائیں برداشت کرنے کی صلاحیت نسبتاً زیادہ ہوتی ہے۔ پھر بھی کسی خطرناک مرض مثلاً آتشک وغیرہ کے علاوہ کسی دوسرے مرض میں استعمال نہ کرانا چاہیے۔

منشیات (نشہ آور) و منومات (خواب آور) دوائیں مثلاً افیون وغیرہ کے استعمال سے حتی الامکان احتراز ضروری ہے۔ چونکہ بچوں میں افیون کے برداشت کی قوت بہت کم ہوتی ہے، لہٰذا صرف ناگزیر حالات میں قلیل مقدار میں اور پورے احتیاط کے ساتھ استعمال کرائیں، ساتھ ہی مریض بچہ کو معالج براہ راست اپنے زیر نگرانی رکھے۔

نوٹ: معالجات کی کسی کتاب میں بالعموم اور امراض اطفال میں بالخصوص دواؤں کے مقدار خوراک کے متعلق طبیب کو اپنی حد تک اطمنان کر لینا چاہیے تا کہ غلطی سے زائد مقدار کے تعین سے حفاظت رہے۔

مقدار خوراک:

یونانی دوائیں :مندرجہ ذیل جدول کے مطابق بچوں کو ان کی عمر کے لحاظ سے دوا دینی چاہیں، لیکن اس جدول پر عمل صرف اسی حالت میں مناسب ہے، جب کہ بالغ کی مقدار خوراک معلوم ہو:

دو سال تک کے بچوں کے لیے بالغوں کی مقدار خوراک کا چوتھائی حصہ 1/4

چھ " " تہائی حصہ 1/3

نو " " نصف حصہ 1/2

پندرہ " " تین چوتھائی 3/4

فیصد کا طریقہ جدید دواؤں میں بطور خاص کارآمد ثابت ہوتا ہے، تاہم چونکہ اس طرح سے متعین کی ہوئی مقدار خوراک نوزائیدوں کے لیے ضرورت سے زیادہ ہو جاتی ہے، لہٰذا وزن پر منحصر مقدار خوارک زیادہ موزوں ہوتی ہے۔

فیصد کا جدول درج ذیل ہے:

عمر	بالغ کی مقدار کا فیصد
بوقت پیدائش	10
2ماہ	15
4ماہ	20
12ماہ	25
18ماہ	30
3سال	33½
5سال	40
10سال	60
11سال	70
12سال	75
14سال	80
16سال	90
20سال	100

فصد و مسہل کا استعمال چھوٹے بچوں میں جائز نہیں۔

7

استسقاء دماغ

(HYDROCEPHALUS)

ماہیت: اطباء قدیم نے اسے اجتماع الماء فی الراس (سر میں پانی جمع ہو جانا) سے موسوم کیا ہے، جسے آج کے سائنٹی فک دور میں بھی تسلیم کیا جا چکا ہے، کیونکہ اس مرض میں بطون دماغ (دماغ کی فضاؤں) یا غشاء ام رقیق یا دونوں مقامات میں سیرم یعنی آب خون جمع ہو جاتا ہے اور نتیجہ کار مریض کا سر بڑھ جاتا ہے۔ یہ صورت تنہا یا شوکہ متساویہ (Spina bifida) کے ساتھ پائی جاسکتی ہے۔

اسباب: یہ مرض عموماً حمل ہی میں بچہ کو لاحق ہو جاتا ہے، جس کے سبب وضع حمل میں دشواریاں پیش آتی ہیں، چنانچہ بچہ کا سر اتنا بڑا ہو سکتا ہے کہ وضع حمل سے پہلے دباؤ کم کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ گاہے پیدائش کے وقت سر طبعی جسامت کا ہوتا ہے، لیکن بعد میں تیزی سے بڑھنے لگتا ہے۔

فساد فعل زیر دماغی نخاعی سیال کی زیادتی کے سبب ہوتا ہے۔ اس میں اکثر تیسرے یا چوتھے بطون کے مابین سیال کی نالی بند ہو جاتی ہے لیکن کبھی دوسرے مقامات پر بھی تسدد واقع ہوتا ہے۔ سیالی میزاب کا تضیق یا بے انثقابی اس میں مزید ابتری پیدا کرتے ہیں۔ خلقی الاصل اصابات کی

اکثریت دماغ کے تشوہ کے سبب ہوتی ہے، جس کی وجہ سے رطوبت کے بہاؤ میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ بڑی وریدجالینوس کے شریانی وریدی تشوہ کے علاوہ دوسرے تشوہات جو بین البطنی ثقبوں کے تسدد کے ساتھ واقع ہوتے ہیں، بھی سیالی میزاب پر دباؤ ڈالتے ہیں۔ دروں رحمی ولادتی تضرر کے سبب جریان دم کی رکاوٹ کے علاوہ گاہے دروں رحمی سمی مصل الدمویت (Toxoplasmosis) یا آتشک بھی یہ صورت پیدا کرسکتا ہے اور ہر اصابہ کو اسی زاویے سے دیکھنا چاہیے۔

اکتسابی استسقاء دماغ کم واقع ہوتا ہے جس کی وجہ کسی طرح کی رکاوٹ ہوتی ہے۔ چنانچہ یہ اکثر اصابات میں التہاب اغشیۂ دماغ یا درون دماغی سلعہ کے سبب ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے۔

علامات: ولادت کے بعد یہ مرض لاحق ہو تو خواہ کیسی ہی لطیف اور مقوی غذائیں دی جائیں، عیش و تنعم کا سامان فراہم کیا جائے، اس کی کمزوری اور نقاہت میں اضافہ ہی ہوتا چلا جاتا ہے۔ دوران خون سست اور جسمانی حرارت کم ہوجاتی ہے۔ گاہے قبض اور کبھی اسہال کی شکایت ہو جاتی ہے۔ مزاج میں چڑچڑاپن اور تیزی آجاتی ہے، سر اس قدر نمایاں طور پر بڑھ جاتا ہے کہ بچہ سہارا کے بغیر اسے قائم رکھنے پر قادر نہیں ہوتا جیسا کہ تصویر 5 سے ظاہر ہے:

تصویر 5: 3 ماہ کی بچی میں استسقاء دماغ

ٹارچ کی روشنی آر پار ہو جاتی ہے، جیسا کہ تصویر ذیل سے ظاہر ہے:

تصویر 6: نوزائیدہ کے استقاء دماغ میں انعطافی تنویر

رخسار کا زیریں حصہ اور تھوڑی تنگ ہو جاتے ہیں جس کے سبب رخسار بے ہنگم اور بے ڈول اور چندیا مثلث نما ہو جاتا ہے۔ سر درد کرتا ہے، چکر آتا ہے۔ دماغی قویٰ مضمحل اور خلل پذیر ہو جاتے ہیں۔ عقل میں فتور اور حواس خمسہ میں خلل آ جاتا ہے، بے خوابی کی شکایت ہوتی ہے۔ دن میں غنودگی طاری رہتی ہے اور مرض کی ترقی کے ساتھ ساتھ اس میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ آنکھوں پر دباؤ پڑنے کے سبب آنکھیں باہر کو نکل آتی ہیں اور نیچے کی طرف جھکی ہوئی نمناک ہوتی ہیں، ہتھیلیاں پھیل جاتی ہیں۔ بچہ آنکھ بند کرنے پر قادر نہیں ہوتا۔ اسے غروب آفتاب کی امارت (Setting Sun Sign) سے موسوم کرتے ہیں، جیسا کہ تصویر 7 سے ظاہر ہے:

تصویر 7: دماغ میں ''غروب آفتاب'' والی امارت

نبض سست چلتی ہے، بچہ ناک اور ہونٹ نوچتا رہتا ہے اور بالآخر بیہوشی یا تشنج کی حالت میں راہیٔ ملک عدم ہو جاتا ہے۔

تشخیص: اگر دماغ کو ضرر سے محفوظ رکھنا ہو تو بروقت تشخیص کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔ اگر بچہ خطرہ میں ہو تو اسے برابر زیر نگرانی رکھا جائے کم وزن والے تیز دلادتی ضرب سے دوچار ہونے والے بچے خصوصی توجہ کے طالب ہوتے ہیں۔ یافوخ تنیدہ ہو جاتا ہے اور عمر کے مطابق جتنا بڑھنا چاہیے اس سے زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ جیسا کہ اوپر بتایا گیا ہے۔ آنکھیں نیچے کو گھوم جاتی ہیں جس کے سبب غشاء الصلبہ، طبقہ قزحیہ کے اوپر نظر آتا ہے۔ سر کے محیط کی باقاعدہ سلسلہ وار پیمایش سے استسقا، دماغ کا اندازہ ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص ابتداء میں انتہائی دشوار ہوتی ہے، بالخصوص کم وزن والے بچوں میں، جن میں طبعی نشوونما تیزی سے ہونے لگتی ہے۔ بہر حال جملہ مریض بچوں میں سر کے محیط کی مساحت اصولی طور پر انجام دینی چاہیے۔ اس طرح نشوونما کی غیر طبعی شرح کا اندازہ بخوبی ہو جاتا ہے، لیکن دقت اس وقت پیش آتی ہے، جب کہ سر موروثی طور پر بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن اس میں سے سر کا سب سے بالائی حصہ مسطح ہوتا ہے۔ جب کہ استسقاد ماغ والے میں سر گلوبچی ہو جاتا ہے۔

خلقی آتشک سے تفریق عموماً روداد کے ذریعہ ہو جاتی ہے۔

مشکوک اصابات میں تشنج کے وقوعات یا سیال دماغی نخاعی میں بڑھا ہوا لحمین (پروٹین) اکتسابی استسقاء دماغ کی نشاندہی کرتے ہیں۔

بغیر علاج کا استسقاء دماغ دماغی ضرر کا رجحان رکھتا ہے اور گاہے ذیول چشم واقع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات مرض اپنے آپ رک جاتا ہے، لیکن دماغ غالباً بدستور متضرر رہو جاتا ہے۔ استسقاء دماغ کے نوزائیدوں میں حلیمی سلعہ (Papilloedema) واقع نہیں ہوتا۔ کیونکہ سیال دماغی نخاع کے مسدود ہونے کے سبب آگے غلاف چشم میں درآنے سے باز رکھتا ہے اور نتیجۂ کار طبقۂ شبکیہ کی مرکزی وریدپر دباؤ نہیں پڑتا۔

معملی امتحانات: بطونی یا نخاعی سیال کے اجزائے ترکیبی کی روشنی میں استسقائے دماغی کی کثرت اکثر مشیمی ضیفری حلیمی اذیما میں اور گاہے سرایت مرکزی نخاع میں یا جریان کے بعد ہوتی ہے۔ سلعی خلیات کا پتہ سیال دماغی نخاعی کے خلوی امتحان سے چل سکتا ہے۔

عکس ریز: لاشعائی امتحان سے اس امر کا پتہ چل جائے گا کہ چہرے کے مقابلے میں دماغ

زیادہ بڑھ رہا ہے۔

ہوائی دماغ نگاری: قطنی راہ سے، بشرطیکہ اسے احتیاط کے ساتھ انجام دیا جاسکے یا بطونی راہ سے (یا دونوں راستوں سے) ہوائی دماغ نگاری انجام دینے سے سیال دماغی نخاع کے مقام انسداد کی مزید وضاحت ہو جائے گی۔

امتحان مخصوصہ: رجع الصوتی دماغ نگاری بطونی اتساع کو واضح کر دے گی۔ بقول گیلانی اس مرض میں شفایابی مشکل ہے۔ انجام مرض بالعموم خراب ہوتا ہے اور بچہ لقمۂ اجل بن جاتا ہے، لیکن اگر جانبر ہو جاتا ہے تو مذکورہ عوارض میں رفتہ رفتہ کمی آجاتی ہے۔ بھوک کھل جاتی اور لاغری دفع ہو جاتی ہے، لیکن عاقبہ کے طور پر حافظہ خراب ہو جاتا ہے اور کم عقلی نیز بیوقوفی کی شکایت ہو جاتی ہے۔

تحفظی تدابیر: اگر مذکورہ بالا طبعی اور عصبی امتحان باقاعدہ کیا جاتا رہا ہے، جس میں سر کے محیط کی مساحت بھی شامل ہو تو ابتداء میں ہی اس کی آگہی سے تدارک و علاج ممکن ہوتا ہے۔

علاج:

عملیہ: اگر تیزی سے سر بڑھنے کی تشخیص ہو جائے تو عملیہ کے علاوہ اور کوئی چارہ کار نہیں، تاہم عملیہ کے فیصلہ سے پیشتر مختصر مدتی معائنہ ناگریز ہے۔ اگر سریری اعتبار سے مریض اچھا معلوم ہو تو عملیہ نہ انجام دینا ہی بہتر ہے، خاص طور سے جب کہ سر بڑھنے کی رفتار ''معیاری انڈیکس'' کے مطابق ہو۔

دوائی علاج: ابتدائے مرض میں استسقاء میں مفید دوائیں استعمال کرائی جاسکتی ہیں۔

سر کے بال منڈوا کر پہلے نطولِ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) ایلوا، حب بلساں، کوٹھ، اگر، افسنتین، تج، اکلیل الملک، زعفران، بورۂ ارمنی ہر ایک 6 گرام پانی یا آب مکوہ سبز میں پیس کر ضماد کریں اور اس کے اوپر سیسہ کا باریک پترہ باندھ دیں۔

ضماد ذیل مذکورہ بالا سے زیادہ قوی الاثر ہے:

(نسخہ) نطرون، کوٹھ، فرفیون، شونیز، اکلیل الملک ہر ایک ایک حصہ، جند بیدستر، زعفران ہر ایک چوتھائی حصہ، بورۂ ارمنی دو حصہ۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں باریک پیس کر کپڑے میں چھان لیں اور شراب کے سرکا میں حل کر کے سر پر لگائیں، اوپر سے سیسہ کا پترہ باندھ دیں۔

داخلی طور پر عرق ذیل تھوڑا تھوڑا پلاتے رہیں، بلکہ ممکنہ حد تک پانی کے بجائے یہی

عرق پلائیں۔

(نسخہ) اذخر مکی، گل سرخ، گاؤزباں ہر ایک 60 گرام، بیخ کرفس 36 گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: جملہ دوائیں سوا لیٹر پانی میں ایک دن رات بھگو رکھیں اس کے بعد ایک بوتل عرق کشید کر لیں۔ یہی عرق پانی کے بجائے بچہ کو دیتے رہیں۔

دست لانے کے لیے مندرجہ ذیل حبوب صبر کھلائیں، جو استسقاء دماغ کے لیے مفید بتائے جاتے ہیں:

(نسخہ) صبر سقوطری 6 گرام، جدوار، مرمکی، عود صلیب، زہر مہرہ، ہر ایک 3 گرام، زعفران 1.5 گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: جملہ اجزا کو کھرل کر کے لعاب گھیکوار کے ہمراہ مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک وترکیب استعمال: ایک گولی شام کو شکر وغیرہ میں لپیٹ کر کھلا دیں (کیونکہ ایلوا کی تلخی کی وجہ سے بچہ مشکل سے گوارہ کر سکے گا)، اوپر سے دودھ یا عرق بادیان پلا دیں۔

بڑی عمر والے بچوں کو ایک ایک گولی صبح وشام دیں، لیکن اگر دست زیادہ آنے لگے تو حسب دستور صرف ایک ایک گولی پر اکتفا کریں۔

نوٹ: اگر مریض کو پہلے سے دست کی شکایت ہو تو کسی طرح کا ملین دینے سے احتراز کیا جائے، بلکہ صرف خارجی دواؤں پر ہی اکتفا کیا جائے۔

غذا و پرہیز: غذا لطیف مقوی اور زود ہضم دیں، قبض نہ ہونے دیں۔

●●

8

سرسام

(MENINGITIS)

مترادف: ورم اغشیۃ الدماغ۔

لغوی ترکیب: سرسام دولفظوں سے مرکب ہے، یعنی (1) فارسی لفظ ''سر'' بمعنی راس، اور (2) یونانی لفظ، سام، بمعنی ورم، اسی لیے سرسام کے لغوی معنی ''ورم دماغ'' کے ہیں۔

کیفیت مرض: ورم اغشیۂ دماغ (Meningitis) میں اگر چہ دماغ کے تینوں پردوں تک اثر پہنچتا ہے، تاہم اس طرح کی بیماری سے بالعموم غشاء عنکبوتی (Archnoid)، اور ام رقیق (Piameter) دونوں ہی اغشیہ متاثر ہوا کرتی ہیں، اور ام جافیہ (Durameter) کا تضرر اکثر ضربہ وسقطہ کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔

تقسیم: بنیادی طور پر اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں (1) سرسام حقیقی اور (2) سرسام غیر حقیقی۔

سرسام حقیقی میں دماغ اور اس کی جھلیوں میں ورم لاحق ہو جاتا ہے جس کی مادی تقسیم و تسبیب آگے آرہی ہے۔

سرسام غیر حقیقی (Phrenitis): اس حالت میں جرم دماغ اور اس کی جھلیوں میں ورم نہیں پیدا ہوتا، بلکہ ردی ابخرات کے دماغ کی طرف صعود کرنے سے ورم دماغ یا ورم اغشیۂ دماغ سے

مشابہ علامات پیدا ہو جاتی ہیں، اور مریض بکواس اور ہذیان کرتا ہے، جیسا کہ تیز بخاروں میں ہوتا ہے۔

غلطی تقسیم: چونکہ سرسام بھی دیگر امراض کی طرح اخلاط اربعہ سے لاحق ہوتا ہے، اس لیے اس کی حسب ذیل چار قسمیں بیان کی جاتی ہیں:

(1) سرسام دموی یا خونی: یہ خون سے پیدا ہوتا ہے۔ اسے قرانیطس سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

(2) سرسام صفراوی، جو صفراء سے پیدا ہوتا ہے۔ اسے قرانیطس خالص بھی کہتے ہیں۔

(3) سرسام بلغمی جو غلیظ بلغم سے پیدا ہوتا ہے۔ اسے یرغس سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

(4) سرسام سوداوی: غلبۂ سودا کے باعث واقع ہوتا ہے۔ اس کا کوئی مخصوص نام نہیں، تاہم بعض اطباء اسے فیماغورث سے نامزد کرتے ہیں۔

سرسام حقیقی کی مجموعی حیثیت سے دو بڑی قسمیں ہوتی ہیں۔ جو درج ذیل ہیں:

(1) سرسام حار:۔ جس میں سرسام دموی وصفراوی دونوں شامل ہیں اور۔

(2) سرسام بارد:۔ جو سرسام بلغمی وسوداوی پر مشتمل ہوتا ہے۔

یہاں موخر الذکر دونوں قسموں سے ہی بحث کی جاتی ہے۔

سرسام حار

اسباب: گو کہ یہ مرض ہر عمر میں ممکن ہے، تاہم بچوں میں مبتلا ہونے کی صلاحیت زیادہ ہوتی ہے۔ سخت گرمی، تیز دھوپ اور غصہ وغضب، صدمہ، ضربہ یا سقطہ، دماغ، کان یا ناک کی سوزش یا چیچک، ذات الریہ، ذات الجنب، وجع المفاصل، نقرس، سل یا آتشک کے مادہ کا دماغ کی طرف انصباب اس کے اسباب میں شامل ہیں۔ علاوہ بریں گردہ کے اورام مزمنہ اور تسمم الدم سے بھی یہ مرض لاحق ہو جاتا ہے، تاہم بعض اوقات بلا کسی ظاہری سبب کے بھی یہ مرض ہو جاتا ہے۔

سرسام حار کا وقوعہ سرسام بارد کے بہ نسبت زیادہ ہوتا ہے۔

علامات: گاہے اصل مرض کے آغاز سے پیشتر طبیعت میں اضمحلال اور چڑچڑا پن پایا جاتا ہے، دردسر نیز دوران سر کی شکایت ہوتی ہے روشنی اور شور وغل سے نفرت ہو جاتی ہے، پھر نوجوانوں میں جاڑے سے اور بچوں میں تشنج سے بخار کا آغاز ہوتا ہے، جو غلبۂ دم کی حالت میں خفیف اور غلبۂ صفرا کی صورت میں تیز ہوتا ہے، تاہم 2-1 درجہ سے زیادہ حرارت نہیں ہوتی، مریض کے چہرے پر تفکر اور طبیعت میں بے چینی پائی جاتی ہے۔ نیند نہیں آتی، عضلات پھڑکتے

ہیں۔ مریض ہذیان کے زیر اثر کبھی ہنستا ہے اور کبھی بڑبڑاتا ہے، دانت پیستا ہے۔ درد کی شدت اور ہاتھ پاؤں میں تشنج پیہم کے سبب عاجز آ کر چیخنے لگتا ہے اور آخر کار بیہوش ہو جاتا ہے۔ قبض کی شکایت ہوتی ہے اور گاہے بول و براز خطا ہو جاتے ہیں، چہرے پر مردنی طاری ہوتی ہے اور چراغ زندگی گل ہو جاتا ہے۔

لیکن بحران جید کے بعد جب تندرستی کی جانب میلان ہو جاتا ہے تو ہذیان میں کمی آجاتی ہے، درد سرکم ہوتے ہوتے معدوم ہو جاتا ہے۔ حرارت میں بھی تخفیف ہو جاتی ہے، نیند آنے لگتی ہے، اور بالآخر جملہ خراب علامتیں رفع ہو کر رفتہ رفتہ مکمل شفا ہو جاتی ہے۔

نوٹ: غلبۂ دم کی صورت میں چہرہ، زبان نیز آنکھیں سرخ ہو جاتی ہیں سر بوجھل ہو جاتا ہے، لیکن غلبۂ صفراء کی حالت میں مریض کے چہرہ زبان، اور آنکھوں کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ حلق اور نتھنے خشک ہوتے ہیں اور طبیعت میں غضب اور جوش موجود ہوتا ہے۔

تدابیر و علاج: مریض کو کشادہ، ہوادار، تاریک اور پرسکون کمرے میں رکھا جائے۔ راحت رسانی میں کوئی دقیقہ فروگذاشت نہ کیا جائے۔ گلے اور سینہ کی بندش ڈھیلی کر دی جائے۔ سرہانہ اونچا کر دیا جائے۔ سر کے بال بنوا دیے جائیں اور آب سرد میں کپڑا تر کر کے سر پر رکھا جائے۔ اس عمل کا تکرار کرتے رہنا چاہیے۔

پنڈلیوں پر سنگھیاں لگوائی جائیں اور حقنہ و پاشویہ کا اہتمام کیا جائے۔

(نسخہ حقنہ) گلبنفشہ 5 گرام، عناب 2 دانہ، سپستاں 3 دانہ، گل سرخ 5 گرام۔

جملہ دوائیں، نصف لیٹر پانی میں جوش دے کر چھان لی جائیں اور اس میں نمک طعام، روغن بید انجیر شامل کر کے استعمال کرائیں۔

(روغن پاشویہ) گلبنفشہ، گل نیلوفر، تخم خطمی، سبوس گندم، نمک طعام ہر ایک 5 گرام، برگ کنار (بیری کے پتے) 125 گرام۔

جملہ دوائیں پانی میں جوش دیں، جب تہائی حصہ باقی رہ جائے، صاف کر کے نیم گرم پاشویہ کرائیں۔

تبرید راس: تسکین حرارت کے لیے گلاب، سرکہ، روغن گل ہر ایک 12-12 ملی لیٹر ملا کر برف سے ٹھنڈا کریں اور اس میں کپڑا تر کر کے بار بار چندیا پر رکھیں اور بار بار تر کرتے رہیں۔

اس عمل کے بجائے ٹھنڈے پانی یا برف کی تھیلی سر پر رکھتے ہیں۔

بے خوابی کی حالت میں ترطیب دماغ کے لیے لڑکی والی عورت کا دودھ کان میں ٹپکائیں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 1.5 گرام، شیرہ عناب 3 دانہ، شیرہ تخم کا ہو مقشر، شیرہ مغز تخم کدوئے شیریں ہر ایک 1.5 گرام، عرق بید مشک، عرق گلاب، عرق گاؤزباں ہر ایک 50 ملی لیٹر میں نکال کر شربت نیلوفر 25 ملی لیٹر ملا کر نوش کرائیں۔

جوکا ستو شکر سفید ملا کر پلانا بھی مفید ہے۔

آلو بخارہ 3 عدد، تمر ہندی کا زلال 2 گرام پلانا سرسام صفراوی میں بطور خاص مفید ہے۔

اگر ہذیان، متلی، قے اور شدید دردسر کی شکایت زیادہ ہو جائے تو مارفیا اشرابا پہنچانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

دماغ کا دباؤ کم کرنے کے لیے سیال دماغی نخاعی (CSF) کا حسب ضرورت اخراج کیا جائے۔

روزانہ گرم پانی اور صابن سے حقنہ بروے کار لایا جائے۔

اگر سرسام کسی مخصوص جراثیمی تعدیہ کا شاخسانہ ہو تو جراثیمی نوعیت کا لحاظ کرتے ہوئے نوعی معالجہ روبہ عمل لایا جائے۔

افاقۂ مرض کے بعد تقویت دماغ کی غرض سے خمیرہ گاؤزباں عنبری جواہر والا، خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا یا دواء المسلک معتدل جواہر والا بمقدار 3 گرام ہمراہ آب تازہ دیں۔

سرسام بارد

اسباب: ثابت بن قرہ کا قول ہے کہ لیثرغس دماغ کے بلغمی ورم کا نتیجہ ہوا کرتا ہے اور یہ بلغم دماغ کے اگلے حصوں میں مجتمع ہو کر سڑ جاتا ہے۔ اس کی توثیق ابن سرافیون، ابوالفرج اور صاحب تلخیص وغیرہ نے بھی کی ہے۔ جبکہ جدید اطبا بعض جراثیم کی چھوت کو سبب قرار دیتے ہیں جو خون کے ذریعہ دماغ اور طحال وغیرہ میں پہنچ کر التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حیوانی مواد حوینات ثاقبہ کہلاتے ہیں۔

علامات: غلبۂ بلغم کی حالت میں سر بھاری ہوتا ہے اور زبان سفید، لعاب دہن کی کثرت ہوتی ہے، لیکن بخار ہلکا ہوتا ہے۔ بعد میں یہ صورت ہوتی ہے کہ بخار کچھ دنوں تک رہتا ہے اور پھر کچھ دنوں کے لیے غائب ہو جاتا ہے۔ ہاتھ پاؤں کی گلٹیاں متورم ہو کر بڑھ جاتی ہیں، قلت الدم

کی شکایت ہوتی ہے۔ سستی غالب ہوتی ہے، پلکوں اور زبان کو ہلانا طبیعت پر گراں گزرتا ہے۔ نبض عظیم وبطی ہوتی ہے۔ نسیان کا غلبہ ہوتا ہے اور کبھی غفلت ہی کی حالت میں مریض فوت ہو جاتا ہے۔

نوٹ: غلبۂ سودا کی صورت میں مریض بہکتا، ہذیان کرتا، خائف نیز مغموم و پژمردہ رہتا ہے۔ گاہے بیخوابی بھی رہتی ہے۔ نتھنے اور حلق بالعموم خشک رہتے ہیں، گھٹن کا احساس ہوتا ہے۔ مریض ٹکٹکی باندھ کر دیکھتا ہے، آنکھیں اندر کو دھنسی ہوتی ہیں، خفیف بخار اور دردِ سر کی شکایت ہوتی ہے۔ نبض صغیر صلب اور معتلی ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد علامتیں رفع ہونے پر مریض صحت یاب ہو جاتا ہے۔

تدابیر و علاج: سرسام بارد میں سرسام حار کے برعکس تکمید حار سے حرارت رسانی (diathermy) کی جائے جو تحلیل ورم میں معین ہوتا ہے، چنانچہ اس مقصد کے لیے بعض اوقات مونگ کی روٹی سر پر رکھوائی جاتی ہے اور کبھی مرغ یا کبوتر کا پیٹ چاک کر کے گرما گرم سر پر بندھواتے ہیں۔

مونگ کی روٹی: مونگ کا آٹا بکری یا گائے کے دودھ میں گوندھ کر موٹی روٹی پکائیں، لیکن ایک طرف کچا رہنے دیں اور اسی طرف روغن گل چپڑ کر سر پر باندھ دیں اور ٹھنڈی ہونے پر بار بار بدلتے رہیں، لیکن اس امر کا خیال رکھا جائے کہ روٹی زیادہ گرم نہ ہو کہ سر کی کھال ہی جل جائے۔

تلیین امعاء کی غرض سے سرسام حار کے ذیل میں درج نسخۂ حقنہ استعمال کرائیں۔ ازالۂ قبض کے بعد نسخۂ ذیل دیا جائے:

(نسخہ) دواء المسک معتدل اول کھلائیں، اسکے بعد عرق بادیان، عرق گاؤزباں ہر ایک 35 ملی لیٹر گرم کر کے شربت بنفشہ 12 ملی لیٹر ملا کر دیں۔ اگر قوت اجازت دے تو مذکورہ نسخہ شام کو دیں اور منضج ذیل صبح کے وقت:

(نسخہ منضج) گلبنفشہ، مویز منقی، بیخ کاسنی، گاؤزباں، تخم خطمی، تخم خیارین نیم کوفتہ، اسطوخودوس ہر ایک 2.5 گرام۔

جملہ دوائیں رات کو پانی میں بھگو دیں۔ صبح کو مل چھان کر خمیرہ بنفشہ 12 گرام شامل کر کے نوش کرائیں۔

آٹھ دس یوم بعد اسی نسخہ میں سناء مکی، مغز فلوس خیار صنبر، تمر ہندی، شکر سرخ 20-20 گرام۔شیرہ مغز بادام شیریں اضافہ کر کے 3-4 مسہل دیں پھر اگر ضرورت ہو تو حب ایارج کے ساتھ ایک مسہل دیں۔

(نسخۂ حب ایارج) حب ایارج 30 گرام، روغن بادام بقدر ضرروت میں چرب کر کے ورق نقرہ نصف عدد میں لپیٹیں اور عرق گاؤزباں 4.5 ملی لیٹر کے ساتھ شام چار بجے کھلائیں اور دن نکلنے کے بعد صبح کو مسہل والے نسخہ میں سے مغز املتاس اور سناء مکی علیٰحدہ کر کے بقیہ دوائیں کھلائیں۔

جب مذکورہ تدابیر سے مرض جاتا رہے، بخار و ہذیان کا قلع قمع ہو جائے اور صرف نقاہت باقی رہ جائے تو تقویت دماغ کی غرض سے کشتہ خبث الحدید 15 ملی گرام، دواء المسک معتدل جواہر والی 2.25 گرام میں ملا کر صبح و شام کھلائیں۔

حاد درجہ گزر جانے کے بعد جسمانی یا دماغی اختلالات بطور عاقبہ باقی رہ جائیں تو مناسب درزشوں، مالشوں اور حرکات کے ذریعہ اعتدال پر لانے کی سعی کی جائے۔

نوٹ: مذکورہ علامات و علاج بلغمی و سوداوی دونوں اقسام پر محیط ہوتے ہیں۔

غذا و پرہیز: جب مریض ہوش میں آنے کے بعد غذا طلب کرے تو مونگ یا مونٹھ کا پانی یا شوربہ دیا جائے، لیکن اگر اس پر صبر و قناعت ممکن نہ ہو تو مونگ کی پتلی کھچڑی شوربہ کے ہمراہ دی جائے۔اس کے بعد افاقۂ مرض کے ساتھ غذا میں اضافہ کرتے جائیں۔

سرد پانی سے پرہیز ضروری ہے، اسکے بجائے عرق بادیان یا آب نیم گرم پلانا چاہیے۔

●●

9

عطاش

کیفیت و ماہیت: اس مرض میں بچے کے غشائے دماغی میں خفیف ورم حار پیدا ہو جاتا ہے۔ جس میں شدید پیاس لگتی ہے۔ اسی لیے اسے عطاش سے موسوم کرتے ہیں اور چونکہ اس میں تالو بھی اندرونی جانب دب جاتا ہے، اسی لیے اسے نزول لیافوخ بھی کہتے ہیں۔ اسے غیر تقیحی التہاب اغشیۂ دماغ بھی کہتے ہیں۔

اسباب: مرضعہ کے دودھ کی خرابی، بچہ کی بدہضمی، میلا کچیلا رہنا، ماں کا تیز گرم غذاؤں کا استعمال اور والدین کا آتشک میں مبتلا ہونا تیز گرمی نیز ناک کان کے ورم کا دماغ کی طرف منتقل ہونا وغیرہ اس کے اسباب ہیں۔ اس کا ایک بڑا سبب یہ بھی بیان کیا جاتا ہے کہ ناسمجھ عورتیں مباشرت کے بعد بغیر کچھ کھائے پیے فوراً دودھ پلا دیتی ہیں جس سے یہ شکایت بلا تاخیر پیدا ہو جاتی ہے۔

طب جدید میں مختلف قشعیات کے ذریعہ پیدا ہونے والا علائمیہ بتایا گیا ہے۔ یہ حالت مئی تا اکتوبر زیادہ واقع ہوتی ہے۔ بچے اس میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات: اس مرض کی اہم ترین علامت پیاس ہوتی ہے۔ جسے تسکین نہیں ملتی خواہ مریض کو کتنا ہی پانی کیوں نہ پلا دیا جائے۔ بچہ روز بروز کمزور ہوتا جاتا ہے۔ دماغ میں ورم گرم ہوتا ہے۔

تالو کے مقام پر دماغ دب جاتا ہے۔ درد پیشانی، حلق اور مقلۂ چشم (آنکھ کے ڈھیلے) تک پہنچتا ہے۔ جس کے سبب آنکھیں اور چہرہ زرد ہو جاتے ہیں۔ بچہ پیشانی اور آنکھیں ملتا ہے۔ سر کو بار بار اِدھر ادھر پلٹتا رہتا ہے۔ وہ ضدی اور چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ نیند نہیں آتی اور اگر قدرے غنودگی آ بھی جائے تو فوراً چونک کر اٹھ بیٹھتا ہے۔ بخار تیز ہوتا ہے، سر میں درد ہوتا ہے۔ بعض بچوں میں تشنجی کیفیت رونما ہوتی ہے۔ پروٹین میں معمولی اضافہ ہو جاتا ہے۔ سیال دماغ نخاعی میں دونواتی خلیات 3000 فی ملی لیٹر بڑھ جاتے ہیں۔

تدابیر وعلاج: مرضعہ کے دودھ کی اصلاح کی جائے۔ گرم غذاؤں کے کھانے پینے اور گرمی دھوپ میں چلنے پھرنے سے پرہیز ضروری ہے۔ ایام رضاعت میں بچوں کے حفظ صحت کے نقطۂ نظر سے مباشرت سے اجتناب ضروری ہے، کیونکہ اس طرح دودھ فاسد ہو کر بچہ کے لیے مسموم ہو جاتا ہے اور اگر ایسا ہو ہی جائے تو مباشرت کے بعد کوئی چیز بطور ناشتہ کھا کر کم از کم ڈیڑھ گھنٹہ بعد دودھ پلانے کی اجازت دی جائے۔

بچہ کے سر اور تالو پر سرد اور قابض دواؤں کا ضماد مفید ہے چند نسخے درج ذیل ہیں:

(نسخہ ضماد): کدوئے تازہ اور ککڑی کے تازہ چھلکے لے کر خرفہ، دھنیا اور مکوہ سبز کا پانی، روغن گل اور قدرے سرکہ باہم ملا کر ضماد تیار کر کے لگائیں۔ ضماد ذیل بھی مفید ہے:

ضماد عطاش: آملہ خشک، تخم خرفہ سیاہ ہر ایک 6 گرام، آب بارتنگ سبز کے پانی میں پیس کر سفیدی بیضہ مرغ اضافہ کر کے حسب ضرورت تالو پر ضماد کریں۔ گاہے اس ضماد میں آب خرفہ اور لڑکی والی عورت کا دودھ اضافہ کر کے ضماد کیا جائے۔

غلبۂ پیاس کی صورت میں سفوف ذیل تیار کر کے استعمال کرائیں۔

(نسخہ) تباشیر کبود، زہر مہرہ، کہربا، قاقلتین، زرورد ہموزن کوٹ چھان کر سفوف بنائیں اور رب انار تھوڑا تھوڑا چٹائیں۔

اسی طرح شیرہ تخم خرفہ طباشیر کے ہمراہ پلانا بھی مفید ہے۔

پیاس کی زیادتی کی حالت میں شیرہ حب الآس، شیرہ تخم خرفہ سیاہ ہر ایک 500 ملی گرام، پینے کی دوائیں اضافہ کریں۔

دوائے ذیل بھی بچوں کی شدید پیاس رفع کرتی ہے۔ نیز بخار اور صفراوی اسہال کو دور کرتی ہے

(نسخہ) بنسلوچن، زرشک 17 گرام، سماق، کنول گٹہ، گل ارمنی، زرورد، سنبل گلو، خرفہ ہر

ایک 3-3 گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دوائیں کوٹ کر صاف کپڑے میں پوٹلی باندھ کر مٹی کے کورے برتن میں نصف لیٹر پانی میں بھگو دیں، یہی پانی قدرے قدرے بچہ کو بار بار پلاتے رہیں۔ اگر اس مرض میں اسہال شدت اختیار کر لے، آنکھیں اندر دھنس جائیں تو پوست آملہ کو گلاب میں پیس کر لعاب اسپغول اور صندل گھس کر اضافہ کریں۔ اس ضماد کے استعمال سے نمایاں فائدہ ہوتا ہے۔

روغن ذیل عطاش، نزلہ حار اور سرسام میں بہت مفید ہے:

(نسخہ) خس، بنفشہ، نیلوفر ہر ایک 36 گرام، دیودار، دار ہلد، ملیٹھی، صندل سفید، برادہ عود ہر ایک 24 گرام، مغز کنول گٹہ، گل سرخ ہر ایک 48 گرام، کشنیز خشک 96 گرام، آملہ 44 گرام مہندی سبز، برگ نیم سبز، برگ نیل سبز ہر ایک 72 گرام۔

ترکیب تیاری و استعمال: جملہ دواؤں کو شام کے وقت پانی میں تر کریں، صبح جوش دے کر صاف کریں اور روغن تل، عرق بھنگرہ ہر ایک 1½ لیٹر ملا کر پکائیں، یہاں تک کہ صرف روغن باقی رہ جائے۔ اس کے بعد صاف کر کے شیشی میں محفوظ کر لیں، سر پر ضماداً استعمال کریں۔

آملہ پانی میں پیس کر سر پر لگانا مجرب ہے۔

مہندی ہاتھ پاؤں میں لگانا یا اطراف کو سرد پانی میں رکھنا مفید ہے۔ نوٹ:۔ گاہے ورم دماغ کے آثار نہیں پائے جاتے۔ تاہم تالو بیٹھ جاتا اور بچہ نہایت لاغر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں بعض ادویہ لازوقیہ کے ساتھ میتھی کا لیپ (لطوخ) مفید ہوتا ہے (گیلانی)۔

اگر اس مرض میں آنے والے دست کسی دوا سے بند نہ ہوں تو بری علامت ہے۔

●●

10

التہاب اغشیۂ دماغ سلّی

(TUBERCULAR MENINGITIS(TBM)

ماہیت: اس مرض میں دیگر جرثوموں کی طرح مادۂ سل یعنی بقات تدرن (Tubercular-Bacilli) بھی مختلف راستوں سے اغشیۂ دماغ تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں یعنی راست تنصیب، تعدیہ لمفاوی مسیلیت اور تسمم مع ماسکی تنصیب کے ذریعہ۔ ایک بار تنصیب کے بعد جرثومے کی تعداد تیزی سے بڑھ کر دماغی نخاعی سیال میں منتشر ہو جاتی ہے۔ اور مینجے کا ردماغ کی جھلیوں میں ورم آجاتا ہے۔

اسباب: اس کا سبب خصوصی مادۂ سل یعنی بقہ تدرن (tubercular bacillus) ہوتا ہے۔ دانتوں کا تکلیف سے نکلنا، دماغی ضربہ یا سقطہ، نیند میں ڈرنا وغیرہ اس کے اسباب مُعدّہ ہیں۔ خنازیری مزاج کے بچے اس مرض میں مبتلا ہونے کی خاصی استعداد رکھتے ہیں۔

علامات: اگرچہ دردسر، قے اور قبض مخصوص علامات تصور کی جاتی ہیں تاہم قے کی شکایت خاص طور سے دیر سے ہوتی ہے۔ بچے میں اولیں علامت تغیر مزاج کے طور پر رونما ہوتی ہے، جس کے ہمراہ قلت اشتہا کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ پرسکون اور طبعی حالت والا بچہ بعد میں چڑچڑا اور تنہائی پسند ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ اس قدر شدت اختیار کر لیتا ہے کہ زائدہ دودیہ دور کر دینے

کا عملیہ انجام دے دیا جاتا ہے۔ نیند کا توازن بگڑ جاتا ہے۔ یعنی خلل مرض کے سبب بچہ رات کو جاگ جاتا یا دفعتاً چیخ مار کر اٹھ بیٹھتا ہے اور نیند کی کمی دن میں پوری کر لیتا ہے۔ ہوش وحواس میں تغیر خاص طور سے توجہ طلب ہوتا ہے۔ دماغ میں اجتماع خون کے سبب بخار کی شکایت ہو جاتی ہے جو بتدریج بڑھتا جاتا ہے چکر آتا اور بچہ رات میں دانت پیستا ہے۔

سلی (اندرونی) التہاب اغشیۂ دماغ خرابی صحت کا ایک طویل المدتی زمانہ پیدا کرتا ہے سر بڑھا ہوا اور منتفخ ہوتا ہے۔ مریض مبہوت ہوتا اور آنکھیں خالی نظر آتی ہیں، بلکہ آنکھوں میں غروب آفتاب کی امارت واضح طور پر دیکھی جاسکتی ہے، جیسا کہ تصویر 8 سے ظاہر ہے۔

تصویر 8: التہاب اغشیۂ دماغی سلی مع استسقاء دماغ کلانی یافتہ سر منتفخ یافوخ مقدم اور آنکھوں میں غروب آفتاب کی امارات واضح طور پر مشاہدہ کیے جاسکتے ہیں۔

جب کہ التہاب نخاع میں بچہ پورے طور پر ہوش وحواس میں رہتا ہے۔

تشخیص: ابتدائی مدارج میں امتحان پر پتہ چلتا ہے کہ چڑچڑے اور بخار میں مبتلا مریض کی گردن میں صلابت (سختی) پیدا ہوگئی ہے، جسے مریض کے تعاون سے گھٹنے کو بوسہ دینے والے طریقے سے جانچا جاسکتا ہے۔

تعدیہ کی روداد ملتی ہے، علاوہ بریں مثبت جلدی کاشفہ، منفی کاشت برائے تقیح، نخاعی سیال میں لمفاوی رطوبتوں کی عدم موجودگی، ریوی یا دیگر ماسکی تدرن کی شہادت سے توثیق ہو جائے گی۔

تدرنی التہاب اغشیۂ دماغ میں التہابی رساؤ (رطوبت) قاعدۂ دماغ کے چاروں طرف موجود ہوتا ہے، جس کے سبب دماغی اعصاب کے ماؤف ہو جانے اور نتیجۂ کار موخر مدارج میں فالج کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر 9:

تصویر 9: ترقی یافتہ التہاب اغشیۂ دماغ۔ اس میں بایاں فالج نصفی اور اطراف ایمن کا قوی تشنج صاف دیکھا جا سکتا ہے جس میں دماغ و اعصاب کا باہمی ربط منقطع ہو چکا ہے۔ انذار خراب ہے۔

سیال دماغی نخاعی (CSF) کا امتحان تفریق کی تکمیل کر دیگا، کیونکہ تدرنی جبقات نظر آ سکتے ہیں۔ تقیحی التہاب اغشیۂ دماغ میں سیال زرد ہوتا ہے اور اس میں جرثومے موجود ہو سکتے ہیں۔

سیال دماغی نخاعی بے رنگ اور بڑھے ہوئے دباؤ کے تحت پایا جاتا ہے تاہم جب بچہ روتا ہے تو دباؤ باطل ہو جاتا ہے۔ رطوبت جب روشنی میں رکھی جاتی ہے تو اس میں خاکی رنگ کا گندلا پن پایا جاتا ہے جو رفتہ رفتہ عمودی سے افقی وضع اختیار کر لیتی ہے۔ تھکہ مکڑی کے جالا کی

طرح بن سکتا ہے۔ ابتدائی خلوی تعداد عموماً 200 تا 400 فی ملی لیٹر ہوتی ہے۔ اس سے بلند سطح ریم زا اغشیۂ دماغ کی نشاندہی کرتی ہے۔ خلیات کی اکثریت لمفاوی کرویات (Lymphocytes) پر مشتمل ہوتی ہے، لیکن ابتدائی مدارج بالخصوص حاد صورتوں میں تقریباً 20% کثیر الاشکال (Polymorphs) ہو سکتے ہیں۔ لحمین 100 ملی گرام فیصد تک بڑھ جاتا ہے، لیکن اس کی تشخیصی اہمیت بہت کم ہے۔

○ مانتو کاشفہ (Montoux test) نیز بی، سی، جی کاشفہ (BCG Test) سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔

○ معاون کاشفہ سینے اور قحف کے عکس ریز، CT scan اور شرح دُرد پذیری (ESR) پر مشتمل ہوتا ہے۔ بلغم اور رطوبت کبدی سے مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ لمفاوی عنقود (Lymph-node) کا ربذہ (biopsy)، جگر کا ربذہ یا مخ العظام ان اصابات میں معین ہو سکتے ہیں جن میں تشخیصی مسائل واقعی پیچیدہ ہوں۔

انجام مرض: اگر یہ مرض سل عمومی کے ساتھ پایا جائے تو انجام بہت خراب ہوتا ہے۔ شدید اصابات میں دو روز کے اندر اندر بچہ فوت ہو جاتا ہے۔

حفظ ماتقدم: مامونیت بروئے کار لانے سے مرض وبائی شکل میں پھیلنے نہیں پاتا۔ متعدی امراض سے بچانے کی ہر امکانی کوشش کریں۔ اگر ماں خناز یری المزاج ہو تو اس کا دودھ پلانے سے گریز کیا جائے اور کوئی دوسرا متبادل طریقہ اختیار کیا جائے۔ قبض نہ ہونے دیں۔

علاج: ورم اغشیۂ دماغ کی حالت میں علاحدگی کے ساتھ ساتھ مکمل آرام بے حد ضروری ہے۔ جہاں تک ممکن ہو طویل ایمبولنس سفر سے اجتناب کیا جائے۔ گرم پوٹلی سے ٹکور تشنج کم کرنے میں معین ہوتا ہے۔

ابتدائے مرض میں علاج سے کامیابی کی امید رہتی ہے لیکن مستحکم ہو جانے کے بعد شفا تقریباً محال ہو جاتی ہے۔ ابتدائی تدابیر کے طور پر اس کا لطیف ملینات سے ازالہ کریں اور اگر دانت نکل رہے ہوں اور مسوڑھے متورم ہوں تو ان میں شگاف دیں، تاکہ دانت بآسانی نکل آئیں۔

ورم اغشیۂ دماغ سلی کا علاج سرسام کی طرح کرنا چاہیے اور ساتھ ساتھ مرض سل کی بھی رعایت رکھنی چاہیے۔ دماغ کو تری پہنچانے کی غرض سے ناک اور کان میں لڑکی والی عورت کا دودھ ٹپکائیں، سر پر روغن کدو اور روغن کاہو یا روغن لبوب سبعہ کی مالش کریں۔ نطول ذیل بھی

مفید ہے:

(نسخہ) گلبنفشہ، کدو کے ٹکڑے، گل نیلوفر تازہ، گل خطمی، کاہو کے بیج، گلاب کے پھول، جو چھلے ہوئے ایک ایک حصہ، خشخاش کا پوست نصف حصہ۔ جوش دے کر صاف کر کے نطول کریں۔

دوسرے اور تیسرے درجہ میں درج ذیل تکیہ مفید ہے، علی الخصوص جبکہ گرم علامتیں موجود ہوں:

(نسخہ) مونگ 20 گرام کا آٹا، گائے کے دودھ 250 ملی لیٹر میں گوندھ کر روٹی پکائیں، ایک طرف پکی اور دوسری طرف کچی۔

ترکیب استعمال: سرکا ور وغن گل سے چکنا کر کے کچی طرف سے سر پر باندھیں اور ایک پہر بندھا رکھیں اور پھر دوبارہ دوسری روٹی اسی طرح نیم پخت باندھیں۔

اس کے علاوہ مذکورہ بالا نطول وغیرہ کے نسخے بھی بروئے کار لائیں۔

اگر تیسرے درجہ میں سرد علامتیں موجود ہوں تو زندہ مرغ کا شکم چاک کر کے فوراً گرم مریض کے سر پر باندھیں، سرد ہونے کے بعد اسے دور کر دیں اسی طرح کبوتر کے بچہ کا استعمال بھی مفید ہے۔

پاشویہ: شدت مرض کی صورت میں پاشویہ کرائیں، جن کے نسخے درج ذیل ہیں:

(نسخہ نمبر 1) گلبنفشہ، گل نیلوفر، گل خطمی، گیہوں کی بھوسی ہر ایک 12 گرام، برگ کدوے سبز، برگ بیری ہر ایک 24 گرام، نمک 12 گرام۔

جملہ دواؤں کو بدستور پانی میں پکا کر پاشویہ کریں۔

(نسخہ نمبر 2) گل بابونہ، مرزنجوش، برگ مکوہ، برگ سویہ ہر ایک 30 گرام، گیہوں کی بھوسی 70 گرام، گاہے اس میں حسب ضرورت اکلیل الملک، بادرنجبویہ اور برگ سداب کا بھی اضافہ کر لیتے ہیں۔

اس مرض کی ابتدا میں تنقیۂ مادہ کی غرض سے مسہلات کا استعمال بڑا مفید ہوتا ہے۔

لیکن اگر مریض کی قوت متحمل نہ ہو تو حسب ذیل ملینات میں سے کوئی ایک استعمال کرایا جاسکتا ہے:

حب ملین: سقمونیا، جلاپا، ایلوا، عصارہ ریوند، رب السوس ہر ایک 3 گرام، مصطگی، مرکی ہر ایک ایک گرام۔

ترکیب تیاری استعمال: جملہ دوائیں باریک پیس کر عرق بادیان میں گوندھیں اور 15 ملی گرام کی مقدار کی گولیاں بنائیں اور ایک ایک گولی عرق بادیان کے ہمراہ صبح یا سوتے وقت استعمال کرائیں۔

عرق ملین: گلبنفشہ ،گل نیلوفر، تخم خطمی، تخم خیارین، تخم کاسنی نیم کوفتہ ،گل گاؤزباں، سنا مکی ہر ایک 2 گرام، عناب 2 عدد۔

ترکیب تیاری واستعمال۔ جملہ دوائیں رات کو گرم پانی میں بھگو دیں اور صبح کو مغز املتاس، ترنجبین، ہر ایک 12 گرام ملا کر نوش کرائیں۔

شام کو لعاب بہدانہ 1 گرام، عرق گاؤزباں 15 ملی لیتر میں نکالیں اور تخم کا ہو، مغز کدوئے شیریں ہر ایک 2 گرام کو عرق گاؤزباں میں پیس کر لعاب بہدانہ ملا کر چھان کر شربت بنفشہ 15 ملی لیتر شامل کر کے پلائیں۔

نوٹ: مقدار مذکورہ تین سالہ بچے کے لیے ہے، لہذا کم عمر والے بچوں میں حسب ضرورت کمی کر دی جائے۔

نسخہ ذیل سل میں مفید ہے اور اس مرض میں تنقیہ مادہ کرتا ہے۔:

(نسخہ) میتھی، انجبار کی جڑ، خطمی کے بیج، پالک کے بیج ہر ایک چھ گرام پانی میں جوش دے کر صاف کر کے شیرۂ تخم خرفہ، شیرۂ تخم کاہو ہر ایک 6 گرام شربت دیا قوزہ 15 ملی لیتر داخل کر کے دیں۔

نوٹ: مذکورہ خوراک جوان العمر افراد کے لیے ہے، لہذا بچے کی عمر کے مطابق اس میں حسب ضرورت تخفیف کر لی جائے۔

اگر بقات تدرن کی توثیق کے بعد بھی مذکورہ معالجہ ناکام رہے تو ساتھ میں جدید مانع تدرن ادویہ مثلاً اسٹر پٹو مائی سین، آئسو نیازڈ، تھیا سیٹازون وغیرہ مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں۔

انڈین اکادمی آف پیڈیاٹرکس (IAP) کے مطابق کیمیاوی معالجہ 2HRSE/10HRE مع

پریڈنی سولون پر مشتمل ہوتا ہے جیسا کہ جدول ذیل سے ظاہر ہے:

دوا	مقدار خوراک	مدت
آئی، این ایچ (INH)	5 ملی گرام/ کلو/یومیہ	12 ماہ
ریفامپی سین (Rifampicin)	10 ملی گرام/ کلو/یومیہ	12 ماہ
پائی رازینا مائڈ (Pyrazinamide)	25 ملیگرام/ کلو/یومیہ	2 ماہ
آتھم بیوٹال (Ethambutol)	20 ملیگرام/ کلو/یومیہ	2 ماہ
اسٹرپٹومائی سین (Streptomycin)	20 ملیگرام/ کلو/یومیہ	2 ماہ
پریڈنی سولون (Prednisolone)	1 تا 2 ملیگرام/ کلو/یومیہ	8 تا 12 ہفتے

●●

11

خلقی حمق و بلاہت

(IDIOCY)

کیفیت و ماہیت: بلاہت کم عقلی یا ذہنی تعویق کی بدترین قسم ہے۔ اس میں بچے کی دماغی نشوونما رک جاتی اور چہرہ بے ڈھنگا اور بدشکل ہو جاتا ہے۔ ابلہ کو انگریزی میں ایڈیٹ (Idiot) کہتے ہیں جو لاطینی لفظ IDIOS سے ماخوذ ہے، جس کے معنی یکہ و تنہا کے ہیں۔ ابلہ کی ذہنی حالت اس درجہ خراب ہوتی ہے کہ وہ عام جسمانی خطرات سے اپنے آپ کو بچانے سے قاصر ہوتا ہے۔

اسباب: اس مرض کا اصل سبب غدۂ درقیہ کے افرازات کا نقص بتایا جاتا ہے، جس کے سبب بچے کی ذہنی نشوونما رک جاتی ہے۔ پہاڑی مقامات یا جہاں گھیگھے کی شکایت بہت زیادہ ہوتی ہے، ایسے بچے بکثرت دیکھے جاتے ہیں۔ یہ بچے موروثی طور پر آتشکی یا مصروع ہوتے ہیں۔ یہ حالت رحم میں حاصل ہونے والے آتشک سے بھی عارضی ہو سکتی ہے، علاوہ بریں دروں رحمی اشعاع سے بھی ذہنی تعویق کی شکایت ہو جاتی ہے۔ یہ مرض سرخبادہ، طاعون، گردن توڑ بخار، امراض اذن (باطن) اور خسرہ و چیچک سے بھی لاحق ہو جاتا ہے۔

ذہنی تعویق کسی نمایاں خلقی تشوہ مثلاً استسقاء الدماغ، صغر الراس (سر کا چھوٹا پن) اور منگولی

پن (بونے پن) کے ساتھ بھی پایا جاسکتا ہے۔

اگر حاملہ کبیدہ خاطر، رنجور یا ملول رہے تو بھی اس کے بچوں میں حمق و بلاہت کے آثار نمودار ہو سکتے ہیں۔ علاوہ بریں وضع حمل کے دوران جب سر عظم عانہ سے گذرتے وقت غیر معمولی طور پر بھینچ جاتا ہے تو بھی بطون دماغ پر جریان خون کے مسلسل دباؤ کے نتیجے میں دماغ کا تغذیہ متاثر ہو جاتا ہے اور بالآخر بچہ بلاہت اور حمق میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سر پر شدید ضرب یا کسی بخار کی سمیت سے بھی رونما ہو سکتی ہے۔

علامات: ایسے بچے عموماً وحشی معلوم ہوتے ہیں یعنی ان کی شکل وصورت سے ہی بلاہت و حماقت ٹپکتی ہے، بسیار خور ہوتے ہیں اور شرم وحیا کا دور سے بھی واسطہ نہیں ہوتا۔ ایسے بچے جلق جیسی قبیح عادت میں مبتلا ہوتے ہیں اور گاہے عمر بھر اسی میں مبتلا رہتے ہیں۔ بعض بچے گویائی، سماعت حتیٰ کہ بصارت تک سے محروم رہتے ہیں۔

جلد کھردری اور گندی ہوتی ہے۔ سر کے بال کرخت اور سخت ہوتے ہیں۔ کاسۂ سر کی شکل لمبوتری، چندیا چپٹی اور پہلوؤں پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ دماغ کامل طور پر نشوونما نہیں پاتا جس کے سبب قوائے دماغی ناقص رہ جاتے ہیں۔ ہونٹ موٹے اور ناک چپٹی ہوتی ہے۔ منھ چوڑا اور بے رونق ہوتا ہے۔ زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے، جنھیں بچہ منھ کے اندر رکھنے پر قادر نہیں ہوتا ہے۔ پپوٹے مربع ہو جاتے ہیں، آنکھوں میں سرخی اور تری ہوتی ہے۔ بھینگا پن پایا جاتا ہے۔ مریض اکثر ٹکٹکی باندھ کر دیکھتا رہتا ہے اور اپنی صورت بلاوجہ بگاڑتا رہتا ہے۔

بچے کا پیٹ لٹکا اور پھولا ہوا ہوتا ہے۔ انگلیاں چپٹی اور چوڑی ہوتی ہیں۔

جب دماغ 49½ اونس کے بجائے 32 اونس سے بھی کم ہو جاتا ہے تو سادہ لوحی خلقی ہوا کرتی ہے، اس میں جسم کے بہ نسبت سر بہت چھوٹا ہوتا ہے۔

تشخیص: جب بظاہر خلقی حمق و بلاہت یا ذہنی تعویق میں مبتلا مریض سامنے لایا جائے تو سب سے پہلے اس امر کا اطمنان کر لینا چاہیے کہ آیا یہ جذباتی مشکلات مثلاً بہرے پن یا دماغی فالج کی غلط تصویر تو نہیں؟ کیونکہ جذباتی عوامل بھی صحیح بچے کو ذہنی تعویق میں مبتلا کر دیتے ہیں۔ وقتی طور پر ماں کی ممتا سے محروم بچے بھی اس مرض میں معمولی طور پر مبتلا ہو سکتے ہیں۔

انجام مرض: جن بچوں میں ابلہی مکمل ہوئی ہو اور سر بھی پہلی قسم سے چھوٹا ہو تو بروقت صحیح علاج اور مناسب تعلیم و تربیت سے موٹی موٹی باتوں کو قدرے سیکھ لیتے ہیں، ورنہ تا عمر احمق و

بیوقوف رہتے ہیں، علاوہ بریں قوت مدافعت کی کمی کے سبب ان میں مختلف امراض میں مبتلا ہونے کی بہت زیادہ صلاحیت پائی جاتی ہے۔ ایسے بچے عموماً کمسنی میں ہی لقمۂ اجل بن جاتے ہیں۔

علاج وتدابیر: اصل سبب معلوم کر کے اس کا مناسب تدارک کیا جائے امور حفظ صحت کی طرف خصوصی توجہ مبذول کی جائے۔ تبدیلیٔ آب و ہوا اکثر سودمند ثابت ہوتی ہے۔ جہاں تک ممکن ہو علاج جلد شروع کر دینا چاہیے، کیونکہ سن بلوغ کو پہنچنے کے بعد یہ مرض لاعلاج ہو جاتا ہے۔

بچے کی بہترین دیکھ بھال اس کے گھر میں ہی ممکن ہے، کیونکہ ماں جیسی انفرادی توجہ اور کسی سے ممکن نہیں، لیکن اگر خود ماں اس عارضہ کا شکار ہو تو اس سے دیکھ بھال کی توقع عبث ہے۔

بعض کند ذہن بچوں کا وزن تیزی سے بڑھنے لگتا ہے جس کا سبب ورزش کا فقدان اور بسیار خوری بتایا جاتا ہے۔ بعض مائیں بیجا لاڈ پیار میں بچے کو پُرخور بنا دیتی ہیں۔ اس سے احتراز ضروری ہے۔

بعض کم عقل اور کند ذہن بچوں کے والدین ذہین بچوں سے محروم ہونے کے سبب حرماں نصیبی کے احساس کے بوجھ تلے بُری طرح دبتے چلے جاتے ہیں، جس کا لازمی اثر آئندہ نسل پر بھی پڑتا ہے، لہٰذا انھیں یقین دلانا چاہیے کہ بچے کی ذہنی تعویق ان کی کسی غلطی کا نتیجہ نہیں۔ اسی طرح مستقبل کے بچے کے سلسلے میں بھی موزوں ہدایتیں دے دی جائیں۔ اگر اس کا سبب عضوتناسل کا کوئی خلل نہ ہو تو دوسرے بچے پیدا کرنے کی ترغیب برمحل ہوگی۔ انھیں اس موضوع پر پڑھنے کے لیے کتابیں بھی فراہم کرنی چاہئیں۔

ذہانت کے متعلق امتحان کے بعد قلیل الذہن بچوں کو ان کے مخصوص اسکول میں داخل کر دیا جائے۔ جہاں مناسب تعلیم و تربیت کے علاوہ تنظیم اور پابندی کے آداب و اصول سکھائے جاتے ہیں۔ اسی طرح ذہنی تعویق کی شکایتوں میں اضافہ کرنے والے ماحول کو بھی بدلنے میں کافی مدد ملتی ہے۔ بچے کی توجہ باز تنظیم و تعلیم کی صورت میں بتدریج منتقل کرنی چاہیے۔ بری عادتیں چھڑانے میں زجر و توبیخ کے بجائے نرمی اور ملاطفت سے کام لینا چاہیے۔ اسے بالترتیب چھونے، دیکھنے، سننے، چکھنے اور پھر سونگھنے کی تربیت دی جائے، اس کے بعد اپنی ڈیوٹی، فرائض، فیصلہ، تنظیم اور پابندی اوقات وغیرہ کی تعلیم دی جائے۔

عام جسمانی نشوونما کے لیے کیلشیم اور حیاتین ''ا'' و ''د'' خوردنی طور پر دیں۔ جوہر غدۂ درقیہ (Thyroid Extract) دینے سے اکثر فائدہ ہوتا ہے۔

●●

12

اُمّ الصبیان

(INFANTILE CONVULSIONS)

مترادفات: تشنج صبیانی، فزع الصبیان، ریح الصبیان، صرع اطفال، ام الشیاطین، صبیانی، قاذونی۔

بعض لوگ اسے بھی کزاز اطفال کی طرح مسان، جموگا اور کمیرہ سے موسوم کرتے ہیں۔

چونکہ تشنج صبیانی بڑی حد تک صرع سے مشابہ ہوتا ہے لہٰذا طب قدیم میں اسے صرع الاطفال بھی کہتے ہیں۔ اگر بار بار تشنج واقع ہونے لگے تو اسے ''صرع'' سے موسوم کرتے ہیں۔

ماہیت و کیفیت: مرگی سے مشابہ اس مرض میں تشنجی حرکتیں واقع ہوتی ہیں اسی لیے جہلا اسے آسیب سے موسوم کرتے ہیں۔

تشنجی دورے دیگر حصۂ عمر کے بہ نسبت بچپن میں ابتدائے عمر سے 7-8 سال تک بکثرت واقع ہوتے ہیں، کیونکہ اس عمر میں اعصاب بہت ذکی الحس اور نازک ہوتے ہیں اور ادنیٰ تحریک سے متاثر ہو جاتے ہیں، لیکن اسباب کے اعتبار سے زیادہ واضح نہیں ہوتے بلکہ بیش حساسیت کو زیادہ ذمہ دار قرار دیا جا سکتا ہے کیونکہ ان کے دماغ کی برقی ترسیل بالغوں سے زیادہ ہوتی ہے۔

اس مرض میں عضلات ارادہ بہ غیر طبعی طور پر اپنے مبدا کی طرف کھنچ جاتے ہیں یہ شکایت

زیادہ تر اطراف کے عضلات میں پائی جاتی ہے۔ اطراف کے علاوہ باقی عضلات میں بھی اگر چہ یہ شکایت ہوتی ہے تاہم زیادہ محسوس اور نمایاں طور نہیں پائی جاتی، بلکہ مریض اگر فہم وادراک کی منزل میں ہو تو بتا سکتا ہے۔ تشنج محض کسی ایک عضلہ کے لیے مخصوص نہیں۔

اسباب: مریض بچہ کے دماغ میں جنینی دور میں ہی ایک فاسد رطوبت پیدا ہو جاتی ہے، جو گاہے رحمی دور حیات میں ہی معدوم ہو جاتی ہے، لیکن بعض اوقات اس کا تنقیہ پیدائش کے بعد پھوڑے، پھنسیوں اور زخموں کی شکل میں ہوتا ہے اور اگر بوجوہ تنقیہ نہ ہو تو اخلاط ردیہ زیر بحث مرض کا سبب بن جاتے ہیں۔ اسی لیے رازی نے تشنج یا بس کو نادر الوقوع اور رطب کو کثیر الوقوع بتایا ہے۔ اس کے اسباب کو دو حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ (1) اسباب سابقہ اور (2) اسباب محرکہ

اسباب سابقہ: حسب ذیل ہیں:

(1) اعصابی بناوٹ کا نامکمل ہونا۔

(2) عمر کے کسی مخصوص حصہ مثلاً پیدائش سے لے کر تیسرے ماہ تک اور پھر چھٹے ماہ سے لے کر دوسرے سال کے اواخر تک اعصاب کے کسی حصہ میں خراش کی کیفیت کا عارض ہونا۔

(3) کساح

(4) تشنج حجرہ

(5) مختلف قسم کی سرایتیں اور اورام

(6) دماغی خون میں فاسد مواد کی رسائی

اسباب محرکہ: اسباب سابقہ کی موجودگی کے ساتھ ساتھ دانت نکلنا، حرارت کا اچانک بڑھنا، شہقہ (کالی کھانسی)، کرم شکم، سنگ گردہ ومثانہ، غذائی نالی میں فضلات کا رکنا اسباب محرکہ میں شامل ہیں۔

کبھی حالات جیسا کہ تسمم بولی میں ہوا کرتا ہے، بعض کے نزدیک سابق اور چند ماہرین کے نزدیک سبب واصل بن جاتا ہے۔

سبب سابق اور واصل کے علاوہ گاہے تشنج کا سبب کچھ مخفی اسباب ہوا کرتے ہیں، جیسا کہ ولادت سے قبل چند ہفتوں میں ہوا کرتا ہے۔ بعض لوگ اس موقع پر بدہضمی، دوران ولادت کے ضربات راسیہ کو ٹھوس اسباب شمار کرتے ہیں، لیکن فی الحقیقت یہ باتیں بالکل نہیں ہوتیں اور بچہ کے اعصاب بھی مکمل ہوتے ہیں اسی طرح صرع اور صرع کے معمولی جھٹکے کی بھی شکایت ملتی ہیں،

جس کی وجہ سے اسے مخفی اسباب میں شمار کرتے ہیں۔

بہر حال ام الصبیان کے اسباب کی فہرست بہت طویل ہے جس میں سے اہم درج ذیل ہیں:

غیر عصبی سرایتیں: ذات الریہ (نمونیا)، التہاب وسطی الاذن، (کان کے درمیانی حصہ کا ورم)، التہاب حوض الکلیہ، پیچش، کزاز (مرکزی نظام اعصاب پر سمی اثرات کے ہمراہ)۔

سرسام اور یا دماغ کی سرایت: تقیحی سرسام، دماغ کا پھوڑا، عفنی سدادیت (Infective-infarction)، دق، خلقی عصبی آتشک، التہاب دماغ وغیرہ۔

سر کی چوٹیں اور نزفات: دوران ولادت کے ضربات، گاہے شقیقہ، خون بہنے کی استعداد۔

دماغی علقیت وسدادیت: مرض صرع۔

تحولی فسادات فعل: قلتِ کلس، تکرز، قلت شکریت، تسمم بولی، قلت نسیم۔

سلعات دماغیہ (دماغی رسولیاں)۔

خلقی دماغی اور دماغی عروقی فسادات فعل: صغر الراس، تصلب شریانی، خلقی انورسما۔

استسقائے دماغی (ماء الراس) خلقی واکتسابی۔

ترقی پذیر دماغی انحطاط۔

شیلڈر کا مرض۔

سموم: سربی (سیسے والا) دماغی مرض، کچلہ، کافور نیز دیگر ادویات وسموم۔

محیطی خراش: ضربات شمسیہ (لوگنا)، جل جانا وغیرہ۔

بیشتر اصابات میں ضربات راسیہ ہی مخصوص سبب کے طور پر پائے جاتے ہیں اور عدم نسیم (Anoxia) عضوی فساد فعل یا نزف کے بہ نسبت زیادہ وقوع پذیر سبب ہوتا ہے۔

سرایت دماغ مثلاً التہاب اغشیۂ دماغ اور التہاب دماغ بیشتر اصابات میں درون دماغی اختلالات مثلاً عروقی ضررات، خلقی تشوہات، نو ساختیں اور دماغی انحطاط بھی دورے عارض کر سکتے ہیں۔

قلت شکریت بہت اہم تحولی سبب ہے، لہذا دورے والے بچے کے خون یا دماغی نخاعی سیال میں ہمیشہ شکر کی سطح معلوم کر لینی چاہیے۔

شاذ و نادر حیاتین ب 12 بھی تشنج کا سبب ہوتا ہے اس کے ساتھ نقص تغذیہ کی شکایت

لازماً ملے گی، لیکن گاہے پیدائش کے فوراً بعد بھی یہ عارض ہو جاتا ہے جس میں کوئی خاص نقص تغذیہ نہیں ہوتا ہے۔

سیسہ یا فولاد سے تسمم بول یا سمیت تشنج کے دیگر تحولی اسباب ہوتے ہیں، جن کا پتہ لگا لینا چاہیے۔ اگر کوئی سبب معلوم نہ ہو تو تسنن یا کرم شکم کی طرف توجہ دینی چاہیے۔

رازی نے جورجس کے حوالے سے لکھا ہے کہ بچوں میں صبیان کے حدوث سے پیشتر حمی محرقہ دائمہ، سہر، خشکی شکم، زردئی جسم، لعاب دہن کا خشک ہونا، زبان کی سیاہی، جلد کا ارخا اور احتباس بول عارض ہو جاتا ہے۔

سریری مناظر: بچوں میں تشنج کی ابتدا عموماً خفیف جھٹکوں سے ہوتی ہے جو قوی تشنج میں تبدیل ہو جاتے ہیں، اس کے بعد تشنجی حرکات شروع ہو جاتی ہیں جو سارے جسم پر محیط ہو جاتی ہیں، چنانچہ نوبت سے پیشتر بچہ اس طرح پڑا رہتا ہے گویا سو رہا ہے اور نیم باز آنکھوں سے پلکیں جھپکا تا رہتا ہے چہرے کے عضلات رفتہ رفتہ پھڑکتے ہیں اور لب اس طرح ہلتے ہیں، گویا بچہ مسکرا رہا ہے، جب یہ حالت طول پکڑ جاتی ہے تو بچہ تکلیف سے سانسیں لیتا ہے، اس کے بعد عام علامتیں شروع ہو جاتی ہیں۔

تشنج عمومی میں نوزائیدہ حواس کھو بیٹھتا ہے، جسم بالخصوص چہرے پر نیلگونی طاری ہو جاتی ہے، تنفس میں خرخراہٹ ہوتی ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے گھوم جاتے ہیں۔ بعض اوقات ٹکٹکی بندھ جاتی ہے۔ گاہے یہ علامتیں چند ثانیے میں رفع ہو جاتی ہیں اور کبھی زیادہ مدت بھی لگ سکتی ہے۔ جسے حالت صرعیہ (صرع متواترہ =Status epilepticus) کہتے ہیں۔

صرع مع حواس یعنی تشنج کی جیکسنی قسم (Jacksonian type) حرکات کی بنا پر متمائز کی جاسکتی ہے، جو پہلے جسم کے صرف ایک جانب یا صرف ایک ہاتھ یا پاؤں یا صرف چہرے کے عضلات میں واقع ہوتی ہیں اور حواس عموماً درست ہوتے ہیں۔ یہ حرکات آگے چل کر بتدریج منتشر ہو سکتی ہیں یا عمومی تشنج میں تبدیل ہو سکتی ہیں۔ ایسی حالت میں بچہ بیہوش و بے حس ہو جاتا ہے۔ ٹکٹکی بندھ جاتی ہے۔ بصارت جاتی رہتی ہے۔ پتلیاں بے حرکت، سکڑی ہوئی یا پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ سننے کی قوت عارضی طور پر جاتی رہتی ہے۔ نبض کمزور اور اتنی سریع ہو جاتی ہے کہ اسے شمار کرنا دشوار ہوتا ہے۔ تنفس جلد جلد، بے قاعدہ اور تکلیف کے ساتھ جاری رہتا ہے۔ بچہ کا سینہ پسینہ میں شرابور ہو جاتا ہے۔

عضلی تشنجی دورہ (Myoclonic Seizure) قلیل ترین مدت کا عضلاتی تشنج ہے جو استرخاء پر منتج ہوتا ہے۔ اس میں سر آگے کی جانب جھک جاتا ہے، جسے تشنج سلامی کہتے ہیں۔

تواتر کے ساتھ تشنج عموماً دو سال کی عمر سے قبل ہی شروع ہو جاتا ہے (تشنج صبیانی) جو منتشر تضرر دماغی کی نشاندہی کرتا ہے۔ اس کا انجام عموماً خراب ہوتا ہے۔ ایسے اصابات میں عموماً کارٹی کاسیٹرائڈ کے استعمال سے اضافہ ہو جاتا ہے۔

تشنج کے اختتام پر عموماً نیند آ جاتی ہے۔ گاہے معاً بعد دوسرا دورہ سروع ہو جاتا ہے۔ عمومی تشنج یا تشنجات کا ایک سلسلہ شاذ و نادر ذوالفترہ استرخاء پر منتج ہوتا ہے، یا دورہ کے دوان ہی بچہ راہی ملک عدم ہو جاتا ہے، لیکن ایسا اس وقت ہوتا ہے، جبکہ بچہ سابقہ امراض کے نتیجہ میں کمزور ہو گیا ہو۔

تشخیص: معمولی جھٹکے یا قوی حرکات عموماً تشنج کی نشاندہی کے لیے کافی ہوا کرتے ہیں، لیکن ابتدائی سبب کی تشخیص عموماً مشکل ہوتی ہے۔

تشخیصی قطنی بزل (Diagnostic Lumbar puncture) کے مشورے کا انحصار دیگر سریری علامات کی موجودگی یا عدم موجودگی پر ہوتا ہے۔ درون دماغی دباؤ کی صورت میں سلعہ کی موجودگی کو ذہن میں ضرور رکھنا چاہیے

بچے کی عمر سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے، جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، نوزائیدہ کے ابتدائے عمر میں عارض ہونے والے تشنج کا سبب عموماً ولادت کے ضربات راسیہ یا خلقی تشوہات ہوتے ہیں۔

تکزز (Tetany) عموماً 4 تا 24 ماہ کی عمر کے دوران ہوتا ہے۔

حمیاتی تشنج عموماً عہد طفولیت یا بچپن کی ابتدا میں ایک تا تین سال کے دوران ہوتا ہے۔ حمیاتی تشنج کے اسبابی عوامل میں تولیدی عامل بھی اہم حصہ لیتا ہے۔ گاہے اس کی پیشگی اطلاع مریض بچے کو مل جاتی ہے۔ حملے کے دوران سلس البول عارض ہو سکتا ہے، زبان یا ہونٹ کٹ سکتا ہے۔ حملہ عموماً تیزی سے چڑھنے والے بخار کے ساتھ ہوتا ہے، جس کے ساتھ دیگر امراض مثلاً وسطی التہاب اذن، التہاب لوزتین، ذات الریہ، التہاب کلیہ (گردے کا ورم) اور سرایتی بخار بھی واقع ہوتے ہیں۔ گاہے بخار دورے کے بعد واقع ہوتا ہے۔

مرضی صرع عموماً عمر بڑھنے کے ساتھ اہمیت اختیار کرتا جاتا ہے۔

انجام مرض: اس کا انجام عموماً خراب نہیں ہوتا، لیکن کمسنی میں زیادہ خراب ہوتا ہے رازی

نے یہودی کے حوالے سے لکھا ہے کہ جو تشنج 7 سال سے کم عمر کے بچوں میں حمی حادہ کے سبب عارض ہوتا ہے، اس سے بہت کم نجات ملتی ہے۔

اگر بچے میں بیداری، خوف اور شدید گریہ وزاری کے ساتھ تمدد بدن اور شکم کی خشکی موجود ہو تو بدن میں اخلاط ردیہ موجود ہوتی ہے جو مہلک ثابت ہوتی ہے۔

اگر بچہ دماغی خرابی میں مبتلا ہو یا سینہ تنگ ہو تو انجام عموماً خراب ہوتا ہے جو فالج اور کبھی موت کی شکل میں رونما ہوتا ہے۔

عاقبہ: اس مرض سے شفایابی کے بعد بطور عاقبہ بینائی، گویائی اور قوت شامہ میں خلل پڑ جاتا ہے۔ گاہے بھینگا پن (حول) کی شکایت پائی جاتی ہے۔ عقل میں بھی فتور پڑ جاتا ہے۔

علاج: تشنج میں مبتلا بچے کو جب معالج کے سامنے لایا جائے تو پہلے دو چیزوں کا معائنہ کر کے علاج شروع کر دینا چاہیے۔

(1) محیطی خراش

(2) خلل شکم

نوبت کے وقت بچے کو ہوادار کشادہ مکان میں لٹائیں، اس کے گلے، سینہ اور شکم کی بندش کو ڈھیلا کر کے سر کو اونچا کر دیں۔ زبان کو کٹنے سے محفوظ رکھنے کے لیے دونوں جبڑوں کے درمیان بوتل کا کارک یا کپڑے یا سوت کی گولی بنا کر رکھیں۔ حملہ کے دوران مریض کو ایسے پانی سے غسل دیں جس کی حرارت 96°F ہو۔ چہرے پر ٹھنڈے پانی کے چھینٹے ماریں اور اگر حرارت جسمانی زیادہ ہو تو سر پر ٹھنڈا پانی ڈالیں یا سر اور گردن پر سرد سکوبات رکھے جائیں اور گدھی کے دودھ میں اونی کپڑا لت کر کے رکھیں۔ اصل سبب معلوم کر کے اس کا تدارک کریں، لیکن درمیان میں بار بار واقع ہونے والے تشنجی دورے کی فوری تدابیر بروئے کار لائی جائیں۔ علاوہ بریں:

روغن بنفشہ، روغن بادام شیریں گدھی کے دودھ میں ملا کر سر پر لگانا اور تل کے پتے، بنفشہ اور نیلوفر کے جوشاندہ میں آبزن کرانا ابن ماسویہ نے مفید بتایا ہے۔

جند بیدستر کو اطراف پر ملنے سے تشنج رفع ہو جاتا ہے۔

اگر کوئی محیطی خراش موجود ہو تو سبب معلوم کر کے دور کیا جائے، مثلاً دانت نکلنے کی صورت میں اگر مسوڑھے متورم ہوں تو نشتر لگا دیں۔ کرم شکم کی موجودگی میں کرم کش دوائیں استعمال کرائیں اس کے بعد کوئی مناسب مسہل دیں، تاکہ کیڑوں کا مکمل اخراج ہو جائے۔

قبض کی حالت میں صابن کا شافہ بنا کر مقعد میں رکھیں یا روغن بید انجیر اور صابن کا حقنہ کریں۔

خیارشنبر وروغن بادام حسب ضرورت پلا سکتے ہیں یا بیخ جلاپا یا عصارۂ ریوند 128 ملی گرام یا 256 ملی گرام حسب عمر ماں کے دودھ میں حل کر کے پلائیں۔

شیخ الرئیس کے نسخہ ذیل کی افادیت کی توثیق گیلانی نے بھی کی ہے:

(نسخہ) صعتر، جند بیدستر، زیرہ۔ جملہ دوائیں مساوی الوزن لے کر پیس کر رکھیں۔

مقدار خوراک: 375 ملی گرام۔

اگر مرض کا سبب نفخ وفساد ہضم ہو تو اس کی اصلاح کریں اور دودھ پلانے کے بعد بچے کو۔

مصطگی اور جدوار ہر ایک 128 ملی گرام پیس کر شہد خالص ملا کر چٹائیں یا سہاگہ بریاں 128 یا 256 ملی گرام ماں کے دودھ میں حل کر کے پلائیں۔

حبوب ذیل اس مرض میں خاص طور سے مفید ہیں:

(نسخہ) جند بیدستر، صبر زرد ہر ایک 3 گرام باریک پیس کر آب سونف میں ملا کر خشخاش کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک۔ ایک تا تین بوٹی ماں کے دودھ میں حل کر کے پلائیں۔

غلبۂ رطوبت کی صورت میں روغن قسط اور روغن بید انجیر ملنا مفید ہے اور مریضہ کو پانی کے بجائے ماء العسل پلائیں۔

قیروطی ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) موم خالص 6 گرام، روغن بنفشہ 4 ملی لیتر آگ پر رکھ کر پگھلائیں، پھر گائے اور بکری کی پنڈلیوں کے مغز 6-6 گرام کو روغن بنفشہ میں علاحدہ پگھلا کر گدھی کے دودھ میں ملا کر یکذات کریں، اس کے بعد مذکور الصدر روغن بھی اس میں ملا کر خوب آمیز کریں۔

بخار کی حالت میں آب کدو و ماء الشعیر دیا جائے اور آب گرم کے نطول کی ہدایت کی جائے۔

طب جدید میں تشنج کی موثر ترین دوا پیرلڈیہائڈ (Paraldehyde) ہے، جسے بمقدار 0.2 ملی لیٹر فی کلو جسمانی وزن کے لحاظ سے درون عضلاتی راہ سے یا سوڈیم فینو باربی ٹون 25 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن بھی مفید ہے۔ عمومی معدم حس کی ضرورت شاذ و نادر ہی پڑا کرتی ہے۔

شکمی خلل کی موجودگی میں اصل سبب معلوم کر کے رفع کیا جائے اور کلورل ہائڈریٹ

بمقدار 5 ملی گرام قدرے پانی میں حل کر کے مبرز کی راہ دینا چاہیے۔

اگر یا فوخ میں نفخ وتمدد ہو تو سمجھنا چاہیے کہ سیال دماغی نخاعی کا دباؤ بڑھ گیا ہے، لہذا بزل قطنی (Lumber puncture) کے ذریعہ کم کرنا چاہیے اور کلورل ہائیڈریٹ تھوڑی تھوڑی مقدار میں عرصے تک دیتے رہنا چاہیے۔ تشنج کے تقریباً جملہ اصابات میں کلورل ہائیڈریٹ کا استعمال عموماً مفید ثابت ہوتا ہے۔ لیکن عرصہ دراز تک استعمال کرانے سے بچہ کے حلقوم کے عضلات میں بے ترتیب استرخا کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے، لہذا رضاعت کے وقت کبھی دودھ کے قطرے قصبۃ الریہ میں چلے جاتے ہیں، جو حبس نفس، نمونیا اور گاہے فوری موت کا باعث ہوتے ہیں، لہذا ہر بار رضاعت سے قبل بچے کے عمل چوس کی قوت کا جائزہ لے لینا چاہیے۔

کلورل ہائیڈریٹ کے علاوہ کبھی کبھی برومائڈ کا استعمال بھی کیا جاتا ہے۔ موخرالذکر چھوٹے بچوں کے بہ نسبت بڑوں میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ ڈاکٹر عبدالرحیم خاں نے نسخہ ذیل مفید بتایا ہے:

برومائڈ آف پوٹاسیم	۔	اگرین
شربت	۔	30 قطرے
عرق سونف	۔	30 قطرے

جملہ دوائیں ملا کر ایک خوراک بنائیں اور دو دو یا تین تین گھنٹے بعد پلائیں۔ یہ نسخہ 3 ماہ کے بچہ کے لیے کافی ہے۔

علاج مکمل ہونے کے بعد ایک عرصہ تک مچھلی کا تیل، حیاتین ''د'' دی جائے۔ دافع کساح تدابیر بروئے کار لائیں۔ اس مقصد کے لیے شربت میکالوٹ براہ دہن دیا جائے۔ یہ دوا اشرابی استعمال کے لیے بھی موزوں ہے۔

غذا: لطیف اور زود ہضم دیں۔

پرہیز: چرپری، گرم ونفاخ اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

13

کُزازِ اطفال

(TETANUS NEONATORUM)

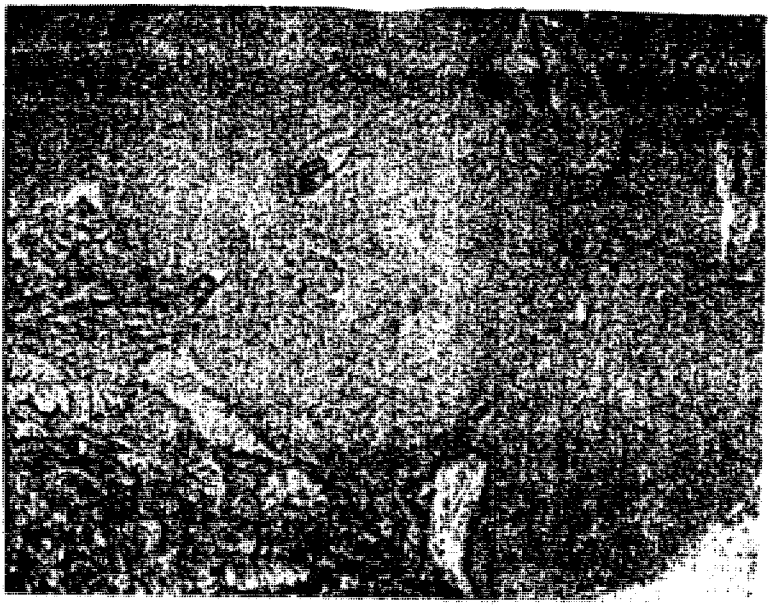
مترادف: جموگا، کمیرہ۔

کیفیت: کزاز اس تشنج کو کہتے ہیں جو فک اسفل (نچلے جبڑے) یا ہنسلی کے عضلات سے شروع ہو کر جسم بھر کے عضلات کو آگے، پیچھے اور بائیں جانب کھینچ دیتا ہے۔ جس کے سبب بچہ کمان کے طرح خمیدہ ہو کر اکڑ جاتا ہے۔

اسباب: قدیم نظریات کے مطابق اعصابی ریشوں میں بارد رطوبتیں سرایت کر جاتی ہیں اور برودت کی زیادتی کے سبب جملہ رطوبتیں اعصابی ریشوں میں سختی کے ساتھ برقرار رہتی ہیں لیکن جدید تحقیقات نے اس عسیر العلاج بلکہ مہلک مرض کا سبب ایک خاص قسم کے گرام مثبت نا ہوا باش جرثومۂ طاطانی (Tetanus Bacilli) کو قرار دیا ہے۔ مادۂ کزاز گندہ قینچی، ملوث زمیں یا گندے لباس سے بچہ کی ناف، زخم بستری یا کسی بھی زخم کے راہ اندر داخل ہو جاتا ہے۔ اس کا وقوع عموماً انھیں علاقوں میں ہوتا ہے، جہاں نوزائیدہ کے عمومی حفظ صحت کی طرف سے غفلت برتی جاتی ہے۔ غذا و ہوا کی خرابی اور برودت وغیرہ اسباب مُعدّہ میں شمار کیے جاتے ہیں۔ اس میں عمر کی کوئی قید نہیں۔

امراضیات: اس کا جرثومہ زخم میں افزائش کا سبب تو ہوتا ہے لیکن پھیلتا نہیں، البتہ قوی خارجی سموم (Exotoxins) پیدا کرتا ہے جو یا تو محیطی اعصاب کے مقامی محوری استوانہ سے نخاع تک صعود کرتا ہے اور اگر کثیر المقدار ہو تو جسم بھر میں پھیل جاتا ہے اور کسی بھی محیطی عصب تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے قدیم یونانی نظریہ کی توثیق ہوتی ہے، جس کے مطابق بروں سمیت کو ''بارد رطوبت'' سے موسوم کیا گیا ہے۔

خفیف اصابات میں مقامی کزاز پیدا ہوتا ہے، جس سے زخم کے اردگرد کے عضلات ہی متاثر ہوتے ہیں۔ شدید اصابات میں جب کی مادہ عمومی حیثیت سے پھیلتا ہے تو چھوٹے اعصاب کے حامل اعضا جلد متاثر ہوتے ہیں، جیسے چہرہ۔ ایسی حالت میں چہرہ کی سختی پہلے مشاہدہ میں آتی ہے جس کے نتیجے میں رضاعت دشوار ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ تصویر نمبر 10 سے ظاہر ہے اور جلد ہی کمر کے عضلات اور ہاتھ پاؤں بھی لپیٹ میں آجاتے ہیں۔



تصویر 10: طاطانس نوزائیدہ۔ شدید کزاز اور انطباق الفکین کے سبب رضاعت انتہائی دشوار ہوگئی ہے

بارد رطوبت (بروں سمیت) مبدء التخاع اور نخاع میں طبعی انعکاسی کیفیت کو مختل کر

دیتی ہے۔

سریری مدت یا نصاب: مدت حضانت 3 تا 10 یوم۔

جبڑوں کی صلابت بتدریج بڑھتی جاتی ہے اور منہ کھولنے میں دشواری ہوتی ہے۔ تبسمِ تشنجی (Risus Sardonicus) بڑھتا جاتا ہے۔ جیسا کہ تصویر ذیل سے ظاہر ہے۔

تصویر 11: طاطانس دماغی۔ چہرے کا فالج، بندش فکین (انطباق الفکین)، تبسم تشنجی صاف اور طبعی حواس دیکھے جا سکتے ہیں

منہ کے زاویے میں تمدد پیدا ہو جاتا ہے، اس کے بعد پشت اور شکم کے عضلات میں صلابت بڑھتی جاتی ہے۔ چونکہ پشت کے عضلات زیادہ قوی ہوتے ہیں، اس لیے تشنج ظہری (Opisthotonos) واقع ہو جاتا ہے اور ہاتھ پاؤں آخر میں زیر اثر آتے ہیں۔

نوٹ: صلابت مسلسل موجود رہتی ہے، جس سے کچلہ کی سمیت کی تفریق ہو جاتی ہے۔

تشخیص: زخم میں جرثومہ کی موجودگی کا پتہ لگانا چاہیے، لیکن یہ صرف 5 فیصد اصابات میں ہی

پایا جاتا ہے۔

انجام مرض: انجام کا انحصار حسب ذیل امور پر ہوتا ہے:

(1) جذب شدہ بروں سمیت (بار در طوبت) کی مقدار۔

(2) مقام زخم: چہرے کے قریب زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

(3) مدت حضانت اگر مختصر ہو (10 یوم سے کم) تو انجام برا ہوتا ہے۔

(4) پہلی علامت اور پہلے بڑے تشنج کا درمیانی وقفہ، وقوعہ کا زمانہ، اگر سریع ہو تو انجام خراب ہوتا ہے۔

(5) اگر بروقت معالجہ اور مناسب تیمارداری میسر آجائے تو بہتر انجام کی توقع کی جاسکتی ہے۔

(6) کامیاب علاج کے بعد صلابت کافی دنوں تک برقرار رہ سکتی ہے۔ لیکن دائمی عاقبہ کے طور پر نہیں۔

تحریزی معالجہ: طاطانس ٹاکسائڈ (T.T.) کی مقدار معززہ (Booster dose) ان جملہ زخم خوردہ بچوں کو دی جائے، جنھیں طاطانس کے خلاف منیع کر دیا گیا ہو، بشرطیکہ:

(1) جسم غریب موجود ہو۔

(2) جرحی آلات کی صفائی دشوار ہو۔

(3) زخم مٹی سے آلودہ ہو گیا ہو۔

اگر بچہ پہلے سے منیع نہ ہو تو انسانی طاطانس منیع گلوبیولین (Human Tetanus-Immuno Globulin) 25 یونٹ عضلاتی راہ سے دی جائے۔

جانور سے حاصل شدہ تحریزی ATS خطرناک ہوتا ہے۔ لہٰذا اسے تجویز نہ کرنا چاہیے۔

اگر حالت مقتضی ہو نیز کزاز کا امکان ہو تو کم از کم ابتدائی تین یوم تک پنسلین درون عضلاتی راہ سے دے دی جائے۔

تدابیر و علاج:

عمومی تدابیر: نہ صرف بچہ بلکہ زچہ کو بھی حفظ صحت کے اصولوں کے تحت رکھا جائے، کمرہ صاف ستھرا، خشک، ہوادار اور نیم تاریک ہونا چاہیے خلل بالکل نہ ہو۔ بہترین غذا اور پانی فراہم کیا جائے۔

انسانی مانع کزاز گلوبیولین۔ (Human Tetanns Immuno Globulin (HTIG)

5000 تا 10000 یونٹ کی واحد مقدار جتنی جلد ممکن ہو دی جائے اور اگر ممکن ہو تو اس کے قطور زخم کے اردگرد بھی ٹپکائیں۔ اس سے اگرچہ مریض کی موجودہ کیفیت پر اثر نہیں پڑتا تاہم مزید بروں سمیت نہیں بننے پاتی۔

بچہ کی زخمی ناف، یا جو بھی زخم ہو، اصول جراحت کو ملحوظ رکھتے ہوئے پاک صاف کی جائے اور پاکیزہ (مطہر) مرہم پٹی استعمال کی جائے۔ بچہ کو دیر تک نیم گرم پانی میں رکھا جائے اور نیم گرم پانی سے غسل دیا جائے۔

خفیف اصابات میں شہد، روغن بید انجیر 7 ملی لیتر سے آنتوں کو صاف کر کے منومات، مسکنات اور مانع تشنج ادویہ احتیاط کے ساتھ دی جائیں، مثلاً جدوار، عود صلیب 125 ملی گرام پیس کر خمیرہ گاؤزباں عنبری 2 گرام پانی میں ملا کر بار بار چٹائیں۔

مذکورہ دواؤں کے علاوہ 2 گرام میپر و بامیٹ (Meprobamate) ۔ڈایازاپام (Diazepam) یا کلور پرومازین بھی تشنج پر قابو رکھنے کے لیے استعمال کرا سکتے ہیں۔

شدید اصابات میں ماہرین کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا خاص طور سے داروئے بیہوشی کے ماہر (Anaesthetist) کی بہت زیادہ اہمیت ہوتی ہے۔ دیگر بڑے عملیات کے لیے شفاخانہ میں داخل کر دینا چاہیے۔ پینی سلین حسب ضرورت دی جائے۔

●●

14

فالج الاطفال

(POLIOMYELITIS)

مترادف نام: استرخاءالاطفال (INFANTILE PARALYSIS)۔

کیفیت وماہیت: یہ مرض عموماً چند ماہ سے لے کر 5 سال تک کے بچوں کو حرام مغز کے سخت ہو جانے سے لاحق ہوتا ہے۔ موجودہ ''وبائیات'' کی رو سے زیادہ عمر والے بچے اور بالغ افراد زیادہ مبتلا پائے جاتے ہیں۔

اسباب: پشت یا کمر پر سردی یا چوٹ لگنا، پیدائش کے وقت کی چوٹ، دانت نکلنا، کرم شکم (پیٹ کے کیڑے)، معدہ اور آنتوں کی خرابی، مرض چیچک وخسرہ وغیرہ اس کے اسباب ہوا کرتے ہیں، تاہم شاذ ونادر بلا کسی سبب کے بھی لاحق ہو جاتا ہے۔

بعض ماہرین کے مطابق یہ مرض اکثر دماغ کے کسی مرض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، خواہ وہ بیماری کتنی ہی خفیف کیوں نہ ہو، مثلاً اگر کسی بچہ کو خفیف تشنج ہو جائے اور صرف اس کا سر ایک دو روز تک بھاری رہے، تب بھی یہ مرض عارض ہو سکتا ہے، لیکن عام طور سے دماغ کے جس مرض کے سبب فالج عارض ہوتا ہے، وہ نہ تو زیادہ شدید ہوتا ہے اور نہ ہی دیرپا لہٰذا بچے کے معمولی سے معمولی تشنج کو بھی اہمیت دینی چاہیے اور نوبت گزر جانے کے بعد اس کے ہاتھ پاؤں کا بخوبی امتحان کیا

جائے اور دیکھا جائے کے صحت مند ہاتھ پاؤں کی طرح انھیں حرکت دینے پر قادر ہے یا نہیں؟ نفی کی حالت میں علاج بلا تاخیر شروع کر دینا چاہیے۔

عصری تحقیقات کے مطابق اس کا سبب پولیو وائرس RNA قسم مصلی 1، 2 اور 3 ہوتا ہے۔ یہ معوی قشی جماعت سے تعلق رکھتا ہے جو براز میں اور بعض اوقات انفی بلعومی حصے میں پایا جاسکتا ہے۔ تاہم مدت حضانت کے دوران انفی بلعومی ترشحات میں بھی موجود ہوتا ہے۔

مدتِ حضانت: 5 تا 18 یوم، بقول بعض ایک تا تین ہفتہ۔ قشبیات غذا، انگلیوں، مکھیوں اور براز وغیرہ کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں۔

علامات: یہ مرض عموماً یک بیک ہو جاتا ہے، لیکن گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ مریض بچہ رات کو سوتے وقت صحیح و تندرست ہوتا ہے، لیکن رات اضطراب و بےچینی کے عالم گذارنے کے بعد صبح اٹھتا ہے تو ایک یا دونوں پاؤں مفلوج ہو چکے ہوتے ہیں، جن کی حرکت اگر چہ بالکل زائل ہو چکی ہوتی ہے، تاہم حس برقرار رہتی ہے۔ بچے کی ٹانگوں کی وضع مینڈک نما ہو جاتی ہے، جیسا کہ تصویر ذیل سے ظاہر ہے:

تصویر 12: دونوں ٹانگوں کا شللی پولیو جس میں مریض کی وضع مخصوص ''مینڈک نما'' ہوگئی ہے

لقوہ کے علاوہ دیگر جملہ اقسام فالج میں عضو مفلوج میں کسی قدر حرکت باقی رہتی ہے، مثلاً

اگر باز و مفلوج ہو جائے تو بچہ اسے بمشکل قدرے ہلانے پر قادر ہوتا ہے، لیکن اس قدر نہیں کہ اسے کارآمد کہا جا سکے۔

بعض اوقات اس کے وقوع سے پیشتر حرارت یا تشنج یا دیگر دماغی و عصبی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ رفتہ رفتہ ماؤف عضلات نقص تغذیہ کے سبب پتلے اور مذبول ہو جاتے ہیں اور الیکٹرک شاک سے بھی متاثر نہیں ہوتے۔ ہاتھ پاؤں اور پشت میں درد کی شکایت ہوتی ہے، جسمانی حرارت کم ہو جاتی ہے، نبض بھی باریک اور ضعیف ہو جاتی ہے۔

تشخیص: زیادہ چھوٹے بچوں میں جب یہ مرض لاحق ہوتا ہے تو تشخیص میں دشواری ہوتی ہے، تاہم اس کا انداز آغاز اور اس امر سے کہ عضو مفلوج میں درد نہیں ہوتا، یہ مرض بلا تاخیر پہچانا جاتا ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ مفلوج عضو صحت مند عضو سے بھی زیادہ حساس ہو جاتا ہے، اس وقت ذہن کو لھے کی مرض کی طرف منتقل ہو جاتا ہے، لیکن فرق یہ ہوتا ہے کہ کولھے کے جوڑ کی بیماری میں مریض کے ماؤف جانب کی ایڑی پر صدمہ پہنچنے سے کولھے میں شدید درد ہوتا ہے اور اس جانب کے گھٹنے میں تو مستقل درد رہتا ہے، لیکن فالج میں ایسا نہیں ہوتا۔

جب تشنج کے بعد فالج ہوتا ہے تو اس کی تشخیص زیادہ دقت طلب ہوتی ہے لیکن غیر پیچیدہ قسم کے فالج تشنج کی صرف ایک ہی نوبت کے بعد ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تشخیص میں حسب ذیل امور خاص طور سے اہم ہوتے ہیں:

1۔ سیال دماغی نخاعی (CSF) بہت اہم ہے بالخصوص غیر مکمل قسم کے صابات میں۔

(الف) خلیات: 10 تا 300/ مکعب م م۔ ابتدا میں کثیر النواۃ سفید خلیات ہو سکتے ہیں اور بعد میں لمفاوی کرویات۔ دوسرے ہفتہ کے دوران تعداد کم ہو سکتی ہے۔

(ب) لحمین ابتدا میں طبعی ہو سکتے ہیں اور دوسرے ہفتہ 1.0-2.0 گرام ہو سکتے ہیں۔

(2) خون کے سفید خلیات کی تعداد بڑھ سکتی ہے۔

(3) قشی سرایتوں کے لیے براز کا امتحان کرنا چاہیے۔

اچانک واقع ہونے والے فالج کی تشخیص حسب ذیل امراض سے کر لینی چاہیے:

1- التہاب اعصاب کثیرہ

2- التہاب اعصاب محیطی

3- کزاز

4- دروں نخاعی نوساختیں

5- ضربہ وسقطہ کی جراحتیں

6- بچے کو زیر مشاہدہ رکھا جائے اور ہاتھ پاؤں استعمال کرنے کی ہدایت کی جائے۔ بچے محتاط انداز میں چل پھر سکتے ہیں۔

7- التہاب مخ العظام (Osteomyelitis): درد کے سبب بچہ ہاتھ پاؤں ہلا نہیں سکتا (فالج کاذب۔Pseudo paralysis)

انجام: اگر فالج کا حملہ اچانک ہو جائے، جیسا کہ دانت نکلنے کے زمانے میں ہوتا ہے تو اس کا انجام بہتر ہوتا ہے۔ اس کے بہ نسبت ہونے والے مرض کا انجام خراب ہوتا ہے، اسی طرح بصلی قسم کا انجام بھی برا ہوتا ہے۔

خفیف اصابات میں مریض چند یوم سے لے کر چند ماہ کے اندر اندر اچھا ہو جاتا ہے لیکن بسا اوقات ماؤف اعضا اپنی مرضی حالت اور سابق وضع اختیار کر لیتے ہیں، لیکن باقی اعضا کے عضلات بطور عاقبہ ہمیشہ کے لیے مذبول ہو جاتے ہیں، یعنی اس عضو کی نمو یا تو بالکل رک جاتی ہے یا تندرست عضو کے بہ نسبت سست رفتاری سے بڑھتا ہے۔

تحریز: جدرنیت (ٹیکہ لگانا=Vaccination)

ٹیکہ کی درج ذیل دو قسمیں ہیں:

(1) غیر فعال (Inactivated)

(2) تقللی (Attenuated)

غیر فعال اشرابی جدرنیہ (ویکسین): اسے سب سے پہلے ممالک متحدہ امریکا کے ڈاکٹر ساک نے ایجاد کیا تھا اور عصر حاضر کے جملہ ٹیکے اسی سے مشتق ہیں۔ اس میں ایک رنگین اشاریہ ہوتا ہے جو طبعی حالت میں گلابی ہوتا ہے لیکن خراب ہونے کی حالت میں زرد ہو جاتا ہے، جسے ہرگز استعمال نہ کرنا چاہیے۔

اسے 4^0C+ پر رکھنا چاہیے اور ویکسین پر درج تاریخ معینہ کا احترام کرنا چاہیے۔

تکنیک: 0.5 ملی لیٹر کتین تحت الجلدی اشراب کی ضرورت پڑتی ہے جسے ایک ماہ کے وقفہ سے بروئے کار لایا جائے۔ تاہم پہلے اور دوسرے انجکشن کا درمیانی وقفہ 6 ہفتے تا 3 ماہ بھی جائز ہے۔ اسی طرح دوسرے اور تیسرے انجکشن کا درمیانی وقفہ 1 تا 6 ماہ دے سکتے ہیں۔

اوقات معززہ پہلے ویلسی نیشن کے ایک سال بعد یا زیادہ سے زیادہ 2 سال بعد۔ اس کے بعد عام طور سے ضرورت نہیں رہتی اور اگر ناگزیر ہو تو 5 سال بعد دہرائیں۔

ذی حیات تخلیلی جدرنیہ (Live attenuated vaccine) براہ دہن بآسانی جذب ہو جاتا ہے۔

تکنیک: اسے خوردنی طور پر واحد خوراک کے ایمپول (0.5 ملی لیٹر) سے استعمال کرایا جاتا ہے یا ایک چمچہ میں لے کر بچہ کے منہ میں ڈال دیا جاتا ہے۔

علاج: آرام وسکون بہم پہنچانے کے ساتھ ساتھ ہمدردانہ تیمارداری کی جائے۔ اصل سبب معلوم کر کے اس کا تدارک کیا جائے۔ مثلاً اگر دانت نکل رہے ہوں اور مسوڑھے سوجے ہوئے ہوں تو ان میں شگاف لگا کر علاج شروع کر دیا جائے۔ پشت پر چوٹ لگی ہو یا آنتوں میں کیڑے موجود ہوں تو ان کا مناسب تدارک کیا جائے۔

علاج بعجلت ممکنہ شروع کر دینا چاہیے۔ مقصد علاج یہ ہوتا ہے کہ بدوضعیوں سے جسم کو محفوظ رکھا جائے۔ متاثرہ عضلات کو ممکنہ حد تک درست وضع اور شکل کی طرف لوٹانے کی کوشش کی جائے اور بچے کو امکان بھر صحتمند حالت میں حرکت کرنے کے قابل بنایا جائے۔ لیکن دشواری یہ ہے کہ بچے مبتلائے مرض ہونے کے بعد روز اول ہی سامنے نہیں آتے بلکہ اس وقت لائے جاتے ہیں جبکہ بدوضعی واقع ہو چکی ہوتی ہے۔

بہر حال علاج دو بنیادوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ تشریحی اور فعلیاتی۔ اس میں متضرر عضلات کی بہترین ممکنہ بحالی مقصود ہوتی ہے، ساتھ ہی فعلیاتی بحالی بھی کیونکہ منصوبہ بند علاج اطراف اور جسم کا بحیثیت مجموعی بہترین مصرف ہوتا ہے۔

عضلاتی بحالی: بعض اوقات از خود ہو جاتی ہے، تاہم یہ اسی وقت ممکن ہے، جبکہ وسعتِ مفصلی (Articular amplitude) مکمل ہو اور عضلات کو حرکت کی اجازت دیتا ہو۔ تاہم اس بحالی کو مقررہ فعال کام کے ذریعہ بڑھایا جا سکتا ہے۔ یہ کام ورزش کیے جانے والے عضلات کی قوت سے زیادہ ہونا چاہیے، مثال کے طور پر اگر عضلات دو کلو وزن اٹھانے کی پوزیشن میں ہیں تو ہلکے وزن یعنی ایک کلو اٹھانے کی ورزش کرائی جائے ورنہ رہی سہی قوت بھی زائل ہو جائے گی۔ متاثرہ ہاتھ یا پاؤں کو موزوں وضع میں غیر متحرک کر دینا چاہیے۔

فعلیاتی بحالی: اس کا انحصار مرض سے متاثر جسمانی تاچہ (Segment) پر ہوتا ہے۔

بسا اوقات اطراف زیریں متاثر ہوتے ہیں، لہذا چہل قدمی کی ہدایت کی جائے، تاہم عامل فعل کی یہ ورزش صرف اسی وقت قابل اجازت ہے۔ جبکہ دھڑ اس قابل ہو کہ بچہ جب کھڑا ہو تو وہ اسے سہار سکے، اس کے بعد ٹہلنے کی اجازت دی جائے پھر بچہ تقوس فقرات (Scoliosis) کے عاقبہ کے بغیر بیٹھ سکتا ہے۔ اسی طرح عضلات جسد بھی مضبوط ہونے چاہئیں، غیر طبعی حالات میں جبکہ تقوس الفقراۃ کا اندیشہ ہو، یومیہ نشست 2 سے 3 گھنٹے تک محدود رکھنی چاہیے۔

اگر دھڑ معتد بہ حد تک قوی ہو تو بچے کو جلد کھڑے ہونے کی اجازت دی جاسکتی ہے، بشرطیکہ عضلی قوت اجازت دے۔ بحالی مدت میں بعض اوقات عضلات ایستادگی کے لیے ناگزیر مرکز کے پیچھے بحال ہوتے ہیں، جو کہ کھڑے ہونے کے لیے انتہائی ضروری ہیں۔ ایسی صورت میں بچے کی چہل قدمی کے لیے قدرے انتظار کرلیا جائے تاکہ عضلات تھکن کا شکار نہوں اور زیادہ سے زیادہ بحالی اختیار کرسکیں۔

اس کے برعکس عضلات کی بحالی میں غیر معمولی تاخیر ہونے لگے تو ٹہلنے کے لیے مجوزہ آلات کا سہارا لیا جائے۔

ابتدائی مدارج میں جبکہ مرض مخفی حالت میں ہو تو دافع بخار و مسہل اودیہ سے علاج کیا جائے۔ اس غرض سے نسخہ ذیل کامیابی کے ساتھ استعمال کرایا جاسکتا ہے:

(نسخہ) گلبنفشہ 2 گرام، گاؤزباں 1 گرام، بادیان 2 گرام، عودصلیب 1 گرام نیمکوفتہ کو عرق مکوہ، عرق گاؤزبان ہر ایک 40-40 ملی لیٹر میں پکا کر چھان لیں اور گلقند 12 گرام ملا کر اوپر سے خاکسی 1 گرام چھڑک کر پلائیں۔

نوٹ: قبض کی حالت میں مذکورہ نسخہ میں شیر خشت 3 تا 6 گرام اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر اجابت ہو جائے تو بہتر ہے ورنہ 6 تا 12 گرام مغز املتاس حل کر کے دے سکتے ہیں۔

جب مرض بخوبی ظاہر ہو جائے اور اجابت ہو جائے تو آب نیم گرم سے غسل دیں مقام ماؤف پر گرم سینک کریں، ضرورت پڑنے پر بجلی لگوائیں۔ حسب ضرورت مریض کی پشت یا کمر پر جونکیں لگوائیں۔ مفید ثابت ہوتا ہے۔

ظہور مرض کے بعد ابتدا میں 5 تا 8 یوم ماءالعسل کے علاوہ کچھ نہ دیا جائے جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) اسطوخودوس، باورنجبویہ ہر ایک 2.5 گرام پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور شہد خالص 15 ملی لیٹر ملا کر پلائیں، اس کے 5 تا 8 یوم استعمال کے بعد درج ذیل منضج حار دیں:

(نسخہ) بادیان، بیخ بادیان، بیخ کرفس، بیخ اذخر، بیخ کبر ہرایک 3.5 گرام، پرسیاؤشاں، اصل السوس مقشر، انجیر زرد، گاؤزباں ہرایک 2.5 گرام، مویز منقی 4 عدد۔

رات کو گرم پانی میں بھگو کر صبح کو مل چھان کر خمیرہ بنفشہ 25 گرام ملا کر نوش کرائیں، 10-12 یوم استعمال کرانے کے بعد مذکورہ نسخہ میں درج ذیل ادویہ مسہلہ کا اضافہ کر کے دو تین مسہل دیا جائے:

(نسخہ) سناء مکی، تربد ہرایک 3 گرام، مغز املتاس، شیر خشت، زنجبین شکر سرخ، گلقند ہر ایک 12 گرام، مغز بادام شریں 2 دانہ۔

حسب ذیل حبوب بچوں کے ہر قسم کے فالج میں قبض دور کر کے استعمال کرانا مفید ہے۔ اس سے پرانا نزلہ زکام بھی دور ہو جاتا ہے:

(نسخہ) جوہر سم الفار، سلاجیت خالص، کشتۂ فولاد ہرایک 6 گرام عنبر اشہب 3 گرام۔

ترکیب استعمال: جملہ دواؤں کو عرق گاؤزباں میں پیس کر مرچ سیاہ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک و ترکیب استعمال: 2 سال تک کی عمر کے بچوں کو چوتھائی گولی صبح اور چوتھائی گولی شام کو ماں کے دودھ کے ہمراہ گھس کر دیں۔ اس سے زیادہ عمر کے بچوں کو نصف گولی اور بالغوں کو ایک ایک گولی صبح و شام دے سکتے ہیں۔

●●

15

داء الرقص

(DANCE DISEASE)

تعریف: رعشہ سے مشابہ اس مرض میں اختیاری علی الخصوص ہاتھ پاؤں اور چہرے کے عضلات میں ایک یا دونوں طرف مخصوص قسم کی غیر منتظم حرکات واقع ہوتی ہیں، جو رقص سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اسی لیے اسے رقاص، داء الرقص یا سینٹ وائی ٹس رقص (St.Vitus dance) سے موسوم کرتے ہیں۔

اسباب و ماہیت: ایسے بچے جن کی مائیں عصبی المزاج ہوں یا اختناق الرحم میں مبتلا ہوں، ان میں یہ مرض موروثی طور پر پایا جاتا ہے۔ وجع المفاصل، سوء التغذیہ اور فقر الدم، سرایتی حمیات مثلاً خسرہ، حمی قرمزیہ التہاب درون قلب کے علاوہ ضربہ وسقطہ، سن بلوغ کے وقت فتور طمث اسباب میں شمار کیے جاتے ہیں، اسی طرح علت جلق یا کرم امعاء کی موجودگی میں بھی یہ مرض لاحق ہو جاتا ہے۔ رنج وغم، ضعف دماغ، حفظ صحت کی عدم پابندی بھی اسباب میں داخل ہیں۔

خون پاش نبقہ بحیہ سے سرایتی تعلق غیر واضح ہے، کیونکہ اس کا وقوع داء الرقص عارض ہونے سے ہفتوں بلکہ مہینوں پیشتر بھی ممکن ہے، تاہم ماہرین کا خیال ہے کہ کوئی فاسد سمی خلط دماغ میں جاگزیں ہو کر اس کی ساخت میں کچھ ایسی خرابیاں پیدا کر دیتی ہے کہ افعال دماغ میں فتور لاحق

ہوجاتا ہے۔

اس میں اختیاری عضلات پر اقتدار رکھنے والے اعصابی مراکز بطور خاص متاثر ہوتے ہیں۔اس کا وقوع مخفی طور پر ہوتا ہے،یعنی اگر دماغ کو خالی آنکھ سے دیکھا جائے تو کوئی نمایاں تغیر نظر نہ آئے گا،مثلاً ورم،امتلا،حمرت یا تصلب وغیرہ۔

یہ مرض 8 تا 10 سال کی عمر میں زیادہ لاحق ہوتا ہے۔

سریری مناظر: بچہ ناقابل کنٹرول اضطراب میں مبتلا ہوجاتا ہے اور چیزوں کو ادھر ادھر پھینکنے لگتا ہے،جس کے سبب بعض مائیں زجر و توبیخ کرنے لگتی ہیں،بچے کی تحریر میں بھی تغیرات رونما ہوسکتے ہیں۔اس مرض میں جذباتی عوامل اہم رول ادا کرتے ہیں۔حملہ سے پیشتر بچہ کو غلطی سے عصبی عارضے میں مبتلا تصور کرلیا جاتا ہے۔یہ مرض اکثر بتدریج شروع ہوتا ہے،لیکن شدید نفسانی و جذباتی صدمات کی صورت میں دفعتہً بھی لاحق ہوجاتا ہے،بعض مریضوں میں کسی اجنبی کی موجودگی یا غصہ کے وقت بھی یہ حرکات بڑھ جاتی ہیں،مریض ہاتھ کو مسلسل کھولتا اور بند کرتا ہے۔اسی طرح کلائیوں اور کہنیوں کو پھیلاتا اور سکیڑتا ہے نیز بے ہنگم حرکتیں کرتا ہے۔کندھوں کو بھی ہلاتا ہے۔چہرے کے عضلات میں تشنجی کیفیت ہوتی ہے،جس کے سبب طرح طرح کی شکلیں ابھرتی ہیں۔

شدید اصابات میں مذکورہ غیر ارادی حرکات میں شدت آجاتی ہے،چہرہ اور آنکھیں ادھر ادھر پھرتی ہیں۔مریض دانت پیستا ہے اور گاہے زبان دانتوں کے نیچے آکر کٹ جاتی ہے۔خورد و نوش دشوار ہوجاتا ہے،بول و براز خطا کرجاتا ہے۔تنفس اور حرکات قلب غیر منتظم ہوجاتے ہیں۔

مریض اپنی مرضی کے مطابق کوئی کام انجام دینے پر قادر نہیں ہوتا۔نیند کی حالت میں یہ جھٹکے اکثر معدوم ہوجاتے ہیں۔

امتحان پر بچے کو غیر اختیاری حرکات کا مرتکب پایا جاسکتا ہے لیکن ان حرکات میں تکرار نہیں ہوتی،تاہم معائنہ کے وقت ان میں شدت پیدا ہوسکتی ہے۔چہرے کے حرکات سے زوال تکلم (Dysarthia) کا اندازہ ہوسکتا ہے۔عام اصابات میں وہ ٹھہر ٹھہر کر گفتگو کرتا ہے،لیکن شدید حالات میں قوت گویائی چند ہفتے کے لیے جاتی رہتی ہے۔بچہ کمزور ہوجاتا ہے اور لڑکھڑا کر چلتا ہے نیز مضبوطی سے کوئی چیز تھامنے پر قادر نہیں ہوتا اور اطراف دائم الحرکات کے بجائے ڈھیلے ڈھالے ہوجاتے ہیں تاہم شلل کامل کبھی واقع نہیں ہوتا۔

تشخیص تفریقی: رقاص کی تشخیصی تفریق امراض ذیل سے کی جاتی ہے:

(1) اختلاج موروثی، (2) تصلب نخاع اور (3) اختناق الرحم

اختلاج موروثی: اس مرض میں مریض رک رک کر گفتگو کرتا ہے اور لفظ جدا ادا کرتا ہے۔ آنکھیں بے ترتیبی کے ساتھ ادھر ادھر حرکت کرتی ہیں۔

تصلب نخاع تعددی عنفوان شباب میں واقع ہوتا ہے عضلات کے متشنج ہو جانے کے سبب حرکات انعکاسی میں اضافہ ہو جاتا ہے، یہ مرض تادیر برقرار رہتا ہے۔

اختناق الرحم: اختناق الرحم کی حرکات داء الرقص سے مختلف ہوتی ہیں، علاوہ بریں اس بیماری کی مخصوص علامتیں موجود ہوں گی۔

انذار: بچوں میں جب یہ مرض لاحق ہوتا ہے تو شدت وخفت کے اعتبار سے کم وبیش 6 ہفتے یا 6 ماہ میں از خود رفع ہو جاتا ہے، لیکن مزمن اصابات میں ایک سال یا زائد مدت تک اس کی علامات باقی رہتی ہیں، کبھی کبھی عود مرض کی بھی شکایت پائی جاتی ہے، لیکن دوسرے حملے میں شدت نہیں ہوتی۔

رقاص سے زیادہ خائف ہونے کی ضرورت نہیں، کیونکہ اس میں دائمی دماغی تباہی کے امکانات نہیں ہوتے اور شفا مکمل طور سے ہو جاتی ہے، تاہم اگر مرض قلب کے ہمراہ عارض ہو تو خطرناک ثابت ہو سکتا ہے۔

تدابیر وعلاج: اس کا کوئی مخصوص علاج نہیں، نہ اس میں اسٹیرائڈ کی کوئی اہمیت ہے۔ فعال درجہ میں فینو باربی ٹون یا کلور پرومازین سے تسکین پہنچائی جا سکتی ہے، تاہم دافع حدار دوائیں ضروری نہیں، تاوقتیکہ التہاب قلب نہ ہو جائے یا ESR نہ بڑھ جائے۔ ایسی حالت میں حمی حدار کی کا علاج کیا جائے۔ حاد درجے میں غیر پیچیدہ داء الرقص میں پینی سلین نہ دی جائے۔

چارپائی کے کناروں پر پیڈ لگا دیے جائیں تاکہ بچے کو کسی طرح کا ضرر نہ پہنچے، اگر ایمبولنس میں سفر ناگزیر ہو تو آغاز سفر سے پیشتر بچے کو بخوبی تسکین دینی چاہیے، کیونکہ سفر کے دوران حرکات عارض ہونے سے حالت مزید ابتر ہو سکتی ہے۔ شفاخانہ میں تیمارداری علاحدہ کمرہ میں مناسب ہے۔ پرشور وارڈ میں مرض میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ ہشیار ماں گھر ہی پر بحسن وخوبی تیمارداری کر سکتی ہے جب تک حرکات معدوم نہ ہو جائیں، آرام کا سلسلہ برقرار رکھنا چاہیے۔

بچے کو پہلی بار اسکول جاتے وقت تسکین رسانی سے اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

بسا اوقات دوبارہ اسکول جانے والے بچوں میں عود مرض کی شکایت ہو جاتی ہے۔ بعض بچوں کی ذہانت وفطانت میں عارضی نقص پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کے ٹیوشن کا انتظام گھر یا شفاخانہ ہی میں کر دیا جائے تو زیادہ بہتر ہے۔ تبدیلی آب وہوا بالخصوص خوش نما مقامات پر بیحد مفید ثابت ہوتی ہے۔

قبض کی حالت میں رفع قبض کی تدابیر بروئے کار لائیں۔ ہاضمہ درست کیا جائے آب شور یا گندھک کے چشمے میں غسل مفید ہے۔ عدم دستیابی کی صورت میں سلفر سوپ سے نہلانا چاہیے۔

اصل سبب کا تدارک کیا جائے مثلاً وجع المفاصل، سرایتی حمیات وغیرہ کی صورت میں ان کا دفعیہ کیا جائے۔

سر کا ضربہ وسقطہ ہو تو اس کا مقامی اور ضرورت ہو تو داخلی علاج کیا جائے فتور طمث کی صورت میں مناسب معالجہ بروئے کار لائیں۔

جلق کی عادت ہو تو بچے کو تنہائی سے دور رکھیں۔ صالح اور پاکیزہ ماحول فراہم کیا جائے۔

کرم شکم کی صورت میں مناسب علاج کیا جائے، تاکہ کیڑوں کا خاتمہ ہو جائے۔

رنج وغم اور ضعف دماغ کی حالت میں مقوی دماغ ادویہ مثلاً خمیرہ گاؤزباں، خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا، اطریفل مقوی دماغ وغیرہ دیے جائیں۔ بادام شیریں گھس کر شہد خالص 25 ملی لیٹر میں ملا کر صبح نہار منہ پابندی سے چٹانا انتہائی مفید ہے۔

اگر ساتھ میں خشکی اعصاب بھی موجود ہو تو مرطب ردغنیات مثلاً روغن بنفشہ، روغن لبوب سبعہ کی سر پر مالش کریں اور خورنی طور پر نسخۂ ذیل دیں:

(نسخہ) مغز بادام، شیریں 3 عدد، مغز تخم خیارین 3 گرام، مغز تخم تربوز 1.5 گرام، مغز تخم کدوئے شیریں 1.5 گرام گائے کے دودھ میں پیس کر آگ پر جوش دے کر، روغن بادام شیریں 7 ملی لیٹر نیز مصری 12 گرام اضافہ کر کے اتار کر پلائیں۔

اگر حفظ صحت کی طرف سے عدم توجہی سبب ہو تو اصول حفظ صحت کی پابندی کرائی جائے۔ ہلکی ورزشیں اور علی الصبح کھلی اور پرفضا مقام پر سیر وتفریح مفید ہے۔

غلبۂ برودت کی حالت میں نسخۂ ذیل خارجی طور پر بروئے کار لائیں:

(نسخہ) روغن تارپین، روغن مال کنگنی، روغن موم، روغن جوز ماثل ہر ایک 30 ملی لیٹر، روغن قرنفل 6 ملی لیٹر۔

جملہ روغنیات باہم ملا کر رات کو عضو ماؤف پر لیپ کر کے پھایہ باندھیں، داء الرقص کے

علاوہ رعشہ، تشنج اور دردریحی وغیرہ میں مفید ہے۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) جند بیدستر 1 گرام ہمراہ ماءالعسل نوش کرائیں۔

دو تین روز استعمال کرانے کے بعد جب غیر منتظم حرکات میں قدرے سکون آجائے تو فالج کے ذیل میں درج منضج و مسہل بروئے کار لائیں تاکہ فاسد و غالب مادہ کا کلی استیصال اور تنقیہ ہو جائے، اس کے بعد تقویت دماغ و اعصاب کی تدابیر بروئے کار لائیں۔ اس غرض سے حسب ذیل ادویہ مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہے:

معجون جوگراج گوگل 1.5 گرام، معجون اذراتی 1.5 گرام، معجون سیر 2 گرام، معجون فلاسفہ 2 گرام وغیرہ ہمراہ دودھ۔

غذا و پرہیز: شوربائے چوزہ مرغ، گوشت تیتر، بٹیر، کبوتر ہمراہ چپاتی دیں۔ بیضۂ نیم برشت، دال ارہر یا مونگ، چنے کا شوربا اور کریلہ دیا جائے۔ مفید ہے۔

بارد، ترش، غلیظ و نفاخ اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں مثلاً سرد پانی، پالک لیمو، املی، کھیرا، تربوز اور برف وغیرہ۔

●●

16

فزع النوم

(NIGHT MARE)

مترادفات: التفزع فی النوم، نیند میں ڈرنا، کابوس۔

کیفیت وماہیت: ایہ مرض بطور عرض پایا جاتا ہے۔ اس میں بچہ نیند میں خوفناک خواب دیکھ کر ڈر کر چیخ کر بیدار ہو جاتا ہے۔

اسباب: (1) عصبی المزاج بچے اس میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ بچوں کو خوفزدہ کرنے سے بھی انھیں خواب میں ڈرنے کی شکایت ہو جاتی ہے۔

(2) عصبی خراش مثلاً دانت نکلنا یا کرم شکم (دیدان امعاء) سے بھی ڈراونے خواب نظر آتے ہیں۔

(3) بھوک یا قبض کی وجہ سے بھی کابوس کی شکایت ہو جاتی ہے۔ فاسد دودھ پینے سے بھی اس کی شکایت ہو جاتی ہے۔ اگر پرخوری کے سبب دودھ یا غذا ہضم نہ ہو سکے اور بدہضمی کا باعث ہو تو اس سے بھی خواب پریشاں نظر آتے ہیں جس کی دو شکلیں ہوتی ہیں:

(الف) جالینوس کی تحقیق کے مطابق جب غذا معدہ میں پہنچ کر خراب ہو جاتی ہے تو معدہ کو اس سے اذیت پہنچتی ہے۔ جس سے دماغ کی قوت متخیلہ تکلیف میں مبتلا ہو جاتی ہے اور ڈراؤنے

خواب نظر آنے لگتے ہیں۔

(ب) شیخ کے نظریہ کے مطابق اس غذا سے غلیظ بخارات اٹھ کر روح نفسانی میں تشویش پیدا کر دیتے ہیں۔

(4) مادہ سل کے سبب دماغ کی جھلیوں میں ورم آجانے سے بھی خوفناک خواب دکھائی دیتے ہیں۔

(5) **انفی حلقومی احتباس:** اس کا سبب بڑھے ہوئے لوزتین اور لحمیدہ ہو سکتے ہیں۔

(6) **قلب شکریت:** کے نتیجے میں اس کی شکایت ہو جاتی ہے۔

(7) بعض سرایتی امراض مثلاً چیچک یا خسرہ کے حملہ سے پیشتر بچہ عموماً خواب میں ڈر جاتا ہے۔

(8) اس امر کو ملحوظ رکھنا چاہیے کہ رات کا خوف ام الصبیان میں مبتلا بچوں میں تشنجی دوروں کے نتیجہ میں بھی عارض ہو سکتا ہے۔

علامات: بچہ سوتے سوتے اچانک چیخ مار کر بیدار ہو جاتا ہے۔ وہ سہما ہوا گھبرایا سا لگتا ہے۔ اگر بولنے پر قادر ہوتا ہے تو خوفناک خواب کے علاوہ بوجھ تلے دبنے اور دم گھٹنے کی کیفیت بیان کرتا ہے۔ جس کے سبب بولنے اور حرکت کرنے سے قاصر رہتا ہے۔ اور بالآخر چیخ مار کر بیدار ہو جاتا ہے۔

تدابیر و علاج: مریض بچے کو نہ ڈرائیں دھمکائیں اور نہ جن بھوت کے خوفناک قصے سنائیں۔ اصول حفظ صحت پر پوری طرح کاربند رہیں کمرے کو صاف ستھرا اور ہوادار رکھیں۔ بچہ کا منہ کھلا رکھیں۔ سونے سے پہلے نیم گرم پانی سے نہلانا بھی مفید ہے۔

اصل سبب کو معلوم کر کے اس کا مناسب دفعیہ کریں۔ غذا تازہ، زود ہضم اور جید الکیموس دیں۔ غذا کے معاً بعد سونے سے باز رکھیں نیز پالنے کو ہلاتے رہیں تاکہ غذا جلد ہضم ہو جائے۔

بچہ کی ماں کو ہدایت کی جائے کہ وہ کوئی ثقیل اور نفاخ غذا نہ کھائے اور اسے صبح و شام کھانے کے بعد جوارش جالینوس یا مربائے زنجبیل کھلائیں۔

اگر بچہ بیداری کی حالت میں کسی شے یا تصویر سے ڈرے اور وہی شے خواب میں آکر خوف زدہ کرے تو اس سے مانوس کرانے کی غرض سے بچہ کو بار بار وہی تصویر دکھانے سے خوف دور ہو جاتا ہے۔ کھیل کود میں مصروف کر کے بھی اس کے خیالات کو دوسری طرف مبذول کیا جا سکتا ہے۔

دانت نکلنے کے زمانے میں اگر مسوڑھے متورم ہوں تو ان میں شگاف لگوائیں اور اگر دیدان امعا کی شکایت ہو تو مناسب تدارک کیا جائے۔

غذا کی خرابی کی صورت میں صحیح غذا کا انتظام کریں۔ پرخوری کی صورت میں تقلیل غذا کی جانب توجہ کریں، نیز کھانا کھلانے کے فوراً بعد نہ سونے دیں۔ بلکہ کچھ دیر بیدار رکھ کر جھولے یا گود میں ہچکولے دیں تاکہ کھانا ہضم ہو جائے۔ کھانا کھانے کے بعد قدرے شہد چٹانے سے بھی ہضم میں مدد ملتی ہے۔ نسخۂ ذیل بھی مفید ہے۔

(نسخہ) خرفۂ بریاں، کشنیز خشک 3-3 گرام، نبات سفید ہموزن پیس کر چٹائیں۔

دماغ کی اغشیہ متورم ہوں تو اصل سبب کا تدارک و علاج کریں۔ اس کا بیان سابقہ اوراق میں گزر چکا ہے۔

انفی حلقومی احتباس میں انسداد پیدا کرنے والی لفاوی بافت دور کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔

قلت شکریت کی صورت میں سونے سے پیشتر گلوکوز دینے سے عموماً پرسکون نیند آجاتی ہے۔

دماغی خراش کے لیے حسب ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

(1) جدوار، عود صلیب ہر ایک 128 ملی گرام پیس کر خمیرہ گاؤزبان عنبری 3 گرام میں ملا کر کھلائیں، اور اوپر سے بادام 3 عدد عرق گاؤزبان عنبری 25 ملی لیٹر یا عرق بادیان میں گھس کر شہد سے میٹھا کر کے صبح و شام پلائیں۔

(2) بچوں کو معدہ کی گرانی کی صورت میں نہ سونے دیا جائے اور شہد چٹائی جائے، تاکہ جو کچھ معدہ میں ہو، ہضم ہو کر آنتوں میں اتر جائے۔ اسی طرح استخوان سرطان کی خاکستر مصری ملا کر کھلانا بھی مفید ہے۔

(3) عہد طفولیت میں کلورل ہائیڈریٹ محفوظ ترین دوا ہے۔ چنانچہ اسے پیدائش کے بعد سے ہی نصف گرین کی مقدار میں دے سکتے ہیں۔ 5 ماہ کے بچے کو $\frac{3}{4}$ گرین۔ ایک سال کے بچے کو ایک گرین۔ پانچ سال تک بڑھاتے جائیں۔ ایک ہی بڑی خوراک دینے کے بجائے چھوٹی چھوٹی خوراکوں میں تقسیم کر کے دن میں کئی بار دینا بہتر ہے۔ اس دوا کو عرق بادیان میں حل کر کے دینا چاہیے۔

●●

17

بیاض چشم

(OPACITY OF THE CORNEA)

مترادفات: عتمات قرنیہ، بیاض عین، بیاض الاحداق، جالا پھولا۔

بیاض قرنیہ اس رقیق سفیدی کو کہتے ہیں جو قرنیہ کی بیرونی سطح پر ہوتی ہے۔ اس کو اثر، غمام (ابر) اور سیماب (بادل) بھی کہتے ہیں۔ اس میں زخم مندمل ہونے کے بعد سفید یا بھوری کھرنڈ چھوڑ جاتا ہے، چنانچہ اگر سفیدی معمولی (رقیق) اور بادل نما ہو تو اسے سحاب قرنیہ یا دھند (Nabula) کہتے ہیں۔ لیکن یہ سفیدی اگر قدرے غلیظ اور دن کی روشنی میں دیکھنے پر سفید دھبہ دار ہو تو لطخہ یا بقعہ (Macula) کہتے ہیں۔ اور اگر یہ کھرنڈ بہت زیادہ غلیظ ہو اور غلیظ رطوبت قرنیہ کے اندر ہو تو اسے بیاض قرنیہ، کوکب یا ٹینٹ (Leucoma) کہتے ہیں۔

میکانیہ: سفید پردے کے اوپر پڑنے والی پوری روشنی رک جاتی ہے، جبکہ سحاب القرنیہ اسے بے قاعدہ طور پر منعطف کر دیتا ہے، چنانچہ بیشتر شعائیں شبکیہ پر پڑتی ہیں، جہاں باقاعدہ منعطف شعاعوں سے بنی ہوئی تصویر بگڑ جاتی ہے۔ یہ کوئی ضروری نہیں کہ جالا کے نتیجے میں اس کے عین پیچھے شبکیہ پر روشنی پڑنے سے رک جائے۔

اسباب: رمد یا پڑبال کی وجہ سے طبقۂ قرنیہ میں خراش ہونا۔ طبقۂ قرنیہ کا التہاب یا ورجو

بعد میں زخم کا سبب ہوتے ہیں۔ بچوں کے زیادہ رونے سے بھی یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔ کیونکہ ایسی صورت میں قرنیہ کی رطوبت تحلیل ہو جاتی ہے اسی لیے رنگ سفید ہو جاتا ہے۔ اسباب کے اعتبار سے اس کی چند حسب ذیل قسمیں ہوتی ہیں:

خلقی عتمات (Congenital opacities): گاہے ترقی پذیر تشوہات کے طور پر اس کی مختلف قسمیں سامنے آتی ہیں یا بیشتر حقیقی نہیں ہوتیں۔ قرنیہ کا تولیدی زخم اذیما کے سبب منتشر حالات یا دشمنت غشا (Descement membrane) کے پھٹ جانے کے سبب دائمی دھاری دار جالے میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

دھاری دار جالا (Striate opacity): مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ کثیر الوقوع قسم وہ ہے جو کہ عملیہ کے بعد گلوب پر نظر آتی ہے۔ بشرطیکہ اس میں کوئی تقطیع کی گئی ہو۔ جیسے ناخونہ نکالنے میں۔ انھیں بڑا کرنے (Magnification) کے بعد ہی دیکھا جا سکتا ہے۔ یہ زخم مندمل ہونے کے بعد از خود معدوم ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیہ کے معمولی طور پر مڑنے کے سبب عارض ہوتے ہیں۔ جس کے ساتھ دشمنت غشا اور متصلہ دریقات شکن دار ہو جاتے ہیں۔

سفید حلقہ دار عتمات (White ring opacities): کبھی کبھی حلقہ نما یا بیضوی شکل کے نہایت غلیظ سفید دھبے بن جاتے ہیں۔ 0.5 م م کے یہ دھبے غشائے بو مین (Bowman's-membrane) کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اس کا سبب ہنوز متنازعہ ہے، تاہم یہ عام طور سے خفیف ضربہ مثلاً جسم غریب کے ملصق ہو جانے کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ بصارت میں خلل انداز نہیں ہوتے۔

انذار: مناسب علاج کیا جائے تو یہ مرض بآسانی زوال پذیر ہو جاتا ہے۔

علاج: اگر کثرت گریہ سبب ہو تو بچے کو رونے سے حتی الامکان بچائیں اور روزانہ گوند ساق ا گرام، نبات سفید 4 گرام باریک سرمہ کی طرح کر کے آنکھوں میں ڈالیں یا پوست بیضۂ مرغ سوختہ، نبات سفید 3-3 گرام بدستور انجن کے طور پر استعمال کریں۔

دیگر حالات میں سب سے پہلے خراش دور کرنے کی کوشش کریں۔ پھر دمین شیاف دینار بکری کے دودھ میں گھس کر لگائیں، سوتے وقت کحل بیاض اور کحل گل کنجد ملا کر لگائیں نیز اطریفل کشنیزی حسب عمر صبح و شام پانی کے ہمراہ دیں۔

شیاف ذیل بیاض غلیظ کو تحلیل اور بصارت کو قوی کرتا ہے (از بیاض جدا مجد حکیم

شریف خاں):

(نسخہ) زنگار، سکبنج، اشق، سمندر جھاگ، نمک لاہوری

¼ جزء 1 جزء 1 جزء 2 جزء 2 جزء

جملہ دواؤں کو باریک کر کے چھان کر سفوف کے پانی میں (جو کے مانند) شیاف بنائیں اور سایہ میں خشک کر کے حسب ضرورت پانی میں گھس کر سلائی سے آنکھ میں لگائیں۔

کحل البقراطی: بیاض چشم تحلیل کرنے میں بے مثال ہے:

(نسخہ) شیشۂ سبز محرق مغسول 6 گرام، بورۂ ارمنی، زبدالبحر 3۔3 گرام۔

جملہ دوائیں کھرل کر کے سرمہ بنائیں اور صبح وشام آنکھ میں لگائیں۔

●●

18

حول (بھینگا پن)

(SQUINT OR STRABISMUS)

اگر کسی شے کی طرف دیکھتے ہوئے ہم چاہیں کہ وہ ایک نظر آئے تو ضروری ہے کہ دونوں آنکھوں کے مناظری محور سے اگر ایک خط کھینچا جائے تو دونوں ایک دوسرے سے اسی شے پر جا کر ملیں۔ جس کو ہم دیکھ رہے ہیں۔ اگر ایسا نہ ہوگا تو ظاہر ہے کہ دو میں سے کسی ایک آنکھ کی وضع غیر طبعی ہے یا وہ خراب ہے۔ اس حالت کو حول یا بھینگا پن سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ صورت کسی عضلہ کے فعل کے زیادہ موثر ہونے یا استر خائے عضلہ کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔ حول ہمہ جہتی ہوسکتا ہے۔ تاہم موربی حالت بہت کم ہوتی ہے۔ حول متسع اور حول استدقاقی کثیر الوقوع ہیں۔

بھینگا پن یا تو پیدائشی ہوتا ہے جو لاعلاج ہے یا پیدائش کے بعد ہوتا ہے۔ چنانچہ یہی قسم گاہے بچوں میں پیدا ہو جاتی ہے۔ کیونکہ ان کے اعصاب ملائم ہوتے ہیں اور ہر ایک شکل کو بآسانی قبول کر لیتے ہیں۔

اسباب: بعض اطبا نے مجموعی طور پر حسب ذیل اسباب بیان کیا ہے۔ خوف، غصہ، عمومی ضعف، ضعف بصر، حول کی نقل اتارنا۔ گوہانجی، بخار، دانت نکلنا، سر میں پانی جمع ہو جانا، امراض معدہ وامعا بالخصوص کرم امعا۔

احساس امتزاج (Sense of fusion): ''صرف ایک'' دیکھنے کا ارادہ اور خواہش عہد طفلی سے ہی شروع ہو جاتی ہے اور نتیجہ کار جب ہم کسی چیز کو دیکھتے ہیں تو ہماری دونوں آنکھوں کے استبصاری محور (مناظری محور) اسی شے کے مقام یا اس کے نقطۂ قیام پر جا کر مدغم ہوتے (ملتے) ہیں۔ یہی نقطہ دراصل ہماری دونوں آنکھوں کے قائم ہونے کا مرکز (مرکز ادغام یا نقطہ امتزاج) ہے۔ اس صورت میں دونوں آنکھوں کی شبکیہ کی شبیہہ باہم دیگر اس طرح مدغم ہو جاتی ہیں کہ یہ مرئی شے ایک دکھائی دیتی ہے۔

یہ بھی ممکن ہے کہ ایک چیز کو دیکھنے کے لیے اس پر دونوں آنکھیں مرکوز ہوں لیکن دونوں آنکھوں کی دونوں شبیہہ میں صادق ادغام نہ پایا جائے۔ ایسی صورت میں دماغ صرف شبیہہ کو محسوس کرتا ہے اور دوہری تصویر کو نظر انداز کر دیتا ہے۔

اگر امتزاجی میکانیہ خوب ترقی یافتہ اور خلل معمولی ہو تو بصری سیدہ (Visual-alignment) مسلسل امتزاجی جدوجہد کے ذریعہ طبعی حالات میں برقرار رہ سکتی ہے ایسی صورت میں حول خفی (LATENT STRABISMUS) ہوتا ہے، جو صرف اسی صورت میں نمودار ہو سکتا ہے جبکہ ادغام ناممکن بنا دیا جائے۔ جیسا کہ ایک آنکھ کو ڈھک کر کیا جاتا ہے۔ اس حالت کو گردمحوری یا اختلاف خطوط بصر (HETEROPHORIA) سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ اس کے برعکس اگر سیدہ برقرار رکھنی محال ہو تو اسے حول حقیقی (TRUE SQUINT) حول ظاہر (APPARENT-STRABISMUS) یا حول مرافق یعنی حول لاحق (CONCOMITTANT SQUINT) سے موسوم کرتے ہیں۔

گردمحوری (اختلاف خطوط بصر) یا حول خفی: (Heterophoria or latent-strabismus) جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے کہ گردمحوری یا حول خفی استبصاری محوروں (Visual-axes) کی سیدہ کا انحراف (misalignment) ہوتا ہے۔ جو ادغامی صلاحیت سے درست ہو جاتا ہے۔ کیونکہ ادغام (امتزاج) کی خواہش آنکھوں کو سیدھا رکھتی ہے۔ جملہ انحرافات میں انحراف کی عادت دونوں آنکھوں کے درمیان مساوی طور پر تقسیم ہو جاتی ہے اور مابقی حالات میں خفیف اتساع (Divrgent) موجود ہوتا ہے۔ کچھ افراد راست محوری (Orthophoric) ہوتے ہیں، یعنی ان کے حرکات عین میں اعتدال موجود ہوتا ہے اور اتساع (انفراج) (Divergence) کے چند مدارج ہمہ گیر ہوتے ہیں۔ اگر مخفی انحراف استداقی (Convergence) ہو تو اسے اندرونی اختلاف

خطوط بصر یعنی دروں محوری (Esophoria) اور اگر حول منفرج (divergent) موجود ہو تو اسے خارجی اختلاف خطوط بصر (Exophoria) کہتے ہیں۔ اگر عمودی ہو تو برمحوری ارتفاع خطوط بصر (Hypophoria) کہتے ہیں۔ حتمی طور پر یہ کہنا ناممکن ہے کہ ایک آنکھ کا مکمل ارتفاع خطوط بصر ہے یا دوسری آنکھ کا زیر ارتفاع خطوط بصر (Hypophoria)۔ حالت مشترک ہوتی ہے۔ اگر مروڑی ہوئی حالت میں ہو تو اسے دوری محوری (Cyclophoria) کہتے ہیں۔ جانبی انحرافات بہت زیادہ عام ہیں جس کا عمومی سبب بعید نظری (Hypermetropia) ہوتا ہے۔ دوری محوری میں استدقاق (Convergence) کی بیش تحریک مع طاقت توفیق (Accomodation) یا قصر البصر یعنی قریب نظری (Myopia) اور بروں محوری میں قلت تحریک ہوتی ہے۔ ارتفاع محور بھی عام ہے جو غیر طبعی ادخال یا عمودی طور پر گھومنے والے کسی عضلہ کی خفیف نقاہت ہوتی ہے۔ دروں محوری قلیل الوقوع ہے۔

چونکہ حول کا تعلق جسمانی تعب سے ہوتا ہے۔ اس لیے اس کی مقدار وقتاً فوقتاً مختلف ہوتی ہے۔ چند دوری حول اسی سبب سے ہوتے ہیں۔ اور یہ دورہ منظم ہوسکتا ہے۔

علامات: ناقص عضلی توازن (دگرمحوری = Heterophoria) یعنی اختلاف خطوط بصر کی علامتیں واضح ہوسکتی ہیں، کیونکہ استبصاری محوروں کی متوازیت محض موزوں عضلات کے قوی انقباض سے ہی برقرار رہتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ علامتیں صرف اعلیٰ مدارج میں ہی نظر آتی ہیں۔ لیکن معمولی درجوں میں معمولی تکلیف ہوتی ہے۔ یا سرے سے کوئی تکلیف ہی نہیں ہوتی، چنانچہ اگر اس کا سبب تکان ہو تو بچہ شام میں بھینگا ہوسکتا ہے، لیکن رات کی گہری نیند کے بعد حول معدوم ہوسکتا ہے اور دوسرے یا تیسرے روز سے پہلے عود نہیں کرسکتا ہے اکثر مخفی حول اس وقت تک تکلیف دہ نہیں ہوتا، تاوقتیکہ اسکول کا زمانہ یا بلوغت نہ شروع ہو جائے جبکہ قریب کی نظری حاجت بوجھ میں اضافہ کردیتی ہے۔ تاہم تاوقتیکہ گھنٹہ دو گھنٹہ لکھنے پڑھنے سے سابقہ نہ پڑے کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں حروف ایک دوسرے میں مدغم اور مخلوط ہوتے ہوئے نظر آتے ہیں، کیونکہ زیادہ بوجھ پڑنے کے سبب عضلات مسترخی ہو جاتے ہیں۔

تشخیص: دگرمحوری کی تشخیص کا انحصار امتزاج (Fusion) کے اختتام پر ہوتا ہے۔ کیونکہ صرف ''ایک شے'' دیکھنے کی قوت پر قابو پائے بغیر آنکھیں استراحتی وضع اختیار کرلیتی ہیں۔ اس کی تشخیص کی غرض سے متعدد کاشفے دستیاب ہیں، جن میں سے آسان ترین ''غلافی کاشفہ'' ہے۔

جب کسی دور والی شے کو مریض ٹکٹکی باندھ کر دیکھتا ہے اور دونوں آنکھیں غیر ملفوف ہوتی ہیں تو کسی طرح کا انحراف نہیں ہوتا۔ اس کے بعد ایک آنکھ پر پردہ ڈال دیا جاتا ہے۔ اس وقت انحراف خفی (Latent deviation) نمودار ہو جاتا ہے۔ اور جب پردہ ہٹا دیا جاتا ہے تو وہ آنکھ دوبارہ بصارت دو چی (Binacular) کی وضع حاصل کرنے کے لیے فوراً گھوم جاتی ہے، اور دوسری آنکھ اسی طرح حرکت کرتی ہے۔ ایسی حالت میں دونوں آنکھوں میں یکساں انحراف ہوتا ہے۔

دیگر کاشفات کا انحصار ایک آنکھ میں شبکی شبیہ کے بدلتے ہوئے ظواہر پر ہوتا ہے، جس میں سے میڈاکس سلاخ کا کاشفہ (Maddox rod test) آسان ترین ہے۔

میڈاکس کاشفہ: مریض کو تاریک کمرے میں روشن برقی نقطہ سے 6 میٹر کے فاصلے پر بٹھا دیا جاتا ہے۔ 5-6 سرخ شیشوں کے اسطوانات کو معاون ربر کے قرص میں جما کر آزمائشی فریم میں فٹ کر کے ایک آنکھ کے سامنے رکھ دیا جاتا ہے۔ یہی مقصد گہرے میزابی سرخ شیشے (Maddox-grove) کے قرص سے بھی حاصل کیا جا سکتا ہے۔ روشنی کا نقطہ سرخ اسطوانات کے ذریعے دیکھا جاتا ہے جو طویل سرخ روشنی کی شکل میں نظر آتا ہے۔ اگر سلاخیں افقی محوروں میں رکھ دی جائیں تو سرخ لکیر عمودی نظر آئے گی۔ اگر اعتدال حرکت عین (Orthophoria) ہو تو روشن نقطہ سرخ عمودی لکیر کے مرکز میں نظر آئے گا اور دروں محوری یا بروں محوری ہو تو سرخ لکیر نقطہ کے کسی ایک طرف رہے گی۔ انحراف کا زاویہ منشور کی قوت سے جانچا جاتا ہے۔ جسے میڈ کسی سلاخ کے سامنے (یا آنکھ کے دوسری طرف) رکھا جاتا ہے، اس طرح کہ سرخ لکیر اور نقطہ کو ایک ساتھ کر دے۔ انحراف کی نوعیت منشور کے قاعدہ کی وضع سے ظاہر کی جاتی ہے کہ آیا یہ باہر ہے یا اندر۔ اس کے بعد میڈ کسی سلاخ اس طرح گھمائی جاتی ہے کہ سلنڈر عمودی صورت اختیار کر لیں۔ اب سرخ لکیر افقی ہوگی۔ اگر بائیں برمحوری (Hyperphoria) ہوگی تو لکیر روشنی کے نقطہ سے گزر جائے گی اور اگر دائیں برمحوری ہوگی تو سرخ لکیر نقطہ کے اوپر یا نیچے ہوگی۔ اس طرح برمحوری کے درجہ کی پیمائش بھی ہو جائے گی۔

علاج: دروں محوری یا بروں محوری کا معمولی درجہ علامتیں رونما نہیں کرتا اور نہ ہی کسی خاص علاج کا داعی ہوتا ہے۔ اگر انعطاف کی کسی خامی کی اصلاح عینک سے دور کرنے کے باوجود علامتیں ظاہر ہوں تو داخلی یا خارجی انحراف کے علاج کی غرض سے کمزور عضلات کے منشور (Prism) کے بالمقابل ورزش کرائی جائے۔ اس غرض سے مجسمہ بیں (Stereoscope) استعمال

کرنا چاہیے، جس کی تربیت مریض کو دے دینی چاہیے۔ اگر اس سے اصلاح نہ ہو تو منشور کو عینک میں فٹ کر کے اصلاح کی جاسکتی ہے۔

ایک آسان طریقہ یہ بھی ہے کہ ایک ہاتھ میں پنسل پکڑ کر ناک کے اوپر آہستگی رکھی جائے اور اس وقت تک قائم رکھا جائے کہ انفراجیت کے باوجود دو دکھائی دیتی رہے۔ یہ عمل بار بار کرنا چاہیے۔ یہاں تک کہ وہ فاصلہ جہاں دو نظری واقع ہوتی ہے، مختصر ہو جائے۔ عمومی علاج پر توجہ مقامی علاج کا ایک ضروری اور قیمتی جزو ہے۔

جملہ بڑے اصابات جو اس طرح کے علاج سے متاثر نہیں ہوتے، عملیہ کے داعی ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ایک یا دونوں عضلات دور کر دیے جاتے ہیں یا ان کے درمیان موجود خلا دور کر دیا جاتا ہے۔ انفراجی عدم کفایت منشوری ریاضتوں سے دور کی جاسکتی ہے۔

تمرین تقویم البصر: کوئی ایسی ترکیب کریں کہ بچہ کی آنکھیں جس طرف مڑ گئی ہوں، اس کے برخلاف دوسری طرف دیکھیں۔ جس کی تدبیر یہ ہے کہ اس کے مخالف جانب کوئی ایسی چیز باندھ دیں کہ بچہ اسے دیکھنے میں فرحت محسوس کرے۔ مثال کے طور پر گوشہ چشم یا کنپٹی پر کوئی سرخ پھول یا کاغذ چپکا دیں یا بچہ کی آنکھیں ایسی عینک یا نقاب سے ڈھک دیں جس میں پتلی کے عین سامنے کوئی سوراخ ہو۔ اس کی آنکھ کے سامنے مدھم روشنی والا بلب روشن کر دیں۔ اس طرح بچہ سیدھا دیکھنے کی کوشش کرے گا اس زور اور قوت کے ساتھ دیکھنے سے آنکھیں درست ہو جاتی ہیں۔ حول کی حالت میں غفلت سے ہرگز کام نہ لیں۔ کیونکہ اس عمر میں اعصاب مرطوب ہونے کی وجہ سے جلد علاج قبول کر لیتے ہیں۔

حول مرافق (CONCOMITANT STRABISMUS):

حول مرافق (دگر گردش = concomitant) استر خائی قسم سے قطعاً مختلف ہوتا ہے گو کہ آنکھیں غیر مستقیمی (Misaligned) ہوتی ہیں، تاہم جملہ حرکات میں وہ اپنا غیر طبعی رشتہ بر قرار رکھتی ہیں، یعنی آنکھوں کو خواہ کسی بھی سمت میں حرکت دی جائے دونوں استبصاری محوروں کا درمیانی زاویہ انحراف ہمیشہ غیر متغیر رہتا ہے اور ہر آنکھ کی حرکت کی وسعت مکمل ہوتی ہے۔ زیر نظر شے پر جمائی ہوئی آنکھ کو تثبتی آنکھ (Fixing eye) اور دوسری آنکھ کو بھینگی آنکھ (Squint eye) سے موسوم کرتے ہیں۔

حول مرافق اور دگر محوری (Heterophoria) میں فرق یہ ہے کہ موخر الذکر میں اس وقت

کوئی واضح انحراف نہیں ہوتا جبکہ دونوں آنکھیں ڈھکی ہوں۔ کیونکہ سعی امتزاج آنکھوں کو سیدھا رکھتی ہے۔

حول مرافق یا حول استرخائی (Paralytic Squint) میں یہ فرق ہوتا ہے کہ زوج بصر (دونظری) جو شللی حول کی ایک نمایاں علامت ہے، حول مرافق اس سے محفوظ رہتا ہے۔ کیونکہ بھینگی آنکھ کو نظر آنے والی شبیہ حذف ہو جاتی ہے۔ علاوہ بریں حول استرخائی میں مرکزی راستے (Afferent pathway) اور مراکز درست ہوتے ہیں۔ تاہم طرفی (Eafferent) میکانیہ تباہ ہو جاتا ہے۔ حول مرافق میں طرفی راستے طبعی ہوتے ہیں۔ جس کے سبب دونوں آنکھوں کا باہمی تعاون بحال رہتا ہے۔

حول مرافق کے متعدد اہم عوامل کا پتہ چل گیا ہے۔ کسی ایک آنکھ میں نقص بصارت مثلاً اعلیٰ بصری خرابی (High ametrope)، طبقہ متوسطہ میں بیاض چشم یا مقلہ چشم کا تثبت (Fixation)۔ اگر خلل پیدائشی ہو یا ابتدائے حیات سے موجود ہو تو دونوں آنکھوں کے معاون قشری خلیات (Cortical cells) کبھی بھی دونظری نہیں پیدا کر سکتے ہیں۔ اس طرح امتزاج ناممکن ہوتا ہے۔

حول مرافق متدق (Convergent) ہوتا ہے یا منفرج (Divergent)۔ حول متدق زیادہ عام ہے اور بعید نظری میں بکثرت واقع ہوتا ہے۔ یہ ہمیشہ بچپن کے زمانے میں پہلے اور چوتھے سال کے درمیان لاحق ہوتا ہے۔ جبکہ بچہ قریبی اشیاء مثلاً کھلونوں اور تصویروں کے لیے اپنی توفیق (Accomodation) سے کام لینا شروع کرتا ہے۔ کیونکہ نوعمر بچوں میں دونظری قریب نظری کی بہ نسبت زیادہ ہوا کرتی ہے۔ اسی لیے اس عمر میں منفرج کے بہ نسبت متدق حول زیادہ عام ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں یہ پیدائشی ہوتا ہے۔ زیادہ عمر میں اس وقت ہوتا ہے جب کہ بچے اپنے عضلات مستقیمہ انسیہ اور طاقتِ توفیق کو بہت زیادہ کام میں لاتے ہیں (عموماً 3 تا 6 سال کی عمر میں)۔ اس کی تشخیص عارضی اور بے قاعدہ حول سے ضروری ہے، جو دودھ پینے والے بچوں (جن کے اندر بھی کسی چیز کی طرف نظر قائم کرنے کی صلاحیت بھرپور طور پر نہیں ہوتی) میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ خوف ام الصبیانی دورے شہقہ، خسرہ، سقطہ، ضربہ یا دیگر ذبولی امراض کے بعد واقع ہوتا ہے۔ کیونکہ ایسی صورت میں دماغ کے اعلیٰ مراکز قدرے کمزور ہو جاتے ہیں۔ حول مسلسل سے بھی بصارت کمزور ہو جاتی ہے۔ انحراف ہمیشہ افقی نہیں ہوتا۔ بیشتر اصابات میں آنکھ اوپر اور

نیچے کی جانب منحرف ہو جاتی ہیں یعنی ایک آنکھ اندر کی طرف گھومی ہوئی رہتی ہے اس کے برعکس منفرج مرافق حول قصر البصر میں کثیر الوقوع نہیں اور اکثر ادھیڑ عمر میں واقع ہوتا ہے۔

حول متفاوت مرافق مستحکم (CONSTANT) ہو سکتا ہے یا دوری (PERIODIC)۔ حول دوری کبھی کبھی ظاہر ہوتا ہے۔ وہ بھی جبکہ طبعی حالت سے زیادہ طاقت توفیق کے استعمال کی ضرورت ہو۔

تشخیص: پہلے یہ بات حتمی طور پر جان لینی چاہیے کہ کوئی بھی بین اور ظاہری انحراف فی الواقع حقیقی ہوتا ہے۔ حول ظاہری (APPARENT SQUINT) جھنی فتحہ (PALPABRAL-APERTURE) کی صورت میں مسخ ہو جانے کے سبب پیدا ہو سکتا ہے۔

دوسرے مرحلے میں حول مرافق کو حول استرخائی سے متمائز کر لینا چاہیے۔ ان دونوں صورتوں کا تجزیہ حضاری حجابی امتحان (Screen test) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ حول ظاہری میں جب دونوں آنکھیں ملفوف کر کے کھول دی جاتی ہیں تاکہ وہ اپنی تثبیت (Fixation) حاصل کر لیں، انحراف نہیں پایا جاتا۔ حول استرخائی میں دونوں انحراف مساوی ہوتے ہیں۔ کسی خاص سمت میں دیکھنے کے لیے کسی خاص محنت کی ضرورت نہیں ہوتی۔ علاوہ بریں اگر آنکھ کی حرکات جملہ سمتوں میں مکمل طور سے پائی جائیں اور دوئنظری کی شکایت بھی نہ ہو تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ استرخا کی شکایت نہیں ہے۔

یہاں یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ حول مرافق میں دونوں آنکھیں بیک وقت مبتلائے مرض نہیں ہوتیں۔ جیسا کہ بعض اوقات والدین بیان کرتے ہیں۔ اس حالت میں دونوں آنکھوں میں استدقاق طبعی حالت سے زیادہ پایا جاتا ہے۔

جب تثبتی آنکھ (Fixing eye) پردہ سے ملفوف کر دی جاتی ہے تو انحرافی آنکھ عام طور سے حرکت کرتی ہے، تاکہ تثبت حاصل کر لے۔ طویل المدتی حول میں یہ آنکھ بے حس و حرکت ہو سکتی ہے یا صرف معمولی طور پر حرکت کر سکتی ہے۔ یہ حالت منحرف المرکز تثبت (Accentric-fixation) کہلاتی ہے۔ اسے حول ظاہری سے متمائز کرنا دشوار نہیں ہوتا۔

دوئنظری بصارت کے ضیعان کے قطع نظر حول مرافق غیر علامتی ہوتا ہے اور گو کہ دوئنظری ابتدائی مرحلے میں س موجود ہو سکتی ہے۔ تاہم بھینگی آنکھ کے مقلہ کے نفسیاتی دباؤ کے سبب تیزی سے معدوم ہو سکتی ہے۔

حول مرافق کے جملہ اصابات میں انحراف کے زاویہ کی پیمائش انتہائی اہم ہوتی ہے۔ کیونکہ اس سے علاج میں رہبری ہوتی ہے۔ اس کے متعدد طریقے رائج ہیں لیکن قطر دار غطش بیں (Amblyoscope) سب سے زیادہ مفید ہے۔

علاج: بچوں میں متسدق مرافق حول (Concomitant Convergent strabismus) کے لیے حسب ذیل طریق علاج رائج ہیں:

ابتدائی: اگر بچہ بہت چھوٹا ہو تو ایک آنکھ کی بعیدی بصارت (اگر ممکن ہو تو آنکھ کے امتحان کے ذریعہ) انحراف کا زاویہ اور کوئی کاذب ظلی نقشہ (خیالی تصویر) ریکارڈ کیا جائے۔ ایٹروپین مرہم دن میں تین بار کم از کم 4 ایوم تک لگانے کی ہدایت کی جائے، کیونکہ انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے لیے بچوں میں ایٹروپین کا استعمال بہت ضروری ہے۔ اس مدت کی تکمیل کے بعد شبکہ بینی (Retinoscopy) کے ذریعہ سہو انعطاف معلوم کیا جائے اور اگر ممکن ہو تو نتیجہ کی توثیق داخلی طور پر بھی کر لینی چاہیے۔

اگر بچہ دو سال سے چھوٹا ہو تو دونظری پائی جاتی ہے اور وہ داخلی حول کا حامل ہوتا ہے نیز دونوں آنکھوں کو ایٹروپین کے زیر اثر رکھ کر یکسانیت دور کرنا آسان ہوتا ہے۔ 1 فیصد مرہم ہر دوسرے روز صرف ایک بار لگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ بچہ کا وقفہ وقفہ سے پابندی کے ساتھ امتحان کرتے رہنا چاہیے تاوقتیکہ عینک لگانے کا فیصلہ نہ ہو جائے۔

طول بصر اور سداد بصر معلوم کر کے عینک کا برابر استعمال مفید ہوتا ہے۔ بعض ماہرین 12 ماہ یا اس سے بھی کم عمر کے بچوں کے لیے عینک کا استعمال ضروری تصور کرتے ہیں۔ عینک لگانے کے دوران حول کم یا بالکل معدوم ہو جاتا ہے۔ علاوہ بریں اس سے بصارت میں بھی بہتری پیدا ہوتی ہے۔ ٹکٹکی لگانے والی آنکھ میں ایٹروپین کے قطور ڈالنے سے عینک لگانے میں مدد ملتی ہے۔

اس مرض میں عصارہ برگ زیتون کا سعوط عجیب الاثر ہے (شمعون اور اور یاسبوس)

سرکا کا آنکھ میں قطور عجیب الاثر ہے (اور یاسیوس)

(2) تشتتی آنکھ کی تسدید: اگر آنکھ کا امتحان کر لیا گیا ہو اور بھینگی آنکھ میں بصارت کی کمی کا سبب عضوی نہ ہو جیسا کہ عام طور سے ہوتا ہے، مسلسل ریاضت کے ذریعہ بصارت بڑھانے کی کوشش کرنی چاہیے، جس کی ترکیب یہ ہے کہ تندرست آنکھ کو کپڑے کے ٹکڑے سے بند کر دیا جائے۔ چونکہ بچوں میں نوچ کر پھینک دینے کا رجحان پایا جاتا ہے، لہذا چپکدار کپڑے کے

ذریعے گاز کو چپکا دینا چاہیے۔ جب کپڑے کا ٹکڑا گندا یا ڈھیلا ہو جائے تو یہ ایک اچھی علامت ہے۔اس کا مطلب یہ ہے کہ حول الاصل آنکھ میں بصارت تشبتی آنکھ کے بہ نسبت کم خراب ہے۔

بہت چھوٹے بچوں میں یا جن میں حول کی شکایت ہو اور بھنچاؤ کی عادت مستحکم نہ ہوئی ہو آسان تدبیر یہ ہے کہ مثبت آنکھ میں ہر دوسرے روز ایٹروپین کا قطور کیا جائے۔ایسی حالت میں بھینگی آنکھ نزدیک کی چیز دیکھنے کے لیے استعمال کی جاسکتی ہے۔

(3) تمرین تقویم البصر (Orthoptic Training):اس کے ذریعہ ضعف بصر کی تخفیف اور احساس امتزاج کے اضافہ میں مدد ملتی ہے۔لیکن یہ بھی حقیقت ہے کہ صرف چھوٹے اور حال میں مکسوبہ حول میں ہی اس سے فائدہ ہوتا ہے اور بیشتر اصابات میں یہ تربیت عملیہ کے ساتھ بروئے کار لائی جاتی ہے۔

ضعف بصر کے تدارک کے لیے صحت مند آنکھ کو چند گھنٹے کے لیے بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ مقصد پٹی لگانے کے بجائے تقطیر ایٹروپین سے بھی حاصل کیا جاسکتا ہے۔ضعف بصارت رفع ہو جانے کے بعد احساس امتزاج نہ ہو تو اسے پیدا کیا جائے اور یہ تب ہی ممکن ہے جبکہ حول والی آنکھ زیادہ خراب نہ ہو۔مصنوعی طور پر زوجی بصارت پیدا کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ منشوری شیشہ آنکھ کے نیچے اس طرح رکھا جائے کہ اس کا قاعدہ نیچے کی طرف ہو۔ یہ ورزش بلا ناغہ کرائی جائے۔حتیٰ کہ دونظری کے لیے منشور شیشے کی ضرورت باقی نہ رہے۔ چھوٹے بچوں کی توجہ اور دلچسپی برقرار رکھنے کے لیے اس ورزش کو زیادہ سے زیادہ متنوع بنانا چاہیے۔

بصارت زوجی پیدا ہونے کے بعد مریض سے دونوں شیشوں کو مدغم کرنے کے لیے کہا جائے۔تاکہ یک نظری (بصارت بالعینین) پیدا ہو جائے۔اس مقصد کے لیے آلہ اتحاد البصر (Synoptophore)،دست بیں (Cheiroscope)، غطش بیں (amblyoscope) نیز مجسمہ بینوں (Stereoseopes) سے کام لیا جاتا ہے۔امتزاج (ادغام) کے احساس کو بڑھانے کے لیے یہ ورزشیں اس حصہ عمر میں انجام دینی چاہئیں جبکہ طبعی طور پر اس کا شعور پیدا ہو جاتا ہے،لیکن 6 سال کی عمر کے بعد اس کی کوشش سعی رائگاں ثابت ہوتی ہے اور اس کو روبہ کار لانے کے لیے بڑے صبر وتحمل نیز مستقل مزاجی درکار ہوتی ہے، پھر بھی اس حقیقت سے انکار نہیں کیا جاسکتا ہے کہ بعض 9-10 سالہ مریضوں میں سعی پیہم نے یک نظری (بصارت بالعینین) کے حصول کو ممکن بنا دیا ہے۔

ورتھ کے مطابق یہ مشق کسی ماہر معالج کے براہ راست زیرنگرانی انجام دینی چاہیے۔اس غرض سے صرف معمولی تصاویر کا استعمال ہی کافی ہوا کرتا ہے جنھیں اوپر نیچے کرنے سے امتزاجی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔

گزشتہ چند برسوں میں تمرین تقویم البصر (Orthoptic Training) کافی ترقی کر چکی ہے۔

(4) عملیہ: یک جانبی متدق مرافق حول میں عملیہ کی ضرورت اس وقت ہوتی ہے جبکہ حول کا زاویہ 15 یا اور زیادہ ہوتا ہے عینک برائے اصلاح استعمال کی جاتی ہے، اور بچوں میں جبکہ تمرین تقویم البصر ایک قابل لحاظ مدت میں انحراف کی اصلاح میں ناکام ہوگئی ہو۔ جب بچہ تمرین تقویم البصر میں تعاون کے قابل ہو جائے تو اسے انجام دینے میں دیر نہ کرنی چاہیے۔اس کے لیے عموماً 4-5 سال کی عمر کافی ہوا کرتی ہے۔لیکن جن ماہرین نے مختلف مناظری کیفیات کا مطالعہ کیا ہے، ان کا فیصلہ ہے کہ عملیہ جس قدر جلد انجام دیا جائے بہتر ہے، کیونکہ حول مرافق عصبی خرابی سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں عضلی خرابی مطلق نہیں ہوتی۔ گاہے آنکھ سیدھی کر دینے کے بعد دونظری کی شکایت ہوسکتی ہے، جو ہفتوں بلکہ مہینوں برقرار رہ سکتی ہے، اور مریض کے لیے تکلیف دہ بھی ہوسکتی ہے، لیکن عام طور سے یہ کیفیت خود بخود رفع ہو جاتی ہے۔

●●

19

سلاق

(BLEPHARITIS)

دیگر نام: رمد جفنی، باہنی۔

کیفیت: یہ سرایت بچوں میں عام طور سے پائی جاتی ہے۔ جس میں پپوٹوں کے کناروں میں ورم ہو کر پلکوں کے بال جھڑ جاتے ہیں۔

اسباب: یہ ایک طرح کی غلاظت ہوتی ہے جو مادۂ اکالہ سے پپوٹوں میں پیدا ہوتی ہے جس میں حریف (تیز) یا نمکین اور شور مواد پایا جاتا ہے۔ اس میں بالعموم بقۂ عنبیہ کی سرایت پائی جاتی ہے۔ علاوہ بریں ودقہ (رمد بثری) آنسوؤں کی تھیلی کی سوزش، آنکھوں کی صفائی کی طرف سے عدم توجہی، نقص بصارت، خسرہ اور سرخ بخار وغیرہ اس کے اسباب میں شامل ہیں۔ گاہے بچوں میں سلاق کثرت بکا کا نتیجہ ہوتا ہے۔

علامات: گوشۂ چشم اور پپوٹوں وغیرہ میں سخت سرخی کے بغیر خارش ہوتی ہے۔ تاہم موخر اصابات میں پپوٹوں کے کنارے ہیش دموی، سرخ اور تقرحی ہو جاتے ہیں۔ پھر اس زخم کے کھرنڈ بن جاتے ہیں پلکیں جھڑ سکتی ہیں اور اگر حالت مزمن ہو جائے، جیسا کہ عام طور سے ہوتا ہے، تو ایسی صورت میں پپوٹوں کے کنارے اور پلکوں کا تلوی ہونے لگتا ہے۔

تدابیر وعلاج: مریض کے تغذیہ اور عمومی صحت کی طرف بھرپور توجہ دی جائے اور اگر ممکن ہو سکے تو مریض کو شفاخانہ میں داخل کرادیا جائے تاکہ موثر مقامی معالجہ بروئے کار لایا جاسکے۔

سب سے پہلے پپوٹوں کا کھرنڈا تار دیا جائے، لیکن اس طرح کہ خون نہ نکلنے پائے، اس غرض سے سوڈیم بائی کاربونیٹ 3 فیصد کا پانی میں محلول تیار کر کے ماچس کی تیلی پر مطہر روئی لپیٹ کر اس میں تر کر کے پپوٹوں کو دھوئیں۔ اس کے بعد صبح وشام روغن زیتون اس پر لگا دیا کریں یا کوئی موزوں انٹی بایوٹک مرہم بھی پابندی سے لگایا جاسکتا ہے۔

مذکور الصدر طریقہ سے پپوٹوں کو صاف کر کے نسخہ ذیل سے دھوئیں:

(نسخہ) سماق و پوست ہلیلہ زرد ہر ایک 3 گرام، گلاب 60 ملی لیٹر میں شبانہ روز بھگو کر چھان لیں، اور اس سے پپوٹوں اور آنکھ کو دھو کر سپیی 60 ملی لیٹر خوب باریک پیس کر مثل سرمہ لگائیں۔

مندرجہ ذیل حب سلاق بھی نافع ہے:

(نسخہ) سنگ بصری، طوطیا، کافور، نبات سفید مساوی الوزن جملہ دوائیں کھرل کر کے قدرے پانی ملا کر گولیاں بنا کر رکھیں۔

ترکیب استعمال: بوقت ضرورت ایک گولی پانی میں گھس کر پپوٹوں کے کنارے پر لگائیں۔

مندرجہ ذیل روغن سلاق بھی مفید ہے:

(نسخہ) کشتۂ جست، کافور، چاکسو مقشر، طوطیا بریاں، چھالیہ سوختہ مساوی الوزن، گائے کا تازہ مکھن (صاف پانی سے ایک سو ایک بار دھویا ہوا) جملہ ادویہ کا نصف۔

جملہ دواؤں کو باریک پیس کر روغن میں مخلوط کر کے کانسی کے برتن میں شبانہ روز خوب رگڑیں۔

روزانہ صبح وشام پپوٹوں کے کناروں پر لگایا کریں۔

داخلی طور پر کوئی مقوی یا مصفی خون دوا استعمال کرائیں اور حفظ صحت کے اصول کی پابندی کرائیں۔

اسی طرح اطریفل کشنیزی 2 گرام، اطریفل صغیر 4 گرام یا مربی ہلیلہ یا ایارج فیقرا 3 گرام استعمال کرائیں۔

غذا و پرہیز: غذا لطیف، زود ہضم دیں۔ ثقیل و نفاخ اغذیہ سے پرہیز ضروری ہے۔ اسی طرح دہی، ترشی، بڑے جانور کا گوشت نہ دیا جائے بھینس کا دودھ بھی نہ دیا جائے۔

●●

20

شعیرہ

(HARDEOLUM)

مترادفات: گہانجی، بلنی (Stye)۔

کسی ایک غدہ زیس (Zeis Gland) کے تقیحی (ریم زا) التہاب کو گہانجی یا بلنی کہتے ہیں۔ چونکہ یہ طویل ورم حار پپوٹوں کے کنارے پلکوں کی جڑوں میں نمایاں ہوتا ہے اور شکل کے اعتبار سے شعیرہ (جو) کے مشابہ ہوتا ہے۔ اسی لیے اس کو شعیرہ سے بھی موسوم کیا جاتا ہے۔

یہ ورم دو قسم کا ہوتا ہے۔ گاہے اس کا رنگ پپوٹے ہی سے مشابہ ہوتا ہے۔ جس کا مادہ غلیظ، جلا ہوا اور دموی فضلہ ہوتا ہے۔ اس کی ایک قسم سرخ اور نرم ہوتی ہے جو خالص خون کے مادہ سے پیدا ہوتی ہے، اسے ''عروس'' سے موسوم کیا جاتا ہے۔

ابتدائی مدارج میں غدہ زیس صلب اور دردناک ہو جاتا ہے اور عام طور سے پپوٹے کا پورا کنارہ اذیمائی ہو جاتا ہے۔ آخر کار ایک پھوڑے (خراج) کی تکوین ہوتی ہے۔ جس کا رخ ہدبہ (Cilia) کی جڑ کے نزدیک ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ پیپ خارج نہ کردی جائے، درد اچھا خاصا ہوتا ہے۔ بلنی اکثر بار بار ہوتی ہے۔ لیکن گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ کبھی بلنی نکلتی ہے اور گاہے گردن پر پھوڑے، شب چراغ یا مہاسے نکلتے ہیں، جو بقۂ عنبیہ (Staphylococcus) سے قوت

مدافعت کی نشاندہی کرتے ہیں۔ یہ بچپن یا نوجوانی میں عام طور سے پائی جاتی ہے۔ لیکن عمر کے کسی بھی حصے میں لاحق ہوسکتی ہے۔ خاص طور سے کمزور افراد میں۔

علاج: ابتدائی مدارج میں گرم تکمید کی جائے۔ اگر خُراج کارخ بن چکا ہو تو ماؤف پلکوں کو نکال کر پیپ کا اخراج کیا جاسکتا ہے یا اس کے بجائے چھوٹے چاقو سے شگاف دیا جاسکتا ہے، جو عارضی طور پر تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اس کے لیے تکمید حار کی جائے۔

اگر خُراج کارخ نہ بنا ہو تو غذا کم کردی جائے اور ایلوا، رسوت، مایثا، گل ارمنی کو آب کاسنی یا آب کو کنار میں پیس کر طلا کریں۔ اس کے بعد گرم موم اور مرہم داخلیون لگائیں۔

حسب ذیل چیزیں بھی مفید ہیں:

تخم خرماحل کر کے یا لونگ ہلدی پیس کر طلا کریں۔

کشمش چاک کر کے نیم گرم کر کے باندھیں یا آرد جو گندہ بہروزہ سے ٹکور کریں۔

انٹی بایوٹک مراہم عود مرض اور ثانوی سرایتوں سے محفوظ رکھ سکتے ہیں۔ اگر بلغمی بکثرت لاحق ہوتی ہے تو عمومی صحت کی جانب توجہ دینی چاہیے۔ دیگر حالات مثلاً ذیابیطس کو مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔

اگر قسم صلب مذکورہ تدابیر سے اثر قبول نہ کرے تو عملیہ ناگزیر ہو جاتا ہے عملیہ کے بعد کچھ دیر تک خون بہتے رہنے دیں، پھر اس پر ذرور اصفر چھڑک دیں تا کہ خون بہنا بند ہو جائے۔

●●

21

قذیٰ فی العین

(OCULAR FOREIGN BODIES)

ایک تنکا بھی اگر آنکھ میں پڑ جاتا ہے　　آدمی ہے کوئی ایسا جسے چین آتا ہے

کوئلہ، لوہا، پتھر وغیرہ کے باریک ذرات طبقۂ ملتحمہ یا قرنیہ میں پیوست ہو سکتے ہیں۔ اول الذکر صورت میں اچانک تکلیف بڑھ جاتی ہے اور مریض آنکھ ملنے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ جسم غریب جفنی طبقہ ملتحمہ (Palpebral Conjunctiva) میں چبھ جاتا ہے اور قرنیہ کی طرف گھس سکتا ہے۔ جسے یہ چھیل دیتا ہے۔ یہ آنسوؤں کے ذریعہ بہہ کر داخلی ماق (Canthus) کی طرف جا سکتا ہے اور اسی طرح انفی قنات میں پہنچ سکتا ہے۔ یہ زیادہ تر فوقانی جفنی تحت الغضروف (Upper Sulcus Subtarsal) میں قائم ہو جاتا ہے۔ جہاں یہ عام طور سے قرنیہ یا بالائی قبوہ میں خراش پیدا کرتا ہے یا گاہے بصلی طبقۂ ملتحمہ (Bulbar Conjunctiva) میں جم سکتا ہے۔ بڑے اجسام غریبہ قدرے مواد کا باعث بن سکتے ہیں۔ یہ اجسام غریبہ نظر انداز ہو سکتے ہیں، ہاں پیوٹا الٹ دیا جائے تو نظر آ سکتے ہیں۔ کیڑے مکوڑے کا پر یا دانوں کی بھوسی اپنی مقعر سطح کے ذریعہ قرنیہ میں بالخصوص کنارے پر ہفتوں چسپیدہ رہ سکتے ہیں۔

فولاد یا پتھر کے ذرات براہ راست اڑ کر قرنیہ تک پہنچ سکتے ہیں اور سرحلمہ یا درقۂ مخاطی

(غشائے مخاطی کا توصیلی نسیجی طبق = Substantia Propria) میں دھنس سکتے ہیں۔فولاد کے بڑے ذرات یا گاہے پتھر، شیشے وغیرہ کے ذرے مقلۂ چشم میں سوراخ کر سکتے ہیں۔ یہ ذرے اگر قرنیہ میں جا گزیں ہو جاتے ہیں تو شدید جلن اور درد کا موجب ہوتے ہیں۔ پتلی اکثر سکڑی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر ان کا اخراج کیا جائے تو کیسۂ ملتحمہ (Conjunctival sac) میں موجود اجسام سے سرایت کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں تقرح واقع ہو جاتا ہے اور بالآخر جسم غریب کیچڑ میں نکل جاتا ہے۔ اس طرح بننے والا قرحہ مندمل ہو سکتا ہے لیکن اگر سمی اجسام موجود ہوں تو پھیلنے والے قرحہ کی تکوین ہو سکتی ہے جس کے ساتھ کبھی کبھی آنکھ کے موخر طبق میں ریم بھی موجود ہو سکتی ہے۔

امتحان کا طریقہ:

قرنیہ میں جسم غریب کا پتہ لگانا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا، بہر حال مریض کے پپوٹوں کو پھیلا کر اوپر نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جائے لیکن اگر بالائی پپوٹے کی گہرائی میں کوئی جسم غریب موجود ہو تو اس طریقہ سے تشخیص نہیں ہو پاتی، ایسی صورت میں مریض کے پیچھے معالج کو کھڑے ہو کر دائیں ہاتھ سے پپوٹے کھینچ کر بائیں ہاتھ کی انگشت شہادت پر موڑ دیا جائے۔ اس طرح پپوٹا پلٹ جائے گا، اور کوئی بھی موجود جسم غریب نہ صرف نظر آئے گا، بلکہ اسے بآسانی نکالا بھی جا سکتا ہے۔ اگر جسم غریب کچھ دن پہلے سے موجود ہو گا تو قرنیہ میں پرت دار قرحہ بن سکتا ہے۔ یہ قروح بہت خطرناک ہو سکتے ہیں۔ ان کے حجم کا تعین فلوریسین لگا کر کیا جا سکتا ہے۔

اگر قرنیہ پر جسم غریب محیطی طور پر موجود ہو تو طبقۂ ملتحمہ کے عروق دموبہ کی ایک پھیلی ہوئی سرخ ڈوری موجود ہو گی۔ جس سے جسم غریب کی نشاندہی ہوتی ہے۔ اگر شبیہ کی گنجائش ہو تو آنکھ سن کر کے قرنیہ کا مورب تنویر مع عدسہ (Oblique illumination lens) وضع کا پتہ لگانے میں مدد ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ بعض اصابات میں شگافی چراغ (Slit lamp) جسم غریب کی ماہیت اور وضع کا فیصلہ کرنے میں بے حد مددگار ثابت ہوتا ہے۔ اس سے دھنسی ہوئی شے کی گہرائی کا بھی اندازہ ہو سکتا ہے۔

علاج: جسم غریب کو بعجلت ممکنہ دور کر دینا چاہیے۔ آنکھ کو ہرگز ہرگز ملنے نہ دیا جائے۔ گرم پانی سے دھوئیں اور شیر عورت ڈال کر نرم کپڑے یا روئی سے نکالیں۔ چنانچہ اگر یہ زیریں قبوہ میں آزادانہ موجود ہوں تو زیریں پپوٹا الٹ کر صاف روئی یا رومال سے بآسانی نکالے جا سکتے ہیں۔

چہرے کو پانی اور سرکہ سے دھویا جائے اور رات کو خشک مجفف شیافات لگائے جائیں جو لزع نہ پیدا کریں۔ اگر مذکورہ وضع میں اشیائے غریبہ نہ پائی جائیں تو بالائی پپوٹا الٹا جائے ذرہ عموماً زیر جفنی میزاب میں پایا جاتا ہے، اور یکساں طور پر دور کیا جا سکتا ہے۔ اگر اب بھی نظر نہ آئے تو بالائی قبوہ سامنے لا کر ذرہ دور کیا جا سکتا ہے۔ ناکامی کی صورت میں آنکھ میں کسی مناسب دوا کے ساتھ نشاستہ ڈال دیں، تاکہ اس کے لیس سبب ذرات اس میں چپک جائیں اور لزوجت ظاہر ہونے کے بعد روئی سے پکڑ کر اوپر اٹھالیں۔ دشواری کی صورت میں تخدیر کیہ ملتحمہ کا طریقہ معین ہوگا۔

اگر جسم غریب گلوبچی ملتحمہ میں جم گیا ہو تو مقامی تخدیر کے زیر اثر اسے سوئی سے نکالا جا سکتا ہے۔ اگر بروقت موتیابند کے عملیہ والی سوئی (Discision needle) دستیاب نہ ہو تو مددگار مطہر (عقیم) تحت الجلدی سوئی استعمال کی جا سکتی ہے۔ جسم غریب پر مشتمل طبقہ ملتحمہ کا چھوٹا ٹکڑا اتراشنا بھی ضروری ہو سکتا ہے۔

قرنیہ سے جسم غریب کے اخراج کا طریقہ: مریض کو کرسی پر بٹھا کر پہلے آنکھ کو سن کر دیا جاتا ہے۔ سرجن پہلے بائیں ہاتھ کی وسطی اور سبابہ انگلیوں کے درمیان پکڑ کر قدرے پیچھے دباتا ہے تاکہ مقلۂ چشم ہل نہ سکے قرنیہ پر روشنی ڈالی جاتی ہے، مریض کو ایسی سمت میں دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے کہ ذرہ بخوبی نظر آئے۔ اس کے بعد صاف جاذب کپڑے سے جسم غریب کو چھوا جائے تاکہ عروق شعریہ کی کشش بڑھ جائے۔ اگر بار بار کی جدوجہد کے بعد یہ طریقہ ناکام ہو جائے تو سوئی استعمال کی جائے اور موتیابند کے عملیہ کی سوئی کو ترجیح دی جائے اسے موچنہ سے بھی نکال سکتے ہیں۔ حتی الامکان اس امر کی کوشش کرنی چاہیے کہ سرحلمہ (بشرہ مخاطیہ) ضرورت سے زیادہ نہ کھرچنے پائے۔ فولاد اور پتھر کے ذرات نکلنے کے بعد بھی اپنے پیچھے بھورے رنگ کا ایک چھوٹا سا نشان (حلقہ) چھوڑ جاتے ہیں، جسے کھرچ دینا چاہیے۔ بشرطیکہ زیادہ ضربہ کا امکان نہ ہو۔ بعدہ، سفیدی بیضۂ مرغ عورت کے دودھ میں ملا کر ڈالیں تاکہ ضرر سے محفوظ رہے۔

اگر تقرح کی کوئی امارت پائی جائے یا خاکستری درریزش، حاد متصلہ زاویہ یا سبز موتیا موجود ہو تو مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔ اس مقصد کے لیے ایٹروپین ایک فیصد کا ایک قطرہ آنکھ میں ٹپکانا چاہیے۔ ساتھ ہی متنبہ کر دینا چاہیے کہ چند روز کے لیے بصارت دھندلی ہو سکتی ہے۔ اگر موخر خانے کے زاویہ کے تنگ ہونے کا شبہ ہو تو ایٹروپین سے احتراز کرنا چاہیے، اور روزانہ ایک دفعہ امتحان کیا جائے۔ ایٹروپین کا استعمال معمول نہ بنانا چاہیے۔ یہ عام طور سے غیر ضروری ہوتا ہے، جس سے

طویل المدتی بصری عدم صلاحیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ہر اصابہ میں کوئی انٹی بایوٹک مرہم لگا کر کم از کم ایک دن کے لیے آنکھ کی ڈریسنگ کر دینی چاہیے۔ اگر تقرح واقع ہو جائے تو اس کا معقول علاج کیا جائے۔ پتھر کے ذرات پر خصوصی توجہ دینی چاہیے۔ جس سے دھات کے ذرات کے بہ نسبت قرحہ پیدا ہونے کا زیادہ احتمال رہتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ دھات کے ذرات اکثر گرم ہوتے ہیں۔ اس لیے جب وہ آنکھ میں داخل ہوتے ہیں تو مطہر ہوتے ہیں۔

شاذ و نادر اصابات میں دھار دار فولاد اور دیگر ذرات قرنیہ میں گہرائی تک دھنس جاتے ہیں۔ انھیں نکالنے کی سعی میں یہ مزید گہرائی یہاں تک کہ مقدم خانے میں گھس سکتے ہیں۔ جب اس طرح کے حوادث پیش آئیں تو خصوصی توجہ مبذول کرنی چاہیے۔ اگر ذرات مقناطیس سے نکل سکیں نیز بڑا مقناطیس موجود ہو تو سب سے پہلے مقناطیسی اخراج کا طریقہ آزمانا چاہیے۔ لیکن جسم غریب پر محیط قرنیہ میں عام طور سے شگاف لگانا ضروری ہوتا ہے لیکن اگر ذرہ بہت چھوٹا ہو تو یہ طریقہ ناکام ہو سکتا ہے۔ اگر جسم غریب مقدم خانے میں چلا جائے تو اسے دیگر طریقوں سے دور کیا جائے۔

نیلی پنسل کے باقیات زیادہ جلن اور خراب رنگت پیدا کرتے ہیں اور تقرح نیز تخر پر منتج ہو سکتے ہیں۔ آنکھ کا علاج قطور گلیسرین سے کیا جائے کیونکہ یہ اینی لین وائلٹ (Aniline Violet) کی محلل ہے۔

احتیاطی تدابیر: قذیٰ فی العین کارخانے میں کام کرنے والوں بالخصوص پیائی کے آلات، خراد کے کام یا چھینی ہتھوڑے کی ضربیں لگانے والوں میں زیادہ پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں دھوپ کی عینک مناسب ہے۔ کم پڑھے لکھے عاملین کو آفیشیل طور پر ممکنہ احتیاطی تدابیر اختیار کرنے پر زور دینا چاہیے اور حفاظت و احتیاط کو کام پر فوقیت دینی چاہیے۔

●●

22

آشوب چشم مولودی

(OPHTHALMIC NEONATORUM)

مترادف: رمد نومولود۔

ماہیت واسباب: آشوب چشم مختلف قسموں کا ہوتا ہے۔ محض نزلہ زکام یا گرد وغبار کی خراش، خسرہ وغیرہ جیسے متعدی امراض کے ہمراہ اور نظر کی عام کمزوری میں بھی آشوب چشم ہوسکتا ہے۔

کتاب العین میں رمد کے تین صفات شمار کرائے گئے ہیں:

اول یہ کہ آنکھ میں گرد وغبار یا دخان سے کدورت پیدا ہو جاتی ہے اور جب یہ چیزیں رفع ہو جاتی ہیں تو ہیجان سکون سے بدل جاتا ہے۔

دوم یہ کہ طبقہ ملتحمہ متورم ہو جاتا ہے۔

سوم یہ کہ سخت ورم کے باعث طبقہ ملتحمہ ابھر آتا ہے۔

شیخ بوعلی سینا اور ان کے شاگرد کا قول ہے کہ رمد ملتحمہ کے ورم کا نام ہے، خواہ گرمی سے ہو یا سردی سے مگر متقدمین کے نزدیک رمد وہ ہے، جو خاص گرمی سے ملتحمہ میں ورم لاحق کرتا ہے اور اگر باعث سردی ہو تو اسے تکدر کہتے ہیں۔

پیپ دار آشوب چشم جسے رضعی ریمی التہاب ملتحمہ (Ophthalmic neonatorum) سے

بھی موسوم کرتے ہیں۔ دراصل حاد تقیحی التہاب ملتحمہ ہے، جو بچے میں پیدائش کے وقت کی بے احتیاطوں اور عدم صفائی کے نتیجے میں پیدا ہو جاتا ہے۔ جو مادری سرایت کے نتیجے میں بچوں کی زندگی کے پہلے تین ہفتے کے اندر اندر واقع ہوتا ہے، چنانچہ زندگی کے پہلے ہفتے میں آنکھ سے کسی افراز یا آبی ترشح کو مشکوک نگاہوں سے دیکھنا چاہیے۔ کیونکہ اس ابتدائی دور میں آنسو نہیں نکلتے۔ اس میں پپوٹوں کے اندر اور مقلۂ چشم کے اوپر کی لعابدار جھلی (ملتحمہ) میں ورم حار اور سرخی ہو جاتی ہے اور آنکھوں سے پانی بہنے لگتا ہے۔ بعد میں پیپ دار مواد نکلتا ہے۔ بعض حالات میں مواد اندر رک جاتا ہے اور خطرناک صورت پیدا کرتا ہے۔ خلط لذاع کے علاوہ غلیظ ابخرات کی کثرت سے بھی طبقات عین متمدد ہو جاتے ہیں۔

سمی نقی سوزاکی سرایت کے اصابات میں سمی افراز بڑی تیزی سے مخاطی ریمی اور بعد میں تقیحی ہو جاتا ہے۔ اسباب ذیل میں سے بعض قبولیت مرض کی استعداد پیدا کرتے ہیں اور بعض مرض کی منتقلی میں مددگار ثابت ہوتے ہیں۔ جبکہ بعض دوسرے بیک وقت دونوں کام کرتے ہیں۔

بچوں میں دانت نکلنا، نزلہ، زکام، چیچک، خسرہ، خناق وبائی، سوزاک وخنازیر، سرد ہوا یا لو لگنا، آنکھ میں کچھ پڑ جانا اہم اسباب ہیں۔

علامات: نقی سوزاکی سرایت میں عموماً دونوں آنکھیں ہمیشہ ماؤف ہوتی ہیں، حالانکہ ایک آنکھ دوسرے کے مقابلے میں زیادہ متاثر ہوتی ہے۔ علاوہ بریں غلیظ رطوبت کے سبب طبقات میں تمدد پیدا ہو جاتا ہے۔ طبقۂ ملتحمہ متورم، انتہائی سرخ ہو جاتا ہے۔ نیز پہلے رقیق اور بعد میں گاڑھی زرد رطوبت (پیپ) بہنے لگتی ہے۔ تہیج نمایاں ہوتا ہے، جو اسے مخاطی تقیحی التہاب ملتحمہ سے ممتاز کرتا ہے۔ جب پپوٹوں کو بازکش (retractor) کے ذریعہ الگ کیا جاتا ہے تو قرنیہ آتش فشاں غار کی تہ میں نظر آتا ہے۔ بصلی ملتحمہ (Bulbar conjunctiva) میں کثیف درریزش ہوتی ہے اور اجفان متورم نیز متمدد ہوتے ہیں۔ بعد میں ملائم، تر اور آسانی سے مڑنے کے قابل ہو جاتے ہیں، بلکہ بیرونی جانب مڑ جاتے ہیں اور ورم پر سفیدی غالب آجاتی ہے۔ ملتحمہ پرشکن اور مخملی ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ پیپ، مصل الدم نیز گاہے خون کا افراز ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں غشائے کاذب کی تکوین ہوتی ہے۔ جس کے سبب یہ اصابہ غشائی رمد سے مشابہ ہوتا ہے۔

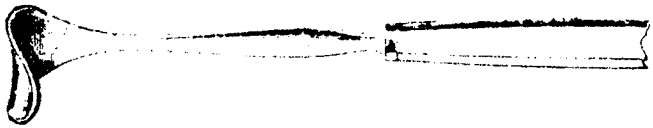
غیر علاج یافتہ نومولودی رمد سوزاکی میں قرحۂ قرنیہ کا بڑا خطرہ رہتا ہے کیونکہ یہ عضویہ صحت مند سرحلمہ پر یورش کرنے کی بھرپور صلاحیت رکھتا ہے۔ قرنیہ کے معمولی سے معمولی دھندلا پن کو

بھی انتہائی توجہ سے دیکھنا چاہیئے۔بعض اوقات جب بچہ زیر معائنہ آتا ہے تو قرنیہ متقرح ہو چکا ہوتا ہے۔لیکن غیر معمولی طور پر مشقوب نہیں ہوتا۔تقرح عموماً مرکز قرنیہ کے عین نیچے ایک بیضوی خطہ پر ہوتا ہے۔قرحہ تیزی سے پڑھتا ہے۔سطحی طور پر بھی اور گہرائی میں بھی نیز انثقاب واقع ہوتا ہے۔جس کی نشاندہی قرحہ میں ایک سیاہ دھبہ یا رقبہ سے ہوتی ہے۔جو قزحیہ (Iris) کے منقلب ہو جانے کے سبب ہوتا ہے۔انثقاب اچانک ہوتا ہے اور قزحیہ کا ایک بڑا حصہ منقلب ہو جاتا ہے۔نیز عدسہ ابھر جاتا ہے جبکہ زیادہ ردی اصابات میں قرنیہ میں ایک سیاہ سوراخ ہوتا ہے جو صاف زجاجیہ (Vitrious) سے پر ہوتا ہے۔

تشخیص: اسے ورم عنبیہ، ورم قرنیہ اور ورم صلبیہ سے متمائز کرنا چاہیے چنانچہ ورم عنبیہ میں آنکھ کی سرخی کے علاوہ قرنیہ کے اردگرد گلابی حلقہ نظر آتا ہے۔لیکن پپوٹوں کے اندر کی جھلی (ملتحمہ) سرخ نہیں ہوتی۔نیز اگر نچلا پپوٹا دبایا جائے تو باریک عروق دموی ملتحمہ کے ساتھ حرکت نہیں کرتیں۔عنبیہ کا رنگ ہلکا پڑ جاتا ہے۔پتلی کی انقباضی وانبساطی حرکت میں فرق پڑ جاتا ہے۔بصارت کمزور پڑ جاتی ہے آنکھ اور سر میں درد بالخصوص سر میں زیادہ ہوتا ہے۔التہاب صلبیہ میں سرخی بالعموم ملتحمہ کے نیچے ہوتی ہے، آنکھ میں درد برائے نام ہوتا ہے۔یہ مرض دیرپا ہوتا ہے۔

التہاب قرنیہ کی صورت میں طبقۂ قرنیہ قدرے مکدر ہو جاتا ہے۔لیکن اس کے اردگرد سرخی بہت زیادہ ہوتی ہے۔نورترسی کی شکایت ہو جاتی ہے اور آنکھوں سے آنسو جاری رہتا ہے۔

معائنہ: معالج نرس کے سامنے اس طرح بیٹھتا ہے کہ نرس بچے کو اپنی آغوش میں جکڑے ہوئے رہتی ہے۔بچے کا سر معالج کے دونوں گھٹنوں میں ہونا چاہیے۔نرس کو چاہیے کہ بچے کے ہاتھ کو مخالف سمت پکڑے ہوئے ہو، نیز بچہ ہلنے نہ پائے۔زیادہ بڑے بچے کو کوچ پر لٹائے رکھنا چاہیے۔



تصویر13: بازکش

بازکش کا سرا پپوٹوں اور مقلۂ چشم کے مابین نرمی سے داخل کر دیا جاتا ہے۔اس کے بعد نہ صرف مخالف سمت میں اوپر نیچے بلکہ مقلۂ چشم سے دور بھی کھینچنا چاہیے تاکہ اجفان نہ صرف

مقلۂ چشم سے جدا ہو جائیں، بلکہ ساتھ ساتھ علیٰحدہ بھی ہو جائیں۔ معالج کو دھوپ والی عینک پہنے رہنا چاہیئے کہ مبادا بچے کے پیوٹے علیحدہ کرتے وقت پیپ اچھل کر آنکھ میں نہ پہنچ جائے۔ ہر اصابہ میں جرثومی امتحان بھی بروئے کار لانا چاہیے۔

غیر موزوں معالجہ کی صورت میں خطرناک عواقب (Sequelae) واقع ہو سکتے ہیں۔ اگر قرنیہ بلا کسی انثقاب کے مندمل ہو جاتا ہے تو اس بافت میں زیادہ داغ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن سحابیہ (Nabula) بڑوں کے بہ نسبت بچوں میں زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ انثقاب کے نتیجے میں مقدم التصاق قزحیہ (Anterior Synechiae)، ملتصق بیاض قرنیہ (Adherent-leucoma)، مقدم کیسی نزول الماء (Capsular cataract)، جزوی یا کامل عنبہ مقدم (Staphyloma) یا کامل التہاب چشم (Panophthalmitis) واقع ہو سکتا ہے جب کہ بصارت مکمل طور پر خراب نہیں ہوتی ہے، بلکہ بیاض قرنیہ کے سبب بری طرح متاثر ہو جاتی ہے۔

تدابیر و علاج: گرد و غبار یا دھوپ میں چلنے پھرنے، آگ کے پاس بیٹھنے، ٹھنڈی ہوا میں پھرنے یا سرد پانی سے غسل کرنے سے پرہیز ضروری ہے۔ لکھنا پڑھنا موقوف کر دینا چاہیے۔ آنکھوں کو ملنا اور بار بار صاف کرنا بھی منع ہے۔ آنکھ کی صفائی کے لیے گندے کپڑے ہرگز نہ استعمال کیے جائیں بلکہ صاف اور مطہر روئی سے نرمی کے ساتھ پونچھا جائے۔ تین روز تک کوئی علاج نہ کیا جائے، کیونکہ رمد سے میلا و رخراب مواد و آلائش آنکھ سے دفع ہو جاتی ہے۔

جب ایک آنکھ مبتلائے مرض ہو تو مریض آنکھ پر صاف کپڑا یا ایک آنکھ کا چشمہ لگائیں۔

مقالہ فلیغر یوس میں ہے کہ صاحب رمد کے لیے تاریک مکان، نیند اور پینے کے لیے ٹھنڈے پانی کا اہتمام ضروری ہے تاکہ حرارت بجھ جائے۔ نیز حمام کا التزام کیا جائے تاکہ مابقی حصہ تحلیل ہو جائے۔

علاج کے وقت اصل سبب رفع کریں۔ مثلاً دھوپ، غبار اور تیل۔ اگر آنکھ میں داخل ہو گیا ہو تو رفع سبب کے بعد از خود آرام ہو جاتا ہے۔

چونکہ مرض قابل تحفظ ہے، اس لیے تحریزی علاج انتہائی اہمیت کا حامل ہوتا ہے۔ اگر ولادت سے قبل مہبل سے کسی طرح کا مواد جاری ہو تو اس کا معقول علاج کیا جائے اور ولادت کے وقت مانع عفونت اصولوں پر سختی سے عمل پیرا ہونا چاہیے۔ نوزائیدہ بچے کے بند اجفان کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا اور خشک کرنا چاہیے۔ اگر سرایت کا شبہ ہو تو سلور نائٹریٹ محلول (ایک

فیصد) ایک قطرہ دونوں آنکھوں میں ٹپکا دیا جائے۔ زیادہ قوی محلول کے استعمال سے احتراز کیا جائے کہ مبادا بیاض قرنیہ نہ پیدا ہو جائے۔ نوزائیدہ کی زندگی کے پہلے ہفتے میں آنکھ کو احتیاط اور پابندی سے دیکھتے رہنا چاہیے:

آنکھوں کی سرخی اور درد کی صورت میں تکمید ذیل سے فائدہ ہوتا ہے۔

نسخہ مکور: پوست خشخاش سفید پانی میں گرم کر کے اس میں صاف مطہر روئی بھگو کر نچوڑ لیں اور قابل برداشت حد تک گرم گرم آنکھوں کو دیر تک سینکیں۔ تکمید بہر حال مفید و بے خطر ہے خاص طور سے ریح کی حالت میں۔

نسخہ ضماد: آملہ خشک، لوز پٹھانی 3-3 گرام گائے کے گھی میں بھونیں اور پانی میں پیس کر آنکھ کے چاروں طرف لگائیں، لیکن یہ احتیاط ملحوظ رکھی جائے کہ دوا آنکھ کے اندر نہ جانے پائے۔ اس کے بعد شیاف ابیض لڑکی والی عورت کے دودھ میں حل کر کے آنکھ میں لگائیں۔

نسخۂ شیاف ابیض: نشاستہ 3.5 گرام، سفیدہ کاشغری، کتیرا، صمغ عربی ہر ایک 10.5 گرام۔

جملہ دواؤں کو لعاب اسپغول میں گوندھ کر شیاف بنائیں۔

ورم حار کی صورت میں تسکین حرارت کی خاطر حسب ذیل نسخہ پلائیں:

(نسخہ): لعاب بہدانہ 3 گرام، شیرہ عناب 5 دانہ، شیرہ مغز تربوز 3 گرام پانی میں نکال کر صاف کریں۔ پھر شربت نیلوفر ملا کر صبح و شام پلائیں۔ یہ مکمل خوراک ہے۔ بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔

رازی نے لکھا ہے کہ اگر ورد بیخ اور رمد میں اس کی سیاہی پر بیاض عین ابھر آئے اور اجفان منقلب ہو جائیں تو زردی بیضہ مرغ مع تخم بط پیس کر مرہم کی طرح بنائیں پھر کپڑے پر لگا کر آنکھ پر لگائیں۔ چند ساعت کے اندر اندر درد رفع ہو جائے گا۔

تسکین درد کے لیے افیون، گلاب کا پھول، اکلیل الملک اور زردیٔ بیضہ کا ضماد بہت مفید ہے۔

علاوہ بریں رازی نے شربت خشخاش کو مفید بتایا ہے۔

یہودی نے کہا ہے کہ طلائے ذیل ورم حار اور استرخاء الاجفان کے لیے مفید ہے:

(نسخہ): اقاقیا، شیاف مایثا، افیون، زعفران۔

دیگر: رسوت 9 گرام، صندل سفید 1.25 گرام، اقاقیا 1.75 گرام شیاف،

مایثا512 ملی گرام، زعفران 5 ملی گرام شیاف تیار کر کے متورم آنکھ پر طلا کریں۔ ابن ماسویہ نے بھی مفید بتایا ہے۔

نسخہ دیگر: چاکسومد بر، سنگ بصری، پھٹکری بریاں، سنگ سرمہ۔ بدستور سرمہ بنا کر آنکھوں میں لگائیں۔ آشوب، سیلان وگریۂ چشم کے لیے مفید ہے۔ چیچک کی صورت میں چیچک کا بیان ملاحظہ فرمائیں۔

اگر مرض مستحکم ہو جائے تو اس کا علاج رمد سوزاکی کے خطوط پر کیا جائے۔ خوش قسمتی سے رمد نومولود کی سرایتوں کی بیشتر قسموں میں پنی سلین مفید ثابت ہوتی ہے۔ یونانی میں مصفیات دم مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں۔ چنانچہ خوردنی طور پر صبح کو نقوع شاہترہ، برادۂ آبنوس، برادۂ شیشم کا اضافہ کر کے پلائیں۔

شام کو معجون عشبہ یا معجون چوب چینی بمقدار 5 گرام اول کھلائیں، اوپر سے عرق عشبہ 75 ملی لیٹر، عرق مرکب فسادخون 72 ملی لیٹر، شربت عناب 50 ملی لیٹر ملا کر دیں۔

نوٹ: یہ بالغ کی خوراک ہے بچوں کو حسب عمر دیں۔

نسخۂ مذکورہ 15-20 یوم استعمال کرانے کے بعد سفوف مسہل سیاہ کے دو تین جلاب دیں اور مسہلوں کے وقفوں میں تبرید ذیل استعمال کرائیں:

خمیرہ گاؤزبان 12 گرام چاندی کے ورق میں لپیٹ کر اول کھلائیں۔ اوپر سے شیرہ عناب 5 دانہ، عرق گاؤزباں، عرق شاہترہ 60-60 ملی لیتر میں نکال کہ شربت عناب 25 ملی لیٹر ملا کر تخم ریحاں 9 گرام چھڑک کر پلائیں۔

اوپر کی دوائیں مکمل مقدار خوراک پر مشتمل ہیں۔ بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔ اگر نوزائیدہ اس آزار میں مبتلا ہو تو مصفئ خون دوائیں بچہ کی ماں کو استعمال کرائیں۔ لیکن مقامی استعمال کی دوائیں بعینہ بچے کی متاثرہ آنکھ میں لگائیں۔

اگر رمد میں فصد واسہال سے بھی فائدہ نہ ہو تو سمجھ لینا چاہیے کہ طبقات چشم میں ردی خلط جمع ہو گئی ہے۔ ایسی صورت میں تو تیائے مغسول، نشاستہ، اسفیداج طلا کیا جائے۔ یہاں تک کہ رفتہ رفتہ رطوبت فنا ہو جائے۔ اس قسم میں اس کے علاوہ اور کوئی علاج نہیں۔

دیاسقوریدوس: مسور پکا کر اس کے جوشاندہ میں اکلیل الملک، روغن گل ملا کر لگایا جائے تو آنکھ کے ورم گرم میں مفید ہے۔ اور اگر آب عنب الثعلب شیاف ابیض کے ساتھ ملا کر لگایا جائے

تو ورام حارہ کو بہت فائدہ بخشے گا۔

رمد ورم حار وضربان سے عبارت ہے اور اس کے لیے صبر بے حد مفید ے۔ رسوت دودھ میں حل کر کے آنکھ کے اندر باہر لگانا بے حد مفید ہے۔

دیاسقوریدوس: شادنج عورت کے دودھ کے ساتھ ملا کر لگانا رمد، جرب العین اور حمرۃ دمویہ میں مفید ہے۔

آنکھیں نمکین محلول سے دھوئی جاتی ہیں۔

اگر قرنیہ ماؤف ہو تو ایٹروپین کا قطور کیا جائے۔ اس کے بعد پنی سلین یا ٹیٹرا سائیکلین کی قوی خوراکیں دیتے ہیں۔ تقریباً نصف گھنٹہ بعد آنکھ کی حالت بدل جاتی ہے۔ گو کہ اجفان اور ملتحمہ قدرے متورم ہوتے ہیں تاہم آنکھ خشک ہوتی ہے۔

اگر پنی سلین بے اثر ثابت ہو تو سلفا ادویہ استعمال کرائیں۔

سلفا ڈایا میڈین اور سلفا ڈایازین نوزائیدے بخوبی برداشت کر لیتے ہیں۔ لیکن یہ امر ملحوظ رکھنا چاہیے کہ سلفا ادویہ کا مقامی استعمال بے اثر ثابت ہوتا ہے۔

غذا و پرہیز: غذا لطیف، زود ہضم، ٹھنڈی اور سادہ دی جائے۔ ٹھنڈی ترکاریاں، مثلاً کدو، ٹنڈا، پالک، خرفہ، ترئی پرول وغیرہ، لطیف اغذیہ مثلاً بکری کے گوشت کا شوربا مرچ کے بغیر، مونگ کی دال، چپاتی وغیرہ دی جائیں۔ دہی، چھاچھ اور ہر طرح کی ترشی کو روک دیا جائے۔

رمد زہری کی حالت میں مسہلات کے دوران کھچڑی استعمال کرائیں۔

●●

23

ودقہ

(PHLYCTENULAR CONJUNCTIVITIS)

مترادفات: رمد بثری، رمد بثری قرنی، پھنسی دار آنکھ دکھنا، آنکھوں کا دانہ۔

(Phlyctenular kerato-Conjunctivitis)

کیفیت: یہ کیفیت غریب اور تحت التغذ یاتی بچوں میں پائی جاتی ہے۔ اس میں قرنیہ اور صلبہ کے مقام اتصال پر موجود ملتحمہ جھلی پر سخت ابھار پیدا ہوتا ہے جو بعد میں آبلہ یا پھنسی نما ہو جاتا ہے، جسے بثرہ (Phlyctenula) سے موسوم کرتے ہیں۔ ان کی تعداد ایک یا ایک سے زائد ہو سکتی ہے۔ یہ مخصوص قسم کے تقررات تقریباً ایک ملی میٹر قطر کے ابھرے ہوئے اور زرد رنگ ہوتے ہیں جن میں عروق لمف کا اجتماع ہوتا ہے۔

نوٹ: اگر یہ پھنسی قرنیہ پر نکلتی ہے تو اسے بثور قرنیہ (phlyctenular keratitis) سے موسوم کرتے ہیں۔

اسباب: یہ دروں زاد درنی لحمین (Endogenous Tuberculoprotein) کی تعاملی حالت ہوتی ہے۔ جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، یہ مرض عام طور سے بچپن میں واقع ہوتا ہے اور بالعموم حمیات حصبیہ مثلاً چیچک، خسرہ اور سرخ بخار وغیرہ کے بعد لاحق ہو جایا کرتا ہے۔ لیکن بعض اوقات زکام کے نتیجے میں بھی واقع ہو جاتا ہے۔

علامات: بثور (Phlyctenes) بصلی ملتحمہ (Bulbar conjunctiva) یا پپوٹے کے کنارے پر واقع ہو سکتے ہیں۔ جہاں قرنیہ کا سرحلمہ (Corneal epithelium) بھی ماؤف ہوسکتا ہے۔ دردسر، پپوٹوں کی سوزش اور تشنج نمایاں علامات ہیں، آنسو بہنے کے علاوہ کچھ اضطراب اور نورترسی (Photophobia) کی شکایت ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ مریض کی آنکھ کا معائنہ کرنے پر پھنسی یا آبلہ زیرمشاہدہ آجاتا ہے۔

علاج: بچے کی معمولی صحت کی طرف خاص توجہ دینی چاہیے۔ آنکھ کو بورک لوشن (10 گرین فی اونس والا) سے دھوکر صاف رکھا جائے۔ اوراس پر سرد پانی کی پٹی باندھیں۔

مقامی طور پر انٹی بایوٹک اور اسٹیرائڈ مرکب بہت زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ اگر قرنیہ متاثر ہوجائے نیز چکاچوند کی کیفیت (نورترسی) ہوتو ایٹروپین بھی تجویز کرنی چاہیے۔

خفیف قسم میں گلاب میں گدی ترکر کے بوقتِ خواب آنکھوں پر رکھیں۔

حسب ذیل دوائیں بھی مفید ہیں:

برگ کاسنی، برگ مکوہ سبز پیس کر لعاب اسپغول ملا کر آنکھوں پر ضماد کریں۔

زعفران 1 گرام، ایک انڈے کی زردی میں حل کر کے آنکھوں پر طلا کریں۔

میتھی اور ناخونہ مساوی الوزن کے جوشاندے سے آنکھوں کو بپھرا دیں۔

شیاف احمرلین اور شیاف کندر کا استعمال مفید ہے۔

شیاف ودقہ بطور خاص مفید ہے۔ جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ): مامیران چینی 768 ملی گرام، گل سرخ 7 گرام، رسوت، شیاف مائیثا، ہر ایک 9 گرام، نشاستہ، کتیرا، زعفران ہر ایک 512 ملی گرام۔ جملہ دوائیں باریک پیس کر آب کاسنی میں ملا کر شیاف تیار کریں۔ بوقت ضرورت سفیدی بیضۂ مرغ یا لڑکی والی عورت کے دودھ میں حل کر کے آنکھوں میں لگائیں۔

مزمن اصابات میں قدرے تیز دوائیں مثلاً باسلیقون یا شیاف احمر وغیرہ لگائیں۔

داخلی طور پر تسکین حرارت کے لیے املی اور آلو بخارا کا زلال شربت بنفشہ ملا کر پلائیں۔ اگر ضرورت ہوتو حب ایارج یا حب صبر وغیرہ سے تنقیہ کیا جائے۔

غذا: لطیف وزود ہضم دیں۔ مونگ کی دال، چپاتی، کھچڑی اور دودھ وغیرہ کا استعمال موزوں ہے۔ ترش اور شیریں اشیاء نیز روغنیات سے پرہیز ضروری ہے۔

24

جرب الاجفان

(TRACHOMA)

مترادفات: جرب العین، رمد حُبیبی، روہے، کنکرے، آنکھ کی خارش۔

کیفیت مرض: اس مرض میں بالائی پپوٹے کے اندرونی جانب بیضوی شکل کے چھوٹے چھوٹے سرخ دانے نمودار ہوتے ہیں۔ اسی لیے یونانی اطبانے اسے امراض جفن (پپوٹوں کے امراض) میں شمار کیا ہے، لیکن چونکہ یہ پپوٹے کی اندرونی جھلی (ملتحمہ) کی بیماری ہے، اسی لیے تحقیق جدید کے مطابق جرب الاجفان قرنیہ و ملتحمہ کا چھوت دار التہاب (Keratoconjunctivitis) ہے جس میں عموماً دھوپ اور گرد و غبار سبب ہوا کرتے ہیں۔ اس کا ارتقاء عموماً مزمن ہوا کرتا ہے۔ اسے حویصلات کی نشوونما اور ارتقا (F) حلمیی تضخم (Papiliary-Hypertrophy) سبل قرنیہ اور مخصوص ندبی بافت (Soar tissue) کے ذریعہ شناخت کیا جاتا ہے۔

اسباب و ماہیت: گرد و غبار، دھواں، گندہ ماحول، کثیف، ہوا لذاع ادویہ اور خراب اغذیہ کا استعمال، میلا کچیلا جسم و لباس۔ چونکہ یہ ایک متعدی مرض ہے، لہذا اگر تندرست آنکھ میں اس کا مادہ چلائے تو وہ بھی مبتلائے مرض ہو جاتی ہے اس کا مسبب جرثومہ قبا پوش حوینا تی آشوب چشم

(Chlemyidozoon trachomatis or chlomydia Trachomatis)دراصل (Chlamydozoaceaea)خاندان کا خرد عضویہ ہے۔

مجموعی علامات: پلکوں کی داخلی سطح پر چھوٹے چھوٹے دانے پیدا ہو کر خراش پیدا کرتے ہیں۔جس سے برابر غلیظ رطوبت کا اخراج ہوتا رہتا ہے۔آنکھیں سرخ رہتی ہیں۔اشک ریزی (تدمّع)خارش،جلن اور جسم غریب کی موجودگی کا احساس، درد اور استبصاری اختلالات، فاعلی علامات و امارات کے طور پر پائے جاتے ہیں۔لیکن بعض اصابات میں کوئی علامت رونما نہیں کرتے۔ فاعلی امارات کے طور پر اجفان متورم اور موٹے ہوتے ہیں۔اور ان میں سختی و کرختگی آجاتی ہے۔جفنی فرجات(Palpebral apertures)تنگ ہو جاتے ہیں۔بوجھ اور ورم کے سبب فوقانی پپوٹے لٹک جاتے ہیں۔مختلف المقدار ریم ومواد خارج ہوتا ہے، جو حادصورتوں میں زیادہ اور مزمن اصابات میں کم ہو جاتا ہے۔ملتحمہ دانوں کے سبب سخت و کھردرا نیز تضخّمی ہو جاتا ہے۔ ہروقت پانی بھرا رہتا ہے۔پپوٹے گرے ہوئے ہونے کے سبب مریض سویا ہوا معلوم ہوتا ہے۔رات میں آنکھ سے رطوبت نکلنے کے سبب پلکیں چپک جاتی ہیں۔

سریری مطالعہ: جرب الاجفان جملہ انسانی امراض کے انتہائی کثیرالاشکال امراض (Polymorphous diseases)میں سے ایک مرض ہے۔اس کی نشوونما کا دورہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔اس کی تشخیص کی خاطر پپوٹے اندر سے باہر کی جانب پلٹ دیے جاتے ہیں تاکہ فوقانی غضروف الجفنی ملتحمہ(Superior tarsal conjunctiva)کا امتحان کیا جاسکے۔ملتحمی حویصلہ اور حلیمی تضخم کی شناخت بھی درکار ہوتی ہے۔حویصلہ(F)گول، نیم کروی، زردی مائل یا دودھیے پتھر کی ساخت کے ہوتے ہیں جو چھوٹے عروق دموی سے گھرے رہتے ہیں۔یہ پختگی کو پہنچنے پر انتہائی نازک ہو جاتے اور دبانے پر آسانی سے پس جاتے ہیں۔یہ حویصلات انھیں دیگر التہاب ملتحمہ قشعی یا حساسیتی میں نظر آنے والے حویصلات سے ممیّز کرتے ہیں۔جرب الجفنی حویصلات تعداد و سائز دونوں میں بتدریج بڑھتے جاتے ہیں۔ یہ پپوٹوں کی طبعی لفاوی ساختوں کو مبالغہ کے ساتھ پیش کرتے ہیں۔ابتدائی اشاریہ(F)کو ہم انھیں سریری اصابہ کی روداد پیش کرنے کے سلسلے میں استعمال کرتے ہیں۔مختلف مدارج مثلاً 1.2 یا 3 ان کی خفت یا شدت ظاہر کرتے ہیں۔اسی لیے F_1, F_2, F_3 مخففات کے طور پر بولتے ہیں۔

حلیمات:(Papilae)ہم رونہیں ہوتے، بلکہ پنّی کاری کے انداز میں پائے جاتے ہیں۔

یہ خرد ساخت ¼ تا 1/5 سائز کے ہوتے ہیں اور مرکز میں عروقی خوشہ ہوتا ہے۔ ان کا تعلق پپوٹے کی خراش اور التہاب سے ہوتا ہے۔ لیکن جرب الاجفان کے ساتھ مخصوص نہیں ہوتے۔ انھیں "P" سے موسوم کیا جاتا ہے۔ جن کی درجہ بندی شدت کے اعتبار سے کی جاتی ہے (P1, P2, P3)۔

جرب الاجفان کی قسمیں: اطبائے قدیم کی طرح میک کیلان نے بھی اسے چار مدارج میں تقسیم کیا ہے جو تفہیم کے اعتبار سے بلاشبہ اہم ہیں۔ تاہم یہ ضروری نہیں کہ مختلف مدارج اسی طرح واضح رہیں۔ جیسا کہ نظریۂ ذیل سے واضح ہے:

پہلا درجہ Tr I (وقوعہ)

دوسرا درجہ Tr II (رنگین، سرخ و سفید جرب الاجفان)

تیسرا درجہ Tr III (پیش ندبی جرب الاجفان)

چوتھا درجہ Tr IV (ندبی جرب الاجفان)

اطبائے قدیم ان مدارج کو بالترتیب جرب منبسط حصفی، تینی اور جرب اسود سے موسوم کرتے ہیں، اور ہم اسی ترتیب سے یہاں بیان کریں گے۔

جرب منبسط (Tr.I): جرب منبسط میں پپوٹے کے اندرونی حصے میں قدرے کھردرا پن ہوتا ہے۔ کیونکہ مادہ غلیظ، خشک اور تیز ہوتا ہے۔ سرخی و خارش ہوتی ہے، کیونکہ مادہ تیز اور شور ہوتا ہے، جس کے سبب آنسو بہتے ہیں۔ یہ قسم گرم آشوب کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اس قلیل الوقوع قسم کو سلسلے وار اسکریننگ کے ذریعہ ہی پہچانا جاسکتا ہے، وظیفی امارات برائے نام ہوتی ہیں۔ شگافی چراغ (Slit lamp) کے ذریعہ امتحان (جو اس درجہ یا قسم میں ضروری ہوتا ہے) سے دوساختوں کے آغاز کا پتہ چلتا ہے جو جرب الحفنی ملتحمی تضرر کے امتیازی خصائص ہیں یعنی حویصلات اور حلیمات (P_1 اور F_1)۔

دوسری ممتاز ابتدائی امارت کے طور پر ملتحمی عروق دمویہ قرنیہ کے بالائی حصہ تک پہنچ جاتی ہیں، ساتھ ساتھ حد قرنیہ کے بالائی حصہ پر خفیف تغیر لون پایا جاتا (سرحلمی التہاب قرنیہ)۔ اسے جرب الحفنی سبل (Trachomatous pannus) سے موسوم کرتے ہیں۔ اس درجہ میں ملتحمہ کو کھرچنے پر دروں سرحلمی مشتملات ملتے ہیں۔

جرب حصفی یا رنگین جرب (Floride Trachoma)(TrII): حصفی (گرمی دانے کے مانند): یہ قسم آشوب چشم کے بغیر اور گاہے اس کے بعد بھی ہوتی ہے۔ جس کا سبب تیز اور متعفن

اخلاط ہوتے ہیں۔جن کے ابخرات پلکوں کی جھلی کے نیچے بند (محبوس) ہوتے ہیں۔ان ابخرات کے بند ہو جانے سے ان میں شوریت اور تیزی پیدا ہو جاتی ہے اور طبقۂ ملتحمہ میں ان کھردرے دانوں کی رگڑ اور چبھن بڑھ جاتی۔اور آنکھوں پر پھولا ہو جاتا ہے، نیز بعض اصابات میں مرض سبل (جالا) ہو جاتا ہے، کیونکہ ایسی حالت میں آنکھ کی رگیں ممتلی ہونے سے ان کے درمیان سبل کی جھلی پیدا ہو جاتی ہے۔

فوق سرایت کی عدم موجودگی میں وظیفی امارات جدا ہو جاتی ہیں۔ٹیس اٹھنا، خفیف تدمع (آنسو نکلنا) سے گاہے دو جانبی کاذب استرخاء الجفن کی طرف توجہ مبذول ہو جاتی ہے (نومی منظر)، حلیمی تضخم (P2یاP3) کے سبب ملتحمی بیش دمویت بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ملتحمہ کا طبعی ملائم، چمکدار اور گلابی منظر جاتا رہتا ہے اور وہ کھردرا نظر آنے لگتا ہے۔ (یونانی میں ''Trachoma'' کے معنی کھردرا کے ہیں)۔حویصلات تعداد و سائز میں بڑھ جاتے ہیں۔ (F1,2یا3)۔قرنیہ کے اوپری حصہ پر سبل (Pannus) چھا جاتا ہے، اور ہلالی نظر آنے لگتا ہے (غشا نما عروقی نقاب) چنانچہ ابن تلمیذ نے کہا ہے کہ کمکرے اور سبل لازم وملزوم ہیں۔خرد حیوی (Microbiological) تشخیص ابتدائی درجہ کے بہ نسبت کم قابل اعتنا ہوتی ہے۔

جرب تینی (پیش ندبی جرب=Precitrical trachoma Tr. III):اس میں کثرت سے خشونت واقع ہوتی ہے، بقول ابن سرابیون اس کا نام تینی (انجیر نما) اس لیے رکھا گیا ہے کہ اس میں پپوٹوں کے اندرونی حصے پھٹ جاتے ہیں، جس طرح اور جس شکل کے انجیر کے اندر پھٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ان دانوں کا نچلا حصہ گول اور سرے تیز ہوتے ہیں۔

جب درجہ دوم کے جملہ یا چند امارات برقرار رہتے ہیں تو ملتحمہ پر ندبات نمودار ہوتے ہیں۔'C' درجہ 1، 2، یا3 (باعتبار شدت)۔کسی بھی فوق سرایت کی موجودگی میں ارتقائے مرض مختلف ہوتا ہے۔

جرب اسود (ندبی جرب الاجفان=Cicatrical Trachoma Tr. IV):یہ قسم مذکورہ تینوں سے سخت اور شدید ہوتی ہے۔یہ قسم سیاہی مائل ہوتی ہے، جس میں کھرنڈ (ندبہ) ہوتی ہے۔اس کا سبب سوداوی گندہ مادہ ہوتا ہے۔یہ خبیث قسم بآسانی علاج قبول نہیں کرتی۔

اس میں حویصلات کی جگہ ندبی بافت لے لیتی ہے اور غضروف الجفنی ملتحمہ پر سفید دھاریاں بن جاتی ہیں۔جو آرل کے خطوط (Arrle's lines) کہلاتے ہیں۔قرنیہ کے اوپر

فوقانی حصہ پر ہلالی امارات اور آنکھ کا شاخ نما جز ہ ترکیبی دیکھنے میں آتا ہے۔ سبل کی عروق معدوم یا خالی ہو جاتی ہیں۔

عوارضات: مختلف النوع کثیر الوقوع اور ہمیشہ خطرناک ہوتے ہیں۔

فوق سرایتیں (Super infections): عمومی تقیحی جرثوموں کے ساتھ جرب الاجفان کا التہابی ہیجان پیدا کرتے اور قرنی پیچیدگی پر منتج ہوتے ہیں (جسے ''CC'' کی حیثیت سے موسوم کیا جاتا ہے)۔ شدید قسم میں بآسانی انثقاب ہو کر قرحۂ قرنیہ پیدا کرتا ہے، نتیجہ نہایت خراب ملتصق بیاضات یا عنبات (Leucomas or staphylomas) کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو بصارت پر گہرا اثر ڈالتے ہیں۔

شتری داخلی ارتکاس الاہداب (Entropion Trichiasis): پلکوں کا یہ عارضہ بطور جفنی پیچیدگی جانا جاتا ہے۔ یہ متاخر امارت عام طور سے جوان عورت میں واقع ہوتی ہے۔ اس میں اہداب کا داخلی نمو ہوتا ہے۔ شترہ داخلی کے ارتکاس کے سبب واقع ہونے والے قرنیہ کا ضرر فوق سرایت میں شمار کیا جاتا ہے۔ جرحی معالجہ ناگزیر ہے۔

دمعی عوارضات (Lachrymal complications) کا علاج ہمیشہ دشوار ہوتا ہے۔ یہ قرنی ضرر کو بد سے بدتر کرتے رہتے ہیں اور جراب الجفنی کرہ چشم پر عملیہ کے دوران دقت پیدا کرتے ہیں۔ ان کی تکوین زیادہ تر دمعی قناتوں کے تشدد اور التہاب کیسہ دمعی (Dacrocystitis) کے ذریعہ ہوتی ہے۔

ملتحمہ اور میبونی غدد (Meibominus glands) کا ندبی ذبول قرنیہ اور ملتحمہ کی شدید یبوست پیدا کرتے ہیں، جسے جفوف (xerosis) سے موسوم کرتے ہیں۔

وبائیات: اس مرض سے تقریباً ہر شخص واقف ہے جو بچوں کو خاص طور سے اپنی لپیٹ میں لے لیتا ہے۔ ککرے، روہے دار ماں سے بچے میں منتقل ہوتے ہیں۔

گندے ہاتھ اور گرد آلود کپڑے بین خاندانی منتقلی میں اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ بظاہر مکھیوں کا کردار کم اہم ہوتا ہے، تاہم اس کی مضرتوں سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔ شہری حقوق سے محروم گھنی آبادی جہاں صفائی کا کوئی نظم نہ ہو، یہ مرض زیادہ پھیلتا ہے۔ اسی لیے اسے عدم توجہی، غربت اور بے ترتیب آبادی کا مرض کہا جاتا ہے۔

ککرے دنیا بھر میں لاحق ہوتے ہیں۔ تاہم شمالی افریقہ، مشرق وسطیٰ، ایشیاء، مشرقی یورپ،

افریقہ اور جنوبی افریقہ میں خاص طور سے بہت زیادہ پائے جاتے ہیں۔ یہ سماجی آزار تقریباً 600 ملین افراد کو متاثر کرتا ہے اور دنیا بھر میں 200000 بصری نقائص کا موجب ہوتا ہے۔

جن اقوام میں روہے مخصوص طور سے پائے جاتے ہیں، کہا جاتا ہے کہ ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔

صحت عامہ: میک کیلان کی تقسیم اور اوپر بیان کی گئی مختلف سریری امارات مریض افراد تک پہنچنے میں انتہائی مفید و معین ثابت ہوتی ہیں۔ تاہم پھیلاؤ کے علاقائی فروق کے علاوہ سریری منظر اکثر ایک قوم سے دوسری قوم میں بڑے اختلافات پیش کرتا ہے۔ درجۂ اشتداد کسی قوم میں تشخیص مرض کے لیے بے حد معین ہو سکتا ہے۔ میدان کار میں محض مندرجہ ذیل امارات ریکارڈ کی جاتی ہیں: ملتحمی حویصلات (F)، حلیمات (Papillae=P)، ملتحمی ندبات (C) اور قرنی ندبات (CC) نیز شتری داخلی ارتکاس الاہداب (T/E)۔

اس طرح ککرے کے اصابات کی تقسیم التہابی تعامل کے اعتبار سے کی جا سکتی ہے۔ جس کا جدول درج ذیل ہے:

درجۂ مرض	حویصلات	حلیمات
شدید روہے	F_1 2 or 3	P_3
خفیف روہے	F3	P_2
سلیم روہے	F_2	P_1 or 2
غیر فعال روہے	F_0 or 1	P_1 or 2

سلیم یا غیر فعال قسموں کے لیے علاج ضروری نہیں، اس کے بعد تضررات کی شدت کے اعتبار سے اہمیت دینی چاہیے۔ تضررات درج ذیل ہیں:

CC_3 نیز CC_2 اور $F_3, C_1, F_2\ C_2, C_3$, T/E,

اسی لیے اندھا پن پیدا کرنے والے روہے اور اندھا پن نہ پیدا کرنے والے روہے والی اقوام میں امتیاز ضروری ہے۔

تحفظی (تحریزی) تدابیر کی بڑی اہمیت ہے۔ اس سلسلے میں نکات ذیل بطور خاص ملحوظ رکھے جائیں:

- ابتدائی تشخیص اور علاج۔
- فوق سراتیوں اور پیچیدگیوں سے تحفظ
- تعلیم صحت۔

مکمل تحفظ اسی وقت ممکن ہے جبکہ تعلیمی مراکز اور گھروں میں اس کے انسداد کی مہم منصوبہ بند طریقے پر چلائی جائے۔

طبی علاج: ورم کی زیادتی، درد کی شدت اور آنکھوں کی سرخی کی حالت میں پوست خشخاش پانی میں بھگو کر اس میں مطہر روئی بھگو اور نچوڑ کر قابل برداشت حد تک گرم گرم آنکھ کو دیر تک سینکیں، پھر نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) پوست ہلیلہ زرد، پوست آملہ، پوست بلیلہ، برگ نیم ہر ایک 3-3 گرام۔ رات کو پانی یا عرق گلاب میں بھگو دیں اور صبح کو اس کا زلال لے کر چند بار آنکھیں دھوئیں۔ اس کے بعد:

کحل گل کنجد، کحل برود کا فوری یا کحل کا فور لگائیں (سوتے وقت)۔

خوردنی طور پر مصفّی خون دوائیں مفید ہیں، مثلاً اطریفل شاہترہ کھلا کر عرق مصفی مرکب، عرق شاہترہ، شربت عناب ملا کر صبح و شام پلائیں اور مقدار خوراک کا تعین عمر کے مطابق کر لیں۔

مندرجہ ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

آنکھوں کی غلظت دور کر کے اجفان کو اصلی حالت پر لائیں پھر زعفران سائیدہ کا ذرور کریں اور انڈے کی سفیدی اور روغن بنفشہ لگائیں۔

جرب کی حالت میں پپوٹے کو پلٹیں اور اگر سخت ہوں تو شکر سے رگڑیں، اس کے بعد ذرور لین لگائیں۔ اگر جاڑے کا موسم ہو تو رگڑنے کے بعد زیرہ و بادام کا ضماد کریں اور اگر موسم گرما ہو تو سفیدی بیضہ مرغ اور بنفشہ کا ضماد کیا جائے۔

جدید دریافتوں میں سلفا ادویہ انتہائی موثر ثابت ہوئی ہیں، بشرطیکہ انھیں مقامی طور پر (سلفا سیٹا مائڈ 2% قطور چشم) استعمال کرایا جائے۔ موثر ترین انٹی بایوٹک ادویہ کلورم فینی کال، ارتھرومائی سین، آریومائی سین اور جنتامائی سین ہیں۔ یہ مرہم اور قطور کی شکل میں استعمال کی جاتی ہیں۔ مدت علاج خاصی طویل رکھنی چاہیے تاکہ اطمنان بخش طور پر مرض کا قلع قمع ہو سکے۔ اس کے لیے 30 یوم کی مدت کافی ہوا کرتی ہے، لیکن درمیان میں 15 یا 20 دن کا وقفۂ استراحت دے دینا چاہیے۔

جرحی معالجہ: شتری داخلی ارتکاس الاہداب کی صورت میں عملیہ ناگزیر ہوتا ہے۔ اس سلسلے میں ترابیوت (Trabut) اور کیونو ڈ نطف توشیے (Cuenod natof Methods) اہم ہیں۔

قرنیتی سحابیات (Corneal nubeculae) کے علاج میں ترقیع القرنیہ (Keratoplast) انجام دیا جاتا ہے (قرنیہ کی پیوندکاری=Corneal transplant)۔

دمعی راستوں کے تسدد کا جرحی معالجہ ہمیشہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔

غذا و پرہیز: لطیف اغذیہ واشربہ استعمال کرائیں مثلاً بکری مرغی یا پرندہ کا گوشت، پالک ٹنڈا، ترئی لال ساگ، خرفہ، مونگ کی دال مع چپاتی وغیرہ۔

ترشی، گرم مصالحہ اور مرچ وغیرہ سے ممکنہ حد تک پرہیز کرائیں۔

●●

25

قذی الاذن

(FOREIGN BODIES IN THE EAR)

کان میں دونوں طرح کی چیزیں یعنی جاندار و غیر جاندار پڑ سکتی ہیں۔ لیکن موخرالذکر بالخصوص بچوں میں زیادہ کثرت سے داخل ہوتی ہیں جسے عموماً مریض خود بتاتا ہے۔

غیر جاندار اشیاء کو دو جماعت میں تقسیم کیا جا سکتا ہے، یعنی وہ جو نمی پا کر پھول جاتے ہیں، مثلاً سیم اور باقلا کا دانہ اور وہ جو پھولتے نہیں۔ مثلاً تسبیح کے دانے بٹن، سیپ، گھونگھا وغیرہ۔ خارجی چیزیں شاذ و نادر ہی کسی اذیت کا باعث ہوتی ہیں، بشرطیکہ غشاء طبلی (کان کا پردہ) متضرر نہ ہو گئی ہو۔ اسی لیے یہ چیزیں برسوں اندر پڑی رہ سکتی ہیں اور ان کی تمیز نہیں ہو پاتی۔ پیچیدگیاں زیادہ تر انھیں نکالتے وقت غلط رخ اختیار کرنے کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ بیشتر اصابات میں سہولت کے ساتھ معائنہ کرنے سے اصل شے کا پتہ چل جاتا ہے۔

اگر شے خارجی نظر نہ آئے تو نرمی کے ساتھ کان کی دھلائی سرنج سے کی جائے یا اسے سرنج کے ذریعہ نکالا جائے کیونکہ بہت چھوٹا جسم غریب نگاہوں سے اوجھل صماخ ظاہر کے فرش پر غشائے طبلی کے قریب پایا جا سکتا ہے۔ اگر خارجی طور پر نظر آ جائے اور اس امر کا یقین ہو جائے کہ سبزی نہیں ہے تو سرنج کے ذریعہ بہ آسانی نکالا جا سکتا ہے۔ پانی کی دھار کا رخ صماخ ظاہر کی دیوار (Meatal-wall) کی طرف کر دینا چاہیے۔ جہاں اس کے اور جسم غریب کے مابین وسیع فضا موجود ہوتی ہے۔

اگر کان میں پڑی ہوئی خارجی شے نکالتے وقت غلط رخ اختیار نہ کرے تو اس کے اخراج میں دقت نہیں پیش آتی۔ لیکن اگر وہ پھنس یا کس جائے، نمی جذب کر کے پھول جائے یا کان کے سوراخ کی دیواریں متورم ہو جائیں تو بڑی دشواری پیش آتی ہے۔ ایسے اصابات کا علاج شفاخانہ میں بہتر طور پر کیا جا سکتا ہے۔ کساؤ کی صورت میں بعض اوقات باریک ہک کے ذریعہ جسم غریب نکالنے میں کامیابی ہو جاتی ہے۔ کلاب صماخ باطن میں دھکیل دیتے ہیں، البتہ اگر جسم غریب چھوٹا یا باریک ہو تو احتیاط برتنی چاہیے۔

بچوں میں کان سے جسم غریب نکالتے وقت زیادہ وقت نہ لگانا چاہیے کیونکہ اس سے درد و خوف کو بڑھاوا ملتا ہے۔ اس طرح کے اصابات علاوہ جملہ اصابات میں جبکہ تنگنائے (Isthmus) کے پیچھے شے غریب موجود ہو اسے عمومی معدم حس کے زیر اثر عموماً جرحی خوردبین (Operating Microscope) کے ذریعہ دور کرنا دانشمندی کی بات ہے۔

اگر کان کے سوراخ کی دیواریں متورم ہو جائیں نیز نزف موجود ہو تو عملیہ سے قبل بہتر ہے کہ 12 ملی میٹر ربن گاز کا اسٹرپ کوکین ہائیڈروکلورائڈ کے محلول (جس میں ایڈری نلین ہائیڈرو کلورائڈ کے چند قطرے شامل کر لیے گئے ہوں) میں جذب کر کے کان میں داخل کر دیا جائے۔ اگر خارجی شے نکالنے کے دوران کان کا سوراخ دور تک متورم ہو گیا ہو تو بہتر ہے کہ اسے نکالنے سے پیشتر ورم کا علاج کر لیا جائے۔

اگر کان میں پارہ پڑ گیا ہو تو گاہے سر جھکانے سے ہی وہ اپنے ثقل کے سبب خود بخود گر پڑے گا لیکن اگر کچھ حصہ اندرونی کان میں پہنچ جائے تو تشنج، خبط اور گاہے مرگی یا سکتہ تک لاحق ہو جاتا ہے۔ نیز اس سے کان بوجھل ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں کان میں نیم گرم تیل ڈالیں تاکہ نرمی پیدا ہو جانے سے راستہ کشادہ ہو جائے نیز سر کو اسی طرف جھکا کر نمک چھکنی اور جند بیدستر سے چھینک لائیں۔

جانداروں میں سے بعض اوقات بڑی مکھی کے بچے یا دوسرے کیڑے اس وقت کان میں داخل ہو جاتے ہیں جبکہ کان پہلے ہی بہہ رہا ہو، ایسی حالت میں مزید بدبودار اور خون آلود پیپ نکلتی ہے۔ جسے سرنج سے باہر نکالنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ کان کی دیوار سے سختی سے چمٹ جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں صماخ ظاہر میں کلوروفارم واٹر لگایا جائے یا اس کی بھاپ پہنچائی جائے۔ یا مکھی یا کیڑے کو پہلے مار دیا جائے، تاکہ اس کی گرفت ختم ہو جائے۔ بعد ازاں سرنج کی مدد سے دور کر دیا جائے۔

26

ثورالاذن

(ECZEMA OF THE EAR)

مترادف نام: قلاع الاذن (کان کا پکنا)۔

کیفیت مرض: اس مرض میں کان کے اندر یا باہر چھوٹی چھوٹی پھنسیاں پیدا ہوتی ہیں نتیجہ کار وہاں پر خارش، جلن اور درد کی شکایت ہوتی ہے، جن سے رطوبت بہتی رہتی ہے۔ کبھی کان کی جڑ پھٹ کر وہاں زخم بن جاتا ہے اور اس سے پیپ اور زرد آب بہتا ہے۔ یہ بیماری اکثر چھوٹے بچوں کو ہو جاتی ہے۔

اسباب: اس کا سبب کوئی تیز اکال یا شور خلط ہوتی ہے۔ علاوہ بریں کان میں میل کی فراہمی، گرد و غبار سے عدم احتیاط یا کسی خراشدار اور زہریلی تیز چیز کا لگنا یا مکڑی وغیرہ کا سوتے وقت کان پر پھر جانا وغیرہ بھی اسباب میں شامل ہیں۔

علامات: کان میں اتنی شدید خارش ہوتی ہے کہ بچے کا ہاتھ ہمہ وقت کان ہی کی طرف رہتا ہے۔ وہ جس قدر کھجاتا جاتا ہے۔ تکلیف میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ اور کان سرخ ہو جاتا ہے۔ اگر اس کا سبب کوئی خلط اکالہ ہو یا صماخ میں کوئی زہریلا کیڑا گھس گیا ہو یا کوئی زہریلی شے لگ گئی ہو تو درد و اضطراب زیادہ ہوگا۔ پھنسیوں کی موجودگی کی توثیق منظار الاذن سے ہو جائے گی۔

علاج: عناب 2 دانہ، گل نیلوفر، گل گاؤزبان 3-3 گرام، گل بنفشہ 4 گرام، اسطوخودوس 3 گرام، شاہترہ 4 گرام، عرق شاہترہ 75 ملی لٹر میں رات کو بھگو دیں، صبح کومل چھان کر شربت عناب 25 ملی لٹر، شربت نیلوفر 25 ملی لٹر شامل کر کے نیم گرم پلائیں۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) اطریفل شاہترہ 3 گرام کھلا کر اوپر سے لعاب بہدانہ گرام، شیرہ عناب 3 دانہ، عرق مصفی خون 70 ملی لیٹر میں نکال کر شربت مصفی خون 12 ملی مٹر شامل کر کے صبح وشام پلائیں۔

اگر سبب مکڑی کا ملنا ہو جس میں کان پر پھنسیاں یا آبلے پڑ جاتے ہیں، ایسی صورت میں اچور پانی میں پیس کر کان پر لیپ کریں۔

اگر کان کی خشکی سبب ہو تو نیم گرم پانی میں نمک ملا کر اس سے پچکاری کی جائے اور صفائی کے بعد روغن بادام شیریں کے چند قطرے کان میں قطوراً ڈالیں اور اوپر سے روئی کا پھایہ رکھ دیں۔

غذا: مونگ، ارہر کی دال، چپاتی، بکری کا شوربا، کدو، پالک، تری، خرفہ، کھچڑی وغیرہ دیں۔

پرہیز: شیرینی، بیگن، سرخ مرچ اور مچھلی وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

27

سیلان الاذن

(OTORRHOEA)

کیفیت: وسطی اذنی امراض یا کان کی برونی جھلی میں سوزش کے نتیجہ میں کان سے پیپ بہنے لگتی ہے، لیکن بچوں میں 12-13 سال کی عمر کے بعد سیلان از خود موقوف ہو جاتا ہے۔

اسباب: سردی لگنا، سر کو کھلا رکھنا یا کھلی جگہ سر کھول کر سونا، بدہضمی حرافت مادہ، وسیلیت، شحمی دویرہ، حاد التہاب وسطی الاذن، سرطانی سلعہ وغیرہ کے علاوہ گاہے ضربہ وسقطہ یا خارجی چیزوں کا کان میں پڑ جانا بھی سبب ہوتا ہے۔ دانت نکلنے، خناز یر یا خناق وبائی نیز بعض جلدی امراض کے نتیجہ میں بھی یہ بیماری لاحق ہو جاتی ہے۔ جو قروح کان میں دور تک واقع ہوتے اور کہنہ ہو جاتے ہیں، ان کی رداءت زیادہ ہوتی ہے، جس میں بیشتر ہڈیاں گل جاتی ہیں۔

گاہے چھوٹے بچوں کے کان سے رطوبت جاری ہوتی ہے اور گمان ہوتا ہے کہ یہ ریم ہے۔ جبکہ حقیقت یہ ہے کہ رات میں کثرت رضاعت کے نتیجہ میں ایسا ہوتا ہے چنانچہ ایسی حالت میں شب میں رضاعت ترک کرادی جائے تو سیلان خود بخود بند ہو جائے گا۔

علامات: ابتدائے مرض میں معمولی بخار، وجع الاذن اور سہر (بیداری) کی شکایت ہوتی ہے، صماخ گوش متورم نیز سرخ ہو جاتا ہے۔ علامات کی تفصیل درج ذیل ہے:

کان سے جاری ہونے والی رطوبت آبی تقیحی، زردابی، متعفن یا خون آلود ہوسکتی ہے۔
تقیحی مواد عموماً دملیت پھوٹنے کے بعد جاری ہوتا ہے، جو شدید وجع الاذن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

مخاطی تقیحی مواد عموماً محفوظ وسطی اذنی امراض سے آتا ہے، اس میں کوئی بو نہیں ہوتی۔ نیز ساتھ ساتھ ایصالی وقر (Conductive deafness) ہمزماں طور پر پایا جاتا ہے۔

بدبودار مواد غیر محفوظ وسطی اذنی امراض سے آتا ہے مثلاً علّیہ تحمی دویرہ، کنارے پر انگور (تحبب)، کان کے کہنہ قروح۔

خون آلود مواد اذنی سعدانے (Aural Polypl)، حاد التہاب وسطی الاذن، قنبلکی کان (Glomus ear)، کان کا سرطانی سلعہ وغیرہ جیسے امراض کے سبب آتا ہے۔

نوٹ: اگر سیلان اذن کسی سرایتی مرض مثلاً خناق وبائی، خسرہ یا چیچک وغیرہ کا شاخسانہ ہو تو ایک مدت تک احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے کہ مبادا کان کی پیپ یا مواد دوسرے شخص کو لگ کر مبتلائے آزار نہ کردے۔

علاج: اگر سبب بحران ہو تو ابتدا ہی میں نہ بند کیا جائے بلکہ اول ایک مسہل دیں اور تنقیۂ رطوبت روغنیات و ادویۂ جاذب رطوبت سے کیا جائے مثلاً انزروت، زفت تازہ، روغن، گل ومُر۔

اگر زیادہ تنقیہ کی ضرورت ہو تو اول منضج بلغم، اس کے بعد مسہل نیز حبّ ایارج یا حب شبیار ویں، نیز مقوی دماغ غرغرے بروئے کار لائیں اور پھر تجفیف کی غرض سے:

صبر محلول ہمراہ آب بارتنگ، رسوت، مرمکی، حب الآس، پھٹکری، زرنیخ سرخ یا برگ قنب وعسل مقامی طور پر بروئے کار لائیں۔

بسا اوقات برگ نیم سبز 15 گرام، شہد 12 ملی لیتر، پانی میں جوش دے کر پھارہ دیتے ہیں، اس کے بعد:

(نسخہ) برگ نیم سبز 12 گرام، بادیان 12 گرام، شہد خالص 25 ملی لیتر، 125 ملی لیتر پانی میں جوش دے کر صاف کر کے نیم گرم کان میں ڈوش کریں، اس کے بعد نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں۔ رطوبت خشک ہو جائے گی:

(نسخہ) کپڑے کی باریک بتی بنا کر شہد 5 ملی لیتر سے آلودہ کر کے پھٹکری 1 گرام یا سہاگہ

1 گرام پیس کر بتی پر چھڑک کر کان میں رکھیں اور صبح وشام بدلتے رہیں:

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) شہد اور شراب میں قدرے پھٹکری یا زعفران ملا کر یا کسی قدر نطرون ملا کر اس میں بتی لتھیڑ کر بچہ کے کان میں داخل کریں:

طبری نے لکھا ہے کہ مرہم رتن جوت بچوں کے کان کے قروح کے لیے بہت مفید ہے:

(نسخہ) رتن جوت کو روغن گل میں اس قدر پکائیں کہ وہ گل جائے پھر روغن کو چھان کر پھوک سے علیحدہ کرلیں۔ اور اس میں دس گنا سرکہ ملا کر پھر جوش دیں۔ یہاں تک کہ سرکہ اڑ جائے۔ اور روغن باقی رہ جائے۔ اس کے بعد اس روغن سے قیروطی تیار کی جائے اور اس میں کسی قدر سفیدۂ قلعی ڈال دیا جائے اور بخوبی ملا کر رکھ لیا جائے۔

اس مرہم میں فتیلہ لتھیڑ کر کان میں داخل کریں:

کان کے کہنہ قروح جس میں کان کی ہڈیاں تک گل جاتی ہیں، قطران شہد میں ملا کر ٹپکانا مفید ہے۔

مخاطی تقیحی مواد عموماً محفوظ وسطی اذنی امراض سے آتا ہے مثلاً علیہ شحمی دویرہ کنارے پر انگور (تحبب)، کان کے کہنہ قروح۔

جن قروح میں پیپ پڑ گئی ہو، ان میں روغن شہدانج کا نفوخ کیا جائے اور مناسب تر یہ ہے کہ روادع کا استعمال کیا جائے۔ نسخہ ذیل بھی نافع ہے:

(نسخہ) زرد کوڑی کی راکھ، کندر مرکی، انزروت، دم الاخوین، گل ارمنی اقاقیا، ماز وسبز، کف دریا، صبر زرد، سہاگہ بریاں، پھٹکری ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر کان میں پھونکیں۔

نسخۂ ذیل قلاع اذن میں مفید ہے:

(نسخہ) پوست ومغز کدو سوختہ، مغز تخم ہندوانہ سوختہ، دم الاخوین، سفیداب قلعی، گلنار، توتیائے کرمانی۔

جملہ دوائیں کوٹ چھان کر عورت کے دودھ میں حل کر کے ہاون میں اس قدر حل کریں کہ مرہم بن جائے۔

طلاءً استعمال کریں۔

مجففات ذیل سیلان الاذن میں مقامی طور پر مفید ہیں:

سہاگہ بریاں پیس کر کان میں نفوخ کریں اور اس کے اوپر آب لیموں کے چند قطرے ٹپکائیں۔اس طرح سیلان رطوبت دفع ہو کر بدبو دور ہو جاتی ہے۔

پوست انار ترش شراب یا پانی میں جوش دے کر قطور کریں۔

برگ آس، برگ بارتنگ، غنچۂ گلاب ہر ایک سرکہ میں جوش دے کر استعمال کرائیں۔

عسل ونمک اندرانی ہمراہ سرکہ۔

مازو باریک پیس کر سرکہ کہنہ میں جوش دے کر تقطیر کریں۔کان سے جاری ہونے والی غیر تقیحی رطوبت دفع ہو جائے گی۔

زیادتی ورم کی حالت میں کنپٹی پر چند جونکیں لگوائیں اور کان کے پیچھے نیکچر آیوڈین پینٹ کریں۔

رفع درد کے لیے کوکین اور ایٹروپین ہر ایک 4 گرین، آب مقطر ایک اونس ملا کر چند قطرے کان میں ڈالیں۔

پھٹکری لوشن کی کان میں پچکاری کریں۔

دائمی فائدہ کے لیے قرص مرجان 1 عدد، اسطوخودوس سائیدہ 1 گرام، اطریفل کشنیزی 3 گرام میں ملا کر صبح کو استعمال کریں۔

نوٹ: رفع قبض کریں، نہاتے وقت اس بات کی احتیاط رکھی جائے کہ پانی کے قطرے کان میں نہ جانے پائیں۔آب نیم گرم سے غسل مناسب ہے۔

غذا و پرہیز: غذا میں تلطیف کا خیال رکھا جائے اور ایسی غذا استعمال کی جائے جس سے پاکیزہ، محمود اور شیریں خلط یعنی خون کی تولید ہو۔یہ غذا مناسب گوشت اور سبزیوں پر مشتمل ہونی چاہیے۔ارہر کی دال، چپاتی، بکری کے گوشت کا شوربا، بھنا ہوا گوشت، ترئی، ٹنڈا، کریلا وغیرہ لے سکتے ہیں۔

ترش، ثقیل اور بادی اغذیہ واشربہ سے پرہیز ضروری ہے۔سرد ہوا، اور کھلی جگہ میں برہنہ سر سونے سے پرہیز کیا جائے۔ٹھنڈے پانی سے غسل کرنا بھی منع ہے۔

●●

28

وجع الاذن

(OTALGIA)

اسباب: سردی وگرمی کے علاوہ بسا اوقات بچوں میں ریاح یا احتباس رطوبت کی وجہ سے درد گوش کی شکایت ہو جاتی ہے، علاوہ بریں نزلہ زکام بکثرت ہونا، کان میں کوئی شے مثلاً کیڑا وغیرہ پڑ جانا۔ وجع المفاصل، کان میں زخم، ورم یا دانوں کی موجودگی، کان میں کیڑے کی پیدائش یا میل کی موجودگی وغیرہ کسی دانت کا خراب ہو جانا بھی اسباب میں داخل ہیں۔

علامات: کان میں درد کی شکایت ہوتی ہے۔ جس کی ٹیسیں چہرہ اور پیشانی تک پہنچتی ہیں۔ بچہ تڑپ اٹھتا ہے۔ اگر بچہ کو ماؤف جانب لٹائیں یا اس طرف ہاتھ رکھیں تو اسے آرام ملتا ہے۔ اگر مرگی کے سبب درد ہوتا ہے تو سرخی گوش اور سوزش موجود ہوتی ہے، نیز اشیائے باردہ سے آرام ہوتا ہے۔ اگر سبب ورم سرد ہو تو گرم چیزوں سے فائدہ ہوتا ہے۔ نیز ہر وقت بخار چڑھا رہتا ہے۔

تشخیص: اگر مریض درد گوش کی شکایت کرے تو سبب کا پتہ لگانے کے لیے صماخ ظاہر اور غشائے طبلی کا معائنہ ضروری ہے، لیکن معتد بہ تعداد میں دردریحی، رطوبی یا انعکاسی ہوتا ہے اور صماخ صحت مند نیز غشائے طبلی طبعی۔ یہ بات اہمیت سے خالی نہیں کہ گوش بینی دیانت داری کے ساتھ انجام دینی چاہیے اور صرف امراضیات پر تکیہ نہ کرنا چاہیے، ورنہ تشخیص وعلاج دونوں غلط رخ

اختیار کرلیں گے۔

کان میں عصب حساسہ (عصب مثلثہ = Trigeminal)۔لسانی بلعومی (Glossopharyngeal)،راجع اور بالائی عنقی جڑوں (Cervical roots) کی شاخوں بالخصوص C2 اور C3 سے آتے ہیں۔اگر گوش بینی طبعی ہوتو درد کا سبب قحف، گردن، ناک، انف وحلق، دانت، صدغ فکی مفصل اور حنجرہ میں تلاش کرنا چاہیے۔

اسنان الاصل درد گوش: دانت کا درد عصب مثلثہ (Trigeminal nerve) کے ذریعہ کان تک پہنچ سکتا ہے۔یہ داڑھوں کے امراض سے پیدا ہوتا ہے۔

کان کے درد کے حلقی (بلعومی) اسباب: التہاب لوزتین، گردلوزتین خراجات، لوزتین برآری کے بعد واقع ہونے والا درد، منہ اور حلق کے قروح، انفی بلعومی اور برحلقی خبیث مرض پر مشتمل ہوتے ہیں۔ان میں سے بیشتر کا واسطہ لسانی بلعومی عصب سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا امتحان کرلینا چاہیے، کیونکہ دقی التہاب حنجرہ میں درد وہاں تک پہنچ سکتا ہے۔

عنقی اسباب خاص طور سے عصبی الاصل ہوتے ہیں جو بین الفقری مفصل کے مرض اور قرص بین الفقار کے انحطاط کے سبب پیدا ہوتے ہیں۔درد عام طور سے قحدوہ سے شروع ہوکر سامنے کی جانب بڑھتا ہے۔یہ کان کو بھی لپیٹ میں لے سکتا ہے۔

علاج: اصل سبب کو دور کیا جائے۔ریاح ورطوبت سبب ہوتو رسوت، صعتر، نمک لاہوری، مسور، مرکی، تخم حنظل، ابہل میں سے جو بھی دستیاب ہو، کوئی دوا منتخب کرکے تیل میں پکا کر نیم گرم کان میں ٹپکائی جائے۔اگر افاقہ نہ ہوتو:

قدرے برگ بھنگ لے کر پانی میں پیس کر افیون ملا کر نیم گرم کان میں ٹپکائیں۔اسی طرح آب برگ سکھ درشن، آب پیاز یا روغن بادام تلخ نیم گرم کرکے کان میں ٹپکائیں، مجرب ہے۔

بھارۂ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) گل بابونہ 5 گرام، پوست خشخاش سفید 25 گرام پانی میں جوش دے کر بھارہ دیں۔اسی طرح پانی میں مطہر گازتر کرکے نچوڑ کر نصف گھنٹہ تک گرم گرم سینک کریں۔

اگر درد گوش گرمی سے عارض ہوتو ملینات استعمال کرائیں نیز شیاف ابیض بکری یا لڑکی والی عورت کے دودھ میں حل کرکے کان میں ٹپکائیں۔مفید ہے۔

مندرجہ ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

- روغن گل قدرے سرکہ میں جوش دے کر نیم گرم کان میں ٹپکائیں۔
- کھیرے ککڑی کا عرق ٹپکانا مفید ہے۔
- بابونہ کو پانی میں جوش دے کر اس کی بھاپ کان میں پہنچائیں۔
- قدرے افیون روغن گل میں حل کر کے ٹپکانا شدت درد میں مفید ہے۔

اگر مذکورہ تدابیر سے فائدہ نہ ہو اور تنقیہ کی ضرورت ہو تو منضج بارد دے کر مسہل بارد سے تنقیہ کریں۔ بعض اوقات گرم مسہلات مثلاً حب ایارج و حب شبیار دینے کی بھی ضرورت پیش آجاتی ہے۔

مزمن نزلہ زکام کی صورت میں مقوی دماغ دوائیں استعمال کرائیں۔

اگر درد کا سبب برودت ہو تو ادویہ حارہ سے حیرت انگیز طور پر فائدہ ہوتا ہے، چنانچہ عرق پیاز، عرق لہسن، روغن زیتون میں پکا کر کان میں ٹپکائیں۔ اسی طرح روغن زرد کہنہ، روغن بابونہ، سوسن، روغن بلساں روغن ترب، روغن بادام تلخ بھی مجرب ہے۔

عنب الثعلب، مغز فلوس خیار شنبر، اکلیل الملک اور بابونہ کو آب کشیز سبز میں پیس کر نیم گرم کان کے ارد گرد ضماد کریں اور انھیں ادویہ کو گائے کے دودھ میں گرم کر کے پھارہ پہنچائیں۔

اسی طرح جوشاندہ برگ نیم کا پھارہ بھی مسکن درد ہے۔ کان کو لگنے والی ٹھنڈی ہوا اور ریاح کے سبب واقع ہونے والے درد کا بھی یہی علاج ہے۔

اسی طرح کان کو گرم رکھنا بھی مفید ہے۔

قنہ کو روغن سوسن میں حل کر کے نیم گرم کان میں ٹپکانے سے درد جاتا رہتا ہے۔ اگر درد کے ساتھ ساتھ سیلان مدہ کی بھی شکایت ہو تو پوست انار، پھٹکری، زعفران، افیون، جند بیدستر، کندر، سرکا و شہد میں حل کر کے کان میں ٹپکائیں۔ جب کیڑے مر جائیں تو کسی مناسب آلہ سے نکال لیں۔

اگر کان میں پانی چلا گیا ہو تو قدرے روئی (مطہر) لے کر بتی بنا کر کان میں نرمی کے ساتھ پھیریں۔ اس طرح بتی میں پانی جذب ہو جائے گا۔

کان میں میل جمع ہو جانے کی صورت میں روغن گل یا روغن بادام تلخ نیم گرم کان میں ٹپکائیں۔

اگر کان میں زخم یا دانے ہوں تو شیاف ابیض عورت کے دودھ میں گھس کر ٹپکائیں۔

اورام کا اصولی علاج کریں۔ جن کا بیان آگے آرہا ہے۔

اگر کوئی دانت خراب ہو گیا ہو تو اسے نکلوا دیا جائے۔

غذا و پرہیز: غذا لطیف دیں مثلاً بکری کے گوشت کا شوربا، جس میں ترکاری ڈال کر پکایا گیا ہو۔ دودھ اور ساگ وغیرہ بھی مفید ہے۔

قابض، بادی اور ثقیل اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔

ٹھنڈی ہواؤں میں چلنے پھرنے یا آگ کے سامنے بیٹھنے سے پرہیز ضروری ہے۔ البتہ اگر ساتھ میں نزلاوی کیفیت بھی ہو تو آگ کے پاس تھوڑی دیر بیٹھنے سے آرام ملتا ہے۔

29

ورم وسطی الاذن

(OTITIS MEDIA)

تعریف: کان کے وسطی حصہ کی غشاء مخاطی کی شکنوں کے دروز میں التہابی ردعمل خواہ جزوی طور پر ہو یا انبوبۂ سماعی (Eustachian Tube) سے کہفۂ حلمیہ (Mastoid antrum) اور ہوائی خلیات تک پایا جائے تو ورم وسطی الاذن سے موسوم کیا جاتا ہے۔

صلاحیت: نوازئید ے اور چھوٹی عمر کے بچوں اس مرض میں مبتلا ہونے کی زیادہ صلاحیت ہوتی ہے، کیونکہ اس عمر میں انبوبۂ سماعی قصیر، عریض اور مستقیم ہوتا ہے اور بچے اپنا زیادہ وقت لیٹ کر گزارتے ہیں۔

تقسیم: مرض کی تقسیم کا تعلق عام طور سے التہابی ردعمل کے پھیلاؤ اور درجے سے ہوتا ہے۔ اگر کان کے درمیانی حصے میں پیپ کی تکوین نہ ہو تو غیر تقیحی التہاب وسطی الاذن، اگر پیپ کا اخراج ہوتا ہو تو تقیحی التہاب وسطی الاذن سے موسوم کرتے ہیں، تاہم یہ بات ذہن نشین کر لینی چاہیے کہ غیر تقیحی حالت تقیحی صورت اختیار کر سکتی ہے۔ مدت کے اعتبار سے اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں:

(1) حاد

(2) مزمن

حادغیر تقیحی التہاب وسطی الاذن(Acute Non suppuritive) یا حادترشحی التہاب وسطی الاذن(Acute Secretory otitis Media) حادغیر تقیحی التہاب وسطی الاذن میں کان میں غیر تقیحی ترشح ہوتا ہے جو تسددانبوبۂ سماعی کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ ورم سرد و بلغمی الاصل ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات انفی الاصل، بالائی تنفسی سرایت یا حساسیتی التہاب غشاءالانف کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ موخرالذکر کثیرالوقوع سبب ہوتا ہے دیگر اسباب میں سبب مُعدّہ تسددی ہوسکتا ہے، مثلاً لحدیدہ (Adenoids) یا انفی حلقی (بلعومی) سلعہ۔

علامات: بچوں میں دردگوش عام علامت ہوتی ہے، جو تقیحی کے بہ نسبت کم ہوتا ہے، کیونکہ ٹیس کرم اورام میں ہوتی ہے، لیکن جب دردواقع ہوتا ہے تو عام طور سے انبوبۂ سماعی کے تسدد کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور جیسے جیسے وسطی الاذن میں افراز بڑھتا ہے اور منفی وسطی الاذنی دباؤ گھٹتا ہے، یہ تسدد کم ہو جاتا ہے۔ منتج علامت وقر (بہرا پن) ہے، چنانچہ کبھی ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کان میں اون ٹھونس دیا گیا ہو۔ مریض کو اپنی ہی آواز کی گونج سنائی دیتی ہے، خود آوازی کثیرالوقوع شکایت ہوتی ہے۔ بعض اوقات طنین موجود ہوتا ہے جو تکلیف دہ ہوتا ہے۔

سریری مناظر: استدائی درجہ میں انبوبۂ سماعی کے تسدد کے ساتھ غشائے طبلی اندرونی جانب کھنچ یا سمٹ جاتا ہے اور استخوان گوش کے چھوٹے چھوٹے ابھار مزید نمایاں ہوتے ہیں۔ تجویف وسطی الاذن کے ماؤف ہونے کی صورت میں رطوبت موجود ہوتی ہے اور رطوبت کی کیفیت و کمیت کے اعتبار سے سریری مناظر مختلف ہوتے ہیں۔ جب رطوبت تجویف وسطی الاذن کو پر نہیں کر پاتی تو اس کا فوقانی کنارا بالوں کی لکیر کی طرح دیکھا جا سکتا ہے، جو غشائے طبلی کو عبور کرتا ہے۔ اس پرت کے نیچے زرد رنگ ہوتا ہے اور اوپر ہلکا بھورا رنگ۔ غشائے طبلی کے ذریعہ بلبلے بھی دیکھے جاسکتے ہیں جو رطوبت میں ہوا کے دباؤ کے زیر اثر پیدا ہوتے ہیں اور وسط گوش میں کان بھرنے کے فوراً بعد دیکھے جاسکتے ہیں۔ قاثاطیر داخل کرنے پر مختلف النوع آوازیں سنائی دیتی ہیں اگر تجویف وسطی الاذن رطوبت سے پر ہو تو صحیح صورت حال کا پتہ لگانا دشوار ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غشا کا رنگ طبعی کے بہ نسبت مزید سیاہ یا پیلا ہوگا۔ جس کی سطح چمکدار ہوگی۔ بعض اصابات میں افراز میں خون کی موجودگی کے سبب رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔

جن اصابات میں غشائے طبلی بھرپور یا خفیف انتفاخی منظر کی حامل ہو اور ساتھ میں عظم مطرقی سے پھیلنے والی رگوں کا اتساع موجود ہو اور اس کی سطح پر سرخ لہردار لائنیں موجود ہوں تو اس

کا مطلب یہ ہے کہ غیر تقیحی اور تقیحی التہاب کا درمیانی درجہ پیدا ہو گیا ہے۔

تشخیص: تشخیص عام طور سے کان میں مناظر کے مطالعہ سے انجام دی جاسکتی ہے، خاص طور سے جبکہ شعری پرتیں یا ہوائی بلبلے تجویف وسطی الاذن میں نظر آئیں۔

انذار: تازہ اصابات یا ان اصابات میں جو تسددی اسباب سے ہوتے ہیں مثلاً لحدیدہ (Adenoid)، انجام بہتر ہوتا ہے، بشرطیکہ سبب کا معقول علاج کیا جائے۔

علاج: سب سے پہلے طبعی راہ مثلاً انبوبۂ سماعی کی راہ وسط اذن کے سیال کا اسالہ کیا جائے، اگر بچہ بڑا ہو نیز کانوں سے صرف پانی بہتا ہو تو گاہے پرانی شراب میں پسا ہوا مازو مفید ہوتا ہے جو رطوبت کو خشک کر دیتا ہے نیز افیون کی راکھ قدرے جند بیدستر کے ہمراہ کان کے درد کو تسکین دیتی ہے اور رطوبات کو جذب کر لیتی ہے نیز جند بیدستر سے افیون کی اصلاح ہو جاتی ہے۔

اگر بچہ کی غذا کا انحصار صرف ماں کے دودھ پر ہو تو ماں کو گولیوں اور ایارجات کا مسہل دیں۔ ورم تحلیل کرنے کے لیے کانوں میں نیم گرم روغن ٹپکائیں مثلاً سویا یا مولی کا تیل۔ محلل ضمادات لگائیں مثلاً میتھی کا آٹا، بابونہ، راتینج ہمراہ موم وروغن زیتون۔

ساتھ ساتھ مانع امتلا انفی قطور مثلاً ایفی ڈرین ہائیڈ روکلورائڈ ۱ فیصد نارمل سیلائن میں یا پرمنٹ آمیز بھارا یا مانع حساسیت تجہیزات بھی استعمال کرائے جاسکتے ہیں، خاص طور سے جبکہ حساسیتی عامل موجود ہو اگر تدابیر بالا ناکام رہیں اور بہرا پن برقرار رہے تو عملیہ بروئے کار لا جاتا ہے، جس سے طبعی سماعت فی الفور واپس آجاتی ہے۔ اس مقصد کے لیے طبلہ شگافی کامیاب عملیہ ہے۔ اگر سیب ناک، تجویف انف یا انف وحنجرہ میں موجود ہو تو مناسب معالجہ بروئے کار لائیں۔

حاد تقیحی التہاب وسطی الاذن: (Acute suppuritive otitis media Acute-purulent otitis media) فرجۂ وسطی الاذن کا التہاب حاد مع تقیح دراصل مرضیاتی اجسام کے ذریعہ مخاطی گرد عظمی استر پر حملے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

اسباب: یہ بچپن کا کثیر الوقوع مرض ہے اور عام طور سے قشی الاصل بالائی تنفسی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں مرضیاتی اجسام کے ساتھ، ثانوی سرایت خسرہ، سرخ بخار، التہاب غدۂ اصل الاذن، شہقہ اور خناق وبائی حاد التہاب وسطی الاذن سے پیچیدگی اختیار کر سکتے ہیں۔ تیراکی کے دوران سرایت زدہ پانی پینے یا کان کھودنے کے دوران سرایت انبوبۂ سماعی تک پہنچ جاتی ہے اور نتیجۂ کار التہاب وسطی الاذن پیدا ہو جاتا ہے۔ قے کے دوران سونگھنے یا غذا یا دیگر سیال باہر

پھینکنے کے سبب بھی سرایت ہوسکتی ہے۔

اگر غشائے طبلی مثقوب ہوتو صماخ ظاہر کے ذریعہ کان کا درمیانی حصہ بھی سرایت زدہ ہوسکتا ہے۔

نوزائیدوں میں ورم وسطی الاذن: نوزائیدوں میں زندگی کے ابتدائی دوسال کے دوران آئندہ زندگی کے کسی حصے کے بہ نسبت زیادہ تقیح واقع ہوتا ہے، حالانکہ نوزائیدے بڑے بچوں کی طرح نزلہ زکام کے زیادہ شکار نہیں ہوتے، جو کہ مرض کا عمومی سبب ہے، تاہم دیگر عوامل مثلاً قوت مناعت کی کمی، مختصر مگر وسیع انبوبۂ سماعی، چارپائی یا پالنے پر لیٹ کر بوتل سے دودھ پینا، قے یا تشنّن اذنی سرایت کے اسباب واصلہ ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کسی واضح سبب کے بغیر رات میں بخار میں مبتلا معلوم ہوتو اذن بنی کا امتحان انجام دینا چاہیے۔

نوزائیدوں میں حاد التہاب وسطی الاذن میں انذار بہتر ہوتا ہے اور بعد میں نہ تو سیلان اذن کی شکایت ہوتی ہے اور نہ ہی بہراپن واقع ہوتا ہے۔

جرثومیات: حاد تقیحی التہاب وسطی الاذن (قروح الاذن حاد) خاص طور سے حسب ذیل جرثوموں سے پیدا ہوتا ہے:

نبقۂ عنبیہ اذنی (Staphylococcus aureus)، خون پاش نبقۂ سبحیہ (Streptococcus-haemolyticus) اور نبقۂ سبحیہ ذات الریۂ (Pneumo coccus)۔

شاذ و نادر حسب ذیل جرثومے پائے جاتے ہیں:

انچ۔ انف الانفلونزہ (H. Influenza)، کثیر الاشکال عصیہ (B. proteus)، ای قولی (Esch coli) اور (Ps. pyocyanea)۔ بیشتر اصابات میں انٹی بایوٹک معالجہ کے نتیجہ میں (جرثوموں سے) خود بخود تعقیم ہوجاتی ہے۔

علامات: نزلی التہاب اذنی انفی بلعومی سرایت کے نتیجہ میں عارض ہوسکتا ہے ہے۔ بچہ کھانسنے لگتا ہے اور ناک سے مواد خارج ہونے لگتا ہے جس کے ساتھ خفیف بخار بھی ہوتا ہے۔ یہ سرایت انبوبۂ سماعی سے گزر کر وسط اذن تک پہنچتی ہے۔ حرارت مرتفع ہوتی ہے اور درد کا احساس ہوتا ہے۔ سرایت عموماً دو جانبی ہوتی ہے۔

ابتدائی اصابات میں غشائے طبلی اندرونی جانب کھنچا ہوا رہتا ہے، اس کی لچک جاتی رہتی ہے اور ساتھ میں رطوبت کا وجود بھی ممکن ہے جو غشائے طبلی کی دبازت کے سبب نظر نہیں آتی۔

درجہ حرارت 104°F تک پہنچتا ہے جس کے ساتھ متلی، قے اور اسہال کی شکایت ہوتی ہے چڑچڑا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ ترقی پذیر امتلا کا اگلا درجہ عروق کی سرخی یا نزف پر مشتمل ہوتا ہے جو عظم مطرقی کے طویل سروں کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے اور حبل السرہ نیز مخیطی عروق کا منظر پہیے کی آری کی طرح ہوتا ہے۔ اگر سرایت اس درجہ میں قابو میں آجائے تو غشائے مخاطی طبعی حالت کی طرف لوٹ آئے گی، لیکن اگر حالت خراب ہو جائے تو ابتدا میں امتلائے عمومی ہو جائے گا اور غشائے مخاطی موخر نصف حصہ میں منتج ہو جائے گا، بعد میں پوری غشاء انتہائی سرخ اور محدب ہو جائے گی اور مطرقی کا دستہ زیادہ دیر تک نظر نہ آئے گا۔ اگر 24 تا 48 گھنٹے علاج میسر نہ آئے تو غشائے طبلی پھٹ کر مواد کا اخراج ہو سکتا ہے۔

غشاء کے پھٹ جانے کے بعد قیح کا اخراج ہوتا ہے، جس کے ساتھ تمدد موقوف ہو جاتا ہے اور مریض کی حالت میں نمایاں حد تک بہتری آجاتی ہے۔ درد رفع ہو جاتا ہے اور نیند آنے لگتی ہے۔ حرارت طبعی ہو جاتی ہے اور سرایت معدوم ہونے لگتی ہے۔

قیح اور غیر فلسمانی سرحلمہ کا اجتماع غشاء طبلی کو غیر واضح کر دیتے ہیں، اس لیے کان کے سوراخ کی صفائی سرنج کے ذریعہ دھلائی کر کے یا پونچھ کر کرنی چاہیے۔ اس درجہ میں انثقاب قیح کے تنبعی بلبلے کی طرح ظاہر ہوتا ہے جو پونچھنے کے بعد پھر نمودار ہو جاتا ہے۔

انذار: بیشتر اصابات میں انجام بہتر ہوتا ہے، بشرطیکہ مکمل انحلال تک مناسب دیکھ بھال اور علاج معالجہ برقرار رکھا جائے۔ اس طرح غشائے طبلی کے زخم کا اندمال ہونے لگتا ہے اور سماعت واپس آنے لگتی ہے۔ افراز چند یوم کے اندر اندر ختم ہو جانا چاہیے اور غشائے طبلی طبعی حالت پر واپس آجانی چاہیے۔ چند اصابات میں سابقہ مقام انثقاب پر چھوٹی سی کھرنڈ موجود ہو سکتی ہے اور بعض میں سرایت کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ مستحکم انثقاب یا بس موجود ہو سکتا ہے جس کے ساتھ سماعت بھی قدرے کم ہوتی ہے اور مکمل سماعت کی واپسی کے لیے مزید کچھ دنوں کے لیے معالجہ درکار ہو سکتا ہے۔ لیکن اگر موزوں علاج میسر نہ ہو تو خبیث امراض پر منتج ہو سکتا ہے۔ گاہے سرسام کی طرف منتقل ہو کر انتہائی خراب صورت اختیار کر لیتا ہے۔ گاہے لقوہ پر بھی منتج ہوتا ہے۔ بچے میں شدت مرض کی حالت میں تشنج ہو جاتا ہے اور نتیجہ کار وہ فوت ہو جاتا ہے۔

علاج: مقصد علاج مقامی طور پر حسب ذیل امور پر مشتمل ہوتا ہے:

ا۔ درد کی تسکین

ب۔انبوبۂ سماعی کا انفتاح (کشادگی) برقرار رکھنا۔
ج۔سرایت کا قلع قمع کرنا۔
د۔طبعی سماعت کی بحالی۔

معمولی اصابات میں مریض کو گھر میں رکھنا چاہیے اور اگر مریض بچہ ہو تو اسے مکمل آرام پہنچانا چاہیے۔غذا ہلکی اور مشروبات فراوانی کے ساتھ استعمال کرانے کی ہدایت کرنی چاہیے۔

درد کی تسکین کے لیے ''دردگوش'' کے ذیل میں درج ادویہ اور قطور بروئے کار لائیں۔

پینی سلین کے بلا تاخیر استعمال سے بھی تسکین درد کا مقصد حاصل کیا جا سکتا ہے، ساتھ ساتھ پیراسیٹامول (سیال) 5 تا 10 ملی لیٹر بچوں میں بطور خاص قابل ترجیح ہے۔

بالغوں میں شدت درد کی صورت میں مارفین کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔تکمید یا بس مثلاً بوتل میں آدھا گرم پانی بھر کر تکمید کی جائے۔برقی گرم پیڈ سے بھی یہ مقصد حاصل کیا جا سکتا ہے۔

سیلان اذن کی صورت میں مصفیات کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا ہے، چنانچہ صبح کو صافی یا عرق مرکب مصفی بمقدار 3 ملی لیٹر ہمراہ دودھ یا پانی استعمال کرائیں۔قبض کی صورت میں اسی میں قرص ملین ایک عدد شامل کر لینا چاہیے۔

حاد اصابات میں تبرید ذیل مفید ہے:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 1 گرام، شیرۂ عناب 2 دانہ، شیرۂ تخم کاہو 1 گرام، شیرۂ کشنیز خشک 1 گرام، عرق مکوہ 25 ملی لیٹر میں نکال کر شربت نیلوفر 6 ملی لیتر ملا کر پلائیں، اس کے بعد:

گلبنفشہ، گاؤزبان، اسطوخودوس، مکوہ ہر ایک 1½ گرام، عناب 2 دانہ۔رات کو آب گرم میں بھگو کر صبح مل چھان کر گلقند 12 گرام ملا کر 4-5 یوم پلائیں۔اس کے بعد اس نسخہ میں سناء مکی 1.5 گرام، پوست املتاس 2 گرام اضافہ کر کے مسہل دیں اور مسہل کے بعد نسخۂ بترید پلائیں۔

لعاب تخم کنوچہ، شیرزن میں ملا کر نیم گرم کان میں ٹپکائیں۔

اگر دماغ کی جانب انصباب مودا کی وجہ سے سیلان اذن کی شکایت ہو تو شہد اور شراب میں قدرے پھٹکری، زعفران یا نظرون ملا کر اس میں مطہر روئی کی بتی لتھیڑ کر کان میں ڈالیں۔

گاہے شراب عفص (کسیلی شراب) میں قدرے زعفران حل کر کے فتیلہ لتھیڑ کر کان میں داخل کرنا کافی ہوا کرتا ہے۔

طبری نے مرہم رتن جوت کو کان کے زخموں اور سیلان کے لیے مفید بتایا ہے جس کی ترکیب

تیاری درج ذیل ہے:

رتن جوت کو روغن گل میں اس قدر پکائیں کہ وہ گل جائے، اس کے بعد روغن کو چھان کر پھوک سے علاحدہ کرلیں اور اس میں 10 گنا سرکا ملا کر دوبارہ اس قدر جوش دیں کہ سرکا تحلیل ہوجائے فقط روغن باقی رہ جائے۔ اس روغن سے قیروطی تیار کر کے اس میں قدرے سفیدۂ قلعی ڈال کر بخوبی ملا کر رکھ لیں۔ مرہم تیار ہے۔

مرہم رتن جوت میں مطہر گاز لتھیڑ کر کان میں داخل کیا جائیں۔

انبوبی انسداد واحتباس رفع کرنے کے لیے ایفی ڈرین ہائیڈروکلورائڈ ت 1-0.5 فیصد کے قطور نارمل سیلائن آمیز کر کے ٹپکائیں۔ یہ قطور ماؤف جانب والی ناک میں ٹپکائیں۔ لزج افقی افراز کی صورت میں طبی بپھارہ (منتھول اور بنزوئن) سودمند ثابت ہوسکتا ہے۔

متورم غشائے طبلی ضدحیوی (انٹی بایوٹک) کی طالب ہوتی ہے۔ پینی سلین سے عدم حساسیت میں ابتدا میں اسے اشرابا داخل کیا جاتا ہے۔ بنزائل پینی سلین 250 ملی گرام 4 تا 6 گھنٹے کے وقفہ سے بالغوں کو اور بچوں کو اسی وقفہ سے 125 ملی گرام کی مقدار میں دینا چاہیے۔ علاج کی مدت اہمیت کی حامل ہوتی ہے جسے سریری اصول پر اور اگر کان سے رطوبت خارج ہو رہی ہو تو جرثومی بنیاد پر متعین کرنا چاہیے۔ اگر افاقہ اطمنان بخش ہو تو کم از کم 5 دن اور اگر ممکن ہو تو ایک ہفتہ تک جاری رکھنا چاہیے۔ پینی سلین کی مکمل خوراک کے استعمال سے سرایت کا بہت جلد قلع قمع ہوجاتا ہے، لیکن اگر پینی سلین کی مکمل مقدار دینے کے لیے باوصف 48 گھنٹے کے بعد کوئی سریری افاقہ ظاہر نہو تو کوئی متبادل وسیع الاثر انٹی بایوٹک مثلاً ایمپی سلین مناسب مقدار میں دینے کا فیصلہ کرنا چاہیے۔ یہ معالجہ ایک ہفتہ تک بروئے کار لانا چاہیے۔ جدید تالیفات میں سے سیفالکسین (Cephalexin) قابل انتخاب ہے جو اذن، انف اور حلق کی سرایتوں کا قلع قمع کر دیتی ہے۔ 5 تا 15 برس کے بچوں مین 25 تا 50 ملی گرام / کلو جسمانی وزن کے اعتبار سے مختلف خوارکوں میں تقسیم کر کے دینا چاہیے۔ نامکمل معالجہ یا مجوزہ مقدار سے کم ضدحیوی کے استعمال کی صورت میں دواؤں سے ہٹ پیدا ہونے کا قوی احتمال رہتا ہے۔

شدید اصابات میں جبکہ انثقاب قریب الوقوع ہو، طبلہ شگافی کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ جس کا فیصلہ غشائے طبلی کے ظہور اور ناقابل برداشت درد کی موجودگی میں کرنا چاہیے۔

اگر طبلہ شگافی کے بعد کان بہتا ہو تو وقفہ وقفہ سے خشک اور مطہر روئی سے پونچھنا چاہیے۔

اس سلسلے میں تربیت یافتہ نرس سے مدد لینی چاہیے۔ بعض سرجن گرم عقیم روئی سے نرمی کے ساتھ ڈوش کرنے کی سفارش کرتے ہیں تاکہ مواد بآسانی خارج ہو جائے۔ اس عمل کو دن میں بار بار دہرانا چاہیے۔ ڈوشنگ اور روئی سے صفائی کا سلسلہ اس وقت تک جاری رکھنا چاہیے تا قتیکہ کان خشک نہو جائے۔ قطور اذن اور مراہم وافر مواد کی موجودگی میں استعمال کرنا بیکار ہے لہذا ان کے استعمال سے پیشتر کان کو اچھی طرح صاف کر لینا چاہیے۔

اگر تقیحی ورم تحلیل نہو اور بخار کی شدت ہو تو نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) لعاب حلبہ، تخم کتاں، تخم مرکولڑ کی والی عورت کے دودھ میں آمیز کر کے نیم گرم کان میں ٹپکائیں، تاکہ نضج پا کر پھٹ جائے، اس کے بعد پرانی روئی کا فتیلہ شہد میں گوندھ کر کان میں رکھیں، تاکہ پاک ہو جائے، اس کے بعد انزروت پیس کر ایسے فتیلہ پر چھڑکیں جو شہد میں لتھیڑ لیا گیا ہو، اس فتیلہ کو کان میں رکھیں۔

اشقاب کے بعد یا بغیر اشقاب کے قیح الاذن کی موجودگی کی صورت میں حسب ذیل مرہم مفید ہے، جسے جالینوس نے مجرب بتایا ہے:

(نسخہ) شگوفہ گلاب، پوست انار، مازو، تانبے کی میل ہر ایک، ایک حصہ، مر، کندر، پھٹکری، قلقطار (زاج اخضر) نصف نصف حصہ سرکا کے ساتھ پیسیں، یہاں تک کہ مثل غبار کے ہو جائے اس کے بعد اقراص بنائیں اور سرکا کے ساتھ گھس کر کان میں ٹپکائیں۔

مرہم ذیل کو اہرن نے قروح گوش میں مفید بتایا ہے:

(نسخہ) انزروت، دم الاخوین، قشور کندر، شیاف مایثا، مر، سمندر جھاگ، بورہ ارمنی۔

ترکیب استعمال کان کو روزانہ سرکا سے دھو کر دوا کو شہد میں ہم آمیز کر کے فتیلہ لتھیڑ کر صبح و شام کان میں رکھیں۔

مرہم جدوار اور مرہم کافور بھی مفید ہیں۔

ہائیڈروکارٹی سون اور نیومائی سین قطور اذن کے بہ نسبت کلورم فینی کال قطور سے کم فائدہ ہوتا ہے۔

اگر کان بہتے بہتے سیلان کم ہو جائے اور درد عود کر آئے تو بلا تاخیر قشری عملیہ کے ذریعہ زائدہ حلمیہ کا ازالہ ناگزیر ہو جائے گا۔

جب حاد درجہ گزرنے کے بعد سماعت تیزی سے نہ لوٹے تو انبوبۂ سماعی کا اصولی نفوخ

(Inflation) انجام دیا جائے۔

اس امر کا لحاظ رکھنا چاہیے کہ بالائی تنفسی قنات کی سرایت علاج کی داعی نہیں ہوتی، خاص طور سے جبکہ افراز برقرار نہو۔ ان مواقع پر غدد جاذبہ دور کر دیے جائیں یا تجاویف دھو دی جائیں۔

اس امر کا اطمینان کر لینا چاہیے کہ ورم وسطی الاذن مکمل طور سے تحلیل ہو گیا ہے یا مزمن درجہ میں داخل ہو گیا ہے۔ اگر غشائے طبلی محفوظ لیکن ممتلی ہو تو طبلہ شگافی ضروری ہے۔ اگر قوی معالجہ کے باوجود سیلان اذن برقرار رہے تو اس بات کا پتہ لگانے کے لیے کہ خلیات میں سرایتی ذخیرہ تو نہیں؟ زائدہ حلمیہ کی شعاع نگاری انجام دینی چاہیے اور سرایت دریافت ہو جائے تو زائدہ حلمیہ کھول دیا جائے۔

مزمن غیر تقیحی التہاب وسطی الاذن:

اس میں کان کی درمیانی تجویف میں غیر تقیحی سیال کا مزمن اجتماع ہو جاتا ہے۔ یہ بلغمی ورم گاہے کان کے بیرونی حصوں میں، گاہے سوراخ میں اور گاہے ان دونوں مقامات پر ہوتا ہے۔

اسباب: کان کا یہ ورم سوء مزاج بارو سے پیدا ہوتا ہے، خواہ سادہ ہو یا بلغمی، جس میں وسطی الاذن یا لحدیدی خلیات سے ہوا کے انجذاب کے نتیجہ میں انبوبہ سماعی کا انسداد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ حالت بچوں میں کثیر الوقوع ہے، جس کے ساتھ تالو میں شگاف پایا جاتا ہے۔

امراضیات: سیال کاشت کرنے پر ہمیشہ عقیم ہوتا ہے اور خاص طور پر مصلی سیال میں اعلیٰ پروٹینی مشمولات ملتے ہیں، جبکہ پروٹین بنداجزائے نشاستہ عام طور سے زائد مرتکز سیال کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ خلوی عناصر، فاجوسیت کبیرہ (Macrophages)، عروق لمف، کثیر الاشکال خلیات اور مصل الدم حیوی مختلف تناسب میں پائے جاتے ہیں۔

علامات: اہم اور اکثر واحد علامت دقر (ثقل سماعت) ہوتی ہے۔ اس کا پتہ عموماً والدین کے بجائے نرسری یا پرائمری اسکول کے اساتذہ کو چلتا ہے۔ اس میں درد کے ساتھ سوزش ہوتی ہے نہ کانوں میں سرخی۔

سریری مناظر: اس کا وقوع عموماً بتدریج ہوتا ہے اور چھوٹے بچوں میں بلا تشخیص کے پڑا رہ سکتا ہے، چنانچہ اگر سننے یا بولنے میں بچہ تکلف سے کام لینے لگے تو کان کا امتحان ضرور کر لینا چاہیے۔ کان کے درمیانی حصے سے میل کا اخراج ہر حالت میں ضروری ہے۔

یہ صورت حال عموماً 4 سال سے 7 سال تک کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتی ہے اور زائد

عمر والوں میں کم عارض ہوتی ہے۔ کان کا امتحان کرنے پر کان کی جھلی میل کے ذریعہ مسدود ہو سکتی ہے، جو اکثر پرت دار ہوتا ہے۔ اگر غشائے طبلی نظر بھی آتی ہے تو کوئی واحد تشخیصی منظر نہیں ہوتا، البتہ کان کی جھلی کبھی خفیف اور گاہے شدید طور پر اندرونی جانب کشیدہ ہوتی ہے۔

اگر سماعت پیمائی (Audiometry) پر ثقل سماعت کی شکایت پائی جائے تو اسے نوٹ کر لیا جائے، خاص طور پر بچوں میں اس کی زیادہ اہمیت ہوتی ہے، کیونکہ صحت مند ہونے کے ساتھ سماعت بہتر ہوتی جاتی ہے۔

حلمی شعاع نگاری (Mastoid radiography) ہوا کے ادخال کے فقدان کے سبب حلمی خلیات کے دھندلا پن کو ظاہر کرے گی، لیکن بین الخلوی دیواروں کا انکسار نہ ہوگا، الا یہ کہ مرض بہت دیرینہ ہو۔

علاج: مقصد علاج سماعت کی بحالی اور عود مرض سے حفاظت ہے۔ اگر کسی بچے میں 6 ہفتے سے علامتیں موجود ہوں تو طبی علاج سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ حاد غیر تقیحی التہاب وسطی الاذن کی تدابیر بروئے کار لائیں، علاوہ بریں محلل تکمیدات مثلاً بابونہ، سویہ مرز نجوش اور عاقر قرحا کے جوشاندہ کا کانوں پر نطول کریں، بلغم کا تنقیہ کریں، لیکن سادہ سوء مزاج بارد میں عموماً صرف تکمید سے فائدہ ہو جاتا ہے، تنقیہ کی ضرورت نہیں پیش آتی۔

انفی مانع امتلا کے طور پر نارمل سیلائن میں افیصد ایفی ڈرین ہائیڈروکلورائڈ کے قطور انف استعمال کیے جائیں۔ سلفامیتھوکسزول شربت (Sulphamethoxole Syrup) بمقدار 5 ملی لیٹر ایک ماہ تک دینے سے تقریباً 50 فیصد مریضوں میں فائدہ ہوتا ہے۔

اگر بچے میں کان کے درمیانی حصے میں رطوبت کی موجودگی کی شہادت مل جائے اور 25dB کم ثقل سماعت موجود ہو نیز غدد جاذبہ بڑھے ہوئے ہوں تو غدد جاذبہ دور کر کے شر رفع کیا جا سکتا ہے۔ مریضوں کی اکثریت جب شفاخانہ رجوع ہوتی ہے تو مہینوں سے ثقل سماعت یا وقر کی شکایت ملتی ہے۔ ایسی حالت میں عمومی معدم کے زیر اثر رطوبت کا اخراج اور طبلہ شگافی ناگزیر ہو جاتی ہے اسی طرح اگر ضرورت ہو تو لوز تمپن برآری کا عملیہ انجام دیا جا سکتا ہے۔

انذار: سیال برآری اور طبلہ شگافی کا عاجلانہ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سماعت میں بہتری آجاتی اور سماعت پیمائی پر اکثر طبعی ملتی ہے اور یہ تقریباً 70 فیصد اصابات میں پائی جاتی ہے۔ سیال یا ثقل سماعت عود کر آنا تقریباً 30 فیصد اصابات میں ہوتا ہے جس کا علاج مذکورہ خطوط پر کیا جائے۔

مزمن تقیحی التہاب وسطی الاذن:

اسباب: کان کے وسطی حصے کا مزمن تقیح وسطی اذنی درز کے مخاطینی پرت کی سرایت اور بیشتر اصابات میں حاد تقیح کا معقول علاج نہ کرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

علم الجراثیم: مزمن تقیحی التہاب وسطی الاذن کی صورت میں گرام منفی اجسام مثلاً کثیر الاشکال عصیہ (B. Protens)، (Ps. Pyocyanea) اورای۔قولی (Esch coli) صماخ ظاہر اور غشائے طبلی کے انثقاب کی راہ حملہ آور ہو سکتے ہیں۔

سریری مناظر: یہ التہاب مختلف مدارج میں مشاہدہ کیا جا سکتا ہے، مثلاً فعال درجہ جس میں تقیحی مواد خارج ہوتا ہے، یا غیر فعال، جس میں نہ کوئی مواد بہتا ہے اور نہ ہی 6 ماہ تک یا اس سے زائد مدت تک کسی سرایت کی شہادت ملتی ہے۔

مواد کی موجودگی کی صورت میں غشائے طبلی نظروں سے اوجھل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں صماخ ظاہر کو نرمی سے سرنج سے دھونا یا روئی سے پونچھ دینا چاہیے تا کہ اطمنان بخش مشاہدہ ممکن ہو سکے۔ انثقاب کے صفات نوٹ کیے جائیں۔ انثقاب کا مقام یا پتہ لگانے کے لیے کہ سرایت خطرناک ہے یا محفوظ؟ مخصوص اہمیت کا حامل ہوتا ہے۔

معتد بہ اصابات میں غشائے طبلی سعدانہ (Polypus) کے ذریعہ پوشیدہ رہتی ہے۔ یہ ورم غشا کے کنارے یا وسطی الاذن کی درمیانی دیوار کے ابھار سے شروع ہوتا ہے اور اس کا ٹھنٹھ انثقاب میں سے گزرتا ہے۔

کان سے مزمن ریم زا مواد کا افراز، غشائے مخاطی کا انثقاب اور ثقل سماعت مزمن تقیحی التہاب وسطی الاذن کی مخصوص علامات وامارات ہیں۔ مواد فراواں اور مخاطی تقیحی ہو سکتا ہے، خاص طور سے جن اصابات میں انبوبۂ سماعی اور غشائے طبلی کا مقدم حصہ ماؤف ہوتے ہیں (انبوبی طبلی سرایت) مواد عموماً بغیر بو کا اور ثقل سماعت معمولی درجہ کا ہوتا ہے اس کے برعکس غیر محفوظ کان میں مواد بہت قلیل ہو سکتا ہے جو غالباً طبلی کے موخر حصے پر خشک کھرنڈ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دیگر علامتیں مثلاً صداع، دوار، خرابی طبع یا قشعریرہ سرایت کے وسط اذن کے پیچھے تک بڑھنے کا سگنل ہیں۔

نوٹ: اگر سیلان مادہ رقیق و بدبودار ہو تو اندیشہ ہے کہ کان کی ہڈی سے آرہا ہوگا (رؤفس)

تشخیص: جب مزمن تقیحی التہاب وسطی الاذن کی تشخیص بیشتر اصابات میں مزمن سیلان الاذن کی متعلقہ علامات وامارات اور غشائے طبلی کے ظواہر سے ہو جائے تو یہ ضروری ہوتا ہے کہ مرض کا

درجہ نوٹ کیا جائے اور رہر ممکن کوشش کر کے پتہ لگانا چاہیے کہ کان کا شمار محفوظ قسم میں ہے یا غیر محفوظ قسم میں۔ سریری امتحان کی اعانت کے طور پر جرثومی تحقیق، سماعت پیمائی اور حلمی شعاع نگاری انجام دی جاسکتی ہے اور بیشتر اصابات میں جرثومی خوردبین کے ذریعہ معدم حس کے زیر اثر یا اس کے بغیر امتحان کیا جاسکتا ہے۔

علاج: مقصد علاج پیش آمدہ سرایت سے کان کو محفوظ رکھنا ہوتا ہے، وہ اس طرح کہ کان کو خشک اور غیر فعال رکھا جائے تا کہ رفع مرض کرنے اور اسے کان کے درمیان حصے سے آگے بڑھنے سے باز رکھا جاسکے، نیز اس کی طبعی کارکردگی بحال کرنے میں مدد مل سکے۔ علاج طبی ہو یا جرحی، اس کا انحصار کان کے سریری امتحان، سرایت کی فعالیت کے درجہ، مرض کے محل وقوع، مواد کی نوعیت، نیز انثقاب کے مقام وحجم پر ہوتا ہے حُبیبات کی تکوین، سعدانے اور شحمی دویرہ (Coal-Steatoma) کی موجوگی، مقامی استعمال کی ادویہ کو مقام ماؤف پر لگانے میں مزاحم ہوتی ہے۔

مزمن تقیحی التہاب وسطی الاذن میں کان کی دھلائی خاص اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ اس طرح طبی تدابیر اختیار کرنے میں سہولت ہوتی ہے۔ یہ مقصد چوس کے عمل، روئی سے پونچھ کر یا سرنج سے دھلائی کے ذریعہ حاصل کیا جاسکتا ہے اطبائے قدیم نے آب شہد اور پرانی مطہر روئی سے میل کچیل اور مواد کو صاف کرنا مفید بتایا ہے۔، کیونکہ شہد کا پانی جلا بخشتا اور تنقیہ کرتا ہے اور پرانی روئی بھی رطوبتوں کو خشک کرتی ہے۔

نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

پیپ کی صفائی کے لیے بادیان 12 گرام، عسل خالص 15 ملی لیتر کو پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور کان کو اس پانی سے دھوئیں اور مطہر پرانی روئی کی بتی بنا کر شہد میں آلود کرلیں، اوپر سے انزروت 128 ملی گرام، برگ نیم خشک 128 ملی گرام باریک پیس کر چھڑک دیں اور اس کی بتی کان میں رکھیں۔

روغن گل اور سرکا گرم کر کے کان میں ٹپکانا بھی مفید ہے۔

اس کے بعد نطولات وضمادات براہ راست مقام ماؤف (مریض بافتوں) پر لگائے جاسکتے ہیں۔ مزید مواد سیگل کے ہوائی منظار (Siegle's pneumatic speculum) اور انبوبی اذنی ہوائی منظار کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے۔ بہترین صفائی کے لیے جرحی خردبین کی مدد سے ''عمل چوس'' کی تکنیک سے صفائی کی جاسکتی ہے۔ جب کان صاف ہوجائے اور مزید

مواد ظاہر نہو تو قطور پکائے جائیں یا سفوف کا نفوخ کیا جائے۔

درد گوش اور حادثی التہاب وسطی الاذن کے ضمادات و کمادات مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لائیں۔ مرہم سفیدہ اور مرہم راتینج بھی مفید ہیں جنھیں گاز مین لتھیڑ کر کان میں ڈالا جائے۔ زخموں کو خشک کر نیوالی دوائیں چھڑکی جائیں مثلاً انزروت، کندر، دم الاخوین، لیختہ التیس۔

اگر زخم پرانا اور میلا ہو (یعنی گوشت کو گلا رہا ہو) تو مصفیات دم دیں مثلاً عرق مطبوخ ہفت روزہ کا مسہل حسب عمر ایک ہفتہ تک دیں، اس کے بعد ''خون صفا'' یا صافی 6 ملی لیٹر پانی میں ملا کر صبح کو پلائیں، رات کو قرص اصفر ½ معجون عشبہ 5 گرام میں رکھ کر کھلائیں۔

پینے کے لیے نسخۂ ذیل بھی مفید ہے:

لعاب بہدانہ 3 گرام، شیرۂ عناب 5 دانہ، مغز تخم کدوئے شیریں 3 گرام پانی میں پیس کر چھان لیں اور شربت نیلوفر 10 ملی لیٹر میں ملا کر چھان لیں۔

اگر بچہ چھوٹا ہو اور ماں کا دودھ پیتا ہو تو ماں کو ایارجات و مسہلات دیے جائیں۔

مقامی طور پر مرہم مصری، مرہم باسلیقون، مرہم سرخ اور خبث الحدید کا طلا مفید ہوتا ہے۔

رازی نے مرہم ذیل کو قروح الاذن کے لیے عجیب الاثر بتایا ہے۔

(نسخہ) دم الاخوین، انزروت، سمندر جھاگ، بورق ارمنی، مُر، شیاف مایثا باریک سفوف تیار کر لیں۔

ترکیب استعمال: پہلے کان کو سرکا سے اچھی طرح دھو لیں اس کے بعد مذکورہ سفوف کو شہد، سرکا یا شراب میں پھینٹ کر روئی لت کر کے بتی بنا کر کان میں رکھیں۔ یہ عمل دن میں دو تین بار دہرائیں۔ اس سے نہ صرف پیپ کا قلع قمع ہو جائے گا، بلکہ لحم صالح بھی پیدا ہو جائے گا۔

اگر مذکورہ نسخہ فائدہ نہو تو زنجبار، ہڑتال، ہیرا کیس، قلططار کو سرکا میں حل کر کے مذکورہ نسخہ میں اضافہ کریں، انشاءاللہ زخم خشک ہو جائے گا۔ اس کے بعد گل روغن نیم گرم کان میں ٹپکایا جائے اس سے میل کچیل صاف ہو جائے گا۔ اس کے بعد زخم کو مندمل کرنے اور گوشت صالح پیدا کرنے والی دوائیں لگائیں۔

اگر مذکورہ تدابیر سے فائدہ نہو تو پچکاری کا استعمال ناگزیر ہے۔

جب انٹی بایوٹک کے اشرابی استعمال سے خاطر خواہ نتیجہ نہ نکل رہا ہو تو مقامی استعمال کی

دوائیں زیادہ سودمند ثابت ہوتی ہیں۔ ابتدا میں ہائیڈروکارٹی سون، نیومائی سین اور قطور اذن تجویز کر سکتے ہیں نیز دیگر انٹی بایوٹک مثلاً فرامائی سین (Framycin)، جنتامائی سین (Gentamycin) اور پالی ماگزین بی گرام منفی اجسام کی نشوونما کے خلاف قابل قدر ہیں۔ جب انثقاب بڑا ہو اور مواد قلیل مقدار میں خارج ہو رہا ہو تو بورک ایسڈ سادہ یا آیوڈین ایک فیصد ملا کر نفوخ کیا جائے۔ مذکورہ انٹی بایوٹک بھی سفوف کی شکل میں استعمال کرا سکتے ہیں۔

جب نفخ موقوف ہو جائے اور خشک انثقاب باقی رہ جائے تو اس امر کی ہدایت کی جائے کہ کان میں کسی بھی وقت پانی نہ پہنچنے پائے۔ تیراکی کی اجازت صرف اسی حالت میں دی جائے جبکہ مناسب اذنی کارک سے صماخ ظاہر کو اچھی طرح بند کر دیا گیا ہو، کلاہ غسل پہن لی گئی ہو، تاہم ڈبکی لگانے اور زیر آب تیراکی سے بار رکھنا چاہیے۔

سرایت کا خطرہ اس وقت تک باقی رہتا ہے، جب تک کہ انثقاب باقی رہتا ہے، اگر 6 ماہ تک مواد نہ آئے تو غشائے طبلی کا ترقیعی عملیہ (Hyringoplasty) بروئے کار لانا چاہیے۔ اچھا قوقعی فعل (Cochlear function) واضح انبوبہ سماعی، صحتمند صماخ ظاہر اس عملیہ کی کامیابی کے لیے ناگزیر ہیں۔

انذار: مزمن انبوبی طبلی سرایت مسلسل ذوالفترہ سیلان اذن کا باعث ہو سکتا ہے اور شاذونادر صحت کے لیے خطرناک بھی۔ یہ زائدہ حلمیہ کے عملیہ کے بہ نسبت بالائی تنفسی سرایت کے معالجہ کا داعی ہوتا ہے۔

●●

30

قذی الانف

(FOREING BODIES IN THE NASAL CAVITY)

عموماً 2-3 سالہ بچے اکثر کوئی شے ناک میں ڈال لیتے ہیں، یہ چیزیں عضوی اور غیر عضوی کے تحت تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ غیر عضوی اجسام غریبہ دھات کی چیزوں، بٹن، تسبیح کے دانوں اور پلاسٹک کے سامان وغیرہ پر مشتمل ہوتی ہیں۔ یہ ہفتوں بلا تشخیص کے پڑے رہ سکتے ہیں، یہاں تک کہ اپنی موجودگی کی اطلاع علامتوں کے ذریعہ دیتے ہیں اور گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ امتحان عمومی کے دوران اچانک دریافت ہو جاتے ہیں۔ عضوی اجسام غریبہ مثلاً لکڑی، کاغذ، روئی یا فوم ربر التہابی ردعمل پیدا کرتے ہیں جو آگے چل کر دانے دار بافت بناتے ہیں۔

ماؤف جانب سے ناک سے رطوبت بہتی ہے۔ یہ رطوبت جلد ہی تعفنی اور بدبو دار ہو جاتی ہے اور گاہے ہے خون آلود ہوتی ہے۔ بلغم کی رطوبت جذب کر کے جسم غریب پھول سکتا ہے لیکن درد شاذ و نادر ہی موجود ہوتا ہے۔ بچوں میں یک جانبی انفی رطوبت کا اخراج تقریباً ہمیشہ جسم غریب کا نتیجہ ہوتا ہے اور اگر رطوبت ناگوار بو کی حامل ہو تو یہ کسی خاص مزمن مرض کی نشاندہی کرتی ہے۔

گاہے بچہ کو کھانا کھاتے وقت چھینک یا کوئی ایسی حرکت واقع ہوتی ہے، جس سے غذا کا کچھ

حصہ ناک کے راستہ میں پھنس جاتا ہے تو بے نطقی اور ناطاقتی کے سبب بیان کرنے یا نکالنے سے قاصر ہوتا ہے، اور شے محبس چند یوم بعد متعفن ہو جاتی ہے اور عفونت سے تخیر دماغ تک پہنچ کر ضرر پہنچاتی ہے، جس سے بچہ مشوش، چڑچڑا اور پریشان ہو جاتا ہے۔ اغذیہ وغیرہ سے رغبت جاتی رہتی ہے، نیند اڑ جاتی ہے، لاغری، ضعف اور زردی بڑھتی جاتی ہے اور اس نتھنے سے سانس دقت سے آتی ہے اور بچہ اکثر اسی طرف ہاتھ لے جاتا ہے۔ معمولی بخار بھی ہوتا ہے۔

ابتدائی درجے میں جسم غریب نتھنوں کے مابین موجود ہوتا ہے جسے بآسانی دیکھا جا سکتا ہے، اسی دوران یہ دوبارہ تجویف انف میں چلا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچے کے سڑکنے کا نتیجہ ہو یا اندر دھکیل اٹھتا ہوا ور مخاط یا مخاطی ریم میں ملفوف ہو جاتا ہے، بشرطیکہ وہ شے عضوی الاصل ہو، ایسی حالت میں بلغم آمیز پیپ یا غشائے مخاطی کی التہابی کیفیت کے سبب مُکن ہے نظر نہ آئے۔

اگر جسم غریب نتھنے میں موجود ہو تو اسے نکالنا آسان ہوتا ہے، جس کے لیے سلائی (Probe) استعمال کی جا سکتی ہے۔ چھینک بھی ایک آسان اور بغیر تکلیف کا طریق عمل ہے۔ اس غرض سے ناک میں اندر اور باہر روغن ملیں یا روغن میں موم ملا کر مل دیں تا کہ جلد خشک نہ ہونے پائے اور سوتے وقت بچہ کو پشت کی طرف لٹا کر چار پانچ قطرے روغن گل ڈال دیا جائے اور پھر بیدار ہونے پر کوئی معطر دوا دیں تا کہ چھینک کے ذریعہ محبوس شے نکل جائے۔ اس غرض سے مرچ سیاہ کا سفوف پھکنی یا جند بیدستر استعمال کرا سکتے ہیں۔ یہ دوائیں سنگھا کر مخالف سمت کے نتھنے دبا کر چھینک لانے سے عموماً کامیابی ہو جاتی ہے۔

اگر مذکورہ تدبیر کامیاب نہ ہو تو بچہ کے منھ کو اپنے ہاتھ سے بند کر کے اس کے منھ میں پھونک ماریں، تا کہ بچہ کی سانس اور پھونک سے وہ شے خارج ہو جائے۔

بچہ کی ناک عفونت وغیرہ سے ہمیشہ پاک رکھیں اور دودھ وغیرہ لگاتے رہیں۔

جب جسم غریب تجویف انف میں پہنچ کر رطوبات میں ملفوف ہو جاتا ہے تو چکنا (پھسلن دار) ہو جانے کے سبب بآسانی گرفت میں نہیں آتا، علاوہ بریں شے خارجی کے اخراج کے لیے بچہ ممکن ہے ایک بار بآسانی آمادہ ہو جائے، لیکن اگر اس میں ناکامی ہو جائے، نیز ساتھ ساتھ نزف بھی ہو جائے تو مزید ایک سکنڈ کے لیے تیار ہونا بچہ کے لیے ناممکن ہو جاتا ہے لہذا ایسی صورت میں جبکہ پہلی بار کامیابی نہو نیز جسم غریب دور واقع ہو تو مخدرات کا استعمال ضروری ہو جاتا ہے۔ معدم حس قلیل المدتی ہونا چاہیے۔ پیالہ نما کلاب (Cup forceps) یا دھات کی سلائی جو دائیں

زاویے پر 5 ملی میٹر کے فاصلہ پر خمیدہ ہو، سے بآسانی نکالا جا سکتا ہے۔ سلائی کا سرا نیچے کی طرف کر کے اسے داخلی جانب داخل کیا جائے، یہاں تک کہ وہ جسم غریب کے اوپر پہنچ جائے، جسے ناک کی چھت پر دبائے ہوئے گھسیٹ کر نکال لیا جائے۔ پتلی چیزوں مثلاً قیص کی بٹن وغیرہ کی حالت میں سلائی ناکام ہو سکتی ہے، کیونکہ یہ پھسل جاتی ہیں، یہی حال فوم ربر وغیرہ کا بھی ہے، کیونکہ یہ مخاط آلود ہو جاتا ہے۔ ان اصابات میں پیالہ نما کلاب قابل ترجیح ہے۔ شاذ و نادر جسم غریب اتنا بے ہنگم ہوتا ہے کہ سامنے کے نتھنوں سے نکالنا ممکن نہیں ہوتا، اسی لیے اسے نرمی کے ساتھ انفی حلق (Nasopharynx) میں دھکیل دیا جاتا ہے اور وہاں اسے بآسانی حاصل کر لیا جاتا ہے۔ سرجن کو دوسرے جسم غریب کی موجودگی کے احتمال کو بھی ذہن میں رکھنا چاہیے چنانچہ جسم غریب نکالنے کے بعد اس غرض کے لیے ناک کا باقاعدہ معائنہ کر لینا چاہیے۔

●●

31

رعاف

(EPISTAXIS)

ناک سے نزف ایک کثیر الوقوع صورت ہے، جو کسی بھی عمر میں واقع ہوسکتا ہے۔ کبھی محض ایک نتھنے سے خون جاری ہوتا ہے، چنانچہ امراض کبد میں دائیں اور امراض طحال میں بائیں نتھنے سے بہتا ہے۔ قوی اسباب کی صورت میں دھار بندھ کر دونوں نتھنوں سے خون بہتا ہے۔

اس کے متعدد اسباب ہوا کرتے ہیں مثلاً بدن میں خون کی کثرت، چنانچہ دموی مزاج والوں کو موسم بہار یا گرما میں نکسیر جاری ہوتی ہے بچوں میں خون کی کمی، رقت اور اس کی مخصوص خرابی یعنی حدت خون، ہموفیلیا (نزف)، لیوکیمیا اور فرفیورا نزف الانف کے لیے سبب واصل ہوسکتے ہیں۔ جوان لڑکیوں میں کبھی آغاز طمث سے قبل نکسیر جاری ہوتی ہے۔ گرم اشیاء کا استعمال بھی گاہے نکسیر کے لیے ساز گار ہوا کرتا ہے۔ گاہے بعض وبائی بخار اور کالی کھانسی سے بھی نکسیر پھوٹتی ہے کبھی بحران کے دن اور گاہے بحران کے بغیر بھی عارض ہوتی ہے۔ عام طور سے انفی غشائے مخاطی کے ورم یا وبائی انفلوئنزا میں مبتلا بچے نکسیر کا شکار ہوتے ہیں۔ بیش طناب سے اس عمر میں شاذ نادر ہی رعاف عارض ہوتا ہے۔ عمومی سرایت کے علاوہ شدید التہاب مفاصل سے بھی رعاف عارض ہوسکتا ہے۔

بچوں میں رعاف تقریباً ہمیشہ ناک کے اس نزفی خطہ میں واقع ہوتا ہے جو قاسم الانف پر زیریں جانب مخاطی جلدی مقام اتصال پر ہوتا ہے۔ نکسیر پھوٹنے کے بعد خون منجمد ہو جاتا ہے اور جیسے ہی جما ہوا خون سخت ہو جاتا ہے، جلن پیدا کرنے لگتا ہے اور پھر نزف کے نتیجہ میں ڈھیلا ہو کر ٹوٹ جاتا ہے۔ انفلوئنزائی وبا کے دوران عروقی امتلا رعاف کا سبب ہو سکتا ہے اور ناک بہنے کے ساتھ ساتھ اس کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ سرایت رفع ہونے کے بعد تجاویف انف میں کھرنڈ بن سکتی ہے، جو ناک نوچنے کا باعث ہو سکتی ہے، نتیجۂ کار پھر نزف جاری ہو سکتا ہے۔ کمزور بچوں میں خصوصاً جن کے شکم میں کیڑے ہوں، متواتر ناک نوچنے کے سبب اکثر نکسیر کی شکایت ہو جاتی ہے۔ اس کا وقوع کچی نیند میں بھی ہو سکتا ہے یا جبکہ بچہ بستر پر والدین کی نظروں سے اوجھل ہو۔ بچوں میں ضربہ رعاف کا عام سبب ہوتا ہے۔

رعاف قلیل المقدار ہو سکتا ہے، یہاں تک کہ انفی زکام میں خون کی فقط ایک دھاری نمودار ہو سکتی ہے لیکن خون کثیر مقدار میں بھی خارج ہو سکتا ہے۔ عام طور سے مریض یا مریض کے والدین مقدار دم کو مبالغہ آمیز انداز میں بیان کرتے ہیں، لیکن جریان دم اتنا شدید، مستحکم یا جلد ہوتا ہے کہ نقل الدم کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسے شدید اصابات کا علاج شفاخانہ میں داخل کر کے کرنا چاہیے۔

نزف عموماً حاجز الانف کے نزفی حصہ سے جاری ہوتا ہے، لیکن معتد بہ اصابات میں وسطی صدفہ (Middle concha) کے خطہ میں مقدم مصفاتی (anterior ethmoidal) عروق سے نزف ہوتا ہے۔

حقیقی نزف کی موجودگی میں صحیح مقام نزف کا فیصلہ نظری معائنہ سے ممکن نہیں، اگر سیلان دم ابھی ابھی موقوف ہوا ہے تو تجویف انف خون کے تھکوں سے پر ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں اصل سبب کا پتہ لگانے سے پیشتر ڈوش کے ذریعہ خون کے تھکے دور کر دیے جائیں۔ اگر کسی بچے کا امتحان نزف رکنے کے کچھ دنوں بعد پہلی بار ہوا ہے تو متسع رگ یا کھردرا خطہ منظار کے ذریعہ مقدم انف بینی (Rhinoscopy) پر نظر آئے گا۔ مقام نزف کا پتہ لگانے کے ساتھ ساتھ شدید رعاف میں خون کا مکمل امتحان بھی کر لینا چاہیے۔ اس سے نہ صرف یہ کہ ہیموگلوبین سطح معلوم ہو جاتی ہے، بلکہ خون کا تجزیہ کسی نزفی مرض کا بھی پتہ دے سکتا ہے۔

تدابیر و علاج: سخت دردسر کے دوران نکسیر پھوٹ جائے تو اسے فوراً نہ بند کرنا چاہیے، شدید

بخار میں بھی یہی احتیاط رکھی جائے۔ علاوہ بریں بحران کے روز واقع ہونے والے رعاف کو اس وقت تک بند نہ کیا جائے، تاوقتیکہ ضعف ظاہر نہ ہو جائے، کیونکہ بحرانی نکسیر صحت کی علامت ہوتی ہے۔

رعاف کے معمولی حملے از خود ٹھیک ہو جاتے ہیں۔

ایسی حالت میں مریض کا گریباں ڈھیلا کر دیں اور اسے اس وضع میں بٹھائیں کہ سر قدرے پیچھے کو جھکا ہوا ہو۔ اس کے سر کے نیچے ایک تسلہ رکھا جائے اور روئی انتہائی ٹھنڈے پانی میں بھگو کر ناک کی جڑ پر رکھی جائے اور ناک کی جڑ پر کم از کم 5 منٹ تک دباؤ ڈالا جائے، اس طرح کہ درمیانی انگلی مخالف سمت کے جبڑے کے زاویے پر رہے، اس طرح مریض نہ صرف ایک طرف کے نتھنے بلکہ منہ سے بھی سانس لینے پر قادر رہتا ہے۔ مندرجہ ذیل تدابیر رقت وحدت دم کی صورت میں خاص طور سے مفید ہیں۔

سر پر دیر تک ٹھنڈے پانی کی دھار ماریں، پیشانی پر برف کا بیگ رکھیں، نیز مندرجہ ذیل نسخوں کو روبہ عمل لائیں۔

o کافور 1 گرام، صندل سفید 6 گرام میں پیس کر پیشانی پر ضماد کریں۔

o گل ارمنی 6 گرام، سرکہ 25 ملی لیٹر میں پیس کر پیشانی اور سر پر لگائیں۔

o گل ملتانی 12 ملی گرام، لعاب اسپغول میں ملا کر تالو پر لگائیں۔

o کھانے کا نمک 6 گرام، ٹھنڈے پانی 48 ملی لیتر میں ملا کر رکھیں اور تھوڑے تھوڑے وقفہ سے چند قطرہ ٹپکائیں۔

o پھٹکری 3 گرام ٹھنڈے پانی 36 ملی لیتر میں ملا کر نتھنوں میں ٹپکانا بھی مفید ہے۔

o کافور 128 ملی گرام، آب کشنیز سبز 12 ملی لیتر میں حل کر کے ناک میں ٹپکائیں۔

o کاغذ سوختہ، پارچۂ ریشم سوختہ، سنگ جراحت، دم الاخوین، گل ارمنی، اقاقیہ، غبار آسیہ ہر ایک ایک گرام۔ جملہ دواؤں کو باریک پیس کر بکری کے دودھ 12 ملی لیٹر میں حل کر کے چند قطرے ناک میں ٹپکائیں۔

o مکٹری کا جالہ سیاہی میں لت کر کے اس پر غبار آسیہ چھڑک کر ناک پر چپکائیں۔

اگر نزف بآسانی قابو میں نہ آئے تو ربن گاز سیال بندش خون اور سیال پیرافین میں تر کر کے پیک کر دیا جائے۔ بچوں کے لیے 12 ملی میٹر عریض گاز کافی ہوا کرتا ہے۔ یہ ایک

تکلیف دہ تدبیر ہے، اس لیے اچھی روشنی میں بعجلت ممکنہ انجام دینا چاہیے۔ پیرافین سیال سے گاز داخل کرنا آسان ہو جاتا ہے، تنفس کے ذریعہ خشک نہیں ہوتا اور اسے نکالنا آسان ہوتا ہے۔ اس کا مطلوبہ اثر دباؤ کے ذریعہ ہی حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ مانع نزف ادویہ بھی استعمال کرائیں۔ اگر نزف قابو میں آ جائے تو پیکنگ کو 24 گھنٹے کے لیے اندر ہی چھوڑ دیا جائے۔ اس دوران بچے کو مکمل آرام دینا چاہیے اور مناسب مقدار میں ہمدورین خوردنی طور پر یا ہیروئن اشراباً پہنچائی جائے۔ اگر پہلے سے ہی مسکن درد دوا دی جائے تو پیکنگ عام طور سے آسان ہو جاتی ہے۔

پیکنگ کی تکلیف پر قابو پانے کے لیے مختلف پتلے ربر بیگ تیار کیے گیے ہیں۔ بیگ ناک میں ممکنہ حد تک اندر دھکیل دیا جاتا ہے اور نزف رک جانے کے بعد نکال دیا جاتا ہے، بیشتر اصابات میں بے حد کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ اور ضرورت ہو تو نقل الدم کیا جائے۔ یہ سلسلہ اس وقت تک جاری رکھا جائے تاوقتیکہ ہیموگلوبین کی سطح اطمنان بخش نہ ہو جائے۔

اگر ان تدابیر سے فائدہ نہو تو فصد کریں اور کندھے نیز شکم پر مجمہ رکھیں۔ بار بار رعاف کی صورت میں مقام نزف کا تکویہ کر دیا جائے۔ بچوں میں اسے مقامی معدم حس کے زیر اثر بآسانی انجام دیا جا سکتا ہے۔ ابتدا میں کوکین اشراب کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ زیادہ چھوٹے بچوں میں تکویہ اس وقت تک نہ تجویز کیا جائے جب تک کہ سوء مزاج دم کی شکایت نہو یا رعاف شدید نہو۔

بہت سے بچے محض ناک کی پپڑی نوچ کر نزف پیدا کر لیتے ہیں۔ ایسی حالت میں رات کو سوتے وقت مرہم کافور یا پیٹرولیم جیلی لگا دی جائے، تاکہ پپڑی اور نزف کا امکان کم یا ختم ہو جائے اور جلن و کھجلی رفع ہو سکے، بلکہ اکثر اصابات میں ''کی'' سے پیشتر یہی طریق عمل آزما لینا چاہیے۔

جریان دم بند ہونے کے بعد اصل سبب پر غور کر کے اس کے ازالہ کی تدبیر کی جائے۔ اگر گرم اشیا کا استعمال سبب ہو تو ترک کرا دیں۔ نزفی اختلالات کی صورت میں نقل الدم ناگزیر ہو جاتا ہے۔ نوساخت ہو تو اس کا تدارک کریں۔

اگر خون کی حدت سبب ہو تو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 3 گرام، عناب 3 دانہ، مغز تخم کدوئے شیریں 3 گرام، شیرہ تخم کاہوئے مقشر 3 گرام، عرق گاؤزباں 75 ملی لیتر میں نکال کر شربت نیلوفر 50 ملی لیٹر ملا کر دونوں وقت حسب عمر پلائیں۔ حسب ذیل نسخے بھی مفید ہیں:

(نسخہ) شربت کیوڑا، شربت انجبار، شربت عناب یا شربت نیلوفر میں سے کوئی

ایک 24 ملی لیٹر، عرق کاسنی یا عرق بید سادہ 70 ملی لیٹر میں ملا کر پلائیں۔ تسکین حرارت کے لیے بہترین چیز ہے۔

بعد طعام، 2 قطرے کافور سیال چند گھونٹ پانی میں ملا کر پلائیں (یہ پانچ سالہ بچے کی خوراک ہے)۔ رقت خون کی شکایت ہو تو نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) کشتۂ فولاد 0.5 ملی گرام، مربی آملہ نصف عدد میں رکھ کر کھلائیں، اوپر سے شیرہ تخم کاہوئے مقشر، شیرہ بیخ انجبار، شیرہ تخم خرفہ ہر ایک ایک گرام پانی میں ملا کر شربت انار شیریں 12 ملی لیٹر اضافہ کر کے پلائیں۔

اگر پیٹ میں کیڑے ہوں تو معقول علاج کیا جائے۔

امراض حادہ خصوصاً جدری وحصبہ میں رعاف مفید ثابت ہوتا ہے۔

غذا: چونکہ نکسیر کی شکایت عموماً کثرت، حدت و رقت خون کے علاوہ قلت و فساد دم کے سبب بھی ہوا کرتی ہے، لہٰذا ایسی صورت میں مندرجہ ذیل ٹھنڈی، لطیف غذائیں مفید ہوا کرتی ہیں:

پالک، ٹنڈا، ترئی، لال ساگ، خرفہ، کدو، گاجر اور شلجم وغیرہ۔

پھلوں میں سے ناشپاتی، تربوز، خربوز، سنگترہ وغیرہ دیں۔

اگر جریان دم کا سبب ضعف و نقاہت ہو تو زود ہضم، لطیف اور خون پیدا کرنے والی غذائیں کھلائیں جیسے پھلوں کا عرق، آش جو اور دودھ وغیرہ۔

پرہیز: بچے کو دھوپ میں چلنے پھرنے، مطالعہ، نیز آگ کے پاس بیٹھنے سے روکا جائے۔ اسی طرح دماغی محنت ترک کرا دیں، ترش و گرم مصالحہ، تیل اور گڑ، انڈا، لہسن، پیاز گوشت وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

32

نزلہ زکام

(CORYZA AND COMMON COLD)

فضلات دماغ سے نیچے آ کر منخرین سے جاری ہوں تو اسے زکام کہتے ہیں اور اگر حلق وسینہ سے آئیں تو اسے نزلہ کہتے ہیں۔

بچوں میں نزلہ زکام کی بار بار شکایت ہوتی ہے، جس کی بالکل درست روداد ناگزیر ہے، جسے بچے کے خاندانی معالج سے بآسانی حاصل کیا جا سکتا ہے۔ جب بچے اسکول کی زندگی کا آغاز کرتے ہیں تو ان میں مرض پیدا ہونے کا اندیشہ بڑھ جاتا ہے، لیکن جب ان میں اجسام سے مدافعت کی قوت بڑھ جاتی ہے تو یہ اندیشہ جاتا رہتا ہے یا کم خطرناک ہو جاتا ہے۔

نزلہ زکام کا سبب ایک تقطیری قشب (Filterable virus) بتایا جاتا ہے۔ یہ قشب برقرار رہتا ہے تو عدوی سرایت کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے۔

مدت حضانت:۔ 2 تا 5 یوم۔

اسباب واصلہ: بچوں میں بہت سے عوامل واصل طور پر پائے جاتے ہیں، جن میں سے چند اہم درج ذیل ہیں:

ماحول: پیشہ، والدین کی معیشت اور ذہانت، گھر کا سائز، ساخت، اردگرد کا ماحول، تغذیہ،

بھیڑ بھاڑ اور بچوں کی صفائی ستھرائی کی کمی، بچوں نیز والدین کی گزشتہ بیماریوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ مزمن نزلہ زکام کی شکایت بچوں کو اکثر ہوا کرتی ہے۔ یہ ان غریب بچوں میں زیادہ ہوتا ہے جو کثیر الآباد علاقوں میں رہتے ہیں جہاں دھواں دھکڑ اور خراشدار ذرات کی بھرمار رہتی ہے اور جن کی غذا توازن اور حیاتیتی مشتملات کے اعتبار سے غیر اطمنان بخش ہوتی ہے۔

سردی لگنا اسباب معدہ میں سے ہے، جس سے مرض کی استعداد پیدا ہوتی ہے، چنانچہ پورے جسم یا صرف گردن کے پیچھے سردی لگنا علی الخصوص کمزوری کی حالت میں کبھی صرف پاؤں بھیگ جانے سے زکام ہو جاتا ہے۔ موسم کی اچانک تبدیلی، سرد ہوا، گیلی زمین پر بیٹھنا، رات کے وقت زیادہ دیر تک سردی میں رہنا، دیر تک گیلے کپڑے پہنے رہنا بھی اسباب میں شامل ہے۔ یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہیے کہ بچے بیرونی سردی سے بہت جلد متاثر ہو جاتے ہیں۔ بعض بچوں میں نزلہ زکام موروثی طور پر پایا جاتا ہے اور بعض امراض میں بطور عرض مثلاً خسرہ، چیچک، کالی کھانسی اور انف النزہ وغیرہ۔

سریری مناظر: نزلہ زکام سرد کی حالت میں سردی پائی جاتی ہے اور گرمی وسوزش کی علامتیں مفقود ہوتی ہیں۔ رطوبت گاہے رقیق ہوتی ہے اور کبھی غلیظ، لیکن دونوں صورتوں میں اس کے اندر تیزی نہیں ہوتی۔

نزلہ گرم کی صورت میں آنکھیں اور رخسارے سرخ ہوتے ہیں۔ نزلہ کی وجہ سے جو بلغم اور رطوبت خارج ہوتی ہے، رقیق اور تیز ہوتی ہے۔ ناک، حلق اور سینہ وغیرہ میں جلن ہوتی ہے۔

سردی وغیرہ لگ جانے کے فوراً بعد جسم میں سستی اور کسل مندی عارض ہو جاتی ہے۔ اعضا شکنی کی شکایت ہو جاتی ہے۔ ناک اور حلق میں ٹھساؤ کی شکایت ہو جاتی ہے اور بچہ یک دم سے مضمحل ہو جاتا ہے۔ کھیل کود سے جی اچاٹ ہو جاتا ہے۔ چھینکوں کا سلسلہ شروع ہو جاتا ہے۔ چھینکیں بکثرت آنے سے مرض جلد رفع ہو جاتا ہے۔

درد عموماً ہوتا ہے۔ گاہے ہلکی پھریری (قشعریرہ) بھی ہو جاتی ہے۔ نوزائیدوں اور چھوٹے بچوں میں 102°F تک حرارت ہو سکتی ہے۔ کچھ ہی عرصہ بعد ناک سے آبی لیکن خراشدار رطوبت جاری ہو جاتی ہے، جس سے ناک کی غشائے مخاطی اور اس کے کنارے متورم اور سرخ ہو جاتے ہیں۔ یہ رطوبت عموماً 24 گھنٹے بعد غلیظ ہو جاتی ہے اور ناک بند ہونے کے سبب بچہ منھ کھول کر سانس لینے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ ان تیز رطوبات کا میلان آنسوؤں کی نالیوں کی طرف ہوتا ہے تو

آنکھیں سرخ اور متبیح ہو جاتی ہیں اور آنسو جاری ہو جاتا ہے نیز خفیف التہاب ملتحمہ بھی ہو سکتا ہے، بسا اوقات لوز تین بھی متورم ہو جاتے نیز سرایت حنجرہ یا کانوں تک بھی منتشر ہو سکتی ہے۔ شدت سعال کا عارضہ ہو جاتا ہے نبض سریع چلتی ہے۔ زبان میلی اور جلد خشک ہو جاتی ہے۔ پیاس بڑھ جاتی ہے، لیکن پیچیدگی نہ ہو تو تیسرے چوتھے روز شدت رفع ہو کر مریض جلد ہی شفایاب ہو جاتا ہے، لیکن اگر مرض مکمل طور سے دفع نہ ہو تو مزمن صورت اختیار کر لیتا ہے، جس میں علامات خفیف لیکن دائمی ہو جاتی ہیں۔

قشعی سرایتیں: والدین یا بڑے بچے انھیں بسوں، ریل گاڑیوں اور بازار وغیرہ سے گھروں میں لاتے ہیں۔ گھنی آبادی اور گھروں میں تازہ ہوا کی کمی سرایت پھیلنے کے امکانات کو قوی کر دیتے ہیں۔

حساسیت: حساسیت عموماً موروثی الاصل ہوتی ہے۔ بہت سے اصابات میں غذائی حساسیت ہوتی ہے، جبکہ حساسین اکثر دودھ یا اکزیمائے صبیانی ہوتا ہے جو زکام پر منتج ہوتا ہے اور اکثر نتیجۂ کارحمی کا ہی یا تشنج شعب عارض ہوتا ہے۔

انٹی بایوٹک: ایسے معمولی حالات وامراض میں اندھادھند انٹی بایوٹک کا استعمال، جواز خود اچھے ہو جاتے ہیں، بچے کی قوت مقاومت نزلہ کام اور خراش حلق کی سرایتوں کے خلاف گھٹا دیتے ہیں۔

علاج شروع کرنے سے پیشتر مذکورہ عوامل کو مستثنیٰ کرنے کے لیے بچے کا باقاعدہ معائنہ کرنا چاہیے جن بچوں میں بار بار نزلہ زکام کے حملے ہوا کرتے ہیں، ان کی حالت مزید ابتر ہو جاتی ہے۔ ان میں حویصلاتی التہاب لوز تین یا مزمن یا حاد التہاب وسطی الاذن کی شکایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔

بعض بچوں میں حساسیت کے سبب اکزیمائے صبیانی سے حساسیتی التہاب انف الادمہ تک نوبت پہنچ جاتی ہے۔ ایسے بیشتر بچوں میں بالآخر اکزیما مندمل ہو جاتا ہے لیکن معتد بہ تعداد میں حساسیت نزلہ زکام پر منتج ہو جاتی ہے۔

علاج: ابتدائی مدارج میں علاج طبی اور حفظان صحت کے اصولوں کے مطابق ہی کرنا چاہیے۔ والدین کو اس کی تربیت دی جائے کہ بچے کی دیکھ ریکھ کس طرح کی جائے، کھانا کیسے کھلایا جائے۔ سردی، گرمی سے کس طرح بچایا جائے۔ اگر ابتدا ہی میں توجہ مبذول کر دی جائے

تو بہت جلد نزلہ زکام قابو میں آجاتا ہے۔ ناک کی باقاعدہ صفائی کی تربیت بھی بچے کو دینی چاہیے۔

نزلہ زکام کی صورت میں بچے کے سر پر گرم پانی ڈالا جائے جس سے زکام کے علاوہ کھانسی اور قے کو بھی فائدہ پہنچتا ہے۔ بچے کی زبان شہد سے بخوبی لتھیڑ دی جائے، پھر اس کی زبان کی جڑ انگلی سے دبائی جائے تاکہ قے آجائے اور بلغم کا اخراج ہو کر تنفس آسان ہو جائے۔ نزلہ زکام کو شروع ہی میں بند کر دینا غیر دانشمندانہ ہے، کیونکہ اس طرح نوع بنوع پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال رہتا ہے، جہاں تک ممکن ہو اخراج رطوبت میں تعاون دے کر دماغ کا تنقیہ کرنا چاہیے۔ اس مرض میں اگر رطوبات کے اخراج میں دقت ہو تو انھیں گاڑھا کیا جائے اور غلیظ ہوں تو رقیق کیا جائے۔ قبض رفع کیا جائے۔ نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) گوند ببول 3 گرام، کتیرا 3 گرام، بہدانہ 3 گرام، رب السوس 3 گرام، مصری 12 گرام۔ جملہ اشیا کو کوٹ پیس کر چھان لیں اور اس میں سے روزانہ قدرے لے کر تازہ دودھ کے ساتھ پلا دیا جائے۔ اگر یہ دوا مرضعہ کے دودھ کے ساتھ دی جائے تو زیادہ بہتر ہے۔

گاہے مذکورہ نسخہ میں تخم خطمی، تخم خبازی 4-4 گرام اور گاؤزباں 3 گرام اضافہ کر دیتے ہیں۔

اگر نزلہ حار کو غلیظ کرنا مقصود ہو تو شیرۂ مغز بادام شیریں بڑھا دیتے ہیں۔ کھانسی کی صورت میں اصل السوس مقشر بڑھا دیتے ہیں۔

لعوق نزلی یا لعوق نزلی آب تربوز والا بمقدار 6 گرام بھی مفید ہے۔

نسخہ ذیل گرم نزلہ کو تسکین دیتا ہے:

(نسخہ) شیرۂ عناب 3 دانہ، شیرہ تخم کدو 2 گرام، شربت عناب 12 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ 12 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر تلطیف و ترقیق مقصود ہو تو شربت کے بجائے شہد 12 ملی لیٹر اضافہ کریں۔ موسم گرما میں مناسب ہے۔ نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(صبح) لعوق سپستاں پانی میں قدرے جوش دے کر پلائیں۔

(سہ پہر) سعالین چوسنے کے لیے دیں۔

نزلہ بارد کی صورت میں نسخہ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) گلبنفشہ 4 گرام، عناب 3 دانہ، تخم خطمی 4 گرام، تخم خبازی 4 گرام، گاؤزباں 3 گرام،

اصل السوس 3 گرام۔ رات کے وقت گرم پانی میں بھگو دیں اور صبح کومل چھان کر خمیرہ بنفشہ 8 گرام ملا کر پلائیں۔ اگر ساتھ ساتھ بخار بھی ہو تو اس خیساندہ میں خاکسی 3 گرام چھڑک کر پلائیں۔

جوشاندۂ ذیل سرد و غلیظ نزلہ زکام کے لیے مفید ہے:

(نسخہ) ملیٹھی چھلی ہوئی، کویہ ابریشم، سبوس گندم ہر ایک 3-3 گرام، مصری 12 گرام۔ سب کو پانی میں جوش دے کر چھان کر پلائیں۔

انفی حساسیت والے بچوں کا علاج مانع حساسیت ادویہ اور قطور انف (نارمل سیلائین 0.5 فیصد ایفی ڈرین ہائیڈروکلورائڈ) سے کیا جا سکتا ہے۔ کارٹی کاسٹیرائڈ انفی رشاشہ میں دینا چاہیے یا شعبی تشنج کے ہٹیلے اصابات میں۔

انٹی بایوٹک صرف خطرناک سرایتوں میں ہی دینا چاہیے اور نزلہ کام میں نہیں تجویز کرنا چاہیے۔

غذا لطیف زود ہضم دیں۔ کھانے کے بعد تازہ بتازہ یا نیم گرم پانی پلانا مفید ہے۔ ابتداء میں چند یوم صرف دال مونگ یا ساگ پالک یا بکری کے گوشت کا شوربا چپاتی کے ہمراہ کھلائیں لیکن گھی کی مقدار کم ہونی چاہیے۔ نزلہ بارد کی حالت میں چڑیا بچۂ کبوتر کا گوشت یا شوربہ اور آب انخود استعمال کرانا مفید ہے۔

پرہیز: نزلہ خواہ گرام ہو یا سرد، ٹھنڈے پانی یا ٹھنڈی اشیا نیز برف سے پرہیز ضروری ہے۔ بچے کو نیم گرم پانی سے نہلائیں اور سرد ہوا کے جھونکے سے بچائیں۔ گھی، مکھن، دودھ، دہی، ٹماٹر، بھینس کے گوشت اور ہر قسم کی ترشی سے پرہیز کرائیں۔ غلیظ و ثقیل غذائیں مضر ہیں۔ اگر بچہ ماں کا دودھ پی رہا ہو تو مرضعہ کو ان اشیا سے پرہیز کرائیں۔ دن میں سونا اور خوشبودار چیزوں کا سونگھنا بھی مضر ہے۔

●●

33

قلاع دہن

(THRUSH)

ماہیت واسباب: زندگی کے پہلے سال میں التہاب دہن کا خاص سبب قلاع (Thrush) اور ایک تا تین سال بثور دہن (حُبیبی جوششِ دہن=herpes simplex) کثیر الوقوع ہوتا ہے۔

منہ کی حرارت، رطوبت ولزوجت اسے پھیلنے کے لیے سازگار ماحول فراہم کرتی ہے۔ اکثر متاخرین قلاع دہن کی تین قسمیں بیان کرتے ہیں یعنی دموی، بلغمی وسوداوی اور کہتے ہیں کہ قلاع مادۂ صفرا سے بہت کم پیدا ہوتا ہے۔ اسی لیے اس کا علیحدہ سے بیان نہیں ملتا۔ ان کا کہنا ہے کہ قلاع کی کوئی قسم ایسی نہیں ہے، جس میں صفرا شامل نہ ہو، لیکن شیخ کا قول ہے کہ قلاع ہر خلط سے پیدا ہوتا ہے، جس کی شناخت اس کے رنگ سے ہوتی ہے۔

شیر خوار بچوں میں قلاع بلغمی مرضعہ کے دودھ کی خرابی اور اس کی غلظت (گاڑھاپن) سے واقع ہوتا ہے۔

جدید تحقیق کی رو سے قلاع کی سادہ قسم اویدم ابیض (Oidum albicans) یا مونیلیا ابیض (Monilia albicans) سے عارض ہوتی ہے، جسے قلاع بلغمی یا قلاع رطوبی بھی کہتے ہیں۔ قلاع دراصل غشائے مخاطی اور تحت مخاط بافتوں کی ایک سرایت ہے جو ایک سبز فنگس سے

عارض ہوتی ہے۔ یہ کمزور و ناتواں بچوں میں بکثرت پایا جاتا ہے۔ کھانے کے برتن اور ماں میں مونیلیا مہبلی التہاب (Monilia Vaginalitis) بھی اسی کا سبب ہوسکتا ہے۔ ماں کا مہبلی قلاع بچوں میں بھی منتقل ہوسکتا ہے۔

سریری ظواہر: اس میں چھوٹی چھوٹی خاکستری یا سفید پھنسیاں یا دھبے (چکتے) مسوڑھوں، زبان اور رخساروں کی اندرونی سطح پر نکل آتے ہیں جو دہی سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یہ غشائے مخاطی سے اس قدر سختی سے چسپیدہ ہوتے ہیں کہ انھیں بمشکل ہی علاحدہ کیا جاسکتا ہے، جس کے بعد نزفی دانہ دار سطح نمودار ہوجاتی ہے۔ یہ اضرار اس قدر بےچینی پیدا کر سکتے ہیں کہ بچہ کھانا پینا ترک کر سکتا ہے اور موت تک نوبت پہنچ سکتی ہے۔ اسہال عارض ہوسکتا ہے۔

تصویر 14: قلاع دہن۔ سفید مرتفع دہی نما دھبے، جنھیں دور کرنے کی کوشش کے نتیجے میں التہابی خطہ رونما جاتا ہے

عام طور سے اس کی پھنسیاں یا آبلے گوشۂ دہن میں لبوں کے اندر اور زبان کے نیچے ہوا کرتے ہیں، لیکن گاہے پھیل کر حلق، مری اور معدہ تک پہنچ سکتے ہیں، جس کی وجہ مواد کی رداءت ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں براز میں بھی فتکس ظاہر ہونے لگتے ہیں اور بالآخر خون بھی آنے لگتا ہے۔ جس کے سبب کولھے پر دانے نمودار ہو سکتے ہیں۔ تکلیف کا یہ عالم ہوتا ہے کہ بچہ نگلنے، گفتگو کرنے اور سانس لینے میں مشکلات سے دوچار ہوتا ہے۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو یہ تقرحات چھوٹے چھوٹے زخم میں تبدیل ہو جائیں گے جن کے اردگرد سرخی ہوگی۔

قلاع دموی کی صورت میں منہ کی جھلی نمایاں ہوتی ہے، گرمی اور سرخی محسوس ہوتی ہے، رنگ سرخ ہوتا ہے۔

قلاع صفراوی یا قلاع زرد شدید الالتہاب ہوتا ہے یعنی اس میں دیگر اقسام کے بہ نسبت زیادہ التہاب ہوتا ہے۔

قلاع بلغمی کی پیدائش اکثر بلغم شور سے ہوتی ہے جسے قلاع مرطوب بھی کہتے ہیں، اس میں منہ کی جھلی دبیز دکھائی دیتی ہے دانوں کا رنگ سفید اور درد کم ہوتا ہے۔

قلاع سوداوی یا قلاع سیاہ کی صورت میں زبان سیاہ، درد شدید اور سوزش زیادہ ہوتی ہے۔

ان میں سے اسلم اور سہل العلاج بلغمی قلاع، اس کے بعد احمر اور پھر اصفر ہوتا ہے۔ خبیث و بدترین قسم سوداوی ہوتی ہے۔ موخر الذکر بچے میں لاحق ہوتی ہے تو مشکل سے گلوخلاصی ہوتی ہے۔

نیلگوں قسم (اسود ملعب کی طرح) مہلک ہوتی ہے۔

گاہے اصناف قلاع شدید التاکل اور ان میں سے بعض ساکن ہوتے ہیں۔ یہ گاہے ورم کے ساتھ ہوتا ہے اور کبھی بغیر ورم کے۔

تشخیص تفریق: قلاع غیر متقرح مع تعفن ہوتا ہے اور بثوری اس کے برخلاف۔

زیادہ گہرے زخم کو اطبا قروح خبیثہ یا آکلۃ الفم سے موسوم کرتے ہیں۔

علاج: مسیحی کا قول ہے کہ اگر بدن ممتلی ہو تو فصد کریں، بصورت دیگر حجامت۔ بہر حال تمام بدن سے خلط غالب کا استفراغ و فصد اکثر اقسام میں نافع ہے (تاہم عمر تزاید میں فصد و حجامت سے گریز کرنا چاہیے)۔ اگر تمام بدن کی مشارکت سے ہو تو ہفت اندام اور اگر سر سے ہو تو اول قیفال، اس کے بعد زیر ذقن اور شریان تحت اللسان و چہار رگ سے فصد کریں۔ کیونکہ یہ جملہ امراض حار مادی کے لیے مفید ہے۔

بورد ہن کی بیشتر ادویہ اس میں بھی مفید ہیں۔ قلاع قوی جس کے ساتھ رطوبت اور بہت زیادہ پیپ آتی ہو، ادویہ مقویہ سے، ضعیف کا ادویہ ضعیفہ سے اور متوسط کا ادویہ معتدلہ سے علاج کیا جائے۔

شدت مرض کی صورت میں جملہ روغنیات حتیٰ کہ روغن زیتون سے بھی احتراز ضروری ہے لیکن اگر تعدیل یبوست مقصود ہو تو قابض روغنیات مثلاً روغن آس وروغن گل مناسب ہے۔ اسی طرح روغن زرداور دیگر روغنیات سے بھی پرہیز ضروری ہے۔ کیوں کہ اس سے فساد وتعفن پیدا ہوتا ہے اور ہلاکت تک نوبت پہنچ سکتی ہے اور جب قلاع اس حد تک پہنچ جاتا ہے تو علاج انتہائی دشوار ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں استفراغ کے علاوہ اعضائے رئیسہ کی تقویت مقوی ادویہ مثلاً جوارش آملہ سے کی جائے (مزاج کی رعایت سے)۔ معدہ وامعا تک پھیلنے کی صورت میں علاج مشکل ترین ہو جاتا ہے۔

قلاع احمر دموی کی صورت میں موافق ترین دوا ابتداءً قدرے قابض دمبر داس کے بعد محلل غیر لذاع ہے۔

اشقر جو کہ دم صفراوی سے پیدا ہوتا ہے اور اصفر کے لیے دوائے زائد التبرید کے علاوہ ابتدا میں مجفف وجالی، معتدل الکیفیت اور آخر میں مجفف ومحلل دی جائے۔ لیکن عمر کا لحاظ ہر حالت میں ضروری ہے۔

ذیل میں ہر خلط کی رعایت سے علاج درج کیا جارہا ہے:

قلاع دموی وصفرادی کی صورت میں تبرید کی غرض سے لعاب بہدانہ، شیرہ عناب، شیرہ مغز تخم تربوز وشربت نیلوفر دیں۔ لعاب بہدانہ کے بجائے لعاب اسپغول بھی دے سکتے ہیں۔ یا:

شیرہ باردہ مثلاً خرفہ، خیارین، کدو، کاہو اور کاسنی ہر ایک 7 گرام ہمراہ شربت نیلوفر 50 ملی لیٹر دیا جائے۔

تنقیہ کے بعد جوشاندہ حلبہ وشاہترہ نوش کرائیں۔

مضمضہ: برگ حنا پانی میں بھگو کر صاف کر کے اس میں کافور حل کر کے مضمضہ کرائیں۔ گاہے کات سفید بھی پیس کر اضافہ کرتے ہیں۔

جرجانی وایلاقی کے مطابق صفرادی کا علاج دموی کے مطابق ہے الّا یہ کہ منہ کی ادویہ میں صاحب صفرادی ادویہ سرد مفرد کا محتاج ہوتا ہے۔ ہر دو قسم میں شربت توت منہ میں لگانا چاہیے اور:

کزمازج، حنا، آردعدس، گلنار، طباشیر، سماق پیس کر منہ میں چھڑکیں اور صفراوی میں صندل، کشنیز خشک، نشاستہ، کافور، تخم خرفہ اضافہ کریں۔

آب بارتنگ، آب عصی الراعی (لال ساگ کا عرق)، آب عدس (مسور کا پانی)، کافور وصندل صفراوی کو خوب راس آتا ہے۔

آملہ منہ میں رکھنا قلاع حار میں نافع ہے۔

قلاع بلغمی میں اصل السوس مقشر، پرسیاؤشاں، گاؤزباں، دانہ ھیل، عرق بادیان میں جوش دے کر صاف کر کے نبات سفید داخل کر کے نوش کرائیں اور مضمضہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) عاقرقرحا، امیران، تخم ترب ہمکوفتہ کو سرکہ میں جوش دے کر صاف کر کے مضمضہ کرائیں۔

ذرور ذیل قلاع بلغمی کے لیے مجرب ہے:

(نسخہ) کتھ سفید، شورہ قلمی ہر ایک 6-6 گرام پیس کر قدرے زبان پر چھڑکیں۔

جرجانی وایلاقی نے لکھا ہے کہ امیران، برگ زیتون، کزمازج، ناگرموتھا، الائچی، مشک یمانی ہلیلہ زرد برابر کوٹ چھان کر منہ میں رکھنا مفید ہے۔ لیکن مستحکم صورت میں:

حب ایارج، حب صبر سے استفراغ کرائیں۔ مقامی طور پر ذرور ذیل چھڑکیں، جو قلاع بلغمی مزمن وقلاع سوداوی تازہ میں مفید ہے:

(نسخہ) برگ زیتون، اقاقیا ہر ایک 1.75 گرام، ایرسا، سعد (ناگرموتھا) ہر ایک 7 گرام، زعفران، کبابہ ہر ایک 2.48 گرام۔ پیس کر ذرور کریں۔

قلاع سوداوی: اگر اس کا مادہ سودائے طبعی ہو، جو کمتر واقع ہوتا ہے اور رداءت کمترین ہے، اس کا علاج قاطع دموی وصفراوی کے مطابق کیا جائے، لیکن ترطیب میں اضافہ کر دیا جائے۔

اگر سودائے احتراقی سبب ہو تو قلاع دموی وصفراوی کے مطابق علاج کیا جائے۔ لیکن اس میں بھی ترطیب کا زیادہ اہتمام کیا جائے اور نضج مادہ کے بعد مسہل سودا سے تنقیہ کیا جائے، یا مطبوخ ذیل دیا جائے:

(نسخہ) بادرنجبویہ، گاؤزباں، اصل السوس مقشرہ ہمراہ شکر۔

غذا میں مزورۂ نخود (مخصوص سالن)، آش جو اور مغز بادام دیا جائے۔

اگر بخار نہ ہو تو مطبوخ افتیمون، معجون نجاح، ماء الجبن وعرق شیر دیں۔

تازہ مسکہ لگائیں تا کہ جلد کی سیاہی دور ہو جائے۔

مرض کے آخری درجہ میں انجیر، سویا، ناخونہ اور بابونہ کے جوشاندہ سے مضمضہ کرائیں۔

اگر قروح وبثور سیاہ ہو کر متعفن و بد بودار ہو جائیں تو قلقطار، پودینہ، گلنار، گلسرخ، سماق وپھٹکری مساوی الوزن کوٹ چھان کر چھڑکیں، لیکن اس سے پیشتر:

(نسخہ) سرکہ وگلاب جس میں برگ ابہل، جوز السرو اور پودینہ جوش دیا گیا ہو، سے منھ دھولیا جائے۔

اگر قلاع سوداوی کا سبب آتشک ہو تو لعاب بہدانہ، شیرۂ عناب، عرق شاہترہ میں نکال کر شربت بنفشہ داخل کر کے پلائیں، اور:

(نسخہ) پوست کیکر، پوست سرس، کزمازج، گلنار پانی میں جوش دے کر مضمضہ کرائیں۔ یا اطریفل صغیر کھلا کر اوپر سے عرق شاہترہ اور عرق عنب الثعلب پلائیں۔

قلاع صبیان

چھوٹے بچوں کو کم قوت کی دوائیں دیں، دودھ کی اصلاح قوی تر ادویہ سے کریں، اکثر ایسا ہوتا ہے کہ شیر خوار بچوں کی اغذیہ میں اصلاح کافی ہو جاتی ہے چنانچہ اگر وہ کھانا نہ کھاتا ہو تو ادویہ مرضعہ کو کھلائیں۔ اکثر قلاع خفیف میں آرد جو بریاں یا ترنجبین باریک کر کے سوتے وقت لگانا مفید ہے۔

برگ حنا کا مضمضہ جملہ اقسام قلاع میں مفید ہے۔ اگر قوی دوا کی ضرورت ہو تو:

(نسخہ) زرد چوب، پوست انار، گلنار، سماق ہر ایک ایک گرام، مازو 4 گرام، شب یمانی سوختہ 3 گرام، کشنیز، آب حصرم ہمراہ شہد یا گل ارمنی، گل مختوم، کتیرا ہمراہ گلاب کافی ہوا کرتا ہے، لیکن بلغمی میں قدرے زعفران کا اضافہ کر لیا جائے۔

قلاع صفراوی کی حالت میں مرضعہ کا تنقیہ ماء الفواکہ سے کریں اور مرض قوی ہو تو مطبوخ ہلیلہ زرد دیں۔ غذا دموی کے مطابق دیں اور بچے کے منہ میں ذرور ذیل چھڑکیں:

(نسخہ) طباشیر، گل سرخ، صندل سفید، آرد عدس، کشنیز اور قدرے کافور۔ ابتدائے ظہور قلاع میں ذرور ذیل مفید ہے:

(نسخہ) تخم کدو، بہدانہ، گلبنفشہ، زرورد پیس کر ذرور بنائیں۔

اگر شیر خوار بچے کو قلاع رطوبی (بلغمی) کی شکایت ہو تو مرضعہ کا تنقیہ مطبوخ افتیمون سے کر

کے حب ایارج استعمال کرائیں، پھر عاقرقرحا اور مویزج سے کلی کرائیں، اس کے بعد مطبوخ ذیل سے مضمضہ کرائیں:

(نسخہ) ناگرموتھا، بیخ سوسن، مویزج، عاقرقرحا، فلفل، زنجبیل ہر ایک 15 گرام۔ سرکہ وشہد اضافہ کر کے جوش دے کر بار بار مضمضہ کرائیں:

نسخہ ذیل بچوں کے مسوڑھوں کے بخو راور قلاع کے لیے نافع ہے:

(نسخہ) مرکی، مازو سبز، قشور کندر باریک کر کے شہد میں آمیز کر کے مالش کریں۔ اگر بچے کے جوشش دہن کے ساتھ اسہال، تشنگی وکرب ہو تو نسخہ ذیل استعمال کرائیں، مجرب ہے:

(نسخہ) مروارید، طباشیر، زہرمہرہ پیس کر شیرہ خرفہ، لعاب بہدانہ، عرق کیوڑا، عرق نیلوفر، عرق شاہترہ، رب بہ شیریں کے ہمراہ دیں۔

قلاع سوداوی کی صورت میں مرضعہ کا تنقیہ کریں اور اغذیۂ غلیظ ومولد سودا سے پرہیز کرائیں۔ غذا میں شوربا دیں۔ بچے کے منھ میں ذرور ذیل چھڑکیں:

(نسخہ) انارشیریں، مامیران، ناگرموتھا، حنا سائیدہ۔

اگر اسے چھڑکنا مشکل ہو تو زبان اور اس کی جڑ میں مل دیں۔

جدید معالجہ میں تازہ بتازہ جنشن وائلٹ افیصد والے محلول کے استعمال سے بہت جلد فائدہ ہوتا ہے۔ اسے روزانہ 2-3 بار منھ میں لگایا جائے۔ اس کے بعد دو ہفتے تک ایک بار روزانہ لگایا جائے۔

مونیلیا پرنسٹاٹین کا خاطر خواہ اثر ہوتا ہے۔

مہبلی قلاع اور دیگر ذرائع سرایت کو فراموش نہ کیا جائے۔

●●

34

بثورِ دہن

(VASCULAR STOMATITIS)

اسے حبیبی جوشش دہن (Herpetic stomatitis) سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

اسباب و ماہیت: اس کا سبب خون حادہ ہوتا ہے جو قدرے صفرا آمیز ہوتا ہے یا حرارت غریبہ کے زیر اثر بھی ہوتا ہے۔ گرم اشیاء کے استعمال سے خون میں گرمی پیدا ہوتی ہے اور اس کا اثر جلد کی جانب ظاہر ہوتا ہے۔ اس میں منہ کے بیش و موی غشائے مخاطی (Hyperaemic-Mucosa) مثلاً عارض، ہونٹ، زبان اور شاذ و نادر نرم تالو پر مخصوص قسم کے چھوٹے چھوٹے دانے نمودار ہوتے ہیں۔

یہ مادہ بلغم دسودا سے بھی پیدا ہوتا ہے۔ شیخ کے قول کے مطابق معدہ کے اردگرد کی حرارت اور اس کے بخارات سے اکثر لاحق ہوتا ہے اور گاہے اس سبب سے حمیات میں بھی واقع ہوتا ہے۔ کہتے ہیں کہ حب حمیات میں سیاہ نیلگوں بثور زبان پر پیدا ہوتے ہیں تو بیمار ہلاک ہو جاتا ہے۔

جدید تحقیقات کے رو سے اس کا سبب نملہ (Herpes labialis) کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

سریری ظواہر: اس میں نمودار ہونے والے دانے عموماً مسور کی دال کے برابر ہوتے ہیں جو چھوٹے سفید دائرے سے گھرے رہتے ہیں، جس کے کنارے گاہے سرخی مائل ہوتے ہیں۔ یہ

دانے بڑے اضرار میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔اس قسم کے بثور چھوت دار ہوتے ہیں جو اکثر ایک دوسرے میں پھیلتے رہتے ہیں۔درد شدید ہوتا ہے اور مطلق حرکت بھی دشوار ہوتی ہے۔یہ دانے گاہے خفیف بخار کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں اور گاہے ارتفاع تپش زیادہ ہوتی ہے۔التہاب لثہ عموماً موجود ہوتا ہے،زبان،مسوڑھے اور عارض متورم ہو جاتے ہیں۔تھوک کی کثرت ہوتی ہے۔ بھوک مر جاتی،بے خوابی اور کاہلی آ جاتی ہے۔

تشخیص: درد شدید مادہ حار کی علامت ہے جس میں چبانا بھی دشوار ہو جاتا ہے اور اگر درد خفیف ہو تو مادۂ باردہ۔اس کے بعد بثور کا رنگ دیکھا جائے سرخ رنگ دموی مادہ،سفید رنگ بلغمی اور سیاہ سوداوی پر دلالت کرتا ہے۔

مدت مرض ایک تا دو ہفتہ ہوتی ہے،لیکن عموماً ایک ہفتے کے اندر اندر شفا ہو جاتی ہے۔

علاج: بثور دموی میں فصد سر وحجامت کی ضرورت ہوتی ہے،گاہے بار بار فصد کی حاجت ہو سکتی ہے،اس کے بعد مسہل صفرا یا جوشاندۂ ہلیلہ یا فواکھ سے تنقیہ کریں،عمر تزاید میں فصد وحجامت سے گریز کریں۔ترش اشربہ مثلاً سکنجبین،شربت انار و آلو و تمر ہندی پلائیں۔

غذا میں آش جو،ماش وغیرہ دیں،اوائل مرض میں اس سر کہ سے کلی کرائیں جس میں گل سرخ،چولائی،برگ مکوہ،برگ کاسنی،بیخ کاسنی،دھنیا اور مسور جوش دیے گیے ہوں۔

بثور بلغمی کا علاج قلاع بلغمی کے خطوط پر کیا جائے۔

بعض اطبا کہتے کہ منہ میں روغن گاؤ مع اذخر لگانے سے بہتر کوئی دوا نہیں۔

سوداوی بثور کا علاج بھی قلاع بلغمی وسوداوی کے مطابق ہے۔

دوائے ذیل بثور دہان بلغمی میں بطور خاص مفید ہے:

(نسخہ) رسوت،قشار کندر پیس کر زبان پر چھڑکیں یا شہد میں ملا کر ملیں۔

نوٹ:۔کیموتھیراپی اور انٹی بایوٹک کا استعمال بیکار ہے۔

●●

35

آکلۃ الفم

(CANCRUM ORIS)

جوشش دہن کی طرح کا مرض ہے، جس کا انتشار بہت زیادہ تیزی کے ساتھ ہوتا ہے۔ بوئے دہن انتہائی بدبودار ہو جاتی ہے۔

اسباب: عفن، لذّاع، حریف اور اکّال خلط کا دماغ سے انصباب یا جملہ بدن سے صعود۔ چونکہ مسوڑھے ضعیف التر کیب اور کمزور ساخت کے ہوتے ہیں، اس لیے خراب مادہ کو جلد قبول کر کے متاثر ہو جاتے ہیں۔ تعفن کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ زخم تاخیر سے بھرتا ہے۔

علاج: فصد کریں اور حجامت بروئے کار لائیں (بشرطیکہ عمر و سخنہ اجازت دیں)۔ نضج کے بعد سودائے محترقہ کا تنقیہ مطبوخ افتیمون اور اس کے حبوب سے کریں۔ ماء الشعیر لازمی طور پر دیں اور مضمضۂ ذیل بروئے کار لائیں:

سرکا، آب سماق، انگور خام کا رُب اور جلانے والی دوائیں، جن میں قوت قابضہ کے علاوہ خشک کرنے کی قوت موجود ہو، کلّی کے لیے استعمال کرائیں۔ تاکہ اس کا پھیلنا اور بڑھنا موقوف ہو جائے۔ اس کے بعد اکّال دواؤں سے علاج کریں تاکہ فاسد اور گندہ گوشت کٹ جائے اور زخم مندمل ہو جائے۔ اس طرح بالآخر تازہ اور صحتمند گوشت پیدا ہو کہ زخم مندمل ہو جائے گا۔

قلاع دموی کی تدابیر یہاں بھی مفید ہیں۔ سلطان مراد نے لکھا ہے کہ جب کات سفید ہندی، شورۂ قلمی مساوی الوزن پیس کر منہ میں ذرور کیا جاتا ہے تو قلاع خبیث کا قلع قمع ہو جاتا ہے۔

غذا و پرہیز: نمکین، چرپری، غلیظ۔ کثیف اشیا مثلاً بیگن، گائے، بھینس کا گوشت، مونگ، باقلا وغیرہ ترک کرادیں۔ لطیف اور سریع الہضم غذا دیں۔ جملہ مرطوب خوشبوئیات مثلاً گلسرخ، گلبنفشہ سونگھائیں لیکن مشک وجند بیدستر سے اجتناب کرائیں۔

●●

36

التہابِ زبان

(GLOSSITIS)

یہ ورم پوری طرح زبان وعضلات محرکہ میں عمومی طور پر پایا جاتا ہے یا عضلات میں بغیر زبان کے یا زبان میں عضلات کے بغیر۔ یہ حار دموی وصفراوی ہوتا ہے یا بارد بلغمی وسوادوی۔

تشخیص: ان اقسام کی تشخیص ادرام کی طرح ہوتی ہے نیز رنگ زبان خلط غالب کی دلیل ہوتی ہے، دموی وبلغمی میں لعاب دہن کی کثرت ہوتی ہے اور صفرادی وسوداوی میں زبان خشک ہوتی ہے۔ درد کی شدت ورم حار میں ہوتی ہے، تمددی وضربانی درد دموی پر دلالت کرتا ہے۔ شدت وجع وسوزش زبان پر بثور کا نکلنا صفراوی کی علامت ہے اور صلابت ورم سوداوی پر دلالت کرتا ہے۔

گاہے زہر خورانی (مثلاً فطروافیون) سے بھی زبان متورم ہو جاتی ہے۔

علاج:

ورم زبان حار: علاج قلاع حار دموی وصفراوی کریں نیز دموی میں فصد سر کے بعد نضج مادہ کی غرض سے نقوع مبرد یا مطبوخ منضج مسہل صفرا یا مطبوخ ہلیلہ دیں۔ اورام زبان میں اسہال قے سے بہتر ہے۔ اگر نوزائیدہ کو شکایت ہو تو مرضعہ کو دوائیں پلائی جائیں۔

ورم زبان بارد: قلاع بلغمی کا معالجہ وتدابیر بروئے کار لائیں یا نضج کی غرض سے اصل السوس، بادیان، بادرنجبویہ کا جوشاندہ دیں۔

قارورہ میں آثار نضج ظاہر ہونے کے بعد مطبوخ مقوی یا ایارج وتر بد دیں یا حقنۂ حار سے تنقیہ کریں۔ اگر نوزائیدہ مبتلائے مرض ہو تو مرضعہ کے دودھ کی اصلاح کی غرض سے اسی کو یہ دوائیں استعمال کرائیں۔

ورم زبان سوداوی: نضج کے بعد مسہل سوداویں یا جوشاندۂ اصل السوس مقشر نیمکوفتہ، گاؤزباں، بادرنجبویہ ہمراہ گلقند دیں۔

غذا حسب بالا دیں۔ مولد سودا اغذیہ مثلاً گائے کے گوشت، بیگن، مچھلی اور نمک وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔

قارورہ میں ظہور نضج کے بعد مطبوخ افتیمون یا حب افتیمون سے تنقیہ کریں۔

مضمضہ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) گدھی یا بکری کا دودھ قدرے روغن بنفشہ یا کدو، یا نیلوفر یا آب انجیر، لعاب حلبہ و تخم حنا سے مضمضہ کرائیں۔

ادویۂ حارہ کے استعمال سے سرطان نہیں ہوتا، ساتھ ہی طبیعت کی تلیین ایارج صغیر وخیارشنبر سے کریں، لیکن اگر سرطان ہو ہی جائے تو انقطاع کے سوا چارہ نہیں۔

اگر زہر خورانی سبب ورم ہو تو زہر کا اصولی علاج کیا جائے۔

●●

37

التہاب غدۂ نکفیہ

(MUMPS)

مترادفات: گلسوئے، ورم اصل الاذن (Infectious parotitis)۔

زیادہ چھوت دار نہ ہونے کے باوجود یہ قشمی مرض غدہ لعاب کے دردناک التہاب سے متمائز کیا جاتا ہے جس کے ساتھ بالعموم مرکزی نظام اعصاب (CNS) بھی شریک ہو جاتا ہے۔ مریضوں کی غالب اکثریت (85%) بچوں کی عمر میں ہوتی ہے۔ ایک بار کا حملہ عمر بھر کی مناعت پر منتج ہوتا ہے۔

وبائیات: التہاب غدۂ نکفیہ عالمی پیمانے پر پھیلتا ہے۔ دیہی علاقوں کے بجائے شہروں میں زیادہ حوادث ہوتے ہیں۔ سرما کے اواخر یا خزاں میں اس کا وقوعہ شباب پر ہوتا ہے۔ تقریباً 30 تا 40 فیصد سرایتیں تحت سریری ہوتی ہیں۔

سریری مناظر: التہاب غدۂ نکفیہ کی مدت حضانت تقریباً 14 یوم ہوتی ہے۔ 12 تا 24 یوم شدت کا زمانہ ہوتا ہے۔

ابتدائی حصہ مختصر (1 تا 2 یوم) ہوتا ہے، جو بخار، اضطراب، خراش حلق، وجع الاذن اور چبانے یا نگلنے کے دوران کان کے پیچھے درد سے متمائز کیا جاتا ہے۔

غدۂ نکفیہ کا المناک اذیمائی التہاب یک جانبی یادو جانبی (جس میں تحت فکی) (submaxillary) یا تحت لسانی (Sublingual) غدد شامل نہیں ہوتے) بعد کے ایک تا تین یوم میں انتہائی اہم علامت ہوتی ہے۔ بڑھا ہوا غدۂ فص الاذن (Ear lobe) کو اوپر یا باہر کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ الیمیت (Tenderness) اور درد 1 تا 3 یوم میں معدوم ہو جاتا ہے تاہم التہاب ختم ہونے میں 7 تا 10 یوم لگ سکتے ہیں۔ اسی دوران بخار، عدم اشتہا، صداع اور اضطراب بھی معدوم ہو جاتے ہیں۔ اسی اثنا میں دیگر غدد مثلاً تحت فکی اور تحت لسانی بھی بڑھ سکتے ہیں۔ 10 تا 15 فیصد اصابات میں تحت فک اسفل غدد (Submandibular Glands) بھی بڑھ سکتے ہیں۔

میزاب نکفیہ کا فتحہ، اس کے روبرو بالائی دوسرا ضرس (داڑھ=Molar) متورم اور سرخ ہوتے ہیں۔

نصف اصابات میں غیر علامتی مرکزی نظام اعصاب (CNS) شامل ہوتے ہیں۔

تشخیص: غدۂ نکفیہ کے دو جانبی الیم التہاب کی موجودگی میں، خاص طور سے جبکہ غدۂ نکفیہ کے تماست (Exposure) کی تاریخ کی قوی دلیل بھی موجود ہو، تشخیص واضح ہو جاتی ہے۔

تشخیص تفریقی التہاب نکفیہ کے دیگر اسباب سے کرنی چاہیے۔

جب سریری تشخیص کے لیے معملی توثیق کی ضرورت ہو تو درج ذیل تفتیشات بروئے کار لانی چاہئیں:

توصیفی تثبتی کاشفہ (Compliment Fixation Test)۔

دماغی نخاعی سیال (CSF): قوی دباؤ، بڑھے ہوئے پروٹین اور خلیات (بیشتر یک خلوی= Monocytes)۔

شمار دم پر قلت کریات بیضاء (Leukopenia) مع لمفاویت (Lymphocytosis) ظاہر ہوتا ہے۔

اول الذکر دو کو نکفی التہاب سحائی دماغی (Meningocephalitis) سے متمائز کرنے کی ضرورت ہے۔

تشخیص تفریقی: التہاب غدد نکفیہ کو عنقی لمفاوی التہاب غدد (Cervical lymphadenitis) سے بھی متمائز کرنا چاہیے (اس نادر حالت میں دونوں غدد نکفیہ ودمعیہ ماؤف ہوتے ہیں۔ آنسو معدوم ہوتے ہیں اور منہ خشک)۔ اسی طرح مخلوط نکفی سلعہ، قنات نکفیہ کا تسدد، مکرر الوقوع التہاب نکفیہ یا سارکی ڈوسیت (Sarcoidosis) کو بھی گاہے مستثنیٰ کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

عوارض:

التہاب صفن: التہاب برنج (Orchitis-epididymitis) انتہائی کثیر الوقوع اور نا قابل برداشت درد کا موجب ہو سکتے ہیں، جس کے نتیجے میں گاہے خصوصی ذبول لاحق ہوسکتا ہے، شاذ ونادر عقم کا سبب ہوسکتا ہے۔

o التہاب بانقراس قلیل الوقوع ہے اور 4 تا 7 یوم میں مکمل شفا ہو جاتی ہے۔

o التہاب دماغ سحائی جو پہلے سے موجود ہوسکتا ہے، ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے یا التہاب نکفیہ کے بعد لاحق ہوسکتا ہے۔ یہ دس فیصد اصابات میں لاحق ہوتا ہے۔ یہ خطرناک پیچیدگی مہلک ثابت ہوسکتی ہے۔

o التہاب عضلۂ قلب، التہاب غشاء القلب وغیرہ۔

o التہاب کلیہ

o التہاب کبد

o التہاب درقیہ

o التہاب حلمیہ (mastoiditis)

o التہاب مفاصل

o وقر (سمعی اعصاب کے التہاب کے سبب)

o لقوہ

o استرخائے چشم (Ocular paresis)

علاج:

کوئی مخصوص علاج نہیں۔

عمومی تدابیر بالکلیہ علامتی ہوتی ہیں، جو علیحدگی (Isolation)، استراحت، دافع حمیات، مقامی حار یا بارد تکمید، نمکین پانی کا غرغرہ اور بالخصوص ابتدائی ایام میں چبانے اور نگلنے کے تکلیف دہ درجہ میں سیال کے استعمال پر مشتمل ہوتے ہیں۔

پیچیدگیوں کا علاج انفرادی تقاضوں کے تحت ترجیحاً کرنا چاہیے۔ بہت سے ماہرین التہاب صفن کی موجودگی میں کارٹی کاسٹیرائڈ کے استعمال کی حمایت کرتے ہیں۔

حفظ ما تقدم: فعال تمنیع (Active Immunization) کی بعض ماہرین مخالفت کرتے

ہیں۔ان کے مطابق اس سے تحفظ کی چنداں ضرورت نہیں تاہم اس طرح کی سرایت کو موخر کیا جاسکتا ہے، جبکہ یہ مرض اکثر شدت نصاب پر مشتمل ہوتا ہے۔ مدافعانہ تحفظ یعنی تقییتی دموی لحمین (Convalesent gammaglobulin) کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے، جسے تماست (exposure) کے بعد بعجلت ممکنہ 2.5 ملی لیٹر درون عضلاتی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔

انذار: عموماً بہتر ہوتا ہے، حتی کہ التہاب سحائی دماغی میں مبتلا بیشتر بچے بھی مکمل طور سے صحت ہو جاتے ہیں۔دق شاذ و نادر ہوتا ہے۔

یونانی علاج:

خوردنی طور پر نسخہ ذیل ہیں:

نسخہ: عناب 3 دانہ، سپستاں 5 دانہ، بہدانہ 2.5 گرام کو عرق شاہترہ و عرق عنب الثعلب 35 ملی لیٹر میں جوش دے کر چھان کر شربت نیلوفر 12 ملی لیتر اور خاکسی شستہ 2.5 گرام ملا کر صبح و شام پلائیں۔(یہ مقدار خوراک 10 سالہ بچے کی ہے)۔

نسخہ ضماد: گل خطمی، عنب الثعلب، مغز خیارشنبر۔تینوں مساوی الوزن لے کر آب مکوہ سبز میں پیس کر مقام ورم پر ضماد کریں۔

کان میں شیر دختراں چند قطرے ٹپکائیں۔

روغن گل میں باریک فتیلہ لت کر کے کان میں رکھیں۔

●●

38

سقوط اللّہاۃ

(کوّے کا لٹک جانا)

(UVULITIS)

اسے استرخاء اللہاۃ بھی کہتے ہیں۔ اس میں کوا ڈھیلا ہو کر اس قدر نیچے لٹک جاتا ہے کہ وہ اپنی جگہ از خود واپس نہیں جاتا، کھانسی یا تنگی تنفس کی شکایت بھی پائی جاتی ہے۔ کوئی شے حلق میں اٹکی ہوئی محسوس ہوتی ہے اور نگلنے میں دشواری ہوتی ہے لیکن جب مریض منہ کھولتا اور زبان باہر نکالتا ہے تو کوا بڑھا ہوا نظر آتا ہے۔

اسباب: اس کا سبب گاہے سوء مزاج گرم وتر ہوتا ہے جو خون سے پیدا ہوتا ہے اور گاہے سوء مزاج سرد وتر جو بلغم سے پیدا ہوتا ہے۔

علامات: سوء مزاج گرم وتر کی حالت میں سرخی وتمازت ہوتی ہے لیکن سوء مزاج سرد وتر کی حالت میں گرمی وسرخی نہیں ہوتی اور منہ سے لعاب خارج ہوتا رہتا ہے۔ کبھی کبھی کوا کافی مسترخی ہو جاتا ہے اور اس کی جڑ پتلی ہو جاتی ہے۔

علاج: انگلی سے نہایت ملائمت اور نرمی سے کوا اوپر اٹھائیں، اس کے بعد پھٹکری شہد میں ملا کر ملیں، یا:

o نشاستہ یا گل ملتانی سرکہ میں پیس کر تالو پر لگائیں۔
o فلفل سفید 3 گرام، مرکی 3 گرام، مازو 2 گرام۔ باریک کر کے ملنا بھی مفید ہے۔
o مازو گھس کر تالو پر لگانا مفید ہے۔

شدید اصابات میں اگر عمر و سخنہ اجازت دے تو سوء مزاج حار و تر کی حالت میں فصد کریں اور غرغرے، ملنے کی دوائیں استعمال کرائیں یعنی گلاب و سرکہ سے کلی کرائیں تا کہ مادہ لوٹ جائے اور کم ہو جائے، اور گلسرخ، صندل، کافور، گلنار پیس کر تالو پر ملیں۔ سوء مزاج تر و سرد کی حالت میں بطور غرغرہ جوشاندہ زوفا اور شہد کا پانی استعمال کریں، تا کہ بلغم چھٹ کر تحلیل ہو جائے ساتھ ہی:

رطوبات کو خشک کرنے والی قابض دوائیں بھی بطور غرغرہ استعمال کرائیں مثلاً:

o پھٹکری، برگ مورد، آب مغز انار ین۔
o بارہ سنگھا کا سینگ (سوختہ) اور نوشادر کو ے تک پہنچانا بھی مفید ہے۔

یا فوخ پر حسب ذیل طلا لگائیں:

(نسخہ) میدہ لکٹری، اقاقیا۔ پہلے سرکہ میں برگ مورد اور دھنیا جوش دیں پھر مذکورہ دوائیں اس میں ملا کر لگائیں، ڈھیلے کو ے اوپر چڑھ جائیں گے۔

اگر کو ے کی جڑ پتلی اور سرا موٹا ہو جائے تو آب گرم میں زفت حل کر کے غرغرہ کرائیں مفید ہے، کیونکہ یہ مادہ کو نرم اور تحلیل کرتا ہے۔

اگر کواڈھیلا ہو جائے تو قابض اشیاء مثلاً مازو، ست آملہ، عصارہ لحیتہ الیس سے غرغرہ کرائیں۔

اگر کو ے میں سرخی و تمازت پیدا ہو جائے تو آب مکوہ اور کاسنی سے غرغرہ کرانا مفید ہے چونکہ چھوٹی عمر کے بچے غرغرہ کرنے پر قادر نہیں ہوتے لہذا ان میں لگانے والی دواؤں پر اکتفا کرنا چاہیے۔

اگر مذکورہ تدابیر ناکام ہو جائیں تو ایک مناسب مقدار منقطع کر دی جاتی ہے لیکن اسے ایک ماہر سرجن کو ہی انجام دینا چاہیے۔ ورنہ خطرناک عواقب سے دوچار ہونے کا اندیشہ ہے، گاہے ذرا سی بے احتیاطی سے فقدالصوت یا ہلاکت تک نوبت پہنچ سکتی ہے۔

●●

39

التہاب لوزتین

(TONSILLITIS)

اس میں لوزتین اور حلق کے خارجی عضلات متورم ہو جاتے ہیں، ان میں سوزش ہوتی ہے اور ایک سفید تہ جم جاتی ہے۔ اس کی دو قسمیں حاد و مزمن ہوا کرتی ہیں۔

حاد التہاب لوزتین:

اسباب: یہ زندگی میں کبھی بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن بچپن میں اس کی شکایت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا سبب وہ بلغم بتایا جاتا ہے، جس کا انصباب دماغ سے ہوتا ہے یا حرارت دماغ کے سبب دماغی رطوبات پگھل کر لوزتین پر گرتی اور ورم لاحق کر دیتی ہیں۔

کثیف ہوا میں سانس لینا، زیادہ سرد و گرم اشیا کا استعمال، خناق وبائی اور متعدی بخاروں کو اس کے اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔ ایک مرتبہ ورم لوزتین کی شکایت ہونے کے بعد بار بار لاحق ہونے کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ گاہے وبائی شکل میں یہ مرض پھیلتا ہے۔

جدید تحقیقات کے مطابق نبقۂ عنبیہ، نبقۂ بجیہ اور ایچ۔ انفلوئنزا کثیر الوقوع عضویات ہیں۔ یہ انفرادی طور پر پائے جاتے ہیں یا دیگر عضویات کے ہمراہ مشترکہ طور پر۔ مخلوط سرایتوں میں نبقۂ ریوی کی بھی کاشت کی جا سکتی ہے۔

علامات: بلغمی یا دموی صورت میں ان کی علامتیں ظاہر ہوں گی خاص طور سے بچوں کے اصابہ میں اس کا وقوع اچانک ہوتا ہے۔ قدرے جاڑا لگ کر بخار آتا ہے جو بڑھ کر 40°F تک پہنچ سکتا ہے۔ حویصلاتی التہاب لوزتین میں لوزتین متورم، شوخ سرخ اور چھوٹی چھوٹی سفید تہوں سے ملفوف ہوتے ہیں، جن کے نیچے سے ریم کا افراز ہوتا ہے۔ عنقی غدد بڑھ کر الیم ہو جاتے ہیں۔ زبان کھردری ہو جاتی ہے اور تنفس بدبودار، حلق میں سوزش اور درد ہوتا ہے۔ نگلتے وقت کافی دقت ہوتی ہے اور درد کانوں تک بڑھ جاتا ہے۔ بچے کی آواز بدل جاتی ہے۔ پیاس کی شدت اور بےچینی بڑھ جاتی ہے۔ نبض قوی اور ممتلی ہو جاتی نیز ضربات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ قبض کی شکایت عام طور سے ہوتی ہے۔ پیشاب قلیل المقدار اور گہرا رنگین ہو جاتا ہے۔ دردسر کی شکایت برابر رہا کرتی ہے۔ کمزور بچوں میں بار بار حملے کے نتیجے میں وہ مسلسل سست اور لاغر ہو جاتا ہے۔

تشخیص: اس کی تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ عضویہ کا پتہ لگانے کے لیے حلق سے روئی کا ربذہ (swab) حاصل کرتے ہیں۔ اگر سرایتی اجزا کا سنگم ہو تو منہ کے غدد کا دھوکہ ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں خون کی فلم اور مصلی کا شفات ناگزیر ہو سکتے ہیں۔ یکساں حلقی منظر کے ساتھ حمی قرمزیہ (Scarlet fever) موجود ہوتا ہے، لیکن ایسے بیشتر اصابات میں زبان پر بھوسی نماتہ حمی ہوتی ہے۔ ضدحیوی (انٹی بایوٹک) کی حساسیت کے نتیجے میں بھی جلد پر دانے نکل سکتے ہیں۔

حاد حویصلاتی التہاب لوزتین کی تشخیص تفریقی خناق وبائی سے ضرور کر لینی چاہیے چنانچہ ورم لوزتین کی صورت میں زردی مائل خاکستری جھلی ہوتی ہے اور تمام لوزتین پر محیط نہیں ہوتی، اس کے برعکس خناق وبائی میں گندی بھوری جھلی ہوتی ہے جو لوزتین کا کافی خطہ ملفوف کر لیتی ہے، بلکہ تالو اور حلقوم تک منتشر ہو جاتی ہے۔ یہ جھلی التہاب لوزتین میں پکڑ کر بآسانی جدا کی جا سکتی ہے اور علیحدگی کے بعد غدد کی سطح سے خون نہیں بہتا، اس کے برعکس خناق وبائی میں اسے بآسانی جدا نہیں کیا جا سکتا اور اگر کسی طرح جدا بھی کر دیا جائے تو غدد کی سطح سے خون بہنے لگتا ہے۔ التہاب لوزتین میں جھلی علیحدہ کر دینے کے بعد نئی جھلی جلد نہیں بنتی، اس کے برعکس خناق وبائی میں بہت جلد نئی جھلی بن جاتی ہے۔ خناق وبائی میں حلقوم، حلقومی ستون اور لہاۃ سرخ نہیں ہوتے، حرارت خفیف مرتفع اور رفتار نبض بےترتیب طور پر تیز ہوتی ہے۔ خناق وبائی میں بچہ زیادہ بیمار ہو سکتا ہے، گردن زیادہ متورم ہو سکتی ہے۔

حاد التہاب لوزتین کی صورت میں عموماً کوئی مہلک تعامل دیکھنے میں نہیں آتا ہے۔ 3-4 یوم

میں نمایاں فائدہ ہونے لگتا ہے اور دسویں روز حلق کی حالت کافی صاف ہو جاتی ہے۔ مدت کی کمی بیشی کا انحصار بچے کی عمر اور سرایت کی قسم پر ہوتا ہے۔ علاج کی جانب خاطر خواہ توجہ دینے کی صورت میں مدت مرض حیرت انگیز حد تک کم ہو جاتی ہے۔

عوارض: نوزائیدوں میں کثیر الوقوع پیچیدگی التہاب الاذن (وسطی) اور بڑے بچوں میں عنقی التہاب غدد ہوتی ہے۔ شکم میں درد ہوتا ہے جس کا سبب گاہے مساریقی غدد کی کلانی ہوتی ہے۔ کبھی التہاب زائدہ بھی موجود ہوتا ہے۔ خصوصاً نوزائیدوں میں کثیر الوقوع پیچیدگیاں قے اور اسہال ہوتی ہیں۔

تحریز: اگر بچہ بڑا اور سمجھدار ہو تو اسے صحیح طور پر سانس لینے کی عادت ڈالنی چاہیے، اس طرح بچہ کی ناک یا حلق کے غدد کی خرابی یا کلانی پیدا ہی نہیں ہو سکتی۔

علاج: حاد حالتوں میں مکمل آرام پہنچایا جائے اور بیرونی جانب سے تکمید کرائی جائے۔ کمزوری رفع کرنے کے لیے کوئی مقوی شے دیں۔ اگر بچہ بہت چھوٹا ہو تو مرضعہ کو بلغم بڑھانے والی چیزوں سے پرہیز کرایا جائے اور انگلی میں شہد لگا کر قدرے پھٹکری چھڑک کر ورم پر ملیں، اس سے لعاب بکثرت آتا ہے۔ بہت مفید ہے۔

قبض کی صورت میں شافہ کے ذریعہ تلیین شکم کی جائے اور اسی قسم کی دیگر دواؤں سے علاج کیا جائے۔

اگر ورم میں صلابت موجود ہو اور دنبل کی شکل اختیار کر لے تو تین روز متواتر لوز تین پر دباؤ ڈالیں، اس طرح وہ منشق ہو جائے گا اور اور خراب رطوبت خود بخود خارج ہو جائے گی۔ پینے کے لیے نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 1.5 گرام، لعاب اسپغول 1.5 گرام، شیرۂ عناب 3 عدد، شیرہ مغز تخم کدوئے شیریں 1 گرام، عرق مکوہ 25 ملی لیٹر، عرق گاؤزباں 25 ملی لیٹر میں نکال کر شربت توت 10 ملی لیٹر ملا کر دونوں وقت پلائیں۔

شدت حرارت کی صورت میں مبردات استعمال کرائیں مثلاً کدو، ککڑی کا تراشہ سر پر رکھیں یا مکوہ سبز، کشنیز سبز پیس کر سر پر رکھیں، نیز ٹھنڈے اسفنج سے جسم پونچھا جائے۔

جدید ادویات مثلاً سلفا اور پنسلین ایجاد ہونے کے بعد اس کی خطرناکیاں بہت کم ہو گئی ہیں اور بیشتر اصابات میں علاج شروع کر دینے کے بعد دو دن کے اندر بخار اتر جاتا ہے، گو کہ

عقدی حمیات میں ایمپی سلین کی خرابیوں کا ذکر کیا گیا ہے، تاہم ایچ انفلوئنزا کے سبب وقع ہونے والے التہاب لوزتین میں انتہائی مفید ہے۔ جدید تالیفات بھی مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لا سکتے ہیں۔

معمولی حملے کی صورت میں انٹی بایوٹک دینے کے بجائے مریض کو اس کی حالت پر چھوڑ دینا چاہیے تاکہ سرایتی عضویات کے خلاف اس کی مدافعت بیدار ہو جاہے۔

غرغرہ کے طور پر ایسپرین پوڈر استعمال کیا جائے اور پھر اسے نگل لیا جائے۔ بڑی راحت ملتی ہے۔

بے آبی سے محفوظ رکھنے کی خاطر سیال آزادی کے ساتھ دیا جائے۔

منہ کی صفائی کمپاؤنڈ گلیسرین آف تھائمول (بی۔پی۔سی) سے روزانہ پابندی کے ساتھ کرنی چاہیے

غذا: سیال غذا ٹھوس یا نیم سیال کے بہ نسبت زیادہ قابل قبول ہوتی ہے۔

مزمن التہاب لوزتین:

یہ حالت حاد التہاب لوزتین کے بار بار حملے سے پیدا ہوتی ہے، لیکن حاد و مزمن کے مابین کوئی حد فاصل قائم کرنا دشوار ہے۔ حاد التہاب لوزتین کے علاوہ خسرہ یا حمی قرمزیہ کے نتیجہ میں بھی پیدا ہوتا ہے۔ یہ التہاب 4 تا 15 سال کی درمیانی عمر میں زیادہ پایا جاتا ہے۔

حاد التہاب لوزتین کے یکے بعد دیگرے حملوں کا سلسلہ ہوتا ہے اور تکلم متاثر ہو سکتا ہے۔ خراش دار کھانسی کی شکایت ہو سکتی ہے، نیز دوران طعام یا رات میں دم کشی کے حملے ہو سکتے ہیں۔ لوزتین خط وسطانی کی طرف بڑھے ہوئے دکھائی دیتے ہیں اور حقیقت میں باہم مل بھی سکتے ہیں۔ حلق کی غشائے مخاطی بالخصوص مقدم وجہی ستونوں پر سرخ ہوتی ہے اور عنقی لمفاوی عقد مستحکم طور پر بڑھ سکتے ہیں۔

جیسا کہ اوپر اشارہ کیا جا چکا ہے، مزمن التہاب لوزتین مکرر الوقوع حاد حملوں کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے، جبکہ سرایتی اجزا حویصلات میں باقی رہ جاتے ہیں۔ پنیر نما غذائی اجزا حویصلات میں مجتمع ہو سکتے اور لوزتین کی سطح پر موجود ہو سکتے ہیں یا حویصلات میں سے چھوٹے سفید یا زرد ٹھوس بدبودار اور بدذائقہ اجزا کی صورت میں نچڑ کر باہر آ سکتے ہیں۔ سانس لیتے وقت بوسہ لینے والوں یا دیگر ہم سبق ساتھیوں کو انتہائی ناگوار بو کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ بعض دفعہ کوئی حویصلہ

منقطع ہو کر سطح پر نمودار ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے اس کا منہ مسدود ہو جاتا ہے اور ایک ملائم زردورم ہو جاتا ہے، جس میں کریم نما رطوبت اور فواصل (Debris) موجود ہوتے ہیں۔ یہ مسدود دویرہ کہلاتا ہے، جسے بآسانی کھول کر مواد بہایا جا سکتا ہے۔

علامات: مریض بار بار خراش حلق، منہ میں ناگوار بو اور خراب ذائقہ کے علاوہ نظامی اختلالات سے بھی دوچار ہو جاتا ہے۔ بچوں میں سمی اثرات عدم اشتہا اور بدمزاجی ہوتے ہیں، مثلاً جھلاہٹ، معمولی بات پر رونے چلانے کا رجحان، عمومی قوت برداشت کی کمی ہوتی ہے۔ بچہ ''م'' اور ''ن'' کو بخوبی ادا نہیں کر پاتا اور قدرے بہرہ بھی ہو جاتا ہے۔

سریری مناظر: امتحان حلق پر یہ سفید اجزا حویصلات کے منہ پر نظر آ سکتے ہیں، جہاں سے انہیں بآسانی دور کیا جا سکتا ہے۔ جڑ کے زاویے پر لوزتینی لمفاوی غدہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے، جسے باحتیاط جس کر کے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ مقدم ستونوں پر دباؤ ڈالنے پر حویصلات سے رطوبت نچڑ کر باہر آ سکتی ہے

علاج: ابتدائے مرض میں فائدہ کی امید کی جا سکتی ہے، چنانچہ اگر ساختی خلل نہ واقع ہوا ہو تو حیاتین سے بھرپور مناسب غذا، تازہ ہوا، اور ریاضت کافی ہو سکتی ہے۔

لیکن اگر التہابی کیفیت زیادتی اختیار کر جائے تو لوزتین دور کر دئے جائیں، جس کے بعد بچے کو مزید حلقومی سرایت سے ممکنہ حد تک محفوظ رکھا جائے۔

عمیلہ کے موانع درج ذیل ہیں:

ہیموفیلیا، شدید ذیابیطس، غیر معمولی بیش طناب اور عمر رسیدگی وغیرہ۔ ایسی حالت میں تحفظی معالجہ کے طور پر التہاب حاد کے نسخے مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لائیں۔ اگر قبض ہو تو پہلے مغز املتاس 10 گرام دودھ میں جوش دے کر چھان کر پلا دیں، اس کے بعد التہاب لوزتین حاد میں درج لعاب بہدانہ والا نسخہ پلائیں۔ مناسب منضجات و مسہلات سے بھی مدد لی جا سکتی ہے۔ طب جدید میں انٹی بایوٹک طویل مدت تک استعمال کراتے ہیں اور منڈلز پینٹ بلا ناغہ لگانے کی ہدایت کی جاتی ہے۔

گلیسرین، بورک ایسڈ یا ہلکے آیوڈین گلیسرین کی پھریری لگانا بھی مفید ہے۔

●●

40

خناق وبائی

(DIPHTHERIA)

بدقسمتی سے ترقی پذیر ممالک میں اس کے ٹیکہ کا اب تک کوئی موثر اور کامیاب پروگرام نہیں مرتب کیا گیا ہے، جس کے سبب ان ممالک میں اب تک یہ مرض پایا جاتا ہے۔ اس کا وقوعہ ایک تا دس سال کی عمر میں زیادہ ہوتا ہے۔ خصوصاً دو سے تین سال کی عمر میں۔ موسم خزاں اور سرما اس کے لیے سازگار ترین موسم ہیں۔

اسباب: سرایت زیادہ تر صحتمند یا بیمار حامل کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ عدوی سرایت (Droplet infection) کھانسنے، چھینکنے، بوسہ لینے، یا گفتگو کرنے سے ہوتی ہے۔ شاذ و نادر باسی دودھ کو بھی اصابہ کا سبب قرار دیا جاتا ہے۔ کھلونے، کپڑے بچھونے، پنسل اور کتابیں ایک مدت تک چھوت دار ہو سکتے ہیں، خصوصاً اگر انہیں دھوپ نہ دکھائی جائے۔

علم الجراثیم کی رو سے اس کا سبب سمی رجحان حامل کو رائن بیکٹیریم خناق (Corynebacterium diphtheria) ہوتا ہے یہ جرثومہ گرام مثبت غیر متحرک راڈ نما ہوتا ہے جو ایک طرف سے باریک ہوتا ہے۔ اسے گرام اسٹین اور میتھی لین بلیو سے رنگا جاتا ہے۔ اس کی چھوٹی، متوسط اور بڑی تین قسمیں ہوتی ہیں، جن میں سے اول الذکر دو زیادہ سمی اور انسانی بافت پر

بآسانی نشوونما حاصل کرنے کے قابل ہوتی ہیں، اس کے برعکس خفیف قسم نسبتاً سست رفتاری سے نشوونما پاتی ہے، مزید برآں اس کا وجود صرف سطحی طور پر پایا جاتا ہے۔ ''انسانی حامل'' اس کے پھیلنے کے سب سے زیادہ ذمہ دار ہوتے ہیں۔

وبائیات: جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، اس کا حدوث ایک تا دس سال کی عمر میں زیادہ ہوتا ہے۔ لیکن نوزائیدوں میں کبھی نہیں عارض ہوتا۔ بچوں کے بہ نسبت بچیوں میں اس کا وقوع زیادہ ہوتا ہے۔ تپ محرقہ اور سرخ بخار کی طرح اس کا وقوع بھی عالمی پیمانہ پر ہوتا ہے۔

امراضیات: یہ مرض دراصل ایک مخصوص عفونت کا نتیجہ ہوتا ہے جس کا ذکر اوپر کیا جا چکا ہے۔ اس کی سمیت منجذب ہو کر سارے جسم کا خون مسموم کر دیتی ہے۔ مقام سرایت پر عضویے موجود ہوتے ہیں جن کی بڑھوتری سے تکوین ہوتی ہے جو سرعلمی تخر پیدا کرتا ہے۔ فائبرین اور خلیات بیضا التہابی تعامل کے ذریعہ تخری رقبہ میں داخل ہو کر اس مرض کی مخصوص جھلی بناتے ہیں، جسے غشاء کاذب کہتے ہیں، جھلی کے حاشیہ پر کوراٹن جرثومے موجود ہوتے ہیں، یہ جھلی منضم ہوتی ہے اور کاذب فائبرین سے رستی ہے۔ اسے علیحدہ کرنا دشوار ہوتا ہے۔ اس کی علیحدگی کے بعد ایک نزفی سطح باقی رہ جاتی ہے۔ یہ جھلی تنفسی قنات، قصبۃ الریہ سے شعبۃ الریہ تک بڑھ سکتی ہے جہاں حلقوم کے بہ نسبت کم منضم ہوتی ہے۔ اس کے برعکس کروپی جھلی (Coropus membrane) جو سرعلمی تہ کے آگے نہیں بڑھتی، بآسانی کھینچ کر بلا جریان دم کے نکالی جا سکتی ہے، خصوصاً بلعومی غشاء کاذب۔

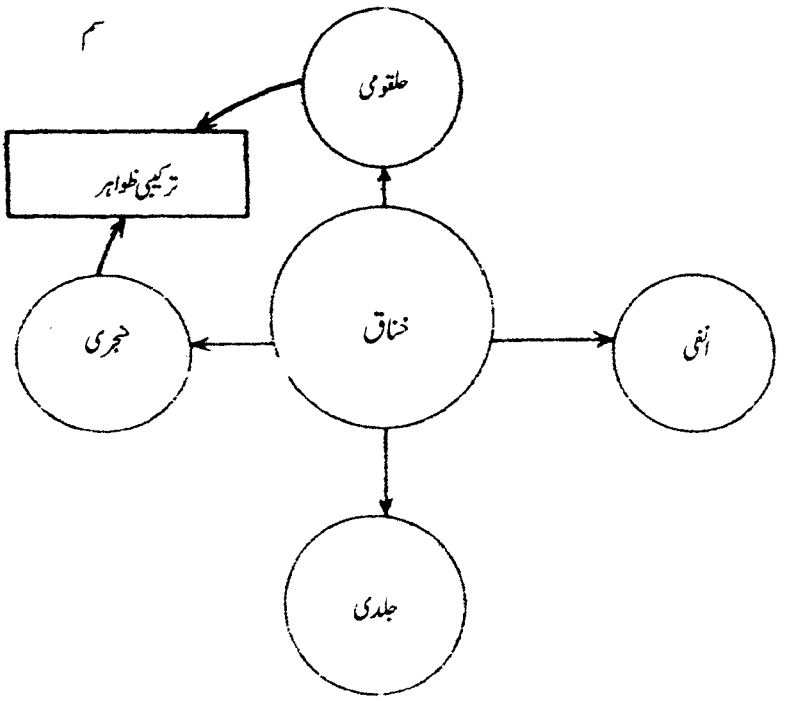
جب مرض کے پہلے ہفتہ میں موت واقع ہوتی ہے تو قلب متسع اور زرد ہوتا ہے نیز خوردبینی طور پر سحابی التہاب اور رخنی اذیما (Interstitial Oedema) دیکھا جا سکتا ہے۔ اس مرض میں مبتلا ہو کر بعد میں مرنے والے مریض کے قلبی عضلہ میں پلازما خلیات اور لمفاوی کریات کے رساؤ کے ساتھ متعدد انحطاطی ما سکے بھی پائے جاتے ہیں۔

مدت حضانت: 2 تا 5 یوم، لیکن مستثنیٰ حالات میں ایک تا 10 یوم بھی ممکن ہے۔

سریری مناظر: اس کا وقوع چور چال سے ہوتا ہے، اس میں 39.5°C حرارت موجود ہوتی ہے۔ اس کی مخصوص علامت وہ کاذب جھلی ہوتی ہے جو لوزتین، نرم تالو اور موخر دیوار حلق پر محیط ہوتی ہے، کیونکہ خناقی سرایت سب سے زیادہ حلقوم میں عارض ہوتی ہے، چونکہ حلقوم میں کسی دیگر مقام کے بہ نسبت زیادہ سمیت جذب ہوتی ہے لہٰذا اس کی جھلی میں سب سے زیادہ سمیت پائی جاتی ہے۔ خناقی جھلی، ناک، انف و حلقوم یا حنجرہ میں پائی جاتی ہے۔ اسی اعتبار سے ان کی قسمیں

تصور کی جاتی ہیں۔ دیگر مقامات پر اس کی سرایت نادر الوقوع ہے۔

غشاء کا رنگ عموماً بھورا (خاکستری) ہوتا ہے، تاہم یہ سفید پیلی یا گہری بھوری بھی ہو سکتی ہے۔ یہ غشائے مخاطی سے سختی سے چمٹی رہتی ہے اور جب دور کی جاتی ہے تو نزفی سطح چھوڑ جاتی ہے اور معاً بعد دوبارہ بن جاتی ہے۔ عنقی غدد بڑھ جاتے ہیں، جو اکثر بہت نمایاں اور ملائم ہوتے ہیں۔ یہ مرض تجاویف انف اور انف وحلق کو متاثر کر سکتا ہے جس سے بدبودار اور خون آلود مواد خارج ہو سکتا ہے۔ خناق وبائی حنجرہ اور حلقوم تک پھیل سکتا ہے، جہاں جھلی کی تکوین سے ہوائی رہ گزر کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ خون میں پیہم سمیت کے انجذاب سے مریض بہت ضعیف ہو جاتا ہے۔ پانچویں چھٹے روز غشا کا ذب علیحدہ ہونا شروع ہو جاتی ہے اور ساتویں آٹھویں روز تک بالکل صاف ہو جاتی ہے، لیکن بعض اوقات یہ جھلی حنجرہ یا نرخرے کے اندر بڑھ کر اس قدر دبیز



تصویر 15: مقامات خناق

ہو جاتی ہے کہ سانس لینا دشوار ہو جاتا ہے۔ایسی صورت میں مریض دو چار گھنٹے یا زیادہ سے زیادہ دو چار یوم کا مہمان ہوتا ہے۔کبھی اس مرض میں ناک یا منہ سے خون آمیز رطوبت جاری ہو جاتی ہے۔بعض اوقات ہاتھ پاؤں شل ہو جاتے ہیں اور گاہے ہذیانی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔اس کی مدت 8 تا 14 یوم ہوتی ہے۔مریض اس سے تدریجی طور پر شفایاب ہوتا ہے۔

جملہ اقسام کی جاد قسم پہلے ہفتے پر محیط ہوتی ہے، جس میں مقامی خراش کے سبب نمایاں علامتیں موجود ہوتی ہے۔اس کے بعد شدید اصابات میں مقامی علامات رونما ہوتی ہے۔

تشخیص: حلقوم میں موجود جھلی ایک واضح امارت ہوتی ہے جسے بڑی دقت سے دور کیا جا سکتا ہے، اس کے نکلتے ہی خون جاری ہو جاتا ہے۔اس کے ساتھ جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، خفیف ارتفاع تپش پایا جاتا ہے، لیکن قلبی حرکات نسبتاً کم سریع ہوتی ہیں، حلق کی سوزش، آواز کا بھاری پن یا آواز گرفتگی، نبض کمزور، البیومن بولیت، مختلف اعضاء کا استرخا اس کی مخصوص علامتیں ہیں۔

جملہ مشکوک اصابات میں ناک اور حلق کے ربڑے (Swabs) اہمیت سے خالی نہیں ہوتے، کسی بھی موجود جھلی کے کنارے سے ربڑہ حاصل کیا جائے۔نرم روئی کے عقیم پچاڑے مقام ماؤف پر پھیر کر آلودہ کر لینے کے بعد عقیم امتحانی نلی میں رکھ کر بغرض کاشت جرثومیاتی معمل میں بھیج دیا جائے۔لفلر وسیلہ (Loeffler medium) انتہائی اہمیت کا حامل ہوتا ہے۔نتیجہ چار گھنٹے کے اندر اندر دستیاب ہو جاتا ہے۔ اس طرح حتمی تشخیص میں مدد مل جاتی ہے۔فوری تشخیص کی خاطر فلوریسنٹ مانع مضاد اجسام تکنیک (Flurescent antibody technique) سے بڑی مدد ملتی ہے۔اس مرض میں عموماً اوسط درجے کی سفید دمویت موجود ہوتی ہے۔

مناعت کا کاشفہ: شک کاشفہ خناق سے اثر پذیری ثابت کرتا ہے۔ٹاکسین بمقدار 15 ملی لیٹر بازو کے اگلے حصہ میں درون عضلی راہ سے انجکٹ کیا جائے اور گرم شدہ محلول کا ایک معیاری محلول (Control Solution) دوسرے بازو میں انجکٹ کیا جائے۔مثبت تعامل بے حسی اور سرخی کے 10 ملی میٹر رقبے پر مشتمل ہوتا ہے جو چوتھے روز نمودار ہوتا ہے۔اس کے ساتھ ساتھ جلد کی خفیف درریزش بھی موجود ہوتی ہے۔منفی تعامل تمنیع کا مظہر ہوتا ہے۔کاذب تعاملات (Pseudo-reactions) نسبتاً جلد نمودار ہوتے ہیں اس میں احمراری گول رقبہ ہوتا ہے اور 2 تا 4 یوم کے اندر اندر معدوم ہو جاتا ہے، اس میں درریزش بھی بہت کم ہوتی ہے۔یہ کاشفہ مشتبہ خفیف اصابات میں

بھی مدد ہوسکتا ہے۔خناق کے حس پذیر افراد 2 تا 5 سال کی عمر میں سب سے زیادہ پائے جاتے ہیں۔ایسے افراد میں کامیابی کے ساتھ فاعلی تمنیع پیدا کی جاسکتی ہے اور خاص طور سے وبائی دور میں اس میں وسیع پیمانے پر عمل کرنا چاہیے۔

عوارض وعواقب: اس کے مخصوص عواقب قلبی عروقی اور عصبی (استر خائی) ہوتے ہیں۔ صحتیابی کے چند یوم بعد گاہے مریض گنگنا کر بولنے لگتا ہے۔نگلتے وقت ناک سے پانی خارج ہونے لگتا ہے، فالج کی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں اور تالو مفلوج ہوجاتا ہے بلکہ آنکھ کی پتلی بھی پھیل جاتی ہے۔مریض نزدیک کی چیز بھی بآسانی نہیں دیکھ پاتا ہے۔بعض میں لقوہ کی شکایت بھی ہو جاتی ہے۔اس کے علاوہ ذات الجنب، ذات الریہ یا چھوٹے بچوں میں ذات الریہ شعمی ہوتا ہے۔التہاب غدد جاذبہ اور التہاب غدد جاذبہ تقیحی بھی ممکن ہے۔اول الذکر دونوں عوارض سرایتی سمیت سے تعلق رکھتے ہیں اور باقی ثانوی سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔حلقوی خناق کے تقریباً جملہ اصابات میں التہاب عضلۂ قلب کے کم وبیش مدارج موجود ہوتے ہیں جن میں غشائی تکوین بھی شامل ہوتی ہے قلبی عضلہ میں اگر ایک بار سمیت جاگزیں ہوجائے تو انٹی ٹاکسین سے متاثر نہیں ہوتی۔اسے محض دورہ پذیر ٹاکسین سے ہی معتدل کیا جاسکتا ہے۔

انجام مرض: گذشتہ صدی میں معالجاتی ارتقا کے سبب شرح اموات بہت کم ہوگئی ہے، چنانچہ عصر حاضر میں شرح اموات چار فیصد سے زیادہ نہیں ہے جس کا تعلق بھی متعدد پیش گو یا نہ عوامل سے ہوتا ہے۔

انجام مرض کا انحصار سرایتی عضویے پر ہوتا ہے اور عمومی اصابات میں دیگر عضویوں کے بہ نسبت زیادہ خطرناک ثابت ہوتا ہے، خاص طور سے اگر مانع سمیت مصل کے ادخال میں تاخیر کے سبب غشا کا انتشار سرعت سے ہورہا ہو، لیکن اگر 24 گھنٹے کے اندر اندر چابکدستی کے ساتھ علاج خصوصی جاری کردیا جائے تو امید شفا بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔مقدم انفی خناقی، حلقومی یا بلعومی حملوں کے بہ نسبت زیادہ خفیف ہوتی ہے۔خفیف خناق میں شرح اموات پچاس فیصد سے زیادہ ہوجاتی ہے۔نزف، بیل نما گردن، تکرارِ قے اور شدید البیومن بولیت انتہائی خراب اور یاس انگیز انجام کی نشاندہی کرتے ہیں۔

خناق کے ابتدائی ہفتے میں موت یا سقوط دوران خون سے ہوتی ہے یا حجری تسدد سے۔ دوسرے اور تیسرے ہفتوں میں التہاب عضلۂ قلب مہلک ثابت ہوسکتا ہے اس کے بعد بیشتر

اصابات میں تنفسی سقوط موت کا پیش خیمہ ہوا کرتا ہے۔

اگر کسی طرح خناق کے حملے کو ناکام بنا دیا جائے تو بلا کسی عواقب کے مکمل شفایابی میں محض چھ ماہ تک لگ سکتے ہیں۔

تحریز: جب تک مریض کی ناک یا حلق کے افراز سے جراثیم کی کاشت کا حصول ختم نہ ہو جائے، اسے دوسروں کے تماس (Contact) سے دور رکھا جائے، کیونکہ مریض کے بظاہر صحتمند ہو جانے کے بعد بھی وہ خناقی جرثوموں کا حامل ہوتا ہے۔ مریض کے کمرے کی ہوا گرم اور مرطوب رکھنی چاہیے۔ تھوک اور بلغم کے لیے اگالدان رکھ دینا چاہئے۔ کمرے میں لوبان اور اگر بتی کی دھونی دینی چاہیے، قبض نہ ہونے دیں۔

مانع خناق مصل (Anti Diphtherial Serum)(ADS) بمقدار 1500 یونٹ (درون عضلاتی،، درون وریدی یا دونوں راہ سے) دینے سے محض 2 تا 3 ہفتے کی انفعالی تمنیع (مناعت=Passive Immunity) حاصل کی جاسکتی ہے۔

مقررہ فاعلی تمنیع سہ گنا جدرینات (Triple Vaccines) سے بخوبی حاصل کی جاسکتی ہے۔ جسے پیدائش کے چوتھے ماہ باقاعدہ لگانا چاہیے۔ 4 تا 5 ہفتے کے وقفہ سے 3 انجکشن ناگزیر ہیں۔ خناق اور طاطانس کے مخلوط جدرنیات (Diphtheria and tetanus vacciness) کی مقدار معززہ (Booster dose) اسکول میں داخلے کے وقت اور 8 تا 12 سال کی عمر میں دینا چاہیے۔

اے۔ٹی۔پی۔ (A.T.P.) یا پی۔ٹی۔اے۔پی (Purified Toxoid P.T.A.P Aluminium Phosphate) بہترین انٹی جن ہیں۔

عمومی تدابیر و علاج: خناق کا شبہ ہوتے ہی علیحدگی بروئے کار لائی جائے اور مریض کو مکمل آرام بہم پہنچایا جائے اور اسے کم از کم 3 ہفتے تک بستر پر رکھ کر تیمارداری کیجائے۔ اگر قلبی عضلات کا التہاب موجود ہو تو زیادہ مدت تک آرام کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ حرکت کی اجازت مخصوص حالات میں دی جاسکتی ہے، جبکہ سریری اور برقی قلب نگاری سے عضلی قلبی التہاب ہونے کا ثبوت مل جائے۔ محیطی دورانِ خون کے بطلان کی حالت میں چارپائی کی پائنتی بلند کر دی جائے۔ اسٹیرائڈ کا استعمال جاری کر دیا جائے اور آکسیجن کے خیمہ میں تیمارداری کی جائے۔

فالج کی پیچیدگیوں میں مکمل آرام دیا جائے اور انفعالی حرکات کرائی جائیں۔ تشنجی اصابات میں فاعلی ورزشیں کرائی جائیں۔ تنفسی دقت کی حالت میں بلعومی استرخاء کے لیے بلعومی مسیلیت

(امالۂ حلق=Pharyngeal drainage) کی جائے۔ اگر دونوں یعنی بلغمی اور تنفسی عضلات ماؤف ہوں تو قصبہ شگافی اور مثبت دباؤ والے ذوالفترہ تنفس = (Intermittent-respiration) کی ضرورت ہوتی ہے۔ علیحدگی کی پابندی دور کرنے سے پہلے ناک اور حلق سے ہفتے ہفتے کے وقفے سے تین رہذے (Swabs) حاصل کیے جائیں۔

اصول علاج:

امالہ کے لیے حقنے، ملینات اور ہلکے مسہلات بروئے کار لائیں، اس غرض سے املتاس، آلو بخارا، تمر ہندی، شیر خشت اور پھلوں کے جوشاندے دے سکتے ہیں۔

تسکین کی خاطر مسکنات و مبردات استعمال کرائیں۔ اس سلسلے میں شیرۂ عناب اور لعاب اسپغول قابل انتخاب ہیں۔

روادعات وقابضات: تنقیہ امعاء اور دستوں کے جاری ہو جانے کے بعد اصول کے مطابق روادعات وقابضات کے غرغرے کرائیں۔ اس مقصد کے لیے سرکا، گلاب، توت، اخروٹ سبز قابل انتخاب ہیں۔ حسب ضرورت ان قابضات کے ساتھ محلل، مرخی اور ملین دوائیں مثلاً املتاس بھی شامل کر سکتے ہیں، لیکن ابتدا میں ان کا استعمال مناسب نہیں۔

ابتدائے مرض میں روادع کا ضماد کیا جائے اور زمانہ تزاید میں روادع محلل و مرخی دونوں ملا کر اور انتہا میں باہر کی طرف مواد کو جذب کرنے والے ضماد حلق سے باہر لگائیں مثلاً خردل، نطرون اور زفت وغیرہ۔

پیپ وغیرہ کا امالہ: اگر ورم پک جائے تو اسے ہاتھ یا اوزار یا غرغرے وغیرہ سے پھاڑ کر امالہ کی کوشش کی جائے۔ پیپ کے اخراج کے بعد منقی ادویہ سے غرغرہ کرائیں مثلاً تازہ دودھ اور شہد۔

بہت چھوٹے بچے چونکہ غرغرہ پر قادر نہیں ہوتے، لہذا مذکورہ دوائیں انگلی پر پھریری سے لگائیں۔

اورام حلق اور خناق کے لیے توت بیحد مفید ہے، چنانچہ غرغرہ کی غرض سے چوب یا برگ توت تنہا یا دیگر ادویہ کے ہمراہ بروئے کار لائیں اور شربت توت پلاتے اور چٹاتے رہیں۔

ضعف کا ازالہ کرنے کے لیے خمیرہ مروارید اور دواء المسک بہترین چیزیں ہیں۔

اگر تنفس بحال کرنے میں ساری تدابیر ناکام ہو جائیں تو آخری چارۂ کار کے طور پر حجرہ یا قصبۃ الریہ کھول کر انبوبہ لگائیں۔

نسخۂ غرغرہ: برگ توت سبز، برگ امرود ہر ایک 12۔12 گرام نصف لیٹر پانی میں جوش دے کر غرغرہ کرائیں، معمولات میں سے ہے۔ تنہا برگ توت کا استعمال بھی مفید ہے۔

نسخۂ ضماد: مغز املتاس 4 گرام، مکوہ خشک 6 گرام، آرد جو 3 گرام، گل بابونہ 3 گرام، سنبل الطیب 3 گرام، اکلیل الملک 3 گرام، صندل سرخ 3 گرام، رسوت 3 گرام، آرد جو 3 گرام، آب مکوہ سبز 25 ملی لیٹر میں پیس کر سر کہ 12 ملی لیٹر اضافہ کر کے نیم گرم گلے پر ضماد کر کے کپڑا باندھ دیں۔

علاج خصوصی یا علاج بالمصل: جس مریض میں سریری تشخیص مکمل ہو چکی ہو، یا مرض کا شبہ یقین کی حد تک پہنچ چکا ہو تو خناقی مانع سمیت (Diphtherial Anti Toxin) بلا توقف دینا چاہتے۔ جرثومی توثیق کے انتظار میں مانع سمیت معالجہ ملتوی نہ کرنا چاہیے۔ ہاں صرف خفیف اصابات میں صحیح فیصلہ کے لیے شک کا شفہ کے بعد 6 گھنٹے تک انتظار کیا جا سکتا ہے۔ یہ ناگزیر ہے کہ مرض کے تیسرے روز سے پہلے پہلے پہلی خوراک داخل بدن کر دی جائے۔ مقدار دوا کا انحصار مرض کی نوعیت، مدت اور توسیع غشاء پر ہوتا ہے نہ کہ عمر پر، چنانچہ انٹی ٹکسین 10000 یونٹ خفیف اصابات میں اور 80,000 شدید اصابات میں دینا چاہیے۔ تفصیلی اصول درج ذیل ہے:

خفیف حلقومی اصابہ میں: 20,000 یونٹ درون عضلاتی راہ سے۔

اوسط مقدار: 40,000 تا 80,000 یونٹ (نصف حصہ درون ویدی راہ سے)

شدید اصابات میں 100,000 تا 200,000 یونٹ درون وریدی راہ سے۔

مقدم انفی مرض میں عموماً 10,000 یونٹ کافی ہوا کرتا ہے۔

مریض اگر معالج کے زیر معائنہ تاخیر سے آئے تو بڑی مقدار درکار ہوا کرتی ہے۔

مانع خناق مصل (ADS) دینے سے قبل جو کہ گھوڑے کے مصل کی تجہیز ہوتی ہے، سابقہ سیرم کے انجکشن کی روداد برائے ممکنہ حساسیت معلوم کر لی جائے۔ اگر جواب نفی میں ملے تو قوی سیرم (Undiluted Serum) بمقدار 0.52 ملی لیٹر تحت الجلدی راہ سے اشرابا پہنچا دینا چاہیے۔ اگر نصف گھنٹے تک کوئی تعامل نہ ہو تو مکمل بڑی مقدار درون عضلاتی راہ سے دینی چاہیے۔

نوٹ (1) مصل کو دموی درجہ حرارت پر گرم کر لینا چاہیے اور بہت آہستہ آہستہ انجکٹ کرنا چاہیے۔

(2) گھوڑے کا مصل (ADS) داخل کرتے وقت ایڈری نلین ایک میں ایک ہزار کا محلول فوری طور پر سرنج میں دستیاب ہونا چاہیے۔

(3)اگر درست سمت میں کام کیا گیا تو مانع سمیت مصل کی مقدار مکرر کی ضرورت شاذ و نادر ہی پڑتی ہے۔

(4)چونکہ وتدیۃ الخناقیہ(corynebacterium diphtheriae)انٹی بایوٹک خصوصاً پینی سلین اور ارتھرومائی سین سے متاثر ہوتے ہیں، لہذا عوارضات سے محفوظ رکھنے کے لیے انہیں انٹی ٹاکسین کے ہمراہ دینا چاہیے۔ پینی سلین سے ثانوی سرایتیں پیدا ہونے کا احتمال نہیں رہتا۔ لیکن کسی بھی حالت میں اسے مانع سمیت مصل کا بدل نہیں تصور کرنا چاہیے۔

(5)اگر تنفّسی تسدد بڑھنے لگے تو قصبہ شگافی میں تاخیر نہ کرنی چاہیے اور اسے ادخال انبوبہ پر ترجیح دینا چاہیے۔ طویل المدتی حاملین یا ناقہین میں ارتھرومائی سین کا ہفت روزہ کورس دینے سے بیشتر اصابات میں فائدہ ہوتا ہے۔

لوزتین براری کی ضرورت شاذ و نادر ہی ہوتی ہے۔

غذا و پرہیز: غذائیں مبرد، مسکن، سیال اور لطیف ہونی چاہئیں۔ اگر براہ دہن وحلق غذا پہنچانا ممکن نہ ہو اور مریض نگلنے پر قادر نہ ہو تو حقنہ بہترین چارۂ کار ہے، لیکن اس سے پیشتر معدہ وامعا کو فضلات سے پاک کر لینا چاہیے، پھر کوئی ہلکی چیز مثلاً یخنی وغیرہ اتنی مقدار میں پہنچائی جائے کہ آنتوں پر زیادہ بار نہ پڑے اور نہ ہی غذا کے دستوں میں خارج ہونے کا امکان ہو۔

●●

41

التہاب حنجرہ

(LARYNGITIS)

حاد التہاب حنجرہ: (Acute laryngitis)۔

حاد التہاب حنجرہ کثیر الوقوع بیماری ہے، بالاستثنا خناق و بائی، جملہ یا تقریباً جملہ اصابات قشعی الاصل ہوتے ہیں، اس کا وقوع عموماً بالائی تنفسی قنات کی سرایت کے سبب ہوتا ہے جس کے دوران خراش حلق، سعال اور ورم لاحق ہوتا ہے۔ بیماری بالعموم خفیف ہوتی ہے۔ الجھنیں، بالاستثنا نوعمر بچوں کے تمام طور سے کم پائی جاتی ہیں۔

ورم حنجرہ حاد کی تین قسمیں ہیں:

(1) ورم حنجرہ حاد نزلی (حاد تشنجی التہاب حنجرہ=Acute spasmodic Laryngitis)

(2) ورم حنجرہ غشائی (Oedematic Laryngitis)

(3) ورم حنجرہ تہبجی (Membranous Laryngitis)

عمومی علامات: شدید اصابات میں آواز گرفتگی پائی جاتی ہے۔ داخلی سانس (زفیر) کرخت ہوتی ہے۔ تناؤ موجود ہوسکتا ہے۔ عسر تنفس اور بے چینی پائی جاسکتی ہے۔ تکان لاحق ہوتی ہے۔ بچہ ضدی اور لاغر ہو جاتا ہے۔

ورم حنجرہ حاد نزلی: یہ مرض بالخصوص چھوٹے بچوں میں عارض ہوتا ہے، جن کے حنجرہ کا سوراخ پہلے سے ہی تنگ ہوتا ہے۔

اسباب: یہ ورم بالعموم نزلہ زکام کے عرصہ تک برقرار رہنے سے ہوتا ہے، اور علامتیں بھی نزلہ زکام سے مشابہ ہوتی ہیں۔ علاوہ بریں نقرس، خسرہ، چیچک اور بعض دیگر متعدی حمیات مثلاً سرخبادہ بھی اسباب میں شامل ہیں۔ عام صحت کی خرابی وغیرہ کے علاوہ خارجی اسباب سرد یا گرم ابخرات کا سانس کے ذریعہ اندر پہنچ جانا۔ گرم چیزوں اور چرپرے مصالحوں کا استعمال نیز چیخنا چلانا بھی اسباب میں بھی شامل ہیں۔

علامات: حنجرہ میں خشونت، یبوست، اور جلن ہوتی ہے۔ نگلنے، بولنے اور کھانسنے میں تکلیف ہوتی ہے گلے میں کوئی چیز اٹکی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ آواز بھرا جاتی ہے کھانسی دوری شکل میں آتی ہے، جس میں رقیق بلغم خارج ہوتا ہے جو بعد میں از خود غلیظ ہو جاتا ہے۔

اس کی تشخیص آسان ہے کیونکہ جو شخص سردی زکام کے دوران عسر تنفس یا عدم صوت میں مبتلا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی حاد التہاب شعب بھی پایا جاتا ہے، تو سمجھ لینا چاہیے کہ حتمی طور پر التہاب حنجرہ واقع ہو گیا ہے۔ اگر معاملہ ہفتہ دو ہفتہ تک برقرار رہے تو حنجرہ کو ملاحظہ کرنا چاہیے۔ حنجرہ کا معائنہ کرنے پر مزمار میں سرخی اور امتلائی کیفیت ملتی ہے، کبھی کبھی مخاطی مواد بھی نظر آجاتا ہے۔ گاہے خفیف بخار بھی عارض ہو جاتا ہے جو 103 درجہ ف تک پہنچ جاتا ہے۔

انجام: چھوٹے بچوں میں انجام بالعموم خراب ہوتا ہے، کیونکہ ان کا حنجرہ تنگ ہو جاتا ہے۔ لیکن 4 یوم بعد جب بلغم آسانی سے خارج ہونے لگتا ہے تو شفا ہو جاتی ہے۔ کبھی یہ مرض حاد سے مزمن درجہ میں داخل ہو جاتا ہے۔

ورم حنجرہ تہیجی: ابتدا میں التہابی کیفیت پیدا ہوتی ہے، پھر مقام ماؤف پر خون کی مائیت جمع ہو کر تہیج پیدا کر دیتی ہے۔ اس مرض میں غشائے مخاطی کا رنگ قدرے سرخ ہو جاتا ہے اور یہ ڈھیلی ہو جاتی ہے۔

اسباب: مذکورہ اسباب کے علاوہ سرخبادہ (حمرہ) کا ورمی مادہ حلق کی طرف مائل ہو جاتا ہے۔ سل، آتشک، موتی جھرہ (حمی معویہ) کے عوارض کے ساتھ بھی لاحق ہو جاتا ہے۔

علامات: نرخرہ کی بلندی پر ورم و درد کی وجہ سے نگلنا اور کھانا، پینا، حتی کہ سانس لینا دشوار ہو جاتا ہے، لیکن سانس خارج کرنے میں دشواری نہیں ہوتی، غضروف مکمی متورم ہوتا ہے۔ یہ

مرض بڑی تیزی کے ساتھ بڑھتا ہے اور دیکھتے ہی دیکھتے چند گھنٹے کے اندر اندر ورم اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ حنجرہ مسدود ہو جاتا ہے اور دم گھٹنے کی کیفیت پر قابو نہ پایا جا سکے تو مریض بہت جلد راہیٔ ملک عدم ہو جاتا ہے۔

ورم حنجرہ غشائی: اسے حاد تشنجی التہاب حنجرہ سے بھی موسوم کرتے ہیں کیونکہ اس میں دم کشی کے علاوہ تشنجی کیفیت بھی شامل ہوتی ہے اس لیے اسے ذبحہ، خناق کاذب یا خناق غشائی بھی کہتے ہیں۔

یہ بچوں کا متعدی (سرایتی) مرض ہے جو گاہے وبائی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اس کا مادۂ سمی خون میں جذب ہو جاتا ہے۔ اس میں حنجرہ کی غشاء مخاطی پر ایک غیر طبعی جھلی پیدا ہو جاتی ہے جو گاہے متقرح بھی ہو جاتی ہے۔

ماہیت: ابتداء میں غشاء مخاطی میں دموی امتلا واقع ہوتا ہے، جس سے خون کی ماہیت لیفیہ (لیفین) خارج ہونے لگتی ہے اور نتیجہ کار غضروف مکمی کے پیچھے غشاء مخاطی پر ایک فاسد جھلی بننے لگتی ہے جو بآسانی اکھڑ جاتی ہے اور لطف کی بات یہ ہے کہ غشاء مخاطی کو کوئی ضرر نہیں پہنچتا۔

اسباب: خناق وبائی اس کا عام ترین سبب ہے جب شروع میں یہ حنجرہ میں لاحق ہوتا ہے تو بالغوں کے بہ نسبت بچوں میں زیادہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ خناق وبائی والے عوارض نہیں پیدا ہوتے، اس کے برعکس ابتداءً حلق میں عارض ہوتا ہے تو پیشاب میں رطوبت بیضا خارج ہوتی ہے (البیومن بولیت) اور فالج واسترخا بھی لاحق ہو جاتا ہے۔ یہ ورم غشائی گاہے دیگر عفنی بخاروں سے بھی پیدا ہوتا ہے۔

علامات: اس کا سبب اگر ضربہ وتضرر ہو تو مقامی علامتیں خناق وبائی سے مشابہ ہوتی ہیں، لیکن عام بدن کی سمی علامتیں تقریباً معدوم ہوتی ہیں۔ یہ مرض اچانک ہوتا ہے یا سریری مناظر آہستہ آہستہ نمودار ہوتے ہیں۔

ابتداء ہلکے بخار اور کھانسی زکام سے ہوتی ہے۔ گلے میں کوئی چیز اٹکی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ بھرّائی ہوئی رلائی آتی ہے، اس کے بعد اصل علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ بچہ سوتے سوتے ایک جھٹکے کے ساتھ بڑی کشمکش کے عالم میں اٹھ بیٹھتا ہے، تشنجی کھانسی کے دورے پڑتے ہیں جو ابتدا میں سیٹی نما ہوتی ہے۔ یہ دورہ عصبی المزاج بچوں میں شب میں متعدد بار پڑ سکتا ہے۔ جسم انتہائی نیلگوں ہو جاتا ہے۔ ان علامتوں میں افاقہ کے بعد بچہ بہت سست اور نڈھال

ہو جاتا ہے، لیکن تشنجی کھانسی اٹھتی رہتی ہے۔ صبح کے وقت قدرے افاقہ نظر آتا ہے اور مریض کو قدرے نیند بھی آجاتی ہے لیکن پھر دورہ اٹھتا ہے اور بچہ بیدار ہو جاتا ہے یا ڈر کر چونک اٹھتا ہے۔ بے چینی نیز درد و کرب میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ منہ میں بار بار انگلی ڈالتا ہے تا کہ مزاحم شے کو نکال دے۔ دم کشی سے چہرہ سرخی مائل ہو جاتا ہے۔ عسر تنفس کے سبب نتھنے پھولتے ہیں۔ مہلک صورتوں میں وم گھٹتا رہتا ہے۔ سرد پسینہ آتا ہے اور مریض سبات میں مبتلا ہو کر بے ہوش ہو جاتا ہے۔

نصاب واندار: اس کی مدت بالعموم 24 گھنٹے یا پانچ یوم ہوتی ہے، لیکن تخفیف مرض کی صورت میں کھانسی بلغم آمیز آنے لگتی ہے کھانسی کے زور سے جھلی صاف ہو جاتی ہے اور سانس لینے کی دشواری رفع ہونے سے اس کی مدت گاہے 14 یوم تک بڑھ جاتی ہے۔

بعض اوقات بچہ کا گلا گھٹ جاتا اور وہ فوت ہو جاتا ہے اور بعض کی ہلاکت کا سبب سقوط قوت ہوتا ہے۔

تدابیر وعلاج: بچے کو صاف ستھرے گرم کمرے میں رکھیں، گلے اور سینہ کو گرم کپڑے سے ڈھک دیں اور کسی طرح گرم ابخرات حلق تک پہنچائیں۔ گلے پر تکمید کا اہتمام کریں۔ رات کا کھانا ذرا پہلے کھلا دیا کریں۔ سوتے وقت مسکنات کی ایک خوراک عموماً مفید ہوا کرتی ہے۔ درد کی صورت میں عام سیلی کیٹ اور دافعات درد کافی ہوا کرتے ہیں۔

قبض کی صورت میں گلیسرین کے شیاف معاء مستقیم میں رکھیں۔

رفع درد کے لیے گل بنفسہ اور کوکنار کے جوشاندہ میں کپڑا تر کر کے گلے کی تکمید کریں۔

ورم حنجرہ نزلی کی صورت میں قے لانا اکثر مفید ثابت ہوتا ہے۔

ترطیب کے لیے نسخہ ذیل بروئے کار لائیں جو ابتدائے مرض میں انتہائی نافع ہے:

(نسخہ) بہدانہ 3 گرام، عناب 5 عدد، سپستاں 9 عدد پانی میں جوش دے کر چھان کر شربت توت 25 ملی لیٹر ملا کر حسب عمر صبح و شام پلائیں۔

اگر قبض کی شکایت ہو تو شربت توت کے بجائے خمیرہ بنفشہ 48 گرام شامل کر لیں۔

مذکورہ نسخہ تین روز استعمال کرانے کے بعد بہدانہ کے بجائے گاؤزباں 5 گرام، تخم خطمی 5 گرام استعمال کرائیں۔

لعوق حب القطن بھی نافع ہے، اس سے ورم حنجرہ کے علاوہ تنگی تنفس میں بھی افاقہ ہوتا ہے۔

نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) تخم السی، حلبہ ہرایک 36 گرام، مغز چلغوزہ، مغز بنولہ ہرایک 48 گرام۔ سب کو کوٹ چھان کر شہد میں حل کر کے رکھ لیں۔

ترکیب استعمال: بوقت ضرورت تھوڑا تھوڑا چٹائیں۔

مقامی طور پر ٹانزل (ساختہ ہمدرد) لگائیں اور قیروطی ذیل خارجی طور پر لگائیں:

(نسخہ):۔ نشاستہ، کتیرا 3-3 گرام، کل خطمی 5 گرام۔

جملہ دوائیں باریک پیس لیں اور موم سفید 3 گرام، چربی گردہ بز 3 گرام کو روغن بنفشہ 25 ملی لیٹر میں پگھلا کر سفوف بالا حل کر کے قیروطی تیار کر لیں۔

رفع تشنج کے لیے ایفی ڈرین آزمانی چاہیے۔

چونکہ بیشتر اصابات میں قشعی سرایتیں ذمہ دار ہوا کرتی ہیں اس لیے انٹی بایوٹک کا کوئی خاص کردار نہیں ہوتا، تاہم اگر ثانوی سرایتیں موجود ہوں تو ایمپی سلین پورے اعتماد کے ساتھ دے سکتے ہیں۔

ورم حنجرہ تہیجی کا اصولی علاج ''نزلی'' کے مطابق ہے، ساتھ ساتھ گردن کے اردگرد برف کی تھیلی رکھنا، برف چُسانا بھی مفید ہے۔

ورم حنجرہ غشائی کی صورت میں مذکورہ علاج کے علاوہ خناق وبائی کے خطوطِ علاج سے بھی استفادہ کرنا چاہیے۔

مزمن التہاب حنجرہ (CHRONIC LARYNGITIS): ورم حنجرہ مزمن، جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے عموماً ورم حنجرہ حاد کے نتیجہ میں پیدا ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی خراش انگیز شے کے مسلسل پہنچنے سے بھی لاحق ہو جاتا ہے۔

اسباب: گو کہ بہت سے ہمزماں مناظر دریافت ہو چکے ہیں، تاہم اب بھی مزمن التہاب حنجرہ کے ذیلی اسباب نامعلوم ہیں، اس کے باوجود حنجرہ میں کسی زخم، رسولی یا سلی مواد کا پایا جانا، مقامی اعصاب پر لاذع اشیا کا گرنا، حنجرہ پر کسی بیرونی دباؤ یا بآواز بلند گانے کے زیر اثر ہوتا ہے۔ ورم حنجرہ مزمن کے ظواہر کے اعتبار سے متعدد قسمیں دریافت ہو چکی ہیں۔ بہت سے اصابات سرطان حنجرہ معلوم ہوتے ہیں لیکن مزمن ورم حنجرہ میں اہم ترین تشخیصی نکتہ یہ ہے کہ تغیرات دوجانبی اور متناسب ہوتے ہیں۔ چند اقسام درج ذیل ہیں:

(1) مزمن بیش دموی (احمراری) التہاب حنجرہ (Chronic Hypereamic Laryngitis):
اس کا مخصوص منظر یہ ہے کہ جملہ حنجرہ مع اطناب صوتیہ سرخ اور افراز بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اسے ہم ورم حنجرہ دموی سے بھی تعبیر کر سکتے ہیں۔

(2) مزمن تضخمی التہاب حنجرہ (Chronic Hypertrophic Laryngitis): یہ ورم حنجرہ کی سرخی کے ساتھ ساتھ ورم فوق اللسان اور لسانی تضخم کا بھی مظہر ہوتا ہے۔

(3) مزمن اذیمائی التہاب حنجرہ (Oedemic Laryngitis): تحت اللسان کا سعدانی ورم نمایاں منظر ہوتا ہے، ساتھ ساتھ اطناب کا ذبہ کا ورم بھی ہوتا ہے۔ اس پر مخاطی اذیمائے التہاب حنجرہ (Myxoedematous Laryngitis) کا گمان ہو سکتا ہے۔ اس التہاب کے ساتھ ساتھ مزمار میں بھربھراہٹ بھی ہوتی ہے۔ اس لیے اسے بلغمی یا تہیجی بھی کہہ سکتے ہیں۔

(4) مزمن مذبول التہاب حنجرہ (Chronic atrophic laryngitis): یہ کیفیت عموماً لانڈری میں کام کرنے والوں یا باورچیوں میں نظر آتی ہے۔ اس میں امتیازی طور پر پورے حنجرہ کی ساختوں میں ذبول ہوتا ہے، ساتھ ساتھ فوق اللسان مخاطی غدد کا بھی ذبول ہوتا ہے۔

عمومی علامات: مذکورہ جملہ حالات میں مسلسل بحۃ الصوت کی شکایت ہوتی ہے۔ اگر عضلی بافت کے التہاب (Myositis) کا کوئی درجہ موجود ہوگا تو ہوا کا ضیعان ہوگا لہذا نتیجۃً کار تنفسی آواز پیدا ہوگی۔ مریض بار بار حلق صاف کرنے کی خواہش کرے گا۔ بلغم میں بثرات کے مادے بکثرت خارج ہوں گے۔ گاہے خون کی آمیزش ہوتی ہے۔ نگلنے میں دقت ہوتی ہے۔ بعض اوقات حنجرہ میں زخم و غائر انہ بھی ہوتا ہے۔ کھانسی کی شدت اور دم کشی کی شکایت ہوتی ہے۔

امراضیات: حنجرہ کی غشائے مخاطی قدرے سرخ، متورم اور تضخمی ہو جاتی ہے جس پر بلغم کی تہ جمی ہوتی ہے۔ حنجرہ کی عقبی دیوار سوئی کے سوراخ سے لے کر مٹر کے دانے کے برابر ابھار موجود ہو سکتے ہیں، کبھی زخم بھی پائے جاتے ہیں۔ جن کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ ایک جانب سے اچھے ہو جاتے ہیں تو دوسری جانب پھیلتے جاتے ہیں۔

تدابیر:

صوتی استراحت: علاج میں اس کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا، خاص طور سے پیشہ ور مغنیوں میں۔ بداحتیاطی کی صورت میں اطناب صوتیہ ہمیشہ کے لیے خراب ہو سکتے ہیں۔

تکلمی معالجہ: یہ معالجہ بطور خاص ان مریضوں میں بروئے کار لانا چاہیے جو اپنی آواز خاطر

خواہ طور پر استعمال نہیں کر سکتے۔

آلودگیوں سے احتراز: نہ صرف سگریٹ نوشی سے احتراز ضروری ہے، بلکہ ماحولی عوامل کی زد میں آنے سے بھی ممکنہ حد تک گریز کیا جائے۔

مقامی معالجہ: اس میں مقامی معالجہ کو بہت زیادہ اہمیت حاصل ہے چنانچہ اگر کوئی مقامی لاذع یا رسولی موجود ہو تو پہلے اس کا تدارک کریں۔ قابض، مسکن اور دافع عفونت دوائیں حلق میں لگائیں۔ خواہ پھریری سے یا ابخرات کی شکل میں۔ ٹانزل اور پٹون (ہمدرد) بطور خاص مفید ہیں۔ علاوہ بریں گلیسرین میں گلوکوز ملا کر یا روغن صنوبر کا رشاشہ بھی نافع ہے۔ بالواسطہ حنجرہ بینی کے لیے زبان کو ممکنہ حد تک باہر کھینچا جائے اور حنجری رشاشہ نیچے کی طرف حلق کے دہانے میں کر دیا جائے۔ جیسے ہی یہ معالجہ بروئے کار لایا جاتا ہے۔ مریض گہری سانس لیتا ہے۔ یہ رشاشہ ذبولی التہاب حنجرہ میں خاص طور سے مفید ہے۔

داخلی معالجہ: عمومی صحت کا خیال رکھیں، قبض نہ ہونے دیں، نسخہ ذیل استعمال کرائیں جو مسکن اور مخرج بلغم ہے:

(نسخہ) گل بنفشہ 7 گرام، مویز منقی 9 دانہ، بیخ کاسنی 7 گرام، بادیان، گاؤزباں، اصل السوس مقشر، بزرکتاں ہر ایک 5-5 گرام۔ پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور 35 ملی لیٹر شربت توت ملا کر حسب عمر دیں۔

حب گل پستہ چوسنے کی ہدایت کی جائے۔

دروں بینی: تضخمی اور ذیمائی التہاب حنجرہ میں اطناب صوتیہ کا غلاف اتارنا مفید ہوتا ہے۔

غذا و پرہیز: مونگ یا ارہر کی دال کی کھچڑی چپاتی، شلجم، چقندر وغیرہ دے سکتے ہیں۔

ٹھنڈے پانی، برف، دیر ہضم، مولد بلغم اشیاء سے پرہیز کرائیں، پیاز، لہسن، آلو، اروی اور ترش اشیاء سے پرہیز ضروری ہے۔ سر اور سینہ کو ٹھنڈی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہیے۔

●●

42

بحت الصّوت

(HOARSENESS)

نوٹ: طب جدید میں اسے مرض کے بجائے مختلف امراض کی علامت کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔

اسباب: کبھی اس کا سبب تیز تر ہوتا ہے اور گاہے سرد سادہ، اسی طرح کبھی سوءمزاج تر اور گاہے سوءمزاج خشک کے سبب ہوتا ہے۔ زیادہ چیخنے چلانے سے بھی آواز بیٹھ جاتی ہے۔

ماہیت: تیز تر نزلہ حلق وقصبۃ الریہ پر گزرنے کے سبب ان کی لیسد اروغنی رطوبت زائل ہو جاتی ہے جو آواز کی صفائی کے لیے ناگزیر ہے۔

سوءمزاج گرم سادہ کی حالت میں طوب اجزا خشک اور کم ہو کر مجتمع ہو جاتے ہیں، جس سے نہ صرف ان میں کھردراپن پیدا ہو جاتا ہے، بلکہ وضع بھی بدل جاتی ہے۔

سوءمزاج سرد (سادہ) کی حالت میں بھی حنجرہ کے اجزا سکڑ کر یکجا ہو جاتے ہیں اور اس سے بھی حلق وقصبۃ الریہ میں کھردراپن پیدا ہو جاتا ہے۔

سوءمزاج تر کی حالت میں حنجرہ اور قصبۃ الریہ نرم اور ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔

سوءمزاج خشک کی حالت میں حنجرہ اور قصبۃ الریہ کے روغنی اجزا جذب ہو جاتے ہیں جو ا

نہیں چکنا کرنے کے لیے ضروری ہیں۔

زیادہ چیخنے چلانے سے حنجرہ کو تر اور چکنا رکھنے والی رطوبتیں تحلیل ہو جاتی ہیں۔

علامات: اگر نزلہ حار سبب ہو تو حرارت کے سبب کھردراپن، جلن اور دغدغہ معلوم ہوگا۔ لیکن اگر نزلہ سرد اور غلیظ ہو تو حنجرہ وقصبۃ الریہ کی طرف نفوذ نہ کرے گا اور اگر نزلہ رقیق ہوگا تو چھیل نہ سکے گا۔

سوء مزاج گرم ساذج عموماً تیز بخاروں کے ساتھ ہوتا ہے اور اس کے ہمراہ کسی قسم کا بلغم خارج نہیں ہوگا۔

اگر سوء مزاج سرد وسادہ ہو تو بلغم خارج نہ ہوگا، نیز یہ سردی اور شمالی ہوائیں چلنے کے وقت پیدا ہوتا ہے۔

سوء مزاج تر کی حالت میں حنجرہ میں صرف بوجھ محسوس ہوتا ہے، کھردراپن اور درد نہیں۔

سوء مزاج خشک کی حالت میں گو کہ مریض کی آواز گرفتہ ہو جاتی ہے، تاہم بڑی نہیں ہوتی، بلکہ باریک اور قدرے صاف ہوتی ہے، کیونکہ اس میں آواز کی رہگزر صاف ہوتی ہے، البتہ حنجرہ میں قدرے کھردراپن اور درد ہوتا ہے دھوئیں اور گرد وغبار کے سبب اس حالت میں اضافہ ہوتا ہے۔

چونکہ چیخنے چلانے کی صورت میں اور ریاضت کی حرارت سے حنجرہ اور قصبۃ الریۃ کی طرف مواد کھنچ کر آجاتا ہے اس لیے اس میں ورم اور درد پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج: اگر سبب نزلہ حار ہو تو اصولی علاج کیا جائے نیز پوست خشخاش، عناب، تخم کاہو، تخم خرفہ، مسور سرخ وغیرہ کا جوشاندہ ہمراہ نشاستہ وگوند پلائیں۔

سر پر مادہ کو غلیظ کرنے والے طلاء کا نطول بھی مفید ہے۔

سوء مزاج سرد وسادہ کی صورت میں سرد تر نیز لیس پیدا کرنے والی چیزیں پلائیں، مثلاً مغز بادام شیریں، مغز تخم خیارین، نشاستہ، شوربائے خبازی وغیرہ۔ سوء مزاج سرد وسادہ کی حالت میں نسخۂ دواء حلیت استعمال کرائیں، جس کے اجزاء درج ذیل ہیں:

نسخہ: مرچ سیاہ، ہینگ، رائی، زعفران مساوی الوزن۔

ترکیب تیاری: شہد میں اس قدر جوش دیں کہ بستہ ہو جائے۔

مقدار خوراک: 3.5 گرام یومیہ۔

اگر سبب حجرہ وقصبۃ الریہ کا سوء مزاج تر ہو تو ماء الاصول پلائیں مثلاً بیخ بادیان، بیخ کرفس، بیخ سوسن آسا بخونی، اصل السوس۔

لعوق شیریں چٹائیں جو مرکی، میعہ، حب صنوبر کلاں اور شہد سے تیار کیا گیا ہو۔

غرغرہ: انیسون، بادیان، ایرسا پانی میں جوش دے کر شہد ملا کر غرغرہ کرائیں۔

اگر سبب سوء مزاج خشک ہو تو روغن بنفشہ اور لعاب اسپغول ہمراہ شکر استعمال کرائیں اور فربہ مرغ کا شوربہ پلائیں۔

اگر زیادہ چیخنے چلانے سے یہ صورت پیدا ہوتی ہو تو لعوق ذیل چٹائیں:

(نسخہ) تخم خیار، مغز بادام شیریں، تخم خطمی، کتیرا، مغز بہدانہ، لعاب اسپغول۔

حبوب ذیل منہ میں رکھ کر چسائیں:

(نسخہ) گوند ببول، نشاستہ، کتیرا، خشخاش سفید مغز تخم کدو، بنفشہ۔

ترکیب تیاری واستعمال: مذکورہ بالا دوائیں کوٹ کر لعاب اسپغول ملا کر بڑی بڑی چپٹی گولیاں تیار کریں اور منہ میں رکھ کر چوسنے کی ہدایت کریں۔

نوٹ: اس میں نیم گرم پانی سے غسل بھی مفید ہے۔

●●

43

شہقہ

(WHOOPING COUGH)

مترادفات: داء الشہقہ (Purtussis)، شہیقہ سعال دیکی، کالی کھانسی۔

یہ حاد مرض زیادہ تر بچوں کا لاحق ہوتا ہے۔ اس حاد متعدی مرض کا وقوعہ زیادہ تر 1 تا 4 سال کی عمر میں ہوتا ہے۔ لیکن 10 سال کی عمر کے بعد نسبتاً کم عارض ہوتا ہے۔

مدت حضانت: 7 تا 10 یوم لیکن 5 تا 14 یوم بھی ممکن ہے۔ شہقہ کی پہلی کھانسی آتے ہی وہ سرایتی اور چھوت دار ہو جاتا ہے۔ لہذا بعجلت ممکنہ اسے دوسرے بچوں کی تماست سے علیحدگی اختیار کرنے کی ہدایت کی جائے۔

بعض اوقات موسم بہار اور فصل بہار میں کالی کھانسی کی ایسی وبا پھوٹ پڑتی ہے۔ کہ سارے گھر اور مدرسہ و محلہ بھر کے بچے اس میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

جرثومیات و امراضیات: پہلے اس مرض کے سبب کو قشعیات کے زمرے میں شمار کیا جاتا تھا، لیکن بعد میں ایک گرام منفی کروی جرثومہ (Gram Negative Cocci Bacillus) کا پتہ چلا جسے ہیموفیلس پرٹسس جرثومہ (Haemophilus Pertussis Bacillus) سے موسوم کیا گیا، یہ انتہائی متعدی اور ابتدا سے ہی بلغم میں عدوی حالت موجود ہوتا ہے۔ اس کی سرایت میں لازمی طور پر حنجرہ قصبۃ الریہ کا التہاب پایا جاتا ہے۔ شماردم سے خصوصی تعاون حاصل کیا جا سکتا

ہے۔ کیونکہ اس مرض میں نمایاں طور پر سفید خلویت (Lymphocytosis) پائی جاتی ہے۔ سفید خلیات کی تعداد 20,000 تا 30,000 فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ جس کے ساتھ لمفوسائٹ کا تناسب 60 تا 70 فیصد ہوتا ہے۔ تیسرے ہفتے بعد عموماً عضویے کا پتہ نہیں چلتا، علامتیں موجود رہتی ہیں۔

سریری خصائص واقسام: اس مرض میں رونما ہونے والی علامتوں کے اعتبار سے اسے تین درجات میں تقسیم کر دیا جاتا ہے، جو حسب ذیل ہیں:

(1) نازلتی درجہ یا درجۂ وقوع (Catarrhal or onset stage)

(2) درجۂ تزاید۔ شدت مرض یا دوری درجہ (Paroxysml stage)

(3) درجۂ انحطاط یا صحت (Decline stage/recovery phase)

نزلاوی درجہ: اس مرض کی ابتدا بالائی تنفسی غشائے مخاطی کی خراش سے ہوتی ہے۔ معمولی سردی، چھینک، نزلہ زکام، خراشِ حلق، خفیف حرارت اور خشک کھانسی کی شکایت ہوتی ہے۔ سب سے نمایاں چیز یہ ہوتی ہے کہ بچے کی بھوک بتدریج ختم ہو جاتی ہے اور کھانسی کے جھٹکے کے ساتھ کھائی ہوئی چیز باہر پھینک دیتا ہے۔ اس درجہ میں مرض چھوت دار ہوا کرتا ہے، ناک بہتی ہے چہرہ متہیج ہو جاتا ہے اور بول زلالی (البیومن بولیت) کی شکایت ہوتی ہے۔

شمار دم پر کریات بیضا (Leucocytes) کا تناسب بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ جو 10 سے 30 ہزار تک ہو سکتا ہے۔ رفتہ رفتہ کھانسی تشنجی اور تکلیف دہ ہوتی جاتی ہے۔ بچے کی نیند رات میں رہ رہ کر اچاٹ ہو جاتی ہے۔ اس حصے کی کم از کم مدت 4-5 یوم اور زیادہ سے زیادہ 7 یوم ہوا کرتی ہے۔

دوری درجہ (درجۂ تزاید): یہ درجہ بہت شدید اور تکلیف دہ ہوتا ہے۔ چنانچہ پہلے درجہ کے ختم ہوتے ہی کھانسی میں شدت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد اس میں زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ اگر بچے ذرا بڑے ہوں تو اندازہ ہوتے ہی ماں یا مرضعہ کے پاس سہارے کے لیے دوڑ کر پہنچ جاتے ہیں۔ بالآخر کھانسی کا سلسلہ اس وقت ختم ہوتا ہے جبکہ گاڑھا بلغم خارج ہوتا ہے۔ کھانسی کی کشمکش میں کھائی ہوئی آخری غذا میکانکی طور پر بذریعہ قے خارج ہو جاتی ہے۔ اس میں شہیق طویل اور زفیر جھٹکے کے ساتھ ختم ہو جاتا ہے۔ جس کے ساتھ ''ہوپ'' کی آواز سنائی دیتی ہے۔ حملہ کے وقت ناک اور منہ سے بلغم اور تھوک خارج ہوتا ہے۔ بعض بچوں میں بول و براز تک

خطا ہو جاتا ہے۔ کھانسی کے دورے 24 گھنٹے میں 40 بار تک ہو جاتے ہیں۔ یہ حصہ عموماً 15 یوم یا ایک ماہ تک برقرار رہتا ہے اور بعض اصابات میں معدوم بھی ہو سکتا ہے۔ حملے کی درمیانی مدت میں بچے کا چہرہ نیلا اور آنکھیں انتہائی سرخ ہوتی جاتی ہیں نیز ابلی ہوئی نظر آتی ہیں۔ شاذ صورتوں میں آنکھوں کی جھلی (ملتحمہ) کے نیچے باریک رگوں کے جال کا خون نکل کر جم جاتا ہے۔ بعض بچوں میں رعاف کی شکایت ہو جاتی ہے۔ ہر دورے کے وقت بچے کے چہرہ بشرہ سے الجھن ظاہر ہوتی ہے اور بعض بچے انتہائی خائف نظر آنے لگتے ہیں۔ عموماً رات کو کھانسی زیادہ شدید اور تکلیف دہ ہوتی ہے۔

تصویر 16: شہقہ۔ چہرے کا منظر مخصوص حملہ کے دوران رضاعت طعام، اچانک حرکات اور کمرے کے درجۂ حرارت میں تبدیلی دورہ کے محرکاتی عوامل ہوتے ہیں۔

بچہ کے ضعف وقوت کے اعتبار سے اس کے سریری خصائص ظاہر ہوتے ہیں چنانچہ اچھے ہونے کی حالت میں حسب ذیل تیسرے درجہ کی ابتدا ہو جاتی ہے۔

انحطاطی درجہ یا حصۂ انحطاط: تیسرے درجہ کی بہتری کی صورت میں شہقہ کے دوری حصہ کی تعداد اور شدت دونوں کم ہو جاتے ہیں۔ گو کہ کھانسی عرصہ دراز تک برقرار رہ سکتی ہے۔ رات میں کھانسی کم ہونے کے سبب نیند میں خلل کم پڑتا ہے، دن کے اوقات میں قے کم ہوتی ہے۔ اشتہا بتدریج بڑھنے لگتی ہے اور وزن میں اضافہ ہونے لگتا ہے۔ ڈیڑھ ماہ کے اندر اندر کھانسی عملی طور پر ختم ہو جاتی ہے اور از خود شفا ہو جاتی ہے۔

اگر پہلے سے داء الشہقہ کے خلاف بچے میں تمنیع کی گئی ہو تو حملہ ہونے کی صورت میں بھی بہت خفیف علامتیں رونما ہوتی ہیں۔

تشخیص: ابتدائی مدارج میں عموماً کالی کھانسی کو نزلہ زکام سمجھ کر علاج کیا جاتا ہے، لیکن زکام میں انفی افراز گاڑھا اور مخاطی ریم زا ہوتا ہے جبکہ شہقہ میں یا تو انفی افراز ابتدا سے ہوتا ہی نہیں اور اگر ہوتا بھی ہے تو پتلا اور آبی۔ اس سلسلے میں تماس کی اہمیت کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔ لہٰذا روداد سے بڑی مدد مل سکتی ہے۔

کبھی اس کا اشتباہ التہاب شعب سے ہوتا ہے، لیکن التہاب شعب میں سینے میں ہلکی ہلکی آواز اور خرخراہٹ سنی جا سکتی ہے۔ اور شہقہ میں (خصوصاً ابتدائی درجہ میں) سینہ عموماً صاف رہتا ہے۔

جرثومیات سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔

عوارض: گاہے مرض کئی ماہ تک برقرار رہ جاتا ہے اور اگر دوسرا درجہ بہتری کی طرف مائل نہ ہو تو پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہے۔ جو حسب ذیل ہیں:

رعاف، مرض ضیاع، التہاب ورق، ذات الریہ، سقوط ریہ، التہاب عروق خشنہ اور خروج المقعد۔ ان میں سے سب سے زیادہ خطرناک ذات الریہ اور سقوط الریہ ہیں۔ ذات الریہ کے بعد مختلف مقامات کا نزف موت کا باعث بنتا ہے۔

انجام مرض: پانچ سال سے کم عمر والے بچوں میں ہلاکت کا تناسب زیادہ ہوا کرتا ہے۔ لیکن زائد عمر والوں میں صحت کا رجحان زیادہ پایا جاتا ہے۔

علاج: اس کے علاج کو حسب ذیل تین حصوں میں تقسیم کر دیا جاتا ہے::

(1) ایک حصہ میں دورہ کا علاج کیا جاتا ہے۔

(2) دوسرے حصہ میں وقفوں کے زمانے کا علاج۔

(3) تیسرے میں خوراک اور تدابیر پر توجہ۔

دورے کے وقت بچے کو چت نہ لٹائیں بلکہ تکیہ کے سہارے بٹھاویں اسے ایسی فضا میں رکھا جائے جس کا درجۂ حرارت اس کے دوران خون میں کمی بیشی نہ کر سکے اور کوئی مسکن دوا مثلاً دواء الشفاء دے دی جائے۔ جدید ادویہ میں ٹنکچر بلاڈونا اور سوڈیم بار بی ٹون مفید ہیں۔

اگر بچے کو پہلے سے نفخ کی شکایت ہو تو مسکن دوا دینے سے پہلے کا سر ریاح ادویہ مثلاً جوارش کمونی 3 گرام پہلے کھلا کر اوپر سے، شیرۂ بادیان، 3 گرام، شیرۂ انیسون 5 گرام، شیرہ زیرہ

سفید 2 گرام، پانی میں نکال کر خمیرہ بنفشہ ملا کر دیں اور بعد طعام حب کبد نوشاوری ایک ایک عدد دیں۔

دقنوں کے زمانے کا علاج: قبض نہ ہونے دیں۔ اگر نزلہ کی شکایت ہو تو اس کا اصولی علاج کریں۔ بخار کی صورت میں اس کا بھی لحاظ رکھنا چاہیے۔

اگر قبض ہو تو نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں۔

(نسخہ) عصارہ ریوند 3 گرام، مصطگی 6 گرام، ایلوا 12 گرام۔

ترکیب تیاری: پانی میں پیس کر دانہ مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار استعمال: ایک گولی بوقت ضرورت۔

نزلہ کے ساتھ خفیف بخار ہو تو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

نسخہ: گل بنفشہ، 2 گرام، گاؤزباں 1 گرام، بہدانہ 2 گرام، خبازی 2 گرام، دانہ عناب 3 دانہ، سپستاں 5 دانہ۔

ترکیب تیاری و استعمال: پانی میں جوش دے کر چھان کر شربت بنفشہ 15 ملی لیٹر ملا کر صبح وشام پلائیں۔

نسخۂ ذیل سعال دیکی میں مفید ہے:

نسخہ: لوبان 256 ملی گرام، کاکڑا سینگی 256 ملی گرام خمیرہ گاؤزباں 3 گرام میں ملا کر ورق نقرہ نصف عدد لپیٹ کر اول کھلائیں اوپر سے:

تخم بالقلا 2 گرام، اصل السوس 2 گرام، پرسیاؤشاں 4 گرام، گاؤزباں 1 گرام۔

پانی میں جوش دے کر صاف کر کے 4 ملی لیٹر شربت فریادرس ملا کر پلائیں۔

نوٹ: عمر کے لحاظ سے خوراک میں کمی بیشی کر سکتے ہیں۔ یہ اوزان کمسن بچوں کے لیے ہیں۔

سفوف کاکڑا سینگی بھی شہقہ میں مفید ہے:

نسخہ: کاکڑا سینگی نیم بریاں 6 گرام، زنجبیل بریاں 6 گرام، دارفلفل 6 گرام۔

حب لبان: کالی کھانسی میں مفید ہے:

نسخہ: کندر، لبان، آرد بالقلا، مغز بہدانہ، ہر ایک 7 گرام، رب السوس، گل بنفشہ، زنجبین ہر ایک 5 گرام، مویز منقی 4 گرام، انیسون، بادیان مغز بادام تلخ مقشر، قند سفید ہر ایک 2 گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر لعاب اسپغول کی مدد سے چنے کے برابر گولیاں بنائیں۔

ایک گولی منہ میں رکھ کر لعاب نگلنے کی ہدایت کی جائے، اس کے حل ہونے کے بعد دوسری گولی منہ میں رکھیں۔

نوٹ: چھوٹے بچے کو شہد میں گھس کر دن میں 3-4 عدد دے سکتے ہیں۔

جبوب ذیل بھی مفید ہیں:

نسخہ: بزر الینج 3 گرام، زعفران 1 گرام، افیون 550 ملی گرام، تخم کا ہو، صمغ عربی، اصل السوس مقشر، کتیرا، مرکی، بہدانہ ہر ایک 3 گرام۔

جملہ دواؤں کو باریک پیس کر پانی میں گولیاں تیار کریں اور ایک ایک گولی بوقت ضرورت دیں،

طب مغرب میں ہوپل قطور (whoopil drop) مشہور مرکب ہے جس کے اجزائے ترکیبی درج ذیل ہیں:

کلورم فینی کال، پریڈنی سولون، کلورم فینرامین ملی ایٹ، ٹرپن ہائیڈریٹ، نوس کارپن، آئسو نیازڈ اور گلیسرین شربت۔

مقدار خوراک 4 تا 8 قطرے دن میں 3-4 بار۔

عمومی تدابیر: موسم سرما میں بچے کا جسم گرم رکھا جائے۔

غذا و پرہیز: غذا ہلکی یعنی بکری کا شوربا، چپاتی، کھچڑی، ساگودانہ، دالیں، یخنی، آلو اور مغذی سوپ وغیرہ دیں۔ بچے کی خوراک میں باہر سے کیلشیم شامل کر کے دینا چاہیے اور اس مقصد کے لیے لائم واٹر یا کوئی معقول شربت مثلاً میکالوٹ، یا کالزانہ پلانا سودمند ہے۔ بعد طعام حیاتین ''الف'' و ''د'' کا آمیزہ یعنی اڈیکسولین بھی دینا چاہیے۔

چونکہ بچے میں قے کا رجحان بہت زیادہ پایا جاتا ہے، لہذا رضاعت ایک مسئلہ بن جاتا ہے، لیکن اگر قے کے فوراً بعد کھلایا پلایا جائے تو بچہ قے روکنے پر قادر ہو جاتا ہے۔ کھانا ہمیشہ تھوڑی تھوڑی مقدار میں دینا چاہیے۔ کیونکہ شکم پری سے طبیعت عموماً قے کی طرف مائل ہوتی ہے۔ اس لیے غذا ہلکی اور حجرہ کے لیے غیر مخرش ہونی چاہیے۔

چکنی، ترش، اور بلغم پیدا کرنے والی ٹھنڈی اور تر اشیا سے پرہیز ضروری ہے گڑ، تیل کی پکی ہوئی چیزوں، کدو، ککڑی، گوبھی، کھیرا، شلجم سے بھی احتراز ضروری ہے۔

44

سرفہ

(COUGH)

کھانسی فی الاصل عرض یا علامت ہے جو پھیپھڑے وآلات تنفس کواذیت دینے والی چیز کو دفع کرنے کے لیے اٹھتی ہے۔ شیر خوارگی نیز بچپن میں تو اس کی اہمیت کہیں زیادہ ہوتی ہے، کیونکہ اس عمر میں یہ مختلف امراض کی نشاندہی کرسکتی ہے۔

معمولی کھانسی میں تو محض پھیپھڑوں کی ہوائی نالیوں میں بلغم مجتمع ہوتا ہے، لیکن شدید اصابات میں ہوائی نالیوں کی داخلی اغشیہ میں بھی التہاب ہوجاتا ہے۔

متقدمین نے کھانسی کی دو بڑی قسمیں بتائی ہیں:

(1) سعال رطب اور (2) سعال یابس۔

سعال شدید میں پھیپھڑے کی بڑی اور درمیانی نیز گاہے چھوٹی نالیوں کی اندرونی جھلی میں نزلی التہاب پیدا ہوجاتا ہے اور یہی قسم بچوں میں کثیر الوقوع ہوتی ہے، کیونکہ چھوٹے بچے خارجی رطوبت سے بہت زیادہ متاثر ہوتے ہیں اور انہیں بکثرت نزلہ لاحق ہوا کرتا ہے۔

اسباب: جیسا کہ اوپر بتایا جاچکا ہے، سرفہ بذات خود کوئی مرض نہیں ہے بلکہ محض ایک علامت ہے جس کے مختلف اسباب ہوا کرتے ہیں، مثلاً سردی، نزلہ زکام کا بار بار ہونا، گرد وغبار،

سرد و مرطوب مقامات پر بود و باش، غربت کے علاوہ زیادہ کپڑے پہننے یا کان وغیرہ لپیٹے رہنے والے بچے اس مرض میں مبتلا ہونے کی صلاحیت زیادہ رکھتے ہیں۔ اس کے علاوہ خراش حلق، حلق کے کوے ولہاۃ کا بڑا ہو کر لٹک جانا، سوء ہضم، ناقص غذا وغیرہ بھی اسباب میں شامل ہیں۔

حاد التہاب شعب (Acute Bronchitis) حنجرہ اور نش کی نالیوں کی ساخت کے زیادہ گہرے اور ام مثلاً ذات الریہ وذات الصدور وغیرہ، شہقہ اور خسرہ کی پیچیدگی کے طور پر سرفہ پیدا ہو جاتا ہے۔ ناک کے عقبی غدد کے ورم (غدودہ=Adenosis) ورم لوز تین یا حلق کے پچھلے حصے کے ورم سے بھی کھانسی ہوتی ہے۔

سل ودق کے علاوہ قلب کی بعض بیماریوں میں بھی تکلیف دہ کھانسی ہوتی ہے اسی طرح کان میں زیادہ میل جمع ہونے سے بھی مختصر مدتی تکلیف دہ سرفہ لاحق ہو جاتا ہے، جو کان صاف کرتے ہی بند ہو جاتا ہے۔

عصبی المزاج بچوں میں معمولی ہیجان واضطراب سے کھانسی کی شکایت ہو جاتی ہے۔

علامات: پہلے بڑی ہوائی نالیوں میں درد ہوتا ہے جو پھیلتے ہوئے چھوٹی نالیوں میں بھی ہو جاتا ہے۔ دن رات کھانسی آتی ہے اور بچہ شدت تکلیف سے اٹھ کر بیٹھ جاتا ہے۔

جب سرایت باریک ہوائی نالیوں کو ماؤف کر دیتی ہے اور کمزوری کے سبب بلغم خارج نہیں ہوتا تو ضیق النفس کی طرح شدید عسر نفس اور خرخراہٹ ہوتی ہے۔ حاد شعبی التہاب کی صورت میں کھانسی کے ساتھ بخار اور عدم اشتہا مخصوص علامات ہیں جس کے ساتھ بالائی تنفسی سرایتیں مثلاً خسرہ یا شہقہ بھی ہو سکتا ہے۔ درجۂ حرارت عموماً 100 درجہ ف تا 101 درجہ ف (38 درجہ س) ہوتا ہے، گاہے شعبی ذات الریہ کے ہمراہ درجہ حرارت 102 درجہ ف (39 درجہ س) تک پہنچ جاتا ہے، عسر تنفس کے کم وبیش مدارج موجود ہوتے ہیں۔ شرح تنفس بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ ابتدا میں کھانسی خشک اور مخرش ہوتی ہے لیکن رفتہ رفتہ ڈھیلی ہو جاتی ہے۔ چھوٹے بچے عموماً بلغم نگل جاتے ہیں اور دردانگیز کھانسی کی شکایت کرتے ہیں۔ کھانستے کھانستے قے کر دیتے ہیں۔ قصبۃ الریہ کی تکلیف کے سبب عموماً تحت القصی درد ہونے لگتا ہے۔

معمولی کھانسی تو تین چار روز میں ہی زائل ہو جاتی ہے لیکن شدید کھانسی ڈیڑھ دو ہفتے تک رہ سکتی ہے۔ شدید کھانسی 8 تا 10 یوم میں خطرناک صورت اختیار کر لیتی ہے۔

تشخیص: کھانسی معمولی نہ ہو اور بار بار آئے تو اس کی صحیح تشخیص ناگزیر ہے۔ جو ایک طبیب

ہی با قاعدہ امتحان سے انجام دے سکتا ہے، چنانچہ سینہ، شکم، ناک اور کان کا با قاعدہ امتحان کرنا چاہیے۔

تدابیر وعلاج: گاہے بچہ کے سر پر بکثرت گرم پانی ڈالنے سے بھی زکام، کھانسی اور قے کو فائدہ پہنچتا ہے۔

اجتماع بلغم کی صورت میں ایک تدبیر یہ ہے کہ بچے کی زبان شہد سے اچھی طرح لتھیڑ دی جائے، پھر اس کی زبان کی جڑ انگلی سے دبائی جائے، اس طرح قے کے ذریعہ بلغم کا اخراج ہو جائے گا اور نتیجۃً کار اسے آرام ہو جائے گا۔ اس تدبیر کے بجائے نسخہ ذیل بھی بروئے کار لایا جا سکتا ہے:

(نسخہ) گوند، ببول، بہدانہ، رب السوس، مصری۔

ترکیب تیاری وواستعمال: جملہ دوائیں کوٹ پیس لیں اور حسب عمر دودھ کے ہمراہ دیں۔

نوٹ: اگر مذکورہ دوا مرضعہ کے دودھ کے ہمراہ دی جائے تو زیادہ موزوں ہے۔

یہاں اصولی طور پر اس امر کا لحاظ رکھنا چاہیے کہ مادی کھانسی میں زیادہ گرم یا زیادہ سرد دواؤں کے استعمال سے احتراز کیا جائے۔ کیونکہ زیادہ گرم ادویہ کے استعمال سے بہت زیادہ رقت اور بہت زیادہ سرد دواؤں کے استعمال سے مواد میں غیر معمولی غلظت آجاتی ہے، جس سے اعتدال قوام اور اخراج بلغم کا مقصد فوت ہو جاتا ہے۔

اگر سرفہ رطوبی و بلغمی ہو نیز اس کے ہمراہ بخار و نزلہ بھی موجود ہو تو تنقیہ ضرور بروئے کار لائیں، جس کے لیے نسخۂ ذیل مفید ہے:

(نسخۂ) گل بنفشہ، گاؤزباں، تخم خطمی، خبازی، اصل السوس مقشر، پرسیاؤشاں ہر ایک 1.5 گرام، زوفائے خشک 1 گرام، عناب 1 عدد، سپستاں 2 عدد، انجیر زرد 2 عدد۔

جملہ دوائیں عرق بادیان، عرق گاؤزباں میں جوش دے کر صاف کر کے شیرہ مغز بادام مقشر 1 دانہ، شیرہ تخم خشخاش 1 گرام، شربت بنفشہ 4 ملی لیٹر اضافہ کر کے رب السوس 256 ملی گرام (پسا ہوا) چھڑک دیں۔

(نسخہ): اصل السوس مقشر کوفتہ 1 گرام، زوفائے خشک 1 گرام، انجیر زرد نصف، نبات سفید 1 گرام جوش دے کر صاف کر کے نوش کرائیں۔

بلغم غلیظ کی حالت میں مذکورہ نسخے کے علاوہ زوفائے خشک اور پودینہ وغیرہ استعمال

کرائیں۔اور بلغم رقیق کی حالت میں نشاستہ وغیرہ دے کر معتدل القوام کریں۔لیسدار بلغم کی حالت میں سکنجبین وغیرہ سے اس کی تقطیع کریں۔نسخۂ ذیل بھی نافع ہے:

(نسخہ) گل بنفشہ، گاؤزباں، اصل السوس، تخم خطمی، تخم خبازی ہر ایک ایک یا دو دو گرام، عناب، سپستاں 2-2 یا 3 دانے۔

سب کو جوش دے کر اور شربت بنفشہ ملا کر پلائیں۔

ماءالشعیر ہر طرح کی کھانسی کے لیے نہایت مفید ہے۔

کاکڑاسینگی باریک پیس کر مرچ سیاہ کے برابر گولیاں بنائیں اور منہ میں رکھ کر چوسائیں، مفید ہے۔

دوائے ذیل مرضعہ کے دودھ میں حل کر کے بچے کو نوش کرائیں۔سرفہ کے لیے نافع ہے:

(نسخہ) اصل السوس مقشر 12 گرام، صمغ عربی، کتیرا، رب السوس، ایرسا تخم خشخاش سیاہ، تخم خشخاش، شکر تیغال، کندر ہر ایک 4 گرام، مغز بہدانہ، مغز بادام مقشر ہر ایک 12 گرام، افیون خالص 512 ملی گرام، زعفران 1 گرام۔

ترکیب تیاری: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر لعاب بہدانہ کے ساتھ گوندھ کر چنے کے برابر گولیاں تیار کریں۔

مقدار خوراک: ایک گولی مرضعہ کے دودھ میں حل کر کے نوش کرائیں۔حبّ سرفۂ اطفال، بچے کی پرانی کھانسی کے لیے مفید ہے۔علی الخصوص جبکہ ساتھ میں قے بھی ہو جاتی ہو:

(نسخہ) کندر، آرد باقلا، بہدانہ ہر ایک 3 گرام، گل بنفشہ، ترنجبین ہر ایک 2 گرام، مویز منقی، انیسون، مغز بادام تلخ، شکر ہر ایک 1 گرام کوٹ چھان کر لعاب اسپغول میں ملا کر بقدر مونگ گولیاں بنائیں۔

مقدار استعمال: ایک گولی شیر مادر میں حل کر کے پلائیں۔

حسب ذیل ویدک نسخہ بچوں کی کھانسی اور بدہضمی میں مفید ہے:

(نسخہ) مصری دیسی 48 گرام، بنسلوچن 24 گرام، پیپل 12 گرام، الائچی خورد 6 گرام، دارچینی 3 گرام۔باریک پیس کر پارچہ بیز کرلیں۔

مقدار خوراک: 128 تا 356 ملی گرام حسب عمر شیر مادر کے ہمراہ دیں۔

لعوق سعال: (نسخہ) زوفا خشک، پرو سیاؤشاں، برگ گاؤزباں، ابریشم۔خام مقرض، ہر

ایک 6-6 گرام، املتاس 24 گرام انجیر زرد 3 عدد، مویز منقی 9 دانہ۔

تمام ادویہ کو پانی میں جوش دے کر صاف کریں اور ترنجبین وشکر ہموزن میں حسب معمول قوام کر کے لعوق بنائیں اور قدرے قدرے بچے کو چٹاتے رہیں یہ لعوق بچوں کی کھانسی کے لیے نہایت مفید ہے، خاص طور سے ذات الجنب کی حالت میں قدرے گاؤزباں میں جوش دے کر استعمال کرانا مفید اثر دکھاتا ہے اور سینہ کو بلغم سے صاف کرتا ہے۔

قیروطی ذیل، بلغم لزج کی ترطیب وتذویب کرتی ورڈھیلا کر کے خارج کر دیتی ہے:

نسخہ: سرطان نہری کا گوشت (ہڈیاں دور کیا ہوا) کوٹیں، اس کی رطوبت جھاڑ کر بمقدار 48 گرام لے کر جو مقشر ہمراہ آب باراں کوٹیں اور پانی بقدر 72 ملی لیٹر میں اس کا شیرہ کھینچیں، پھر شیر دختر، روغن بنفشہ، روغن بادام ہر ایک 48 ملی لیٹر۔ سکو باہم ملا کر جوش دیں، یہاں تک کہ روغن باقی رہ جائے پھر اتار لیں۔ اس کے بعد موم سفید، مغز ساق گاؤ، بکری کی چربی ہر ایک 24 گرام اضافہ کر کے دستہ سرب سے آہنی برتن میں پیسیں، یہاں تک کہ قیروطی تیار ہو جائے۔

ترکیب استعمال: روزانہ رات کو سینے اور فقرات پشت وعنق پر ملیں۔

سعال یابس میں لعوق بادام، شربت عناب، شربت بنفشہ، شربت اجاز کا استعمال مفید ہے۔

حلق یا ناک کے پیچھے کے غدد بڑھے ہوئے ہوں تو ان کا مناسب علاج ضروری ہے۔ اگر کھانسی محض عصبی ہو تو سرد غسل، تازہ ہوا اور زیادہ ورزش سے رفع ہو جاتی ہے۔ بچوں میں بلاطبی مشورہ کے کھانسی روکنے کے لیے افیون یا اس کے مرکبات کا استعمال جائز نہیں، اسی طرح رسمی طور پر مسکنات کا استعمال بھی نامناسب ہے۔

سرد ہوا اور سرد پانی سے پرہیز ضروری ہے۔ بچوں میں احتیاط زیادہ درکار ہوتی ہے۔ مکان، ہوا صاف، لیکن گرم وتر رکھنی چاہیے۔

●●

45

ضیق النفس

(BRONCHIAL ASTHMA)

اسے شعبی دمہ سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ دمہ کسی بھی حصہ عمر میں عارض ہوسکتا ہے، لیکن 8ویں تا12ویں سال اس کا وقوع زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں تو عموماً پیدائش سے ہی نمودار ہوتا ہے۔ دولڑکوں اور ایک لڑکی کا تناسب پایا جاتا ہے۔

ماہیت: شیخ کا قول ہے کہ ربو (دمہ) طویل المدتی امراض میں سے ہے اور مرگی و تشنج کی طرح اس کے شدید دورے پڑتے ہیں۔ ماہیت کے اعتبار سے اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں:

(1) مرطوب۔

(2) خشک۔

مرطوب میں تشنج کے علاوہ عروق خشنہ کی چھوٹی چھوٹی شاخوں کی جھلی میں اجتماع خون اور سینہ وقلب کے ابخرات کا اجتماع وانتفاخ ہوتا ہے، علاوہ بریں ہوا کی نالیوں میں بلغم جمع ہو جاتا ہے، لیکن خشک دمہ میں صرف ہوا کی نالیوں اور عضلات تنفس میں تشنج ہوتا ہے، جس سے سانس لینے میں دشواری ہوتی ہے۔

اسباب: اس کا وقوع ان بچوں میں ہوتا ہے جو بار بار ذات الریہ (نمونیا) کا شکار ہو چکے

ہوتے ہیں۔اسی طرح جو بچے بار بار نازلتی علامات کا نشانہ بن چکتے ہیں،ان کا تنفّسی میکانیہ متاثر ہو جاتا ہے اور نتیجۂ کار شعبی ضیق النفس عارض ہو جاتا ہے۔عام طور سے اس کے حسب ذیل تین اسباب پائے جاتے ہیں:

سرایتیں اور دیگر اسباب: اگر اس کا سبب سرایت ہوگا تو عموماً بالائی تنفّسی قنات کی سرایت سے عارض ہو سکتا ہے،خصوصاً تجاویف (Sinuses) کی سرایت۔نزلہ زکام، کھانسی، بواسیر الانف، امراض قلب، دردگردہ، فسادمعدہ، نفخ شکم، قبض، سوءہضم، حلق وسینہ کے درمیانی حصے کی رسولیوں کے علاوہ چیچک اور شہقہ کو بھی اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔نزلہ زکام سے کبھی بلغم پھیپھڑوں میں مجتمع ہوتا ہے، جس سے سانس لینے میں تکلیف ہوتی ہے اور کبھی پھیپھڑوں میں خشکی ہونے کے سبب تجاویف تنگ ہو جاتی ہیں۔

ان اصابات کے علاج میں تاخیر نہ کرنی چاہیے،لیکن لوزتین وغدد جاذبہ کے استیصال میں عجلت نہ کرنی چاہیے۔

حساسیت: حساسیتی عوامل میں اکزیما بطور خاص پایا جاتا ہے اس میں بعض مخرشات سے پھیپھڑوں میں عصبی سرے تحریک پذیر ہوتے ہیں۔یہ مخرشات معدے میں داخل ہونے والی چیزیں (انڈے کی زردی یا سفیدی، مچھلی، گندم، دودھ یا ادویہ)، بذریعہ تنفس اندر داخل ہونے والی چیزیں (تمباکو، گھاس، ٹھنڈی ہوا، گرد وغبار اور دیگر ابخرات، پھولوں کی گرد، زرگل، اون، بال یا پرندے کا پر) ہوسکتی ہیں۔دوران سفر، دوران رقص یا سوتے وقت مذکورہ بالا کسی چیز کے اندر پہنچنے (بشرطیکہ بچے کو اس سے حساسیت ہو)، سے ضیق النفس عارض ہوسکتا ہے۔

جذباتی عوامل: نفسیاتی انفعالات وغیرہ کسی بھی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔نفسی عوامل عموماً ان بچوں میں کارفرما ہوتے ہیں جو عموماً مخبوط الحواس یا عصبی المزاج ہوتے ہیں۔

کسی انفرادی اصابہ میں مذکورہ بالا تینوں اسباب کا بیک وقت موجود ہونا نادرالوقوع نہیں، لہٰذا ضیق النفس کی تشخیص کے وقت تینوں امور کو مدنظر رکھنا چاہیے۔

سریری ظواہر: بڑے بچوں میں ضیق النفس کے سریری ظواہر بالغوں سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اس کا حملہ عموماً اچانک ہوتا ہے،لیکن گاہے پہلے سے خفیف حرارت، نزلاوی علامات موجود ہوسکتی ہیں۔اس کا دورہ عموماً رات کے پچھلے پہر پڑتا ہے۔چنانچہ رات میں بچہ اچانک اٹھ جاتا ہے،اس وقت شدید عسر تنفس ہوتا ہے۔بدن کی حرارت گھٹ کر گاہے 80 یا 82 درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔

عسر تنفس کی تکلیف اتنی زیادہ ہوتی ہے کہ جلد نم یا پسینہ سے تر ہو جاتی ہے۔ اس مرض کا دورہ دو تین یوم سے 36 گھنٹے تک رہتا ہے، مریض کا چہرہ زرد ہو جاتا ہے، جبکہ اطراف اور ہونٹ نیلگوں ہو سکتے ہیں۔ شہیق میں زفیر کے بہ نسبت زیادہ تکلیف ہوتی ہے۔

''تشنجی ضیق النفس'' کا اطلاق اسی حالت پر کرنا چاہیے، جب کہ حملہ نہایت شدید ہو اور زرق الاطراف نیز تنفسی تکلیف بہت زیادہ ہو۔

ایک مدت تک مرض برقرار رہ جائے تو بچہ لاغر و کمزور ہو جائے گا، دونوں شانے گول، سامنے کی طرف جھکے ہوئے ہوں گے، چہرہ متفکر اور گال پچکے ہوئے ہوں گے۔

تشخیص: تقرع پر کوئی تبدیلی محسوس نہیں ہوتی، ہاں اگر ساتھ میں نفخۃ الریہ بھی موجود ہو تو زیادہ گونجدار آواز سنائی دے گی۔ تسمع پر ادخال تنفس کی حرکت چھوٹی اور جھٹکے دار نیز اخراج تنفس کی زیادہ طویل ہوگی لیکن شہیقی و زفیری خرخرے سنے جا سکتے ہیں۔ خاص طور سے اگر نزلہ زکام یا غلیظ بلغم کا اجتماع سبب ہو۔ جوف صدر چھوٹا ہو سکتا ہے جس کے سبب اندر ہوا بہت کم جاتی ہے، سینہ خول نما ہو سکتا ہے۔ ضیق النفس میں عسر النفس ابتدا میں شہیقی ہو سکتا ہے۔

ہر اصابہ میں احتیاط کے ساتھ جملہ ریوی امراض کو مستثنیٰ کر لینا چاہیے، کیونکہ ضیق النفس ان حالات سے ہو سکتا ہے، مثلاً تلیفی پھیپھڑا (Fibroid lung)، اتساع شعب کے طویل المدتی اصابات۔

اگر ممکن ہو تو سینے کا عکس ریز حاصل کر لیا جائے، نیز حسب معمول درون جلدی ٹیوبر کیولین کاشفہ بھی کر لینا چاہیے۔ اگر بلا کسی واضح سبب کے بار بار التہاب شعب ہو تو دمہ کا فیصلہ کر دینا چاہیے۔

خون کے کاشفہ پر ایسنوفل 4 تا 10 فیصد مل سکتا ہے۔ اگر سابقہ واضح ایکزیما یا شریٰ کی روداد ملے تو ایسی حالت میں بھی ضیق النفس کا شبہہ کرنا چاہیے۔ خاندانی روداد سے بڑی مدد مل سکتی ہے۔

انذار: چھوٹے بچوں میں دمہ بڑے بچوں کے بہ نسبت قابل علاج ہے۔ بلوغ کی عمر کو پہنچتے پہنچتے حملے معدوم ہو جاتے ہیں، بلکہ بعض اصابات میں پہلے ہی معدوم ہو جاتے ہیں۔ شاذ اصابات میں زندگی بھر یہ سلسلہ چلتا رہتا ہے۔

عمومی تدابیر: تنفسی ورزشیں انتہائی معین ثابت ہوتی ہیں۔ اس سے نہ صرف نفخۃ الریہ کا علاج و تحفظ ہو جاتا ہے، بلکہ ضعیف عضلی حرکات کو بھی تقویت پہنچتی ہے، علاوہ بریں ضیق النفس کے حقیقی حملوں میں بھی مفید ہے۔

گرد وغبار میں سانس لینے سے روکا جائے۔ مرطوب مقام پر نہ سلایا جائے، سردی سے محفوظ رکھیں۔

اگر بچے کو اون، بال وپر سے حساسیت ہو تو تکیہ بدل دینی چاہئے اور فوم کی تکیہ اور بستر استعمال میں لایا جائے۔ سوتی چادریں بار بار دھلواتے رہیں اور اونی کمبل صاف کرتے رہیں یا ہر 10 ویں روز دھلواتے ہیں، پردے، قالین وغیرہ کا استعمال کم سے کم کیا جائے۔ گھر کو گرد وغبار سے صاف وپاک رکھا جائے۔

اس مرض میں قے کرانا بہت مفید ہے۔ دورہ سے پیشتر اگر گرم پانی یا چائے پلا دی جائے تو دورہ رک جاتا ہے۔

اگر غذائی حساسیت ہو تو حسب ذیل اصولوں کے مطابق تغذیہ بہم پہنچایا جائے:

(1) جس چیز کے کھانے سے مرض کا دورہ ہو جایا کرے، اس سے مطلق پرہیز لازم ہے۔

(2) انڈوں کو 5 تا 10 منٹ بخوبی ابالا ئے۔

(3) دودھ کو ابال کر ٹھنڈا کر لیا جائے اور بالائی علاحدہ کر لی جائے۔

(4) مچھلی گرم کر لی جائے یا ابال لی جائے۔

(5) دالیں یا پھل ناقص حالت میں ہرگز نہ استعمال کیے جائیں۔

علاج: اس کا تدارک سعال مرطوب کے مطابق کریں۔ کان اور زبان کے نیچے روغن زیتون ملنا اور قے کرانا چاہیے، بیحد مفید ہے۔ قدرے قدرے گرم پانی منہ میں ٹپکانا اور تخم السی شہد میں ملا کر چٹانا بہت مفید ہے۔

اگر بلغم کا اخراج بخوبی نہ ہوتا ہو (جو دمہ میں عام طور سے پایا جاتا ہے) تو نسخۂ ذیل استعمال کرایا جائے:

(نسخہ) گاؤزباں، گل گاؤزباں، عناب ہر ایک 3-3 گرام، ابریشم خام مقرض 2 گرام، سبوس گندم 3 گرام پانی میں جوش دے کر چھان لیں اور شہد خالص 12 ملی لیٹر ملا کر صبح وشام پلائیں اور رات میں حسب ذیل لعوق چند بار چٹائیں:

(نسخہ) مغز بادام شریں 3 دانہ، مغز کدوئے شیریں مغز تخم تربوز، صمغ عربی، کتیرا ہر ایک 2-2 گرام، بنات سفید 12.5 گرام حسب دستور لعوق بنائیں۔

قبض کی حالت میں روغن بادام دودھ میں ملا کر شب کے وقت پلائیں۔

اگر سبب خسرہ یا چیچک ہو تو نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) خاکسی 3 گرام، انجیر زرد 3 دانہ، ابریشم خام مقرض 3 گرام، شہد خالص 25 ملی لیٹر پانی میں جوش دے کر صبح و شام پلائیں۔

گرم پانی یا مطبوخ خطمی وغیرہ سے سینہ پر نطول کریں۔ اس کے بعد کپڑے سے پونچھ کر قیروطئ آرد کرسنہ سینے پر ملیں، انشاء اللہ بہت جلد شفا ہوگی۔

جدید تالیفات: میں سے ایفی ڈرین الگزرئی ایک خوراک یعنی ایک چمچہ روزانہ بوقت خواب دے دی جائے (جس میں ایفی ڈرین ہائیڈروکلورائیڈ بمقدار ایک ایک گرین موجود ہو) تو تشنجی دورے سے محفوظ رکھتا ہے۔ اسے حسب ضرورت رات کو دہرا بھی سکتے ہیں۔ بعض بچوں میں مسکن ادویہ مثلاً فینوباربی ٹون زیادہ مفید ہوتا ہے۔

اگر حملۂ دمہ کے ساتھ بخار ہو تو سرایت کا شبہہ کرنا چاہیے۔ ایسی حالت میں لوزتین اور کانوں کا محتاط امتحان کر لینا چاہیے۔ اگر ضرورت ہو تو سرایت زدہ لوزتین اور لحدیدوں کو دور کر دیا جائے۔ بعض اصابات میں انفی ہوائی راہ بہت تنگ ہوتی ہے، اور جب تک بلوغت کا آغاز نہ ہو جائے بہت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ گردانفی جوف کا علاج عموماً معاون ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں تدرن یا اتساع شعب علاج کے داعی ہو سکتے ہیں۔

ضیق النفس کے انفرادی حملے میں ایڈری نلین ایک یا دو بوند تحت الجلدی طور پر دے سکتے ہیں۔ اسپرے کے ذریعہ ایڈری نلین محلول 100: الخلخہ بھی دے سکتے ہیں۔

ایڈری نلین کے متبادل کے طور پر آئسو پرنلین (Isopernaline) بمقدار 0.2 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن تحت اللسان طور پر دے سکتے ہیں۔

امینوفائی لین براہ دہن، درون عضلاتی یا درون وریدی راہ سے (بمقدار 63 ملی گرام / کلو) بھی دے سکتے ہیں۔ یہ نہ صرف سہل الاستعمال ہے، بلکہ بچوں میں خوردنی معالجہ کے بہ نسبت موثر بھی زیادہ ہے اور شدید حملوں میں بھی استعمال کرایا جا سکتا ہے۔

اگر اس کا سبب حساسیتی ارتشاح انف ہو تو ایفی ڈرین بمقدار 0.5 فیصد نارمل سیلائن میں بطور قطور انف ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں۔

اسٹیرائڈ معالجہ سے حتی الامکان گریز کرنا چاہیے۔ کیونکہ ضیق النفس کے بیشتر اصابات میں طویل المدتی اسٹیرئڈ معالجہ سے حملوں سے بڑی حد تک عافیت رہتی ہے، لیکن بڑی مقدار میں

دینے سے فائدہ سے زیادہ نقصان ہوتا ہے۔یعنی بچے کی نشوونما رک جاتی ہے۔لہذا صرف انھیں حالات میں اسٹیرائڈ معالجہ بروئے کار لانا چاہیے۔جبکہ اور کوئی چارہ کار نہ ہو۔

اگر قطعی سرایت موجود ہو تو انٹی بایوٹک معالجہ بروئے کار لایا جائے۔

غذا و پرہیز: غذا زود ہضم اور تھوڑی تھوڑی مقدار میں دن میں متعدد بار دیں۔دال مونگ، یخنی شوربا اور آش جو وغیرہ قابل انتخاب ہیں۔

نفاخ، گرم و ترش اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

46

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

اسے ذبہ اطفال سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ یہ مرض التہاب ریہ کے نتیجے میں عارض ہوتا ہے اسے بچوں کے امراض میں بڑی اہمیت حاصل ہے اور بچوں کی شرح اموات میں اس کا تیسرا مقام ہے۔

ابتدائی طور پر ذات الریہ کی دو بڑی قسمیں کی جاتی ہیں یعنی فصی ذات الریہ (Lobar-pneumonia) اور شعبی ذات الریہ (Broncho pneumonia)۔ یونانی نقطہ نظر سے اس کی دو بڑی قسمیں ہیں۔ ذبہ اطفال دموی اور بلغمی۔

شعبی ذات الریہ (Broncho pneumonia):

ابتدائی جرثومی شعبی ذات الریہ میں سب سے زیادہ پایا جانے والا جرثومہ بقۂ نمونیا (Pneumococcus)، اس کے بعد بقۂ سبحیہ (Streptococcus)، بقۂ عنبیہ (Staphylococcus)، فریڈلینڈرس جرثومہ اور ہیمو فائلس انف العنزہ ہے۔ اس طرح کی سرایت خسرہ اور شہقہ وغیرہ کے ساتھ ثانوی ذات الریہ کے طور پر بھی عارض ہو سکتی ہے۔ دونوں کے ہمراہ تنفسی غشائے مخاطی کا ورم عارض ہو سکتا ہے۔

اس قسم کا ذات الریہ 2 سال سے کم عمر والے شیر خوار بچوں میں خاص طور سے جن کا تغذیہ خراب ہوتا ہے، میں واقع ہوتا ہے۔ کیونکہ ان میں ریوی حصے تک سرایت بڑی تیزی سے پہنچ جاتی ہے۔ کمزوری پیدا کرنے والے امراض مثلاً کساح اور حادیا مزمن اسہال میں شعبی تغیرات عام طور سے موجود ہوتے ہیں۔

نحیف نیز مرطوب اور گندے مقامات پر رہنے والے بچے اس میں مبتلا ہونے کی صلاحیت زیادہ رکھتے ہیں۔ لیکن گاہے اچھے خاصے اور بظاہر فربہ بچے بھی زد میں آجاتے ہیں۔

قشعی ذات الریہ دبائی شکل میں پایا جاتا ہے۔ باقی جرثومی قسمیں قلیل الوقوع یا نادرالوقوع ہیں۔

ڈبہ اطفال دموی کا سبب گرم مادہ اور بلغمی کا سبب سرد مادہ ہوتا ہے۔

اس میں ہر دو جنس یکساں طور پر مبتلا ہوتی ہے۔ یہ مرض زیادہ تر موسم سرما اور بہار میں ہوتا ہے۔

زمانہ حضانت: عموماً ایک تا دو روز اور کبھی کبھی ایک ہفتہ تک ہوتا ہے۔

امراضیات: اگر چند گھنٹے ریوی ضرر برقرار رہ جائے تو زیر خورد بیں امتحان پر ایک ایسا خطہ ملے گا جہاں پر یہ چھوٹے چھوٹے نقاط انجماد واجتماع کے متناظر ہوں گے۔ بعض کثیر النواۃ کریات درحلمی خلیات (Endothelial cells) منجمد مصل اور سرخ خلیات کے فواضل پر مشتمل نظر آئیں گے۔ نقاط کے اردگرد کے عروق شعریہ ممتلی ہوں گے۔ بعض مقامات پر نقاط چھوٹے ہوتے نظر آئیں گے۔ اگر پھیپھڑے کا باقی حصہ، برباد شدہ حصے کا کام کرنے لگتا ہے تو تقیح الصدر عارض ہوجاتا ہے۔

سریری مناظر: حرارت 100 درجہ ف تا 101 درجہ ف ہوسکتی ہے۔ کھانسی جو ابتدا میں خفیف ہوتی ہے، شدت اختیار کرلیتی ہے اور عموماً لگاتار رہتی ہے۔ گاہے تشنجی قسم کی ایسی کھانسی اٹھتی ہے جسے روکنا محال ہوتا ہے۔ چھوٹے بچے بلغم نہیں تھوکتے بلکہ نگل لیتے ہیں۔ اکثر دونوں پھیپھڑوں کی چوٹی میں ورم ہوتا ہے۔ شہیقی خرخراہٹ موجود ہوتی ہے اور تنفس کا طبعی توازن برعکس ہوجاتا ہے۔ اس طرح جو وقفہ شہیق (Inspiration) کے بعد واقع ہوتا ہے، زفیر کے بعد عارض ہونے لگتا ہے۔ نبض تیز ہوجاتی ہے۔ تنفس اور نبض کا توازن بگڑ جاتا ہے، یعنی 1:4 کے بجائے 1:2 ہوجاتا ہے۔ تنفسی شرح طبعی یعنی 20 یا 25 فی منٹ کے بجائے 40 تا 60 فی منٹ تک پہنچ جاتی ہے۔ چہرہ

متہیج اور پھر نیلگوں ہو جاتا ہے۔ نتھنے پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ بچہ بے چینی کے عالم میں سر کو تکیہ پر ادھر ادھر اتھل پتھل کرتا ہے۔ منہ خشک رہتا ہے اور زبان پر سفید پرت جم جاتی ہے۔ ہونٹ خشک ہوتے ہیں۔ بچہ پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے۔ گاہے قے اور دست کی بھی شکایت ہو جاتی ہے۔

ذیبہ اطفال دموی کی حالت میں چہرہ پر سرخی ہوتی ہے۔ تنگی تنفس بھی زیادہ ہوتی ہے۔ شدت مرض کی حالت میں بچہ انتہائی کمزور ہو جاتا ہے۔

تشخیص: سریری طور پر محض سینے کا امتحان کرنے پر فقط التہاب عروق شعبہ (Bronchitis) کی علامتیں ملیں گی، یعنی درشت تنفس، زفیری قصبی صوت (Inspiratory Rhonchi) اور گاہے قصیر ملائم آواز ہوتی ہے۔ شعبی نمونیا میں اصولی طور پر دونوں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں۔ مرض کا آغاز ہو جانے کے بعد بچے کی تنفسی آواز کھردری ہو جاتی ہے لیکن یہ آواز زیادہ بلند ہوتی ہے۔ شعبی نمونیا میں قاعدہ ریہ ہمیشہ عموماً ماؤف ہوتا ہے، جبکہ اس کے برعکس ذات الریہ اختناقی (Cropous pneumonia) میں عموماً پھیپھڑے کی چوٹی متاثر ہوتی ہے۔ خناقی ذات الریہ عموماً ابتدائی مرض ہوتا ہے۔ لیکن شعبی ذات الریہ عموماً ثانوی ہوتا ہے۔ شعبی نمونیا عموماً زیادہ کمسن بچوں میں ہوتا ہے جبکہ فصی نمونیا چھوٹے بچوں میں عام طور سے لاحق نہیں ہوتا۔ شعبی نمونیا عموماً ایسے بچوں میں تبدریج ہوتا ہے جبکہ فصی نمونیا چھوٹے بچوں کو عام طور سے لاحق نہیں ہوتا۔ شعبی نمونیا عموماً ایسے بچوں میں بتدریج ہوتا ہے جن کی صحت پہلے سے ہی کم وبیش خراب رہتی ہے جبکہ فصی نمونیا عموماً ایسے بچوں میں عارض ہوتا ہے۔ جن کی صحت پہلے بظاہر اچھی ہوتی ہے۔

شعبی نمونیا میں اصمیت عام طور سے غیر مربوط ہوتی ہے اور مرضی کیفیت پائی جاتی ہے۔ جبکہ فصی نمونیا میں کناروں پر اصمیت ہوتی ہے۔

شعبی نمونیا میں عموماً عمومی التہاب شعب (Bronchitis) پایا جاتا ہے جبکہ فصی نمونیا میں پھیپھڑے کا قاعدہ صحت مند دکھائی دیتا ہے۔

تقرع پر گونج دار آواز سنائی دیتی ہے، جس میں گونج بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے (جس کا سبب تقیح الصدر ہوتا ہے)۔ گاہے تقرع یا تسمع سے غلطی ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں عکس ریز سے صورت حال واضح ہو جائے گی کہ سرایت شعبی ذات الریہ قسم کی ہے یا فصی قسم کی، جس میں ضرر ایک یا زائد فصوص تک پہنچتا ہے۔

معملی کاشفات: عموماً جملہ جرثومی ذات الریہ کے ہمراہ کثیر النواۃ سفید خلویت پائی جاتی ہے

لیکن نبقی ذات الریہ کے فصی نمونما میں اس کا وقوع ہوتا ہے جس میں کثیر النواۃ کی تعداد 50 ہزار تا 60 ہزار فی ملی میٹر ہوتی ہے۔ قشی ذات الریہ میں نفخ الطحال (Leucopenia) عموماً موجود ہوتا ہے۔ نمونیا میں بول عموماً البیومن پر مشتمل ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں: تجمد ریہ کے چند مدارج ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ چھوٹے بچوں میں شکمی تمدد، قے اور اسہال موجود ہوتا ہے۔ نبقی عنقی ذات الریہ (Penumococcal Pneumonia) سے اکثر خرخراجی تجاویف بن جاتی ہیں۔ اگر غلاف الریہ کے ذریعہ ایک یا زائد تجاویف منشق ہو جاتی ہیں تو مقامی استسقائے صدر یا ریم زا استسقائے صدر (Pyopneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے۔

چند وبائیات میں ایچ۔ انف العنز ہ (H.Influenza) کی سرایت سے جرحی (تضرری) نفختہ الریہ کا وقوع ہوتا ہے۔ نبقی ریوی ذات الریہ (Staphylococcus pneumonia) میں نفختہ الریہ اور التہاب اذن عارض ہوتا ہے۔ بطلان قلب موت کا باعث ہوتا ہے۔

پیچیدگیوں میں ریوی لیفت، موخر تحلل پذیری مزمن التہاب واتساع شعب کثیر الوقوع ہیں۔ دماغی امتلا اور تسمم کے سبب تشنج خطرناک پیچیدگی ہے۔

انذار: چھوٹے بچوں میں ہذیان کی موجودگی، عسر تنفس اور سرعت بھی خطرناک علامتیں ہیں۔

انٹی بایوٹیک کی ایجاد نے نہ صرف پیچیدگیوں کو کم سے کم کر دیا ہے، بلکہ شرح اموات میں حیرت انگیز حد تک کمی آ گئی ہے۔

احتیاطی تدابیر: مناسب اور محتاط تیمارداری کو شعبی ذات الریہ کے علاج میں بنیادی اہمیت حاصل ہے۔ معقول تنہائی اور سکون کا اہتمام کیا جائے تاکہ بچہ نیند کی طرف مائل ہو۔ اسے ہوادار کمرے میں رکھا جائے اور اگر ممکن ہو تو آکسیجن کا انتظام کیا جائے۔ روئی یا اون کے ہلکے پھلکے ڈھیلے کپڑے پہنائے جائیں۔ اون گرم ہو تو بہتر۔ بستر میں بچے کی وضع بدلتے رہنا چاہیے۔ کثرت رضاعت سے بچانا چاہیے۔

السی کی پلٹس پشت پر لگانا عموماً نافع ہوتا ہے لیکن درد کی حالت میں انٹی فلوجسٹین پلاسٹر زیادہ موزوں ہے۔ آج کل اسے معیوب سمجھا جانے لگا ہے اور کیمفو ریٹڈ آئل یا ٹرپنٹائن آئل دن میں دو بار سینے پر مالش کیا جائے۔ بچے کو اشیائے باردہ استعمال نہ کرنے دیں۔

ارتفاع حرارت کی حالت میں ٹھنڈے پانی میں کپڑا بھگو کر جسم پونچھنا مفید ہوتا ہے۔ اسے

رابرٹ ہچیسن نے مفید پایا ہے۔ یہ عمل ہر تیسرے چوتھے گھنٹے دہرا سکتے ہیں۔

علاج: مذکورہ تدابیر کے علاوہ تلیین طبع کی کوشش کریں کیونکہ اس سے بہتر کوئی تدبیر نہیں۔ اگر ضرورت ہو تو بلا انتظار نضج و تلیین کریں۔ حب السلاطین اس مرض میں تریاق ہے:

(نسخہ) حب السلاطین مدبر، گوگرد، تربد سفید موصوف ہر ایک 5 گرام، مغز تخم بید انجیر 1 گرام۔ جملہ دوائیں باریک پیس کر بقدر مونگ حبوب بنائیں۔

مقدار خوراک: ایک تا چھ ماہ کے بچے کے لیے ایک گولی، نصف تا سوا سال کے بچے کے لیے دو گولیاں، 2 سالہ بچے کے لیے 3 گولیاں شیر مادر یا عرق بادیان میں حل کر کے دیں۔ اگر خاطر خواہ تلیین نہ ہو تو ایک گولی کا اضافہ کر سکتے ہیں۔

دفع بلغم کے لیے مین پھل 512 ملی گرام پانی میں گھس کر باریک پیس کر نیم گرم کر کے دو تین روز تک دیں۔ اس طرح بلغم غلیظ بذریعہ قے دفع ہو جائے گا۔

تلیین کی غرض سے نسخہ ذیل بھی دے سکتے ہیں:

(نسخہ) گلبنفشہ، بادیان، گاؤزباں، مویز منقی، اصل السوس مقشر، ہلیلہ سیاہ، برگ سناء مکی ہر ایک ایک گرام پانی میں جوش دے کر چھان کر تر نجبین، شیر خشت، مغز فلوس خیارشنبر حل کر کے استعمال کرائیں۔

بلغمی ذات الریہ میں حسب ذیل گھٹی بھی بطور مسہل مستعمل ہے، جو شش اور سینہ کی رطوبتوں کو دفع کرتی ہے:

(نسخہ) بادیان، اصل السوس مقشر، عنب الثعلب، زوفائے خشک، وج ترکی، گلسرخ ہر ایک نصف گرام، مویز منقی 2 دانہ، صبر زرد 0 8 2 ملی گرام، مغز فلوس خیارشنبر 9 گرام، شیر خشت 6 گرام۔ جملہ دواؤں (بالا ستثنا شیر خشت) کو پانی میں جوش دے کر صاف کر کے پلائیں۔ یہ مقدار خوراک سہ سالہ بچے کے لیے ہے۔ یکسالہ بچے کو تہائی اور دو سالہ بچے کو نصف خوراک دی جائے۔

نسخۂ مجرب برائے ذبہ اطفال: افیون خام 4 گرام، زعفران 3 گرام، دارچینی 3 گرام، زنجبیل 4 گرام۔

جملہ دواؤں کو باریک پیس کر اسپغول کے لعاب سے موٹھ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: چھوٹے بچوں کو دو عدد اور بڑے بچوں کو چار عدد ہمراہ ماء العسل دیں۔

بعض بچوں کو اس قدر کھانسی آتی ہے کہ غذا وغیرہ بھی نکل جاتی ہے۔ مزید برآں دوسرے بچوں کو بھی اس سے کھانسی لگ جاتی ہے۔ اس قسم کی کھانسی کے لیے یہ گولیاں اکسیر کا حکم رکھتی ہیں:

(نسخہ) گاؤزباں، تخم خطمی، تخم خبازی، پرسیاؤشاں، اصل السوس مقشر کوفتہ ہر ایک نصف گرام، سناء مکی 3 گرام، گلبنفشہ 1.5 گرام، عناب 3 دانہ، سپستاں 3 دانہ، انجیر زرد 1 دانہ، عرق عنب الثعلب و عرق گاؤزباں ہر ایک 48 ملی لیٹر۔

خیساندہ بنا کر خفیف جوش دے کر مل چھان کر فلوس خیارشنبر 25 گرام، شیرخشت 18 گرام، اس میں مل کر صاف کر کے روغن بادام ڈال کر پلائیں۔

پیاس کے وقت عرق گاؤزباں نیم گرم کر کے قدرے قدرے پلائیں۔ ''حبّ مشکی'' کا نسخہ ذیل شعبی ذات الریہ کی جملہ قسموں میں مفید ہے:

(نسخہ) مشک خالص، جند بیدستر، زعفران، صبر زرد ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر بقدر مونگ گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: ایک گولی ماں کے دودھ یا عرق بادیان میں حل کر کے پلائیں۔ سفوف تربد بھی مفید ہے۔ جس کا نسخہ درج ذیل ہیں:

(نسخہ) تربد سفید، وج خراسانی، پودینہ خشک، پوست ہلیلہ زرد ہر ایک 12 گرام نیم کوفتہ۔

مقدار خوراک: یکسالہ بچے کو ایک گرام، دوسالہ بچے کو 2 گرام، شیر مرضعہ میں حل کر کے نوش کرائیں۔

کیمیاوی معالجہ: ذات الجنب کی جملہ اقسام میں کیمیائی معالجہ تیر بہدف ثابت ہوتا ہے۔ جب تک مخصوص جرثومے کا پتہ نہ چل جائے سلفونمائڈ یا پنسلین کا استعمال جاری رکھنا چاہیے۔ دیگر انٹی بایوٹک مثلاً آریومائی سین اور ٹٹراسائیکلین کا استعمال جب تک علاج پذیر نہ ہو، جاری رکھنا چاہیے۔

ابتدائی غیر ممتاز ذات الریہ میں آریومائی سین دوائے منتخبہ ہے۔

آج کل ایماکسی سلین (Amoxycillin) وسیع الاثر انٹی بایوٹک کی حیثیت سے ذات الجنب میں بھی انتہائی مقبول ہے، جسے بچوں میں 20 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن کے اعتبار سے تین منقسم مقدار میں دیا جاتا ہے۔ اسے کلوک سلی لین کے ہمراہ ملا کر بھی استعمال کراتے ہیں۔

اگر سلفامیتھا کزازول کا استعمال فوراً جاری کر دیا جائے تو عموماً بہتر نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

اس کے لیے سپڑان (مرائی میتھو پر + سلفا میتھا کسازول) 40+200 ملی گرام فی 5 ملی لیٹر کا آمیزہ دستیاب ہے، جسے نوزائیدوں کو 2.5 ملی لیٹر اور ایک تا پانچ سالہ بچوں کو 5 ملی لیٹر اور 6 تا 12 سالہ بچوں کو 10 ملی لیٹر دن میں دو بار دیا جائے۔

کھانسی رفع کرنے کے لیے کوئی موزوں شربت استعمال کرا سکتے ہیں۔ لیکن افیون یا اس کے اجزاء کا استعمال مناسب نہیں۔

غذا و پرہیز: شدت حرارت کی حالت میں آش جو جوش دے کر یا لعاب اسپغول، روغن بادام اضافہ کر کے دیں۔

سعال کی حالت میں اصل السوس مقشر اور سپستاں آش جو میں پکا کر پلائیں۔

اگر بچہ بڑا ہو تو تخفیف مرض کے بعد شوربائے چوزہ مرغ اور بکری کے گوشت کی یخنی جیسی لطیف اور زود ہضم غذائیں تجویز کریں۔

●●

47

ذات الجنب

(PLEURISY)

ذات الریہ کے اصابات میں غلاف ریہ متورم ہو جاتا ہے۔ جس کے سبب گہرا سانس لینے پر سینے میں درد ہوتا ہے۔ لیکن اگر حجابی غلاف ریہ ماؤف ہو تو درد اسی پہلو میں منتقل ہو جاتا ہے اسے ورم پہلو سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ یہ ورم دراصل پسلیوں کے اندر استر کرنے والی جھلی (غشاء الصدر یا غشاء الاضلاع) میں ہوتا ہے۔ اس کی دو قسمیں ہیں (1) حاد اور (2) مزمن۔

ماہیت: ابتدائے مرض میں غشاء الریہ دبیز اور سرخ ہو جاتا ہے اور اس کی طبعی چمک دمک جاتی رہتی ہے۔ اجتماع دم کے سبب مصل الدم مترشح ہونے لگتا ہے جو غلاف میں مجتمع ہوتا رہتا ہے۔ غلاف میں کھردراپن آجاتا ہے، صحتیابی کے بعد مائیت الدم جذب ہو جاتا ہے۔ لیکن گاہے مصل الدم جذب ہونے کے بجائے تقیحی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

اسباب: سردی کے علاوہ ضربہ وسقطہ پھیپھڑے کے امراض مثلاً ذات الریہ، دبیلہ ریہ، ششں کا غانغرانہ، سرطان، متعدی بخار مثلاً انف العنزہ، حمی قرمزیہ، چیچک، خسرہ، وجع المفاصل حار، ورم کلیہ حار وغیرہ۔

عمومی علامات: پیاس کی شدت ہوتی ہے، قبض کی شکایت عام طور سے پائی جاتی ہے۔

تقرع پر گونج کے بجائے بھاری اور بھدی آواز سنائی دے گی۔ تسمع پر تنفس کی آواز کمزور یا معدوم ہوگی۔ اسی طرح تکلم کی آواز بھی نسبتاً کمزور سنائی دیتی ہے۔ چونکہ حالتِ التہاب میں مائیت کا ترشح ہوتا ہے اور پانی فضائے صدر میں جھلی کی طرح پرتوں کے مابین مجتمع ہو جاتا ہے، اس لیے اس امتلا کے نتیجے میں پھیپھڑے کا حجم بھی گھٹ جاتا ہے جس سے وہ دب جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں تسمع پر تنفسی آواز صرف اسی مقام تک سنائی دیتی ہے جہاں تک آبی مادہ ہوتا ہے، کیونکہ پانی کے مقام پر آواز معدوم ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں چونکہ دوسری جانب کے پھیپھڑے کو زیادہ کام کرنا پڑتا ہے، اس لیے اس جانب تنفسی آواز زیادہ زوردار سنائی دیتی ہے۔

ذات الجنب حاد: کی صورت میں ابتداء میں متعدد بار خفیف جاڑے کے ساتھ بخار آتا ہے۔ درد سینہ تھوڑی دیر بعد ابھرتا ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا کوئی برچھی چبھو رہا ہے۔ اس درد میں گفتگو کرنے، لمبی سانس لینے، کھانسنے یا کروٹ بدلنے سے اضافہ ہو جاتا ہے۔ یہاں تک کہ مریض سینے کو جنبش دینے پر قادر نہیں رہتا بلکہ شکم کے سہارے سانس لینے کی کوشش کرتا ہے۔ ابتدائے مرض میں مرضی جانب لیٹنے سے آرام ملتا ہے لیکن آخر میں اس وضع سے بھی کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ خشک کھانسی آتی ہے، نقاہت بڑھ جاتی ہے، زبان میلی ہوتی ہے، بخار 102 سے 103 درجہ تک پہنچ جاتا ہے، رفتار نبض 90 تا 120، رفتار تنفس 30 تا 35 فی منٹ ہوتی ہے۔ نبض صلب و سریع ہوتی ہے۔

اگر مریض رو بہ صحت ہو تو مذکورہ علامات میں تخفیف ہونے لگتی ہے، ورنہ مرض مزمن درجہ میں داخل ہو جاتا ہے۔

ذات الجنب مزمن میں بار بار لرزہ سے بخار چڑھتا ہے، خاص طور سے جبکہ آب خون جذب ہونے کے بجائے مدہ (پیپ) میں تبدیل ہو جائے۔ نبض ضعیف و سریع چلتی ہے۔ جلد خشک و گرم ہو جاتی ہے۔ ماؤف حصہ متورم ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اس کی علامتیں تورن سے مشابہ ہو جاتی ہیں۔ کمزوری و لاغری بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔

تشخیص تفریقی: غشائی صدری افراز اور نخیتہ الریہ بچوں میں نادر الوقوع ہیں۔ ذات الریہ میں ابتدا میں قشعریرہ کے ساتھ بخار آتا ہے، جو ذات الجنب کے بخار کے بہ نسبت تیز ہوتا ہے۔ کھانسنے پر زنگاری بلغم کا اخراج ہوتا ہے۔ بچہ خاصہ غمزدہ نظر آتا ہے، چہرہ سرخ ہوتا ہے، تسمع پر گفتگو کے دوران آواز کافی تیز سنائی دیتی ہے۔

استسقائے صدر کے درد میں بخار نہیں ہوتا نیز سینہ ٹھونکنے پر ٹھوس اور بھدی آواز سنائی دیتی ہے اور نہ ہی مسماع الصدر سے رگڑ کی آواز سنائی دیتی ہے۔

عظم الکبد کی صورت میں چوتھی پسلی اور بعض اوقات تیسری پسلی تک ٹھونکنے سے ٹھوس اور بھدی آواز سنائی دیتی ہے۔ تسمع پر گہری سانس لینے پر ٹھوس اور بھدی آواز کی حد اوپر سے نیچے ہو جاتی ہے کیونکہ تنفس کے زیر اثر حجاب حاجز اوپر سے نیچے آ جاتا ہے۔ نتیجۂ کار جگر بھی دب کر نیچے چلا جاتا ہے۔ یہ بات ذات الجنب میں نہیں ہوتی۔

تدابیر وعلاج: اس کی تدابیر وعلاج ذات الریہ کی طرح ہیں۔ اگر ساتھ ساتھ ریہ کے معتد بہ حصہ کا بھی بطلان ہو گیا ہو تو بلا تامل باریک سوئی داخل کر کے ہوا خارج کر دی جاتی۔ اس کے بعد تحت المائی ڈاٹ (Under water seal) سے استمراری چوس کے ذریعہ مسیلیت کا انتظام کیا جائے۔

●●

48

تدرن

(TUBERCULOSIS)

اس متعدی مرض یعنی سل ودق (تدرن) میں حمّٰی لازم ہوتا ہے۔ دق میں مبتلا افراد کے بچے اس میں مبتلا ہونے کی صلاحیت زیادہ رکھتے ہیں، خصوصاً اس وقت جبکہ معقول خوراک اور مناسب حفظ صحت نیز پرفضا رہائش کا بندوبست نہ ہو۔ بچپن میں کثیر الوقوع تضرر ابتدائی تدرن ہوتا ہے جو کہ تدرنی جرثومے کی سرایت سے واقع ہوتا ہے۔ ابتدائی اضرار کے نزدیک مقامی پیچیدگیاں عارض ہوسکتی ہیں اور آخر کار پھیپھڑوں میں موخر اضرار رواقع ہو سکتے ہیں۔ بعض بچوں میں سل بلوغ (Adult Pthiasis) پایا جاتا ہے۔

روداد: تدرنی تماست کی روداد سے تشخیص کی شہادت میں بڑی مدد ملتی ہے۔ تدرن عارض ہونے سے فوراً پیشتر سرایت یا ضربہ حالیہ کی روداد عموماً حاصل کی جاسکتی ہے۔ اسی طرح خسرے کو عام سرایت کا درجہ دیا جاسکتا ہے جس کے نتیجے میں جسمانی قوت مدافعت کم ہو جاتی ہے اور تدرنی جرثومے کو قدم جمانے کا موقع مل جاتا ہے۔ یہ عام طور سے نقص تغذیہ والے بچوں میں عارض ہوتا ہے اور گرم ممالک میں خطرناک پیچیدگی کے طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

جرثومیات: مرض سل ودق سے ابوالطب بقراط بھی واقف تھا اور جالینوس نے بھی اس کا

تذکرہ کیا ہے لیکن سترہویں صدی میں باقاعدہ تحقیقات کا آغاز ہوا اور بالآخر 1884 میں جرمنی کے مشہور و معروف دانشور رابرٹ کاخ نے اس کے مخصوص جرثومے یعنی تدرنی عصیہ (Tubercle bacillus) کا پتہ لگایا۔ یہ جراثیم مدقوق و مسلول مریضوں کے بلغم میں بکثرت پائے جاتے ہیں۔ سل کے مریض روزانہ کروڑوں جراثیم تھوکتے ہیں، جن میں سے کچھ تو ہلاک ہو جاتے ہیں اور کچھ خشک ہونے کے بعد مہینوں زندہ رہتے اور اڑتے رہتے ہیں، نتیجۃً کارمنہ اور ناک کے راستے تندرست انسان کے پھیپھڑے اور آنتوں میں پہنچ کر مبتلائے مرض کر دیتے ہیں۔ یہ جرثومہ بذاتِ خود کوئی حرکت نہیں کرتا لیکن افزائش نسل کی غرض سے مختلف شکلیں اختیار کرتا رہتا ہے۔ کبھی سیدھا، کبھی خمدار اور گاہے تسبیح یا زنجیر نما ہوتا ہے لیکن عام طور سے ڈنڈے کی طرح قدرے خمیدہ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ جرثومہ اساسی رنگوں (Basic dyes) سے رنگت قبول کر لیتا ہے۔ رنگنے کے بعد دیگر جرثوموں کو اگر تیزابی وسیلے میں ڈال دیا جائے تو ان کا رنگ جاتا رہتا ہے لیکن دق کے جراثیم کا رنگ علیٰ حالہ برقرار رہتا ہے۔ اسی لیے انھیں ترشہ قائم جراثم (Acid fast-bacillus) کہا جاتا ہے۔ جذام کے جراثیم میں بھی یہی خاصیت موجود ہوتی ہے۔

اب تک درنی جرثوموں کی متعدد قسمیں دریافت ہو چکی ہیں جن میں سے انسانی (Human) اور حیوانی (Bovine) انسان کے لیے امراضیاتی اہمیت کے حامل ہوتے ہیں۔

ریوی تضررات میں عضویہ بلغم سے حاصل کیا جا سکتا ہے اور جو بچے لعاب دہن وغیرہ نگل جاتے ہیں، ان کے معدے کی دھلائی اور گاہے براز سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ جسم کے دیگر حصوں کے قیحی مواد سے بھی عضویہ حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بولی تضررات میں بول سے اور تدرنی التہاب دماغ میں دماغی نخاعی سیال سے اگر سرایت زدہ مواد مخصوص جانوروں مثلاً گنی پگ کے جسم میں داخل کر دیا جائے تو اس میں بھی دق کے اثرات مشاہدہ کیے جا سکتے ہیں۔

مواد کو ذیل نیلسن توشیہ سے براہ راست ملون کر کے یا خصوصی واسطہ (میڈیا) پر کاشت کر کے عضویے کو ممتائز کیا جا سکتا ہے۔

امراضیات: بچوں یا بالغوں میں ابتدائی تدرنی سرایت کے نتیجے میں زیر جلد، غشائے مخاطی، پھیپھڑے یا امعا میں ابتدائی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ یہ تضررات عام طور سے پھیپھڑے میں عارض ہوتے ہیں۔ پھیپھڑے میں ماسکہ (ابھار) تدرنی نمونیا کا ایک خطہ بنا دیتا ہے۔ ابتدائی ماسکہ کے جلد ہی بعد اس خطہ کے اسالتی لمفاوی غدد سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ ابتدائی دروں

صدری اضرار کے اصابہ میں منصب الصدری (حیزومی) غدد بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ غدد یا تو تکلس کے ذریعہ مندمل ہو جاتے ہیں یا تخر (مردہ) مراکز پیدا کر دیتے ہیں جو کبھی کبھی شعب کے فتحوں میں تقرح کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ضمنی طور پر اچانک تمذوریہ یا ہبوط الریہ کی شکل میں پیچیدگیاں عارض ہو سکتی ہیں۔

اقسام: بچوں میں تدرن کو جائے وقوع کے اعتبار سے حسب ذیل تین حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے:

(1) تدرن ریوی (Pulmonary Tuberculosis)

(2) تدرن معوی (Intestinal Tuberculosis)

(3) تدرن عموی (Miliary Tuberculosis)

تدرن ریوی (Pulmonary Tuberculosis):

جو بچے قبل از وقت پیدا ہوتے ہیں، انھیں معقول غذا بھی نہیں میسر آتی، اسی لیے یہ تدرن ریوی کی استعداد زیادہ رکھتے ہیں۔ ابتدا میں اس کی تشخیص آسان نہیں ہوتی، تاہم اگر بچے کو ایک عرصہ تک خشک کھانسی، مسلسل بخار کی شکایت رہے اور احتیاطی تدابیر کے باوجود وزن گھٹتا جائے تو اس مرض کا یقین ہو جاتا ہے۔

غیر پیچیدہ ابتدائی سرایت میں سرپرست کو بالکل اطلاع نہیں ہوتی اور مرض کو طبیعت کی گراوٹ اور معمولی نزلہ زکام یا انف العنزہ سے تعبیر کیا جاتا ہے۔

رات کا پسینہ، نفث الدم اور شدید علالت، جیسا کہ بالغوں کے دق میں دیکھا جاتا ہے، ابتدائی سرایت کے مظاہر کے طور پر بچوں میں نہیں عارض ہوتے، تاہم طبیعت کی گراوٹ اور عدم اشتہا مخصوص علامتیں قرار دی جا سکتی ہیں۔ اطراف میں درد ہوتا ہے۔ غیر پیچیدہ اصابہ میں سینے میں کوئی مخصوص علامت نہیں ہوتی۔ کھانسنے پر بہت زیادہ تکلیف ہوتی ہے۔

اگر تقرع پر اصمیت (بھدی آواز) محسوس ہو، ساتھ ہی قلب جائے وقوع سے کچھ ہٹا ہوا محسوس ہو تو سیال کی موجودگی تصور کرنی چاہیے۔ مجموعی طور پر مدقوق کی تشخیص میں مندرجہ ذیل علامتیں اہم رول ادا کرتی ہیں:

کھانسی اور بلغم تنگی تنفس، سینے کا درد، پسینہ، نفث الدم اور بخار۔

مدقوق کی نبض دقیق، سریع اور صلب ہوتی ہے۔ جس قدر مرض پرانا ہوتا جاتا ہے، ان

علامات میں بھی اضافہ ہوتا جاتا ہے اور ساتھ ہی نبض میں ضعف بڑھتا جاتا ہے۔

شاروم عموماً طبعی ہوتا ہے، تاہم ابتدائی کثیر النوتی سفید خلویت موجود ہو سکتی ہے۔ جلدی کاشفہ پر ٹیوبر کیولین مثبت تعامل پیش کرے گا۔ اس کے علاوہ سینے کے عکس ریز سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ اجتماع صدید سے تشخیص تفریقی کر لینی چاہیے، بلغم کا خورد بینی امتحان کر لینا چاہیے۔

انجام: عموماً بہتر ہوتا ہے، خاص طور سے جب کہ مرض نزلہ زکام کے بعد عارض ہوا ہو اور ہنوز پھیپھڑے میں زخم نہ لاحق ہوا ہو۔ بخار میں شدت ہو، عمدہ آب وہوا اور معقول علاج میسر آجائے، عمومی نقاہت دور ہو کر وزن بڑھنے لگے اور کھانسی میں اضافہ ہونے لگے، بلغم میں بہتر تغیرات رونما ہونے لگیں تو مریض کے شفا کی امید کی جا سکتی ہے۔

تدرن معوی (INTESTINAL TUBERCULOSIS): یہ امعاء کے تدرنی تقرح، مساریقی ضمور اور تدرنی التہاب باریطون کی دونوں یعنی استقائی اور ترقیعی قسموں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس قسم کا دق گو کہ بڑوں کو بھی لاحق ہوتا ہے، تاہم اس میں زیادہ تر بچے مبتلا دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ بچوں میں اسے ''دق الاطفال'' ''سوکھا'' یا ''سوکھا مسان'' کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

شکمی تدرن آنت میں عموماً کسی ابتدائی ماسکہ کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے، جو بعد میں مساریقی غدد یا باریطون تک پھیل جاتا ہے، لیکن بسا اوقات خصوصاً بڑے بچوں میں ابتدائی ریوی سرایت موجود ہوتی ہے اور آنت ثانوی سرایت کے طور پر متاثر ہوتی ہے، چنانچہ پھیپھڑوں وغیرہ جیسے ماؤف اعضا سے مرض کا مادہ یا جراثیم آنتوں میں پہنچ کر انھیں مبتلائے مرض کر دیتا ہے۔ چنانچہ مسلول گائے کا کچا یا اتنا جوش دیا ہوا دودھ پینا جو جراثیم سوزی کے لیے کافی نہ ہو، اہم ترین سبب بتایا گیا ہے۔ بچے دودھ سے نکالے ہوئے مکھن اور کریم کا بھی یہی حال ہے، ایسی گائے کا دودھ پینے سے بچوں کی آنتیں مرض کو قبول کر لیتی ہیں۔ بچوں کے غدد جاذبہ بہت آسانی سے اس مرض کے جراثیم سے متاثر ہو جاتے ہیں، کیوں کہ غدد کی خرابی سے معدہ وامعاء کی غشاء مخاطی میں ورم اور سوزش پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بچوں میں یہ شکایت زیادہ ہوتی ہے۔

دق الاطفال کے اسباب پر نظر ڈالنے کے دوران وظائف الاعضا کو کسی طرح نظر انداز نہیں کیا جا سکتا۔ آلات ہضم میں کسی قسم کی خرابی پیدا ہو جانے سے ہضم خراب ہو جاتا ہے اور غذا جزو بدن نہیں ہوتی۔ چنانچہ پھیپھڑے اور حنجرہ کے دق میں اس مرض کا مادہ لگے ہوئے بلغم کے

ذریعہ آنتوں میں پہنچ کر اس قسم کی دق پیدا کر دیتا ہے، نتیجۂ کار پھیپھڑوں کے دق کا مریض آنتوں کے دق میں بھی مبتلا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض دوسرے تیسرے اور چوتھے سال کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن 11 برس کی عمر کے بعد نادر الوقوع۔

دردشکم میں مبتلا بچے شفاخانہ میں محض اس لیے بھیج دیے جاتے ہیں کہ وہ عسیر العلاج معلوم ہوتے ہیں اور اکثر دیگر کسی مرض کے لیے جب شکم کا عکس ریز لیا جاتا ہے تو معوی تدرن کا پتہ چلتا ہے اور تدرنی غدد پائے جاتے ہیں۔

اس میں عضویہ غشائے مخاطی کے ذریعہ داخل ہوتا ہے اس کے بعد مساریقی غدد یا آنت کے باریطون کے ذریعہ منتشر ہوتا ہے اور پھر باریطونی کہفہ کی جڑ میں پہنچ جاتا ہے۔

آنت کا تدرنی تقرح: اس کا ابتدائی تقرر آنت کے تحت مخاط میں ہوتا ہے۔ شروع میں ایک چھوٹا درنہ ہوتا ہے جو گاہے مخاطین کے ذریعہ منشق ہو جاتا ہے اور ایک کھرنڈ چھوڑ جاتا ہے۔ اندمال کے وقت کھرنڈ ہلالی ہو جاتی ہے اور نتیجۂ کار آنت کا حقیقی تضیق یا احتباس واقع ہوتا۔ اعور سے چند فٹ اوپر آنت کا تدرنی تقرح کثیر الوقوع ہے اور بڑی آنت میں اکثر نہیں پایا جاتا۔ یہ عمومی تدرن کے اصابات میں آنت کی پوری لمبائی میں پھیل سکتا ہے۔

مساریقی ضمور (TABES MESENTERICA): عضویے غدد تک در آتے ہیں، اکثر اوقات غدد چھوٹے ہی رہتے ہیں، لیکن بعد میں موسمی کے برابر ہو جاتے ہیں۔ تکلس کی تشخیص شعاعیات (Radioligy) سے ہو سکتی ہے۔

تدرنی التہاب باریطون (Tuberculous peritonitis):

استسقائی قسم میں درنے باریطونی سطح پر نمودار ہو سکتے ہیں، جو آنت میں قرحہ سے منتشر ہوتے ہیں یا معوی کہفہ میں خارج ہونے والے تحینی غدہ سے۔ یہ باریطونی درنے (ابھار=Tubercles) آنت کی سطح سے بہت جلد جداری باریطون تک منتشر ہو جاتے ہیں۔ اس درجے میں آنت کے رقبے میں بہت کم انضمامات ہوتے ہیں۔

التہاب باریطون کی ترقیعی قسم میں آنت کے رقبے باہم دگر اور باریطون سے منضم ہو جاتے ہیں۔ اس قسم میں گاہے انثقاب اور اکثر انسداد واقع ہوتا ہے۔ انسداد کی حالت میں قے اور دردشکم عارض ہوتا ہے۔ قرحہ کے انثقاب کے نتیجہ میں عفنی التہاب باریطون واقع ہو جاتا ہے، جو گاہے موت کا پیش خیمہ ثابت ہوتا ہے۔

علامات وامارات: اس مرض میں مبتلا بچے بخار اور وزن میں کمی کے ساتھ حسب ذیل علامات کے مظہر ہوتے ہیں:

(ا) دیوار شکم کی ناطاقتی (ب)، متورم غدد لمعاً، جو قابل جس ہوتے ہیں، (ج) زیر جلد شحوم کی کمی، (د) مائی اسہال۔

مریضوں کی قلیل تعداد تدرنی التہاب باریطون میں مبتلا ہوتی ہے۔ اس شدید مرض میں ضمور کے ساتھ شکمی غدد اور گاہے قولنجی شکمی درد پایا جاتا ہے، جو جزوی معوی انسداد سے عارض ہوتا ہے، یہ بعد میں مکمل انسداد میں تبدیل ہوسکتا ہے۔

آنت کے تدرنی تقرح میں بچہ عموماً جسمانی طور پر درست نظر آتا ہے، لیکن شدید طویل اصابات میں سریع ضیاع عارض ہوتا ہے۔ براز پتلا اور زائد مخاط پر مشتمل ہوتا ہے۔ بدبو زیادہ اور رنگت پھیکی ہوتی ہے۔

مساریقی ضمور: مشترک علامات شکم میں قولنجی درد، واماندگی، وزن کی کمی (عموماً) بخار کی عدم موجودگی اور غدد کی حرکت پذیری ہیں۔

استسقائی قسم میں قولنجی درد موجود ہوسکتا ہے۔ شکم بڑھا ہوا اور سیال پر مشتمل ہوتا ہے۔ تقرع پر اصمیت محسوس ہوتی ہے، شکم بہت زیادہ متمدد اور چمکدار ہوسکتا ہے اور رگیں سطح پر نمایاں ہوسکتی ہیں۔ نافچہ اندر کو مڑا ہوا رہتا ہے۔ بچہ ذبول، قلتِ دم اور نقاہت میں مبتلا ہوسکتا ہے۔

تشخیص: چونکہ دودھ میں تدرنی جراثیم جذب کرنے کی بڑی صلاحیت ہوتی ہے، لہٰذا دودھ والی سرایت پر خصوصی نظر رکھنی چاہیے، خاص طور سے ہندوستان جیسے غریب ملک میں جہاں حفظ صحت کے اصولوں پر کاربند رہنا دشوار ہوتا ہے۔ ایک سال سے زیادہ عمر والے بچے اگر مزمن اسہال میں مبتلا ہوں، نیز ان کا براز مخاط اور دموی ذرات پر مشتمل ہو تو ان حالات میں تدرن کا شبہہ کرنا چاہیے۔

سیلوی مرض (Coeliac Disease) کے ساتھ آنتوں کا مزمن ڈھیلا پن، کلانی نیز زرد اور دال کے دھون کی طرح براز اور بالکل ڈھیلے شکم سے تشخیص میں قدرے اشکال پیدا ہوسکتا ہے۔ سیلوی مرض میں جگر ابتدائی علاج میں قابل جس نہیں ہوتا، جب کہ تدرنی تقرح میں یہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ تقرحی التہاب قولون، مقعد میں امتحان اور بیریم حقنہ مع عکس ریز سے تشخیص کی جاسکتی ہے۔ مانع فارملین توشیہ سے براز کا محتاط امتحان کرنے سے تدرنی جرثومے کی حقیقی موجودگی کا پتہ چل جاتا

ہے۔ ٹیوبرکیولین جیلی کاشف (Tuberculine jelly test) سے تشخیص میں کافی مدد مل سکتی ہے۔ مسار یقی ضمور میں معاء مستقیم کے نیچے نافچہ کے قریب شکم خاص طور سے جس کرنا چاہیے۔

تدرنی التہاب باریطون میں استسقائی قسم کی تصویر بالکل واضح ہوتی ہے۔ شکم میں اصمیت موجود ہوتی ہے اور بچہ ردوست ہوتا ہے۔ قلب و بول کے امتحان سے قلبی وکلوی استسقا کو مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔ ضمور کی حالت میں جگر سخت اور بے ترتیب جس کیا جا سکتا ہے اور یرقان کی روداد بھی ملتی ہے۔

تدرن عمومی (Miliary Tuberculosis):

ریہ وامعاء کے علاوہ جسم کے باقی حصوں میں جب تدرن ہوتا ہے تو اسے تدرن عمومی کہتے ہیں، مثلاً غدد ی، عظمی اور جلدی وغیرہ، لیکن ان اصابات میں ایک مشترک خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ جسم کے تمام انسجہ ماؤف ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں ذبول زیادہ اور بخار مسلسل رہا کرتا ہے اور باقی اقسام جو ایک عضو سے متعلق ہوتی ہیں، ان کی علاحدہ اور مخصوص علامات پائی جاتی ہیں، مثال کے طور پر عظمی تدرن ہو تو ہڈی کا نشو ونما رک جاتا ہے، طبعی حجم میں کمی آجاتی ہے اور بچے کی حرکات وسکنات میں بھی سستی آجاتی ہے۔

غدی تدرن کی حالت میں اکثر غدد جاذبہ متحجر نیز متقرح ہو جاتے ہیں، ان کی طبعی شگفتگی جاتی رہتی ہے۔ مادہ ملونہ کے خلل کے سبب جلد کے بعض مقامات پر مخصوص تبدیلیاں رونما ہونے لگتی ہیں۔ بالوں نشو ونما رک جاتی ہے۔ یہ تدرن عموماً 1 تا 3 سال کی عمر میں پایا جاتا ہے۔

اسباب وامراضیات: جب تدرنی عصیے کثیر تعداد میں دموی رو میں حملہ آور ہوتے ہیں تو تدرن عمومی پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم میں بہت جلد صورت حال بگڑ جاتی ہے اور اگر بروقت علاج نہ کیا جائے تو عموماً مہلک ثابت ہوتا ہے، لیکن شاذ و نادر یہ مزمن صورت اختیار کر کے از خود شفایاب بھی ہو جاتا ہے۔ تدرن عمومی کا ذمہ دار عصیہ براہِ راست در آسکتا ہے۔

سریری مناظر: علامتیں چور چال سے یا شدید بیماری کی شکل میں رونما ہو سکتی ہیں، چنانچہ اول الذکر حالت میں رفتہ رفتہ وزن کم اور بھوک گھٹنے لگتی ہے۔ دیگر اصابات میں ارتفاع تپش، چڑچڑا پن، انحطاط قوت اور کھانسی پائی جاتی ہے، ساتھ ہی سرعت تنفس اور نیلگونیت موجود ہوتی ہے۔

شکم جس کرنے پر طحال بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے حرارت مسلسل بڑھی ہوئی ہو سکتی ہے،

لیکن ابتدائی مدارج میں بخار کے مختصر وقفے ہوتے ہیں۔ سرعت تنفس ونبض نیلگونیت کے ساتھ موجود ہوتو اسے نظر انداز نہ کرنا چاہیے۔

تشخیص: چونکہ اس میں عضوی علامتیں مفقود ہوتی ہیں، لہذا ابتدائے مرض میں تشخیص دشوار ہوتی ہے، سینے کے عکس ریز سے مخصوص چھوٹے چھوٹے نقاط ملتے ہیں۔ معدے کی دھلائی یا امتحان براز پر تدرنی عصیے دریافت کیے جاسکتے ہیں۔ اگر پھر بھی ناکامی ہوتو بزل نخاع سے ابتدائی دماغی سرایت (Meningeal infection) معلوم کی جاسکتی ہے۔ مشیمی درنے کی موجودگی تشخیص میں خصوصی اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ یہ عموماً قرص بصری (Optic disc) کے تہائی حصے کے برابر ہوتے ہیں۔ اندمال کے بعد یہ مرجھا کر سفید رنگت اختیار کر لیتے ہیں اور حجم گھٹ جاتا ہے۔ ان کے معائنہ پر تدرن کی تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔

تشخیص توثیقی: عصری ذرائع تشخیص میں مندرجہ ذیل طریقے انتہائی اہم اور مروج ہیں:

- مانتو کاشفہ (Mantouxtest)
- بی، سی، جی تشخیصی کاشفہ (B.C.G. diagnostic test)
- سی، ٹی، اسکین (C.T. scan)

تصویر 17: انتہائی مثبت درنی یعنی مانتو اور بی سی جی تشخیصی کاشفے

○فائن نیڈل ایس پائے ریشن سائٹالوجی (Fine Needle Aspiration-Cytology FNAC)

○پولی میریز چین ری ایکشن (Polymerase Chain Reaction (PCR))

○حساس تو شیے مثلاً ELISA یا RIA جرثوموں کے انٹی جن کی دریافت کے لیے CSF یا بول کے نمونوں پر بروئے کار لائے جاسکتے ہیں۔

انجام مرض: مخصوص علاج میسر آجائے تو کم ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج:

دق کی کسی بھی قسم میں مندرجہ ذیل تین بنیادی امور کا خیال رکھنا چاہیے:

ا۔ بود و باش اور تغذیہ۔

ب۔ دق کی مخصوص دواؤں کا استعمال۔

ج۔ امدادی تدابیر۔

بود و باش اور تغذیہ: اگر ممکن ہو تو کسی پہاڑی، صحت افزا مقام یا ساحل سمندر پر کسی پرفضا مقام پر مریض کو رکھنا چاہیے اور اگر یہ ناممکن ہو تو کسی اچھے آب و ہوا والے دیہات میں رہائش کا انتظام کیا جائے، جہاں اس امر کا خیال رکھنا چاہیئے کہ اس مقام کا درجۂ حرارت مریض کے دوران خون کو متاثر نہ کر سکے۔ بہترین تیمارداری، حادد رجہ میں مکمل آرام، تغذیہ بخش غذا اور صاف ستھری ہوا کامیابی سے قریب تر کر دیتے ہیں (تاہم سورج کی براہ راست روشنی سے بچانا ضروری ہے)۔

بچوں کو پروٹین اور پھلوں کے رس پر مشتمل زود ہضم غذا دی جائے تا کہ خون بکثرت پیدا ہو کر عام جسمانی کمزوری دور ہو سکے۔ دموی تدرن میں شحمی اجزا قلیل مقدار میں دیے جائیں یا بالکل نکال دیے جائیں۔ مدقوق کے لئے دودھ بہترین غذا ہے۔ سب سے بہتر عورت کا، اس کے بعد گدھی کا اور پھر بکری کا۔ ان میں سے کوئی دودھ میسر نہ آئے تو گائے کا دودھ پلانا موزوں ہے۔ دودھ کو جوش دے کر پلانا چاہیئے۔ اگر مناسب سمجھیں تو دودھ میں انڈا پھینٹ کر پلا سکتے ہیں، علاوہ بریں آش جو، ساگودانہ، اراروٹ نہایت موزوں غذائیں ہیں۔ اگر آش جو کو سرطان کے ساتھ پکایا جائے تو بہترین غذائے دوائی ہے۔

گوشت خوروں کے لیے بکری، چوزہ مرغ، تیتر اور بیٹر کے گوشت کا شوربا یخنی، انڈا، نیم برشت اور تازہ مچھلی غذائے منتخب ہیں۔

سبز ترکاریوں میں سے گھیا، لوکی، ٹنڈے، توری، پرول، چقندر، خرفہ کا ساگ اور پالک مناسب ہیں، انھیں تنہا یا گوشت کے ساتھ پکا کر کھلا سکتے ہیں۔

پھلوں میں سے انگور، انار، سیب، سنترے، مالٹا، لوکاٹ، لیچی وغیرہ قابل انتخاب ہیں، لیکن یہ سب شیریں ہونے چاہئیں۔ ترشی مناسب نہیں۔ قبض کی حالت میں انجیر، پپیتہ اور خربوزہ دے سکتے ہیں۔

دیر ہضم، بادی غذاؤں مثلاً بڑے جانور کے گوشت، مٹھائی، پوری کچوری، آلو، دال ماش، مسور، گوبھی، اروی وغیرہ سے پرہیز کرائیں، اسی طرح ہر قسم کی ترشی مثلاً مرچ، اچار، چٹنی، سرکہ یہاں تک کہ ترش دہی اور چھاچھ وغیرہ سے بھی پرہیز ضروری ہے۔ سرخ مرچ، گرم مصالحہ، گرم خشک چیزوں، چائے قہوہ وغیرہ سے بھی پرہیز ضروری ہے۔

نوٹ: عوارض نفسانی سے بھی بچے کو دور رکھیں۔

دوائی علاج: ابتدائے مرض میں جب کہ خشک کھانسی ستاتی ہو اور کھانسی میں خون بھی آتا ہو تو صبح وشام نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) گیرو، سنگجراحت، دم الاخوین، سرطان سوختہ ہر ایک نصف گرام باریک پیس کر خمیرہ خشخاش 6 گرام میں ملا کر کھلائیں، اوپر سے:

(نسخہ) بہدانہ 6 گرام، عناب 3 دانہ، سپستاں 6 دانہ پانی میں جوش دے کر شربت بنفشہ 15 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر ضرورت محسوس ہو تو اسی نسخہ میں گوند ببول، کتیرا اور رب السوس ہر ایک نصف تا پون گرام حسب ضرورت اضافہ کر سکتے ہیں۔ خاکسی کو بکری کے دودھ میں جوش دے کر، دودھ کو پھینک دیں پھر خاکسی کو سایہ میں خشک کریں۔ اس طرح تین بار یہ عمل دوہرا کر مدبر کر لیں۔

ایک تا 3 گرام ماں کے دودھ میں یا پانی میں پیس کر پلائیں، مفید ہے۔ اگر اس کے ہمراہ جوہر منقی بھی پیس کر دیں تو بہت جلد شفا ہوگی۔ سوء ہضم کی صورت میں نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) شیرہ بادیان 3 گرام، اصل السوس 3 گرام، عرق بادیان 105 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ 15 ملی لیٹر ملا کر دیا جائے۔

عام جسمانی کمزوری کے لیے خمیرہ آبریشم شیرہ عناب والا کھلائیں۔

تدرن معوی (آنتوں کے دق) میں جب کہ دست آ رہے ہوں:

قرص طباشیر کا فوری کھلا کر آب کاسنی سبز مروق، آب بارتنگ سبز مروق ہر ایک 30 ملی لیٹر، شربت حب آلاس 15 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

کافور سیال 4 بوند قدرے پانی ملا کر دیں۔

عام جسمانی کمزوری رفع کرنے کے لیے خمیرہ ابریشم عود مصطگی والا 3 گرام کھلائیں۔ بعد غذا حب رال نصف عدد دونوں وقت دینا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔

نسخۂ ذیل حکیم اجمل خاں کے مجربات میں سے ہے:

صبح وشام قرص سرطان نیمکوفتہ 3 گرام پھنکا کر بہدانہ 2 دانہ، سپستاں 6 دانہ پانی میں جوش دے کر شربت اعجاز ڈال کر پلائیں۔

غری سمک 3 گرام دودھ میں جوش دے کر مصری سے میٹھا کر کے دن میں دو بار کھلائیں۔

جدید تالیفات: طب مغرب میں حسب ذیل دوائیں روزانہ پریکٹس میں مستعمل ہیں۔ مدراس کی ایک جدید تحقیق اس حقیقت کی مظہر ہے کہ دق کا علاج صرف اور صرف کیموتھیراپی سے ممکن ہے، خواہ مریض تحت التغذیہ کیوں نہ ہو:

(1) اسٹرپٹومائی سین (Streptomycin):

مقدار استعمال 40 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن، دروں عضلاتی راہ سے روزانہ ایک بار (زیادہ سے زیادہ مقدار ایک گرام یومیہ)۔

امتناع: ڈائی ہائیڈرو اسٹرپٹومائی سین ہرگز انہ استعمال کی جائے کیونکہ یہ نظام سماعت پر انتہائی سمی اثرات مرتب کرتی ہے۔

(2) سوڈیم پیرا امینو سیلی سلیٹ (Sodium Para Amino Salicylate (PAS)):

مقدار خوراک: 200 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن۔ یومیہ دو تین خوراکوں میں تقسیم کر کے (زیادہ سے زیادہ مقدار 12 گرام)۔

(2) آئسو نیازڈ (Isoniazid (INH)):

مقدار خوراک: 20 ملی گرام فی کلو جسمانی وزن یومیہ براہ دہن (انتہائی خوراک 400 ملی گرام یومیہ)۔ یہ دوا محیطی التہاب عصب پیدا کر سکتی ہے، لہذا اس اندیشے کے پیش نظر ساتھ میں حیاتین ب مرکب بھی دیتے ہیں۔

بیک وقت دو دواؤں سے کم کا مرکب نہ استعمال کرائیں۔ اس طرح دق کے عصیے کی ہٹ کا

اندیشہ تقریباً ختم ہو جاتا ہے۔

کسی بھی مرکب دافع دق دوا میں INH ضرور شامل کر لینی چاہیے کیوں کہ ہر دو مذکورہ دواؤں سے زیادہ زود اثر ہے۔ یہ مذکورہ بالا مقدار میں اپنا پورا پورا اثر کسی سمی اثر کے بغیر دکھاتی ہے۔ بچوں میں اس امر کا رجحان موجود ہوتا ہے کہ INH کی مقدار بڑھا دی جائے اور دیگر دواؤں گھٹا دی جائے۔

اسٹرپٹومائی سین اور INH کے ہمراہ عمومی دق کے جملہ (اصابات)، التہاب اغشیہ دماغ نیز دیگر خطرناک کلوی، عظمی یا مفصلی دق میں کامیابی کے ساتھ استعمال کرایا جا سکتا ہے۔ اسٹرپٹومائی سین معالجہ کی مدت کا انحصار انفرادی اصابہ پر ہوتا ہے، لیکن عام طور سے 3 ماہ کی مدت کافی ہوا کرتی ہے۔

تدرنی التہاب دماغ کے ابتدائی ہفتوں میں مذکورہ تینوں دواؤں کے ساتھ اسٹیرائڈ معالجہ بروئے کار لانے سے التہابی تعامل اور ترشح کم ہو جاتا ہے۔

جدید ترین معالجہ:

عالمی صحت تنظیم (W.H.O) نے جدید ترین تالیفات پر مشتمل درج ذیل اصول علاج مدون کیا ہے، جس پر عمل پیرا ہو کہ صد فیصد شفا ہو جاتی ہے، بشرطیکہ مکمل طور سے معالج کے زیر معائنہ علاج کیا جائے:

ششماہی نصاب

دوا	نصاب اول: 2 ماہ	نصاب دوم: 4 ماہ
آئسونیازڈ (INH)	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ
ریفامپسین (Rifampicin)	R10 ملی گرام/ کلو یومیہ	10 ملی گرام/ کلو یومیہ
پائرازیناماٹڈ (Pyrazinamide)	Z30 ملی گرام/ کلو یومیہ	
نوٹ: مذکورہ دواؤں سے ہٹ	کی صورت میں اسٹرپٹومائی سین	S15 ملی گرام/ کلو یومیہ
یا ایتھم بیوٹال (Ethambutol)		E 15 ملی گرام/ کلو یومیہ
یا حسب ذیل نصاب بطور معاون	معالجہ بروئے کار لایا جائے:	
آئسونیازڈ (Isoniazid)	15 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار	15 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار
ریفامپسین (Rifampicin)	10 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار	10 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار
پائرازیناماٹڈ (Pyrazinamide)	50 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار	50 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار

ہمراہ:		
اسٹرپٹومائی سین	15 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار	15 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار
یا:		
آئتھم بیوٹال	40 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار	40 ملی گرام/ کلو ہفتہ میں تین بار

ہشت (8) ماہی نصاب

دوا	نصاب اول: 2 ماہ	نصاب دوم: 6 ماہ
آئسو نیازڈ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ
ریفامپسین	10 ملی گرام/ کلو یومیہ	
پائرازینا مائڈ	30 ملی گرام/ کلو یومیہ	
تھیاسیٹازون (Thiacetazone)	2.5 ملی گرام/ کلو یومیہ	
ہمراہ:		
اسٹرپٹومائی سین	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	
یا:		
آئتھم بیوٹال	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	

بارہ ماہی نصاب

دوا	نصاب اول: 2 ماہ	نصاب دوم: 6 ماہ
آئسو نیازڈ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ
اسٹرپٹومائی سین	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	
ہمراہ:		
تھیاسٹیازون	2.5 ملی گرام/ کلو یومیہ	2.5 ملی گرام/ کلو یومیہ
یا:		
آئتھم بیوٹال	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	15 ملی گرام/ کلو یومیہ
یا:		
آئسو نیازڈ	5 ملی گرام/ کلو یومیہ	15 ملی گرام/ کلو یومیہ

ہفتہ وار

اسٹرپٹومائی سین	15 ملی گرام/ کلو یومیہ	15 ملی گرام/ کلو یومیہ

ہفتہ وار

تھیا سیٹازون	2.5 ملی گرام/ کلو یومیہ

امدادی تدابیر: معاون ادویہ میں خمیرے، کیلشیم اور اس کے مرکبات مثلاً منڈوزا (ہمدرد) سیرپ میکالوٹ، انگوری، شارک لیور آئل، پھلوں کے رس اور ہالب اورنج (HALIBORANGE) وغیرہ مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائیں۔

ریوی دق میں اگر کھانسی زیادہ شدید ہو تو اس کا باقاعدہ علاج کرنا چاہیے۔

●●

49

خلقی امراض قلب

(CONGENITAL HEART DISEASES)

وقوعہ: جملہ ذی حیات وضع حمل میں تقریباً ایکفیصد قلبی عروقی تشوہات (Malformations) کے حامل ہوتے ہیں۔ اگر جلد علم ہو جائے تو فی زمانہ تشوہات کی درست تشخیص ممکن ہے اور بیشتر مریض کو طبی اور جرحی تدابیر کے ذریعہ بچایا جا سکتا ہے۔

خلقی مرض قلب مجموعی حیثیت سے بچوں میں زیادہ پایا جاتا ہے، تاہم مخصوص اختلالات مخصوص جنس سے خصوصی وابستگی رکھتے ہیں۔ مفتوح قنات شریانی۔ (Patent ductus arteriosus) اور اذنی حاجزی خلل (Atrial septal defect) بچیوں میں زیادہ پایا جاتا ہے، جبکہ صمامی اورطی تضیق (Valvular aortic stenosis)، جیب فلسلفا کا خلقی انورسما (Congenital aneurysm of the sinus of vlsalva)، تضایق اورطی (coarctation of the aorta)، فیلٹ کا رباعیہ (Tetrology of fallot) اور شریان کبیرہ کی تبدیلی وضع بچوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

اسباب: خلقی قلبی عروقی بدوضعیتیں عام طور سے قلب کی ناقص الخلقت جینی نشوونما کی ترقی کی ناکامی کا نتیجہ ہوا کرتی ہیں۔ بدوضعیاں مخلوط متعدد العوامل جینی (Genetic) اور ماحولیاتی

اسباب کے نتیجہ میں واقع ہوتی ہیں۔ واحد سبب شاذ و نادر ہی سامنے آتا ہے، تاہم مجرد جین (Gene) کا تبدل حسب ذیل خاندانی صورتوں میں اتفاقاً ہی واقع ہو سکتا ہے:

اذنی حاجزی اختلال، صمام تاجی کا انقلاب، بطنی حاجزی خلل، تسدد قلب، وضع مقلوبہ (Situs inversus)، فوق صمامی اور طی تضیق اور محیطی ریوی شریانی تضیق کا مرکب، ذاتی تضخمی تحت اورطی تضیق نیز حسب ذیل علائمیے:

نونم (Noonum)، ہولٹ اورم (Holt oram)، ایلس وان کریویلڈ (Ellis-van-Crevield) اور کرتا جینیر (Kartagener)۔ ایک خاندان کے ایک یا دو افراد مبتلائے مرض ہوں تو عود مرض کا اندیشہ بہت بڑھ جائے گا، ایسی صورت میں مزید تفتیش سے پیشتر خاندانی روداد حاصل کر لی جائے تو بہتر ہے۔

حفظ ماتقدم: جینی شعاعیاتی تماست (Exposure) کے مناسب استعمال سے مہیج مولدات کے تولیدی خلل کو کم کیا جا سکتا ہے۔

مفتوح قنات شریانی (PATENT DUCTUS ARTERIOSUS)

قنات شریانی (Ductus arteriosus) ایک رگ ہے جو شریان ریوی کی تقسیم سے شروع ہو کر اورطی کی طرف جاتی ہے (تحت الترقوی) شریان کے عین بائیں جانب، پیدائش کے فوراً بعد قنات کی بندش شریانی نسیم کے اضافہ کے سبب تناؤ کے نتیجہ میں ہو سکتی ہے۔ پیدائش کے بعد قنات کا مستحکم انفتاح نسبتاً کثیر الوقوع ہوتا ہے اور سطح مرتفع پر پیدا ہونے والی بچیوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

قبل از وقت پیدا ہونے والے بچوں میں قنات شریانی کا حد فاصل قائم کرنا ضروری ہے، جن میں نارسیدگی (Immaturity) کے سبب بعد الولادتی قناتی بندش کے طبعی میکانیہ کی کمی پائی جاتی ہے، لیکن پورے وقت کے نوزائیدے، جن میں انفتاح قنات خلقی تشوہ سے متعلق ہوتا ہے: بہت ممکن ہے کہ رگ کی دیوار کے اندر کی لچکدار بافت کا ابتدائی تشریحی خلل ہو۔ گو کہ موخر الذکر تشوہ زیادہ تر جداگانہ شکل میں واقع ہوتا ہے، تاہم یہ دیگر تشوہات بالخصوص تضایق اورطی، بطنی حاجزی خلل، تضیق ریوی اورطی تضیق کے ساتھ ہمزماں طور پر پایا جا سکتا ہے۔ انفتاح قنات میں اس طرح کے تضررات مثلاً ریوی بے انثقابی یا قوس اورطی کی مداخلت کی صورت میں ریوی یا نظامی دموی بہاؤ برقرار رکھنے کا واحد راستہ فراہم کر سکتے ہیں۔

علامات واما رات: جسمانی امتحان پر مخصوص ذبذبہ اور مسلسل ''مشینی'' سرسراہٹ ظاہر ہوتی ہے، جس کے ساتھ بالائی بائیں قصی سرے پر انقباضی دباؤ پایا جاتا ہے۔ بائیں اذن و بطن بڑھے ہوئے ریوی وریدی مراجعت کی گنجائش پیدا کرنے کے لیے بڑھ جاتے ہیں۔ کلاں یا اوسط حجم کے دائیں سے بائیں والے راستوں (shunts) کے ساتھ قنات کے ذریعہ خون کا دورہ پھیلے ہوئے (وسیع شدہ) تنبھی دباؤ اور مربوط محیطی تنبعات پیدا کرتا ہے۔

تشخیص: برقی قلبی ترسیم پر دموی حرکی (Haemodynamic) خلل بائیں بطنی اور شاذ و نادر اذنی تضخم سے ظاہر ہوتا ہے۔ صدر کی شعاعی ترسیم (Roentgenogram) پر بائیں اذنی و بطنی عظم کے ساتھ ساتھ ایک نمایاں صعودی اورطی اور ریوی شریان نیز ریوی عروقی امتلا پائے جاتے ہیں۔ صوتی قلب نگاری (Echocardiograph) سے بائیں اذنی و بطنی حجم کا پتہ لگانے پر بائیں سے دائیں راستوں کی ضخامت کا اندازہ ہوتا ہے۔

مفتوح قنات شریانی کی تشخیص عہد طفلی میں یا ریوی بیش طناب اور سقوط قلب کے مریضوں میں دشوار ہوسکتی ہے۔ ان حالات میں اورطی اور شریان ریوی کے مابین دباؤ کی شرح کم یا معدوم ہو جاتی ہے، کیونکہ مخصوص قسم کی مسلسل سرسراہٹ ہوتی ہے اور قاعدہ پر فقط ایک انقباضی اخراجی سرسراہٹ قہقر ریوی کی ایک انبساطی ضربہ والی سرسراہٹ موجو ہوتی ہے یا کوئی سرسراہٹ نہیں ہوتی۔ شدت اختیار کرنے کے بعد ریوی عروقی مرض قنات کے ذریعہ مراجعت پر منتج ہوتا ہے۔ غیر مروحہ خون اورطی نازل اور پاؤں کی انگلیوں کے سرے (Toes) تک پہنچتا ہے، نتیجۂ کار انگلیاں نیلگوں اور گرزنما ہو جاتی ہیں۔

تدبیر وعلاج: کلاں قناتین نارسیدہ مولود میں سقوط قلب اور ریوی اذیما پیدا کرسکتی ہیں لیکن پورے وقت کے بچے بلوغت تک اس سے نبرد آزما ہو سکتے ہیں۔ علامتی نارسیدہ نومولود کی تدبیر انڈومیتھاسین (Indomethacin) کے ذریعہ پیدائش روک کر یا جرحی ربطہ کے ذریعہ موثین (Prostaglandin) کی قنات کو مسدد دیا بند کر کے کی جاسکتی ہے۔ پورے وقت کے نوزائیدے یا بچے میں اگر انفتاح صادق تشوہ ہو تو دوائی معالجہ ناکام ہو جاتا ہے۔

شدید ریوی عروقی مرض اور پیش غالب دائیں سے بائیں بدلتے ہوئے خون کے راستے کی شکل میں قنات شریانی کی مرمت جرحی طور پر کر دینی چاہیے، لیکن مریض کی عمر کم از کم 2 سال سے زائد ہونی چاہیے۔ انفتاح کا ارتباط یا تقسیم میں کم سے کم (2 فیصد سے بھی کم) خطرہ ہوتا ہے۔

کامیاب جرحی معالجہ سے طبعی زندگی کی امید کی جا سکتی ہے۔ چند غیر علاج یافتہ مریض 40 سال سے زائد جی جاتے ہیں۔ موت عموماً سرایتی التہاب درون قلب یا سقوط قلب کے سبب ہوا کرتی ہے۔

تضایق اورطی (COARCTATION OF AORTA):

اورطی کے فتحہ کی تنگی یا تضیق اس کی پوری رفتار میں کہیں بھی واقع ہوسکتا ہے، لیکن سب سے زیادہ رباط شریانی (Legamentum arteriousum) میں واقع ہوتا ہے۔ تضایق اورطی خلقی مرض قلب کے تقریباً 7 فیصد مریضوں میں واقع ہوتا ہے اور بچوں کے بہ نسبت بچیوں میں دو گنا ہوتا ہے، تاہم تضرر تہجی مولداتی عدم جنسیت (Gonadal dysgenesis) کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

سریری مناظر کا انحصار مقام اور تسدد کے پھیلاؤ نیز ہمزماں تشوہات کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ یہ ثلاثی اورطی صمام، خلقی اورطی تضیق، مفتوح قنات شریانی، بطنی حاجزی خلل اور قحبقر تاجی پر مشتمل ہوتے ہیں۔ جب اورطی کی منتشر تنگی قنات مفتوحہ کے قریب ہوتی ہے تو دایاں بطنی تضخم رحم میں ترقی کرتا ہے اور ریوی تضخم اور سقوط قلب امتلائی ابتدائے حیات میں عام ہوتے ہیں۔

تضایق عام طور سے قنات یا رباط شریانی کے عین مقام اتصال پر یا قدرے فاصلے پر واقع ہوتا ہے۔ بچوں اور بڑوں کی اکثریت بعد قنالی تضایق کے ساتھ علامتوں سے عاری ہوتی ہے۔ صداع، رعاف، بردالاطراف اور ورزش کے ہمراہ عرجان (Claudication) واقع ہو سکتا ہے۔ عضوی امتحان پر جب طرف اعلیٰ میں قلبی سرسراہٹ یا بیش طناب کا پتہ چلتا ہے تو توجہ عموماً قلبی عروقی نظام کی طرف مائل ہو جاتی ہے۔ بچپن میں بیش طناب میں کلوی عوامل کے بہ نسبت میکانکی عوامل اساسی کردار ادا کرتے ہیں۔

تشخیص: شرائین فخذی میں عدم تنبض، تنبض میں نمایاں کمی، موخر تنبض یا اطراف زیریں میں کم یا ناقابل محسوس شریانی دباؤ مع عضدی بیش طناب تشخیص کی طرف رہبری کرتے ہیں۔ اگر فتحہ کافی حد تک تنگ ہو جائے تو مقدم حصۂ صدر، پشت اور شوکی ابھار پر وسطی انبساطی سرسراہٹ مسلسل سنائی دے سکتی ہے۔

برقی قلبی ترسیم: برقی قلبی ترسیم پر بائیں بطنی تضخم کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں، جن کا انحصار شریانی دباؤ کی بلندی پر ہوتا ہے، جن کا تعلق تسدد اور مریض کی عمر سے ہوتا ہے۔ نوزائیدوں

اور بچوں میں پیش غالب بایاں یا مرکب بطنی تضخم عموماً پیچیدہ تضرر کی نشاندہی کرتا ہے۔

شعاعی ترسیم: بائیں منصف الصدری سرے کی بلند متسع بائیں تحت الترقوی شریان اور ایک متسع صعودی اورطی کی مظہر ہوگی۔ پسلیوں کی ثلمیت (Notching) اہم شعاعی امارت، متسع مرغولہ دار عروق کے تاکل کے سبب ہوتی ہے، جو عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے اور عام طور سے 6 تا 12 سال کے دوران واضح ہو جاتی ہے۔ جار القصی یا فوق القصی دریچہ سے انجام دی جانے والی دوطرفہ صوتی قلب نگاری عام طور سے تضایق کے مقام وطوالت کو ظاہر کر دیتی ہے۔

قلبی کظریت (CARDIAC CATHETERTZATION): اورطی نگاری، مقام تسدد کی تعیین، طوالت تضایق کا فیصلہ اور ہمزماں تشوہات کی تشخیص کے لیے تجویز کر سکتے ہیں۔

علاج: اورطی کے غیر پیچیدہ تضایق کا علاج عملیہ سے ممکن ہے، چنانچہ بازتراشیدگی، منتہی تا منتہی تضمم (Anastomosis) یا تحت الترقوی جزلی وعائی ترقیع (Flap-angioplasty) سے اچھے نتائج برآمد ہو سکتے ہیں۔

جو لوگ زندگی کے اول دو سال جی جاتے ہیں، دوسرے یا تیسرے عاشورہ سے پہلے عوارض قلیل الوقوع ہوتے ہیں۔ غیر علامتی مریضوں میں عملیہ 3 تا 6 سال کی عمر کے درمیان تجویز کرنا چاہیے۔ مخصوص اثرات بدشدید بیش طناب کے نتیجہ میں پیدا ہوتے ہیں جو دماغی انورسما (تصلب شریانی) انشقاق اورطی، بائیں بطنی سقوط اور سرایتی التہاب درون قلب پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بعض بعد الجرحی مریضوں میں بیش طناب کے موخر وقوعہ میں تاحیات طبی نگرانی کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

اذنی حاجزی خلل (ATRIAL SEPTAL DETECT):

اذنی حاجزی خلل ایک عمومی خلقی قلبی تشوہ کے طور پر بالغوں میں واقع ہوتا ہے اور مردوں کے بہ نسبت عورتوں میں کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ تاہم بچوں کے خلقی امراض میں بھی 10% اس کا وقوعہ ہوتا ہے۔

طبعی حالات میں دائیں کے بہ نسبت بلند یا یاں اذنی دباؤ ثقبہ بیضہ (Foramen-ovale) کو بند رکھتا ہے، لیکن 25 فیصد طبعی افراد میں صمام جزلی (Flap valve) کبھی بھی تشریحی اعتبار سے حُوف (Limbus) سے نہیں جڑتا۔

حُفرۂ بیضہ (Fossa ovalis) پر حقیقی خلل بالعموم ہمیشہ صمام جزلی کی خامی کے سبب واقع

ہوتا ہے جو ابتدائی حاجز (Septum Primum) سے ماخوذ ہوتا ہے۔ یہ اس لیے ہوتا ہے کہ صمام کا بالائی کنارا بذات خود ناقص ہوتا ہے یا صمام جزلی مثقوب ہوتا ہے۔ حُوف (Limbus) کی کشیدگی سے بھی خلل واقع ہوسکتا ہے۔ تاہم یہ نادر الوقوع ہوتا ہے۔ دایاں اذن و بطن بڑھ جاتا ہے، شریان ریوی متسع ہوجاتی ہے۔

دیگر نقائص جو بین الاذنی ترسیل کا سبب بنتے ہیں، نام نہاد تجویفی وریدی خرابیاں، فتحی ابتدائی حاجزی خلل (Atrium Septal defect) اور مقام تجویف اکلیلی پر ترسیل ہوتے ہیں۔ تجویفی وریدی خلل کسی ایک بڑی ورید کے دہن میں پایا جاسکتا ہے اور ورید عموماً اجوف صاعد (Superior venacava) ہوتی ہے، تاہم شاذ و نادر اجوف نازل بھی ہوسکتی ہے۔ یہ عموماً دائیں ریوی اوردہ کی تشوہاتی مسیلیت (Malformative drainage) کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ فتحی ابتدائی خلل اذنی حاجز کے خطہ میں پایا جاتا ہے اور فی الواقعہ اذنی بطنی حاجزی خلل ہوتا ہے۔ تجویف اکلیلی کے مقام پر بین الاذنی ترسیل نادر ہوتی ہے۔ یہ عموماً ہمیشہ بائیں اجوف اعلیٰ کے اذن ایسر میں اسالہ کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

علامات و امارات: کئی سال تک کوئی امارت نہیں پائی جاسکتی ہے۔ بیشتر مریضوں میں ابتدائے بلوغ میں عسر تنفس، نیلگونی اور دوسری قلبی آواز کے انکسار کے نتیجہ میں مخصوص عضوی امارت ریوی انقباضی سرسراہٹ ہوتی ہے۔ شریان ریوی اور اس کی مخصوص شاخوں کا عظم شعاعیاتی طور پر نظر آتا ہے اور پردے پر حرکی تنبض زیر مشاہدہ آتا ہے (نافی رقص = Hilar-dance) دایاں بطنی عظم بھی دیکھا جاسکتا ہے اور برقی ترسیم پر منعکس ہوسکتا ہے۔ دائیں شاخ حزمہ کا ناقص انسداد عام ہوتا ہے۔

علاج: بڑے خلل کی جرحی بندش بروئے کار لانی چاہیے۔ بالخصوص 10 سال کی عمر سے پہلے، جس کے بعد عام طور سے طبعی زندگی کی توقع کی جاسکتی ہے۔ بیشتر مریض سقوط قلب کے سبب لقمۂ اجل بن جاتے ہیں۔

بطنی حاجزی خلل (VENTRICULAR SEPTAL DEFECT):

بطنی حاجزی خلل کثیر الوقوع خلقی قلبی تشوہ ہے اور یہ دونوں صورتوں میں واقع ہوتا ہے یعنی مطلق خلل نیز تشوہات کے مشترکہ حصہ کے طور پر مثلاً دوہرا مخرجی بایاں بطن (Double outlet-ventricle)، جزر شریانی (Truncus arteriosus) بطنی حاجزی خلل دیگر تشوہات مثلاً

مکمل اور اصلاح شدہ تبدیلی وضع کے ہمراہ بھی واقع ہوتا ہے۔

خلل یافتہ کناروں سے لے کر بطنی حاجزی خلل (VSD) کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔ بیشتر مرکزی لیفی جسم کے گرد و پیش پائے جاتے ہیں۔ یہ معابعد تحت اورطی ہو جاتے ہیں، جبکہ اورطی تاجی ثلاثی تسلسل کا ایک خطہ ان کے کگر کا حصہ بناتا ہے۔ اس لیفی خطہ میں اذنی بطنی غشائی حاجز کا انضمام ہو جاتا ہے اور اس لیفی خطہ کے اردگرد سے بالعموم بین البطنی غشائے حاجز کے باقیات پردے کی طرح لٹکے رہتے ہیں۔ یہاں پر اختلالات غشائی خطے کے اردگرد عضلی حاجز کی خامی کے سبب واقع ہوتے ہیں اور گرد غشائی اختلالات سے موسوم کیے جاتے ہیں۔ وہ جماعت اور بھی نادر ہوتی ہے، جن کے کنارے مکمل طور سے عضلی ہوتے ہیں (عضلی اختلالات)۔ سبب سے زیادہ ندرت ان اختلالات کی جماعت کی ہوتی ہے جو بطنی حاجز کے محرجی حصہ کی کمی سے پیدا ہوتی ہے۔ اسی لیے یہ دونوں یعنی اورطی اور ریوی صمامات کے نیچے رہتے ہیں اور بلاشبہ اورطی اور ریوی صمامی حلقوں سے مشترکہ طور پر اوپر سے ڈھکے رہتے ہیں۔ یہ آخری جماعت تحت شریانی اختلالات سے موسوم کی جاسکتی ہے۔ گرد غشائی (Perimembranous) اور عضلی اختلالات بطنی حاجز کے مدخل (Inlet) اجوزی (کنڈہ نما) یا مخرجی حصوں میں پائے جاسکتے ہیں۔

بطنی حاجزی اختلالات کے مقام کی معلومات میں اضافہ سے اس کی پیش قیاسی ممکن ہے۔ اس سلسلے میں اہم اختلالات کا حجم اور لیفی ساختوں سے ان کا قرب ہوتا ہے جو انھیں بند کر سکتے ہیں۔ خرد اختلالات سے کلاں کے بہ نسبت بند ہونے کا احتمال زیادہ رہتا ہے، بالخصوص جبکہ عضلی حاجز میں ہوں۔

گرد غشائی اختلالات اپنے اردگرد ثلاثی صمامی بافت کی پلاسٹرنگ یا غشائی حاجزی باقیات کے انور سمائی کلانی کے ذریعہ مسدود ہو سکتے ہیں۔ خرد گرد غشائی مخرج یا اجوزی اختلالات (Trabecular defects) کے مسدد ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ اذنی بطنی بنڈل (AV Bundle) بنیادی طور پر گرد غشائی اختلالات، موخر اسفل، عضلی مدخلی اختلالات مقدم اعلیٰ اور مخرجی اختلالات سے غیر متعلق ہوتا ہے۔

علامات وامارات: عموماً کوئی متعلقہ علامت نہیں پائی جاتی۔ مخصوص امارات کے طور پر منصف الصدر کے بائیں جانب چوتھے بین الصدری منتہا میں کرخت انقباضی سرسراہٹ اور

ذبذبہ موجود تا ہے۔ بیشتر اصابات میں خلل اتنا وسیع نہیں ہوتا کہ دوران خون کو متاثر کر سکے۔ بعض اصابات میں بھاری اضافی بوجھ بائیں بطنی سقوط کا سبب بن سکتا ہے۔ چند اصابات میں شدید ریوی بیش طناب پیدا ہوتا ہے اور راستے منقلب ہو جاتے ہیں۔

شعاعی اور برقی قلبی ترسیم کے امتحانات طبعی ہوتے ہیں، بالاشتناز یادہ شد اصابات کے جبکہ قلب عظم اختیار کر لیتا ہے۔

علاج: خلل کی مرمت مفتوح قلبی عملیہ سے کی جا سکتی ہے۔ معمولی اختلالات کی صورت میں یہ ضروری نہیں اور شدید ریوی بیش طناب کی صورت میں خطرناک ثابت ہو سکتی ہے، بشرطیکہ قلب کے زیادہ بڑھ جانے سے پہلے بروئے کار لایا جائے۔ بصورت دگر انذار کا انحصار اختلال کے حجم پر ہوتا ہے۔

تضیق ریوی (PULMONARY STENOSIS):

ریوی تضیق جداگانہ تشوہ کے طور پر واقع ہوتا ہے، جس میں نیلگونی نہیں پائی جاتی یا اذنی یا بطنی حاجزی خلل کے ہمراہ پایا جا سکتا ہے، جس کے ساتھ نیلگونی پائی جا سکتی ہے اور نہیں بھی۔ جس کا انحصار خلل کے دونوں جانب کے متعلقہ دباؤ پر ہوتا ہے۔ تضیق صمام ریوی کی سطح پر واقع ہو سکتا ہے یا بطن ایمن کے قمعی خطہ (Infundibular region) میں۔

تضیق ریوی مع بند بین البطنی حاجز (Pulmonary stenosis with closed interventricular septum): بہت سے اصابات میں یہ خفیف ہوتا ہے۔ شدید اصابات میں عسر تنفس، تکان یا شاذ و نادر غشی واقع ہو سکتی ہے۔ مخصوص امارات کرخت انقباضی سرسراہٹ اور ذبذبہ ہیں۔ دوسری ریوی آواز کم ہو جاتی ہے۔ ریوی شریان تضیق کے پیچھے متسع ہو جاتی ہے۔ بطن ایمن تضخمی ہو جاتا ہے۔ اذنی حاجزی خلل ہمزماں طور پایا جا سکتا ہے۔

خفیف اصابات میں علاج کی ضرورت نہیں، البتہ شدید اصابات میں ریوی صمام شگافی بروئے کار لائی جائے ورنہ موت فجأۃ یا ترقی پذیر سقوط قلب واقع ہو سکتا ہے۔

تضیق ریوی مع بطنی حاجزی خلل (فیلٹ کا رباعیہ) (Pulmonary stenosos & ventricular septal Defect (Fallot's Tetrology)- بچوں یا بالغوں میں کثیر الوقوع زراقی خلقی مرض قلب ہوتا ہے۔ رباعیہ تضیق ریوی، اذنی حاجزی خلل، اورطی کی وضع

راست، جو اس خلل کو دبا لیتی ہے اور دائیں بطنی تضخم پر مشتمل ہوتا ہے۔

علامات واما رات: عسر تنفس اور تکان خصوصی علامتیں ہیں اور بچہ ورزش کے بعد آلتی پالتی مار کر بیٹھ جاتا ہے۔ حسب ذیل علامات خاص طور سے پائی جاتی ہیں:

گرز انگشتی اور نیلگونی، تیز انقباضی سرسراہٹ اور اکثر ذبذبہ موجود ہوتا ہے، جو بالائی عظم القص کے بائیں منتہا تک پہنچتا ہے۔ دوسری آواز کا ملائم ریوی حصہ شعاعیاتی امتحان پر قلب ایمن کا عظم، شریان ریوی کی طبعی خمیدگی کی عدم موجودگی۔

عملیہ: عہد طفولیت میں عملیہ ضم (anastomosis) کی شکل میں بروئے کار لائے جاسکتے ہیں۔ اسے یا تو دائیں یا بائیں شریان اور متعلقہ تحت الترقوی شریان کے مابین انجام دیا جاتا ہے (بلیلاک کا عملیہ =Blalock's Operation) یا شریان ریوی اور اورطی کے مابین، تاکہ پھیپھڑوں تک خون کی رسد بڑھ جائے۔ بعد میں کامل اصلاح بروئے کار لائی جاسکتی ہے۔ اس طرح علامتیں ختم ہو جاتی ہیں اور بیشتر اصابات میں زندگی بحال ہو جاتی ہے۔ عملیہ کے بغیر بعض مریض عہد شباب تک پہنچ جاتے ہیں)۔

●●

50

مرض قلب حُداری

(RHEUMATIC HEART DISEASE)

طب جدید میں اس کی تعریف التہابی غیر تقیحی نظامی مرض کے طور پر کی جاتی ہے جس کی طرف علامہ نجیب الدین سمرقندی نے بہت پہلے اشارہ کر دیا تھا کہ ان اور رام (حدار) کی خصوصیات میں سے ہے کہ یہ پکتے نہیں اور ان میں پیپ نہیں پڑا کرتی۔

صمامی مرض کا اہم سبب حداری التہاب دورن قلب (Rhumetic-endocarditis) ہوتا ہے، چنانچہ حمی مفاصل میں صمامات وغشاء درون قلب عام طور سے متاثر ہوتے ہیں جو لیفین اور خلیات دمویہ سے مرکب ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ صمام تاجی متاثر ہوتا ہے، اس کے بعد صمام اورطی۔ مثلثۃ الرؤس کا تضیق بھی گو کہ عموماً مزمن حداری مرض قلب کا نتیجہ ہوتا ہے، تاہم یہ ہمیشہ تضیق تاجی کے ساتھ پایا جاتا ہے اور اکثر صمام اورطی کے ساتھ بھی واقع ہوتا ہے۔ وائیں قلب کے ظواہر نادر الوقوع ہوتے ہیں۔

التہاب ختم ہوتے ہی کھرنڈ (بروقے = Vermucae) معدوم ہوتے ہیں اور فقط کھرنڈ دار بافت باقی رہ جاتی ہے۔ ہر مکرر الوقوع سرایت کے ہمراہ کھرنڈ کے پاس نئی کھرنڈ کی تکوین ہوتی ہے اور حداری درون قلب نیز حبال وتریہ (Chordae Tendinae) ماؤف ہو

کر مختصر اور بدوضع ہو جاتے ہیں۔

تضیق تاجی (MITRAL STENOSIS) بچوں میں نادر الوقوع ہے۔ تاہم چند مشرقی ممالک میں کمسنی کا تضیق تاجی قلیل الوقوع نہیں۔

اسباب: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، اس کا سبب حُمّی حدادی ہوتا ہے۔ گٹھیا کے مادہ کے سبب اکثر غلاف درون قلب میں ورم ہو جانا اور ظاہر ہے وضع الفاصل کا سبب اخلاط یعنی خون، صفرا، بلغم اور سودا ہوتے ہیں۔ مقام مرض میں جس مادہ کا انصباب ہوتا ہے اس میں اولیت بلغم کو ہے، اس کے بعد خون، اس سے کم صفرا اور شاذ و نادر سودا کا انصباب ہوتا ہے، علاوہ بریں مرکب قسم بھی پائی جاتی ہے یعنی دو یا زائد اخلاط شامل ہو جاتے ہیں۔ ایسا کم ہوتا ہے کہ فقط بلغمی یا فقط سودادی خلط سبب ہو۔ صاحب اکسیر اعظم نے اس کی طرف واضح اشارہ کرتے ہوئے لکھا ہے کہ اس کا سوء مزاج بعض اوقات سارے بدن میں عام ہوتا ہے اور گاہے کسی عضو رئیس مثلاً قلب سے وابستہ ہوتا ہے۔

حدادی التہاب قلب کے بیشتر اصابات میں صمام تاجی کا تضرر واقع ہوتا ہے جو صمامی اجزا کے کچھ ضعیان مع حبال وتریہ کے چھوٹا پن نیز دبازت پر مشتمل ہوتا ہے۔ حادثی حدادی مع شدید قلبی ماؤفیت کے دوران سقوط قلب امتلائی زیادہ تر شدید میکانیتی تاجی عدم کفایت کے سبب ہوتا ہے جو التہابی مرض سے بڑھ جاتا ہے۔ یہ غشاء القلب، عضلۂ قلب، درون قلب اور برون قلب کو ماؤف کر سکتا ہے۔ وافر خون کے بوجھ اور التہابی کیفیات کے سبب بطن ایسر بڑا اور ناکارہ ہو جاتا ہے لہٰذا اذن ایسر پھیل جاتا ہے ریوی امتلا اور سقوط قلب ایسر کی علامتوں کے نتیجہ میں اذن ایسر کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور تاجی عدم کفایت کے مریضوں میں شریان ریوی کا دباؤ بڑھ جاتا ہے او بطن ایمن کا عظم اور بالآخر سقوط قلب ایمن واقع ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں تاجی عدم کفایت خفیف یا متوسط ہوتا ہے، یہاں تک کہ ان مریضوں میں بھی جن میں وقوعہ کے وقت عدم صلاحیت (Incompetence) شدید ہو، بروقت حالت بہتر ہونے لگتی ہے۔

علامات وامارات: تاجی عدم کفایت کی مخصوص امارت کے طور پر بطن ایسر کا راسی پیش قلبی نبضہ (Precardial impulse)، جس کے ساتھ راس (apex) پر کامل انقباضی سرسراہٹ ہوتی ہے، شدید تاجی عدم کفایت کے ساتھ مزمن امتلائی سقوط مع عسر تنفس پائے جا سکتے ہیں۔ قلب راسی انقباضی رفرفہ کے ساتھ عظم اختیار کر سکتا ہے۔ قلب کی صوت اول طبعی ہوتی ہے۔ اگر

ریوی بیش طناب موجود ہوتو صوت دوم بھاری ہوگی۔صوت سوم ممتاز ہوتی ہے۔ریوی بیش طناب کے ساتھ وداجی وریدی نبض میں ایک ابھار پایا جائے گا جو دائیں اذنی تضخم کی شہادت ہوتی ہے۔ سقوط قلب کے ساتھ وداجی وریدی دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ساتھ میں پائے جانے والے قہقرِ ثلاثی کے ساتھ نمایاں انقباضی وریدی ہبھہ پایا جاتا ہے۔

درد کو تضیق تاجی میں کوئی خاص اہمیت حاصل نہیں۔

نفث الدم مرض کے آخری درجہ میں ریوی امتلا کے سبب اچانک واقع ہوسکتا ہے۔ اختلاج قلب بالخصوص رات کو ہوتا ہے جس کے سبب مریض سو نہیں سکتا یا اچانک گھبرا کر بیدار ہو جاتا ہے اور دھڑکنیں حد سے بڑھ جاتی ہیں۔

نقاہت وسقوط کی عمومی شکایت ہوتی ہے۔

چہرے اور لبوں پر سیاہی مائل زراقت پائی جاتی ہے جو جد و جہد کی حالت میں واضح ہو جاتی ہے۔

اگر حدار کے نتیجے میں ثانوی طور پر یہ مرض پیدا ہوا ہوتو خلط غالب کی علامتیں بھی موجود ہوں گی یعنی قسم دموی میں جلد میں سرخی ہوگی اور درد و نیز شدید ٹیس موجود ہوگی، ورم زائد ہوگا۔

صفراوی قسم میں جلد زرد، ورم کم لیکن درد وسوزش شدید ہوگی، بارد اشیاء سے فائدہ ہوگا۔ بلغمی میں ورم کا رنگ سفید ہوگا۔ عام طور سے اس میں جلد کا رنگ متغیر نہیں ہوتا اور اگر ہوتا بھی ہے تو برائے نام اور مائل بہ رصاصت۔ ورم وسوزش کم ہوتی ہے۔ گرم چیزوں سے فائدہ ہوتا ہے۔

قسم سوداوی میں درد مخفی یعنی ہلکا ہوتا ہے۔ جوڑوں میں خشکی ہوتی ہے، ورم میں صلابت پائی جاتی ہے۔

قسم مرکب میں فقط حار یا صرف بارد ادویہ سے کم فائدہ ہوتا ہے۔

برقی قلب نگاری: برقی قلبی ترسیم اکثر دولختہ لہروں کی متاطر ہوتی ہے جس کے ساتھ بایاں اذنی تضخم پایا جاتا ہے یا اذنی اہتزاز (Atrial Fibrillation) کی مظہر ہوسکتی ہے۔ دائیں بطنی تضخم کی شہادت مل سکتی ہے۔ صدری عکس ریز میں اذن ایسر مع ضمائم نیز جذر ریہ کا عظم مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ ضلعی حجابی (Costophrenic) زاویوں میں افقی سایے پائے جاسکتے ہیں جو لفاوی ریوی عروق کا امتلا ظاہر کرتے ہیں۔

تضیق تاجی کی عضوی امارات دیگر امارات کے ترقی پانے سے پیشتر پائی جاتی ہیں۔

علاج: اگر تضیق تاجی میں سقوط قلب ترقی کرنے لگے تو طبعی تدابیر دیگر اسباب کے تحت واقع ہونے والے سقوط قلب کی طرح بروئے کار لائی جاتی ہیں۔ چنانچہ:

اس مرض سے واقع ہونے والے صدمہ اور سقوط قلب کا علاج کیا جائے۔ قویٰ بحال کرنے کی سعی کی جائے، قلب کی دیواروں کو تقویت پہنچائی جائے اور اسے بے قاعدہ حرکتوں سے باز رکھنے کی سعی کی جائے اور دوران خون کے خلل کو حتی المقدور دور کرنے کی سعی کی جائے۔

پہلے مقصد کے حصول کے لیے مقوی اور زود ہضم غذائیں کھلائیں۔ راحت و آرام بہم پہنچائیں محنت، جوش اور غم و غصہ سے محفوظ رکھیں۔ حسب ضرورت محرک و مقوی ادویہ دینا مناسب ہوتا ہے۔

دوسرے مقصد کے لیے مقویات و مسکنات قلب دینا مناسب ہوتا ہے۔ لیکن تحریک سے گریز کرنا چاہیے۔

تیسرے مقصد کے حصول کے لیے مدرات، معرقات و مسہلات کا استعمال مفید ہوتا ہے، منومات کا استعمال بھی مفید ہوتا ہے اور رفع درد کے لیے کوئی مسکن ضماد لگانا نافع ہوتا ہے۔

فقر الدم نیز نقاہت و سقوط کی عمومی علامات موجود ہوں تو معتدل القوام خون پیدا کرنے کی غرض سے غذائیں کھلائیں اور تقویت قلب کے لیے نسخہ ذیل دیں:

(صبح) مفرح بارد 3 گرام کھلا کر اوپر سے شیرہ صندل، کشنیز خشک ہر ایک 1.5 گرام، عرق گاؤزباں، عرق کیوڑا 35-35 ملی لیٹر میں نگال کر شربت سیب یا شربت انار بمقدار 12 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

(شام) گل گڑھل 3 عدد سبزی دور کر کے رات کو عرق بید مشک عرق گلاب، عرق گاؤزباں ہر ایک 25 ملی لیٹر میں ڈال کر زلال حاصل کر کے شربت نیلوفر 12 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر سبب حدار ہو تو تسکین درد کے لیے وجع المفاصل حاد والے ٹکور و ضمادات لگائیں۔

مندرجہ ذیل ضماد بھی مفید ہے:

(نسخہ) فرفیون 1.5 گرام، جند بیدستر نصف گرام، سورنجان تلخ 3 گرام، جاؤشیر 1.5 گرام گلاب میں پیس کر ضماد کریں۔

حداری مادہ کے نضج کی خاطر منضج ذیل دیں:

(نسخہ) سورنجان شیریں، افتیمون، بسفائج فستقی، عناب ہر ایک 2.5 گرام، شاہترہ،

بادیان، بیخ بادیان ہرایک 3.5 گرام۔

رات کو پانی میں بھگو دیں، صبح کو جوش دے کر صاف کر کے گلقند 25 گرام ملا کر پلائیں۔

(شام) معجون عشبہ 3 گرام یا معجون چوب چینی 3 گرام پانی یا عرق بادیان 15 ملی لیٹر کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

10-15 یوم بعد انھیں دواؤں میں مسہل ادویہ اضافہ کر کے دیں جو درج ذیل ہیں:

(نسخہ) گل سرخ 3 گرام، مغز فلوس خیارشنبر 25 گرام، ترنجبین 25 گرام، شکر سرخ 25 گرام، مغز بادام شیریں 2 عدد۔

منضج و مسہل کے بعد کشتہ فولاد 15 ملی گرام، کشتہ خبث الحدید 15 ملی گرام، جوارش جالینوس 3 گرام، معجون چوب چینی 3 گرام ہمراہ پانی یا عرق بادیان استعمال کرائیں۔

غذا و پرہیز: دودھ، گھی، مکھن، انڈا وغیرہ جیسی چکنی اور مقوی غذائیں دیں، لیکن سقوط قلب کی حالت میں حیوانی شحوم کا استعمال غذا میں کم سے کم کر دیا جائے، تقلیل نمک ضروری ہے، قبض نہ ہونے دیا جائے سرد ہوا اور سرد پانی سے پرہیز ضروری ہے۔ ہر قسم کے نقل و حرکت سے احتراز ضروری ہے۔

عملیہ: تضیق تاجی کی جرحی تدبیر معیاری معالجہ تسلیم کیا جاتا ہے۔ تاجی صمام شگافی کی غرض سے ایک موسع بطن ایسر کے ذریعہ داخل کیا جائے۔ رہبری کے لیے اذن ایسر میں ایک انگلی داخل کی جاتی ہے یا براہ راست قلبی ریوی ضمنی رستہ کے ذریعہ کامیاب عملیہ کے بعد 5 تا 10 سال عود مرض نہیں ہوتا۔

اگر ساتھ ساتھ قہقر تاجی بھی موجود ہو یا اس میں زبردست تکلس ہو گیا ہو تو ایسی صورت میں صمام تاجی کی تبدیلی محفوظ اور کامیاب طریقۂ کار ہے۔

قہقر تاجی (MITRAL REGURGITATION):

یہ حالت اکثر ابتدائے حیات میں واقع ہوتی ہے۔

یہ صمام تاجی کے اتساع کا نتیجہ ہو سکتا ہے، جو عضلہ قلب کو ماؤف کرنے والے امراض مثلاً حمّی حدارى، خناق وبائی، قشعی التہاب عضلۂ قلب یا قلبی عضلی مرض کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔

حمی حدارى کی شکل میں مادہ مرض یا تو محض خون ہوتا ہے یا خون بلغمی، خون صفراوی خون سوداوی، بلغم محض، سدۂ خام بلغم یا تنہا مرہ یا بلغم و مرہ سے مرکب کوئی خلط ہوتی ہے یا مدہ کی کوئی قسم یا

ریاح جو منافذ کے اندر در آئے۔ اکثر یہ مادہ بلغم ہوتا ہے، جس میں مرہ کی بھی آمیزش ہوتی ہے۔ اس کے بعد خون اور پھر صفرا۔ حمی حدادی کا سبب شاذ و نادر ہی سوداوی مادہ ہوتا ہے۔ اس میں سوءمزاج کو بھی دخل ہوتا ہے، خواہ تمام بدن کا ہو یا اعضائے رئیسہ میں سے کسی عضو کا۔ یہ فضول مفاصل کی طرف پہنچتے ہیں۔ لیکن جب انھیں ادھر سے دفع کریں گے تو اعضائے رئیسہ کی طرف ضرور پہنچیں گے۔

قہقہر تاجی عضلات حُلیمیہ (Papillary Muscles) کے نقصان کے ساتھ بھی واقع ہوتا ہے جو عموماً میتوتہ القلب یا حبال وتریہ (Cordae Tendinae) کے اچانک انشقاق کے سبب لاحق ہوتا ہے۔ موخرالذکر دو حالات میں قہقہر تاجی اچانک واقع ہوسکتا ہے اور اذیمائے ریہ پر منتج ہوتا ہے۔ قہقہر تاجی سرایتی التہاب درون قلب کے ساتھ تیزی سے ترقی کرتا ہے۔

سریری مناظر: علامات کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ کتنی جلد قہقہر واقع ہوتا ہے۔ اگر صمام کا نقصان آہستہ روی کے ساتھ ہو تو علامتیں تضیق تاجی کے مماثل ہوتی ہیں۔

حدار کی صورت میں خلط غالب کی علامتیں ملیں گی۔ جن کا بیان گزر چکا ہے۔

عضوی امارات کا انحصار قہقہری فوارہ پر ہوتا ہے جو راسی انقباضی سرسراہٹ کا مظہر ہوتا ہے۔ یہ راسی اہتزاز کے ساتھ پایا جاسکتا ہے۔ غیر طبعی صمامی بندش اکثر ساکت اولیں قلبی آواز مختصر وسطی انبساطی سرسراہٹ پیدا کرسکتی ہے۔

شعاعی ترسیم اور برقی قلب نگاری سے اکثر بائیں اذنی یا بائیں بطنی تضخم کی شہادت ملتی ہے۔

علاج: اگر قہقہر تاجی عضلی قلبی مرض کے سبب ہو تو موخرالذکر کا علاج کیا جائے۔

حدار کی صورت میں تضیق تاجی کے باب میں درج منضج و مسہل نسخے بروئے کار لائیں چنانچہ:

اگر مادۂ مرض صفراوی رقیق ہو اور اس کا نضج ہو چکا ہو تو بعجلت ممکنہ اس کا استفراغ کر دیا جائے، لیکن اگر مادہ غلیظ ہو تو اس کی ترقیق اور نضج کے لیے دوا دی جائے نیز اس کے قوام میں اعتدال پیدا کر کے آمادۂ اخراج کیا جائے۔

اگر مادہ مرکب ہو تو مسہل و ضماد بھی مرکب ادویہ سے کرنا چاہیے۔

جو لوگ اوجاع مفاصل بارد میں مبتلا ہوتے ہیں اور ان کا مزاج بھی بارد ہو، انہیں اسہال کثیر سے فائدہ نہیں ہوتا، خواہ مشروب مسہل ہو یا حقنہ لیکن ان کا علاج جب مدرات سے کیا

جاتا ہے تو فائدہ پہنچتا ہے، لیکن بعض ابدان اتنے نازک ہوتے ہیں کہ مسہلات کے متحمل نہیں ہو پاتے اور مسہلات و مدرات سے ان کے بدن میں احتراق خون ہو جاتا ہے۔

تریاق بھی وجع المفاصل بارد میں مفید ہے، خصوصاً استفراغ کے بعد، کیونکہ یہ ماقی مواد کو بہ نرمی پاک کر دیتا ہے اور اگر پھر بھی کچھ باقی رہ جائے تو اسے تحلیل کر دیتا ہے اور ساتھ ساتھ جملہ اعضا کی تقویت کرتا ہے۔

حدار کی صورت میں فقط بلغم کا مسہل نہ دیا جائے، بلکہ اس میں مسہل صفرا ادویہ بھی شامل کر دی جائیں، کیونکہ اگر فقط مسہل بلغم ادویہ دی جائیں گی تو ماقی صفرا بلغم کو بہا کر عضو ماؤف کی طرف دوبارہ لے جائے گا۔

قشعی التہاب عضلہ قلب یا قلبی عضلی مرض کی صورت میں سبب کو دور کریں اور تنقیۂ مادہ کی غرض سے مفتح سدد اور محلل ادرام ادویہ دی جائیں۔

تفتیح سدد کی غرض سے نسخہ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) تخم بادرنجبویہ، تخم کشوث، بادیان، شاہترہ ہر ایک 3.5 گرام، بادرنجبویہ، گل سرخ، افتیمون ہر ایک 4 گرام، بسفائج، درونج عقربی ہر ایک 2 گرام، تخم قرطم 6 گرام، مویز منقی 1.5 گرام، گل گاؤزبان 2.5 گرام۔

جملہ دواؤں کو جوش دے کر گلقند شامل کر کے بمقدار 6 گرام روزانہ دیں۔

اورام کی صورت میں ورم دور کرنے کی تدابیر بروئے کار لائیں۔ رفع التہاب کے بعد مقویات قلب استعمال کرائیں۔

بچپن میں صمام کی تبدیلی کا جرحی معالجہ شاذ و نادر ہی تجویز کیا جاتا ہے، کیونکہ جرحی شرح اموات کا امکان اس عمر میں بہت زیادہ رہتا ہے۔

غذا و پرہیز: دم محمود پیدا کرنے کے لیے عمدہ غذاؤں کا التزام کریں۔ اس غرض سے چوزۂ مرغ، دودھ پینے والے بچھڑے کا گوشت یا بھنے ہوئے گوشت (بغیر چربی کے) جن میں دارچینی، زعفران اور کچھ دھنیا مصالحہ آمیز ہوں۔ مشروب لطیف دیں۔

ماء الاصول ہمراہ دوالمسک، روغن بادام قلیل مقدار میں دیں۔

پرخوری، بدہضمی اور سدہ پیدا کرنے والی چیزوں مثلاً وغنیات سے پرہیز لازم ہے۔

تضیق تاجی(AORTIC STENOSIS):

صمام اورطی کا تضیق خلقی ہوسکتا ہے، جو حداری نقصان کے سبب راس الصمام کے التصاق سے پیدا ہوسکتا ہے۔ حدار کی صورت میں کوئی ایک خلط یا اخلاط مرکب سبب ہو سکتے ہیں۔ جن کا ذکر سابقہ صفحات میں گذر چکا ہے۔

بچوں میں منفرد تضیق تاجی عموماً خلقی الاصل ہوتا ہے، حداری نہیں۔

خلقی ذوصمامی اورطی صمام میں امتداد زمانہ سے بھی ایسا ممکن ہے۔ یہ خلقی تضرر 10.5% امتحان بعد الموت پر ملتا ہے

جب تضخم بین البطنی حاجز کو ماؤف کرتا ہے تو ایسی صورت میں دائیں بطن کے حجم میں کمی آجاتی ہے، اس کے سبب دونوں اذن تضخمی ہو جاتے ہیں، بالخصوص حداری مرض قلب میں اکثر ساتھ ساتھ اورطی قہقر موجود ہوتا ہے۔

سریری مناظر: علامات جدوجہد پر قلبی برامدات کی تحدید سے رونما ہوتی ہیں جو غشی پیدا کرسکتی ہیں۔ نامناسب اکلیلی دموی بہاؤ نیز ذبحہ یا بایاں بطنی سقوط جدوجہد پر عسر تنفس یا لیلی عسر تنفس پیدا کرتا ہے۔ تنفس کی تنگی اس وقت تک ترقی نہیں کرسکتی تاوقتیکہ بایاں بطنی تضخم انسداد کی معاوضت میں ناکام نہ ہوجائے۔ اسی لیے یہ مرض تاخیر سے ہوا کرتا ہے شدید اورطی تضیق کے نتیجہ میں موت فجأۃ عام طور سے واقع ہوتی ہے۔

حداری تضرر سبب ہو تو اس کی علامتیں موجود ہوں گی، جن کی تفصیل تضیق وقہقر تاجی میں گزر چکی ہے۔

عضوی امارات اورطی صمام والے فوارہ سے رونما ہوتی ہیں، جو انقباضی سرسراہٹ اور اکثر ایک اہتزاز پیدا کرتی ہیں۔ نبض سباتی ہوجاتی ہے (نام نہاد سباتی تھرتھراہٹ=Carotid shudder) بایں بطنی تضخم کی جھٹکے دار راسی ٹھوکر ممتاز علامت ہے۔ بایاں اذنی تضخم چوتھی قلبی آواز پیدا کرسکتا ہے، جبکہ دائیں اذنی تضخم کی صورت میں سباتی وریدی نبض میں لہر پیدا ہوسکتی ہے۔ محدود قلبی برآمدات اکثر خورد حجم شریانی نبضہ میں منعکس ہوتے ہیں، جو غیر طبعی طور پر رفتہ رفتہ بڑھتے جاتے ہیں اور عمر کے لحاظ سے اکثر تنبعی دباؤ کا تناسب کم ہوتا ہے۔

شعاعیات: اورطی صمام کا تکلس پایا جاسکتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم بائیں اذنی اور بائیں بطنی تضخم کی متناظر ہوتی ہے اور ترقی یافتہ اصابات میں موخر الذکر زیادہ بڑھا ہوا ہوتا ہے تاہم بچوں میں

ایسا خفیف طور پر پایا جاتا ہے۔شدید ریوی ہیش طناب میں دایاں بطنی تضخم مشاہدہ کیا جاسکتا ہے برقی قلب نگاری (Electrocardiography) نہایت مفید ذریعہ تشخیص ہے، کیونکہ اس سے تاجی پٹوں کو بآسانی متمائز کیا جاسکتا ہے۔تضیق تام میں موخر پٹ (Cusp) انبساط کی صورت میں مقدم جانب گھوم جاتا ہے۔اس کے بجائے طبعی حالت میں موخر جانب رہتا ہے اور مقدم پٹ انبساط بھر مکمل طور سے کھلا رہتا ہے۔

علاج: حدار کی صورت میں اگر تضیق تاجی پایا جائے تو بہتر ہے کہ صمام تبدیلی کر دیا جائے خواہ علامات خفیف ہوں یا معدوم، بشرطیکہ اورطی تضیق مستحکم ہو کر شدت اختیار کر گیا ہو۔

قلبی ریوی بائی پاس (ضمنی رستہ) کے تحت صمام کو اضافی (Prosthetic) یا دوسرے صمام سے تبدیل کر دیا جاتا ہے۔ایسی صورت میں بائیں بطنی سقوط سے محافظت ہو سکتی ہے۔ شدید خلقی اورطی تضیق کے چند اصابات میں صمام شگافی (Valvotomy) بطور وسطی تدبیر کے ضروری ہو جاتی ہے تاہم تاجی صمام شگافی بچپن یا عنفوان شباب میں نہیں تجویز کرنی چاہیے کیونکہ اس دوران بازتضیق کا امکان بہت زیادہ رہتا ہے تاوقتیکہ واضح علامتیں نہ ظاہر ہو جائیں۔

اذنی رفرفہ (Atrial fibrillation) کی صورت میں ڈیجاکسین اور دیگر مدرات مثلاً آلو بالو، افسنتین، ابہل، بیخ بادیان، سرپھوکہ وغیرہ بروئے کار لا سکتے ہیں۔

نوٹ۔تضیق تاجی کے مریض محتاط ہوتے ہیں، کیونکہ فساد اچانک صدری سرایت کے ہمراہ پائے جاسکتے ہیں نیز التہاب قلب کے مزید حملے ہو سکتے ہیں۔

قہقر اورطی (Aortic Regurgitation):

یہ غیر طبعی رؤس اورطی (Aortic cusps) کا نتیجہ ہوتا ہے جیسا کہ خلقی صمامات ذوالراسین میں ہوتا ہے یا جب کہ صمامات کو حداری مرض قلب یا سرایتی التہاب درون قلب کے ذریعہ نقصان پہنچا ہوتا ہے۔قہقر اورطی دویری وسطی تخر، آتشک ثلاثی یا تعصد (Atheroma) میں اورطی کے جزء اول کے اتساع کے سبب بھی واقع ہو سکتا ہے۔اگر سوراخ بڑا ہو تو ضربی برآمدات 2-3 گنا بڑھ جاتے ہیں، اس کے بعد شرائین کبیرہ واضح طور پر تنبضی ہو جاتی ہیں۔ صرف ورزش کی حالت میں ابتدا میں بایاں بطنی انبساطی دباؤ بڑھ جاتا ہے، اس کے بعد ریوی عروقی دباؤ بھی بڑھ جاتا ہے اور تنگی تنفس کی شکایت ہوتی ہے۔

شجی لیلی عسر تنفس عموماً اولیں علامت ہوتی ہے، جس کے بعد محیطی اذیما واقع ہو سکتا ہے۔

اگر ساتھ ساتھ آتشکی التہاب اورطی میں اکلیلی فتحہ بھی ماؤف ہو یا ہمزماں طور پر اکلیلی تصدع بھی موجود ہوتو ذبحہ واقع ہوسکتا ہے۔

ممتاز طور پر سرسراہٹ پائی جاتی ہے، گوکہ اسے عموماً عظم القص کے بائیں جانب سنا جاسکتا ہے، تاہم یہ بعض اوقات بالخصوص آتشکی التہاب اورطی میں دائیں کے بہ نسبت تیز ہوتی ہے۔ اہتزاز شاذونادر اصابات میں پایا جاتا ہے۔ سرایتی التہاب دورن قلب صمام اورطی کو ماؤف کردیتے ہیں، اس کے ابتدائی درجہ میں تشخیص کے لیے سرسراہٹ انتہائی اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔ انقباضی سرسراہٹ بڑھے ہوئے ضربی حجم کے سبب عام طور سے پائی جاتی ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں شرائین کبیرہ میں بڑا تنبض ''عضلی کھنکھناہٹ'' معمولی انبساط اور بڑھا ہوا تنبضی دباؤ پایا جاتا ہے۔ راسی ضربہ تیز ہوتا ہے اور اکثر کامل انقباضی تنبض نیز چوتھی قلبی آواز بائیں قلبی تضخم کے طور پر پائی جاتی ہے۔

برقی قلب نگاری: بائیں بطنی تضخم کی مظہر ہوتی ہے۔

علاج: حدار کی صورت میں صمام تاجی کے اختلالات کے ذیل میں درج معالجہ مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لائیں۔

عملیہ: اگر علامات بڑھ جائیں یا بائیں بطن کا بوجھ بڑھنے کی شہادت ملے تو ماہرین کے ذریعہ اضافی صمام کی پیوندکاری (Prosthesis) یا پیوند مغائر (Hetero graph) بروئے کار لایا جائے۔

تضیق ثلاثی (Tricuspid stenosis):

یہ عموماً مزمن حدداری مرض قلب کا نتیجہ ہوا کرتا ہے اور ہمیشہ تضیق تاجی اور مرض صمام ثلاثی کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

علامتیں ساتھ میں پائے جانے والے مرض صمام تاجی کے مماثل ہوتی ہیں، لیکن اگر تضیق ثلاثی شدید ہوتو ایسی صورت میں استسقا اور اذیما بڑھنے کا رجحان پایا جائے گا تجویفی نظم (Sinus-Rhythm) کے ساتھ ساتھ ''a'' لہر اور سباتی وریدی تنبض بھی موجود ہوسکتا ہے۔ اذنی سرسراہٹ بھی پائی جاسکتی ہے جو اذنی حاجزی خلل میں سنائی دینے والی سرسراہٹ کے مماثل ہوتی ہے۔

شعاعی ترسیم غیر متوازن عظم اذن ایمن کی نشاندہی کرتی ہے۔

برقی قلبی ترسیم میں دائیں اذنی تضخم کی مرتفع لہریں ملیں گی اور اذنی اہتزاز اکثر پایا جاتا ہے۔

علاج: حداری مادہ کے دفعیہ کے لیے تضیق دقہقر تاجی کے ذیل میں درج تدابیر وعلاج بروئے کارلائیں۔ شاذونادر صمام ثلاثی کی تبدیلی کی ضرورت ہوتی ہے تاہم تاجی اور طی صمام مرض کے بہ نسبت اس میں عملیہ زیادہ راس نہیں آتا، کیونکہ ثلاثی تضیق کارجان زیادہ تر شدید حداری کامل التہاب قلب کے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

قہقر ثلاثی (Tricuspid Regurgitation):

صمام ثلاثی کا قہقر دائیں بطنی اتساع میں کثیر الوقوع ہوتا ہے، بالخصوص حداری مرض قلب اور قلب ریوی (Cor Pulmonale) کے ہمراہ شاذونادر یہ حداری یا اقفاری (ischaemic) عضلی قلبی زیاں ساتھ واقع ہوتا ہے۔ اس میں سباتی وریدی نبض میں کلاں 'CV' لہر پائی جاتی ہے جو مریض کے 45 درجہ تک جھکنے کی صورت میں کان کی لوؤں تک پہنچ سکتی ہے۔

علاج: بالاستثنا مزمن حداری مرض قلب کے موثر طبی معالجہ سے جملہ علامتیں معدوم ہوجاتی ہیں، کیونکہ حداری مرض قلب میں عضو ثلاثی کو نقصان پہنچتا ہے۔

مزمن حداری مرض قلب کی صورت میں حدار مزمن کا علاج بروئے کارلایا جائے، اور اس سلسلے میں تضیق دقہقر تاجی کے ذیل میں درج تدابیر وعلاج بروئے کارلایا جائے۔

●●

51

فقرالدم

(ANAEMIA)

اسے سوءالقنیہ سے بھی موسوم کرتے ہیں، جس کے معنی خون کے بگاڑ کے ہیں۔ اس مرض میں جسم میں بھی خون کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ کریات حمرا یعنی سرخ دانوں کی مقدار کم ہو جاتی ہے یا ان سرخ دانوں میں ہیموگلوبین کی قلت ہو جاتی ہے اور اس کے بجائے آبی رطوبت میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ اسی لیے اطبائے قدیم نے اسے ردائت خون جگر سے تعبیر کیا ہے۔

فسادِ دم کی بے شمار صورتیں اور سوءالقنیہ کے متعدد اسباب ہیں:

اقسام بلحاظ اسباب:

ا۔ ناقص خون کی تکوین (فسادِ دم):

(الف) مکون الدم عوامل (Haemopoitic factors) کی کمی یا تعذیاتی سوءالقنیہ۔

(1) فولاد۔ دوران حمل مادری فولاد کی کمی، نارسیدگی (Prematurity)، غذائی خامیاں، ہضم کے اختلالات (سیلوی مرض = coeliac disease)، ناقص انجذاب، سوء مزاج کبد وغیرہ۔

(2) فولک ایسڈ۔

(3) حیاتینی خامی (حیاتین ب 12، ج (اسقربوط)

(4) تھائی راکسین ۔موروثی فتور عقل (قماۃ=Gretinism)۔

ب ۔ مکون الدم بافت کی کمی یا غیر تکوین الدموی (قلتی) سوء القنیہ (Anhaemopoietic anaemia)۔

ابتدائی:

(1) مخ العظام کا ابتدائی عدم تکون (Aplasia)۔

(2) مخ العظام کا ابتدائی کم تکون (Hypoplasia)۔

(3) فنکونی کا سوء القنیہ (Familial)(Fanconi's anaemia)

(4) نارسیدگی۔

ثانوی:

(1) نوساختی بافت (Neoplastic Tissue) کے سبب مخ العظام کی دررریزش۔

(الف) لیوکیمیا۔

(ب) ثانوی نوساختی بافت کی فراہمی مثلاً نہوضی سلعۂ نو (Neoblastoma)۔

(2) مخ العظام کا تسمم۔

(ا) بروں زاد (Exogenous) تسمم، کیمیاوی (سلفونمائڈ بنزول وغیرہ)، عضوی، اشعاع (Radiation)۔

(ب) بروں زاد سرایتیں (ریم زا سرایتیں، تدرن)، مزمن بیماری (التہاب کلیہ)۔

2۔خون کی شدید کمی:

(الف) جریان۔

(1) فساد دم کے بغیر۔

(الف) زخموں سے شدید جریان دم۔

(ب) مزمن جریان (بواسیر دموی فمی معدی، دوالی مری)۔

(2) مرض نزف کے ہمراہ۔

(الف) نوزائیدہ کا مرض نزف، ہیمو فیلیا، تخثر دموی خلوی قلت والا فرفورا (Thromocytopenic Purpura)، دیگر نزفات (Purpuras)، استربوط، لیوکیمیا۔

(ب) خون پاشیدگی (Haemolysis):

(۱) دوران خون کی متضاد الزاقیت۔
(۲) حادسرایتیں (نقی بجی=Streptococcal)، ملیریائی وغیرہ۔
(۳) سموم (سیسہ) وغیرہ۔
(۴) خلیات حمرا (Erythrocytes) کی خلقی خرابی۔
(۵) نارسیدگی (Immaturity)۔

فساد دم یا ناقص خون کی تکوین:

مترادفات: مکون الدموی عوامل کا فقدان، عہد طفلی کا قلیل اللونی سوءالقنیہ (Hypochromic-anaemia)، غذایاتی فقر الدم (Nutritional anaemia)۔ یہ عہد طفلی کی کثیر الوقوع قسم ہے۔

صحتمند شخص میں تغذیاتی توازن کی حالت برقرار رہتی ہے۔ غذ کی جو مقدار کھائی جاتی ہے، اس مقدار کے برابر ہوتی ہے جو افعال الاعضا برقرار رکھنے کے لیے استعمال ہوتی ہے۔ نیز اس طرح کافی محفوظہ (reserves) بھی برقرار رکھنے میں مدد ملتی ہے۔ مختلف حالات کے زیر اثر یہ توازن بگڑ جاتا ہے۔ جو درج ذیل میں:

(۱)۔ تغذیہ میں کمی۔
(۲)۔ ضیعان میں اضافہ۔
(۳) بڑھی ہوئی ضرورت۔
(۴) گھٹا ہوا انجذاب۔
(۵) استعمال میں کمی۔

جب کسی سبب مثلاً منافعاتی یا امراضیاتی وجہ سے اس توازن میں فرق آجاتا ہے تو تغذیاتی قلت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں جسم اپنے محفوظہ سے ضرورت پوری کرنے لگتا ہے اور جب یہ محفوظے بھی ختم ہو جاتے ہیں تو جملہ جسمانی حرکات، جن میں یہ تغذیے حصہ لیتے ہیں۔ متاثر ہو جاتے ہیں مکون الدموی غذیات (Haematopoietic nutrients) کی شکل میں کریات حمرا والے ہیموگلوبین کی تولید بند ہو جاتی ہے۔ یہی فقر الدم یا سوءالقنیہ ہے۔

امراضیاتی حالت، جس میں خون میں ہیموگلوبین کی سطح فارق الدم (Haematocrit) یا کریات حمرا (RBC) کی تعداد غیر طبعی طور پر کم ہو جاتی ہے جس کا سبب ایک یا زائد ناگزیر تغذیے

کی کمی ہوتی ہے۔اسی کوتغذیاتی سوءالقنیہ کہتے ہیں۔

مکون الدموں غذیات(HAEMATOPOIETIC NUTRIENTS):

ایسے عناصر جو کریات حمرا کی تکوین اور اس کی نشوونما نیز ہیموگلوبین کی ترکیب میں حصہ لیتے ہیں، ان میں سے حسب ذیل بطور خاص قابل ذکر ہیں:

- فولاد۔
- دیگر معدنیات۔تانبہ،جست، میگنیشیم،کوبالٹ(Cobalt)،مولبدین(Molybdenum)
- حیاتین بالخصوص فولک ایسڈ اور حیاتین ب 12۔
- امینوایسڈز۔
- وبائیاتی نقطۂ نظر سے فولاد کی خامی سوءالقنیہ کا کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے، اس کے بعد فولک ایسڈ کی کمی۔

قلت الفولادی فقرالدم(IRON DEFICIENCY ANAEMIA):

فولاد زندگی کے لیے ناگزیر ہے، یہاں تک کہ یہ عضویات میں بھی انتہائی قلیل مقدار میں موجود رہتا ہے۔بالغ انسان میں 3.5 تا 4 گرام فولاد موجود ہوتا ہے جو اس کے 0.005% وزن کی نمائندگی کرتا ہے۔

فولاد کے انجذاب میں باقاعدگی: اس میں مصروف میکانیے ہنوز بہت مبہم ہیں۔بہرحال عام طور سے یہ دیکھا گیا ہے کہ جب اس کے ذخیرہ کا خرچ بڑھ جاتا ہے بالخصوص فقرالدم میں، تو اس کا انجذاب بھی بڑھ جاتا ہے، اسی طرح دوران حمل و رضاعت بھی اس کا انجذاب بڑھ جاتا ہے۔اس کے برعکس بحیثیت مجموعی زائد فولاد کی موجودگی میں اس کا انجذاب گھٹ جاتا ہے۔ (متواتر نقل الدم یا درون عضلاتی اشراب فولاد کے بعد)۔

خوردنی ذرائع: غذا سے فولاد کا انجذاب مختلف عوامل کے تحت عمل میں آتا ہے، جن کی تفصیل کا یہ موقع نہیں۔

اسباب: اس کا سبب غذا میں فولاد کی کمی ہوتی ہے۔اس کے مختلف عوامل بتائے جاتے ہیں بچپن میں غذا میں فولاد کی کمی طویل المدتی رضاعت سے لاحق ہوتی ہے، کیونکہ 6 ماہ کی عمر کے بعد فولاد کا محفوظہ کم ہونے لگتا ہے اور فقط دودھ سے اس کی تلافی نہیں ہو پاتی، علاوہ بریں بچوں میں مٹی کھانے سے بھی اس کی شکایت ہو جاتی ہے۔

بسا اوقات قبل از وقت ولادت بھی فولاد کی خامی کا سبب ہوتی ہے۔ عدید الحمل عورتوں میں بھی قلت الفولادی فقر الدم عارض ہو سکتا ہے۔ لطف کی بات یہ ہے کہ مادری فولاد کی خامی ابتدائے حیات میں اثر انداز نہیں ہو سکتی ہے، کیونکہ جنین طفیلیہ کی حیثیت رکھتا ہے اور اپنی ضرورت ماں سے پوری کر لیتا ہے خواہ اس سے ماں کی صحت کیوں نہ متاثر ہو، ہاں اگر بچہ طویل مدت تک پستانی رضاعت پر انحصار کرتا ہے تو مادری فقر الدم عامل کی حیثیت اختیار کر سکتا ہے، کیونکہ فقر الدموی ماں میں قلیل المقدار فولاد ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔

سرایت متعدد حیثیت سے فقر الدم پیدا کرتی ہے۔ ایسی حالت میں بھوک کم ہو جانے، قے یا اسہال یا مخ العظام دب جانے کے سبب فقر الدم عارض ہو سکتا ہے سرایت کی حالت میں فولاد مخ العظام سے منعکس اور بافتوں میں مرتکز ہو جاتا ہے

سیلوی مرض (Coeliac disease) میں بھی اسہال دموی (Statorrhoea) کے ساتھ انجذاب فولاد کی صلاحیت معدوم ہو جاتی ہے۔

سریری امارات:

نسیم (O_2) میں نسیج حشوی (Parenchyma) کی کمی کی حالت میں۔

قلب: دباؤ والا عسر تنفس، بعض اوقات تخثری اکلیلات۔ (Atheromatous coronaries) والے افراد میں اذیت ناک دباؤ محسوس ہوتا ہے۔ اقفاری سرسراہٹیں، سرعت قلب، شعاعیاتی قلبی عظم، یہاں تک کہ اقفاری مرض قلب موجود ہوتا ہے۔

دماغ: طنین، دوار، دوران سر، تکان، نقاہت، غمی تو تیت (Lipothymia)۔

نسجی ضیعان کی امارات بلا شبہ انزائمی اختلالات سے مربوط رہتی ہیں۔ جلد اور غشائے مخاطی کے اختلالات پائے جاتے ہیں۔ کثیر الوقوع امتیازی خصوصیت ناخن کی خرابی (تعور الظفر =Coilonychia or patio)، التہاب لسان مع غیر حسی زبان، لیوکیمیا مع نشانات حرق۔

ہضمی سطح پر عسر البلع واقع ہو سکتا ہے، اسی لیے فساد وضعف معدہ کو بھی اس کے اسباب میں عہد قدیم سے شمار کرایا جاتا رہا ہے۔ سطحی التہاب معدہ مع مخاطی ذبول ہمراہ عدم ہائیڈروکلورک ایسڈ (Anachlorhydria) پایا جا سکتا ہے۔

قلت الفولادی بچوں میں علامات میں معدی معوی ظواہر غالب رہتے ہیں، تاہم ساتھ

ساتھ اکثر امعائے دقاق کی سطح پر رطوبی مرض مشاہدہ میں آتا ہے۔

حفظ ماتقدم: نارسیدگی اور سرایت سے تحفظ کی صورت میں فولاد کی خامی سے عارض ہونے والے فقرالدم کا وقوعہ بہت کم ہو جاتا ہے۔ جملہ نارسیدہ بچوں کو چوتھے ہفتے سے ہی فولاد کی جزوی ضرورت پڑنے لگتی ہے تا آنکہ مخلوط رضاعت نہ شروع ہو جائے۔ اسی لیے چھٹے ہفتے سے فولاد پر مشتمل غذائیں بچے کو دینا شروع کر دینا چاہیے۔

علاج: اولیں مقصد سرایت کا دفعیہ اور غذا کی اصلاح ہونا چاہیے۔ اصلاح ہضم کی طرف خصوصی توجہ مبذول کرنی چاہیے۔ اگر بچوں میں مٹی کھانے کے سبب یہ مرض ہو تو نسخہ ذیل دیا جائے:

جوارشِ جالینوس 2 گرام پہلے کھلا کر اوپر سے شیرہ بادیان 2 گرام، شیرہ مویز منقیٰ 2 دانہ، شیرۂ تخم کشوث 1 گرام پانی میں نکال کر شربت انار 20 ملی لیٹر ملا کر دیں۔

نوٹ: مذکورہ نسخہ ½1 تا 2 سالہ بچوں کے لیے ہے، بڑے بچوں میں مقدار خوراک بڑھا دینی چاہیے۔

اس بیماری میں مرکبات فولادہ 6 ماہ تک پابندی سے دیتے رہنا چاہیے ورنہ عود مرض کا اندیشہ رہتا ہے۔ اس غرض سے نسخۂ ذیل دینا مفید ہے:

(نسخہ) کشتہ فولاد 15 ملی گرام، جوارش جالینوس 3 گرام میں ملا کر پہلے کھلائیں اوپر سے شیرۂ بادیان، شیرۂ کشنیز خشک ہر ایک 2.5 گرام شیرۂ مویز منقی 4 دانہ پانی میں نکال کر شربت انار 12 ملی لیٹر میں ملا کر پلائیں۔

غذا کے بعد فولاد سیال 2 قطرہ پانی میں ملا کر دیں۔

شام کو عرق لوہ آسو 25 ملی لیٹر ہمراہ شربت انار 12 ملی لیٹر دیں۔

جدید تجہیزات میں سے فیرس سلفیٹ (Ferrous sulphate) 90 ملی گرام (1.5 گرین) کی مقدار میں دن میں 3 بار دینا کافی ہوتا ہے۔ اسے دوران طعام دینے سے زیادہ مفید نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ اس طرح معدی معوی اختلالات پیدا ہونے کے امکانات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ ماں کو آگاہ کر دینا چاہیے کہ اس کے دوران استعمال براز سیاہی مائل ہو جاتا ہے۔

اگر مذکورہ تجہیز کے استعمال سے قے کی شکایت ہو تو دوسری تجہیز مثلاً کولائڈی فولاد (Colloidal Iron) آزمانا چاہیے۔

اگر مذکورہ فولاد سے بھی معدی معوی اختلالات کی علامتیں رونما ہوں یا انجذاب کی خامی موجود ہوتو درون عضلاتی راہ سے فولاد دینا چاہیے۔ اس طرح ہموگلوبین تقریباً 1 فیصد یومیہ بڑھنے لگتا ہے۔

اگر مرکبات فولاد سے فائدہ نہ نظر آئے تو کچلہ اور سم الفار کے مرکبات احتیاط کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں۔ معجون اذاراتی قابل انتخاب ہے۔

نقل الدم کی ضرورت فقط اسی صورت میں پڑسکتی ہے، جبکہ علامتیں بہت زیادہ خطرناک ہوں۔ بصورت دیگر اگر ہیمو گلوبین سطح 2.5 گرام فیصد ہو تو بھی فقط خوردنی علاج کافی ہوا کرتا ہے۔ نقل الدم بہت آہستہ آہستہ روبہ عمل لانا چاہیے۔ سرعت سے نقل الدم کی صورت میں فشل قلب کا اندیشہ رہتا ہے، بالخصوص خطرناک فقر الدم کی صورت میں۔ بچوں کے قحف میں ورید کا انتخاب مناسب ہوتا ہے اور اگر عملاً ایسا ممکن نہو اور کوئی دوسری ورید مل رہی ہو تو ایسی صورت میں تراش کر داخلی ورید صافن نمایاں کی جائے۔ اوردہ کے فقدان یا جدوجہد کی کمی کی حالت میں درون وریدی راہ سے نقل الدم بروئے کار لایا جائے۔

اغذیہ: مخلوط اغذیہ مثلاً مختلف قسم کی دالیں، انڈے ہری سبزیاں خصوصاً پالک اور یخنی دی جائے۔ انڈے کی زردی دودھ میں حل کر کے پلانا بھی مفید ہے۔

پھلوں میں انگور، انار، سیب اور سنترہ بہترین چیزیں ہیں۔

پروٹین کی کمی: کی صورت میں گلوبین (ہیمو گلوبین کا حصہ) بنانے کی غرض سے مناسب پروٹین دی جائے۔ چوزۂ مرغ، بٹیر، بکرے کا گوشت بالخصوص یخنی نیز بیضۂ مرغ کا استعمال زیادہ کرایا جائے۔

سوءمزاج کبد: چونکہ رداُت خون کا تعلق جگر سے ہوتا ہے لہذا تغذیاتی فقر الدم یا سوء التغذیہ (Nutritional anaemia) میں بھی سوءمزاج جگر اہم کردار ادا کرتا ہے، ایسی حالت میں جگر کا مزاج فاسد ہو جاتا ہے اور اس میں پیدا ہونے والا خون تباہ۔

سریری منظر اور تشخیص: شیخ وجرجانی لکھتے ہیں کہ جب مزاج جگر فاسد ہو جائے تو جگر کا حال فاسد ہو جاتا ہے اور صاحب استسقا جیسی کیفیت ہو جاتی ہے۔ چہرہ اور بدن کا رنگ متغیر ہو کر سفید و زردی مائل ہو جاتا ہے، تاہم فقر الدم کی تشخیص وتفریق اغشیۂ مخاطی سے کی جائے نہ کہ چہرے سے، جن کی زردی اکثر ہیمو گلوبین سطح سے غیر متعلق ہوتی ہے۔ کان کی لوؤں اور ہتھیلیوں کا رنگ اکثر

اہمیت کا حامل ہوتا ہے۔اس کی اہمیت بچوں میں بڑھ جاتی ہے۔

فقرالدم کی عمومی علامت تکان ہے جو اس کی جملہ اقسام کے ہمراہ پائی جاتی ہے علاوہ بریں پپوٹوں اور دست و پا پر تہیج (اذیما) ظاہر ہوتا ہے اور گاہے پورا بدن متاثر ہوتا ہے، یہاں تک کہ مثل خمیر کے ہو جاتا ہے۔جس میں انگلیاں دھنس جاتی ہیں۔دم پھولنے کی شکایت ہوتی ہے،لیکن ایسا محض شدید اصابات میں ہی ہوتا ہے۔کبھی بے خوابی طویل ہو جاتی ہے۔پسینہ اور پیشاب قلیل مقدار میں آتا ہے۔شکم میں ریاح وقراقر ہوتا ہے۔شکم کی جلد کا انتفاخ بڑھ جاتا ہے۔گاہے خصیہ کا انتفاخ ہوتا ہے۔ان مریضوں میں اگر بثور، قروح اور زخم عارض ہوتے ہیں تو اندمال فساد مزاج کے سبب دشوار ہو جاتا ہے۔فاسد بخارات صعود کرنے کے سبب دانت کی جڑ میں حرارت، حکہ اور بثور پیدا ہو جاتے ہیں۔بدن بھاری اور سست ہو جاتا ہے۔سرایت قبول کرنے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔اگر فقرالدم تیزی سے ترقی کرنے لگے تو علامتیں زیادہ واضح ہوتی ہیں (قلت دم کے سبب) کیونکہ ایسی حالت میں جسم وقت کی کمی کے سبب ایڈجسٹ کرنے کے موقف میں نہیں ہوتا۔ مزمن فقرالدم میں ہیموگلوبین کی سطح 2.8 گرام/فیصد (20 فیصد HB) ہوتی ہے جو کسی طرح قابل برداشت ہوتی ہے۔ممالک حارہ میں بعض مریض اس وقت شفاخانہ کا رخ کرتے ہیں جبکہ ان کا ہیموگلوبین 1.4 گرام/فیصد ہوتا ہے۔

نوٹ: ریہ میں اجتماع آب کے سبب بھی گاہے سوءالقنیہ (انیمیا) کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور مریض کا سحنہ مستسقی کے سحنہ کے مماثل ہو جاتا ہے۔دونوں میں فرق یہ ہے کہ اجتماع آب دررہ کی صورت میں چہرے میں زائد تہیج وانتفاخ ہوتا ہے جب کہ سوءالقنیہ میں ایسا نہیں ہوتا۔

فقرالدم بہ سبب قلت فولک ایسڈ (Folicacid deficiency Anaemia): جملہ خلیات کی نشوونما کے لیے فولک ایسڈ ناگزیر ہے۔اگر خلیات زیادہ فعال ہوں (مثلاً مخ العظام میں) تو ایسی صورت میں فولک ایسڈ کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔کبیر نا ہمی فقرالدم (Megaloblastic Anaemia) میں فولک ایسڈ کی کمی ہو جاتی ہے۔فولک ایسڈ کی کمی سے نشوونما رک جاتی ہے۔جنسی بالیدگی بھی حاصل نہیں ہوتی۔فولک ایسڈ کی خامی حسب ذیل صورتوں میں عارض ہو سکتی ہے:

(ا) **غذا میں فولک ایسڈ**: فولک ایسڈ سبزیوں، جگر اور دودھ میں موجود ہوتی ہے۔اس کے

مشمولات ماں کے دودھ سے زیادہ گائے کے دودھ میں پائے جاتے ہیں جو ابالنے سے فنا نہیں ہوتے۔ فولک ایسڈ کی غذائی خامی زیادہ تر عہد طفلی میں دیکھی جاتی ہے۔ یہ بالخصوص اسقربوط کے ہمراہ پائی جاتی ہے، نیز قلت لحمین علائمیہ یعنی Kwasbiorkor والے بچوں میں دیکھی جاتی ہے۔

(۲) فولک ایسڈ کا ناقص انجذاب: یہ عام طور سے سیلوی مرض اور شاذ و نادر معوی معوی التہاب یا تقرح التہاب قولون میں عارض ہوتا ہے۔ کسی بھی شدید سرایت کے نتیجے میں فولک ایسڈ کا انجذاب رک سکتا ہے۔

(۳) فولک ایسڈ کی اضافی ضرورت: شاذ و نادر خلوی مرض میں فولک ایسڈ کے فقدان کا خاص سبب اس کی بڑھی ہوئی ضرورت ہوتی ہے۔ فولک ایسڈ خامی لیوکیمیا میں بھی عارض ہو سکتی ہے، کیونکہ لیوکیماتی خلیات کو زیادہ سے زیادہ فولک ایسڈ کی ضرورت ہوتی ہے۔

(۴) ادویات: لیوکیمیا میں استعمال ہونے والی دوائیں یعنی میتھوٹریکزیٹ (Methotrexate) اور امینوپٹرین (Aminoptrin) بنیادی طور پر مانع فولک ایسڈ ہیں۔ ایسا ہی اثر چند مانع تشنج یا دافع ملیریا ادویہ سے بھی ہوتا ہے۔ عالمی پیمانہ پر فولک ایسڈ کی کمی غذائی سوء التغذیہ کا دوسرا سب سے بڑا سبب تصور کیا جاتا ہے۔

کبیر ناہمی فقرالدم (Megaloblastic anaemia) بچوں میں کثیر الوقوع ہے، جو عموماً سال اول کے نصف آخر میں عارض ہوتا ہے۔ بچے میں تغذیہ کی شکایت مل سکتی ہے، لیکن ضروری نہیں۔ عدم اشتہا کی شکایت واضح علامت کے طور پر موجود ہوتی ہے، جس کے ساتھ زردی بھی پائی جاتی ہے۔ فقرالدم میں جتنی توقع کی جا سکتی ہے، بچہ اس سے کہیں زیادہ علیل نظر آتا ہے۔ سرایت عموماً موجود ہوتی ہے، جس کی وجہ سے فولک ایسڈ کا فقدان عارض ہوتا ہے۔ جگر عام طور سے کلانی یافتہ ہوتا ہے اور امتحان بعد الموت پر بروں خلوی مکون الدم حمرا۔ (Extracellular erythropoiesis) پایا گیا۔ اسقربوط کی شکایت بھی مل سکتی ہے مخ العظام کبیر ناہمی (Megaloblastic) ہوتا ہے اور ذراتی خلیہ (Granulocyte) کا ابتدائی حصہ نمایاں تغیرات کا مناظر ہوتا ہے۔

چونکہ محیطی فلم میں ہمیشہ کبیر نہوضات (کبیر خلیات = Megaloblasts) نہیں پائے جاتے لہٰذا عہد طفلی کے جملہ طبعی اللونی فقرالدم (Normochomic anaemia) میں

مخ العظام کا امتحان ضرور کر لینا چاہیے۔ قلت کریات بیضا (Leucopenia)، قلت بے ریزینی خلیات (Neutropenia) اور تخثر الدموی خلوی قلت (Thrombocytopenia) بھی موجود ہوتے ہیں۔

اگر اس حالت کی تمیز نہیں ہو پاتی تو بچہ جلد ہی کسی متعلقہ سرایت میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

علاج: فولک ایسڈ بمقدار 15 تا 20 ملی گرام یومیہ دینے سے ڈرامائی طور پر شفا ہو جاتی ہے۔ اسے طویل مدت تک بروئے کار لانا چاہیے۔

اگر اس کے ہمراہ بار بار اسقربوط کی شکایت بھی ہو تو حیاتین 'ج' کی خامی تصور کرنا چاہیے۔

غذا میں ایسی چیزوں پر زیادہ توجہ مبذول کی جائے جو فولک ایسڈ سے بھرپور رہتی ہیں مثلاً لحوم، جگر، گردہ، انڈے، ایسٹ اور بالخصوص گہرے رنگ والی سبزیاں مثلاً پالک۔ (فولک ایسڈ لاطینی لفظ سے مشتق ہے، جس کے معنی پتی کے ہیں)۔ غذائی انتخاب میں جدول ذیل سے مدد مل سکتی ہے:

گوشت ---------- 10 تا 50 مائکروگرام / 100 گرام
گردہ ---------- 10 تا 30 مائکروگرام / 100 گرام
انڈے ---------- 10 تا 90 مائکروگرام / 100 گرام
جگر ---------- 30 تا 150 مائکروگرام / 100 گرام
ہری ترکاریاں ---------- 100 تا 150 مائکروگرام / 100 گرام

قلیل الحیاتین ب۱۲ فقر الدم (Vitamin B_{12} Deficiency Anaemia):

استحالہ: حیاتین ب 12 کا نام ان اجزا پر محیط ہوتا ہے، جنھیں کوبالامائین (Cobalamine) سے موسوم کرتے ہیں، جس کی خصوصیات میں سے ایک خصوصیت سالمہ کے مرکز میں ایک جوہر کی موجودگی ہوتی ہے۔

حیاتین ب 12 کی تقسیم عضویات میں اور تحولی فعل: حیاتین ب 12 عملی طور پر جسمانی بافتوں میں موجود ہوتا ہے۔ تاہم یہ جگر نیز گردوں میں بہت زیادہ مرتکز ہوتا ہے۔

بالغ صحتمند شخص کے جسم کا انحصار اگر حیاتین ب 12 سے بھرپور غذا پر ہو تو کبدی بافتوں میں 1.700 گرام جگر کے لیے 1.5 ملی گرام حیاتین ب 12 موجود ہوگا۔

جسم کا مجموعی محفوظہ 2 ملی گرام پر مشتمل ہوتا ہے، جو 2 تا 8 سال کی مدت ترقی پذیر دموی

مسائل سے باز رکھتے ہیں۔

حیاتین ب 12 کی موجودگی متعدد انزائم تعاملات کے لیے ناگزیر ہوتی ہے۔

حیاتین ب 12 کا ضیعان: فولک ایسڈ کی طرح، حیاتین ب 12 صفرا میں خارج ہوتی ہے۔لیکن اس کا بیشتر حصہ امعاء میں دوبارہ جذب ہو جاتا ہے۔

ضرورت اور مجوزہ مقدار خوراک: حیاتین ب 12 کی روزانہ 1 تا 3 مائکروگرام کی ضرورت پڑتی ہے۔اس کی ضرورت معمولی غذا سے بھی پوری ہو جاتی ہے تاہم فقط سبزیوں پر انحصار کرنے والے مستثنیٰ ہوتے ہیں۔

دیگر مکون اللون غذیات (Haematopoietic Nutrients) کی طرح حاملہ اور رضاعتی عورتوں میں اس کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔مجوزہ مقدار درج ذیل ہیں:

- نوزائیدے اور بچے۔1 تا 3 سال: ایک مائکروگرام یومیہ۔
- بچے: 2 مائکروگرام یومیہ۔
- قریب المراہق اور بالغ: 3 مائکروگرام یومیہ۔
- حاملہ اور رضاعتی عورتیں: 4 مائکروگرام یومیہ۔

حیاتین ب 12 کی خامی کے نتائج: حیاتین ب 12 کی کمی سے واقع ہونے والا تغذیاتی فقرالدم قلیل الوقوع ہے، اور اکثر دیگر خامیوں کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔یہ سبزی خور علاقوں مثلاً جنوبی ہند میں زیادہ پایا جاتا ہے۔

قلت حیاتین ب 12 کی حیاتیاتی امارات:

فقرالدم کے خصائص: اس کی دمویتی امارات فولک ایسڈ خامی کے مماثل ہوتی ہیں۔نہوضی فقرالدم (Megaloblastic anaemia) مع متین قسم کے خلیات کی تباہی اور کثیر النواتی خلیات (Polymorphonuclear Cells) کا بیش تقطع (Hypersegmentation)۔

خون میں حیاتین ب 12 کی پیمائش: صحتمند اشخاص کے خون میں حیاتین ب 12 کی سطح 180 تا 400 ng/ملی لیٹر ہوتی ہے۔لیکن خامی کا اطلاق صرف اسی صورت میں ہوگا جبکہ اس کی سطح 100 ng/ملی لیٹر سے نیچے گر جائے۔

سریری امارات: امارات فقرالدموی علائمیہ، ہضمی علائمیہ (عدم اشتہا)، اسہال اور یک عصبی علائمیہ (عمیق حساسیتی درد کے اختلالات، شل الاعضا)۔

اسباب:

استعمال میں کمی تیہ قلیل الوقوع ہوتا ہے، کیونکہ ضرورت انتہائی قلیل ہوتی ہے۔

انجذابی خامیاں: ہائیڈ روکلورک ایسڈ یا پیسین (ہضمین) نا کافی رساؤ (ارتشاح) کے سبب غذائی لحمین میں موجود حیاتین ب 12 کی علاحدگی میں کمی ہو جاتی ہے۔ یہ ذبولی التہاب معدہ یا معوی سرطانات کا اصابہ ہوتا ہے۔

داخلی عامل ارتشاح کی عدم موجودگی کے سبب۔ کامل یا جزوی معدہ برآری کے طویل المدتی اثرات کے تحت۔

جملہ ناقص الانجذاب امراض میں موجود ہوتا ہے مثلاً منطقی سنگرہنی (سپرو) اور سیلومی مرض (جس میں حیاتین ب 12 کی خامی عام طور سے فولک ایسڈ خامی کے ساتھ پائی جاتی ہے)۔

متعدد نادر خلقی تشوہات مخصوص حیاتین ب 12 ناقص انجذاب کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ (Imerslund-Crabeck's disease)۔

علاج: حیاتین بارہ 500 تا 1000 مائکروگرام درون عضلاتی راہ سے ایک یا دو بار یومیہ دی جائے۔ مقدار حسب ضرورت بلا تکلف بڑھائی جا سکتی ہے۔ ابتدائی معالجہ 2 تا 3 ماہ جاری رکھا سکتا ہے۔ اس کے بعد بحالی معالجہ کے طور پر ایک انجکشن ماہانہ کی رفتار سے دے سکتے ہیں۔ برداشت بآسانی ہو جاتا ہے۔ حیاتین ب 12 مستحکم نہیں ہوتا۔

غذا: حیاتین ب 12 سے بھرپور غذا دی جائے۔ اس غرض سے حیوانی تجہیزات مفید ہوتی ہیں۔ گوشت بالخصوص بھینس کا جگر (جو حیاتین ب 12 سے پر ہوتا ہے)، دودھ اور اس سے بنی ہوئی چیزیں دی جائیں۔

عام طور سے پکائے ہوئے کھانا میں حیاتین ب 12 متاثر نہیں ہوتا۔

قلیل الحیاتین ج فقرالدم (Vitamin 'C' Deficiency anaemia):

تکون دم میں حیاتین ج کو اولیں حیثیت حاصل ہے یا ثانوی؟ یہ ابھی تک واضح نہیں ہو سکا۔ بہرحال حیاتین 'ج' خامی اکثر دیگر خامیوں کے ہمراہ واقع ہوتی ہے۔ فولک ایسڈ کے ہمراہ اس کے تعلق کو فولک ایسڈ کے بیان میں واضح کیا جا چکا ہے۔

یہ مرض اکثر ان نوزائیدوں میں پایا جاتا ہے، جنھیں ایک مدت تک مصنوعی دودھ اور اسٹارچ پر مشتمل غذا دی جاتی ہے۔

استقر بوط میں عارض ہونے والا قلیل اللونی فقر الدم حیاتین 'ج' سے علاج پذیر ہو جاتا ہے۔

غذا: جملہ ترکاریوں اور پھلوں میں موجود ہوتی ہے۔ اگر چہ یہ خشک اناج میں موجود نہیں ہوتی تاہم خشک مٹر اور گندم وغیرہ کو پھوٹنے دیا جائے تو یہ بکثرت پیدا ہو جاتی ہے۔

قدرتی طور پر یہ جوہر کئی رس دار پھلوں خصوصاً لیموں، مالٹا، انناس، سنگترہ اور ٹماٹر وغیرہ میں موجود ہوتا ہے۔

قلت الدرقی فقر الدم: بعض بچوں میں قلت درقیہ کے سبب قلیل اللونی فقر الدم (Hypochromic anaemia) عارض ہو جاتا ہے۔ یہ نکتہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے کہ موروثی فتور عقل میں عامل گمشدہ تھائی راکسین اور استقر بوط میں حیاتین 'ج' ہوتا ہے۔

فقط درقیہ سے علاج کرنے سے خاطر خواہ فائدہ ہوتا ہے اور طبعی خون کی رنگت بہت جلد واپس آجاتی ہے۔

مکون الدموی بافت (Haemopoietic Tissue) کی خامی:

ابتدائی غیر تکونی فقر الدم (Primary Aplastic ANaemia): یہ قلیل الوقوع قسم مخ العظام کے عدم تکون سے پیدا ہوتی ہے سرخ خلیات کی طرح سفید خلیات نیز اقراص دموی (Platelets) بھی متاثر ہوتے ہیں۔ اس کے نتیجے میں سرایت قبول کرنے نیز نزف کی صلاحیت میں اضافہ ہو جاتا ہے یہ مرض ترقی پذیر ہوتا ہے اور عموماً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ بعد میں پیچیدگی بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا اصل سبب ابھی تک معلوم نہیں ہو سکا۔ اس کا کوئی قابل قدر معالجہ دریافت نہیں ہو سکا۔

خلقی کم تکونی فقر الدم (Congenital Hypoplastic Anaemia): یہ صورت بھی قلیل الوقوع ہے۔ اس حالت میں مخ العظام فقط سرخ خلیات سے دبتا ہے اور اسے احمراری سلعہ (Anaemia Erythroma) کا خلقی نقص تصور کیا جاتا ہے۔ پیدائش کے وقت فقر الدم موجود نہیں ہوتا، لیکن 3 ماہ بعد ظاہر ہو جاتا ہے۔

مخ العظام کے امتحان پر سرخ خلیات کی ترقی رکی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

علاج: بعض مریضوں میں اسٹیرائڈ معالجہ سے فائدہ ہو جاتا ہے بصورت دیگر صرف بار بار نقل الدم کے ذریعہ ہی بچے کو باحیات رکھا جا سکتا ہے۔ معدودے چند اصابات میں خود بخود صحت ہو جاتی ہے۔

فینکونی کا فقرالدم(Fanconi's Anaemia): خلقی غیر تکوینی فقرالدم (Congenital-Aplastic Anaemia) کے ہمراہ متذکرہ خلقی خرابیاں موجود ہوسکتی ہیں۔ اس حالت کو فینکونی کے فقرالدم سے موسوم کرتے ہیں۔ اس میں مخ العظام کا فعل درست نہ ہونے کے سبب کریات حمرا (R.B.C.) کی تکوین رک جاتی ہے۔

علاج: ابتدا میں بار بار نقل الدم کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ تاہم بیشتر اصابات میں طحال برآری سے فائدہ ہوسکتا ہے۔

ثانوی غیر تکوینی فقرالدم(Secondary Aplastic Anaemia): یہ بنزول، آرسینک، شعاعیات (radiation) شاذ و نادر سلفونمائڈ اور کبھی کبھی شدید سرایتوں مثلاً حمی تیفو دیہ یا خناق وبائی کے نتیجے میں عارض ہوتا ہے۔ خون اور مخ العظام کی تصویر ابتدائی غیر تکوینی فقرالدم سے مماثلت رکھتی ہے۔

سفید خلوی نامعی فقرالدم(Leuco Erythroblastic Anaemia) جب نوتکوینی اجتماعات (Neoplastic deposits) کے ذریعہ طبعی مخ العظام کی درریزشن (infilteration) ہونے لگتی ہے تو طبعی مخ العظام کا فعل قابل ذکر حد تک متاثر ہو جاتا ہے۔ مخ العظام بیش تکوینی قسم کا ہوتا ہے۔ یہ لیوکیمیا کے ہمراہ بھی پایا جاسکتا ہے۔

سرایتی فقرالدم سرایت طبعی تکوین دم میں عمومی کمزوری پیدا کرتی ہے۔ فقرالدم طبعی خلوی حمری (Normoblastic) اور طبعی اللونی (Normochromic) قسم کا ہوتا ہے۔ یہ قسم اس وقت تک علاج پذیر نہیں ہوتی تاوقتیکہ سرایت کا قلع قمع نہ ہو جائے۔

جریانی فقرالدم: زخم وغیر سے شدید جریان بواسیر دموی یا دوالئ مری (Oesaphageal-varies) کے سبب بار بار عارض ہونے والے معمولی نزفات میں نمایاں فرق ہوتا ہے۔

اول الذکر میں طبعی ہیموگلوبین اور سرخ خلیات دموی ارتکاز کے سبب طبعی حالت میں پائے جاتے ہیں، لیکن بعد میں جب ابتدائی صدمہ عارض ہوتا ہے تو طبعی خلوی (Normocytic) طبعی اللونی فقرالدم پایا جاتا ہے۔ نقصان دم میں بہت حد تک مخ العظام کے فعل کی خرابی بھی شامل ہوتی ہے۔ اگر فقرالدم شدید ہو اور شفا سست رفتاری سے ہو رہی ہو تو مخ العظام کے نوساختی خلیات قلت فولاد اور قلیل اللونی کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ جریان سے شفایابی ایک ایسے درجہ میں پہنچ جاتی ہے، جبکہ سرخ خلیات میں اضافہ ہونے لگتا ہے، لیکن

ہیموگلوبین میں پھر بھی ٹھہراؤ رہتا ہے۔ قلیل اللونی خلیات (Hypochromic Cells) پیدا کرنے کی یہ صورت فولاد دے کر قابو میں لائی جاسکتی ہے۔

بار بار واقع ہونے والے شدید نزفات میں بھی جلد یا بدیر قلت فولاد کی شکایت ہوسکتی ہے ہیموگلوبین خطرناک حد تک گھٹ کر 3 تا 6 گرام/ فیصد رہ جاتی ہے، جبکہ سرخ خلیات کا شمار 3 تا 4 لاکھ فی مکعب ملی میٹر ہوسکتا ہے۔

علاج: سب سے پہلے بچوں میں ضربات سے بچانے کی ممکنہ تدابیر اختیار کی جائیں۔ زخم پر دباؤ ڈالنا زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔

قلیل اللونی عادت بدلنے میں فولاد کافی معین ثابت ہوسکتا ہے۔

خون پاش فقرالدم (Haemolytic Anaemia): خون پاش فقرالدموی حالتوں میں مندرجہ ذیل خصائص خاص طور سے قابل ذکر ہوتے ہیں:

(1) مرتفع بلی روبن دمویت (Bilirubinaemia)۔

(2) یرقان کے چند مدارج۔

(3) مثبت بالواسطہ تعامل (Vandenberg reaction)۔

(4) بولی صفرادیت (Urobilinogen)۔

(5) حامض اللونی۔

(6) تضخم الطحال یا عظم طحال (Splenomegaly)۔

(7) دورہ کرنے والے خون میں سرخ خلیات کی بربادی، جس کے ساتھ مخ العظام کی بھی کچھ نہ کچھ خرابی موجود ہوتی ہے۔

سمی اتلاف الدموی فقرالدم (Toxic heamolytic Anaemia): یہ سرایت، ادویات یا کیمیاوی سموم کے نتیجے میں عارض ہوسکتی ہے، علاوہ بریں جرثومی سموم کا بھی نتیجہ ہوسکتی ہے جس کا سبب بقۂ سبحیہ (Streptococcus)، بقۂ عنبیہ (Staphylococcus)، ای۔قولی (E. Coli) یا سی، ویلشی آئی (C. Welchii) ہوتا ہے۔ بعض اوقات تعفن ہوا بھی اس کا سبب ہوتا ہے جو ہلاکت خیز ثابت ہوتا ہے۔ علاوہ بریں ملیریا بھی براہ راست خلیات دم پر یورش کرسکتا ہے۔ حساس افراد میں وافر کیمیاوی اجزا اتلاف الدم پیدا کرسکتے ہیں۔ یہ اجزا حیاتین 'ک' جیسے اجزا جیسے اینی لین (Aniline) مشتقات (سلفا ادویہ، فینا سٹین، سلفول)،

نفتھلین (Naphthaline)، پیرا امینو سیلی سک ایسڈ، فیوراڈینٹین (Furadentin)، 8۔امینو کوئنولین (8-Aminoquinoline) مثلاً پریما کوئن، پاما کوئن وغیر پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مذکورہ اجزا سے حساسیت رکھنے والے افراد میں انزائم گلوکوز 6 فاسفیٹ (Enzyme Glucose 6-Phosphate) کی خامی پائی جاتی ہے، جو طبعی سرخ خلیات کی ساخت میں برقرار رہتی ہے۔

اتلاف الدم پیدا کرنے والے سموم سیسہ، بنزول اور اس کے مشتقات پر مشتمل ہوتے ہیں، علاوہ بریں فینول اور ٹولول (Toluol) کے مشتقات بھی اسی میں شامل ہیں۔ سمی خون پاش فقرالدم کا وقوعہ عموماً حاد ہوتا ہے۔ اس مرض میں ابتدائی طور پر ہیموگلوبین بولیت (Heamoglobinuria) موجود ہوتی ہے۔ خون طبعی اللونی اور طبعی الحلوی فقرالدم (Normochromic and Normocytic Anaemia) کا مظہر ہوتا ہے۔ نواتیاتی سرخ خلیات (Nucleated red cells) اور سرخ جسیمہ خوریت (Erythrophagocytossis) عموماً محیطی خون میں موجود ہوتے ہیں۔ موخرالذکر عموماً مخ العظام میں بھی پائے جاتے ہیں۔ سرخ خلیات کروی خلوی (Spherocytic) ہو سکتے ہیں۔

بے ترشی بولی یرقان (Achloruric Jaundice): اس مزمن خاندانی مرض میں شدید دموی نقصان تضخم طحال (Splenomegaly)، کروی خلویت (Spherocytosis) کریات حمرا کی تباہی (Fragility of red cells) یرقان کی تغیر پذیر صورت موجود ہوتی ہے، لیکن بول میں بلی روبن نہیں ہوتی۔

اسباب اور دموی تغیرات: اس کا اصل سبب ہنوز نامعلوم ہے، لیکن ماہرین کے خیال کے مطابق نسیج احمر (Erythron) کی تکوین میں تھوڑی بہت خلقی خرابی موجود ہوتی ہے، چنانچہ ان کی طبعی ذومخروطی شکل کے بجائے مدور شکل ہوتی ہے۔ خوردخلویت (Microcytosis) موجود ہوتی ہے۔ سیرم بلی روبن مرتفع ہوتا ہے۔ شبکی خلویت (Reticulocytosis) میں 20 تا 25 فیصد ارتفاع ہوتا ہے۔ طحال برآری کے بعد سریری فائدہ ضرور نظر آتا ہے لیکن حیاتیاتی شفا نہیں ہوتی۔

ماہیت: طحال بہت زیادہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ جگر طحال، گردوں اور مخ العظام میں فولاد کی زائد مقدار موجود ہوتی ہے۔ مراری حجریات قلیل الوقوع نہیں۔

علامات: 3 تا 4 ماہ کے وقفہ سے بحرانی کیفیت پیدا ہوتی ہے جس میں فقرالدم اور خفیف یرقان رونما ہو سکتا ہے۔ نقاہت اور خفیف حمیاتی کیفیت موجود ہو سکتی ہے۔ اس کی شفایابی کے لیے

3 تا 4 ہفتے درکار ہو سکتے ہیں۔

تشخیص: امتحان دم پر طبعی خلوی حمری اور طبعی اللونی فقر الدم کا پتہ لگ سکتا ہے۔ شبکی خلوی شمار (Reticulocyte count) 30 فیصد تک مرتفع ہو سکتا ہے۔ سرخ خلیات مدور نما ہوتے ہیں جو ضیعان کے مظہر ہوتے ہیں۔ کومب کا شقہ (Comb's Test) منفی ہوتا ہے۔

انذار و علاج: بعض مریض بہت خفیف متاثر ہوتے ہیں، لیکن دوسرے مستمر بحران کے شکار ہوتے ہیں۔ اگر بچپن میں علامتیں شدید ہو جائیں تو نشوونما متاثر ہو سکتی ہے، نیز ایسے بچوں میں سرایت کے خطرات بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں۔

اگر عمومی صحت اچھی ہو تو علاج کی ضرورت نہیں، البتہ فولاد دے سکتے ہیں۔ بچوں کے مزمن اصابات میں طحال برآری انجام دی جا سکتی ہے۔

فرفورا (PURPUA):

اس اصطلاح کا اطلاق جلد پر نمودار ہونے والے ارغونی رنگ کے ان دانوں پر ہوتا ہے، جن کا رنگ جلد پر دباؤ ڈالنے پر بھی مدہم نہیں ہوتا۔ ماہرین نے اس کی حسب ذیل تقسیم کی ہے:

1۔ ابتدائی تخثر الدموی قلیل الخلوی فرفورا (Primary Thrombocytopenic-Purpura)

ورل ہاف کا مرض (Werlhof's disease)۔

2۔ ثانوی:

الف۔ محی خلل۔

(1) سرایتیں۔

(2) دموی اختلالات، لیوکیمیا، غیر تکوینی قلت الدم (Aplastic Anaemia)۔

(3) سمی عوامل: سموم مثلاً بنزول اور اشعاع۔

ب۔ بیش طحالیت (Hypersplenism): درج ذیل امراض کے ہمراہ:

غانخر کا مرض (Gonchor's disease)، دندانے دار خلوی مرض (Sickle Cell-disease)، خلقی خون پاش فقر الدم (Thalasaemia) جس میں طحالی اقراص دمویہ بڑی تیزی سے تباہ ہوتے ہیں۔

عروقی خرابی کے سبب فرفورا:

(1) استہدافی فرفورا (Anaphylactoid Purpura)۔

(2) اسقربوط (Scurvy)۔

(3) سرایت۔

ابتدائی تخثر الدموی قلیل الخلوی فقرالدم: اس مرض میں جلد پر ممتاز علامات کے طور پر جریان کی شکایت موجود ہوتی ہے، علاوہ بریں غشاء مخاطی سے بھی نزف ہوسکتا ہے۔ یہ بچوں اور نوجوانوں میں کثیر الوقوع ہوتا ہے۔

اسباب: اس کا اصل سبب ہنوز نا معلوم ہے، تاہم بعض مریضوں کے خون میں مضاد اقراص الدموی الزاقیت (Antiplatelet agglutinism) پائے گئے ہیں۔ اقراص دمویہ کی قلت کی وجہ مخ العظام کے ذریعہ اقراص دمویہ کی ناقص تکوین یا طحال کے ذریعہ اس کی شدید تباہی بتائی گئی ہے، علاوہ بریں بعض ماہرین کے خیال میں بذات خود اقراص دمویہ ہی ناقص ہوتے ہیں۔

نزف کسی بھی مخاطی سطح خصوصاً ناک، مسوڑھوں اور بولی قنات سے ہوسکتا ہے۔ عظم طحال بہت خفیف ہوتا ہے۔ اقراص دمویہ گھٹ کر 50 ہزار سے کم ہو جاتے ہیں، عروق شعریہ کی نزاکت بڑھ جاتی ہے۔ ہس ٹورنی کیٹ کا شفہ طبعی ہوتا ہے۔ مدت جریان طویل لیکن زمانہ انجماد طبعی ہوتا ہے۔ حاد اصابات میں نزف کی کوئی سابقہ روداد نہیں ملتی تاہم تقریباً نصف فیصد اصابات میں تازہ سرایت خصوصاً بالائی تنفسی سرایت کی روداد ضرور ملتی ہے۔ نزف یکا یک ہونے لگتا ہے اور عروق شعریہ کی نزاکت کے سبب ابتدا میں چند یوم اقراص دمویہ کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ لیکن کچھ دن بعد نزف میں خفت آجاتی ہے، کیونکہ شعری احتباس عارض ہو جاتا ہے۔ تاہم تخثر الدموی خلویت (Thrombocytopenia) کچھ دن بلا کسی تغیر کے برقرار رہتا ہے۔ مریض 6 ماہ کے اندر اندر حاد حالت سے شفایاب ہو جاتا ہے ورنہ جریان کنٹرول میں نہ آنے کے سبب یا درون دماغی نزف کے نتیجہ میں راہی ملک عدم ہو جاتا ہے۔ معدودے چند اصابات مزمن درجہ میں پہنچتے ہیں۔

مزمن اصابات کے مریضوں میں طویل نزف کی روداد یا خراش کا رجحان پایا جاتا ہے۔ اس بیماری کی پہچان عود مرض یا تخفیف مرض ہوتی ہے۔ نزف عموماً کم خطرناک ہوتا ہے، کیونکہ اس میں

غالباً عروق شعریہ کم ماؤف ہوتی ہیں، مشکوک اصابات میں مخ العظام کے امتحان پر تشخیص کا فیصلہ جلد ہو جائے گا ے۔ہ بات ذہن نشین رکھنی چاہیے کہ اقراص دمویہ کی تعداد میں کمی ادویات کے سمی اثر، کرم یا سرایت کے زیر اثر بھی واقع ہو سکتی ہے۔

علاج: مزمن اصابات میں نقل الدم کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ اسٹرائڈ معالجہ عموماً راس آتا ہے۔ طحال برآری کا مشورہ نہ دیا جائے تا آنکہ یہ مدت 12 ماہ کی نہ ہو جائے۔

یونانی علاج: علاج عمومی پر توجہ دی جائے۔ جس کی تفصیل آگے آ رہی ہے۔

خلقی تخثر الدموی خلوی فرفورا (Congenital Tnrombocytopenic-Purpura): اسے تین جماعتوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ ابتدائی میں ماں ابتدائی تخثر الدموی خلوی فرفورا کی شکار ہوتی ہے۔ بعض متاثرہ بچوں میں مضاد اقراص الدم الزاقیت کی شکایت پائی گئی۔ دوسری جماعت میں ماں کی حالت طبعی ہوتی ہے۔ تیسری جماعت میں عفریتی خلیات مخ العظام (Megalearyocytes) کا خلقی کم تکون پایا جاتا ہے، نیز بچے میں دیگر خلقی تشوہات موجود ہوتے ہیں۔

فرفورا بہ سبب سرایت: سرایت کے نتیجے میں فرفورا مختلف نوعیت سے عارض ہو سکتا ہے۔ سرایت کے ہمراہ عارض ہونے والے فرفورا کو حسب ذیل چار قسموں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

1۔ اگر سرایتی اجسام بنفات سرسام (Meningococcus) ہوں تو فرفرا عموماً حمی عفنہ یعنی تسمم الدم (Septicaemia) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ اس کا سبب عموماً عروقی نقص ہوتا ہے۔ لیکن یہ تخثر الدموی خلویت کے نتیجے میں بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

2۔ کسی بھی سرایتی بخار خصوصاً خسرہ میں نزفی دانے نمودار ہو سکتے ہیں۔

3۔ مرض کے نزفی اقسام خسرہ چیچک، کاکڑا الاکڑا اور حمی قرمزیہ میں دیکھے جا سکتے ہیں۔ سابقہ جماعت سے اس لیے ممتاز و مختلف ہے کہ اس میں نہ صرف جلدی نزف ہوتا ہے، بلکہ غشائے مخاطی میں بھی نزف ہوتا ہے، نیز یہ حالت عموماً مہلک ثابت ہوتی ہے۔

4۔ تخثر الدموی خلوی فرفورا (Thrombocytopenic Purpura) میں تقریباً ہفتے بعد یہ صورت پیدا ہوتی ہے۔ علاوہ بریں یہ حالت سرایتی حمیات خصوصاً حصبۃ المانیہ (Rubella)، کاکڑا الاکڑا اور حمی قرمزیہ کے ہمراہ بھی پائی جا سکتی ہے۔

علاج عمومی: اصل سبب معلوم کر کے اس کی اصلاح کی جائے۔ اس کا وقوعہ کسی مرض کے

نتیجہ میں ہوتا ہے تو عموماً دفع مرض کے ساتھ از خود معدوم ہو جاتا ہے۔

جگر کی اصلاح استسقا کے خطوط پر کی جائے۔ اس کا علاج استسقاء لحمی کے علاج سے آسان تر ہے، کیونکہ اس میں سبب بھی نسبتاً ضعیف ہوتا ہے، لہذا ادویہ بھی غیر قوی استعمال کریں۔ اسی طرح اس کے علاج میں جلد بازی سے کام نہ لیا جائے ورنہ انجام کار استسقا لحمی پیدا ہونے کا اندیشہ رہتا ہے، لہذا طویل المدتی معالجہ بروئے کار لایا جائے۔

اول مانع فضول تدابیر اختیار کی جائیں اور اگر قوت برداشت اور عمر اجازت دیں تو چند بار ایارج فیقرا دیں، اسی طرح شربت افسنتین مسہل، شربت دینار، شربت ورد اور حب ریوند بھی مفید ہیں۔

تنقیہ کے بعد مفتحات و مدرات دیے جائیں، شربت اصول و کشوث بزور نافع ہیں۔

معدہ و کبد کی تقویت کی غرض سے دواء المسک کرم ود بیدالورد وغیرہ دیں۔ پانی کے بجائے عنب الثعلب، بادیان، ساذج ہندی، کاسنی، بادرنجبویہ مزاج کی رعایت سے دیں۔

تقلیل غذا عمدہ تدبیر ہے۔

اطراف میں ورم کی شکایت ہو تو تبرید و کثرت غذا سے احتراز ضروری ہے، اسی طرح رطب، بطی الانہضام اغذیہ مثلاً مچھلی، چربی، تیل، روغن کنجد، حلوا، نشاستہ بقولا وغیرہ سے اجتناب ناگزیر ہے۔

سوء القنیہ، بدن کی زردی اور قلت خون کے لیے قرص زرشک صغیر ہمراہ دواء المسک کبیر دیں، اوپر سے تخم کاسنی، پرسیاؤشاں، مویز منقی، نبات پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ اس کے بعد نبات کے بجائے گلقند، پھر گل سرخ بجائے گلقند و شربت دینار ملا کر دیا جائے۔ اس کے بعد بلغم و صفرا کے اسہال کے لیے عنب الثعلب، گل سرخ، بادیان، مویز منقی، پرسیاؤشاں، سنا مکی جوش دے کر گلقند داخل کر کے دیں اور عرق گاؤزباں خفیف جوش دے کر شربت بزوری ملا کر تخم ریحاں، تخم کنوچہ چھڑک کر پلائیں۔

سوء القنیہ میں اخراج مانی المعدہ کے لیے نسخہ ذیل دیں:

(نسخہ) عنب الثعلب، گل سرخ ہر ایک 2 گرام، مویز منقی 5 دانہ، بادیان، پرسیاؤشاں ہر ایک 2 گرام، سناء مکی 4 گرام، گلقند 15 گرام۔

اطفال کے سوءالقنیہ میں نسخہ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) زعفران، بسباسہ، جوز بوا ہر ایک 28 ملی گرام، سنبل الطیب، دارچینی ہر ایک 256 ملی گرام، مویز منقی چار دانہ۔

جملہ دواؤں کو کوٹ چھان کر شہد خالص 2 گرام ملا کر کھلائیں۔

مندرجہ ذیل قرص زرشک مقوی و مانع سوءالقنیہ ہے، جبکہ اس کے ساتھ بخار بھی ہو:

(نسخہ) زرشک، 10.5 گرام، گل سرخ، مغز تخم خیارین، صندل سفید سودہ، تخم کاسنی ہر ایک گرام، لک مغسول، اصل السوس مقشر، گل نیلوفر، طباشیر ہر ایک 1.75 گرام۔

قرص بنا کر حسب مزاج وعمر استعمال کرائیں۔

سادہ فرفورا میں حسب ذیل نسخے مفید ہیں:

(نسخہ) عناب 2 عدد، مویز منقی 4 عدد، بادیان، مکوہ خشک، عرق مکوہ و عرق شاہترہ ہر ایک 2 گرام جوش دے کر شربت عناب 2 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

قبض کی حالت میں مغز فلوس خیارشنبر 25 ملی گرام پانی یا گلاب میں حل کر کے خمیرہ بنفشہ سادہ 25 گرام ملا کر پلائیں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) شیرۂ تخم خرفہ، شیرۂ تخم خشخاش سفید، شیرۂ حب الآس، شیرۂ بیخ انجبار ہر ایک 3 گرام، عرق بارنگ 40 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

غذا و پرہیز: غذا لطیف، زود ہضم، لحم تازہ سبزی تازہ میں پکا کر یا دودھ وغیرہ دیں۔ اگر جریان خون کی شکایت ہو تو سرد دودھ دیں اور گرم اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

52

قے

(VOMITING)

قے اس اضطرابی کیفیت (حرکت) کا نام ہے، جس میں معدہ کے اچانک منقبض ہونے کی وجہ سے مافی المعدہ اشیاء براہ دہن باہر نکل آتی ہیں۔ اس حرکت میں عضلات دہن اور قدرے حجاب حاجز کو بھی دخل ہوتا ہے۔ چونکہ بچپن میں عضلات و اعصاب نارسیدہ (غیر پختہ) ہوتے ہیں، اس لیے اس عمر میں یہ شکایت کچھ زیادہ ہی پائی جاتی ہے۔ قے ابکائی (تہوع) اور متلی (غثیان) میں یہ فرق ہے کہ قے اور ابکائی میں معدہ کسی شے کو براہ دہن خارج کرنے کی حرکت کرتا ہے، لیکن ان میں باریک فرق یہ ہے کہ ابکائی میں معدہ کی حرکت کے ساتھ غذا خارج نہیں ہوتی، لیکن قے میں غذا بھی خارج ہو جاتی ہے۔ متلی اس حرکت سے عبارت ہے جو قے اور ابکائی سے پیشتر واقع ہوتی ہے، جس میں اس امر کا احساس ہوتا ہے کہ اب معدہ حرکت کرے گا اور عنقریب قے اور ابکائی رونما ہوگی۔

اسباب: قے کے اسباب کو حسب ذیل سات حصوں میں بیان کیا جاتا ہے:

1۔ سمی اثرات کے تحت مثلاً نوعی بخار (Specific fever) کی موجودگی، تسمم بولی (Uraemia)، بعض اقسام کے زہر یا بعض ادویہ مثلاً ڈیجاکسین، مارفین وغیرہ کا استعمال نیز

بیہوشی کی ادویہ سونگھنے، گندہ اور غلیظ ہوا میں سانس لینے سے بھی یہ شکایت ہو جاتی ہے۔

2۔ مرکزی نظام اعصاب کے امراض جیسے ورم اغشیۂ دماغ، التہاب دماغ، سلعات دماغ، شہقہ۔ ان صورتوں میں متعلقہ امراض کی دیگر علامتیں بھی ساتھ ساتھ پائی جائیں گی۔

3۔ دیگر اعضا کی مشارکت مثلاً التہاب لوزتین، التہاب لثہ دامیہ، امراض اذن، جگر کا فساد فعل، گردہ کے اختلالات، بول الدم، امراض ریہ وغیرہ سے انعکاسی طور پر قے ہوتی ہے۔ اسی طرح براز کی خراش بھی قے کا موجب ہوتی ہے۔

4۔ معدہ کے مخصوص امراض مثلاً سوء ہضم، اتساع معدہ، یثور وقروح معدہ وغیرہ۔

5۔ امعاء کے مخصوص امراض مثلاً دیدان یا سدہ وغیرہ کے سبب خراش نیز التہاب باریطون، ورم زائدہ اور التہاب مرارہ (Cholecystitis)۔

6۔ خون کا عارضی اختلال جو کشتی یا جہاز رانی کے علاوہ جھولا جھولنے سے لاحق ہوتا ہے۔ اس سے بھی قے کی شکایت ہو جاتی ہے۔

7۔ تسدید مری کو بھی اس کے اسباب میں شامل کیا گیا ہے۔

مذکورہ اسباب کے علاوہ بڑی عمر کے بچوں میں چند مخصوص عصبی تحریکات کے سبب بھی قے کی شکایت ہو جاتی ہے، جس کو کسی ایک عنوان کے تحت بیان نہیں کیا جاتا، مثلاً اختناق الرحم والے والدین، مصروع اشخاص یا بعض مخصوص پیشہ کے حامل افراد کے بچے۔

چھوٹے بچوں میں سرایت بھی ایک خاص سبب بتایا جاتا ہے۔

قے کی علامتیں بالکل واضح ہوا کرتی ہیں، اور اس کے اسباب کا پتہ لگانے میں آسانی ہوتی ہے۔

تشخیص: اقسام، اوقات اور متعلقہ ظواہر اہم تشخیصی اہمیت کے حامل ہوتے ہیں، چنانچہ اگر دودھ پینے یا کھانا کھانے کے ایک گھنٹہ کے اندر اندر قے ہو جائے تو سمجھنا چاہئے کہ مرض معدہ سبب ہے، لیکن اگر دو تین گھنٹہ بعد قے کی شکایت ہو تو امعائے دقاق (چھوٹی آنتوں) کا مرض گمان کرنا چاہیے۔ اگر مزید وقفے سے قے کی شکایت ہو تو امعائے غلاظ (بڑی آنتوں) کا مرض سمجھنا چاہیے۔ اگر قے ہو کر راحت ہو جائے تو قروح امعاء تصور کرنا چاہیے۔ اگر بڑی قے میں کثیر المقدار غذا شامل ہو اور ترشح دن کے آخری حصے یا رات میں ہو تو سمجھنا چاہیے کہ مخرج معدہ میں احتباس ہے۔

معدہ وامعا اور جگر کے امراض میں متلی کے ساتھ قے ہوتی ہے اور شکم دبانے پر درد ہوتا ہے، لیکن اگر جسمانی حرارت اچانک بڑھ جائے اور ایسی صورت میں معمولی جنبش سے متلی کے بغیر قے ہو جائے تو دماغی امراض کی ابتدا تصور کرنی چاہیے۔ ایسی حالت میں معدہ کو دبانے پر کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔

تسدیدمری کی صورت میں قے ہو تو اس کی دو نوعیت ہوتی ہے۔

کبھی مسلسل اور کبھی دورے کے ساتھ لیکن معدہ سے خارج ہونے والی شے کو دیکھ کر اصل سبب کا پتہ لگایا جا سکتا ہے۔ بشرطیکہ دیگر اہم معلومات بھی فراہم کر لی گئی ہوں۔

اگر پیہم قے کے باوجود وزن میں کوئی کمی نہ ہو تو سبب عموماً نفسیاتی الاصل ہوتا ہے۔

علاج: حاد حالتوں میں جبکہ قے کی شکایت بہت زیادہ اور بار بار ہوا کرتی ہے اور بچہ جلد نڈھال ہو جاتا ہے۔ اس میں وقفہ بہت کم ہوتا ہے۔ اگر بروقت تدابیر نہ اختیار کی گئیں تو نتیجہ خراب ہوگا، چنانچہ حادقے کی ہر قسم میں بچے کی ہر غذا موقوف کر دینی چاہیے۔ دودھ اور چونا کا پانی ہموزن ملا کر چٹانا شروع کر دیا جائے اور فم معدہ پر مسکنات کا ضماد کیا جائے، اس غرض سے ضماد ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) زرشک 1.5 گرام، آملہ منقی 2 گرام، سماق، طباشیر، پوست ترنج، صندل سفید، پوست بیرون پستہ ہر ایک نصف گرام، عرق گلاب 6 ملی لیٹر میں پیس کر سرکا 6 ملی لیٹر اضافہ کر کے لیپ کریں۔

اصل سبب کا ازالہ کیا جائے۔ اگر اس کا سبب غذا ہو تو سکنجبین تھوڑی تھوڑی چٹاتے رہیں۔

اگر معدہ میں اجتماع رطوبت سبب ہو تو اس کی جنس معلوم کریں، چنانچہ اگر اجتماع صفرا سبب ہو تو نیم گرم پانی میں سکنجبین ملا کر پلائیں اس کے بعد جوارش انارین 2 گرام پہلے کھلا دیں، اوپر سے:

شیرہ زرشک 2 گرام، شیرہ پودینہ خشک 2 گرام، شیرہ آلو بخارہ 2 دانہ، عرق بادیان میں نکال کر شربت غورہ 15 ملی لیٹر شامل کر کے استعمال کرائیں اور حسب ذیل چٹنی تیار کر کے چٹاتے رہیں:

(نسخہ) زہرمہرہ، طباشیر گرد سماق، انار دانہ، پودینہ خشک، زرشک، زرورد، صندل سفید ہر ایک ایک گرام۔

جملہ دوائیں باریک پیس کر شربت انار یا شربت غورہ یا سکنجبین لیمونی بمقدار 25 ملی لیٹر ملا کر

تھوڑی تھوڑی چٹاتے رہیں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) زرشک، ساق پودینہ، نمک طعام، فلفل سیاہ مساوی الوزن پیس کر تھوڑا تھوڑا چٹائیں۔

اگر سبب اجتماع بلغم ہو تو اول مندرجہ ذیل ادویہ سے قے کرائیں:

(نسخہ) تخم ترب 6 گرام پانی میں پیس کر سکنجبین سادہ 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

طبیعت صاف ہو جانے کے بعد دوائے ذیل دیں:

(نسخہ) مصطگی رومی، عود غرقی، پودینہ خشک نصف گرام باریک پیس کر جوارش مصطگی 4 گرام میں ملا کر عرق بادیان 75 ملی لیٹر کے ساتھ استعمال کرائیں اور نوشدارو 4 گرام ہمراہ 75 ملی لیٹر آب تازہ دیں نیز شام کو دواء المسک معتدل 3 گرام ہمراہ عرق بادیان 75 ملی لیٹر کھلائیں۔

اگر معدہ کی غشائے مخاطی کا سبب ورم ہو تو ورم معدہ کی تدابیر بروئے کار لائیں، قروح معدہ سبب ہو یا درم امعاء، درد شکم، درد گردہ، درد جگر، التہاب صفاق تو مناسب تدابیر اختیار کریں۔ ان سب حالات میں مجموعی اعتبار سے حبوب اطفال بھی مفید ہیں۔ جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) پوست ہلیلہ کلاں، کاکڑا سینگی، رسوت مکی، بادیان، اندر جو شیریں، اجوائن دیسی، نمک سیاہ، گل سرخ، سونٹھ، ہینگ، کائفل، ریوند چینی، برگ نیم، باؤ بڑنگ ہر ایک 12-12 گرام، افیون 1 گرام، نصف گرام زعفران۔

ترکیب تیاری: جملہ ادویہ کوٹ چھان کر عرق گلاب کے ساتھ کھرل کریں اور مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: 1 تا 3 گولی ہمراہ شیر مادر۔

اگر سبب سموم کا استعمال ہو تو ان کے اخراج و اصلاح کی تدابیر بروئے کار لائیں اور ان چیزوں کا استعمال ترک کرا دیں۔

بے آبی کی صورت میں الیکٹرال استعمال کرا سکتے ہیں۔ مقدار خوراک و ترکیب استعمال ہر پیکٹ پر درج رہتی ہے۔

غذا: سیال، زود ہضم اور ساتھ ہی مقوی غذا دیں۔ جس میں قدرے ترشی بھی ہو، مثلاً مرغ کے شوربہ میں انار دانہ ڈال کر پلائیں۔ مونگ کی پتلی دال تھوڑی تھوڑی مقدار میں دیں۔ پودینہ اور الائچی پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ اسی طرح نمکین پانی برف سے ٹھنڈا کر کے قدرے قدرے سپ کرائیں۔ بے آبی کی صورت میں زیادہ مقدار میں پلائیں۔ زلال تمر ہندی اور کچے آم کا شربت تجربہ سے مفید اور مسکن ثابت ہو چکے ہیں۔ موسمی نجاروں میں قند کا شربت ہمراہ عرق لیموں پلانا مفید ثابت ہوتا ہے۔

●●

53

فواق

(HICCUP)

یہ دراصل حجاب حاجز کا ایک تشنجی مرض ہے، جس میں حجاب حاجز کو بار بار سکڑنا پڑتا ہے۔ اس تحریک کے عوامل مختلف ہوتے ہیں۔ جن کی تفصیل درج ذیل ہے:

1۔ اعضائے شکم کے اورام مثلاً التہاب معدہ، التہاب باریطون، التہاب اعور، حمی معویہ (حمی تیفوئیدیہ، موتی جھرا) وغیرہ۔

2۔ معدے کی غشائے مخاطی کا لذع، جلن، سوزش اور خراش جو تیز اور گرم چیزوں کے استعمال کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے، ہیضہ، سوءہضم، نفخ شکم، معدہ پر صفرا کا انصباب یا بلغم فاسد کا اجتماع۔ یہ مرض عموماً خراش معدہ کے ہی کے نتیجہ میں ہوا کرتا ہے۔

3۔ عصبی فساد فعل مثلاً دماغی سلعہ، صرع یا اختناق الرحم وغیرہ۔

4۔ گاہے بظاہر کوئی مرض نہیں ہوتا، لیکن فساد خون اور سمیت ضرور ہوتی ہے، جیسے نقرس، گردہ و جگر کے امراض، حمیات حادہ۔

تدابیر و علاج: اصل سبب معلوم کر کے اس کا تدارک کیا جائے، اگر قے سبب ہو تو قے کرائیں، اسی طرح تخمہ بدہضمی اور خرابی غذا کی صورت میں بھی پہلے قے کرانی چاہیے۔ اس کے

بعد دافع تشنج دوائیں کھلائی جائیں، نفخ شکم کی صورت میں کاسر ریاح ادویہ مثلاً اکسیر اطفال دیے جائیں یہ سفوف بچوں کے معدہ وجگر کے اکثر اصابات میں مفید ہے، علاوہ بریں نسخہ ذیل بھی اس ہچکی میں نافع ہے جو نفخ شکم کے سبب واقع ہوتی ہے۔ جوارش کمونی 4 گرام پہلے کھلائیں اوپر سے:

(نسخہ) شیرہ انیسون، شیرہ زیرہ سیاہ ہرایک 2-2 گرام، عرق بادیان 100 ملی لیٹر میں نکال کر خمیر بنفشہ 300 گرام بنفشہ شامل کر کے دیں۔

اگر سوء مزاج بارد معدہ یا تبخیر معدہ سبب ہو تو گرم جوارشات استعمال کرائیں۔ اسی طرح چھینک لانے، بھوک پیاس پر صبر سے بھی ہچکی رک جاتی ہے۔

اگر تیز حریف اشیاء کھانے سے ہچکی کی شکایت ہو تو اشیاء باردہ کے استعمال سے زائل ہو جائے گی۔ خراش ولذع معدہ کی حالت میں معدہ کو صفرا یا فاسد خلط سے پاک کرنا اور قے کرانا مفید ہے۔ اس کے بعد مسکنات مثلاً لعاب اسپغول، لعاب بہدانہ، سفیدی بیضۂ مرغ وغیرہ۔

اگر اس کا سبب معدہ میں اجتماع بلغم ہو تو گرم پانی میں نمک ملا کر قے کرائیں پھر زنجبیل 0.75 گرام مرچ سیاہ 3 دانہ، 200 ملی لیٹر پانی میں جوش دے کر قدرے قدرے پلائیں۔

حسب ذیل چٹنی قدرے قدرے چٹانا بھی نافع ہے:

(نسخہ) مغز بادام شیریں 15 دانہ، فلفل سیاہ 15 دانہ، نبات سفید 35 گرام پانی میں پیس کر چٹائیں۔ اگر ہٹیلی قسم کی ہچکی ہو تو دافع تشنج ادویہ مثلاً اجوائن دیسی کا جوشاندہ بروئے کار لایا جائے۔ اگر استفراغات کثیرہ یا حمیات حادہ کے بعد ہو تو یہ بدترین قسم ہوتی ہے، ایسی صورت میں شیرہ روغن بادام اور اسی قسم کی دیگر چیزیں دیں۔

غذا و پرہیز: خراش معدہ سبب ہو تو ہلکی لعاب دار چیزیں مثلاً سفیدی بیضۂ مرغ دیں۔ اسے دودھ میں حل کر کے بھی دے سکتے ہیں۔ علاوہ بریں فیرنی، چاول کی پیچ، آش جو، کھیر وغیرہ بھی قابل انتخاب غذائیں ہیں۔

دیر ہضم ثقیل، بادی غذاؤں نیز تیز چیر پرے مصالحوں اور مرچ وغیرہ سے اجتناب ضروری ہے۔

54

شدت عطش

(EXCESSIVE THIRST)

اسباب: گاہے غلیظ اور نمکین خلطیں معدہ میں جمع ہو جاتی ہیں۔ ان سے نہ صرف معدہ میں خشکی پیدا ہوتی ہے، بلکہ ان کی تیزی معدہ میں لگتی ہے، اس لیے طبیعت پانی کی طالب ہوتی ہے، تاکہ غلیظ مواد دھل جائیں حالانکہ اپنی غلظت کے سبب وہ دھلتے نہیں، علاوہ بریں ایسے مواد سے معدہ میں گرمی پیدا ہو جاتی ہے، جس کی تسکین کے لیے پانی کی طلب بڑھ جاتی ہے۔

اسی طرح گاہے نہایت خشک مواد معدہ میں جمع ہو جانے سے بھی پیاس لگتی ہے، جیسے سودا محترقہ اور گاڑھا بلغم۔ ایسی حالت میں مواد دھونے کے لیے طبیعت پانی کی طالب ہوتی ہے، لیکن پانی سے مواد مزید غلیظ اور سرد ہو جاتے ہیں، جس سے جگر کی طرف پانی خاطر خواہ نفوذ نہیں کر پاتا اور وہ بدستور تشنہ رہ جاتا ہے اور بار بار پیاس لگتی ہے، اسے عطش کاذب کہتے ہیں، کیونکہ اس میں نہ تو رطوبت کی کمی ہوتی ہے اور نہ اعضا کو پانی کی احتیاج۔

گاہے معدہ کی گرمی سے بھی پیاس لگتی ہے، مثلاً حمیات حادہ کی صورت میں، کبھی اس کا سبب معدہ کی خشکی اور گاہے گرمی و خشکی دونوں ہوتے ہیں۔ کبھی سینہ، پھیپھڑا اور قلب کی گرمی بھی اسباب میں داخل ہوتے ہیں۔

کبھی اس کا سبب التہاب جگر ہوتا ہے، ایسی صورت میں رگیں اور نالیاں مسدد ہو جاتی ہیں، کبھی جگر کے سدد بھی اس کا سبب ہوتے ہیں، جو اعضا اور پانی کے مابین حائل ہو جاتے ہیں اور انہیں نفوذ کرنے سے روکتے ہیں، جس کی مثال استسقاء ہے، ایسی صورت میں پانی کی کثرت کے باوجود پیاس نہیں بجھتی۔

کبھی مسہلات کے استعمال کے نتیجے میں بھی شدت سے پیاس لگتی ہے، کیونکہ ایسی صورت میں غیر طبعی مواد (رطوبات فاسدہ) کے ساتھ تغذیہ بخش رطوبتیں بھی خارج ہونے لگتی ہیں، علاوہ بریں ان مسہلات سے اعضاء گرم ہو جاتے ہیں۔

گاہے غلیظ اور لیسدار اشیاء مثلاً مچھلی وغیرہ کھانے سے بھی پیاس لگتی ہے، کیونکہ ان غلیظ اشیا کو رقیق کرنے اور ان کی لزوجت ختم کرنے لیے حرارت معدہ کی طرف مائل ہوتی ہے اور پیاس میں اضافہ ہو جاتا ہے نیز رطوبت کی بروقت اور خاطر خواہ صفائی نہ ہونے کے سبب بار بار پیاس لگتی ہے۔

برف چونکہ تاثیر کے اعتبار سے گرم ہے اور معدہ میں پہنچنے کے بعد اس کی موجودہ سردی دور ہو جاتی ہے لہذا اصل گرمی لوٹ آتی ہے، جو بدن میں گرمی پیدا کر کے عطش مفرط کا باعث ہوتی ہے۔

علامات: عطش کاذب کی علامت ظاہر ہے کہ اس میں بدن پانی کا محتاج نہیں ہوتا اور سرد پانی استعمال کرنے کے باوجود پیاس حتمی طور پر نہیں بجھتی، البتہ اگر ضبط وتحمل سے کام لیا جائے اور سختی سے اس کا مقابلہ کیا جائے تو موقوف ہو جاتی ہے، کیونکہ اس سے داخلی اعضا کی حرارت میں اضافہ ہونے کے سبب اس قسم کے مواد پگھل کر رقیق ہو جاتے ہیں، چنانچہ اس قسم کی بلغمی پیاس کو لہسن اپنی حرارت کے سبب بجھا دیتا ہے۔ بلغمی پیاس میں منہ کا مزا ترش یا نمکین ہوتا ہے۔

معدہ کی گرمی کی صورت میں سوء مزاج کی علامتیں نمایاں رہتی ہیں۔ ورم کبد کی حالت میں اس کی علامتیں ظاہر ہوں گی۔

علاج: عطش کاذب کی صورت میں مواد کو چھانٹنے اور رقیق کرنے والی اشیاء سے علاج کریں، جیسے لہسن، شہد، سکنجبین اور پانی غلیظ اخلاط پیدا کرنے والی اور ثقیل غذاؤں سے پرہیز کرائیں، جیسے حلیم، سری، پائے وغیرہ۔

ورم یا سدۂ جگر کی حالت میں پیاس کو فرو کرنیوالی چیزیں مثلاً ماء الشعیر، آب کدو، آب تربوز،

آب خیار، لعاب اسپغول، شیرہ تخم خرفہ ہمراہ رب سیب، رب آلو بخارا استعمال کرائیں۔ یہ چیزیں برف سے ٹھنڈی کر کے دی جائیں۔

اگر غلیظ اور لیسدار چیزیں استعمال کرنے سے پیاس کی شدت ہو تو لیسدار مواد کو چھانٹنے اور رقیق کرنے والی اشیا استعمال کرائیں، مثلاً آب گرم، سکنجبین وغیرہ۔

●●

55

دردمعدہ

(GASTRALGIA)

امراض معدہ وامعا میں درد اہم ترین علامت تصور کی جاتی ہے اس کی دو قسمیں ہیں:

(1) عصبی: جو سوءِ مزاج سادہ کے سبب بھی ہوتا ہے، اس میں درد کی شکایت عموماً رات کے وقت ہوا کرتی ہے اور خلوِ معدہ کی حالت میں افاقہ ہوتا ہے قبض، دماغی محنت کی کثرت کے علاوہ معدہ میں گاہے ریاح کے اجتماع سے تناؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ حمیات اجامیہ کی مزمن سمیت کو بھی اس میں دخل ہوتا ہے۔

(2) امتلائی: یہ سوءِ مزاج مادی کے سبب ہوتا ہے، خلوءِ معدہ کے بجائے شکم پری کی حالت میں درد بڑھ جاتا ہے اور پیٹ دبانے سے درد میں قدرے تخفیف ہوتی ہے۔

بدہضمی، ثقیل و نفاخ اغذیہ کا استعمال، پرخوری وغیرہ اس کے اسباب میں داخل ہیں۔ معدہ میں ورم یا پھوڑے سے بھی یہ درد ہوتا ہے۔ گاہے خالی پیٹ یخ بستہ پانی پینے سے بھی یہ درد ہو جاتا ہے۔

علامات: ڈکاریں آتی ہیں کیونکہ ریاح تحلیل ہو کر اوپر اٹھتی ہے۔ گاہے ہچکیوں پر، ہچکیاں آتی ہیں، کیونکہ موذی شے کو دفع کرنے کے لیے معدہ سکڑتا اور پھیلتا ہے اور دبانے پر قرار کی

آواز پیدا ہوتی ہے۔

دوسری قسم میں متلی قے ہوتی ہے، پیٹ میں مروڑ وتشنج، ترش یا جلی ہوئی ڈکاریں آتی ہیں، جلن کے علاوہ نفخ وقراقر بھی ہوسکتا ہے۔

تشخیص: مقام درد، انتشار، خصوصیت، شدت، مدت تواتر اوقات وقوعہ گھٹانے اور بڑھانے والے عوامل نیز متعلقہ علامات کا تجزیہ کرنا ضروری ہے۔

دردشکم اکثر تشخیصی اہمیت کے حامل ہوتے ہیں، مثلاً قروح امعاً اور حاد التہاب زائدہ۔

علاج: عصبی الاصل درد کی حالت میں سیال اور لطیف غذا استعمال کرانے سے نمایاں فائدہ ہوتا ہے۔ مقام معدہ پر تکمید حار کریں اور نسخۂ ذیل نوش کرائیں۔

جوارش انارین 3 گرام اول کھلائیں اوپر سے شیرۂ زرشک 3 گرام، شیرۂ آلو بخارا 3 دانہ، عرق کاسنی 95 ملی لیٹر میں نکال کر سکنجبین نعناعی 15 ملی لیٹر یا لیموں چٹائیں۔

بارلگان اور انزائم بھی مفید ہیں۔ بچوں کے لیے قطور اور شربت کی شکل میں دستیاب ہیں۔

حمیات اجامیہ کی صورت میں اس کا اصولی علاج کریں اور قبض رفع کرتے رہیں۔

دوسری قسم میں فاسد مادہ کے اجتماع کی حالت میں گرم پانی میں نمک ملا کر پلائیں اور قے کے ذریعہ معدہ صاف کریں، اس کے بعد نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) گلقند 30 گرام، سکنجبین 30 ملی لیٹر، عرق گلاب 95 ملی لیٹر میں ملا کر پلائیں۔

سوءہضم اور متلی وغیرہ کی حالت میں بھی قے کرانے کے بعد یہ نسخہ بروئے کار لائیں:

(صبح) جوارش کمونی 4 گرام پہلے کھلائیں، اس کے بعد۔

شیرۂ بادیان 5 گرام، شیرہ انیسون 3 گرام، عرق بادیان 95 ملی لیٹر میں نکال کر گلقند 30 گرام، خمیرۂ بنفشہ 30 گرام، شربت ورد مکرر 30 ملی لیٹر ملا کر دیں۔ اور بعد غذا ئیں حب پیپتہ کھلائیں۔

اگر سبب بسیار خوری ہو تو قے کرانے کے بعد جوارش تمر ہندی کھلائیں اور اوپر سے نسخۂ ذیل پلائیں:

(نسخہ) شیرۂ بادیان، شیرۂ آلو بخارا، عرق بادیان میں نکال کر شربت ورد مکرر ملا کر پلائیں۔

نوٹ: اگر قے کرانا ممکن نہ ہو، خواہ ناپسندیدگی کے سبب یا اس کی نقاہت کی وجہ سے، ایسی حالت میں بھی مذکورہ نسخہ بروئے کار لا سکتے ہیں۔

ثقیل ونفاخ غذائیں سبب ہوں تو ان کا استعمال موقوف کر کے قے کرانے کے بعد جوارش کمونی والا نسخہ بروئے کار لایا جائے۔ برودت کی حالت میں تکمید کی افادیت سے انکار نہیں کیا جاسکتا ہے۔

اگر ریاح کے سبب درد ہو تو، جس سے ڈکاروں کی کثرت کے ساتھ نفخ وقراقر کی شکایت بھی ہو تو: نمک، بھوسی، اجوائن مساوی الوزن پوٹلی میں باندھ کر توے پر گرم کر کے شکم کی بار بار سنکائی کریں اور مصطگی اگرام پیس کر روغن بابونہ، میں ملا کر شکم پر نیم گرم مالش کریں۔

نسخہ ذیل بھی ریاحی درد شکم خاص طور سے مفید ہے:

(نسخہ) سفوف نمک لاہوری، نوشادر، فلفل سیاہ ہر ایک 12 گرام، دار فلفل 6 گرام، نمک سیاہ 2 گرام، سہاگہ بریاں 3 گرام، ہینگ بریاں 2 گرام۔ خوب باریک پیس کر باہم ملا کر سفوف بنالیں۔

مقدار خوراک: نصف تا ایک گرام 6 سال تک کے بچوں کے لئے، عرق گلاب 25 ملی لیٹر میں قرنفل نصف گرام، بسباسہ 150 گرام جوش دے کر پلانا سرد اور ریحی درد معدہ کے لیے مجرب ہے

(نسخہ) عرق کاسنی 50 ملی لیٹر، سکنجبین لیموں 10 ملی لیٹر صبح وشام دینا معمولات مطب میں سے ہے، نیز جوارش انارین 3 گرام بعد غذائیں دیں۔

غذا و پرہیز: عصبی الاصل درد معدہ میں سکون اور اس کے بعد لطیف سیال غذا کا استعمال کامیابی سے قریب تر کر دیتا ہے۔

امتلائی قسم میں مونگ کی ملائم کھچڑی، لیموں کے اچار یا املی، زیرہ اور پودینہ کی چٹنی دیں۔

غذا میں مرغ، تیتر، بکری کے گوشت کا شوربہ، مونگ کی دال، چپاتی کا چھلکا یا خشکہ کے ہمراہ دیں۔

حلوے، بازاری مٹھائیوں نیز نفاخ ثقیل اغذیہ سے احتراز ضروری ہے۔

●●

56

نفخ شکم

(FLATULANCE)

نفخ شکم کی حالت میں معدہ اور آنتوں کی قوت ہاضمہ کمزور ہو جاتی ہے کیونکہ بنیادی طور پر معدہ وامعاء کی ساخت بھی کمزور ہو جاتی ہے۔

اسباب: امراض معدہ وامعاً امراض جگر، حمیٰ معویہ (حمی تیفوئیدیہ موتی جھرہ) وغیرہ کے علاوہ ثقیل نفاخ اور ٹھنڈی اشیا کے استعمال نیز پانی اور چاء بکثرت پینے سے بھی نفخ شکم کی شکایت ہو جاتی ہے۔ بچوں میں کچا دودھ پینے سے بھی یہ شکایت ہو جاتی ہے۔

نفخ اکثر ہوا زیادہ نگلنے پر واقع ہوتا ہے، جو اضطرابی کیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ عام حالات میں ہوا کی قلیل مقدار کھانے پینے اور لعاب دہن نگلنے کے ساتھ اندر چلی جاتی ہے، اس میں سے غازہ کی کچھ مقدار ڈکار کی صورت میں خارج ہو جاتی ہے، باقی ہوا امعا میں داخل ہو جاتی ہے۔ اس میں سے کچھ تو جذب ہو جاتی ہے، لیکن بیشتر حصہ علی الخصوص نائٹروجن معاء مستقیم کے ذریعہ خارج ہو جاتی ہے۔ سادہ عکس ریز سے واضح ہوتا ہے کہ غازہ عموماً معدہ اور قولون میں موجود ہے لیکن آنتوں میں بہت کم موجود ہوتا ہے۔

علامات: بچوں کے منہ میں معمول سے زیادہ تھوک آتا ہے، غذا کے بعد پیٹ پھول جاتا ہے،

لیکن ڈکاریں آنے یا ریح خارج ہونے کے بعد راحت ہو جاتی ہے۔

علاج: اگر کوئی مرض سبب ہو تو اس کا اصولی علاج کیا جائے۔ عام حالات میں حفظ صحت کی تدابیر پر عمل کرنے، ہضم کی اصلاح سے فائدہ ہو جاتا ہے۔ کاسر ریاح ادویہ سے نمایاں فائدہ ہوتا ہے۔

بچوں میں تکمید سے کافی فائدہ ہوتا ہے، اس غرض سے:

سبوس گندم، نمک طعام، زنجبیل، باجرہ مساوی الوزن لے کر کوٹ چھان کر روغن تلخ میں ہینگ حل کر کے روئی کا پھایہ تر کر کے ناف پر رکھیں، اوپر سے پان نیم گرم باندھ دیں۔ نفخ دور ہو جائے گا۔

کھانے کے بعد حب پپیتہ 1-1 عدد یا حب کبد نوشدری 1-1 عدد کھلائیں۔

نفخ شکم کی صورت میں نمک مرگانگ 128 ملی گرام، جوارش کمونی 3.5 گرام پانی میں ملا کر شام کے وقت کھلانا بھی مفید ہے۔ یا:

صبح اکسیر الاطفال نصف گرام یا سفوف چٹکی نصف گرام، عرق زیرہ 15 ملی لیٹر میں حل کر کے پلائیں۔ بڑی عمر میں مقدار حسب ضرورت بڑھا دی جائے۔

شربت انار گرم پانی میں ڈال کر دو چار بار پلائیں۔ مفید ہے۔

قبض کی صورت میں عصارہ ریوند 100 گرام پانی میں حل کر کے پلائیں۔

غذا و پرہیز: رفع درد کے بعد مریض کو لطیف غذا مثلاً مونگ کی دال، مونگ کی کھچڑی، بکری، مرغ، تیتر وغیرہ کا شوربہ دیں۔

قبض کسی حالت میں نہ ہونے دیں، کھانے کا وقفہ بڑھا دیں، دودھ ہمیشہ نیم گرم اور شکر آمیز پلائیں۔ دیر ہضم، نفاخ اور ثقیل غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے۔

●●

57

ہیضہ

(CHOLERA)

قنات معدہ وامعاء کا یہ حاد متعدی مرض اکثر چیچک اور طاعون کی طرح وباء کے طور پر پھیلتا ہے، جس میں مریض بکثرت قے اور دست کے سبب بہت جلد نڈھال ہو جاتا ہے اور اگر بروقت تدارک نہ کیا جائے تو راہیٔ ملک عدم ہو جاتا ہے، گو کہ یہ ہمارے ملک میں عموماً وقتی ہوتا ہے، لیکن بعض مقامات مثلاً برہم پتر اور گنگا کے ساحلی علاقوں میں ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

جرثومیات: یہ مرض مخصوص سمی مادہ یعنی رعیشۂ ہیضہ (Cholera Vibrio) کے سبب لاحق ہوتا ہے جو انگریزی کے حرف 'S' کا ہمشکل ہوتا ہے۔ اگر چہ یہ اپنی نسل تیزی سے بڑھا سکتے ہیں، تاہم اگر خشک ماحول ہو تو تیزی سے ہلاک بھی ہو جاتے ہیں۔ ہلکے جراثیم کش مرکبات بھی انہیں ہلاک کرنے کے لیے کافی ہوتے ہیں۔

افاقہ کی صورت میں رعیشۂ ہیضہ ایک ہفتہ کے اندر اندر براز سے معدوم ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مستثنیٰ اصابات میں حاد حملہ کے بعد کم وبیش ایک ماہ تک برقرار رہتے ہیں۔

امراضیات: رعیشۂ ہیضہ چھوٹی آنت کے فتحہ میں تیزی سے اپنی نسل بڑھاتے ہیں، لیکن اس کے باوجود غیر حملہ آور ہوتے ہیں، یہ ایک قوی سمِ خارجی (Exotcxin) یعنی سم معوی

(Enterotoxin) خارج کرتے ہیں جو غشاء مخاطی کے Adenyl cyclase-adenosine monophosphate pathway کو تحریک بخشتا ہے، نتیجۃً کارچھوٹی آنت سے رطوبت یعنی طبعی القلی (Normal alkaline) باہر نکلنے لگتی ہے۔ شدید بے آبی (Dehydration) تیزی سے ہونے لگتی ہے۔ حالانکہ آنت کے ذریعہ انجذاب سیال کا سلسلہ بحال رہتا ہے۔ تیزابیت بڑھ جاتی ہے۔ سوڈیم اور پوٹاسیم نمکیات کی قلت ہو جاتی ہے، علاوہ بریں دیگر عوارض پیدا ہو جاتے ہیں، جن میں سے سقوط کلیہ اہم ترین ہے۔

اسباب: آب وہوا کا تغیر اور فساد اس مرض کا خاص سبب شمار کیا جاتا ہے جس سے جسم انسانی براہ راست متاثر ہوتا ہے اور گاہے بالواسطہ طور پر دودھ، گوشت، پھلوں اور ترکاریوں نیز دیگر کھلی ہوئی غذائی اشیا کی وساطت سے اس کا جرثومہ جسم انسانی میں داخل ہو جاتا ہے اور کبھی تعدیہ کے ذریعہ آنتوں پر اثر انداز ہوتا ہے۔ بعض اوقات ملوث کنویں کا پانی پینے سے بھی یہ مرض ہو جاتا ہے۔

ہاضمہ کی کمزوری، معقول غذا کی عدم دستیابی، بدہضمی، مفلسی، گندی بستیوں کی بود و باش، مکھیوں کی کثرت اس کے اسباب مُعِدّہ ہوا کرتے ہیں۔

مدت حضانت: چند گھنٹے تا 5 یوم، لیکن عام طور سے 12 تا 24 گھنٹے سے یہ مدت متجاوز نہیں ہوتی۔

علامات: کبھی علامات منذرہ کے طور پر جسم میں گرانی، دردسر، بدہضمی یا عدم اشتہاء، شدت عطش، اضطراب، کمزوری و پستی پائی جاتی ہے اور مرض کی ابتدا سے پہلے ہی دو تین دست آجاتے ہیں اور گاہے ان علامت منذرہ کے بغیر ہی مدت حضانت گزرنے کے بعد اچانک کسی درد وغیرہ کے بغیر ہی دست اور قے شروع ہو جاتا ہے۔

درجۂ اول: جسے ابتدائے مرض سے بھی تعبیر کرتے ہیں، صبح کے وقت عموماً اس کا آغاز دردشکم سے ہوتا ہے، اس کے بعد قے اور دست کا سلسلہ جاری ہو جاتا ہے۔ دست میں ابتدا میں براز خارج ہوتا ہے، لیکن اس کے بعد چاولوں کی پیچ کی طرح مخصوص قسم کا دست آنے لگتا ہے جو مخصوص صاف سیال اور مخاطی ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

دست آنے کے ساتھ یا بعد میں قے جاری ہو جاتی ہے، جو پہلے غذا آمیز ہوتی ہے، لیکن مافی المعدہ خارج ہو جانے کے بعد صفراوی قے شروع ہو جاتی ہے، اس کے بعد چاول کی پیچ نما

مادہ نکلنے لگتا ہے، یہیں سے دوسرا درجہ شروع ہو جاتا ہے۔

درجۂ دوم: اسے درجۂ تزاید بھی کہتے ہیں۔ اس درجہ میں قے اور دست میں مزید شدت آجاتی ہے۔ ہاتھ پاؤں میں تشنجی کیفیت کے علاوہ سر اور پیٹ میں درد ہونے لگتا ہے، پیاس بڑھ جاتی ہے، لیکن پانی معدہ میں ٹھہرنے کے بجائے فوراً خارج ہو جاتا ہے۔ اضطراب و نقاہت میں اضافہ ہونے لگتا اور بالآخر درجۂ سوم کا آغاز ہو جاتا ہے۔

درجۂ سوم: اس درجہ میں نقاہت بہت بڑھ جاتی ہے، ہاتھ پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں، سرد پسینہ آکر ناخن اور ہونٹ نیلگوں ہو جاتے ہیں، دست قے کے ذریعہ کثیر مقدار میں مائیت کا اخراج ہونے کے سبب جسم ٹھنڈا پڑ جاتا ہے، پیاس بڑھ جاتی ہے۔ خون غلظت اختیار کر لیتا ہے۔ برق پاشہ (Electrolyte) تیزی سے ضایع ہونے لگتا ہے۔ جس کے سبب دوران خون بری طرح متاثر ہونے لگتا ہے، اور خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ نتیجۂ کار جسمانی حرارت بہت کم ہو جاتی ہے، جلد ٹھنڈی ہو جاتی ہے، آنکھیں پتھرا جاتی ہیں اور ان کے اردگرد نیلگوں حلقے بن جاتے ہیں۔

قلت بول اہم ترین علامت کے طور پر عارض ہوتا ہے۔ اضراب بڑھ تا ہے، سانس لینا دشوار ہو جاتا ہے، بات کرنی مشکل ہو جاتی ہے، لیکن دماغی توازن درست رہتا ہے۔ نبض ضعیف اور متفاوت ہو جاتی ہے۔ قے، دست کا سلسلہ بھی جاری رہتا ہے اور کبھی بند ہو جاتا ہے۔ اگر زیادہ دیر تک جاری رہے اور برق پاشہ وسیال مناسب مقدار میں نہ پہنچایا جائے تو مریض سقوط دوران خون کے سبب چند گھنٹے کے اندر اندر فوت ہو جاتا ہے، لیکن معقول علاج سے بڑی تیزی سے افاقہ ہوتا ہے۔ شاذ و نادر احتباس بول برقرار رہتا ہے جو داعی اجل ثابت ہوتا ہے۔ بہر حال اگر مریض جانبر ہو جائے تو چوتھا درجہ شروع ہو جاتا ہے جو شفا کا پیغامبر ہوتا ہے۔

درجہ چہارم: اسے درجۂ انحطاط سے بھی موسوم کرتے ہیں اس درجہ میں علامتیں بتدریج کم ہوتے ہوتے مرض رفع ہو جاتا ہے۔ قے دست کا سلسلہ منقطع ہو جاتا ہے، پیاس کم ہو جاتی ہے، نبض میں باقاعدگی اور چہرے پر بشاشت آجاتی ہے، پیشاب جاری ہو جاتا ہے اور بعض اصابات میں بخار آجاتا ہے۔

نوٹ: گاہے شدید علامتوں کے زوال اور مریض کے روبصحت ہونے کے بعد عود مرض کے سبب دست و قے کا سلسلہ دوبارہ شروع ہو جاتا ہے، جس میں ہذیان، تشنج بلکہ بیہوشی تک واقع ہو جاتی ہے جس کی تاب نہ لاکر مریض فوت ہو جاتا ہے۔

ہیضۂ یابس (Cholera Sicca): وبا کے زمانے میں بعض مریضوں میں ابتدائے مرض سے ہی شدید سرایت کے نتیجے میں جسم سرد پڑ جاتا ہے اور معدہ و امعاء کی مخصوص علامات کے بغیر ہی مریض فوت ہو جاتا ہے۔ اس مہلک ترین قسم کو بند یا خشک ہیضہ سے موسوم کرتے ہیں۔ اس میں متبع آنت میں تیزی سے سیال کا زیاں ہونے لگتا ہے۔

کبھی بظاہر علامتیں رفع ہو جاتی ہیں جس کے بعد مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے اور اسی عالم میں وہ فوت ہو جاتا ہے۔

12 سال سے کم عمر بچوں میں شرح اموات بالغوں سے زیادہ یعنی 15 تا 17 فیصد ہوتی ہے، جبکہ بڑوں میں 4 تا 6 فیصد ہوتی ہے۔

عوارض: شدت مرض کی حالت میں گاہے قے بھی شدت اختیار کر لیتی ہے، جس کا سبب التہاب معدہ ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں ہچکیاں اور ڈکاریں بھی ستانے لگتی ہیں۔ سقوط اشتہا کے علاوہ بعض مریضوں میں ذات الریہ، ذات الجنب، التہاب امعاء، التہاب کلیہ، پیچش اور التہاب اصل الاذن کی شکایت ہو جاتی ہے۔ بعض اصابات میں جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، بخار بھی آ جاتا ہے۔

چوتھے درجہ کے بخار کی حالت میں جلدی امراض مثلاً پتی، نملہ اور درد وغیرہ کی شکایت ہو جاتی ہے۔ قلاع بھی ہوتا ہے۔ حلق کی گلٹی کے علاوہ غدد لعابیہ بھی متورم ہو جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابات میں آنکھ کا طبقۂ قرنیہ متقرح ہو جاتا ہے۔

ریوی اذیما، دوا سے حمیاتی تعامل، حمیاتی تشنج اور ماء الراس، تکرز (Tetany)، تیز ابیت اور احتباس الماء کے علاوہ نقص تغذیہ بچوں میں خطرناک عوامل تصور کیے جاتے ہیں، کثیر آب رسانی ریوی اذیما کا موجب ہو سکتی ہے۔

تشخیص: وبائی دور میں تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے، تاہم غیر ممتاز اصابہ کی تشخیص جتنی جلد ممکن ہو، کر لینا ضروری ہے تاکہ اس پر جلد از جلد قابو پایا جا سکے۔ براز کا خوردبینی امتحان ممتاز رعیشۂ ہیضہ (Cholera Vibrio) کو متاثر کرنے کے لیے کافی ہے اور عضویہ کی شناخت اور علاحدگی کے لیے براز یا مستقیمی نمونہ کی کاشت مخصوص وسائط (Media) پر کی جاتی ہے۔ حسب ذیل امراض ہیضہ نما علامتیں رونما کر سکتے ہیں:

حاد جرثومی پیچش، قشعی التہاب امعاء متصورہ منجلیہ (P. Falciparum) غذائی تسمم اور

متعدد کیمیائی سموم۔

بین الاقوامی اصول صحت کی رو سے ہیضہ کی اطلاع محکمۂ صحت کو دے دینی چاہیے۔

انذار: اس کا انجام بالعموم خراب ہی ہوتا ہے، خاص طور سے تیسرا درجہ اگر تادیر قائم رہے۔ وبا کی شکل میں پھیلنے پر بھی امید شفا بہت کم رہتی ہے۔ اگر گردے ماؤف ہوں تو بھی انجام برا ہوتا ہے، لیکن اگر علاج جلد از جلد شروع کر دیا جائے تو انجام بخیر ہوتا ہے۔

اصول علاج: مقصد علاج یہ ہوتا ہے کہ ضایع شدہ سیال اور برق پاشہ کا بدل پہنچا کر دوران خون بحال اور سقوط کلیہ سے محفوظ رکھا جائے۔ قے اور دست کو فوراً بند کرنے کے بجائے طبیعت کی اعانت کی جائے۔ اس طرح سمی مادہ بخوبی خارج ہو جاتا ہے، لیکن اگر نقاہت حد سے تجاوز کر جائے اور کمزوری غالب آ جائے تو فادز ہر اور تریاقی تاثیر کی حامل ادویہ مثلاً نارجیل اور پپیتہ وغیرہ دیا جائے۔ فاسد مادہ کے معدہ سے بخوبی اخراج کے بعد بھی تریاقی دوائیں دی جائیں جن کے ساتھ مسکنات و مقویات بھی دیے جائیں۔ سمیت دفع کرنے والی چند تریاقی دوائیں یہ ہیں۔

پپیتہ ولایتی، نارجیل دریائی، کافور، زہر مہرہ خطائی، جدوار بنفسجی، فادز ہر حیوانی وغیرہ بمقدار 65 ملی گرام، عرق کیوڑہ یا عرق گلاب میں گھس کر سنگھین لیمونی 18 ملی لیٹر میں حل کر کے ایک ایک گھنٹہ کے وقفہ سے دو تین بار دیں۔ مقدار مذکورہ زیادہ عمر والے بچوں میں بڑھائی جا سکتی ہے۔

اگر کمزوری خطرناک حد تک بڑھ جائے اور قے دست کسی طرح نہ رکیں تو قوی حابسات مثلاً افیون ہمراہ تریاق و دافع سمیت ادویہ استعمال کرا سکتے ہیں۔

ہیضہ میں عموماً دوا معدہ میں نہیں ٹھہرتی، اس لیے بہتر ہے کہ مقدار خوراک کم کر کے ہر گھنٹہ آدھ گھنٹہ پر گھونٹ گھونٹ پلائی جائے۔ اس طرح بچہ بیزار نہیں ہوتا اور دوا معدہ پر بار بھی نہیں ہوتی۔

معدہ کا بخوبی تنقیہ ہونے کے بعد قے دست روکنے کے لیے حسب ذیل نسخہ بھی بروئے کار لایا جا سکتا ہے:

(نسخہ) پوست بیرون پستہ، دانہ الائچی خورد ہر ایک نصف نصف گرام باریک پیس کر شربت انار 12 ملی لیٹر میں ملا کر قدرے قدرے چٹاتے رہیں۔ نسخۂ ذیل بھی ہیضہ میں مفید ہے:

(نسخہ) زہر مہرہ، طباشیر نصف نصف گرام پیس کر جوارش عود ترش 4 گرام میں ملا کر پہلے کھلائیں، اوپر سے شیرۂ تخم خرفہ سیاہ 2.5 گرام، آلو بخارا 2 عدد، شیرہ زرشک 1.5 گرام عرق بادیان، عرق مکوہ، عرق گلاب، عرق بید مشک ہر ایک 24-24 ملی لیٹر میں نکال کر شربت غورہ

15 ملی لیٹر، سکنجبین سادہ 12 ملی لیٹر ملا کر حسب دستور پلائیں۔

گاہے طباشیر کے ہمراہ کافور بھی بڑھاتے ہیں۔ اطبا نے اسے مجرب بتایا ہے۔

شدت حرارت اور قے کو تسکین دینے کے لیے عرق لیموں برف سے ٹھنڈا کر کے پلائیں، مفید ہے، تنہا برف کی ڈلی چبانا بھی مفید ہے:

پیاس اور قے کی تسکین کے لیے رب انار شیریں 6 گرام، رب بہی، شربت انار و سکنجبین، شربت بہی میں سے جو دستیاب ہو، بمقدار 12 ملی لیٹر عرق گلاب آمیز کر کے برف سے ٹھنڈا کر کے قدرے قدرے پلائیں۔

تشنجی کیفیت ہو تو آب گرم سے پاشویہ کرائیں اور گھی میں کپڑا تر کر کے معدہ پر رکھیں نیز:

(نسخہ جواہر مہرہ 65 ملی گرام، دواء المسلک معتدل جواہر والی 2.5 گرام ملا کر ہمراہ عرق گلاب دن میں تین بار دیں:

نفخ اور درد شکم کی حالت میں نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) پوست بیخ مدار، فلفل سیاہ ہموزن باریک پیس کر گولیاں بقدر مرچ سیاہ بنائیں۔ ایک ایک گولی ہر تین گھنٹہ بعد گلاب کے ساتھ کھلائیں۔

(نسخہ) شیرہ الائچی 3 عدد، شیرۂ بادیان 3 گرام، عرق گلاب 108 ملی لیٹر میں نکال کر گلقند 18 گرام ملا کر پلائیں۔

حسب ذیل نسخے بھی نافع ہیں:

حب مدار: ہر قسم کے ہیضہ میں نہایت مفید ہے:

(نسخہ) پوست بیخ مدار، فلفل سیاہ ہموزن باریک پیس کر گولیاں بقدر مرچ سیاہ بنائیں۔ ایک ایک گولی ہر تین گھنٹہ بعد گلاب کے ساتھ کھلائیں۔ بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔

مریض خواہ کیسا ہی مایوس العلاج ہو، خدا کے فضل سے صحتیاب ہو جاتا ہے۔

حب ہیضہ: جدوار خطائی، پپیتہ، نارجیل دریائی، فاوزہر معدنی، تخم لیموں مساوی الوزن پیس کر 125 ملی گرام کی گولیاں بنائیں۔

خوراک: ایک گولی ہمراہ گلاب دن میں تین گھنٹہ کے وقفہ سے دیں۔

شکم پر ضماد ذیل لگانا بھی مفید ہے:

(نسخہ) ایلوا 12 گرام، مغز املتاس 25 گرام، آب مکوہ سبز (بقدر ضرورت) اور مغز گھیکوار

میں پیس کر ضماد کریں۔

رفع ضعف کے لیے دوالمسلک 3 گرام ہمراہ عرق بید مشک 36 ملی لیٹر استعمال کرائیں۔

رفع غشی کے لیے سرد پانی کے چھینٹے چہرے پر مارے جائیں۔

بندش بول رفع کرنے کے لیے برگ بھنگ، برگ ڈھاک، برگ سویا، برگ کپاس، برگ انار ہر ایک 24 گرام پانی میں جوش دے کر گردہ اور مثانہ پر سینک کریں۔

ہچکیوں کو رفع کرنے کے لیے جوشاندہ السی دو دو گھنٹہ کے وقفہ سے پلانا مفید ہے۔

جدید علاج: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، دوران خون بحال رکھا جائے۔ بعجلت ممکنہ مریض کی ظاہری حالت، نبض، ضغط الدم، جلدی ورم سے اس کی بے آبی کا سریری فیصلہ کر لیا جائے۔ شدید اصابات میں جبکہ شدید قے کی شکایت ہو، درون وریدی راہ سے سیال رسانی بروئے کار لائی جائے۔ ایک طویل سوئی کسی طویل ورید میں داخل کی جائے۔ وریدفخذی عموماً جلد ملتی ہے جس کے ذریعہ سیال تیزی سے داخل کیا جائے۔ یہاں تک کہ نبض اور خون کا دباؤ واپس آ جائے۔ ماقی درکار سیال آہستہ آہستہ داخل کیا جائے۔ اگر درون وریدی سیال یا آلہ دستیاب نہوں تو انفی معدی انبوبہ گزار کر سیال بلا تکلف داخل کیا جا سکتا ہے۔ آبی قلت دور ہوتے ہی عموماً قے کا ازالہ ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں ہر گھنٹے پر سیال براہ دہن دینا چاہیے۔ بچے کو ہر گھنٹے پر 250 ملی لیٹر تک سیال دے سکتے ہیں۔ سیال کے توازن کی بحالی بالخصوص بچوں میں بہت زیادہ احتیاط طلب ہوتی ہے۔ رنجرلیکٹیٹ (Ringerlactate) قابل انتخاب ہے اور اہم بات یہ ہے کہ خردنی سیال گلوکوز پر مشتمل ہوتا ہے۔ خردنی سیال میں گلوکوز کی موجودگی سے برق پاشہ کے انجذاب میں مدد ملتی ہے۔

ٹٹرا سائیکلین (Tetracycline) بمقدار 250 ملی گرام ہر چھٹے گھنٹے یا فیورازولی ڈین (Furazolodine) کی واحد مقدار 400 ملی گرام سے رعیشوں (Vibrios) کا قلع قمع ہو جاتا ہے۔ یہ بالغوں کی مقدار خوراک ہے بچوں میں حسب عمر مقدار کا تعین کرنا چاہیے۔

لیکن موخر الذکر دوا اب فارما کوپیا سے خارج کر دی گئی ہے، ایسی صورت میں دوائے منتخبہ ٹٹرا سائکلین ہی رہ جاتی ہے۔ تاہم بچوں میں اس کے مابعد اثرات کے پیش نظر ارتھرومائی سین (Erythromycin)، سپرو فلاکسا سین (ciprofloxacin) اور کاٹری ماکسازول (cotrimoxazole) بروئے کار لا سکتے ہیں۔ تین روز کا نصاب کافی ہے۔

احتیاطی تدابیر: وبائی دور میں اصول حفظ صحت پر سختی سے عمل کیا جائے۔ مریض کو علاحدہ صاف ستھرے اور کشادہ کمرے میں رکھا جائے جہاں ہوا اور روشنی کا معقول گزر ہو۔ واٹر کنٹرول، فضلات پھینکنے کا معقول انتظام، کھانے کے سلسلے میں حفظ صحت کے اصولوں کی پابندی ناگزیر ہے۔ بنگلہ دیش نے مخصوص حرکت پذیر چارپائی ایجاد کر کے بڑی سوغات دے دی ہے۔ اس ''اس کالرا کاٹ'' کے وسط میں ایک سوراخ ہوتا ہے، جسکے اخیر میں ایک بالٹی ہوتی ہے۔

غذا و پرہیز: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، مرض کا حملہ ہونے کے بعد غذا بالکل روک دی جائے۔

رفع پیاس کے لیے مذکورہ تدابیر بروئے کار لائی جائیں۔ ایسی حالت میں سنترہ یا انار کا رس برف سے ٹھنڈا کر کے دیں، مفید ہے۔ اس کے بعد تدریجاً بکری، مرغ کا شوربہ، مونگ کی پتلی دال، ساگودانہ اور پتلی کھچڑی دینا احسن ہے۔

ثقیل، نفاخ اور دیر ہضم غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے۔

●●

58

ضعف اشتہا

(ANOREXIA)

تعریف: فم معدہ کی حرارت یا برودت معدہ میں صفراوی یا نمکین مادہ کی موجودگی، لیسدار بلغم یا متعفن یا گندے مواد کا اجتماع، رطوبات کا عدم تحلل، ضعف جگر، فم معدہ پر گرنے والے سوداوی مادہ کا انسداد، فم معدہ کی حس کا بطلان اس کے عمومی

اسباب ہوا کرتے ہیں، علاوہ بریں زخم معدہ اور مزمن ورم، سوء ہضم ثقیل، نفاخ اور دیر ہضم اغذیہ کے استعمال سے بھی بھوک مر جاتی ہے۔ روغنی اجزا پر مشتمل غذاؤں کا بکثرت استعمال بھی ضعف اشتہا کا موجب ہوا کرتا ہے۔ مقامی اسباب مثلاً سرطان معدہ یا لاغری پیدا کرنے والے نفسیاتی خلل کا بھی اہم منظر ہو سکتا ہے۔

ماہیت: حرارت سبب ہو تو فم معدہ گرمی سے مسترخی ہو جاتا ہے اور اس کی ساری قوتیں نڈھال ہو جاتی ہیں، جس سے بھوک مر جاتی ہے۔ اگر سردی سبب ہو تو معدہ کی جملہ قوتیں مثلاً حساسہ، جاذبہ، ماسکہ، ہاضمہ اور دافعہ باطل ہو جاتی ہیں اور جگر بھی متاثر ہو جاتا ہے۔

صفراویت سبب ہو تو معدہ اذیت یابی کے سبب قبول غذا کے لیے آمادہ نہیں ہوتا۔

بلغم سبب ہو تو لیس دار بلغم معدہ میں چسپاں ہو کر سودا کے مابین حائل ہو جاتا ہے جو بھوک

لگاتا ہے، ایسی حالت میں معدہ بھی جذب غذا کی طرف مائل نہیں ہوتا، اسی طرح متعفن اور فاسد مواد کی صورت میں معدہ اس کے دفعیہ میں مصروف ہو جاتا ہے اور طلب کی طرف راغب نہیں ہوتا۔

سودانہ گرنے کی صورت میں سودا کی ترشی کے سبب پیدا ہونے والا دغدغہ بند ہو جاتا ہے۔

ضعف کبد کی صورت میں معدہ سے کیلوس جذب نہیں ہوتا، نتیجۃً معدہ غذا سے پر رہتا ہے اور اس کا طالب نہیں ہوتا۔

معدہ کے بطلان حس کی صورت میں معدہ نہ رگوں کے چوسنے سے متاثر ہوتا ہے اور نہ سودا کی تیزی اس پر اثر انداز ہوتی ہے۔

علامات: عموی طور پر بھوک باطل ہو جاتی ہے اور کھانے کی رغبت کم یا معدوم ہو جاتی ہے، بلکہ کھانے سے نفرت ہو جاتی ہے۔

اگر فم معدہ کی حرارت سبب ہو تو جلی ہوئی کیچڑ جیسی بدبودار ڈکاریں آتی ہیں، مریض گرم اغذیہ سے گریز کرتا ہے اور سرد اغذیہ و اشربہ پسند کرتا ہے، کیونکہ اس سے اسے راحت ملتی ہے۔

اگر صفراویت سبب ہو تو سوزش معدہ کے علاوہ متلی قے کی شکایت ہوتی ہے، اس میں سرد پانی پینے کی خواہش پائی جاتی ہے۔

لیسدار بلغم کی موجودگی میں معدہ میں جلن نہیں ہوتی ہے۔ پیاس بھی نہیں ہوتی اور بالفعل گرم و تیز چیزیں کھانے کو جی چاہتا ہے، لیکن ایسی چیزوں کے استعمال سے نفخ کی شکایت ہو جاتی ہے۔

متعفن اور فاسد مواد کی موجودگی میں متلی اور قے کی شکایت ہوتی ہے، نیز منہ سے بدبو آتی ہے، براز بھی بدبودار ہوتا ہے۔

ضعف جگر کی حالت میں رنگا رنگ دست آتے ہیں، جس کا سبب کیلوس کی گڑبڑی اور صفرا کی آمیزش ہوتی ہے۔

انسداد سودا کی حالت میں گو کہ بھوک نہیں لگتی، تاہم کھایا پیا ہضم ہو جاتا ہے، نیز ترش قابض اشیا کے استعمال سے بھوک بھی لوٹ آتی ہے۔

معدہ کے بطلان کی صورت میں صرف قوت جاذبہ متاثر ہوتی ہے، باقی قویٰ مثلاً ہاضمہ،

ماسکہ اور دافعہ کے افعال درست رہتے ہیں۔

علاج: اسباب کا ازالہ کیا جائے مثلاً التہاب معدہ، زخم معدہ اور سرطان معدہ وغیرہ موجود ہوں تو ان کا معقول علاج کیا جائے۔

سوءہضم کی صورت میں اکسیرلاطفال (ساختہ ہمدرد) بہت نافع ہے۔ 6ماہ کی عمر تک نصف گرام، 1 تا 3 سال کی عمر تک کے لئے ڈیڑھ گرام اور اسکے بعد والی عمر والوں کو 3 گرام صبح و شام چٹائیں۔

زیادہ چھوٹے بچوں کے لیے سفوف چٹکی بہت مفید ہے۔ اسے 500 ملی گرام سے ایک گرام تک قدرے پانی میں گھول کر پلائیں۔

اگر ترش بدبودار ڈکاریں آرہی ہوں، نفخ شکم اور سینے میں جلن کی شکایت ہو تو نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

جوارش کمونی 3.5 گرام اول کھلا کر اوپر سے شیرۂ مویز منقی 7 دانہ، شیرہ بادیان 1.5 گرام، شیرۂ انیسون 3 گرام، عرق بادیان 90 ملی لیٹر میں نکال کر سکنجبین 15 ملی لیٹر یا گلقند 35 گرام ملا کر استعمال کرائیں۔

بعد غذا ئیں نمک سلیمانی 1.5 گرام، حب کبد نوشادری 1-1 عدد یا حب پپیتہ 1-1 عدد کھلائیں۔

روغنی اور چکنی اغذیہ کا استعمال سبب ہو تو ان کا استعمال ترک کرادیں اور سفوف نعناع استعمال کرائیں۔

بعد غذا۔ اول جوارش عود ترش 2.5 گرام کھلائیں، اوپر سے شیرۂ بادیان 1.5 گرام، شیرۂ زرشک 1.5 گرام، آلو بخارا 3 دانہ، عرق بادیان 108 ملی لیٹر میں نکال کر سکنجبین 15 ملی لیٹر ملا کر استعمال کرائیں، عصبی نہاکت کی وجہ سے قلت اشتہا کی شکایت ہو تو:

پہلے جوارش جالینوس 4 گرام کھلائیں، اوپر سے شیرۂ مویز منقی 6 دانہ، شیرۂ بادیان 4 گرام، تخم کشوث 3 گرام عرق بادیان 90 ملی لیٹر میں نکال کر گلقند 35 گرام ملا کر پلائیں۔

بعد غذا ئیں حب مقوی معدہ 1-1 عدد دیں۔

سہ پہر کو معجون نانخواہ 3 گرام ہمراہ عرق بادیان 90 ملی لیٹر دیں۔

طب جدید میں حیاتین 'ب' مرکب اور انزائم آمیز بے شمار تالیفات دستیاب ہیں۔ مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لائیں۔

سوءہضم کی صورت میں انزائم مفید ہے۔ چند خاص تالیفات درج ذیل ہیں:

بسٹوزائم (ساختہ ایوانز) اقراص و شربت کی شکل میں دستیاب ہے۔ ایک ٹکیہ یا ایک چمچہ شربت دن میں 3 بار بعد از غذا دینا کافی ہے۔

ویٹازائم (ایسٹ انڈیا) سوءہضم و عدم اشتہا میں نافع ہے۔ کچی ڈکاریں دفع ہوتی ہیں۔ 5 تا 10 ملی لیٹر غذا کے دوران یا بعد از غذا دن میں 2 بار دیں۔

عدم اشتہا کے لئے بی، جی فاس شربت نصف چمچہ دن میں 2 بار قبل از غذا دینا چاہیے (حسب عمر)۔

ایونوا (Eunova) ساختہ جرمن ریمیڈیز اچائے کا چمچہ دن میں 3 بار قبل از غذا دینا مفید ہے۔ بسٹوزائم پیڈیاٹرک (Bestozyme Pediatric) ساختہ بایولوجیکل ایوانز شربت کی شکل میں نوزائیدوں تک کو دے سکتے ہیں۔

مقدار خوراک حسب عمر۔

غذا و پرہیز: ابتدائے مرض میں تخفیف غذا پر زور دیں اور وہ بھی زود ہضم اور لطیف غذائیں، بعد میں تدریجاً اضافہ کرتے جائیں، مونگ اور ارہر کی دال، بکری و مرغ کا شوربا اور کھچڑی قابل انتخاب ہے۔

دیر ہضم، ثقیل اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

59

قبض

(CONSTIPATION)

حصر: قبض شدید، جس میں سدہ پڑ جائے۔

قبض: جس میں براز خارج نہ ہو۔

قبض وحصر اعضائے ہضم کا وہ مرض ہے، جس میں براہ امعاءٔ خارج ہونے والا فضلہ غیر طبعی مدت تک رکا رہتا ہے۔ گو کہ دونوں اصطلاحات کا اطلاق ایک ہی حالت پر ہوتا ہے، تاہم ان میں ایک باریک فرق بھی موجود ہوتا ہے، وہ یہ ہے کہ حصر میں فضلات کی بندش ہوتی ہے، جسے گاہے قبض شدید بھی کہتے ہیں۔ عام حالات میں پیدا ہونے والی شکایت کو قبض سے موسوم کرتے ہیں۔

اس کے حسب ذیل اسباب ہوتے ہیں:

1۔ رفع حاجت کی عادت نہ ڈالنا۔

2۔ غیر متوازن غذا کا استعمال۔

3۔ جسمانی فقدالقوۃ (Physical atony) مع جگر کی سستی اور صفرا کی پیدائش کی کمی وغیرہ۔

4۔ امتلاء معدہ۔

5۔حرکت دودیہ کا خلل (Peristalsis disturbance)۔
6۔قلت درقیہ۔
7۔پستانی توحش۔
8۔خوف۔
9۔صفائی ستھرائی کی عادت نہ ڈالنا۔

آخری دو باتیں بچوں میں کم پائی جاتی ہیں۔لیکن باقی اسباب اکثر و بیشتر پائے جاتے ہیں۔ان میں سے تقریباً 80 فیصد بچے غیر متوازن غذا کے سبب اور تقریباً 15 فیصد حرکت دودیہ کے خلل کے سبب مبتلائے مرض ہوتے ہیں۔

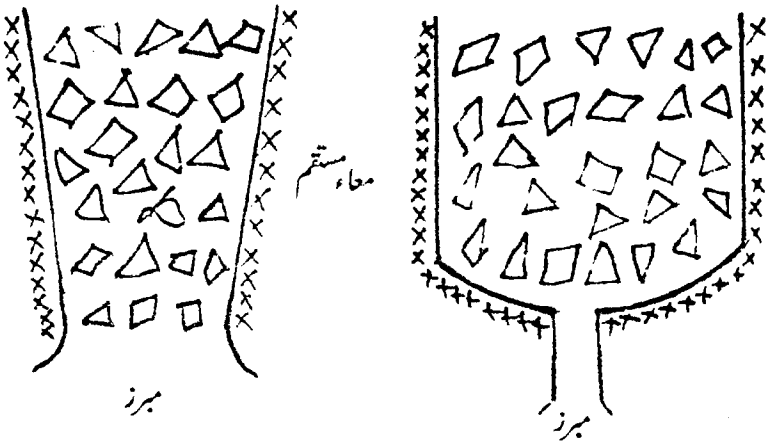
بڑے بچوں میں قبض کا سبب عموماً عہد طفلی کی غلط تربیت ہوتی ہے۔ساتھ ہی دیگر عوامل بھی پائے جاسکتے ہیں۔اسکولی بچہ جب دیر سے بیدار ہوتا ہے تو ناشتے میں عجلت سے کام لیتا ہے اور شکمی انخلا کے بغیر اسکول بھاگتا ہے،ایسی صورت میں شریک درس ہونے کے بعد اجابت کا تقاضا ہوتا ہے۔مناسب ورزش کا فقدان، ناکافی سیال اور غذائی خلل صورت حال کو مزید ابتر بنا سکتے ہیں۔اگر قبض کے ساتھ بخار موجود ہو (علی الخصوص انشقاق مقعد کے ہمراہ) تو اس کی درستگی کی حالت میں مزمن قبض لاحق ہو جائیگا۔آنتوں پر صفراوی مادہ نہ ٹپکنے سے قبض لاحق ہو جاتا ہے۔

شکمی درد کا اہم سبب قبض بھی ہوتا ہے۔سخت براز وسدوں کا اجتماع مستقیمی امتحان کی طرح شکمی امتحان سے بھی قابل جس ہوتا ہے۔آخر کار عضلات قابضہ کی کمزوری کے سبب مبرز متسع ہو جاتا ہے اور نیم سیال براز بے اختیار ٹپکنے لگتا ہے۔ایسے بچے عموماً جذباتی اختلال میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

تشخیص: تشخیص قبض دشوار نہیں۔اس میں روداد کی بڑی اہمیت ہوتی ہے۔شدت قبض کے ساتھ دیگر عوارضات بھی موجود ہوں تو مقامی طور پر احشا کو بھی دیکھا جاسکتا ہے۔ایسی حالت میں نفخ، بے چینی، سرعت نبض کی شکایت ہوا کرتی ہے۔

حصر میں مبرز صاف اور سخت ہوتا ہے۔امتحانی انگلی سخت قطعہ دائرہ (Segment) کی گرفت میں آجائے گی اور براز محسوس نہ ہوگا۔

مزمن وظیفی قبض میں مبرز مسترخی ہوتا ہے اور مسلسل براز کی شکایت ہوتی ہے۔معاء مستقیم متسع ہوتا ہے اور انگلی معاً سخت برازی سدوں پر پڑتی ہے۔یہ فرق خاکہ 18 سے ظاہر ہے:



(الف) حصر (ب) مزمن وظیفی قبض

خاکہ 18: اقسام قبض

علاج: قبض کے علاج میں حصر اور قبض کی تفریق ضروری ہے اور مذکورہ بالا عام اسباب کو حتی الامکان رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہیے اور جب قبض وحصر کی تعیین ہو جائے تو سب سے پہلے قبض کی حالت میں شیاف اور تکمید کے ذریعہ قبض دور کرنے کی کوشش کی جائے۔ مثلاً شیاف گلیسرین (Glycerin Suppository) اور شکم پر تکمید حار کی جائے۔

عادتی قبض جس میں مقامی دردوں افرازی سبب نہو، سیال زیادہ مقدار میں دیا جائے۔ غذا بھی لطیف وسیال دی جائے۔ عرق نارنجی زائد مقدار میں دینے سے گاہے خفیف قبض سے نجات مل جاتی ہے۔

عہد طفلی میں قوی مسہلات کا استعمال بہرحال مضر ہوتا ہے۔ تاہم شدید قبض کی حالت میں جبکہ براز سخت ہو گیا ہو، روغن بید انجیر 6 ماہ کے بچے کو 30 بوند یا نصف ڈرام اور اس سے زائد عمر کے بچوں کو 60 سے 120 بوند یعنی 1.2 ڈرام تک پلا سکتے ہیں۔

اگر بخار نہو تو گائے کا پتہ اور بخور مریم ناف پر لیپ کرنا مفید ہے۔

روغن زیتون اور گرم مسکہ پانی میں ملا کر پیٹ پر ملنا بھی مفید ہے۔

لیکن اگر بخار ہو تو شافہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) گلبنفشہ 9 گرام، گل خطمی 6 گرام، برگ سنا 12 گرام، نمک سنگ 3 گرام، شکر سرخ 25 گرام، املتاس 35 گرام، کوٹ کر شافہ بنائیں۔

اگر مذکورہ تدابیر سے مقصد برآری نہو تو نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) گلبنفشہ، گل خطمی، بادیان ہر ایک 3 گرام، مویز منقی 3 عدد، انجیر زرد نصف عدد پانی میں جوش دے کر شیرہ املتاس 6 گرام ڈال کر گلقند 12 گرام حل کر کے نوش کرائیں۔

بچوں کے قبض میں نسخۂ ذیل بھی مفید ثابت ہوتا ہے:

نسخہ بادیان 4 گرام، برگ سنا مکی، پوست ہلیلہ کابلی، پودینہ خشک، تربد سفید ہر ایک 2-2 گرام، زنجبیل، نمک سیاہ ہر ایک 512 ملی گرام۔

ترکیب تیاری: جملہ دوائیں پیس کر محفوظ رکھیں۔

مقدار خوراک و ترکیب استعمال: نصف تا ایک گرام ماں کے دودھ میں حل کر کے دیں۔

سفوف چشکی: 500 گرام تا ایک گرام قدرے پانی میں گھول کر پلانا بھی بچوں کے قبض کو رفع کرتا ہے۔

اگر حصر کی شکایت ہو تو مذکورہ اسباب میں سے حرکت دودیہ کے خلل کی طرف توجہ دینی چاہیے، اس کے بعد غیر متوازن غذا درست کی جائے ساتھ ساتھ ہمیشہ قاتل دیدان دوا بھی دینی چاہیے، کیونکہ بچوں میں کیڑوں کی موجودگی بھی فقدالقوۃ پیدا کر کے حصر کا باعث ہوتی ہے۔ اسی لیے دیدان امعاء کو بھی اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔ چنانچہ اس مقصد کے لیے شکم کی تکمید کے ساتھ ساتھ بچے کو رات کو سوتے وقت حسب ذیل آمیزہ دیا جائے:

کیلومل	½ گرین
پلوریہائی	4 گرین
سوڈا بائیکاوب	10 گرین
سینٹونین	1/8 گرین

یہ خوراک چھ ماہ کے بچے کے لیے ہے۔ جملہ دوائیں باہم ملا کر شربت یا دودھ کے ہمراہ سوتے وقت دیا جائے۔ اگر دوسرے روز اجابت کھل کر نہ آئے تو گلیسرین (قدرے پانی کے

ہمراہ) کا حقنہ کرایا جائے۔ اگر مزید ضرورت ہو تو دوسری رات کو پھر یہی دہرا سکتے ہیں۔

حب صبر: جگر کی سستی اور صفرا کی پیدائش کی کمی کی صورت میں قبض لاحق ہو تو ایسی صورت میں حب صبر اعجاز مسیحائی دکھاتا ہے، نہایت آسانی سے بافراغت دست لاتا ہے۔ بچوں، جوانوں اور زیادہ عمر والوں کو یکساں مفید ہے:

(نسخہ) صبر زرد (ایلوا)، عصارۂ ریوند ہر ایک 12 گرام، مصطگی رومی 6 گرام۔

جملہ دوائیں باریک پیس کر چنے کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: بچوں کو حسب عمر 1 تا 2 گولی رات کو سوتے وقت پانی میں یا دودھ کے ہمراہ نگلوادیں، صبح کو بافراغت اجابت ہو جائے گی۔

جدید تالیفات میں ایگرال (ساختہ وارنر) قبض کے لیے بہت مفید اور لطیف ہے۔ اس کے اجزائے ترکیبی درج ذیل ہیں جو فی 30 ملی لیٹر دوا میں ہوتے ہیں:

لکوڈ پیرافین	9.54 ملی لیٹر
فینوفتھلین	0.4 گرام
اگر	0.069 گرام

مقدار خوراک: 6 تا 12 سال کے لیے 1 تا 2 چائے کا چمچہ سوتے وقت 3 تا 6 سال کے لیے: اچاء کا چمچہ سوتے وقت۔

کریما فن۔ گاابی (ساختہ بوٹس): اس کا جز واعظم ملک آف میگنیشیا ہے۔

مقدار خوراک: 5 تا 12 سال کے بچوں کے لیے نصف تا ایک بڑا چمچہ۔ 1 تا 5 سالہ بچوں کے لیے نصف تا ایک چائے کا چمچہ بوقت خواب۔

غذا و پرہیز: بڑے بچوں کو غذا میں موٹے آٹے کی روٹی، سبز ترکاریوں اور ساگ پات کے ساتھ کھلائیں۔ سبز ترکاریوں میں شلجم، چقندر، کریلا، گھیا، ٹنڈے، ترئی، پالک کا ساگ، بتھوہ کا ساگ قابل انتخاب ہیں۔ دودھ اعتدال کے ساتھ شیرینی ملا کر استعمال کرائیں۔ تازہ پھل دائمی قبض میں بطور خاص مفید ہیں۔ ان کے رس اور ان میں محلول نمکیات ہضم و رفع قبض میں مدد دیتے ہیں۔ گھی تیل اور ان سے تلی ہوئی چیزوں سے پرہیز ضروری ہے۔

ورزش دائمی قبض کے ازالہ کے لیے مفید ہے، لہٰذا بچوں کو کھیل کود کی ترغیب دی جائے۔

60

اسہال اطفال

(INFANTILE DIARRHOEA)

تعریف: مستقیمی راہ سے خارج ہونے والا فضلہ اگر طبعی مقدار سے زیادہ، بار بار اور طبعی اوقات سے قبل خارج ہونے لگے تو اسے اسہال سے موسوم کرتے ہیں، جو اپنی مقدار اور کیفیت کے اعتبار سے مختلف ہوا کرتا ہے۔

ماہیت: دستوں کی تعداد و مقدار کا انحصار امعاء کی حرکت دودیہ اور شدت ترشح پر ہوتا ہے۔ دراصل چھوٹی آنتوں کے فعل یا ساخت میں کسی قسم کی خرابی پیدا ہو جانے کے سبب بار بار ترشح کے بغیر دست ہوتے ہیں۔

بچوں میں اس کا وقوعہ 85% کے قریب پایا جاتا ہے۔ اس کے اسباب عمومی حسب ذیل ہیں۔

اسباب: (ا) بچپن میں چونکہ معدے کی قوتِ تطہیر کم ہوا کرتی ہے اور ہائیڈروکلورک ایسڈ خفیف مقدار میں پیدا ہوا کرتی ہے، نتیجۂ کارجراثیم بچے کے معدے میں داخل ہو جاتے ہیں۔ ان جرثوموں کو امعاء کے خمل یا غشائے مخاطی پر عمل کرنے کا بہترین موقع مل جاتا ہے، خاص طور سے جبکہ بچے اوپر کا دودھ پیتے ہیں، یہی وجہ ہے کہ مصنوعی غذا پر پرورش پانے والے بچوں میں اس کی

شکایت عام ہوتی ہے۔ غذائی خامی مثلاً چربی، نشاستہ دار اور شکری یا پروٹینی اجزا کی کثرت سے دست آنے لگتے ہیں۔ زیادہ مقدار میں کھا لینے سے بھی معدہ ہضم پر قادر نہیں رہتا ہے، اسی لیے وہ فاسد ہو کر قابل اخراج ہو جاتی ہے۔

(ب) شیر خوارگی کے زمانے میں بچے کا نظام اعصاب غیر متوازن ہوتا ہے، اور بچہ عموماً عام سرایتوں اور متعدی بخاروں سے بھی جلد متاثر ہو جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں ان کے امعاء کی حرکت میں اضافہ ہو جاتا ہے، چنانچہ عصبی خرابیوں خاص طور سے دانت نکلنے کے زمانے میں یا کرم امعاً وغیرہ ان حالات میں امعا کی غشأ مخاطی میں لذع وخراش پیدا ہو جاتی ہے اسے اسہال لذعی بھی کہتے ہیں۔ نوعی سرایتوں بالخصوص نمونیہ اور دیگر نوعی حمیات مثلاً حمی معویہ ہیضہ وسل، مختلف حصوں کے امراض وقروح، ضعف معدہ، ضعف جگر، امراض جگر وطحال اور کلیہ کے چند امراض کی ابتدا اکثر اسہال سے ہوتی ہے۔

(ج) موسمی اور فضائی تغیرات مثلاً سخت گرمی یا سردی، مرطوب گرم ہوا یا مرطوب مقامات میں مکھیوں کی کثرت۔

اسہال کی تقسیم:

اسہال غذائی: جیسا کہ اوپر بتایا گیا ہے، شحوم، نشاستہ دار شکری یا پروٹینی اجزا کی کثرت، بسیار خوری کے علاوہ سڑی بسی باسی اور ثقیل اغذیہ اور خراب پانی کا استعمال بھی اسی میں شامل ہے۔

اسہال سرایتی: تشخیص شدہ زحیری اقسام یا عہد طفلی کا وبائی التہاب معدہ وامعاء، جس کا سبب نامعلوم ہوتا ہے (لیکن ای، قولی قسم کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ اسی طرح اسہال نزلی بھی ہوتا ہے، جس میں سر سے معدہ پر نزلہ گر کر غذا کو فاسد کر کے نیچے لے جاتا ہے اور خود بھی نیچے چلا جاتا ہے۔

اسہال علامتی: چند مادری سرایتوں مثلاً التہاب وسطی الاذن، التہاب لوزتین، التہاب حوض الکلیہ، نمونیا کی ثانوی سرایت کے نتیجے میں۔ علاوہ بریں عصبی خراش بھی اسی میں شامل ہے۔

مخلوط اسہال: یہ اسہال مخلوط کیفیت کا حامل ہوتا ہے۔

پہلی قسم والدین کی غلطیوں سے ہوا کرتی ہے، نیز خور دونوش، دودھ پلانے وغیرہ کے اوقات درست نہ رکھنے یا پیار ومحبت میں ایسی چیزیں کھلا دینا جو اسہال کا باعث ہوتی ہیں۔

دوسری قسم کا اسہال کچھ والدین اور کچھ معالج کی کوتاہیوں کی بدولت پیدا ہوتا ہے۔

تیسری قسم بحرانی ہوتی ہے۔ کیوں کہ بچوں کا نظام اعصاب غیر متوازن ہوتا ہے، علاوہ بریں، ایسی صورت میں طبیعت مادہ مرض کو دستوں کے راستے خارج کرنا چاہتی ہے۔

چوتھی قسم زیادہ تر گنجان آبادی اور ایسے افراد کے بچوں میں پیدا ہوتی ہے، جو حفظ صحت کے اصولوں سے بالکل نابلد ہوتے ہیں اور ساتھ ساتھ اسہال کی ابتدا میں بچوں کی تدابیر بھی نہیں کرتے، اسی لیے مخلوط قسم کا اسہال ہوتا ہے۔

پہلی تین قسمیں جلد علاج قبول کر لیتی ہیں، لیکن آخری قسم زرادیر سے شفایاب ہوتی ہے۔

مخلوط اسہال کی خصوصیات:

1۔ گاہے اسہال متعفن ارچھوٹی چھوٹی پھٹکیوں کی شکل میں ہوتا ہے۔

2۔ کبھی اسہال پنیر نما ہوتا ہے، اس میں چھوٹے بڑے پھٹکے ہوتے ہیں، جس کی وجہ یہ بتائی جاتی ہے کہ بچہ اپنی قوت سے زیادہ دودھ کھینچ لیتا ہے اور امتلائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

3۔ بعض اوقات اسہال زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ اس قسم کا اسہال عموماً صفراوی انصباب کے وقت ہوا کرتا ہے۔ صفراوی مادے آنتوں پر گر کر خراش پیدا کر دیتے ہیں۔ اس لیے معدہ اور آنتیں کیلوس اور دیگر فضلات کے ہمراہ اسے خارج کر دیتے ہیں۔

4۔ گاہے مخاطی اسہال ہوتا ہے۔ اس کی وجہ معدہ میں بلغم کی کثرت ہوتی ہے یا لیسدار رطوبتیں، جس کی وجہ سے سطح معدہ چکنی ہو جاتی اور اس میں پھسلن پیدا ہو جاتی ہے۔

5۔ گاہے اسہال اس قسم کا ہوتا ہے کہ اس کا کوئی جزء اگر جلد کے کسی حصہ پر لگ جائے تو اس مقام پر آبلہ پڑ جاتا ہے، اس کا سبب بلغم شور یا تیز سودا ہوتا ہے۔ اس صورت میں بچے کی آنتوں میں لحمی یا شکری تیزاب اور مختلف قسم کے سموم کی کثرت ہو جاتی ہے، جس کے نتیجے میں ترشہ بیوترک (Butyric acid) کی تکوین ہوتی ہے۔

6۔ کبھی اسہال ماء الشعیر نما ہوتا ہے جو عموماً امعائے غلاظ کے نقص کے سبب عارض ہوتے ہیں اور زیادہ تر اس وقت دیکھے جاتے ہیں، جب کہ بچہ دودھ ترک کر دیتا ہے اور اوپری غذا استعمال کرنے لگتا ہے یا اسے قدرے ماء الشعیر دیا جاتا ہے عموماً ایسے اسہال آنے لگتے ہیں جو بڑے بڑے اور زیادہ مہلک ہوتے ہیں۔

عمومی علامات وامارات: جملہ قسم کے اسہال کی مشترک علامتوں کو علامات عامہ سے

موسم کرتے ہیں، مثلاً زیادہ کمسنی کی حالت میں شدید اسہال کے سبب بے آبی کی شکایت زیادہ ہوتی ہے، نمک کا توازن بگڑ جاتا ہے، شدید اسہال کے سبب بے آبی کی شکایت ہو جاتی ہے۔ جلد کی طبعی لچک جاتی رہتی ہے۔ زبان پر سفید تہ جم جاتی ہیں۔ تالو بیٹھ جاتا ہے، آخر کار براز آبی اسہال نما ہو جاتا ہے، ضغط الدم گھٹ جاتا ہے اور عمومی تسمم کی علامتیں رونما ہونے لگتی ہیں۔ ایسا سرایتی اسہال معدی معوی التہاب میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ مخلوط اسہال میں ترشہ بیوترک (Butyric acid) کثیر مقدار میں خارج ہونے لگتی ہے جو بہت زیادہ مہلک ہوتی ہے، خصوصاً جب کہ خون زیادہ خارج ہونے لگتا ہے ماء الشعیر جیسے اسہال آنے لگتے ہیں۔ ایسا عموماً غذائی قسم میں ہوتا ہے جس میں البیومن بولیت عارض ہو جاتی ہے۔

چونکہ معمولی تفتیشات اکثر دستیاب نہیں ہوتیں، لہذا بے آبی کی اقسام اور مدارج کے تعین کے لئے اپنی سریری معلومات کا بہتر سے بہتر استعمال کر کے نتیجہ اخذ کر لینا چاہئے۔

اجابت کے معائنے سے اصل خلل کا پتہ چل سکتا ہے، مثلاً سفید آنوں دار چکنے چربیلے دست، شحمی سوءہضم یا بلغم شور کی علامت ہیں۔ چنانچہ بلغم کی کثرت کی صورت میں متلی آتی ہے اور قے کے ساتھ بلغم نکلتا ہے، نیز بلغم غذا کے ساتھ آمیز ہو کر اجابت کے ہمراہ نکلتا ہے۔ معدہ کی سطح میں لیسدار رطوبتیں موجود ہوں تو غذا بلا تغیر و تبدل کے بہت جلد معدہ سے گزر جاتی ہے۔ انصباب نزلہ کی صورت میں دست سو کر اٹھنے کے بعد آئیں گے جو جھاگ دار ہوں گے۔

ضعف معدہ کی حالت میں غذا کے بعد دست آتے ہیں، جن کی تعداد دن میں زیادہ ہوتی ہے۔ سفید پھٹکی دار دست پروٹینی سوءہضم کا ممتاز خاصہ ہیں۔

ضعف معدہ و جگر کی صورت میں ان کی مخصوص علامات موجود ہوں گی، پتلے پتلے زرد رنگ یا سرخی مائل گوشت کے دھون جیسے دست آتے ہیں، سوزش اور جلن ہوتی ہے اور دن کے بہ نسبت رات میں زیادہ دست آتے ہیں۔

گہرے زرد رنگ کی اجابت صفرا کی موجودگی پر دلالت کرتی ہے۔ یہ صفراوی اور محرقہ بخار (ٹائیفائڈ) اور تیسرے دن کی باری کے بخار کے بعد نمایاں ہوتے ہیں۔ اسی طرح گرم ادویہ و اشربہ کے استعمال کے بعد بھی ہوتا ہے۔ سوزش اور پیاس میں شدت ہوتی ہے۔

ہلکے پیلے رنگ کے جھاگدار دست شکر کی کثرت پر دال ہیں۔

گہرے زرد رنگ کے جھاگدار دست شکر کی کثرت پر دال ہیں۔

سوداویت سبب ہوتی ہے تو بھوک زیادہ لگنے لگتی ہے، جس کا سبب سواد کی تیزی و ترشی بتائی گئی ہے۔ منہ میں ترشی ہوتی ہے جو کھانا کھانے سے زائل ہو جاتی ہے۔

اگر دانت نکل رہا ہو تو مسوڑھے پھولے ہوں گے، سبز و زرد رنگ کے پتلے پتلے دست آئیں گے۔ دست آنے کے باوجود پیٹ پر ابھارہ رہتا ہے۔ پیاس لگتی ہے۔ بچہ اکثر روتا رہتا ہے۔

کرم امعاء کی صورت میں دست میں کیڑے نکلیں گے۔

اگر ہیضہ، حمی دمویہ، سل اور امراض طحال کے دست ہوں تو ان کی مخصوص علامتیں موجود ہوں گی۔

علامتی اسہال میں عمومی جسمانی امتحان کے ساتھ ساتھ کان اور قارورہ کا امتحان خاص طور سے کر لینا چاہیے۔

انذار: زندگی کے پہلے سال میں موت کی کثیر الوقوع علامت اور اہم سبب اسہال ہوتا ہے۔ چنانچہ دو سال سے کم عمر میں 15 تا 45 فیصد اصابات میں موت واقع ہوتی ہے۔

خراب تغذیہ والے بچوں میں بھی انذار برا ہوتا ہے۔

علاج: اسہال کی مذکورہ قسموں میں مندرجہ ذیل تین امور کو بنیادی طور پر مدنظر رکھنا چاہیے:

(1) فاقہ کشی۔

(2) سیال رسانی۔

(3) قنات غذائی کے فضلہ کا دفعیہ۔

علامتی اسہال میں اصل سبب کا تدارک بھی ضروری ہے۔

فاقہ کشی: بچوں میں زیادہ مفید نہیں ہوتی تاہم رضاعت کے وقفے کو بڑھا دینا موزوں ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر 3 گھنٹے کے بجائے 4-5 گھنٹے میں دودھ پلایا جائے، اس طرح ایک ایک گھنٹے کی مدت 48 گھنٹے تک کم رکھیں۔ اس دوران اسے صرف سادہ پانی، گلوکوز، بہت رقیق آش جو، دودھ کا پھاڑا ہوا پانی یا انڈے کی سفیدی کا پانی دیں۔ اس کے بعد جوش دادہ دودھ جس میں قدرے لائم واٹر شامل کر لیا گیا ہو، ہر چوتھے گھنٹے دیں۔

اگر بچہ اول قسم کے اسہال میں مبتلا ہو تو رضاعت کے وقفہ کے ساتھ ساتھ دودھ کی مقدار بھی کم کرتے جائیں۔

فاقہ کشی کی مذکورہ صورتوں کے علاوہ ایک صورت اور بھی ہے، جس میں ساتھ ساتھ غذا میں تصرف بھی کیا جاتا ہے۔ 48 گھنٹے تک بچے کو صرف طبعی نمکین پانی (نارمل سیلائن) پلایا جائے، اس کے بعد پھلوں کے رس یا پھر پٹونی (Peptonized) دودھ دیا جائے۔ اس قسم کے فاقہ کی ضرورت اس حالت میں ہوتی ہے، جب کہ قنات غذائی میں نیم منجمد غذا محتبس ہو کر سمیت کا باعث بنی ہو۔ صحت ہو جانے کی حالت میں رفتہ رفتہ غذا دینی شروع کر دی جائے۔

سیال رسانی: اگر اسہال مفرط کے سب بچہ کمزور ہو گیا ہو اور اس کے رخسار پچک گئے ہوں اور آنکھیں اندر دھنس گئی ہوں تو ایسی حالت میں سب سے ضروری ہے کہ خون کی مائیت جو دستوں اور قے کے سبب کم ہو گئی ہو، پوری کر دیں، اس کے لیے سیال رسانی کے مختلف طریقے اختیار کر سکتے ہیں۔ مثلاً براہ دہن، تحت الجلدی یا درون وریدی راہ سے۔ گاہے ابلا ہوا پانی، نارمل سیلائن اور کبھی پھلوں کا رس، گلوکوز واٹر، البیومن وار اور تازہ ناریل کا پانی جُرعہ جرعہ پلانا مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس طرح دوران خون تیز اور پستی رفع ہو جاتی ہے۔ لیکن سقوط قوت کی حالت میں موثر ترین صورت یہ ہے کہ نارمل سیلائن بچہ کی نسیج خلوی کے ذریعہ جسم میں پہنچا دیا جائے۔ اس میں آسانی کی غرض سے (Hyalase) (ساختہ ٹاٹافشن) حل کیا جا سکتا ہے جس سے تحت الجلدی اشراب سے ہی سیال ڈرامائی طور پر جذب ہو جاتا ہے۔

اگر ایک ہی مرحلے میں بچہ کے وزن کی 1/4 حصہ داخل کر دیا جائے تو دوبارہ ضرورت نہیں پڑتی، لیکن بعض معالجین مذکورہ سیلائین کو دو گھنٹے کے مختلف وقفے سے داخل کرنے کی سفارش کرتے ہیں۔

اسی طرح بعض ماہرین سیال اور برق پاشوں کی برقراری 24 گھنٹے بعد ناگزیر بتاتے ہیں، حتی کہ 24 گھنٹے کے اندر اندر اسہال قابو میں کیوں نہ آ جائے۔ اس غرض سے آئسوٹانک سیلائن (0.9% سوڈیم کلورائڈ)، رنجر لیکٹیٹ، سوڈیم بائی کاربونیٹ اور سوڈیم لیکٹیٹ وغیرہ کے آمیزے مختلف تناسب میں دستیاب ہیں۔

شیر خوار بچوں میں اسہال مفرط کی صورت میں دودھ کا استعمال موقوف کر کے صرف جوش دیا ہوا پانی پلانا چاہیے اور گرم پانی کے حقنہ سے آنتوں کو دھونا چاہیے۔

قنات غذائی کے فضلات کا اخراج: یہ عمل عموماً دست میں مبتلا بچوں کے لیے سودمند ثابت ہوتا ہے۔ اس کی دو تدبیریں ہیں:

1۔حقنہ کے ذریعہ آنتوں کی صفائی: اس مقصد کے لیے روغن زیتون، روغن بیدانجیر یا نمکین پانی امعا کی راہ چڑھانا مفید ثابت ہوتا ہے۔

2۔کسی مقی دوا کے ذریعہ قے کرا کے موزی مادے کا اخراج، لیکن اگر براز خون آمیز ہو تو حابس دم دوا مثلاً دم الاخوین بقدر ضرورت یا ایڈری نلین فی قطرہ شامل کر دینا موزوں ہوتا ہے۔

بچوں میں عموماً قے لانے کی ضرورت نہیں پڑتی، کیوں کہ وہ از خود قے کر کے قدرتی طور پر سمی مادے کو خارج کر دیتے ہیں۔ پھر بھی ضرورت ہو تو فقط نمکین گرم پانی سے قے کرائی جا سکتی ہے۔ بعض حالات میں عرق سونیا یا وائم اپی کاک استعمال کرا سکتے ہیں۔

بچوں کے دستوں کا ایک سبب ان کی غذا میں روغنی اجزا کی زیادتی بھی ہوتی ہے۔ اگر بچہ کی غذا میں بالائی، مکھن و روغنی اجزا کی زیادتی ہو تو اس کی اصلاح کریں اور بالائی اترا ہوا یا مکھن نکالا ہوا دودھ یا چھاچھ پلائیں۔ ایسی حالت میں لیسی ڈیک (Laci Dac) کا بطور غذا استعمال بھی مفید ہے۔

اسہال کی تکلیف رفع ہونے کے بعد بچہ کو حسب معمول غذا دے سکتے ہیں۔ آنتوں میں عفونت کو باز رکھنے کے لیے یہ محلول مفید ہے:

گرے پاؤڈر 1/4 گرین

پلوریہائی کمپونڈ = 2 گرین

سیلول = 1 گرین

شوگر آف ملک = 1 گرین

جملہ اجزا ملا کر رکھ لیں اور دن میں دو تین بار ایسی ایک پڑیہ دیں۔

اگر بچہ روٹی اور چاول وغیرہ کھاتا ہو اور دستوں کا باعث غذا میں اجزائے نشاستہ کی زیادتی ہو تو ایسی حالت میں دستوں کے اندر عفونت زیادہ ہوتی ہے۔ چنانچہ روٹی، چاول، دال اور دیگر اناج مثلاً آلو، مٹر وغیرہ کھلانا بالکل بند کر دیں اور بچہ کو صرف آب آمیز دودھ یا دہی دیں۔ اگر ان تدابیر سے فائدہ ہو جائے تو بہتر ہے، ورنہ روغن بیدانجیر کا جلاب دیں تاکہ آنتیں سمی مادے سے صاف ہو جائیں۔ دودھ میں شوگر اور چینی کے بجائے ڈیکسٹرنی مالٹوز دیں۔

قے لانا: بچوں میں عموماً قے لانے کی قدرے ضرورت نہیں پڑتی، کیوں کہ وہ از خود قے کر کے قدرتی طور پر مادے کو خارج کر دیتے ہیں، پھر بھی ضرورت ہو تو فقط نمکین گرم پانی سے قے

کرائی جاسکتی ہے۔بعض حالات میں عرق سونپا یا وائم اپی کاک استعمال کرا سکتے ہیں۔

دانت نکلنے اور سردی لگنے سے بھی بچے کو اسہال کی شکایت ہو جاتی ہے،لہذا دانت نکلنے کے زمانے میں بچے کی غذا میں خصوصی احتیاط برتنی چاہیے اور سردی سے محفوظ رکھنے کے لیے گرم لباس استعمال کرنا چاہیے۔

آنتوں میں ورم،خراش اور کیڑے ہوں تو ان کا معقول علاج کیا جائے۔دانت نکلنے کے زمانے میں اسہال کی صورت میں معالج عجیب کشمکش میں مبتلا ہو جاتا ہے اور اگر اخراج کرتا ہے تو ہر روز بلکہ ہر لحہ مادہ صدیدی کا انصباب ہوتا ہے۔اگر سکوت اختیار کیا جائے تو ہلاکت تک نوبت پہنچ جاتی ہے۔لہذا اس کے علاج میں میانہ روی اختیار کی جائے۔یعنی حالات کے پیش نظر گاہے قابضات کبھی ضعیف مخرج و مفتح اور اکثر اوقات قابض مفتح و مبرد ادویہ سے مرکب معالجہ بروئے کار لایا جائے۔جو عموماً اطبا کا معمول رہا ہے نسخہ ذیل صاحب علاج الاطفال (فارسی) نے مفید بتایا ہے:

(نسخہ) بہدانہ،گل خطمی ہر ایک نصف گرام،عرق عنب الثعلب 50 ملی لیٹر میں رات کو بھگو کر صبح صاف کر کے شیرۂ تخم خرفہ 1.5 گرام،شیرۂ الائچی 1 گرام تر کپڑے میں لپیٹ کر آب گرم میں گزار کر زہر مہرہ ہمراہ گلاب پیس کر بارتنک 1.5 گرام،کتیرا 512 ملی گرام علاحدہ پیس کر چھڑک کر نوش کرائیں۔یہ یکسالہ بچے کے لیے کافی ہے۔

عصبی خراش اور نوعی سرایتوں وغیرہ کی صورت میں پہلے گرم پانی اور سادہ صابن کا حقنہ یا روغن بید انجیر کی مناسب مقدار دے کر آنتوں سے خراش دار مادے کو اچھی طرح خارج کیا جائے۔

حرارت جگر:صفرا کی کثرتِ پیدائش سبب ہو تو نسخہ ذیل پلائیں:

(نسخہ) شیرۂ زرشک،شیرۂ تخم خرفہ سیاہ،شیرۂ تخم کاہو ہر ایک 3-3 گرام،عرق گاؤزباں 145 ملی لیٹر میں پیس کر چھان لیں،پھر شربت انار 48 ملی لیٹر ملا کر صبح و شام پلائیں۔یہ بڑوں کی خوراک ہے۔بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔

- صبح اور سہ پہر حب نرکچور 1-1 عدد،عرق بادیان 10-10 ملی لیٹر میں گھس کر دیں۔
- نوشدارولولوی 1.5 گرام صبح و سہ پہر چٹائیں۔
- زرشک،زیرہ سفید 1-1 گرام،پودینہ خشک 2 گرام،گاؤزباں 1.5 گرام۔پانی میں

پکا کر چھان کر حب الآس ملا کر پلائیں۔

o کلی انار 3 عدد، چاکسو مقشر 3 گرام، رسوت زرد 2 گرام، نرکچور 10 گرام، زیرہ سفید 2 گرام، زرد چوب مقشر 2 گرام، برگ نیم 2 گرام۔

جملہ اجزاء کو سحق کر کے مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔ ایک گولی ماں کے دودھ کے ہمراہ دیں۔

o زرشک، سماق، پودینہ فلفل سیاہ، نمک طعام ہموزن پیس کر بقدر 128 ملی گرام ساعت بساعت دیں، قے اور دستوں کو مفید ہے۔

مندرجہ ذیل گولیاں سبز دست مع تشنگی و قے میں سریع الاثر ہیں:

(نسخہ) زہر مہرہ خطائی، نارجیل دریائی، طباشیر، برنج سانھی، گل ارمنی، بادیان، زیرہ سفید ہر ایک 6 گرام۔

جملہ دوائیں کوٹ چھان کر مونگ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: ایک گولی شیر مادر میں گھس کر بچے کو دیں۔

o بادیان، پودینہ، دانہ الائچی خرد، زرنب، زرنباد، نمک سیاہ۔

جملہ اجزا مساوی وزن لے کر سفوف بنالیں۔

مقدار خوراک: 128 ملی گرام ہر تیسرے گھنٹے دیں۔

o جدوار خطائی، زہر مہرہ خطائی، ست گلو، نرکچور، مرچ سیاہ ہموزن گلاب میں گھس کر مرچ سیاہ کے برابر گولیاں بنائیں۔

ایک ایک گولی ہر تیسرے گھنٹے دیں۔

حبوب ذیل بچوں کے اسہال کے لیے نافع ہیں، سبب خواہ کچھ بھی کیوں نہ ہو، یہ گولیاں اپنا اثر دکھاتی ہیں:

(نسخہ) آملہ خشک، بادیان، گل ارمنی ہر ایک 6-6 گرام، انگوزۂ بریاں 3 گرام، افیون خالص 1 گرام۔ تازہ پانی میں موٹھ کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: 1 تا 2 گولی مناسب بدرقہ کے ہمراہ۔

طب مغرب میں حسب ذیل آمیزہ کسی بھی قسم کے اسہال میں البیومن واٹر کے ہمراہ ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں:

بسمتھ کاربونیٹ	5 گرین
کیلومل	1/6 گرین
پلوا پی کاک کمپاؤنڈ	1/6 گرین

اگر اسہال کا سبب سرایتی زحیر ہو تو کیمیاوی معالجہ میں ایمپی سلین دوائے منتخب ہے لیکن اس میں سب سے بڑی خرابی یہ ہے کہ بچوں میں براہ دہن راس نہیں آتی اور نینداڑ جاتی ہے۔

ایماکسی سلین (Amoxycillin) 20 تا 40 ملی گرام/ کلو/ جسمانی وزن/ یومیہ تین منقسم خوراکوں میں، ایمپی سلین سے قدرے بہتر ثابت ہوتی ہے۔

فیورازولی ڈین (Furazolidine) ایک محفوظ اور موثر دافع اسہال دوا ہے جو متعدد گرام مثبت جرثومی قسموں میں مفید ثابت ہوئی ہے۔ اسہال مع جیارڈیاسس میں بھی مفید ہے۔ 8 ملی گرام/ جسمانی وزن/ یومیہ (مختلف خوراکوں میں تقسیم کر کے دیں۔ زیادہ سے زیادہ 200 ملی گرام۔

مرکب دواؤں میں کالٹین مع نیومائی سین (Kaltin Cum Neomycin) (ساختہ ایبٹ) دوائے منتخب ہے۔ پکٹین، کے اولین اور نیومائی سین کا مفید آمیزہ ہونے کے سبب دست کو فورا کنٹرول کرتی ہے۔

مقدار خوراک: حسب عمر

فیورامائڈ سسپنشن مع نیومائی سین (بوٹس): نوزائیدوں کو ایک چمچہ، دو تا 5 پانچ سالہ بچوں کو 2 چمچہ، 5 تا 11 سال کے بچوں کو ایک بڑا چمچہ، 12 سال سے اوپر 2 بڑا چمچہ بطور اولیں مقدار، بعد میں نصف مقدار دن میں چار بار دیں۔

غذا و پرہیز: اسہال کی حالت میں زود ہضم غذا دیں مثلاً کھچڑی، خشکہ، دال مونگ یا دال ارہر کے ہمراہ ساگودانہ، اراروٹ اور دلیہ وغیرہ۔

پھلوں میں سے سیب، انار، سنترہ مناسب ہیں۔

روٹی نیز جملہ دیر ہضم غذائیں خصوصا اروی، ارد، آلو، ماش اور چنے کی دال بیگن اور گوبھی نہ کھلائیں۔ اسی طرح گرم مصالحہ، سرخ مرچ، تیل، کھٹائی اور گڑ وغیرہ سے پرہیز ضروری ہے۔

شیر خوار بچوں میں جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، دودھ کا استعمال موقوف کر دیا جائے یا رضاعت کا وقفہ بڑھا دیا جائے۔

61

پیچش

(DYSENTERY)

زحیر دراصل آنتوں، بالخصوص بڑی آنتوں کا نہایت تکلیف دہ مرض ہے، جس میں قولون اور معاء مستقیم میں سوجن ہو کر ان کی اندرونی سطح پر زخم ہو جاتے ہیں۔ ورم آنتوں کی اندرونی سطح یعنی طبقہ مخاطیہ میں ہوا کرتا ہے، جو کبھی ترقی کر کے متقرح و متعفن بھی ہو جاتا ہے۔ اس میں آنتوں کی غشائے مخاطی کے نیچے پانی جانے والی گلٹیاں متورم ہو جاتی ہیں۔ پیٹ میں اینٹھن کے باعث بار بار رفع حاجت کی ضرورت پیش آتی ہے، جس میں آؤں اور خون کی آمیزش ہوتی ہے۔

اقسام: زحیر صادق، زحیر کاذب کے علاوہ اس کی دوسری تقسیم صفرادی، بلغمی اور دموی کے طور پر کی جاتی ہے۔ طب جدید میں اسے زحیر امیبی (Amaebic Dysentery) اور زحیر عصیادی (Bacillary Dysentery) کے دو خانوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ پھر ہر ایک کی حاد مزمن دو قسمیں کی جاتی ہیں۔

اسباب: یہ مرض زیادہ تر گرم ممالک میں گرما اور برسات میں ہوتا ہے۔ نیز جوانوں کے بہ نسبت بچوں اور مردوں کے بہ نسبت عورتوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے۔

زحیر صادق میں صفرا یا بلغم شور آخری آنت پر گر کر اس مرض کا سبب ہوتے ہیں۔

زحیر کاذب میں بعض غلیظ اجزا سدہ بن کر آنتوں کے ساتھ چمٹ جاتے ہیں۔

کچی، سڑی بسی اغذیہ، باسی نمکین گوشت اور مچھلی کا ستعمال، نمکین پانی پینا، مسہلات کا استعمال خصوصاً گرما میں، حمی اجامیہ، ہیضہ اور موتی جھرہ وغیرہ، غلیظ اور لیسدار شے یا خشک سدوں کا آنتوں میں پیدا ہو جانا وغیرہ اہم اسباب ہیں۔

زحیر امیبی جسے زحیر جراثیمی صفراوی یا زحیر بلغمی سے موسوم کرنا چاہیے، کا سبب اینٹا میبا ہسٹالٹیکا (Entamoeba Hystolytica) اور زحیر عصیاوی سے موسوم کرنا موزوں ہے، کا سبب جرثومہ شیگا، جرثومہ فلیکس مر اور سونی ہوتے ہیں۔

علامات:

زحیر صادق: حاد اصابات میں پہلے تو آؤں اور مروڑ کے ساتھ معمولی دست آتے ہیں، آنتوں میں التہاب وخراش کی شکایت ہوتی ہے، جس کے ساتھ قدرے حرارت ہوتی ہے۔ قلت اشتہا کی شکایت ہو جاتی ہے اور بعد میں بار بار رفع حاجت کی ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ مریض کو تھتا ہے، جس سے کبھی کانچ بھی نکل آتی ہے۔ اس میں خون، آؤں اور چھیچھڑے ہم آمیز ہوتے ہیں۔ صحت کی صورت میں بخار، درد اور مروڑ میں کمی ہونے لگتی ہے، لیکن مہلک ہونے کی صورت میں مریض کو شدید بخار ہوتا ہے۔ شب وروز میں 30 تا 40 پاخانے ہونے لگتے ہیں۔ نینداڑ جاتی ہے، پیاس بڑھ جاتی ہے، جی متلانے لگتا ہے۔ شکم میں درد و نفخ ہوتا ہے اور بالآخر ضعف وقوما کی حالت میں مریض راہی ملک عدم ہو جاتا ہے۔

مزمن اصابات میں گو کہ مروڑ اور دستوں کی تعداد نسبتاً کم ہوتی ہے، تاہم اکثر نیم سیال ہوتا ہے، جس میں غشائے مخاطی کے چھیچھڑے اور خون کی آمیزش ہوتی ہے۔ بچہ روز بروز کمزور ہوتا جاتا ہے۔ چہرہ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ زبان سرخ وترک دار ہو جاتی ہے۔ قلتِ اشتہا کی شکایت ہوتی ہے۔ کبھی قبض اور کبھی دست ہونے لگتا ہے۔

زحیر کاذب: حاد قسم میں آنتوں کے سدے مروڑ پیدا کرتے ہیں اور پاخانہ کے ساتھ آؤں کا اخراج ہوتا ہے۔ زحیر صادق کے بہ نسبت اس کا وقوع اچانک کے بجائے بتدریج ہوتا ہے، تاہم کبھی کبھی شدید ارتفاع حرارت کے ساتھ اس کا وقوع فوری طور پر ہوتا ہے۔ براز ڈھیلا، زرد اور زائد مخاط کا حامل ہوتا ہے، خون موجود ہو سکتا ہے اور ان اصابات میں زحارت (آنتوں کی کمزوری) محسوس کی جا سکتی ہے۔ شکم الیم ہوتا ہے اور خاصے اصابات میں قے ہوتی ہے۔ آنتوں

کی غشائے مخاطی سرخ ہوتی ہے۔

مزمن اور مکرر الوقوع قسم: اس میں غشائے مخاطی کا بعض زخم مندمل، بعض قریب الاندمال ہوتے ہیں اور اس پر بڑے زخم نظر آتے ہیں، بچوں میں مروڑ کے ساتھ دموی اسہال ہوتا ہے۔ بچے چڑچڑے اور مذبول ہو جاتے ہیں۔ ان کی نشوونما متاثر ہو جاتی ہے۔

تشخیص: اجسام دریافت کر کے تشخیص مکمل کی جاسکتی ہے، اس کے لیے تازہ بتازہ خارج شدہ براز کا کاشفہ کیا جائے۔

شب کو تخم ریحاں یا تخم اسپغول 2 تا 5 گرام (حسب عمر) یا تخم املتاس 3 تا 5 عدد (بڑے بچوں میں) گھی یا روغن بادام سے چرب کر کے مریض کو نگلوا دیں، اگر یہ اجزا صبح کو اجابت کے ہمراہ سالم نکل آئیں اور آرام نہ ہو تو زحیر صادق ہے ورنہ کاذب۔

علاوہ بریں زحیر صادق چونکہ صفرا کی کثرت کے سبب واقع ہوتی ہے۔ اسی لیے اجابت کے بعد مقعد میں جلن اور سوزش ہوتی ہے اور زحیر کاذب سدد کے سبب ہوتی ہے، اسی لیے گاہے دست میں سدے بھی خارج ہوتے ہیں، جو خون آلود ہوتے ہیں۔

جرثومی تشخیص کے لیے براز کا خوردبینی امتحان ضروری ہے۔

علاج:

زحیر کاذب کی حالت میں کوئی قابض دوا ہرگز نہ دی جائے بلکہ آنتیں صاف کرنے کی غرض سے روغن بید انجیر قابل انتخاب شے ہے، چنانچہ اسے 12 تا 24 ملی لیٹر لے کر دودھ یا عرق گلاب میں شامل کر کے مصری ملا کر پلا دیں،

اس کے بعد بقیہ اثر دفع کرنے کے لیے لعابدار دوائیں استعمال کرائیں، مثلاً:

(نسخہ) لعاب ریشہ خطمی، شیرۂ بادیان 2-2 گرام، شیرہ حب الآس 2.5 گرام، عرق گاؤزباں 80 ملی لیٹر میں نکال کر گلقند شامل کر کے استعمال کرائیں۔ تخم ریحاں یا اسپغول مسلم کا استعمال بھی کافی ہوا کرتا ہے۔ زحیر کاذب میں نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) ریشہ خطمی 6 تا 8 گرام آب گرم میں رات کو بھگو دیں، صبح کو مل چھان کر مغز املتاس 3 گرام حل کر کے دوبارہ چھان لیں، اس کے بعد روغن بادام شیریں 8 ملی لیٹر، خمیرہ بنفشہ 2.5 گرام اضافہ کرتے ہیں۔

زحیر صادق میں صفراویت کا غلبہ ہو تو نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 1.5 گرام، لعاب ریشہ خطمی 3 گرام، عرق گاؤزباں 80 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ 15 ملی لیٹر شامل کر کے اسپغول مسلم 4 گرام اوپر سے چھڑک کر پلائیں۔

شدید پیچش کی حالت میں حب پیچش 1 تا 2 عدد، لعاب ریشہ خطمی 3 گرام کے ہمراہ پلائیں یہ بالغوں کی خوراک ہے اور بیضہ مرغ 1 عدد، روغن گل 12 ملی لیٹر میں لت کر کے نیم گرم مقام مروڑ پر شکم پر ملیں۔

مزمن اصابات میں احتیاطی نقطۂ نظر سے پہلے روغن بید انجیر پلائیں یہ بالغوں کی خوراک ہے۔اس کے بعد نسخۂ ذیل دیں:

(صبح) سفوف طین 3 گرام، روغن بادام شیریں بقدر ضرورت سے چرب کر کے کھلائیں اوپر سے لعاب ریشہ خطمی 3 گرام، شیرۂ حب الآس، شیرۂ بیخ انجبار، شیرۂ بیلگری ہر ایک ڈیڑھ ڈیڑھ گرام عرق گاؤباں 90 ملی لیٹر میں لعاب اور شیرہ نکال کر تخم بارتنگ 3 گرام چھڑک کر پلائیں۔

(شب) حب پیچش (½ عدد) ہمراہ عرق گلاب 35 ملی لیٹر کھلائیں۔

(بعد غذائیں) حب رال دن میں دو بار۔

گاہے تریاق پیچش دہی کے پانی کے ساتھ صبح اور سفوف مویا لعاب ریشہ خطمی والے نسخہ کے ہمراہ شام کو دیا جاتا ہے نیز حب پیچش بوقت خواب۔

دوائے پیچش: سہاگہ بریاں 6 گرام، بادیان 3 گرام، کوکنار 6 گرام، حب الآس 3 گرام، جملہ دوائیں کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔

ایک گرام ہمراہ آب تازہ دیں۔بچوں کی پیچش کے لیے نہایت مفید اور بے ضرر ہے۔

حب بیلگری ہر قسم کی پیچش کے لیے نہایت مفید ہے۔ایک ایک عدد یا حسب عمر صبح و شام دے سکتے ہیں۔

مروڑ اور درد شکم رفع کرنے کے لیے جوشاندہ پوست خشخاش یا آب گرم سے شکم پر تکمید کریں۔زحیر صفراوی یا زحیر امیبی کے لیے درج ذیل دوائیں مفید ہیں:

انٹوبیکس (ساختہ سیبا گیگی) ہر قرص میں (Phanajuone) 50 ملی گرام موجود ہوتا ہے۔ بچوں کو 5 ملی گرام/ کلو جسمانی وزن کے اعتبار سے 3 تا 5 خوراک میں تقسیم کر کے دیا جائے۔

فیورامائڈ (ساختہ نال) ایک قرص (Diloxamide Furamide) 50 ملی گرام پر مشتمل ہوتا ہے۔بچوں کو 20 ملی گرام کلو جسمانی وزن کے حساب سے روزانہ منقسم خوراکوں میں 10 یوم

تک دیا جائے۔ٹنی محلول (Tiny Suspension) امیاویت اور جیارڈیا سیت کے لیے بچوں ہی کے لیے خاص طور سے تیار کی گئی ہے۔ زحیر امیبی مع جراثیمی میں حسب ذیل دوائیں دی جاسکتی ہے:

کالٹین مع نیومائی سین ایم ایف۔(kaltin.MF) (ساختہ ایبٹ) جو میٹرونائیڈازول اور فیورازولی ڈون سے مرکب ہوتا ہے۔ بچوں کے لئے شربت کی صورت میں بھی دستیاب ہے۔

مقدار خوراک: حسب عمر 20 تا 50 ملی گرام/کلو/یومیہ برائے 10 تا 14 یوم دینے سے بہترین نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ بڑی مقدار خوراک بہ نسبت طویل المدتی نصاب قابل ترجیح ہے۔ زیادہ بہتر نتائج کے لئے میٹرونائڈازول ٹنزاسائکلین کے ہمراہ چند دن دینے سے بہتر نتائج برآمد ہوتے ہیں۔

فیورامائڈ مع نیومائی سین (Furamide with Neomycin) ساختہ بوٹس۔

نوزائیدے کو ایک چاء کا چمچہ بھر اور 2 تا 5 سال کے بچوں کو 2 چائے کا چمچہ بھر 5 تا 12 سالہ بچوں کو ایک بڑا چمچہ۔ بالغوں اور بارہ سال سے زائد عمر کے بچوں کو 2 بڑا چمچہ ابتداء دیا جائے اور بعد میں ایسی ہی نصف خوراک سے علاج جاری رکھا جائے۔ سب دن میں 4 بار۔

غذا و پرہیز: اگر مریض شیر خوار ہو تو وقفۂ رضاعت بڑھا دیا جائے اور اگر اوپر کا دودھ دیا جارہا ہو تو پانی کا تناسب بڑھا دیا جائے، بڑے بچوں میں مونگ کی ملائم کھچڑی اور خشکہ، مونگ کی دال کے سوا ابتدا میں اور کچھ نہ دیں۔ تاہم آنتوں سے سدے وغیرہ خارج ہو چکے ہوں تو کھچڑی کے ہمراہ دہی بھی دے سکتے ہیں، سیال اغذیہ زیادہ موزوں ہوتی ہیں۔ آرام ہونے کے بعد بتدریج مونگ، ارہر کی دال، شوربا، چپاتی، سردتر کاریاں مثلاً خرفہ، گھیا، پالک، ترئی وغیرہ کے علاوہ پھلوں میں سے سنترہ، سیب، کیلا وغیرہ کھلا سکتے ہیں۔

حفظان صحت کی سختی سے پابندی کی جائے اور دیر ہضم، نفاخ اغذیہ مثلاً گوشت، بیگن، انڈے اور گرم مصالحہ، سرخ مرچ وغیرہ سے احتراز ضروری ہے۔

●●

62

کرم شکم

(INTESTINAL WORMS)

آنتوں میں سات قسم کے کیڑے پیدا ہوتے ہیں، لیکن یہاں صرف ان قسموں کے تذکرہ پر اکتفا کیا جائے گا جو بالعموم انسانی آنتوں میں پیدا ہوا کرتے ہیں یعنی دودالخل، حیات (کینچوے) اور حب القرع۔

دودالخل:

مترادفات: چرنے، چنوے، کرم صغار، خیطیہ (Thread worm, Pinworm or- Oxyuris vermiculars)۔

یہ ان کیڑوں کے مشابہ ہوتے ہیں جو سرکا میں پیدا ہوتے ہیں، اسی لیے انھیں دودالخل (سرکا کے کیڑے) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

یہ سفید رنگ کے 0.6 تا 0.8 سینٹی میٹر طویل ہوتے ہیں اور ان کی موٹائی دھاگے کے برابر ہوتی ہے۔ اس کے انڈے کمرے کی دھول اور در و دیوار نیز کھیت میں پائے جاتے ہیں۔ اس میں تقریباً جملہ اہل خانہ مبتلا ہوتے ہیں ارمشکل سے کوئی فرد اس کی زد سے بچتا ہے۔

بچوں میں معاء مستقیم کے علاوہ تعریج سینی میں ان کے گچھے کے گچھے ملتے ہیں۔ یہ گاہے مقعد

اور اندام نہانی میں نفوذ کر جاتے ہیں۔ ان کے دونوں سرے مخروطی ہوتے ہیں۔

اسباب: اطبائے قدیم کے نظریہ کے مطابق بلغمی رطوبت ان کیڑوں کی پیدائش کا سبب ہوتی ہے اور حرارت غریبہ کے عمل سے کیڑوں کی شکل وجود میں آتی ہے، لیکن جدید نقطۂ نظر سے کیچوے کی طرح کرم صغار بھی براز کے ہمراہ خارج ہو کر انڈے دے دیتے ہیں جو سبزی اور ترکاری وغیرہ کے ذریعہ شکم میں جا کر منشق ہو جاتے ہیں اور تولید کرم کا باعث ہوتے ہیں، لیکن ایسی حالت میں بھی بلغم کے سبب کی تردید نہیں کی جا سکتی، کیونکہ بلغمی رطوبت ہی ان کیڑوں کی بقا کے لیے سازگار فضا قائم کرتی ہے۔

تشخیص: اس کی تشخیص براز یا گرد مبرزی خطے میں انڈوں یا چرنوں کی دریافت سے ہوتی ہے، جس کے لیے ربذہ (Collophene Tripped swab) حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس کے خردبینی مطالعہ کے لیے براز کو صبح کے وقت حاصل کر کے معمل بھیج دیا جاتا ہے۔

علامات: مبرز و مہبل میں خارش خصوصی علامت ہے، نیز التہاب مہبل و فرج کا خاص سبب چرنوں کو بتایا جاتا ہے، دیگر علامتیں خراش کے سبب بے چینی، بے خوابی، شکمی درد اور نا قابل تشریح اسہال ہیں۔ انگوٹھا چوسنے یا ناخن کاٹنے سے دوبارہ سرایت کا اندیشہ رہتا ہے۔

مبرز کے امتحان پر چرنے باہر نکلنے کی جدوجہد میں مصروف نظر آئیں گے، گاہے زائدہ کے عملیہ کے دوران زائدہ دودیہ اعور یہ کیڑوں سے پر نظر آتا ہے۔

تدابیر و علاج: علاج سے پیشتر جملہ افراد خانہ کے گرد مبرزی خطے کا ربذہ حاصل کیا جائے اور امتحان پر جو لوگ متاثر نظر آئیں، ساتھ ساتھ ان کا علاج جاری کر دیا جائے۔

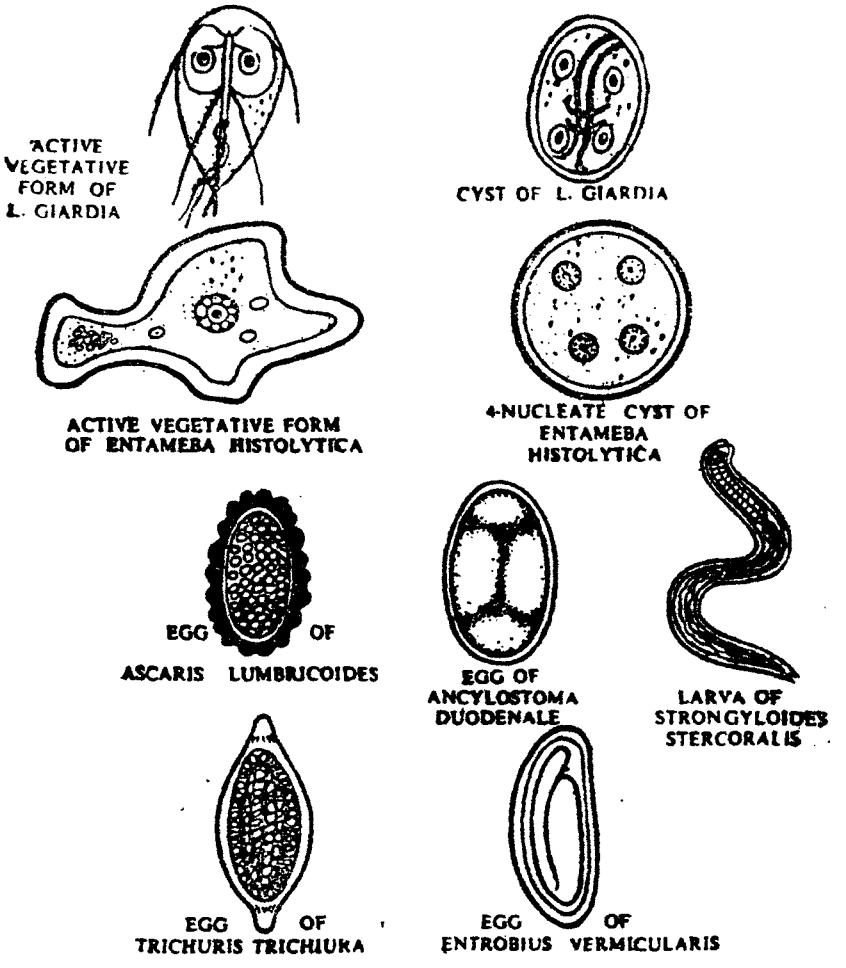
بچے کے ناخن صاف اور کٹے ہوئے ہونے چاہئیں، کھانے پینے میں بھی مکمل صفائی کا اہتمام رکھا جائے، کھرچنے اور کھجلانے سے روکا جائے، جس کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ سوتے وقت پینٹ یا پاجامہ پہنایا جائے۔ گرد مبرزی اور عجانی خطوں کو روزانہ دھو کر خشک کر لیا جائے۔

حسب ذیل نسخے مفید ہیں:

(نسخہ) پلاس پاپڑہ، بڑنگ کابلی، خردل ہر ایک 9-9 گرام، سہاگہ بریاں، نمک سیاہ ہر ایک 4.5 گرام۔ جملہ دوائیں کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔

مقدار خوراک: 512 ملی گرام تا ایک گرام، دو تا 1½ سالہ بچے کے لیے۔

(دیگر) صبر سقوطری، افسنتین رومی، مغز خستہ جامن، برگ شفتالو، قنبیل (کمیلہ)،



تصویر 19: دیدانِ شکم (چند خورد اجسام)

پلاس پاپڑہ، ہرایک 4.5 گرام، خردل 9 گرام، مغز بادام تلخ 2 گرام۔
جملہ دوائیں کوٹ چھان لیں اور آب برگ کریلہ کے ساتھ گوندھ کر چنے کے برابر گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: روزانہ 2 گولیاں۔

(دیگر) چاکسو مقشر، حلتیت ہر ایک 2 گرام، صبر 1 گرام، فلفل سیاہ (½ گرام)، برگ نیم (5 عدد)، جملہ دواؤں کو باریک پیس کر بقدر جوار گولیاں بنائیں۔

مقدار خوراک: چھوٹے بچوں کو ایک گولی اور بڑے بچوں کو 2 تا 3 گولیاں۔

نوٹ: اس میں حقنے اور شیافات زیادہ موثر ہوتے ہیں، کیونکہ امعاء کے آخری حصے تک پہنچتے پہنچتے دوا کا اثر کمزور ہو جاتا ہے۔ مقامی استعمال کے لیے حسب ذیل نسخے مفید ہیں:

- روغن شفتالو اور روغن زردالو مقامی طور پر ملیں۔
- گائے کے پتہ میں فتیلہ آلودہ کر کے مقعد میں رکھیں۔
- ایلوا سرکا میں پیس کر اس میں فتیلہ آلودہ کر کے مقعد میں رکھیں۔
- ترمس اور بابونہ پوٹلی میں باندھیں اور پانی میں جوش دے کر صاف کر کے اسی پانی سے حقنہ کریں، اس کے بعد:

کمیلہ کو روغن شفتالو 5 ملی لیٹر میں ملائیں اور کپڑے کی بتی آلودہ کر کے معاً مستقیم میں لگائیں۔

نوٹ: اگر قاتل دیدان ادویہ شروع کرنے پر از خود مردہ کیڑوں کا اخراج ہو تو بہتر ہے، ورنہ تین چار یوم بعد دوائے مسہل دیں، بصورت دیگر ابخرات دماغ کی جانب صعود کرنے لگیں گے، جس سے دوسری آفتیں پیدا ہوں گی، لہذا قاتل دیدان دوا کے استعمال کے دوران ہر 3-4 یوم بعد تلیین طبع ضروری ہے۔

جدید معالجہ: پپرازین (Piprazine) کو ایک غیر سمی اور موثر معالجہ تسلیم کیا جاتا ہے، اس مقصد کے لیے انٹی پار شربت (Syrup Antepar)، اینٹاسل (بی۔ڈی۔ایچ) یا پپران (Pipran) ساختہ الیمبک بمقدار 50 ملی لیٹر/کلو جسمانی وزن یومیہ دیا جائے۔ طبعی وزن کے حامل 9 ماہ تا 2 سالہ بچوں کو 3.5 ملی لیٹر یومیہ دیا جا سکتا ہے دو ہفتے بعد اسے دہرا بھی سکتے ہیں۔

ویپرینیم ایمبونیٹ (Viprynium Embonate) 5 ملی گرام/کلو جسمانی وزن کی واحد

خوراک سے بہتر نتائج برآمد ہوئے ہیں۔

حیات (کیچوے): اس کا وقوع ہندستان میں 80 فیصد کے قریب ہوتا ہے اور بچپن میں بیماری اور موت کا خاص سبب یہ کیڑا ہی ہوتا ہے۔

کیچوے 15 تا 35 سینٹی میٹر طویل ہوتے ہیں، ان کے منہ میں چھوٹے دانت ہوتے ہیں اور اس کے اردگرد تین ابھار بھی نظر آتے ہیں۔ یہ مدور اور زمیں کے کیچوے سے عین مشابہت رکھتے ہیں، فقط ان کا رنگ سفید ہوتا ہے۔ چھوٹی آنتیں، ان کا پسندیدہ مسکن ہوتی ہیں، لیکن کبھی کبھی وہاں سے رینگ کر معدہ، مری، حنجرہ یا ناک کی طرف صعود کر جاتے ہیں۔ علاوہ بریں مقعد، مجریٰ بول یا لڑکی کی فرج میں بھی جا سکتے ہیں۔

اکثر دو ہی تین کیڑے ہوتے ہیں، لیکن گاہے یہ تعداد سیکڑوں تک پہنچ جاتی ہے اور کالونی بنا لیتے ہیں۔ ایک مادہ کیچوا دو لاکھ انڈے یومیہ دینے کی صلاحیت رکھتا ہے اور اس کی مدت حیات ایک تا دو سال ہوتی ہے۔

اسباب: اس کا بیضہ براز میں خارج ہوتا ہے اور پھر کسی طرح غذا میں شامل ہو کر انسانی کے شکم میں پہنچ جاتا ہے، انڈے چھوٹی آنت میں رک جاتے ہیں، لیکن دودہ (Larva) دموی رو کے ذریعہ کبد اور دائیں حصۂ قلب سے ہوتے ہوئے پھیپھڑے میں پہنچتے ہیں، اس کے بعد مکھی (Epiglottis) کے ذریعہ نگل لیے جاتے ہیں اور آخر کار چھوٹی آنت میں پہنچ کر نشو و نما پاتے ہیں۔

علامات: یہ کیڑے گوناگوں عصبی علامات پیدا کر سکتے ہیں، بچہ قے میں کیڑا خارج کر دیتا ہے۔ سوتے میں دانت پیستا ہے اور لعاب دہن خارج کرتا ہے، غذا سے نفرت ہو جاتی ہے اور سقوط اشتہا عارض ہو جاتا ہے، لیکن گاہے اس کے برعکس بھوک بڑھ جاتی ہے۔ شیرینی کی خواہش بڑھ جاتی ہے۔ پیاس شدت اختیار کر لیتی ہے، مریض ہمیشہ کسلمند رہتا ہے اور آنکھ کھولنا ناگوار معلوم ہوتا ہے۔ اکثر چاہتا ہے کہ آنکھ بند کیے پڑا رہے، ایسے بیمار کے نوم و بیداری میں اعتدال و توازن برقرار نہیں رہتا۔ کبھی صاحب استسقاء کے مانند پیٹ بڑھ جاتا ہے، گاہے ناک، منہ اور مقعد میں خارش ہوتی ہے۔ کبھی دست اور گاہے قبض کی شکایت ہوتی ہے۔

اس کی تشخیص عموماً براز میں بالغ کیڑے خارج ہونے سے ہوتی ہے یا خردبینی امتحان سے ان کے انڈے براز میں مل جاتے ہیں۔

گاہے اس کے سب اسنوفیلیا عارض ہو جاتا ہے۔

علاج: اس کا علاج کدو دانہ کی طرح ہے، لیکن اسے قتل کرنے کی موثر ترین دوا درمنہ ترکی (درمنین) ہے۔

مقدار خوراک (بچوں کے لیے): 128 تا 182 ملی گرام۔

ترکیب استعمال: صبح کو سفوف کی شکل میں شکر کے ہمراہ روٹی، دودھ اور مکھن وغیرہ کے ہمراہ کھلایا جائے اور 4 روز بلا ناغہ دیا جائے۔ اس کے بعد روزانہ کوئی مسہل دوا تجویز کی جائے۔

ایسے مواد کی تکوین روکی جائے جن سے کیڑوں کی تولید میں مدد ملتی ہے، پھر آنتوں کو مواد سے پاک کیا جائے اور کیڑوں کو قاتل دیدان ادویہ سے ہلاک کیا جائے، اگر قتل دیدان کے بعد طبیعت انھیں دفع کرنے پر قادر نہ ہو تو دوا دے کر دفع کیا جائے، کیوں کہ زندہ کیڑوں کے بہ نسبت مردہ کیڑوں کی مضرت زیادہ ہے۔

خلوء شکم کی حالت میں بھوک کے وقت کرم کش دوائیں زیادہ موثر ثابت ہوتی ہیں، جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اول دو روز بچے کو تازہ بتازہ دودھ پلائیں اور اگر بچہ بڑا ہو تو دودھ میں روٹی بھگو کر دیں، تیسرے روز دوائیں دودھ میں گھول کر پلائیں۔

مزید نسخوں کے لیے حب القرع کا معالجہ ملاحظہ کیا جائے۔

جدید علاج: گاہے سینٹونین مفید ثابت ہوتی ہے، خاص طور سے اگر قولون صاف کر کے دیا جائے نیز دو ایک روز سیال غذا دی جائے۔

(نسخہ)

سینٹونین =	1 گرین
کیلومل =	نصف گرین (برائے تین شب)
میگ سلف =	نصف ڈرام (برائے تین یوم)

اس مقصد کے لیے بٹر پلز (ساختہ ایسٹ انڈیا کمپنی) موثر اور سہل الاستعمال ہے۔

علاوہ بریں پرازین کی واحد خوراک بھی غیر سمی اور موثر ہے۔ اس مقصد کے لے ہلما سڈ مع سنا (Helmacid cum Senna) ¼ تا نصف پیکٹ حسب عمر نگلوا کر پانی پلا دیں، اوپر سے شربت یا پھلوں کے رس بھی دے سکتے ہیں۔ اس کے ساتھ کسی مسہل وغیرہ کی مطلق ضرورت نہیں رہتی۔ اگلی صبح کیچوے خارج ہو جائیں گے۔ دیگر جدید تالیفات درج ذیل ہیں:

تھیابنڈازول (Thiabendazole) بمقدار ۵۰ ملی گرام/کلو/یومیہ۔ بیش از بیش 2 گرام

/ایومیہ دو منقسم خوراکوں میں بعد از طعام، دو دن مسلسل۔ کسی تیاری یا مسہل کی ضرورت نہیں

ٹٹرامائی سول (Tetramysole) اور لیوامائی سول (Levamysole): یہ ہُک ورم کے لیے بھی موثر ہیں۔ اسے 2.5 تا 5.0mg/کلو بیش از بیش 150 ملی گرام بطور واحد خوراک۔

مینڈازول (Mebendazole) وسیع الاثر دافع دیدان بمقدار 100 ملی گرام دن میں دو بار تین دن دینے سے تقریباً مکمل شفا ہو جاتی ہے۔ مسہل کی ضرورت نہیں ہوتی۔

البنڈازول (Albendazole) وسیع الاثر مانع دیدان نہ صرف بہترین قاتل حیات ہے بلکہ Enterobiasis, Anchostomiasis اور Trichuriasis میں بھی موثر ہے۔ اسے 2 سال سے کم عمر کے بچوں میں 200 ملی گرام اور اس سے اوپر 400 ملی گرام دیتے ہیں۔

حب القرع (TAPE WORM):

مترادفات: دیدان شریطیہ، فیتہ نما کیڑے (کدو دانے)۔

اسباب: کچے یا نیم پخت لحم خنزیر یا بھینس کے گوشت کے استعمال سے عارض ہوتا ہے۔

اقسام: اس کی حسب ذیل تین قسمیں ہوتی ہیں:

(1) قرعیہ خنزیریہ یا قرعیۂ سلاحیہ: ان کی لمبائی 1 تا 2 میٹر ہوتی ہے۔ یہ سور کے گوشت سے انسان میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے سر میں چھوٹے چھوٹے ابھار ہوتے ہیں۔

(2) قرعیۂ بقریہ متوسط: ان کی لمبائی 4 تا 7 میٹر ہوتی ہے۔ یہ کیڑے گائے کا گوشت کھانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے سر میں اول الذکر کی طرح کلاب (ابھار) نہیں ہوتے۔

(3) قرعیۂ عریضہ یا قرعیۂ عظیمہ: اس کا طول و عرض مذکورہ بالا دونوں سے زیادہ ہوتا ہے، اس کے سر میں کسی بھی طرح کا ابھار نہیں ہوتا، لیکن قدرے منشق ضرور ہوتے ہیں۔

مذکورہ تینوں قسمیں فیتے کی طرح طویل اور بیشمار ٹکڑوں سے مرکب ہوتی ہیں اور لطف کی بات یہ ہے کہ ہر ٹکڑا بذات خود نہ صرف ذی حیات ہوتا ہے، بلکہ توالد و تناسل کی بھرپور صلاحیت بھی رکھتا ہے۔

اپنی سرایت یا کسی دوسرے کی سرایت کے نتیجے میں بچے یا بالغ اس کے انڈے نگل جاتے ہیں اور اس کی سرایت عارض ہو جاتی ہے۔ علاوہ بریں نباتی اغذیہ اور فاسد پانی کے ذریعہ بھی ان کے انڈے داخل بدن ہو جاتے ہیں۔

علامات: حیات والی علامتوں کے علاوہ محض شکمی تمدد اور ورد بطور خاص پایا جاتا ہے اور کدو

دانوں کی موجودگی میں یا فوخ میں درد ہوتا ہے۔اس کا مضغہ (Embryo) جسم کے کسی بھی حصہ میں داخل ہوسکتا ہے۔اگر عضلات میں پہنچتا ہے تو درد عضلہ عارض ہو جاتا ہے، گاہے اس کی رہائش گاہ دماغ بن جاتی ہے، اس طرح صرع کے دورے پڑنے لگتے ہیں۔

علاج: پہلے تین چار روز تک فقط میٹھی چیزوں پر اکتفا کیا جائے، اس کے بعد حسب ذیل نسخے استعمال کرائیں:

(نسخہ) مغز نارجیل، پلاس پاپڑہ 12-12 گرام پیس کر گڑ۔ میں ملا کر رکھ لیں۔

مقدار خوراک: بچے کو حسب عمر 2-3 گرام تک استعمال کرائیں۔

(نسخۂ دیگر) باؤ بڑنگ، درمنہ ترکی، تربد سفید ہر ایک 10-10 گرام، سرخس، کمیلہ، حب النیل، قسط تلخ ہر ایک 5-5 گرام، نمک لاہوری 3 گرام۔

جملہ دوائیں کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔

مقدار خوراک: 12۔گرام بچوں کو حسب عمر دیں۔

(نسخۂ دیگر) کمیلہ 3 گرام باریک پیس کر گلقند میں ملا کر کھلائیں۔ بعد میں پوست انار ترش 24 گرام پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔

جدید علاج: سب سے پہلے میپا کرین آزمایا جائے، چھوٹے بچوں کو 4 اقراص (100 ملی گرام فی ٹکیہ) دیے جاتے ہیں اور بالغوں کو 8 اقراص۔ ہر گھنٹے کے چوتھائی حصے میں مجوزہ مقدار کا چوتھائی حصہ دیا جائے اور دو گھنٹہ بعد مسہل دیا جائے۔

ڈائی کلورفین (Dichlorphen) ایک دوسرا متبادل علاج ہے۔ اس کی واحد خوراک بمقدار 60 گرام/فی کلوگرام صبح کے وقت دی جائے۔ چونکہ یہ دوا خود ملین اثر رکھتی ہے، لہذا کسی مسہل کی ضرورت نہیں رہ جاتی ہے، اس کی سب سے بڑی خوبی یہ ہے کہ آنتوں میں تباہ ہو کر کیٹرے تحلیل ہو جاتے ہیں اور ان کے ٹکڑے آنتوں میں خارج نہیں ہوتے۔

مینڈازول (Mebendazole) بمقدار 200 ملی گرام دن میں دو بار تین یوم تک دینے سے T.Saginata اور T.Solium میں موثر ثابت ہوتا ہے۔

نوٹ: (Flixmas) بچوں میں نہ تجویز کیا جائے۔

63

التہاب زائدہ دودیہ اعوریہ

(APPENDICITIS)

تعریف: زائدہ دودیہ اعوریہ کے ورم کو التہاب زائدہ کہتے ہیں۔

اسباب وامراضیات: التہاب زائدہ کسی بھی حصۂ عمر میں واقع ہوسکتا ہے، لیکن 7 فیصد مریض 10 تا 40 سال کی عمر میں ہی پائے جاتے ہیں۔ زائدہ میں کوئی نہ کوئی انسداد ضرور ہوتا ہے۔ یہ برازی مادہ ہوتا ہے یا کوئی گرہ یا پیچ۔ جب بہت سے اصابات میں اجسام غریبہ کے سبب فتحہ مسدود پایا گیا۔ دیوار زائدہ کا گردجدار التہاب (Transmural inflammation) بہت سے معوی اور دیگر اجسام سے واقع ہوتا ہے جو امکانی طور پر دموی رو یا آنتوں کے فتحہ سے پہنچ سکتے ہیں۔ ایک دفعہ جب ورم کا آغاز ہو جاتا ہے تو اذیما مزید تسدد پیدا کر دیتا ہے، ورم کے نتیجہ میں زائدہ کی دموی رد (جو ایک شریان منتہی کے ذریعہ پہنچتی ہے)، متاثر ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد غانغرانہ واقع ہوسکتا ہے، جس کے ساتھ انثقاب ہوتا ہے اور/یا مقامی خُراج کی تکوین ہوتی ہے یا منتشر التہاب باریطون واقع ہوتا ہے۔

سریری مناظر: ایک مثالی درد جو مرکزی اور اینٹھن دار ہوتا ہے، اس کے ساتھ متلی اور عدم اشتہا کی شکایت ہوتی ہے۔ نیز مرض کے تسددی حصہ میں قے بھی ہوتی ہے۔ باریطونی پرت

متورم ہو جانے کے چند گھنٹے بعد دائیں حفرۂ خاصرہ میں درد ہوتا ہے۔ ابتدائے مرض میں امارات بہت معمولی ہوتی ہیں جس کے ساتھ دائیں حفرۂ خاصرہ میں الیمیت (دکھن) کی شکایت ہوتی ہے، اس کے بعد زبان پر سفیدتہ جم جاتی ہے۔ سرعتِ قلب، قدرے ارتفاعِ حرارت نیز بہت بعد میں عمومی التہاب باریطون یا مقامی ابھار ہوتا ہے جس کا سبب خُراج کی تکوین ہوتی ہے۔ شاذ و نادر ابتدائے مرض میں شدت حمی کے سبب غلطی سے دائیں زیریں فص کا ذات الریہ تصور کرلیا جاتا ہے۔

چوں کہ بچے صحیح مقام مرض کی نشاندہی سے قاصر ہوتے ہیں، اس لیے ان میں اس کی تشخیص بہت دشوار ہوتی ہے۔ حرکات سے درد میں اضافہ ہو جاتا ہے اور بھوک تقریباً مر جاتی ہے۔ 5 میں سے 4 مریضوں میں قے کی شکایت ہوتی ہے۔ چھوٹے بچوں میں قے کی شکایت بالعموم ہو جایا کرتی ہے، لیکن عمر کے ساتھ ساتھ گاہے اس کی اہمیت بہت کم ہو جاتی ہے اور اس عمر میں غلطی سے التہاب معدہ و امعاً تصور کرلیا جاتا ہے۔ بعض بچے درد سر کی شکایت کرتے ہیں۔ واضح عضوی امارت مقامی دکھن ہے اور اس سے اکثر درست رہبری ہو جاتی ہے۔

تشخیص: التہاب زائدہ شکم کے جملہ امراض حادہ سے اشتباہ پیدا کرسکتا ہے۔ اس عمومی شدید شکمی ایمرجنسی میں تشخیص کی توثیق کے لیے شکم شگافی انجام دی جاسکتی ہے۔ شدت مرض کی صورت میں سفید خلویت اکثر موجود رہتی ہے، لیکن طبعی خلیات اس مرض کو مستثنیٰ کرنے کے لیے کافی نہیں جو خالص سریری بنیاد پر بروئے کار لائی گئی ہو۔

علاج: سفوف الاملاح 250 ملی گرام، جوارش عود شیریں 3 گرام، ملاکر اول کھلائیں، اوپر سے:

لعاب ریشہ خطمی 2 گرام، شیرۂ بادیان 3 گرام، شیرۂ انیسون 2.5 گرام، لعاب کتاں 2.5 گرام، عرق بادیان، عرق مکوہ، عرق گلاب ہر ایک 25 ملی لیٹر میں نکال کر صاف کر کے شربت درد مکرر حل کر کے نوش کرائیں۔

مذکورہ نسخہ صبح و شام استعمال کرائیں اور مندرجہ ذیل روئی مقامی طور پر باندھی جائے:

(نسخہ) آرد ماش 500 گرام، شیر گاؤ 500 ملی لیٹر میں گوندہ کر اس طرح پکائیں کہ ایک جانب پختہ ہو اور دوسری جانب خام۔ خام جانب روغن بید انجیر بقدر ضرورت چرب کر کے حلتیت، نمک طعام، باریک کر کے چھڑکیں اور نیم گرم باندھیں۔ سرد ہونے پر بدلتے رہیں، چند یوم بعد نسخہ ذیل دیں:

(نسخہ) آب کاسنی سبز مروق، آب مکوہ سبز مروق، آب بتھوا سبز مروق ہر ایک 25 گرام،

لعاب ریشہ خطمی، شربت وردمکرر 25 ملی لیٹر حل کر کے خاکسی 2.5 گرام چھڑک کر پلائیں۔

حب کبد نوشادری (1 تا 2 عدد) بعد طعام کھلائیں۔

رفع نقاہت کے لیے حب جواہر مہرہ 1 عدد، خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا 3 گرام ملا کر ہمراہ آب کاسنی سبز مروق، آب مکوہ سبز مروق ہر ایک 35 ملی لیٹر نوش کرائیں۔ 15 یوم بعد مسہل ذیل دیا جائے:

(نسخہ) قرص ملین ہمراہ روغن بید انجیر 25 ملی لیٹر، شیر گاؤ نصف لیٹر نیم گرم حل کر کے شربت وردمکرر شامل کر کے نوش کرائیں۔

دوسرے روز تبرید ذیل دی جائے:

(نسخہ) خمیرہ گاؤزباں عنبری 3.5 گرام، ورق نقرہ نصف عدد لپیٹ کر کھلائیں، اوپر سے شیرۂ عناب 2 دانہ، عرق گاؤزباں 7 ملی لیٹر میں نکال کر صاف کر کے شربت عناب 25 ملی لیٹر حل کر کے تخم ریحاں 3.5 گرام چھڑک کر پلائیں۔

اگر ضرورت ہو تو اس کے بعد قرص ملین والا نسخہ حسب ضرورت دیا جائے اور مقامی طور پر ضماد شیر شتر یا ضماد جالینوس لگایا جائے:

خوردنی طور پر نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) آب مکوہ سبز مروق 25 ملی لیٹر، بھلبھلاتے ہوئے کچے آم کا فشردہ 1 عدد اور شربت ارزانی 25 ملی لیٹر ملا کر اوپر سے خاکسی 3.5 گرام چھڑک کر صبح و شام پلائیں۔

عملیہ: یہ لازمی طور پر ایک جرحی اصابہ ہے۔ کبھی کبھی شبہ کی حالت میں اس کا عملیہ انجام دے دینا دانشمندی پر مبنی ہوتا ہے، ورنہ انثقاب یا التہاب باریطون کا خطرہ رہتا ہے۔ ایک بار ابھار پیدا ہونے کے بعد صیانتی معالجہ کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ پہلے ورم کو تحلیل کرنا اور پھر زائدہ شگافی کی اجازت ہے۔

انصباب وانذار: شرح اموات کا انحصار اس امر پر ہے کہ وقوع مرض کے کتنے روز بعد عملیہ بروئے کار لایا گیا، علاوہ بریں عمر کو بھی اس میں دخل ہوتا ہے۔

غذا: شیر گاؤ، آش جو یا ساگودانہ دے سکتے ہیں۔

●●

64

خروج المقعد

(PROLAPSE OF THE RECTUM)

اسباب: گو کہ یہ خلقی خلل نہیں تاہم گرد مستقیمی بافتوں کے خلقی استرخا کے سبب عموماً عارض ہوتا ہے معاء مستقیم کا انتہائی سرا مسترخی یا متورم ہو جاتا ہے اور معاء مستقیم کی غشاء مخاطی باہر نکل آتی ہے، گاہے اس کے سارے طبقات بروز کر آتے ہیں۔

جب بچوں کے اعضا غلبۂ رطوبت کے سبب ضعیف ہو جاتے ہیں اور ساختوں کے ڈھیلا پن کے ساتھ قبض، اسہال مزمن وغیرہ ہو تو اجابت میں زور لگانے پر کانچ نکل آتی ہے۔ نقص تغذیہ میں مبتلا بچے عموماً شکار ہوا کرتے ہیں۔ اس کے حسب ذیل اسباب خصوصی بتائے جاتے ہیں:

1۔ اعصاب کی خلقی کمزوری۔
2۔ شحوم کا نامکمل انہضام۔
3۔ فالج۔
4۔ مقامی صدمۂ جراحت۔
5 کرم شکم، سنگ مثانہ۔
6۔ مقامی بثورات۔

7۔کالی کھانسی۔

8۔ضیق مجرائے بول۔

یہ مرض زیادہ تر بچوں کو لاحق ہوتا ہے۔ مذکورہ اسباب سب سے زیادہ عضلہ معجلۃ المقعد (Carrugator muscle) کو ماؤف کر دیتے ہیں، نتیجۃً کار دہانہ مقعد باقاعدہ بند نہیں ہوتا ہے۔ خروج مقعد حسب ذیل مدارج میں ہوا کرتا ہے:

(1) جب صرف حدود کے اندر رہتے ہوئے یہ عضلہ مبرز کے دہانے کو معمولی طور پر متسع کر دے۔ لیکن باہر سے نظر نہ آسکے، تو یہ پہلا درجہ ہوگا۔

(2) اگر عضلہ باہر نکل آئے لیکن مڑنے نہ پائے تو یہ درجہ دوم ہوگا۔

(3) اگر عضلہ بروز کے بعد مڑ بھی جائے تو اسے درجۂ سوم کہیں گے۔

تدابیر وعلاج: علاج میں تینوں مدارج کے لیے یکساں تدابیر بروئے کار لائی جاتی ہیں، ہاں مدت علاج ہر ایک میں مختلف ہوتی ہے۔

اصل سبب کو دفع کیا جائے۔ اگر نقص تغذیہ سبب ہو تو عمومی تغذیہ کی بحال کی طرف توجہ دی جائے۔ اگر بچہ مذبول ہو تو اس کی ضرورت بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ قبض رفع کیا جائے۔ کرم شکم، بواسیر، اسہال، شہقہ وغیرہ کا معقول علاج کیا جائے تو مرض خود بخود زائل ہو جائے گا۔

آب گرم کا نطول کیا جائے اور رفع حاجت کے بعد ایک اونس نیم گرم پانی میں پھٹکری 15 گرین اور ٹنکچر اسٹیل 10 منم ملا کر نکلے ہوئے حصے کو تر کر کے آنت اندر واپس کر کے پھر اسی قابض محلول میں مطہر گاز تر کر کے لنگوٹے سے باندھ دیا جائے۔ ٹھنڈے پانی سے آبدست کرانا بھی اس کی واپسی میں معین ہوتا ہے۔

اجابت کے وقت دونوں کولہوں کو سمیٹنے کی تربیت دی جائے بلکہ بچے کو استراحت کی حالت میں رفع حاجت کی ہدایت دی جائے۔ اگر بچہ مریض ہو تو پہلو پر لٹا کر پاخانہ کرایا جائے اور اس مقصد کے لئے اوپر کے سرین ذرا اوپر اٹھا لیے جائیں۔

اگر بچہ ہوشیار تو اسے ہدایت کی جائے کہ کوشش کر کے عضو کو اندر کر لے ورنہ والدین مدد کریں۔

نسخہ آبزن: انار کے چھلکے، آس تازہ، جفت بلوط، گلاب خشک، قرن الایل محرق، قرطاس محرق، پھٹکری، گلنار، مازو مساوی الوزن لے کر پانی میں خوب پکائیں، تاکہ ادویہ کی قوت

پانی میں آجائے، پھر چھان کر اسی سے آبزن کرائیں، یعنی بچے کو اس میں بٹھائیں، اس امر کا خصوصی خیال رکھا جائے کہ جوشاندہ نیم گرم ہوتا کہ خوب اثر کرے۔

نسخہ ذرور: مازو ئے سبز، گلنار، پوست انار ہر ایک دو گرام کوٹ چھان کر سفوف بنائیں۔ یہ ذرور کانچ پر چھڑک کر آہستہ سے کانچ اندر کر دیں اور اوپر سے لنگوٹ کس دیں۔ لیکن ذرور سے پہلے مازو، پھٹکری 6-6 گرام پانی میں حل کر کے اس میں روئی تر کر کے کانچ پر پھیر دیں تو افادیت بڑھ جائے گی۔

نسخہ دیگر: جفت بلوط، دم الاخوین، کہربا، گل ارمنی، کات سفید باریک کر کے کپڑا میں باندھ کر مقعد میں رکھنا بھی مفید ہے۔

تقویت ہضم کے لیے دواء المسک 3 گرام یا نوشدارو 4 گرام بعد غذا ئیں دن میں دو بار دیں۔

غذا و پرہیز: عام جسمانی کمزوری رفع کرنے کے لیے زود ہضم اور مقوی غذا دی جائے۔ مرچ مصالحہ اور گرم اشیا سے پرہیز ضروری ہے۔ کونتھنے سے منع کیا جائے۔

نوٹ: اکثر ایسا ہوتا ہے کہ یہ علت صغر سنی میں پیدا ہو جاتی ہے لیکن عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ خود بخود رفع ہو جاتی ہے۔

●●

65

التہاب مقعد

(PROCTITIS)

اسباب: گاہے مقعد میں ابتدائی طور پر یا کسی مرض مثلاً تقیحی التہاب قولون یا بواسیر وغیرہ کے نتیجے میں انصباب مواد کے سب ورم حار پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح مقعد پر چوٹ کا لگنا یا اس میں کسی نوکدار شے کا چبھنا بھی سبب میں شامل ہے۔

علامات: مقعد کے اردگرد جلن محسوس ہوتی ہے اور شدید درد ہوتا ہے جس کی تپش پشت تک پہنچتی ہے۔ پیچش ہو کر براز میں سیاہی مائل بلغم خارج ہوتا ہے۔ پیشاب بار بار آتا ہے۔

علاج: خوردنی طور پر نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) گلبنفشہ، گل نیلوفر، تخم کاسنی ہر ایک 3 گرام، عناب، آلو بخارا 3-3 دانہ۔ جملہ دوائیں رات بھر کے لیے بھگو دیں، اگلی صبح مل چھان کر شربت نیلوفر ملا کر پلائیں۔

مرہم سفید لگائیں جو نہ صرف عضو کو برودت بخشتا ہے بلکہ مادے کا امالہ بھی کرتا ہے نیز موم وروغن کے سبب اورام کو تحلیل کرتا اور درد کو ساکن۔ سفیدی بیضۂ مرغ اور روغن گل ملا کر لگانا بھی مفید ہے۔ اس سے بھی مذکورہ مقاصد حاصل ہوتے ہیں۔ اسی طرح دیگر سرد ضمادات بھی مفید ہیں۔

ضماد ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) مردار سنگ 17.5 گرام، نشاستہ 28 گرام، سفیدہ قلعی 7 گرام، موم 105 گرام، روغن گاؤ 70 گرام، چربی بط 35 گرام، روغن کنجد (بقدر ضرورت)۔

اگر ورم زمانہ ابتدا سے متجاوز ہو جائے نیز اس کا سبب بواسیر نہ ہو تو مرہم داخلیون، روغن گل میں آمیز کر کے لگایا جائے۔

اسی طرح قدرے مرہم باسلیقون ہمراہ زردی بیضۂ مرغ نیمبرشت لگانا بھی مفید ہے۔

شدت درد کی حالت میں:

بنگ سادہ کا عرق نچوڑ کر پانی میں ملا کر اس میں روٹی بھگو دیں اور اس پر زردیٔ بیضۂ مرغ (جو بستہ نہ ہوئی ہو) اور روغن گل ملا کر مرہم تیار کر کے ضماد کریں۔

عملیہ: تقیح کی صورت میں مکمل طور سے پکنے سے پہلے ہی شگاف دے دیں تا کہ مادہ اندرونی جانب مائل نہ ہو جائے، جس سے ناصور ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ یہ بقراط کی تجویز ہے۔

غذا: صرف آش جو، دودھ یا ساگودانہ دیں۔

●●

66

خارش مقعد

(PRURITUS ANI)

اسباب: کبھی خراش مقعد کا سبب وہ چھوٹے چھوٹے کیڑے ہوتے ہیں۔ جو اس میں پیدا ہوتے ہیں۔ گاہے مقعد میں تیز سوداوی خون گرتا ہے جو بواسیر کا پیش خیمہ ثابت ہوتا ہے، کبھی چرک آلود قروح سے خارش پیدا ہوتی ہے۔ بڑوں میں بواسیر کا پیش خیمہ ثابت ہوتی ہے۔

کبھی اس کا سبب شور اخلاط یا صفراوی مادے ہوتے ہیں، جو اپنی تیزی کے سبب لذع پیدا کرتے ہیں۔

علامات: اس میں بالخصوص رات میں مبرزی اور عجانی خارش کے دورے پڑا کرتے ہیں۔

پیچش کے ہمراہ یہ اخلاط خارج ہوتے ہیں۔

چرنے اور سوتی کیڑے سبب ہوں تو کبھی کبھی اجابت کے ہمراہ خارج ہوتے ہیں۔

اگر قروح مقعد سبب ہو تو گاہے براز کے ساتھ پیپ بھی خارج ہوتی ہے۔ مقامی اسباب کو تشخیص سے پیشتر دونوں مقامات یعنی جلد اور مبرزی مستقیمی قتال میں مستثنیٰ کر لینا بہتر ہے۔ یہ بچوں کے بہ نسبت بچیوں میں کثیر الوقوع ہے، علی الخصوص عنفوان شباب میں۔

اجابت کے وقت کونتھنے سے اس حالت میں شدت پیدا ہو جاتی ہے۔ مبرزی خطہ میں

معمولی خراش سے جلد کھرچ اٹھتی ہے۔ یہ ایک ایسا فعل ہے، جس میں ابتدا میں لطف آتا ہے، لیکن بالآخر صورت حال کو دوام بخشتا ہے۔

امتحان پر کوئی قابل ذکر غیر طبعی صورت نظر نہیں آتی لیکن مبرز عموماً مذبول، متسع، عنقودی اور متاکل ہوتا ہے۔

احتیاطی تدابیر: صفائی کا خصوصی خیال رکھا جائے، نیم گرم پانی سے مقعد دھوئی جائے اور کھجلانے سے حتی الامکان باز رکھا جائے۔ رفع قبض کے لیے پیرافین ہرگز نہ استعمال کی جائے۔

علاج: خون کی اصلاح کریں، اخلاط کا اخراج واستیصال کیا جائے، چنانچہ اگر خلط صفراوی کا غلبہ ہو تو اس کا استفراغ کریں اور سپستاں، عناب جوش دے کر پلائیں۔

ابتدا میں حقنہ یا مسہل سے آنتوں کی صفائی سے بہت فائدہ ہوتا ہے اور صحت جلد ہوتی ہے۔

مقامی طور پر حسب ذیل دوائیں مقعد پر لگائیں:

- گل روغن اور سرکا لگانے سے نہ صرف مادہ میں نرمی پیدا ہوتی بلکہ مادہ تیزی سے تحلیل پذیر بھی ہوتا ہے۔
- روغن نیلوفر، روغن بنفشہ، مسکہ تازہ۔
- مقعد کا شراب سرکا سے مسح کرنا بھی زیادہ تر مفید ثابت ہوا ہے۔
- اسی طرح دیگر اخلاط کی رعایت سے بھی علاج کیا جائے۔

ہائیڈروکارٹی سون اور اس کے مشتقات موثر ترین ثابت ہو سکتے ہیں۔ ابتدا میں اسے صبح وشام لگایا جائے اور حالت قابو میں آجانے کے بعد وقفہ بتدریج بڑھاتے جائیں۔

شدت مرض کی حالت میں مسکنات بالخصوص شب میں دیے جائیں۔

●●

67

یرقان نوزائیدہ

(JAUNDICE IN NEW BORN)

یرقان اصفرایک سریری اصطلاح ہے، جس کا اطلاق جلد اور غشائے مخاطی پر نمودار ہونے والی اس زردی پر ہوتا ہے، جو رطوبت جسمانی میں صفرا (بلی روبن) کے بڑھے ہوئے ارتکاز کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ صرف اسی صورت میں متمائز کی جاسکتی ہے، جب کہ سریری بلی روبن ارتکاز 3 ملی گرام/ 100 ملی لیٹر تک بڑھ جاتا ہے۔ اس سے کم تر بیش بلی روبن دمویت (Hyperbilirubinaemia) یرقان مخفی سے موسوم کیا جاتا ہے۔

بلی روبن (صفرا) کی زیادتی اس کے سبب سے کہیں زیادہ مضر ہوتی ہے جب کہ بلی روبن گلوکورونائیڈ (Bilirubin glucuronide) کی مضرت کا انحصار اس کے سبب پر ہوتا ہے۔ یہ بالراست اور بالواسطہ کی بہترین مثالیں ہیں، اس میں داخلی بافتیں، بالاستثناد ماغ، بھی رنگین ہو جاتے ہیں، کیوں کہ (بالاستثنا فوری نوزائیدی یرقان) بلی روبن دماغی باڑھ کو عبور نہیں کرسکتی۔

تمام بدن کی جلد، آنکھ کا طبقۂ صلبہ اور بدن کی اکثر رطوبت زرد رنگت اختیار کرلیتی ہے۔

پیدائش کے پہلے ہفتے میں 55 تا 85 فیصد نوزائیدے سریری طور پر یرقانی ہو جاتے ہیں۔ یہ یرقان مختلف مدت کا ہوتا ہے، جو بالعموم ناگزیر لیکن بے ضرر ظواہر کے طور پر رونما ہوتا ہے، کیوں

کہ نوزائیدہ اچانک بالکلیہ خارجی ماحول سے دو چار ہوتا ہے، جو رحمی ماحول سے یکسر مختلف ہوتا ہے۔ یہ یرقان اکثر اسی تغیر کا مظہر ہوتا ہے، تاہم گاہے کسی خطرناک سبب کا مظہر ہوتا ہے، لہٰذا بعجلت ممکنہ پتہ لگالینا نوزائیدہ کی زندگی کے لیے ضروری ہوتا ہے۔ نوزائیدی یرقان کو بڑھانے والا مرضیاتی میکانیہ چار جماعتوں میں تقسیم کیا جاتا ہے:

(1) منافعاتی، (2) خون پاش، (3) کبدی خلوی (کبدی مرضی)، (4) تسددی یا صفرارکودی۔

منافعاتی یرقان (PHYSIOLOGICAL JAUNDICE):

تقریباً 55 تا 85 فیصد نوزائیدوں میں سریری یرقان ترقی کرتا ہے جو پیدائش کے بعد 48 ویں گھنٹے سے شروع ہوتا ہے، زرد رنگت گہری ہوتی جاتی ہے جو پانچویں تا چھٹے روز عروج پر پہنچ جاتی ہے، اس کے بعد معدوم ہونے لگتی ہے۔ اگر پیدائش کے چوتھے روز صفرائے مصلی (Serum bilirubin) کا اندازہ لگایا جائے تو صد فیصد نوزائیدوں میں صفرا (بلی رو بن = Bilirubin) کی سطح بڑھی ہوئی ملے گی۔ اس کا تمام تر انحصار بالواسطہ طور پر ازدیاد صفرا پر ہوتا ہے۔ عام طور سے صفرا 10 تا 11 ملی گرام سے زیادہ نہیں بڑھتا۔

بالعموم ظہور یرقان کے علاوہ بچوں میں کوئی سریری خلل نظر نہیں آتا۔ رضاعت، امتصاص (چوسنے کا عمل)، سڑکنا، نگلنا، نوم و بیداری، اجابت کی عادتیں اور انعاسات بالکل طبعی ہوتے ہیں۔ نہ ہی حرارت کی کوئی شکایت ہوتی ہے اور نہ غشائے مخاطی کا امتلا۔ جگر اور طحال اگر قابل جس ہوں تو عمر کے اعتبار سے بالکل طبعی ہوتے ہیں۔

یہ ازدیاد صفرا بالخصوص جگر کی طرف منسوب کیا جاتا ہے، جس میں خامرہ ناقلہ (Transferase) کی وہ صلاحیت جو بالواسطہ صفرا (Bilirubin) کو بلا واسطہ صفرا (بلی رو بن) میں تبدیل کرنے کے لیے ضروری ہوتی ہے، کمال کو نہیں پہنچی ہوتی ہے۔ اس طرح متغیر صفرا غیر سمی ہو جاتا ہے اور حل پذیر ہونے کے سبب بآسانی آنتوں میں خارج ہو جاتا ہے۔ اس خامرہ کی عدم موجودگی میں بالواسطہ صفرا زائد مقدار میں بنتا ہے، تاکہ جینی کریات حمرا کی تباہی کے نتیجہ میں پیدا ہونے والے خارج الرحم دموی مقدار (حجم) کی تلافی کر سکے۔ اس پر جگر قابو نہیں پاتا اور بالآخر صفرا مجتمع ہو کر یرقان رونما کر دیتا ہے۔ پیدائش کے اگلے ہفتے سے خامرہ موثر طور پر کام کرنے لگتا ہے۔ حقیقت تو یہ ہے کہ منافعاتی یرقان کو قدرت کی ناگزیر لیکن بے ضرر بے رنگی کے طور پر دیکھنا چاہیے،

جس میں بچہ صحت منداور رحمی ماحول سے نکل کر خارج رحم زندگی میں قدم رکھتے وقت عارضی کشمکش سے دوچار ہوتا ہے۔ پھر بھی منافعاتی یرقان کو قبل از وقت پیدا ہونے والے نوزائیدوں میں احتیاط کے ساتھ دیکھنا چاہیے اور اسے ہرگز تغافل کے نتیجہ میں مرضی بیش صفرادمویت (Pathological-Hyperbilirubinemia) میں تبدیل نہ ہونے دینا چاہیے۔

بالواسطہ صفرا بیش صفرادمویت میں خطرناک ہوتا ہے۔ بالواسطہ صفرا کا 16 ملی گرام سے زائد بڑھنا خطرناک ہے، کیوں کہ یہ یرقان قرنیہ (Kericterus) کا سبب ہوسکتا ہے، جو نا قابل اصلاح دماغی تباہی کا باعث ہوسکتا ہے۔

خون پاش یرقان (HAEMOLYTIC JAUNDICE):

نوزائیدوں میں منافعاتی یرقان کے بعد دوسرے نمبر پر خون پاش یرقان ہوتا ہے یہ قسم خون کے سرخ ذرات کی تیزی سے بربادی کا نتیجہ ہوتی ہے، جس کے سبب صفرا (بلی روبن) کی پیدائش بڑھ جاتی ہے۔ خون پاشیدگی خون کے سرخ خلیات کے درونی خلل یا اس کے متعدد خارجی عوامل کے علاوہ خامروں کے اختلالات، سرایتوں اور سموم، دواؤں کے خون پاش اثرات کے سبب واقع ہوسکتی ہے، علاوہ بریں دموی گروپ کی عدم مطابقت یعنی RH اور ABO نادر گروپ بھی اس کا سبب ہوتے ہیں۔

شدید یرقان کے تیزی سے بڑھنے کی صورت میں بچوں میں فقرالدم، اذیما، استسقا اور سقوط قلب امتلائی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ ساتھ ساتھ کبدی طحالی عظم کی صورت میں ان کی تکوین نو کے خراب اثرات ظاہر ہوتے ہیں۔ بڑھتی ہوئی صفراوی سطح بجائے خود مرکزی نظام اعصاب کو متاثر کیے بغیر نہیں رہتی، مخصوص منظر یرقان اولی (Icterus Precox) یا پیدائش کے بعد 24 گھنٹے کے اندر اندر رونما ہونے والا یرقان ہوتا ہے۔ یہ ظواہر جملہ خون پاش یرقان پر محیط ہوتے ہیں۔ فعل جگر کے دیگر کاشفات طبعی ہوتے ہیں۔

کبدی خلوی یرقان:

کبدی خلوی یرقان جگر کی اس خلوی تباہی کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں خون کے اجزا صفرا میں تبدیل ہوجاتے ہیں، بالفاظ دگر خون سے صفراوی اجزا کا تنقیہ نہیں ہونے پاتا۔ خون کے عدم تنقیہ کے متعدد اسباب ہیں۔ مثلاً سوءمزاج جگر، سوءمزاج بدن، امراض جگر اور چھوت وغیرہ۔

کبدی خلوی یرقان میں غیر متزوج اور متزوج دونوں قسم کے بلی روبن کا ارتکاز خون میں

بڑھ جاتا ہے، جس کا سبب غالباً نقلِ بلی روبن کا اختلال ہوتا ہے۔

حادثی مرض کبد (Acute Parenchymal Liver disease) عموماً نوزائیدی کبدی التہاب 'الف' یا 'ب' قشب (A or B Virus) کے ذریعہ واقع ہوتا ہے۔ نوزائیدوں میں خام میکانیہ، منتقلی، بالخصوص نارسیدگی (غیر پختگی = Prematurity) میں اور بلی روبن کی منتقلی کا خلل کبدی خلیہ کے اہم ترین تحولی اختلالات ہیں، جو یرقان پیدا کرتے ہیں۔

تسددی یرقان (OBSTRUCTIVE JAUNDICE):

صفراوی قنالچہ (Biliary Caliculus) اور پتے کی نالی نیز قنات بانقراسی کے مقام اتصال کا اتساع یعنی انتفاخ ویٹر (Ampulla of Vater) کے مابین کہیں بھی بلی روبن کے اخراج میں تسدد واقع ہو جائے تو یرقان لاحق ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں خلیۂ کبد تک پہنچنے والے غیر متزوج بلی روبن اور متزوج بلی روبن قنالچۂ صفراوی میں داخل ہونے سے قاصر رہ جاتے ہیں، اور نتیجۂ کارخون میں ان کا ارتکاز بڑھ جاتا ہے۔ دوسرے لفظوں میں صفرا خون میں دوبارہ جذب ہو جاتا ہے۔ انسداد کلاں صفراوی قنات میں ہوتا ہے یا خورد، جس کے گوناگوں اسباب ہوا کرتے ہیں جن میں سے بانقراس، گردہ اور ثرب وغیرہ کے اورام وسلعات کے سبب قنات صفراوی پر دباؤ وغیرہ کے علاوہ قشی التہاب کبد، فعال مزمن التہاب کبد یا ضمور کبد بطور خاص قابل ذکر ہیں۔

سریری مناظر: تشخیص میں مندرجہ ذیل سریری نکات انتہائی معین ثابت ہوتے ہیں:

وقوعۂ یرقان کی عمر؛ کوئی بھی بچہ یرقانی نہیں پیدا ہوتا، کیوں کہ درون رحمی دور میں مشیمہ صفرا (بلی روبن) کے اخراج کی غیر معمولی صلاحیت کا حامل ہوتا ہے۔ وضع حمل کے بعد مشیمی اخراجی فعال نہیں رہ جاتا اور بالآخر مختلف وقفوں سے یرقان کی فراہمی شروع ہو جاتی ہے۔ اس کا انحصار بلی روبن کی تکوین کی سرعت پر ہوتا ہے، چنانچہ ظہور یرقان کے لیے چند گھنٹے سے لے کر چند یوم تک درکار ہو سکتا ہے اور معدوم ہونے سے پہلے پہلے بام عروج پر پہنچ جاتا ہے۔ اس حقیقت کا سہارا یرقان کے مختلف اسباب کی تفریق میں لیا جا سکتا ہے، مثال کے طور پر خون پاش یرقان ولادت کے بعد بہت جلد شروع ہو جاتا ہے اور عام طور سے پیدائش کے 48 گھنٹے کے اندر اندر۔ دوسری طرف منافعاتی یرقان پیدائش کے 48 گھنٹے کے بعد، اس لیے خون پاش یرقان کو متمائز کرنے کے لیے تشخیص کر لینی چاہیے۔ یہاں یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ہر نوزائیدہ کا پیدائش کے بعد دن کی روشنی میں اچھی طرح معائنہ کرنا چاہیے۔

یرقان میں شدت: شدت یرقان کا دورہ کرنے والے بلی روبن کی سطح سے گہرا تعلق ہوتا ہے ار ہر طبیب کے لیے زردی کی شدت، بلی روبن دمویت واضح علامت ثابت ہوتا ہے، تاہم سیاہ فام بچوں میں اسکا پتہ لگانا آسان نہیں ہوتا۔

منافعاتی یرقان خفیف سے اوسط تک ہوتا ہے، تاہم شاذ اصابات میں منافعاتی یرقان میں بھی بلی روبن سطح بلاشبہ بلند ہو جاتی ہے، بشرطیکہ بچہ وقت سے بہت پہلے پیدا ہوا ہو، یا وہ عفونت نوزائیدہ، بے آبی، تنفسی دباؤ، درون دماغی مولودی ضربہ اور دم کشی یا قلت شکریت میں بھی مبتلا ہو۔

اس کے برعکس تیزی سے ترقی کرنے والا اور شدید یرقان خون پاش یرقان کی خصوصیت ہوتی ہے، جو دموی جماعت (Blood group) کی عدم مطابقت یا خامری خلل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ التہاب کبد یا تسددی یرقان میں یرقان اگر طویل المدتی ہو تو شدت اختیار کر سکتا ہے اور نتیجۂ کار ظہور میں بھی تاخیر ہو جاتی ہے۔

سوء مزاج بدن کی حالت میں بدن گرم ہو جاتا اور تمام بدن میں خارش ہوتی ہے، اجابت خشک ہوتی ہے، صفراقے اور بول و براز میں خارج ہوتا ہے اور یرقان رفتہ رفتہ بڑھتا جاتا ہے۔ شدید اصابات میں پسینہ اور تھوک بھی زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ نبض بطی اور قلتِ اشتہا کی شکایت ہوتی ہے، کبھی کبھی اسہال بھی آجاتا ہے۔ کمزوری اور اضطراب کے ساتھ طبیعت چڑچڑی ہو جاتی ہے۔

امراض جگر کی حالت میں ورم جگر کی علامت پائی جاتی ہے۔ بہت بڑا اور ناہموار جگر کبدی نوساخت کی علامت ہوتا ہے۔ طویل المدتی اصابات میں کبدی خلوی فساد فعل کی سریری اور بایو کیمیکل شہادت ملتی ہے۔

مدت یرقان: طویل المدتی یرقان جو ایک ہفتہ تا دس دن برقرار رہتا ہے۔ غیر پیچیدہ منافعاتی یرقان کا منظر نہیں، بلکہ پیچیدہ عوامل مثلاً قبل از وقت پیدائش (نارسیدگی)، بے آبی، عفونت، سمی اودیہ، درون دماغی زخم، دماغی تعویق، زراتی مرض قلب یا ماں کے دودھ میں خامری اسباب مثلاً پریگنینڈیال (Pregnenediol) جو انتقالی میکانیہ (Transferase mechanism) کو معطل کر دیتے ہیں۔ پریگنینڈیال یرقان عام طور سے تسددی یرقان، التہاب جگر، نوزائیدی ضمور کبد، خون پاش یرقان، سیلان شیر سمی (Galactosemia) اور غلیظ صفراوی علائمیہ A BO یا RH

(خون پاش یرقان کی پیچیدگی کے طور پر) میں زیر مشاہدہ آتے ہیں۔

خاندانی روداد: دوران حمل ماں میں سرایتی التہاب کبد کی روداد نوزائیدی التہاب کبد کے امکان کی طرف ایک اشارہ ہوتی ہے۔ خون پاش اختلالات جو بار بار اور خاندانی قسم کے ہوتے ہیں، سابقہ یرقان کی روداد اگر موجود ہو، بہت زیادہ اہم ہوتی ہے، علی الخصوص اگر یہ ABO یا Rh عدم مطابقت اور انزائم اختلالات سے متعلق ہو۔

سمی ادویہ کا استعمال: حاملہ عورتوں میں سمی ادویہ کا آخری ہفتوں میں استعمال، نوزائیدے میں سمی کبدی تغیر کا سبب ہوسکتا ہے۔ کلورم فینی کال، طویل المدتی اثرات کی حامل سلفا ادویہ، ایسپرین، حیاتین 'ک' فینوبار بی ٹون اور متعدد اسٹیرائڈ اس سلسلے میں کافی بدنام ہیں۔

والدین کے دموی گروپ کا علم مفید ہوا کرتا ہے۔ دموی گروپ کی عدم مطابقت کے سبب واقع ہونے والے خون پاش یرقان کا پتہ لگانے میں والدین کا دموی گروپ غیر معمولی اہمیت کا حامل ہوتا ہے، تاہم اس کا پتہ لگانا آراستہ و پیراستہ شفاخانہ میں ہی ممکن ہے۔

بیشتر اصابات میں منا فعاتی یرقان مختلف گہری زرد رنگت کے سوا اور کوئی نقصان نہیں پہنچاتا۔

سریری و سرایتی عفونت، بخار، نفخ شکم، کبدی طحالی کلانی، منہ اور طبقہ ملتحمہ (Conjunctiva) کی غشائے مخاطی کا نمایاں امتلا، اسہال اور قے کی موجودگی منا فعاتی یرقان سے کوئی میل نہیں رکھتے، اسی طرح ولادت کے فوراً بعد فقر الدم کا کوئی بھی درجہ معمولی زردی سے لے کر فقر الدموی امتلائی قلبی سقوط خون پاش خلل کی قوی شہادت ہوتا ہے۔

تشخیص میں براز کی خصوصیات اہمیت کی حامل ہوتی ہیں، بالخصوص طویل المدتی یرقان میں۔ جلد اور طبقۂ صلبہ (Sclera) زرد سے زرد تر ہوتے جاتے ہیں اور براز بھی زرد رنگت اختیار کر لیتے ہیں تاوقتیکہ یہ تسددی یرقان میں چاک نما نہ ہو جائیں۔

ممکنہ تشخیص تک پہنچنے میں یہ سریری نکات نہایت مفید ثابت ہوتے ہیں، مزید برآں بچے کے نمو پر بھی گہری نظر رکھنی چاہیے۔ مرض کا تیزی سے بڑھنا یا رنگ کا گہرا ہونا خراب انذار ہے جو مرض کی تشخیص پر نظر ثانی کے لیے مجبور کر سکتا ہے۔ حسب ضرورت مندرجہ ذیل متعلقہ معملی کاشفات بروئے کار لانے چاہئیں۔ اس سے طریقۂ علاج اور مدت علاج کی تعیین میں آسانی ہوتی ہے:

معملی تفتیشات: سیرم بلی روبن کا پتہ لگانا بالراست اور بالواسطہ دونوں طریقوں سے خون پاش یرقان میں مجموعی بلی روبن کا 7% سے زائد بالواسطہ بلی روبن۔ تسددی یرقان اور التہاب بعد میں زائد حصہ کی تکوین راست بلی روبن سے ہوتی ہے۔

اس سلسلے میں فعل کبد کا کاشفہ (LFT) مثلاً وانڈن برگ ردعمل (Vanden berg-Reaction)، ایس۔ جی۔ او۔ ٹی (S G O T) اور ایس۔ جی۔ پی۔ ٹی۔ (S G P T) نیز خون کی الکلی فاسفیٹ سطح کا تعامل (Alkaline Phosphate level reaction) بروئے کار لانا چاہیے۔

سیرم سطح کا مقررہ وقفوں سے بار بار اندازہ لگانا، انذار و علاج کے لیے بہترین رہنما ثابت ہوتا ہے۔

بچے کا خون برائے ہیموگلوبین (حمرۃ الدم)، کریات حمرا (R B C) اور کریات بیضا (WBC) شمار کے لیے نیز مجہری نمونے کا مطالعہ فقر الدم، سرایت اور خون پاشیدگی کی شہادت کے لیے کرنا چاہیے۔ یہ تمام تفتیشیں خون پر بروئے کار لانی چاہئیں۔

اگر والدین کے گروپ میں ہم آہنگی نہ ہو تو بچے کے خون کی حسب معمول A B O اور Rh گروپنگ کی جائے۔

معملی تفتیشیں اکثر اصابات میں کافی ہوا کرتی ہیں۔ مزید امتحانات مثلاً خون کی کاشت، کبدی ربذہ وغیرہ کی ضرورت بہت کم پڑا کرتی ہے۔ چند اہم صورتیں حسب ذیل ہیں:

بچے کی ولادت کے بعد Rh عدم مطابقت جلد ہی بیش بلی روبن دمویت اور شدید فقر الدم میں اضافہ کر سکتا ہے اور اگر بر وقت علاج نہ کیا جائے تو شدید یرقان نوزائیدہ (Kernicterus) ترقی کر سکتا ہے اور مریض شدید یرقان نوزائیدہ (Kernicterus) یا فقر الدم کے سبب فوت ہو سکتا ہے۔

حبل السرہ کو خون کی تفتیش کے لیے محفوظ رکھ لینا چاہیے، کیونکہ اس سے پیش مادری قیمتی معلومات فراہم ہوتی ہیں۔ حبل السرہ کے خون کا بلی روبن اور ہیموگلوبین مشتملات نہایت اہم ہوتے ہیں۔ اس خون پر کومب کاشفہ (Comb's Test) بھی بروئے کار لایا جا سکتا ہے۔

بعض اصابات میں گو کہ کومب کاشفہ مثبت ہوتا ہے، تاہم حبل السرہ کے خون سے کسی غیر طبعی حالت مثلاً ہیموگلوبین یا کثرت بلی روبن کا پتہ نہیں چلتا۔ ایسے بچوں پر گہری نظر رکھنی چاہیے

اوران کی بلی روبن سطح کو ہر تیسرے یا چھٹے گھنٹہ سنجیدگی سے جانچتے رہنا چاہیے۔

علاج:

مقصد علاج: حسب ذیل ہونا چاہیے:

1۔ سی بلی روبن جو مجتمع ہوگئی ہو، اسے دور کرنا۔

2۔ حساسیت زدہ کریات حمرا دور کرنا تا کہ خون کو مزید پاشیدگی سے محفوظ رکھا جا سکے۔

3۔ فقر الدم درست کرنا۔

4۔ بچے کے دوران خون سے مضاد اجسام (Rh anti bodies) دور کرنا۔

ابھی تک کوئی ایسی دوا دریافت نہیں ہوئی ہے، جو ان مقاصد کی تکمیل کر سکے، لہٰذا واحد حل کے طور پر متبادلاتی نقل الدم بروئے کار لانا چاہیے۔

خون کی تبدیلی کے دوران امتحان کے لیے خون دوبارہ معمل بھیج دینا چاہیے، ویسے عام طور سے دوبارہ خون کی تبدیلی کی ضرورت شاذ و نادر ہی پیش آتی ہے۔

ABO عدم مطابقت کا علاج Rh عدم مطابقت کی طرح ہی ہے، یرقان میں اصلاح ہضم بہت ضروری ہے۔ اگر اصل سبب کی تعیین میں دشواری پیش آ رہی ہو تو ہلکے مسہلات صفرا استعمال کرائیں تا کہ نہ صرف جگر اور خون سے تنقیہ ہو سکے بلکہ صفرا آنتوں کی طرف دفع ہو۔ ایسی صورت میں مرضعہ کو آب ترب، مروقین، نسخہ افسنتین دریدہ بطور خاص مفید ہیں۔

درم جگر اور تسدی کیفیت واقع ہو تو نسخہ ذیل مرضعہ کو پلائیں:

(نسخہ) (گلبنفشہ 3 گرام، مویز منقی 4 عدد، بیج کاسنی، بادیان، 3-3 گرام، گاؤزباں، گل غافث، تخم خیارین ہر ایک 2.5 گرام پانی میں جوش دے کر چھانیں۔

ترکیب استعمال: (صبح) سکنجبین بزوری 15 ملی لیٹر، خمیرہ بنفشہ ملا کر آب مکوہ سبز مروق، آب کاسنی سبز مروق 10-10 ملی لیٹر اضافہ کر کے پلائیں۔

(شام) برگ ترب مروق 25 ملی لیٹر، شکر سرخ 25 گرام سرایتی حمیات کی صورت میں بھی مذکورہ نسخے بروئے کار لا سکتے ہیں۔ بڑے بچوں میں مذکورہ نسخے زائدہ مقدار میں حسب عمر استعمال کرا سکتے ہیں۔ چیزوں کے کثرت استعمال یا کسی اور سبب سے جگر میں تولید صفرا کی زیادتی کے نتیجے میں یرقان پیدا ہو تو نسخہ ذیل دیں:

(نسخہ) آب انار، آب تربوز، آب کدو، آب خیار ہر ایک 18 ملی لیٹر، شربت

بزوری 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں اگر یرقان بحران یا ورم کبد یا ورم مرارہ کے سبب ہو تو مروق ذیل پلائیں:

(نسخہ) آب برگ ترب سبز مروق 50 ملی لیٹر، شکر سرخ 25 گرام ملا کر پلائیں۔

یرقان کے لیے نہایت مفید اور بارہا کا مجرب ہے۔ اس سے سمی بلی روبن بآسانی دفع ہو جاتا ہے۔ اگر پیشاب زیادہ لانا مقصود ہو تو شکر سرخ کے بجائے شربت بزوری ملائیں۔

مجرائے مرارہ میں تسدد کے سبب یرقان ہو تو نسخہ ذیل دیں:

(نسخہ) گلبنفشہ 3 گرام، مویز منقی 4 دانہ، بادیان، بیخ کاسنی، تخم خیارین ہر ایک 3 گرام، گاؤزباں 2.5 گرام رات کو آب گرم میں بھگو دیں۔ صبح کو مل چھان کر آب برگ ترب سبز مروق 25 ملی لیٹر اضافہ کر کے شربت دینار ملا کر پلائیں۔

شام کو (نسخہ) آب برگ ترب سبز مروق، آب برگ کاسنی سبز مروق ہر ایک 25 ملی لیٹر شکر سرخ ملا کر پلائیں۔

اطریفل ملین 2.5 گرام ہفتہ میں دو بار شب کو بوقت خواب ہمراہ آب نیم گرم دیں۔

15 یوم کے استعمال سے جملہ شکایتیں انشاء اللہ رفع ہو جائیں گی۔ اس کے بعد ضعف جگر اور فقر الدم کی رعایت سے نسخہ ذیل دیں:

قرص فولاد ½1، معجون دبید الورد 3 گرام ملا کر صبح و شام دیں۔

دواء المسلک معتدل جواہر والی 3 گرام بعد غذا ئیں دن میں دو بار۔

دوائے یرقان: اگر یرقان جگر یا مرارہ کے ورم یا مجریٰ مرارہ میں سدہ پڑ جانے کے سبب واقع ہو تو نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) ریوند خطائی، نوشادر ہر ایک 12 گرام، شورہ قلمی 25 گرام۔ جملہ دوائیں کوٹ چھان کر کشتۂ فولاد 6 گرام ملا کر سفوف تیار کریں اور شیشی میں ڈال کر محفوظ کر لیں۔

مقدار خوراک: 65 ملی گرام ہمراہ عرق گاؤزباں 6 ملی لیٹر، شربت بزوری 12 ملی لیٹر صبح و شام دیں۔

غذا و پرہیز: مرضعہ کی غذا کی اصلاح کی جائے۔ غذا زود ہضم اور ہلکی دی جائے۔ مولی بہترین غذا ہے۔ اس کی بھجیا چپاتی کے چھلکا کے ہمراہ کھلائیں۔

روغنی اور شیریں اغذیہ و اشربہ سے پرہیز کرائیں۔

68

التہاب کبد قشمی

(VIRAL HEPATITIS)

آج کل التہاب کبد قشمی (ابتدائی) کے ذمہ دار کم از کم حسب ذیل پانچ قشمیات ہوتے ہیں:

1۔التہاب کبد 'ا' قشب Hepatitis 'A' Virus

2۔التہاب کبد 'ب' قشب Hepatitis 'B' Virus

3۔التہاب کبد 'ج' قشب Hepatitis 'C' Virus

4۔التہاب کبد 'د' قشب Hepatitis 'D' Virus

5۔التہاب کبد 'ی' قشب Hepatitis 'E' Virus

علاوہ بریں ف 'F' اور، گ 'G' بھی جدید ترین قشمیات تصور کیے جاتے ہیں۔ جن کی مکمل کارکردگی ہنوز تشنۂ تحقیق ہے۔

مسبب قشمیات:

التہاب کبد 'ا' قشب (Hepatitis 'A' Virus) دراصل آر، این، اے (RNA) قشب ہے، جو معوی قشمیات سے بہت زیادہ ممتاز ہے۔ اس کی پیمائش 27nm ہوتی ہے اور مصل الدم (سیرم) میں مانع HAV IgG مضد اجسام (Antibody) کا بڑھا ہوا معیار

(Titre) پیدا کرتا ہے، جو اس کی مصلی تشخیص میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ اسی طرح ایچ، اے، وی، آئی، جی، جی (HAV IgG) مضد اجسام، جو فی الواقع ہمیشہ کے لیے موجود رہتا ہے اور اس طرح باز سرایت سے تحفظ کرتا ہے۔ مزمن سرایت کبھی واقع نہیں ہوتی۔

التہاب کبد 'ب' قشب (Hepatitis 'B' Virus) یعنی (HBV, Dane - particle) ایک طرح کا ڈی، این، اے (DNA) قشب ہوتا ہے، جس کی پیائش 4nm ہوتی ہے۔ اس کی ساخت پیچیدہ ہوتی ہے، جو سطحی دافع مضرت (Antigen) پر مشتمل ہوتا ہے، SBs Ag ایک مرکزی انٹی جن HBsAg اور مخصوص خامرہ یعنی (DNA Polymerase) پر۔ مصل الدم میں اس کی موجودگی انتہائی متعدی ہونے کی طرف اشارہ ہے۔ مزمن سرایت کے 6 ماہ بعد۔

التہاب کبد 'ج' قشب (Hepatitis 'C' Virus 'HCV') ایک طرح کا RNA قشب ہے، جس کی پیائش rim 70-60 ہوتی ہے۔ پہلے یہ پس انتقالی، غیر 'ا' غیر ب یعنی دگر 'ا' دگر 'ب' التہاب کبدی قشب (Post Transfusion non A, non B hepatitis virus) کے نام سے جانا جاتا تھا۔ اس کی مصلی علامت (Serum Marker) مانع التہاب کبد 'ج' قشب (HCV) دراصل IgG, IgM ہے۔

مثلث نما ڈیلٹا قشب (Delta Virus (HEV) دراصل RNA قشب ہوتا ہے جو نواتی لحمین (Nucleo Protein) کے ہمراہ واقع ہوتا ہے اور HBs Ag سے ملفوف ہوتا ہے۔ یہ اپنے نقش ثانی اور اظہار کے لیے HBs Ag. کا محتاج ہوتا ہے۔

التہاب کبد 'ی' قشب (Hepatitis 'E' Virus (HEV) دراصل RNA قشب ہے، جس کی پیائش 32-34nm ہوتی ہے۔

طریق تعدیہ: التہاب کبد 'ا' (HAV) کی صورت میں معدی معوی قنات ممکنہ باب الداخلہ ہوتا ہے۔ شاذ و نادر یہ خون کے ذریعہ منتقل ہو جاتا ہے۔

مرض کے ابتدائی مدارج میں قشب خون اور براز سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ تاوقتیکہ مکمل شفا نہ ہو جائے، براز میں خارج ہوتا رہتا ہے۔

التہاب کبد 'ب' (Hepatitis B) میں بالعموم ہمیشہ غیر واضح راستہ ہوتا ہے، مثلاً مصل الدم، احتقان، وبکسی نیشن، جلدی یا مخاطی خراش دروں مشیمی راہ (Transplacental-passage) سے جنین پر اثر انداز ہو کر التہاب کبد نوزائیدہ (Neonatal hepatitis) کا سبب

بن سکتا ہے۔ بلاشبہ کھیل کود کے دوران یا ساتھ سونے سے خراش جلد مثلاً حصبہ (Impetigo)، جرب (Scabies)، کٹ جانے اور سرایتی کیڑوں کے کاٹنے سے ایک بچے سے دوسرے بچے میں سرایت بچپن میں التہاب کا اہم سبب ہوتا ہے۔

التہاب کبد 'ج' ('Hepatitis 'C') میں طریق انتقال انتقانی (Parenteral) نقل الدم یا جنسی ہوتا ہے۔

ڈیلٹا التہاب کبد میں معینہ مصلی التہاب کبد کے خطوط پر ہوتا ہے، تاہم عمودی انتقال ماں سے نوزائیدہ میں قلیل الوقوع ہوتا ہے۔

التہاب کبد 'ی' میں طریق منتقلی درایتی (enternal) ہوتا ہے جو بالعموم آب باش ہوتا ہے۔

سریری مناظر:

التہاب کبد 'ا' میں مدت حضانت 28 تا 49 یوم ہوتی ہے۔ التہاب کبد 'ب' کی صورت میں یہ طویل تر یعنی 60 تا 150 یوم ہوتی ہے۔ التہاب کبد 'ج' کی صورت میں یہ 30 تا 60 یوم ہوتی ہے۔ التہاب کبد 'د' کی صورت میں 60 تا 80 یوم۔ HBV کی بھی یکساں مدت ہوتی ہے۔

بچپن کی جماعت میں یہ مرض خفیف نصاب کا حامل ہوتا ہے۔ التہاب کبد 'ی' کا وقوعہ پرفریب یا حاد ہوتا ہے، جس کے ساتھ حرارت، عدم اشتہا، اضطراب، متلی، قے، صداع، بالائی شکمی درد مع قدرے کلانی جگر (Hepatomegaly)، قبض اور بعض دفعہ اسہال اور انتہائی رنگین بول ہوتا ہے، تاہم جب یہ نمودار ہو جاتا ہے، دیگر علامات مثلاً حرارت اور عدم اشتہا معدوم ہو جاتے ہیں۔

التہاب کبد 'ب' کا ایک واضح منظر زائد کبدی ظواہر مثلاً مرض مصلی (Serum-sickness)، التہاب شریانی عقدی کثیر (Polyarteritis nodosa)، التہاب کلیہ قنبلکی (Glomerulonephritis) (غشائی/غشائی تعددی=Polyferative)، لازمی مخلوط عصلۂ قلب یا انصباب غشاء القلب (Pleural effision) ہوتا ہے۔

تقریباً ایک چوتھائی اصابات میں قدرے یرقان اور درد شکم ہوتا ہے، صرف چند میں سریع دھاکہ خیز نصاب مع کبدی خلوی سقوط (Hepatocellular failure) اور کبدی قوما پایا جاتا ہے، جو زندہ بچ جاتے ہیں، مکمل طور سے صحت یاب ہو جاتے ہیں، یا بعد میں مزمن التہاب

کبد یا پس تحری ضمور کبد لاحق ہو جاتا ہے۔

تشخیص:

تشخیص بالخصوص سریری ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل تفتیشات اہم ہوتی ہیں:

o بلاواسطہ وین برگ تعامل (Van Bergh reaction)۔ ابتدائے یرقان میں لیکن یرقان کے انتہائی درجے میں بالواسطہ۔

o مزدوج مصلی صفرت دم (Congugated serum bilirubin) 10 ملی گرام تک بلند ہوسکتا ہے۔

o احتباس برومو سلفان کا شفہ (Bromosulfan retention test) خون میں احتباس بلی روبن کے مساوی ہوسکتا ہے تاہم ایک طویل مدت تک غیر طبعی ہوسکتا ہے۔

o مرض کے ابتدائی نصاب میں SGOT اور SGPT قابل لحاظ حد تک بڑھے ہوتے ہیں۔ الکلائن فاسفیٹ اور LDH بھی قدرے بڑھے ہوتے ہیں۔

o شرح دُرد پزیری (ESR) بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔

o برق پاشی تجزیہ (Electrophoretic analysis) بلند گاما گلوبولین (Gama-globulins) کا مظہر ہوتا ہے۔

o شاذ و نادر یک نواتیت 25 فیصد کی حد تک بڑھی ہوئی ہوسکتی ہے۔

o مصلی کاشفات (Serologic Tests) قشی التہاب کبد کی درست قسم معلوم کرنے کے حتمی ذرائع ہیں۔

HAV کی تشخیص کا انحصار اس طرح کے توشیوں (Methods) سے مانع - HAV (IgM) مضد اجسام کے مرتفع معیار کے اظہار پر ہوتا ہے، جیسا کہ RIA یا ELISA میں۔

HBV کے لیے HBs Ag کا اظہار درکار ہوتا ہے۔ یہ سرایت کی عین ابتدا میں ظہور پذیر ہوتا ہے گو کہ مختصر دریچی مدت میں یہ قابل شناخت نہیں ہوتا اور جلدی معدوم ہو جاتا ہے۔ HDV کی تشخیص IgM قسم کے مانع HDV مضد اجسام کے اظہار کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

تشخیص تفریقی: تشخیص تفریقی بالعموم حُمیٰ حمیات یعنی سرایتی یک نواتیت (Infectious-mononucleosis)۔ داء البزیمات رقیقہ (Leptospirosis)، خون پاش یرقان (Haemolytic Jaundice)، تسددی یرقان (Obstructive Jaundice) اور دوا کے

ذریعہ پیدا شدہ یرقان سے کی جاتی ہے۔

نوزائیدہ کی صورت میں نملہ سادہ (Herpes Simplex)، مرض خلوی کبدی (Cytogenic inclusion disease) اور سمی خلویت (Toxo plosmosis) کو بھی مستثنیٰ کر لینا چاہیے۔

علاج التہاب کبد'ا':

o مکمل استراحت درکار نہیں (غیر پیچیدہ اصابات کو شفاخانہ میں داخل کرنا ضروری نہیں) تاوقتیکہ یرقان برقرار رہے اور شرح درد پزیری بڑھی ہوئی رہے۔

o کاربوہائیڈریٹ سے معمور غذا تھوڑی تھوڑی مقدار میں بار بار دی جائے۔ شدید قے کی صورت میں دروں وریدی راہ سے گلوکوز (10 تا 20 فیصد) دیا جائے۔ شحم کسی بھی صورت میں برائے نام ہضم وجذب ہوتی ہے لہٰذا اسے دینے سے احتراز کرنا چاہیے۔

o حیاتین کی مناسب اضافی مقدار: حیاتین کا کردار محض معاون کا ہوتا ہے تاہم طوالت یافتہ تنفسی قنات کی سرایت (RTI) میں حیاتین 'ک' حقیقی اہمیت کی حامل ہوتی ہے۔

o گاما گلوبیولین (Gama globulins) خطرناک اصابات میں نیومائی سین آنتوں کی تطہیر کے لیے دینی چاہیے۔

o لیکٹولوز (Lactulose) ناقابل انجذاب (Disachride) بطور شربت بمقدار 10 تا 50 ملی لیٹر یومیہ یا ہلکی شکل (diluted form) میں ہر چھٹے گھنٹے پر احتباسی حقنہ (retension-enema) کے طور پر دیا جائے۔

o بنزوڈایازپائن انٹاگونسٹ (Benzodiazepine antagonist) فلومازینل (Flumazenil) سے جملہ کبدی مرض دماغی کے برعکس اثرات کا دعوی کیا گیا ہے۔

اسٹیرائڈ کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیے۔ کیونکہ اس سے مزمنیت اور عود مرض کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ گوکہ اس کے استعمال سے عارضی طور پر فعل کبد میں بہتری کا احساس ہونے لگتا ہے، پھر بھی اس کا استعمال غیر منصفانہ ہے۔

کبدی سمی ادویہ مثلاً کلوروپرومازین (Chloropromazine)، پیراسٹیامول وغیرہ سے احتراز کرنا چاہیے۔ تسکین کے لیے فینوباربیٹل، کلورل ہائیڈریٹ، بالاستثنا چند مخصوص حالات مثلاً حاد ومزمن التہاب کبد کے، جن کا تذکرہ بعد میں کیا جائے گیا۔

التہاب کبد 'ج' (مزمن): دوائی معالجہ مع انٹرفیران وریبے ویران دستیاب ہے۔
التہاب کبد 'ی' میں بھی مذکورہ دواؤں کو اہمیت حاصل ہے۔

تحریز (Prevention):

التہاب کبد '1' جو کہ برازی ذہنی راہ سے منتقل ہوتا ہے، غذا، پانی اور ذاتی حفظ صحت اور فضائی ماحول کو بہتر بنا کر تحفظ کیا جاسکتا ہے۔

مانع مضد اجسام HAV سے معمور گاما گلو بیولین (0.1 ملی لیٹر/ کلوگرام) یا نوعی مانع HAV گلو بیولین (0.05 ملی لیٹر / کلوگرام) درون عضلاتی راہ سے داخل کر کے انفعالی مناعت پیدا کی جاسکتی ہے۔

ایک ویکسین havrix انسانوں میں استعمال کے لئے اب دستیاب ہے۔ یہ انتہائی محفوظ اور انتہائی مناعتی ویکسین فارملین کشندہ (Formaline killed) التہاب کبد کی تحریز میں ایک اہم قدم کے طور پر معرض وجود میں آنے والی ہے۔

التہاب کبد 'ب' جو کہ اشرابی راہ (Parenteral ounte) سے منتقل ہوتا ہے، غذائی آلودگی سرایتی خون یا اسکی تجہیزات (Preparations) کے استعمال کے احتراز سے ہی تحفظ ممکن ہے۔ خون کے معطی کی اسکریننگ ضروری ہے۔

انفعالی تحریز (Passive immunzation) کے لئے مختصر مدتی مخصوص مانع HBs گاما گلو بیولین داخل کیا جاسکتا ہے۔ اس کے اشارات علاج درج ذیل ہیں:

ان ماؤں کے نوزائیدوں میں، جو حمل کے دوسرے یا تیسرے سہ ماہی میں التہاب کبد 'ب' کا شکار ہو چکی ہوں۔

کثیر المقدار اور تواتر کے ساتھ نقل الدم (یا اس کے مشتقات) والے بچے (مثلاً ہموفیلیائی) مع فقر الدم مزمن، قابل عملیہ قلبی عضلی مرض والے بچے۔

دموی ڈائی لائی سس وصول کرنے والے بچے۔

اشرابی دوائی عادت والے قریب المراحق بچے۔

جگر کی پیوند کاری کے منتظر بچے۔

درحقیقت عالمی صحت تنظیم نے اب تجویز پیش کی ہے کہ التہاب کبد ویکسین (Hepatitis B-vaccine) کو جنوب مشرقی ایشیا کے جنوب مشرقی ایشیا کے جملہ قومی تحریزی پروگرام میں ساتویں

ویکسین کے طور پر شامل کیا جائے تا کہ التہاب کبد ب اور سرطان کبد کا قلع قمع کیا جا سکے۔

مقدار خوراک:

0.5 ملی لیٹر 4 درون عضلاتی راہ سے 10 سال تک کی عمر کے بچوں کے لیے اور ایک ملی لیٹر 10 سال سے زیادہ عمر کے بچوں کے لیے۔ پہلی اور دوسرے خوراک کے درمیان ایک ماہ کا وقفہ ہونا چاہیے اور تیسری مقدار 6 ماہ کے وقفہ سے دی جائے۔

التہاب کبد 'ج' کی تحریز کی خاطر قوی دموی مشتقات کا محدود استعمال کرنا چاہیے۔

ڈیلٹیا التہاب کبد کی تحریز التہاب کبد 'ب' کے خطوط پر کرنی چاہیے۔

التہاب کبد 'ی' میں حفظ تقدم اور صفائی ستھرائی کو بہتر بنا کر تحریز کی جا سکتی ہے۔

انذار مجموعی اعتبار سے بہتر ہوتا ہے۔ 95 فیصد اصابات میں شفا ہو جاتی ہے۔ اصابات کا ایک مختصر تناسب التہاب کبد سریع (Fulminant Hepatitis) اور کبدی قوما میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ ایک قلیل تناسب مزمن التہاب کبد میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

یونانی علاج:

التہاب کبد کے سلسلے میں طب یونانی کا دامن انتہائی وسیع اور شفا بخش نسخوں سے معمور ہے۔ ضرورت اس امر کی ہے کہ غور و تفحص کے بعد مناسب انتخاب کے ساتھ پورے اعتماد سے علاج شروع کر دیا جائے۔ انشاء اللہ جملہ اقسام کا شافی مداوا مل جائے گا، چنانچہ اگر ورم محدب جگر میں ہو (جس میں کھانسی، تنگی تنفس، دائیں جانب پسلی کے نیچے دبانے سے درد، ورم ہلالی، پیشاب رقیق اور قلیل المقدار ہوتا ہو) تو نسخہ ذیل دیں:

نسخہ: آپ مکوہ سبز مروق، آب کاسنی سبز مروق ہر ایک 25 ملی لیٹر، شربت بزوری 25 ملی لیٹر آمیز کر کے پلائیں۔

ادرار اور تسکین حرارت کی غرض سے نسخہ ذیل مفید ہے:

شیرہ تخم کاسنی، شیرۂ تخم خیارین، شیرۂ تخم خربزہ، شیرہ خارخسک خورد ہر ایک 3 گرام، عرق کاسنی، عرق مکوہ ہر ایک 35 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوری معتدل 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

مزید تسکین کی خاطر:

قرص زرشک 2 گرام پہلے کھلائیں اور شام کو نسخۂ بالا دیں۔

قبض کی صورت میں شربت بزوری کے بجائے خمیرہ بنفشہ 25 گرام یا شربت دینار دے سکتے ہیں۔

ورم مقعر کبد کی صورت میں منضج و مسہل کے بعد تسکین وتقویت جگر کے لیے نسخہ ذیل دیں:

نسخہ: افسنتین 3 گرام، نوشادر 2 گرام پانی میں پیس کر آگ پر رکھیں۔ جب آب کاسنی و مکوہ کی طرح پھٹ جائے تو صاف کر کے پلائیں۔

التہاب کبد مزمن کی صورت میں، جبکہ بخار بھی رہتا ہو، یہ نسخہ استعمال کرائیں:

نسخہ: ست گلو، الائچی خورد، طباشیر ہر ایک 3 گرام۔ سفوف تیار کریں۔

بمقدار 0.75 گرام شربت بنفشہ 5 گرام میں ملا کر اول چٹائیں اوپر سے:

شیرۂ بادیاں شیرۂ تخم خیارین، شیرۂ تخم کاسنی، شیرۂ مکوہ خشک ہر ایک 3 گرام، عرق برنجاسف، عرق گاؤزباں ہر ایک 35 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوری متعدل 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر ضرورت ہو تو خاکشی مسلم یا شربت خاکشی 5 ملی لیٹر کا اضافہ کریں۔

مقامی علاج: ضماد ذیل ورم صلب سوداوی میں مفید ہے:

افسنتین رومی، مقل، اکلیل الملک، گلسرخ، مصطگی رومی ہر ایک 1.5 گرام، صبر زرد 1 گرام، بابونہ۔ 2 گرام، چرائتہ نصف گرام۔

جملہ دواؤں کو کوٹ چھان آب مکوہ سبز میں ملا کر نیم گرم لیپ کریں۔

غذا و پرہیز: ورم جگر حار سے مشابہ علامتیں ہوں تو ماء الشعیر، ساگودانہ کے سوا کوئی غذا نہ دیں۔ البتہ مرض سے قدرے افاقہ کی صورت میں بارد چیزیں مثلاً کدو، ترئی، پالک، خرفہ وغیرہ جیسی سبزیاں یا کھچڑی دیں۔

شدید اصابات میں چوزۂ مرغ، تیتر یا بکری کے گوشت کا شوربا چپاتی کے ہمراہ قلیل مقدار میں کھلائیں۔

●●

69

التہاب کلیہ

(NEPHRITIS)

ورم کلیہ کی تین قسمیں ہیں حاد (حار)، مزمن (بارد) اور صلب لیکن چونکہ بچوں میں عموماً حاد قسم ہی واقع ہوا کرتی ہے، اس لیے یہاں قنبلکی کلوی التہاب حاد (Acute-Glomerulonephritis) سے ہی گفتگو کی جارہی ہے۔

اسباب: یہ عموماً قسم نبقی بحی خراش حلق (Streptococcal Sore Throat) کے دو تین ہفتے بعد شدت اختیار کرتی ہے۔ اس کا سبب سرایتی حساسیت ہوتی ہے، لیکن عصری تحقیق مظہر ہے کہ یہ قسم خود کار حساسیتی عروقی تعامل کے سبب عارض ہوتی ہے۔ خون پاش نبقۂ بحیہ (Haemolytic Streptococcus) جسے قسم دوم سے موسوم کرتے ہیں، دیگر قسم کے بہ نسبت زیادہ ذمہ دار ہوتی ہے۔

گاہے انابیب بولیہ میں ورم ہوتا ہے اور کبھی عروق دمویہ میں۔ التہاب گردہ کی اکثر قسموں میں رطوبت بیضہ خارج ہوتی ہے جو ازدیاد حرارت سے منجمد ہوتی ہے۔ گاہے ورم میں پیپ پڑ جاتی ہے اور کبھی نہیں۔ گاہے دیگر اسباب و امراض عفنہ سے بھی ورم ہو جایا کرتا ہے۔

گردے کے معائنہ سے انابیب (Glomeruli) کا احتباس ظاہر ہوتا ہے جو نتیجۂ کار ایک

تکاثری تعامل (Proliferative reaction) پیدا کرتا ہے، جس کے ساتھ کثیر النواتی درریزش ہوتی ہے۔ گردے متورم ہوکر بڑے ہوجاتے ہیں۔ بعض اصابات میں تو چار گنا حجم بڑھ جاتا ہے اوران کی رنگت گہری سیاہی مائل ہوجاتی ہے۔

عفونت دم، حمیات متعدیہ مثلاً حمی اجامیہ، حمی معویہ، چیچک اور خسرہ وغیرہ آتشک وخناق وبائی کے علاوہ بارش میں بھیگنا، سردی لگنا، گاہے مقام گردہ پر ضرب لگنا وغیرہ اسباب میں شامل ہیں۔ عفونت کی حالت میں گردوں میں سمی مواد پہنچتے ہیں اور اسے متورم کردیتے ہے۔

یہ مرض اسکولی بچوں میں بکثرت ہوتا ہے۔

سریری ظواہر: اس کا وقوعہ حاد ہوتا ہے اور بطور علامت بول الدم موجود ہوتا ہے۔ بعد میں پیشاب بیضوی رنگ کا ہوجاتا ہے۔ بے قاعدہ بخار ہوتا ہے۔ جو عموماً ہلکا اور اکثر جاڑا کے ساتھ ہوتا ہے (نافض) نیز گردہ اور احشا میں سوزش ہوتی ہے، یہاں تک کہ مریض شکم پر کپڑا تک برداشت نہیں کرپاتا۔ بیرونی اعضا خصوصاً ہاتھ پاؤں سرد ہوجاتے ہیں۔ درد کمر موجود ہوتا ہے، جس کا سبب تنیدہ کلوی کیسے کا شدید امتلا ہوتا ہے۔ دھیما درد کمر اور بوجھ اس طرف ہوتا ہے، جدھر کا گردہ ماؤف ہوتا ہے، بالخصوص اوندھی وجع یا تندرست پہلو پر لیٹنے کی صورت میں۔ بچہ پیاس اور بے قراری محسوس کرتا ہے، دردسر موجود ہوتا ہے، بغور دیکھنے پر آنکھ کے نیچے خفیف اذیما نظر آتا ہے۔ متلی اور صفراوی قے آتی ہے۔ اول دو ہفتے قلت بول اور عظم القلب کثیر الوقوع ہوتا ہے، نبض ممتلی ہوتی ہے، جلد خشک۔ اگر دونوں گردے متاثر ہوں تو پورا جسم متورم ہوجاتا ہے۔ شدید اصابات میں قلبی یا کلوی سقوط کی علامات پائی جاتی ہیں، جن میں سے قے اور قلت بول خاص طور سے اہمیت کے حامل ہوتے ہیں۔ ان مریضوں میں تنفسی امتلا کی علامتیں ترقی پاتی ہیں، مثلاً عسر تنفس، محیطی اذیما، ریوی امتلا، قلبی کلانی اور مرتفع وریدی دباؤ۔ اس دوران امتلا کا سبب اصلی عضلی قلبی سقوط کے بہ نسبت پانی اور نمکیات کا احتباس زیادہ ہوتا ہے، کیوں کہ قلبلکی ارتشاح کی شرح کم ہوجاتی ہے۔ اس کے سبب دردسر، قے، بے چینی، بصری اختلالات، تشنج اور قوما عارض ہوجاتا ہے۔

حلق کے ربذہ کے امتحان پر خون پاش بقعۂ سجیہ موجود ہوتا ہے۔ اس قسم کی پہچان کے بعد دیگر جملہ افراد خاندان کے حلقوم کا ربذہ حاصل کرکے امتحان کرکے اطمنان کرلینا چاہیے، تاکہ کسی اندیشے کا امکان باقی نہ رہے، جیسا کہ اوپر بتایا جاچکا ہے، بعض اصابات میں بول الدم کی شکایت

ہوتی ہے،لیکن دیگر اصابات میں خوردبینی امتحان پر کریات حمرا (RBC) مشاہدہ کیے جاسکتے ہیں۔ اوسط درجے میں بولی لحمین دمویت (Proteinaemia) موجود ہوتے ہیں اور خردبینی امتحان کرنے پر کریات بیضا اورز جاجی،خلوی اور دیگر دانے دار سبائک بھی ہوتے ہیں۔بعض اصابات میں تسمم بول موجود ہوتا ہے اور کلوی فعل بخوبی انجام نہیں پاتا۔

اس مرض سے اچھے ہونے کی علامت یہ ہے کہ استسقا و تہبجی علامات معدوم ہو جائیں اور پیشاب کی مقدار زیادہ اور صاف ہونے لگے۔وزن میں تدریجی کمی اذیما گھٹنے کی حتمی علامت ہوتی ہے۔

نصاب وانذار: حاد اصابات میں محض پانچ فیصد مریضوں کی موت قلبی کلوی سقوط سے واقع ہوجاتی ہے۔دس فیصد مریضوں میں مزمن التیہاب کلیہ واقع ہوجاتی ہے۔ایسے مریض کم ازکم چند ماہ سے کئی سال تک زندہ رہ سکتے ہیں۔

تدابیر وعلاج: نارمل غذا دینے کے بجائے اگر چند یوم فاقہ کرایا جائے تو تیزی سے فائدہ ہوتا ہے۔ضغط الدم کا معائنہ کرتے رہنا چاہیے۔خارج ہونے والے بول کی مقدار کی تول بھی روزانہ کرلینی چاہیے۔

اگر حالات مساعد ہوں اور بچہ بڑا ہو تو فصد باسلیق کے بعد ماء الشعیر ،شربت بنفشہ اور سرد لعابات دیے جائیں۔

لعاب اسپغول،لعاب بہدانہ،لعاب تخم خطمی مناسب مقدار میں دیں تاکہ نرمی کے ساتھ اجابت آجائے،لیکن اس امر کو ملحوظ رکھنا چاہیے کہ دست کی کثرت اس مرض میں مضر ہے،اس کے بعد:

(نسخہ)لعاب بہدانہ 1.5 گرام،شیرۂ عناب 2 عدد،شیرۂ مغز کدوئے شیریں 1.5 گرام، شیرۂ مغز تخم تربوز 1.5 گرام پانی میں نکال کر آب کاسنی سبز مروق،آب مکوہ سبز مروق ہر ایک 35-35 گرام اضافہ کرکے شربت انار 12 ملی لیٹر ملا کر صبح وشام پلائیں۔

مقامی طور پر ضماد محلل لگائیں،جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) عنب الثعلب خشک،مغز املتاس،آرد جو،گل بابونہ،اکلیل الملک،سنبل الطیب، صندل سرخ ہر ایک 6-6 گرام،عرق مکوہ سبز میں پیس کر سرکہ،روغن گل ہر ایک 25-25 ملی لیٹر اضافہ کرکے نیم گرم ضماد کریں:

قلت بول کی حالت میں نسخہ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) شیرہ تخم خیارین، شیرہ تخم خربزہ، شیرہ خارخسک ہر ایک 3-3 گرام حسب دستور پانی میں نکال کر مروقین مذکورہ شربت بزوری بارد 6 ملی لیٹر کے ہمراہ استعمال کرائیں اور اوپر سے دہی کا چھاچھ یا پانی دیں۔

ضعف قلب کی حالت میں صبح نہار منہ:

خمیرہ ابریشم حکیم ارشد والا 3 گرام تازہ پانی سے کھلائیں اور (سہ پہر کو) عرق گلاب اول قسم، عرق عنبر 15-15 ملی لیٹر پلائیں۔

اسی طرح دواء المسک بارد کا استعمال بھی مفید ہے۔

سقوط قلب کی صورت میں ڈیجی ٹیلس اور آکسیجن سے اعانت مل سکتی ہے۔ نبقی بجی سرایت کے خاتمہ کے لیے پنی سلین درون عضلاتی راہ سے ایک ہفتہ کا کورس دیا جائے۔ اگر مرض میں حساسیتی علامت موجود ہو تو دافع حساسیت دوا دے سکتے ہیں، لیکن اس سے مرض میں کسی خاص فائدے کی امید نہیں رکھنی چاہیے۔

اسٹیرائڈ غیر موثر ہیں، بلکہ گاہے بول الدم میں اضافہ کر دیتے ہیں۔

بیش طناب کی حالت میں ریسر پائن دے سکتے ہیں۔

بقول شیخ گردہ کے اورام وقروح کے لیے سکون وراحت سے بہتر کوئی چیز نہیں۔

غذا و پرہیز: ہلکی غذا مثلاً آش جو، ساگودانہ اور دہی دیں، علاوہ بریں:

بکرے کا گوشت یا تیتر، بٹیر کے گوشت کا شوربا بھی دے سکتے ہیں۔ پھلوں کا رس زیادہ سے زیادہ دیا جائے۔ انگور، سیب، ناشپاتی وغیرہ دینا مفید ہے۔ نمک، حیوانی غذائیں مثلاً بھینس کے گوشت، مچھلی اور انڈا وغیرہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

70

بولی قنات کی سرایت

(URINARY TRACT INFECTION)

مترادف: التہاب مجریٰ بول سرایتی۔

بولی قنات کی سرایت عہد طفولیت (مع نوزائیدی مدت) میں کثیر الوقوع ہوتی ہے۔

چونکہ اس کے ظواہر بچوں میں بیشتر معدوم یا خفیف ہوتے ہیں، لہذا اکثر اوقات جب تک کہ گردوں کو غیر معمولی ضرر نہ پہنچ جائے۔ یہ نا قابل شناخت ہوتے ہیں۔ شفا خانوں میں بعض دیگر امراض میں مبتلا بچے لائے جاتے ہیں، جو غیر علامتی بولی قنات کی سرایت میں مبتلا پائے گئے۔

اسباب: بولی قنات کی سرایت بچیوں میں زیادہ پائی جاتی ہے۔ سازگار تشریحی عوامل سرایت کے صعود میں زیادہ معین ثابت ہوتے ہیں۔

خلقی تشوہات مثلاً انسداد عنق مثانہ، عصب آفریں مثانے اور حالبی صمامات مکرر الوقوع بولی قنات کی سرایت کے موجب ہوتے ہیں۔

جلدی سرایت بھی جرثوموں کے بولی قنات تک خوں آفریں انتشار کے ماسکہ کے طور پر کام کر سکتی ہے۔

دیگر قوی عامل قسطریت (Catheterization) ہے۔

مسبب جرثوموں میں ای قولی (E.Coli) کثیر الوقوع ہے۔ بقۂ سبحیہ (Streptococcus)، بقۂ عنبیہ (Staphylococcus)، پروٹیس (Proteus) کاذب واحد گرام منفی جرثومے (Psendomonas) اور بادزا جرثومے۔ (Aerobacter aeroghenes) وغیرہ بھی بولی قنات کی سرایت پیدا کر سکتے ہیں۔

سریری مناظر: وقوعہ حاد یا پرفریب انداز میں ہوسکتا ہے۔ علامتی اصابات میں مناظر بخار پر مشتمل ہوتے ہیں، جو شدید ہوسکتا ہے، جس کے ساتھ لرزہ، کثرت بول، دردناک تبول، درد کمر، قی، ہذیان اور گاہے تشنج تک پایا جاتا ہے۔ غیرہ نوعی ظواہر عدم اشتہا اور چڑچڑا پن کی شکل میں رونما ہو سکتے ہیں۔ بول بستری کی شکایت ہوسکتی ہے۔ گو کہ ماضی میں بول فی الفراش کی شکایت نہ رہی ہو۔ شاذ و نادر یہ التہاب اغشیۂ دماغ (meningism) کے طور پر موجود ہوسکتا ہے۔ یرقان بالخصوص نوزائیدوں میں واقع ہوسکتا ہے۔

تشخیص: مخصوص دریافت تقیح البول ہوتا ہے۔ چونکہ یہ کسی بھی درجہ میں معدوم ہوسکتا ہے، لہٰذا بول کا محتاط امتحان تکرار کے ساتھ کرنا چاہیے۔ خفیف بروتین بولیت (Proteinuria) اور بول الدم واقع ہو سکتے ہیں۔

بول کی کاشت کر لینی چاہیے۔ بہتر تو یہی ہے کہ تازہ بتازہ بیچ دھارا کے نمونہ بول کی ایک گھنٹہ کے اندر اندر کاشت کر لی جائے۔ چھوٹے بچوں اور نوزائیدوں میں فوق العانی مثانہ میں سے سوئی سے یا بذریعہ قاثاطیر۔

فقر الدم طویل المدتی قنات کی سرایت میں موجود ہوتا ہے۔ مجموعی کریات بیضاء کا شمار (TLC) اور احراری خلوی شرح دُرد پزیری (ESR) بڑھے ہوئے ہو سکتے ہیں۔

عکسی تحقیقات الٹراساؤنڈ، DMSA، کلوی عکس (Renal scan)، تبولی مثانی حالبی ترسیم دو سال تک کے بچوں میں اور مکرر الوقوع بولی قنات کی سرایت والے بڑے بچوں میں بطور خاص تجویز کئے جاتے ہیں۔

علاج: تقیح البول کی قابل ذکر مقدار کی بنیاد پر بولی قنات کی سرایت کی تشخیص ہوتے ہی سرایت کا قلع قمع کرنے کے لئے نوعی کیمیاوی معالجہ بلا تاخیر جاری کر دینا چاہیے۔ طبیب کی مجوزہ دوا جرثومے کے عین مطابق تبدیل بھی کر سکتے ہیں۔ حالیہ تجربات و تحقیقات کی روشنی میں حسب ذیل

دوائیں قابل انتخاب ہیں:

اماکسی سلین، کاٹری موکسازول، نالی ڈکسک ایسڈ، ایمپی سلین، نائٹر وفیورنٹوئین اور خردنی سیفیلوسپورن (Cephalosporin)۔

معاون تدابیر: شدت حرارت کے تطفیہ کے لیے بارد اسفنج سے تکمید اور بارد دافع حمی ادویہ کا استعمال۔

سیاں کا آزادانہ استعمال۔

بول کو القلی بنانا (Alkalinization) بھی عسر البول سے نجات دلانے میں معین ہوتا ہے۔

یونانی علاج:

اول بنفشہ، خطمی، خبازی، کوکنار وغیرہ پانی میں پکا کر نطول کریں۔

اس کے بعد برگ کرنب، بابونہ، سک، شلجم، موم اور روغن وغیرہ کا ضماد کریں۔

روغن بنفشہ کی پیڑو پر مالش کریں۔

ضماد ذیل بھی مفید ہے:

نسخہ: گل خطمی، آرد جو، گل سرخ، مکوخشک، بزرکتاں، اکلیل الملک، گل بابونہ، مرزنجوش ہر ایک 4 گرام، رسوت 3 گرام۔ کوٹ چھان کر گائے کے دودھ نصف پاؤ میں پکا کر گاڑھا کر کے پھر روغن گل 25 ملی لیٹر، زردی بیضہ مرغ 2 عدد ملا کر پیڑو پر ضماد کریں۔ شدت درد کے وقت اسی میں افیون نصف گرام بھی شامل کرلیا جائے۔

چند روز بعد کنجد مقشر، نان میدہ مساوی کوٹ کر روغن بابونہ میں ملا کر نیم گرم ضماد کریں۔

نسخۂ ذیل براہ دہن دیں:

نسخہ: تخم خیارین، تخم خربزہ، مغز تخم کدو شیریں، تخم خرفہ ہر ایک 6 گرام، مکوہ خشک ۵ گرام۔ مذکورہ دواؤں کا شیرہ پانی میں نکال کر آب مکو سبز روق 48 ملی لیٹر، شربت فالسہ 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

چند یوم ورم تحلیل کرنے کے لیے نسخۂ ذیل پلائیں:

نسخہ: بنفشہ، خطمی، خبازی، پر سیاؤ شاں ہر ایک 5 گرام، برزکتاں 3 گرام، سپستاں 5 گرام، نبات سفید 7 گرام، جوشاندہ بنا کر پلائیں۔

قبض کی صورت میں مغز فلوس خیار شنبر 48 گرام، روغن بنفشہ 10 ملی لیٹر اضافہ کر

کے پلائیں۔

تقیح کی صورت میں ابتدا میں ماءالعسل یا شکر کا شربت دیں، اس کے بعد قرص کہربا یا قرص طباشیر بمقدار 4.5 گرام یا سفوف کا کنج بمقدار 7 گرام استعمال کرائیں۔

نوٹ: مذکورہ مقدار خوراک بالغوں کی ہے، لہذا بچوں میں ان کی عمر کے مطابق مقدار متعین کی جائے۔

شیر شتر بھی بولی قنات کی سرایت میں بے عدیل و بے نظیر ہے۔

غذا میں ہلکی اور سیال اشیا کا استعمال بہت مفید ہے۔ بڑے بچوں کو آش جو یا مونگ کی دال اور چپاتی دیں۔

گوشت اور تیز گرم چیزوں سے پرہیز ضروری ہے۔

●●

71

ضیق الغلفہ

(PREPUCE STENOSIS)

وقت پر ختنہ نہ کرانے کی صورت میں بعض اوقات حشفہ کے اوپر والا چمڑا (غلفہ) طوالت اختیار کر کے تنگ ہو جاتا ہے اور گاہے پھنس جاتا ہے، جس سے نہ صرف حشفہ بلکہ پورے قضیب کی نشوونما اور بالیدگی بھی متاثر ہو سکتی ہے۔

اسباب: بسا اوقات یہ مرض خلقی ہوتا ہے اور تاوقتیکہ جلد کو حشفہ کے اوپر سے جدا کرنے کی سعی نہ کی جائے، یہ بعینہ چسپاں رہتا ہے۔ گاہے عدم صفائی کے سبب پیشاب کی غلاظت کثیر مقدار میں جمع ہو کر ورم و سوزش کا موجب ہوتا ہے۔ اسی طرح ضیق الغلفہ میں آتشک و سوزاک کی اہمیت کو بھی نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے۔

علامات: اگر ضیق الغلفہ خلقی ہو تو عضو تناسل کمزور اور چھوٹا ہوتا ہے، گاہے اس کی وجہ سے بول الدم کی شکایت ہو جاتی ہے یا پیشاب قطرہ قطرہ آنے لگتا ہے۔ گاہے قیلہ مائیہ کا سبب بھی بن جاتا ہے۔

علاج: اس کا بہترین علاج تو ختنہ ہی ہے، جس کے بعد اس کے عود کرنے کا امکان تقریباً ختم ہو جاتا ہے۔

مستحکم ہو جانے کی صورت میں غلفہ کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کی مدد سے پکڑ کر انگوٹھوں سے حشفہ کو پیچھے کی طرف دبائیں اور قدرے خلا پیدا ہو جانے کے بعد سرمہ بھر دیں۔ اس عمل کے تکرار سے غلفہ جدا ہو جاتا ہے۔ اگر مذکورہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو بذریعہ عملیہ غلفہ کو بالائی جانب درمیان سے چیر دیں۔

●●

72

التہاب حشفہ

(INFLAMMATION OF THE GLANS PENIS)

اسباب: بچوں میں اس کا سبب عموماً گندگی یا فساد خون ہوتا ہے۔ نقمی وبحی سرایتیں عام طور سے پائی جاتی ہیں، تاہم ثانوی طور پر سوزاک بھی سبب ہوسکتا ہے۔

علامات: علامت ظاہر ہے۔ اس میں ورم کے ساتھ ساتھ درد وجلن ہوتی ہے۔ بچہ بے قرار رہتا ہے۔

علاج: صفائی کی طرف خصوصی توجہ دی جائے۔ اگر سوزاک سبب ہو تو اس کا اصولی علاج کیا جائے۔ مصفیات مفید ہیں۔ ضماد ذیل بھی مقامی طور نافع ہے:

(نسخہ) رسوت، صندل سرخ، مردار سنگ، برگ حنا خشک، گل ارمنی، فوفل۔ جملہ ادویہ کو عرق مکوہ سبز میں پیس کر ضماد کریں۔

(نسخہ دیگر) گل خطمی، تخم خطمی، رسوت، جدوار خطائی ہر ایک مساوی الوزن۔ برگ حنا سبز کے عرق میں پیس کر لگائیں۔

(نسخہ دیگر) کوکنار، اسپغول مسلم 12-12 گرام پانی میں پیس کر نرم آنچ پر پکائیں، گاڑھا ہو جانے کے بعد روغن گل ملا کر ضماد کریں۔

جدید ادویہ میں، پنی سلین، سلفا گروپ مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں۔

مقامی طور پر حسب ذیل مراہم لگائیں:

نیوٹروفیوراز ون (فیوراسین)۔ پالی مکزین، بی، سلفف، نیومائی سین سلف، زنک بیزی ٹراسین کا آمیزہ۔ (نوسپورین مرہم جلد)۔

اگر بچہ غیر مختون ہو تو ختنہ سے اکثر فائدہ ہو جاتا ہے۔

غذا و پرہیز: ٹھنڈی، ملائم اور زود ہضم غذائیں مثلاً مونگ کی نرم کھچڑی، آش جو، ساگ اور ترکاریاں کھلائیں۔

گرم، نفاخ اور ثقیل اغذیہ سے پرہیز کرائیں، شدید اصابات میں نقل و حرکت روک دیں۔

●●

73

ثور حشفہ

(PUSTULES OF THE GLANS PENIS)

اس میں حشفہ پر چھوٹی چھوٹی پھنسیاں نمودار ہوتی ہیں۔

اسباب: فساد خون، ضعف جگر نیز مقامی عدم صفائی اس کے اسباب میں شمار کیے جاتے ہیں۔ سجی و بقی سرایت کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے۔

علامات: حشفہ کی جھلی پر چھوٹی چھوٹی پھنسیاں نکل آتی ہیں، جن میں خارش اور جلن ہوتی ہے۔ سجی اور بقی سرایت کی صورت میں ریم زا طوبت موجود ہوتی ہے۔

علاج: اصل سبب معلوم کر کے اس کا ازالہ کیا جائے، لباس اور جسم نیز مقام ماؤف کی طرف توجہ دی جائے۔ مصفیات خون استعمال کرائے جائیں اور اصلاح جگر کی تدابیر و علاج بروئے کار لائیں، خون کی حدت میں کمی اور اعتدال پیدا کرنے کے لیے تدابیر ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) لعاب بہدانہ 1.5 گرام، شیرۂ عناب 3 دانہ، عرق گاؤزباں 75 ملی لیٹر میں نکال کر شربت عناب 25 ملی لیٹر، شربت نیلوفر یا شربت انار شیریں 12 ملی لیٹر میں حل کر کے صبح و شام استعمال کرائیں۔

اگر تصفیۂ خون مقصود ہو تو شب کو:

اطریفل شاہترہ 5 . 3 گرام کھلا کر اوپر سے عرق شاہترہ 5 7 ملی لیٹر، شربت عناب 12 ملی لیٹر ملا کر دیں۔

مقامی طور پر حسب ذیل نسخے مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرائیں:

(نسخہ) چوب زرد ، گلنا ر، مردار سنگ ، کمیلہ، زرا وند ہر ایک 3 - 3 گرام، مازو باریک 1.5 گرام پیس کر ویسی لین سادہ میں ملا کر مقامی طور پر لگائیں۔

(نسخہ) دیگر مازو، رسوت، مردار سنگ، گل ارمنی مساوی الوزن کو آب کشنیز سبز اور گلاب میں پیس کر طلا کریں۔

جدید علاج اور غذا و پرہیز کے لیے ورم حشفہ کا باب ملاحظہ فرمائیں۔

●●

74

قیلہ مائیہ

(HYDROCELE)

ہر خصیہ پر تین جھلیاں بطور غلاف چڑھی ہوئی ہوتی ہیں۔ ان میں سے خارجی جھلی کو طبقہ یا لفافۂ غمدیہ (Tunica Vaginalis) کہتے ہیں۔ اس جھلی کی مزید دو پرتیں ہوتی ہیں۔ جن میں سے ہر ایک پرت بیرونی سطح کو ملفوف کرتی ہے اور دوسری پرت فوطہ کے داخلی جانب رہتی ہے۔ ان دونوں طبقات کے مابین ایک رطوبت ہوتی ہے، جس سے خصیہ تر رہتا ہے، اگر کسی سبب سے یہ رطوبت غیر طبعی طور پر بڑھ جائے تو قیلۃ الماء کا مرض عارض ہو جاتا ہے۔

اسباب: اس میں فوطہ کے عروق جاذبہ کی صلاحیت انجذاب کمزور یا معدوم ہو جاتی ہے، جس کے سبب انثیین اپنے طبعی افعال باحسن الوجوہ انجام دینے سے قاصر ہو جاتے ہے، نتیجہ کار ایک قسم کی رطوبت مائیہ پیدا ہونے لگتی ہے جو خصیے کی تھیلی میں تراوش پا کر مجتمع ہوتی رہتی ہے۔

علامات: فوطے رفتہ رفتہ بڑھتے جاتے ہیں، جس سے بھاری پن محسوس ہونے لگتا ہے۔ ان کا بڑھاؤ ابتدائے مرض میں ملائم لیکن بعد میں سخت ہو جاتا ہے، جس کی شکل گول یا بیضوی ہوتی ہے۔ دبانے پر پانی کی تموجی حرکت بآسانی محسوس کی جاسکتی ہے۔ مریض کے کھانسنے سے اس میں کوئی حرکت نہیں ہوتی۔ اس مرض کی خاص علامت یہ ہے کہ اگر خصیوں کے ایک طرف ٹارچ

روشن کی جائے تو روشنی خصیوں کے دوسری جانب معلوم ہوگی۔

قیلۂ مائیہ میں کی رنگت عموماً صاف ہوا کرتی ہے، جس کا ثقل عمومی پانی سے زیادہ ہوتا ہے یعنی 1020 تا 1024 اور مقدار 360 تا 480 ملی لیٹر۔ ابتدائے مرض میں پانی کا غلاف باریک لیکن آخر میں دبیز ہو جاتا ہے، خصیہ بڑھ جاتا ہے۔

علاج: ابتدائے مرض میں حسب ذیل نسخے بروئے کار لائے جا سکتے ہیں: جذب رطوبت کے لیے معجون کندر 3 گرام یا معجون فلاسفہ خبث الحدیدی 3 گرام یا اطریفل صغیر 13 گرام روزانہ صبح و شام کھلائیں اور پانی کم پلائیں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(صبح) جوارش کمونی 4 گرام۔

(شب) اطریفل کبیر 4 گرام یا اطریفل کشنیزی 6 گرام سوتے وقت کھلائیں۔

اسی طرح زرد چوب پیس کر بقدر 3-3 گرام صبح و شام پانی سے کھلانا بہت مفید ہے۔ اگر اسے گھی میں چرب کر کے کیپ شول میں بھر کر کھلائیں تو زیادہ مفید ہوگا۔

مقامی طور پر مندرجہ ذیل نسخے بروئے کار لائیں:

(1) سعد کوفی، بورۂ ارمنی، زیرہ کرمانی، ترمس سوختہ، شحم حنظل، صبر سقوطری، قثاء الحمار ہر ایک 7 گرام، پشک گوسفند، گل ارمنی، سرگین گاؤ ہر ایک 3.5 گرام۔ جملہ دوائیں سرکا میں پیس کر مقام ماؤف پر ضماد کریں اور خشک ہو جانے پر بدل دیں۔

(2) ایلوا، گوگل، مرمکی، آنبہ ہلدی ہر ایک ایک گرام، سریش 3 گرام۔ جملہ دوائیں پانی میں پیس کر فوطہ پر لگائیں۔

(3) (نسخہ) مادہ درخت مدار سفید کا پھول پانی میں پیس کر گرم کر کے ضماد کریں، انشاء اللہ ہفتہ عشرہ میں آرام ہو جائے گا۔

عملیہ: اگر دوائی معالجہ کارگر نہ ہو تو بذریعہ عملیہ اس کا استیصال کیا جائے۔

●●

75

حکۃ الصفن

(PRURITUS SCROTI)

قبض اور فساد خون کے علاوہ مریض کا صاف ستھرا نہ رہنا، گرم مصالحہ، تیز و گرم اغذیہ و اشربہ کا استعمال اس کے اسباب میں شامل ہیں۔ لیکھ نما کیڑا یعنی قراد الجراب (Itchmite) جلد میں پایا جاتا ہے۔

علامات: فوطوں میں شدید خارش کے سبب بچہ بیچین ہو کر بار بار کھجاتا ہے اور نتیجۃً کا رجلد متضرر ہو جاتی ہے۔

علاج: اصلاح غذا اور صفائی کی طرف اولیں توجہ مبذول کی جائے، اصل سبب رفع کیا جائے۔ قبض ہو تو اس کا معقول تدارک کیا جائے۔ فساد خون سبب ہو تو منضج سوداپلا کر جوشاندۂ افتیمون سے تنقیہ کرائیں۔

غلبۂ صفرا کی صورت میں ادویۂ معدلۂ صفرا بروئے کار لائیں۔

ضماد ذیل حکۃ الصفن میں مفید ہے:

(نسخہ) برادۂ صندل اور کمیلہ کو پیس کر دھوئے ہوئے گھی میں ملائیں اور نیم کے دستہ سے رگڑ کر ضماد کریں۔

نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

مردار سنگ 6 گرام قدرے گلاب اور کشنیز سبز میں پیس کر سرکا 6 ملی لیٹر، روغن گل 25 ملی لیٹر اضافہ کر کے لگائیں۔ یا:

فوطہ کو صابن اور آب نیم گرم سے دھو کر انڈے کی سفیدی ملا کریں۔

مزید تفصیل و معالجہ کے لیے جرب و حکہ کا باب ملاحظہ کیجئے۔

غذا و پرہیز: آش جو اور مونگ کی نرم کھچڑی کھلائیں، ثقیل، نفاخ اور دیر ہضم اغذیہ سے پرہیز کرائیں۔

●●

76

التہاب خصیہ

(ORCHITIS)

گاہے ورم خصیہ اور کبھی اس کی تھیلی میں واقع ہوتا ہے۔ تھیلی کے ورم کی صورت میں بخار نہیں ہوتا اور التہاب کو جس کر کے معلوم کیا جا سکتا ہے، اس کے برعکس اگر ورم انثیین میں ہو تو اسے جس کرنا قدرے دشوار ہوتا ہے۔ تاہم معمولی دباؤ ڈال کر شناخت کیا جا سکتا ہے، جس کے ساتھ بخار بھی لازمی طور پر موجود ہوتا ہے۔

اسباب: بچوں میں سردی لگنا، خصیہ پر چوٹ لگنا، سوزش مثانہ، کن پھیڑ وغیرہ اس کے اسباب میں شامل ہیں، علاوہ بریں وجع المفاصل، نقرس، آتشک، سوزاک وغیرہ کو بھی اسباب میں شمار کیا جاتا ہے۔ گاہے مادہ سل، سرطان یا داء الفیل کی وجہ سے بھی یہ مرض لاحق ہو جاتا ہے۔ یہی اسباب کسی خلط کے غلبہ کا موجب ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ اگر غلبۂ خون (امتلائے دم) خصیہ میں ہو جائے تو ورم حار ہوگا اور اگر اس کے برعکس بلغم، سودا یا ریح کا غلبہ ہو تو ورم بارد ہوگا۔

سریری مناظر: ورم حار کی صورت میں ماؤف خصیہ متورم، تنیدہ اور سرخی مائل ہوتا ہے۔ انثیین میں شدید درد ہوتا ہے، جس کی لہر شکم، کمر اور رانوں تک پہنچتی ہے، بخار ہوتا ہے اور خصیہ کا ملمس گرم ہوتا ہے، متلی و قے کی شکایت ہوتی ہے۔

ورم بارد کی صورت میں ماؤف خصیہ بوجھل محسوس ہوتا ہے اور درد کم ہوتا ہے۔ بخار نہیں ہوتا، خصیہ سفیدی مائل ہوتا ہے۔ سوداویت کے غلبہ کی صورت میں رنگ سیاہ ہوتا ہے۔

اجتماع ریاح کی صورت میں انثیین پھول جاتے ہیں، لیکن ان میں بوجھ نہیں ہوتا۔ گلسوئے یا کن پھیڑ کی حالت میں وہاں کا ورم منتقل ہو کر خصیوں میں آجاتا ہے۔ التہاب خصیہ کی حالت میں اگر سعال کی شکایت ہو جائے تو انصباب مادہ کے سبب ورم خصیہ موقوف ہو جاتا ہے۔

علاج: مریض کو مکمل آرام پہنچایا جائے۔ سوءِ ہضم کی صورت میں سب سے پہلے اسے درست کیا جائے اور قبض ہو تو رفع کیا جائے۔ اس کے لیے اطریفل زمانی حسب عمر رات کو سوتے وقت ہمراہ دودھ یا آب نیم گرم دیا جائے۔

حمولات کا استعمال بہت مفید ہوتا ہے۔ اس سے مادہ کھنچ کر مقعد کی طرف آجاتا ہے۔

گل ٹیسو پانی میں پیس کر جوش دے کر نطول کریں، پھر اس کا پھوک پیس کر تھوڑی دیر کے لیے لگائیں، اس کے بعد طلائے ذیل لگائیں:

آب کشنیز سبز، آب مکوہ سبز، آب کاسنی سبز، افیون ہر ایک 12 گرام، کافور، اجوائن خراسانی 1-1 گرام باریک پیس کر طلا کریں۔ چند یوم بعد ضماد قیصوم لگایا جائے جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) قیصوم، بابونہ، اکلیل الملک ہر ایک 12 گرام، گلبنفشہ، گل خطمی ہر ایک 3 گرام، گلسرخ 12 گرام۔

جملہ دوائیں کوٹ چھان کر تخم السی یا تخم کنوچہ کے لعابات میں گوندھ کر ضماد تیار کریں۔

ورم حار میں بارد لعابات و عصارات استعمال کرائیں۔

ورم حار میں منضج بلغم پلائیں اور مقی ادویہ دے کر قے کرائیں، اس کے بعد ادویۂ محللہ مثلاً آرد باقلہ، بابونہ، اکلیل الملک، زیرہ سیاہ، حلبہ، روغن خیری، مقل، زردیٔ بیضۂ مرغ اور موم وغیرہ ضماد ابروئے کار لائیں۔

بلغمی اورام میں ضماد مقل بھی مفید ہے، جس کا نسخہ درج ذیل ہے:

(نسخہ) اشق، مقل ارزق، مرکی، میعہ سائلہ، زیرہ سیاہ، بابونہ ہر ایک 3 گرام، سنبل الطیب، بیخ وگل خطمی، کھجد، اکلیل الملک، تخم حلبہ، آرد باقلا ہر ایک 4 گرام، چربی گردۂ بز، موم سفید ہر ایک 25 گرام، روغن گل 50 ملی لیٹر۔

اول موم اور چربی کو روغن میں پگھلائیں اور دیگر دوائیں کوٹ چھان کر ملائیں اور مقام ماؤف پر ضماد کریں۔

اگر سوداویت کا غلبہ سبب ہو تو منضجات سودا دیں اور مقی ادویہ سے قے کرائیں نیز ادویۂ محللہ وملینہ ضماداً استعمال کرائیں۔ جن کا بیان اوپر گزر چکا ہے۔

ورم صلب کے لیے یہ دوا نافع ہے:

(نسخہ) سبوس گندم لے کر کوٹیں اور باریک چھان کر پھر کوٹیں اور چھانیں یہاں تک کہ سب چھن جائے، پھر اشق کو سنکھین میں گھولیں اور چھنی ہوئی بھوسی اس میں ملا دیں اور مقام التہاب پر پابندی سے لگائیں۔

مذکورہ دوا گو کہ گرم ہے تاہم اس کی حرارت معتدل ہے، خشک ہو جانے کے بعد چھڑا کر پھر لگائی جائے یہاں تک کہ ورم زائل ہو جائے۔ ہر طرح کی صلابت کے لیے نافع ہے۔

التہاب ریحی کی صورت میں نمک، اجوائن، سبوس گندم، تخم شبت وغیرہ گرم کر کے تکمید کریں اور روغن یاسمین میں مشک وجند بیدستر حل کر کے احلیل میں ٹپکائیں۔

خوردنی طور پر جوارش کمونی دیں۔

ضماد ذیل ہر صورت میں استعمال کرا سکتے ہیں، مجرب ہے:

(نسخہ) آرد باقلا، آرد عدس، کانجی، رسوت، کشنیز اور مکوہ کے پانی کے ہمراہ ضماد کریں۔

(نسخہ دیگر) چھوہارے کی گٹھلی کی راکھ، خطمی سرکا میں پیس کر ضماد کرنا بھی مفید ہے۔

غذا میں آش جو اور کھچڑی کے سوا اور کچھ نہ دیں۔ اگر بچہ چھوٹا ہو تو دودھ میں ابلا ہوا پانی مساوی مقدار میں ملا کر شکر شامل کر کے پلائیں۔

گوشت اور نفاخ اشیا قطعاً نہ دیں۔

●●

77

حکۃ الفرج

(PRURITUS VULVAE)

بچیوں میں حکۃ الفرج یا خراش ایک تکلیف دہ علامت ہے، جسے وہ بار بار کھجانے پر مجبور ہوتی ہیں۔

اسباب: مقامی اسباب میں بدن کی عدم صفائی، اندام نہانی میں سوزش، اکزیما، نملہ، چنبل، بثور منبسط، بثوری التہاب جلد کے علاوہ مزمن سرحلمی سؤتغذیہ وغیرہ شامل ہیں۔

فرج کے تقرحی تضررات مثلاً اکولہ، التہاب لمفاوی وغیرہ بھی بعض اوقات خارش پیدا کرتے ہیں۔ نامکمل بارتھولینی خراج سے اخراج پذیر رطوبت، چرنے، کرم امعا، قمل عانہ، جرب و بواسیر کے علاوہ کیمیاوی خراش مثلاً قوی التاثیر صابن، مخرش غسول و مراہم کا استعمال بھی اس کے اسباب میں شامل ہیں۔

یرقان، تسمم دم یعنی فساد خون، صفرادیت وحدت اور تسمم بولی بچیوں میں عمومی اسباب کے طور پر بیان کیے جاسکتے ہیں۔

فولاد، حیاتین کی خامی خصوصاً حیاتین ''الف'' و ''ب'' تدرن یا سرطان وغیرہ بھی اسباب میں شمار کیے جاتے ہیں۔

بعض اوقات اس کا کوئی خاص سبب ظاہر نہیں ہوتا۔

علاج: اصل سبب معلوم کر کے اس کا معقول تدارک کیا جائے۔ مقامی صفائی ستھرائی کا خیال رکھا جائے۔ فرج کو آب نیم گرم سے دھو کر مطہر گاز روغن گل میں تر کر کے شرم گاہ کے لبوں کے مابین رکھا جائے۔ اس مرض میں مرہم ذیل بہت مفید ہے:

(نسخہ) سفیدہ کاشغری 12 گرام، صندل سفید سودہ 6 گرام، روغن گل 48 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 گھوٹے رہیں، جب سرد ہونے لگے تو سفیدی بھی ملا لیں۔ اس کے بعد اس قدر رگڑیں کہ جملہ اجزا یکجان ہو جائیں۔ مرہم تیار ہے۔

خشک خارش میں روغن چنبیلی میں لیموں کا رس مساوی الوزن ملا کر مالش کریں۔ اگر سبب خون کی خرابی ہو تو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) شاہترہ، ہلیلہ سیاہ، گل منڈی، عشبہ، سرپھوکہ، چرائتہ ہر ایک 3.5 گرام، عناب 3 دانہ۔

جملہ دواؤں کو شام کو گرم پانی میں تر کریں، صبح مل چھان کر پلائیں۔

حدت و گرمی خون کی صورت میں نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) شیرۂ عناب 3 عدد، لعاب بہدانہ 1.5 گرام، عرق شاہترہ 20 ملی لیٹر میں تیار کر کے شربت نیلوفر 12 ملی لیٹر شامل کر کے صبح و شام نوش کرائیں۔

مقامی طور پر کافور گلاب میں گھس کر اس میں گاز لت کر کے شفتین کے درمیان رکھیں، نہایت مفید ہے۔

نسخہ ذیل بھی نافع ہے:

(نسخہ) رال، رسکپور، کافور، سیندور، سفیدہ کاشغری، کمیلہ، گل ارمنی، کتھ سفید، رسوت ہر ایک 3 گرام، مردارسنگ 2 گرام۔

جملہ اجزا کو باریک پیس کر روغن زرد 35 گرام (ایک سو ایک بار دھلا ہوا) میں ملا کر مقام ماؤف پر لگائیں۔

جدید تالیفات: گائناسان (Gynosan (S.G. Pharma)، کلورو کونی ڈال 200

ملی گرام پر مشتمل یہ مہبلی اقراص مہبلی دافع عفونت ہونے کے علاوہ مخلوط جرثومی سرایتوں کے سبب واقع ہونے والے التہاب مہبل وسیلان الرحم میں مفید ہیں۔

مقدار وترکیب استعمال: ایک قرص ہر روز سوتے وقت اندام نہانی میں ممکنہ حد تک اندر رکھا جائے۔ اسے اختتام طمث کے بعد ہر ہفتہ دو ہفتہ کے لیے بروئے کار لایا جاتا ہے، ہر سال اسی طرح تکرار عمل کرنا چاہیے۔

بٹنوویٹ (Betnovate(Glaxo) یہ بیٹامیتھا سون ویلی ریٹ 5.12% پر مشتمل کریم فرجی مہبلی خارش میں بہت مفید ہے۔

اسے روزانہ تین بار لگانا چاہیے۔

غذا: عمدہ اور جید الکیموس دی جائے مثلاً گھی، دودھ، بالائی اور مکھن کا استعمال زیادہ کیا جائے۔ اگر ہاضمہ کمزور ہو تو لطیف اور سریع الہضم غذائیں دی جائے۔ قبض نہ ہونے دیں۔

پرہیز: گوشت، مصالحہ دار اور دیر ہضم اغذیہ مثلاً باقلا، بیگن، مٹر، اروی، آلو، لہسن، پیاز اور گوبھی وغیرہ سے پرہیز ضروری ہے۔

●●

78

خلقی آتشک

(CONGENITAL SYPHILIS)

کیفیت: چونکہ یہ مرض بچوں میں اکتسابی نہیں ہوتا ہے بلکہ والدین کی طرف سے ورثہ میں ملتا ہے، اس لیے اسے بچوں میں خلقی آتشک سے موسوم کرتے ہیں۔

اسباب: آتشک محلبی پیچ سلکیہ (Treponema Pallidum) کی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بیشتر اصابات میں باپ آتشک میں مبتلا ہوتا ہے، اور اپنی سرایت ماں میں منتقل کر دیتا ہے اور انجام کار وہ آتشکی بچہ جنم دیتی ہے۔ ایسی صورت میں جب کہ یہ مرض ماں کی طرف سے ورثہ میں ملا ہو، علامتیں زیادہ شدید ہوتی ہیں۔ یہ بھی اپنی جگہ حقیقت ہے کہ ماں مرض کے سریری امارات کی مظہر نہیں ہوتی، تاہم وہ مثبت واسرمین تعامل (Wasserman reaction) کی حامل ہوسکتی ہے۔ واسرمین تعامل ماں اور بچے دونوں پر آزمانا چاہیے۔ اگر یہ ایک میں مثبت ہے تو اسے دوسرے میں بھی مثبت تصور کرنا چاہیے۔ اگر باپ منفی واسرمین تعامل کا مظہر ہو تو اسے اس کی سرایت سے مبرا قرار نہیں دیا جاسکتا، کیونکہ ممکن ہے اس نے اپنی بیوی کو سرایت زدہ کرنے کے بعد اپنا معقول علاج کرالیا ہو۔

سرایت کے طریقے: اس میں مرض کی سرایت حسب ذیل سرایت سے منتقل ہوا کرتی ہے:

○ مشیمہ کی عضوی خرابیوں کی بدولت ۔ ایسی صورت میں استقرار حمل کے بعد اگر ماں کو یہ مرض ہو جائے تو بذریعہ مشیمہ جنین کو لاحق ہو جاتا ہے۔

○ وضع حمل کے وقت تناسلی اعضا کے ذریعہ بچے کا ملوث ہونا۔

○ خوراک یا حفظ صحت کی خامی کے سبب مشیمہ کا دوران خون مدافعتِ مرض کے لیے ناکافی ہوتا ہے۔

نوٹ: جنین کی جلد پر ایک ایسی رطوبت جمی ہوئی ہوتی ہے جو اسے سرایت سے بچاتی ہے۔ اسے طلاء الذہنی (Vermix Caseosa) کہتے ہیں۔

امراضیات: شحوبی پیچ سلکیہ (Treponema Pallidum) عروق دمویہ کے نزدیک التہاب عارض کرتا ہے، جس کا تعامل مدور خلیات اور بعد میں لیفیت کی موجودگی ثابت کرتا ہے۔ اس مرض کا سمی اثر جسم میں سرایت کر کے اخلاط کو جلا کر فساد پیدا کرتا ہے اور یہ فاسد اخلاط بالخصوص سودائے محترق جسم میں رہ کر اس بیماری کا باعث ہوتے ہیں۔

تشخیص کی توثیق کا انحصار دواسرمین تعامل پر ہوتا ہے۔ سیال دماغی نخاعی عموماً مثبت تعامل کا مظہر ہوتا ہے۔ شحوبی پیچ سلکیہ (T.P.) جگر میں بہتر طور پر مشاہد کیا جا سکتا ہے۔

سریری ظواہر: چونکہ ابتدا سے ہی نطفہ میں جراثیم موجود ہوتے ہیں، اس لیے مرد کی منی کمزور ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسا نطفہ عموماً رحم مادر میں اچھی طرح نشوونما نہیں پاتا اور انجام کار ساقط ہو جاتا ہے اور اگر مکمل ایام حمل گزرنے کے بعد ولادت بھی طبعی طور پر ہو جاتی ہے تو بچہ جلد ہی فوت ہو جاتا ہے۔ اگر بچہ جانبر بھی ہو جائے تو آتشکی علامات بہت جلد نمودار ہو جاتی ہیں۔

وضع حمل کے ایک دو ماہ بعد جب علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں تو بچہ بتدریج کمزور ہونے لگتا ہے۔ ذبول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ رنگت سفیدی مائل ہو جاتی ہے۔ سارے بدن اور بالخصوص چہرے پر جھریاں پڑ جانے کے سبب چہرہ بوڑھوں جیسا ہو جاتا ہے۔ زکامی کیفیت رہنے لگتی ہے۔ عسر تنفس کی شکایت ہو جاتی ہے۔ نظام ہضم متاثر ہو جاتا ہے۔ بچہ چڑچڑا ہو جاتا ہے۔

مذکورہ بالا علامات کے علاوہ گلابی دانے، خناق زہراوی، فالج کاذب، التہاب کلیہ موقتی، منھ اور مبرز کے اردگرد آتشکی چکتے اور دماغ میں اجتماع آب وغیرہ کی شکایت بھی ہو سکتی ہے۔

آتشک کے موخر ظواہر رخنکی التہاب قرنیہ، مسخ نما دانت، زین نما ناک، گھٹنوں کا بغیر درد کا آماس، تالو کا انشقاب، ضمور کبد، سیف نما قصبہ، التہاب عظام اور مختلف ہڈیوں کا التہاب گرد عظام

(Periostitis) نیز عصبی بہراپن ہوتے ہیں۔

ابتدائی مدارج میں آتشکی بچہ تندرست ہوتا ہے اور ایک ڈیڑھ ماہ اور کبھی کبھی دو ماہ بعد اس مرض کی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں، یہ علامتیں اکتسابی آتشک سے مختلف ہوتی ہیں، یعنی ایسا بچہ ابتدائی قروح سے محفوظ ہوتا ہے اور یک بیک دوسرے تیسرے درجہ کی علامتیں رونما ہوتی ہیں۔

علاج: اس مرض میں طریقۂ علاج وہی ہے جو جوانوں میں مستعمل ہے۔ اگر بچہ زیادہ چھوٹا ہو تو اس کی ماں یا مرضعہ کو دوا استعمال کرائی جائے۔ اگر وضع حمل سے پیشتر ماں کا معقول علاج ہو چکا ہو اور بچہ مرض کی امارات کا مظہر نہ ہو تو اسے علاج سے آزاد کر دیا جائے، تاہم باقاعدہ مصلی امتحان بہرحال کرتے رہنا چاہیے۔

چونکہ خلقی آتشک کا آغاز عام طور سے رحم سے ہی ہوتا ہے، لہذا بچے کی پیدائش سے چند ماہ قبل ہی وہ آتشک کا مقابلہ کر چکا ہوتا ہے۔ اسی لیے اکثر آتشکی بچے نامکمل حالت میں یا تکملہ کے بعد فوت ہو جاتے ہیں۔ اگر بچہ جانبر ہو بھی جائے تو بافتوں کے ذریعہ سرایت بڑی سرعت سے پھیلتی ہے اور بعض اعضائے رئیسہ بری طرح متاثر ہو جاتے ہیں۔ اسی لیے جتنی جلد ممکن ہو، علاج جاری کر دینا چاہیے۔ اس مرض میں حسب ذیل نسخے مفید ہیں۔ مناسب انتخاب کے بعد استعمال کرائیں:

(نسخہ) برگ نیم و کرنجوہ سبز ہر ایک 1.5 گرام، مرچ سیاہ 5 عدد پیس کر شیرہ نکالیں اور چوب چینی 0.5 گرام پیس کر اس میں ملا کر بچے کو ایک ہفتہ تک پلائیں۔

دوران علاج نمک کا پرہیز ضروری ہے۔

(نسخہ) بیخ اندر رائن 21 گرام جو کوب کر کے پانی میں جوش دیں، جب نصف لیٹر پانی باقی رہ جائے، مل چھان کر روغن ارنڈ نصف لیٹر ملا کر پکائیں، پانی جذب ہو جانے کے بعد روغن کو صاف کر کے رکھ لیں۔

ترکیب استعمال 1 تا 2 گرام دودھ میں ملا کر پلائیں۔

غذا مونگ کی کھچڑی۔

(نسخہ) سم الفار مصفی، کات سفید، کافور، الائچی خورد، چاک مصفی مساوی الوزن گلاب سے ایک ہفتہ سحق کر کے دانہ جوار کے برابر گولیاں بنائیں۔

ترکیب استعمال: روزانہ ایک گولی 12 گرام کھانڈ کے ہمراہ کھرل کر کے بقدر ایک گرام گلاب کے ہمراہ 12 یوم تک استعمال کرائیں۔ یہ دوا بڑے احتیاط کی طالب ہے، صرف بڑے

بچوں میں استعمال کرائیں۔

غذا میں نمک کم دیں۔

(نسخہ) برگ کونچ 3 گرام، 12 ملی لیٹر پانی میں پیس کر صبح نہار منہ ایک ہفتہ تک استعمال کرائیں۔ مقامی طور پر مرہم ذیل لگائیں:

(نسخہ) سفیدہ کاشغری، رسکپور ہر ایک 7 گرام، دانہ الائچی خورد 3.5 گرام، کات 4 گرام۔ جملہ ادویہ کو روغن گاؤ میں حل کر کے مرہم تیار کریں۔

بعض معالجین سیماب اور اس کے مرکبات کو بھی اہمیت دیتے ہیں۔ حالانکہ اب یہ طریقہ تقریباً متروک ہو گیا ہے، ویسے بھی تیسرے درجہ میں پارہ چنداں مفید نہیں اور ضعف عمومی کے سبب برعکس اثر ہوتا ہے، البتہ اس درجہ میں پوٹاسیم آیوڈائڈ مفید ہے۔

جدید معالجہ میں پنسلین دوائے منتخب ہے، خواہ مرض اکتسابی ہو یا خلقی۔ 250000 یونٹ ہر چھٹے گھنٹے کم از کم 8 دن تک درون عضلاتی راہ سے پہنچایا جائے۔ لیکن نوزائدوں کو مہلک حادثات سے بچانے کی غرض سے پنسلین کا استعمال چھوٹی چھوٹی خوراکوں سے کرنا چاہئے اور اس میں بتدریج اضافہ کرتے جائیں۔

حالیہ اصابات میں بائی پنسلین (Bi Penicillin) ایک ملین یونٹ یومیہ 20 دن دیا جائے یا:

بائی پنسلین ایکس ٹنسی لین (Bipenicillin extencilin) 20 یوم تک بمقدار 120000 یونٹ ہر پانچویں روز دیا جائے۔ (جملہ 4800000 یونٹ)۔

حاملہ عورتوں میں اگر آتشک کی شکایت ہو تو ان کا علاج بلا تاخیر پنسلین سے شروع کر دینا چاہیے۔ پنسلین نہ صرف علاج شافی ہے بلکہ حالت حمل میں بھی زیادہ سے زیادہ مقدار میں آزادی کے ساتھ دی جا سکتی ہے۔ اس میں اسقاط حمل کا اندیشہ بہت کم ہے بلکہ بعض ماہرین نے تو اسے مانع اسقاط بتایا ہے۔

غذا و پرہیز: لطیف و زود ہضم غذا دیں مثلاً کھچڑی، آش جو، ساگودانہ، دودھ، چاول، سبز ترکاریاں اور چپاتی وغیرہ۔

گڑ، شکر، تیل، بیگن، لہسن، میتھی، گوشت علی الخصوص گائے بھینس کا گوشت ہرگز نہ کھلائیں۔ لال مرچ، گرم مصالحہ اور ہر قسم کی ترشی سے پرہیز ضروری ہے۔

79

سرخبادۂ اطفال

(INFANTILE ERYSIPELAS)

حمرہ یا سرخبادہ جلد کی ایک حاد خون پاش نبقی بجی سرایت (Streptococcal infection) ہے۔ یہ بیماری دونوں صنفوں میں واقع ہوتی ہے۔ معمر لوگوں میں جوانوں کے بہ نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے، تاہم بڑے بچوں اور شیر خواروں میں یہ خطرناک سرایت نادر الوقوع نہیں۔ کمزور بچے زیادہ لپیٹ میں آتے ہیں۔

اقسام: اس کی دو مخصوص قسمیں ہیں، حمرۂ خالص (صفراوی) اور غیر خالص (فلغمونی)۔

اگر اس میں خلط صفراوی کا غلبہ ہو تو یہ حمرۂ خالص ہوتا ہے، لیکن غلبۂ دم کی صورت میں حمرۂ غیر خالص یا فلغمونی۔ جس کی شناخت یہ ہے کہ حمرہ کو انگلی سے دبانے پر سرخی معدوم ہو جاتی ہے اور دباؤ ہٹاتے ہی سرخی واپس آ جاتی ہے، جب کہ فلغمونی میں ایسا نہیں ہوتا، نیز حمرۂ خالص ایک جگہ سے دوسری جگہ منتقل ہو جاتا ہے۔

مدت حضانت: 2 تا 5 یوم، گاہے 14 دن بھی ہوتا ہے۔

اسباب: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، اس کا سبب خون پاش نبقۂ بجیہ (دم عفن) ہوتا ہے، جو کسی معمولی سطحی خراش یا ناف کے حوالی سے بھی ممکن ہے، شاذ و نادر ختنہ کے بعد بھی سرایت کر

جاتا ہے۔مریض کا جسم چھونے نیز تیمار دار وغیرہ کے ذریعہ بھی تعدیہ لگ جاتا ہے۔علاوہ بریں قحف یا چہرے کے کسی سطحی خراج میں نشتر لگانے سے بھی ہوسکتا ہے۔عمومی نقاہت، نقص تغذیہ، ضعف جگر وکلیہ، اوجاع مفاصل اور نقرس وغیرہ کے علاوہ خزاں اور سرما نیز حفظ صحت کی عدم پابندی وغیرہ اسباب مُعدّہ میں شمار کیے جاتے ہیں۔یہ مرض مکرر الوقوع ہوسکتا ہے نیز گاہے وبائی شکل میں بھی پھیل سکتا ہے۔ایسی صورت میں سمیت ہوا میں موجود رہتی ہے اور معمولی سی خراش وغیرہ کی راہ سے سرایت کرسکتی ہے۔

علامات: وقوع عموماً اچانک دردسر، اضمحلال و ماندگی کے ساتھ ہوتا، عمومی بے چینی بھی ہوتی ہے۔بعض اصابات میں ابتدا میں ہاتھ پاؤں میں تشنج ہوتا اور پھر لرزہ کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔متلی قے اور سردرد کی شکایت ہوتی ہے، گلا دکھتا اور گاہے نکسیر بھی پھوٹتی ہے اور بخار کے چند گھنٹے بعد چہرہ پر کہیں سرخ دھبہ اور ورم نمودار ہوتا ہے، بعض اوقات بخار کے دو تین یوم بعد دوڑہ اور ورم نمودار ہوتا ہے اور متورم جلد پر سرخ چکتے پھیلتے ہیں، جس کے ساتھ تحت الجلدی بافتوں کا اذیما ہو جاتا ہے۔چکتے کا کنارا قابل جس حد تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور اس خطے کی مسیلیت کرنے والے لمفاوی عقد کلانی یا فتہ اور الیم ہو جاتے ہیں۔رفع اذیما کے بعد ماؤف حصے میں حویصلات (Bulbae) نمودار ہوتے ہیں۔ناک اور چہرے پر نبقی بجی سرایت کے نتیجے میں حمرہ کے تقریباً 8 فیصد اصابات میں چہرہ متاثر ہوکر بدہیئت ہو جاتا ہے، ناک بند ہو جاتی ہے۔

جب ورم زیر جلد ساخت میں ہوتا ہے تو گہرا ہوتا ہے اور درد خفیف، دبانے سے گڑھا پڑ جاتا ہے اور سوزش زیادہ ہوتی ہے۔مادہ میں غیر معمولی حدت کی حالت میں مقام ماؤف پر شفاف دانے یا آبلے نمایاں ہوتے ہے۔بخار روز اول سے ہی 104 تا 105 درجہ ہوتا ہے۔نبض ممتلی ہوتی ہے، زبان پر خشکی اور رنگ بھورا ہوتا ہے۔شروع میں تیز لیکن بعد میں نبض بتدریج متواتر اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ورم کے چھٹے روز بخار اتر جاتا ہے۔

انذار: تخفیف مرض کی صورت میں ہفتہ عشرہ کے اندر اندر افاقہ کے آثار ہویدا ہونے لگتے ہیں۔لیکن شدت مرض میں دم کشی سے موت ہوسکتی ہے۔شیر خوار بچوں میں زیادہ خطرناک ثابت ہوتا ہے تاہم پینی سلین معالجہ کے نتیجے میں یہ مرض تقریباً 48 گھنٹے کے اندر اندر قابو میں آجاتا ہے اور انذار نہایت شاندار ہوتا ہے۔

تشخیص تفریقی: گاہے نارفارسی اور قوبا کا شبہ ہوتا ہے، لیکن نارفارسی اور قوبا کے دانے یا آبلے

متفرق ہوتے ہیں۔

کن پیڑ وغیرہ میں کانوں کے سامنے اور نیچے زیادہ التہابی کیفیت پائی جاتی ہے۔

سوزش جلد میں دو تین سرخ دھبے ہوتے ہیں جو زیادہ نمایاں نہیں ہوتے اور نہ بخار زیادہ ہوتا ہے۔

عمومی تدابیر: مریض بچے کو علاحدہ اور ہوادار کمرے میں رکھا جائے، نیز حفظ صحت کے اصولوں پر سختی سے عمل کیا جائے۔ کپڑے ابلے پانی میں دھو کر دھوبی کے حوالے کیے جائیں۔

علاج: پہلے تنقیہ اور تعدیل خلط کریں نیز مصفی خون دوائیں مثلاً عرق مرکب مصفی ہمراہ شربت عناب 50 ملی لیٹر صبح و شام پلائیں، حسب ضرورت مرضعہ کو مسہل دیا جائے اور خون کے جوش کو کم کرنے والی دوائیں بروئے کار لائیں۔

مرضعہ کو معجون عشبہ کھلانا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔

مریض بچے کے لیے فصد و مسہل دونوں مضر ہیں، کیونکہ اس طرح کمزوری اور بڑھ جاتی ہے، ایسی حالت میں مندرجہ ذیل نسخے مناسب انتخاب کے ساتھ بروئے کار لائیں:

(1) رسوت، صندل، سرخ ہر ایک 2 گرام، نرکچور، چاکسو، افیون، مردار سنگ ہر ایک 1 گرام، زرد چوب، برگ حنا، برگ نیم، برگ بکائن ہر ایک 15 عدد۔

ترکیب تیاری واستعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر بقدر باجرہ گولیاں بنائیں اور ایک ایک گولی روزانہ صبح ماں کے دودھ کے ہمراہ دیں۔

(2) **حب سرخبادہ:** (نسخہ) رسوت، برگ شاہترہ، گیرو، مغز تخم بکائین، مغز تخم نیم، تخم شاہترہ، افیون ولایتی، منڈی، برم ڈنڈی، پوستہ ہلیلہ زرد، پوست ہلیلہ کابلی، تخم کاسنی، برادۂ صندل سرخ و سفید ہر ایک 2-2 گرام۔

ترکیب تیاری واستعمال: جملہ دوائیں کوٹ چھان کر آب برگ کاسنی سبز میں ملا کر بقدر مونگ حبوب بنائیں۔

مقدار خوراک: ایک گولی روزانہ صبح و شام شیر مادر میں حل کر کے دیں۔

(3) رسوت مصفی شیر 128 ملی گرام مادر میں حل کر کے روزانہ صبح استعمال کرائیں۔

مقامی علاج: رسوت، پوست نیم سوختہ، صندل سرخ، سفیدہ کاشغری باریک پیس کر روغن چنبیلی میں حل کر کے مرہم کے طور پر لگائیں۔

روغن سرخبادہ: چاکسو، صندل، سرخ، کمیلہ ہرایک 3 گرام، فوفل، سنگجراحت، کتھ سفید، لوہ چون، برگ حنا، پھٹکری، ہلیلہ سیاہ، وج خراسانی ہرایک 1.5 گرام، برگ نیم، دھمایہ ہرایک 14 گرام، برگ بکائن 28 گرام، فلفل سیاہ 7 گرام، نیلاتھوتھا 1 گرام، روغن تلخ 305 ملی لیٹر۔

ترکیب تیاری واستعمال: پتوں کو باریک پیس کر پھر نصف لوہ چون کے ہمراہ پیس کر دو قرص تیار کریں، اس کے بعد تیل آگ پر رکھ کر اس میں ٹکیہ ڈال کر جلائیں، اس کے بعد مابقی ادویہ کوٹ چھان کر روغن مذکور میں ملا کر لوہے کی کڑاہی میں نیم کے دستہ سے ایک گھنٹہ تک خوب حل کر کے محفوظ رکھیں اور بوقت ضرورت تھوڑا سا سرخبادہ پر لگائیں۔

ضماد: گل معصفر، برگ نیم، صندل سرخ، زرد چوب پانی میں پیس کر ضماد کریں۔

اگر پختہ ہو جائے تو رسوت، کات سفید، صندل سرخ، سفیداب ہمراہ آب کشینز سبز ضماد کریں۔

جدید علاج: ایسی سرایتوں کا سلفا ادویہ یا پینی سلین سے بآسانی قلع قمع کیا جا سکتا ہے۔

غذا و پرہیز: مرضعہ اور اگر بچہ کھانا کھاتا ہو تو اسے بھی لطیف اور زود ہضم غذا دی جائے۔

آش جو یا کھچڑی، پالک، کاہو، کاسنی وغیرہ تنہا یا مونگ کی دال کے ہمراہ دیں۔

مرضعہ یا بچے کو گرم اور شیریں اشیا کے استعمال سے پرہیز کرائیں۔

●●

80

شرے

(LICHEN URTICARIA)

مترادفات: ۔ پتی اچھلنا، آبلہ نمایا چکتے دار پتی (Papular urticaria)

تعریف:

یہ دراصل حمرہ (سرخبادہ) ہے جو چہرہ اور پیشانی میں لاحق ہوتا ہے اور گاہے سر تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ مرض ہر عمر کے بچوں میں کثیر الوقوع ہے، لیکن 6 ماہ تا 3 سال کی عمر میں زیادہ پایا جاتا ہے۔

اسباب: نمکین گوشت کا استعمال، سوء ہضم، دانت نکلنا اور غلبۂ صفرا اہم اسباب ہیں۔ یہ حالت عموماً موسم گرما میں رونما ہوتی ہے۔ موسم گرما اور تازہ پھلوں کا کھانا اہم عوامل ہو سکتے ہیں، تاہم کیڑوں کے کاٹنے سے بھی عارض ہو سکتا ہے، خصوصاً کتوں، بلی یا پتنگوں وغیرہ کے کاٹنے سے۔

علامات: تمام بدن بالخصوص چہرے پر سرخی مائل گول دھبے ظاہر ہوتے ہیں، جس کے ساتھ مرکزی آبلہ موجود ہوتا ہے، جو گاہے حویصلہ سے گھرے رہتے ہیں۔ سر کے علاوہ کان، ناک، پیشانی اور چہرہ وغیرہ متورم رہتا ہے۔ ان میں جلن اور شدید خارش ہوتی ہے، پھر کچھ دیر بعد معدوم ہو جاتے ہیں اور اگر کھرچ اٹھتے ہیں تو بعد میں ایک مخصوص پھنسی نکل آتی ہے۔ اس کے ساتھ کبھی

خفیف بخار بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اصابات میں پیدائش کے تیسرے یا چوتھے روز ایسی ہی صورت رونما ہو جاتی ہے، جسے اصطلاحاً نوزائیدی شری سے موسوم کرتے ہیں۔

مصفیات کی اہمیت یہاں بھی ہوتی ہے۔ چنانچہ اس غرض سے عرق مکوہ میں سکنجبین ملا کر پلائیں یا عناب، شاہترہ، آلو بخارا اور کاسنی وغیرہ پانی میں بھگو کر پلائیں۔

مندرجہ ذیل نسخے بھی مفید ہیں، مناسب انتخاب کے ساتھ استعمال کرا سکتے ہیں:

حب مصفی خون برائے اطفال: رسوت مصفّٰی، برگ نیم، مردار سنگ، گلسرخ، سناء مکی، بادیان ہر ایک 6 گرام، آملہ خشک، صندل سرخ، عشبہ مغربی ہر ایک 3 گرام۔

جملہ دوائیں کوٹ چھان کر سیاہ مرچ کے برابر گولیاں بنائیں اور ایک ایک گولی صبح و شام ماں کے دودھ یا پانی میں گھس کر بچہ کو پلائیں۔ اس سے خون کے زہریلے اثرات بہت جلد رفع ہو جاتے ہیں، خارش دفع ہو جاتی ہے۔

(نسخہ دیگر) عناب 5 عدد، عرق بادیان 50 ملی لیٹر میں شیرہ نکال کر سکنجبین 12 ملی لیٹر ملا کر اسپغول 3 گرام، خوب کلاں 10 گرام چھڑک کر پلائیں۔

(نسخہ دیگر) پودینہ 2 گرام پانی میں پیس کر شکر سفید 4 گرام ملا کر پلائیں۔

(نسخہ دیگر) مرضعہ کو جوشاندۂ ہلیلہ و شاہترہ سکنجبین ملا کر پلائیں۔

مقامی طور پر:

(نسخہ) تخم خیارین و خربزہ، اندر جو شیریں سرکہ میں پیس کر لگائیں۔

(نسخہ دیگر) اجوائن، گیرو گلاب میں پیس کر لیپ کریں۔

طب جدید میں مقامی استعمال کے لیے کیلے مائن لوشن زیادہ موزوں ہے۔ اس مرض میں خرد بینی استعمال کے لیے دافع حساسیت ادویہ بھی آرمانی چاہئیں، چنانچہ اگر بچہ خارش سے بے چین ہو تو الگزر آف بیناڈرل ایک چھوٹا چمچہ دن میں دو بار پلائیں۔

مسلسل تجربات سے انتھی سان بھی مفید ثابت ہو چکی ہے۔ اس دوا کی پہلی خوراک کے استعمال کے تین گھنٹے کے اندر اندر خارش میں تخفیف ہو جاتی ہے، ساتھ ہی دوڑوں کی تعداد بھی گھٹنے لگتی ہے، مزید فائدہ کے لیے انتھی سان کریم بھی مقامی طور پر لگا سکتے ہیں، علاوہ بریں ایول، پیری آکٹین وغیرہ دافع حساسیت دواؤں کی ایک طویل فہرست ہے، جن سے مناسب انتخاب کے ساتھ فائدہ اٹھایا جا سکتا ہے۔

غذاو پرہیز: لطیف، زود ہضم غذادیں، ہاضمہ کا خیال رکھیں، نمکین غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے، مرضعہ کو جماع سے پرہیز کرنا چاہیے۔

نوٹ: ۔ یکسالہ بچہ کے لیے حجامت یا جونک لگانا روا ہے، لیکن قوی ادویہ یا فصد سے اجتناب ضروری ہے۔

جونک لگانے کے بعد گلسرخ، بنفشہ، نیلوفر، جومقشر جوش دے کر نہلائیں۔

●●

81

جرب وحکّہ

(SCABIES AND ITCHING)

جرب (خارش) دراصل چھوٹی چھوٹی پھنسیاں ہوتی ہیں، ان میں اتنی شدت کی کھجلی ہوتی ہے کہ گاہے ریم سے پر ہو جاتی ہیں۔ اکثر یہ صرف ہاتھوں تک محدود ہوتی ہیں اور کبھی سارے بدن میں منتشر ہو جاتی ہیں، اس کے برعکس سادہ کھجلی کو حکہ کہتے ہیں۔ یہ دراصل خشک خارش (سوکھی کھجلی) ہوتی ہے جو جلد میں خشکی کے سبب بغیر دانوں کے پیدا ہوتی ہے۔

اقسام: جرب کی بہت سی قسمیں بیان کی گئی ہیں، جن میں سے دو اہم ہیں جرب رطب اور جرب یابس۔

جرب یابس: اس کے دانے خشک اور کھرنڈ دار ہوتے ہیں ان میں نہ تو پیپ پڑتی ہے اور نہ کسی قسم کی رطوبت خارج ہوتی ہے۔

جرب رطب: اس کا مادہ تر اور مائل بہ رقت ہوتا ہے۔ اس کی رطوبت انتہائی چھوت دار ہوتی ہے، شیخ نے لکھا ہے کہ جو اسباب پیدائش مادہ جرب کے ہیں وہی اسباب تولد مادہ حکہ کے ہیں، مگر جرب کے اسباب قوی تر ہوتے ہیں۔

اسباب: اخلاط کے سوء مزاج یعنی صفرائے حاد، غلبۂ بلغم، یا غلبۂ سودا اسباب میں شامل ہیں

جو کہ اسباب معدہ کے طور پر شمار کیے جا سکتے اس کے ساتھ ساتھ سرایت بھی موجود ہوتی ہے، چنانچہ طب مغرب نے نہایت متعدی اور چھوتدار مرض قرار دیا ہے، جس کا باعث ایک مخصوص قسم کا لیکھ نما کیڑا یعنی قرادالجراب (Sarcoptes Scabei) ہوتا ہے، جسے (Itcmite) بھی کہتے ہیں، لطف کی بات یہ ہے کہ یونانی اطبا نے اس کا تذکرہ بہت پہلے کر دیا تھا، چنانچہ طبری نے 10 ویں صدی عیسوی میں ہی معالجات بقراطیہ میں اس کا واضح طور پر ذکر کیا ہے، جسے دیکھنے کے لیے بلاشبہ عدسہ استعمال کیا گیا ہوگا۔

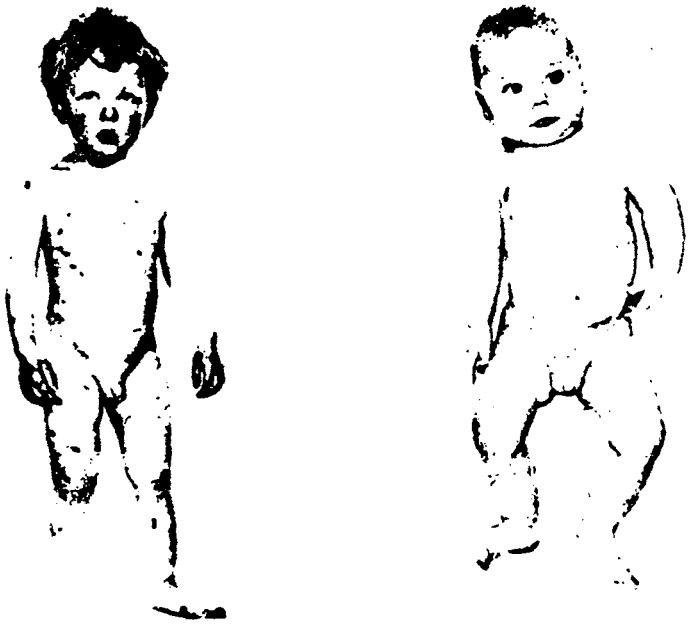
امراضیات: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، غلبۂ اخلاط بالخصوص صفراویت کو امراضیات میں خاص اہمیت حاصل ہے۔ صفرا، بلغم یا سودا کے غلبہ اور سوء مزاج فساد خون کے موجب ہوتے ہیں، جو جرب وحکہ کی صورت میں رونما ہوتا ہے۔

جہاں تک قرادالجراب کا سوال ہے، اس کا مادہ کیڑا خرد سفید دھبا نما ہوتا ہے۔ یہ بیضوی اور 0.3 ملی لیٹر طویل ہوتا ہے، جس کے سامنے چار پیر ہوتے ہیں، جن کا منتہا چوسنے والے حصوں (Suckers) پر ہوتا ہے۔ اس کے پیچھے بھی چار پیر ہوتے ہیں جو ریڑھ میں مختتم ہوتے ہیں۔ نر کیڑہ مادہ کے صرف نصف سائز کا ہوتا ہے جو شاذ ہی نظر آتا ہے۔ اس کا سوراخچہ 6 تا 12 ملی میٹر طویل ہوتا ہے جو سفید ناہموار خطوط کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ مادہ روزانہ 2 تا 3 انڈے دیتی ہے اور سوراخ میں تقریباً دو ماہ تک رہ سکتی ہے، اس کے بعد ہلاک ہو جاتی ہے۔ انڈوں سے 3 تا 4 یوم کے اندر اندر بچے نکل آتے ہیں۔ قرادالحویصلی لیکھ (Larvae Acari) سطح تک راہ بنا لیتے ہیں اور قریب ترین شعری حویصلہ میں پناہ گزیں ہو جاتے ہیں۔ دودہ (Larvae) بلوغت سے قبل تین بار اپنا خول اتار چکے ہوتے ہیں۔ ان کے کثرت اموات کے باوجود 10 فیصد انڈے بخوبی نشوونما پا جاتے ہیں۔

سرایت: قرادالجراب کی منتقلی کے لیے طویل چھوت ناگزیر ہے، کیوں کہ اس کا کیڑا بڑا سست رفتار ہوتا ہے، چنانچہ اس کی تیز ترین رفتار 25 ملی میٹر فی منٹ ہوتی ہے اور خود کو چھپانے کے لیے ایک گھنٹہ درکار ہوتا ہے۔ 16 درجہ سینٹی گریڈ سے کم درجۂ حرارت پر برودت کے سبب مکمل طور پر مفلوج ہو جاتے ہیں یہاں تک کہ 20 درجہ سینٹی گریڈ پر بھی عملی طور پر کوئی حرکت نہیں ہوتی۔ یہ چھوت بستر میں یا پھر بچوں میں ایک دوسرے سے مصافحہ کرتے وقت منتقل ہوتی ہے۔

سریری مناظر: ممکن ہے کہ قرادالجراب کی اولیں سرایت پر مریض مہینوں لاعلم رہے اور نہ

کھجلائے، تاہم آئندہ چل کر بری طرح کھجلا سکتا ہے اور ایک ماہ بعد مریض کیڑے سے حس پذیر ہوسکتا ہے۔ سوراخ کے ارد گرد عقدی مجموعے اور حویصلاتی نفاطات نمودار ہوتے ہیں۔ جیسا کہ تصویر ذیل سے ظاہر ہے۔



تصویر **20** : نفاطات جرب وحکہ 7 ماہ کے نومولود اور 2 سالہ بچے میں

مریض کھجلانا شروع کر دیتا ہے۔ یہ کھجلی ذوالفترہ ہوتی ہے اور رات میں شدت اختیار کر لیتی ہے۔ مریض حرارت سے ہمکنار ہوتا ہے۔ خارش اس غضب کی ہوتی ہے کہ مریض بے قرار ہو جاتا ہے اور بچہ بلک اٹھتا ہے، نتیجہ کار سوزش اور مرض میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ کھجلانے کے سبب جلد پر خراش پڑ سکتی ہے۔ دانے کی رطوبت جو ابتدا میں شفاف ہوتی ہے، کچھ عرصہ بعد خراش کے سبب پیپ میں بدل جاتی ہے اور بقۂ سبحیہ یا بقۂ عنبیہ کی سرایت کے نتیجے میں خراج، حصف (Impetigo) اور نافطیت (Ecthyma) واقع ہوسکتی ہے۔

کسی بھی پیچیدگی کی صورت میں جرب وحکہ سے شفایابی اور قرادالجراب کی ہلاکت کے بعد بھی ہفتہ دو ہفتہ تک خارش اپنا رنگ دکھا سکتی ہے، سوراخ عام طور سے مقامات ذیل پر پائے

جاتے ہیں:

ہتھیلی کا مقدم حصہ، ہاتھ کا زندی اسفل سرا، انگلیوں کا درمیانی حصہ، کہنی، بغل کا مقدم حصہ کولھے کا نچلا حصہ، پیر کا داخلی حصہ، نمو پذیر بچوں میں قضیب اور بچیوں میں حلمۂ ثدی۔ یہ دانے بچوں میں شکم کے علاوہ بغل کے اردگرد اور کنج ران میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ قضیب پر سوراخ اکثر متورم ہوتے ہیں۔ بیضوی، مطول، سرخ نیز درریزش تضررات کے طور پر نمودار ہوتے ہیں۔

بالغ مادہ کیڑوں کی تعداد ہمیشہ مختلف ہوتی ہے، یعنی ایک تا پچاس تاہم اوسط 12 ہوتی ہے۔

سودائے حادسبب ہوتا ہے تو بثور کا رنگ سرخی مائل ہوتا ہے اور ان میں سوزش و خارش ہوتی ہے۔ غلبۂ بلغم کی حالت میں دانے سفید پھیلے ہوئے اور پانی سے پُر رہتے ہیں۔ غلبۂ سودا سبب ہو تو پھنسیاں سیاہی مائل ہوتی ہیں اور ان میں درد و خارش قدرے خفیف ہوتی ہے، تاہم عرصۂ دراز تک رہتی ہے۔ گاہے سیاہ خون بھی پھنسیوں میں سے خارج ہوتا ہے۔

تشخیص: سوراخ کی موجودگی سے گو کہ تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے، تاہم حتمی فیصلہ کے لیے قرادالجراب (Acarus) کی دستیابی اور زیرخورد بیں مشاہدہ ناگزیر ہے۔ اگر منتہائے سوراخ کو دستی عدسہ کے ذریعہ دیکھا جائے تو زیادہ سہولت ہوگی۔ بچوں میں وسیع الانتشار حصف (Impetigo) ملتا ہے جو جرب یا نفاطی شریٰ کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔

اس میں مصفی خون ادویہ مفید ہیں اگر بچہ چھوٹا ہو تو مرضعہ کو معجون عشبہ 7 گرام صبح کو کھلا کر اوپر سے عرق شاہترہ، عرق مرکب مصفی ہر ایک 70 ملی لیٹر، شربت عناب 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں اور شب کو اطریفل شاہترہ دیں۔

گندھک مصفّٰی 128 ملی گرام، مسکۂ گاؤ میں ملا کر بچے کو کھلائیں۔

نسخہ ذیل بھی نافع ہیں:

(نسخہ) چرائتہ، شاہترہ، سرپھوکہ، صندلین، ہلیلہ سیاہ، برگ حنا، منڈی ہر ایک 2 گرام، عناب 2 دانہ رات کو آب گرم میں بھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر قدرے شہد ملا کر بچے کو پلائیں۔

مقام ماؤف کو روزانہ گندھک کے صابن سے دھو کر مرہم ذیل لگائیں۔

(نسخہ) گندھک آملہ سار، توتیائے سبز 3-3 گرام، آنبہ ہلدی 5 گرام۔ جملہ دوائیں 12 ملی لیٹر پانی میں ایک گھنٹے تک تر رکھیں، اس کے بعد پیس کر دھوپ میں بچے کو بٹھا کر بدن پر ملا

جائے اور ایک گھنٹہ کے وقفہ سے آب نیم گرم سے نہلا دیں، تین روز کے اندر اندر مرض کا قلع قمع ہو جائے گا۔

حلّہ کے لیے نسخۂ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) مردار سنگ، سفیدہ، کافور مساوی الوزن پیس کر سرکہ اور روغن گل ملا کر ضماد کریں۔

(نسخہ دیگر) روغن چنبیلی 35 ملی لیتر میں عرق لیموں 3 قطرہ ملا کر لگانا بھی مفید ہے۔

طب مغرب میں 25 فیصد بنزائل بنزوئیٹ (Benzyl Benzoate) یا ایک فیصد بنزین ہکسا کلورائڈ (Benzene Hexachloride) سے کیا جاتا ہے، جس میں سے موخر الذکر کم مخرش لیکن زیادہ موثر ہوتی ہے۔ اسے سارے بدن پر یعنی گردن تا قدم لگایا جاتا ہے۔ بالخصوص برش سے صرف تضرراتی مقامات تک علاج محدود رکھنا لا حاصل ہے۔ دو دفعہ دوا لگانا کافی ہے 24-24 گھنٹے کے وقفے سے اور کم از کم 48 گھنٹے تک جلد پر دوا لگی رہنی چاہیے۔

غسل صحت کے بعد کپڑے اور بستر دھلوا لینے چاہئیں۔

●●

82

قوبا (داد)

(RINGWORM)

تعریف: یہ متعدی بیماری ظاہر جلد پر پیدا ہوتی ہے، عمومی مقامات گردن، پشت، سرین اور کمر ہیں۔

اسباب: اس کا سبب متعدد فنگی سرایتیں ہوتی ہیں۔ فساد خون، خلط ردی، بلغم شور وغیرہ ممد ثابت ہوتے ہیں۔ ان کے تضررات فنگس کی قسم اور ماؤف حصۂ جسم کے اعتبار سے مختلف ہوا کرتے ہیں، جن کا اجمالی بیان درج ذیل ہے:

جسمانی داد (سعفۃ الجلد =Tinea Corpis, Tinea Circinata): داد کی یہ قسم زیادہ تر برادمی فطر (Epidermophyton) کی سرایت سے عارض ہوتی ہے، جو عموماً پیر کی داد سے پھیلتی ہے۔ اس کی چھوت دوسرے مریض سے لگتی ہے۔ فطور دقیق (Microsporon) اور فطور شعریہ (الشعرویہ =Tricophyton) سرایتیں بھی سعفۂ مستحلقہ (Tinea Circinata) عارض کر سکتی ہیں، جو عموماً جانوروں سے حاصل ہوتی ہیں۔

دھوبی کھجلی (Tinea Curis) یا سعفۃ الارفاغ (Tinea Inguinalis): یہ عموماً کنج ران اور بغلوں میں رونما ہوتے ہیں۔

سر کی داد (Ringwormof the scalp) یا (سعفۃ الراس = Tinea Capitis): یہ مرض 14 سال سے کم عمر والے بچوں میں بکثرت پایا جاتا ہے اور مریض بچے میں سے صحت مند بچوں میں بالوں کے برش، کنگھوں یا ٹوپیوں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ آج کل سر کے داد کا سبب زیادہ تر باریک کیڑوں یعنی فطور دقیق (Microsporon caries) کو بتایا جاتا ہے اور ذرائع سرایت جانوروں کو، اس کے برعکس قوباء الراس (سعفۂ ادوینی دقیقہ -Microsporon audouini) سے کم عارض ہوتا ہے، حالانکہ یہ زیادہ سرایتی ہوتا ہے۔

سعفۃ القدم (پیر کی داد) یا برادی فطریت۔ (Epidermophytosis Athlete's Foot): یہ شدید الوقوع صورت برادی فطرہ (Epidermo Phyton) کے سبب عارض ہوتی ہے، نیز جسمانی اور دھوبی کھجلی اور سعفۃ الراس کی سرایت کا ابتدائی ذریعہ عموماً یہی حالت ہوتی ہے یہ قسم شدید السرایت ہوتی ہے، جو تولیہ اور اجتماعی غسل سے پھیلتی ہے، اسی لیے اقامتی مدارس میں وبائی مسئلہ بن جاتا ہے۔

علامات و تشخیص: ماؤف مقامات پر اول چھوٹے چھوٹے سرخی مائل نقطے نمودار ہوتے ہیں جو بعد میں دائرہ کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اس کے بعد اس جگہ چھوٹی چھوٹی پھنسیاں بن جاتی ہیں، جن کے پھوٹنے اور سوکھنے کے بعد سیوس گندم کی طرح بھوسی جھڑتی ہے۔

سعفۃ الجلد کثیر الدوائر ہوتا ہے، جو چھوٹے چھوٹے سرخ آبلوں سے گھرا رہتا ہے۔ اس کی کھرچن میں پائے جانے والے فنگس (فطر) سے تشخیص کی توثیق کی جاسکتی ہے۔

سعفۃ الارفاغ (دھوبی کی کھجلی یا داد = Tinea Curis) میں مڑے ہوئے دانے نمودار ہوتے ہیں، جس میں پرت دار کنارے پائے جاتے ہیں۔ یہ کنج ران اور بغلوں میں نمودار ہوتے ہیں۔

سر کے داد کی صورت میں محدود یا وسیع خطوں میں بال چھوٹے چھوٹے ہو جاتے یا جھڑ جاتے ہیں اور رفتہ رفتہ پورا سر ماؤف ہو جاتا ہے۔

اس کی تشخیص کی توثیق تنویر نود (Nood's light) سے کی جاتی ہے جو ماؤف بالوں کو مخصوص عمل تنویر یعنی تالق سے ممیز کرتے ہیں۔

پیر کی داد میں انگلیوں کے درمیان سفید اور نم خط جلد میں شقاقات نمودار ہوتے ہیں، یہ عموماً چوتھی اور پانچویں انگلی کے مابین تنگ دراڑ میں لاحق ہوتے ہیں۔ یہ صورت پیر کی جلد تک براہ

راست پھیل کر بڑی عروقی طفیحات (Papulovascular eruptions) رونما کرسکتی ہے۔

علاج: خوردنی طور پر بچے کی ماں کو نسخۂ ذیل استعمال کرائیں:

(نسخہ) چوب چینی 12 گرام باریک کر کے آب گرم 130 ملی لیٹر میں بھگودیں۔ اس کا زلال لے کر شربت عناب 25 ملی لیٹر ملا کر صبح کو پلائیں اور شام کو:

معجون عشبہ 7 گرام کھلا کر اوپر سے عرق مصفی مرکب 100 ملی لیٹر، شربت عناب 25 ملی لیٹر ملا کر صبح کو پلائیں۔

اگر بچہ بڑا ہو تو عمر کی رعایت سے اسے بھی مذکورہ نسخہ دے سکتے ہیں۔

مقامی ادویہ:

آب لیموں دسر کا ابتدائی مدارج میں مفید ہے، مقامی طور پر لگائیں۔

حب طلا (مجرب):

(نسخہ) مردار سنگ، کوگرد آملہ، نوشادر، سہاگہ بریاں، فلفل گرد، مازو، کات سفید، صمغ عربی، تخم ترب مساوی الوزن، نیلا تھوتھا (جملہ کا نصف حصہ)۔ کوٹ چھان کر آب لیموں سے کھرل کر کے گولیاں بنائیں۔

ترکیب استعمال: بوقت ضرورت آب لیموں میں گھس کر طلا کریں، مزید افادیت کے لیے آب ترب کے بجائے افیون شامل کر سکتے ہیں۔

حب مجرب: سہاگہ، نوشادر، پھٹکری، تخم پنواڑ، افیون ہر ایک 2 گرام، آب لیموں 1 ملی لیٹر میں چار گھڑی حل کر کے گولیاں تیار کریں۔

ترکیب استعمال: داد کو کسی کھردرے کپڑے سے رگڑ کر مذکورہ گولی آب لیموں میں گھس کر لگائیں۔ طلائے ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) گندھک، سیماب، افیون، کافور ہر ایک 3 گرام، پھٹکری، سہاگہ ہر ایک 6 گرام، سب کو باریک کر کے گھی 10 گرام میں ملا کر لگائیں۔

جدید علاج: مرکبات سیماب سے کرم داد یقینی طور پر ہلاک ہو جاتے ہیں، طب قدیم میں بھی اسے ہمیشہ اہمیت دی جاتی ہے۔ لہٰذا مقام ماؤف کو صابن اور نیم گرم پانی سے دھو کر خشک کر کے مرہم ذیل 2 بار مالش کریں، مفید ہے۔

ایمونی ایٹڈ مرکری 10 گرین + مرہم سادہ ایک اونس:

دھوبی کھجلی کے شدید اصابات میں اول نہایت ہلکے اور نرمی پیدا کرنے والے مراہم وغیرہ استعمال کیے جائیں۔ اس مقصد کے لئے کیلے مائن لوشن مع ایک فیصد سلور نائٹریٹ یا ایک میں 10 ہزار پوٹاسیم پرمینگنیٹ سے غسل یا تکمید بارد مناسب رہے گی۔

علاوہ بریں ایک فیصد جنشن وائلٹ، آیوڈین کا ہلکا ٹنکچر یا مرتھولیٹ کریم فوطے کو بچاتے ہوئے لگانا موثر ہے۔

سرفاز (ساختہ فرانکو) کریم، لوشن اور ڈسٹنگ پاؤڈر کی شکل میں دستیاب ہے۔ اجزائے ترکیبی کے اعتبار سے ہر قسم کے داد میں موثر ہے۔ مقام ماؤف پر روزانہ 2-3 بار اس کی پتلی تہ لگانی چاہیے اور ہلکے ہلکے ملنا چاہیے۔ اگر بال گھنے اور طویل ہوں تو سلوشن قابل ترجیح ہے۔ سرایت کی جملہ امارات معدوم ہونے کے بعد بھی سلسلۂ علاج ایک ماہ یا کم از کم دو ہفتے جاری رکھنا چاہئے۔ روزانہ مقام متاثرہ کو دھو کر خشک کر لینا چاہیے، بالخصوص انگلیوں اور انگوٹھوں وغیرہ کے مابین۔ اگر بار بار حملۂ مرض کا رجحان پایا جائے، بالخصوص کنج ران وغیرہ میں، تو سرفاز ڈسٹنگ پوڈر قابل ترجیح ہے۔

مائیکوجیل کریم (ساختہ سپلا) جملہ اقسام کے داد میں مفید ہے۔ ہر طرح کی فطریت کا قلع قمع کر دیتی ہے۔ حسب ہدایت بروئے کار لایا جائے۔

سر میں داد ہو تو گری سوورین جیسے مانع فنجی انٹی بایوٹک سے علاج موثر ثابت ہوتا ہے۔ یہ دوا نہ صرف جلد، بالوں، ناخن کی جڑوں کو نے کھدرے میں چھپے فنگس کو ختم کر دیتی ہے، بلکہ ان مقامات پر فنگس کے بازنشو ونما کے امکانات کو بھی ختم کر دیتی ہے۔ اسے بمقدار 125 ملی گرام دن میں چار بار دینا عموماً مفید ہوتا ہے اور اس مقدار سے سمی اثرات بھی رونما نہیں ہوتے۔ چھوٹے بچوں مین ان کی عمر کے مطابق مقدار خوراک کا تعین کرنا چاہیے۔

اگر مقام ماؤف میں ریم موجود ہو تو بنزوئک ایسڈ اور سیلی سیلک ایسڈ کا مرہم لگانا عموماً نافع ہوا کرتا ہے۔

سر کی داد کا علاج بذریعہ عکس ریز بھی کیا جاتا ہے، لیکن یہ امر ملحوظ رکھنا چاہیے کہ قیح یا خراش کی موجودگی میں عکس ریز سے انتشار مرض میں مدد ملتی ہے۔

احتیاط: کنگھی، تکیہ اور ٹوپی کو پابندی سے علاحدہ رکھیں۔

●●

83

سعفہ

(FAVUS)

یہ گندھک نما زرد 2-2 ملی میٹر قطر کے قشری قروح ہوتے ہیں جو عموماً بچے کے سر کی جلد پر پائے جاتے ہیں، جس کے اردگرد بال ہوتے ہیں۔ قروح یا قشور ''خشکر یشہ'' کہلاتے ہیں۔ یہ دراصل قوبا کی جنس میں داخل ہے اور اسے ''گنج'' اور مریض کو ''گنجہ'' کہتے ہیں۔

اقسام: اس کی دو قسمیں ہیں، (1) رطب اور (2) یابس

اسباب وامراضیات: مریض سے تندرست کو یہ متعدی مرض چھوت کے ذریعہ لگ جاتا ہے۔ اس کی کھرنڈ میسیل (فطر نباتی=Mycelium) کے دبیز جال سے بنی ہوتی ہے۔

جرجانی وایلاقی کہتے ہیں کہ سعفہ (سعفۂ رطب، شیر بنج) زیادہ تر صفراو بلغم شور سے مخلوط خون سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا مادہ مرطوب ورقیق ہوتا ہے اسی لیے اسے رطوبت دار گنج سے موسوم کرتے ہیں۔ رطوبت حادہ اکالہ واخلاط غلیظہ خون کے ساتھ مل کر التہابی کیفیت پیدا کر کے جلد کو فاسد اور متقرح کر دیتے ہیں یا یہ مادہ جلد میں محتبس ہو جاتا ہے، جس سے بثور اور اورام پیدا ہوتے ہیں۔ اس میں سے رقیق مادہ سر میں منتشر ہو جاتا ہے اور اپنی حدت وتاکل سے سر کی جلد کو متقرح کر دیتا ہے اور اس میں سے زرداب ولذاع رطوبت بہنے لگتی ہے۔ یہ مرض بچوں میں زیادہ لاحق

ہوتا ہے، کیوں کہ ان کے بدن اور دماغ میں رطوبت کا غلبہ ہوتا ہے۔ بخارات زیادہ صعود کرتے ہیں، نیز وہ ضعیف القویٰ ہوتے ہیں۔

سعفۂ یابسہ (سورجی) یا خشک گنج کا سبب خلط سوداوی ہوتی ہے جس کے ساتھ ایک قسم کا حریف مادہ شامل رہتا ہے۔ یہ مادہ اپنی حریفیت کے سبب جلد کو فاسد کر دیتا ہے، کیوں کہ رطوبت حریفہ دموی رطوبت کے ساتھ مل کر جلد کی طرف مندفع اور اسے فاسد کرتی، نیز کھا جاتی ہے۔

علامات عمومی: مقام ماؤف پر پہلے سوزش ہوتی ہے، اس کے بعد سرخی نمودار ہوتی ہے اور پھر بھوسی جھڑنے لگتی ہے، اس کے بعد بالوں کی جڑوں مین زردی مائل چھوٹے چھوٹے چھلکے پیدا ہو کر ہفتہ عشرہ میں مدور کھرنڈ بن جاتے ہیں جنھیں خشکر یشہ کہتے ہیں۔ ان قشور میں خارش بھی ہوتی ہے اور ان سے چمٹے ہوئے بال بے رونق ہو جاتے ہیں اور از خود گرنے لگتے ہیں۔ بعد میں قروح بن جاتے ہیں اور سر میں جوئیں پڑ جاتی ہیں۔

بعض دفعہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ مخصوص قشور ''خشکر یشہ'' نہیں پائے جاتے، ایسی صورت میں تشخیص کا انحصار بالوں کے خوردبینی امتحان اور کاشت پر ہوتا ہے۔

سعفۂ رطبہ میں مذکورہ علامات کے ساتھ ساتھ سر کی جلد متقرح ہو جاتی ہے اور اس سے لذاع رطوبت رسنے لگتی ہے۔

سعفۂ یابسہ: انتہائی خشک قسم کا گنج ہوتا ہے۔ چوں کہ اپنی حریفیت کے سبب مادہ سر کی جلد کو فاسد کر دیتا ہے، جس سے چھلکے یا سفید بھوسی جھڑنے لگتی ہے۔ سرما میں زیادہ بڑھنے کا امکان رہتا ہے، لیکن گرما میں زائل ہو جاتا ہے۔

انذار: غیر علاج یافتہ اصابات میں مرض مدتوں برقرار رہ سکتا ہے تاہم بلوغت کو پہنچتے پہنچتے گنج زائل ہو جاتا ہے۔

علاج: شیخ کا قول ہے کہ اس کا علاج قوبا کے علاج سے قریب تر ہے۔

ابتدائی مرحلے میں بچے کے بال منڈوا دیں، تا کہ کھرنڈ دور ہو جائے۔ روغن کنجد سے مقام ماؤف صاف کر کے ادویۂ ذیل لگائیں:

شنگرف، توتیا ہر ایک ایک گرام باریک پیس کر پٹرولیم جیلی 25 گرام میں ملا کر مقام ماؤف پر لگائیں۔

پھٹکری، چھڑیلہ سرکا میں پیس کر طلا کریں۔

طلائے ذیل بھی سنخ میں مفید ہے:

(نسخہ) مردار سنگ، گندھک، توتیا، برگ حنا، سہاگہ، کمیلہ، پوست انار، ہلدی ہر ایک 3-3 گرام۔

جملہ دوائیں باریک پیس کر، روغن تلخ میں حل کر کے لگائیں۔

ان تحمر دواؤں کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ ان کی تیزی نیز حدت کے سبب دوران خون مقام ماؤف پر بڑھ جائے۔ اس طرح اس جگہ کا تغذیہ تیز ہو جاتا ہے اور مرض کا قلع قمع ہو جاتا ہے۔

اگر مرض بڑھ جائے تو اصولی علاج کیا جائے، جو درج ذیل ہے:

سعفۂ رطبہ: اگر بچہ شیر خوار ہو تو باسلیق کی فصد اور اسہال کے ذریعہ مرضعہ کا تنقیہ کیا جائے۔ خلط غالب کا دفعیہ مقصود ہو تو جوشاندۂ ہلیلہ وشاہترہ کا مسہل دیا جائے، نیز بچے کا خون بذریعہ حجامت نکالا جائے۔

(نسخہ) پوست ہلیلہ زرد 13.5 گرام ہمراہ افتیمون 10.5 گرام رات کو پانی میں بھگو کر صبح جوش دے کر خوب ملیں، صبر وسقمونیا بقدر حاجت خوب پیس کر مطبوخ بالا کے ہمراہ گولیاں بنا کر حسب عمر کھلائیں اوپر سے جوشاندہ پلا دیں، اس کے بعد ماقی تنقیہ وترطیب ماء الجبن وشاہترہ سے کریں۔

بلغم سبب ہو تو اس کے تنقیہ کے لیے حب صبر استعمال کریں۔

مذکور الصدر کے علاوہ حسب ذیل نسخے بھی مقامی طور پر نافع ہیں:

(نسخہ) زرد چوب، حنا، گل قیمولیا، کشنیز سوختہ ہر ایک 10.5 گرام، مردار سنگ 4.5 گرام، ریوند 3.5 گرام، پوست انار 17.5 گرام، مازو، سفید اب ہر ایک 14 گرام، بادام سوختہ 200 گرام، اقلیمیائے نقرہ، زرورد، گلنار، دم الاخوین، رصاص محرق ہر ایک 7 گرام۔

جملہ دواؤں کو کوٹ چھان کر روغن گل وسرکا کے ساتھ گھونٹ کر طلا کریں۔ اس سے تخفیف میں معاونت ملتی ہے۔

(نسخہ) مازو بے سوراخ، روغن گل کے ساتھ بریاں کر کے پیس کر سرکا میں ملا کر طلا کریں۔

(نسخہ) کاغذ سوختہ سرکا کے ساتھ حل کر کے طلا کریں۔

(نسخہ) تنور کی مٹی (پرانی) دو حصہ، نمک ایک حصہ باریک کر کے سرکا میں ملا کر طلا کریں۔

محمد بن ذکریا رازی نے لکھا ہے کہ سعفۂ رطب میں اس سے بہتر کوئی دوا نہیں۔

غذا و پرہیز: صرف سادہ اور ہلکی چیزیں دیں تا کہ صالح خون پیدا ہو اقلیہ، کدو، پالک اور زردی بیضۂ مرغ وغیرہ مفید ہیں۔

میٹھی اور مغلظ نیز حریف چیزیں روک دیں۔

سعفۂ یابسہ: ابتداءً مریض کو کچھ دیر کے لیے روزانہ حمام میں داخل کیا جائے، اس کے سر پر آب نیم گرم دھارا جائے، اس کے بعد بچے کی رگ پس گوش کھول کر طلائے احمر لگایا جائے اور سر کو مطبوخ ذیل سے دھویا جائے:

(نسخہ) چقندر، سبوس گندم، پانی وسرکا میں جوش دے کر مطبوخ تیار کریں۔

بڑے بچوں کو روزانہ صبح شربت نیلوفر، بنفشہ یا ترنجبین ہمراہ ماءالجبن نوش کرائیں۔

قصد قیفال کے ذریعہ بقدر قوت خون کا اخراج کر کے مطبوخ افتیمون اور مطبوخ ہلیلہ سے استفراغ کیا جائے۔

فصد کے بعد طلائے قرطاس مقامی طور پر لگانا مفید ہے۔ سوداوی مادہ کے اخراج کے بعد مزاج میں رطوبت پیدا کرنیکی تدابیر اختیار کی جائیں، اچھی غذائیں دی جائیں، متواتر حمام کرایا جائے، گرم پانی اور لعابات سے نطول کیا جائے۔ قیروطی، چربیاں اور ٹھنڈے تیل مثلاً روغن کدو، روغن بادام شیریں روغن بنفشہ دنیلوفر سر پر لگائیں اور سڑکوائیں تا کہ دماغ میں رطوبت پیدا ہو۔

موم وروغن، بکری کی چربی سر پر طلا کرنا بھی مفید ہے۔

غذا: اغذیہ مرطبہ مثلاً مچھلی، مرغ کا گوشت، زردئی بیضہ، کدو وغیرہ دیا جائے۔

پرہیز: سعفۂ رطبہ کی طرح ہے۔

●●

84

نفاطات

(VESICLES)

مترادفات: صف عدوی (Impetigo contagiosa)، نفاخات (Blisters)۔

کیفیت: نفاخات چھوٹے چھوٹے چھالے یا حویصلات ہوتے ہیں جن میں ریح کے سوا کچھ بھی نہیں ہوتا۔ انھیں داء الفقاع یا فقاعہ بھی کہتے ہیں۔

نفاطات آبلے ہوتے ہیں، جن میں خون وقیح یا پتلا پانی (سیرم) بھرا ہوتا ہے اور یہ آگ سے جلے ہوئے پھپھولوں سے مشابہ ہوتے ہیں۔

ان کی جسامت مختلف یعنی مٹر کے دانے سے لے کر مرغ کے انڈے کے برابر ہوتی ہے۔ یہ زیادہ عمر یعنی اسکول جانے والے بچوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔

اسباب سابقہ: یہ خلقی امراض مثلاً تحت الجلدی نفاطات شقاقی (Epidermolysis-bullosa) یا تحولی اختلالات مثلاً پروفائبرینی تحولی اختلالات مثلاً برفیریہ (Prophyria) پر مشتمل ہوتے ہیں۔

اسباب: فساد ہضم، فساد و جوش اخلاط، جسمانی کثافت نیز مرض آتشک کو خصوصی اہمیت حاصل ہوتی ہے۔ رگڑ یا خفیف کھنک ابتدائی طور پر چھالے پیدا کر سکتی ہے، ہاتھ اور پیر زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ رگڑ میں تعریق اور نمی سے اضافہ ہوتا ہے۔

مندرجہ ذیل اسباب اہم کردار ادا کرتے ہیں:

اقفار (Ischaemia): طویل المدتی دباؤ کے نتیجہ میں اگر دموی رسد دو گھنٹے سے زائد مدت تک منقطع ہو جائے تو تحتانی ثخوم اور شریانات کو نقصان پہنچتا ہے۔ بروں ادمہ (Epidermis) اقفار سے 6 گھنٹے سے زائد مدت تک زی حیات رہ سکتی ہے اور ٹھنڈک میں تخفیف یافتہ استحالہ کی صورت میں زیادہ مدت تک زندہ رہ سکتی ہے۔ بیشتر اصابات محیطی عروقی مرض مع دموی رسد کی حادمداخلت سے واقع ہوتے ہیں۔

پسینہ کے مسامات کا حاد انسداد: یہ بخار کے ساتھ یا گرم آب وہوا میں واقع ہوتا ہے، بغل یا خمیدہ حصۂ جسم جہاں پر قرنی طبقۂ جسم (Stratum corneum) غیر معمولی طور پر دبیز ہوتا ہے، خاص غور سے بے شمار نفاطات پائے جاتے ہیں۔ انگلیوں یا پیر میں یہ (Pompolyx) سے موسوم کیا جاتا ہے۔

حرق (Burns) حرق برودت سے واقع ہوسکتا ہے۔ جیسا کہ پالا مارنے میں یا زمہریری (بردی) معالجہ (Cryotherapy) حرارت یا یا ورائے بنفشئی شعاع، نباتات، برفیریہ (Porphyria) بلاجرا سے تحسس صوری (Photosensitivity)۔ سگریٹ سے جلنا عام بات ہے۔

کیمیاوی: یہ سمی ہوسکتا ہے مثلاً مسٹرگیس یا کینتھر اڈین سے، گاہے چھوت کے ذریعہ واقع ہونے والا حساسیتی التہاب جلد، التہابی اذیما کے ذریعہ بشری خلیات علیحدہ کرکے نفاطات پیدا کرتے ہیں۔ التہاب جلد نباتی (Plant dermatitis) کثیر الوقوع سبب میں سے ہے۔

مثبت دوائی طفیحات: یہ احمراریت اور نفاطات پیدا کرسکتے ہیں اور مسبب دوا داخل کرنے پر یکساں مقام پر بار بار نمودار ہو سکتے ہیں۔ ادخال دوا کے بعد عموماً چھ گھنٹے کے اندر اندر خارش ہونے لگتی ہے۔

سرایتیں: قشمی اختلالات نملہ سادہ (Herpes Simplex)؛ نملہ منطقی (Herpes-Zoster)، حمیقا (Chicken Pox) اور چیچک یا جرثومی امراض کثرت سے نفاطات بالخصوص بقی علمی اور بقی بجی سرایتیں پیدا کرتے ہیں۔

فنگی سرایت عام طور سے پاؤں کے تلوؤں پر پیدا ہوتی ہے اور حشرات گزیدگی (Insect-bites) نفاطی شریٰ پیدا کرتی ہے جو عام طور سے پاؤں پر ہوتی ہے۔

بعض سرایتیں التہاب عروق یا درعروقی منتشر تجمد (Coagulation) پیدا کرسکتی ہے۔ یہ

بھی عرقی یا جریانی آبلے پیدا کر سکتے ہیں۔

عمومی علامات: کوئی بھی حصہ ماؤف ہو سکتا ہے۔ یہ تضرر کھلے ہوئے حصوں مثلاً چہرے، قحف یا ہاتھوں میں بطور خاص عارض ہو سکتا ہے۔ چھوٹے بچوں کی ہتھیلیوں اور پاؤں کے تلوؤں پر زیادہ ہوتے ہیں۔ یہ متعدد ہوتے ہیں جو چھوٹے چھوٹے سرخ دانوں کی شکل میں نمودار ہوتے ہیں۔ یہ آبلے پھٹ کر مخصوص قسم کے تضررات عارض کر دیتے ہیں جو احمرار یت (Erythematosus) کی بنیاد پر مخصوص قسم کی پپڑی بناتے ہیں۔ پھوٹنے کے بعد درد اور سوزش کم ہو جاتی ہے۔ اندمال مرکزی حصے میں شروع ہوتا ہے، جن میں مڑے تڑے تضررات ہوتے ہیں جن پر قوبا کا شبہ ہو سکتا ہے لیکن قوبا کا کنارا متعدد چھوٹے چھوٹے آبلوں یا پھوڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، جب کہ حصف کا مڑا تڑا کنارا ایک ہی بڑے آبلے پر مشتمل ہوتا ہے۔

یہ حالت انتہائی چھوت دار ہوتی ہے اور حصف والے مریضوں میں معمولی خراش بھی اسی طرح یقینی طور پر تضرر عارض کر دیتی ہے۔ حصف اکثر دیگر جلدی امراض کے ساتھ پیچیدگیاں عارض کر دیتا ہے، مثلاً جرب، قملیت، حلیمی (جوری) خارش (شریٰ)، کیڑوں کا کاٹنا، جزازی التہاب جلد اور سادہ نملہ کے تضررات جو منھ کے چاروں طرف عارض ہوتے ہیں، ورم وسطی الاذن کا سیلان، پرگوش (Tinna) کے حصف کے ذریعہ پیچیدگی اختیار کر سکتا ہے۔

علاج: احتیاطی تدابیر کے طور پر سب سے پہلے علیحدگی بروئے کار لائی جائے کیوں کہ دیگر اسکولی بچوں کے بمبتلائے مرض ہونے کے امکانات زیادہ قوی ہوتے ہیں۔

ایسے بچوں کے رومال، تولیہ اور غسل خانے علیحدہ ہونے چاہیں۔

اصل سبب کا ازالہ کیا جائے۔ تصفیۂ خون کا اہتمام ضروری ہے۔ اگر خون میں حدت زیادہ ہو تو نسخۂ ذیل بروئے کار لا سکتے ہیں:

(نسخہ) شیرۂ عناب 3 دانہ، لعاب بہدانہ 1 گرام، عرق عنب الثعلب 50 ملی لیٹر اور عرق شاہترہ 50 ملی لیٹر میں نکال کر شربت نیلوفر 25 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔

اگر سرایت شدید ہو اور حدت خون شدت اختیار کر گئی ہو تو صفرا کا تنقیہ کر کے عرق مصفی خون بقدر 12 تا 25 ملی لیٹر صبح و شام پلائیں۔

بچوں کے فساد خون میں یہ نسخہ بھی مفید ہے:

(نسخہ) جوہر رسکپور 1 گرام، الائچی خورد 3 گرام، طباشیر باریک 5 گرام۔ باریک

سفوف کر کے رکھ لیں بوقت ضرورت 6 گرام سفوف لے کر روغن گاؤ 250 ملی لیٹر ملائیں۔

مقدار خوراک: 3 بوند نوش کرائیں اور یہی روغن بدن پر ملیں، جلد آرام ہوگا۔

مقامی طور پر نمک طعام سرکا میں ملا کر طلا کریں، پھر آبلوں کو پھوڑ کر ان کی رطوبت خارج کریں، اوپر سے برگ نیم، برگ حنا پیس کر لیپ کریں۔

مرہم ذیل بھی مفید ہے۔ مدمل قروح تاثیر کا حامل ہے:

(نسخہ) موم کافوری 7 گرام، روغن گل 15 ملی لیٹر میں پگھلائیں اور سفید کات 20 گرام کپڑے میں چھان کر قدرے کافور ملا کر رکھ لیں۔ مرہم تیار ہے۔

آبلوں کو خشک کرنے کے لیے یہ دوا مفید ہے:

(نسخہ) انزروت، صبر، کندر، زنگار، سفیدہ ہموزن، گل ارمنی سب کے برابر۔ پیس کر بُندقے (Granules) بنائیں۔

بوقت ضرورت پانی میں حل کر کے آبلہ پر لگائیں۔ آبلہ بیٹھ جائے گا اور اس جگہ کھرنڈ جم جائے گی اور بالآخر یہ کھرنڈ بھی خود بخود گر جائے گی۔

حسب ذیل لوشن بھی مفید ہے:

زنک سلفیٹ	6 گرین
کاپر سلفیٹ	4 گرین
کیمفر واٹر	تا 30 ملی لیٹر

مذکورہ لوشن بعجلت ممکنہ استعمال کرایا جائے، کیونکہ اس کے استعمال سے کھرنڈ بہت جلد صلابت اختیار کر لیتی ہے اور تقریباً ایک ہفتے کے اندر اندر جھڑ جاتی ہے۔ اس کے علاوہ:

اکثر اصابات میں انٹی بایوٹک کے مقامی استعمال سے فائدہ ہو جاتا ہے مثلاً نیومائی سین یا ٹٹراسائکلین مرہم۔

ھف عدوی، خراج، دمیلیت، جل جانے (حرق) قرحہ اور کٹ جانے کے سبب ثانوی سرایت ہو نیز جلدی تقیح، نملۂ منطقی یا نملۂ سادہ سبب ہو تو بیٹا ڈائن (ساختہ اوکھارٹ) مقامی طور پر لگایا جائے۔

اگر تضررات محدود یا کم ہوں تو مقامی معالجہ کافی ہو جاتا ہے، لیکن اگر صحت کی رفتار سست ہو تو ساتھ ہی انٹی بایوٹک علی الخصوص ٹٹراسائکلین کا داخلی استعمال ناگزیر ہو جاتا ہے۔

85

نزف

(HAEMOPHILIA)

مترادفات: مزاجی جریان خون، مزاج نزفی۔

اس مرض میں معمولی ضربہ یا سقطہ سے جریان خون ہونے لگتا ہے جسے بند کرنا دشوار ہوتا ہے۔ یہ دراصل ایک مزاجی یا طبعی استعداد ہے، جس میں طبیعت جریان خون کے لیے آمادہ رہتی ہے۔ نزف یا نزیف موروثی فسادات فعل میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے، جو ایسے اصابات کے 50 تا 80 فیصد اصابات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کی استعداد بالعموم والدہ کی طرف سے اولاد نرینہ میں منتقل ہوتی ہے جو پشتہا پشت جاری رہ سکتی ہے۔ بچیوں کے بہ نسبت بچوں میں یہ شکایت زیادہ ہوتی ہے۔ نزف کی حسب ذیل تین قسمیں ہوتی ہیں:

(الف) نزفہ (Haemorphilia) (مستند نزفہ=Classical Haemophilia): یہ عامل ہشتم (Factor VIII) یعنی مانع نزیف عامل (AHF) (Anti haemophilic Factor) کی قلت کے نتیجے میں واقع ہوتا ہے اور عام طور سے بالخصوص مردوں میں واقع ہوتا ہے اور شاذ و نادر عورتوں میں جبکہ متاثرہ مرد عورت حامل (Carrier) سے شادی کرتا ہے۔

(ب) نزفہ: (Haemophila): مرض کرسمس (Christmas disease): یہ عامل نہم یعنی

(Plasma Thromboplastin Component (PTC) کی قلت کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے۔

3۔ نزف 'ج' (Haemophilia 'C') یہ عامل نہم (Factor ix) یعنی Plasma thrompoplastin Anteceden(PTA) کی قلت کا نتیجہ ہوتا ہے۔

سریری مناظر: ظواہر کا انحصار انجمادی عامل کی قلت کے رقبہ پر ہوتا ہے تقریباً ایک تہائی نزفی افراد خفیف مریض ہوتے ہیں۔ یہ تحت نزفی (Sub hoemophilics) کہلاتے ہیں۔

اولیں ظواہر کے طور پر تولید کے چند یوم کے اندر اندر حبل السرہ سے یا ختنہ کے بعد نزف ہوتا ہے۔

بعد میں زائد نزف کا رجحان ضربہ صغیرہ کے مقام پر سلعات دموی (Haematomas) یا کوفتگی یعنی رض (Contusion)، رعاف یا دانت اکھاڑنے یا لوز تین براری کے بعد جریان دم عام فوری ظواہر ہیں۔ نزف مفصلی (Haemarthrosis) بالخصوص گھٹنے، ٹخنے یا کہنی کے، ممتاز علامت ہے۔ مفاصل متورم اور دردناک ہو جاتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں جریان مفصل کے اندر ہی منجذب ہو جاتا ہے۔ مکرر الوقوع حملے التہاب اور تکاثری تغیرات کا سبب ہو سکتے ہیں۔ نتیجۃً کار جوڑ ناقابل تحریک ہو جاتے ہیں۔ نام نہاد مثبت مفاصل (Fixed Joints)۔

جریان دم تناسلی بولی قنات، مرکزی نظام اعصاب (CNS)، معدی معوی قناۃ (GIT)، کبد، طحال، باریطونی یا غشاء الجنبی کہف (Cavity) حقیقت میں کہیں بھی ہو سکتا ہے۔ جلد مستثنیٰ نہیں کی جا سکتی، تاہم فرفورا (Purpura) کی طرح ہموفیلیا میں نمش (Petechiae) نہیں ہوگا۔

تشخیص: سریری تصویر اور مرض کی مادری خاندانی روداد بالخصوص ماں کے چچا میں سے کافی تقویت ملتی ہے۔ ہموفیلیا بہر حال 30% مواقع پر کبھی کبھی ہوتا ہے، جو خاندان قابل شناخت نہیں ہوتا۔

تفتیشات: کا شفات دم: انجمادی مدت بڑھ جاتی ہے۔ جریان اور پیش تخثر (Prothrombin) کا وقت طبعی ہوتا ہے۔ تھکہ کی بازکشی (Clot retraction) بھی طبعی ہوتی ہے۔ پیش تخثر کا خرچ (Prothrombin consumption) گھٹ جاتا ہے۔

(Thromboplastin) کی افزائش بڑھ جاتی ہے۔ تشخیص کی توثیق خصوصی عامل جانچ

(Factor Assay) سے کی جاتی ہے۔

شعاعیات (Raliolosy): اسے نرف مصلی (Heamerthrosis) کے اصابات میں بروئے کار لایا جانا چاہیے۔ ابتداءً مفصلی کہفہ اور التہاب تجاویف انف (Sinusitis) میں انتفاخ ہوتا ہے۔ مابعد تغیرات تجویفی انفی دباذت (Sinovial thickening)، معدنیات کا عدم اجتماع (demineralization)، تاکل (erosion) اور انقباض پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مفصلی خلا کی بڑھی ہوئی عروقیت کے نتیجے میں ہڈی کی سریع نشوونما ہوتی ہے، جس کے نتیجے میں قبل از وقت تعظمی مراکز ظاہر ہو سکتے ہیں۔ علاوہ بریں اس میں مفصلی سطح کا مکمل اتلاف ہو جاتا ہے اور درمفصلی دویرہ (Intra articular cyst) کی تکوین ہوتی ہے۔

قبل الولادتی تشخیص حمل کے 18 ویں تا 20 ویں ہفتہ حسب ذیل طریقے سے ممکن ہے:

○ جنین کا خون حاصل کرنا اور عامل ہشتم (Factor viii) کے پیش انجمادی حصہ کی زیریں سطح کا مظاہرہ رہل (Amniotic fluid)، لیفی ناہض (Fibroblast) کی تشخیص کے لیے ڈی، این، اے (DNA) کا اطلاق۔

○ سلوی خمل (Chorionic villus) نمونے پر سالماتی حیاتیاتی تکنیک کا اطلاق۔

PCR تکنیک یا خاکہ (Oligonucleotide primers)

انکشاف حامل (Carrier detection) اس فیصلہ پر منحصر ہوتا ہے کہ عامل ہشتم 'ج' (Factor viii C) اور الیف ہشتم اے، جی (F viii Ag.) تناسب 0.6 (طبعی 1) ہے یا ڈی، این اے مطالعہ پر شناختی تغیر کے ذریعہ۔

علاج:

(الف)

مخصوص تدابیر: یہ گمشدہ التصاقی عامل کے لیے قائم مقام معالجہ (Replacement-Therapy) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ شدید جریان کی صورت میں بالکلیہ تازہ خون، خفیف تا اوسط جریان کی صورت میں تازہ منجمد پلازما تجویز کیا جاتا ہے۔ عامل ہشتم مرتکز ہو جاتا ہے، بالخصوص باز متحد (Recombonint) بے خطر ہونے کے سبب آج کل ترجیح دیے جاتے ہیں یہ لمفاوی سفوف (Lympholized powder) کی شکل میں 250 تا 500 یونٹ فراہم کیے جاتے ہیں اور حقیقی استعمال سے پیشتر بآسانی تیار کیے جا سکتے ہیں۔ یہ گراں معالجہ ہندستان اور دیگر ترقی پذیر

ملکوں میں بآسانی دستیاب نہیں۔ لہذا اصابات کی اکثریت میں قابل عمل رسوب بردی (Cryoprecipitate) ہی رہ جاتا ہے۔ اسے کسی بھی موزوں بلڈ بینک میں تازہ پلازما سے تیار کرنا ممکن العمل ہوتا ہے۔ 250 ملی لیٹر تازہ پلازما سے ایک بیگ رسوب بردی (Cryoprecipitate) تیار ہوتا ہے۔ ایک بیگ رسوب بردی فی 5 کلو جسمانی وزن کے اعتبار سے مریض کا عامل ہشتم طبعی کے 50% کی حد تک بڑھا دیتا ہے۔

خرد نزفی حصہ مثلاً دہنی جریان چھوٹے سلعات دمویہ اور دانت اکھاڑنے میں دوائیں مثلاً ڈیسمو پریشن (Desmopression) اور غالباً عامل نہم کو اساسی سطح سے 25 تا 50 فیصد بڑھاتے ہیں، لہذا انھیں بروئے کار لانا چاہیے۔

ب:

علامتی تدابیر: زخم کا مقامی علاج حسب ذیل امور پر مشتمل ہوتا ہے:

- 0 کھلے ہوئے زخم کی صفائی۔
- 0 دباؤ والا بینڈ تیج۔
- 0 عروقی انقباض کے حصول کے لیے مقامی تبرید۔
- 0 تھرامبین سفوف یا فوم کا مقامی استعمال۔

نزف مفصلی میں ابتدائی علاج کے طور پر استراحت اور مفصل کی عدم تحریک نیز برف کے بیگ کا استعمال ہے۔

بعد میں التصاق (Ankylosis) سے تحفظ کے لیے مقامی حرارت رسانی اور فزیوتھیراپی (Physiotherapy) بروئے کار لاتے ہیں۔ بعض ماہرین نزف مفصلی کے اصابات میں استیرائڈ کے استعمال کی حمایت کرتے ہیں۔

تحفظ: نزفی بچے (hemophilic child) میں ضربہ سے تحفظ کا سلسلہ گہوارہ سے ہی شروع کر دینا چاہیے (جس میں پیڈ لگانے کی ضرورت ہوتی ہے)۔ اقراص دمویہ کے افعال کو بری طرح متاثر کرنے والی ادویہ مثلاً اسپرین کے استعمال سے احتراز کرنا چاہیے۔ التہاب کبد 'ب' ویکسین (Hepatitis B vaccine) جتنی جلد ممکن ہو، دینا چاہیے، کیونکہ نزفی مریض کو دموی تالیفات سے تماست کا زندگی بھر امکان رہتا ہے۔ چونکہ ہنوز AIDS کے خلاف کوئی ویکسین دستیاب نہیں ہے لہذا نقل الدم سے بیشتر دموی تالیفات کا محتاط کاشف HIV کے لیے کرنا واحد

دستیاب تحفظی تدبیر ہے۔

نزفی مریض ہمیشہ شدید نزف الدم کے خطرے میں رہتا ہے۔ بعض شیر خوارگی اور بعض بچپن کے ابتدائی مرحلے میں بھی فوت ہو جاتے ہیں۔ مکرر الوقوع جریان مفصلی لنگ پیدا کرسکتا ہے۔ اگر ضربہ اور سرایت سے تحفظ کر لیا جائے، حرکات وسکنات کم کرادی جائیں اور مناسب علاج بروئے کار لایا جائے۔ زندگی کا حسن بڑھ جاتا ہے۔ بدقسمتی سے مکرر الوقوع نقل الدم مانع تجمد عامل پیدا کر دیتا ہے جس سے مشکلات میں مزید اضافہ ہو جاتا ہے۔

یونانی علاج: قرص کہربا 1.5 گرام ہمراہ شربت انجبار 12 ملی لیٹر، شیرۂ تخم خشخاش سفید، شیرۂ حب الآس، شیرۂ بیخ انجبار ہر ایک 3 گرام، عرق بارتنگ 40 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بنفشہ 12 ملی لیٹر ملا کر استعمال کرائیں۔ یہ مقدار خوراک بالغ کی خوراک کی نصف ہے۔

علاوہ بریں مرکبات فولاد استعمال کرائیں۔

غذا ہلکی اور زود ہضم دی جائے۔

●●

86

فقرالدم بحری

(THALASSEMIA)

مترادفات:

کولی فقرالدم (Cooley Anaemia)۔

ابیض المتوسط فقرالدم (Mediterranean Anaemia): اس مرض کا ذکر سب سے پہلے کولی نے 1925ء میں کیا تھا۔ اسی لیے اسے Cooley Anaemia یا Cooley's Anaemia کہتے ہیں۔ اس کی تحقیق کے مطابق یہ ایک خون پاش موروثی فقرالدم (Heriditary-hamolytic amaemia) ہے، جس کے ساتھ مخصوص مینڈک نما یا منگولیتی چہرہ نما استخوانی تغیرات اور سرطان طحال (Splenomegaly) پائے جاتے ہیں۔

ابیض المتوسط کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ کم و بیش پورے ملک کی آبادی میں قابل لحاظ حد تک یہ فقرالدم پایا جاتا ہے۔

مسبب امراضیات: بنیادی خلل بیٹا چین (Bita chain) پیدا کرنے کی صلاحیت کا فقدان ہوتا ہے (طبعی ہیموگلوبین = Hb-A) جو خلیہ احمر (Erythrocytes) پر منتج ہوتا ہے، یہ محدود اور قلیل مدت حیات کے حامل ہوتے ہیں۔ نتیجۃً کارخون پاش فقرالدم۔ (Haemolytic

(anaemia)لاحق ہوتا ہے، جس کے ساتھ خون اور مختلف اعضا میں مخصوص تغیرات رونما ہوتے ہیں۔اس کی پابجائی کے لیے جنینی ہموگلوبین (Fetal Haemoglobin=HbF) کی پیدائش بڑھ جاتی ہے، جو دو الفا اور دو گاما زنجیروں سے مرکب ہوتا ہے۔محیطی خون میں طبعی ناہض (Normoblast)،خرد خلوی فقرالدموی کریات حمرا (Microcytic Hypochromic-erythrocytes)اور ہدفی خلیات (Target cells) کی کثیر تعداد پائی جاتی ہے۔خلیات حمرا کا شمار (Reticulocyte count) بڑھا ہوا ہوتا ہے۔تاوقتیکہ چند دیگر عوامل کے زیر اثر قلت فولاد نہ پیدا ہو جائے، مصلی فولاد طبعی یا فزوں تر ہوتا ہے۔مخ العظام کا بیش تکون چند استخوانی تغیرات کا سبب ہوتا ہے۔

شدید قسم (فقرالدم بحری کبیرہ=Thalassemia Major) ہم ازدواجی حالت (Homozyous state) کے ساتھ ہمزماں طور پر پائی جاتی ہے۔فقرالدم بحری صغیرہ (Thalassemia Minor) خفیف ہوتا ہے اور مختلف الزواجہ حالت (heterozyous state) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

سریری مناظر: اس کے ظواہر تین ماہ کی عمر سے شروع ہو جاتے ہیں، جس میں ترقی پذیر زردی، نشوونما کا تعطل، مختلف المدارج یرقان نیز عظم کبد وطحال پایا جاتا ہے۔مکرر الوقوع تنفسی سرایتیں بالعموم پائی جاتی ہیں۔لمفادی عقدی مرض (Lymphoadenopathy) موجود ہوسکتا ہے۔جسمانی نشوونما کی تعویق قلت مولدیت (Hypogonodism) کے ساتھ پائی جاسکتی ہے۔

چہرے میں مخصوص تغیرات رونما ہوتے ہیں، چنانچہ عظم الجبہ ابھرا ہوا ہوسکتا ہے اور جبڑہ نمایاں ہوتا ہے (جس سے دانت نظر آتے ہیں)۔عظم قاسم الانف دبی ہوئی ہوتی ہے اور دانتوں میں خراب بستگی پائی جاتی ہے۔اس ظہور کو اکثر تھالاسیمیائی یا خون فقرالدم سے یاد کیا جاتا ہے۔

سر حلمہ میں سودا (Melanin) اور ادمہ میں فولاد دموی (Haemsosiderin) کی بڑھی ہوئی سطح کے سبب جلد کی رنگت گہری ہوتی ہے۔

عنفوان شباب کے ساتھ ہی مزمن فقرالدم اور بڑھے ہوئے فولادی درآمدات کے سبب ترقی یافتہ عضلی قلبی فولادی اجتماع کے نتیجے میں نمایاں قلبی عضلی مرض بڑھتا ہے۔قلبی سوء تنظیم (Dysarrhythmias)، اذنی بطنی انسداد (Atrioventricnlar blocks) اور دوسرے

توصیلی فسادات فعل، التہاب غشاء القلب یہاں تک کہ قلبی انضغاط (cardia ctamponade) CCF اور برقی قلب نگاری (ECG) پر بازقطبیت (Repolarization) کے اختلالات بھی پائے جاسکتے ہیں۔

تشخیص: دموی تصویر (Blood picture) خردخلوی قلیل الدموی فقرالدم۔ (Microcytic hyochromic aneamia) کا مظہر ہوتا ہے (عام طور سے ہیموگلوبین 4 تا 9 گرام/dl کے درمیان ہوتا ہے)۔ علاوہ بریں کائی ٹوس خلویت (Anisocytosis)، بدوضع احمراری خلویت (Poikilocytosis)، اوسط اساس پسند خلوی خطوط کاری۔ (Moderate basophilic stipling) نواتی اور نامکمل کریات حمرا، ہدفی خلیات (Target cells)، طبعی نہوضات (Normoblasts) کی کثیر تعداد، کریات حمرا شبکی (Reticulocytes) کی بڑھی ہوئی تعداد۔ مخ العظام کریات حمرا کے بیش تکون کے مظہر ہوتے ہیں۔ نفوذی سریع الانکسار کا شفہ (Osmotic frogility test) گھٹے ہوئے سرعت انکسار کو ظاہر کرتا ہے۔ شعاعی بافتیں قشرہ (Cortex) کے پتلے ہونے، مخ استخواں (medulla) کے عریض ہونے (مخی بیش تکون کے سبب) اور عظام طوال (Metatasis & metacarpus) میں دقی دانوں کا بھدا پن۔ قحف ''آخری سرے پر بال'' کا مظہر ہوتا ہے اور بیرونی حصۂ قحف کا ذبول پایا جاتا ہے۔

علاج: کوئی مخصوص علاج دستیاب نہیں۔

نقل الدم: پانچ تا دس ہفتے تک میعادی طور پر دینا چاہیے۔ اس قسم کا فقرالدم درست کرنے کا یہ واحد ذریعہ ہے، جس میں ہیموگلوبین 9 تا 11 گرام/dl برقرار رکھا جاتا ہے۔ ہیموسائڈرون کا جماؤ (Haemosiderosis) اور دموی لونیت (Haemochromatsis) نقل الدم میں مکرر الوقوع پیدا کر کے مصلی مسائل میں اضافہ کرتے ہیں، لہذا ایک فولاد بند عامل (ironchelating agent) ڈسفرال (Desferriomine Desferal) تجویز کیا جانے لگا، جسے تین سال کی عمر سے شروع کرتے ہیں اور تحت الجلدی انفیوژن پمپ ہر ہفتے 5 تا 6 بار دیتے ہیں۔ یہ مقدار 30 تا 70 ملی گرام فی کلو یومیہ کے اعتبار سے ہر آٹھویں گھنٹے دیتے ہیں۔

بعد میں خردنی فولاد بند عامل (Iron Chelating agent) قابل اتقان فولاد کے متبادل کے طور پر DFP (Deferoprone) استعمال کیا جانے لگا۔ اسے 75 تا 100 ملی گرام/فی کلو/یومیہ دو تا تین منقسم مقدار میں دیتے ہیں۔ اس کے مضر اثرات اوجاع مفاصل، متلی، قے،

اوجاع شکم اور کبدی فساد فعل ہیں۔

حیاتین 'ج' (Vitamin C) بمقدار 100 تا 1000 ملی گرام یومیہ کا ہمزماں استعمال فولاد کے اخراج میں معین ہوتا ہے۔

فولاد کے استعمال کی حوصلہ شکنی کی جاتی ہے تاہم فولک ایسڈ کو بطور معاون معالجہ تجویز کیا جاتا ہے۔

طحال برآری (splenectomy) ان بچوں کو راس آتی ہے، جن میں بار بار نقل الدم کی ضرورت پڑتی ہے، یا جن کا طحال غیر معمولی طور پر بڑھ کر بے آرامی یا بیش طحالیت کا باعث ہوتا ہے۔

جدید معالجاتی ذرائع درج ذیل ہیں:

مخ العظام کی پیوندکاری (Bone marrow transplantation)، تھالاسیمیا کی شفایابی میں اہم رول ادا کرتی ہے۔ تاہم یہ طریق کار انتہائی گراں ہے اور عوام تو عوام خواص کی دسترس سے بھی باہر ہے۔ اس لیے انتہائی منتخب اصابات میں ہی ممکن العمل ہے۔

جینی معالجہ (Gene therapy) میں آخذ (Recipient) ساقی خلیہ (Stem cell) میں طبعی جین (Gene) کو داخل کر دیا جاتا ہے۔

انذار: تھالاسیمیا کبیرہ میں انذار خراب ہوتا ہے۔ بیشتر مریض پہلے یا دوسرے عشرہ میں CCF، سقوط کبدی (Hepatic failure)، غیر ترقیعی سقوط (Aplastic failure) یا مختلف النوع سرایتوں سے فوت ہو جاتے ہیں۔

●●

87

کساح

(RICKETS)

مترادفات: کساح کے معنی انحلال کے ہیں اور ''rickets'' کے معنی فقراۃ کی بے ترتیبی کے۔ چونکہ اس مرض میں دونوں خصائص موجود ہوتے ہیں لہذا ماہرین نے اسے انھیں ناموں سے موسوم کیا ہے۔

اسباب: ''امراض قلت'' یا غذائی خامی سے عارض ہونے والا ایک مرض 'کساح' بھی ہے۔ اس کا خاص سبب مصنوعی تغذیہ یعنی ''اوپر کا دودھ'' ہے۔ جس میں ضروری نمکیات بالخصوص حیاتین 'الف' 'د' کی کمی ہوتی ہے۔ علاوہ بریں کیلشیم و فاسفورس کی خامی بھی ہوتی ہے۔

حیاتین 'الف' جسم کی عمومی بالیدگی اور حیاتین 'د' ہڈیوں کو استحکام بخشنے میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔ حیاتین کی خامی غذائی نقص تغذیہ یا سورج کی روشنی کی کمی سے ہوسکتی ہے۔ اگر غذا میں شحوم کی کمی ہو اور سورج کی روشنی بھی مناسب مقدار میں میسر نہ ہو تو کساحت کا مرض پیدا ہو جاتا ہے۔

حیاتین اور سورج کی روشنی کی وافر مقدار میں موجودگی کے باوجود اگر غذا میں کیلشیم اور

فاسفورس کا فقدان ہوتو بھی کساح عارض ہوسکتا ہے۔ اس کی قلیل المقدار موجودگی ہی جسمانی ضروریات بدرجۂ احسن پورا کر دیتی ہے۔ روزانہ ایک پائنٹ دودھ پینے سے اس طرح کی معدنیاتی ضروریات بخوبی پوری ہوجاتی ہیں۔

حیاتین 'د' کیلشیم (چونے) اور فاسفورس کے استحالہ سے خاص تعلق رکھتی ہے اور سورج کی روشنی اس حیاتینی عمل کو زیادہ موثر بناتی ہے۔ اس مخلوط طرز عمل سے ہڈیوں میں کیلشیم کا جماؤ ہوتا ہے اور وہ سخت ہوتی ہیں۔

بصورت دیگر ہڈیوں میں کیلشیم کا جماؤ ناقص ہونے کی صورت میں ان کی ہڈیاں ملائم رہ جاتی ہیں، اور جب ان پر بوجھ پڑ جاتا ہے تو وہ ٹیڑھی ہوجاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ کساحی بچوں کی ٹانگیں اور ہڈیاں بدوضع اور خمیدہ ہوتی ہیں۔

صحت مند مرضعہ کا براہ راست دودھ پینے سے یہ مرض شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ بشرطیکہ انھیں تازہ ہوا اور روشنی وافر مقدار میں میسر ہو۔ اگر حاملہ کی غذا ناقص ہوتو بھی جنین اس کے خراب اثرات سے متاثر ہوئے بغیر نہیں رہتا، اور نتیجۃً اس کی جسمانی ساخت کمزور اور ناقص رہ جاتی ہے۔ اگر ایسے بچے کو ولادت کے بعد بھی مصنوعی غذا پر رکھا جائے تو کساح کا پیدا ہونا ناگزیر ہے۔

اقسام: شدت وخفت کے اعتبار سے اس کی دو قسمیں ہیں، (1) حاد و (2) مزمن۔

امراضیات: کردوس (Epiphysis) نیز نوخیز عظمی خلیات کے غضروفی حصے میں کیلشیم کی فراہمی ناقص ہونے لگتی ہے۔

سریری علامات: کساح کی خصوصی علامتیں 6 ماہ اور 2 سال کی درمیانی عمر میں اور بعض اوقات 9 تا 14 سال کی درمیانی مدت میں رونما ہوتی ہیں، لیکن اس میں بھی شبہ نہیں کہ پیدائش کے بعد کسی بھی وقت کساحت عارض ہوسکتی ہے۔

کساحت کی علامات کی بروقت شناخت بہت ضروری ہے۔

حاد حالت میں یہ مرض عموماً مہلک ہوتا ہے۔ بچہ اچانک معمولی بخار میں مبتلا ہوجاتا ہے، جسے والدین نظر انداز کر دیتے ہیں، اور چند ہفتے میں یہ مرض ترقی کر جاتا ہے۔ سوء ہضم کی شکایت ہوجاتی ہے۔ چنانچہ خراش معدہ کی وجہ سے بچہ قے کرنے لگتا ہے اور اسے دست آنے لگتے ہیں یا کبھی دستوں اور کبھی قبض کی شکایت ہوتی ہے۔ پسینہ آتا ہے جو نیند کی حالت میں زیادہ تر جسم کے بالائی حصے میں نکلتا ہے۔ سر میں اتنا زیادہ پسینہ آتا ہے کہ تکیہ تر ہوجاتا ہے۔ اعصابی حسیت بہت

زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ایسی صورت میں بچہ کھلی ہوئی ہڈیوں پر دباؤ ڈالنے پر بے چینی محسوس کرتا ہے اور کسی قسم کے کپڑے پہننا گوارہ نہیں کرتا۔ یہ ایسے اصابات میں واقع ہوتا ہے جن میں مجموعی سیرم کیلشیم 8 ملی گرام/فیصد سے بھی کم ہو جاتا ہے۔

بچے کے شحوم تیزی سے تحلیل ہونے لگتے ہیں، لیکن ہوش وحواش مکمل طور سے برقرار رہتے ہیں، جس کی وجہ سے ان میں چڑچڑاپن آجاتا ہے۔ لاغری تیزی سے بڑھتی جاتی ہے۔ نبض بطی الحرکت ہو جاتی ہے۔ پیشاب رقیق اور سفیدی مائل ہو جاتا ہے۔ کان کی لو میں کجی آجاتی ہے، چہرہ بندر نما ہو جاتا ہے۔

بدن پر برودت غالب رہتی ہے لیکن سرگرم رہتا ہے۔ تقریباً 5 ہفتے بعد کثرت اسہال یا نمونیہ میں مبتلا ہو کر بچہ فوت ہو جاتا ہے، لیکن بروقت توجہ دی جائے تو علاج قبول کر لیتا ہے۔

مزمن اصابات میں زیادہ تر عظمی اور حشوی تغیرات رونما ہوتے ہیں مثلاً عظام طوال کے کرادیس بڑھ جاتے ہیں، اوران کا جسم پتلا ہو جاتا ہے جس کے سبب ان میں خمیدگی آجاتی ہے۔

ہڈیوں میں خمیدگی کے دو اسباب بیان کیے جاتے ہیں:

(1) چلنے پھرنے کے سبب، (2) عضلات کھنچنے کے سبب

گاہے عضلات میں اس قدر نرمی آجاتی ہے کہ وہ بآسانی کھنچاؤ قبول کر لیتے ہیں اور ہڈیاں مڑ جاتی ہیں۔ مفاصل ورباطات مفلوج مریضوں کی طرح ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ تعظم میں تاخیر ہوتی ہے۔ بچے کے کھڑے ہونے، بیٹھنے اور چلنے پھرنے میں غیر معمولی تاخیر ہو جاتی ہے۔ اگر بچہ قدرے مضبوط بھی ہو تو بھی ضرب الرکبہ (گھٹنے لڑنے =Knock knee) کی شکایت پائی جائے گی۔ جیسا کہ تصویر نمبر 21 سے ظاہر ہے۔ دونوں بازو ترچھے ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ بچہ بیٹھتے وقت ان سے سہارا لیتا ہے۔ مقدم یافوخ جو عام طور سے طبعی حالات میں ایک سال تا 15 ماہ میں بند ہوتا ہے، کساح کی حالت میں 15 ماہ سے زیادہ مدت لگ سکتی ہے۔

مزمن اصابات میں احشا متاثر ہوتے ہیں تو اکثر اسہال کی شکایت موجود ہوتی ہے جو بے ترتیب اور مختلف الالوان ہوتے ہیں۔ ان حالات میں جلد چکنی اور دسومی ہو جاتی ہے، جس میں گاہے پسینہ کے قطرات بھی رونما ہوتے ہیں۔ بچہ معمولی حرارت بھی برداشت نہیں کر پاتا اور آہستہ آہستہ جب یہ شکایت پرانی ہو جاتی ہے تو جسم کے باقی حصے زیادہ کمزور ہو جاتے ہیں اور سر سے پسینہ نکلنا شروع ہو جاتا ہے اور اس مقام کے غدد جاذبہ باعتبار حجم بڑھ جاتے ہیں، جنھیں امتحان

لمس سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔

تصویر 21 : شدید ضرب الرکبہ

سینے اور دیگر ہڈیوں کے تغیرات (بدوضعیاں): کساحتی بچوں کی ہڈیوں کے سرے موٹے اور متورم نیز بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ احشا اور کرادیس کے ڈھیلے پن اور کمزوری کے سبب حجاب حاجز اور پسلیوں کے نازک کنارے نیچے کی طرف کھنچ جاتے ہیں۔ جس کے سبب یہ کنارے اندرونی یا بیرونی جانب مڑ جاتے ہیں اور انجام کار سینے کے چاروں طرف حجاب حاجز کے مقام اتصال پر ایک میزاب بن جاتی ہے۔ جسے ہریسن کا میزاب۔ (Harrison's Sulcus) کہتے ہیں۔

ضلعی غضروفی مقام اتصال کا ابھار کساحی وردی شکل کا ہوتا ہے۔ اگر بچے کے فضائے صدر کو دیکھا جائے تو پسلیوں کے سرے بڑھے ہوئے موٹے اور سوجے ہوئے ملیں گے۔ اوران کے جسم کی گولائی کے اعتبار سے عظم القص یا تو اندرونی جانب دبا ہوا ہوگا یا پھرا بھرا ہوا جسے کبوتر نما سینہ (Pigeon Chest) یا قیف نما سینہ سے موسوم کرتے ہیں۔ حوض کے اختلافات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ جیسا کہ تصویر 21 سے واضح ہے۔ پشت اور ریڑھ خمیدہ نظر آتی ہے۔ دانت دیر میں نکلتے ہیں۔ ان کی ساخت ناقص و بوسیدہ ہو جاتی ہے۔ سر غیر معمولی طور پر بڑا ہوتا ہے۔ سر کی ہڈیوں بالخصوص پیشانی کی ہڈیوں میں ابھار سے معلوم ہوتے ہیں۔

تصویر 21: قیف یا کبوتر نما سینہ ترقی یافتہ کساح میں

علامات فارقہ:۔ جو بچہ کھڑا ہوتے ہی رونا شروع کر دیتا ہے اور چلنے پھرنے سے معذور نظر آتا ہے، بادی النظر میں گمان ہوتا ہے کہ پیر مفلوج ہو گئے ہیں۔ یا وجع مفاصل، رعشہ وغیرہ ہے، لیکن عضلاتی حرکت ہونے سے فالج کا شبہ دور ہو جاتا ہے۔ جسمانی حرارت معمولی ہوتی ہے جو

وجع المفاصل کی عدم موجودگی پر دلالت کرتی ہے۔ ہاتھوں میں ارتعاش نہ ہونے سے رعشہ کا نہ ہونا ثابت ہوتا ہے۔ ایڑی کے بل کھڑے ہونے یا گھٹنے پر ٹھونکنے سے نبقات مرضی (Morbis-cocci) کا شبہ دور ہو جاتا ہے:

کساح کو ذبول سے تفریق کرنے کی ضرورت ہے۔ جو حسب ذیل چارٹ سے واضح ہے:

علامات فارقہ

کساح	ذبول
یہ مرض اکثر غذائی خامی کے سبب پیدا ہوتا ہے اور اس میں اکثر عظمی اختلالات پائے جاتے ہیں۔	یہ مرض مخفی سمیت اور کبھی کبھی ناقص غذا کی وجہ سے ہوتا ہے اور اس میں اعضا کی قوت اور نمو میں فرق آجاتا ہے۔ لیکن عظمی اختلالات نہیں پائے جاتے ہیں۔
اس میں بخار ہوتا ہے جو رات کو 101 تا 102 درجہ ف تک پہنچ جاتا ہے۔	بخار بالکل نہیں ہوتا، بلکہ گاہے طبعی درجہ حرارت سے بھی کم ہوتا ہے۔
بے ترتیب پسینہ کی شکایت ہوتی ہے۔	پسینہ بالکل نہیں نکلتا، جلد چکنی اور ٹھنڈی محسوس ہوتی ہے۔
اکثر بچے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں۔	اسہال کی شکایت مطلق نہیں ہوتی تاہم موت کے قریب کچھ دست آجاتے ہیں۔
کساح میں طحال و کبد بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ پیٹ نکلا ہوا لیکن عانہ کا جوف چھوٹا ہو جاتا ہے۔	جسم کا کوئی مخصوص حصہ نہیں بڑھتا بلکہ ہر حصے میں یکساں گھلاوٹ ہوتی ہے۔
کساح میں ہڈیوں کے کرادیس خصوصاً پسلیوں اور قص کے مفاصل اور سناسن بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔	مذبول بچے میں ہڈیوں کی خامی نہیں پائی جاتی، بلکہ جسم کے دیگر اعضاء کی طرح ان میں بھی ایک طرح کی کمی پائی جاتی ہے۔

کساح میں ہڈیاں خمیدہ ہو جاتی ہیں۔	ان میں ہڈیاں اپنی طبعی وضع پر ہوتی ہیں۔
اس میں سر کی ہڈیاں مربعہ یا طویل ہوتی ہیں۔	ذبول میں ایسا نہیں ہوتا۔
رباطات ملائم اور ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔	اس میں اس قسم کی شکایت نہیں ہوتی۔ ے

تشخیص: خفیف اصابات میں کساح کی تشخیص انتہائی دشوار ہوتی ہے۔ فعال کساح کی توثیق پاؤں یا کلائی کے عکس ریز یا پلازما میں کیمیائی تغیرات سے ہو سکتی ہے۔

عکس ریز سے کلائی پر واقع ہونے والے تغیرات بخوبی دیکھے جا سکتے ہیں، سیرم کیلشیم بالعموم طبعی ہوتا ہے لیکن فاسفورس کم ہو جاتا ہے اور الکلی فاسفیٹ میں نمایاں اضافہ ہوتا ہے۔ بول میں امینو ایسڈ بڑھ جاتا ہے۔

علاج:

کساح کے علاج کو تین حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے: (1) تحفظی یا تحریزی، (2) غذائی اور (3) دوائی۔

تحریزی علاج: نوزائیدے کو پانچ سو بین الاقوامی یونٹ حیاتین ''د'' درکار ہوتی ہے، لیکن زائد مقدار دینے سے احتراز کرنا چاہیے۔ کیونکہ اس کے کثرت استعمال سے بیش کیلشیمیت (Hypercalcemia) عارض ہو جاتی ہے۔ یہ مصنوعی اور پستانی رضاعت والے بچوں کو دینا چاہیے، موسم سرما میں اس کا خصوصی اہتمام کرنا چاہیے، جبکہ دودھ میں حیاتینی مشمولات کم ہو جاتے ہیں اور جلد کا اشعاع (irradiation) بھی نسبتاً کم ہونے لگتا ہے۔ حسب سہولت تمام بچوں کو برہنہ کر کے سورج کی روشنی میں رکھا جائے۔ یہ عمل طلوع آفتاب کے بعد جلد کرنا چاہیے۔ کیونکہ اس وقت کی دھوپ قابل برداشت ہوتی ہے اور اس میں ماورا بنفشئی شعاعوں (Ultra-Violet Rays) کی بہتات ہوتی ہے۔ نیم گرم پانی سے غسل اور جسم پر روغن ماہی کی مالش کر کے دھوپ میں لٹانا اکثر مفید ثابت ہوتا ہے۔ اسی طرح بچے کی نیند و بیداری، کھانے یا دودھ پلانے کی تدابیر کا بھی خیال رکھا جائے۔ کساحی بچوں میں دودھ کی تھوڑی تھوڑی مقدار کئی مرتبہ دینا مفید ہوتا ہے۔ دستوں کی خرابیاں خوراک تبدیل کر کے درست کی جا سکتی ہیں۔

غذائی تدابیر: کساحی بچوں کو اجزائے نشاستہ و شکریہ سے زیادہ حیوانی بروٹین درکار ہوتی

ہے۔جیسے زردی بیضۂ مرغ،مکھن،کریم،دودھ یا مچھلی کا تیل وغیرہ۔کاڈلیورآئیل کے علاوہ ان کی غذا فحوم، فاسفورس اور کیلشیم پر مشتمل ہونی چاہیے۔ بہت زیادہ نشاستہ دار اغذیہ سے پرہیز کرانا چاہیے۔

مصنوعی رضاعت والے بچوں کو جواوپر کا دودھ دیا جائے ، اسے پہلے سے پٹونی (Peptonized) کرلینا چاہیے۔ایام حمل میں یادوران رضاعت ماں کومقوی اورحیاتین سے بھر پورغذادینی چاہیے۔

دوائی علاج: سرطان نہری کو سینگ میں بھر کر بریاں کریں اور اس میں سے 125 تا 250 ملی گرام کھلائیں،کساح کے لیے مفید ہے۔معجون ذیل بھی نافع الاثر ہے:

(نسخہ) وج، ناردین، مصطگی رومی، دارچینی، ہرایک 18 گرام، مرکی 35 گرام، زرنباد، دردنج عقربی ہرایک 10.5 گرام،تخم کرفس،تخم حرمل ہرایک 14 گرام۔

ترکیب تیاری: جملہ دوائیں کوٹ چھان کرشہد خالص تین گنا میں معجون بنائیں۔

مقدارخوراک: 3 تا5 سال کے بچوں کے لیے نصف تاایک گرام ہمراہ آب گرم دیں۔

جوان العمر کو 3.5 گرام۔

مجربات: چادر کی تہ بنا کراس پرایک عدد بیضہ مرغ توڑ کرڈال دیں اوراس پر بچہ کواس طرح بٹھائیں کہ اس کی مقعد ٹھیک اس جگہ پر رہے۔ چند ہی ساعت میں پورا انڈا جذب ہوجائے گا۔ دوتین روز تک تواتر کے ساتھ یہ عمل کریں اور جب انجذاب رک جائے تو اس عمل کو بھی موقوف کر دیں (مجربہ حکیم محمد عبدالقادر خاں، افسرالاطبا بھوپال بحوالہ محسن اطفال)۔

(نسخۂ دیگر) عودصلیب، دانہ الائچی سفید 12-12 گرام،فلفل سیاہ 1 گرام، زہر مہرہ خطائی 3 گرام، پوست اندرون سنگ دانہ مرغ 4 گرام، اندرجو 2 گرام، صندل سفید 385 ملی گرام، ریش برگد 4 گرام، زعفران 3 گرام، برگ مہدی 4 عدد، مغز نارجیل 6 گرام۔

ترکیب تیاری: کوٹ چھان کرنخود کے برابر گولیاں بنالیں۔

مقدارخوراک: 3 گولی مرضعہ کو، ایک عدد بچے کو روزانہ کھلائیں۔اگر بخار 102 درجہ ف سے بڑھ جائے تو سب سے پہلے اسٹرپٹومائی سین یا اسٹرپٹومائی سلین نصف یا ¼ گرام حسب عمر تقریباً 10 یوم تک اشراباً دیا جائے اوراس کے ساتھ ساتھ حیاتین ''ب'' مرکب معمولی مقدار میں دیتے رہیں۔اوراگر بخار زیادہ نہ رہتا ہو یا مذکورہ ادویہ کے استعمال کے بعد بخار کم ہو جائے تو

آسٹلین قوی (Ostelin forte) یا میکالوٹ (Macalvit) اشرابا دیا جائے۔ اسے ہفتہ میں دو بار عمر کی رعایت کرتے ہوئے دینا مفید ہوتا ہے۔ 15 یوم بعد خلاصۂ نخامیہ (Thyroid extract) بمقدار ½ گرین دن میں ایک بار دیتے رہیں۔ ان تینوں چیزوں کے استعمال سے بچے کا وزن بہت جلد بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔

علاج شافی کے طور پر حیاتین ''د'' دس ہزار یونٹ دینا کافی ہے نیز کیلشیم کی کمی پوری کرنے کے لیے دودھ روزانہ ایک پائنٹ دینا چاہیے۔ اگر کاڈ لیور آئل موافق نہ آتے ہوں تو ایسی صورت میں اسے ترکیزی حالت میں مثلاً روغن ہالی بٹ (Holibut oil) یا تالیفی تجہیزات راس آجاتے ہیں۔

کساحی بچوں میں دواؤں کے ساتھ ساتھ زیادہ تر غذا اور رکھ رکھاؤ کا اہتمام کرنا چاہیے۔ مکسچر میں یہ مرکب اکثر مفید ثابت ہوتا ہے:

فیرائی فاسفاس	½ ڈرام
کیلشیم ہائپوفاسفاس	1 گرین
سیرپ سمپل	1 ڈرام

ایسی ایک خوراک دن میں تین بار دیں۔ یہ مقدار یک سالہ بچہ کے لیے ہے۔

انذار: نمایاں درجہ کے عظمی نقائص مدت مدید کے لیے اپنا اثر چھوڑ جاتے ہیں۔ جن کی طرف اگر نمایاں توجہ نہ دی جائے تو بطور عاقبہ کراہیس کی خمیدگی ہمیشہ کے لئے موجود رہتی ہے۔ ساتھ ساتھ نشوونما کی خامیاں اور قصیر القامتی عارض ہو جاتی ہے۔ موت شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے جس کا سبب تشنج یا کوئی حادسرایت ہو سکتی ہے۔

●●

باب ہجدہم: حمیات وامراض متعدی

88

چیچک

(VARIOLA OR SMALL POX)

مترادفات: سیتلا، جدری۔

اس وبائی مرض میں ابتداءً تیز بخار لرزہ کے ساتھ ہوتا ہے اور بالعموم تین روز بعد پیشانی، چہرہ اور ہاتھ کی پشت پر اور گاہے جسم کے بعض حصوں پر چھوٹی چھوٹی پھنسیاں نکل آتی ہیں اور ان پھنسیوں (دانوں) کی رطوبت وغیرہ سے دوسروں کو بھی اس مرض کی چھوت لگ جاتی ہے۔ یہ مرض سارے عالم میں اپنی قیامت سامانیوں کے ساتھ نمودار ہوتا ہے۔ جن میں سے ہندو چین سرفہرست تھے تاہم خوش قسمتی سے اب اس مرض کا تقریباً خاتمہ ہو چکا ہے۔ بچوں میں نادرالوقوع نہیں۔

اس مرض کا محقق اول زکریا رازی ہے۔

اسباب: ایک طرح کا مخصوص سمی مادہ (قشب) اس کا سبب ہوتا ہے جو چیچک کے دانوں کی رطوبت اور کھرنڈ کے ذریعہ یا اس کے تنفس وابخرات کی وجہ سے تندرست لوگوں میں سرایت کر

جاتا ہے۔

سرما اور موسم بہار میں اس کے وقوع کا زیادہ احتمال رہتا ہے۔ ٹیکہ لگنے یا ایک بار مبتلائے مرض ہونے کے بعد اس بیماری سے انسان محفوظ ہو جاتا ہے۔

مدت حضانت: 12 یوم علامات رونما ہونے تک یا 14 دن دانے نکلنے تک۔

علامات: ابتدائی علامتیں انتہائی شدید ہو سکتی ہیں۔ رازی نے اپنے تجربات کی روشنی میں جدری وحصبہ کی مشترکہ علامتیں اس طرح بیان کیا ہے:

''حمی لازمہ، سرخی، ناک میں خارش، درد کمر، جمائی اور انگڑائی برابر رہتی ہے۔ رنگ متغیر ہو جاتا ہے۔ اگر حمی لازمہ کے ساتھ ہو تو بقول ابن ماسویہ'' آنکھ اور چہرے پر سرخی اور نیند میں بے چینی ہوتی ہے۔'' بخار شدت کے ساتھ مع لرزہ شروع ہوتا ہے جو درد کمر کے ساتھ ہوتا ہے۔ شدید قے بھی ہو سکتی ہے۔ بخار جلد ہی 102 سے 104 درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ بعد میں بخار معدوم ہو جاتا ہے۔ لیکن دوسرے اور پانچویں روز کے درمیان دوبارہ بڑھ سکتا ہے اور دانے (طفیحات) نمودار ہو جاتے ہیں۔

اولیں اضرار لطحی (معمولی دانے) جو منہ اور چہرے پر نمودار ہوتے ہیں بعد میں بازوؤں اور سارے بدن پر منتشر ہو جاتے ہیں اور سب سے اخیر میں پیر متاثر ہوتے ہیں۔ دانے ابتداء میں

تصویر 23 : چیچک کی واضح مثال

سرخی مائل ہوتے ہیں۔ تیسرے روز محدود چھپٹے ابھار بن جاتے ہیں۔ چوتھے روز ان میں شفاف رطوبت بھر جاتی ہے۔ پانچویں روز ہر دانے کے گرد ایک سرخ حلقہ بن جاتا ہے اور اس کی شکل نافچہ جیسی ہو جاتی ہے۔ نوک اندر کی طرف دب جاتی ہے اور اس کی شفاف رطوبت گدلانے لگتی ہے۔ ساتویں آٹھویں دن اس میں پیپ پڑ جاتی ہے۔ نوکیں بالائی جانب ابھر آتی ہیں اور نوک پر سیاہ نقطہ بن جاتا ہے اور دوبارہ بخار شدت سے آتا ہے۔ چہرہ اور آنکھیں متورم ہونے لگتی ہیں۔ 11 ویں دن دانے مرجھانے لگتے ہیں۔ 14 ویں دن ان پر سیاہی مائل بھورکونڈ بن جاتے ہیں۔ انیسویں دن یہ کھرنڈ ایک نشان چھوڑ کر جھڑ جاتے ہیں۔ اگر شدت مرض کے سبب جلد گل جائے تو داغوں کے بجائے گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر بچہ دانوں کو کھجاتا رہے اور وہاں زخم بن جائے تو وہ جگہ بدصورت ہو جاتی ہے۔

فروق الامراض: چیچک کا کڑالاکڑا (جدری کاذب) سے اس طرح مختلف ہے کہ کاکڑالاکڑا میں بثور چہرے، اطراف اور اکثر پشت پر منتشر ہوتے ہیں سینے اور شکم پر کم۔ اس کے برعکس ہتھیلیوں، تلوؤں، منہ کے اندر اور قرنیہ پر جس سے اندھا پن تک ہو سکتا ہے۔ چیچک گہرائی تک واقع ہوتی ہے اور چبھن سی محسوس ہوتی ہے۔ عمومی علامتیں شدید اور اکثر مہلک ہوتی ہیں۔ مریض انتہائی درد و کرب الجھن اور پیاس میں مبتلا ہوتا ہے۔ تقریباً جملہ طفیحات (دانے) بیک وقت نمودار ہو جاتے ہیں۔ لہذا ان کی رفتار نمو عموماً یکساں ہوتی ہے۔

خسرہ میں زکام شدید ہوتا ہے، سرخ بخار میں گلا زیادہ درد کرتا ہے، عفنی بخار میں بدن میں کوئی نہ کوئی مرکز عفونت ہوتا ہے۔ اسی طرح آتشکی پھنسیاں یا نشانات تانبہ کے ہم شکل ہوتے ہیں اور ان میں چیچک کی ابتدائی علامتیں ظاہر نہیں ہوتیں۔

عاقبۃ المرض: اس مرض کے اثرات بڑے دوررس ہوتے ہیں مثلاً چہرہ اور سر پر سرخبادہ ہو جاتا ہے۔ آنکھوں میں سفیدی پڑ کر بینائی کمزور ہو جاتی ہے۔ گاہے قرینہ گل کر آنکھیں بیٹھ جاتی ہیں۔ کبھی کان کی ہڈیاں گل کر سماعت باطل ہو جاتی ہے، کبھی ناک کا بانسہ (عظم قاسم الانف) گلنے سے ناک بیٹھ جاتی ہے۔

انذار: ایک سال یا کم عمر کے بچے اگر اس میں مبتلا ہوں تو عموماً جانبر نہیں ہوتے، مہلک اقسام میں شدت حرارت، عفونت یا سیلان خون اور شدید نقاہت کے سبب مریض فوت ہو جاتا ہے۔

اگر چیچک کے طفیحات (دانے) اولے کی طرح شفاف اور مروارید کے ہمشکل ہوں، آبلے نمودار ہونے سے پہلے بخار ہو، تنفس طبعی ہو، سینہ وشکم پر کم آبلے ہوں اور دانے جلد نمودار ہوں اور جلد ہی پختہ بھی ہو جائیں تو یہ اچھی علامتیں ہیں۔ یہ قسم اسلم ہوتی ہے۔ اس میں مریض یقینی طور پر شفایاب ہو جاتا ہے۔

مذکورہ علامتوں کے برعکس اگر پیاس شدید ہو، سرعت وعسر تنفس کی شکایت ہو، دانے سیاہ یا سبزی مائل ہوں، بے ہوشی لاحق ہو، اعضائے بدن سے جریان خون کی شکایت ہو۔ آبلے ظاہر ہو کر معدوم ہو جائیں، یا ان میں رطوبت نہ پڑے تو مریض کا صحت مند ہونا تقریباً ممکن نہیں ہوتا۔ ایسا اس چیچک میں ہوتا ہے جو تاخیر سے اور بدشواری نکلتی ہے۔ اسی طرح اگر چیچک نکلنے کے دوران بول الدم کی شکایت ہو، نیز بعد میں سیاہی مائل پیشاب آنے لگے تو موت کی پیش قیاسی کی جاسکتی ہے۔

حفظ ماتقدم: ٹیکا: اس شدید متعدی مرض سے تحفظ کے نقطۂ نظر سے ٹیکہ لگوانا نہایت ضروری ہے۔ اس کا اہم ترین فائدہ یہ ہے کہ اول چیچک نہیں نکلے گی اور اگر نکلنے گی بھی تو اس کا زور بہت کم ہوگا۔ چونکہ اس مرض میں ایک سال سے کم عمر بچے بہت کم زندگی بکنار ہوتے ہیں۔ لہذا بہتر یہی ہے کہ ہر بچے کو پیدائش کے بعد زیادہ سے زیادہ چھ ماہ کی عمر تک اس کا ٹیکہ لگوا دیا جائے، بچپن کے علاوہ اگر دس بارہ برس کی عمر میں دوبارہ ٹیکہ لگوا دیا جائے تو بچہ ہمیشہ کے لیے اس سے مامون ہو جائے گا۔

چیچک جب وبائی طور پر پھیل رہی ہو تو بلا تخصیص عمر وجنس اس کا ٹیکہ لگوانا چاہیے۔ چونکہ یہ مرض حمل کی حالت میں جنین کو بھی اپنی لپیٹ میں لے لیتا ہے، لہذا احتیاطاً حاملہ کو ٹیکہ لگوا دینا چاہیے۔ اس طرح جنین محفوظ رہتا ہے۔

قرص کافور: کے استعمال سے بچہ چیچک سے محفوظ رہتا ہے:

(نسخہ) گل سرخ، بنسلوچن ہر ایک 35 گرام، صندل سفید 10 گرام، کافور 3 گرام۔ جملہ دواؤں کو باریک پیس چھان کر لعاب اسپغول میں گوندھ کر قرص بنالیں۔

مقدار خوراک: ایک گرام۔ بڑوں کے لیے ان کی عمر کے مطابق۔

سفیدی بیضۂ مرغ وبائی دور میں بچہ کو روزانہ پلانا بھی مفید ہے۔ اس سے اول تو چیچک نہیں نکلتی اور اگر نکلتی بھی ہے تو تکلیف دہ نہیں ہوتی۔

وبائی دور میں مصفیات خون مثلاً عرق شاہترہ، شربت عناب، شیرہ تخم کاہو، لعاب اسپغول اور خاکشی وغیرہ نہ صرف بچے کو بلکہ مرضعہ کو بھی دیتے رہنا چاہیے۔

غذا میں ٹھنڈی سبزیاں اور ترش اشیا استعمال کرائیں۔

گرم ومحرک اغذیہ واشربہ مثلاً بیگن، گوشت، چرب وشیریں اشیا سے پرہیز کرائیں۔ قبض نہ ہونے دیں۔ حسب ضرورت تلیین بھی کرا سکتے ہیں۔

دھوپ اور گرم مقامات پر آمد ورفت ممنوع ہے۔

علاج:

اطباء نے اس کے علاج کو حسب ذیل تین حصوں میں تقسیم کیا ہے:

(1) داخلی، (2) خارجی، (3) اندرونی اعضا کا تحفظ۔

داخلی علاج: درجۂ اولیٰ میں حفظ صحت کے جملہ اصولوں پر کاربند رہتے ہوئے علاج شروع کر دیا جائے۔ مبردات ومسکنات دم استعمال کرائے جائیں، تاکہ بخار کو تسکین ہو، اور چیچک بھی نہ نکلے اور اگر نکلے بھی تو برائے نام، لیکن زیادہ سرد ادویہ کے استعمال سے احتراز ضروری ہے۔ اسی طرح زیادہ قوی محرکات ومسہلات سے بھی گریز کرنا چاہیے۔ جوشاندۂ ذیل چیچک نکلنے میں معین ہوتا ہے

(نسخہ) مروارید ناسفتہ 7 دانہ اول نگلوائیں اوپر سے عناب 4 عدد، عدس مسلم 12 گرام، اصل السوس مقشر نیم کوفتہ 2 گرام، گل لالہ 1 گرام، عرق شاہترہ 50 ملی لیٹر جوش دے کر صاف کر کے شربت نیلوفر 25 ملی لیٹر اضافہ کر کے خاکشی مسلم 3 گرام چھڑک کر ئیں۔

مذکورہ نسخہ سے نہ صرف یہ کہ بخار کے دفعیہ بلکہ چیچک کے دانے بآسانی نکلنے میں بھی مدد ملے گی اور دانے کم نکلیں گے۔

نوٹ: اس نسخہ میں مروارید استعمال کرنے کی ترکیب اگر چہ اسی طرح درج ہے تاہم اگر محلول کر لیا جائے تو زیادہ مناسب ہے۔

درجۂ ثانی: بقول شیخ الرئیس بوعلی سینا، چیچک کے دانے نکلنا شروع ہو جائیں تو اس وقت تبرید (ٹھنڈائی) کے استعمال سے نقصان پہنچتا ہے۔ بلکہ اس وقت طبیعت کی اعانت ایسی چیزوں سے کرنی چاہیے جو مادہ کو جوش میں لائیں اور سدے کو کھولیں۔ اس طرح چیچک بآسانی نکل آئے گی۔ بچے کے بدن کو گرم ملبوسات سے پوشیدہ رکھیں اور سرد ہوا کے جھونکے سے محفوظ رکھیں۔ سرد

پانی بھی پینے کو نہ دیا جائے۔ اشد ضرورت کے بغیر کوئی مسہل بھی نہ دیا جائے۔

اس درجہ میں نسخہ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) عناب 3 دانہ، مویز منقی 4 دانہ کو عرق مکوہ، عرق گاؤزبان ہر ایک 40 ملی لیٹر میں جوش دے کر مصری 6 گرام ملا کر خاکشی 3 گرام چھڑک کر پلائیں۔

شدت بخار کی حالت میں جبکہ ابخرات دماغ کی طرف چڑھ رہے ہوں تو ایسی صورت میں نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) عناب 2 دانہ، گل نیلوفر، شاہترہ، مکوہ خشک ہر ایک 2 گرام بہدانہ 1 گرام۔

شب کو پانی میں بھگوئیں، صبح صاف کر کے شربت نیلوفر 12 ملی لیٹر ملا کر خاکشی 3 گرام چھڑک کر پلائیں۔

دل و دماغ کی تقویت کے لیے مروارید ½ گرام پیس کر شربت کیوڑہ ملا کر شب و روز میں تین بار چٹائیں۔ اگر چیچک مع حمی کی حالت میں غشی و خفقان جیسی کیفیت پیدا ہو جائے تو خمیرہ مروارید 3 گرام مذکورہ بالا خیساندہ کے ساتھ کھلائیں اور مقامی طور پر:

صندل عرق گلاب میں گھس کر اس میں کپڑا تر کے کے مقام قلب پر رکھیں۔

نسخہ ذیل دانوں کو باہر نکالتا ہے:

(نسخہ) انجیر زرد 1 عدد، مویز منقی 3 عدد، مسور مقشر 3 گرام عناب 2 دانہ۔ جوش دے کر چھان کر پلائیں۔

عوارضات کا علاج:

زخم: دانوں میں زخم ہو تو اسے برگ نیم کے جوشاندہ سے دھو کر مرہم کافور لگائیں یا کافور 6 گرام کو روغن تارپین 25 ملی لیٹر میں حل کر کے لگائیں۔ اسی طرح مرہم رال لگانا مفید ہے۔

بیقراری اور سوزش کی حالت میں نسخۂ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) زہر مہرہ خطائی، مروارید ناسفتہ سودہ ہوا ایک نصف گرام، شربت گاؤزباں 6 ملی لیٹر، ورق نقرہ 1 عدد ملا کر کھلائیں، اوپر سے۔

شربت عناب و کیوڑہ ہر ایک 6 ملی لیٹر میں عرق بید مشک ملا کر خاکشی 3 گرام اوپر سے چھڑک کر پلائیں۔

اسہال: ابتدائے مرض میں دو ایک دست آنے میں کوئی مضائقہ نہیں، تاہم آخر میں اسہال

کی شکایت خطرہ سے خالی نہیں۔اس دقت بند کرنے میں عجلت کرنی چاہیے۔ایسی حالت میں نسخۂ ذیل مفید ہے:

(نسخہ) مروارید نصف گرام، زہرمہرہ، کہربا، بسد، یشب، مرجان ہرایک ایک گرام، تباشیر، گل ارمنی، زرورد ہرایک 2 گرام۔

جملہ دوائیں پیس کر بقدر ایک گرام، شربت حب الآس 12 ملی لیٹر میں ملا کر چٹائیں۔اوپر سے قرص تباشیر قابض کھلائیں۔

قبض: کی حالت میں کوئی ملین دوا ہرگز نہ دی جائے، ورنہ شدید نقصان کا احتمال ہے۔تاہم شدت ضرورت کی صورت میں شیاف یا حقنہ بردئے کار لایا جاسکتا ہے۔

دانوں کو پکانا اور خشک کرنا:

اس غرض سے نسخۂ ذیل کا استعمال مفید ہے:

(نسخہ) بادیان، عنب الثعلب، لک خام ہرایک 2 گرام، برگ گل لالہ 1 گرام، انجیر 1 دانہ، ماش سیاہ، نخود، لوبیا، ہرایک 9 گرام۔جوش دے کر صاف کر کے دن میں دو تین بار پلائیں۔

جب دانے مرجھانے لگیں تو خاکستر چوب گز اور سفیدہ کاشغری باہم ملا کر دانوں پر چھڑکیں۔

اگر کسی جگہ زخم ہو تو مرہم ذیل لگائیں:

برگ نیم 50 گرام پیس کر قرص بنائیں اور مسکۂ گاؤ 125 گرام میں جلائیں پھر قرص نکال کر روغن صاف کریں اور سات بار پانی سے دھو کر مردارسنگ 6 گرام ملائیں اور مقام حرقہ پر لگائیں۔اسی طرح زخموں کو جوشاندہ برگ نیم سے دو تین بار دھونا بھی مفید ہے۔

تقیحی درجہ کے لیے انٹی بایوٹک ادویہ بھی تجویز کر سکتے ہیں۔تیمارداری کے اصول پر کاربند رہنا چاہیے۔مکمل آرام پہنچانا چاہیے۔سیال غذائیں دی جائیں۔نم ڈریسنگ کی جائے مثلاً پوٹاشیم پرمینگنیٹ کا ہلکا محلول استعمال کیا جائے تو عموماً تحفظ رہتا ہے۔بچے کو کھرچنے سے محفوظ رکھا جائے۔کیونکہ اس طرح کھرنڈ اکھڑنے سے خطرناک صورت پیدا ہوسکتی ہے۔

اگر کھرنڈ پختہ ہوں اور ان کے نیچے تری نہ ہو تو روغن کنجد نیم گرم کر کے لگائیں۔

اگر کھرنڈ اترنے کے بعد زخم گہرا نہ ہو بلکہ جلد کے مساوی ہو تو پھٹکری اور نمک باریک پیس کر چھڑکیں، تاکہ دوبارہ کھرنڈ کی تکوین نہ ہوسکے۔اس کے اوپر بدستور روغن لگائیں تاکہ کھرنڈ نرم

ہو کر اتر جائے۔

آثار چیچک: چیچک کے نشانات مٹانے کی گو بہت سی تدابیر کتابوں میں درج ہیں۔ تاہم اس میں خاطر خواہ کامیابی نہیں ہوتی پھر بھی جلد توجہ دینے پر کامیابی کی امید کی جاسکتی ہے۔ نسخہ ذیل آزما سکتے ہیں:

(نسخہ) آنبہ ہلدی، کوڑی سوختہ، بیخ سرکنڈہ ہموزن بھیڑ کے دودھ میں پیس کر رات کو لگائیں اور صبح کو سیوس گندم کے جوشاندہ سے دھوئیں۔

تحفظ اعضاء:

آنکھ: انار کا رگودا نچوڑ کر اس کا پانی آنکھ میں قطور کریں۔

o عرق گلاب 25 ملی لیٹر میں ساق 3 گرام بھگو کر چھان لیں۔ اس کے بعد کافور 255 ملی گرام حل کر کے آنکھ میں ٹپکائیں۔

o جب آنکھ میں چیچک نکل ہی آئے تو سرمہ اصفہانی 6 گرام، کافور 1 گرام عرق گلاب میں حل کر کے بار بار آنکھ میں ٹپکائیں۔

o آنکھ میں پھولہ پڑ جانے کی صورت میں زرد چوب کو آب لیموں میں کھرل کر کے سرمہ بنائیں اور آنکھوں میں لگائیں۔

o پوست آملہ گھس کر آنکھ میں لگانے سے بھی چیچک کا پھولہ دور ہو جاتا ہے۔

کان: پوست کیکر، پوست انار، مازو ہر ایک 3 گرام کو پانی میں جوش دے کر ٹپکانے سے کان چیچک سے محفوظ رہتے ہیں۔

اسی طرح روغن میں قدرے کافور حل کر کے ٹپکانا بھی نافع ہے۔

ناک: صندل سفید، آب کشنیز سبز میں گھس کر ناک کے اطراف میں لگائیں، نیز ناک میں ٹپکائیں۔

o روغن گل میں کافور حل کر کے ٹپکانا بھی مفید ہے۔

o اگر ناک میں دانے نہ ہوں تو شیر دختراں اور روغن گل ڈالیں۔ یا

o مغز تخم کدو، خیارین و ہندانہ پیس کر شیر دختراں میں حل کر کے قطور کریں۔

o ناک کے تقیح کی صورت میں برگ نیم کے جوشاندہ سے پچکاری کر کے ناک صاف کریں۔ اس کے بعد:

(نسخہ) روغن گل 25 ملی لیٹر، دم الاخوین، سنگ جراحت، مردار سنگ ہر ایک 3 گرام۔ باہم آمیز کر کے کافور 1 گرام ملائیں اور اس میں گازلت کر کے ناک میں رکھیں۔

منہ اور حلق: جوشاندہ مسور سے غرغرہ کرائیں اور غذا غ بھی مسور کی دال دی جائے۔

o عناب یا توت سیاہ چوسائیں۔

o اگر حلق متورم ہو کر خناق جیسی کیفیت ہو جائے تو مندرجہ ذیل نسخہ اعجاز مسیحائی دکھاتا ہے:

(نسخہ) مغز املتاس 12 گرام، شیر گاؤ 125 ملی لیٹر جوش دے کے صاف کر کے بار بار غرغرہ کرائیں۔

حنجرہ و شش: عناب یا مسور کا جوشاندہ بار بار پلائیں۔

o عدس اور تخم خشخاش کا لعوق چٹائیں۔

o لعوق سپستاں چٹانا بھی مفید ہے۔

o اگر دانے نکلنے شروع ہو جائیں، نیز سینہ اور آواز میں درشتی معلوم ہو، بخار شدید نہ ہو اور قبض بھی نہ ہو تو مکھن میں شہد ملا کر قدرے قدرے چٹائیں۔ جرجانی نے مفید بتایا ہے۔

o شدت بخار کی حالت میں نسخہ ذیل بروئے کار لائیں:

(نسخہ) لعاب اسپغول 3 گرام، بہدانہ 1.5 گرام، عرق گاؤزباں 70 ملی لیٹر میں نکال کر مصری سے شیریں کر کے روغن بادام 2.5 ملی لیٹر اضافہ کر کے پلائیں۔

قلب: انجیر اور مسور پر مشتمل جوشاندہ پلائیں۔

o خمیرہ مروارید، شربت کیوڑہ کے ہمراہ چٹائیں۔

امعاء: قابضات و لعابات استعمال کرائیں۔ مثلاً:

o صمغ عربی، گل ارمنی، اسپغول وغیرہ۔

اسہال کی صورت میں:

o قرص طباشیر قابض ہمراہ شربت حب الآس۔ یا۔

o بیل گری 1 تا 2 گرام پیس کر مصری کے شربت کے ہمراہ استعمال کرائیں۔ زحیر کی

صورت میں سفوف طین ہمراہ بہدانہ، اسپغول، ریشہ خطمی، شیرہ تخم خرفہ، خشخاش و بارتنگ و پوست انجار دیں۔

مفاصل: جوڑوں کی حفاظت کے لیے ضماد ذیل بروئے کار لائیں:

o صندل، شیاف مایثا، گل ارمنی، گل سرخ ہر ایک 6 گرام، کافور 3 گرام۔

جملہ دوائیں باریک پیس کر قدرے سرکا شامل کر کے مفاصل پر لگائیں۔

نوٹ: اگر کسی جوڑ پر کوئی پھوڑا نکل آئے تو اسے شگاف دے کر قیح خارج کر دیں۔

●●

89

حصبہ

(MEASLES OR MORBILLI)

مترادفات: خسرہ، کھسرہ، سرخچہ۔

تشب: (virus) سے پیدا ہونے والا شدید متعدی مرض ہے۔ جس کے ساتھ حمی دائمہ (لازمہ) ہوتا ہے۔ جس میں پہلے نزلہ زکام ہوتا ہے اور چوتھے روز خشخاش یا باجرہ نما دانے نمودار ہوتے ہیں۔

خسرہ اور چیچک کے بہت سے احکام باہم ملتے جلتے ہیں جن کی تفصیل چیچک کے ذیل میں گزر چکی ہے۔

خسرہ کے حاد مخصوص حمیات کے نتیجے شرح اموات بہت زیادہ ہوتی ہے۔ یہ مرض عدوی سرایت کے ذریعہ پھیلتا ہے اور عموماً ایک سال یا چھ سال کی عمر والے بچوں کو متاثر کرتا ہے۔ اس کی ہلاکت سامانی زیادہ تر تین سال سے کم عمر بچوں میں ہوتی ہے۔ یہ دنیا بھر مقامی (Endemic) طور پر پایا جاتا ہے لیکن برطانیہ اور ہند میں وبائی شکل میں ایک بار حملہ مرض کے بعد مریض ٹھوس مناعت حاصل کر لیتا ہے، جس کے سبب دوسرے حملے شاذو نادر ہی ہوتے ہیں۔ پوری عمر میں ہر شخص ایک بار اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے اور دو مرتبہ بھی مشاہدہ میں آیا

ہے،لیکن اس سے زیادہ شاذ و نادر جو مائیں اس کے حملے سے دوچار ہوتی ہیں اپنے بچے کی انفعالی مناعت (Passive immunity) عطا کر دیتی ہیں، جو زندگی کے اول تین ماہ مرض سے محفوظ رکھتی ہے، اس کے بعد 6 ماہ کے اندر اندر اگر حملہ بھی ہوتا ہے تو نہایت خفیف۔

مدت حضانت: 7 تا 21 یوم لیکن عموماً 10 یوم۔ بچہ دانہ نکلنے یا کسی ظواہر سے کم از کم چار یوم قبل ہی سرایت پذیر ہوتا ہے۔ مناعت منفعلہ مدت حصانت کو طویل کر دیتی ہے۔

اسباب: جیسا کہ اوپر بتایا جا چکا ہے، یہ قشعی الاصل بیماری امراض دبائی (وافدہ واردہ) میں شامل ہے (اکسیر)۔ شیخ نے بھی جدری وحصبہ دونوں کو وبا کی جنس میں شامل کیا ہے۔

اس کی وبا عموماً سرما اور بہار میں پھیلا کرتی ہے۔ اس بیماری کی سرایت مریض کی ناک کی رطوبت، تنفس، اس کے مستعملہ لباس، باہمی میل جول، برتن اور کتب وغیرہ کے ذریعہ لگتی ہے۔ اس کا تعدیہ نزلہ کے دوران دانے نمودار ہونے سے پیشتر بھی ممکن ہے، اور دانوں کی موجودگی بھر اس کی سرایت ممکن ہے۔

مستعد حصبہ شخص خشک ولاغر اور صفراوی المزاج ہوتا ہے۔ اگر بخار کی حالت میں صفرا آفریں اغذیہ واشربہ، پھل، گرم میوے مثلاً چھوہارہ، شہد اور حلوے استعمال کیے جائیں تو اس مرض میں مبتلا ہونے کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔

علامات: دانے نکلنے کی علامت چیچک سے قریب تر ہوتی ہے لیکن خسرہ میں ابکائیاں بہت زیادہ آتی ہیں۔ حرارت بڑھی ہوئی ہوتی ہے، نیز اس میں کمر اور پشت کا درد برائے نام ہوتا ہے۔ بقول سمرقندی واعظم خاں، اس کی علامتیں تپ شدید، کرب وسوزش، خوف وقلق اور اضطراب، تشنگی شدید، خرابی تنفس اور خارش انف ہیں۔ اس کا وقوعہ چشم وحلق میں کمتر ہوتا ہے۔

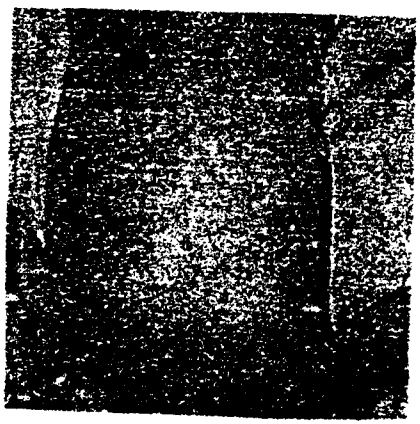
اولیں علامت کے طور پر سیلان انف اور آشوب چشم کے ساتھ نازلتی درجہ نمودار ہوتا ہے۔ اس درجہ میں سوزشی آنکھیں، شدید کھانسی نیز بچہ کی زبوں حالی اہم خصائص ہوتے ہیں، اور باجرے نما مخصوص دانے نمودار ہوتے ہیں جو منہ کے غشائے مخاطی کے مقدم حصہ میں ظاہر ہوتے ہیں اور سرخ اساس پر نمک کے ذرات کی شکل میں نظر آتے ہیں، یہ مصنوعی روشنی کے بجائے دن کی روشنی میں زیادہ واضح نظر آتے ہیں۔ لوزتین متورم ہو جاتے ہیں اور زبان پر سفید تہ جم جاتی ہے۔

سرخ چکتے (rashes) نمودار ہونے سے 4 تا 5 یوم قبل بچینی اور بخار ہوتا ہے۔ یہ طفیحات چھوٹے گلابی دانوں کی شکل میں خلف الاذن میں نمودار ہوتے ہیں جو جلد ہی بڑے بے ترتیب

شکل میں چکتے کی صوت اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ دانے جلد ہی سینے اور چہرے پر منتشر ہو جاتے ہیں اور 24 گھنٹے کے اندر اندر پورے جسم کو اپنی لپیٹ میں لے لیتے ہیں۔ یہ عموماً 3 تا 5 یوم میں معدوم ہو جاتے ہیں اور گاہے بھورا رنگ چھوڑ جاتے ہیں۔

اس کے ثبور بڑے نہیں ہوتے اور نہ جلد سے اٹھائے جا سکتے ہیں۔ شیخ فرماتے ہیں کہ حصبہ گویا جدری صفراوی ہے اور دونوں کے درمیان اکثر کوئی فرق نہیں ہوتا الا یہ کہ حصبہ صفراوی ہے اور حجم میں خرد تر، اور جلد سے تجاوز نہیں کر سکتا ہے، کیونکہ اس میں متعدبہ بلندی نہیں ہوتی ہے۔ یہ جدری کے بہ نسبت آنکھوں کو کم نقصان پہنچاتا ہے۔ اس کے ظہور کی علامتیں جدری سے قریب تر ہوتی ہیں۔ خسرہ کے دانوں کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ نہ پکتے ہیں اور نہ ان میں ریم پڑتی ہے، بلکہ ان پر سے بھوسی نما چھلکے اترتے ہیں۔ دانے معدوم ہوتے ہی درجۂ حرارت حیرت انگیز طور پر کم ہو جاتی ہے۔

حلق میں خراش ہوتی ہے۔ درجۂ حرارت کم ہوتے ہی بچہ اپنی کھوئی ہوئی صحت حاصل کر لیتا ہے۔



تصویر 24 : حصبہ۔ چکتے یا طبقات سارے جسم پر پھیل گئے ہیں

خبیث (Malignant) یعنی زہریلے قسم کے خسرہ میں دانے اچھی طرح نہیں نکلتے۔ بخار بہت زیادہ ہوتا ہے، کپکپاہٹ طاری ہوتی ہے۔ ضعفِ عمومی کے ساتھ ساتھ تنگیٔ تنفس کی شکایت

ہوتی ہے۔ بالآخر حرکت قلب بند ہو کر ہلاکت کا موجب ہوتا ہے۔

خسرۂ اسود میں شروع ہی سے علامات شدید ہوتی ہیں۔ بخار شدید ہوتا ہے۔ سیاہ اور نیلے رنگ کے دانے بے قاعدہ طور پر نکل کر معدوم ہو جاتے ہیں۔ ذات الریہ کی شکایت بالعموم ہوتی ہے۔ جس کی وجہ سے سانس جلد جلد اور رک رک کر آتی ہے۔ اگر جلد توجہ مبذول کی جائے تو مریض جانبر ہوتا ہے ورنہ راہی ملک عدم ہوتا ہے۔

خسرہ دموی میں مریض کے منافذ بدن یعنی ناک، منہ یا مقعد وغیرہ سے جریان خون وغیرہ ہو جاتا ہے گا ہے بول الدم کی شکایت ہو جاتی ہے۔ اس میں بھی ذات الریہ اور کھانسی کی شکایت ہوتی ہے۔ اگر جلد توجہ نہ دی جائے تو مریض انتہائے ضعف یا بے ہوشی کی وجہ سے فوت ہو جاتا ہے۔

انذار: سلیم خسرہ وہ ہے جو چار روز یا اس کے قریب نمودار ہو، نیز جلد اچھا ہو جائے، اسی طرح اگر قوت بحال، دیگر عوارض نہ ہوں، ساتھ میں امتلائے دموی بھی موجود ہو تو خاص طور سے اوائل مرض میں بیماری سے نجات مل جاتی ہے۔ اسی طرح خسرہ کے دانے جلد نمودار ہوتے، جلد نکلتے اور جلد ہی بھوسی بن کر اڑ جاتے ہیں، بے خطر ہوتے ہیں۔

صلب، اخضر و بنفشی ردی ہے، نیز اگر دیر سے علاج قبول کرے، غشی بار بار آئے، ساتھ ساتھ کرب بھی موجود ہو تو مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اسی طرح صدر و شکم پر دانے بکثرت نمودار ہوں تو عموماً موت پر منتج ہوتے ہیں۔ بول الدم بھی موت کی علامت ہے۔ اگر اس کا علاج قابض چیزوں سے کیا جائے تو احشا میں ورم ہو کر ہلاکت خیز ثابت ہوتا ہے لیکن اگر اسہال دموی نہ ہو تو شفا کی امید کی جا سکتی ہے۔ اگر چہ یہ بھی خطرے سے خالی نہیں ہوتے۔

اگر ساتھ میں خناق، ذات الریہ، شہقہ، کھانسی یا سل کی شکایت ہو جائے تو بھی نتیجہ بہتر نہیں ہوگا۔ چھوٹے بچے عموماً لقمہ اجل بن جاتے ہیں۔ بعض بچوں کو دست آنے لگتے ہیں اور بچہ رفتہ رفتہ انتہائے نقاہت کے سبب فوت ہو جاتا ہے۔

عوارض: ثانوی جرثومی تنفسی سرایتیں کثیر الوقوع ہیں اور بسا اوقات ذات الریہ موت کا سبب بنتا ہے۔ اسہال دموی اس قدر کثیر الوقوع علامت ہے کہ التہاب معدہ و امعا کو شاذ و نادر ہی موت کا سبب قرار دیا جا سکتا ہے۔ پھر بھی یہ موت کا جزوی عامل ضرور ہے۔ رعاف لاحق ہو سکتا ہے۔ تاہم رعاف بحرانی اچھی علامت ہے۔ گا ہے سہر کی شکایت بھی ہو جاتی ہے۔

التہاب وسطی الاذن ایک عام پیچیدگی ہے۔ اگر علاج غیر موزوں ہو اور حفظ صحت ناقص تو شدید آشوب چشم کے سبب قرنیہ کا تقرح اور التہاب چشم کلی عارض ہو سکتا ہے۔

حفظِ ماتقدم اور احتیاطی تدابیر:

بچے کو پرسکون جگہ تاریک یا نیم تاریک کمرے میں نہایت آرام کے ساتھ رکھا جائے۔ کمرہ گرم اور ہوادار ہو، لیکن ہوا کے جھونکے براہ راست نہ پہنچنے پائیں۔ مکمل آرام سے آنکھوں کو خاطر خواہ آرام مل جاتا ہے۔

آنکھوں کی طرف خصوصی توجہ مبذول کی جائے، کیونکہ ذرا سی غفلت سے ہمیشہ کے لیے اندھاپن عارض ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ آنکھیں نمکین پانی سے دھوئی جائیں اور اگر ثانوی سرایت کی کوئی علامت موجود ہو تو کلورم فینی کال مراہم چشم استعمال کرائیں۔ دانے نمودار ہونے کے بعد 10 یوم تک مریض کو علیحدہ رکھا جائے، تاکہ دیگر تندرست بچے سرایت کی لپیٹ میں نہ آجائیں۔

گرم پانی کے بچھارہ سے دانے نکلنے میں مدد ملتی ہے۔

بستر اور مریض کے جسم پر قدرے خاکشی چھڑک دی جائے، مریض غیر معمولی راحت محسوس کرتا ہے۔ برگ نیم تازہ بستر پر پھیلانے سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔

علاج: اگر دانے نکلنے میں تاخیر ہو تو انجیر زرد اعدد پانی میں جوش دے کر زعفران 128 ملی گرام حل کر کے بچے کو پلائیں اور آب گرم کا بچھارہ دیں۔

چیچک کی طرح اس مرض میں بھی مریض کی قوتوں کی نگرانی کی جاتی ہے اور معاملہ بڑی حد تک طبیعت کے اوپر چھوڑ دیا جاتا ہے۔

قبض نہ ہونے دیا جائے اور اجابت معمول کے مطابق ہو تو بہتر ہے۔ دست آنا بھی مضر ہے۔

مسکنات حرارت، مفرحات و مقویات قلب ادویہ دیتے رہیں، جن کی فہرست طویل ہے۔

مندرجہ ذیل نسخہ معمول مطب میں سے ہے اور ابتدائے مرض سے ہی دیا جاتا ہے:

(نسخہ) مویز منقی 3 دانہ، عناب 2 دانہ، انجیر زرد 1/2 عدد پانی میں جوش دے کر شربت عناب 12 ملی لیٹر حل کر کے خاکشی مسلم 2 گرام چھڑک کر پلائیں۔

دانے نکلنے لگیں تو خمیرہ مروارید 2 گرام کھلا کر اوپر سے شیرۂ عناب 2 دانہ، مویز منقی 3 دانہ، عرق مکوہ 50 ملی لیٹر میں نکال کر مصری 6 گرام، خاکشی 1 گرام اضافہ کر کے پلائیں۔

کھانسی کی صورت میں لعوق ذیل چٹائیں:

(نسخہ) کتیرا، مغز بادام 1-1 حصہ، مغز تخم کدو 2 حصہ، لعاب بہدانہ ملا کر مصری کے ہمراہ بدستور لعوق بنائیں۔

دست کی صوت میں حب الآس 10 ملی لیٹر پلائیں۔ ناکامی کی صورت میں:

سفوف طین 1 تا 2 گرام، رب بہی میں شامل کر کے دیں۔

اسہال دموی کی حالت میں شربت انجبار جیسی چیزوں سے علاج کیا جائے۔

قبض کی صورت میں شربت بنفشہ 12 ملی لیٹر میں قدرے گرم پانی ملا کر علی الصباح دیں۔

اگر رعاف بطور پیچیدگی پیدا ہو جائے، ضعف وسقوط قوت عارض ہو جائے تو بلا تامل اسے روکنے کی سعی کی جائے۔ کیونکہ کثرت رعاف خطرہ سے خالی نہیں۔

تنفسی سرایتوں کا بہت زیادہ احتمال رہتا ہے۔ لہذا اینٹی بایوٹک معالجہ بلا تاخیر بروئے کار لایا جائے۔ پنی سلین یا کلورم فینی کال پر مکمل اعتماد کیا جا سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ اگر سلفونا مائڈ کا بھی مناسب اضافہ کر دیا جائے تو شرح اموات حیرت انگیز حد تک کم ہو جاتی ہے، مذکورہ دوائیں مکمل مقدار میں اور کم از کم 5 یوم تک مسلسل دی جائیں۔

دیگر عوارض کا تدارک بھی مناسب ادویہ سے کیا جائے۔

غذا: سیال دی جائے۔

پرہیز: خسرہ کی بیماری میں بدن پر تیل ملنا مناسب نہیں۔

●●

90

حمیقا

(VARICELLA OR CHICKEN POX)

مترادفات: بادآبلہ، خارک (ف)؛ جدری کاذب، حمیقا (ع)، کنکر پتھر، موتی جھرہ، موتیا سیتلا (ہ)۔

کیفیت: بقول شیخ (حمیقا) ایک مرض ہے چیچک اور خسرہ کے مابین (وانہ شئی بین الجدری والحصبہ) مگر دونوں سے بے خطر، قوت بحال رہتی ہے نیز اس میں تیز بخار بھی نہیں ہوتا۔ اس پر خارش کا گمان ہوتا ہے۔

چیچک، خسرہ اور کنکر پتھر چونکہ تینوں امراض باہم اس قدر مشابہ ہوتے ہیں کہ بآسانی تمیز ہر شخص کے لیے ممکن نہیں۔ اس لیے اکثر معالجین تینوں کا تذکرہ ایک ہی باب میں کر دیتے ہیں، جو بہرحال گمراہ کن روش ہے۔

اسباب: خلطی اعتبار سے اس کے اسباب بھی جدری اور حصبہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔

جدید تحقیق کے مطابق فلٹر سے گزرنے والا قشب اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ مرض انتہائی سرایتی ہونے کے باوجود نہایت خفیف مرضی کیفیت کا حامل ہوتا ہے۔ اس کے مریض زیادہ تر 10 سال سے کم عمر کے بچے ہوتے ہیں۔ یہ سال بھر میں کبھی بھی عارض ہوسکتا ہے۔ لیکن

خزاں اور سرما میں اس کا وقوع زیادہ ہوتا ہے۔ یہ مرض عدوی سرایت (Droplet-infection) کی صورت میں عارض ہوتا ہے جو ابتداءً بالائی تنفسی سرایت کی شکل میں ہوتا ہے۔ مریض دانے نمودار ہونے سے 24 گھنٹے پیشتر سے ہی سرایتی ہو جاتے ہیں اور اس کے بعد 7 یوم تک سرایتی رہتے ہیں۔ اس کی کھرنڈ میں چھوت نہیں ہوتی۔

مدت حضانت: 11 تا 21 یوم۔

علامات و سریری ظواہر: جدری کا ذب اگر چہ بچپن کے خفیف ترین امراض میں سے ہے، تاہم گاہے انتہائی خطرناک صورت بھی اختیار کر لیتا ہے۔ ابتدا میں بے چینی اور خفیف بخار ہوتا ہے۔ 24 گھنٹے کے بعد خفیف دانے گردن، پشت اور سینہ پر اولیں علامت کے طور پر نمودار ہوتے ہیں۔ اس کے بعد اضرار وافر مقدار میں گہرے گلابی داغوں سے شروع ہوتے ہیں، جو بعد میں بثور کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور چند گھنٹے کے اندر اندر نفاطات میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہ ہلکے سرخ اساس پر آبی فطور کی شکل میں دکھائی دیتے ہیں جو ممتاز طور پر بیضوی ہوتے ہیں۔ یہ انتہائی نازک دانے پختہ ہو کر تیسرے روز کپڑے کی ہلکی رگڑ سے بآسانی ٹوٹ جاتے ہیں، لہذا کسی ایک وقت میں کافی تعداد میں نظر نہیں آ سکتے۔ یہ بثور کی شکل میں تبدیل ہونے کے بعد پھوٹ جاتے ہیں اور پانچویں چھٹے روز تک پپڑی کی شکل میں خشک ہو جاتے ہیں۔ مرض شروع ہونے کے 10 یوم بعد معدوم ہو جاتے ہیں اور اوتھلے گلابی نشانات چھوڑ جاتے ہیں۔ جو وقت گزرنے کے ساتھ ساتھ سفید ہو جاتے ہیں۔ اس کے ابتدائی اضرار منہ اور خف پر نمودار ہوتے ہیں جو بعد میں سارے جسم پر منتشر ہو جاتے ہیں اور پھر اطراف میں پھیل جاتے ہیں۔ ان میں ہلکی ہلکی خارش ہوتی ہے۔ لیکن بعض مریض تو اخیر تک اپنے کو مریض نہیں تصور کرتے۔

علیحدگی: بچے کو کم از کم 14 یوم تک اسکول نہ جانے دیا جائے۔

علاج: اس ''احمق'' مرض کے علاج میں ادویہ کی مطلق ضرورت نہیں تاہم بعض اصابات میں چیچک کی معمولی تدابیر بروئے کار لائی جا سکتی ہیں (اعظم خاں)۔

بخار کے دوران بچے کو مکمل آرام پہنچایا جائے۔ ناخن سے کھجلانے سے تحفظ کی جانب خصوصی توجہ مبذول کرنی چاہئے۔ خاص طور سے چہرے کی خارش میں چھوٹے بچوں کو دستانے پہنا دیے جائیں۔ بچیوں میں کولیوڈین لگا دینے سے کھرچنے سے محفوظ ہو جاتا ہے۔ اس طرح کھرنڈ نہیں پڑتی اور اضرار سرایتی نہیں ہوتے۔ کپڑے ڈھیلے ڈھالے سوتی اور ملائم ہونے چاہئیں۔ بچے

کو ٹھنڈی جگہ رکھا جائے۔

دانوں کو ٹوٹنے سے حتی الامکان بچایا جائے اور اگر اتفاقاً ٹوٹ ہی جائیں تو ان پر مرہم کافوری لگائیں۔ قدرے پوٹاشیم پرمینگنیٹ پانی میں حل کر کے اس سے غسل دینا عموماً مفید ہوتا ہے۔ اس سے جلد عارضی طور پر بھوری ہو جاتی ہے، جس سے ماں کو آگاہ کر دینا چاہیے۔ جنشن وائلٹ کا نصف فی صد آبی محلول نفاطات کو ثانوی سرایت سے محفوظ رکھتا ہے۔

کیلے مائن لوشن اور ڈسٹنگ پاؤڈر جسم پر لگانا بھی مفید ہے۔ خارش وسوزش کی صورت میں صندل سرخ پیس کر بدن پر ملا جائے، نیز وقتاً فوقتاً دانوں پر سفوف ذیل چھڑکنا چاہیے:

گل قیمولیا 25 گرام، کافور 1 گرام، ہلدی 3 گرام کوٹ چھان کر سفوف تیار کیا جائے۔

تقویت قلب کے لیے خمیرہ مروارید استعمال کرائیں۔

اگر ثانوی سرایت ہو ہی جائے تو خوردنی اینٹی بایوٹک معالجہ بروئے کار لائیں۔

عوارض: اس مرض کی کثیر الوقوع پیچیدگیاں التہاب لوز تین، التہاب حنجرہ اور التہاب مزمار ہیں۔ دانے سرایت زدہ ہو کر خراج کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔

ثانوی نبقی عظمی سرایت، التہاب وسطی الاذن اور التہاب ملتحمہ عارض ہو سکتے ہیں۔

غذا: آش جو، مسور کی دال اور چپاتی وغیرہ دیں۔

●●

91

حمی دنج

(DENGUE FEVER)

مترادفات: ابوالرکب، حمی صالبہ، ہڈی توڑ بخار (Break bone fever)۔ عربی لفظ دنج بمعنی نقاہت کے ہیں۔ چونکہ اس بیماری میں کمزوری بہت بڑھ جاتی ہے۔ اسی لیئے اس نام سے موسوم کیا گیا اور بقول مستشرق سیاح دیمبری اس کا انگریزی نام ڈینگو دراصل اس کے عربی نام دنج سے مستنبط ہے۔

جدید عربی میں اسے ابوالرکب کہتے ہیں۔ چونکہ اس بخار میں ہڈیوں میں سخت درد ہوتا ہے۔ اسی لیے اسے انگریزی میں بریک بون فیور (Break bone fever) بھی کہتے ہیں۔

تسمیہ امراضیات (Etiopa thology): مسبب قشب کی چار اینٹی جینک اقسام یعنی 1، 2، 3 اور 4 جنسی (Genus) یعنی زرد قشب (Flavi virus) سے تعلق رکھتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک یکساں بیماری پیدا کرتے ہیں۔ ہمارے ملک میں جملہ چاروں قسمیں پائی جاتی ہیں۔

قشب کی منتقلی کا اہم ذریعہ مچھر ہوتا ہے، جن میں عدیس اجپٹی (Aedes Aegypti) اور (Aedes albopiclus) شامل ہوتے ہیں۔ ان میں سے اول الذکر ہندستان میں غالب ہوتا ہے۔ سریری بیماری 5 تا 6 یوم بعد شروع ہوتی ہے، جس کے بعد قشب الدم (Viremia)

کا آغاز ہوتا ہے، جو سریری مرض کے آغاز سے 4 سے 5 یوم تک جاری رہتا ہے۔ قشب الدم نصاب کے دوران مچھر سرایتی شخص سے دموی غذا کے حصول کے دوران خود سرایت زدہ ہوسکتا ہے اور دموی تغذیہ کے 8 تا 14 یوم بعد مرض کی منتقلی کی صلاحیت پیدا ہوجاتی ہے اور تا حیات سرایت زدہ رہتا ہے۔

مدت حضانت: 5 تا 6 یوم مع اختلاف 3 تا 15 یوم۔

مناظر: اچانک اوسط تا شدید بخار، صداع، پس مقلہ درد، عضلی، عظمی اور مفصلی اوجاع، عدم اشتہا، ذائقہ کی خرابی اور چہرے کی تمتماہٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ گوری جلد والوں میں بخار کے وقوع کے 3 تا 4 یوم بعد جسم پر داغدار بثری طفیحات (Maculopapular rash) دیکھے جاسکتے ہیں، جو چند گھنٹے سے ایک دن تک برقرار رہتے ہیں۔ بخار اکثر دو حصوں میں ہوتا ہے، چند بچوں میں تشنج مع التہاب لھات، التہاب بلعوم (Pharyngitis) التہاب غشاء الانف (Rhinitis) یا اسہال کے حملے ہوتے ہیں۔ جریان دم کے ظواہر قلیل الوقوع ہوتے ہیں۔

خبیث عضوی اختلالات عنقی لمفاوی غدی مرض (Cervical-lymphoadenopathy)، کبدی طحالی مرض (Hepatosplenomegaly) اور متلازم یا مطلق بطوء قلب (Relative or absolute bradyacrndia) پر مشتمل ہوسکتے ہیں۔

شفایابی بخار اترنے، پاشیدگی (Lysis) اور شدید پسینہ آنے کے 2 تا 7 یوم کے درمیان ہوجاتی ہے۔ صحت بچوں میں نسبتاً تیزی سے ہوتی ہے۔ مرض میں افاقہ کے ساتھ ساتھ عمومی نقاہت پائی جاتی ہے۔

حمی دنج جریانی (Dengue Haemorrhagic Fever(DHF)) مرض کی ایک شدید اور اکثر مہلک قسم ہوتی ہے جو بیشتر جنوبی مشرقی ایشیائی ممالک (بشمول ہند) تک محدود ہوتی ہے، جس میں تکرار کے ساتھ حملے کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ سریری منظر میں بخار جریان اور صدمہ نمایاں طور پر پائے جاتے ہیں۔ بیشتر اصابات میں ظواہر عموماً جلدی ہوتے ہیں

عالمی صحتی تنظیم (W.H.O.) نے اس کے حسب ذیل چار مدارج متعین کئے ہیں:

درجۂ اول: حمی، غیر نوعی جسمانی علامات، مثبت ہیس کا شفہ (Positive Hess-Tonrniquet Test)۔

درجۂ دوم: درجہ اول کا خدوخال + جلد اور یا دیگر مقامات سے اچانک اور بے ساختہ

جریان دم۔

درجۂ سوم: سقوط دوران خون جسکے ظواہر سریع ضعیف نبض، کم طناب (Hypotension) یا نبض کا کم دباؤ، برودت، چپچپی جلد اور بے چینی کے طور پر رونما ہوتے ہیں۔

درجۂ چہارم: شدید صدمہ جسمیں ضغط الدم ریکارڈ کرنا ممکن نہیں ہوتا اور نبض معدوم ہو جاتی ہے۔

تشخیص: حمی دنج کے مثبت منظر کی توثیق مثبت ہس کا شفہ سے ہوتی ہے، جس میں فارق الدم (Hematocrit)، مرتفع (اساسی خط سے 20 فیصد زیادہ)، (Leukofenia) مع متلازم لمفاوی خلویت (Relative Lymphocytosis) قلت شمار اقراص دمویہ، نارسیدہ یا غیر منقسم کثیر النواتی خلیات (Unsegmented Polynorphonuclear cells) پائے جاتے ہیں۔

آئی جی ایم مضاد جسم تخمینہ (IgM antibody estimation) مچھر کا ٹیکہ (mosquito inculation) اور بالواسطہ تمنعی کا شفہ (Immunofluorescout test) بھی جلد نتیجہ فراہم کر دیتے ہیں۔

تشخیص تفریقی: حمی دنج کی وبا کے دوران تشخیص میں قدرے دشواری پیش آتی ہے۔ بصورت دیگر اصابات کی ایک کثیر تعداد بشمول حمی معوی، انف العزہ اور حمی اجامیہ کو تشخیص تفریقی میں مستثنیٰ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جریانی ظواہر بقہ سحائی دموی (Meningococcemia)، تیفوس سحق (Scrub typhus) اور (Liptospirosis) اہم موضوعات تفریقی ہیں۔

کالنسیو مرض جنگل، تپ زرد (Yellow fever) اور جریانی بخار (Haemorrhagic-fever) مع کلوی علائمیہ (Renal syndrome) کو بھی مختلف خطوں میں ذہن نشین رکھنا چاہیے۔

پیچیدگیاں: یہ سیال (اور برق پاشی الیکٹرولائٹ) عدم توازن، بیش حمیت (Hyperpyrexis)، صدمہ (Shock) اور حمیاتی حملوں (Febrile seizures) پر مشتمل ہوتی ہے۔

علاج: حمی دنج کا ہنوز کوئی علاج شافی دریافت نہیں ہو سکا، تدابیر کا انحصار کم و بیش معاونت پر ہوتا ہے جو علاج بالماء، دافع حمی، دافع درد ادویہ کے ذریعہ اندفاع درد، سیال اور الیکٹرولائیٹ توازن نیز تغذیہ پر کنٹرول رکھنے اور ہمزماں جریانی ظواہر والے اصابات میں تازہ خون منتقل

کرنے پر مشتمل ہوتا ہے۔

مستحکم تسددی قلت خلایا (Thrombocytopenia) میں اقراص دم (10 ملی لیٹر / کلوگرام ارتکاز میں) کی منتقلی، یہاں تک کہ ان کی تعداد 50 ہزار / مکعب ملی میٹر ہو جائے، کی زبردست سفارش کی جاتی ہے، لیکن تواتر و تکرار میں احتیاط اور ضروری تدابیر بہر حال ملحوظ رکھنی چاہئیں۔

تحریز (Prevention): حمی دنج سے تحفظ اور کنٹرول کے لیے حملہ آور مچھر (Aedes-aegypti) کی افزائش پر یورش اور ذاتی تحفظی تدابیر ناگزیر ہیں۔

انذار: حمی دنج عموماً ذاتی حد تک محدود اور سلیم ہوتا ہے۔ اگر پیچیدگیوں سے تحفظ ہو جائے یعنی صرف بخار ہو تو ان سے بخوبی نبرد آزما ہونے سے مکمل شفا ہو جاتی ہے، جس کے لیے ایک ہفتہ کی مدت درکار ہوتی ہے، لیکن اگر عوارض وغیرہ پیدا ہو جائیں یا مریض نہایت کمزور ہو جائے تو شفا ہفتوں بلکہ مہینوں بعد ہوتی ہے۔

حمی دنج جریانی میں شرح اموات 40 تا 50 فیصد ہوتی ہے۔ قوی اور انتہائی احتیاط کے نتیجے میں شرح اموات کم یعنی دو فیصد تک پہنچ جاتی ہے۔

یونانی علاج: اول دو روز نسخۂ تبرید دیں:

نسخہ: آلو بخارا 5 دانہ کو عرق شاہترہ، عرق مکوہ، عرق کاسنی ہر ایک 35 ملی لیٹر میں بھگو کر مل صاف کر کے لعاب اسپغول 6 گرام، شربت نیلوفر 12 ملی لیٹر آمیز کر کے خاکسی 3 گرام چھڑک کر پلائیں۔

اس کے بعد 4-5 یوم تک نسخۂ ذیل بطور منضج پلائیں:

نسخہ: گل بنفشہ، گل نیلوفر، گل سرخ، گاؤزباں ہر ایک 3 گرام، اصل السوس، بیخ کاسنی، عنب الثعلب، شاہترہ ہر ایک 2.5 گرام، عناب 4 دانہ، تمر ہندی 2 گرام۔

جملہ دواؤں کو شب 375 ملی لیٹر پانی میں بھگو کر صبح کو مل چھان کر گلقند 12 گرام ملا کر پلائیں۔

چھٹے ساتویں دن رفع حرارت کے بعد نسخہ بالا میں سناء مکی 12 گرام، مغز فلوس 25 گرام، روغن بادام 3 ملی لیٹر یا شیرۂ مغز بادام 3 دانہ اضافہ کر کے مسہل دیں۔

نوٹ: مذکورہ نسخوں کے اجزا بالغ کی خوراک کی نصف مقدار پر مشتمل ہیں۔

مسہل کے بعد حب شفا استعمال کرائیں۔

92

حمی قرمزیہ

(SCARLET FEVER)

مترادفات: حمی حمرا (Scarlatina)۔

کیفیت واسباب: انیسویں صدی کے نصف آخر میں ایک سال سے زائد عمر والے بچوں میں حمی قرمزیہ موت کا اہم سبب تصور کیا جاتا تھا۔ دو تین سو سال قبل کی اس کی قہر سامانیاں اب افسانہ بن کر رہ گئی ہیں اور فی زمانہ یہ خفیف مرض تصور کیا جاتا ہے۔

سرایت کی ابتدائی جگہ حنجرہ یا لوز تین ہوتے ہیں تاہم بالآخر دوسرے مقامات میں خون پاش بقعۂ بجیہ سرایت کا سبب بن سکتا ہے، مثلاً تناسلی قنات وضع حمل کے بعد جس سے نفاسی حمی قرمزیہ ہو جاتا ہے یا جرحی حمی قرمزیہ جو زخم کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔ یہ ہوا باش (Airborne) سرایت یا شاذ و نادر بقعۂ بجیہ سے ملوث آئس کریم یا دودھ کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے۔

مدت حضانت: 2 تا 4 یوم۔

قرنطینہ ضروری نہیں، تاہم یہ مرض ''قابل اطلاع'' ضرور ہوتا ہے۔

مناعت: بیشتر نورائیدے منیع ہوتے ہیں، تاہم جیسے جیسے بڑھتے جاتے ہیں تاثر پذیری بھی بڑھتی جاتی ہے۔ بالغوں میں اکتسابی مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔

وبائیات: یہ مرض دیگر بقعی بجی سرایتوں کی طرح سرما اور موسم بہار میں زیادہ عام ہوتا ہے اور

غالباً زیادہ گرم اور زیادہ سرد آب وہوا میں زیادہ واقع ہوتا ہے۔2 تا10 سال کی عمر میں نقمی بھی سرایت کی دیگر قسموں کا وقوع واضح طور پر بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

امراضیات: حمی قرمزیہ سم احمراری (Erythrogenic toxin) کے سبب پیدا ہوتا ہے۔

سریری مناظر: حمی قرمزیہ زیادہ تر 3 تا 10 سال کی عمر کے بچوں کو لاحق ہوتا ہے۔حمی حمرا میں مرض کا حملہ یک لخت ہوتا ہے، چنانچہ شدید اصابات میں لرزہ سے بخار آتا ہے جو 37.8°C تا 39.5°C ہوتا ہے۔ساتھ ساتھ خراش حلق، صداع اور قے کی شکایت بھی ہوتی ہے۔کبھی دردِ شکم ہوتا ہے، لیکن کھانسی نہیں ہوتی، حلقوم متورم اور لوزتین بڑے ہوئے ہوتے ہیں نیز حویصلاتی رساؤ (Follicular exudate) سے ملفوف ہوسکتے ہیں۔یہ رطوبت شاذ و نادر بہتی بھی ہے۔اس رطوبت کو خناق وبائی نظر آنے والی جھلی سے اس طرح متمائز کیا جاتا ہے کہ یہ زرد ہوتی ہے، نیز جس چیز پر لپٹی رہتی ہے، اس پر سے پونچھی جاسکتی ہے۔لوزتین کے لمفاوی عقد کا الیم عظم بھی ہوتا ہے۔طفیحات جو ابتداءً دوسرے روز کان کے پیچھے نمودار ہوتے ہیں، جلد ہی عمومی چتی دار چکتے بن کر تمام جسم پر نمودار ہوجاتے ہیں۔یہ شروع میں سینہ، گردن اور بازوؤں میں نمودار ہوتے ہیں اور بعد میں اطراف میں پھیل جاتے ہیں۔یہ ہاتھ اور پاؤں کی خمیدگی میں زیادہ شدید ہوتے ہیں۔چہرہ طفیحات سے متاثر نہیں ہوتا تاہم بخار سے تمتما سکتا ہے۔چہرے کے اردگرد کا خطہ زرد ہوتا ہے اور لبوں کے اردگرد ہمیشہ سفید دائرہ نظر آئے گا۔زبان ابتدا میں پپڑی دار ہوتی ہے تاہم نمایاں سرخ حلیمات دکھائی دیتے ہیں۔دو تین یوم بعد پپڑی جھڑ جاتی ہے اور سرخ شہتوت نما زبان چھوڑ جاتی ہے۔طفحیات دو تین یوم بعد معدوم ہوجاتے ہیں اور بعد میں جلد غیر فلسمانی ہوجاتی ہے۔

طحال قدرے قابل جَس ہوسکتا ہے اور خفیف عمومی لمفاوی عقدی مرض پایا جاسکتا ہے۔ انتہائی خفیف اصابات میں بخار معمولی ہی ہوسکتا ہے اور قے ایک بار ہی ہوکر رک سکتی ہے۔ طفیحات محدود اور ذوالفترہ ہوتے ہیں جو زیادہ شدید اصابات میں کئی روز تک برقرار رہ سکتے ہیں۔اس کے بعد بھوسی اترنا شروع ہوجاتی ہے۔یہ بھوسی طفیحات نکلنے کے دوسرے تیسرے روز سے لے کر تین ہفتے کے بعد اترنے لگتی ہے۔

عوارض: اس کی پیچیدگیاں ماضی کی بہ نسبت بہت کم واقع ہوتی ہیں۔کیونکہ کیمیاوی معالجہ کے بعد مرض کی کوئی خاص اہمیت باقی نہیں رہی۔نغانغ (Eustachian tube) کے ساتھ سرایت کی توسیع حادتقیحی التہاب وسطی الاذن پر منتج ہوتی ہے۔تقیحی عنقی التہاب غدہ اور التہاب

تجاویف انف اکثر واقع ہوتا ہے۔حمی حداری اور حاد التہاب کلیہ نادر لوقوع عواقب ہیں جو وقوع مرض کے بعد دو تین ہفتے ترقی کرتا اور بیش حساسیت کے سبب واقع ہوتا ہے۔

تشخیص: سرایتی یک نواتیت (Infectious Mononucleosis) خسرہ اور فوجشلا (Rubella) پر بعض دفعہ غلطی سے حمی قرمزیہ کا اطلاق کر دیا جاتا ہے۔کسی دوا سے حساسیت کے نتیجے میں جو طفیحات نمودار ہوتے ہیں۔بچوں کے بجائے عموماً بڑوں میں واقع ہوتے ہیں اور اپنی تقسیم و استحکام کے اعتبار سے حمی قرمزیہ سے مختلف ہوتے ہیں۔حمی قرمزیہ میں خون پاش بقعۂ بحیہ کی بڑھی ہوئی نشوونما حلقومی ربذہ (Swab) سے حاصل کی جاسکتی ہے۔نبقی عفی تسمم الدم شاذ و نادر قرمزی جلدی چکتے کے ساتھ واقع ہوسکتا ہے۔

انذار: سلفا اور انٹی بایوٹک ادویہ کے طفیل میں مہلک اعداد و شمار گھٹ کر ایک فیصد تک پہنچ گئے ہیں اور وہ بھی پیچیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔عود مرض شاذ و نادر ہوتا ہے۔

تحریر: حفظ ماتقدم کے طور پر مکان اور جسم کو صاف ستھرا رکھا جائے اور بہتر یہی ہے کہ مریض کو صاف ہوادار کمرے میں رکھا جائے۔پانی فلٹر کر کے اور ابال کر پلایا جائے۔مریض کی استعمالی چیزوں سے اجتناب ضروری ہے۔

علاج:

اس کا علاج نبقی بحی سرایت کے خطوط پر کیا جاتا ہے۔خون کا جوش فرو کرنے کے لیے نسخہ ذیل نافع ہے:

(نسخہ) شیرۂ تخم کاسنی، شیرۂ تخم خرفہ، شیرۂ تخم خیارین، شیرۂ تخم زرشک، شیرۂ کاہو ہر ایک 3 گرام، شیرۂ عناب، زلال آلو بخارا، گلاب، عرق کاسنی، عرق شاہترہ، عرق نیلوفر، عرق بید سادہ ہر ایک 36 ملی لیٹر میں نکال کر سکنجبین سادہ 25 ملی لیٹر داخل کر کے 7 روز پلائیں۔

آٹھویں روز اسی میں مغز خیارین سبز، ترنجبین، گلقند ہر ایک 25 گرام، آلو بخار 31 عدد، روغن بادام 15 ملی لیٹر اضافہ کر کے پلائیں۔نویں دن تبرید ذیل دیں:

(نسخہ) شیرۂ تخم کاسنی، شیرۂ مغز تخم کدو، شیرہ مغز خیارین ہر ایک 3 گرام، لعاب اسپغول و بہدانہ ایک 1½ گرام، عرق کاسنی، و عرق گلاب میں نکال کر شربت نیلوفر ملا کر۔

تقویت قلب کے لیے خمیرہ مروارید دیا جائے یا نسخہ ذیل بروئے کار لایا جائے:

(نسخہ) زہر مہرہ خطائی نصف گرام، گلاب میں گھس کر تاشیر نصف گرام سفید باریک پیس کر

شربت سیب 12 ملی لیٹر میں ملا کر چٹائیں۔ اوپر سے نسخۂ ذیل پلائیں:

(نسخہ) لعاب بہدانہ واسپغول ہر ایک 1.5 گرام، عرق شاہترہ، عرق بید سادہ، عرق نیلوفر ہر ایک 30 ملی لیٹر شربت عناب شربت شہتوت ہر ایک 12 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔ نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

(نسخہ) مغز تخم کدوئے شیریں، مغز تخم خیارین ہر ایک 4 گرام کا شیرہ نکال کر لعاب بہدانہ، لعاب اسپغول ہر ایک 1½ گرام، عرق لیموں کاغذی، عرق گاؤزباں، عرق بید مشک ہر ایک 35 ملی لیٹر میں نکال کر شربت سیب 15 ملی لیٹر اضافہ کر کے تخم فرنجمشک چھڑک کر پلائیں۔ بچوں کو ان کی عمر کے مطابق دیں۔

رفع قبض کے لیے خمیرہ بنفشہ 15 گرام سوتے وقت دیا جائے۔

التہاب حلق وحنجرہ کے لیے نسخہ ذیل کا غرغرہ کرائیں:

(نسخہ) عنب الثعلب، اصل السوس مقشر، حب الآس، کشنیز خشک ہر ایک 6 گرام، برگ شہتوت 30 گرام، کوکنار 1 عدد۔

جملہ دواؤں کو 1½ لیٹر پانی میں جوش دے کر صاف کر کے اس میں پھٹکری، سہاگہ ہر ایک 1½ گرام حل کر کے تین چار حصے کریں اور دن میں 3-4 بار نیم گرم کر کے غرغرہ کرائیں۔ اس کے بعد:

(نسخہ) سہاگہ ایک حصہ، شہد مصفی 4 حصہ میں ملا کر روئی کی پھریری لت کر کے حلق میں لگائیں۔ رفع بخار کے بعد جب بھوسی جھڑنے لگے تو جسم پر صبح وشام روغن گل کی مالش کی جائے۔

جدید علاج: بیشتر اصابات فینوکسی میتھائل پینی سلین (Phenoxymethyl-penicillin) سے تیزی سے تاثر قبول کرتے ہیں۔ مقدار استعمال درج ذیل ہے:

250 ملی گرام بچوں کے لیے، 500 ملی گرام تک بڑوں کے لیے ہر چھٹے گھنٹے ایک ہفتہ تک دیا جائے۔

پینی سلین سے حساسیت رکھنے والے افراد میں ارتھرومائی سین تجویز کیا جائے۔

جلد پر کوئی مناسب مرہم مثلاً فیر اینڈ لولی (Fair and Lovely) لگایا جائے۔

غذا: آش جو، کھچڑی، دال مونگ، شوربا سادہ۔

ضعف کی حالت میں مقوی غذا اور دوا کا اہتمام کریں۔

93

وجع المفاصل

(RHEUMATISM)

یہ ایک شدید بیماری ہے جو تیز بخار سے شروع ہوتی ہے، اسی لیے اسے حمی حداری یا حمی وجع المفاصل سے بھی موسوم کرتے ہیں۔ اس میں جوڑ متورم اور دردناک ہو جاتے ہیں۔ اگر مرض ایک مدت تک برقرار رہے یا حاد حالت عود کرتی رہے تو تسمم کے سبب غلاف القلب متورم ہو جاتا ہے۔ گو کہ اس کی دو قسمیں حاد و مزمن ہوا کرتی ہیں۔ تاہم یہاں صرف حاد قسم کا تذکرہ کیا جا رہا ہے، کیونکہ مزمن قسم بچوں میں بہت کم واقع ہوتی ہے۔

بچپن اور قریب المراھق (عنفوان شباب) عمر میں حمی حداری (حمی وجع المفاصل) کا وقوعہ سب سے زیادہ ہوتا ہے، چنانچہ 90 فیصد اصابات میں 5 تا 10 سال کی عمر کی درمیانی مدت میں لاحق ہوتے ہیں۔ یہ مرض ایشیا، افریقہ اور مشرقی یورپ میں عام ہے۔ تاوقتیکہ حفظ ماتقدم معالجہ نہ بروئے کار لایا جائے۔ عود مرض بار بار ہوتا ہے۔

اسباب: حمی حداری کا اصل سبب نامعلوم ہے۔

اسباب مُعدّہ: اس کا تعلق الفا بیٹا (αβ) جماعت خون پاش بقۂ بجیہ سے ہوتا ہے۔ مرض شروع ہونے سے ایک تا 3 ہفتہ قبل التہاب لوزتین یا التہاب بلعوم (Pharyngitis) کا حملہ ہو چکا

ہوتا ہے۔

اسباب واصلہ: یہ مرض کم آمدنی والے افراد میں بالعموم ہوتا ہے۔ تنگ وتاریک اور گندے مقامات پر رہائش، بارش میں بھیگنا، نم مقامات پر سونا، بھیگے کپڑے تادیر پہننا بھی اہم عوامل میں شامل ہیں۔ تداخل فصلین، سردی لگنے یا ہاضمہ کی خرابی کے سبب یورک ایسڈ زیادہ جمع ہو کر اعصاب میں خراش پیدا کرتی ہے۔

امراضیات: عضلۂ قلب، غشاء ورون قلب، غشا، برون قلب، غشاء وسی (Synovial-membrane) رباطات اور اوتار خاص طور سے متاثر ہوتے ہے۔ بقول سمرقندی وجع المفاصل کے مادہ قوام غلیظ اور سفید رنگ کا (مخاطی) ہوتا ہے، جس کی توثیق عصری طب اس طرح کرتی ہے کہ ارتشاح رطوبت کے درجے میں بیش دمویت، کولے جن بافت کا اذیما اور دررِیزش ہوتی ہے، نیز کریات بیضا بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ مقام مرض میں حدار کے سبب جس مادہ کا انصباب سب سے زیادہ ہوتا ہے وہ بلغم ہے، اس کے بعد خون اور سب سے کم صفرا اور شاذ ونادر سودا۔ اکثر اوقات یہ دو یا زائد اخلاط کا مجموعہ ہوتے ہیں اور ایسا بہت کم ہوتا ہے کہ محض بلغمی یا سوداوی خلط سبب ہو۔

اس کا سوء مزاج گاہے سارے بدن پر محیط ہوتا ہے اور کبھی صرف کوئی ایک عضو رئیس مثلاً قلب متاثر ہوتا ہے، چنانچہ حمی حدار کی توثیقی علامت ایسکاف عُقدہ (Asschoff-nodule) ہے جو کسی بھی حصۂ قلب کے رخنکی جز میں پایا جا سکتا ہے، یہ عام طور سے خوردعروق دمویہ میں بالخصوص بطن ایسر کی غشا درونِ قلب کے نیچے ہوتا ہے، تاجی اور طی صمامات پر سوئی کے سرے کے برابر مسہ نما بالیدگی پائی جاتی ہے، یہ کھرنڈ مزمن قلبی مرض حدار کی پر منتج ہوتی ہے۔ ایسکاف عقدہ کا خورد بینی منظر تخر کے مرکزی رقبہ پر مشتمل ہوتا ہے جو خورد مدور خلیات، لسیجی خلیات اور عفریتی خلیات سے گھرے رہتے ہیں۔

سریری مناظر: اس کا وقوعہ اچانک ہوتا ہے، جس میں ایک یا زائد مفاصل میں درد، التہاب اور صلابت ہوتی ہے، نیز بخار مع لرزہ ہوتا ہے۔ بخار 8 تا 10 یوم رہتا ہے جو صبح کو ہلکا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات 109 درجہ تک حرارت پہنچ جاتی ہے، جس سے مریض کے تلف ہو جانے کا احتمال رہتا ہے۔ تعریق (پسینہ آنا) اور سرعتِ قلب موجود ہوتا ہے، یا پھر پرفریب انداز میں ہو سکتا ہے جس میں تکان، بے کیفی اور ضیعان وزن ہوتا ہے۔ مفاصل کبیرہ خاص طور سے متاثر ہوتے ہیں، مثلاً گھٹنے، ٹخنے کندھے اور کلائیاں۔ تاہم کوئی بھی جوڑ متاثر ہو سکتا ہے، بالخصوص ہجرت پذیر

التہاب مفصل تعددی ہوتا ہے۔ اس میں ایک جوڑ صحتیاب ہوتا ہے اور دوسرا زبوں حال ہوجاتا ہے۔ شدید اصابات میں جوڑ گرم، متورم سرخ اور بہت حساس ہو جاتے ہیں، جن سے کپڑے کے چھونے سے بھی درد اور تکلیف ہوتی ہے۔ غشاء وسی (Synovial-Membrane) اور گرد مفصلی بافتیں خاص طور سے متاثر ہوتی ہیں۔ عقیم رطوبتیں بڑھ سکتی ہیں۔ حملۂ مرض ختم ہوتے ہی مفاصل طبعی وضع اختیار کر لیتے ہیں۔

حادحملوں میں بخار عام طور سے ہوتا ہے۔ پسینہ وافر مقدار میں آسکتا ہے۔ بخار کے دیگر لوازمات مثلاً قلتِ اشتہا، سفیدی زبان، نبض اور تحمین بولیت عموماً موجود ہوتے ہیں۔ چہرہ سرخ ہوجاتا ہے۔ سرعت قلب کا تناسب بخار کے مدارج سے کہیں زیادہ ہوتا ہے، نیز موخر الذکر کے موقوف ہونے کے بعد بھی موجود ہوسکتا ہے۔ حالت نوم کی نبض سرعت قلب بہ سبب اضطراب و بے چینی کو متاثر کردے گی نیز اس امر کے فیصلہ میں معین ثابت ہوتی ہے کہ جسمانی نقل وحرکت کی اجازت کب دی جائے۔

گو کہ التہاب قلب کامل غالباً حادحمی مفاصل کے کم وبیش جملہ اصابات میں کسی نہ کسی حد تک ضرور پایا جاتا ہے، تاہم ان میں سے فقط نصف مزمن حداری مرض قلب کی موخر شہادت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں التہاب درون قلب کا شبہ پہلی قلبی آواز کی کمزور شدت، انقباضی سرسراہٹ کی ترقی سے کیا جاسکتا ہے، غیر متوقع سرعت قلب پہلی قلبی آواز کی گھٹی ہوئی شدت، عظم القلب میں اضافہ، سقوط قلب کی شہادت اور ECG کی غیر طبعی صورت میں بھی اس کی موجودگی کا شبہ ہوسکتا ہے۔

حداری عقدے عموماً بچپن میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ تحت الجلدی طور پر پائے جاتے ہیں۔ ان میں درد نہیں ہوتا اور جلد سے منسلک نہیں ہوتے اور عظمی ابھاروں مثلاً کہنی، گھٹنے، کتف، صدغین، فقرات یا اوتار پر واقع ہوتے ہیں۔

حاشیہ نما احمراریت گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتی ہے جو خاص طور سے دھڑ پر رونما ہوتی ہے اور تیزی سے بڑھ کر بے قاعدہ ہلالی شکل اختیار کر لیتی ہے جو باہم دگر مل کر زائد رقبوں پر مشتمل ہوجاتی ہے۔ کنارے خفیف ابھرے ہوئے ہوتے ہیں، تفرزات نمودار ہوکر خود بخود معدوم ہوجاتے ہیں۔

سڈن ہام رعشہ (Sydenham's Chorea) میں مبتلا بچوں کی اکثریت بالآخر ترقی پذیر حداری مرض قلب کی متناظر ہوتی ہے۔

خلط کے اعتبار سے خلط غالب کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ اگر سبب دو یا زائد اخلاط پر مشتمل ہو تو فقط حار یا بارد علاج سے کم فائدہ ہوتا ہے، بلکہ جملہ اخلاط کی رعایت ناگزیر ہو جائے گی، علاوہ بریں علامتیں بھی ان اخلاط کے اعتبار سے مرکب پائی جائیں گی۔

حاد درجہ میں کثیر النواتی سفید خلویت (Polymorph Leucocytosis) عام طور سے پائی جاتی ہے۔ شرح ورد پذیری (ESR) بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور ضابطہ حداری کی شہادت کے طور پر اس وقت بھی قائم رہ سکتی ہے، جبکہ دیگر تمام ظواہر معدوم ہو چکے ہوتے ہیں۔ تقریباً چوتھائی اصابات میں الف (A) جماعت کے نبقہ بجیہ کو حلق سے کاشت کیا جا سکتا ہے۔

لاشعاعی امتحان پر اتساع قلب اور پیش قلبی رطوبت یا دونوں کے سبب قلبی سایہ بڑھا ہوا ملتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم (E.C.G.) کا عمومی تغیر .PR وقفہ کی طوالت .S.T قطعات اور T لہروں کی غیر طبعی حالتیں ہوتی ہیں۔

ارتقا: مستحکم وجع المفاصل کا تعین بخار، سرعت قلب، فقر الدم، بدلتی ہوئی قلبی امارتوں، حصول وزن میں ناکامی، خون کے سرخ ذرات کی بڑھی شرح ورد پذیری اور برقی قلبی ترسیم کی غیر طبعی حالتوں سے کی جاتی ہے۔

تشخیص: اگر حالیہ بجی سرایت کی شہادت حسب ذیل میں سے کسی ایک یا دو کے ساتھ پائی جائے تو حُدار (وجع المفاصل) کی تشخیص کی جا سکتی ہے۔

التہاب قلب، التہاب مفصل تعددی (Polyarteritis)، رعشہ، حاشیہ نما احمراریت یا حداری عقد۔

انذار: حدار موت کا سبب بہت کم بنتا ہے، تاہم جب اندرونی غشاء تک سمی مادہ سرایت کر جاتا ہے تو موت کا احتمال بڑھ جاتا ہے۔

تدابیر: مکمل آرام ضروری ہے، بالخصوص مرض کے فعال درجہ میں مریض کو سردی سے بچایا جائے۔ اس کے کمرے کے درجۂ حرارت کو 90 درجہ ف پر برقرار رکھا جائے اور ہوا کے براہ راست جھونکے سے محفوظ رکھا جائے۔ اسی طرح بستر ملائم رکھا جائے، فلالین کا کرتا پہنایا جائے تاکہ اس میں پسینہ جذب ہوتا رہے، ماؤف اعضا کو سہارا دے کر زائد حرکت سے باز رکھا جائے۔ بخار رفع ہونے کے بعد اسے کم از کم ہفتہ عشرہ تک آرام سے لٹائے رکھیں۔ بالخصوص اگر قلب متاثر ہو تو اس کا بیٹھنا یا چلنا پھرنا خطرہ سے خالی نہیں۔

کریات حمرا کی شرح دُرد پذیری (ESR) سے مرض میں افاقہ کی رفتار بآسانی معلوم کی جاسکتی ہے۔عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ اس کا وقوعہ کم ہوجاتا ہے۔

علاج: خون سے مخصوص سمی (فاسد) مادہ کے اخراج کی سعی کی جائے چنانچہ ایسی دوائیں استعمال کی جائیں جن سے سمی (فاسد) مادہ کا اثر باطل ہوجائے (تنقیہ)،لیکن ایسی صورت میں تدریج بہرحال ملحوظ رکھنی چاہیے کیونکہ مادہ مرض اچانک زائل کردینے سے گاہے فائدہ کے بجائے نقصان کا اندیشہ ہے۔

تسکین درد کے لیے افیون دے سکتے ہیں۔لیکن اس کا استعمال زیادہ دنوں تک کرنا موزوں نہیں،علاج کے دوران قبض کا لحاظ رکھتے ہوئے حسب ضرورت تلیین کرتے رہنا چاہیے۔

سورنجان دوائے منتخبہ ہے۔یہ دو جوہروں سے مرکب ہے،ایک مسہل دوسرا قابض،مسہل جوہر تنفیہ کرتا ہے اور قابض تقویت بخش ہوتا ہے۔اسی لیے جوڑوں سے مواد کا اخراج کرتا اور اسے تقویت بخشتا ہے۔

خلط غالب کا لحاظ رکھتے ہوئے منضج و مسہل ادویہ بروئے کار لائیں۔

نسخۂ ذیل کا استعمال مفید ہے:

سفوف سورنجان شیریں 1/2 گرام، گلقند 5 گرام میں ملا کر اول کھلائیں اوپر سے مندرجہ ذیل ادویہ استعمال کرائیں:

(نسخہ) شیرۂ تخم کاسنی، شیرۂ تخم خربزہ، شیرۂ تخم خارخسک ہرایک 3-3 گرام، شیرۂ تخم کاہو 1.5 گرام، عرق مکوہ 75 ملی لیٹر میں نکال کر شربت بزوریمعتدل 15 ملی لیٹر ملا کر پلائیں۔7 یوم بعد مندرجہ ذیل منضج دیں:

(نسخہ) عناب، گل بنفشہ، شاہترہ، تخم کاسنی، گل نیلوفر، بیخ کاسنی، سورنجان شیریں، مکوہ خشک، بیخ کاسنی ہرایک 3.5 گرام۔

جملہ دوائیں رات کو آب گرم میں بھگو کر صبح مل چھان کر گلقند 25 گرام ملا کر پلائیں۔

ایک ہفتہ بعد نسخہ بالا میں سناء مکی، ہلیلہ زرد 12 گرام، اضافہ کر کے حسب دستور رات بھر گرم پانی میں بھگو کر اگلی صبح جوش دے کر چھان کر روغن بادام شیریں اضافہ کر کے پلائیں اور دو روز کا وقفہ دے کر دو مسہل حسب برداشت پھر دیں۔

مذکورہ معالجہ غلبۂ خون کی صورت میں بطور خاص مفید ثابت ہوتا ہے۔ مسہل کے بعد معجون عشبہ یا معجون اذاراتی بقدر 1.5 گرام کھلانا چاہیے۔ نسخہ ذیل بھی مفید ہے:

معجون سورنجان 3 گرام اور کھلا کر اوپر سے:

(نسخہ) شیرۂ خارخشک، شیرۂ تخم خربزہ، شیرۂ تخم خیارین ہر ایک 1.5 گرام پانی میں نکال کر شربت بزوری 15 ملی لیٹر ملا کر صبح و شام پلائیں اور:

(نسخہ) حب سورنجان شریں 2 گرام تخم خیارین، عنب الثعلب، گل سرخ ہر ایک 2.5 گرام پانی میں جوش دے کر پلائیں۔

ضعف ہضم کی صورت میں جوارش جالینوس اول کھلا کر اوپر سے:

(نسخہ) شیرۂ ہیل 1.5 گرام، شیرۂ پودینہ 3 گرام، شیرۂ زنجبیل، شیرۂ تخم کرفس، شیرۂ فلفل سیاہ، ہر ایک 1.5 گرام۔ عرق برنجاسف 75 ملی لیٹر میں نکال کر خمیرہ بنفشہ 25 گرام اضافہ کر کے دیں۔

معجون اذاراتی 1.5 گرام سوتے وقت کھلائیں۔

ناک اور حلق میں نبقات بجیہ کی ہلاکت کے لیے علاج کی ابتدا میں فینوکسی میتھائل پینی سلین (Phenoxymethyyl Penicillin) 7 تا 10 یوم باقاعدگی سے دینا چاہیے۔

دردو بخار کا مقابلہ کرنے کے لیے سیلی سلیٹ نہایت موثر ہیں۔ ایسی ٹل سیلی سلک ایسڈ، سوڈیم سیلی سلیٹ کے مقابلے میں قابل ترجیح ہے کیونکہ یہ بخوبی برداشت ہو جاتی ہے اور قوی دافع درد تاثیر کی حامل ہوتی ہے۔ یومیہ مقدار 50 گرام فی کلو جسمانی وزن ہے، جسے تقسیم کر کے ہر چوتھے گھنٹے دینا چاہیے اور سوتے وقت مقدار دوگنی کر دینی چاہیے۔ تاکہ مریض جاگنے کی صعوبتوں سے بچ جائے۔ اسے اس وقت تک دیتے رہنا چاہیے تاوقتیکہ بخار اور درد کا تدارک نہ ہو جائے۔ اس طرح کم و بیش دس یوم دینا کافی ہوا کرتا ہے۔ اس کی مقدار بعد میں تبدریج گھٹا دینی چاہیے۔ حداری ظواہر عود کرنے کی صورت میں زائد مقدار درکار ہوتی ہے۔ سمی اثرات رونما ہونے پر مقدار خوراک گھٹا کر زیادہ سے زیادہ اتنی مقدار دی جائے جسے مریض بآسانی برداشت کر لے۔ ابتدائی سمی علامات متلی، صداع، دوار، طنین اور بہرا پن ہیں، جس کے بعد قے، بیش تہویت اور دماغی علامات رونما ہونے لگتی ہیں۔

سیلی سلیٹ اگرچہ علامتیں موقوف کر دیتے ہیں، تاہم قلبی عوارض کو بالکل متاثر نہیں کرتے،

البتہ پریڈنی سولون مع سیلی سلیٹ زائد مقدار میں دینے سے شدید اصابات میں موثر ثابت ہوتے ہیں۔طویل المدتی نتائج حوصلہ افزا نہیں ہوتے۔

مقامی استعمال کی ادویہ:

صندل سفید وسرخ، اقاقیا فوفل، آرد جو ہموزن لے کر باریک پیس کر آب کشنیز نیز سر کا ملا کر ضماد کریں، تین یوم بعد:

2۔مذکورہ نسخہ میں ناخونہ، بنفشہ اور خطمی اضافہ کر کے ضماد کریں۔

3۔قیروطی جسے روغن بنولہ، روغن بید انجیر، روغن بابونہ اور موم سے تیار کیا گیا ہو، لگائیں۔

4۔سونجان تلخ 3 گرام مکوہ 4 گرام باریک پیس کر روغن گل 12 ملی لیٹر، سفیدی بیضہ مرغ 1 عدد ملا کر لگائیں۔

غذا و پرہیز: ابتدائے مرض میں جبکہ عوارضات شدید ہوں، صرف ماء الشعیر یا دودھ دیا جائے اور جب تک بخار رہے، اس کے علاوہ اور کوئی غذا نہ دی جائے، حرارت رفع ہونے کے بعد چپاتی، مونگ کی دال یا لطیف سبزی دے سکتے ہیں۔

گوشت، مچھلی نیز ہر قسم کی گرم غذاؤں سے پرہیز ضروری ہے۔

●●

اصطلاحات

Cretinism	ابلہی مع نقص الاعضا
Bronchiectasis	اتساع شعب
Potbelly	اجتماع دُہن
Foreign bodies	اجسام غریبہ
Eye Lids	اجفان، پپوٹے
Asphyxia	اختناق
Atrial	اذنی
– Septal defect	۔حاجزی خلل
– Flutter	۔رفرفہ
– Aural Polypi	۔ سعدانے
Myxoedema	اُذیمائے مخاطی
Nystagmus	ارتجاف العین
Athetosis	ارتعاش مستمر
Distichiasis	ازدواج الاہداب
Drainage	اسالہ، مسیلیت
Visual area	استبصاری رقبہ

Metabolism	استحالہ
Convergence	استداق
Angle of convergence	استداق زاویہ
Diathesis	استعدادِ مرض
– haemorrhagic	۔نزفی
Cylinders	استوانے
Anaphylactic Shock	استہدافی صدمہ
Diarrhoea	اسہال
Steatorrhoea	۔دہنی
Case	اصابہ
Dullness	اصمیت
Orthophoria	اعتدال حرکت چشم
Ischaemic	اقفاری
Ankylosis	التصاق
Torticollis	التوائے عنق
Inflammation	التہاب
Meningitis	۔ اغشیۂ دماغ
–Transmural	۔بین الجداری
Tuberculous Peritonitis	۔ باربطون تدرنی
Endocarditis	۔ بطانۂ قلب
Pharyngitis	۔ بلعوم
Sinusitis	۔ تجویف انف
Mastitis neonatal	۔ پستان نوزائدہ
Folliculitis	۔ جراب

... بسلسلۂ سابق

Dermatitis, Seboryhic	۔ جلد، خوازی
Panophthalmitis	۔ چشم کلی
Orchitis	۔ خصیہ
Encephalitis	۔ دماغ
Appendicitis	۔ زائدہ
Retinitis	۔ شبکیہ
Polyarteritis nodosa	۔ شرائیں عقدی
Bronchitis	۔ شعب
Scleritis	۔ صلبیہ
Adenitis, mesentrica	۔ غدد جاذبہ
Mumps	۔ غدۂ نکفیہ، کن پیڑے
Keratitis	۔ قرنیہ
Iritis	۔ قزحیہ
Iridocyclitis	۔ قزحیہ و جسم ہدبی
Hepatitis, Infective	۔ کبد، سرایتی
Glossitis	۔ لسان
Tonsillitis, follicular	۔ لوزتین جرابی
Myelitis	۔ نخاع
Osteomyelitis	۔ نخاع العظام
Cholecystitis	۔ مرارہ
Conjunctivitis	۔ ملتحمہ
Gluteal	الوی
Fibers	الیاف
Afferent–	۔ داخلہ

... بسلسلۂ سابق

Efferent–	۔ خارجہ
Examination	امتحان
Objective	معروضی
Piameter	ام رقیق
Durameter	ام غلیظ، ام صلب، ام جافیہ، ام صفیق
Scan	امعان
Amniotic debris	امینوسی فواضل
Diastolic	انبساطی
Eustachian tube	انبوبۂ یوسٹاکی
Plagiocephaly	انحراف الراس
Degeneration	انحطاط
Spondlyosis	۔ قرص بین الفقار
Cicatrization	اندمال، تفہیم الجرح
Infarction	انسداد، تخر
Reflection	انعکاس
– Specular	۔ منظاری
Influenza	انف الفزہ
Rhinoscopy	انف بینی
Divergence	انفراج
Systole	انقباض
Evertion of eyelid	انقلاب الجفن
Pons varolii	اوسط دماغ، جسر المجمع
Eye lashes	اہداب، پلکیں
Conductive deafness	ایصالی وقر

Esch. coli	ای۔قولی
Peritoneum	باریطون
– Perietal	جداری –
Retractor	بازکش
Retraction	بازکشی
Basophil	باسوفل
–Tumour	– سلعہ
Papulo vascular eruption	بثری عروقی طفیحات
Pustule (Pl. Pustules)	بثور (ج: بثورات)
Papular Urticaria	بثوری شریٰ
Porphyria	برفیریہ
Episcleritis	برصلبیتی التہاب
Electrolyte	برق پاشہ
Electrolysis	برق پاشیدگی
Electrocardiography	برقی قلب نگاری، برقی قلبی ترسیم
Epicanthus	برماقہ
Hyperphobia	برمحوری ارتفاع خطوط بصر
Exo, Extra	بروں
Extramedullary	– دماغی
– erythropoiesis	– دماغی تکون کریات حمرا
Exotoxin	– سم، سم خارج
Exophoria	– محوری، خارجی انحراف
Tapping	بزل
Lumbar puncture	– قطنی
Visual	بصری

... بسلسلۂ سابق

– alignment	– سیدھ
heart failure	بطلان یا سقوط قلب
Bradycardia	بطؤ قلب
Macule	بقعہ
Bilirubinaemia	بلی روبن دمویت
Haematuria	بول الدم
Glycosuria	بول شکری
Albuminuria	بول زلالی، البیومن بولیت
Dwarfism	بونا پن
Macule, leucoma	بیاض القرنیہ، جالا، پھولا
Hyper	بیش
– bilirubinaemia	– بلی روبن دمویت
– plasia	– تکون
– sensitivity	– حساسیت
– aesthesia	– حسیت
– glycaemia	– شکری دمویت
– cholestrolaemia	– کولسٹرال دمویت
Aphonia	بے صوتی
Distichiasis or Trichiasis	پڑبال
Breast feeding	پستانی رضاعت
Metatarsals	پشت پا، مشطِ قدم
Waddling gait	پوقدمی چال
Prosthesis	پیوندکاری
Mitral	تاجی
– stenosis	تضیقِ –

... بسلسلۂ سابق

–regurgitation	تقہقر –
Anastomosis	تقسم
Risus sardonicus	تبسم تشنجی
Complement fixation test	تثبیت متمم کا شفہ
Subdural	تحت ام صفیق
Arthritis	تحجر مفاصل
Prophylaxis	تحریز، تمنیع
Prophylactic	تحریزی، تمنیعی
Photosensitivity	تحسسِ شعاعی
Metabolic	تحولی
– disorders	– فسادات فعل
Osteoporosis	تخلخل العظام
Tuberculosis	تدرن
Lacrimation	تدمع
Acid Fast Bacillus (AFB)	ترشہ قائم عصیہ
Progressive dystrophia	ترقی پذیر ذبول
plastic	ترقیعی
Uraemia	تسمم بولی
Toxaemia	تسمم دم
Opinthotonos	تشنج ظہری
Malformation	تشوہ (بدوضعی)
Anomalies, Malformations	تشوہات
Aortic coarctation	تضایق اورطی
Hypertrophy	تضخم

Leision, injury (Pl. leisions)	تضرر (ج: تضررات)
Flexors or flexures	تعوج، خمیدگی
Retardation	تعویق
– Mental	– دماغی
Nutrition	تغذیہ
Nutritional	تغذیاتی
–disorders	– فسادات فعل
Kyphosis	تقوس عمود الفقرات خلقی
Scoliosis	تقوس فقرات
Aortic regurgitation	تقہقر اورطی
Tricuspid regurgitation	تقہقر ثلاثی
Pyemia	تقیح الدم
Empyema	تقیح الصدر
Tetany	تکرز
Erythropoiesis	تکون خلیات حمرا، سرخ خلیات کی پیدائش
– Extramedullary	– بروں دماغی
Osteogenesis	تکونِ عظام
Contact	تماست
Orthoptic training	تمرین تقویم بصر
Caries	تخر، نخر
Dental –	ـِ دندان
Spinal –	ـِ شوکہ
Necrotic	تخری
– Centres	– مراکز
Orchidopexy	توطید الخصیہ، تثبیت الخصیہ

Haematogenous	تولید خون، تکوین خون
Omentum	ثرب
Deafness	ثقل سماعت
– Conductive	– توصیلی
Tylosis	ثغان
Parathyroid	جارالدرقیہ، نزددرقیہ
Caseous glands	جبنی (پنیری) غدد
Casein	جبنین
Frontal	جبہی
– curlence	حدبۂ –
Ptosis	جحوظ العین، سقوط جفن (اعلیٰ)
Vaccine (Pl.–es)	جدرنیہ (ج: جدرنیات)
Varicella', chicken pox	جدریٔ کاذب، حمیقات، جدیری
Follicle	جراب
Bacterial infections	جراثیمی سرایتیں
Haemarrhage	جریان دم
Palpation	جس
Ciliary body	جسم ہدبی
Xerophthalmia	جفاف العین
Palpabral	جفنی
– aperture	– فتحہ
– Conjunctiva	– ملتحمہ
Xerosis of conjunctiva	جفوف ملتحمہ
Ophthalmoscopy	چشم بینی
Variola, small pox	چیچک
Limbus	حافہ، محیط، حد

	... بسلسلۂ سابق
– cornea	حافۂ القرنیہ
Kinking of the cord	حُبلی خمیدگی
Granulosa cell tumour	حَبیبی خلوی سلعہ
Rheunmatic	حداری، داءالمفصلی
– heart disease	– مرض قلب
Pupil	حدقہ، پتلی
Calorie (Pl. calories)	حرارہ (ج: حرارے)
Peristalsis	حرکت دودیہ
seborrhoea	حزاز
Lichenfication	حزازی تکون
Lichenurticaria	حزازی شریٰ
Allergy	حساسیت
Sensitivity	حسیت
liac fossa	حفرۂ خاصرہ
Pharynx	حلق، بلعوم
Pharyngeal suction	حلقومی چوس
Mastoid radiography	حلمی شعاع نگاری
Papilloedema	حلیمی اُذیما
Rubnella	حمراویت، حصبۂ فرانسیسی
acidosis	حموضت
Chicken pox	حُمیقا
Larynx	حنجرہ، نرخرہ
Pubis	حوض
Strabismus Squint	حول، بھینگا پن
– Alternative,Convergert	– متبادل متدق

... بسلسلۂ سابق

– Amblyopia of	– کا غطش میں
– Concomitant	– مرافق
Convergent –	– متدق
Divergent –	– منفرج
Orthoptic training in –	– میں تمرین تقویم البصر
Amblyoscope in –	– میں غطش میں
Boils	خُراجات
Rhonchi	خرخرے
Biopsy	خزعہ (ج: خزعات)
Measles	خسرہ
Anosmia	خشم، قوت شامہ کی کمی
Line of fixation	خط تثبیت
Congenital Cerebral agenesis	خلقی دماغی فتورنمو
Cytological examination	خلوی امتحان
Thrombocytopenia	خلوی قلت، قلت خلایا
Cell	خلیہ
endothelial –	درحلمی –
Diphtheria	خناق وبائی
Haemolysis	خون پاشیدگی
Haemophilus purtussis	خون پسند عصیہ
Alopecia	داء الثعلب
Endogenous	دروں زاد
– tuberculoprotein	– درنی لحمین
Esophoria	دروں محوری

Tubercle	دَرنہ، ابھار
Heterophoria	دگرمحوری
Epiphoria	دماغ (ڈھلکا)
Encephalography	دماغ نگاری
Air –	ہوائی –
Cerebral	دماغی
Craniopharyngioma	– حلقومی سلعہ
Cephalohaematoma	– دموی سلعہ
Cerebral embolism	– سدادیت
Cerebral Thrombosis	– علقیت
Asthma	دمہ، ضیق النفس
Oxyuris	دودالخل، چرنے، سوتی کیڑے
Larva	دودہ
Diplopia	دونظری، زوج بصر
Pleuriasy	ذات الجنب
Pneumonia	ذات الریہ
Broncho –	شعبی –
Pneumo coccal –	نبقی ریوی –
Idiopathic	ذاتی
Wasting, Atrophy, Merasmus	ذبول، ضیعان
Apex	راس القلب
– beat	راسی ضربہ
Swab	ربذہ
Clonic movements	رجھی حرکات
Interstitial keratitis	رُخنی التہاب قرنیہ

Aquous humour	رطوبت مائیہ
Chorea	رعشہ، داء الرقص
– Molis	– شللی
Pulmonary	ریوی، فصی
– collapse	– فصی سقوط
– fibrosis	– لیفیت
vitrious	زجاجیہ
Inspiration	زفیر
Lactalhumin	زلال اللبن
Cryotherapy	زمہریری معالجہ، علاج بردی
Dysarthia	زوال تکلم
Pannus	سبل
Nebula	سحابیہ
Infection	سرایت، تعدیہ
Droplet –	عدوی –
Epithelium	سرحلمہ
Murmurs	سرسراہٹیں
Tachycardia	سرعت قلب
Paroxysmal	دوری
Head circumference	سر کا محیط
Clinical features	سریری مناظر
Polypus (Pl. Polypi)	سعدانہ (ج: سعدانے) (بواسیر)
Tinea	سعفہ
– axillaris	سعفۃ الابط
– Curius	سعفۃ الارفاغ

– Capitas	سعفۃ الراس
Lymphocytosis	سفید خلویت
Collapse	سقوط
Tabes	سل، ذبول، لاغری
– infantum	۔ طفلی
– Dorsalis	۔ ظہری
– Cervical	۔ علقی
– mesentrica	۔ مساریقی
Blepharitis	سلاق، باہنی، التہاب الجفن
Chorion	سلاء
Thymoma	سلعہ، توشہ
Haematoma	۔ دموی
Sarcoma	۔ لحمیہ
Neoblastoma	۔ نو
Retinoblastoma	شبکی ۔
Chorionic	سلوی
– Villus	۔ خمل
– gonadotrophins	۔ مہیج مولدات
Audiometry	سماعت پیائی
Virulent	سمی حاد
Malabsorption	سوءانجذاب
Cerebrospinal fluid	سیالی دماغی نخاعی
aqueduct	سیالی میزاب
Coelom	سیلوم
Coeliac cavity	سیلومی کہفہ

Night blindness	شبکوری، رتوندی
Retinaplastoma	شبکی سلعہ
Image	شبیہ
Entropion	شترۂ داخلی
Extropion	شترۂ خارجی
Cholesteatoma,attick	شحمی دویرہ، علیہ
Sedimentation rate	شرح زُرد پزیری
Bronchi	شعب
Distichiasis	شعرزائد
Trichiasis	شعرمنقلب
Bronchioles	شعیبات
Stye	شعیرہ، گہانجی، بلنی
Coloboma of iris	شقاق طبقہ عنبیہ
Slit Lamp	شگافی چراغ
Spasm	شنج
Whooping cough or purtussis	شہقہ، کالی کھانسی
Treponema Pallidum	شحوبی پیچ سلکیہ
Expiration	شہیق
Infantile	صبیانی
Juvenile hypothyroidism	– قلتِ درقیہ
Concha, middle	صدفہ، وسطی
Pinna	صدفۃ الاذن
Epilepsy	صرع
– myotonic	– عضلی حرکی
– gacksonic	– مع الحواس
Microcephaly	صغرالراس

Neck stiffness	صلابتِ عنق
Sclera	صلبیہ
valve	صمام
Bicuspid –	ـِ ثلثۃ الروس یا ذوالراسین
Mitral –	ـِ تاجی
Notching	ثلمیت
Knock knee	ضرب الرکبہ
Blood pressure	ضغط الدم
Costochondral junction	ضلعی غضروفی مقام اتصال
Craniotabes	ضمور الجمجمہ
Cirrhosis of gthe liver	ضمور کبد
Retina	طبقۂ شبکیہ
Myringotomy	طبلہ شگافی
Premature infant	طفل عاجل
Toddler	طفل دارج (گھٹنوں کے بل چلنے والا بچہ)
Varmix caseosa	طلاء الدُھنی
Molar teeth	طواحن ،داڑھیں
Hypermetrope	طویل القطر ،بعید النظر
Hypermetropia	طویل النظری
Factor	عامل
Haemopoetic–	مکون الدم –
Opacity of the cornea	عتمات قرنیہ
Anuria	عدم بولیت
Aplasia	عدم تکون
Arrhythmia	عدم توازن
Incompetence	عدم صلاحیت

Insufficiency	عدم کفایت
– of convergence	– انفراجی
Anoxia	عدم نسیم
Normochromic	عدیم اللونی
Claudication	عرجان
Dysphagia	عسر البلع
Myoclonic	عضلی حرکی
Seizure –	حملہ –
Myasthenia	عضلی نہاکت
– gravis	– مہلک
Hepatomegaly	عظم الکبد، کلانی جگر
Gignatism	عفریتیب، دیوزادگی
Ganglioneuroma	عقدی عصبی سلعہ
Meconium	عقی الصبی، غائط الجنین
Isolation	علیحدگی
Attic cholestreatoma	عُلیہ قحی دویرہ
ocular	عینی
– deviations	– انحرافات
Thymus gland	غدۂ توشہ، غدۂ تیموسیہ
Thyroid gland	غدۂ درقیہ
Pleura	غشاء الجنب
Pleural effusion	غشاء الجنبی افراز
Drum head	غشائے طبلی
Archnoid	غشاء عنکبوتی
Tarsus	غضروف الجفن
Epiglottis	غضروف مکبی

Amblyopia	غطش، نقصِ بصر
– Squint	– حولی
Amblyoscope	– بیں
Goitre	غوطر، گھیگھا
Poliomyelitis	فالج اطفال، شلل الاطفال
Purpura	فرفورا
Disorder	فسادِ فعل
Weaning	فِطام، دودھ چھڑانا
Mycotic infection	فُطری سرایتیں
Actinomycosis	فُطریت شعاعیہ
Dyskinesia	فقدالحرکات (اختیاری)
Atonia	فقدالقوۃ
Aneamia	فقرالدم، سوءالقنیہ
Secondary aplastic –	– ثانوی عدم تکوّنی
Normochromic –	– طبعی اللونی
Hypochromic –	– قلیل اللونی
Megaloblastic –	– کبیر ناہضی
Macrocytic –	– کلاں خلوی
Hypoplastic –	– کم ناہضی، کم تکوینی
Infumdibular region	قمعی خطہ
Debris	فواضل
Constipation	قبض
fornix	قبوہ
Disc	قرص
Optic–	– بصری
Cornea	قرنیہ

... بسلسلۂ سابق

– Staphyloma of	– کاعنبیہ
Virus infection	قشعی سرایت
Adrenal	قشرالکلوی، ایڈرینی
Trachea	قصبۃ الریہ
Myopia	قصرالبصری، قریب نظری
Dysphasia	قطع الکلام
Fundus oculi	قعرچشم
Thrush, stomatitis	قلاع دہن
– Ulcerative	– تقرحی
Cardiac	قلبی
– arrest	– ایقاف۔ایقاف القلب
Deficiency	قلت، خامی
Hypo	قلت (کم، زیر، تحت، ناقص)
– plastic	– تکون، کم تکون
– vitaminosis	– حیاتین دمویت
– glycaemia	– شکردمویت
– phoria	زیرارتفاع خطوط بصر
– thalamus	زیرعرشہ
– tonic	کم توتری، زیرطنابی
– calcaemia	ناقص دموی کلسیت
Oliguria	– بول
Leucopenia	– کریات بیضا
Glamerulo-nephritis	قنبلکی کلوی التہاب
Glamous ear	قنبلکی کان

Fusion faculty	قوت امتزاج، ادغام کی قوت
– in squint	– حول میں
Coma	قوما
Diabetic –	– ذیابیطسی
Galactoblast	قبیلۂ لبنیہ
Pseudo	کاذب
– Paralysis	– فالج
Test	کاشفہ
Pigean chest	کبوتر نما سینہ
Polymorph	کثیر الاشکال
B. proteus	– عصیہ
Polymorphonuclear	کثیر النواۃ
– Leucocytosis	– سفید خلویت
– Infilteration	– درریزش
Epiphysis	کردوس
Leucocytes	کریات بیضا
Normoblast	کریۂ دمویہ نوویہ
Normoblastic	کروی (خلوی) دموی نووی
Rickets	کساح
Active –	– فاعلہ
Amaurosis	کمنہ، ظلمتِ بصر
Myope	کوتاہ نظر
Contusion	کوفتگی، رض
Collagen disorders	کولے جن فسادات فعل
Mastoid antrum	کہفۂ حلمیہ

Conjunctival Sac	کیسۂ ملتحمہ، تاپۂ ملتحمہ
Cystic	کیسی
Cysticerosis	– ذنبیت
Globular	گلوبچی
aurioscope	گوش بیں
Gliosis	لاصقیت (عصبی عقدی بافت کا بیش تکون)
Skimmed milk	لبن فصیح (کریم نکالا ہوا دودھ)
Adenoids	لحدیدہ، غدد جاذبہ
Sarcoidosis	لحمانیت
Boeck's –	بوئک کی–
Protein	لحمین، اجزائے ملحمہ
Proteinaemia	لحمین دمویت
Lympho	لمفاوی
– cytes	– خلیات
– sarcoma	– سلعۂ لحمیہ
– adenopathy	– غدی مرض
Tonsil (Pl. Tonsils)	لوزہ (ج: لوزتین)
Uvula	لہاۃ
Fibroid	لیفینی
– lung	– پھیپھڑا
Fibroma	لیفی سلعہ
Osteomalacia	لین العظام
Keratomalacia	لین القرنیہ
Focus	ماسکہ
Hydrocephalus	ماءالراس، استسقاء دماغی

P. falciperum	متصورہ منجلیہ
Vesicle	مثانہ نما جوف یا دویرہ
Fixed	مثبت
stereoscope	مجسمہ بیں
Breech presentation	مجی موخر
orbit	محجر یا چشم خانہ
Airborne	محمول الہوا، ہوا باش
– disease	– مرض
Axis (Pl. Axes)	محور
– optical	– مناظری
peripheral	محیطی
– neuritis	– التہاب عصب
Myedematous deposits	مخاطی اذیمائی اجتماع
Cerebellum	مخیخ
Galactagogue	مدر لبن
Adolescent	مراہق
Still birth	مردہ ولادت
Heart disease	مرض قلب
Congenital	خلقی
Glottis	مزمار
Choroid	مشیمہ
Choroidal tubercle	مشیمی درنہ
Choroid plexus papilloedema	مشیمی ضفیری حلیمی اذیما
Ethmoid	مصفات
Artificial feeding	مصنوعی رضاعت

Theraphy	معالجہ
Conservative –	محفوظ یا صیانتی –
Psycho –	نفسیاتی –
Chlostridium	مغزلیہ
Patent ductus arteriosus	مفتوح قنات شریانی
Endamic	مقامی
Booster dose	مقدار معززہ، جرعۂ معززہ
Disector	مقطاع
Blunt	کند
Eyeball	مقلہ، کرۂ چشم
Conjuctiva	ملتحمہ ملتحمی (ملاحظہ ہو نسیج حشوی)
Optical	مناظری، بصری
Immunity	مناعت
Active –	۔ فاعلہ
Passive –	۔ مفعولہ، انفعالی
Mediastinal	منصف الصدری
– glands	– غدد
Zonular lam	منطقی دریقہ
Aural speculum	منظار الاذن
Divergent	منفرج
Immune	منیع، مامون
Oblique illumination with cloupe	مورب تنویر مع محدب عدسہ
Urobilonogen	مولد الصفر اوین
Monilia albicans	مونیلیائے ابیض

Maddox rod	میڈکس سلاخ
Transferase	ناقلہ
Cocci (Sing:coccus)	نبقات(و: نبقہ)
Morbis –	۔ مرضی
Coccus	نبقہ، کرویہ
Pneumo –	۔ ریہ
Strepto –	۔ سبحیہ
Meningo –	۔ سرسام
Staphylo –	۔ عنبیہ
Diplo –	۔ مزدوجہ
Mastoidis	نتوء الحلمی
Scar tissue or cicatricial eissue	ندبی بافت
Haemarthrosis	نزف مفصلی
Parenchyma	نسیج حشوی
Pemphigus	نفاخات، داء الفقاع، آبلے
Emphysema	نفخۃ الریہ
Pneumothorax	نفخۃ الصدر
Pyo –	تقیحی–
Dysmaturity	نقص رسیدگی
Herpes	نملہ
– Simplex	۔ سادہ
– labilus	۔ عارضی
– zoster	۔ منطقی
Photophobia	نورترسی
Infant	نوزائیدہ، رضیع، صبی

Neoplasms	نوساختیں
Neoplastic	نوساختی،نوتکوینی
– disease	– مرض
Epidemic	وبائی
Tendon	وتر
Achondroplasia	ودائیہ
Athlet foot	ورزشی پاؤں
Substantia propora	ورقہ مخاطی(غشائے مخاطی کا توصیلی نسجی طبق)
Meningitis	ورم اغشیۂ دماغ،سرسام
Articular amplitude	وسعتِ مفصلی
Atelectasis	ہبوط الریہ
Pyramidal	ہرمی
– tumours	– سلعات
– tract	– قنات
Marasmus	ہزال،ذبول،ضیاع
Cholera	ہیضہ
– Vibrio	– رعیشۂ
Haemophilia	ہیموفیلیا
Fontanella	یافوخ
– anterior	– مقدم
Jaundice, Icterus	یرقان
– Catarrhal	– نزلی
Icterus neonatorum	– نوزائیدہ
Kernicterus	– نوزائیدہ شدید

●●

مراجع ومصادر

"زہر خرمنے خوشہ یافتم"

عربی:

ا۔ ابن سینا، شیخ الرئس، ابو علی الحسین بن عبدالله ، القانون فی الطب، الکتاب الاول، دلهی الجدیده، ۱۴۰۲ھ، الفن الثالث، التعلیم الاول فی التربیةوالتدبیر الرضاع وغیرها، ۲۴۷۔۲۲۸، ایضاً الجزء الثالث، نامی پر یس، لکھنؤ، جون ۱۹۰۶ء۔

۲۔ بغدادی، ابن هبل، مهذب الدین، ابی الحسن علی احمد بن علی، ۱۳۶۴ ، کتاب المختارات فی الطب، الجزء الثالث، دائرة المعارف العثمانیه حیدراباد ۔

۳۔رازی، محمد بن زکریا الطبیب، ۱۹۶۴م ، الحاوی فی الطب، الجزء الثانی فی امراض العین، الطبعة الاولیٰ بمطبعة مجلس دائرة المعارف العثمانیة، حیدراباد۔

ایضاً، الجزء الثالث فی امراض الا ذن، الانف والاسنان،

ایضاً، الجزء الرابع فی الجد ری والحصبة والطواعین۔

٤۔ ربن طبری، ابوالحسن علی بن سهل، ۱۹۸۱ء، فردوس الحکمة فی الطب مع اردو ترجمه از حکیم رشید اشرف ندوی، همدرد فاؤنڈیشن پریس، کراچی ۔

٥۔ طبری، احمد بن محمد، معالجات بقراطیه، مخطوطه نظامیة گو رنمنٹ طبی کالج، حیداباد۔

فارسی:

6۔اعظم خاں، حکیم محمد، 1884ء، اکسیر اعظم، اول تا چہارم، منشی نولکشور پریس، لکھنؤ۔
7۔بہاء الدولہ، 1282ھ، خلاصۃ التجارب، مطبع محمدی واحمدی۔
8۔خراسانی، سلطان علی طبیب 1914ء، دستور العلاج، منشی نولکشور پریس لکھنؤ۔
9۔شریف خاں، حکیم محمد، 1913ء، علاج الامراض فارسی، منشی نولکشور پریس کانپور، بارسوم۔
10۔شفائی خان، سید فضل مخاطب بہ، علاج الاطفال، مخطوطہ مولانا آزاد لائبریری، مسلم یونیورسٹی، علی گڑھ۔

اردو:

11۔اجمل خاں، حکیم، حاذق، ہندوستانی دواخانہ، دہلی۔
12۔اجملی، مظہر، حکیم، بچوں کا علاج۔
13۔اسمٰعیل جرجانی، گست 1902ء، ذخیرہ خوارزم شاہی محشیٰ (مترجمہ حکیم ہادی حسین خاں مرادآبادی)، منشی نولکشور پریس لکھنؤ، ج 3، جزء 5، گفتار 5، بچوں کی پرورش کی تدابیر، 248-254۔
14۔الحکیم لاہور، اشاعت خاص، 1948ء، امراض راس (جنوری تا اپریل 1948ء)۔
15۔جیلانی، حکیم وڈاکٹر، غلام، 1921ء، مخزن حکمت، ج2، طبی کتب خانہ، گمٹی بازار، لاہور، باب5، فصل اول، ننھے بچے کا رکھ رکھاؤ، فصل دوم ننھے بچوں کے امراض، 1649-1674 نیز دیگر متعلقہ ابواب۔
16۔رحیم خاں، بہادر، 1882، رسالہ امراض الصبیان، مطبع گلزار محمدی، لاہور۔
17۔رضوان احمد، حکیم خواجہ، 1936ء، تربیت اطفال، شیخ غلام علی اینڈ سنز لاہور۔
18۔شریف خاں، حکیم محمد، 1936ء، مفتاح الحکمت، ج2، دارالکتب، رفیق الصحت، لاہور۔
19۔عبدالحفیظ، حکیم، طبیب اطفال، دفتر جمیعۃ الاطبا، قرول باغ، دہلی۔
20۔عثمان خاں صاحب، ڈاکٹر محمد، 1944ء، بچے کی صحت اور نگہداشت، انجمن ترقی اردو ہند، دہلی۔
21۔غلام امام، حکیم، 1941ء، علاج الغربا مترجمہ محمد اصغر علی، منشی نولکشور پریس لکھنؤ۔

22۔فیروزالدین، حکیم محمد، محی الدین، حکیم غلام، 1939ء، مصباح الحکمت موسوم بہ دستور العلاج تدبیر مولود، 540،528، نوزائیدہ بچوں کے امراض، 545-541 بچوں کے امراض۔ 721-547۔

23۔کبیرالدین، حکیم محمد، 1941ء، ترجمۂ کبیر، اول تا سوم، دفتر المسیح قرول باغ، دہلی، طبع ششم۔

24۔ہمدرد صحت دہلی، 1945ء، اشاعت خاص ''الاطفال'' جولائی۔

انگریزی:

25. Bedford, M. A., A colour atlas of ophthalmological Diagnosis.

26. Birrell, J. F., 1977, Turner's Diseases of the nose, Throat & Ear,Longman.

27.Ellis and Mitchell,1966, Diseses in Infancy and childhood, E.L.B.S. edition, .

28. Fredric Brimblecome and Donal Barltrop, 1978,Children in Health and Disease.

29. Gegrel, A. D. Fecillerat, J. & chovet. 1981, Basic Notions of Pediatrics, ophthalmology, children in the Tropics, Paris, no 134.

30. Ghai, O. P.1982, Essential Pediatrics.

31. Guerin, N. , 1978,Vaccination, children in the Tropics, Paris, no 114.

32. Henry & donoug, Current Paediatrics and Treatment.

33. Jalliffe, D. B. ,Child health in the tropics, E.L. B. S. 4th edition.

34. Manson stuart, Swash,1980, Micheal, Hutchison's

Clinical Msthods, 17th. edition, 12-Examination of the children 407-432

35. Monnier, Prof. J. , Rajon, Dr,. A. M. ,1978, Poliomyelitis, children in the Tropics, paris, no, 111.

36. Negral, A.D. et al, 1981, Basic notes of Paediatric ophthalmology, chapter V, Trachoma, children in the Tropics, Paris, no 134, 39-43.

37. Prasad and Robinson, Text book of Pediatrics.

38. Raimbault, A.M. and Berthet, E & Millod M.,1977, Food Nutrition, Health and Develpment, children in the tropics, no ,107.

39. Ibid, How to feed your children, ibid, 1982, no, 138, 139 & 140.

40, Suraj Gupte, 2001, the short Text Book of Pediatrics, Millenium edition (9th edition), J.P. Brothers Medical Publishers (P) Ltd., New Delhi - 110002.

41. Vanghan and Kay, MC.,1977, Nelson's Text book of Paediatrics, 10th. edition, 2nd printing.