

教育部醫學教育委員會 主編  
助產教育專門委員會

葛成慧編著

高級助產  
學校適用

助

產

學

正中書局印行

## 編輯大意

- 一 本書依據教育部頒布之高級助產職業學校課程標準編纂之惟第三編應急處置之產科手術內略有增減以符實用。
- 二 本書分兩學年共一二三小時教授生理產科第二學年共六十一小時教授病理產科及應急手術如感時間不足可應用極型實習時間補充之。
- 三 本書非不得已所用名詞不用外國文註釋一則便於印刷二則易於閱讀。
- 四 本書助產學校教大故側重生理產科關於病產科僅及大概及護理方面而已。
- 五 本書對於產院之設備及管理略加提及以供助產工作之參證。
- 六 本書雖疑一易稿但未分之處仍多深望海內方家加以指正。
- 七 本書承汪黃瑛林巧稚等醫師加以校閱不勝感謝。
- 八 本書承管真陶菊友兩位助產士貢獻意見協切修正更為感激。

中華民國廿九年二月五日葛成慧識於  
青木崗教育部醫學教育委員會油燈下

目次

第一編 生理產科	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	
第二章 女性骨盆及生殖器	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一
第一節 女性骨盆之構造	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一
壹 骶椎骨	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一
貳 尾椎骨	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	二
參 骶骨	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	二
第二節 骨盆徑線及測量法	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	三
壹 骨盆徑線	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	三
貳 骨盆軸線	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	六
參 骨盆測量法	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	六
肆 骨盆直徑之內測量法	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一〇
第三節 女性生殖器	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一一
壹 外生殖器	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一一
貳 內生殖器 (一) 卵巢 (二) 輸卵管 (三) 子宮 (四) 陰道 (五) 女性內生	：：：：：：：：：：：：：：：：：：：	一一

殖器之血管淋巴管及神經

叁 乳房

第二章 胚胎學

第一節 行經、排卵及受孕

壹 行經

貳 排卵

叁 妊娠

第二節 孕卵、胎膜及胎盤之發育與構造

壹 孕卵之長成及其初步發育

貳 胎膜之發育及構造 (一) 絨膜 (二) 絨毛膜 (三) 羊膜 (四) 羊水

叁 胎盤之發育及構造

第三節 胎兒發育及胎血循環

壹 胎兒發育

貳 成熟胎兒 (一) 縫合種類 (二) 內門種類 (三) 頭部褶節 (四) 頭部徑線

叁 胎血循環

第四節 胎兒在子宮內之位置方向及姿勢



壹	胎位	………	三九
貳	胎向	………	四一
參	胎勢	………	四二
第三章	妊娠	………	四二
第一節	妊娠時母體各部生理之變化	………	四二
壹	子宮部之變化	………	四二
貳	子宮頸部之變化	………	四四
參	子宮附屬器之變化	………	四五
肆	陰道及生殖器之變化	………	四五
伍	乳房之變化	………	四五
陸	其他部分之變化	………	四六
第二節	妊娠之徵象及診斷	………	四八
第三節	產前檢查	………	四九
壹	問診	………	四九
貳	產期之預計	………	五〇
參	身長體重及血壓之檢取	………	五一



	其他	………	六八
第五節	產前訪視	………	六九
第四章	分娩	………	七六
第一節	分娩生理	………	七六
壹	子宮收縮力	………	七六
貳	腹壁壓力	………	七八
第二節	分娩經過	………	七九
壹	分娩預兆	………	七九
貳	分娩開始之徵象	………	七九
叁	分娩三期之經過	………	八〇
第三節	分娩機轉	………	八四
第四節	分娩所需之時間	………	八七
第五節	分娩時母體及胎兒所受之影響	………	八八
壹	分娩影響之及於母體者	………	八八
貳	分娩影響之及於胎兒者	………	八八
第六節	正當分娩之預備及其消毒法	………	八九

壹	產婦之診察及記錄	八九
貳	正常分娩應有之準備	九五
參	消毒法	九六
第七節	正常分娩之處理	九九
壹	分娩第一期之處理	一〇〇
貳	助產士消毒之準備	一〇四
參	分娩第二期之處理	一〇六
肆	分娩第三期之處理	一一三
伍	臍帶血之檢查及胎盤之測計	一一六
陸	分娩直後之注意	一二七
柒	麻醉	一三八
第八節	產院之布置及設備	一一九
壹	正室	一二九
貳	待產室	一二五
參	副產室	一二五
肆	手術室	一二六



第三節 產後期之復舊變化……………一三八

壹 子宮之復舊變化及其原理……………一三八

貳 其他部分之復舊變化……………一四一

第三節 產後期之護理……………一四一

壹 避免細菌染入產道……………一四一

貳 注意產婦身心之休養……………一四三

參 其他一般之護理……………一四四

肆 哺乳時乳房之護理……………一四八

伍 記錄……………一四九

第四節 產後檢查……………一五〇

第五節 產後訪視……………一五一

第六章 初生兒之處理……………一五四

第一節 初生兒之護理法……………一五四

壹 除去初生兒口鼻內之黏液……………一五四

貳 爲初生兒滴眼……………一五四

參 結紮臍帶……………一五六

肆	初生兒身長體重及頭部之測計	一五九
伍	初生兒之全身清潔法	一六〇
陸	哺乳	一六一
柒	小便	一六二
捌	大便	一六二
玖	沐浴	一六三
拾	預防傳染	一六五
第二節	早產兒護理法	一六五
壹	早產兒之保溫處置	一六五
貳	早產兒之營養	一六六
第三節	初生兒發生異常現象時之處理	一六七
壹	窒息 (一)子宮內胎兒窒息 (二)初生兒之窒息	一六七
貳	初生兒頭部及肢體之損傷 (一)顱內出血 (二)顱骨之凹陷或折斷	一六七
	(三)肢體骨折 (四)顱血腫 (五)初生兒之癱瘓	一七二
叁	初生兒臍部疾病 (一)破傷風 (二)臍部丹毒及其他化膿菌之臍炎	一七四
肆	初生兒眼炎 (一)初生兒淋病性結合膜炎 (二)其他眼炎	一七六





壹	妊娠子宮之後屈	：	：	：	：	：	：	：	：	一八九
貳	妊娠子宮之前屈	：	：	：	：	：	：	：	：	一九〇
叁	畸形子宮之妊娠	：	：	：	：	：	：	：	：	一九〇
肆	子宮患腫瘤時妊娠	：	：	：	：	：	：	：	：	一九〇
第五節	孕卵移植之異常(子宮外妊娠)	：	：	：	：	：	：	：	：	一九〇
壹	輸卵管妊娠	：	：	：	：	：	：	：	：	一九〇
貳	卵巢妊娠	：	：	：	：	：	：	：	：	一九二
第五節	母體因妊娠而起之異常狀態	：	：	：	：	：	：	：	：	一九二
壹	妊娠血中毒	(一)子癩	(二)惡嘔吐	：	：	：	：	：	：	一九二
貳	其他輕性妊娠期疾病	(一)妊娠性嘔吐	(二)妊婦水腫	(三)靜脈痛	：	：	：	：	：	：
	(四)白帶	(五)陰門皮痒	(六)胃部灼熱	(七)齒病	(八)小便頻數	：	：	：	：	：
	(九)昏倒	(十)背痛	：	：	：	：	：	：	：	一九八
第六節	妊娠期間之出血	：	：	：	：	：	：	：	：	二〇二
壹	流產及早產	：	：	：	：	：	：	：	：	二〇二
貳	前置胎盤	：	：	：	：	：	：	：	：	二〇四
叁	胎盤早期剝離	：	：	：	：	：	：	：	：	二〇七



壹	卵膜之異常	………	二二二
貳	羊水之異常	………	二二三
參	臍帶之異常	………	二二三
肆	胎盤之異常	………	二二四
第三節	因母體之異常所致之異常分娩	………	二二四
壹	產道之異常 (一) 骨部產道之異常 (二) 軟部產道之異常	………	二二八
貳	產出力之異常 (一) 陣痛微弱 (二) 陣痛過劇	………	二二八
第四節	分娩時之併發病	………	二三〇
壹	軟部產道之損傷 (一) 子宮破裂 (二) 子宮頸管破裂 (三) 陰道裂創	………	二三〇
第三章	異常產褥	………	二三二
第一節	產褥熱	………	二三二
第二節	產後之血栓及靜脈炎	………	二三六
第三節	劇烈之後障痛	………	二三七
第四節	內生殖器復舊不完全	………	二三八
第五節	膀胱或直腸陰道瘻管	………	二三八
第六節	大便便秘	………	二三九

第七節	胃腸充氣	……	二三九
第八節	膀胱炎	……	二四〇
第九節	頭痛	……	二四〇
第十節	產後期之精神病	……	二四一
第四章	乳房之異常及其疾病	……	二四二
第一節	乳房脹痛	……	二四二
第二節	乳頭之異常狀態	……	二四三
第三節	乳頭皸裂或起廔	……	二四三
第四節	乳房炎	……	二四四
第五節	乳汁過多	……	二四七
第六節	乳汁缺乏	……	二四七
第七節	乳汁之異常	……	二四八
第八節	回乳	……	二四九
第九節	乳儲	……	二四九
第三編	產急處置之產科手術	……	二五一
第一章	概論	……	二五一

第一節	產科手術之重要與危險	二五一
第二節	產科手術之準備	二五三
壹	手術室之預備	二五四
貳	急救用品之準備	二五四
參	產婦之準備	二五五
肆	器械之預備	二五六
伍	於手術時室內光線與溫度之調節	二五六
陸	麻醉術	二五七
柒	手術後之護理	二五七
捌	對於初生兒之注意	二五七
玖	產婦之護理	二五七
第二章	產科手術各論	二五八
第一節	鉗子手術	二五八
壹	產科鉗子發明之歷史	二五八
貳	鉗子手術之種類	二五九
參	鉗子手術之適應症	二五九

肆 旋術時之必要條件 …… 二六〇

伍 施行鉗子手術之準備 …… 二六〇

陸 施行鉗子手術之步驟 …… 二六一

柒 鉗子手術之危險 …… 二六二

第二節 內迴轉術 …… 二六四

壹 內迴轉術之歷史 …… 二六四

貳 內迴轉術之適應症 …… 二六四

參 內迴轉術施行時之要件 …… 二六五

肆 內迴轉術施行之準備 …… 二六五

伍 施內迴轉術之步驟 (一)橫位時之內迴轉術 (二)頭位胎兒之內迴轉術 …… 二六五

陸 內迴轉術之困難與危險 …… 二六六

第三節 碎胎術 …… 二六七

壹 穿顛術 (一)穿顛術之適應症 (二)穿顛術之必要條件 (三)施穿顛術之步驟 …… 二六七

貳 碎胎術及斷頭術 …… 二七〇

第四節	人工剝膜胎盤術	：	：	：	：	：	：	：	：	二七〇
壹	胎盤壓出法	：	：	：	：	：	：	：	：	二七〇
貳	人工剝離胎盤術	：	：	：	：	：	：	：	：	二七〇
第五節	產後出血之處理法	：	：	：	：	：	：	：	：	二七三
第六節	會陰修補術	：	：	：	：	：	：	：	：	二七四
附各種表格										

一	總病歷單	二	產前記錄	三	產前覆診記錄	四	產時記錄	五	產後記錄	六	產後保健紀錄	七	初生兒記錄	八	初生兒體重記錄
---	------	---	------	---	--------	---	------	---	------	---	--------	---	-------	---	---------

# 第一編 生理產科

## 第一章 女性骨盆及生殖器

### 第一節 女性骨盆之構造

潘

骨盆在軀幹下部，爲左右兩髖骨、骶骨及尾骨聯合而成。形若無底之盆，故名骨盆。此盆之功用，在女子除支持體格附麗肌肉外，尚有貯藏內生殖器及輔佐懷孕生產之用。臨盆時胎兒先進部之通過此盆，其間相互關係，至爲重要。設因發育不良，而致骨盆之形態不正，每致形成難產。研究助產學者，對於骨盆之結構與如何測量，實有深切認識之必要。故於助產學開卷之始，重複述之，以資熟習。

壹 骶椎骨 骶椎骨又名薦骨，由五枚椎骨合成。若作爲一骨而論，則爲脊椎骨中之最大者。形近三角。寬端向上，與第五腰椎骨相連。骶骨中之第一塊椎骨，其骨體之前緣向前突出，此處稱爲骶骨岬，爲骨盆測量時之重要指示點。





髌骨上部之兩側，有二關節面，狀似人耳，與髌骨連接，而成髌髌關節。髌骨下端與尾椎相接。髌骨內面即骨盆面，平滑而凹陷。有橫紋四條，為五枚椎骨癒着處之痕跡。又有小孔五對，為神經通過之處。髌骨中空作管狀，為脊柱腔之一部。

貳 尾椎骨 尾椎骨由四枚發育不完全之椎骨合成。上與髌骨相連接，此關節在少年時代可以移動。故於助產學上，不占重要地位。

叁 髌骨 髌骨乃構成骨盆之前壁及側壁者，原屬三骨合成。即髌骨坐骨恥骨是也。至成年時，則合為一骨。外面有窩，在三骨連接處，謂之髌臼。與大腿骨頭相接，完成大腿關節。茲將各骨分別述之於下：

(一) 髌骨 為髌骨上部，由骨體及翼構成。體在髌臼處，占髌臼五分之二，其骨較厚，翼即扁平廣大之部分。在體之上方，可分為內外兩面，及四個周緣而論；外面的前半部，骨質稍厚，後半部骨形凹陷。內面的前部，為平滑的凹面，謂之髌骨窩。其下界為一弧形線，即大小骨盆分界處。此線以下，即髌骨骨體。其後部，較為厚，凹凸不平，有耳狀面，與髌骨相連接，而成髌髌關節。

髌骨周緣，分上下前後四緣。上緣堅固而長，作弓形，謂之髌骨緣。其前緣有突出處，謂之髌前上棘。後端亦有突出處，謂之髌後上棘。此兩棘在測計骨盆時，即用其指示點。髌骨前緣，始於髌前上棘。沿一弓形線，而達髌臼之上緣。其附近處，有一結節，謂

產婦大出血  
Ergotin  
(水合單)

之髂前下棘。後緣自髂後上棘起，下行終止於一小結節，謂之髂後下棘。下緣始於髂後下棘，作彎形，沿髂骨體達坐骨。

(二)坐骨 由骨體及升降枝三部構成。骨體在髌臼的後下部，占髌臼五分之二。骨體後緣有三角形骨突，爲坐骨棘。其上方爲坐骨大切迹。有許多重要血管及神經，在此處經過。故施行肌肉注射時，切忌採取此處爲注射區域。棘之下爲坐骨小切迹。

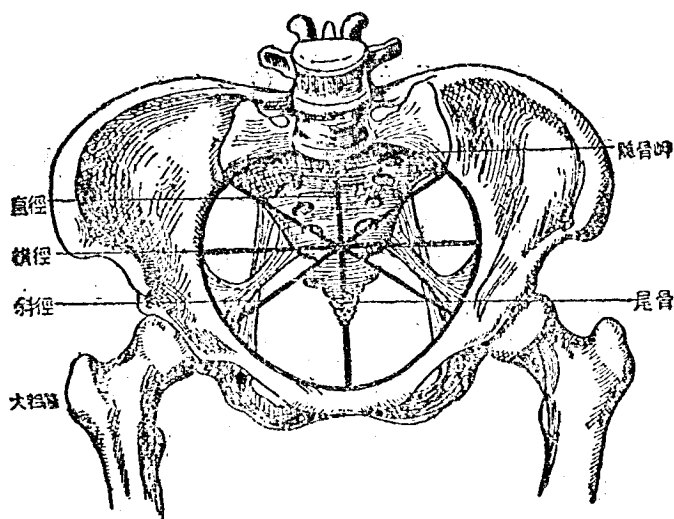
降枝由骨體起，向下後方伸展。其內面作成骨盆之壁。後方爲坐骨結節。升枝自坐骨結節起，向上內方伸展，與恥骨降枝相連而成恥骨弓。

(三)恥骨 由骨體，及升降枝三部合成。在髌臼之前下部。占髌臼五分之一。其前上方，有粗糙的隆起，謂之髂恥粗隆。恥骨升枝，即由此處起，而伸展於內前方，達人體之正中線，較爲擴大。隔以軟骨，與對側恥骨相聯，謂之恥骨聯合。亦稱恥骨縫合。升枝之上面有嵴狀隆起，謂之恥骨嵴。其前內端突起而成恥骨結節。降枝始於恥骨縫合，向後與坐骨升枝相接。其內界形成閉鎖孔。外界作成恥骨弓。

各骨盆骨之內外，均有肌纖維附麗之。以完成圓筒形之產道。

## 第二節 骨盆徑線及測量法

壹 骨盆徑線 骨盆在助產學上，謂之骨部產道。因其無伸縮性，故其大小形狀，於



圖一 / 骨盆上口之徑線

生產時至關重要。整個骨盆可分作大小兩部分。其境界以恥骨上緣，沿骨盆之弓狀線，經恥骨嵴，達恥骨縫合上方之一周。在此界線以上之部分，謂之大骨盆。其下為小骨盆。亦稱真骨盆。

小骨盆，於產科學上，占重要之地位。其四周均為骨部之壁，中作管狀，其上口謂之骨盆入口，下口謂之骨盆出口，中間之部分，謂之骨盆腔。此三部分之徑線，各有不同，於生產時與兒頭之道過，實有重大關係。故助產士，必須於產前檢查時，注意測計其重要之各徑線，方能預定生產之難易。

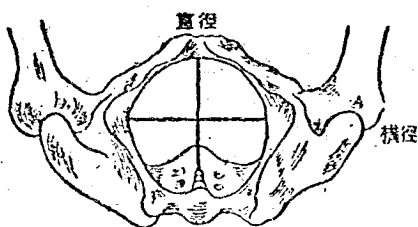
骨盆入口之界線，已如上述，在

此平面上，有假設的徑線三條。

(一)縱徑線 即前後徑，自恥骨縫合之後面上端起，至骶骨岬的正中止。其長度為一〇公分至一一公分。

(二)橫徑線 乃左右弓狀線之最遠距離處，其長度為一二·一至一三·五公分。

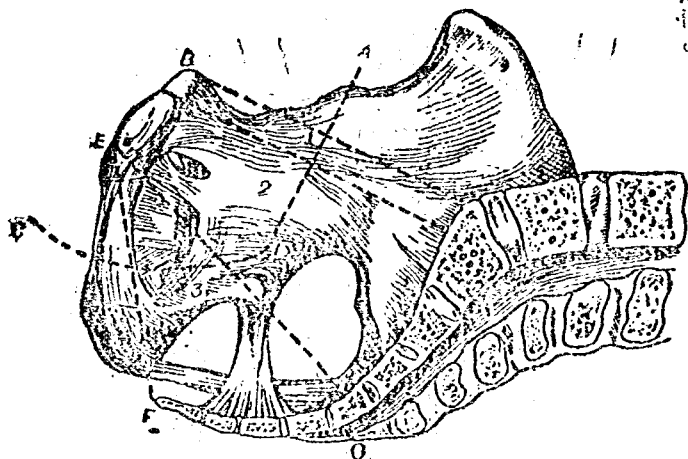
(三)斜徑線 左右各一，右斜徑線，自右側骶髂關節之上端起，至左側髂恥粗隆之距離。左斜徑線反之。其長度為一二·〇至一二·七五公分。



圖二 正常骨盆下口之各線

骨盆腔之假想面有二。其一為廣面，後方自第三骶椎之中央部起，左右達髂白上線，前方達恥骨縫合之中央，此平面，乃骨盆腔內最廣闊之一部。縱徑線為一一·三至一二·七五公分。橫徑線為一二·五公分。斜徑線為一三·五公分。其二為狹面，乃骨盆腔內最狹之部分。其縱線，縱徑為一一·五公分。橫徑為一〇至一〇·五公分。其斜徑線，達伸展性之軟部，故無定度。

骨盆下口之徑線，其縱徑為自尾骨尖端至恥骨縫合下緣之距離，其長度為九至九·五公分。在少年時，尾骨關節有移動性，故於生產時，因胎兒下降之壓迫，可加長二至二·



圖三 骨盆軸線之方向

AC為軸線，BD為盆上口，  
EG為盆腔，EF為盆下口。

五公分。橫徑乃聯結兩側坐骨結節之距離，為一至一一·六公分。斜徑線因其側方為韌帶組織，故無定度。以上所述，乃係整個小骨盆內之各個徑線。但在活人體上，絕對不能全部測量。故助產學上之測量骨盆方法，祇注意其重要線，藉以推及全部之狀況。

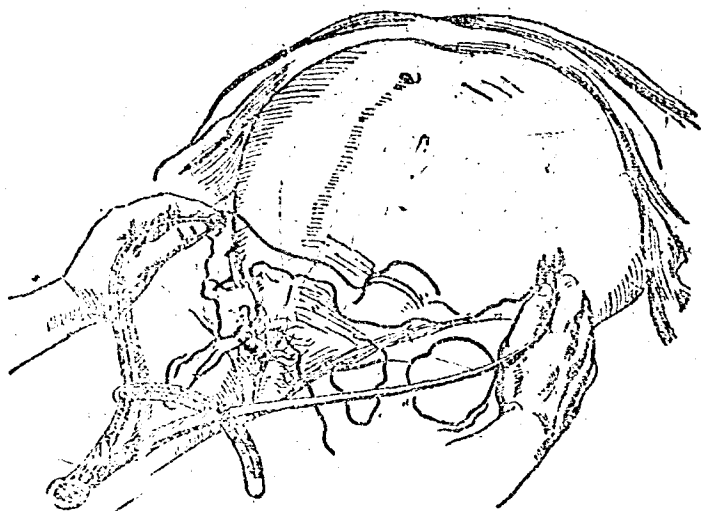
貳 骨盆軸線 若在上述各個平面之中央，自上至下，聯結成一假想線，此線成一弓形，謂之骨盆軸線。分娩時，兒頭之通過骨盆各部，必須依此軸線而進行。施行手術時，此線更為牽引胎兒之方向標準。故宜特加注意。

參 骨盆測量法 測量骨盆之器

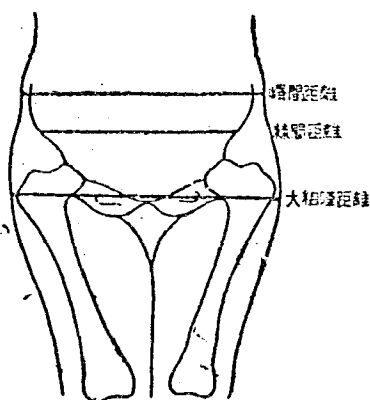
#### 圖四 測量骨盆之方法。

(圖內係 Martin 氏骨盆計)

生  
理  
學  
科



械，爲卷尺及骨盆計。骨盆計之常用者爲 Boileau 氏骨盆計及 Martin 氏骨盆計兩種，骨盆計之使用，以兩手各持其尖端，用示指及拇指握其末端，而以中指探索骨盆上之指示點，既得其所，即將末端置於其上，用指支持之，勿使變動位置，然後讀其上方度數，即得所欲知之長度。施行骨盆測量時，務須細心而正確。使妊婦取仰臥位，兩腿伸直，膝關節並緊，骨盆計與指示點之接觸處，宜正確穩固，方爲妥當。每每同一妊婦，經三四人之測量，而其結果互有差異者，可見非精細從事不易準確。蓋人



圖五 骨盆橫徑之測量

體有肥瘦，用力有輕重。器械之放置或斜或偏，均足以影響其度數。在助產學上，測量骨盆之重要徑線，約有下列數條：

(一) 髂骨前上棘間距離 即兩側髂骨前上棘間之距離。測量時，即以骨盆計之末端，置於兩側髂骨前上棘之上面。應夾縫匠肌之腱而測量之。在日本女子平均為二三公分。在西方女子平均為二六公分。中國女子骨盆徑線之長度，尚無確實統計。惟據從事助產工作者之印象，大約較西方女子小二、

三公分，與日本女子當屬相近。

(二) 髂骨嵴間距離 乃左右髂骨嵴間之最大距離。測量時，即於施行上項棘間距離之後，將骨盆計之兩端，移向上後方，至髂骨嵴間最大之距離點。日本女子之平均為二六公分。西方女子為二九公分。

以上兩條徑線之長度，係表明骨盆入口，橫徑線之大小。於分娩時，胎兒頭之進入骨盆，以其最大徑線，即矢狀縫合，適合於骨盆入口之橫徑線而通過。故胎兒頭之能否進入

骨盆，此二徑線之長短，及兒頭之大小與方向，實有重要關係。

(三)大粗隆間距離 即左右兩大腿骨大粗隆間之距離。日六、六、六均為二八公分，在西方女子為三一公分。此徑線之長度，所以表明骨盆橫徑之大小。其測量法，即於施行疇間距離之後，移骨盆計下行，達大粗隆處，在肥胖孕婦，每每不易得，可將大腿隨轉動之，即可感覺大粗隆之所在，然後測計之。

(四)外結合線 亦稱外縱徑。即自第五個腰椎棘尖端至恥骨縫合上緣之距離。平均為一九公分。其測量法，使孕婦側臥，先檢取第五腰椎之棘突。其法可於髂骨後上棘，左右聯一線，於此線之中央上三分處，即可觸得此棘突，或以髂嵴最高點為標準，左右連接一線，於此線中央下方三分處，亦可觸得第五腰椎棘突。然後將骨盆計之一端，置於此處，他端置於恥骨縫合上緣之外邊，所測得之數即為外結合線之距離。此徑線甚為重要。其長度，所以表示骨盆內真結合線之距離也。

(五)外斜徑線 即一側髂骨後上棘，至他側髂骨前上棘間之距離。依後上棘之位置，而分別名為左斜徑線或右斜徑線。在日本女子，其平均長度為一一、二公分。測量之時，無甚困難。此兩線之度數不一致時，即表明骨盆有不整形之結構。

(六)骨盆下口前後徑 其測量方法，將骨盆計之一端，置於髌骨末端。他端置於恥骨縫合下緣。正常長度為一二至一二·五公分。



(七) 骨盆下口橫徑線 用特製之骨盆計，其兩端置於坐骨結節處而量之。其正常長度為九公分。

(八) 骨盆周圍徑 係用卷帶測量之，即由恥骨縫合上緣，經髂骨峰下面，繞至後方第五個腰椎棘突處，一周之長度，平均為七五至八〇公分。施行此種測量時，可於施行腹圍測量之後行之。既可節省時間，又可免去屢次轉側妊婦。

以上各種骨盆測量法，於助產技術上，實占重要地位，研究助產學者，於開始實習時，必須按照順序擇其重要者逐一行之。並宜以輕靈敏捷的手腕，親愛和平的態度，處理此種測量手續。普通一般妊婦，未明此中用意，每視產前檢查為畏途。助產士，宜有推廣衛生教育之使命，宜於可能範圍內，善為說明，使之發生興趣。

肆 骨盆直徑之內測法 欲知小骨盆內真結合線之長度，可於陰道內測量之。其方法，先使妊婦排洩大小便，取仰臥位，消毒陰部及施術者之手。然後用枕墊高妊婦臀部，施術者乃將示中兩指送入陰道內；使中指之尺骨側端，抵住骶骨岬之正中，以示指壓向恥骨弓之下面，另以他手之示指，在內診之指上，於恥骨弓處作一記號。然後拔出檢查之手，而以骨盆計測量其自中指尖端，至示指記號處之長度，平均為一二·五至一三公分。此為對角徑線之長度。若減去二公分（恥骨縫合之厚度），即為真結合線之長度。惟此種測量，係屬內診性質，有傳染細菌於產道內之可能，絕非助產士所宜隨意施行。外陰部之

消毒法詳分鏡章內。

### 第三節 女性生殖器

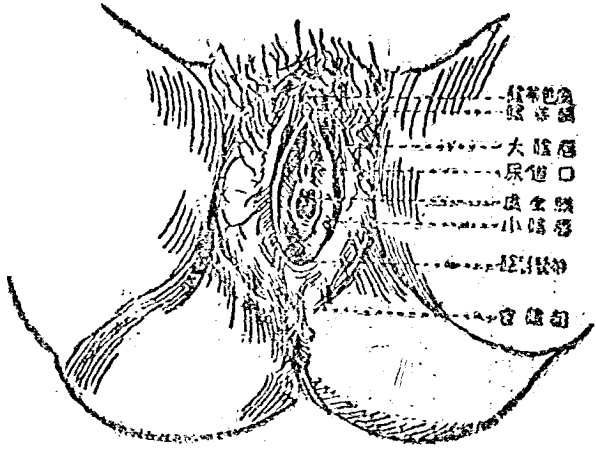
女性生殖器，可分為內外兩部，內生殖器，藏於小骨盆內，為人類種子產生發育之處。其內分泌，能影響於個人之生理狀態。外生殖器，為生殖器的外部。其功用，所以保護及輔佐內生殖器而完成其作用者也。

壹 外生殖器 女性外生殖器之各部分，計有陰阜、大小陰唇、陰蒂、陰道、前庭、及處女膜等。

(一)陰阜 係脂肪組織所構成，位於恥骨縫合之前方，至青年成熟期，在皮面長有陰毛。

(二)大陰唇 由外皮皺襞所構成。左右

生理 產科



圖六 女性外生殖器

Handwritten signature or notes in the bottom right corner.

各一，自陰阜起，向下成陰道之旁壁，左右兩唇聯合處，在前方者謂之唇前聯合。在後方者謂之唇後聯合。唇後聯合，距離肛門約爲二·五至三分。此部分謂之會陰部，生產時最易破裂。亦爲助產學上所應注意研討者。

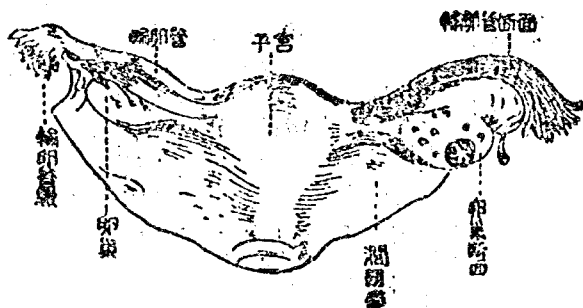
(三)小陰唇 在大陰唇之內旁。係黏膜之皺襞構成。左右各一，其上方相接處，合成陰蒂包皮，下方相接處，謂之陰唇繫帶。

(四)陰蒂 係隆起之組織，位於唇前聯合之下。前端有一結節，名陰蒂頭。富有血管及神經。此處不宜加以刺激而致衝動性慾。凡下衣不宜過緊及過暖，手指或物件，不宜接觸此部，免染不良習慣。

(五)陰道前庭 爲在左右兩陰唇間之前上方部分。自陰蒂起，向下後，至唇後聯合止，此處之空隙謂之前庭。此空隙之形狀，上下兩端，較爲狹小，中央廣大。在此處有陰道口及尿道外口。尿道外口之位置，略爲隆起，顯露於外方。在陰蒂下後，約二·五公分處，爲陰道口，形成較大之孔隙，得以目視。

(六)處女膜 爲一黏膜層，圍繞陰道口。中有裂孔，作卵圓形，謂之輪狀處女膜。亦有呈半月狀者，謂之半月狀處女膜。處女膜因破裂而變爲瘻痕，留有不正形之疣狀隆起者，謂之處女膜裂痕。

貳 內生殖器



圖七 女性內生殖器

(一) 卵巢 卵巢之形，扁平長圓，其兩側有強固之帶，聯繫於子宮側緣之後上部。長為二·五至五公分。闊為一·五至三公分。厚為〇·六至一·四公分。重量為五至八公分(克)。

卵巢構造為皮質及髓質兩種組織所構成。外面被以包膜。包膜之內層，為纖維結締組織，謂之白膜。外層為圓柱形上皮細胞。

皮質為卵巢之發育區。其基質，由扁平紡錘形細胞與結締纖維所構成。細胞及纖維，在卵巢處成爲包圍層。在他處則其方向無定。惟至卵巢表面近白膜處，則成並行式。此處結締纖維組織增生，而細胞減少。

皮質內所生之卵胞，大小不一。其發育充分者，謂之囊狀卵胞。又各格曼夫氏濾胞 (Granular Follicle)。濾胞之外圍，為結締組織所成之包膜。謂之胞包膜。內藏卵胞，即爲人類之陰性種子。

卵胞至成熟期而破裂，卵子即脫離而出。在卵胞之脫離面，先起出血微候，繼則生長毛

黃色細胞，謂之黃體。在妊婦黃體較大。數月後始行消滅。若在常人，則於行經後三星期時發育較著。至次週行經時，即入退化性變化，漸至消滅。

發育而規之女子，其卵巢中藏有卵子二萬至五萬枚，但成熟而排出之卵子，不過四百左右。其他之卵子，均發育不全，退化消滅。

管有卵

(二)輸卵管 輸卵管左右各一。位於子宮之兩側，圍繞帶中之上方。長為九至一六公分，粗約半公分。其接近子宮之端，自子宮之左上角或右上角開始，初細小作索狀，繼

而漸露大作漏斗狀。彎曲向下。方達卵巢。形似喇叭，故又名喇叭管。其開處之端有若干深切迹，形成小隘，謂之輸卵管口。其中有二枚較長，稱之為卵巢索，有若干深切迹，形成小隘，謂之輸卵管口。其中有二枚較長，稱之為卵巢索，有若干深切迹，形成小隘，謂之輸卵管口。

輸卵管在正常無病時，自藏至子宮腔完全相通，由卵巢擠出之卵子，經此而入管內。因柱細端被梗之。此種毛，常向子宮腔之方向而運動。所以輸送卵子入子宮腔內也。

若遇精子，即在 處受孕。約經八日，即遷入子宮腔內，而發育成胎。萬一輸卵管之組織，因病變而缺乏輸送力時，受孕之卵子，即在此生長，謂之輸卵管妊娠。因其地位狹小，常致早期破裂，而成危重病症，謂之子宮外妊娠。

大小(三)子宮 子宮在小骨盆內，由肥厚之肌組織所構成。在發育正常時作梨形，上大下小。長為一七·五公分，闊為一三·〇公分，厚為五·一公分。其內腔之長度，約七·〇

小。長為一七·五公分，闊為一三·〇公分，厚為五·一公分。其內腔之長度，約七·〇

公分。

子宮之前後，略形扁平，分爲底、體、頸、三部。底爲子宮上端最廣闊之部分，呈圓形，突向上方。體在底之下，由上而下，漸次狹小，其後部較寬而略呈突隆。頸在體之下，爲圓筒形，與陰道上部相銜接，謂之子宮陰道段。頸之下端，有孔，爲子宮外口。口之上部，爲子宮前唇，其下部爲後唇。

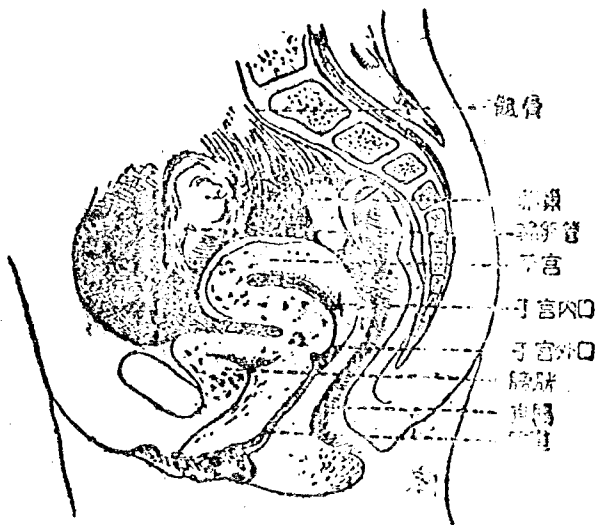
子宮內腔，謂之子宮腔。爲三角形。腔大下小。左右兩角處，與輸卵管相連接。其下方與頸管相連處，爲子宮內口。兩口間之通管，謂之子宮頸管。子宮腔之功用，在平時，用以排出月經。在妊娠時，所以孕育胎兒。

子宮之組織有三層。外層爲漿液膜，包裹肌層外面。惟至後面下部，則甚鬆弛。中層爲肌層，亦分內中外三層。內層之肌纖維縱行，中層作環狀，外層則兩者兼而有之。肌層之內，爲子宮內膜，其上面有單層柱毛圍柱上皮細胞。柱毛之運動，常向子宮頸管而行，所以排出子宮腔內之分泌物也。又有皱狀腺，謂之子宮腺。行經時此腺亦增大，分泌多量黏液。

子宮闊韌帶，左右各一，長約一〇至一二公分。自陰卵管與子宮連接處之下方起，向前略彎，沿骨盆側壁，入鼠蹊管，至恥骨前而結締組織下放松。

子宮闊韌帶，爲腹膜之一部。前部被覆子宮前壁，即轉折向膀胱，謂之子宮腹膜皺

道柱。陰道之後方為直腸，前面為膀胱及尿道，上部接連子宮頸，下端開口於前庭。其縱



圖八 女性內性生殖器之橫切面

壁，後面復與子宮後壁，翻轉折於腸外面，引之子宮直腸癰癥。子宮色變生此四葉之向

子宮之位置，前有膀胱，後有直腸。其上部稍稍向前屈曲。但於超於骨盆入口。子宮之，以能於此位置者，實由上述各種隣近組織，及韌帶維持之。但此種組織，均屬能動性，所以在妊娠時，子宮增大，得以上升。但在另一方面觀之，則因此活動性之位置，子宮常有起變位病症之可能。

(四)陰道。陰道為有擴張性之管，其壁係肌纖維組成，外被黏膜。

膜面前後有隆起之縱行紋，謂之陰

軸與骨盆軸線相一致。

陰道上端擁護子宮頸之處，謂之陰道穹隆部。在子宮而居之前者，謂之前穹隆。於唇之後者，謂之後穹隆。

(五)女性內生殖器之血管淋巴管及神經。女性生殖器之血管系統，子宮動脈，來自腹下動脈，循骨盆兩側，經闊韌帶，入子宮側旁，分十二枝，散布於子宮各部。其中有六枝，離子宮至卵巢，名卵巢枝。卵巢之動脈，尚有來自腎動脈或腹主動脈者，與卵巢枝互相交通。陰道上段之動脈，為子宮動脈之分支。其中下段及陰唇部分，係陰部內動脈之分支。內生殖器之靜脈與動脈平行。惟聚而成叢。其主要者為子宮陰道靜脈叢。產婦若起大出血時，因內生殖器各處動脈都由腹動脈而來，故可用止血帶緊紮腹部，或以拳壓迫之，亦可暫時止血。

♀ 女生殖器之淋巴系 (1) 腹腔溝淋巴腺，接受由外生殖器官陰及肛門附近之淋巴液。

(2) 腹下淋巴腺，接受膀胱、子宮體下段、子宮頸、陰道上段之淋巴液。(3) 骨上下淋巴腺，接受子宮頸後壁及陰道後壁之淋巴液。(4) 髂骨上下淋巴腺，與上述各部交通。

(5) 腰部上下淋巴腺，亦與上述各部交通。生產時如因細菌傳染，即可由相連之淋巴管運各處，倘其毒質被吸收，是部之腺即見腫脹。

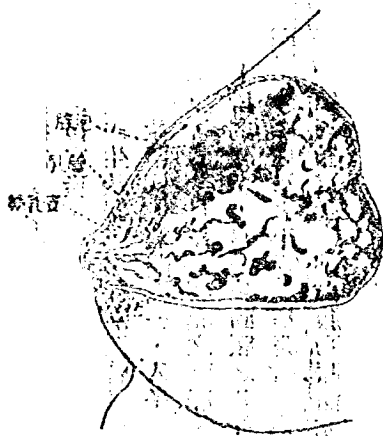
♀ 女生殖器之神經系 在外陰部者為陰部神經。在骨盆內者如下 (1) 腹下神經，本自



腹下神經叢，隨血管分佈至子宮各處。其功用為主子宮肌纖維及血管收縮。(2) 骨盆神經，來自脊神經叢，隨血管分佈於子宮各處。其功用為阻止子宮收縮，擴張之血管。

(3) 卵巢神經來自卵巢神經叢，隨血管分佈於卵巢及輸卵管。

乳房 乳房在胸部之前方，左右各一。偶有女子具有二個以上者，但不常見。乳房為皮膚腺之變態，作葡萄狀而叢生。乳房由十五至二十之乳腺葉合成。每葉更分作若干小葉，各小葉由細小之乳泡，集合而成。各小葉內有乳管，互相會通，而成大管，開口於乳頭上。在管口之稍上部，有紡錘狀之環狀處，露之輸乳竇。乳汁由腺泡產生後，經過乳管及輸乳竇，而由乳頭上之管口排出。乳



腺葉之潤及其底部，均為精細組織，充實，與胸骨，及肌組織相離。乳房外面之皮膚，較厚，其部分為薄皮，故其皮下靜脈，極易斷。乳頭之周圍，有黃色之圓圈，謂之乳暈。內有隱處之小結節，亦為一種腺體。在妊娠期間，更為著明。有時可擠出沙

質乳汁。細菌亦由此而傳染。

產婦於大血崩時，每用生理食鹽水注射體內以補充之。其所取部位，每爲乳房之結締組織內。施此種注射時，如針尖插入，感覺強固之抵抗者，即內插入乳腺腺質內故。宜取出少許，改變針尖之方向，再行進道。否則鹽水不易吸收，不克見效。

## 第二章 胚胎學

### 第一節 行經排卵及受孕

壹 行經 行經云者，係子宮及其他內生殖器所分泌之血液與黏液，按時排出體外之謂也。健康女子月經年期起，即開始行經。在正常時，每月一次，謂之月經。月經來潮之原因，雖未甚明確，但以卵巢所生內分泌素，即雌激素與助孕素之刺激交感神經，而使子宮內之血液，爲最普通。腦垂體之內分泌，即性腺刺激素，對於行經作用亦爲重要。

子宮內膜及其血管組織，在行經前後所起之變化，約可分爲四期。第一期，子宮內膜呈肥厚充血狀態，作絨穉，而顯赤色。由於纖維組織增殖，血液旺盛，及腺之功用激進而來。此種變化，似爲孕卵在子宮內作發育階層之準備。若卵未受孕，則月經即開始來潮，而入第二期，此時子宮內膜，即趨瘦性，上皮脫落，子宮腺分泌多量黏液。其擴大之血管內，有一部分血液滲出，與黏液混合，流出體外，所謂經血是也。第二期之時間，約三至七日，

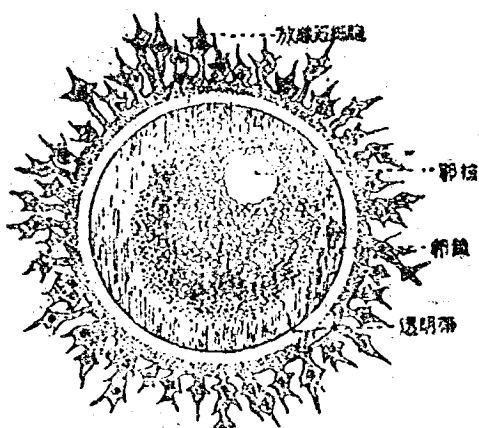
即移入於第三期。此時子宮內膜，即起退化性變化，充血狀態，已漸消散，淋巴液漸被吸收，黏膜面平滑而呈淡紅色。約經三四日，乃入第四期。此時一切變化，均歸靜止。為期約二、三日。在此期間，卵內之排卵作用，已重開始，內分泌之刺激，行經變化，周而復始，直至受孕以後或哺乳期內，或經絕期，方始停止。

排卵與行經之關係，昔時以為前者是因，而後者是果，今則知其未必必然。據最近之研究，以為腦垂體之前葉內，有性腺刺激能間接激起子宮之行經變化。及刺激卵巢，使發排卵作用。此種內分泌素，在妊娠之小便內亦有存在。故若以妊娠小便，注射於未成熟之蛙鼠體內，即能引起排卵作用。因此用作妊娠診斷試驗，謂之 Aschheim-Lundek 試驗。

女子月經初潮之年齡，隨個人及環境而異。至於氣候之重要，不如人種之為甚。譬如英國女子之平均初潮年齡為十四歲，而意大利女子則為十六又十分之六歲。在同一民族中，居都市者，較鄉僻女子為早。吾國中部女子月經初潮之平均年齡為十四歲。經期以二十八日來潮一次者為最常見。若在二十一日至三十日之間，均可視為正常狀態。每次來潮時間約三至五日，至多不超過七日。一次之量，正常時不宜超過二四〇公撮。

大多數女子，在月經來潮時，每感覺不適。如下腹重墜，腰酸背痛，惡寒潮熱，精神不安。有時皮膚起紅斑，如臭汗、發疹、眼圍着色等。其或如乳房之感覺過敏，或有刺痛，亦為常有之現象。

自月經來潮至其停止之時期，前後約計三十年。惟來潮早者，其停止之期未必較早。婦女經絕之年齡，自三十六歲至五十五歲不等。經絕期之現狀，在神經質之婦女，每月精神不爽，易受刺激，消化不良，時寒時熱等感覺。身體每是肥胖豐滿。面部生長多毛，漸失女性之特徵。此種轉變，實由卵巢子宮及其他內分泌腺，如甲狀腺、腦垂體等之萎縮所致。

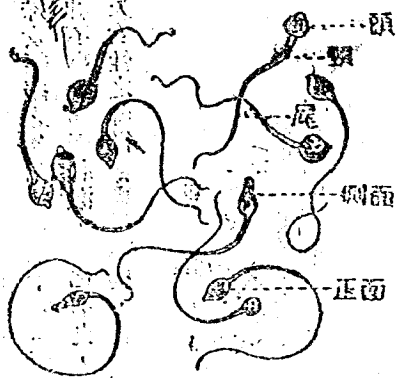


生理學  
2.168  
7895  
7.47

年齡較大之女子，如有經量過多，或經期過久者，切勿以為經絕期應有之現象而視之。蓋子宮病腫症，常於此時發生，若不及時診治，每每失卻時機，以致不可救藥。

貳 排卵 卵子為陰性生殖細胞，又名雌性配偶子，藏於囊狀卵泡內。未成熟時，為卵巢內上皮細胞。其初無細胞膜。內有卵黃及卵核。核內有核仁。卵子成熟之順序，係先生卵膜，此膜分生兩層，內層為細胞膜，外層為卵黃膜。此兩膜之間有透明帶，謂之透明帶。卵子漸近成熟時期，其核移近

① 卵細胞 — 桑葚胚 — 胚盤 — 外胚葉 — 卵殼  
 ② 黃囊 — 卵黃胚 — 胚盤 — 卵殼



細胞膜。暫停於此處。其後卵核之易染色質分裂，而成大小不等之兩部分。其小部分謂之初極粒。其大部分則分作大小兩部。小者稱為極粒。而所餘之大部分，謂之雌性前核。此核為受孕以後胚胎發育之惟一重要部分。其特質實為原卵核易染色質之二分之一。卵核之所以如此分裂者，其理由未盡明瞭。有謂如此分裂所以減少卵核染色質之份積，而增加細胞膜之比例致；卵于至此時期，即告成熟。其直徑為一六至一七公釐。同時因雌核卵泡內之液體逐漸增加，及至無可容納時，卵殼乃破裂，而卵子即由卵泡露出。此種現象謂之排

卵既排出，即被吸引入輸卵管之微內。經過輸卵管而達子宮腔內。如不過襖子，即廢棄不用而排出體外，或消滅於腹腔內。  
 精子由陽性生殖細胞，又名雄配偶子。由卵九中之兩端精管上皮變化而來。長約五公釐。由頭、頸、尾三部合成。頭部正而窄橢圓形。側面上小下大作梨狀。其尾為鞭毛，所以利於運動也。頭為精結節亦見之部分。  
 精子入陰道內，若遇酸性分泌物，即腐於在

圖 註 學 三三

故婦人之患酸性白帶症者，常爲不妊症之原因。若在良好環境之中，精子即由陰境而入子宮頸，再進而入子宮腔。終達輸卵管內。此微菌之分泌物，皆屬酸性，故無孳設之虞。

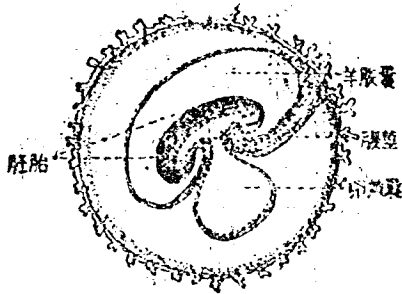
一、**受精** 卵與精子相遇，常在輸卵管內。此時精子之頭部，攻入卵內。其尾部脫離於外面。但或入卵亦隨消滅。精子之頭部細胞核，謂之雄核，與雌核相合併後，即成受精卵之核，此種變化，謂之受孕，亦名妊娠。常於月經兩潮之中間發生。已經受孕之，謂之妊娠。

## 第二節 孕卵胎膜及胎盤之發育與構造

受孕後之長成及其初步發育 孕卵初成爲一單細胞。外有細胞膜，內有卵黃及核。即解化爲兩面裂生。由二個細胞之活體，分成多數細胞之集團形如桑葚，謂之桑葚體。此時之孕卵外層細胞，謂之滋養葉。有食慾作用，能溶解母體子宮內膜之組織而釋入之。其侵入之口，由凝血塊封閉。孕卵即在此時發育成胎，兩之卵之積床。滋養葉之功用，不僅使孕卵得種植於子宮腔內，且能吸收母體之養料，以供胚胎之發育。其內部細胞，集合成團，爲薄層胚盤及其附伴之各部分，謂之胚胎球。兩者之間，積有液體，形成囊狀，謂之胚囊。其後兩層細胞愈愈縮，遂成內中外三層胚系。其時細胞中間，發生裂隙，其一由外胚囊發生者，爲羊膜囊。其二由內胚囊發生者，爲卵黃囊。此兩囊，處於胚囊之內面。

其四圍有中胚葉充滿之。羊膜囊之底（外膜葉）與卵黃囊之頂（內胚葉）互相連。其間有中胚葉產生。此處即為胚胎之發生區域。形如卵圓狀之板，謂之胚板。全卵中祇有此處為構成胚胎之部分。其他各部僅成附件而已。

卵黃囊與胚胎接連處，漸漸收縮，變成管狀，與胚胎之腹部相接，謂之卵黃管。生有



圖一二 孕卵之發育

動靜脈各二。將卵黃囊中營養料，輸入胚胎，名為卵黃循環。為胚胎血液循環中之最初發育者。其後內胚葉突生尿管。此囊為一泡狀體。有血管稱一方而接連胚胎心臟之大動脈，他方面與包裹孕卵外面絨毛膜之血運相通。是為尿管循環，是時卵黃囊因胚胎之歪斜不復由此供給，失其功用，而漸漸退化。羊膜囊漸漸擴大，內盛羊水，接近孕卵之外面而絨毛膜相接。復包圍退化之卵黃囊，是為卵黃管成一索條，謂之腹索，即將來之臍帶。妊娠三個月時，胎盤初次長成。臍帶中有尿管三條，動脈二，靜脈一，與胎盤交換血液，即成胎血循環。綜合上述種種觀之。胚胎之攝取營養料，供其發

育，共分四個時期。①最初孕卵未發生血管時，由其周圍表面滋養葉之攝取母體養料，以供生長，是為第一個時期。②其後卵黃囊生長，其營養分之一部分，取之於卵黃囊，是為第二個時期。③待尿囊循環成立，其營養乃自絨毛膜攝取，是為第三個時期。④臍帶及胎盤形成，而成立胎血循環，以攝取母血之養料，是為第四個時期。

貳 胎膜之發育及構造 胎膜，即孕卵之包膜。其一部分由母體之組織構成，而另一部分則由胚胎之組織發育而來。胎膜可分作三層。外層為絨膜。中層為絨毛膜。內層為羊膜。茲分述於下：

(一) 絨膜 子宮內膜因妊娠之刺激，而起肥厚柔軟之變化。惟子宮感管口，則仍在。此種已起變化之黏膜，謂之絨膜。善於胎兒娩出以後，此膜隨之脫去也。

絨膜可分作三種，妊娠後全部子宮內膜，總名曰絨膜。孕卵着床處之絨膜，謂之底絨膜。包圍孕卵外面之絨膜，謂之包絨膜。

真絨膜分表裏兩層：表層之組織較密，其細胞大而圓，或作多角形，中有大核，略似上皮細胞，謂之絨膜細胞。裏層為絨膜大增殖之子宮腺所成，狀似海綿。此膜自受孕以後漸次增厚，至妊娠四個月時，則其厚度約及一公分。其後因胎兒之長大，向四周壓迫，使之變薄，及至孕末期時，其厚度祇及一又五分之一公分。

包絨膜為暫時之絨膜層。當孕卵着床以後，包絨膜即發育而包圍全卵。此時與真絨膜



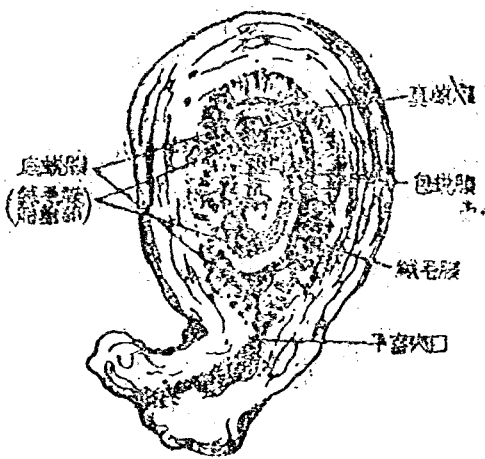
之間，留有間隙，迨至妊娠第四個月時，二體之間，已相合無間。其後卵更長大，壓迫包  
 蠟膜，使之逐漸菲薄，終歸消失。

底蠟膜乃在孕卵着床處，即將來成爲胎盤之部分。其構造略如真蠟膜，惟有若干胚胎  
 組織插入，逐漸變而成就胎盤之全部。

(二)絨毛膜 孕卵經過殼卵管之際，其外面一層細胞，爲滋養層。此層細胞，有食滯  
 作用。當透過蠟膜之上皮層，而填入其下之結締組織內。滋養層細胞，既有溶解作用，故  
 能使其周圍之毛細管擴大，而成盛血腔穴。此種腔穴狀若蜂房。孕卵即於其血液中被取養  
 料，以資發育。

絨毛膜外層爲外層葉，其基層爲非胚胎中胚葉。在妊娠過程中，中胚葉之結締組織  
 漸次發生芽狀絨毛，插入血腔內，以吸收滋養料，是爲初絨毛。

絨毛之構造，乃是質與上皮細胞所結合而成。基質似黏液體，內含尿酸。上皮細胞包圍  
 於其表面。初絨毛漸次發育，則分枝而插入周圍組織內，使孕卵得以固定。同時因孕卵細  
 胞之食滯作用，將膠原質溶解而成小血腔，稱之爲毛膜腔。絨毛節附於腔內，藉其滲透  
 與濾過作用，而攝取母血內之養料與與胎盤內之廢料。此時之絨毛肉，尙無血管形成。  
 絨毛內之血管，在妊娠四星期時，始告完成。其起源始於胚胎之毛細管，經過腹盤而  
 來。每一絨毛有動脈一，兩脈之末連以毛細管。絨毛生長之初，被覆於孕卵之全面，



圖一三 胎兒及胎膜

未幾，在底蛻膜處發生增殖，此為胎盤之起源。其他各部，則因孕卵之增大壓迫，漸次消滅。

成，除口腔唇部外，其餘部分，均已閉鎖。羊膜外面，亦與絨毛膜發生聯合。

羊膜之構造，原為中外面胚葉之組織所成。至發育充分時，外胚葉之部分，成為一單層之皮細胞層。中胚葉則成為何種液之組織，中葉血管。

(圖) 羊水 羊水為羊膜上皮分泌之一種液體，其及胎膜之結合，比重為一。

生理學

胎兒心音在胎  
二八

○一至一·○二〇之間。初呈透明狀態，繼因胎兒皮脂之分泌及表皮之脫落而稍帶渾濁，有甘性之臭味。正常羊水內其所含溶質爲蛋白質、脂肪、無機鹽類、及腺素。胎兒若有胎糞排出在內，則呈黃綠色；在頭蓋位之胎兒，有胎糞排出者，即爲胎兒窒息之預兆。故助產士當接產之際，如遇汚濁之羊水洩出，即當注意胎兒心音之是否正確。

羊水量，在妊娠初期，較胎兒之體積爲多。故胎兒得隨着活動，時變體位。所以確定胎位，須在受孕七個月後方有意義，羊水量至妊娠足月時，常爲一公斤。惟在半公斤至二公斤之間均稱正常。

羊水之功用，在妊娠期間者：(1)所以緩和腹部外來之壓力，使不致直接傷及兒體。(2)使胎兒能得相當活動。(3)當胎兒發育時，不致肢體黏連而成畸形。(4)可減少母體對於胎動之感覺。

羊水之功用，在分娩期間者：(1)當分娩開始時，形成水囊，以擴張子宮口。(2)緩和因陣痛而來之壓力，使不致直接加於兒體。(3)抵壓胎盤於子宮壁上，以防早期剝離。(4)破水以後，可以潤滑產道，俾便胎兒通過。

假羊水爲羊水之存在於羊膜外及絨毛膜，或絨毛膜與蜕膜之間者。在妊娠或分娩中，此水流出，常與真羊水難以區別。如一次流出少量之羊水，且在分娩初期，胎兒先露部尚未胎產道閉塞而無陸續流出之現象者，當有假羊水之疑。

叁 胎盤之發育及構造 孕卵既入子宮腔內，每附着於子宮前壁之上段。因其滋養葉之食鹽作用，遂埋藏於底蜕膜內。是謂卵之着床。其周圍之毛細管，因被破壞而成血腔。初絨毛即插入其中，吸取養料。懷孕之時間漸增，底蜕膜處，因血液供給豐富，故絨毛之發育，最爲迅速而旺盛。其他各部，適得其反，漸歸消滅。及至妊娠第四個月時，此處即成胎盤。

胎盤之構造，乃胎組織與母血混合而成。絨毛之附着於底蜕膜處者，初則游離於血腔內，繼則因血腔內動脈血之來勢較靜脈血爲強，故絨毛順勢而插入靜脈內。且因絨毛面之合體一胞，有融活血管間結構組織之能力。故此組織遂起壞變而被吸收。祇剩環繞動脈之一部分，形成胎盤葉之隔。

胎盤之各葉，均有其獨立的血液循環。即動脈沿隔處，輸血入於絨毛間，後由間底之多數小孔運出，而至胎盤底之母體靜脈內。故母與胎兒之血液，非直接交通。其交換養料與廢料之作用，乃滲透與通過兩種作用。絨毛內之血液循環，已如上述。及至臍帶完成以後，則臍帶脈分枝而入絨毛束內，旋即分散成毛細管。再會合而成靜脈管，乃入母體靜脈。

胎盤之發育，至妊娠後半期，因絨毛間之結構組織增殖，更形厚大。及至妊娠末期，且有纖維狀蛋白質積聚於膜之表面，而於胎盤之邊緣愈多。此種變化，或謂有限制胎盤



胎兒之一端。與胎盤之胎兒面相連，他端與母腹之胎盤相連。其長度，約五寸至十寸五分。顏色不一，有灰如櫻粉者，亦有如紅小者。其外層有皮層，內層有膜層。中藏血管三條，一為臍動脈，一為臍靜脈，一為臍門靜脈。所以為胎兒之血液循環。至胎盤處。在胎盤及腎帶處，動靜脈之名稱，與血液之流向，與身內其他部分不相符合。蓋以胎兒之心臟為循環主體，胎盤之離心者，謂之動脈。回心者，謂之靜脈。

### 第三節 胎兒發育及胎血循環

壹 胎兒發育 妊娠之月數，以四個星期作一個月計算。故妊娠全期為十個月，即二百八十日。茲將妊娠各個月分，胎兒發育之狀態，略述於下：

妊娠第一個月末 孕卵之徑，約長二·五公分。胚之長度，約及一公分。其形如圓而有尾，頭部之側方有腮弓四枚。此時之形態，與動物之胚胎殊無區別。孕卵外面有絨毛，羊膜尚未貼近絨毛膜，其間隙處，貯有液體。

妊娠第二個月末 孕卵之徑，約長五公分。胚之長度，約為四公分。尾部及腮弓，均已消失。眼險，鼻樑，口脣，耳殼，均已發育。四肢已生關節。手指足趾，可以識別。此時已可辨認為人胚，抑為動物之胚。孕卵內部之變化，羊膜已與絨毛膜貼近。卵面絨毛，底蜕膜處外，已漸消瘦。臍帶未成螺旋形，其底都有腸突入。

妊娠第三個月末 孕卵之徑，約長十公分。胎長約九公分。體重約五十公分(克)。手指足趾已甚清晰，亦生眼裂。惟男女則尚未能辨別。胎盤已全發育。其他部分之絨毛，均已消失。臍帶亦呈螺旋形，腸已退入腹腔內。

妊娠第四個月末 胎兒身長，約十六公分，體重約一百六十公分(克)。指趾之尖端生爪。皮膚面生有毳毛。胎頭甚大，與胎身之比例，殊不相稱。外生殖器官已充分發育，故能辨別男女。且胎兒能微營運動。

妊娠第五個月末 胎兒身長約二十五公分。體重約三百公分(克)。毳毛之發生更盛。胎動亦漸活潑，母體得感覺之。此時若在腹外聽診，得以聽取胎兒心音。

妊娠第六個月末 胎兒身長約三十公分。體重約六百五十公分(克)。若係男胎，其辜丸仍在腹腔內。

妊娠第七個月末 胎兒身長約三十五公分。體重約一千公分(克)。除掌蹠外，徧體有毳毛叢生。臍膜已消沒。胎兒若於此時產生，因其皮下脂肪之不足，皮膚皺縮，貌若老人。雖能低聲哭泣及微營哺乳運動，但在自然環境之下，常不能生活。倘用精密的人工培養可以生存。

妊娠第八個月末 胎兒身長約四十公分。體重約一千五百公分(克)。面部毳毛已漸脫落。若係男性胎兒，左辜丸已降入陰囊內，皮色紅潤。惟皮下脂肪尚未豐富。若於此時產

胎兒各個月分身長體重計算表

妊娠月數	身 長	體 重
1	$1 \times 1 = 1$ 公分	$1^3 \times 2 = 2$ 公分
2	$2 \times 2 = 4$ 公分	$2^3 \times 2 = 16$ 公分
3	$3 \times 3 = 9$ 公分	$3^3 \times 2 = 54$ 公分
4	$4 \times 4 = 16$ 公分	$4^3 \times 2 = 128$ 公分
5	$5 \times 5 = 25$ 公分	$5^3 \times 2 = 250$ 公分
6	$6 \times 5 = 30$ 公分	$6^3 \times 3 = 648$ 公分
7	$7 \times 5 = 35$ 公分	$7^3 \times 3 = 1029$ 公分
8	$8 \times 5 = 40$ 公分	$8^3 \times 3 = 1536$ 公分
9	$9 \times 5 = 45$ 公分	$9^3 \times 3 = 2189$ 公分
10	$10 \times 5 = 50$ 公分	$10^3 \times 3 = 3000$ 公分

貳 成熟胎兒 成熟胎兒應有之徵候：身長平均數為五十公分，體重平均數為三公斤。

生 理 學 科

生，注意護理，已能生活。

妊娠第九個月末，胎兒身長約四十五公分。體重約二千五百公分（克）。皮下脂肪之發育已甚豐盛。此時產生都能生活。

妊娠十個月末，身長約五十公分。胎重為三公斤（仟克）。毳毛已落盡。如係男性，兩睪丸均入陰囊，具有成熟胎兒之各種特徵。

胎兒各個月分身長體重之計算法，若照上表所示方法計算之，頗為便利。即在第五個月以前，將月數自乘，在第五個月以後，以五乘月數，即得常月分之身長公分數。又先將月數立方，然後在第五個月以前，再以三乘之，在第五個月以後，以三乘之，即得常月分之體重公分數。



肩胛骨約十一公分。肩胛角長約三公分。骨盆闊度約十公分。皮下脂肪已充分發育。故四肢豐滿，皮色紅潤。頭骨密生。長約三公分。肩胛骨亦均發育。眉毛除肩胛與上膊外，餘均脫落。頭骨已硬化。耳與鼻之軟骨，亦可觸知。皮上附有白色厚膩之脂肪。鼻部皮膚因富有皮脂腺，故有多數白色小斑點存在。臍部位於劍突及恥骨縫隙之中央。趾爪長至指端。趾爪則已超過趾尖。男胎胎兒，其睪丸已降入陰囊內。女胎胎兒，則小陰唇已被大陰唇遮蓋。凡成熟胎兒，若無異常，則分娩之後，立即啼哭。四肢活動，眼臉開張。以物接近口腔，即能作吮乳運動。大小便之排泄通暢。體液之調動力亦佳，故腹能閉塞。

成熟胎兒之頭部，乃全身中最大而最硬之部分，分娩之際，兒頭之能否通過骨盆，及在何種狀態之下通過骨盆，與生產之難易，實有莫大關係。故成熟兒頭之構造，及其大小，實有充分認識之必要。

兒頭之構造，由頭蓋骨及顏面骨兩部合成。尤以頭蓋骨為重要。頭蓋骨與成人相同。惟額骨分為二枚，其他則為頂骨兩枚，額骨兩枚，其骨一枚。共七枚。或。各骨由膜狀軟帶鬆鬆聯繫，可以移動，稱為縫合。在兩條以上縫合之交叉處，其裂隙較大，稱為囟門。此種配置，雖為頭骨之發育未臻完全所致，但於分娩上，則因頭蓋骨可於縫合處擴張之故，而使兒頭之體積縮小，實與兒頭通過骨盆時以臨產之便利。且縫合與囟門，可用律表明兒頭在骨盆內之位置。故研究胎產學者，宜有深切之認識。

(一) 縫合種類：

(1) 矢狀縫合 在胎兒頭蓋之中央部。爲兩側頂骨間之縫合。此縫合在助產學上，至爲重要。見分娩機轉節內。

(2) 前額縫合 卽左右前額骨間之縫合。

(3) 冠狀縫合 卽兩頂骨與兩額間之縫合。

(4) 枕縫合 卽三角縫合，在頂骨與枕骨間之縫合。

(5) 顛縫合 在頂骨與顛骨間之縫合。

(二) 函門種類：

(1) 大函門卽前函門 爲矢狀縫合、冠狀縫合、及前額縫合間之菱形體。菱形之前角較長。故可用作前頭所在之指示。

(2) 小函門卽後函門 在矢狀縫合與枕縫合之會合處。呈三角形。在成熟胎兒無間隙。

祇有淺窩耳。

(3) 側函門 在頭部側方。爲顛骨頂骨及枕骨之骨縫處。無甚重要。

(三) 頭部結節 成熟胎兒之頭蓋上面有結節五處如下：

(1) 枕結節卽後頭結節 在枕骨後面，距後函門約二、五公分之處。

(2) 頂結節 卽頂骨中央之凸處。左右各一。

於下：

(3) 額結節 卽兩額骨中央之凸處，左右各一。

(四) 頭部徑線 研究胎兒發育之程度，須測量其頭部之各個徑線。其名稱及部位述之

(1) 縱徑線(卽枕)類徑 爲眉間與枕結節間之距離，平均爲一〇·五公分。

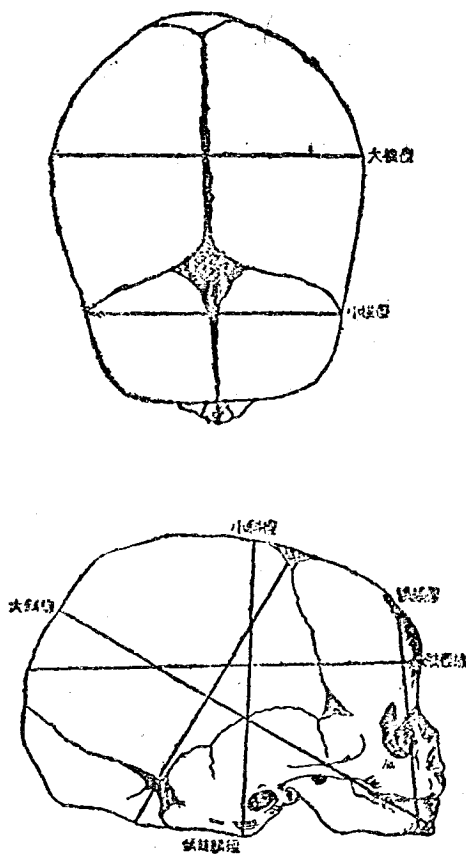


圖-四 兒頭徑線

(2) 大橫徑即雙頂骨徑 爲兩個頂結節間之距離，平均爲九公分。

(3) 小橫徑即雙額徑 爲左右冠狀縫合兩下端之距離，平均爲八公分。

(4) 大斜徑即枕額徑 爲額部尖端至小囑門前之距離，平均爲一二公分。

(5) 小斜徑即枕下前囑徑 爲大囑門與項窩之距離，平均爲九公分。

(6) 額前囑徑 由額與額相連之處起，至前囑門之距離，平均爲九、五公分。

(7) 額額徑 由額頂至額下緣之距離，平均爲九公分。

除以上各直徑線外，尚有周圍徑數條如下：

(1) 頭圍 即繞繞徑線之一周，長約三十三公分。

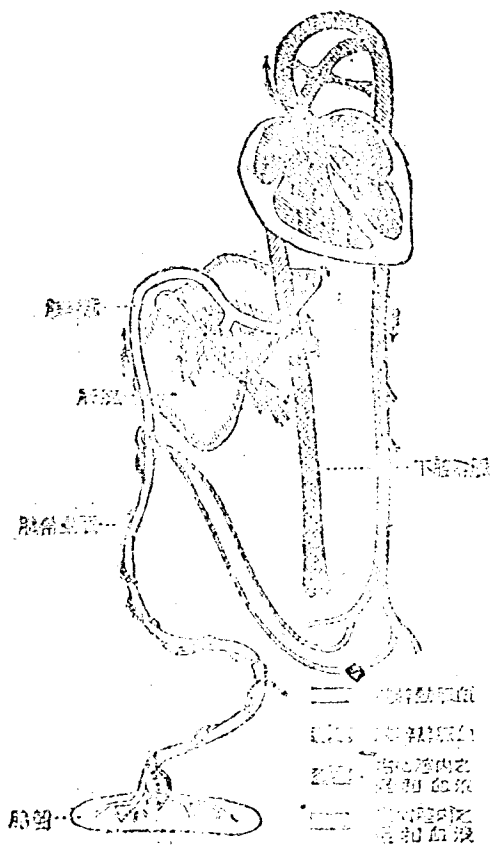
(2) 小斜徑之周圍徑長約三十二公分。

(3) 大斜徑之周圍徑長約三十五公分。

奎 胎血循環 胎兒之血液循環，與成人不同，蓋其肺部既無提淨血液之功用，故無需全部血液之通過。因此其循環系統之構造上，異於成人者有兩點；其一，即在心臟左右耳之間有卵圓孔，所以導血液由右心耳入左心耳，其意義所以避免多量血液降入右心室，而重肺內也。其二，有動脈導管，通聯肺動脈與主動脈，將肺動脈內之血液，分去一部分，送至主動脈，俾入肺之血液，不致過多。

胎兒之血液循環，從臍靜脈說起。其內爲由胎盤而來之潔淨血液。經臍輪，循腹前

壁，至肝臟下面，分作兩枝，一枝入門靜脈，其他二枝，即靜脈導管，入下腔靜脈。由胎盤而來之鮮血，至此已分作兩分。一分入下腔靜脈，一分入肝臟。略加改變，由肝靜脈，仍入下腔靜脈。故下腔靜脈內之血液，實為三種血液之混合物，即一為由靜脈導管而來之純粹鮮血液，二為由肝靜脈而來之改變血液，三為由下肢而來之混雜血液。

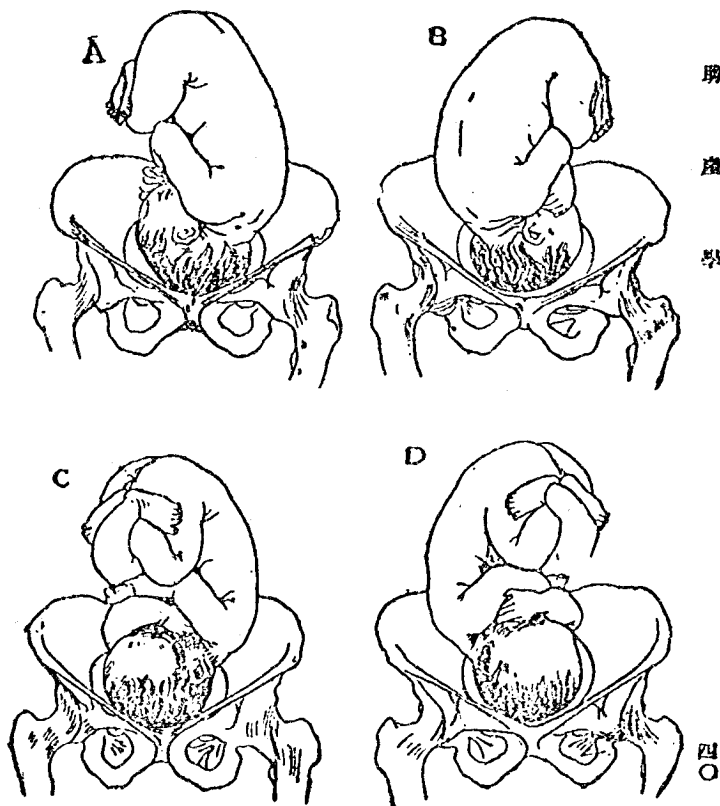


圖一五 胎盤靜脈

此三種混合血液，山下腔靜脈運入右心耳，經環卵圓孔，入左心耳。下左心室，至主動脈。其血液之大部分，至頸動脈，供給胎兒頭部及上肢發育。此部血液，迴至上腔靜脈，入右心耳，下右心室，至肺動脈。自肺呼吸作用，故其血液之大部分，由動脈導管而至主動脈。祇一小部入肺，供給肺之營養而已。此時主動脈內之血液，有兩種來源：其一部分由左心耳而來，其他一部分由動脈導管而來。此混合之血液，即運至全身。至頸動脈處，分枝至頭下動脈，再分為臂動脈，以至臍部。入臍帶為臍帶動脈。回至胎盤，與母血交換以後，仍由靜脈回至胎兒。是為胎血循環。

#### 第四節 胎兒在子宮內之位置方向及姿勢

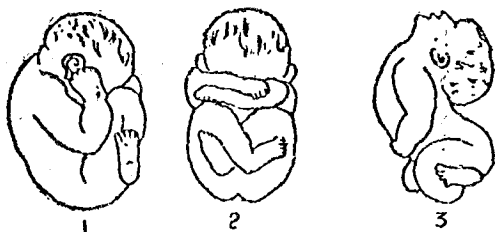
壹 胎位 子宮之縱軸，乃自底部至頸部之軸線，常與人體之縱軸相一致。胎兒之縱軸，乃自兒頭至臀端之軸線。因胎兒在子宮內，可以移動之故。此軸線與子宮縱軸之方向，不能一定，因此而有各種胎位。胎兒之縱軸，若與子宮縱軸相一致者，謂之縱位。其頭部在下方者，謂之頭蓋位。頭蓋上最先下降之一部分，謂之先露部，更因先露部分之不同而區別為枕位、額位、顏面位等。骨盆直之因先露部而得名稱者，有臀位、足位、膝位等。更因兩足，或一足，兩膝，或一膝先露而區別為全足位，不全足位，全膝位，不全膝位。胎兒之縱軸，若與子宮縱軸相交者，謂之橫位，或斜位。



圖一六 胎 位

- A. 枕左後方位 B 枕右後方位  
C. 枕左前方位 D. 枕右前方位

胎位中以縱位爲最多，計占百分之九九·二。橫位占百分之〇·八。縱位之中，又以頭蓋位爲最多，計占百分之九六。骨盆位占百分之四。欲定胎位須至妊娠七個月以後，方有意義，在妊娠前半期，羊水之量較多，胎位時有變易。即在七個月以後，非至先露部固定時，亦有變更胎位之可能。



圖一七 胎勢

1, 2 正規胎勢

3, 異常胎勢

定時，亦有變更胎位之可能。

貳 胎向 胎向云者，乃胎兒背部，向母體何方之謂也。兒背向母體前方者爲第一類。向後方者爲第二類。兒背向母體左方者爲第一胎向，向右方者爲第二胎向。橫位時，兒頭在左方者，爲第一胎向。在右方者爲第二胎向。故若云頭蓋位第一類第一胎向，即知其爲縱位，兒頭在下方，兒背向母體左前方。但此種分類方法易使初學者茫無頭緒。蓋第一第二等序數，頗難引起記憶力也。區別胎位之另一方法，乃以妊婦骨盆之圓周，分作四象限，而依其直立時之方向，分爲左前象限，左後象限，右前象限，與右後象限。定胎位時，以胎兒之先露部，接觸於某一象限上而名之。如頭蓋位之以枕骨爲先露部者，則以枕骨爲指示點。名之爲枕左前，枕右



前，枕左後，枕右後，如此則類名思義，一看便知。在面位時，以頸骨爲指示點。在肩位時，以肩胛骨爲指示點。在肩胛骨位時，以肩胛骨爲指示點。以此法定胎位，實較上法易於明瞭。

**姿 胎勢** 妊娠子宮作橢圓形，其容量原有限度。故胎兒在其內部發育時，其最適宜之姿勢，莫若屈曲作卵圓狀。頸骨接近胸廓，頭取俯勢，脊背彎曲，四肢盤曲於腹前，其全體長度減短一半。甚爲正規胎勢。於正規妊娠之後半期，常屬如此。若至生產時，而不取此種胎勢進行者，卽屬胎勢異常，爲難產原因之一。如手足伸展，頸部上仰等是也。

## 第三章 妊娠

### 第一節 妊娠時期母體各部生理的變化

**壹 子宮體部之變化** 妊娠婦人，其身體上起有若干變化，而以子宮爲最，因胎兒直接在其內部發育故也。子宮之變化，體部最著，頸部次之。茲將其大槪述之於下：

(一)子宮增大 子宮增大之原因，實爲各種構成子宮之組織增大生多所致。如肌纖維之體積增至最大時，至達原有長度之七至十一倍，闊皮之三至五倍。但其纖維數目，並不增多。至於結締組織，則其細胞數量，隨妊娠之時期而增加。子宮增大至孕後，自妊娠以

應用藥 Sulfanilamide 每次量 3-5

後，加長加大。及至末期，其靜脈管之管壁，變為一單層內膜，極易麻縮。蓋以分娩後，胎盤剝離面之血管裂口，得隨子宮之收縮，而即閉鎖，以免失血過多，有傷母體也。子宮內之淋巴組織，亦因妊娠而生多增大，工作旺盛，以備分娩後輸出各種退化組織，俾子宮恢復舊有機能。但若不幸而子宮腔內染有細菌時，則病原菌得隨暢旺之淋巴運移至骨盆內組織及腹膜等處，致成危重之產褥熱症。

(二)子宮軟化 妊娠子宮之軟化，由血管及淋巴組織之生多增大而來，於體部完著。故在妊娠初期三個月時，子宮體部與頸部之間，有一開始變軟之部分，若用雙手作內外診察，即可檢到此種特殊徵候。謂之馬加氏(Hegar)徵候。為診斷早期妊娠之一種徵象。及至妊娠三個月後，因子宮之廣泛軟化，此種徵象，即不復存在。診察早期妊娠之醫師之責任，非助產士之職務。因處置不當容易引起流產故也。

(三)子宮變形 子宮平時之形狀，上大下小，前後略扁，至分娩後，在妊娠初期，其下部之增大，較上部為甚，呈葡萄球形。及至妊娠三個月時，則下部之增大，較上部為大。故其未妊娠時之形狀相反。自此以後，上部逐漸增大，至分娩後，則成葡萄形。此在正常胎後之現象也。若係橫位，則其橫向形之現象，亦甚顯著。總之腹部分形，較為複雜。當引起助產士之注意，可資診斷。

(四)子宮位置 妊娠子宮 在第四個月時，其前位之位置，較後位者，而前位

亦漸減少。至妊娠末期，偏向右腹部。且稍向左方扭轉。故其左側面偏向前方。而右側面退向後方。子宮底在腹腔內之高度，則隨妊娠之日期而異。詳述於後。

### 貳 子宮頸部之變化

(一) 子宮頸部軟化 在妊娠第一個月時，子宮頸之硬度仍與未妊時同。自第二個月起，漸次軟化。至第三四個月時，已普遍的軟化。因浮腫及充血之故，其體積亦增大。

(二) 子宮頸變色 子宮頸及陰道段之黏膜着色。在妊娠數星期時，已漸顯著，其色青赤。其後漸次增加，至妊末期更為著明，幾成紫色。

(三) 子宮頸變位 子宮頸變位，隨子宮體之變位而起。在妊娠初期三個月內，子宮頸隨其體部之前屈而移向後方。其後漸復舊位。至妊末期，又著明向後方移轉。

(四) 子宮頸變化 子宮頸形狀之變化，因初妊或經妊而異。在初妊婦，至妊娠七八個月時，子宮陰道段即漸次縮短。至妊末期，幾不能觸知。此因兒頭下降，壓迫陰道前穹隆所致，並非真正消失也。此時之子宮口，絕對閉鎖。若在經妊婦，雖至妊娠後半期，子宮陰道段並不完全消失。惟其外口則已開放。至妊末期，其內口亦開放。以指探之，即可觸得卵膜。

(五) 子宮頸黏膜之變化 子宮頸管內黏膜，並無脫膜形成。惟因分泌亢進，積蓄多量黏液，封鎖子宮口部。故當分娩之際，子宮口擴張時，此種黏液，即被壓外出，此為分娩

進行之兆。

叁 子宮附屬器之變化 子宮附屬器如卵巢，輸卵管，及繫帶等。因妊娠後充血，其組織變為粗鬆柔軟。在繫帶部因子宮之脹大上升，故亦隨而增長，且有伸展性，所以適應環境之需要也。在卵巢內有妊娠黃體，頗為顯著。

肆 陰道及外生殖器之變化 陰道黏膜，自妊娠後，變為充血柔軟。局部溫度，亦見增高。分泌加多。黏膜而且呈赤藍色。在經產婦，陰門開張，間或有陰道壁下垂者。

外生殖器之皮膚，亦有色素沉着。呈浮腫狀態。靜脈擴張，皮脂腺及汗腺之分泌旺盛。其臀部在三四個月時，已蓄積多量脂肪組織，故呈豐滿狀態。

伍 乳房之變化 乳房自妊娠第二個月起，緊張充血。乳腺組織增殖肥大，呈結節狀。初妊娠之乳房，作半圓形。經妊婦則作懸垂狀。但亦以脂肪組織之多寡而異。

在妊娠早期乳房內可壓出半透明液體，謂之初乳。此種初乳內，有攝取脂肪點之白血球存在。其體積較普通乳球為大，謂之初乳球。其性質略具輕瀉作用，於分娩後數日內，依舊存在。所以助初生兒排除胎便也。初乳內含有多量之血清蛋白質，及各種疾病之病體，故為初生兒良好之食料。廢棄不用，殊為可惜。

乳頭窄隆，其周圍之乳暈呈暗黑色。在乳暈內之小腺脹大顯明。感覺銳敏。乳房內之皮下靜脈擴張。乳頭如有凹陷或平坦者，宜及早矯正之，以備分娩後哺乳之用。

## 陸 其他部分之變化

(一) 神經系之變化 妊娠時有患牙而等處神經痛者，有患齒疳或利阿者，均係神經系之變化也。卽妊娠嘔吐，嘔吐之似爲消化系之疾病，其實亦屬神經系之變化。故其症若不重，妊婦之食慾與營養均無障礙，則僅爲生理的變化。若嘔吐過甚，不受養料時，則屬病理的變化，謂之惡阻。

(二) 消化系之變化 妊娠嘔吐，每起於妊娠第二個月，繼續至三個月，遂漸停止。此種嘔吐，每見於清晨空腹時。其他口腔內之變化，如潰瘍，齒齦炎，齒痛，以及流涎等症，亦屬常見。其變化起於消化道之上部者，爲副交感神經之過敏症狀。若在下部，則爲便通困難，爲交感神經之過敏症狀。胃腸消化力或屬正常，或反增加，或致紊亂者，均屬有之。妊娠之嗜好，有時甚爲特別。嗜食之品，如酸甜食等，因其體內需要而起，可給與之。

(三) 循環系之變化 妊婦之血液，較之平時略起變化。卽白血球數增加，而赤血球與血色素略形低減。下肢靜脈因致妊娠子宮壓迫之故，其血液之回流，不能暢達，因之起鬱血而成下肢或陰部靜脈腫，或起壓迫性浮腫。

妊婦心臟之工作增加百分之廿七。故凡有心臟病者，常顯加重特甚。至於血壓，卽在無病之妊婦，至妊末期亦稍稍增加。

(四)皮膚之變化 妊娠在五六月時，因腹部膨大，其真皮纖維致屈起，斷裂，而成若干紫赤色斷紋。由一條線放散於下腹部，謂之蜘蛛娘線。及至分娩以後，因腹壁之弛緩褪色，此線乃變成白色，謂之舊妊娠線。此種舊線紋，不限於孕婦有之。凡因皮膚之被擴張，曾致纖維層斷裂者，均可留此斑痕，如水腫、肥胖等是也。惟新妊娠線則祇妊婦有之。

妊婦之皮膚因汗液增多而濕潤，至產後期為最甚。其着色處如腹白紋乳頭暈等，為常有現象。其色黃褐，深淺因人而異。至妊娠後半期，在前額眼部及口之周圍，亦有發生黃褐色之斑點者，謂之子宮雀斑。此種因妊娠而起之色素沉着，於分娩即行消退。但常不淨盡，至次回妊娠時，遂再加深。

(五)泌尿系之變化 妊娠時因胎兒之廢料亦須經由母體排出，故妊婦之腎臟，如不甚健全，每因之而發生障礙。且因妊婦子宮壓迫膀胱之故。常有尿意頻數，或排尿不暢之感覺。若妊婦之尿量減少，須注意其有無腎臟病發生。

(六)呼吸腺搏動溫之變化 妊婦因子宮增大上升之故，呼吸常覺迫促，於運動及出力之後尤甚。體溫有較平時略高二三分者。脈搏亦略增加。若以上三種變化，過於著明時，常為心臟或其他疾病之徵。妊婦有時感覺心悸亢進，眩暈昏花，間有衄血。亦有妊娠後反感輕快，毫無變化者。總之妊娠為婦女之健康測驗。若其身體之某一部分有弱點存在時，

妊娠以後，立即暴露。故研究助產學者，必須注意妊娠後之種種變化，何者為生理的，何者屬病理的。早為預防，方不致貽誤。

## 第二節 妊娠之徵象及診斷

妊娠徵象可分為三種。(一)不確徵，(二)疑似徵，(三)確實徵。茲述於下：

(一)不確徵 此種徵象，指生殖器以外身體各部分所起之變化。如消化系之惡心嘔吐，口涎增多，大便秘結。循環系之心悸亢進，胸膈苦悶。泌尿系之尿意頻數，排尿不暢。神經系之頭痛齒痛，精神鬱結等等。此等徵象，並非必由妊娠而起，亦有屬於疾病者。故謂之不確徵。

(二)疑似徵 此種徵象，由生殖器之變化而來。如月經停止，子宮增大，陰部着色，分泌增加。在子宮部位上，或可聽取雜音。乳房起有變化等。此等變化，雖常為妊娠所激起，但間有因疾病而來者，故不能遽認為確實妊娠也。

(三)確實徵 為子宮內確有胎兒存在之徵象。即在觸診上可觸得胎兒之體部。聽診上能聽得胎兒之心音。妊娠自覺或助產士觸得胎兒之運動。惟此種徵象，非至妊娠五個月時，不能完全顯現。故診斷早期妊娠，為困難之工作。在設備完善之醫院中便可用X光照得胎兒之骨骼。助產士如一時不能決定時，祇有監視其經期，令其按時檢驗，俾得確定。

## 第二節 產前檢查

產前檢查，實爲婦嬰衛生中重要事項。蓋對於妊婦之有無異常，可及早發見，妥爲防治。對於胎兒之正規發育，可注意維護，俾臻完善。及分娩期屆，得以順利進行。據產科上之統計，不可避免之難產，祇占全數百分之五。若產前檢查，能普遍施行，則此百分之五之難產，可及早送入醫院，加以合法處理。而其他之九十五分，均得不安經過。助產士無須擔負超越其範圍之工作，實爲最合理之處理。

常爲妊婦作第一次之產前檢查時，助產士若能會同醫師行之，最爲妥當。其檢查之手續，如妊娠之診斷，骨盆之測量，血壓之檢取，身長體重之測驗，小便之檢査等，均爲必要手續。倘能採取血液，以供血球計數，血色素比較，及梅毒反應之試驗，更屬完善。

產前檢查之各種手續，可依照產前記錄表內所列各項，逐一行之。第一步爲問診。由助產士逐項問明，詳細填入，切忌視同具文，滿紙空白，或疾言厲色，盛氣凌人，有失衛生導師之本旨。第二步則爲檢查。其中有若干項目，必須醫師從事者，助產士宜在旁助理之。至於各項檢查之意義及手續，詳述於下。助產士須能明瞭其中真義，始能感得興趣，不致草率了事。

壹 問診 問診中之第一段，爲妊婦丈夫之各項記錄，以及家族之存亡健病。此種記



錄，遺視之似屬無關重要。其管家人中之患有疾病，如梅毒、結核等症，均能影響母子之健康。而丈夫職業與家庭經濟之關係，實為妊婦生活良否之重要原因。其次則為妊婦之既往症，其主要者如梅毒、結核、心臟病、腎臟病、外傷及手術等。其他如有出血、肥胖、以及精神異常等之傾向性者，亦宜注意及之。蓋此等疾病。於生產時常致加重或復發，或妨礙分娩之進行，或致母兒於死亡。再次則以月經史、妊娠史。此等記錄，所以研究妊婦內生殖器發育之狀態，與本屆妊娠之時期，以及已往生產之正常與否，藉以測知分娩時之是否順利。至於妊娠症狀之必須詳細記錄，自屬更為重要。如妊婦之有頭痛、眼花、浮腫等症候者，常為血中毒之先兆。有流血症候者，為異常妊娠之先兆。有浮腫症候者，有心臟病、腎臟病、脾氣滿之可疑。此等先兆，如不及時注意，當致演成不可挽救之悲劇。如子癲猝發，前置胎盤之大出血，或生產時因心臟障礙而忽發氣絕等是也。故從事助產工作，而不注意於產前檢查，即不能為盡責之助產士。

貳 產期之預計 婦人自受孕之日起，約歷二百八十日始生產。故產期之預計，以二百八十日為標準。若以四星期為一個月計之，則為十個月。謂之妊娠月。但受孕之日期，即妊婦自身亦不能明斷。故普通都以末次月經起算。其計算法，取末次行經之日期，從其月次倒推三個月，所得月次為產期月次，再加七百日次作為產期日次，譬如某妊婦之末次行經為七月十五日，從七月倒推三個月，則為四月。十五日加七日，則為三十二日。

故其產期當爲翌年四月二十二日。又如末次行經爲一月一日，則從一月倒推三個月爲十月，一月加七日爲八月，故其產期當爲同年十月八日。

預算產期時，必須注意末次行經之日期，陽曆抑爲陰曆。蓋多數妊婦，祇知陰曆，於鄉間尤然。如妊婦之末次行經，自訴係陰曆月日者，計算時須在陽曆對照表改爲陽曆月日較爲妥當。至於產期之其他預計法，有以自覺胎動之日起算，加二十星期者，未必確當，常不採用。

參 身長體重及血壓之檢取 身長以公分爲單位。使妊婦去鞋並跣直立，背貼近垂直之尺上。助產士執一曲尺或三角板，直對妊婦頭頂，一邊密切尺上，一邊密接頭頂。板與尺相接處之敘，卽爲妊婦之身長數。

體重以公斤爲單位。因秤之單位不同，檢得之數，亦有不同。如所用爲英秤，單位爲磅者，則檢得之磅數除以二·二，卽可化爲公斤數。

血壓之檢查特爲重要，因妊婦如血壓過高，每爲循環系或泌尿系起病變之現象。而各種病變在妊娠期間發生，常爲子癩症之誘因。故產前檢查，無論初診複診，必須仔細檢查血壓，以再預防。其檢查方法如下：

(一)在檢查之前，必須將血壓計檢閱一次。卽水銀柱內有無氣泡存在。在未檢以前，水銀柱端應在零度之處。

(二) 安慰妊婦，告以檢查血壓之意義與重要。不使因疑懼而起反應，以致心悸亢進，不能準確。

(三) 請妊婦解除一衣袖，左右均可。如在無保温裝置之室內，須將衣服裝緊，其除下之衣袖，自後向前，蓋於肩頭，以防受涼。妊婦坐於椅，置其臂於棹上，手心向上。

(四) 施術者即將血壓計之臂套，鬆鬆裹於臂部肘節之上方。綁裹時必須平均，其下緣適在肘窩之上。

(五) 開放血壓計水銀柱上之活塞。或在開始檢閱時，即行開放之。切勿忘記開放，以致使用不靈。

(六) 將聽診器置於肘窩二頭肌腱之中間。適當肘動脈之分歧處。

(七) 乃將右手施緊橡皮球上之活塞，然後擠空氣入臂套內，至水銀柱上升約至一三〇度處時，即停止再擠。而細聽有無脈搏音之發生。如已聽到，則再擠空氣入內，至聽不到為度。

(八) 然後輕輕開放橡皮球上活塞之一小部分，使空氣稍稍流出，同時即注意聽取脈搏音之發聲。目光注視水銀柱之下降，聽則清晰尖銳之「的答」音時，即注意水銀柱之高度為何數，此為心縮期之血壓數。

(九) 自後即聽得柔軟之「嗚」音。繼則轉成高而清晰之打鐘音。再轉成爲濁而悶軟之音。

後以  
加  
華  
花  
開  
加  
加  
加

在後一種轉變之際，再注意水銀柱之高度，即爲心弛期之血壓數。以後即無聲可聽。  
(十) 檢查血壓須準確，如有懷疑，可反嘗試之。或請醫師復檢之。檢完後，收檢血壓計時，須注意旋緊水銀柱上螺絲，以防水銀倒出，然後放好。

我國正常成人之血壓，心縮期約爲一百三十左右，心弛期爲七十至八十，其間距離約爲四十。妊婦之血壓，若超過一百三十及八十以上時，應加注意。爲便於初學起見，亦有以聽到第一聲之度數爲心縮期血壓，而以最後一聲爲心弛期血壓者。雖不能十分準確，但亦不妨採用之。

肆 視診 視診時所應注意之點：(一) 全身狀態，如營養，身材高矮，有無畸形，於脊柱骨盆大腿等處，更爲重要。(二) 腹部狀態，如大小，形狀，臍窩之平坦或突出，腹部有無下垂，腹白紋及妊娠線之有無着色，以及胎動等。此項視診可與觸診同時行之。(三) 乳房狀態，如大小形狀，乳頭之凹突，初乳之有無等。此項視診，可以解除衣服，檢取血壓時行之。(四) 注意妊婦其他各部狀態，如皮膚着色有無痔瘡及浮腫之存在等。

伍 觸診 觸診在產前檢查時，須先施行於腹部，爲檢查手續上最重要之一部分。其目的在診查子宮之大小軟硬，胎兒之位置，前進部之狀況，以及羊水之多寡等事項。

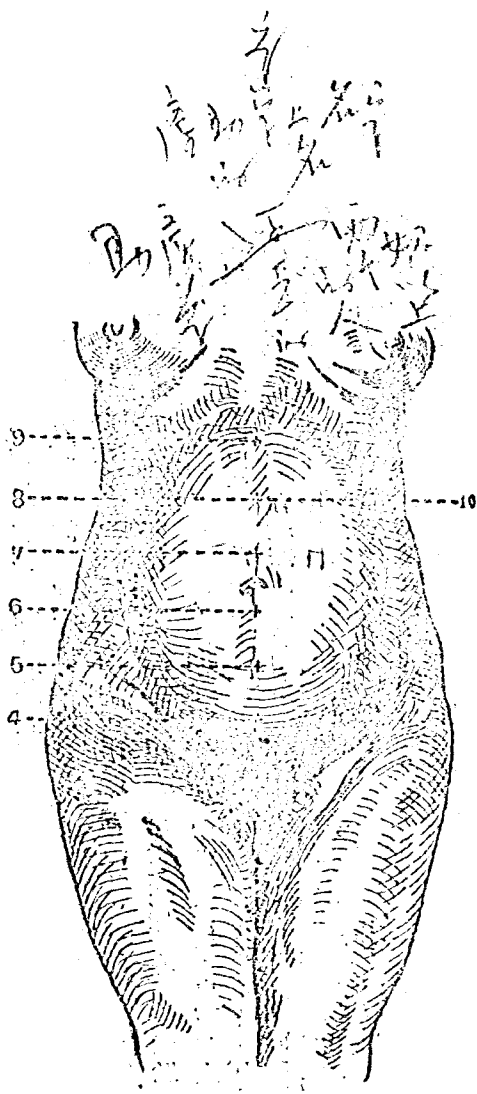
施行觸診時之準備，妊婦必先排尿。所排之尿，宜留於潔淨便器內，以備檢查之用。乃鬆解其衣裳，使之仰臥於診察床上。膝股兩關節略爲屈曲，同時與妊婦作友誼的談話，

以減少其注意，不致使腹肌緊張。在天氣寒冷時，施術者須預先溫暖其手，以免接觸時因冷感而誘起子宮收縮。如已起收縮者，即當停止診察，待其弛緩而再行之。準前既妥，然後按照規定步驟，逐一診查。務須練到輕靈敏捷，勿使妊婦疑忌，勿使腹部久露。如無保護裝置之處，宜於腹外覆以布片而行之。總之，須以同情體貼之心，對待妊婦。並為之解釋此種檢查之意義，則自能獲得妊婦之信仰與合作也。若加之以疾言厲色，隨之以拒人千里以外之態度，實非負有衛生教育使命之助產士所應有。且於助產事業之前途，個人職業之希望，均將受到重大打擊。

觸診之施行，由學理上言之，宜於妊娠四個月以後，方為適當。蓋妊娠子宮，在四個月以後，方上升出小骨盆也。但事實上經驗豐富之產科醫師，每能於更早期間，觸知妊娠子宮之存在。故研究助產學者，遇有機會，無論其妊娠時期之如何，必須施行觸診。一則藉以練習手指之觸覺，再則檢查手續，原屬不厭求詳。而妊娠時期妊婦自身亦未必十分明瞭也。茲將觸診上所應注意之各點述之於下：

(一)子宮底之高度 子宮底自妊娠第三個月末已越過恥骨上緣，至第四個月末即由小骨盆升入腹腔內。其底部在恥骨縫合上緣上四指橫徑之處，可由腹壁觸知之。至第五個月末，子宮底之高度，在臍下二指橫徑之處。第六個月末，適與臍平。第七個月末，在臍上二三指橫徑處。第八個月末，在臍與劍狀突起之間。第九個月末，達劍突下二三指橫

徑處。其側方達肋骨弓。此為妊娠子宮在腹腔內之最高點。以後即重復下降。至第十個月，又降至臍與劍突之中間，與第八個月時相同。惟若不同之點，則心窩部之皮膚發鬆，易於壓入，且臍窩凸出。若在初產婦，則是月時之兒頭，已固定於骨盆上口。而在第八個月時，仍能移動。



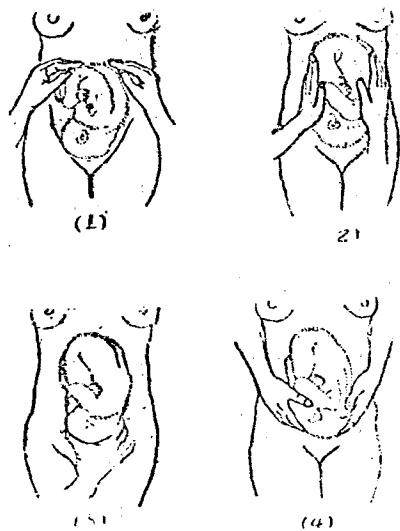
圖一八 妊娠子宮在腹腔上之位置  
數字表示妊娠月數

(二)胎兒各部分之徵象 子宮內之胎兒，爲診察時便利起見，可分作大小兩部分。胎兒之頭臀及背，稱爲大部分。其四肢稱爲小部分。頭作球形，其硬度在身體各部中最著。由狹窄之頸部，聯於軀幹。以指壓之，有若球之浮游於水中者然，是謂浮球之感。臀部之硬度，不及頭部著明，其形略闊而不圓整，亦無狹小之頸部，且浮球之感，亦不著明。背部之徵象，係廣大彎曲，有平行的抵抗力。此其各大部分之區別也。至於小部分之感覺，爲結節狀或棒狀小物體，有移動性。有時且有衝突的動作。

(三)觸診之方式 凡施行觸診時，必須依照觸診方式，逐步從事，方不致零亂草率，致人嫌惡，而於所欲知之事項，始得明瞭。觸診方式之常用者爲四段診察法，述之於下：

第一段診察法 檢查子宮底在腹壁之高度，及子宮底部所存在者爲胎兒何部。診察時助產士在妊婦之左側。而對而立。以兩手掌平置於腹部之兩側，自下向上，即或有硬固之子宮存在。及至子宮底部，此種抵抗性的感覺，立時消失，雙手可以壓入腹壁內，此處即子宮底之高度。乃以恥骨縫際臍部及劍突三點爲標識，而記其高度，接近何點，即言某點之上或下幾指橫徑處。但人之臍部，其高低並無精確之定位。故此種測計，不過爲事實上及記錄上之便利而已。其次即將兩手在子宮底部相向而輕壓之，即可覺得其內部之兒體無寬闊之臀部，抑爲有浮球感之頭部，或不整形之小部分矣。

第二段診察法 其目的在查知胎兒背部及四肢的所在。同時檢查子宮體之形狀與硬度



圖一九 四段診察法

以及羊水之多寡。其方法，即以右手掌面，密貼腹壁兩側，自子宮底部漸次移向頸部，兩手交互壓迫，若係縱位則一手可感覺廣闊而有抵抗力之背部，而他手即感覺不整形之小部分。同時子宮壁之硬度，羊水之多少，亦可測知矣。

第三段診察法 其目的在檢查胎兒先進部之形狀，大小，硬度，以及移動性等。所謂先進部者，即胎兒接合處，即胎兒接合處，即胎兒接合處。其方法即將右手之拇指，及其他四指，充分開展，置於恥骨縫合上。試握先進部於拇指及四指之間。如是即可感覺其大小形狀硬度及移動性之如何。惟此段診察法，如先進部已深入骨盆內者，即不易檢得。故必須以第四段診察法補充之。

第四段診察法 其目的在檢查先進部下降之程度，及更詳細研究其大小硬度而確定為何部也。其方法，助產士須變更位置，而產婦足端，以兩手指尖在髂骨前上棘與恥骨縫合之間，沿骨盆側壁壓入骨盆內，此時能觸得先進部之狀況，與下降之程度。但此法必須



於腹壁弛緩時行之。除上述四段診察法外，尚有第五段診察法，以得胎兒之額及頂而斷定其入盆之程度者。此法行之不易，助產士不必深究之。

以上四段診察法，於產前檢查時，至為重要。故助產士必須記憶清楚，小心從事。當檢查之際，自一至四，逐步行之。切勿隨意顛倒。一面施一檢查，一面須記其結果。以備填入記錄表內，同時對於妊婦，仍宜和顏悅色，與之作友誼的談話，以減少其緊張與恐懼。並為之說明一切，以增進其知識。此種工作初習時，雖似五官同股，同時並用，感覺困難，但熟練之後，即覺行所無事矣。

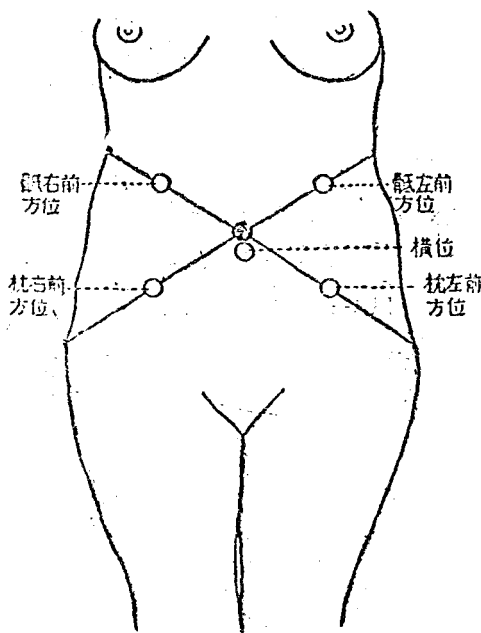
陸 聽診 腹部聽診，常用間接聽診法。即用聽診器以聽取之。若有困難，可用直接聽診法。即以一布片覆於腹上，用耳廓輕貼腹壁，而聽取之。聽診器之種類，有兩耳聽診器及管狀聽診器兩種。在助產工作上，以管狀者為佳。蓋其聲音更為清晰。惟各人所好，均以習慣而異。故助產士宜採取一種所認為適意者，始能用之，不可強能生巧也。

施行聽診時，務須四周寂靜，不為他種聲音所擾亂。置聽診器於腹壁之適當部位上。如係管狀者，即將握持之手搖放開，僅以耳與腹壁支持之。乃則心聽取其內部之聲音。如係兩耳者，僅以一二指支持其交叉點上。如此則可免卻外來聲音之擾亂。

聽診時所得之聲音，計有數種。由胎兒所發者，為胎兒心音，胎動音，臍帶雜音等。尤以胎兒心音最關重要。由母體所發者，為子宮雜音，腹部大動脈搏動音，腸胃雜音等，

其中除子宮雜音外，於助產學上無關重要。茲述其大概如下：

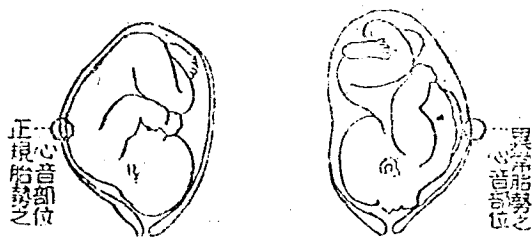
(一)胎兒心音 其性質極似時錶之音。其數目 分自一百二十至一百六十次。平均為一百四十次。但亦以胎兒之運動，母體之發熱而增加。或以子宮之收縮而減少。此種心音，須在妊娠五個月以後，方能測得。至第六個月，始能十分清晰。若至生產時而心音次數起變化者，如數目增加過



圖二〇 各種胎位胎兒心音在母部之位置

一百六十次以上，或減少至一百次以下，即為胎兒陷於危險之預兆。

胎兒心音最清晰之部位，在胎兒之前胸或後背。若此等部位，貼近子宮側壁者，則聽之甚易。反之，則較為困難。故心音之容易聽得與否，及在腹壁之何處聽得，均有助於胎位之診斷。茲將頭位及骨盆位胎兒，



圖二一 胎兒心音部位

在各種胎位時，腹部所聽到心音之部位，繪圖以明之。惟妊娠七個月以前，胎兒位置，時有變化，故其心音之位置，亦難一定。

頭蓋位胎兒之心音，其聽取之部位，常在臍棘線之中央附近處。所謂臍棘線者，即自臍至肋骨前上棘聯結之假想線。若係骨盆端位之胎兒，則其聽取心音之部位，宜在臍棘線之對方延長線上。即為臍部左右稍上方之兩側。若為橫位，則在臍之兩旁。

(一)胎動音 係胎兒四肢在子宮內打撲或衝突所發之音。聽診上，有如叩戶之音。此等聲音之發現，較心音為早。在腹壁上無固定之位置。及至七個月以後，當在小部分所在處聽得之。

(二)臍帶雜音 僅在臍帶血行有障礙時，如纏絡壓迫結節等，方能聽到。其次與心音相同，其聽得之時期，

亦在五個月以後。

(四)子宮雜音 乃子宮壁內動脈管所發之血流音。與母體之脈搏相一致。起於妊娠第

四個月。至子宮升入大骨盆後，始能聽取之。通常在母腹之左方，較為明晰。因妊娠子宮多向左方扭轉之故。若聽診時以聽診器強壓腹壁，更難聽得。有時此種雜音甚強，致使胎兒心音，不易聽取。

(五) 腹部大動脈雜音 此乃腹部大動脈音，頗為明晰而整齊，與妊娠脈搏相一致。在下腹之中央，最為著明，有時誤認為胎兒心音。故施行聽診時，必以一手按住妊娠脈搏，以聽得聲音之次數，是否與脈搏一致，而辨別母體所發之音，或胎兒所發之音。蓋有心臟病之妊娠，有時其腹部大動脈音之次數較多，頗似胎兒心音也。

(六) 腸管雜音 乃腸管內氣體移動之音。此種聲音，甚易辨別，無何重要。

槓 計測診 計測診所應舉行者，即腹圍之大小。以軟性帶尺，於妊娠仰臥位時，圍繞其臍部之一周，而計其數目。通常以公分為單位。其次乃測其骨盆周圍徑。至於骨盆各部徑線之長度，及其測量方法，已見前述。此種測計，宜於觸診及聽診之前或後舉行之。則妊娠可在檢查桌上，一次完畢。不致再起再臥，致生嫌惡。

槓 雙手內外診察法 雙手內外診察，係檢查外陰部，陰道，子宮頸，及子宮與其內容物之狀態時用之。此種檢查，原屬醫師之職責，於妊娠之期有異常時行之。故在正規妊娠中，並不常用，無須填錄。

玖 小便檢驗 小便檢驗在產前檢查中，實為重要工作。因妊娠腎臟常於妊娠以後，

引起病變故也。檢查妊婦小便之最要者，為小便內有無蛋白質存在。其次則為糖質，及其他種種。助產士對於化驗上之技能，至低限度，須能運用蛋白質之試驗法。且須每個妊婦，於施行產前檢查時，即行從事，以防事後混淆。且可將其結果，即通知妊婦。並告以飲食之如何選擇，衛生方面之如何注意。

檢驗小便之預備，宜有潔淨便盆以盛小便，並取試驗用玻璃管一個，用較長吸管吸取小便約五公撮，置於所備波管內，送至化驗處試驗之。專畢以後，置波管於消毒液內，洗淨便盆，還歸原處。

拾 血液檢查 在理想的產前檢查中，每個妊婦，必須檢查血液。除血球計數與血色素之比例外，尤當注意於梅毒反應之試驗。蓋梅毒常由母體染及胎兒，以致中途死亡，而引產流產。即或生存，亦成先天佳兒。其骨格及精神上之發育，均失常態，以致不能自給，胎前社會。妊婦若能在妊娠最早期間，施行血液檢查，如坊有梅毒者，加以梅毒療法，則非但可以保全小兒之生命與健康，且對於母體之治愈機會，必較去妊娠時為多。故當產前檢查之際，倘能完成此項檢查，實有無上之意義。所困難者，各地民智未開，採取血液，常不為妊婦所歡迎，所望助產士於工作之際，婉言勸諭，隨之以至誠，設之以利害，常有成功之一日。

採取血液以供梅毒反應試驗之用，助產士可以執行之，惟對於各項消毒，須充分注

意。其方法，先將五公撮以上容量之注射器，施行煮沸消毒，並備已消毒之玻璃管一個，酒精濕潤之棉球數枚，預備與棉花簽，以及止血橡皮管一條。以上各物，可置於一盤內。取血手續，令妊婦坐於桌旁，露出前臂至肘節上方，以橡皮帶緊束上臂部，使靜脈管內之血運路受阻滯，俾靜脈管緊張，針尖容易刺入。趁術者消毒手時，塗藥劑於妊婦之肘節內面，再用酒精棉球擦去之。乃用右手執針，左手食指摸得靜脈管之所在，再用酒精消毒，乃將針尖刺入，先破皮膚，再刺入靜脈內。如能進入，即見針筒內有血液溢出。然後輕抽之，至五公撮時，先放束帶，再拔出針頭以酒精棉球蓋於針眼上，而屈其肘關節。如是則靜脈管上之穿孔，立即閉鎖，可無內出血之患。所抽之血液，須立即輕輕聊入玻璃管內而斜置之，以待其凝結。用過之注射器，須先用冷水洗滌，然後煮沸收貯之。已貯血液之管，應即貼附姓名及掛號之號數紙條。填就檢驗單求單，送至化驗室，或交與經管人。

拾壹 檢查乳房 宜於臨診之前或後行之，以省卻多次解開衣服之麻煩。凡乳房之大小，形狀，以及乳頭之有無異常，均宜注意。如遇凹陷之乳頭，應教妊婦用油類塗抹輕輕引出之。庶於生產後不致發生哺乳困難，且可避免乳頭裂隙而引起乳腺炎。

綜合以上所述產前檢查之各種項目，其手續與時間，均占相當數目，故在產婦較多之產院內，宜有數個檢查室。每室由助產士一人主持。妊婦掛號以後，即導之入室，由助產士先行問診，檢取其長體重，然後檢查血壓，乃導往小便處，留取小便檢查之，一一填入

記錄單內。再令其仰臥於診察床上，施行觸診、聽診、及計測診，隨時填入單內。如有懷疑，即請醫師或指導員重行診察之。當施行檢查時，助產士必須以輕靈敏捷之手腕，親愛和平之態度，逐一行之。同時並將其所得結果與意義告知妊婦，指導妊婦衛生法之要點。最後與之約定下次來診之日期。乃以友誼的情緒，送之出門。俾其對於產前檢查，不致視為異途，方為盡責。

產院中有將產婦之檢查，分作數部，歸數人主持者。如一人專司問診，一人專查血壓，推而至於檢驗小便，施行計測，分工合作，各司其事。此種方法，頗不妥當。因各人專注意於一部分之狀態，未能將整個產婦，通體觀察。且產婦對於檢查人員，時時更換，難得引起感情，發生友誼。

產前檢查次數，在妊婦六個月內，宜每月一次。七個月至九個月每兩星期一次。至第十個月，每星期一次。共為十三次。在民智未開之處，妊婦視產前檢查為無關重要，不願按時而至。主其事者，宜運用各種方法，以引其注意，如約定日期，書面催促，家庭訪視等，均可試行之，務求達到目的。

#### 第四節 妊娠衛生及處理法

妊娠乃生理之變化而非疾病。但若妊婦身體之某部分，原有病變或不甚健康者，則常

因妊娠而誘起疾病。故妊娠之攝生法，實為婦嬰保健工作中之重要部分。茲將妊娠生活上所當注意者，略述於下。

壹 飲食 飲食可隨妊婦日常之習慣，而選擇其有益者與之。不必特加改變。惟有刺激性之食品，如芥子、胡椒等芳香辛辣之品，及酒精過多之飲料，或不易消化之食物，均宜加以節制。若妊婦平素有嗜癖者，可勸其減少，而不必完全禁絕，以致失卻食慾。妊婦對於糖質之消化力，最為薄弱，故甜膩食品，宜有節制。食鹽亦不當過量，因其能引起浮腫故也。至於多量蛋白質，有刺激腎臟之可能。故妊婦以多食蔬菜，少進肉類為宜。食物之量，亦以較少為上。飲料於妊娠前半期時，可以適量攝取，至後半期宜有節制，以防誘起浮腫。各種維生素為妊婦不可或缺之食品，亦為最妥善之補劑。且維生素戊為促進生殖機能之特效品。故妊娠食品之支配，宜根據飲食學原理，妥為選擇，不特有關於妊婦之健康，且亦有關於胎兒之發育。蓋人類之永久齒，在母腹內六個月時，已開始生長。若妊婦食料內缺乏鈣鹽類之供給，則胎兒之骨骼與牙齒，均將受其影響。及其長成，而思補救，已失時機矣。食品中之富於鈣鹽類者，莫如牛乳、菠菜，故此二者，為妊娠最適宜之食品。

常妊吐酸作嘔之際，食物更宜清淡，且以少量為上。食後宜靜臥片刻。晨餐可於床上進之。每可減少嘔吐之發作。若施行此種處置以後，不見輕減，反而加重，經時過久而不愈者，則係病理的變化。宜勸之就醫診治，方為妥當。



戒便通 妊婦常有便秘之傾向，於妊娠前半期尤著，因之惡心嘔吐之症候，每多增劇，宜及早處理之。如早晚進以滾開水，多與青菜及水果，或用糙米造飯，麥粉改粥，利用植物纖維素之刺激腸壁，促進蠕動，而引起便通。其次則養成按時如廁之習慣，並教以平心靜氣，徐待便通之方法，自能收效。若以上各法，未能立效，而便秘已經多日者，則可用油類或石鹼水爲之灌腸。惟此種機械的便通法，祇可偶一爲之。若積慮過重，必致養成習慣。至於下劑，則妊娠期間，既有少數藥物，可以應用。如美鼠李皮流膏等，其性烈性之瀉藥，有下胎之危險，故非極醫師指定，不宜隨意給與。

差 排尿 妊婦每起排尿不暢之症候，其原因大都由妊娠子宮之壓迫膀胱而起。若尿量減少，則由腎臟之已起病變而來。助產士宜告知妊婦，如感尿急，必須備爲排泄，切勿忍耐，致小便滯留於膀胱內。並宜勤之較期檢驗，以資預防。

肆 衣服 妊婦衣服之式樣，固無一定，惟以不緊束體部爲原則。如袴帶裙帶，能懸在肩上，最爲妥善。鞋帶襪帶，如束之過緊，足以阻滯血液之運行，故以不用絲緊帶爲上。妊婦用腹帶之方法，必須將妊娠子宮自下向上托起，切忌自上向下壓迫。在臍部以上，必須放鬆，庶無壓力，以備子宮之向上增長。其應用時期，須在經產婦之妊娠後半期。妊婦乳房，如因發育過度而成不適時，亦宜以適當之乳帶托之，以資舒適，且免毀傷其內部之組織。

妊婦之鞋，不宜高跟者，因其有妨身體之委勞，而使妊婦有腹壓背痛之虞也。蓋妊婦因其腹部之大之故，常使其軀幹突向前方，局部移而為方，而頸部不得不向上方牽引，以資平衡。若再用以高跟之鞋，則此種變態，著為增進，因之腰部彎曲更甚，而起痛感，腹部亦有重垂之患。故助產士宜以此為注意，告知妊婦，勸其於妊娠期間，勿着高跟草履，實為重要。

伍 清潔 妊婦皮膚之勇用，較常人為尤適，故清潔處理，必須特加注意，以保存其排泄器之作用。且妊婦皮膚常分泌多量汗液，夜亦宜注意其寒熱。清潔皮膚之方法，莫如沐浴。妊娠沐浴，每日一次，最為適宜。惟浴後須溫浴適中，切勿過冷過熱。就浴時間，亦須短少。長時間之熱浴，易致小產。如浴後感疲倦，可就床臥，以資休息。在分娩期之前一個月內，宜避免盆浴，以防水入陰道，而引起傳染。宜以沖洗或擦身法代之。妊娠中陰部之分泌物每增進，每日可用微溫水洗滌外陰部。至於陰道灌洗，非由醫師主持切勿行之。因其有引起小產及傳染細菌之可能也。

陸 乳房 乳房須預作準備為將來哺乳之用。女孩自生後即宜注意保護，勿穿緊着衣服，致成發育不良。當妊娠以後，乳頭如有凹陷者，宜設法引出之。乳頭皮膚之柔嫩者，宜按時以油類抹擦之，使其堅實。蓋柔軟之皮膚，一經吮吸，常致破裂，而成乳頭糜爛。若不幸而有細菌侵入，即成苦痛之乳腺炎症。以致乳腺失卻功用者有之，因傳染而妨他種

病變者有之。爲助產士者，不可不專先加以注意也。

策 運動 妊婦之運動，以柔和者爲適宜。在新鮮空氣之中，適當溫度之時，略事運動，常可增進食慾，調節便通，使精神愉快，身體爽適。惟劇烈之運動，如登山、舞踏、乘馬、擊球等，均宜避免之。至於負擔與舉重，或作長途旅行，均足招致流產。而長時間之坐立工作，如縫紉、洗濯、曝曬等事，亦非所宜。於妊末期尤然。故各國法律，在婦女生產期間，有規定六星期至八星期之例假者，卽此意也。

捌 其他 妊婦中之性交，每易引起流產或早產，於妊娠四個月前，及妊末期尤然。且若因性交而致作產，常起產褥熱症，宜注意及之。

妊婦之精神，宜常使和平愉快，且有充分休息，凡熱鬧場所，如劇場會所衆人磨集之地，均不宜參加。一方面爲避免精神上之刺激，而他方面亦所以預防傳染病之感染。

吾國舊說，注重胎教。卽西方各國，亦謂聖賢之產生，必爲其母於妊娠時特加注意者。此種傳說，雖未經科學家之證實，但妊婦若能怡養天和，常感愉快，卽爲自身計，亦有絕大益處。

妊娠期間，如有須施行外科手術者，若非絕對必要時，可俟分娩後行之，較爲妥當。以上所述妊婦攝生法，助產士宜明瞭其意義所在，於接觸妊婦時，詳爲講解。詞令必須清切有味，態度必須誠懇和平，循循善誘，斯爲盡責。

## 第五節 產前訪視

助產士工作之範圍，在昔日祇注意於接生時之技術而已。自近世醫學趨勢注重於預防工作以來，助產事業，亦擴而至於婦孺衛生之全部。即於產婦方面，自妊娠發現之時起至產後四十日止，而於兒童方面，則以一週歲爲止。倘工作之地無護士在同一領域內分工合作者，則助產士更宜延長其保健責任，直至兒童入學爲止。

產前檢查之技術及次數，前已述之。所以凡在助產士之工作領域內，發現一已經妊娠之婦女，即當設法使之受到相當的保健處置，如上面所述者。設或妊娠因常識缺乏，不願接受此種檢查與指導者，宜再三反覆與以友誼的訪問，一次不效，而再而三，務祈達到目的而後已。倘已經查過一次，而下次不來者，亦當用種種方法，促其記憶下屆檢查之日期。如檢查日曆之給與，使之懸掛室內，或於期前三數日，寄一明信片，以促其注意等事。倘均不效，則助產士即當親自訪問，加以勸誘，斯爲盡職。倘或因民衆智識之不足，未能誠意接受，即感煩惱，悄然引退，是爲毅力不足之表示。或者因妊娠無知之舉動，即以敵意相加，悻悻不樂，諱其無識，絕跡不往，是爲缺乏涵養之美德。此種舉動，均非助產士所宜有。蓋助產士之對象爲全民族，而非個人。助產士之工作，爲推進民族的健康，而非與個人作買賣。明乎此，則一切困難，自然解決，而事業前途，亦有無窮希望。

孕 婦 保 健 表

時期	事項	應注意而進行的	警語衛生危險
月	經	婦女如月經素日正常，一旦停止，即有懷孕之可疑，須即就醫診斷，是否受孕。	不知受孕，則易忽略孕期衛生而致病。或求診於醫式醫藥或墮生，均於生產前途大有危險。
	臨	月經逾期不見，即當請診於產科專家，以待其診斷，聽其指揮。	如產後之不理，或墮生，均於肺癆、心病、花柳病、均於孕婦及胎兒生命有危險。
延	全身	如斷明受孕，即須戒菸，戒酒，戒食辛辣，全身，自無病狀，庶否任其繼續懷孕，而不覺盆骨大小，是否正當。盆骨狹窄者，須十分聽從醫生指示，勤醫診，胎兒與盆骨大小之比例，以資參考。	盆骨狹窄，嬰兒不能齊出，必成難產，嬰兒孕婦之生命均極危險。
	骨測	陰道檢查，為診查婦女疾病之唯一方法，不可以暫而隔阻，但陰道檢查，必須專人施行之。	如患盆骨狹窄，或陰道出血，除專醫外，不能任他人隨意檢查陰道。
	陰檢	小便含蛋白質，或糖質，均為疾病之徵象，須預先驗明白，設法尿治。	如患路不治，或產後有身體、頭痛、眼花、失眠、精神不振、或常現劇烈病變，如昏厥、抽風、對孕婦均極危險。
初	小化	小化	小化
	血檢	血檢	血檢
產	產	產	產

妊娠週期

我約二百八十八日左右，自末次月經來之日算起，約三個月，再算上十五日，即為月經之各週期，例如本年八月十五日，月經五日，以後再不復現，則自八月十五日倒推三個月為五月十五日，如加七十日，即五月二十五日，因而預定之分娩期為明年五月二十五日左右。

不知預定之分娩期，則無從預備一切，隨時愈促，定多危險。

孕期中診視

次數

孕期中須就醫診視，以防不測。至為重要，切勿忽視，自第一至第五個月診視一次，第七、八兩個月，每兩週診視一次，三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

孕期中難產發生，無從防範，倘害孕婦及嬰兒之生命。

危險症

嘔吐過度，面色發青，昏厥抽風，胎兒過大，羊水過多，或位不正，陰門即須立刻剖產，或產後失血，腹部忽膨，即須立刻剖產，或產後失血，腹部忽膨，即須立刻剖產。

否則，產後困難，易生危險。

產式

產式通常為頭向下，此為正常之注意，或為反式，或為橫式，或為斜式，或為不測之患。

反常產式，如不矯正，臨盆必難。

飲食	儘可任意採取，惟不宜多食肉類，宜常食菜蔬水果，多飲水，烟酒及其他刺激性之食物均禁絕。	多食肉類有害心腎，
衣服	須鬆勁舒適，溫暖合宜。	衣服太緊，則血液循環不暢，未少即易受寒。
睡眠	每日至少須睡八小時外，宜在午後小睡一二小時，至孕期末月，尤須少動，以資休息。	睡眠或休息不足，有礙孕婦之精神及胎兒之生長。
沐浴	在孕期之前六個月，每日用溫水沐浴一次，末三月只宜擦身，不宜盆浴，切勿在孕期中除浴外，可作日常輕便家務，不宜洗衣或攀高，在末月尤須謹慎，不可多操作。	未月沐浴，及灌洗陰道，均有染毒致病危險。
操作	每日清晨在戶外作柔軟體操或散步，小時，不宜操作用力之運動及騎車游泳等，在孕期末月，雖意欲體操亦須草帽。	運動過度能致流產或小產。
排泄	大便至少須每日一次，小便亦須通暢，並須每星期檢驗小便一次，以防腎病。	腎病能引起抽風、浮腫、早產等症，大便燥結能引起骨盆內部慢性充血。
乳腺	須謹慎保護，務使清潔，時用溫水洗濯，後以純潔甘油塗擦乳頭，以免破裂或染病。	孕期中之乳腺，極易染膿病。

前

0.85%

<p>合 險</p>	<p>孕期中會陰處須清潔，時用溫水洗滌，切勿熱燻或產婆接觸會陰，週白帶過多亦須就產科專家，在孕期中須節制，在前三月及末三月中絕宜禁止。</p>	<p>不然，能得流產及致命之產熱。</p>
<p>房 事</p>	<p>遠端大熱、腹痛、骨酸、傷風、咳嗽、痔瘡等病時，須立刻停絕，切勿遲緩。</p>	<p>能致流產，及致命之產熱。</p>
<p>症 兆</p>	<p>初產婦當子宮漸漲張時，由陰道流出少許含黏液性血液。</p>	<p>能妨礙孕期中之生理，如忽略此徵兆，易致手忙足亂。</p>
<p>接 生</p>	<p>任預產分晚期左右發生下部脹痛，立即延請醫士診視，準備在家或在醫院接生，切勿請舊式產婆（即接生佬佬），或親友接生，以免殘廢嬰兒及產婦之危險。</p>	<p>舊式產婆毫無常識，難產能致產婦患病，難產能致殘廢嬰兒及孕婦。</p>
<p>消 毒</p>	<p>臨盆時最宜注意者為消毒，會陰及接生者兩手，均須用相當藥水消毒，墊布均須消毒，剪臍帶之剪刀，包臍帶之布件，均須消毒後使用。</p>	<p>孕婦有得產熱，嬰兒有抽風（俗稱破風）之危險。</p>
<p>狀 況</p>	<p>臨盆共三期：（1）自腹脹痛起始至子宮頸完全擴張，孕婦即應躺臥床上，不見出，（2）自子宮頸完全擴張至嬰兒出，羊水出時，孕婦即宜躺臥床上，至痛劇時，用勁向肛門部下透，（與大便用</p>	<p>未到痛不可忍時，切勿急躁，切勿使勁，以免疲</p>



		動時和肩)，不可在腹部使勁，(3) 嬰兒產出後而至胎盤落地 注意 血。	乏難產。
盆	勿探陰道	除尋家外，切勿分別、或舊式接生婆(楚楚)用手探入陰道。	能得產熱點。
	縫補會陰	會陰因嬰兒破裂時，即宜用線縫補。	裂口不縫，且染病或致會陰變形。
	包裹陰部	胎盤下地後，即須用消毒紗布包裹陰部。	流血或染病。
	臍帶	嬰兒臍帶須以消毒法剪斷包好。	嬰兒時被傷風症(即精風)。
	兩眼	用百分之一硼酸銀溶液在兩眼中點一週。	嬰兒得膿性眼炎，無傷淋菌所致，嬰兒雙眼均腫。
兒	胎盤	胎盤及羊膜，是否完全出來，須檢查明白。	如小塊胎盤或羊膜留在子宮內，常有流血及染病之危險。
	出血	產後小腹內應有一塊硬物逐漸上升至臍或臍以上，是為復原之子宮，若子宮軟而不硬，應常以手上下揉按，助其收縮。	子宮軟而不硬常見流血，甚為危險。
產	染毒	整布應完全消毒，大便以力紙，應隨時擦，用肥皂水緊。	能染致命之產熱點。
	休息	產後休息 產婦應一要緊。初數日應平臥，體力好，不拘姿勢。若每日以頭至胸際開腿臥兩六，能助子宮位置復原。至	身體衰弱。

產

盆 兒 胎

血 毒 你 已

	產後十日始可起床，二十或三十日後 漸能工作。 之米飯及蔬菜，應多食肉、 肝、牛乳、雞蛋等類，以補損失之血，並培 乳。	營養不足而致病，或無 乳。
發	產後三日內，流紅色血，子宮內 含血（俗名惡露）， 七日後即漸停止。如惡露不盡，或惡露太 臭，或含血分太多，應即就醫。	產後熱。
惡露	產後第二日，有無乳汁，可令嬰兒吮 乳，以促乳來。又初乳有潤腸功用， 應早服，以免便秘。胎盤 應於六至八日內，由醫 生檢查，可知兒 子宮已否復原，有無染疾危險，並受嬰兒 感染之指導。	嬰兒乳以及嬰兒腸胃 道易顯疾病（例如嘔奶、 病而不自知。 產後失調，營養失宜或 不。
吮乳	產後六至八日，應 由醫生檢查，可知兒 子宮已否復原，有無染疾危險，並受嬰兒 感染之指導。	產後失調，營養失宜或 不。
產後檢驗	產後六至八日，應 由醫生檢查，可知兒 子宮已否復原，有無染疾危險，並受嬰兒 感染之指導。	產後失調，營養失宜或 不。
末次檢驗	產後六至八日，應 由醫生檢查，可知兒 子宮已否復原，有無染疾危險，並受嬰兒 感染之指導。	產後失調，營養失宜或 不。

後

上附孕婦保健表，所以供研究與參考。如能照樣印刷，分發妊婦，以資宣傳，當為識  
 字之婦女所歡迎。對於不識字之婦女，可組織演講會，或繪圖掛板候診處，於待診時為之  
 講解，自能使其領會。種種方法，在乎助產士之善為設計，神而明之。

## 第四章 分娩

### 第一節 分娩生理

分娩云者，即胎兒在子宮內發育已至成熟，或因故不能繼續發育，而由天然力量，使之脫離母體之謂也。前者謂之足月分娩，其所娩出之初生兒，謂之成熟兒。後者謂之未足月分娩，更以時間之不同，而分爲早產與小產二種。妊娠在二十八星期以前者，謂之小產。所生胎兒，不能生活。在二十八星期至三十八星期之間者，謂之早產。所生小兒，謂之早產兒。若加以人工之扶助，可以生存。間有妊娠經過達四十星期以上而始分娩者，謂之過期產。其初生兒爲過熟兒。

妊娠至足月時，何以引起分娩之原因，自來學說紛紜，莫衷一是。據最近之研究，以爲卵巢黃體，及腦垂體後葉之內分泌，至妊娠末期，其盈虛消長之狀態，有刺激子宮神經節之力量，而使子宮平滑肌起有節律之收縮，以致完成生產作用者，然亦未可視爲定論。

分娩之原動力爲娩出力，其重要者爲子宮收縮力。其次則爲腹壁壓力，及陰道收縮力。

壹 子宮收縮力 當妊娠後半期，其子宮壁時起間歇性之收縮，即在腹壁上觸知子宮

之硬固及隆起狀態。此種收縮，來勢甚輕。故妊婦不感痛苦，亦不影響於胎兒之排出。及至分娩期，子宮組織因上述之原因，胎兒有非脫離母體不可之勢。遂起正常的收縮作用，所謂陣痛是也。

陣痛之發作，依其時間注分之，可區別下列數種：(一)妊婦陣痛 其痛常起於妊娠後半期，甚屬輕微。妊婦不感痛苦，僅覺腹部時有縮硬隆起之象而。此乃不規則的子宮收縮。(二)前驅期陣痛。在分娩開始之前數日，妊婦自訴下腹部及骶骨處有緊張壓迫的感覺，即屬此種不規則的子宮收縮也。(三)分娩期陣痛。常於前驅期陣痛停止以後，重新再起，為規則的陣痛。自分娩開始起，由漸而強，至產出時而達於極點。此時之陣痛，乃真正之陣痛。又可分為開口期、娩出期及後產期三者。(四)產後期陣痛。又名後陣痛。在產後二三日間，子宮時有不規則的收縮。有時疼痛甚烈，使產婦感覺苦悶難堪。劫作用所以催進子宮之復舊機能也。但有時因子宮腔內存有血塊而起者，故助產士對於產婦之有劇烈後陣痛者，宜先注意有無血塊存在，而注意壓出之。

分娩期陣痛之性質，乃定型的陣痛。每次開始，由漸漸強，至極度時，重復減弱，以至消失。適如波浪線。在此時期，謂之陣痛發作。在兩次發作之間，謂之陣痛間歇。當陣痛發作之際，子宮因收縮而堅硬隆起，可於腹壁上觸知之。為助產士者，當知作產勢力之強弱，宜於陣痛發作時，用手掌輕按腹上而推測之。不宜僅聽產婦之呼號叫痛，以作標準。

蓋人之性情有不同，而忍痛力亦有強弱故也。陣痛間歇之際，子宮柔軟，產婦感覺疲倦舒適，有入睡者。陣痛發作之時間，由十秒鐘一次，而漸至一百秒鐘。其間歇時間，由十五分鐘或更長，而逐漸減少，至一分鐘或數十秒。

陣痛之發作及間歇，各有其作用。蓋發作之際，子宮壁之直肌纖維，顯著縮短，因此子宮口得以擴大。而使胎兒之先露部得以下降，以敘逼出。惟在此時間，因子宮壁之血管被壓，其供給胎兒之血量，當然減少。同時胎兒亦感受子宮壁之機械性壓迫，故若經陣痛間歇以調節之，必致窒息而死。所以當陣痛發作之際，胎兒心音每致減少，直至間歇時而恢復者，即其理也。

陣痛雖為不隨意之動作，但可由器械的刺激，如摩擦、冰囊、或熱敷而增加。藥物之有刺激子宮作用者，如麥角及腦垂體素。反之，精神感動，或疲勞過度，有減弱子宮收縮力之可能。

陣痛之強弱，因人而異，大抵在分娩開始時，於下腹部覺弱痛。其後漸次增強，更進而肋骨部亦感疼痛，放散及於下肢。兒頭經過陰戶時，最為嚴重。但亦有於分娩開始之際，毫不覺痛，祇於產出時，起一二次陣痛者。大都於勞力操作之婦人，更多見之。

貳 腹壁壓力 腹壁壓力，乃隨意運動。當其運動時，產婦暫停呼吸，連氣使膈膜緊張下降，腹壁肌纖維同時收縮，以造成此一種向下壓逼之力量。初產婦因腹肌緊張，故運

用腹壓時，較弱產婦為強。腹壓固為隨意運動，但至胎兒產出時，則亦無法控制，變成不隨意之動作矣。

分娩勢力中，陣痛為生產初期之主要勢力。其作用所以逼胎兒外出。故若助產者，毫不經意，在生产初期，即任產婦亂用腹壓，則經時既久，自感疲勞。迨需要腹壓時，反無力量。此種錯誤，務宜注意避免之。

欲增加產婦之腹壓，宜培養產婦之體力與精神。故若分娩之初期延長者，宜特別注意其睡眠與飲食。並與以親切之安慰。大小便宜及時清通，勿使膀胱及直腸充滿。如需要運用腹壓時，可使產婦仰臥，固定其四肢，即可將腹壓加強。反之，如欲其減弱，可使之側臥，並營短促的呼吸。

## 第二節 分娩經過

壹 分娩預兆 分娩預兆，即前驅期陣痛，其性質為不規則的疼痛。常在下腹部感覺之。其作用所以使胎兒先露部逼入骨盆，以備分娩也。產婦此時，自覺胎動減少，因子宮之下降，而感呼吸輕快。惟帶下增多。膀胱因被壓迫，常感尿意頻數。精神亦略感異常。間有不能入睡者。

貳 分娩開始之徵象 妊婦當妊末週之際，時有忽感腹痛，以為產期已屆者。其實未

必盡然，有時僅爲不消化之腸痛而已。故助產士對於分娩之徵象，宜有相當認識。茲述其大要如下：

(一) 正常陣痛之開始 卽產婦感覺腰疼背痛。其痛陣陣發作，多在骶骨處。

(二) 有血性帶下 帶內之黏液，由子宮頸管內部黏膜之腺分泌而來。其血液則由附近子宮內口之卵膜，有一部分開始剝離所致。

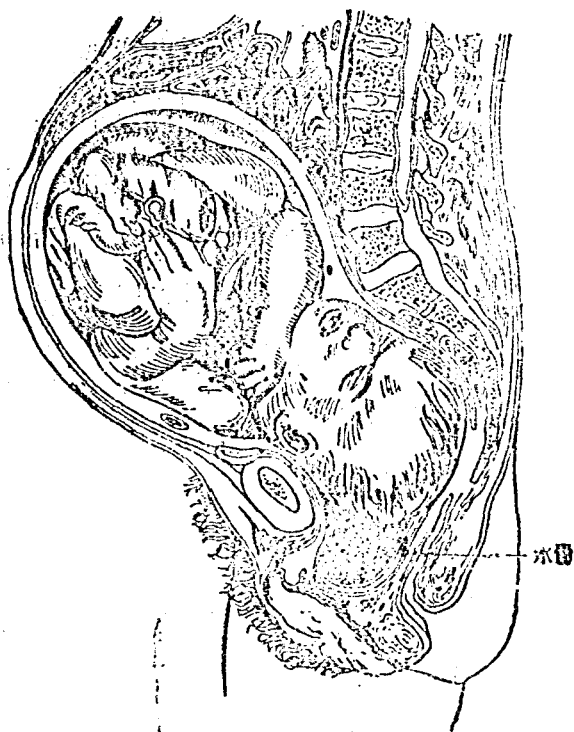
(三) 子宮頸管縮短及其內口開始擴張 當妊末期時，經產婦之子宮外口雖已開放，而其內口則仍鎖閉，直至分娩開始時，始行開展。初產婦之子宮外口，至妊末期，亦不開放。故子宮內口之開放，實爲作產之特徵。

(四) 水囊之形成 當子宮內口已經開放之際，其附着於內口上部之卵膜，卽剝離而獨立。其內面有若干前羊水存在，當子宮收縮之際，卽被迫而突出子宮口外，其形如囊，謂之水囊。其功用所以助子宮口之開張也。

以上各種徵象如有發現，卽可診斷其已經作產矣。

叁 分娩三期之經過 第一期，又名開口期。自正常陣痛開始，至子宮口完全開大爲止。通常子宮口直徑至開大時，達七公分至十公分。在第一期中，最重要之工作，爲擴張子宮口。擴張方法：(一)藉子宮壓肌之收縮力爲之，此種收縮卽子宮上部之縱肌纖維收縮堅強，每次陣痛時將其含有物逼向下方。子宮下部，在子宮內口二公分以上之處，無收縮

成囊狀，作楔形，以擠入子宮口內而開張之。由此兩種作用，使子宮口逐漸愈大，至極度時，卵膜即隨之破裂。是為破水。破水之正常時期，在第一期終了，第二期開始之際，但



圖二二 水囊形成

力，故被擠而漸次擴張。此交界之處，因肌組織之差異，在子宮收縮時，可觸得一瘤狀界線，謂之收縮輪。收縮輪上部之肌組織，謂之空洞肌。其富有收縮力之肌纖維，而下部則否。

(二) 藉水囊的擴張力為之。當子宮收縮時，有一部分羊水，流入胎兒先露部之前方，使剝離之卵膜，

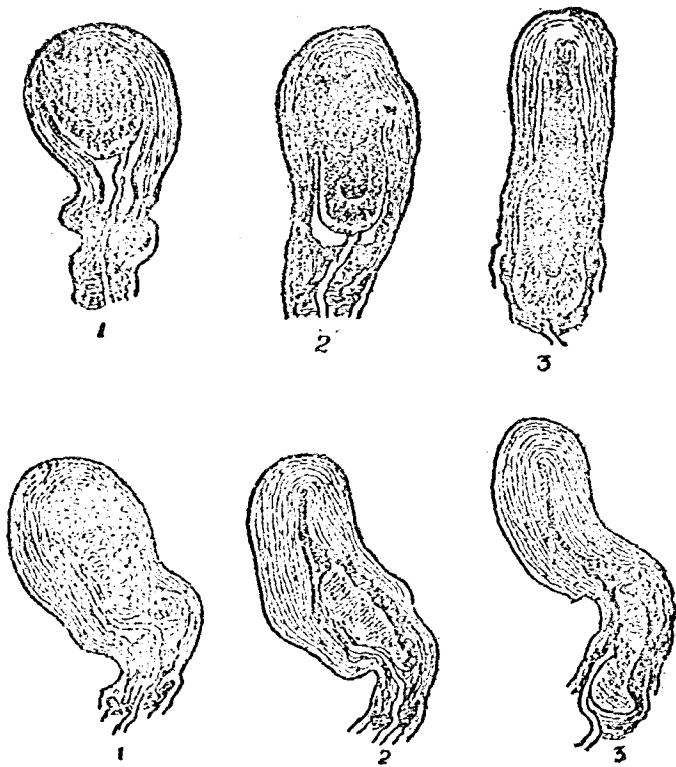


因卵膜之堅韌或脆薄而有遲早。故若以破水之時，即定爲第二期之開始者，非準確方法。

第二期，又名娩出期。自子宮口完全開大起，至胎兒全娩出止。第二期之使命，係將胎兒逼出於子宮之外。當正當破水以後，陣痛暫行停止，繼而再作，其痛更爲強烈，間歇短而發作長。此時胎兒之先露部，由子宮口而進入陰道內。因遭遇軟部產道之抵抗力，故必須加以腹壁壓力以補助之，由此兩種勢力，胎兒卽行下降。此時會陰膨大，因壓迫直腸，產婦覺有便意。肛門哆開。髌骨部或有強度壓痛。分娩繼續進行，兒頭之一部在陣痛時顯現於陰戶間，但間歇時則仍退卻，此種狀態，謂之兒頭排臨。其後進步更多，陰戶開展，會陰因緊張而變薄，顯有光澤，肛門哆開，兒頭已固定於陰戶間，雖在陣痛間歇之際，亦不退卻，謂之兒頭撥露。此時產婦苦痛達於極度，竭力用勁，顏面潮紅，口唇青紫，全身出汗，甚至戰慄，至極度努力之後，而兒頭產出，謂之兒頭通過。

兒頭既經通過，產婦大感輕快。由第一次之陣痛，胎兒之肩胛部繼之產出，肩胛既出，其他軀體，隨之而出。卽有多量之後羊水，隨之沖出，因之淋漓床褥間。此時小兒卽因冷氣之刺激，而自營呼吸，高聲啼哭。但臍帶之血運，尙未停止。子宮底降至臍部或其稍上之處。產婦於萬分苦痛之後，大感輕快，陣痛亦暫時停止。

第三期，又名後產期。自胎兒全部產出以後起，至後產排出爲止。普通產婦，在胎兒產出以後，經過十分鐘至十五分鐘，再起陣痛，惟其勢甚輕。此時胎盤因不能與子宮作同



圖二三 胎盤剝出之程序  
上 希氏式 下 鄧氏式

樣收縮，有一部分剝離。其剝離面之子宮壁血管口，未能立即閉鎖，故有若干血液滯留於已剝離之胎盤間。因此，胎盤剝離面之面積漸增，終至全部分離而娩出。胎盤之剝離處若起於中央者，胎盤由胎兒面產出。其

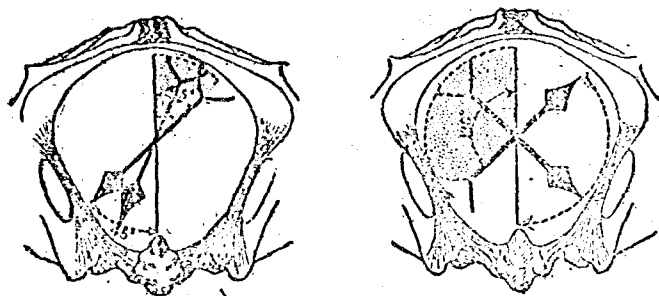
血液積留於胎盤之母體面，而以反摺之卵膜包裹之。謂之希氏式。若謹慎助理，可不致染汚床褥。胎盤之開始剝離部，若在邊緣者，胎盤自母體面排出，同時有血液持續流出。謂之鄧氏式。

產者在產前之正常出血量，約為二百公撮至四百公撮。後產娩出以後，因子宮之收縮，壓迫血管裂口，使之閉塞，血流亦即停止。僅餘少量之血清而已。此時子宮之狀態，收縮堅硬，在腹壁上甚易觸知其底之高度，常在臍之同高或略下處。

分娩已經完畢，產婦極感輕快，常自睡着。間亦有感覺惡寒戰慄者，並不重要，多加蓋被使之溫暖足矣。

### 第三節 分娩機轉

分娩機轉之意義，係胎兒先露部，按照物理學的規律，採取最適當之體態，以通過產道之謂也。骨盆徑線，在各個平面上，其大小原非一律。在骨盆上口，以橫徑線為最長。而骨盆出口，則具有伸縮性之直徑線為最長。兒頭下降時，若以最短之徑線，沿骨盆各平面較長之徑線而進行週轉，則其通過自然容易。茲將枕左前方位之分娩機轉，述之於下，學者宜細心思索，並於產科模型內，加以實物的試驗。一經明瞭，即易貫通。分娩機轉之原理，無論在正常分娩，或異常分娩時，均屬重要。



圖二四 分娩時轉

上 枕左前方位第二週轉之方向及度數

下 枕右前方位第二週轉之方向及度數

枕左前方位云者，即以兒頭後方之枕骨爲先露部，背向母腹左前方之謂。分娩開始，其轉之次序如下：

(一)第一週轉，爲橫軸週轉。即兒頭作俯仰，頰部接觸胸膈。此種週轉，因胎兒脊柱被子宮之收縮力壓迫，其壓力逼近頸部時，因物理學的槓桿作用，使兒頭屈曲。是爲第一週轉。此種動作之用意，在使兒頭採取小斜徑線之一周，以通過骨盆。蓋小斜徑線，爲兒頭各部中最短之徑線。其周圍之面積，較他處爲小，通過自較容易。

(二)第二週轉，爲縱軸週轉。即兒頭在產道內之週轉，又名內週轉。兒頭之矢狀縫合，原與小斜徑線相一致。故在分娩時，即以矢狀縫合爲指示線。當分娩開始，兒頭在骨盆上口時，其矢狀縫合與骨盆上口之橫徑線相一致，及其降入骨盆腔內時，因骨盆腔內之斜徑線較長，故矢狀縫合由橫徑而轉移

至斜徑。大囟門向右後方，小囟門向左前方移轉。及至兒頭降至骨盆出口時，其移轉之度更多。而矢狀縫合與骨盆下口之前後徑相一致。第二週轉至此方畢。此時兒背在母腹之正中。兒頭已入骨盆內部。於外診上，亦可測知其大概。

(三)第三週轉。爲橫軸迴轉。與第一週轉之姿勢及動作，適相反對。兒頭取仰勢，以通過產道下段。其故因產道之軸線，原作弧形。當兒頭降至產道下段時，其上方之產出力，使兒頭向下進行。而同時骨盆底部肌組織之抵抗力，推之向上。此兩種勢力相遇，而兒頭不得不向其對角線之方向前進。此時兒頭之枕骨，抵住於恥骨縫合之下面，以作支點。前額、顏面、頰部即越過會陰而產出。是爲第三週轉。

(四)第四週轉，爲縱軸迴轉，又名外迴轉。兒頭產出以後，其軀幹上之主要部分，爲肩胛線。此時此線適與骨盆上口之橫徑線相一致。漸次下降，進入骨盆腔內，即與骨盆腔之斜徑線相一致。至骨盆下口時。更與直徑線相一致。因此，其體外之兒頭，隨之而向母體之右腿一轉。是爲第四週轉，即所謂外迴轉是也。

胎兒之肩胛線，既與骨盆下口之直徑線一致，肩胛即停留於恥骨弓之下方，左肩胛越會陰而出。左肩胛既已產出，右肩胛即隨之而下，軀幹及下肢，順勢一併產出。蓋自肩胛以下，其體積較小，無須採取任何迴轉也。

枕右前方位之分娩機轉，與上述枕左前方位相同。惟左右之方向相反而已。故於兒頭

產出之後，營第四迴轉時，左肩脾在母體恥骨弓之下方，右肩脾越過會陰而產出。故兒面向母體之左方迴轉，此其大別也。除上述兩種頭蓋位外，其他胎位之分娩機轉，每不能自然適應。故常因骨盤各部之阻力，而分娩遲滯。有時且需人力之補助。

#### 第四節 分娩所需時間

每次分娩所需之時間，原無一定。每因種種關係而異。如陣痛力之強弱，產道抵抗力之多寡，骨盆之廣狹，以及兒頭之大小等，均與分娩所需時間有相當關係。以歷來統計言之，初產婦所需時間，平均為十五小時。經產婦約需七小時半。分娩時間之久暫，除上述原因外，對於產婦之年齡，頗有相當關係。高年或青年初產婦，在十八歲以下，或三十歲以上者，即無其他原因，亦需較長之分娩時間。

據著者之統計，正常分娩初產婦八七六人中，其年齡自十五歲至三十九歲，平均分娩時間，為十四小時餘。若以年齡分析之，十九、二十、二十一歲之初產婦，其分娩所需時間最短，計約十二小時。十六歲以下，及二十八歲以上者，均需十八小時。經產婦正常分娩一〇五九人中，其分娩時間之平均數，為七小時半。

上項統計材料，為中下階級之勞力女子，惟以人數過少，未能作為普徧例證，僅示一斑而已。

## 第五節 分娩時母體及胎兒所受之影響

壹 分娩影響之及於母體者 分娩時母體之體溫，或全無變化，或略見增高。若產婦之體溫增高超過華氏三十八度以上，即當以病理變化處理之。脈搏之數，在陣痛發作、產婦努力時，常日增加。若增加之次數過多，或不在出力之際而不見減少者，則當注意其有無發熱或心臟病。

產婦因陣痛之刺激，有起惡心嘔吐者。亦有發惡寒痲慄，甚或起癡癡狀態者。夫都在胎兒娩出之後，因寬慰與疲乏而入睡。但神經過敏之婦人，因興奮過度，亦有一時不能安靜者。

貳 分娩影響之及於胎兒者 當子宮收縮之際，子宮壁及胎盤之血行不克暢流，因之胎兒體內之血液中氧氣減少，二氧化碳增加，而胎兒心音亦因之緩慢。此種變化，在第二期分娩時尤甚。所以若羊水早期流出，經時過久，胎兒即有窒息之危險。或有兒頭先露部受產道之壓迫，以致血流障礙，有一部分血滯，滯留於皮下組織內，使頭皮隆起作瘤狀者，謂之產瘤。此瘤之部位，與胎兒之位置有關。故枕左前方位之胎兒，其產瘤在兒之右頂骨上。枕右前方位者，則在左頂骨上。瘤之大小，因生產時間之長短而異。生產之時間愈長，其瘤之體積愈大。若生產進行遲滯，而產瘤不見增大，且失卻抵抗力者，為胎兒死

亡之兆。產瘤常於生產後二三日內，因血滯之被吸收而消失。

與產瘤之形狀相似者爲血瘤。其原因因兒頭被壓，骨膜下出血而起。其瘤之部位，祇局限於一骨。若同時兩骨出血者，則形成兩瘤。界限分明，不相連接。此瘤於產後二三日間，日見增大，有著明的波動，其消散甚爲緩慢。可藉此與產瘤區別之。

血瘤之處理，忌用摩擦。用冷敷或纏絡法，聽其自然消散，最爲妥當。若增大過甚者，宜延醫處理之。如係產瘤，則無庸處理，自然消散。

## 第六節 正常分娩之預備及其消毒法

壹 產婦之診察及紀錄 產前檢查，實爲預防產時病變之唯一方法。每一產婦，必須經過數次產前檢查，授以攝生常識，準備妥當，方始生產。此種產婦，至作產時，祇須將妊娠中重要數項，加以復驗而已。故產時紀錄之第一段，爲母兒兩體之重要狀況。如骨盆、血壓、小便、胎方位、胎心音等是也。第二段，爲生產過程中之診察紀錄。助產士宜視產婦之狀況，定期行之，以測驗生產進步之遲速與難易。第三段，則爲分娩時之經過與時間，及一般狀況。第四段則爲初生兒之紀錄。至於附錄一項遇有異常分娩時用之，以資補充。助產士於助產工作完畢以後，必須按照各項紀錄，詳細填入，以備查考。各項診察法，另詳於後。



(一)問診 按照產時紀錄單上所載各項，一一問明記入之。雖姓名、年齡、住址等項，於產前調查時，曾經記過。但仍須記入，以資對照。且住址變更，為常有之事。其他各項之重要，自無待言。

破水 產婦之已未破水，及其時間、性狀、量之多寡均關重要。蓋破水若過相當時間，而分娩進行遲滯者，當為難產之兆。且產婦於破水以後，易起傳染，不可不特加注意。

陣痛 陣痛之狀況，即為生產進展之表示。其經過及狀況若何，與分娩進行之難易遲速有關。故宜詳細問明，一一記錄之。

(二)腹外診察 骨盆之測計。如未經產前檢查之妊婦，或已經檢查而有可疑者，宜重復施行之，以昭鄭重。研究助產學者，務宜處處周到，以防貽誤。蓋較狹窄之骨盆，肉眼實不易發見。若兼胎兒較大者，非施手術，不能產生，如錯過時間，胎兒常致不救也。

胎兒方位及胎勢之診察，當分娩開始時，宜時時注意及之。其診察法，一如上述。惟於先露部之固定於骨盆內與否，更宜注意。俾知胎兒下降之程度。如分娩已經開始進行，而先露部猶可推動者，常屬交接不完全之徵。非先露部有異常，即屬骨盆之狹窄或畸形。如交接適當，先露部即逐漸下降。如係頭蓋位胎兒，其背部亦逐漸轉向前方，至母腹正中時，即為兒頭已入骨盆下口之徵。



原因。

肛門檢查之便利與省事，實為最使人樂用之條件。手指及肛門無須施行消毒，祇須戴一橡皮指套，加以油類，以資滑潤，即可從事。此種指套，就破舊之手套上剪下用之，更屬經濟。

或謂肛門檢查，不能如陰道檢查之親切明瞭。此在肥胖婦人，或子宮口之位置不甚正常者，時或有之。但大多數之產婦，則常可由肛門檢查測知一切。要亦在習用之久暫，與技術之純熟否耳。故訓練學生時，必須於開始時應用之。自能習慣成自然也。

肛門診察所能檢得之事項，如先露部之為胎兒何部，子宮口之軟硬及開展情形，卵胞之存在與否，及其緊張狀態等。如係頭位胎兒，並可細察其縫合與宮門之所在，及其位置。在正常分娩時，以上種種，如能於肛門檢查時測知之，於監視分娩之經過上，實屬已足。若非有異常之可疑者，絕對不宜輕施陰道檢查。若祇顧及一己之便利，不計產婦之安危，一意孤行者，非特於學術上為落伍，於道德上亦成為問題也。

(四)內查 助產士以不施行內診為原則。其理由已如上述。若在救急之際，而必須施行者，其第一要件，即為絕對遵守消毒原理。其次則宜細心檢查所欲知之事項。於一次診察中，須全部顧到，以免反復施行，與細菌以侵入之機會。其檢查各部之順序如下：

手指初入時，其最初接觸者為陰道。即當注意其外陰部之一般狀態，及陰道之大小軟

硬，有無齒變等。次及子宮陰道段之長否已經消失。

手指既陰道，即觸子宮口。當注意其展之大小，即以直徑之公分數爲表示，或以指之橫徑圖字代之。如三橫徑云，即以三指並列，可插入子宮口內，當其直徑也。若以三指併疊可入者，則祇二橫徑之大小矣。其他或有以銅幣，銀幣，杯口代表其大小者，則標準相差。子宮口之檢查，除其開展之大小外，更宜注意其邊緣之厚薄與軟硬，以測知展之難易。

子宮口之狀態，既已明瞭。次即檢查卵胞之狀態，是否緊張若飽滿之橡皮球，抑或鬆弛如膜，易於向上牽迫。有時卵胞早期破裂，則在低位胎兒，可觸得粗糙之頭髮。若未破裂，而結於頭蓋上者，則必滑。此其大別也。

次則檢查子宮之狀態，宜於陣痛間歇時，由卵胞外向上輕壓之，切勿過於用力，以致早期破水，而使分娩遲。亦勿以指插入子宮內與卵膜之，致誘起損傷或傳染。若欲明瞭生露，較宜爲之狀態，可由陰宮陰部之上觸知之。蓋當分娩開始以後，此部變薄，甚爲細軟。外陰之胎兒何部，可由其特殊之形分之。

頭胎兒，可觸知其頭部，較爲硬固，或有縫合之存在。如子宮口已開大，檢查之位較廣闊時，則縫合之屬於何條，亦可測知之。如矢狀縫合之兩端接連兩門。前額縫合之一端接連，梁等是也。

前頭部由四角形大窗門，及前額縫之存在而知之。前額部由眼窠線與鼻根部而知之。顏面由鼻樑、口角、眼窠等而知之。

口腔與肛門之區別：即口腔內有齒槽，而肛門則否。一胎且有括約肌之縮運動。無右胎囊沾染手指。

臀部之特徵：爲較軟而大。有坐骨結節及臀溝。溝之一端爲肛門，他端則爲外生殖器。如卵胞已經破裂者，則病診時有光滑之感覺。不若頭皮之粗糙。

足與手之鑑別，在手指較長，而手掌較短。足趾較短，而足趾較長。手指可營握持運動，足趾則否。此其大別也。至於左右手足之區別，可由施術者之手而求得之。如檢得之手或足與施術者之掌心相向，其拇指或拇趾與施術者之拇指在同側者，爲對側之手。足。反是，則爲同側之手或足。

膝與腋及肘之區別，在膝部形圓而平坦，有膝關節之窩。肘則顯尖形。腋之一側有鎖骨。助骨之胸壁，他側則有上膊骨以爲標誌。

以上胎兒各部之區別，大都於卵膜破裂後，始能分別清楚。在未經破裂之前，祇知其大概而已。在內診上，無檢定先露部爲何部。其次即宜測知其在骨盆之地位，以定胎兒下降之程度。若以頭位胎兒而論，內診之手指，可以直達骶骨岬時，則知胎兒尚在骨盆入口之上方。若須將手指沿兒頭彎曲，而勉強達骶骨岬者，則知其已入骨盆上口。若內診之

指，不能透骨節，而在兩側可觸知坐骨棘時，則知兒頭已入骨盆腔內，方在骨盆廣部。若手指不能觸得坐骨棘時，則兒頭已入骨盆狹部。若坐骨棘之兩壁而不能觸知者，則兒頭已入骨盆下口。

由以上各項診察所得現象，即宜詳細記入產時紀錄單。記載務須詳實，不宜有猜測或斷之詞。蓋產院內分娩室之工作，每班輪值。若記載不詳實，則接替者每至茫無頭緒，常有貽誤母兒兩重之可能。故學者宜養成處事慎密，報告忠實之習慣，以治事根基。

## 貳 正分娩應有之準備

(一) 產婦之準備 產婦當開始作產時，宜即送至待產室。若羊水未會破裂者，即為之施行全身沐浴。如有產婦，為之梳或雙辮。如羊水早期破裂者，則施行擦浴。並為灌腸。然後靜待分娩之進行，及至陣痛增進，或有血性帶下時，宜即送入分娩室，預備分娩。若在產室產時，夏季易，沐浴擦身，均不方便，祇可更換衣服而已。

(二) 器用之準備 產床須鋪好。多備冷熱開水。所用器械，應在適一時內加以消毒。凡金屬器械，可用煮沸消毒法，或用百分之七十五之酒精泡浸。手套及橡皮尿管等，用煮沸消毒。則久耐用。若用乾蒸消毒，則容易脆裂。其他接生包等先取出，留置室內適當地位。各種應用藥品，先行檢點，如有缺少，即補充之。如用開爾氏墊者，將

氣打好，擦淨，留置產床上。諸事既妥，乃留心觀察產婦之情形，及至相當時期施行外陰部之消毒。

(三)人員之準備 凡擔任接產者，無論醫師助產士，至產婦分娩開始後，即應注意監視，施行一切例行工作。並約定助理者，協助一切。若往產家接生，無人相助時，則擇其家人中之靈敏者，充任此職。

助產士若助理醫師接產時，則經過醫師診察之後，按其所列處置方法處理之。所有例行工作，均由助產士擔任。若無異常狀態發生，則俟至第一、二、三期間時，通知醫師，前來接產。惟產時之迅速者，宜提早通知之。若於醫師未到之前而分娩者，由助產士處理之。惟仍當通知醫師，請其診視，以符醫法。

套、消毒法 助產工作之完善與否，消毒最密，最為重要。科學接產方法之所以異於舊式產婆者，其最大關鍵，實在此。茲將各種消毒法，分別述之。

(一)用品之消毒 敷藥料宜用緊張蒸汽消毒法。常用之手續為在高壓蒸汽鍋內，蒸至十五氣壓，經過三三刻鐘，一切細菌，均可消滅。若無高壓蒸汽鍋時，則用間歇消毒法。每日蒸兩小時，連蒸三日。處理正常分娩，亦堪應用。各種接產用之敷藥料，或分類消毒。或各併作一包，謂之平產包。於野外接產時，更為方便。

手套、消毒法有兩種。其一為煮沸消毒法，即將手套翻摺手腕處約寬兩寸。套內貯水

約及三分之一。將布套、合摺疊而以繩結住，可用紗布包裹，加鹽少許入水內煮沸之。並須沸過五分鐘，方可取出。其消毒法，先將一對布套、兩邊各置一袋一枚，宜將手套充分烘乾，加滑石粉於其兩面，開轉脫處之一袋，並置滑石粉一小包於其上。此粉以單層紗布包裹，便以撲灑，乃將布袋對合，以帶結之。置於蒸汽鍋內蒸之。惟其壓力不宜過高，最好能保持在十二氣壓以下，對於橡皮質之保存，較為妥當。

至於分娩時所用之金屬器具，如剪子、鉗子等，原可於應用時用煮沸消毒法處理之。但出外接生者，每感種種不便，因此有包在布內，用蒸汽消毒者。藉免生產家燒衣之煩。或用酒精浸之。經過十分鐘以後，亦可應用。而盆及腎形盆之消毒，即以酒精少許，傾入盆內燒之。燒灼時必須注意使之旋轉，俾全部邊緣，均經燃着，方為妥當。

其他手術衣、帽、口罩等，在顯產時，原可不加消毒。但往遠道出診者，亦宜攜帶已消毒之一套，以備應急時之需要，如慮胎盤不下，或臂位挽出術等臨時手術之用。

(二)助產士之消毒 助產：如在鄉間工作，同時須兼醫門診病人者，於制服之內，宜穿容易洗滌之衣服，時時更換。並於接產時，脫去原穿制服，可換手術衣，以保持一般的清潔。若由醫院內工作，則擔任分娩室工作時，絕對不宜兼任其他職務。至於接生時手指之消毒法，更宜注意，其例行之處如下：

助產士宜先將衣袖捲至肘部以上，剪去指甲，磨光之。然後取熱水，肥皂，用刷子刷



洗兩手及前膊，至肘關節以上，沖去垢膩，再刷再洗，約十分鐘。然後浸於消毒藥液內三分鐘。此種藥液，百分之三之來蘇液最爲普通。以其刺激性較少故也。其他各種普通消毒劑，均屬可用。浸過以後，置於百分之七十之酒精內。或以酒精擦之。然後戴上消毒手套。如手指之消毒極密，對於產婦方面，原無再戴手套之必要。據著者之統計，在某市民產院中，其產婦之患產毒者，實占百分之十二以上。而據南京市衛生事務所之統計，且占百分之十八。助產士爲保護自身計，宜有加戴手套之必要。

(三)產婦之消毒 產婦在產後之初，宜行全身沐浴，更換潔淨衣服，施行灌腸。至第一期末，即宜施行外陰部之消毒。其手續如下：

產婦之預備 (1)產婦在產床上消毒外陰部之預備 先令產婦脫去雙鞋。除去一個袴腳。坐於產床。平臥屈腿。露出陰部。一同氏護或便盆於臀下。產婦如穿長衣者，其後面之衣服，自臀部向上直至背脊之前。自腹部溜向胸部。更將單被一鋪，蓋在腿腹上面。下緣之中央擺起，露出陰部。將單之兩角，各拿一足。其後在腿之前，下垂，如懸袋然。腹上蓋一毛巾，在床前之毒之筒，將其一端遮蓋陰門。

(2)產婦在臥床上消毒外陰部之預備 將被兩脚一掀起，擡向胸部。命產婦屈兩腿。除去一個袴腳。下墊便盆。兩腿中間，被單或毯子。

用具 藥械盤一個，中置已消毒之沖洗罐。罐內盛消毒藥液。敷料長鉗兩柄，插入大

口瓶內，中貯消毒藥液。肥皂或一罐。百分之二之汞色質溶液一瓶（或用 1:100 消毒藥亦可）。剃刀一把。消毒棉球一罐。消毒方棉花一包。另備承水器及盛污盂各一。若用於梅毒產後沖洗者，則加會陰墊與丁字帶。

方法 (1) 內檢查時之消毒法 先將器械盤內之各件，檢視一遍，準備完畢，然後携至手术室。用鉗子取棉球四個，置於沖洗罐內，然後右手執鉗，左手握罐，立於產婦之右側。夾起棉球，加肥皂水於其上，洗擦生殖器之左右兩側。一邊洗擦，一邊用水沖洗之，至外陰部充分潔淨時，用左手執鉗，分開陰唇。右手執鉗，夾棉球拭去陰唇內面，至潔淨時，放落棉球，分開陰唇，左手持沖洗罐沖洗之，既畢，用棉球拭乾。塗布汞色質溶液。

(2) 分娩時之外陰部消毒法 先用肥皂水擦陰毛上面。乃剃刀剃盡之。然後再用一盞之沖洗法，充分洗滌。備一箇圍須充氣袋。上至肋骨上方，下達肛門後部。左右至腹股溝及大腿內側。洗畢，拭乾，以汞色質溶液塗布之。乃用消毒巾遮蓋。

凡已經消毒之部分，倘與不消毒之物件接觸，即須重行消毒。大小便以後亦然。即無上述原因，而消毒後已過六小時者，亦須重行消毒，方為妥當。

## 第七節 正位分娩之處理

產婦引起作嘔之徵象者，助產士宜即安置之於待產室內。其環境必須安靜涼快，勿與多作無謂之談話，以休養其精力。宜注意其大小便之滯澀，以及其他需要，而隨時扶助之。至第二期開始時，乃入分娩期。爲之如法消毒。產婦之身體，宜勿使有故暴露。因其發汗甚旺，容易感冒。惟其生產之際，其身體部宜有露出之處，切勿因婦女之羞惡觀念，爲之掩蔽。以爲助產士，在代帶之下，摸索爲之。則其痛苦更甚，且不利於產。

助產士應擔負助產士作之使命。宜即檢其所應，小心觀察，以察其危險。故對產婦之一般狀態，必須詳細觀察，隨時記錄。如痛之發作，強弱，與子宮口開之關係，可測知分娩經過之遲速。胎兒心音之變易，可測知兒頭下降之程度。倘在分娩期間，母兒兩體，有異常狀態發現者，宜即及時報告，以待醫師之處理。非萬不得已，切忌自作聰明，以自陷於困難之地位。蓋異常分娩之處理，決非一人之力所能擔任，而其死亡率之高，且千百倍於正常分娩。助產士之學力，苟能認識異常，及時報告，俾產家與醫師得以從容處理，不誤時機，已屬難能可貴，無虧職守矣。

#### 壹 分娩第一期之處境

(一) 清通大小便 此爲分娩初期最重要之工作。其理由在防制痛，弱及產時傳染。清通大便，宜藉行瀉藥，使之充分排泄。惟在產婦之分娩行速時，則排便之際，宜十分注意，防其急速產出。於已。血性帶下之產婦，更宜使用便器，於床上行之。產婦

在第一時期，清通小便，使之自行排泄，切勿使用導尿管。蓋導尿管時，一不注意，頗易引起傳染性膀胱炎。助產士往產家接產時，每因便秘不便，忽略此項工作，以致引起分娩遲延者，時常有之。若分娩第一時間延長者，則於經過八小時至十二小時以後，宜再行灌腸一次。但亦視產婦之情形而定。

(二)產婦就寢之時期 初產婦在子宮口開大，至其直徑達三公分時，宜使之就寢。子宮口之大小，可在陣痛間歇時，向肛門內檢得之。此時之現象，產婦當覺陣痛劇烈，有血性帶下。

(三)腹壓之應用 在分娩第一時期，宜警告產婦，切勿為行用之腹壓。蓋此時之子宮，尚未開足，撬行腹壓，非但無用，且使產婦疲勞。待至產出期必須應用腹壓時，反致無力故也。

(四)產婦之臥位 在分娩第一時期，產婦之臥位，自可隨意。但若兒頭未會固定於骨盆上口時，可使產婦向兒背所在之側而臥。用此方向，可使胎兒得一隨子宮底而入於骨盆之一方，同時兒頭之位亦反對之側方，助小兒一下降，及向前方迴旋。

(五)飲食與安慰 產婦在分娩第一時期，飲食品原可隨其所好而與之。但以無刺激性及易消化者為上。切忌一時與以多量之食品或飲料，使胃飽滿，常因此引起嘔吐及陣痛微弱者。而中國中各省，於產婦分娩時，常用多量桂圓湯、糖湯等，時時給與之。

者。此種風俗，由來已久。爲助產士者，頗難應付。如必不獲已，宜給與少量，以無損產婦之健康爲原則。

助產士於執行業務之際，最宜留意自己之態度與行爲。蓋產婦當苦痛之時，每覺無他倚靠，而惟助產士是賴。若助產士之舉動粗暴，或言語輕率，使之疑懼，或隨意談及難產等問題，使之驚恐，當致產婦精神不安引起困難。萬一於接產之際，有異常狀況發現時，宜避開產婦，告知其家人，請醫師前來處理。於醫師未到之前，切忌驚惶失措，使病態增劇。在分娩第一期之初，無論難易，宜使充分睡眠，俾減少痛苦。且可養足精神，於產出期時，有充分力量運用於分娩之進行，此實爲助產工作上重要之一點，而爲助產士所極宜注意者也。

(六) 胎兒心音之聽取 於分娩初期，聽取心音之有無變化，最爲重要。若胎兒之心音數且在陣痛間歇時，多至一百六十以上，或少至一百以下，卽爲胎兒陷於危險之預兆。宜請醫師前來診察，以明究竟。

(七) 陣痛 陣痛與分娩有重要關係。於分娩第一期時，宜注意其陣痛之長短強弱，與間歇之時間，以定分娩進行之狀況。

(八) 產婦之一般狀態 如體溫、脈搏、及其他一般狀況等，均須注意，並作紀錄。

(九) 破水 若卵胞破裂，宜注意所流出羊水之質與量，有無異常。尤須注意有無胎糞

混入。若頭蓋位胎兒，而羊水內有胎糞混入者，卽爲胎兒陷於窒息之徵。破水以後，若前羊水繼續流出者，卽表明先露部與產道之交接不適當。每爲分娩進行不順利之預兆。

(十)人工破水 在分娩初期，最宜注意勿使卵胞早期破裂。蓋卵胞之重要功用，在張開子宮口。若早期裂，則子宮口之開大必爲困難。故凡粗暴之診察，劇烈之震動，均宜禁忌。反之若子宮口已開大，而卵胞尚堅硬未破，並於陣痛時已顯現於陰戶間者，每使產婦過度苦悶。若任其自然，有時能使胎盤早期剝離。故宜用人工破水法以破裂之。但在施行破裂卵胞之前，宜以嚴密消毒之手指，於陣痛間歇時，檢查卵胞內之先露部是否正當，有無臍帶或一肢之下垂部在內。且注意先露部之是否已至骨盆下口。如無異常，而先露部已達骨盆下口者，方可破裂之。蓋有時卵胞雖現於陰戶間，而實際上由於先露部與產道之交接不密切，因之有後羊水之一部分，流入卵胞內，而逼卵胞擠出。在此種情形之下，實無施行人工破水之必要。若昧然行之，常有經過長久時間，而猶未產出者，是不啻增加其傳染機會也。

無論自然破水，或人工破水，當破水之際，宜注意產婦及施術者之被羊水沾染。對於產婦，可於其臀後腰部墊以布墊毛巾等吸水之物，會陰下面，墊以消毒之草紙或棉花墊等。施術者之保護可於將行破水之際，用消毒布蓋於陰部，以免向外溢射，污染衣服。

產婦既經破水之後，宜絕對注意消毒處置。如胎兒不能即時產出，宜抽去濡溼之敷

料，換以乾燥消毒布。如立產時，宜加上一層，以保持乾燥。陰道外口，蓋上棉一塊，以防空氣內之細菌侵入。事實上，空氣內之細菌，在淨地方，並不甚多。生時最易傳染者，仍與陰部接觸之敷料，及手指之未能嚴密消毒為最多數。倘於接產時不戴口罩，兩面尚陰部談話，則口沫內之細菌之傳染，亦不在少數。

貳 助產士消毒之準備 在初產婦，於分娩第一期終了，羊水破裂之後，即宜準備助產士自身之消毒。若在產婦分娩之勢力強而進行速者，宜於羊水未破之前，先行消毒，以防羊水一破，立即產出之時，不克嚴密處理。

助產士之消毒程序，先戴帽及口罩，然後預備洗手，一如上述。戴手套之方法，以手指不接觸手套外面為原則。一手取手套時，宜執住旋轉之部分，他手即順勢插入。如係濕者，切勿傾棄其中之水，以便使指管開放，容易戴上。如係乾者，先以包滑石粉撲撲於手上，使之滑澤，然後以一手執其旋轉部分而戴之。一手既已戴好，即以戴好之手指，插入另一手套口上開轉之夾層內。如是即可助他一手戴上。兩手均已戴好，乃互相整理之，使之合適。如手套既已戴好，而分娩遲延，不即終了者。宜於消毒溶液內時時浸潤之，以保持確實消毒。若時間過於延長者，宜更換之。胎兒既經娩出，臍帶亦已結紮剪斷，而胎盤不下，須施行人工協助者，此時若祇一人接生，可鋪一消毒布於腹上，以一手在產婦腹壁外面，施行摩擦，或壓迫等，而以他手協助胎盤之下降。產事完畢，即於床上血漬之處

物除去，然後用冷水將手套洗淨。蓋在手上洗滌，容易潔淨，使之陰下後之洗滌，更為方便也。

手術衣宜預備一襲已消毒者，包於布內，先行高壓蒸氣消毒。俟穿着時取出。帽與口罩，在正常分娩時，無須消毒。其用意在避免頭髮及口沫之接觸外面部。蓋髮際及口腔之細菌，不在少數，一經接觸，即有傳染之可能。故助產士注意此種消毒處置，實為重要。

茲將分娩第一助產士所宜注意之事項，舉其大綱如下：

- (1) 注意無毒處理與消毒法。
- (2) 注意母兒兩體之有無異常狀態發現。
- (3) 注意生產經過之迅速。
- (4) 注意產婦體格與精神上之疲勞。
- (5) 注意給與適宜之營養分。
- (6) 注意大小便之通利。
- (7) 注意保存完善之紀錄。
- (8) 及時準備分娩。

以上八項，在分娩初現時，助產士宜隨時注意，妥為處理。如消毒方面之完善與否，每影響於母兒之健康與生命，助產士最宜養成工作時忠實之美德，庶可獲得順利之經過。



參 分娩第二期之處理 產婦在分娩第二期時，全身痛苦，已達極點。助產士宜以同情體貼之心，與以扶助。如背部之疼痛，可用摩擦法或熱水袋以輕減之。足腿之牽筋，可將一手壓於膝上，他手持其腳趾向上伸直，以制止之。產婦當陣痛之際，每有大汗淋漓。如時時爲之拭乾，可與以相當輕快。此等處理，於學理上雖屬無宏旨，但於事實上，則助產士與產婦之間，可引起無上好感，而於衛生事業之推進，實有絕大裨益。助產士在工作繁忙之產院中，每因工作多而人手少，以致不克注意此種瑣事者，實屬遺憾。蓋產院之大部分使命，實爲助產學生之實習場所，指導者倘於此不加注意，養成正確觀念，則天之恩釐，差以千里。學生於畢業以後，入醫界工作，或擔任指導，必能循循善誘，勝任愉快。分娩第二期助產士所宜注意之各項，略舉於下：

(一) 破水 若破水已過相當時間而胎兒不即出生者，宜注意胎兒心音之有無變化。若有異常，宜請醫師前來，迅速完成其分娩。其他如頭位胎兒面背胎位排洩者，亦屬危險之預兆。

(二) 產婦之臥位 生產時之臥位，以採取仰臥位者較多。於腹壓過度強盛時，可取側臥位。但一般產科醫師，喜用側臥位者甚少。

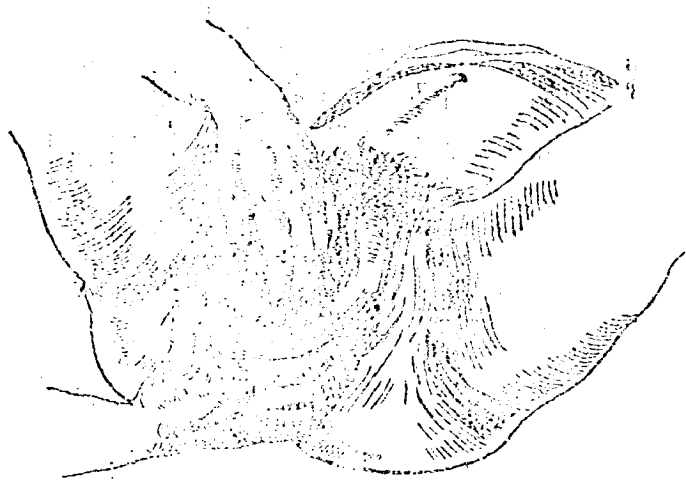
(三) 腹壓 腹壓在此期之作用最大。當兒頭排臨之際，如欲增進其腹壓，可將產婦之兩腿屈曲，於足跟處支持之，兩手握持右脛而牽引之。如是準備妥當，乃命產婦於陣痛

發作時，向下用勁壓通。但於陣痛間歇時，必須休息，以免御無謂之疲勞。

腹壓爲分娩期重要之作用，但產婦若有疾病，如重症結核，心臟衰弱，或有脫肛及其他不宜舉行加重腹壓運動者，助產士宜注意之。切勿一意以娩出胎兒爲目的，而忘卻其他方面之利害關係。如產婦於第二期不宜或不能舉行腹壓者，宜請醫師前來，以手術娩出之。

(四) 對於產婦其他方面之注意 體溫及脈搏，須每四小時檢查一次。產婦如患痔瘡或脫肛病者，於會陰膨大之際，宜以消毒棉花壓之，以防加重。於分娩終了時，有內痔或腸氣脫出之患者，即用棉花加少許消毒凡士林或硼酸軟膏於其上輕輕送入之。若當時不爲處理，經過若干時間以後，即發炎而起腫脹，產婦苦痛萬分，及至此種狀態發現以後，則即欲送入，亦頗感困難矣。

(五) 會陰膨大時之處置 當兒頭下降，達骨盆下口時，會陰即起膨脹。此時兒頭即由撥露而入排障。助產士最重要之工作，即爲保護會陰。俾於兒頭通過之際，會陰部少起裂傷。從前舊式鑿鑿，於此時期，以指甲撕破會陰，俾兒頭得以立時產出者，一役患之大，不堪設想。如引起產後傳染，及會陰腐爛等等，幸而不死，痛苦經月，且成高度裂割，以致大便失禁，或子宮、陰道脫垂者，比比皆是，殊堪浩歎。所 助產士之職務，以保護會陰爲重要使命。惟陰門過小之產婦，若不能避免破裂者，宜早請醫師爲之剪開，切勿一意



圖二〇八 陰之保護

緊壓，致兒頭通過困難。且引起內部重大裂傷。茲將適當陰保護術於後，俾學者得知其梗概。

(1) 目的 保護會陰之目的有三：

(甲) 幫助兒頭作正常的旋轉，即第三迴轉。在枕左前方位時，矢狀縫合以轉至骨盆下口之直徑線一致時，其後頭部之枕骨相陰，抵壓於恥骨縫合之下，兒頭即漸向上迴轉，作上仰勢，其額面及顏面即漸露出陰而出。當保護會陰之際，兩手即須順此迴轉之趨勢而動作。如兒頭未至上仰之程度時，宜向壓之向下，俾後頭先行產出。以後再順勢上仰，同時以手制止其過奮之來勢。助產士若不明分繞轉，一味蠻壓，徒使產婦增加苦痛而已。(乙) 使兒頭徐徐通過陰門，以減少破裂。(丙) 助陰

門之伸展。

(2) 施行時期 施行保護會陰之時期，以在兒頭已經著臨，即在陣痛間歇期，亦不退回陰道之時為適當。惟在經產婦，則當兒頭撥露之際，於每次陣痛發作時，即當預備。蓋有時兒頭之產出非常迅速。恐於不留意時，一次陣痛，即全部產出，而致重大之破裂。

(3) 方法 當產婦在仰臥位時，屈其兩腿分開之，俾會陰部充分露出，如在產家接生時，倘產床之墊較軟者，就膝下背部墊以小枕，於工作上較為方便。

施術者立於產婦之右側，用消毒棉花或巾紙壓於產婦之會陰外面。惟須將陰唇醫帶部分露出一線，約一公分寬，俾知該部緊張之程度。當產婦陣痛發作，兒頭下降之際，助產士即以一手在會陰部一手在兒頭上扶助之。其手術之原理已如上述。至其方式，則各人互異。有將右手之大指與其他四指分開，支持於會陰部者，亦有用右掌之大指側托持之者。同時施術者之左手，覆蓋兒頭，使營正常迴轉，且抑制其過猛之產出力，以防會陰之過度破裂。故施行會陰保護時，必須將分娩機轉之原理，徹底明瞭，方可措施適當。如當兒頭未營第三迴轉之前，宜聽其自然，逐漸下降，直至枕骨結節位於恥骨弓之下面時，始開始營第三迴轉，此時兒頭漸作仰勢，前額顏面 頰部兩次越過會陰而產出。當此之際，實為保護會陰最重要之時期。蓋陰之破裂與否，及破裂之程度，即於此時決之。助產士宜專心一志，妥為處理；切忌於非必要時，以手指時時推送陰門。蓋既無效用，且多與以傳染

之機也。當兒頭通過陰門之際，宜令產婦閉口呼吸，亦可緩和其下降之猛力。

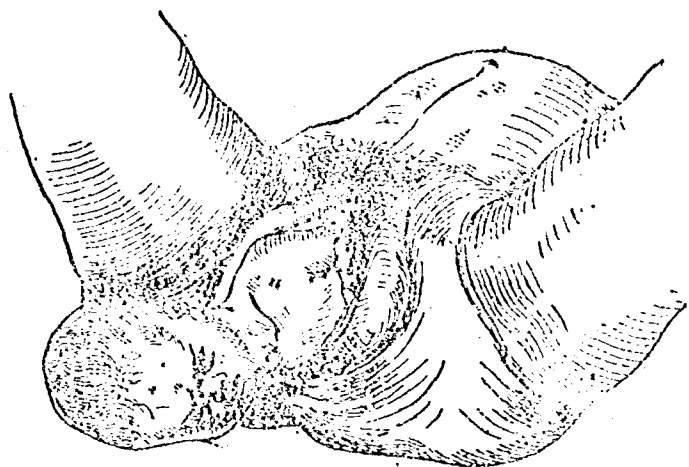
側臥位之會陰保護術，與仰臥位之原理相同。惟以產婦側臥之故，兩腿之間，須夾以枕，俾得分開。

施行會陰保護術之際，如見會陰之前緣蒼白貧血，薄而光澤，不能免致破裂者。宜請醫師診斷，是否須行會陰切開術，以防自裂，而達肛門。蓋切開之創口整齊，容易縫合。自破者，每致參差不齊，癒合困難。但切開之創面，必須用合法手術縫合者，方可如期癒合。否則常致癒合困難，而遺缺陷，且容易引起傳染，故助產士幸勿以爲手術容易任意行之。

(六)兒頭之產出 兒頭既經產出之後，宜用潔淨棉花拭去目外之黏液，然後以小方紗布，裹於助產士小指上，伸入初生兒口內，拭去黏液及羊水，以防一起呼吸，滲入氣管內。但拭抹時，切勿用力過猛，以致口腔黏膜惹起創傷。如是，則一遇細菌，即成口炎，甚有致命者，不可不注意也。

其次即檢查頸部之有無臍帶纏繞。如有，則鬆解之。其法即將臍帶輕輕牽引，若覺其可以牽動者，即便牽鬆，向兒之胸部脫出。如不甚容易牽動者，則將其由肩胛部滑下。如兩者均不可能時，即以血管鉗兩枚，錯正而剪斷之，乃將胎兒急速挽出。

(七)肩胛之娩出 肩胛部之娩出，常有因之而起會陰破裂者。故當肩胛娩出之際，亦



圖二六 肩胛脫出

須施行會陰保護術。惟此時之手術，可祇用下方之手。其上方之手，扣住胎兒頸部，先拖之向下，待上方之肩胛已至恥骨縫合下時，即提之向上，徐徐牽引，使之越過會陰而出。若當兒頭生出之時，會陰未起破裂者，此時甚易發生破裂，故一或疏忽，每致全功盡棄，懊惱異常。兩肩既已產出，其他各部之娩出，自甚容易。如肩胛產出困難時，可先將下方之上肢，順其勢而一出之。其次再解上方之上肢。經產婦大抵不需要解出上肢，每與軀幹同時產出。軀幹既出，則後羊水即隨之而出。分娩第二期，即行終了。此時宜立即注意產出之時間，以便記錄。

(八) 初生兒眼部與臍帶之處理 胎

兒娩出以後，即橫置於母腹之間。其重要工作，即再事拭去眼部，口鼻內之黏液，俾呼吸得利。次即以潔淨之棉花塊，分開其眼瞼，而命助產者滴確酸銀溶液或蛋白銀溶液一滴於眼內，為衛者即避眼瞼轉動之，俾散至眼內各部，因眼藥管之一端不消毒，故須他人施行之。但淋菌入目，若經時過久，即深入組織內，則不易撲滅。故須在產出後數分鐘內舉行之，過遲，則功效減少。

次即結紮臍帶，其方法在俟臍帶血運停止以後，離臍約一寸處，用手指將臍帶外之黏液及內部之膠質，略向左右分散之。乃用粗線圍繞一道，作一結，須依照外科結的方法，方可結實，不致鬆弛。雖第一結約二公分處，再結一道，如前法。如臍帶胎盤之端，有脈管鉗夾往者，可不施結紮而剪斷之。如無脈管鉗者，則再結一道而剪斷之。

剪斷以後，用棉塊擠斷端，以檢查脈管內有無血液滲出，結紮是否堅固，乃用臍帶敷料包裹之。常用者為數層消毒之方紗布，一邊剪一裂縫達中心，臍帶嵌入中心處，將紗布之四角包裹之，外加紗布一方，傾酒精少許於其上，以資消毒。乃用綢帶包紮固定之。此項工作，最好即於剪斷後立即行之，以免臍帶斷端之傳染。有謂兒胎未加清潔，先行包好，似屬不宜者，則可用紗布一方，將臍帶斷端裹住而結紮之，俟清潔兒體後，再行更換。但事實上，既費時間，又不易消毒，殊無謂也。其詳細情形詳初生兒處理章。

助產士如一人擔任全部助產工作者，宜於消毒手指之前預備初生兒之襪襪，鋪置於溫

暖適當處，內置潔淨毛巾一條，能事前加以消毒，更屬妥善。初生兒於包好臍帶以後，即可安放襁褓內，而命家人暫行包裹之，以免受寒。助產士為保持手指之消毒起見，於放置初生兒時，宜以一手提其足，他手托其背，先將兒頭着褥，抽去背上之手，漸次放下，末後放提足之手，則手指可不與襁褓接觸。如工作時有實習生助理者，即可使其清潔小兒，助產士返至產床處理產婦。

分娩第二期助產士所宜注意之各項，舉其大要如下：

- (1) 防制細菌之傳染。即充分注意消毒法。
- (2) 注意胎兒之心音。有無過多過少，或節律不整之狀態發生。
- (3) 指導產婦於適當時期使用腹壓。
- (4) 注意各種異常分娩之先兆，及時報告。
- (5) 執行生產時之各種必要手續。
- (6) 預備分娩異常時之應急處置。
- (7) 注意保存準確之紀錄。

以上各項，助產士能隨時注意，始為盡責。

肆 分娩第三期之處理 分娩第三期，為生產過程中最重要之一階段。產婦之死亡於後產期者，實較其他之兩期為多。蓋出血、昏倒、血栓等症，常於此時發現。而產婦若於



此期傳染細菌，最爲危重。蓋子宮內之胎盤剝離面，有廣大之新創口存在，一遇細菌，卽成產褥病症也。

胎兒既經產出以後，分繞入第三期。此時宜注意子宮底之位置與體積，及其收縮狀況。並留心觀察腹外胎骨縫合上之問題。助產士在結紮臍帶以後，將一手置於子宮底部，輕壓之。不必摩擦。如覺弛緩，則隨時按摩之，以促其收縮。若胎盤已與子宮壁剝離，而移入於子宮頸或陰道內者，則子宮之體積縮小，且堅硬呈球形。容易活動。同時恥骨縫合上之凹陷處，卽行消失，因胎盤留在子宮頸部處故也。其他測驗胎盤已未剝離之方法，可於胎兒產出以後，將一脈管鉗，夾住陰戶外之臍帶上。若胎盤已經剝離，則此鉗之位置漸次下行，離陰戶漸遠。若尚有懷疑，可用外手將子宮壓下或送上，若胎盤仍與子宮黏連者，則其臍帶卽隨子宮而上下。

當胎盤產出之際，助產士當以手承之。間有用消毒之容器者，以其費事，不甚樂用。胎盤既承於手內，卽輕輕引之下行，切勿用猛力牽引，或過度搖撼卵膜，以防斷裂。如有細條卵膜，黏連不下者，可用鉗夾住之，而以他手緩緩按摩子宮，任其逐漸下降。待其全部產出乃仔細檢查之，以察有無缺損。其法卽用手將卵膜提起，視其裂口之大小，並檢查胎盤部分之是否完整無缺。

胎盤既下降。卽以乾消毒棉花，拭淨外陰部。乃檢查會陰有無裂傷，及其程度。如須

施行縫合者，在醫醫師補助之地，卽爲之縫合。但會陰破裂，若在第二度以上，非有相當訓練及經驗之助產士，不宜專於從事。若在陰道內施行內縫，不甚容易，如處置不合法，非特不能癒合，且容易引起傳染故也。

會陰經整理以後。卽用消毒之陰墊，抵壓外陰部，抽去所有污染敷料，而以清潔者墊之。但此種處理，宜謹慎行事，切勿將產婦過於勞動，蓋此時子宮之收縮未臻鞏固，容易因轉側而弛緩，以致引起流血。

產婦既加整潔，卽將其兩腿伸直並緊，仰臥數小時。此時助產士宜以一手置子宮底之上方，大指在前，其他四指在後，作握持狀。如子宮之收縮硬固，形狀不整者，爲縮復良好之象，不必加以按摩。倘子宮柔軟，弛緩無力，收縮不良者，宜施以掌狀按摩，以激起其收縮。如有血塊，宜擠出之。蓋血塊一留在子宮內，足以妨礙其收縮，且爲劇烈後陣痛之原因也。同時助產士宜注意陰部之血量，每隔十分鐘檢視一次。倘收縮不甚良好，而有多量血液流出者，宜予以麥角或腦垂體素一劑，以資補助。直至子宮收縮良好後，乃加腹滯。

腹帶之用否，在產後各部之復原上，無甚功用。惟於產婦之舒適上，則頗有使用之價值。其帶之方式，以多頭帶爲最佳。其用法自上向下，逐一勻鋪之。如無多頭帶時，可用闊布一幅，摺作二三層，將其兩端於摺縫處剪圓之。留中央之部分，連合不剪。施用時，

將此部置於產婦之背後，而取兩端，左右相交，互壓於腹上，拉緊之，至末一層時，用安全針扣住之。此種方式，雖不如多頭帶之緊而舒適，但製作甚易，故多採用之。腹部包裹既妥，再加丁字帶於外陰部，乃為產婦整理床褥，使之舒適安臥。同時測檢其體溫脈搏而記錄之。並將臥室之光線，加以調節，使之幽靜通風。產婦如未經施用麻醉術者，此時可與以溫暖飲料一杯，乃囑其安睡。惟必須告以注意其陰部之有無多量血液流出。如有感覺，宜即通知助產士，立時處置。蓋產後出血，係重要症候也。

伍 臍帶血之檢查及胎盤之測計 醫院內，有留取臍帶之血液，以供梅毒試驗者。其方法即於切斷臍帶以後，將其胎盤端，插入試管口內，開放針子，於臍帶之上方擠之，即有臍血流入試管內。約取五公撮，即可供試驗之用。臍血之呈陽性反應者，為初生兒先天梅毒之徵。但對於母體之梅毒，不一定能顯出。

胎盤之測計，在助產工作完密之產院內，亦多行之。以供研究之材料。其方法，即將胎盤置於一容器內，以尺帶測量其直徑之長度與胎盤之厚薄，並稱其重量。正常胎盤之直徑，為十五公分至二十公分。厚度為二公分至三公分。重量為五百公分（克）至六百公分（克）。臍帶之長平均約五十公分。其直徑約一公分。胎盤兩面之組織有無病變，及臍帶附着於胎盤上之部位，均宜記錄之。此種工作，在產家接生時，可以從略，以節時間。

分娩第三期助產士宜注意之事項，舉其大要如下：

(1) 預防母兒兩體之傳染細菌。

(2) 處置胎盤之產出。

(3) 注意子宮之收縮。

(4) 預防病變之發生。

(5) 處理小兒預防臍帶及眼部之染菌。

(6) 注意保存完密準確之紀錄。

隨 分娩直後之注意 助產士處理胎兒之際，仍宜時時注意產婦之面色是否正常，休息是否安靜，脈搏是否調整而有力，子宮是否收縮硬固，血量是否正常等。而以注意產婦之後出血為尤要。正常產婦，於產後兩小時內之出血量，宜不超過六十公撮，且無血塊。如血量過多，而子宮弛緩者，助產士宜為之施行按摩，且與以麥角一劑。生命產婦仰臥三小時，然後轉側。產婦如覺頭痛，宜特加注意，以防子癩症之發作。故小便與血壓，均宜再加測驗；如有異常，宜即通知醫師，早為處理。

助產士於處理母兒兩體之後，即宜將污染之布片浸於冷水內，去其血漬，然後交洗衣處煮沸洗滌之。如用昇汞溶液浸過者，宜先浸於涼水內。蓋熱水能使血清凝固及藥質黏附不去也。胎盤及血塊等，宜另置一器內，切勿滿地堆置，使人嫌惡。諸事妥當，助產士之最後責任，即填一初生兒之出生證，以備報告於衛生行政機關，助成其生命統計工作。

藥 麻醉 產科麻醉，以外科麻醉異。產科麻醉係暫時的，間歇的。其深度麻醉僅在胎兒產出時之數分鐘用之。生產之應用麻醉，由來已久。現在各先進國家，於分娩第二期時，均採用之，以減少產婦之痛苦。

麻醉藥之種類頗多，而最常用者，則爲下列數種：

(一) 醚 常於分娩一期之末，開始應用。因兒頭通過子宮口時，有劇烈刺痛故也。在分娩第二期內，當陣痛發作時，與以少許，以資鎮靜。惟用量過多，或時間過久，有使子宮收縮不全之患，宜有相當節制。麥角與腦垂體素，可以恢復此種弛緩症候。

醚之使用法，可用一遮罩，如無現成之藥罩，可將報紙數層摺成一圓筒狀，其高約四寸，外裹以巾。而以巾之兩邊塞入筒內，維持而充填之。用時即將醚少許，滴入筒內。當陣痛開始時，置於產婦口鼻上，而命之呼吸，陣痛間歇時撤去之，直至兒頭產出爲止。如欲其深度麻醉，可將醚點滴滴入筒內，而留置於口鼻上。惟至兒頭產出後，卽宜撤去之。麻醉過度之現狀，爲皮色蒼白，眼之反應消失，瞳孔擴大，呼吸困難，肌肉弛鬆，脈搏細弱，或節律失調。凡此種種，助產士當施行麻醉術之際，宜時時注意及之。

(二) 哥羅仿(氣仿) 亦可用於分娩，其藥力較速，氣味較佳，而清醒亦較快。且少起嘔吐。惟其毒力頗大，有使肝臟及血液起變之可能。且易與子宮肌麻痹，故不宜早期應用。對於血中毒之產婦，尤當禁忌。

使用方法，以小號麻布製爲上。罩上之布片，不宜過厚，使空氣得以盡量通過，與藥物混和。當產痛發作時，用此藥十五滴至二十滴。滴於麻藥罩，蓋於鼻上，使之緩緩吸入之。呼吸不宜過深，以防藥力過量。陣痛間歇時，宜即取去。直至兒頭排阻時，始多加數滴。設無特別原因，均以不用此藥爲上。

無論用蘇威哥提仿，以作麻藥劑，當吸入之際，產婦之面部，必須先以油類擦之。其面部須用溼巾遮蓋，以防藥物之刺激。如有活潑藥劑者，先除去之。胸部衣服，必須鬆解。但當蓋好，勿使受寒，致起肺炎。勿用高枕，俾呼吸得遠。當開始給與之際，助產士必須殷殷慰勉，使之心氣和平，富有希望。如是，則雖用少量之藥劑，可得較多之效果。人類之精神，有絕大作用，不可不知也。

## 第八節 產院之布置及設備

產院之基址宜寬廣。其位置須於鬧中取靜。正屋宜建築於基地之中央略後部分。屋前而須有廣大空場。多植花木，使環境優美而清靜。門診部宜在空地之前面，接近街道，以利交通。職員宿舍可造於空地之一旁。廚房，洗衣室，太平間，則在產院之後面。此其大略也。茲將院內各部之布置與設備分列於下：

(壹) 正產室 正產室之位置，須與待產室，產前檢查室相聯絡。宜在產院之一隅，不

接近交通孔道。亦不緊接調養室，以免呼痛之聲，妨礙他人睡眠。室內光線宜明暗適中。窗戶宜用毛玻璃或窗簾，以資調節。室之構造，宜有氣窗，使室內空氣流通，而無直風吹入。室內溫度，無論冬夏，均須調節至攝氏二十度或華氏七十度左右，方為適宜。

(一)結構 產室之結構，頗費斟酌，在一般產院中，其正產室常為一大間。內置產床數架，分置室內四周。此種布置，在工作上，於人員方面，因一人能同時照顧產婦數人，固屬經濟。但為產婦設想，則自身已痛苦萬狀，而更須聽到鄰婦之呻吟，格外增加不快，殊非上策。若於建築時，能將產室特定一種式樣，假定其形如十字狀。十字之四端，各為一小室，每室位置一產床。其中心部擴作圓形，安置各種用品。如是則每一產婦，各據一小室，較為安適清淨。而工作人員仍得聯絡上之便利。大抵四十床位之產院，有正產床四至六個，副產床兩個，手術室一間，即足應用。

(二)用具 產床若干架，視產室之多少而定。其式樣須床脚較高，俾於工作時無須彎腰屈背，以減少工作人員之疲勞。全床分作兩截，上置兩截油布草蓆。上半截之下面兩旁，可裝置擱腳架。若當生產之際，忽需路施手術時，即可將下半截拆去，甚為方便。產床之質料，以鐵製為上。木製亦可。

其他用具，如辦公桌、小几、屏風、嬰兒包裹檯、有架浴盆、雙聯浸手盆、坐椅、便盆、時鐘、什物櫃、寒暑表等。其數量視產床之數目酌定，可置於中央聯絡處，共同使

用。

(三)被褥及衣着 每一產床宜有油布或皮布墊一副。上加褥單，分兩截鋪好，以備拆開時無須重鋪。枕兩枚，一硬一軟。被一條，或厚或薄，視氣候而異。枕與被均須加套。每一產婦用過以後，無論污染與否，均須換過。其總量視生產之多寡而定。常消毒外陰部之際及分娩第二期時，有多量水液流出，故產婦臀下，須置開關墊或橡皮布，以防沾染褥單。

產婦在待產室內，宜先爲之預備全身清潔，如沐浴、更衣、清腸等事。故至分娩室時，衣服已經換過。惟如因故而衣服污染時，仍須更換之。且生產既畢，須換上褥袴。上衣如有溼潤亦須更易。故產室內亦須備有衣袴若干套，以供應用。其他如初生兒之襪襪衣着等，亦須完備，庶可運用自如。

(四)器械 正當分娩所用器械：(1)藥械盤 內置敷料鉗兩把，或插入盛有消毒藥液之大口瓶內，或另備一小型搪磁盆，於應用時用酒精少許，傾入盆內，鉗其中，燃燒消毒之。另備消毒藥濃溶液一瓶。常用者爲來蘇或愛酒 (Lysol 或 Iod.)。百分之二之汞色質溶液一瓶，沖洗罐一個，安全剃刀一把，消毒棉花球一小罐，肥皂水一瓶。以上藥械盤爲沖洗產婦外陰部之用，在四個產床之正產室內，宜備有此種藥械盤兩副方足應用。(2)消毒手指時所需之器械 手刷四個，指甲剪鋒刀各一，肥皂水或肥皂適量。(3)接生時所用



器械 臍帶剪四把，脈管鉗八把，持針鉗二把，中號及大號彎針數枚，內外縫線數束，初生兒窒息用氣管導管一枚，注射器二公撮者兩副，十公撮者一副，橡皮手套六號及七號其一打，肛門檢查用指套數枚，此種指套可從舊手套上剪下者充之。導尿管金屬製者橡皮製者各二枚。灌腸器兩副，灌腸唧筒容量三十公撮者兩枚。以上數量約為四個產床而設。

(4) 麻醉時所用器械 麻藥單大小號各一個，開口器一具，舌鉗一具，凡士林一罐。以上各件，置於搪磁盤內，加棉花紗布敷方，注射針一具，及強心劑與促進呼吸劑藥針數種，謂之麻醉盤。在西方各國，生產至娩出期，卽屬正常，亦須給與少許麻醉劑，以減少其痛苦。常用者為醚。在國內則因國人對於麻醉劑之功效，認為可怕而有害，故不喜用之。

(五) 敷裹料 分娩室內所用敷裹料之種類，如棉花球，小方棉花，小方紗布，紗布條，臍帶捲，繃帶，會陰墊，消毒巾，以及腳套手巾衣，口罩，帽子等。此等敷裹料，須分類裝入消毒筒內，或用厚布包裹而消毒之。貯於櫃內，隨時取用。惟消毒之時間，已滿一月，而未經動用者，須重行消毒之。

為工作便利起見，分娩時所用敷裹料，可合作一包，而消毒之，謂之接生包。此包分為平產與難產兩種。平產接生包內，所備之物品，及其包裝時之順序如下：外層為包皮，用厚布雙層，裁作四方形，二尺四寸見方。在一角上縫有紗帶，為結紮之用。包內各物之排列順序，自外向內，(1) 大帆布，其大小與外包皮相等。(2) 會陰墊二個，長紗布，小

方棉花、小方紗布若干，臍帶卷、臍帶帶各一。(3)消毒巾四條，每條長三尺左右，闊一尺六寸左右，摺疊作手摺式，以便取用。(4)小褥墊，為長約一尺，寬約六寸之方墊。其製法視經濟之狀況而異。如經濟充裕之處，可用橡皮布一層，上鋪棉花紗布製成之。如在經濟困難之處，可用油紙一方，上加草紙製成之。或用草紙一疊亦可。其功用在於置於產婦之臀下，吸收水液。(5)產袴。(6)大消毒巾。(7)接生衣。(8)口罩及帽子。以上各件包作一包。常接產時，打開包皮，由接產人逐層取用。頗為方便。

難產包之預備一如平產包。其順序如下：除包皮外，(1)大包巾。(2)產後墊、長紗布、小方棉花、小方紗布、臍帶卷、繃帶、消毒巾四條。外加大開刀巾一條。(3)產袴。(4)消毒大巾。(5)消毒手帕衣兩件，口罩、帽子各二個。

(六)藥物

(1)消毒藥類

品名	原	名	用	量	功
來蘇	Lysol		1—2%溶液		浸手沖洗外陰部
愛酒	Izal		0.5—1%溶液		同右可代來蘇用
汞色質溶液	Mercurochrom "920"		1%溶液		塗布內外陰部用
硼酸溶液	Liq. Acidum Boricum		1%溶液		洗初生兒口及眼

硝酸銀溶液	Liq. Argentinites	一%溶液	初生兒滴眼用
碘劑	Tinctura Iodi	五%溶液	皮膚局部消毒用
蛋白銀溶液	Protargol	五—一五%溶液	代硝酸銀滴眼用
銀蛋白銀溶液	Argyrol	一五—二五%溶液	同 右
酒精	Alcohol	九五%	燃燈消毒用
酒精	Alcohol	七五%	消毒手指器械用

(2) 內服藥及注射藥

品 名	原 名	用 量	功 用
麥角流膏	Liq. Ext. Ergotinum	一至二公撮	產後收縮子宮用
鷄納	Chininum Quinina	總量一公分	分娩初期陣痛微弱一公分分 作數次服用
麥角素	Ergotininum	一至二安瓿	後產期止血用
腦垂體素	Pituitrin	一至二安瓿	同 右
芳香氨酒精	S. pt.Ammonia Aromatic	二公撮	興奮作用
樟腦注射劑	Camphor	一至二安瓿	同右強心劑

(3) 其他藥類

品名原 名用 量功 册

洋橄欖油 Oleum Olivae 適量 清潔初生兒皮膚用

液體石蠟 Liq. Paraffin. 適量 作潤滑劑同右

花生油等 Vegetable Oleum 適量 可代洋橄欖油用

凡士林 Vaseline 適量 作潤滑用

甘油 Glycerine 適量 同右

滑石粉 Talcum 適量 乾燥撒布用

貳 待產室 待產室之位置，須與正產室相連接。室內設有臥床、桌、椅、衣櫃、床前几、以及痰盂、時鐘、茶具等件，與一房之布置相同。臥床可設數榻，同時可供數人之用。但能一室一榻，自屬更佳。母用品，須預備藥械盤一個，灌腸器兩副，橡皮指套數枚，以及大小便檢驗容器與記錄單等。

待產室之毗連處，設有浴室及廁所，以供分娩前產婦預備之用。浴室最好有兩間。廁所宜與浴室分開。如無抽水馬桶之處，宜多須備淨桶一個，以便更換。

叁 副產室 凡產院中除正產室外，均宜設副產室，至少一間，以處理已經傳染，或有傳染嫌疑之產婦。室內設備，與正產室相同。惟正一室既設一榻，以免數人同室，發生交互傳染。室之一隅，設有消毒池，或置消毒桶。內貯消毒藥液，專供池浸污藥物品、衣

着、暴露之用。凡產室內所用物品，非經消毒，絕對不宜借出，以防傳染。

副產室之外面，宜有一更衣室。專供工作人員更衣洗手休息之用。敷料、衣着及雜品櫃，可安置此室內。

肆 手術室 手術室之位置宜向南北，取其光線勻淨也。室頂能裝天窗更佳。否則四面多開窗戶，裝置毛玻璃。牆壁以淺藍、淡綠色為宜。室內備有手術檯、器械桌、圍凳、器械櫃等。室之外面須有消毒室及洗手處，以備工作人員手術前準備之用。所有手術器械詳手術篇內。所用敷裹料詳產包之預備節內，茲不贅述。

伍 產婦調養室 產婦調養室分為數種。普通調養室為一大房間，能容納床位十至二十。室內床鋪，成行排列。每床之側，設有一几一凳。几須有抽屜及櫃。便於放置產婦之雜件。此種調養室之利益，對於工作人員之支配，頗為經濟。惟一室之內多人同居，終欠清淨耳。其他為中等大小之調養室。室內可設二榻至六榻。所有設備，一如上述。最舒適者為單人調養室。室內除床鋪及几外，加置桌、椅、鏡檯或衣櫃。各種調養室之多少配置，視產之性質及地方之需要而定。大抵平民產院中，以多設普通調養室為宜。

調養室內之產婦排泄物處置問題，若無水沖裝置之處，最難合式。或在廁所之外面空地內造一糞池。室內裝置一漏斗，用管接連。室外屋旁較高處，造一蓄水池。用唧筒取井內之水，灌入其中，用作沖水，以便傾倒便盆，較為便利。如水量豐富，同時可裝發沖

水馬桶。如不甚足用，則能起床之產婦，即用普通便桶，亦無不可。

陸 嬰兒室 嬰兒室之地位，宜在產院之一隅，以免哭之聲，驚擾產婦。室之內部四周，裝設嬰兒床。床作長方形，木製或鐵製均可。底部置草墊，上鋪油布及單被。再加小蓋被。夏季蚊蚋過多時，宜加蚊帳。室之中央，設辦公桌椅。壁上須備時鐘及溫度計。嬰兒室內之保溫裝置，最為重要。常溫須保持在攝氏二十度，多氏七十度左右，如有汽打裝置，最屬相宜。倘用火爐，則溫度之調節，更宜注意。以上所述係根據學理的方面立論。惟在英國，中下人家之家庭間，均無保溫裝置。如初生兒於產下後，即居於高溫度之室內，及至返家，忽處寒冷之居室中，鮮有不立致感冒者。故產院之工作，如為大部分之勞動階級，或普通民衆設置者，對於嬰兒室室溫之調節，以不過高為宜。惟在室溫較低之室內，嬰兒必須多穿衣服，外用襪襪包裹，並置熱水袋於小床內，方可不致受寒。

嬰兒室之毗連處，宜有小室兩三間。一間為貯物室。內置衣櫃、洗衣桶及應用雜物。一間為小兒洗澡房，內設浴池或浴盆以及小兒包裹檯等。另一室為小兒隔離室。內用半截板壁，隔作數小格，以處理患病小兒。所有一切用品，均須分開及消毒。每一格內，宜掛一手術衣。格前設消毒液洗手盆。凡入格內護理小兒時，必須加穿手術衣。事畢，脫下，掛好，洗淨雙手，然後再取他單。此種布置及方法，必須深明消毒原理之有經驗護士，方能避免交互傳染。否則還以分開數小室為妥。如產院之床位較多者，更宜於嬰兒室之旁，隔

一玻璃小室。保持高溫，以安置早產兒，較暖七箱爲佳。

棗 門診部。門診部之建築，宜在產前基地之前方，接近街道，以利交通。其式樣原無一定。若採取各地衛生所之方式，全部長方形之一種。中房廣大以待診處。後面中間設有櫃檯，隔作兩部，一方爲辦事掛號處，一方爲發藥處。兩端之小室，爲玉作人員之辦公處。廳之兩側，各有小室二三間。其一側可作產前檢查室之用。他側爲婦科、兒科及普通診療室之用。似尙合理。如產前檢查室各附有待診室，各室對列，中爲通道，亦甚相宜。可隨基地之形勢，與建築費之多寡而定。

產前檢查室之布置，大抵須有診察檯一具，辦公桌一張，凳子兩個。所附之廁所內，如有水沖廁並好。否則宜置便桶一個，及小搪磁便桶一個，並備沖洗用具，及洗手盆。身長體重計，可備一架，置於室之適中處，共同使用。器械須備血壓計、骨盆計、及尺帶等。

婦科室內，宜有婦科診察檯，桌椅一副，小几一具，上置婦科盤，洗滌架一具，灌洗器一副，小玻璃櫥一具，內置各種婦科器械。婦科盤內置有消毒棉球及陰道塞子各一罐。大口玻璃瓶一個，內裝已消毒之棉棉花簽，另備大口小玻璃數個，內裝硝酸銀溶液，魚石脂甘油，及汞色質等藥品。又消毒茶杯兩個，以備傾注藥液，浸陰道塞子之用。其他如搪磁盆，陰道長鉗子等，均爲必需之用器。

兒科室之布置，宜有小兒天秤，小兒診察檯，小兒身長計等。其他用具與他室同。若用作嬰兒會者，更須有一較大之室。內設玻璃櫥若干。放置兒童衣服用品及玩具。壁上可加兒童衛生掛圖。並置小桌及椅若干副。

門診部除用作診治疾病，檢查產婦外，更當爲衛生教育之實施處。故待診室之布置，宜願多施行待診教育之便利。待診室更可用作各種集會之場所，於設計建築時，宜注意及之。

捌 隔離室 產院內一調養室外，必須在院之一隅，設有隔離室二、三間，以處理傳染性及患病之產婦。室內用具及設備，一如調養室，惟須備消毒液桶，以澆灑污染衣者及物品。凡隔離室內之用品，非嚴加消毒，不得携出室外，以防傳染。

玖 飲食室及廚房 較大之產院內，除廚房外，宜有飲食室數間。以預備產婦兩餐間之點心，如掛麵、雞蛋、藕粉等。或爲有病之產婦作特殊之食料。其他一室分之飯室及工作，爲調製人工營養料，以哺缺乏母乳之嬰兒用。

大廚房之建築，爲避免者，應有特殊之設置。茲姑將方式中之一例，略述於下。凡蠅性喜光明而避黑暗。廚房之建築，可利用此點。而爲設計。假定廚房爲相連的三大間。中間爲烹調室。左爲貯藏室。右爲分餐室。各間之中有門相通。但與外面相通者，則祇有一門。此門連一黑暗之小弄，就座側過作彎曲，以避光線。如是工作人員入內時，即



有蒼蠅附身，當其經過黑弄時，即向外飛去，不致帶入室內。屋之其他各面，均爲紗窗。不能開閉。惟在分配室之牆上，設一大抽斗，以供原料之輸入，及菜蔬之送出。因曾作試驗，抽斗式之輸道，蒼蠅不易帶進也。致於生火之處可在烹調室之後面加一小室爲之。此種式樣，著者曾在產院中作實地試驗，結果尚稱滿意。

**拾 洗衣處** 產院內之衣着特多，故洗衣處必須妥爲設備。其地點應在全院之後部。築小室數間。面臨小廣場。爲晒晾衣被之用。室內宜有大型竈鍋。以供消毒之用。倘有乾燥室之設置更佳。

**拾壹 太平間** 太平間宜設於基地之另一角。後門臨街道。但不宜在產院前門之同一街道上。室之布置須有兩間。一間較大，預備家族安息之所。室內設備，殮屍簡單，但宜求優美高尚，以減少家族之悲感。

**拾貳 出診時之預備** 凡往產家接生時，所携器械用品，宜簡單而完備。將所有用品分作兩件。以輕巧變便爲上。藥品及器皿裝入箱內。箱之製造，內部用鉛皮或薄板製成三疊。上一級內置藥瓶。下兩級分置各種用具。外面用皮革包裹，留之接生箱。箱內應備用品，可參照下頁前南京市四牌樓衛生分所之清單所載而斟酌損益之。其他一件爲接生包。用厚布製成筒狀之袋。其底之大小，較携往產家應用之搪磁面盆略大。裝包時，即以面盆兩個置底部。中置平產包一個。酒精、肥皂、手刷、灌腸器、腎形盆等。有時可預備涼開

# 南京市四牌樓衛生分所助產士接生箱

長20吋, 高9吋, 寬12吋。

產 理 廠 科	類別	物 品	量 數	類別	物 品	量 數	
藥 品 類	效 料 類	無菌接生巾(六條)	1包	器 械 類	斷臍帶剪	1	
		無菌臍帶布捲	1包		尿管鑷	2	
		無菌棉花塊	2包		鑷子	1	
		無菌產後墊	2包		持針	1	
		無菌手套	2雙		縫合針	4	
		接生衣	2件		其 他 用 品 類	灌腸器	1套
		帽子	2個			磅秤	1
	口罩	2個	帶尺	1			
	藥 品 類	藥 品 類	酒精70%	60 c.c.	其 他 用 品 類	直聽心筒	1
			酒精95%	60 c.c.		洗手盆	2
來蘇			60 c.c.	腎形盤		2	
液體石蠟			60 c.c.	注射針		1(2c.c.)	
汞色質液 2%			60 c.c.	量杯		1(10c.c.)	
硝酸銀液 1%			60 c.c.	橡皮尿管		2	
飛垂體素			1 盒	刷子		1	
碘酊			15 c.c.	肥皂盆		1	
肥皂水			60 c.c.	肥皂		1	
香酒酒精			60 c.c.	查肛指套		2支	
麥角流膏	60 c.c.	薄鉛	1				
凡士林	30 gr.		筆	1			

水瓶在內，以供急用。因產家不及預備滾開水故也。此袋之方便處，在能伸縮。產後之汚染布料，仍可捲緊塞入袋內，携歸洗滌。布袋本身亦應時常淨滌之。

出診時如遇產，以送入醫院為原則。但有時因種種關係，不克移送產院者。則對於器械用品之準備，可用難產接生箱。箱內設備較多，如強心痛、麻醉劑、及麻醉用品等。致產器械須用手術之種類，臨時携往。市上所售皮製產包，所備各件，堪以應付一般產時之需要，亦屬便利。

產後訪視箱之大小與平產接生箱相同，或較大。箱內分作兩層，下層裝有孔之板，開孔八個至十二個。安置藥瓶。所備之藥品，如來蘇、汞色質溶液、硼酸、甘油、硼酸水、液體石蠟、酒精、蛋白銀液、麥角流膏、蓖麻油、鷄納丸、氧、鋅、或次沒食子酸鈣、以及凡士林、肥皂粉等。上層為放置器械用品之用。所備各件，如洗手刷、小毛巾、工作衣、體溫計、沖洗罐、鑷子、剪子、腎形盆、灌腸器、導尿管、吸乳器等。敷裹料如會陰墊、棉花、紗布、棉花簽、繃帶等。

## 第九節 產院各部分之規則

### 壹 正產室規則

(一) 工作人員應服從產室主任之監督指導，按時入室工作，不得擅離職守。

(二) 凡非產室內工作人員，概不得隨意入室。

(三) 產室內工作人員應隨時注意光線、空氣及溫度之適宜。

(四) 凡產室內工作人員應着規定制服，按時更換，保持清潔。

(五) 凡擔任產室內工作人員，不得接近其他病人或至門診處或至調養室逗留。

(六) 凡接產時必須依照規定程序消毒己身及產婦。

(七) 凡護理產婦必須按照規定時間及方法注意檢查各種現象，如陣痛、子宮口、胎心音，以及一般狀況等。如有異常，應立即報告醫師，前來處理。

(八) 凡胎兒產出後在五分鐘內，應為擠眼。

(九) 胎兒生下後應示產婦或家人以男女，以免誤傳。

(十) 凡初生兒須加標誌，填好記錄，然後送入嬰兒室。

(十一) 凡產婦生過後，宜留睡產室內兩小時，如無異常，方可送入調室。

(十二) 所有生產記錄單，須詳細填好，不得遺漏。

(十三) 凡產婦生產以後，室內用品器具，必須整理補充，歸還原位。產床上枕套、被單

均須更換。

(十四) 產婦陪伴以不入產室為原則，如有必要入室者，須加穿消毒衣帽及口罩。

#### 貳 副產室規則

- (一) 凡副產室內一切例行工作，一如正產室之規定。
  - (二) 凡副產室內工作人員，不得同時護理其他產婦。
  - (三) 凡副產室內器用物品，不得借出室外。
  - (四) 凡器具物品，經產婦用過以後，必須全部消毒，方給第二個產婦應用。
  - (五) 室內工作人員，須遵照隔離手續辦理。
  - (六) 凡副產室當值期滿之助產士及學生，必須洗髮沐浴，更換內衣，然後再任其他工作。
  - (七) 凡副產室內生產之產婦必須送入隔離室調養。
    - 參 待產室規則
    - (一) 凡妊婦開始作產時，即行送入待產室，爲之洗浴更衣。惟羊水已經破裂者，以擦澡代沐浴。
    - (二) 施行灌腸手續。
    - (三) 注意分娩之進展，如陣痛、子宮口、胎心音、及一般狀況等。至正常產痛開始時，即應送入產室內。
    - (四) 產婦離室以後，應將被褥器用，整理補充之。
- 肆 出外接生規則

- (一) 凡出外接生值班之助產士，接得產家通知以後，應即準備前往，不得延遲。
  - (二) 檢視出外接生登記簿。檢取記錄單，閱讀一過，注意其特點。
  - (三) 分娩進行中如有異常狀態發現者，應勸其入院生產。
  - (四) 上項產婦應詳填入院記錄，設法通知醫院，將產婦送去。
  - (五) 如在家內接生者，於胎兒產出以後，須留守兩小時，以防產後出血等現象發生。
  - (六) 填寫詳細記錄。
  - (七) 回院後須立即整理接生箱及接生包，補充物品，以備第二次之應用。
  - (八) 填寫回院時間。
  - (九) 如有借用他部之物品，必須立即歸還。
  - (十) 凡從貧苦之家接生時，更須處處體貼，與以同情及安慰。
  - (十一) 在不適宜之工作環境內，更宜注意應用可能的消毒處置。
  - (十二) 隨時注意宣傳衛生教育。
- 伍 產後訪視規則
- (一) 在出發之前，須檢視及整理箱內用品。
  - (二) 登記出外訪視地段、家數及時間。
  - (三) 依照規定之分配逐家訪視。

- (四) 依照規則，處理產婦及初生兒。
- (五) 填具詳細記錄。
- (六) 有特殊情形發現時，立即報告醫師。
- (七) 宣傳婦嬰衛生教育。
- (八) 回院後登記回院時間，整理記錄，交與主管者，并補充訪視箱內之物件。

## 第五章 產後期

### 第一節 產後期之現象

女子一經生產，其全身之變化，須經六星期至八星期，始能恢復。此一期間，謂之產後期。其種種變化，常屬生理現象。但時有引起病理的可能。故助產士宜時加注意，事預防。

(一) 產後寒戰 爲產婦常有之現象，或前由神經作用及血管舒縮之現象而來。若起於分娩前後，而不繼以發熱者，常屬無關重要。若分娩已過相當時間，而產婦忽起寒戰者，則有傳染之可疑。

(二) 脈搏 產婦脈搏，於最初數日內，常較緩慢。其次數在六七十之間。至一星期

後。方始恢復。惟在難產，失血或神經質之產婦，則其眠靜之次數，每較增多。

(三)體溫 正常分娩之產婦，其體溫不若升高。偶因生產疲勞，而體溫略高者，不常超過三十八度以上。本不宜延遲至二十四小時以後。如體溫不升高，超過此數者，而非有他種原因，堪資證實者，則常為產婦之症狀。助產士宜立加注意，延請師處理之。

(四)後陣痛 初產婦分娩以後，其子宮強直性收縮。故若非有血塊等之異物存在，而須用力逼出者，當無後陣痛之感覺。若在難產域，則一部分之強直性，已經消失。故子宮之收縮，時作時止，而產婦感到陣陣疼痛，有時其痛甚烈，不堪忍受，須用止痛藥以制止之。在授乳開始時，甚為劇甚，故授乳實有促進子宮收縮之副作用也。

(五)出汗 產婦之皮膚，其排泄工作，特別旺盛，故發汗特多。產婦每於熟睡之時，衣服淋漓，以致驚醒者，因而感覺煩擾。但此非病理的變化，無關重要，不必療治之。惟注意勿使因衣服溼潤受寒而致感冒足矣。

(六)小便 產婦之小便，在最初數日內，其量較尋常略增。其後漸次恢復原狀。多數產婦之小便，微含蛋白質或糖質，其間有透明管型存在者，但不久即消失。若經時過久，而仍存在者，即有腎臟炎之嫌疑。

(七)惡露 產婦於產後之最初三日內，其惡露之量最多，且呈鮮血狀態，謂之血性惡露。其後惡露之色漸淡，混有多量黏液，謂之黏液性惡露。及至生產十日以後，惡露內有



多量白血球存在，故呈白色，謂之自惡露。婦人生產以後，所流惡露之平均量，為五百公撮至一千公撮。產婦如自行哺乳者，其惡露之量較少，惡露之臭味正常時，作特別之血腥味。如有腐敗之臭味者，常為後產殘留或產後傳染之徵。助產士宜特加注意。

(八) 消化 產婦之食慾，在最初數日間，常不振。惟因出汗，泌尿與排泄惡露之故，常感口渴，而需多量飲料以補充之。大便常屬便秘，因產後腹壁鬆弛，壓力減少故也。產婦之體重，除減去胎兒羊水與後產物之重量外，本身亦見輕減，其後可逐漸恢復。

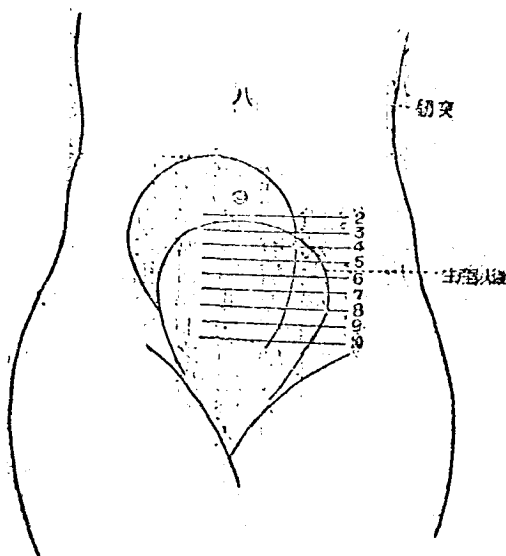
## 第二節 產後期之復舊變化

登 子宮之復舊變化及其原理 妊娠子宮之體積，在產後數日內減小極速。至產後第一星期末，約減去原量之半。第二星期末，再減去原量之四分之一。其餘之部分，則在以後之四星期內漸次減少，以至恢復原狀。故常分娩以後，子宮之重量，約為一千公分（克）。依上述之標減次序計之，至第二星期末，其重量為二百五十公分。至於未妊娠之子宮，則其重量約為四十公分至六十公分。

產後之子宮大而堅硬。其子宮腔因前後壁之貼近，已無空隙。長約為一五、五公分。當其復舊之際，其頸管之閉鎖，由上方漸及下方。故子宮內口在分娩後之第三日，僅得通過一指。至第十日即完全閉鎖。其外口至第二星期時，尚可容指通過。至第三星期始完成

經產婦子宮外口之類型。

產後初間，子宮復舊之情形，可於腹壁上測知之。在分娩後，子宮底在臍下一二指橫徑處。數小時後，子宮底在臍窩附近處。以後，每日下降約一指橫徑。至第四日，則在臍下三指橫徑處。第五日在臍與恥骨縫之間。第八日或至第十日，在恥骨縫合之直上。至



圖二七 產後子宮之位置

數字 表日數

第十二日，子宮已不能於腹壁上觸知。以上所述子宮底之高度，並非盡皆同。經產婦已經分娩五六次者，常遲一、二日。故檢查時更宜注意子宮之幅徑，以資參照。且當膀胱直腸充滿之時，將子宮壓向上方。故必於空腹時檢查之，方屬準確。

子宮口當生產直後，可容一手通過。三日後僅容一指。至第十二日內口已閉鎖，外口作橫裂狀，完成經產婦之子宮口型。此

時內生殖器之出血現象，完全消失。黃體已變成白色。卵泡再行發育。如不序授乳，則約於六星期後，月經再行來潮。小便內腦垂體前葉之內分泌，產後即見減少。自產後第二日起，用小便注射於白鼠體內以檢定妊娠之反應，當呈陰性。

妊娠陰道內原有之細菌，自產後二日至第五日之間，開始向上蔓延。至第七日已達子宮腔內。幸此時子宮內傷口之底部，已發生抵抗力，有酶及抗體存在。且因子宮之收縮，將傷口盡量澀小，阻止細菌之侵入。故一般產婦，非抵抗力十分薄弱者，均不致發生產褥熱症。若在生產時有病原菌染入，則其發育之速，因有新鮮血液與傷口之培養，每至不堪設想，以致發生重篤之產褥熱症。

阻礙子宮復舊機能之原因，為下列數種，即子宮擴大過甚，如羊水過多，與多胎妊娠。或產前產後出血過度。或不自哺乳。或子宮內有後產之殘片存在，或因染菌而起炎症等是也。

子宮復舊機能之進行，由子宮之收縮作用而來。故產後仍有陣痛發作，謂之後陣痛。於最初三日內甚。有因之而不能安睡。後陣痛之強弱，常與分娩時間之長短成反比例。故初產婦之後陣痛，常較經產婦為輕。有時強烈之陣痛，因子宮腔內有凝血塊而起者，故助產士宜注意及之。

子宮收縮作用，一方面所以使胎盤剝離而之血管裂口閉鎖，而制止血液之過度流出。

他方面則因子宮收縮之故，子宮肌纖維貧血，使其溶解作用增進，所以完成其復舊功能。

貳 其位部分之 舊變態 當生產直後，產婦之陰道，因曾經伸展之故，形成弛緩平滑之 壁， 後漸次收縮，至產後第三星，其皺痕漸復出現。陰道口擴張，在初產婦常有數裂創痕。處女膜已 消失，在其根部祇剩若干之小阜而已。大小陰唇均顯然較未生產前弛緩，以上種種為婦女曾經生產之痕跡。

子宮回縮 因妊娠而伸屈延長，及至生產以後，須經過較長時間，方能恢復。腹壁肌因容納妊娠子宮之故，擴張過度，及至生產以後，即形弛緩。此種狀態之恢復，至少須經過六星期。但常 性復不全者。至妊娠線之痕跡，則永久不 消滅。尿道、膀胱、輸尿管及腎盂，於產後 亦即漸次恢復原狀。膀胱之容積減少，其位置亦移入骨盆內。乳之變化，於產後 呈顯著之增進，另詳於後。

### 第三節 產後期之護理

產後期之護理，對於產婦之康復，至關重要。其大要可歸納為下列五項：

壹 預防細菌感染。產後 產道內之創傷，在未會癒之前，隨時有傳染細菌之可能，故產後 之護理，實為重要。凡產婦之衣被，最宜注意清潔，所用之陰墊，必須用已經消毒者，如加丁字者。並宜告免產婦，切勿自行移動，蓋肛門之皮膚，或有細菌存

在，若由陰道之口上二吋，將細菌染入陰道內，即有發生產褥熱之可能也。

陰部之清潔，其法為上。其法先將清潔溫水，傾盆裝入產婦臀下。接術者用五百公撮之生理殺菌液，已清潔之棉織長杯內，在外陰部之上，高六寸處，向下沖洗之。沖畢，乃以棉花將其乾之。此種處理，在初產三日內，宜每日二次，及大小便之後行之。

產婦之會陰若經縫合者，當沖洗之際，無論何項動作，均宜注意勿將線頭牽引，致傷組織。倘產婦自訴會陰部甚痛苦，助產士宜檢視其有無縫線之切勒，致起水腫，若有此種現象，宜報告醫師處理之。若無醫師補助之地，陰部之水腫，可用百分之二十五之酒精溶液，施行熱敷法，常甚良效。縫線之切勒過緊者，宜熱除之。

為產婦處理之際，助產士切宜注意其陰部之污染手指。蓋惡露內有多量細菌存在，此種細菌，每在甲婦為非病原菌，而移至乙婦體內，即能發生毒力，使起疾病。助產士若由手指或器物之污染，在產室內傳播，則其禍之烈，有不可勝言者。故在產院內各種沖洗之器具，必須多備若干，以資嚴格消毒，實為重要。

對於高度會陰破裂手，後之護理法，其應注意之點如下：

(一)勿於產後三日內施行灌腸，其通便方法，須俟至第四日之晚間，給與液體石蠟三十公撮。第五日用同量之液體石蠟三劑，於食後給與之。至第六日晨，乃以蓖麻油三十公撮頓服。如是則產婦即能自行通便，倘在便通之際，因硬便排出，而使產婦運用腹壓

者，則宜禁劇烈用方，而服清淨之洋蘇油二百五十公撮，灌入肛內。如仍不見效，更以食鹽水灌腸扶佐之。若會陰破裂遠肛門者，則此種處理，可於產後第八日開始行之。如是，則組織之癒合自臻牢固。而發覺熱時，不致引起傳染也。

二、食物之含有植物纖維素者，均宜禁服之。如水果，蔬菜等是也。因此等食品，在腸內形成多量渣滓。於經過肛門時，能磨擦近癒合之創面崩裂故也。

食物之宜於此等產婦者，如藕粉、豆漿、牛乳、米粥、掛麩、麵包、雞蛋等。果子之汁，須先濾去渣滓，方為真之。至第一次便通以後，乃可與以平常食品。總線至第十日或十一日，始行拆藥之。

貳 注意產婦身心之休養 凡產婦於用力生產之後，常嗜睡眠，故宜予以充分休息，切忌親戚為居家作無謂之探訪，及親屬之談話。臥床休息之時期，視產婦之經過情形而定。大抵初產較小產內，宜令臥。以後即可漸產婦之意而致臥位。惟須時加轉側，俾蓄積於陰道內之惡露，得以暢旺流出。至第六日，產婦進餐及授乳時可坐起行之。至第八日，漸次增加起坐之時間。至第十日，可以離床下地。以後下地之時間逐漸增加，至三星期時，可以恢復從前之生活習慣。四星刻後，可以沐浴。六星期後，可以處理日常家務。以後均無異常，即可恢復一切活動。惟在子宮收縮不完全時，宜由醫師斟酌處理之，不可拘泥成規也。

叁 其他一般之護理

(一) 飲食 產婦之食料，以容易消化而富有滋養分者為宜。初產三日內，以牛乳、肉湯、雞蛋、米粥、麵包、細麵、青湯等為宜。至第四日已有大便以後，可用易消化之肉類、蔬菜、軟飯、掛麵、及煮熟之水果等食品。飲料以開水、牛乳、果汁等為宜。清酒類，如流血不多者，可略與之。啤酒可引起流血之傾向，故在初產兩星期內，不宜與之。

(二) 排尿 產婦當生產之際，尿道及膀胱常受相當之損害，因之引起腫脹或癱瘓，以致排尿困難者，時常有之。產婦因腹壓減少之故，每不自覺為尿意。助產士宜注意為之按摩排泄。在生產直後，過六小時，即宜使之排泄一次。以後至少每日須有三次。如絕對不能自行排泄者，則為之導尿。但宜先以種種方法，使之自行排泄，其方法列下：

- (1) 與產婦以多量飲料，如開水或檸檬茶，五百公撮至一千公撮。
- (2) 用熱水入便器內，而使產婦臥於其上，以引起尿意。
- (3) 使產婦臥於便器上，而用滴水之聲音以引起尿意。
- (4) 用消毒大棉球，濕熱水置於恥骨上，而更以熱水緩緩沖滴之，以引起尿意。
- (5) 在膀胱上用熱的溼敷法。
- (6) 排泄大便時能引起小便。可試用灌腸法。
- (7) 用手於膀胱上輕施壓迫，以擠出之。

(8) 使產婦作倚坐勢，以試行之。

如以上各法，均屬無效，乃爲之導尿。蓋導尿手續，最宜密慎，稍不注意，卽易引起膀胱炎也。倘產婦至膀胱過度脹滿時，每有一部分小便自行流出，此產士切勿以爲已經自便，而勿略之，以致膀胱過度脹滿。故在產婦產後之最初二日間，所有小便，宜測量之。且，腹部應測膀胱之脹滿與否，實爲重要。導尿之處置，詳載病案中，茲不贅述。

(三) 通便 產婦若無特殊情形，在產後第三日，宜予以蓖麻油一劑，以通大便。如不見效，則於六小時後，再用食鹽水灌腸，以泄瀉之。此後產婦之大便，宜與每日。倘不能自行者，則用灌腸法，或與瀉劑。產婦可用之瀉劑，原有多種，惟最穩健而經濟者，莫如加斯加拉液灌腸(美以非皮流灌腸)。每次十五滴，每日一次。如因使用此藥而使哺乳小兒下痢者，則可用此藥三十滴，於晨間授乳以前服，即可免卻此弊。

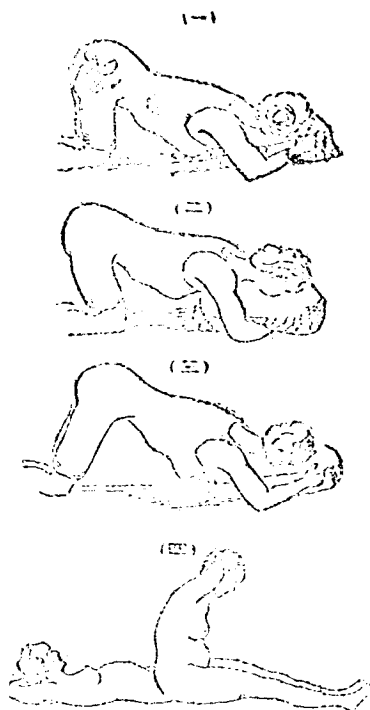
產婦如不自授乳，而感乳房脹滿之苦痛者，可用水瀉劑治之，如硫酸鎂。倘產婦清通大便，至關重要。蓋大便一通，則腸中渣滓，可以排出，而消化力增加，惡露即流，小便通利，骨盆內向液潴，且可減少傳染之機會。

(四) 清潔 產婦之清潔與否。他一般病人類似，卽每晨宜更換床單，衣服，且爲之擦身；因產婦之皮膚分泌旺盛，且其汗液，有特殊氣味，故於清潔方面，宜特加注意。其臥室須常使通風，及容納日光之射入。惟須防直風之襲入，引起感冒。



(五)衣服 產婦之衣服，宜清潔寬大，其質料以能吸收汗液者爲上。且當更換之。產婦之腹帶，以用多層紗爲宜。從前以布腹帶之用，可以防微腹壁之膨脹，免成兒屢懸腹之狀態，且可防止胸膈鬱血及腸肌底痠痛等病。今則知其不然。腹帶之功用，祇能使產婦有舒適之感而已。欲求恢復腹肌之緊張力，則必須加以適度之運動，方見其效。

(六)運動 在生產一星期以後，助產士可與產婦以各種按摩，以促進肌纖維，緊張力之恢復。惟須避去四肢之筋節，不予按摩。因該處有血管經過。同時可將四肢施行被動的運動，及至產婦體力已經相當恢復以後，即可教以自行各種運動，其運動方法詳述如下：



二十八 臥臥式

- (一)正當姿勢：均臥於床上，兩膝分開，雙腳挺直，兩陰道開放，兩腳氣能入。
- (二)氣逆姿勢：兩腳伏於枕上，而兩腳伏處且雙腿向後斜下，則陰道不閉，兩腳氣不能流入。
- (三)氣逆姿勢：均臥於枕上（兩脚上），且雙腿向後斜下，則陰道不閉，兩腳氣不能流入。
- (四)腹肌運動式

(1) 子宮復原運動 當妊娠期間，子宮增大特甚，生產以後，必須經過六星期，方能完全復原。當此過程中，其位置，每隨人體之位置而變易，是以產婦不可常臥一側，須時常變更臥位，以防子宮側向一方。且須每日臥二三次，每次以十五分鐘至二十分鐘為度，如此可使子宮恢復其向前方之正常位置。此種膝內臥式，爬行運動，亦可預防子宮之側倒，或矯正其已病之側後位法。此種產婦之乳房噴乳，至關重要。蓋乳之噴乳之刺激，實有促進子宮復原之利益也。

(2) 腹式運動 腹式運動為妊娠之結果，往往分甚遠，不復能於腹中總處結合，故應施以適當運動法，俾復原狀。其法約分數種如下：

(甲) 仰臥作深呼吸，每日五分鐘，小腹微伸屈。

(乙) 先行直立，然後把身體轉向兩旁，並腰屈膝力上下活動，每日兩次，每次五分鐘。

(丙) 仰臥床上抬起頭與胸部，兩手交叉於額之後面，至及坐位時，再行臥下。如是四五回，每日早晚兩次。此種動作，於產婦及到有力舉行時開始，直至六星期之久，頗為有效。

(3) 雙門及陰道之分肌運動 產婦宜注意將肛門括約肌收縮及提舉，每次約十五秒鐘至三十秒鐘，每日二十次。

除以上各種運動外，產婦宜於產後六星期來，前往醫師處受檢查一次，以明產後之健康，舊病是否異常。如有異常，宜及時矯正。庶不致有因產後而遺留婦科上之疾患，實為重要。

肆 噴乳時乳房之生理 乳汁之分泌，大抵起於分娩後之第二日至第四日。當此開始分泌時，乳房發脹，乳腺內初有硬結，皮下之脈顯明；其甚者發為淋巴腺腫脹，且感刺痛。發有發熱升高者。此種發熱升高，在西方婦人，不若東方之甚。蓋東方婦人，乳汁之分泌，有時極為旺盛，有引起發熱淋巴腺腫脹者。在西方，則因人工營養之得法，婦女乳汁之分泌遂漸退化，故發有微熱，常不出攝氏三十八度。

乳痛之保護，最為重要，以避免乳腺炎，及保持嬰兒之正常營養，均有賴於健康之乳房也。當妊娠末期，助產士即宜注意其乳頭之有無凹陷，而勸妊娠時以油類塗抹之。如有下陷者，宜牽引之，使其外出。從前護理方法，每用酒精塗擦乳頭，酒精易致皮膚皸裂，不如油類之佳。

產婦開始哺乳之前，宜先以肥皂及熱水洗淨其乳房，更以醋酸水洗淨乳頭，乃以消毒紗布蓋之。其方法可用小方紗布斜蓋乳頭上，而以橡皮膠條貼於上方之角上。如是，則穿著衣服時，不致遺落，而於哺乳時，便於揭開。同時告戒產婦，勿以手去撫摸乳頭，是為至要。若因小兒之吸吮，以致乳頭腫脹或腫脹者，更宜注意護理之，勿使細菌染入。

若細菌已感染乳房內而起腫脹或疼痛者，宜即用冰囊，或一種冷敷法，以制止之。

乳汁之分泌，因刺激而增多。故於初生兒產後八小時開始哺乳之際，無論有無乳汁，每八小時，宜任其吮吸數分鐘，以作刺激，而另以代乳品補充嬰兒之營養，按時施行，若非因產婦不宜授乳者，決不可間斷。如是，則乳汁自能產生，且可旺盛。至乳汁既經分泌以後，宜每四小時一次。反之，若產婦不能授乳者，宜即予之裹紮胸部。雖覺脹滿，切勿解開，或抽出乳汁。如睡開時裏，當致釀成乳腺炎症，不可不注意也。總之，乳房之護理，至關重要，宜灌輸產婦以相當知識，切勿污染乳頭，能可防止乳腺炎症，亦所以免卻嬰兒之口腔傳染也。

伍 紀錄 在產後護理中，其經過情形，及各種現狀，必須詳細記入產婦紀錄單內，以資考證。在教導學生之際，務須注意養成作事有系統而忠實之習慣。而紀錄方面，更須注意其記載之翔實。指導者應負督察修正之責，故宜將實習生紀錄，與產婦之實在情形，加以對照，以資考核，方為合法。

產婦紀錄單所應記之事項，如子宮底之高度，宜於每晨大小便清通以後，於腹壁上測驗之。同時注意其硬度，以測子宮之縮復舊之狀態。其次則為惡露之色澤與臭味，以及有無後產之血片帶出。再次則為白陰之情形，與乳房之狀態。至於所用藥物，及其他治療，則於下方記錄之。

## 第四節 產後檢查

女子生殖器，因生產所致之傷害，大抵可分為下列數種：(一)未癒合之會陰裂傷；(二)子宮頸之裂傷；(三)子宮及陰道壁之脫垂；(四)產後所致之子宮後屈；(五)因傳染而致之惡果，如慢性輸卵管閉鎖或黏連，骨盆結締組織發炎所致之黏連；(六)子宮慢性復游不全；(七)癱瘓。

其他因生產之後，未獲休息所致之全身衰弱，或腹直肌永久分開，或內臟下垂者，往往有之。至於因妊娠蛋白尿而繼起慢性腎臟炎，或泌尿系因產時之大腸菌傳染，而成慢性炎症者，亦非尠有之事。而心臟病、腎臟病、結核病、糖尿病等之因受孕生產而增劇者，宜加相當注意。故生產以後，在第十日左右，產婦出院之前，應施行檢查一次。除一般的狀況外，更宜注意其會陰與子宮頸之有無創傷，及其癒合之情形，陰道及子宮之有無脫垂。而尤當注意者，即子宮之大小及其位置是也。子宮之大小，所以示復舊機能之是否正常，如有復舊不全，或位置異常時，即宜加以矯正，俾復舊觀。如用藥物以促起子宮之收縮，或用特種臥位以矯正子宮之位置是也。此種工作，原屬醫師之責任，惟助產士亦宜知其意義所在，若不穩已，而須助產士自行檢查者，則於檢查時之消毒處置，仍宜嚴密。蓋子宮內口，常至第十日始行閉鎖，而子宮頸及陰道或會陰之創傷面，如係呈肉芽性癒合

者，則仍有傳染細菌之可能也。其他一般的檢查，原屬內科及婦科範圍以內之事。如有異常之可疑時，宜勸其就診於醫師，較為妥當。產婦至產後第四十日，宜再行產後檢查一次，以明產後復舊機能之是否完全，及全身之健康狀態如何。如血壓、小便、骨盆內臟器等項。同時即攜帶嬰兒，至嬰兒保健會，舉行第一次之健康檢查。

## 第五節 產後訪視

產後訪視，對於在家接產之產婦，實為重要。蓋在產院內生產者，隨時有人照料，而在家庭間，則常缺少有相當醫病知識之伴侶也。助產士之行產後訪視，宜定為例行工作。在生產後之最初三日內，宜每日一次，前往產家處理一切；以後則隔日一次。至初生兒臍帶脫落，臍部完全癒合時，乃為嬰兒先施行全身沐浴一次，示產婦以正當方法。翌日再去一次，令產婦自行為嬰兒沐浴，而助產士在旁監督指導之。如已合法，而母兒兩體均無異常者，則勸產婦遵守母兒雙方之衛生方法，倘遇有別事故發生，再行通知助產士，前往訪視。否則於產後第四十日之早，前來衛生所或產科醫院檢查一次，以明產後復舊機能之程度，及一般的健康狀態。同時攜其嬰兒前來作第一次之嬰兒保健檢查。其後該嬰兒宜每月前來一次，至一週為止。第二年内，每季可來一次。以後每半年一次，至六歲為止。在此期間，如保健士在同一區域內工作者，則助產士即當注意各兒童之進行檢查時期，如屆時

不來，須再行訪視，以資督促。故每一助產士，如能將產前、產後，以及兒童保健，與衛生教育，各種工作，完全負起，充分實現者，則每一助產士，每月服務任接生十一次，已盡人力之所能勝任矣。

產後訪視之護理工作，宜先料理小兒，次及產婦。產婦之惡露內，常有病菌潛行在，倘或不慎，由手指或器用上，染及小兒之眼內，可成重篤之病。病性結合膜炎，而口腔、陰道、及臍部，亦常為細菌，易侵害之處，不可不注意及之。

初生兒之處理法，在普通家庭間，於冬令常覺室溫不足，宜注意調節之。倘屬可能，先使室溫適當。如不可能，則以熱水袋或暖爐溫暖其乾淨之衣服，預備冷熱水及用器。然後抱出初生兒，先洗其眼，如洗口腔，必須注意勿傷粘膜。同時檢查無病態。乃解開襁褓，除去尿布。當去布之際，應注意其大小便性狀與多寡。即其檢溫時插入肛門，檢取體溫，記錄之。乃除去上衣，用棉花或軟布蘸溫水加肥皂洗擦頭髮，次及頸項，以至上肢、前胸、後背。乃用軟巾拭乾。於皮膚相接之部，擦以油類。乃為穿着上衣，以防受寒。如在暖季，則不必先穿，可俟全部清洗後，一件穿着。下肢及臀部之洗滌，可浸入溫水內行之，較為徹底。然後檢視臍疔之帶，如已污染溼潤，則先除去其外部，然後消毒手指而更換之，一如初生時。除去臍帶之污垢，可用酒精棉球抹擦之。處理已畢，即為包好。測驗體重在冬季天寒時，可先將擬換之衣被，稱其重量，於換畢後再稱之。除去衣服之重

量，卽爲小兒之體重。若在暖季，則裸兒儼而靜之。諸事既畢，如無大便而須服藥者，卽於此時與之。否則儼以溫開水少許，或已至哺乳時間，則行儼乳。同時教導產婦以如何儼法。

初生兒處理既畢，卽行處理產婦。先檢證溫脈搏，詢以睡眠是否安適，大小便是否順利。如至第三日尙無大便者，宜與以輕瀉藥一劑，或兩行灌腸。小便如不暢利，宜設法使之排泄，一如上述。非必不得已，不當導尿。如必須施行導尿或灌腸術者，宜預備妥當，與沖洗會陰，同時行之，以免反覆驚動。如不需要導尿與灌腸者，則於沖洗會陰之前，與以便器。當抽出陰熱之際，宜注意惡露之顏色、臭味、及量之多寡。如有異常狀態發現，而須會同醫師處理者，宜將污染之陰保存之，以供研究。其他大小便之注意亦同。次卽視其家庭之情形，爲之更換衣服，或用水擦身。其方法詳見護病學。同時檢查乳房之狀態，及乳汁之性狀，順次以及腹部子宮底之位置、大小、軟硬，並重爲裹紮腹帶，最後更換被單，整理床褥，使之安適。常處理之際，宜與產婦作友誼的談話，卽告以母兒兩方面之攝生方法。諸事既畢，乃再檢查所得各項狀況，一一記錄於單內，以防與他產婦混淆。此事實極重要。

產後之訪視工作，較產前爲容易。蓋一般婦女，常於曾爲之接生之助產士，已有相當信仰也。惟在貧苦家庭中，其困難之點亦屬不少。一因無人相助，產婦於產後短期間內，



即須起床工作，不克分休養，亦無相當食品，以資滋補。二因助產士之訪問，雖無診金，但亦須付車費，故常因經濟不勝，乃易停止訪視。此種情形，實為社會問題，而單就醫療衛生工作之一方面著想，殊不易尋其解決方法也。助產士宜就力之所及，設法補救之。

## 第六章 初生兒之處理

### 第一節 初生兒之護理法

壹 除去初生兒口鼻內之黏液 胎兒自脫離母體後，至二星期末，謂之初生兒。其最初之處理法，即在兒頭過陰門以後，宜以小方紗布，裹於施術者小指之上，輕輕探入口內，而除去其所吸之黏液及羊水。惟須注意避，擦傷口腔內之黏膜，以防傳染。每見初生兒口腔內起嚴重之傳染，甚至致命者，細考其起源，常為接生時之擦傷所致。不可不注意及之。次即抹拭鼻道內之黏液，俾於初營呼吸時，不致吸入呼吸道內。如黏液在口鼻之深部，不能由抹拭而出者，可於全身產出之後，以氣管、導管、插入喉頭及鼻道內而吸出之。如無氣管、導管時，可以導尿管代之，務以吸盡為止。

貳 為初生兒滴眼 產婦產道內如有淋菌存在，則當兒頭通過之際，每每染入眼內，

而成淋病性結合膜炎。以致終身盲目者有之。故助產士爲初生兒滴眼，實爲一重要工作。當初生兒之頭部產出母體之際，卽以軟紗布或棉花拭淨目外之黏液，在產出以後之數分鐘內，助產士卽宜爲之滴眼。蓋淋菌有侵入組織深部之趨勢，若滴眼遲遲，常有不能全部撲殺之虞。

滴眼藥品常用而有效者，爲百分之一之硝酸銀溶液。次爲百分之五至十五之蛋白銀溶液，或百分之十至二十五之弱蛋白銀溶液。此三種藥液中以第一之效力最爲確實。惟硝酸銀有刺激性，故使用後有時眼部呈充血狀態。此種現象並不重要。欲免此弊，須用新鮮配合者，並於滴過後更用生理食鹽水沖洗之。其他兩種無此後患。惟效力略差耳。溶液多以新鮮配合者，爲有效力。故切忌配合多量，以致經時過久，廢棄不用，或雖用無效。

滴眼方法，產術者先以消毒棉球拭淨其目外黏附物，然後以手指輕輕分開其眼瞼，而囑他人將藥液滴入眼內，每眼一滴，滴以後，略動其眼瞼，使之深入眼內。產術者之手指，切勿先浸入濃厚之消毒液內，卽行接觸眼部，蓋消毒液有刺激性，有時能致臉邊發炎也。

助產士如曾用硝酸銀溶液爲初生兒滴眼，在產後之三小時至六小時內，初生兒之雙目，有起發炎腫現象，且分泌膿樣液者。此種現象，由藥物之刺激而來，無須驚擾，祇須用生理食鹽水洗滌之，且施以酸溶液冷敷法，自能逐漸消退。若初生兒至二日以後，

眼部發炎症腫，且有膿汁流出者，則為淋病性結合膜炎之兆，宜及早通知醫師，加以處理。倘在產院內，宜即以此初生兒與他兒隔離，以防傳染。

助產士每日晨間爲初生兒處理眼時，宜用棉花蘸生理食鹽水拭去其眼上之黏附物，切勿以手持棉花而拂拭之。亦勿將液體擠入眼內，如必不得已而須用手指者，宜先施行消毒，或殺消毒手套，洗畢，再行消毒，以防傳染於他人。

差 結紮臍帶 胎兒既經產出，適眼已完，即宜安置於母腹之間，俟其及聲啼哭，俾肺部充分擴張。此時胎兒之原有血循環，即起變化，左右心房間之卵圓孔，及兩動脈間之導管均閉鎖。而其血行路徑，即改變爲成人型。經數分鐘後，臍帶內之血行亦即停止，乃爲之結紮臍帶，而切斷包裹之。其方如下：

在臍帶上離臍一寸處，先用手指去其黏液及膠質，乃用已消毒之結紮線，依照外耳上之結紮法，結紮一道。即其線之兩端，於打過第一結後，檢視其方向。當打起第二結時，其內外兩端，仍預保持其原來之方向，切勿使之交叉，即由產科結是也。再將一端圍至結之對方，再結一道，如此可使線端不易鬆弛，防止臍帶有出血之患。第一道結紮既妥，即於其略上處，再結一道，一如上述。乃用壓管鉗鉗住其胎盤之一端，而切斷之。此一法也。更有一法，於臍帶上離臍約二寸處，結紮一道，再將結紮處沿臍帶至臍帶根部，作成紐狀，將根部合併結紮，切斷之。如是，則亦成兩道之結紮矣。結紮臍帶之際，施術



外科結



醫二九

之，如是則較穩固。

臍帶之結紮既妥，乃以消毒敷料包裹之。其包裹方法，亦有不同。最普通者，用方紗布數層，就其一邊之居中處剪開，窮至中心為止。使用時，即將臍帶放入布之中央，依照調帶螺旋的方向盤曲放置於布內，乃將布之四角折向中心，作一小包；外加棉花及帶帶。亦有用消毒紗條，將臍帶自斷端起，向下包裹之，成一桿狀。然後加一方棉花於其上，而外加調帶包裹之者。或謂後法較前法為優越，因可將臍帶根部壓入腹壁而包裹之，

者固宜用力結緊，但當逐漸收緊，切勿遽用暴力，致臍帶被線切斷。於水腫之臍帶，尤宜注意。如已切斷，而因離臍近，不堪重行結紮者，則宜用脈管鉗子鉗住帶內之三條血管，用縫線逐一結紮之。初學結紮臍帶時，學者每因情緒緊張，祇顧結緊，常將臍帶提起過高，以致傷及臍部者有之。宜加以注意。若初生兒有臍疝者，結紮時更宜注意勿傷及之。

臍帶如屬過度肥大，預料結紮後或因膠質之消失，而有出血之可能者，當先事預防之。其結紮方法，可將脈管鉗輕輕通過臍帶之中間，穿成一孔，將臍帶線兩條，用鉗同時引過此孔，分作兩部分，先分開結紮之。再以其線端連對方之一部分合併結紮

以防臍赫尼亞之發生，其說然否，尙待證實。

臍帶之防腐方法，從前多用粉劑，如柳酸、硼酸、澱粉、次沒食子酸等。或純用，或合用，均屬有之。近則多用酒精，此兩者之利弊互有出入，用酒精於消毒方面，較爲周到，而臍帶之脫落較遲。據著者之統計，用次沒食子酸封臍者，其脫落日期之平均數爲六、三日。而用酒精者，則爲六、八日。兩者相較，則用酒精封臍者，其脫落之時間，較之用粉劑者，延長半日。若在具相當設備之醫院內工作，倘能嚴守消毒規則，則對於臍帶之處置，不加任何消毒藥品，亦甚合理。惟爲顧慮消毒之不周密起見，則應用殺菌劑，以資防腐，較爲妥當。而在產家接生者，更以酒精爲宜。蓋取其傾入臍帶料之外面，容易處理，而滲透確實也。

臍帶之包裝，宜於初生兒產出以後，在產床上行之。爲接生助產士之工作。因其消毒手續確實可也。包好以後，即用一手提起小兒之兩脚，用他手托其背部，置於預鋪之襪內。其最內層，置一消毒之潔淨布巾。於小兒放置以後，可由助理者擦洗之。如無助理者，則囑家人暫爲包裹，以防受寒。待助產士料理產婦完畢以後，乃專事於初生兒之處理。故助產工作，若有兩人合作，最爲方便。於時間上，更爲經濟。

臍帶敷料之預備，即臍帶結紮之兩條。若用三號燭心之棉繩充作結紮臍帶之線，頗爲適用。若無此種線繩，可用他種棉線或麻線編成髒狀亦可。每條約長六寸。共備三條。其

消毒方法，先用煮沸，繼沒於百分之七十之酒精內。或與其他之臍敷料合併，在高壓蒸汽鍋內消毒之。

臍帶敷料可用三寸見方之紗布三層。在一邊之中間，向中心剪開一刀。對摺之，捲成圓捲。外面再加紗布一方，棉花一方，而以臍帶束之。乃置於產包內消毒之。更須預備臍帶帶一捲，或小三角巾一條，以作束臍之用。以上各件，均置於接生包內，一併消毒。更為方便。

肆 初生兒身長體重及頭部之測計 初生兒身長之測計，在產院內，有特製之測量尺。測量時，將小兒仰臥，以頭部頂住直板，拉直其足，而讀其足跟處之長度。若在家庭中，則以捲尺量之。成熟兒之平均身長，為五十公分。

體重測計，有小兒用天秤，常在未穿衣服之先稱之。若在產家則先稱衣服襁褓之重，包好以後，再稱其總量，減去衣服襁褓之重，即為體重。成熟兒之平均體重，通常為三千公分（克），即三公斤。

頭部徑線之測計，在包裹以後行之，較為方便。其主要之徑線，為前後徑、後橫徑、前橫徑、大斜徑、小斜徑，及頭圍、小斜徑周圍、大斜徑周圍、肩胛徑之數條。在記錄完密之機關內，常測計而記錄之，以作研究資料。測計之法，即以骨盆計之兩端，置於頭部各指示點而量度之。至於各徑線之起止點，已詳於第二章，茲不復贅。

伍、初生兒之全身清潔法 初生兒之全身清潔法，從前多用盆浴，即在臍帶結紮以後，置於溫湯內浴之。拭乾以後，乃用酒精消毒其臍帶斷端而包裹之。此法近數年來，多不採用。因浴盆與水，頗難嚴密消毒，在家庭間接生者尤甚。故以油類之抹塗法代之。所用油類，如洋橄欖油、液體石蠟均可。在國內，為經濟起見，花生油、豆油等植物油，亦可作為代用品。此等油類，先入瓶內，隔水蒸過，較為妥當。扶擦時，用棉花傾上油類少許，先擦面部及頭部，尤當注意耳之後面，鬚及頸項上肢，以至前胸、後背、腋窩及肘節內面，宜特別注意。在冬季，即為穿好上衣服，再擦臀部及下肢。陰部及腹股溝，與膝節內面，亦宜特別注意。此時助產士即當憶及胎兒之各種畸形，而注意檢查之。最易疏忽者，莫如鎖肛。倘當時不發覺，直至腹部膨脹時而始感到，於初生兒則為延誤手術之時期，而於自身則失卻產家之信仰，非所宜也。其他如舉丸未降，上脰裂開，內翻手足，以及魯尼亞等，均宜注意及之。若初生兒係難產者，更宜注意其有無因手術而致之傷害。即平產者，亦宜檢查其產瘤之部位，以與外診上之胎位，互相參證，實為增進經驗之一法。洗擦既畢，乃於肛內檢其體溫，即行包裹之。在西方風俗，初生兒祇穿一長大外衣，不加襁褓。惟在國內，平常房屋，都無保溫設備，還以使用襁褓為宜。惟包裹時不必過緊耳。

在產院內接生時，因人數之衆多，常有初生兒互易之戒心。故於產下之時，即當示產婦以所生嬰兒之性別。並於兒體清潔以後，為之加上標誌。即聯合父母之姓氏，加以本身

之性別，書於布條，繫於腕上。或書於橡皮膠條上而黏貼之。在組織完密之產院中，有更用一條貼於背上、項後，以防手腕處之脫落者。亦有用無刺激性之色素，書字於皮膚上者。最妥當者，莫如攝取足印之方法，以資永久鑑別。

初生兒既經包裹以後，即臥之床上。如在寒季，室溫不足時，宜以熱水袋或煖爐溫暖之。惟切勿貼近兒體，必須隔被一層，方為妥當。熱水袋、熱水壺，更須檢視其有無漏水之處，以防燙傷。初生兒之臥位，宜取背光方向之側臥位，俾所吸之羊水，易於吐出。且光線不傷其目。並囑家人時時察看臍繃帶，有無血液滲出。如有可疑，即當通知助產士，前往處理之。

陸 哺乳 初生兒生後，經過八小時，即開始哺乳。以後每八小時一次。如母乳尚未充分分泌者，則於吮吸之後，與以代乳品少許。至母乳分泌以後，則改為每四小時一次。夜間哺一次足矣。若初生兒之體重，在二七〇〇公分以下，或因難產與疾病，而致生活力薄弱者，則以三小時一次之哺乳程序為宜。

哺乳時間之選擇，在家庭間以上午七時，十時，及下午一，四，七，十時為宜。晚間則在下午夜二三時之間給與一次。若在產院內，則晨間第一次，可在六時。其末一次，則移至十時半。夜間如能除去，則除去之。以免擾亂母親之睡眠。因產院內有夜班工作人員，故可視其情形而處理之。



小兒口腔如無病狀發現，以不洗滌爲上。蓋洗滌口腔，容易刺破黏膜，致成傳染性口炎也。若小兒舌上有白苔時，可用重碳酸鈉少許置其上，而以棉花蘸鹽水拭去之。如小兒口內已起創傷，則用可脂擦於乳頭上而餵之。在哺乳前後，宜用生理食鹽水，洗淨乳頭，以保持其清潔。每次哺乳，約十五分鐘。在哺乳間歇時，可與以溫開水少許，每日不過一百公撮以上。各種規則，若在初生兒時期，卽行遵守，不難養成兒童之良好習慣也。

**糞 小便** 正常初生兒宜有多量小便，隨時排泄，故其尿布，常感潮溼，宜隨時更換之。否則臀部易起糜爛。若小便內發現紅色之沉澱物碎屑，則爲尿酸，宜多飲水，以溶解之。

初生兒若於生後經過相當時期，而無小便者，助產士宜檢查其生殖腺有無異常。然後多飲以水，或將小兒抱持於熱水上五分鐘，或以熱水敷掩臀部，或用溫鹽水灌腸。凡此種種，每能引起尿意。初生兒之無尿狀態，在產後三十六小時以內，當屬無害。若過此時期，而猶無小便者，可報告醫師，請其處理之。其常用之利尿劑，爲甘醇酒精數滴，和水與之。

嬰兒所用尿布之質料，宜柔軟厚重而平滑，外面不必加橡皮布。洗滌時所用石鹼，宜漂清之，以防刺激皮膚，引起溼疹。

**糞 大便** 初生兒如大便不甚暢利者，宜與以蓖麻油十滴，在生後第二日晨，與其母

同時服用。其服法不宜用匙，宜以滴直接滴管入口腔內，如是，可確知其所得之分量。

初生兒大便之性狀及次數，助產士宜注意檢查，並記錄之。初生兒之發育良否，每可於大便之狀態測知之。大便內如有已經改變之血液存在，頗似胎糞，欲檢別之，可取此種糞便，加水少許，當有血液之赤色呈顯。

初生兒若因消化不良，腸內積氣者，其腹部常脹滿，小兒因腹痛而啼哭不寧。助產士可用灌腸法治療之。所用器械，係一橡皮導尿管，其末端接一玻璃漏斗，先行煮沸消毒，並預備千分之六之食鹽水一盂。然後將小兒側臥桌上，其體下墊以絨單及橡皮布或油紙，而將其一端，引入水桶，助產士洗淨已手，將橡皮導管，蘸油少許，輕插入小兒肛門，經過括約肌已足，不必過深。然後將食鹽水緩緩灌入，以引出大便及氣體。

小兒肛門如有裂傷，或其附有皮膚剝離者，助產士宜特加注意而處理之。蓋此等創面，最易染菌，而致命之丹毒，常由此傳染也。預防小兒臀部之糜爛及創傷，調節食料，原屬唯一根本處置。對於受傷之局部，在更換尿布之際，宜用溫水洗滌之，再用軟布吸乾，勿加摩擦。若該部未起病變者，勿用粉劑，如已起糜爛之先兆者，宜用洋橄欖油塗抹之，其溫刺之油類，用軟布吸去之，一如吸墨水紙之生用法。切勿再用水洗，亦勿以凡士林代油類。硬脂酸鈣或氧化鋅軟膏，有時有效。其他處置，宜俟醫師主持之。

九 沐浴 初生兒至帶臍脫落，臍創癒合以後，方可入水沐浴。故在生後數日內，每

晨祇可用水抹擦之。其時間在每晨九時至十時之間，即在第二次哺乳之前最妥。室溫宜在攝氏三十度左右，且無直風吹入室內。助產士爲初生兒擦澡之前，宜先洗淨兩手，將小兒置於鋪好之桌上，應用物件，另置其旁。在未解襁褓前，先檢閱其口腔、鼻道及眼部而清潔之。然後解開包裹及衣服，以溼布墊於天秤上，而稱其體重記錄之。

助產士再洗手一次，乃將小兒置於潔淨之毛巾上，仔細檢視其身體之發露處，如有胎脂黏附，即用油類去除之。尤宜注意其皮膚上有無天庖瘡，苔癬，及先天梅毒之痕跡。如有發現，宜及早報告醫師爲之處理。乃開始爲小兒擦洗。

洗澡方法，先擦面部，即用棉花蘸水，搽抹面上各處，注意勿使水流入眼及耳內。擦畢，用軟巾乾之，切忌用力摩擦。外耳後面，更宜注意。次及兩臂及前胸，擦洗而吸乾之。乃翻轉兒體，使之伏臥，擦其背身臂部、足部，於乾之。用手浴皂擦，至此乃檢視臍帶。助產士宜將手指再消毒一次，然後施行檢查。倘臍帶敷料未受污染，臍部無發炎徵象，如化膿、發臭等，則聽其自然，無須更換。如有以上情形發見，可用百分之六十五之酒精，潤溼其敷料而徐徐除去之。更用棉花蘸蘸火酒清潔之。乃加消毒之新敷料於其上。外纏臍帶，然後加以尿布，穿上衣服。

助產士爲初生兒沐浴之際，宜戴口罩，以防口腔內之細菌傳染兒體。盛水之盆，每一小兒，宜更換一個。助產士之手指，亦宜消毒一過，以防彼此傳染，方爲妥當。

在冬季室溫不足之處，除頭面與臀部用水洗擦外，其他部分，用油抹擦，更為妥當。

拾 預防傳染 初生兒在生後第一星期內，除父母而外，絕對不宜與外人來往。即其父之衣着，未免有若干細菌存在，故欲近小兒時，必須加置潔淨之外衣，方為妥當。自後雖小兒之抵抗力漸增，但仍宜注意各種疾病之傳染，而加以保護。故嬰兒臥室內，不當隨意引入參觀。在產院內。除工作人員外，絕對禁止閒人入室。即當值之助產士，亦宜與門診部斷絕來往，以保持其身上之清潔。每日為初生兒處理時，宜注意有無疾病之預兆。倘有疑似，宜即隔離。且為預防起見，每個初生兒之用品，如布巾、浴盆，均宜祇用一次，油類與皂液，必須於取用時，注意勿染污其全部。其他助產士之手指，實為傳染病最重要之媒介，故必須依照上述方式，注意洗滌。

◎初生兒若有傳染病之預兆者，宜另置一室，其護理之助產士，以不再入嬰兒室為上。所用衣被、布片，先浸於百分之三之石炭酸溶液內半小時，以資殺菌，再行洗滌。

## 第二節 早產兒護理法

早產兒之身長與體重，均較成熟兒為小。其生活能力，亦較薄弱，且因皮下脂肪之缺乏，消化力之薄弱，其體溫常不易保持於相當度數內。故其護理方法，自宜特別注意。

壹 早產兒之保溫處置 對於早產兒保溫之處置，在設備完善之醫院中，有特製之保

溫器。惟此器之使用，對於重量超過三磅以上之嬰兒，似無必要。如無保溫器時，可製成一大玻璃匣，開氣孔數個，內置熱水袋多枚，置一檢溫計於其旁，以測溫度之高下。匣內溫度，須常保持在攝氏二十九度至三十二度之間。此種裝置，於通氣方面極不完善。故若在嬰兒室附近，隔一小玻璃室，藉知室內之溫度，以放置此種嬰兒，頗為妥當。早產兒不宜著平常衣服，宜用棉花或絲棉分層包裹之。亦不宜沐浴，可用溫暖之洋橄欖油擦抹身體之各部。用此油之意義，除保持清潔外，且可由皮膚吸收，以供滋養之用。

貳 早產兒之營養 早產兒之營養，以人乳為宜。若能自營哺乳運動者，可於乳頭上吸之。倘其哺乳力薄弱，不能自吸者，則將母乳擠出，置於小杯內，隔水溫之。乃以滴管吸取乳汁，插入嬰兒口內，將管移動，以刺激其哺乳動作。如見其作吮吸狀，則任令自吸。如不吸取，則沿其頰部輕輕擠入口內，再將下頰推動，俟其嚙下，再餵第二次。如不知其已未嚙下，可以空吸管插入口腔內，試吸之，且視有無乳汁吸出。此種嬰兒之餵乳，助產士最宜忠實從事。如敷衍了事，每每將乳汁積在口腔內，過若干時刻，一併吐出。雖偶多次，並未入胃，於營養上，遂成大問題。有時可用導管，由鼻孔插入嬰兒胃內，哺乳時乳汁由此管送入，哺畢，以橡皮管將管黏於頰際，以免擾動。此管每日取出清潔之，亦屬一種方法。

此種早產兒之營養料，如人乳不可得時，宜用去油之牛乳，而加以乳酸及麥芽糖者。

或用煉乳一分，水四分，加麥芽糖少許亦可。哺乳之時間，自產後十二小時開始，每二小時或二小時半一次。最初每次，每次用量約八公撮，以後可逐漸增加，每次約增二公撮。直至每體重一公斤，所用乳量約為八十卡為止。十日以後，哺乳之時間，可減至每三小時一次，每日八次。所與之量可逐漸增加，直至每體重一公斤，其食料之量為一百二十卡。此種嬰兒，必需有相當量之液體，以資生活。故在食料內之水分，須作體重一公斤下與水量八十公撮之比。倘有不足，宜於哺乳間歇時，以溫開水補充之，方為妥當。

### 第三節 初生兒發生異常現象之處理

本節內所為各項，以初生兒在生產直後，助產士即須認識或著手處理者為限。至於其他病變，詳見小兒科。

壹 窒息 窒息可分為子宮內胎兒窒息及初生兒窒息兩種。

(一) 子宮內胎兒窒息 子宮內胎兒窒息之原因，常為胎兒與胎盤間之血行受著阻礙而起。如胎盤早期剝離，或前置胎盤之出血，子宮痙攣性收縮，以致母兒兩體之血運中斷。或胎盤之組織有病變，而致血行不利，如梅毒等症，或臍帶之血行阻滯，如纏絡、壓迫、脫墜等，以及其他母體之疾病，如重症心臟病、肺結核、貧血、子癩等。以致母血內之氧，不足以供給胎兒之生存。凡因上述之原因，而致胎兒之血液或血行失其常度者，其

血液內二氧化碳之含量，當致過度增加，初則刺激其呼吸中樞，使管呼吸作用。惟以胎兒尚未產生之故，以致此種反應，不能成立，反將羊水吸入氣管內。繼則二氧化碳之量，愈積愈多，使呼吸中樞麻痺，且致全身中毒。如在此期不即產出，則其心臟即行衰弱而死。如及時分娩，則有時或尚可活，惟產生時頗有窒息狀態，則為初生兒之窒息。

胎兒在子宮內窒息之診斷，可藉胎心音之次數，測知之。如在陣痛間歇時，胎兒心音在一百次以下者，即為窒息之徵。有時在窒息之初期，其心音次數有增至一百六十以上者。但此種現象，為暫時的變化。不久，其心音次數即漸次緩慢。頭位胎兒當窒息之際，每有胎糞混於羊水中流出。此因腸之蠕動增加而起。助產士宜注意胎兒在子宮內起窒息之原因及現狀，而及時營救，設法使之立時產出，或可挽救。如漫不經意，任其自然，而致胎兒於死亡，實有傷害生命之嫌。

(二) 初生兒之窒息 胎兒既經產出，而肺呼吸不能立時成立，祇有心臟之搏動，以維持其與子宮內同樣之生活狀態者，謂之假死。又名初生兒之窒息。

初生兒假死之原因，為大腦內呼吸中樞之應激機能，其常態所致。大抵由下列之原因而來：(1) 子宮內窒息狀況之延續。(2) 大腦受壓迫，如顱內出血，或顱骨有損所致。(3) 產婦服用麻醉劑，如嗎啡、哥羅仿等之過量給與。

假死之狀態，可由窒息之輕重分為二種：第一種，係紫藍窒息，亦第一度假死。第

二種皆自窒息，亦稱第二度假死。茲將其症狀之大概，分述於下：

第一度假死之狀態：心臟之搏動顯明而調正，皮膚呈青紫色，結合膜充血，肌肉強直，皮膚反應仍存，口及肛門閉鎖；以指探入肛門，有括約運動，呼吸全無，或略有而不規則；產痛緊張而硬。

第二度假死之狀態：心臟之搏動微弱而頻數，皮膚呈蒼白色，瞳孔放大，肌肉弛緩，各種淺淺之反應均消失，口及肛門哆開，以指探入肛門，無括約運動，產痛弛緩而柔軟。初生兒假死之處理，不論窒息之輕重，其處理之原則原為一樣：即（1）呼吸道須確使無異物充塞。（2）不宜施行猛烈之擾動，而宜注意其溫暖及安靜。（3）使心臟機能保持其作用，俾得運血至延髓之生命中樞，以維持其生機。（4）使充分之氧氣得達肺氣泡內。

第一度假死之蘇生法，甚為簡單。即先行除去其呼吸道內之異物，如羊水、黏液、胎糞等。其方法即用施術者之手指，裹以紗布，探入口內而除去之。或將初兒之足部提起倒置之，俾吸入之物順勢流出。倘仍不起呼吸，可用冷水灑於胸背部，以刺激之。通常於進行此等手續後，即起呼吸而啼哭。如初生兒於施術中漸呈蒼白狀態者，則轉入第二度之假死。

第二度假死之處理法，除促進其呼吸作用外，更宜注意保持其心力。苟處理不善，不啻促其死亡。故保護身體溫暖，最為重要，所以維護其血液循環作用也。施術方法即以初



生兒包於暖巾中，或浸於攝氏四十度之溫水內，露出其頭部，次即以氣管導氣吸出其喉頭及鼻道之黏液。此時可注射強心劑或呼吸中樞之刺激劑於初生兒體內，以資刺激。最重要之問題，即如何供給氧氣於組織內。蓋延髓中樞，急需氧氣以維持生氣，而刺激呼吸中樞之二氧化碳，亦特氧以產生，故氧氣之供給，至為迫切。助產士於營救初生兒假死之際，宜明瞭其中生理的及化學的變化，方可行施得當。若一味以粗率的刺激為能事，則非特無益，而又害之。故施行蘇生術時，宜擇取其震動最輕，暴露最少之方法行之。茲擇數種比較合理之方法，述之於下：

(1) 節律性的壓迫胸腹法 按著名產科家威廉氏之意見，謂此法最為妥善。其方法即輕按腹部；次及胸側。其功用在於按腹時可能使血液積聚於心之右側，而按胸之後，其回復作用能使空氣進入肺內。此種操作，宜依照天然之呼吸節律行之。繼續若干時間以後，或能引起自營之呼吸。

(2) 舌牽引法 用紗布握住舌尖，或以鉗挾持之，將舌向外牽出。舌根在喉上之磨擦作用，能刺激呼吸中樞，往往引起吸氣作用。如此反復施行，可使其自然呼吸，至息之程度，如在皮膚反應消失以後，喉頭反應尚存在時，此法最為有效。於高度假死時，則無用。

(3) 施氏人工呼吸法 法將胎兒仰臥，置小枕於肩下，使頭部下垂，溫暖其身體，置

熱水袋於身體下之褥內，以保持初生兒之體溫，免致下降。乃命助理者，執其兩足固定之。施術者以兩手握住兒手，肘節處，先行向外向上，作上舉運動，至兒頭之兩側爲止。此種動作，所以使肺部開張，以資吸氣。繼則將兒臂向下，壓於胸廓上面，俾氣呼出。如是一呼一吸，每分鐘約行十二次至十五次可矣。

(4) 白氏人工呼吸法 此法可留置初生兒於溫水內，以爲保持體溫之良策。由施術者一人行之，故較爲方便。其法卽施術者將一手托住初生兒頭頸，他手托其臀部，先將兩手向後翻轉，使兒體伸直後仰，以營吸氣運動。繼卽將兒體屈曲內闔，以營呼氣運動。如是一上一下，卽成一呼一吸。其每分鐘之次數與上同。

人工呼吸法，尚有多種，惟其動作過於粗獷者，於學理上不甚適宜。故近來都採用上述數種，以其較爲溫柔也。當施行蘇生術之際，若能用含有百分之七之二氧化碳之氧使之吸入，以刺激其呼吸中樞，最爲有益。卽於呼吸作用既經成立以後，仍用此混合氣體吸入數次，可以激起深呼吸，以預防肺部膨脹不全之後患。惟此種氧吸入法，必須在設備完善之醫院內，方可得到。蓋必須購置一種特製之吸入器，且須預備此種氣體也。若在鄉村工作之助產士，在無物可得之環境中，則祇有因陋就簡。可用吹氣法代之。

(5) 吹氣法 卽以施術者之呼氣，吹入初生兒之肺內。因呼氣內有二氧化碳存在，故有刺激呼吸中樞之功用。且氣管內如有黏液，可以驅出。惟吹之力量，則有破得肺氣泡之

患。故非上策。

吹氣方法之最簡單者，即以施術者之口，對住初生兒之口，隔紗布數層於其間而吹之。惟此種吹法，易入胃內，使之膨脹。最好用一導管，即尋常所用小號導尿管亦可。施術者先以右手食指，插入咽中，直達會厭之上，將導管循食指掌面而入喉內；倘細心插入，決不致傷及喉頭組織。然後將氣輕輕吹入之。倘氣管中貯有黏液，則當呼氣吹入時，可在管側逼入口內，而拭去之。此實爲吹氣法中最有意義之一步也。

無論施行何種蘇生術，助產士最宜謹慎敏捷，切勿忘卻初生兒乃一柔嫩血肉之軀，不堪其受粗暴之動作者。進行之際，更宜注意其第一次之開始自營呼吸，切勿擾亂之，使之不能成立。當初生兒自營第一次呼吸時，宜停止一切動作，靜以待之。倘一次已過，遲延稍久，而不再起呼吸者，則宜再施人工呼吸法以刺激之。同時注意其心臟之狀態，若靜而殘喘，則出脈搏，而心臟仍有搏動者，則爲初生兒生活之徵。倘心臟已經停止搏動者，則已屬生靈。其死亡之原因，常爲顱內出血；於解剖屍體時，得以證明之。高度假死胎兒，常生以驚，其生活力常甚弱，有過三日而死亡者。其致死之原因，以顱腦損傷，肺膨脹不全，或患肺炎者，爲多數。

貳 生兒頭部及肢體之損傷 胎兒通過產道之際，因其頭部之體積較他部爲大，故其所受產道之壓迫亦特多，因之常有損傷發現。茲將其大概情形述之於後。

(一) 顱內出血 顱內出血，常在硬腦膜下或腦室內見之。出血之量若過多，則必成死胎。若其量尚少，不致立即死亡者，則產下時，皮色灰白，繼變青紫，呼吸淺而無規則，四肢強硬，牙關緊閉，有時全身抽搐，角弓反張，或現昏迷狀態，囟門膨隆，知其顱內壓力甚高。若施行脊穿刺術，則見脊髓液內混有血液。此等初生兒常於短期間內死亡，實無挽救之可能。

若顱內出血之量較少者，則其症候不若上述之嚴重。初生兒呈窒息狀態，皮膚青紫，四肢起痙攣或癱瘓狀態。其輕度者，數日之後，可以恢復。蓋腦內之出血停止，其溢出之血液被吸收故也。故助產士如遇初生兒有顱內出血現象者，宜與單純窒息之處理有別。切忌倒提兒足，以去黏液，或用暴力躁生，蓋腦受刺激，能增進其出血量也。

(二) 顱骨之凹陷或折斷 此種損傷，常因兒頭通過產道之際，壓迫於骶骨岬上而起。其凹痕常作淺槽形，在兒頭之後面為最多見。如腦未傷，則任其自然恢復，並不重要。如已累及腦，則宜以手術矯正之。

顱骨之折裂，常為使用產鉗或迴轉術之不良結果。亦見於狹窄骨盆之自然分娩者，常與顱內出血合併發生。此種初生兒罕能生存。

(三) 肢體骨折 臀位胎兒，常上肢解出之際，若不依法處理，每有起上肢骨折者。頭位胎兒之上肢解出困難者亦然。骨折之最常見者，為鎖骨及上膊骨。其處理法，即將骨折

處接好，而以夾板支持之。在初生兒，尚易接合。

(四) 顛血腫 初生兒頭頂血腫之由來及其症狀，已如上述。此等血腫，初起時，軟而有波動，但經過相當時間以後，即有一堅硬之邊緣圍繞之。此種狀態，由於滲出物之形成骨質所致。在血腫中央之血，仍為液體，漸被吸收。但此時間則殊無一定。有經過甚久者。處置方法，以不行切開，不施穿刺，聽其自行吸收為上。至不得已時，始行抽血術。

(五) 初生兒之癱瘓 初生兒因神經損傷而起之癱瘓，常見於顏面神經，大抵因施行產鉗時壓迫此神經而致。亦偶見於自然分娩之胎兒。其現象在癱瘓一側之眼瞼，不能閉固，口唇開張，皮膚之皺襞消失。而健全之一側，適得其反。眼瞼閉固，口角牽向耳際，皺襞顯露。此種現象，在常人見之，每將健全與癱瘓之側誤認。初生兒對於此種病症之預後，常屬佳良，每能自行恢復；或用電療法，以補助之。

初生兒上肢之癱瘓，常見於頭位胎兒之肩胛產出困難者。因助產士用力牽引胎兒之頸，使其頭部遠離一側之肩胛，因此使臂神經叢之上索受牽引而致損傷。其現象為癱瘓之上肢下垂，貼近身側，且轉向內面。其治法即將受傷之上臂外展，使與肩頭成直角，同時使上前臂前旋，與肘節成直角。乃以夾板支持之。以後每日施行按摩術及被動的運動與電療等，扶助其恢復。

### 叁 初生兒臍部疾病

(一)破傷風 由處理臍帶之消毒不善，而使初生兒患破傷風者，在吾國實爲初生兒死亡率之最大原因。俗稱之爲剪刀風、臍風，或曰六抽。舊式接生婆，不知消毒爲何事，每用普通剪刀，以斷臍帶，因而患此症者甚多，故名曰剪刀風。其點者乃避剪刀而不用，而代以碎磁片。然其結果，仍復相同。惟在北方，有用燒熱火鉗以斷臍帶者，與殺菌原理，暗相符合。惟以敷料之不知消毒，仍致前功盡棄。此經驗之外所以必須參以學理也。

初生兒破傷風，常於生後一星期內發作。故在陝西一帶，謂之曰六抽，卽指發病之時間而言也。其病狀爲臍輪之周圍，加，發高熱，乃起嚼肌之痙攣，而致牙關緊閉。漸及全身，軀幹強直，角弓反張，呼吸困難，終至死亡。此症之治療，於現病狀以後，實無大效。蓋現在所製之破傷風血清，預防上雖有效用，而於治療上則尙欠力量。故助產士當處理臍帶之際，必須十分注意，嚴密消毒，以防傳染。而欲減少初生兒之死亡率，則助產專業，更有急切普及全國之必要。

(二)臍部丹毒及其他化膿菌之肺炎 初生兒之丹毒，亦屬嚴重之傳染病。俗稱赤遊丹者，卽爲丹毒中之一種。惟其大部分，則爲初生兒因消化不良而起之皮膚鬱血，或因大小便之刺激而起之臀部糜爛等，均包括在內。蓋舊時因無病原菌之認識，故常混合若干病症爲一種也。

丹毒之病原菌，爲丹毒鏈球菌。其臍之創面，以及臀溝、會陰等處之糜爛而侵入。其

病狀爲該部之皮膚呈鮮艷之赤色，發熱腫脹，與健全之皮膚相連處，界線分明，蔓延甚速。初生兒體溫升高，衰弱極速，大抵於二、三日後，即告死亡。其處理方法，須嚴密隔離，注意消毒。凡用過之敷料，宜燒卻之。注意勿染及產婦。助產士如遇患此症之初生兒，而爲之處理者，即宜施行全身消毒，反覆數次，能於相當期間，謝絕接生，更爲妥當。而預防此種危險病之發生，尤屬責無旁貸。除處理初生兒時，如法消毒外，並宜告知產家，注意各方面之清潔。而最易疏忽者，莫如初生兒之衣服。在國內常由家人自製，由布肆購料以後，不加洗滌，即行裁翦，縫好以後，即與穿着。外表上，雖無污垢，而其接觸與傳染之機會，實已繁多，不可不注意也。

除丹毒鏈球菌之由臍部傳染而成初生兒丹毒外，其他化膿菌，若染及臍創面，則成臍炎。其症狀爲臍部發赤，組織腐爛，或潰瘍。並可侵入臍動脈內，而成臍管炎。其甚者細菌入血流，而致患膿毒症，以致死亡。故助產士之處理臍帶，必須依照外科消毒法行之。而於臍創未癒合以前，禁止盆浴，且囑家人切勿自換臍帶敷料，實屬重要。

肆 初生兒眼炎 據英國哈門氏之統計，在盲目之兒童中，其原因由於初生兒眼炎所致者，約占百分之二十四。而初生兒眼炎中，以淋病性結合膜炎爲最多，約占總數百分之六十。此可見初生兒眼炎之嚴重。在吾國境內，其百分率自必更高，故助產士必須注意及此，以冀減少民族中的殘廢分子。

(一) 初生兒淋病性結合膜炎 初生兒淋病性結合膜炎之原因及其預防法，已如上述。初生兒眼炎之病狀，大抵於生後四日內發現，淋病性眼炎發現尤速，因其潛伏期短而受染早故也。結合膜充血甚，分泌多量之膿液，眼險腫脹，且因眼輪匝肌之痙攣，眼內膿液常蓄積而不易外出。故若以手指輕輕撥開其險，則有多量膿液溢出。此種眼炎，如不及時治療，常致角膜之累，甚或穿破，以致眼球破壞改觀。即幸而痊愈，亦需時甚久，手續甚煩，故以預防處置，為絕對的重要手續。

治療此種眼病，以清洗其結合膜囊內之膿液，為第一義。重者每小時一次，較輕者每二小時一次，用百分之二之硼酸水，或萬分之一之昇汞水洗之。並以殺菌劑如硝酸銀溶液等滴之。更用熱敷，以催促其消炎。雖治療合法，其病期常達三、四十日，實為煩厭之疾病。惟如清處理以後，在初生兒，常獲痊愈。在成人之染得者，常致盲目。故為初生兒處理眼炎以後，當嚴密將自己之手指消毒，以防染入自己之目內，而成殘廢。若初生兒祇一眼受染者，則宜將好眼包好，以防累及。然平常多係兩眼同時受染。

(二) 其他眼炎 初生兒除淋病性結合膜炎以外，其他如大腸桿菌、肺炎球菌、化膿球菌、白喉桿菌、科衛氏桿菌等染及眼內，亦能成為眼炎。此等病原菌所致之眼炎，其勢較輕，而累及角膜者亦較少。其潛伏期較長，欲辨別初生兒眼炎之密屬於何種，可用膿液少許，塗於玻璃片上，而以染色法證明之。其技術尚屬簡單。如有顯微鏡之處，助產士可自



爲之。其療治法亦以潔淨其膿液，而加殺菌劑爲原則。

伍 初生兒天疱瘡 初生兒天疱瘡之原因，爲葡萄狀球菌之傳染。間有屬鏈球菌者，常係接觸傳染，蔓延極速。其傳染性亦甚猛烈。故在產院中發現者，常致傳染多兒。其病狀爲初生兒皮膚上發現疱疹，大小不一，成批生長。疱內之液體呈乳白色，未全膿化。劇烈者染及全身，或致死亡。其療法用二氧化氫潔淨之，且以氧化鋅藥粉撒布之，使之乾燥，並爲包裹。病者須與他兒隔離。凡曾經處理此種病症之助產士，必須注意自身之消毒，以免染及他兒，實爲重要。

陸 初生兒黃疸 初生兒患黃疸之原因有三：(一)由於胎兒體內所起之溶血性改變所致。(二)由於膽管之先天性狹窄。(三)由臍部膿毒病或腸中毒所致之傳染性肝臟炎而起。以上三種原因中，屬於第一種者，最爲常見。在生後月或羸弱之嬰兒更多。惟不關重要。大抵數日之後，每自行消散。其病狀爲眼部結合膜及皮膚均呈黃色，尿內不含膽酸。膽酸鹽之顏色，亦不變白。蓋膽汁之一部分，仍由腸內排出。至於黃疸起因之屬於第二種或第三種者，除全身呈黃色外，其尿內有膽酸或膽酸鹽存在。黃色變白，因無膽汁混入之故。其預後不良，常屬致命。

柒 初生兒出血 初生兒在初生數日內，有吐血或便血者，亦有女性嬰兒陰道內出血者。有時口鼻內之黏膜亦或出血。若其出血部位在皮膚內者，則成瘀斑。此種初生兒出血

之原因，尙未詳悉。有謂屬於膿毒症者，亦有相當理由；以其常伴發全身的膿毒症也。其細菌侵入之路，當由臍帶或口鼻黏膜之擦傷面而來。故助產士於處理初生兒時，絲毫不能疏忽，致損傷皮膚或黏膜。

其治療方法，可用生理食鹽水之小分劑，注射皮下，以維持初生兒之精力。藥物無甚功用。近來有用血液內注射者，收效頗速。其法由其父或母之靜脈內取血五公撮至十公撮，注射於兒之臀肌內。此法可助血液之凝固。如經注射後，尙未完全停止，可再注射之。

捌 初生兒梅毒 先天性梅毒常致胎兒早產，縱能延至妊末期分娩，所產亦多死胎。幸而不死，則於生後短時間內，顯先天性梅毒之症狀。即皮膚現棧色，皮下脂肪缺乏，全身瘦削，而現皺襞。手掌足底顯紅色之粗糙面。間有起水泡者。泡內充滿膿液，其基底面色紅而堅硬，此種梅毒在泡疹，亦見於身體之其他部分，口角之皮膚皸裂，鼻道起炎症，有水樣液流出，每每凝成灰黃色之痂，腥臭呼吸。此種嬰兒，體重輕微，如不施以治療，經過若干時日以後，即至死亡。若依上述方法，於生產時取臍帶內之血液，以作血清試驗，其梅毒反應，常爲重陽性。然亦有檢查三個月以內之嬰兒，雖有梅毒，而其反應不顯明者。治法有用灰色散小劑量○。○三內服，兼用有機性碘鹽類作肌內注射。但有時並無大效。故欲挽救此種嬰兒之死亡或殘廢，於妊娠時注意其母體之是否傳染梅毒，而施以適

當治療，實爲上策。

## 第四節 死胎

胎兒在未離母體以前，卽已死亡者，謂之死胎。約占生產總數之百分之三。惟據著者之統計，在某平民產院中，竟占百分之四·四。可見吾國習俗，對於產前護理不加注意，因之死胎數較他國爲高。

胎兒不能生活之原因，可分起因於生產以前，及起因於生產時之兩種。屬於第一種者，常因產婦、胎兒、或胎盤之病變所致。

死胎之現狀，其原因，屬於母體者，如梅毒、妊娠血中毒、慢性腎臟炎、急性傳染病等是，而以梅毒爲最多。屬於胎盤組織之改變者，如胎盤體積過小，以及胎盤血腫等是。謂屬於胎兒原因，其實不能成立。因胎兒根本是一空生物，若其宿主健全無恙，卽無由致其死亡也。胎兒若死亡於子宮內，則爲羊水所浸潤，表皮起飽而剝落，露出暗紅色之真皮。全胎腫脹，關節動緩，骨縫離裂，以致頭顱塌陷。體內臟器，先則軟化，繼則溶解，以致體腔內皆含暗色液體。臍帶腫脹變色。此等改變之程度，依胎兒於死亡後存留在子宮內之時間而定。

梅毒胎兒之外觀，與普通之浸軟兒無異，惟肝脾兩臟腫大特甚。如欲證明死胎之是否

基於梅毒，可剖檢其長骨之幹，與軟骨交界處，凡非梅毒死胎，其界限為黃白色之曲線，其寬不及半公釐；若為梅毒性者，則此線為鋸齒形之帶，闊約二公釐至三公釐。梅毒性死胎之呈此現狀者，約占總數百分之九十。其他於胎兒之肝臟內，可檢得梅毒螺旋體。至於母體血液內之梅毒反應，多為陽性，但有時亦有不顯明者。

在生產時發生死胎之原因，其重要者為損傷之窒息。損傷如骨盆狹窄、橫位或臀位、滯產、臍帶脫墜、產前出血、以及不順利之手術等均足。生產時死亡之胎兒，其外表與高度假死兒無異。可與上述之浸軟兒區別之。其損傷或窒息之原因與症狀，已於上節述及。於臀位或橫位胎兒，如手術不慎，而將肝臟撕破，或頸椎骨折斷，以致死亡者，亦屬常見之事。故助產士如因慮急慮置，而須施行臀位娩出術或迴轉術者，務宜注意及之。

助

旅

學

一八二

## 第二編 病運產科學

### 第一章 異常妊娠

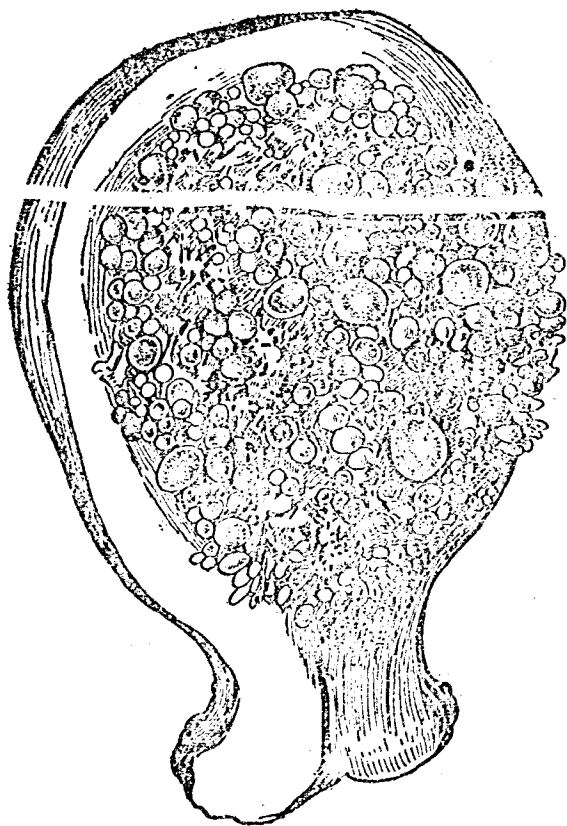
#### 第一節 孕卵之異常

壹 水泡狀胎塊 水泡狀胎塊，又名葡萄狀鬼胎，由絨毛膜之一部或全部之壞變而來。患此症者，孕卵之絨毛擴大作泡狀，呈淡黃色，內含半透明之液體。各泡有蒂，互相聯繫，若叢生之葡萄，故名葡萄胎。

絨毛壞變之原因，至今尚未確定。但為孕卵之病變，則無疑義。因雙胎妊娠時，有僅一卵受累也。此症不常見，每二千次至二千五百次之妊娠中計有一次。

水泡胎塊之徵象，其主要者有二：(一)子宮之增大超過同時期妊娠應有之大小(二)有血樣液流出。

患此病者其子宮之增大，常與孕期不符。如三個月之妊娠，其子宮之大小及位置，與



圖三〇 水泡狀胎塊

五個月相等。子宮全體柔軟，無胎兒心音及體部可以檢得。在妊娠早期，子宮內常有血樣液流出。其色淡紅或深紅。有時有胎塊之碎片參雜其間。妊婦並察痛感；直至流產發作

時，始有多量血液流出，並起陣痛。

此症之診斷，即以上述之徵象為依據。若用第一編所述之妊娠試法試之。其陽性反應，較之正常妊娠者，更為著明。即於胎塊產出以後，其陽性反應，亦有繼續存在者。因胎塊之細胞，每侵入子宮壁，而發生子宮上皮癌故也。因此之故，若胎塊排出後，而仍有此種反應存在者，實為危險之徵象。

處置方法，助產士對於妊娠之具有水泡狀胎塊之疑似病症者，宜及早送入醫院處理之。其方法先行開放子宮口，再取出其胎塊。惟胎塊有深入子宮組織內者，故刮取時常有穿破子宮壁之危險。如刮取不淨，則有轉變。子宮上皮癌之可能。故在重症時，須將子宮全部摘出，較為妥當。病輕者，每能自然產出，若胎塊之形狀較小，於作產時整個產出者，則其後患較少。故能任令自然產出，最為上策。惟無論如何，曾患此病之婦女，必須於產後注意其惡露之性狀，如有碎片存在，或惡露之紅色綿延日久者，則於產後第十日，宜施行子宮刮術一次。有謂於產後第二個月，宜再刮一次，以資預防者，宜由醫師斟酌行之。助產士之所宜注意者，為此病須先專診斷，及早送入產科生產，以防危險。

水泡狀鬼胎之妊娠，若未經產前檢查而發覺者，則常有施行應急處置之必要。如常應召之際，妊婦已開始作產，有多量血液流出者，其處置方式如下：（一）立即邀請醫師前來主持。（二）如流血過多，有危險之徵象者，可在嚴密消毒之注意下，施行陰道充填術，然



後送入產院。(三)如流血量不多，子宮之增大不甚者，則可監視其經過，常有自然產出之可能。至於人工取出術，其危險性甚大。一則此種病變之子宮甚易穿破。二則刮取不盡，常致流血，或變成子宮上疝，故助產士絕對不宜輕於嘗試。

貳、血性胎塊 血性胎塊，因早期孕卵在胎盤未完成以前，由蜕膜之出血而起。其出血之勢緩，量亦較少，不足以形成流產，乃變為血性胎塊。胚胎因死亡而消滅，或形狀改變，混入血塊中。自開始流血作產至胎塊產出之時間，自數星期至數月不等。

血性胎塊之原因，尚未確定，而與梅毒，慢性腎炎，及子宮內膜炎等症，似有相當關係。其症狀初無定型，常與尋常流產相似。繼則所有症狀完全停止，直至胎塊逼出，始經證實。其處理與流產相同，若非子宮內有惡臭液體流出者，則不必施行刮取術，聽其自然產出可矣。

## 第二節 胎膜胎盤及臍帶之異常

壹、羊水過多 妊娠至足月而羊水之量超過二公斤者，則為羊水過多症。患此症者，其羊水之性狀並無改變，惟其量過多，有至十五公斤至三十公斤者。

羊水過多之原因，有屬於羊膜者，有屬於胎兒者，有屬於母體者，亦有二種以上原因同時存在者。其症狀常因過度膨脹之子宮，壓迫於附近之器官而來。而以呼吸困難最為顯

著。羊水增加之狀態，有急性者，常見於一卵性雙胎。約在妊娠第六個月時，子宮於數日之間，遽然增大。其慢性者，常起於妊娠四五個月間，其增大之勢，由漸而來，故其困苦之感覺，不如急性者之甚。

羊水過多之診斷，每與雙胎，水腫或卵膜囊腫難以區別。而於雙胎之象此病者更難。至其治療方法，實無藥物能使羊水減少。若因子宮過大，而致妊婦感覺困苦者，可由醫師施行引產術。即在妊娠早期，亦不必顧忌。蓋患此病之胎兒，卽至妊娠末期生產，其生存之機會，亦不多也。助產士最宜注意者，卽（一）在產前檢查之際，除一般檢查外，更宜測驗小便內之有無糖質。（二）於生產時宜注意子宮肌壁之因過度擴張，收縮乏力，而致流血。（三）於產後期，宜注意子宮復原之狀態，是否完全。因此種種關係，凡患羊水過多之疑似病象者，助產士宜勸令入產院生產，較為妥當。如臨時被邀，已失時機者，當胎兒產出以後，宜注意觀察子宮之收縮狀態，如屬不良，可先注射小分劑之腦垂體素，不必急於產出胎盤，俟子宮壁之收縮力恢復以後，產出胎盤，常可防止後出血之發生。惟注射腦垂體素後，胎盤之產出，常較遲緩，或有須用人工剝離術者，亦屬可慮。胎盤既經產出以後，仍當注意子宮之收縮狀態，以防藥力消失後之重復弛緩。於必要時，可注射腦垂體素及麥角素之合併劑，以祈效力之迅速而持久。

貳 羊水過少 妊婦患羊水過少症者，其減少之程度，原無一定，有至生產之際，羊

水之量，僅存數公撮者。此種異常狀態，於母體與胎兒之關係，如因運動性之缺乏，以致肢體黏連而成畸形者有之；於生產時因水囊之不易形成，子宮口開張緩緩者有之。

羊水過少症之原因，尚未十分確定。有謂胎兒之泌尿系發生病變所致。有謂羊膜之細胞因壞死而吸收液體所致。有時羊水過少症之胎兒，其皮膚粗糙而乾厚，則以為胎兒皮膚功用之失調所致。此症之診斷，尚不困難。如子宮體積之較正常妊娠為小，胎兒體部之容易觸得，以及子宮腔內缺乏波動性之液體存在等，均為此病之徵象。如因此而致子宮口難開者，須用人工門口術以補助之。

### 叁 胎盤之異常

(一) 胎盤之形狀異常 胎盤有分成數頁，而以血管相連者。亦有在原有胎盤之外，另有一小胎盤存在者，謂之副胎盤。如於生產時不幸而遺留於子宮腔內，即為後出血之原因。且有起腐敗而成產褥熱者。

(二) 胎盤梗塞 妊婦之患慢性腎炎或蛋白尿者，常有黃白色之固體小區，形成於胎盤之海綿質中，謂之胎盤梗塞。若其體積過大，有致胎兒於死亡者。故患腎臟炎之妊婦，常產死胎。惟在正常妊娠之末期，胎盤內亦有此種類似之變性組織形成，所以預示胎盤之已屆成熟時期。惟其體積較病變所成者為小，且發現較晚。故不重要。

(三) 梅毒性胎盤 胎盤之重量，正常時占胎兒體重六分之一。梅毒性之胎盤，則每

增至四分之一至二分之一。其色蒼白，而是油滑狀態。若在顯微鏡下檢視之，則其絨毛之體積，常較正常者厚，且富有顆粒，其末稍常擴大而血管多不能見。但梅毒性胎盤，亦有不顯此種特徵之全部者，於已施治療者尤然。

肆 臍帶之異常 臍帶之平均長度，約五十五公分。若過短或過長，常致妨礙分娩。如過短，則當分娩之際，有致臍帶斷裂，胎盤剝離，子宮內翻，或胎兒起臍疝尼亞者。若過長，則每每圍繞兒體各部，阻礙其進行，於分娩之際，容易引起臍帶脫墜。臍帶繞頸每三、四回分娩中，約有一次。通常與胎兒之生命及分娩之進行無甚妨礙。臍帶扭轉或打結，時有使胎兒起血行障礙而致死亡者。但不常見。臍帶水腫於活胎偶或見之。除結紮時須特加注意外，其他無關重要。

### 第三節 妊娠子宮之異常

壹 妊娠子宮之後屈 子宮之向後移位者，於妊娠三個月時，當自然矯正。若不能矯正，則有骨盆內壓迫症狀發現。如疼痛、尿潴留等是。若因骨盆狹窄，或子宮與腹膜黏連而起者，則可成子宮嵌頓症。即子宮緊塞在小骨盆內，不能移動。如無法整復，則易致膀胱炎、尿毒症或膀胱因黏連而壞死，致成穿孔。助產士如發現妊婦有疑似之子宮後屈病者，宜即請醫師診察，設法矯正之。

貳 妊娠子宮之前屈 經產婦若因腹壁弛緩，腹直肌分開，以致無力扶托妊娠之子宮者，則每致子宮前屈，而腹部凸出，謂之懸垂腹。此種現象，若因骨盆狹窄，或脊彎曲，以致兒頭不能降入骨盆腔內而起者，則生產時必起障礙。助產士若遇此種病症，必先檢查其原因所在，若僅以腹壁弛緩而致者，則用腹帶支持之可矣。

叁 畸形子宮之妊娠 重複子宮之一個，若受孕時，其他一個內，常有蜕膜形成。體積亦相當增大，妊娠之經過及分娩，均無妨礙。此病其罕見。

肆 子宮患腫瘤時妊娠 子宮肌瘤若生長於子宮內膜而時，於蜕膜之形成，常致不全而起流產。若生長於子宮下段時，則分娩之際，阻礙胎兒之下降，且起陣痛微弱，以致生產延遲，而於產後常起後出血。

子宮頸癌當初起時，尚能妊娠。惟因妊娠之故，其進行特速，常致流產，且致出血。預後不良。

#### 第四節 孕卵移植之異常(子宮外妊娠)

壹 輸卵管妊娠 卵自受孕以後，若不生長於子宮腔內，而停留在輸卵管內者，謂之輸卵管妊娠。因輸卵管之容積甚小，故孕卵發育至二個月至四個月之間，已至無可容納之程度。其結果或排出於管外，謂之輸卵管流產。或將輸卵管張破，謂之輸卵管破裂。因此

變，常有大量血液，由子宮流出。繼發於腹腔內。若不醫治，每幾延遲因失血而死亡。若出血之量不多，而即停止者，其胎兒尚仍生活，則有第二次之分娩。所起危險，一如上述。若胎兒既已死亡，則其結果有二：其一，死胎由化膿菌之傳染，而起腐爛，累及腹壁，重者成腹膜炎而死亡；或附近之管道因腐爛穿通，致成瘻管。如腹壁、直腸、膀胱、陰道等處之瘻管是也。在此等瘻管中，有時有胎骨排出。其二，胎體未經染菌，由水分之消失，及石灰質之沉積，變成硬固之胎塊，謂之石胎。此種石胎，可存留於腹腔內，經過多年，並不為害。

輸卵管妊娠之原因，常起於輸卵管之畸形或疾病。疾病以慢性炎症為最常見。此種病變初起時，妊娠感覺一般的妊娠現象。惟至經期時，仍有少量血液流出，兼有蛻膜碎屑捲入其中。受孕之管側，妊娠常覺脹滿。助產士若發見此種疑似之妊娠者，宜勸令就醫診察。若施行內診，當可檢得其患側有脹大之輸卵管存在。其子宮亦略形增大。頸管亦稍軟化。但不如正常妊娠時之顯著。

當輸卵管妊娠破裂之際，妊婦在下腹部之患側，忽覺劇痛。每每延至一、二小時之久。繼即發現內出血徵象。如皮色蒼白、呼吸急促、脈博細數。重者常有惡心嘔吐及虛脫現象。如不施行急救手術，每因內出血而死亡。倘失血尚少而停止者，妊婦之病狀中止，漸次恢復。但若再起破裂，則仍起上述之危險症候。

當產前檢查時，如有輸卵管妊娠之可疑者，宜竭力勸令就醫師診斷，以事預防。倘發現已在破裂之後者，其應急處置，宜令產婦絕對安靜平臥，凡足以使其出力之動作，均宜禁止。在疼痛之際，切忌按摩腹壁，或用熱敷，因此等方法，常能增進其出血。宜用冰袋或冷敷法，並與以鎮靜劑，如嗎啡之類。禁止飲用熱湯、酒類、及刺激性食品。同時速延醫師處理之。

貳 卵巢妊娠 卵巢妊娠較輸卵管妊娠為少。卵之生長處，多在囊狀卵泡內。在臨床上之一切徵象，不能與輸卵管妊娠區別。其處理方法亦同。

## 第五節 母體因妊娠而起之異常狀態

壹 妊娠血中毒 妊娠血中毒，乃妊娠體內產生毒素，由血液運輸至身體各部，使起種種病狀之謂也。其毒素之性質，殊不明瞭。有似嗎啡者，使起昏迷狀態；有似番木鱉素者，使起痙攣現象；有似菸草素者，使吐嘔吐症狀。至其來源，切無定說。或謂起於母體者，如新陳代謝之失常，肝腎等臟之病變，內分泌腺之失調，以及胎盤之排泄異常物質等是。總之，無論其來源若何，此種毒素，常使妊婦之肝臟及腎臟失其正常功用，以致有害物質不克排出體外，而使妊婦起中毒狀態。

妊娠血中毒症狀中之最常見者，如頭痛、精神異常、神經痛、脈搏頻數、呼吸困難、

惡心、嘔吐、頭暈、目眩、肢體水腫等是。有時數種並發，有時成立為一種特症，如子病及惡性嘔吐是也。

助產士於產前檢查時，如有上述中毒性病象發現者，宜即設法勸令就醫診治，以預防其增重。若用適當方法，如少吃蛋白質的食品、多飲開水，以減除其毒素，其病狀每能輕減，於生產時，可以避免一大部分之危險。其產前檢查之所以極端重要也。

(一)子痲 子痲多發生於初產婦，或變胎妊婦。其先兆為妊婦之小便內發現蛋白質，血壓增高，肢體水腫。其症狀為頭痛、目眩、目盲、腹上部劇痛，尿量遞減，常嘔吐，繼起抽搐。其抽搐之狀態，先起於面肌、舌肌及四肢之肌，繼及全身。全身之肌暫時強直、呼吸停止、皮色青紫、角弓反張，舌露於齒間，因之被咬出血，與氣管內逼出之黏液唾沫，互相混和，流出口外，其狀至為可怖。如是數秒鐘，即入抽搐狀態。各部隨意肌似皆一累，約過三、五分鐘，乃始恢復。病人之神志有完全清醒者，有暫時沉睡者，有永久昏迷者，是為間歇時期。經過若干時間以後，重復發作。若病勢增重，則體溫升高、小便閉止、脈搏頻數，發作時間長而間歇短。若病勢減退，則發作短而間歇長，小便增多，顏色淺淡，脈搏減少，膚色紅潤。

預防妊婦之發生子痲，實為助產士之重要任務。故產前檢查，必須按時舉行，蓋此種中毒症狀，在妊娠期間，可以隨時發生。若妊婦已起血中毒之預兆，如肢體水腫、膚色蒼



白、血凝增高、尿含蛋白質、以及發生頭痛、目眩等狀者，助產士宜即告以飲食品之選擇方法，即所謂子痲前期之食品是也，其食品的支配法如下：食鹽須減少至原量百分之四十。動物性蛋白質，每日祇能攝取二十五公分。宜多給澱粉性食物及青菜、水果等。茶與咖啡，宜禁忌之。每日食料，以一千五百卡為適宜。如水腫不著者，飲料須多與之，以增加腎臟之排泄作用。並使妊婦休息臥床，當可自然分娩。

法國之療法，對於此種妊婦，祇給水與牛乳。在德國，先行飢餓療法，經二日至四日，然後給與上述之食品。藥物之治療，以排出體內毒素為原則。故利尿劑與瀉藥，為常用之藥劑。其他如灌腸、熱敷、放血等術，亦時用之。倘經此等處置，而症狀減輕者，則可維持至妊末期，聽其自行作產。若症狀加重者，則當施行人工厚產術，以減少其危險。蓋子痲症既經成立，則其死亡率，實占產婦死亡總數之百分之六至二十也。

子痲既經發生以後，其處置方法，醫家意見不一，計有三種：(1)使產婦安靜，與以鎮靜劑，如嗎啡等類。施行放血術，以待分娩之終了，或略與以手術的扶佐。其用意以為子痲是一種定性的自愈症，若施行大手術，則其刺激或將使病症增劇也。(2)在發作之後立施手術，取出胎兒，愈早愈妙。其用意以為子痲之來源，既因妊娠而起，故終止其妊娠，為根治療法。(3)一二兩種治法，均可採用，視病人情形而定。

護理法 助產士知悉子痲之病人，其護理方法，計有數端。茲舉為重要者如下：

(1) 一般的護病法 預防病人在抽搐時之受傷，宜安置於柔軟之床上，蓋好衣服，勿任其獨處一室。臥房內宜十分幽靜，除醫師及護病者外，其他閒雜人等，一概禁止入內，以減少其刺激。

預防舌之咬傷，可用竹篾或木片，捲以布片，於抽搐時，置於病人齒間。如有活動齒齒者，宜摘除之。金屬之開口器，不宜使用。口腔創傷為子癇患者常有之後患，其影響所及，常致化膿。且有引起呼吸器傳染者，不可不注意也。

當病人抽搐之際，絕對禁止以暴力制止其動作。若預備病人入醫院者，宜先與以鎮靜劑，然後採取震動最少之方法，輸送至醫院內。助產士宜伴之前往，以事照料。

如曾給病人以瀉藥，而時有大便排出者，宜設法防備其染入陰道內，以致引起產褥症。當翻動病人之際，更宜輕靈敏捷，以防引起抽搐。

醫師如用全身熱敷法，使病人出汗，以冀排泄其體內之毒素者，其所用之熱水袋或熱布等，必須妥為包裹，以防燙傷。頭部須置冰囊，或於頸部裹以冷溼巾。此種治法，不宜超過二十分鐘。同時宜注意其有無發生腦充血，及心臟衰弱之症狀。

(2) 氧之供給 對於此種病人，所宜注意者，室內空氣必須流通。倘病人之肺部，已起水腫者，宜將其頭部轉側至床邊，下垂於床外，而以兩手支持其肩上。如是，肺內之黏液與泡沫，得以排出。如能用吸收器以攝去之，更佳。如病人缺乏氧至高度者，當與以氧

級入法，尤善。

(3) 注意病人之經過及預備分娩。已用鎮靜劑之病人，宜時時注意其現象之有無變化。蓋各人對於鎮靜劑之感應，各有不同。助產士宜將用藥之時間，以及經過，並抽搦之有無，及其輕重等，一一記錄之，以備醫師之查考。

子癇病人。每每忽然作產，助產士宜及早預備一切，以待應用。當分娩之際，子癇症狀，有突然加重者。且初生兒常起窒息。故助產士宜早事布置，以防措手不及。

(4) 食物。病人如未能自行吞嚥者，宜勿與以任何食品。若時間較久，或必須給與者，可用灌食法。即以皮管餵之。宜注意者，所有液體，如唾沫、黏液、血液等，切勿任其吸入肺內，致起肺炎，最為重要。及至產婦神志略醒，能自行吞嚥以後，乃以糖水及檸檬水等與之。液體之量，以多為上。因其能增加尿量，及多發汗液，以除去體內之毒素故也。其他食品，宜逐漸給與之，忌蛋白質與食鹽。

(5) 恢復期之處理。患子癇之產婦，有時恢復甚快。在產後數小時後，即行入睡，抽搦漸止，神志清醒，小便之量增加，而顏面淺淡，蛋白質減少，血壓下降，但助產士仍宜注意護理之。在此時期，偶加刺激，仍能復發。單純性子癇，患之者每祇有一次。若因慢性腎炎而起者，於下次妊娠時，常見復發。

護理子癇之七「勿」：

一、勿讓患者碰傷其肢體，或咬傷其舌。

二、勿用暴力壓制其抽搐。

三、勿讓患者獨處。

四、勿在未能吞嚥之前與以食料。

五、勿作高大聲響，及粗暴動作，以刺激病人。

六、勿讓胎兒於無準備中生產。

七、勿使用未包裹之熱水袋等，而致燙傷病人。

(二)惡性嘔吐 惡性嘔吐常發生於妊娠之早期。其病狀最顯著者，為持續性嘔吐。除嘔吐而外，常起消瘦、昏迷、神經炎、精神病、腎臟炎等。此種改變，實足以證明體內有毒素存在。故與尋常妊娠之來源不同。

惡性嘔吐之症狀，先似妊娠。惟至相當時期，仍不停止，且持續發作，以致體重減輕、容顏瘦削、流涎嘔血、睡眠不安、脈搏頻數、體溫升高、終至小便內有蛋白質、管型、血球、膽汁、膽固醇等發現。若不加治療，即致死亡。

護理此種病人，最宜靈敏。病房須擇清靜通風者，設法使之幽暗。一切親友，均宜停止接見，以安靜其精神。蓋此等病人，用精神療法，有時較藥物為上。故助產士宜與以同情的安慰，與樂觀的情緒，使之忘卻嘔吐。故痰盂等器，宜置於室外，不使引起嘔吐之觀

念。藥物之常用者，爲溴鹽類，常由肛門灌入，以防引起嘔吐。如用他種藥品，能注射皮下，更爲適宜。

病人食料之選擇，如用液體，以牛乳和石灰水，或煉化牛乳、鷄湯、肉湯、蛋白水、大麥水、牛肉汁、及糖水爲上。如胃內不克接受者，可用葡萄糖溶液，由肛門內或皮下或血管內注射之。有一部分病人，對於固體食物，較液體容易接受。如是，則餅乾、烤麵包、鍋粬等，可試食之。而水分可由肛門灌入法供給。藥物除鎮靜劑外，有時用黃腹素可見效。如用盡各種方法之後而病勢無法輕減者，祇有施行人工流產術，以救母命。惟此等病人，既甚衰弱，故施手術之際，宜特加注意。而於手術以後，更當竭力注意營養，以圖恢復。所幸胎兒產出以後，常感爽快，能受飲食者爲多。有不施手術，而忽然自愈者，大抵由精神作用而來。

助產士對於此等病人，除上述之護理外，更宜注意其口腔之清潔。倘齒齦已起炎症，可用碳酸水洗滌之，勿用牙刷，而代以棉花籤，更爲妥善。預防褥瘡之發生，可用百分之十五之酒精擦之，更搽以洋橄欖油。如有氣墊亦頗堪使用。

貳 其他輕性妊娠期疾病

(一) 妊娠性嘔吐 妊婦之患嘔吐者，實占三分之一。但其輕重，人各不同。若嘔吐經常發作，而食物尚能保存其大部分於胃內，於營養上不起重大障礙者，則爲妊娠性嘔吐。

其處理方法如下：

(1) 於清晨六時左右，妊娠醒後，與以紅茶或米湯一杯，及烤麵包或鍋糰少許。令臥床一、二小時，始行起動。(2) 在胃部施行對抗刺激療法。(3) 試用膝胸臥式。(4) 藥物如黃體素、腎上腺素等，取得醫師之同意後，可試用之。(5) 食物之量宜少，而給與之時間較短。其成分以澱粉質食品為宜。少用蛋白質與脂肪質。(6) 如不能接受固體食品者，以液體食品試之。

(二) 妊娠水腫 妊娠水腫，為常有之症狀，多見於下肢。若症狀加重，則漸次延至各部。究其原因，約有四種：即腎臟病、心臟病、腳氣病、與妊娠子宮壓迫是也。助產士若遇此等妊娠，必須勸令就醫診斷，以資鑑別。若必不獲已，而須自行處置者，則宜應用最簡便之方法，以診斷之。如檢查小便之有無蛋白質，而定其是否為腎臟炎。計數脈搏之多少，節律之適調與否，而知其是否為心臟病。有時兩者同時兼患。至於腳氣病之測驗，若病較重者，可由膝臍反應與喉頭反應之消失與否而證明之。若毫無以上原因，而起下肢水腫者，則為子宮之壓迫所致無疑。有時僅一肢受累，則更可證實。其處理方法，當視原因而異。如因腎炎而起者，宜禁忌蛋白質食品，多給液體，利尿劑之常用與否，最好由醫師定之。若由心病而起者，則宜安靜休息，少給水分，兼與強心劑。惟普通強心用之毛地黃類製品，有蓄積作用，宜審慎用之。若由腳氣而起者，則宜改變食品，多與青菜、水果、

麵食、及糙米，並與以乙種維生素。若由壓迫而起者，則不甚重要，亦無須治療。惟對於無論何種原因之水腫，食料中之食鹽，均宜減少，以防病勢之增進。

(三)靜脈瘤 妊婦之靜脈瘤，常見於下肢或陰部，於勞動階級之經產婦，至妊末期時，尤為多見。其症狀在局部有感覺發熱，搔痒等痛苦。至其處置方法，凡緊束肢體之服裝，可以使血運起障礙者，均宜禁忌之。如已見發生，則將下肢多多舉起，或用寬一寸，長七寸之橡皮膏條，在靜脈瘤之下方，及其而上，作螺旋狀斜轉貼之，以扶持其靜脈血液之迴流。至於用繃帶包裹，每不能適合，似無甚用處。

(四)白帶 妊婦在妊娠初期及末月時，常有少量白帶流出，此種現象，頗屬正常，無須醫治。若白帶之量過多，而色帶黃綠，或有臭味者，則為傳染淋病之象。宜勸令就醫診治，助產士切忌施行灌洗陰道手術，蓋容易誘致小產故也。

(五)陰門皮痒 妊婦每有患陰門皮痒者，常致心神不寧，或且失眠。其原因由於神經性者為多。若因體內之毒素而起者，則尤為重要。亦有因白帶刺激而起者。助產士若遇此等妊婦，而需要應用治療方法者，可用碳酸鈉，石炭酸，薄荷等溶液洗滌之。至其根本治療，則宜付諸醫師。

(六)胃部灼熱 胃部灼熱，常因妊娠以後消化不良而起。妊婦每感煩悶。其護理法，可用蘇打薄荷片一片至三片，溶於水內，而給與之。或用鎮乳亦可。其他鹽漬橄欖等物，

可試置於口內咬嚼之。至於食品，宜給與少量，而增加其次數。

(七) 齒病、妊婦之牙齒，有時特易蛀腐。如需要填補或拔除者，宜即施行，無須顧忌。惟長時間之治療，宜俟生產後行之。鎂乳藥片，於妊婦之唾液帶酸性者，可給與之，以中和其酸性。於保護牙齒之腐蝕，甚有裨益。至於鈣鹽類之給與，或謂可以補償因胎兒生長所而取給於母體內鈣鹽之損失。但妊婦若能攝取富於之鈣鹽類食料，如青菜、牛乳、雞蛋等類，則藥物之應用，實無必要。

(八) 小便頻數 在早期妊娠時，妊婦每感尿意頻數。及至中期，則即停止。至妊末，復復之作。倘此種症狀增劇，至妊婦感受痛苦時，則每為妊娠子宮之異位所致。有時尿管受壓，以致小便不能排泄，滯留過度者。助產士若對此有懷疑，可施行導尿管，以資診斷。有時命妊婦取膝胸臥位，可以見效。但因此而誘起膀胱炎者甚多。故宜及早注意之。

(九) 昏倒 妊婦每易猝然昏倒。或因偶受刺激而起；或因居室悶閉所致。但亦有毫無原因者，常發現於妊娠第四月以後。其昏倒時之症狀，每甚輕微，皮色略蒼白，脈搏尚佳，神志亦未全失。但遇有此者，必須明辨與其他昏倒不同，方為妥當。其處理法，宜使妊婦起居靜適，勿參加無謂之集合。食物宜清淡而量少。衣服宜鬆適。排尿宜暢利。助產士宜告以此種症狀，對於妊娠無關重要，以安靜其心神。如須外出，以有人伴作爲



安。

(十)背痛 妊婦背痛之原因，為跗節扭挫、懸垂腹、尿道炎、腎盂炎、或肌肉軟弱。或因穿着高跟鞋，必使肌肉出力，以維持全體之平衡所致。故其護理法，可用適宜之壓帶或腹帶，穿着平底鞋，休息肢體，及按摩腰、背等是也。

## 第六節 妊娠期間之出血

產前出血之原因有數種。在妊娠前半期者，如流產、水泡狀胎塊、子宮外妊娠破裂等是。在妊娠後半期者，如前置胎盤、胎盤早期剝離以及早產等是。其他子宮頸痛、陰部靜脈瘤之破裂等，則與妊娠之關係，不甚密切。

水泡狀胎塊及子宮外妊娠，已如上述。茲將小產、早產、前置胎盤及胎盤早期剝離數種，論列於下：

壹 流產及早產 妊娠在七個月以前而中絕者，謂之流產。在七個月至九個月之間而中絕者，謂之早產。流產之胎兒，不能生活。早產者如撫養得法，可以生活。

(一)流產之種類及徵象 妊婦如覺輕度腹痛，陰道內有少量血液流出者，謂之先兆流產。如處理適當，胎兒仍能生活者，或可停止進行，而繼續妊娠。若流產之勢增進，則陣痛加劇，流血加多，子宮口開張，以待孕卵之逼出。若孕卵之全部同時產出者，謂之完全

流產。倘有一部分殘留於子宮內者，謂之不全流產。而流產中以不全流產者爲多。每因之而起危重的出血。須用手術取淨，方能制止。當流產時，若有細菌染入子宮內，每每引起中毒症狀，謂之傳染性流產。若非處置得法，常致死亡。流產之進行雖已停止，而胎兒已經死亡者，謂之過期流產。此種胎兒，能在子宮內停留相當時間，有因石灰質之沈澱，而成石胎者。有成木乃伊者。若不起傳染，於母體無害，經過相當時間以後，常可自然產出。

(一) 流產之原因 世風日下，流產原因之屬於打胎者，在中國亦不在少數。其次則爲外傷，如跌落、打撲、提舉等皆是。劇烈的精神感動，亦能引起流產。他如子宮之疾病，如子宮發育不良，子宮後屈，子宮內膜炎，子宮頸管炎等，或一般的疾病，急性者如傷寒、結核、梅毒等，慢性者如心臟病、腎炎、惡性貧血等，均足致流產。有時畸形胎兒，亦常誘致流產。

(二) 流產之處置 在施行產前檢查時，助產士即宜教妊婦以預防流產之方法。如避卻上述之種種原因，以及在經期時，多事休息。妊婦曾有流產之歷史者，宜研究其原因所在，而除去之。

若流產已經發作，助產士宜即安置妊婦於床上，絕對與以安靜，並請醫師診察，流產之際，若有多量血液流出，有生命之危險者，在荒僻之地，無醫師可請時，不得已，可施

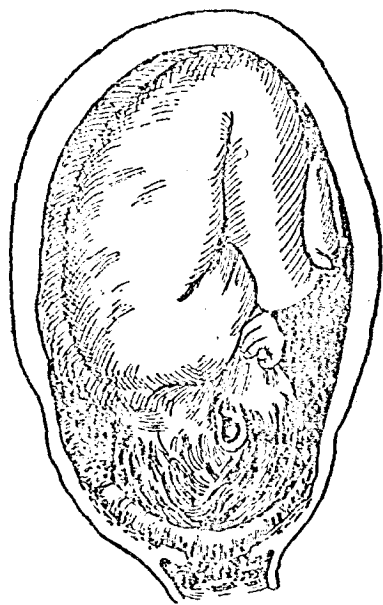
行應急處置，其法如下：

預備器用，如陰道擴張器、陰道長鉗子、消毒紗布條、藥產包等。施術時使產婦取橫臥位，如法消毒外陰部。施術時於自身消毒後，用陰道擴張器，撐開陰道，窺見子宮口。如見有胚胎之一部在口外露出時，即將鉗子鉗住該部，輕輕向外拖出。倘能將產出，即施術時不感覺有漸裂之象，能不費多力，順勢滑出者，如此則妊娠於全部產出後，血流即停止。但切勿用鉗子插入子宮腔內而取之，因妊娠子宮之壁，鬆弛而軟，容易破裂故也。故若遇流產出血，而取不到胎組織時，則可行陰道充填法。其法即先行消毒陰道，如流血不甚者，可用澀洗術。如流血過多者，用汞色質溶液，灌入陰道內，以資消毒。然後用鉗子鉗取紗條之一端，穿過陰道擴張器，至子宮陰道段。先填後部，及前部，然後依次充填之。用鉗子壓住紗條，取出陰道擴張器，留紗條之一小截於陰戶外，即可制止流血。然後設法送至醫院，或約醫師來診。

早產時之處理，與正當產相同。惟早產兒之處理，須特加注意耳。

### 貳 前置胎盤

(一) 前置胎盤之分類 前置胎盤為孕卵生長於子宮之下部，其胎盤之附着部，在子宮口之上方，或附近部分之謂也。此種位置可依其與子宮內口相接之情形，分為三種：即(一)中心性前置胎盤。其子宮內口，完全為胎盤所蓋蔽。此種位置之胎盤，其出血之勢最



前置胎盤之性中心

圖三一

爲危重。預後亦多不良。(一)偏側性前置胎盤。其子宮內口之一部分，爲胎盤所蓋。(二)邊緣性前置胎盤。胎盤之邊緣接近子宮內口，此種位置之胎盤，其預後較良。

(一)前置胎盤之症狀 本病唯

一之主要症狀，即在妊娠八個月以後之出血。出血之以狀，每每忽然而來，常在晚間睡臥之際發生。並無陣痛伴發，大抵於數小時後，即

自行停止。但經過數日以後，重複發作。如是反覆出血，致使孕婦遽然貧血。及至作產開始，流血更多。若不加以人工補助，可致流血而死。

子宮下段因著胎盤之故，常使胎兒之先進部不能下降與骨盆上口互相交接，故在腹外診察時，可診得先露部留在高處，卽至妊娠末期，亦不克下降，或成異常位置，因子宮下段，有胎盤阻塞故也。當作產之際，子宮口已開至能容手打探入時，在內診上，卽可證明胎盤之存在，及其部位。

(三)前置胎盤之處理 凡產前檢查時，若發現妊婦有曾經出血之歷史，或至末末期，而先露部與骨盆上口交，不正常者，即有前置胎盤之可疑，宜及早告醫師。如在鄉間工作，無醫師可詢者，宜勸令及早移居都市。倘遇產婦已起出血症狀，而始就助產士護理者，宜令臥床，絕對安靜，注意其出血之多少。有時雖不見鮮血流出，而有淡黃色液體流出者，為血液流出後積在陰道內之徵，若產婦一經翻動，即有血塊流出，在此種狀態之下，助產士，若不得醫師之相商，則宜之環充陰道，送至附近醫院內，俾行適當之手術。有時邊緣性前置胎盤，若子宮口已閉至相當程度者，可用人工破水法。於羊水流出之後，胎頭下降，可自然娩出。且以胎兒頭部之壓迫力，制止其出血。惟助產士不宜希望此種僥倖之經過，而貽誤送入醫院之時間。

凡前置胎盤，無用何種手術助產，在娩出胎兒以後，最易引起後出血症。因胎盤之附着部，在子宮下段非收縮肌之部分，故其剝離面之血管裂口不易閉塞，因此常有此種現象發生。故在生產直後之兩小時內，助產士切勿遠離，宜隨時注意，以事預防。

(四)前置胎盤之手術 此種手術，宜由醫師執行之。產婦之死亡率為百分之三十八。胎兒之死亡率為百分之五十。為產科上一種危重病。

施術之法，約有數種，略述如下：(一)邊緣性前置胎盤，流血不多，子宮口已開至相當大小者，可施行胎膜穿剝術，以迅速完成其分娩。(二)人工穿破胎盤或胎膜，施行內迴

轉術，總或不至是位，以胎兒之臀部，充作擴張子宮口之工具，同時利用其壓迫力，以制止出血。(三)用皮袋以擴張子宮口，並制止出血，一如牽引胎兒臀部之用意。俟子宮口充分開大後，再用上述第二次之方法完成之。(四)施行腹部切開術，以娩出胎兒。

助產士若助醫師施行手術時，宜預備一切應用器械，並須注意失血時之急處處置。故生理食鹽水，必須溫好。各種止血用之注射劑，必須預置手頭。甚至填充用之消毒紗條，亦須準備。因此產婦，常於胎盤娩出以後，出血一注，立告死亡。至於胎兒之須行人工蘇生術，自在意中。故蘇生術中所需條件，亦宜預備妥當。至於此種產婦之後療法，亦當格外注意。每有已過數日，而忽然發生出血者，大抵因胎盤剝離部之凝血塊或死組織分離而起。故俾院產婦，宜多留數日，以保安全。總之，前置胎盤，產科內一種危重病象，助產士之責任，在能於產前檢查時及早發現，並送之醫師處，可減少大部分之危險。

叁 胎盤早期剝離 胎盤在作產以前，因受傷而有一部與子宮壁分離者，謂之胎盤早期剝離。其剝離而之血管裂口，有血液流出；若在高處，則蓄積於子宮壁與胎盤之間，形成血腫。妊婦引起內出血症狀。子宮擴大而堅硬，痛感甚劇。妊婦面色蒼白，脈搏微弱而頻數；出血多者，胎兒心音已無從聽取。其前後常屬不良。若胎盤之剝離部分附近子宮下段，有血液由產道內流出者甚為少者，其預後皆內出血者為良。

胎盤早期剝離之出血，其與前置胎盤之區別，除上述各種徵象而外，可以視出血與陣

痛之關係而測定之。如出血在陣痛發作時更甚者，則爲前置胎盤之徵。蓋陣痛之作用，所以擴張子宮口，而呈處黏附之胎盤，剝裂更多也。在胎盤早期剝離之患者，則當陣痛發作之際，其胎兒之先露部，擠塞子宮頸口，血液即停止流出，及至陣痛間歇時，始繼續外流。此一區別也。

胎盤早期剝離之護理法，與前置胎盤相同。對於急性貧血之種種預備，如食鹽溶液、強心劑，以及施行輸血手術等，在可能範圍以內，宜及時處理之。此病之死亡率甚高。產婦之死亡者，占百分之五十，胎兒則幾全不救。此症之原因常因外傷如傾跌、打墜等之動作損及胎盤烈然而起。於產前檢查時，殊難預防。

### 第七節 與妊娠有重大關係之疾病

壹、梅毒 梅毒在妊娠期中爲重要之疾病。因其病原體能由母體移入胎兒故也。輕者阻滯其發育，重者且陷於死亡，而致妊娠，絕。惟梅毒於妊娠本身，除易致流產外，其病狀並不因妊娠而加重，或因累次妊娠而輕減。

梅毒之症狀，可分四期；其第一期爲初瘡期。即在傳染之處，發生硬性下疳。常見於陰部、口唇、手指等接觸傳染之處。其第二期自初瘡發現後五星期至十二星期之間。患者發生全身症狀，如頭痛、喉痛、骨痛、脫髮、發疹，以及口腔、陰戶、肛門等處，起有黏

膜斑。在此期內，其傳染性頗烈。第三期梅毒則在傳染後二年至十年之間。其症狀爲發熱，及因慢性蜂窩組織炎而致之樹膠腫，以及內臟之病變。第四期梅毒則其毒素深入骨質、血液、神經等組織內。以致發生運動共濟失調或癱瘓等症。在此時期，傳染性已減少，但不易療治。

男子或女子之患梅毒者，若與人結婚，其病傳染於對方，並及胎兒。其影響於妊娠之結果，常爲五個月以後之流產、或早產，或雖至足月而產死胎。毒較輕者，則產生先天性梅毒兒。

先天性梅毒兒之徵象，爲全身瘦削、皮膚發生紅疹，手掌及足蹠起皰疹，鼻塞、流涕，肛門及口腔起皸裂或潰瘍。小兒因關節部之疼痛，常常啼哭。以上症狀，或全部並發，或祇現一、二種，視其輕重而定。

預防梅毒產婦在產院內之傳染，爲助產士之重要職務，所用磁篋，均須與他人分開，並予消毒。排泄物及帶料，宜焚毀之。助產士亦宜注意傳染及自身。故於接生及處理小兒時，均須戴橡皮手套。至於小兒之哺乳，除母親外，不宜另雇他人。蓋其病毒能由小兒染及乳母。若母乳不足者，宜用人工營養法。

治療方法，在妊娠期間，最爲重要。因妊婦與胎兒，均可獲益，若在妊娠早期，注意治療，可得健全之胎兒。是以產前檢查時之梅毒試驗，在可能範圍內，宜注意施行之。倘



妊婦之血液有可疑時，取其丈夫之血液以決定之，最為妥當。至於先天性梅毒兒之療法，其原理與成人相同。

〔貳〕淋病 淋病與妊娠之關係，雖較梅毒為輕，無遺傳之患，但亦屬重要。其急性患者，其病之炎變，於妊娠期間更為旺盛。病期延長，治療困難。且容易誘致流產。若在慢性患者，每無症狀可尋，直至分娩以後，初生兒之眼部發見淋病在結合膜炎時，或母體於產後起淋病性產褥熱或輸卵管炎時，始一發覺。淋病性產褥熱，常於產後第二星期內發生，較之其他細菌之於生產時傳染者，其發作略遲。此種疾病之後患，可使婦女於一次分娩以後，不再生育，因其輸卵管發生病變故也。

助產士施行產前檢查時，如有淋病之疑似症狀發現者，如白帶過多，且帶黃色而有臭味，宜使妊婦診於醫師，與以相當之治療。初生兒之眼部，宜應用硝酸銀溶液滴點。處理之。於產婦之染污物品，宜先行消毒，然後適當處理之。而助產士之手指，於接觸此等病人之排泄物後，更宜十分注意，蓋染入成人之目內，常致盲目也。

〔參〕肺結核 婦人之患進行性肺結核者，如發妊娠，則於產後一年內之死亡率實占百分之三十三。其病重者，則於產後一個月內之死亡率為百分之五十。可知結核病為妊娠之重要併發病。

助產士對於此種病人之處理法，若在未妊娠前，宜勸令服用肺病藥。若已妊娠者，宜

絕對休養，宜多與日光、空氣接觸，多進營養食品。能在療養院內休息，更為妥當。此等婦人，於產後絕對不宜自哺小兒，以防傳染。其分娩之處，必須計者醫師，以防不測。

肆 心臟病 產婦之原有心臟病者，於妊娠後，常見加重。若在妊娠早期發生惡心、嘔吐等中毒症狀者，則心臟代償機能之失調，每每三期。即身體水腫其也。當每至妊娠晚期，始行發現。由妊娠子宮之增大而測。其病重者，每發呼吸困難。此種妊娠，須絕對安靜，於必要時，給與強心劑。臨產時，在第一門常可維持過去。產後，宮口開足時，須即使之產出，以節省其心力。在分娩直後，仍宜注意，以防心力猝衰。此等產婦須入院治療，以便隨時施行急救。

伍 腎病 腎臟在懷孕時，最易受累，故妊娠之小便，宜隨時檢驗之。其主要之點，如蛋白質、糖質、比重、尿管型等。而於一晝夜之總量，亦屬重要。其最小量，不宜在一千五百公撮之下。若妊娠之尿量過少，而尿蛋白質發現，或四肢呈水腫者，宜請醫師處理之。

所謂妊娠腎，即為妊娠婦尿內有蛋白質發現之病症。常見於妊娠後半期。其症狀與腎炎相似，惟在病理上，起炎症，分娩後即能自愈。

腎盂炎亦為妊娠之重要併發病。患者忽發寒熱，繼以高熱，腰背疼痛，尿內有膿細胞存在。每因此病之發，極易高熱，而引起早期分娩。其處理法除藥物外，可將患側向上方面

臥，且行消毒法。

糖尿病。妊婦小便中若有糖質發現，亦宜報告醫師，而檢查其爲乳糖，抑爲葡萄糖。若係糖尿病，則宜加以治療。自發明胰島素以來，妊婦之患糖尿病者，已有相當治法，不若從前之危重。

陸脚氣病。妊婦如患脚氣病，頗爲重要。每隨妊娠之經過而增劇。有致流產者。有在分娩時起陣痛微弱者。此種患者，因抵抗力之薄弱，於分娩後，易起產褥熱。且其症狀，每呈危重，以致死亡。其護理方法，在妊娠期發現者，宜即改變食料，並與以乙種維生素，務祈於短期間內治愈，以防後患。

藥流性感冒。妊娠中如感染流行性感冒，常起早期分娩，且併發產褥熱。其預後不良。產婦之因此而死者，實占三分之一，乃至半數。故助產士宜勸妊婦減少與外人接觸之機會。於此病流行時，尤宜注意。

其他急性傳染病。急性傳染病，如赤痢、傷寒、白喉、天花、斑疹傷寒、麻疹、腦脊髓熱、陪斯忒等，若於妊娠期傳染，常起早期分娩，而致預後不良。患者雖於分娩之後，體溫下降，但經過相當時間以後，即復升高，且見惡化，故助產士切勿以暫時之體溫下降，而認爲痊愈之兆。

## 第二章 異常分娩

### 第一節 因胎兒之異常所致之異常分娩

#### 壹 胎勢之異常

(一) 顏面位 姙末期或生產時，若胎兒之體勢，不依正常之橢圓形下降者，則爲胎勢之異常。其重要者，莫如顏面位。此種異常胎勢之分娩，有時甚爲困難。非加以人工補助，不能娩出。故助產士宜知其大概，以供診斷，而事預防。

顏面位胎兒因其頭部過於上仰，在腹外診察時，胎兒頭與頸之間顯有深溝。且因胸部挺突，故聽取心音之位置，常在小部分之所在處，更爲清晰。若子宮口已經開展者，則在內診上可觸知五官之存在。

顏面位中，若爲頰部向母體之前方，則有自然分娩之可能。因其頰部支持於恥骨弓下，而於營三迴轉時，由兒頭之作俯首運動，其鼻、眼、前頭、後頭，依次越會陰而產出。若頰部向母體之後方，則兒頭已仰至無可再仰，自不能再營第三迴轉。因此不能自然分娩，須加以產科手術之補助，方能產下。助產士宜將此中理由，認識清楚，方不致貽誤。

(二)額位 額口位兒頭之仰勢，不若顏面位之甚。一段現象，額似顏面位。分娩時若兒頭頂部受產道之壓抗力略強，則變成顏面位。間有變成正常之頭蓋位者。但產士不宜在此希望，而始於分娩之時。蓋此種位置，在分娩之第二期經過甚長，因產道起胎兒窒息，或產道受傷，易致會陰破裂，非有醫師幫助，頗難肩付也。

(三)四肢之脫離 胎兒肢體在胎膜內可自由屈伸者，謂之下垂。若在羊水流以後，肢體越先露部而伸展於產道內者，謂之脫出。

胎兒肢體脫離之原因，常為胎兒先露部與骨盆上口交接不適當，如橫位或骨盆端位、狹窄骨盆、羊水過多等所致。對於分娩之經過，各有不同。如頭位而與上肢脫出者，有自然分娩之可能。但常因先露部之體積增加，形成難產。橫位或上肢脫出者，非施手術，每不能自然娩出。下肢之脫出，每見於骨盆端位。其經過或良或否不定。其處置情形亦異。

## 貳 胎位之異常

(一)前頭位 前頭位胎兒，當分娩之際，常自迴轉而成為後頭位。若是，則於分娩上不起障礙。倘始終保持其前頭之位置而下降者，則常需第二週轉時，夫肉則生現於陰戶間，前額在恥骨弓下，兒頭由俯首還頭而產出。其第二週轉之時間較長，產士宜注意胎兒之窒息，及會陰之破裂。

(二)橫位 橫位之原因，有屬於母體者，如狹窄骨盆、懸垂腹、前置胎盤等。因胎兒之先露部，不易進入骨盆上口之故。有屬於胎兒者，如雙胎、畸形胎兒、死胎等。亦有因羊水過多，或胎兒過小，以致不易在接產形變者。

橫位之徵象及診斷 在外診上，腹部之形橫闊。胎兒之頭部在其一側，臀部在對側。因之子宮底之位置甚低。而胎骨縱合上空虛，經先露部可以觸得。胎兒心音在臍之左右，方可聽到。若施行肛內診或內診，在孕晚初起時，不易觸到先露部。直至分娩進行已至相當程度時，始能觸得胎兒之肩脾，或肘部，或上臂。有時亦可確其為橫位。

橫位之預後 其預後不良。祇有死胎或早產者，或可自然娩出。其他均須施行手術以輔助之。若適其自然，每致母兒兩難，均告死亡。故初產士對於妊婦或產婦，有此一位置之可疑者，宜及早就醫師處理之。若至醫師未至之前，而產婦有劇烈之陣痛者，為預防子宮之破裂起見，宜設法制止之，如膝側臥位，或真以鎮靜劑等是也。其處置法詳見手術篇。

(三)骨盆端位 骨盆端位云者，即臀位、膝位、足位之總稱也。其原因與橫位同。有起原於母體者，有起因於胎兒者，一如上述。

骨盆端位之種類 若胎兒之下肢均在上方，而以臀作先露部者，謂之全臀位。若有一足在臀之前近者，謂之不全臀位。兩膝同時下降者，謂之全膝位。若僅一膝先進者，謂之

不全膝位。兩足同時下降者，謂之全足位。一足先進者，謂之不全足位。其實此種分法，僅依下降情形之差別而名之耳。至其對於分娩上之關係，全臀位外，不全位均較全位爲良。因其產至臀部時，有較大之積，可以藉此將子宮口充分擴大，而使後至之兒頭，容易通過故也。故助產士遇有不全足位或不全膝位時，非至相當程度，切不可使之成爲全位。

骨盆端位之徵象及診斷 在腹外診察時，其較硬而有浮游性之胎頭，在子宮底部。而在恥骨縫合上，可觸得較軟而大之臀部。其心音之位置，在臍上左右處。施行肛門診或內診時，可觸知先露部爲何物。若係臀部，其形大而軟，且有臀溝。肛門及尾骨與坐骨或得觸知。若係膝，則其形小而硬。若係腳，則有趾。且常作衝突運動。

骨盆端位分婉機轉，宜特加注意。因助產士執行業務時，在偏僻地方，無醫可請，或猝不及備，而遇此種位置者，對於處理方法，宜有相當認識，方爲妥當。骨盆端位之最重要徑線，爲兩大粗隆間之徑線。在骨盆上口時，此線與橫徑一致，及至骨盆腔內，則與斜徑一致。至骨盆下口時，與直徑一致。如是，後方之一股先出，前方之股繼之而出。臀部既出，其第二重要部分即爲雙肩胛徑，亦取上述骨盆內三部之最大徑線而產下。故在後之肩先出，而在前之肩後出。胎兒體部之最重要者則爲胎頭。因其較任何部分之體積爲大。胎頭之徑線，以矢狀縫合爲主徑線。當肩胛產出之際，此線適在骨盆上口橫徑線處。繼轉入骨盆腔，則與斜徑線一致。終至盆下口，與直徑一致。枕骨乃停留於恥骨縫合之

下，其類。前額相越會陰而出。骨盆端位之分娩機轉，如胎兒與骨盆之徑線能處處互相符合，卻如上述，則其經。甚易。倘起障礙，即致難產。故產士對於此種胎位之分娩，若非胎兒著明細小者，即不宜。爲容易處理。

娩出時之處理，宜先事預備萬一須施手術時之布置，如產婦須取橫床臥位，助產士穿好消毒衣，一如施行他種手術時之布置，然後從事。當胎兒下降，臀部已撥露於陰戶間時，宜靜待其自然排瀉，切忌用手挽出，俾子宮口得以充分擴大，而容後至之兒頭迅速通過。臀既產出而至臍部時，宜注意臍帶之受壓，而引鬆之。分娩至此，須敏捷進行，以防胎兒窒息。蓋胎兒之下半身，已露於空氣中，因其刺激，能引起早期呼吸故也。此時助產士宜握持胎兒之股側，向下牽引，勿握其腹部，致傷內臟。同時將兒身側轉，俾肩胛徑先與盆腔之斜徑相一致，繼而下口之直徑相一致。及至肩胛下隅，至腕骨弓下時，乃停止牽引，而將一手提足向上，他手在會陰上方插入陰道內，沿肩胛骨達肘關節，順其趨勢，使兒手作洗面狀而解出之，以防上膊骨之折斷。一手既出，他手自較容易。如遇困難，可使迴轉至下方會陰處，而取出之，一如上法。兩手既出，即將兒體漸漸轉正，同時向下牽引，俾矢狀縫合，得以取得骨盆最大各徑線而通過。此須注意兒頭之姿勢，故助理者宜於腹外壓兒頭使俯。而助產士將左手之一指插入胎兒口內，牽之使俯，俾取小斜徑線之周圍經過骨盆，將兒體騎於施術者之左前膊上，裹以暖布。右手之食中兩指，夾持於兒頭



兩側之肩，乃將雙手同時用力，先向下牽引。至肩窩已產出時，即向上舉起。如是，兒之頭部，顏面，前額，後頸等，即隨之產出，而分娩告終。此時用力宜緩，且當注意會陰之保護。胎兒既出，乃紺住其臍帶而剪斷結紮之。其他之處理，一如正常分娩。茲述骨盆端位娩出時之要點如下：

- (1) 充分預備作施手術之布置，以免臨時延誤。
- (2) 臀部暴露時，宜靜以待之，俾子宮口充分擴張。
- (3) 產至臍部時，宜鬆解臍帶。以後各部須迅速娩出，以防胎兒窒息。
- (4) 兒體牽引至肩部時，切勿用力過遠，以防上肢伸直而起嵌頓。
- (5) 解出上膊時，須順其趨勢，以防骨折。
- (6) 牽引兒軀時，須施以恰當之旋轉及下降力，以防兒頭尚未轉正，而其位置已至骨盆下口。如是，則兒頭斜梗盆內，不能順勢娩出。若兒頭未轉正，而先加牽引者，其結果亦同。

(7) 兒頭通過陰門時，宜注意會陰之過度破裂。

叁、胎兒發育之異常

(一) 多胎分娩 凡一個以上之胎兒，同時在子宮內發育而娩出者，謂之多胎分娩。其中最常見者為雙胎。雙胎之原因，係在受孕之際，有兩個陽性細胞，同入一卵而發育

者，謂之二卵性雙胎。其胎兒常屬同位，容貌相似，體格與性情亦同。此種雙胎，祇有一個胎盤，惟臍帶則有兩條，羊膜囊中或有一層膜。若懷孕時有兩個陽性細胞，各入一個卵內，而同時在子宮內發育者，謂之二卵性雙胎。胎盤與其他附件，各有一分。性別容貌，亦不相同。實際上仍屬同時孕育之兄弟而已。分娩時有一兒先產，其他之一兒，經過相當時間而再產者。但因子宮已受生產之刺激，故多兩兒同時娩出者。

雙胎之診斷，以聽得兩個不同次數之心音，觸得兩個胎兒之髖部為根據。有時在妊婦腹上，可摸得一溝狀凹陷。即兩個胎兒之鄰接處也。

雙胎妊娠，常使妊婦感到格外苦痛。因其腹部過度膨大，水腫及中毒之症狀，每甚顯著。子癩之發現亦多。臨盆時常起陣痛微弱，而致生產延遲，或產後出血。早產者占全數百分之十。胎兒之位置，常屬異常。有時兩兒互相交扣，而致不能下降者，亦屬有之。其第二胎兒，常取異常胎位而分娩。

助產士對於雙胎之處，其主要者，約有數端，略述如下：當第一兒產出時，宜先記明其為先產之一兒。於接生時，注意胎兒胸之出血。一兒既出，即注意第二兒之胎位如何，能任其自然降下，最為妥當。胎位異常者，宜設法矯正之。此等產婦，因子宮口之已開大，而腹內之壓，故有迴避手術，並不困難。惟一切消毒處置，必須十分注意。第二兒產下以後，宜俟子宮稍軟，恢復其緊張力以後，方將胎盤逼出，庶可免後出血之危險。

胎盤既出以後，仍當注意其子宮之收縮狀態。在短時間內，切勿離開產婦，實為重要。同時可給與麥角或腦垂體素，以事預防。

(二) 過熟胎兒 妊娠期有超過十個月而猶不分娩者，胎兒之體重，有達四公斤而致分娩困難者。此種胎兒，謂之過熟兒。其診斷方法，由產期之延遲，腹部之膨大與堅硬，雖母體之骨盆正常，先露部亦不固定。在內診上，兒頭之縫合與囟門均見狹小，而不易移動。此種胎兒，常致產。

在分娩過中，其現象與狹窄骨盆相同。若聽其自然，常致陣痛微弱，分娩之進行遲滯。或陣痛劇烈，而致子宮破裂。亦因先露部之交接不全而致小部或臍帶脫出者。其處置法，視情形而定。若胎兒生活者，宜用鉗子術，開腹術，或迴轉術等，以助其娩出。若已死亡，則用胎兒縮小術。故助產士，以及早通知醫師為妥。

(三) 腦水腫 腦水腫乃胎兒腦室內滯留腦液過度所致。其大小殊不一致。有增至成人頭顱之大者；因之，頭蓋骨離開，而致縫合及囟門之距離甚為廣大。

此種胎兒之診斷，由於頭部之廣大而柔軟，不能固定於骨盆上口而測知之。在內診上，因縫合之遠離，頗易證實。其處理法，若骨盆大而兒頭軟，有時能自然娩出，若不能自行分娩者，倘聽其自然，則其結果與上述之過熟胎兒相等。故助產士，如發現有腦水腫胎兒之可疑時，宜報告於醫師。常用穿刺手術，流出其液體以後，即可自行娩出。此種胎

兒，卽能自然分娩，亦不能生長，故婦庸忌之可言。

(四) 胎兒水腫 胎兒水腫常致先露部已經通過產道，而其軀幹被阻不下。若施行內診，則覺其腹部膨隆，容易診斷。在郊區工作之產士，每遇此等產婦，臨時約請前往接生者。其處理法，在消毒之準備下，刺破其腹部，俾液體流出，卽可自行分娩。

胎兒腹部之脹大，亦有因膀胱積尿，或腎臟與卵原之囊腫而致者，有時須行內診摘出。

### (五) 胎兒畸形

(1) 無腦兒 爲胎兒畸形中常見之一種。此種胎兒無頭蓋，其腦髓露出於外面，有時合併鰓種畸形，眼窩突出，其頸部而肩胛甚闊。在外診上不易診斷。在內診上如係頭蓋位者，不難證實。至於分娩之經過，其頸部之突出，因其頸部甚寬，故常容易，惟重者則時，則常起困難。其處理方法，卽扶一肩胛之突出，同時注意會陰之保護過度。凡畸形胎兒，產出時切勿告知產婦，以防精神上發生變化。

(2) 重疊畸形 此種畸形常由之胎兒發育異常，有一部分互相黏連所致。其分娩之經過，視兩兒重疊之部位而異。如頸蓋重疊，臂部重疊者，則兩兒一長一短。若非橫位，則其娩出不甚困難。胸部重疊，或肩胛部重疊者，分娩時常成困難。至於重複兒頭，或重複臂部，其困難亦多。

此種畸形之診斷，於外診上，不易證明，有時認為雙胎而已。至分娩之際，其肢體之一部分既經娩出，而他部分不能下降時，始經發現。其處理法，須請醫師用碎胎帚以縮小之。方得娩出。

## 第二節 因附屬物之異常而起之異常分娩

### 壹 卵膜之異常

(一) 卵膜厚韌 卵膜若過厚，則子宮口雖已開大，而尚不破裂。有時顯現於陰戶間。產婦苦悶異常，間有因過度之牽引，而致胎盤早期剝離者。若胎兒瘦小，有時胎盤、羊水、胎兒及卵膜整個產出。若不速行剝脫，可致胎兒窒息。故產士至必要時可施行人工破水術。其方法，於陣痛時將手指抵住卵膜剝脫之，如過於厚韌，可用尿管鉗子剝脫之。惟宜注意刺傷兒頭。

(二) 卵膜薄弱 卵膜異常單薄時，容易引起早期破水。因此子宮口不易開大，以致分娩延遲。且易染菌，而致發生產褥熱。助產士如遇此種情形，宜報告醫師，以待處置。

早期破水之處理法有二：(1) 於破水以後，若過分娩之進行延遲者，即加以人工補助，使在相當期間內產出，以免傳染。(2) 如母子無異常狀態發現者，可聽其自然，不施手術。惟須注意產道染菌，致起寒熱。在助產士之工作原則上，以採取穩健處置，送入醫

院爲宜。

(三) 卵膜之殘留 當分娩之際，若胎盤已經產出，而有卵膜之一部黏連於子宮內者，宜仔細輕輕引下，或用尿管鉗子夾持而引出之。切忌用猛力，以防裂斷。同時以他手在子宮底作輪狀摩擦，以促進其排出。倘已漸裂於子宮內，宜請醫師，以待處理。大抵卵膜之殘片，不致引起出血，有時能自行娩出。若腐敗時，能引起產褥熱，故以取出爲安。

貳 羊水之異常 羊水之過多過少，常影響於分娩。其大致情形，已詳見異常妊娠章。在分娩時之處理，若因羊水過多，而致第一期之陣痛微弱者，至子宮口相當開大時，可先破其水囊，使子宮略形縮小，然後重激起陣痛，使之及時娩出。惟於胎兒產出以後，須注意其出血之發作。此實爲至要。故助產士於胎盤之娩出，不必急切。須待至子宮肌纖維之緊張力，稍稍恢復以後，再行娩出。如是，則其出血之機會可較減少。胎盤既經娩出，以後之兩小時內，仍宜時時注意子宮收縮之狀態，以防出血。

羊水過少之困難，在分娩第一期，因水囊之不易形成，而致開口遲緩者，有時須用人工開口術，以促進之。其他如陣痛劇烈，或胎盤早期剝離者，宜從速完成其分娩。

叁 臍帶之異常 臍帶之過長或過短，於分娩時，有起見二者。如過長，則成結節或纏絡，以致妨礙胎兒之血運，如過短，則牽制胎兒之下降。惟此種困難，常於胎兒生下而始證明。故事實上，頗難與以事前之補助。

難於脫垂，爲分娩時難產之現象。因其結局不良，常致胎兒死亡。胎帶脫垂之原因，大率因胎兒之黃脂肪，與骨盆上口之交接不爲所致。在頭位胎兒，因先露部之硬固，故壓力重而死亡率甚高。助產士若劍鋒胎帶時，有搏動之感覺者，其血運自屬流通之證。若搏動已經停止，而胎兒心音尚可得者，倘即行娩出，胎兒或可生活。若搏動停止已達十分鐘以上，而心音亦歸消失者，則胎兒已經死亡。倘產婦被其他變化，可聽其自然經過。助產士若遇胎帶脫垂時，宜急延醫師相助。同時使產婦向脫出之對方側臥，以減少其先露部之壓迫。若至難產時，可在消毒處置之下，用手將脫出之胎帶，送過先露部，回入子宮內。倘不見效，而子宮口已開大者，可設法迅速完成其分娩。

#### 肆 胎盤之異常

(一) 胎盤之形狀異常 詳見異常妊娠章。

(二) 前置胎盤 詳見妊娠期間之出血章。

(三) 胎盤早期剝離 詳見妊娠期間之出血章。

### 第三節 因母體之異常所致之異常分娩

#### 壹 產道之異常

(一) 骨部產道之異常 骨部產道之異常，即骨盆狹窄。其原因有爲天然發育不良者。

有爲病變所致者。如佝僂病、結核病、或外傷等是也。其狹窄之狀態，有小骨盆之各徑線全部狹窄者，有祇一部狹窄者。其分類法如下：

(甲)由真結合線淺短之程度而分別者。

(1)第一度狹窄骨盆 其真結合線長九公分至九·五公分。此種骨盆，在分娩時雖有相當障礙，但尙能自然分娩。

(2)第二度狹窄骨盆 其真結合線長七公分至九公分。此種骨盆於分娩上甚爲困難。

(3)第三度狹窄骨盆 其真結合線長五·五公分至七公分。此種骨盆對於成熟胎兒，絕對不能自然娩出。祇有應用穿顱術，方可由產道娩下。

(4)第四度狹窄骨盆 其真結合線在五·五公分以下。此種骨盆，即使應用穿顱術，其胎兒亦不能由產道娩出。故必須由腹部切開術處理之。

(乙)骨盆之狹窄由其原因及狀態而分別者。

(1)扁平骨盆 有屬單純性者。其骨盆上口之前後徑短，而骶骨彎之曲勢異常。有屬佝僂病性者。除上述之改變外，其骨盆及下口亦起改變。

(2)小圓骨盆 此種骨盆之各個徑線平均淺短，盆下口尤甚。常見於發育良好之婦女。

(3)漏斗形骨盆 此等骨盆之下口狹窄，僅微尤甚。有淺短至八公分者。其坐骨棘之



距離甚近。

(4) 畸形骨盆 凡骨盆之形狀不正者皆屬之。其斜徑線常不相等。

狹窄骨盆之診斷 在視診上，若婦人之身材矮小，或有畸形者，則常有變形骨盆之可疑。而產婦若一經產之歷史者，亦當注意及之。若欲證其變態究竟若何，則以內外兩種測量法檢查之，為最可靠。骨盆之測量，已如上述。惟若疑其下口狹窄時，宜再測其下口之前後徑及橫徑。測量前後徑時，宜令妊婦臥近床邊，屈膝開股。以一手執骨盆計之一端，貼近恥骨弓下緣，他手之他端，貼近坐骨末處，以所得之長度，減去一公分至一公分半，即為骨盆下口前後徑之長。在西方女子，均長度為十二公分。如疑尾關節之經硬化者，可在尾骨尖端量之。至測量其橫徑時，須用各種骨盆計，將其兩端按住於坐骨結節之上面量之。其長度，在西方女子，約為九公分。惟因臀部皮肉之厚，可於量得之長度上，酌加一、二公分。

狹窄骨盆之分娩經過 因胎兒先露部之不易下降，故子宮口之開大延遲，或起早期破水。其陣痛情形，強則劇烈，弱則微弱，胎兒先露部水腫甚。至於能否自然生產，須視骨盆狹窄之程度而定。已如上述。

狹窄骨盆之處理法 視其狹窄之程度而定。高度狹窄骨盆，宜用開腹產出術。輕度者可用鉗子術或迴轉術。惟一度狹窄者，則頗難決定。有時可用人工早產術，大抵在妊娠三

十六星期時行之。惟其胎兒非特加注意，不易長大，故亦有得胎之必要。助產士之責任，在產前檢查時，須注意妊娠之骨盆，是否正當。倘有異常，宜即報告醫師。

#### (一) 軟部產道之異常

1. 恥骨痛 其位置若在骨盆上口之上方，於生產時常無妨礙。若在盆腔內，則將阻止先露部之下降，形成難產。

(2) 子宮腫痛 常以者計有兩種：(甲)即子宮纖維肌痛。其形礙於分娩，視其位置而異。肌痛之在子宮上部者，常屬無害。若在子宮下端，則有時能阻礙骨盆，使先露部不克下降。(乙)子宮腫痛。病者者，每致子宮口不自開，或呈裂為。病輕者，有時能自然開，俾胎兒產出。其其皆均屬不良。

(3) 子宮頸之硬固 子宮頸硬固，常使其開展遲延，而形成難產。有屬於官能性者；有屬於體質性者。前者之原因如下：(一)分娩期缺乏規則之陣痛。(二)早期破水。缺乏水囊之擴張力。(三)高年初產婦之子宮頸硬固。(四)子宮頸因壓迫而致水腫。(五)子宮頸之肌纖維之遲緩性收縮等是。屬於後者之原因，如子宮頸之閉鎖，狹窄，肥厚，或有炎症，或至腫痛等是。

子宮頸硬固之處置，視其原因而定。在生產之早期，宜使產婦鎮靜，徐待其開展。有用鎮靜劑者。若不見效，則用子宮擴張術或切開術。但其危險性甚大，宜送入醫院行之。

(4) 盆底組織之硬固。青年初產婦，因肌纖維缺乏彈性，常有於分娩第二期，兒頭排臨之際，其用力過強，而致不易通過者。在此情形之下，若陣痛微弱，則使分娩延遲。若陣痛過烈，則將會陰衝破。其處理法或施予手術，以補助其娩出。或應用麻醉術，以減輕其逼出之努力。或會陰切開術，以便利其通過，須視需要而定。該宜速入醫院行之。

#### 貳 產出力之異常

(一) 陣痛微弱。陣痛微弱為子宮肌纖維之收縮作用不甚健全，以致分娩延遲。若於產後有此現象，則子宮之纖維不克完全，易起後出血。陣痛微弱之原因，或由於原因而起，如大小便之壅積，子宮過度膨大，多胎妊娠，羊水過多，產前出血，過度疲勞以後感情衝動等是。故助產士對以上各種可能陣痛微弱之原因，於料理接產時，均宜注意除去之，以事預防。陣痛微弱亦有毫無其他原因而致者，謂之原發性陣痛微弱。因其他原因而繼起者，謂之繼發性陣痛微弱。

(1) 原發性陣痛微弱。常見於初產婦，當生產時子宮之收縮無力，而使分娩之經過延異。其症狀為陣痛無力。但雖屬子宮收縮無力，而產婦有感覺腹痛者。故助產士宜以手按於腹壁上面觸其收縮之狀態，方準確。

原發性陣痛之處理法，在分娩第一時期，宜休養產婦之精神與體力。此着最為重要。助產士宜安撫產婦，釋其疑懼，非至必要時，切勿輕施手術。有應用鎮靜劑，頗為有

益。同時須注意其陣痛微弱之起因，是否有上述之原因存在，而除去之。

(二) 繼發性陣痛微弱 大都見於經產婦。於產之初期，有正常之陣痛，其後忽然停止。常見於分娩之第二、三期。有由上述之各種原因而來者。有因使產婦精神失當而來者。若見於後產期，則起嚴重之後出血症。

繼發性陣痛微弱之處理法，在分娩初期，產婦宜安靜，宜使充分休息。常可於安睡若干時後，發生正常之陣痛，而自然分娩。若子宮口已經開大，而陣痛悉皆停止，並無其他不正常之現象發生者，在相當條件之下，可試用小劑量之腦垂體素以激起子宮之收縮。惟必須以醫師指示，謹慎從事，以防意外。有時須用產科手術，以換出胎兒。在產後期，若起繼發性陣痛微弱，每有後出血之危險，宜及早給以麥角或麻垂體素，以制止之。麥角之力甚較長，而麻垂體素則較快。有時可同時給與之。

(三) 陣痛過劇 陣痛過劇，多由子宮肌纖維過度興奮之結果。常因分娩進行之不順利而起，如先露部遇強硬之產道抵抗，或有人工操作出術之失當，或應用催產藥之錯誤等是。因子宮上部收縮肌之過度出力，常致下部收縮肌變單薄，在兩頸肌纖維之接界處，形成一顯著之收縮環，對於胎兒之通過，有阻礙之見之。是子宮局部之直性收縮。有時子宮之全部均起直性收縮，以致各子宮頸間如球，羊水完全壓出，胎兒之大部分不能在腹外觸知。在此種狀態之下，胎兒因被壓而死亡；其體表成青紫色，常致體溫升高，脈搏頻數。

陣痛過烈之處服法，助產士宜早事預防。凡不尋要之診察，無謂操之手術，以及不適當之假生劑可以引起子宮之直性收縮者，均宜禁止之。若已起直性收縮，而來就產者，宜送入產。倘產局部強直性收縮時，可先與以鎮靜劑，或極度醉，使之鬆弛，然後再行適宜之推出生。若為全部子宮強直性收縮，而鎮靜劑及麻醉劑均不能使之弛緩時，祇有施行淨胎術，或子宮摘出術。

#### 第四節 分娩時之併發病

##### 壹 軟部產道之損傷

(一)子宮破裂 子宮破裂常見於經產婦，在分娩時破裂者為多。每因產道之不正常，以致先鋒部不能下降，或施行手術時之損傷，或子宮壁之有病變而致。

子宮之破裂先兆，常於腹壁上可摸得顯著之胎縮環。其位置甚高，在臍部作橫斜之溝。子宮圓錐帶或可觸知。子宮壁硬固，有觸痛感。胎兒上移部，不能觸得。心音亦常消失。當子宮破裂之際，產婦忽感劇痛，繼起休克，終則陣痛完全停止，現內出血症狀，以致死亡。若破裂小而出血少者，產婦之現狀為面色蒼白，脈搏弱急，全身出冷汗等狀。子宮破裂之預後，大都不良，其死亡率率占百分之七十至八十。其中一半由出血及休克而死。其他一半由傳染細菌而死。故助產士當護理產婦之際，倘有子宮破裂之先兆發現，

宜卽報告醫師。遇到難產之際，除施應急處置外，切勿自行無把握之產科手術，以致自貽伊戚。至破裂以後之療法，須行婦科手術，將子宮之裂口縫合，或全部切除，方爲妥當。推至不得已時，當消毒紗布充塞子宮腔內，暫時止血，亦爲救急一法。

(二) 子宮頸管破裂 初產婦在正常分娩時，其子宮頸管常有少許裂傷，無須療治。若其裂口過高，以致出血甚多者，宜設法制止之。助產士當第二期分娩了之際，若見有鮮紅之血液，由陰道連續流出者，每爲子宮頸有較大裂傷之可疑。通常每可自止。或以溫度較高之液體浸溼棉花塊，持以壓管鉗而阻塞之。約數分鐘，其血亦止。萬一不效，則宜由醫師牽引其子宮頸管而縫合之。

(三) 陰道裂創 陰道之裂創，生產時亦常見之。常遇者爲陰道上部三分之一，或下部三分之一處。或由先露部之壓迫而起，因使用催產器械之不慎而致。有時陰道之壁，當分娩之際，受長時間之壓迫，以致組織壞死，於產後因死組織之脫落，形成穿孔。卽所謂膀胱陰道瘻，或直腸陰道瘻是也。陰道裂傷之結局，每致形成瘻痕或黏連，而致陰道狹窄。其處置法，若在生產之後發見者，在其下段三分之一處，宜與會陰裂創同時縫合之。其在上段者，可聽其自然。若成瘻管，則宜於產婦復原以後，送入醫院，施行婦科手術。

### 第三章 異常產褥

#### 第一節 產褥熱

產褥熱為產道內之創傷傳染，與其他外科的創傷傳染為同一之病理改變。卽化膿菌侵入創傷部之組織內，而起一炎化膿症狀。若其病變局限於子宮或陰道內時，則其細菌所發生之毒素，運輸於全身各部，而起全身症狀，且其勢較緩。若其細菌由病變之局部，侵入血內時，則其病勢甚重，每致死亡，是謂敗血病。

產褥熱之病原菌為革蘭化膿菌，而以鏈球菌為最重要。其他如葡萄球菌、大腸桿菌、淋菌等次之。此等細菌，在平常的體上及空氣塵埃內，常有存在。故助產士工作時，若不加以嚴密之消毒，置一卽為產褥熱之來源。但婦人產道內，亦有病原菌存在，產後抵抗力薄弱時，亦能引起產褥熱。

產褥熱之症狀，視細菌之種類及毒力之輕重而異。病重者，當其初起時，卽有惡寒，發熱，繼之以發熱上升，脈搏頻數，及其他一般的熱病症狀。若其細菌於分娩時感染者，則起於產後之三、四日內；倘於產後傳染者，則至七八日始發現。惟淋菌所致之產褥熱，其發作均在第二星期內。大抵發生之時間愈早，則其病症愈重。至其局部現象，如子宮之有

爛痛。惡露減少，或有臭味。陰部如有創傷者，則其肉芽而起初期之糜爛狀態。病重者，則繼起腹膜炎，或血中毒，以致於短期內死亡。其藥劑局限於產道內者，則於施行適當治療之後，每可保存生命。其病期有延長至數個月者；則常繼起膿毒靜脈炎等續發病症。

產褥期之治療，與傷寒同。止痛工作，與醫藥方法，同樣重要。凡所設施，以維持產婦身體之抵抗力為最要。故居室須有相當之日光空氣，環境須清靜。親友探視，須至全愈時方可接見。家人護士，必須以鎮靜和悅之態度，護理病人，俾精神上不致過於憂急。產婦之皮膚，必須常為洗抹，以利排泄。如病期已久，宜注意其有無褥瘡之發生。當產婦惡寒戰慄之際，宜以棉襪及熱水囊溫暖之。至發汗已過，須為之拭乾，以防感冒。此種病人之臥位，以半坐臥式為宜。因其子宮內之膿液，容易排出體外故也。

對於此種病人飲食之選擇，宜先明瞭患者體內所起之改變。其改變中之重要者，有三項：(一)新陳代謝之工作特別增進，故組織之被氧化者多而且速。(二)病人體內之水分十分缺乏，故其舌苔乾枯，皮膚燥熱，尿甚少而顏色深。(三)體內有多量之毒素存在。根據以上三項之現象，病人食料之給與，宜依照下列之原則：(一)須多與食品，以補充其組織之消耗。每日宜有三千卡食料之供給。(二)須多與飲料，以補充其體內水分之缺乏。且可沖淡其毒素，俾易於排泄。病人在最初數日間，宜給與液體食品。乳糖溶液，能供給多量熱力而不妨害消化。故常藥用之。葡萄糖用作血管內注射，更為有效。其他各種鮮果



汁，汽水，牛奶，青菜，易消化之肉類，以及多量之碳水化合物等，倘每日給與三千卡之食料而能消化者，則病人之預後必佳，而護病者可預奏凱旋。萬一病人胃口不良，不能多進食料者，則用食鹽溶液滴入臍內，以補充之。其法詳見護病學。

產褥症之內科療法 治療此病，有用抗鏈球菌血清者。此種血清之應用，愈早愈佳。蓋預防之效力，勝於治療。故產婦若有受染之可疑者，宜於分娩後，立即以二十公撮之抗鏈球菌血清行肌肉注射；常能制止產褥熱之發生。使用血清時，如感發生反應，可先用一公撮四分之一之小劑量，作皮下淺注射，而觀察其局部紅腫之程度若何。如紅腫甚者，即為引起反應之兆。如祇有輕微現象，即可於半小時至一小時之後，將所餘之全量注射於肌內。以後如再需注射，即無須先嘗試。此種小劑量血清之先期注射，係試驗病人之有無血清反應。如用小分劑作皮間注射，更為確切。惟皮間注射之手術較困難耳。凡用過血清以後，已過一星期，未滿六個月者，不宜再用種畜類之血清。助產士如承接醫師之處方，為產婦施行血清注射時，以上各點，均宜注意及之。血清之效力緩而久，其慢性時期可以應用。若能採取病人體內之細菌製成者，其效力更為確實，謂之自體菌液。其他藥品，如 *Prontosil* 對於球菌之傳染病頗為有效。產褥熱症多適用之。至於對症療法，如強心劑，退熱劑，鎮靜劑等，至需要時，可由醫師斟酌與之。惟常用退熱劑以減低體溫，易使心臟衰弱，實為無益之舉。

產褥熱之外科療法 產褥熱既爲創傷傳染之一種，自有適用外科療法之理由。其常用者爲子宮腔內之洗滌法。其用意一如他種外科傳染病之局部清潔術。施行此法時，宜十分注意，勿將細菌沖入輸卵管及腹腔內，且避免刺傷子宮內膜，以致細菌入血而成血中毒。故其術雖易，而治療上常由醫師執行之。此外如疑有產殘片之殘留者，須施行子宮刮術。有時須將子宮全部摘出。至於陰道灌洗術，除非陰道內因破裂而出膿時，多不用之。

產褥熱之精神療法 精神療法對於治療長期病人之重要，已屬定論。對於產褥熱病者，更宜有愉快之態度，與可以痊愈之信仰，以堅定其意志。縱病勢若何沉重，決不宜以失望懈怠之情緒處理病人。蓋此等病人之變化，有時甚爲突兀，竟有在短期間內，出死入生者。至病人之失眠，除藥物外，可用其他方法補助之。如施行按摩術，或用溫水與酒精抹擦皮膚，或與溫飲料一杯。同時使室內環境幽靜舒適，以促其入睡。及至痊愈期間，則日間可任令聽取無線電播音，藉資娛樂，並使夜間能自然安睡。

產褥熱之預防 預防較治療更爲重要。除接生時遵守嚴密之消毒法外，在產院中，凡分娩室內工作之助產士，不宜擔任其他工作。而其他部分工作之助產士，絕對不宜隨意出入分娩室內。若助產士在離開工作，一人須兼顧其他工作時，則當接生之際，必須穿戴潔淨之手術衣帽及口罩。手指之消毒，更須嚴密，並戴手套，以細菌之傳染。如曾經接觸過受藥產婦之生產者，則於事畢以後，宜全身沐浴，並洗淨頭髮，再三沐浴，經過一星期，

方可再行發生。其他產婦之處理，亦關重要。凡與產婦陰部接觸之物件，概須經過消毒手續，方可使用。

助產學生對於隔離室之技術，務有相當訓練。凡產婦之排泄物，有誘致傳染之可能者，宜立加消毒處理。如用百分之三之過氧化氫液一桶，置於室內，將產婦所用之衣被收料，於更換後，立即浸入之。過數小時，再行煮沸消毒。所有醫療用具，均須與他室分開。門外置消毒水一盆，及手巾衣一襲，以待醫士出入室內時用之。門上開闔，須用浸溼消毒溶液之布片包裹之。工作人員下班時，必須洗淨手指，將外衣脫下，反摺之，掛於門外。至上班時再行穿上。產婦既離此室，必須將室內所有傢具，用熱水、肥皂及消毒藥液仔細洗滌。鑄墊如無蒸氣設備之處，可先用殺菌液噴射之，再於日光內曝曬若干時。地板與牆壁，如可洗滌者，與傢具作同一之處置。倘房屋之結構，較為舊式，不耐洗滌者，則用噴筒貯消毒藥液噴射之。或用噴霧液薰蒸。此法在先。否固，已不甚藥用。因肥皂與熱水徹底洗滌，已足完反消毒意。但在國內，因建築與設備上之不同，似尚有應用之需要。蓋鏈球菌在塵埃中，尚能生存若干時間，及其再入人體，則其毒力或且更甚於前也。

## 第二節 產後之血栓及靜脈炎

腸內之血管常生產時，或起擴張，或成彎曲，可致形成血栓，因之阻礙血運，而致肢

體水腫。此乃機械性的改變，並非常見。通常血栓之形成，都由于子宮附近靜脈管之傳染細菌而起。即爲產褥熱之併發病。此種血栓，若因運動而游離原處，漂浮血內，一旦送入心臟肺臟等重要臟器內，即能使產婦立時致死。其狀態常屬忽然而起，絕無先兆。產婦忽感胸內劇痛，呼吸困難，面色青紫，在數分鐘內，即行氣絕。此爲醫者無能爲力之病症，助產士祇能預防上注意之耳。

若子宮因傳染而致周圍之蜂窩組織及靜脈管起炎症者，則成腿白腫病。有時兩腿同時並起。但累及一腿者較多。被累之腿起水腫，呈蒼白色半透明狀態，並有觸痛。此病之病期甚久。有經年累月者。其處理法，宜使患部絕對安靜，以架支持之，勿使受被褥壓迫。同時可用熱溼敷法包掩之。或以電燈懸於架內，用熱力止痛，頗爲有效。及至產婦體溫下降，發炎消散以後，可輕施按摩術，以恢復其功用。此等病症，雖爲局部傳染，但甚危重，常致死亡。

### 第三節 劇烈之後陣痛

經產婦於分娩以後，常有感覺劇烈之後陣痛者。大抵因子宮肌之收縮而起。亦有因子宮內積留血塊或後產之殘片而致者。此種症狀，產婦雖感到十分困苦，但其效果於產後子宮之恢復及異物之排出，有極大利益。助產士倘以此種見地告知產婦，當可使其安心忍

耐。若產婦實在不堪忍受時，可用熱敷法，食鹽溶液灌腸法，緊壓腹部法，或與以熱飲料，或用鎮痛劑等治療之。如有異物存在者，宜設法除去之。

#### 第四節 內生殖器復舊不完全

子宮陰道或骨盆底之組織，生產後，如未能縮復至原有狀態者，謂之產後內生殖器之復舊不全。其現象如子宮體積大而柔軟，白帶甚多，且時帶血跡；陰門分開，表示肌之弛張力。此等病變之由來，常因細菌之染及產道內而起。間有因產時受傷，或身體一般之軟弱而致者。此病之後患，有誘致產褥期出血之危險。或使產婦身體不健。故助產士於產後護理中，務宜注意及之。如有此種症狀發現，宜與以收縮子宮之藥劑，如麥角等。且勸其臥床較久，以資休息。並教以自動的床上運動法，或被動的按摩術。補藥之給與，亦屬有效。

#### 第五節 膀胱或直腸陰道瘻管

生產之時間過久，陰道受壓過甚，以致組織破裂或壞死者，則與陰道之隣近器官，常致穿通。其與膀胱穿通者，謂之膀胱陰道瘻。與直腸穿通者，謂之直腸陰道瘻。因此病變，小便或大便之一部分，時時由陰道排出，使產道污染不潔，實為煩惱之併發病。用器

補助產者，若使用不詳，亦足以致之。其處理法，祇有時時清潔其陰部。這產婦之身體完全康復以後，乃用婦科手摺以縫合之。

## 第六節 大便祕結

產婦之大便秘結，及其通常處理法，已述於前。但有時其病頑固難治，可用高位灌腸法。或用牛膽汁與甘油作浸溶液而灌洗之。其製法，取牛膽汁四公分，與甘油六十公撮混和，再加水，緩緩調和，至全量達半公升為止。卽以此液緩緩灌入腸內。如能使之留停腸內數小時，更爲有效，腸之下段如有硬便滯留，而致大便不暢者。可用戴手套之指徐徐挖去之。同時用食鹽溶液作間歇的射入，以沖碎之。大便既去，宜用消毒之洋橄欖油約一百公撮，灌入腸內，以減輕其因刺激而起之改變。

## 第七節 胃腸充氣

產婦生產以後，有起胃腸充氣者，其腸道內充滿氣體。有時腹部膨大，與未產前無異。其原因爲因腸道的輕度痙攣而起。一如施行腹部外科手術以後之現狀。此病甚爲危重。助產士宜及早爲之延醫診治之。若由腹膜炎而起者，常致死亡。其治法，有用阿魏內服者。有用松節油在腹外作熱敷者。有用高位灌腸法者。其灌腸料，可用松節油與水，或

用牛乳與糖蜜，每種各半，合成年公斤，頗為有效。腹帶宜為之除去。並命婦仰臥。腹部之按摩，宜慎重從事。大抵確屬此病者，施行上述之治療以後，每可在短期間內痊愈。否則為腹膜炎，常不可治。故在未診斷以前，切勿視為無關重要。

## 第八節 膀胱炎

產後之併發膀胱炎者，常因產時膀胱受傷，或導尿時之消毒不密，或小便滯留，膀胱過於脹大而起。其症狀為小便頻數，裏急後重，下腹痠痛，膀胱部有壓痛。尿內有膿及血。經時稍久，小便即成鹼性。

治法宜多與水分，以流出其膀胱內之污穢物質。給與膀胱殺菌劑，如優洛託品 (Urothoin) 等。同時或須用膀胱灌洗術，以除去其內部之細菌。宜在醫師指導下行之。

## 第九節 頭痛

產婦在產後有頭痛之感覺者，常因下列之原因而起：如產時失血，刺激過甚，精神衝動；大便秘結；閒人之騷擾，飢餓，失眠；服用麥角劑之過量。而尤為重要者，莫如子癇。蓋此病之前驅期，常有頭痛症狀。其他如視力缺損者，倘因睡眠而除去眼鏡，亦成發生頭痛。其處理法應屬醫師之職務，但助產士如能仔細攷察其原因之所在，而設法除去

之，則亦事半功倍也。

## 第十節 產後期之精神病

婦女在生產以後，有因感受精神上之勞頓與刺激，而誘起精神異常者。於先天有此病之素質者，尤多見之。病輕者，僅現神經衰弱之症狀，重者則成癲狂。初起時每現失眠、煩躁、食慾不振、幻視、幻聽等狀。對於初生兒，失卻情感，或且憎惡之。其甚者，竟至行動越軌，或使嬰兒殺死，或且自殺。

此種患者之護理法，助產士宜注意下列三項：（一）防制其越軌行動，自殺或殺人。（二）須設法使之入睡。（三）給與適當之營養。貫徹第一項之護理法，病室之窗戶宜加紗窗，以防病人之躍出室外。用具愈少愈佳。凡刀剪之屬，均須取盡。容易移動之桌椅，亦宜移出室外。小兒勿與同居。最要莫如不讓病人有一刻之獨居。對於第二項之護理法，助產士須布置病室之環境，使之靜暗，且用水或酒精為病人擦浴，與以溫暖飲料，更施按摩術。服用藥劑時，以溴鹽類為最安全。將此藥四公分溶於水中，灌入肛門內，常可見效。其他較為猛烈之鎮靜劑，宜遵照醫師處方而與之。至於營養分之給與，原屬困難。因患者既缺乏食慾，而又思想失常，故助產士必須用種種方法，使之進食。如食物之美觀，香味，顏色，或可誘起其好感，宜設法處理之，俾自動進食。必不獲已，可用灌食法，以維持其



營。此種病症，於下屆生產時，常能再發。且爲期甚久。常致經年累月，纏綿難治。故有精神病醫院之地，還以入院爲宜。

## 第四章 乳房之異常及其疾病

### 第一節 乳房脹滿

乳房之過度脹滿，常起於產後第二日至第四日。亦見於斷乳之後。其症狀爲乳房充滿，重墜，且感脹痛發熱。脹之甚者，腋窩之淋巴腺亦起腫大。以致產婦不能舉臂。如聽其自然，腫脹可逐漸消散，乳汁自然暢流。若因腫脹不適，而刺激之過度，如用器抽乳，過度按摩等，則其消散反致延緩。

乳房過度充盈之療法，最簡單而有效者，可用瀉鹽一劑，將乳房內之充血減少。同時節制其流體食品。授乳之時間，以四小時一次爲度。在授乳間歇時，用布包緊，外加冰囊。如此處理，常即平復。倘仍不見效，則用溫柔的按摩法約五分鐘。或用熱鹽水溼敷，外加油紙，以保存其溫熱之氣。產婦常覺溼熱之舒適，勝於冰囊。

按摩乳房，其法如下：先將乳房上搽抹油類，施術者先將自己之手指消毒，以防傳染。其第一動作，將雙手平置乳房之兩側，向胸廓緊壓之，使血液、淋巴液排出腺外。如

是數分鐘，後行第二動作。產術者將一手之指固定乳房，以他手四指平置乳頭之旁，自乳頭向外作小圓圈運動，普及乳頭之周圍。其用力之勢，愈向外方愈重。此種運動，圍繞乳頭，作兩週之動作。其用意所以擠淋巴液外出也。第三種運動，較不重要。即將一手固定乳頭，他手之指，在乳房上由外向內擠之，使已成之乳汁，由腺管口外出。行此三種動作以後，產婦常感輕快，乃將乳房緊緊包裹之。

### 第二節 乳頭之異常狀態

婦人之乳頭形狀，未必盡同。有扁平者，有凹陷者，有修柔樞狀者，有裂分作兩半者。凡此種種，均將使授乳困難。乳頭或起皸裂，而誘致乳房炎。故婦人當妊娠期，即宜注意乳頭之狀態。如有凹陷等事，須預先引出，以備授乳。

### 第三節 乳頭皸裂或起皰

乳頭若有皸裂或起皰者，即為糜爛及發炎之原因。助產士宜時時注意及之。產婦如在乳頭處覺有痛感，常為皸裂之兆。即自力所不及者，每可用放大鏡檢得之。但神經質之婦人，有時並無裂創，而亦成刺痛者。乳頭皸裂之原因，有因乳頭之異常而起，有因乳兒之咬嚼而起。嬰兒有喜將乳頭含於口內，即不吸時，亦不吐出者。此為不良之習慣，因其易

致皮膚皸裂也。除去之法，可將小兒頰部，用手指在兩側顛外面向內壓之，則口唇分開，空氣入內，自然可將乳頭吐出。

乳頭皸裂之狀態，或作直線，或成圓周。後者較前者爲更嚴重。乳頭起皸之惡果，常成潰瘍，或起皸裂，膚色嫩白之女子，較深色者爲甚。

助產士如發現乳頭起皸裂時。宜即報告醫師，設法處理之。最普通之方法，即將哺乳之時間延長，至每四小時一次，且將兩乳交換哺之，以資休息。其皸裂處或潰瘍上，可用百分之五之硝酸銀溶液搽之，外加乳頭盾。在授乳之際，先除去乳頭盾，用食鹽溶液洗淨乳頭，加上玻璃乳頭盾；盾內先貯溫開水少許。然後罩上，緊壓乳上。如是，則於吮吸之際，水盡而乳繼之。如乳汁不易流出，則先施熱敷法，每屬有效。倘皸裂過重，不易治愈者，則宜停止其哺乳數日。近來試用光熱療法，頗爲有效。其法即用一特製之電燈，照射乳頭二、三十分鐘，每日兩次，常見速效。其他藥物如複方安息香酊，硼酸甘油、蓖麻油與鱈之合劑，以及百分之七十之酒精等，可試用之，有時見效。對於乳頭皸裂之唯一注意點，即不使細菌傳染。凡與乳頭接觸之物品，必須絕對消毒。乳頭盾每日必須煮沸兩次。不用時，貯藏於消毒容器內，至爲重要。

## 第四節 乳房炎

乳房炎之嚴重，殊不一致。其輕者炎症僅在乳頭之周圍部，或在蒙氏結節內，成一膿腫而已。其次則在乳房之葉內，一處或數處染菌化膿，謂之乳房實質炎。若在葉之周圍結締組織間者，謂之乳房間質炎。其中最重之一種，莫如炎症起於乳房之下面，將乳房與胸廓黏連。患此病者，甚為危險，幸不常見。

傳染之原因，每為葡萄狀球菌，間有鏈球菌，由乳頭皸裂或潰瘍面侵入。而乳房過脹以後，流行不適當之抽乳或按摩，亦為誘起乳房炎之一種原因。

腸房炎之症狀，即乳房作痛，局限於一處。微起紅腫，而感刺痛。其全身症狀，先起寒戰，繼發高熱。脈搏頻數，頭痛，欠爽等熱病症狀。如經治療以後，體溫及其他症狀，在四十八小時內減除者，則其預後常佳。反之，若繼續至兩晝夜以上不止者，則為不能消散之兆。

乳房炎之治法，助產士若發現產婦有乳房炎之先兆者，宜即報告醫師。同時勿任擠乳，將乳房緊包之。醫師則喜用冰漿於乳房上作冷敷。所用冰漿宜既裝半滿，以防過重。裹布切勿太厚，俾冷氣容易透入。如用冰囊之應用，而感覺寒冷時，可用熱水袋暖其足部，以緩重蓋其他處。此種冷敷法，須至體溫下降以後，十二小時，方可除去。嬰兒之恢復擠乳，須在體溫正常經過二十四小時以後，方為妥當。藥物之應用，以消鹽一劑，為最相宜。同時須將乳汁之攝取。如係葡萄球菌或鏈球菌傳染，用 Penicillin 注射或內服，

有時頗效。

產家每慮及於治療乳房炎時，若停止授乳，是否可將乳汁之分泌終止。助產士可爲之解釋明白，於炎症消散以後，若重行哺乳，即可恢復其功用，毋須憂慮。若不治而致膿腫形成，則其苦痛有不堪忍受者。

乳房炎若不能消散，即成膿腫。患者忽冷忽熱，局部紅腫軟化。如此，則須預備切開疔口，以排出膿液。施行此種手術應有之準備如下：

器械藥品之準備，如刀、剪二，緊管鉗長短各二，一號貓腸線、及六股穿縫線各一管，縫針三，持針鑷一，橡皮引流管及橡皮條或手套各二，大號安全針六枚，膿盆一，以及醚與藥罩，另來蘇溶液一盆，酒精若干，硼酸熱溶液一盆，以備術後溼敷之用。

手術部之準備，如患者在床上施行手術時，助產士爲容易處理及避免膿菌之散布起見，可用下述方法布置之。即在患者身體後預鋪一乳房束帶，帶之上再加油布或紙，以備術後包裹溼敷料之用。爲保持此項敷料之潔淨及防止膿菌之散布起見，將報紙一疊，鋪於油紙之上面。其面積須較寬大，自頭及臀，勻鋪床上。上面再加布巾兩條。其他肩胛及臂，亦以布巾蓋之。地上以及床之各部，均用報紙遮蓋。於施行手術以後，醫者將外層之敷料加上時，助理者即將床上之墊物除去之，僅留油紙及乳房束帶，以作包裹之用。所有除下之敷料，不須保存者，即與報紙一同燒卻之。其他布類巾被，先行浸於消毒液中，再

行糞洗。凡此種種，所以預防膿菌之傳染，最為重要。

乳房腫脹既經施手術以後，助理者須為之交換敷料，排除膿液。此種工作原屬外科範圍以內之事。但在鄉僻之區域內，或須由助產士兼任之。如此，則更換敷料之際，必須戴上橡皮手套，方為妥當。此種乳房腫脹之治法，常需相當時間。產婦每因久病而衰弱，助產士宜注意其多得日光空氣，以及充分之營養品，俾得早日康復。

### 第五節 乳汁過多

乳汁過多，常為暫時的現象。產婦因衣服之時時濡溼，頗成煩惱。其處理法，可用厚墊包裹之。藥物之應用者，如瀉鹽類，類茄，碘化鉀等，惟碘化鉀，有人服之，有特異性，故宜注意。此種產婦之乳汁既特多，哺兒時必須減少時間，以防過度。

### 第六節 乳汁缺乏

產後乳汁缺乏，雖屬常見，但中國人實較西方人為少，其亦遺傳所致歟？乳汁缺乏之原因，每為身體衰弱，精神惶慮，營養不足，或乳房之組織發育不良所致。有時乳房之外觀甚佳，但係脂肪組織形成，於腺乳之腺體，殊不完備。此種乳房之缺乏乳汁，實無補救辦法。

乳汁缺乏之現狀，爲乳兒之體重輕減，哺乳後不寧，倘加以他種食品，可安然入睡。如欲確證一次所吸得之乳量，可於哺乳之前後精密測量其體重而推知之。在此種狀況之下，若產婦強欲繼續哺兒，常致乳房作痛，甚者累及背部。先見於吮吸之時，如仍不停止，則於間歇時，亦將感覺疼痛，於產婦之健康，頗多障礙。

乳汁分泌過少之療法，可用催乳食料，冷水沐浴，及按摩法，以刺激之。藥物之功用，殊不可靠。從前都用麥精，但事實上，麥精能使人發胖，而未必能增加乳量。近有試用腦垂體素，及胎盤製劑者，亦不過在試驗中而已。至於營養料之增加，除日常食品外，可加以牛乳，淡茶，麥精等液體食品，以資補充。但乳汁之是否因液量增加而增多，則未能一定。且液體之量過多，於人體之腎臟代謝作用，易起妨礙。至於酒精飲料，則絕對不宜。冷浴之刺激，有時見效。浴湯宜在攝氏二十七度左右。浴畢，以乾毛巾用力摩擦之。但在國內習俗，恐不樂用。至於按摩法之施行，可將一手提起乳房，離開胸廓，以他手之四指尖端輕按乳房全部。但亦不可過甚，以致引起炎症。催乳法中之最有效者，莫如乳兒之用力吮吸。但如絕對無乳汁時，亦屬徒然。適以停止哺乳爲上，以免引起炎症。

## 第七節 乳質之異常

產婦有乳汁量雖屬甚多，但與兒體不合，一經吸取，即起胃腸中毒狀態者，亦時有所

遇。此種異常乳汁，用化學方法及顯微鏡檢查，均未獲得理解。每見於都市中神經質之女子。惟於下次分娩，常不再發。

乳汁有時呈黃色而濃厚者，或為初乳細胞尚未消滅之徵，或為蛋白質或脂肪過多之故。乳兒每於服後，常起嘔吐或腹瀉。若此者，宜停止授乳四十八小時，過此期後，再以母乳試之。如仍不合，則雇乳傭；或用人工營養法以替代之。

## 第八節 回乳

產婦如因故不克自行乳者，宜停止乳汁之分泌。其方法先將乳房內之乳汁抽盡；用肥皂及水洗淨其乳房之外部，乃用帶緊束之，以乳毋能忍受為度。有人喜用紅茄散膏。用此藥，宜注意其有無中毒狀態，如腫孔散大，脈搏頻數等狀。回乳方法，除局部治療外，每日可給與瀉鹽類一劑，並節制其飲料，每能見效。惟乳房既經緊束以後，即覺膨脹，不宜鬆解或抽吸。否則非但不易回盡，且反易釀成乳房炎。

## 第九節 乳傭

乳傭在國內一般富厚之家，視為極平常之哺兒方法。其實產婦如無特種情形，宜以自乳小兒為妥。蓋對於生殖器之復原，哺乳實為良好之刺激法。如產婦因患疾病而不克授乳



者，則以乳膏代之。自較人工營養爲佳。惟乳膏之選擇，必須經過相當手續，方爲妥當。其條件如下：

乳膏之體格必須強健，精神無異常。疾病之中，以結核、梅毒、沙眼、腳氣病等爲重要。故血液必須用康氏反應檢查有無梅毒。此法最爲簡便，即設備不完全之地方，亦可施行。且甚迅速。故應用於乳膏之檢查，頗爲相宜。其他牙齒與扁桃腺須無腐蝕及化膿症。皮膚須無疾病。乳汁以最充足而質佳良者爲佳。其生產期與乳兒之生日，相差不宜過遠。年齡以在二十至三十之間爲宜。經產婦較初產婦更屬妥善，因較有育兒經驗也。

乳膏擇定以後，宜先經沐浴，更潔淨衣服，抽去原有乳汁，令臥床休息數小時，俾身心安泰，然後開始哺乳。爾後乳膏之生活，宜有一定之規則。在室內，可供輕便操作。但每日必須至室外有相當之運動。睡眠必須充足。大便必須通順。食物以容易消化者爲宜。凡過於濃厚及酸性之食品，能使乳汁變壞，不宜與之。如令服啤酒、麥精等飲料，使乳汁多生，亦能使其乳質變稀薄。乳母授乳期間，月經來潮，能使小兒暫感不適，但無重大妨礙。

### 第三編 應急處置之產科手術

#### 第一章 概論

##### 第一節 產科手術之重要與危險

產科手術之重要與危險，與外科手術正復相同。而其複雜情形，則且過之。蓋施術者之對象，除產婦外，尚有另一生命之胎兒故也。施術者必預識手術部之解剖與組織，生理及病理，且嫻熟各種外科技術，尤當注意手術時之休克，麻醉中之危險，以及術中前後之出血與傳染。其他如妊娠中之生理改變，生產時之轉動原理，以及胎兒之生活狀態，均爲產科手術之所特有，而爲外科手術之所無，均須顧慮及之。不幸惟是，產科手術之施行，常屬事起倉卒，不若外科手術之得以從容籌畫，密慎從事。產科手術常於產婦緊急施行，其環境之惡劣，與夫助手之缺乏，自屬無可避免之事實。而同時必須立加決斷，急速處置，一或失當，則母兒兩者之生命，卽陷入危險境地。故施行產科手術之責任，至

爲重大。切勿視爲生產僅屬生理現象，難產不過偶然的事變，無論何人皆以隨意處理之也。

民國十八年政府公布之助產士條例，其第七條有云：「助產士若認爲好婦，產婦，或婦或胎兒，生兒有異狀時，應告其家族，延醫診治，不得自行處理，但臨時救急處置，不在此例」。又第八條有云：「助產士對於好婦，產婦，或胎兒，生兒，不得施行外科，產科手術，但施行消毒灌腸及剪臍帶之類，不在此例」。統觀以上兩條，可知助產士在法上若非因臨時救急處置，而施行產科手術者，均違法之舉動。此中用意，原爲整個民族之生命與健康着想。蓋助產教育，方在萌芽時代，率爾操觚之輩，比比皆是。若不妥爲規定，必致輕率從事，禍變迭出。故爲民族計，爲職業計，爲學計術，此項規定，實有正當的意義存在，並非輕視助產士也。且據歷來統計，產婦之爲異常分娩者，約占生產數之百分之五。助產士若能盡其職守，爲百分之九十五之產婦謀幸福，而與以適當之處理，則其造福人羣，已甚偉大。此種產之五人者，不妨介紹於醫師，以符分工合作之旨，且可減少己身之責任也。所困難者，固新醫人才缺乏，助產士若在鄉間工作時，倘遇難產，即欲付諸醫師，常有告訴無門之苦。爲應付目前狀況之需要起見，助產士對於難產亦須有相當之認識，所謂應急處置是也。所幸公醫制度漸可見諸實施，他日普及全國，助產士之工作範圍，自可比較固定。茲將數種較常見之難產手術，分述於下，而尤側重於準備與護

理方面。俾助產士佐理醫師施行時，得以知其所以然之原理，而容易應付之也。若認本編之宗旨，在訓練助產士之難產手術者，則非著者之本意矣。

## 第二節 產科手術之準備

在產科醫院中，施行難產手術者，其預備方法，除適應母兒兩體產科上之特殊狀況外，其他一如外科手術。若在產婦家中施行，則助產士宜有機警變通之處置，以求適合最低限度之手術設備。而尤當注意撲滅傳染之來源，以及產時休克，術後出血，胎兒窒息等危險，故器械與藥品，均宜及早準備，以供急需。

產科手術之不易保持清潔，實較外科手術為甚。蓋當分娩之際，每有多量羊水與血液，沾染敷料，而產婦之大小便，常隨時壓出。大便內三分之一原係細菌構成。故其傳染之機會，實有千百倍於外科手術者。且當施術之際，常須將工作之部分充分暴露。故在室溫不足之家庭內，常將因此而致受寒。產婦因陣痛之故，時時轉側，又能將已經布置妥貼之消毒布巾，隨時擾亂。故助產士對於產科手術之各種敷料，必須充分準備，以供應用。產科手術之施行，有須應用較大之力量者，助產士宜以鎮靜的頭腦處理之。但常人以為如用如此大力，處諸人體，將使全體瓦解，或有因此而駭絕者。其實如應用適當，即以一百五十磅之大力，取出胎兒，亦可無損母體。若施行不當，則十磅之力，即是使產婦受

重大損傷，不可不知也。若在產婦之家內工作，其家人不明此中原理，每有見之而昏絕者，故非必要之工作人員，還以不入產室爲宜。如在鄉間施行救急手術，助產士一人獨往，無人相助時，則操其膽大者，充作助手可也。

壹 手術室之預備 在產家接生時，如遇難產，常將產婦作橫床臥位，以兩個方凳，置於床側之前方，以承其腳。在舊式家庭中，每用硬墊之床，於工作上似較方便。否則可用桌子代之。其他於室內置桌子或茶几一二張，以備放置器械敷料之用，另備凳子二三，以備放置消毒溶液盆之用。

預防床褥之污染，可用報紙一疊，捲成一圓筒形，預置一繩於其中，將紙筒曲成凹字形，而繫其繩之兩端，如此即可成一自製之開蘭氏墊。其上面覆以絨單，橡皮布或油紙，再加單被，用扣針扣妥，即可用以墊於產婦之臀下，以盛羊水與血液。室內地上，亦可先鋪報紙，以防污染。桌上先鋪報紙一層，再加潔巾，最後蓋上消毒布，以備放置消毒敷料之用。所用器具，如剪子，脈管鉗，導尿管等，消毒後置於盆內消毒溶液中，移近床側。其位置以不妨害工作，而容易檢取者爲宜。

貳 救急用品之準備 當施行產科手術之際，有三種救急處置，宜及早預備，以防事起倉卒，貽誤時機，而傷生命。

(一) 初生兒窒息時之急救處置 宜於室內擇一相當地點置一摺疊之絨單或棉被，上覆

潔巾，預備一熱水袋，溫暖之。另備氣管導管及抹拭口腔之敷料。更置熱水一盆，以供人工蘇生之術用；冷水一壺，以資調節水溫，及灑於胸廓上，作刺激劑用。

(二)產後出血之預備 消毒注射器須有兩具，以備注射強心劑及收縮子宮藥劑之用。麥角，腦垂體素等，須預置手邊，妥為準備；填充子宮用之消毒紗條，及生理食鹽水。亦宜多為預備。

(三)休克時之救急處理 床褥須溫暖。強心劑及食鹽水，準備妥當。休克常見於困難的鉗子手術、內迴轉術、以及貧血或血中毒之產婦。凡遇此種病人，更當先事預防。

叁 產婦之準備 產婦之準備，一如其他外科手術。先剃淨陰毛，乃用熱水與肥皂充分沖洗之。更用消毒溶液洗滌，然後塗以百分之四之萊色質，稀碘酊，或 Iodine。陰道內如無多量帶臭之分泌物時，常不加洗滌。導尿管須常於產婦既經消毒後行之。

次即穿上消毒之產袴，更加消毒巾，遮蓋各部。產婦之臥位，須使其臀部睡於手術床之一端，離邊三寸，兩腳承以方凳，用助手兩人托之。如無人相助時，可用單被一條，捲摺成索，圍繞背部肩上，使其兩端經過大腿外側，扣住於膝之小腿下。為防制在操作中之滑脫起見，再將單之尖端用安全針扣住之。但此種處置，使產婦易感疲勞，非不得已時都不採用。產婦於手術以後，感受肢背痠痛者，其原因常由手術時位置之不適宜所致。其甚者且能誘起神經炎，靜脈炎，並或有形成血栓之可能性，故於處理手術時宜注意及之。

肆 器械之預備 產科手術應用之器械，助產士宜熟習其名稱及形狀。何種手術，需要何項器械，亦宜一目了然。此項器械之消毒，可在水內加百分之一之蘇打或硼砂，煮沸二十五分鐘，以備應用。若在救急之際，煮沸以後，將水傾去，或用已消毒之涼水，或放置之，即可於短時間內冷卻應用。至各項器械之式樣及名稱，詳見各該手術項下。

伍 施手術時室內光線與溫度之調節 在家庭間工作時，若在日間，則將床尾對準窗戶，以取光線。在晚間，則車燈最爲合用。其次，則無論何種燈光，整理妥當，均可應用。

室內溫度，如能用火爐調節最佳。若用炭盆，煤爐，宜注意是否不致發生煤氣中毒。若無相當之保溫裝置時，可用暖壺或熱水袋數個，放置產婦身體之四周，以保持其溫暖。產科手術之因溫度不足而起休克者，雖較少於外科手術，但仍宜注意及之。

陸 麻醉術 產科手術之應用麻醉，與外科手術同。故宜由有經驗之人員執行，較爲妥善。至必不獲已時，醫者宜先將產婦麻醉後，再令助產士繼續使行，以保持之。

在施術之先，必須於臉上先搽凡士林，以防哥羅仿之燒灼。哥羅仿如遇煤氣，能分解，而有刺激性之毒質，於潮溼處尤甚。其重者致人死亡，輕者則成咳嗽、喉痛等症狀。故多數主張，產科麻醉，還以用醚爲上。惟醚遇火，則起燃燒，且其性質較重，故常沉留於地板之層空氣中。與火燄之隔離須在八尺以上，方無危險發生。其施術方法已略

述於上，惟在施行難產手術時，外科麻醉之時期須延長至手術終了時為止。

### 柒 手術後之護理

手術終了以後，施術者宜將陰門及會陰部之血液拭淨，蓋以敷料。助理者即川溫水溼布拭淨其他各部分之血液，外加丁字帶，固定其敷料。乃將產婦平臥於手術臺或床上。移動之際，必須輕而且靜，以防出血。其頭部須略低，以防猝起腦貧血之現象。產婦既已睡妥，即當注意其脈搏之強弱，以及一般狀態。助理者即可收拾室內，整頓一切。凡污染之敷料，無須保存者，包裹而令人焚去之。其他消毒巾布等，先在涼水內洗淨血跡，然後帶回清洗。所有器械，先在冷水內用刷子洗淨，再浸入熱來蘇溶液內。乘其沸熱時即取出，俾易乾燥。產婦如已有受傳染之可疑者，將器械煮沸半小時，方可收藏。蓋有若干細菌，頗難撲滅也。

### 捌 對於初生兒之注意

產科手術所產之初生兒，常易發紺。因其肺之擴張不充分，空氣之供給不足故也。對於此種嬰兒之注意，宜使頭部低垂而側臥，俾黏液得以沿口角流出。如口腔，喉頭有黏液存在，而不能流出者，可用施術者之小指裹紗布，探入口內除去之。或假以溫水少許，使之吞嚥入胃內。若初生兒忽發紺，助產士宜立施蘇生術救濟之。蓋俟諸醫師，或為時所不許也。小兒臍部須檢視其有無血液滲出。若因手術分娩而遺留外傷者，助產士宜注意其染菌化膿。在創口未癒合前，須用消毒敷料包裹之。凡用手術分娩之初生兒，易起休克。故必須保持溫暖，毋怠毋忽。



致產婦之護理，產婦之護理，除開腹手術，恥骨切開術等重要手術外，其他一般的護理法，一如正常分娩時之處置。惟施術後產婦後出血之可能性，更爲重大。故宜注意其子宮收縮之狀態如何，以事預防。曾用麻醉術者，更當注意避免受寒。其他詳見手術章。

## 第二章 產科手術各論

### 第一節 鉗子手術

產科鉗子爲一種匙形之金屬器具，用以夾取胎兒之頭部，使由產道通過而娩出之器械。現代產科醫視爲一種極平常之產科器械。但發明之時，亦曾煞費苦心，幾經挫折，方告成功。蓋未有產鉗之時，施術者曾試用布帶，線網，以勒住兒頭，試行拖出。因當時麻醉術之應用，尙未發明，因之內迴轉術之施行，亦頗不易。

壹 產科鉗子發明之歷史 在十六世紀之末葉，與十七世紀之初期，有法醫名 *Oberin* 者，由法至英，以使用鉗子於助產術聞名。惟氏視爲傳家之秘，不肯公諸於世。傳至其第四代之後裔，遷居回法，擬將家傳秘寶之產科鉗子出售於人。惟當試用之際，因被術者爲一佻儂病性之矮婦人，因之失敗，未得善價而沽。其後數年，轉至荷蘭國，出售於當地醫師，再經轉售，而所謂產科鉗子者，僅存一葉，此中俊僧，殊爲可笑。直至氏之第

五代子孫，始將此秘密，公諸醫界。其後由頭之彎勢，而加以盆之彎勢，幾經改進，乃成今日之各種產科鉗子云。

貳 鉗子手術之種類 鉗子手術，若以頭之位置而論，其使用法可分三種。即（一）低位鉗子術。胎兒之頭已至骨盆下口時用之。（二）中位鉗子術。兒頭在盆骨之腔內時用之。（三）高位鉗子術。兒頭在盆骨上口或尚未固定時用之。因產道軸線作弧形。故鉗子之彎度，除適合兒頭外，尚須適合產道。因此，有所謂循軸鉗子之製造。即高位鉗子是也。胎兒頭部之位置愈高，則手術之危險性愈重。常致子宮下段、陰道等處之組織受傷。胎兒亦因受壓過甚，以致顱骨折裂，腦內出血，或成殘廢，或致死亡。

#### 叁 鉗子手術之適應症

（一）分娩第二期之遲滯 分娩第二期之究應經過若干時間，原無準確規定。宜視母兒兩體一般的狀況而定。若分娩之進行並無異常，而僅屬時間上之較久者，切勿因圖速了之故，妄施鉗子。反之，若兒頭已至會陰，過一小時而不見進步，或在第二期時，其陣痛已過二小時而無進展之希望者，則實有施用鉗子手術之必要。

第二期延長之原因，約有數種：（1）子宮無力；即陣痛微弱。（2）陰道口及會陰之硬固。（3）枕後方位。（4）骨盆比較狹窄。（5）胎頭過大。（6）顏面位或位之類向後方者。（7）子宮異常偏斜。（8）其他分娩之第二期延長；如給產婦以鎮靜劑或麻醉藥等是。

(二)母體之併發病 如患重心臟病者，當子宮口已經開大時，為避免產婦費力過多之故，每以產鉗挽出之。其他如患患子癩、肺水腫、及出血等病時，亦適用此術。

(三)胎兒之併發病 胎兒有窒息之現狀，如心音改變、排泄胎便等症狀發生時，每以營救兒命而用鉗子手術。總之，施行鉗子手術，必有相當原因存在，否則即為輕舉妄動，非醫師之所應為，更非助產士之所宜有。

#### 肆 施術時之必要條件

(1)子宮口必須開大，或可以開大者。

(2)卵膜須已破裂，或已使破裂者。

(3)須兒頭之大小軟硬均相當者。

(4)兒頭須已固定於骨盆內者。

(5)骨盆及軟部產道，須有相當容量，能讓兒頭通過者。

(6)胎兒尚有生活之希望者。

#### 伍 施行鉗子手術之準備

(一)器械之準備 產鉗一副或兩副，尿管鉗子，長者兩枚，短者四枚，剪子兩柄，鑷子兩枚，持針鑷兩枚，縫針六枚，陰道窺器一副，子宮長鉗一柄，以及各種縫線，導尿管，氣管導管，與聽診器等。

除聽診器與縫線外，以上各種器械，先煮沸消毒取出，置於鋪好消毒布之桌上，更以消毒巾蓋之。

(二)產婦之準備 在家庭間之產婦，取橫床臥位。在產院內，有特製之手術檯，更爲方便。剃淨陰毛，消毒陰部，如認爲已有受染之嫌疑者，可用汞色質溶液先行注射於陰道內，乃以潔巾蓋之。俟施術者施行已身之消毒後，乃爲之穿上消毒產袴，及鋪蓋消毒巾。如須施行麻醉術，卽於此時開始。

(三)施術者之消毒 已如上述。惟所用口罩，帽子，與手術衣，均須先行消毒。穿好以後，先行導尿，然後施行手術前之檢查。

(四)施手術前之檢查 於麻醉以後，可將手之大部分插入陰道內。如胎膜尚未破裂者，則穿破之。入內之手，以探得胎兒耳之所在，以求頭之位置，最爲妥當。倘係取枕後方位者，試以手握住頭部，而迴轉之。如能加以改正，於手術時更爲便利。同時將入內之手指，向陰道四圍壓迫，以開展之。於初產婦最爲有益。蓋陰道既加擴張，以後於兒頭通過時，損傷可較少也。

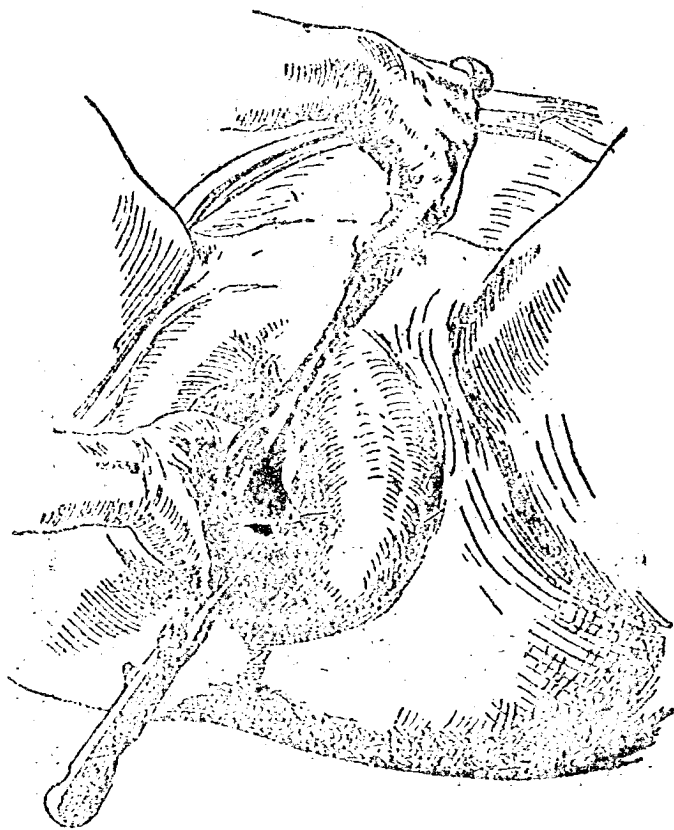
陸 施行產鉗手術之步驟 低位鉗子手術爲較普通之鉗子手術。助產士於應急處置之際，或須施行，故詳述於此。至高位鉗子手術之危險性，甚爲重大，還以慎重爲上。

當施術之際，施術者對產婦之股間而坐，以左手執左葉，如執筴狀，將右手之二三

指，由骨盆左側與兒頭間插入陰道內，直達子宮口處，次將鉗葉作垂直狀，沿右手掌心入內，漸入，漸將葉柄下降。同時在內之手指，引葉端入頭與子宮口之間。如是，無須施用大力，可將鉗葉深入骨盆內，直至鉗柄達會陰處而止。左葉插置既妥，命一助手握持之，保持於原有之位置處。施術者乃用右手執右葉，用左手入內爲導，一如上述。兩葉既皆入內，如兒頭之大小及位置正常者，卽不難絞扣。倘有困難，可將一葉或兩葉略轉之，卽可成功。如實在不能絞扣者，必爲有異常現象之徵，宜取出鉗子，另行校正。否則常使母兒兩體受傷甚重。鉗葉既已置妥，須再將手指入內，偵查有無母體組織夾入其間，然後牽引之。

鉗子之牽引，宜注意下列三點：（一）牽引，須與陣痛同時舉行，於間歇時停止之。（二）間歇時須將鉗子放鬆，以減輕兒頭之壓迫。（三）牽引之方向，務宜遵循產道之軸線進行。卽先向下前方，繼向前方，末向上前方是也。直至葉柄與陰阜前而平行時，始可將鉗葉逐一解去，以待其自然娩出。如是，則會陰之裂傷可較輕。胎兒既出。其他處置，一如正常分娩。

鉗子手術之危險 鉗子手術若消毒不嚴密，能使產婦染菌。此爲最宜注意之一點。在產家施行者尤然。其他如：宮口未經開足，兒頭之位置不良，或產道之大小不稱，則起重大之組織損傷，繼以壞疽。若牽引不在子宮收縮時行之，則每引起產後重大之出



血。至於胎兒之因受鉗葉壓迫而致窒息，破傷，麻痺或致命者，比比皆是。故鉗子手術，非不得已時，切勿輕於嘗試。

## 第二節 內迴轉術

迴轉術云者，將胎兒不良之位置，加以校正，移至較良之胎位而使之產出之謂。其手術之方式，可分為三種：（一）外迴轉術。常於腹外行之。惟必須產婦之腹壁鬆弛，胎兒可以移動者，方可從事。但有誘起胎盤早期剝離之危險。（二）雙合迴轉術。當子宮口開至可容二三指插入時，可用一手在腹外，一手在內，將胎兒迴轉之。但不易成功，故不常用。（三）內迴轉術。即子宮口已開至可容全手入內時，將全手入內，變更胎兒位置之謂也。此術之應用，在三種迴轉術中為最多。

壹 內迴轉術之歷史 在二千年前，希臘醫聖蘇格拉底氏，已發明內迴轉術，應用於產科。沿用至今，至為便利。惟初用時，其倒轉方式，以頭為先露部。及至近代，乃以足為先露部。於應用上，進步多矣。

貳 內迴轉術之適應症 適應於內迴轉術之異常分娩，如橫位，前置胎盤，臍帶脫垂，以及因他種關係，必須使胎兒立時娩出，惟其時胎兒之頭部，尚在高處，不能使行鉗子手術時用之。以上各種適應症中，尤以橫位為主要。

叁 內迴轉術施行時之要件

(1) 子宮口須開至可容全手入內者。

(2) 子宮壁無強直性收縮，可容兒體迴轉者；尤以羊水未破者爲宜。

(3) 骨盆上口之直徑，至少有八、八公分可容生活之胎兒娩出者。若高度狹窄骨盆，以行碎胎術或開腹術爲宜。

肆 內迴轉術施術之準備 施行此術時，必須先用麻酔。蓋手在子宮內動作，易使產婦起休克，而子宮因刺激之故，易起收縮與破裂故也。施術之前，醫師者宜先檢查胎兒之位置，確實明瞭後，乃爲之導尿，使膀胱空虛。產婦嚴密消毒，一如上述。取仰臥位置，將兩腿充分開展。施術者於己身嚴密消毒之後行之。

伍 施內迴轉術之步驟

(一) 橫位時之內迴轉術 宜先檢明兒頭所在之方向。如胎頭在母體之右側者，宜將右手入內，插入子宮左側，卽兒足所在之處。反之亦然。手入內時，應將手指撮成籠形，先入陰道。俟其因刺激而引起之子宮收縮停止以後，方可進入子宮內部。手既達子宮腔內後，其進行之方向，須視胎兒之位置而定。若胎背向母腹之前壁時，應將手留在下部，依股之曲勢前進，直達下方之足，而牽出之。若兒背向母腹之後方者，應循兒之腹部前進，直達上方之足，而牽出之。俾牽引時，得以改變胎兒之傾向。兒足既已握住，卽



宜輕輕牽引。同時以他手在腹外繞消毒布外面推尻頭向上，以補助之。凡此動作，於陣痛發作時，宜即停止。必須於間歇時行之。適與鉗子手術之動作時間相反。若橫位之已有上肢脫出者，則宜先將兒手消毒，更以布帶一條，扣於手上。庶迴轉之際，不致有上肢向上伸直，妨礙下降之慮。胎兒之一足既出，即成不全足位，其處理方法，一如骨盆端位之分娩。誰者疑其已有受染之可能者，則於胎盤娩出以後，可用殺菌溶液，如汞色質等，注射於子宮腔內，以資殺菌。其法即用已經消毒之玻璃水唧吸溶液十公撮，插入子宮頸內注射之。對於初生兒，因手術之結果，常致假死，宜作蘇生術之準備。

(二) 頭位胎兒之內迴轉術 頭位胎兒因臍帶脫垂，而兒頭纏在高處時，可用內迴轉術以速終其分娩。其他如迫前或胎盤，或他種之產前出血，或前位與額位時，亦可用之。頭位胎兒內迴轉術之施術方法，一如橫位。兒背在母體之右方者，施術者用右手入內。在左方者，用左手入內。手指之插入，可循胎兒之腹部，惟所握之足，左右均可。當手插入之際，宜將兒頭推過一旁，於牽引下降時，較橫位為困難。因胎兒長軸，須作一百八十度之迴轉也。故若非在極端適宜之狀態下，不宜輕率行之。所謂適宜之狀態，即子宮鬆弛，羊水尚有一部分存在，胎兒能隨意活動是也。

內迴轉術之困難與危險，即虞若破裂已久，羊水早經流盡，子宮已有顯著之收縮環者，則施行內迴轉術，必多困難，且有子宮破裂之危險。有時即用海麻醉術，亦屬徒

然。故宜以他籍代之。其次即傳染膿菌於子宮內。施術者之手，雖經嚴密消毒，而陰道內，若有細菌存在，則於施術之際，可隨手而進入子宮內。故對於因急病來診之產婦，其卵膜已經破裂，兒手已經脫垂者，宜先行陰道盪洗術，然後從事，以防細菌之侵入上部，而誘致重篤之產褥熱。

### 第三節 碎胎術

碎胎術包括穿顱術、斷頭術、內臟擠出術數種。在風氣已開之地方，能應用開腹產術者，此種手術，已成歷史上之名詞，不樂採用。惟在吾國內地，民智未開，每有產已經成立，尙未有人過問，以致一經接手，已成無可挽救之局勢，且設備不全，無從入手者，則碎胎術之用，自內有其相當之地位。

登 穿顱術、碎胎術中，以穿顱術為最常用。其方法亦不過於繁複，故略述於此。其他兩種，似無申述之必要。穿顱術者，乃用器械穿破腦殼，使兒頭之體積減少，得以從產道適過之謂也。

(一) 穿顱術之適應症 (1) 骨盆比較的狹窄，或軟部產道發生障礙，如患腫瘤，同時胎兒已死，或因故不能開腹術者，適於施此術。惟骨盆之上口直徑，若在五公分以下，橫徑在十八公分以下者，則應用此術，亦難產出；故禁忌之。(2) 胎兒已經死亡，

用鉗子手術，雖可娩出，但對於母體之損傷較大，不如用穿顱術，可以減少其一部分體積。(9)畸形胎兒，如腦水腫等。

(二) 穿顱術之必要條件 施行穿顱術，必須子宮口已經開大，骨盆之大小相當，可容穿刺之兒頭及胎身產出者，方可行之。惟此種產婦，常因作產之時間已久，每感體力困乏，並常有受染之可能。故在施術之前，必須注意其體力之恢復，並嚴密消毒，以防染菌。

(三) 施穿顱術之步驟 穿顱手術可分為兩個階段。即穿孔術與取胎術是也。

穿孔術之用意，在將顱骨穿孔，排出腦質，使胎頭縮小，俾易通過產道。所用器械，為穿顱器。此器作扇形，惟鋒刃卻在扇葉之外面。其柄之末分開。若握之使合併時，則扇之葉端分開。

當施術之際，若頭位胎兒，則施術者將一手入陰道內，檢得兒頭之囟門或縫合，以指抵住之。一手執穿顱器，循先入之手之掌面進入。注意勿割傷組織。此時若兒頭尚未確實固定者，則命一助手在腹外壓住之，乃將剪端用力刺入顱內。若在囟門或縫合處者，刺入甚易。若在顱骨之中間者，則費力較多。可將剪端作迴轉運動而刺入之，直至葉肩為止。當刺入之際，在內之手指，必須夾住剪端，勿使滑脫，以防破傷組織。剪既入內，即作一直角之迴轉，將骨孔作十字形切開，使之寬大。乃將剪端分開提動，以分散其腦質，

且排出之。排除腦質之方法，或用手在腹外壓迫胎頭，或用消毒之盥洗器，於其橡皮管之末端，接一子宮洗滌管，插入孔內，則易藉水力沖出，腦質既淨，乃行取出術。

胎兒取出之難易，視骨盆之大小而定。其方法約有五種：(1)自然娩出。(2)用產鉗取出。(3)用碎頭鉗取出。(4)用碎頭鉗將顱夾碎後取出。(5)先將顱骨取出後，再取出胎兒。有時可用迴轉術。但其破碎之顱骨，能將子宮壁割破。故施行時，宜特別注意。或將顱皮先行縫合，則更爲妥當。

以上五種中，其第一種方法，必須兒頭與骨盆之比率相當，陣痛正常，則其預後自屬最爲良好。至於第二種用產鉗夾出者，因頭部破碎，易於變形，常有滑脫之險，產科醫生不樂用之。若非高度之狹窄骨盆，則用碎顱鉗以取胎兒，最爲常見。此鉗之常用者爲兩葉式，內葉與外葉之內面相吻合。兩葉之相對面，均有齒輪。葉柄上有螺旋，可將兩葉旋緊。使用時先將內葉插入穿孔內，直達顱底，必須深入，以防將顱骨之一片拉脫。外葉循骨盆之橫徑，在兒頭外面插入。放置既妥，旋緊其螺旋。如是，則兒頭之一側，夾持於兩鉗葉之間，乃用力拉出之。夾碎顱骨之鉗子有三葉式者，較爲笨重，使用不甚容易，故不贅述。倘遇必要時，可用上述之碎顱鉗，將小葉插入穿孔內，大葉插入頭皮與顱骨之間，旋緊鉗葉，碎其骨片而取出之。至顱骨取淨時，將其面部拖下，用銳鉤鉤住其顱骨，再碎面骨。有時除去顱骨後，已可產出。如鉗子之出入不便，有時可用手入顱腔內，取出骨

片。至於後重兒頭之穿額術，其方法與上述者同。惟孔處常在枕骨部耳。

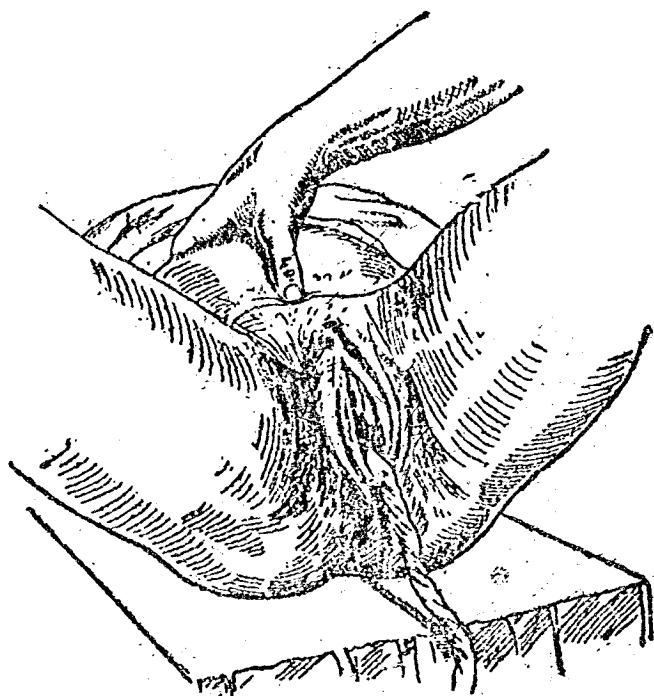
貳 碎胎術及斷頭術 碎胎術與斷頭術之施行實甚困難。助產士如貿然從事，必無善果，諒以不用為妥。

#### 第四節 人工剝離胎盤術

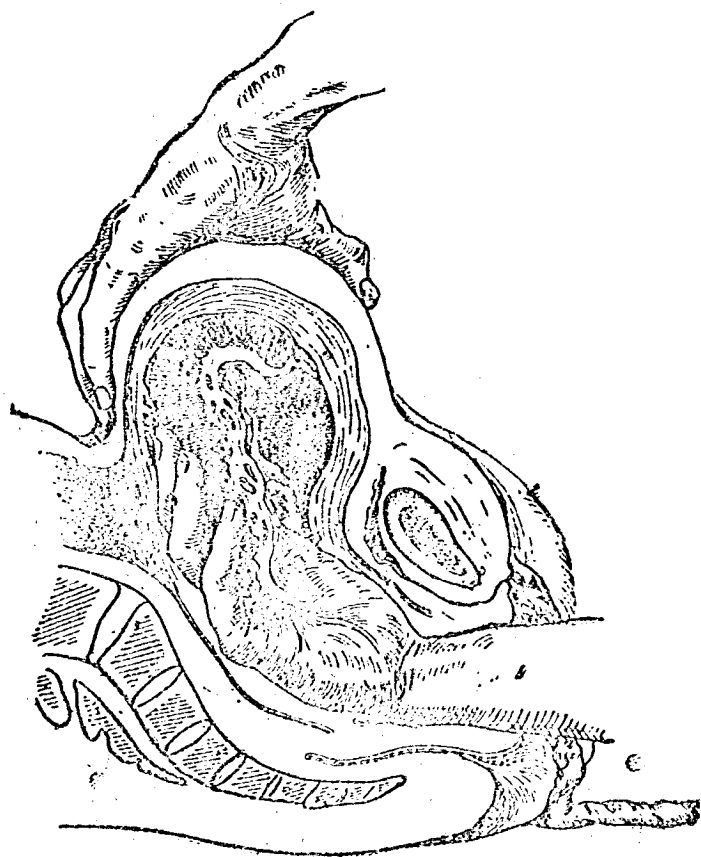
胎盤留之原因約有數端：(一)子宮之收縮力薄弱。(二)因胎盤或子宮肌之病變而致分娩困難。(三)產後子宮形成一收縮環，以致胎盤脫阻不下。凡遇上述原因而致胎盤之分離不全者，常併發嚴重之出血。其處理方法如下。

壹 胎盤壓出法 即於分娩三小時開始以後，經過半小時而胎盤猶未下降者，助產士宜於陣痛發作之際，將右手之掌壓於子宮底之上方，四指深或入腹腔內，壓於底之後面，大指在其前面。當子宮收縮時，向下前方一擠，每可將胎盤壓出。如一次不效，可於下次陣痛時再試行之。惟不宜進行過早，反使子宮起不正常之收縮。並不宜在陣痛時壓迫，以致誘起出血。此二端均極為重要。

貳 人工剝離胎盤術 若胎盤積滯不下，用上述壓迫法，未能產出，而分娩三期已過一小時者，雖未及一時，而出血甚多者，則不得已而行人工剝離胎盤術。但此術之施行，危險頗多，故宜於充分注意之下行之。即產婦與施術者均須嚴密消毒，以防染菌。剝



圖三三 胎盤取出術



圖三四 人工剝離胎盤術

雖時須全部取出，勿留殘片，致成後出血之原因。

術方法，於全部消毒以後，能施以麻痺術，最為妥當。蓋手指插入子宮內之刺激，最易誘起產婦之休克故也。施術者將一手在腹外消毒布上壓住子宮，一手探入陰道內，循臍帶而摸得胎盤之所在，乃從胎盤之邊緣插入手指，略行擺動，使胎盤與子宮壁分離，漸分漸入，直至完全剝離以後，乃取出之。切勿摸得一部，即行下拖，以致撕斷而有殘片稽留。手既入內，必須鎮靜仔細，以一次取盡為上。若旋出旋入，其危險更為重大。若子宮因有收縮環而致胎盤不下，且手指不易入內者，則宜先注射嗎啡一劑，以解除之。若無出血症狀者，其取出之時間稍緩一二小時，亦屬無妨。胎盤取出以後，如屬可能，宜用消毒溶液，注射於子宮腔內，以資殺菌。其常者，為汞色質溶液。有喜用熱溶液洗滌者；但以前所需器械之繁多，在家庭間接產者，每無法從事。胎盤既出淨，宜投以麥角及腦垂體素，以催促其子宮之收縮。至於產後出血之處理法，雖已詳述於上兩篇內，但以其重要之故，特重述其梗概如下：

## 第五節 產後出血之處理法

產後出血之處理方法，分局部止血及全身處理之兩項。局部止血法，即除去阻止子宮收縮不全之原因。例如胎盤不下者，宜立即取出之。子宮過度擴大者，宜先使恢復其緊張



力，然後排出胎盤。故於第二期之末，為第三期之初，如因陣痛微弱，而進行遲緩者，有人以為輸與小劑量之腦垂體素，使促進收縮，實有相當之益。此種藥力之作用，時間甚短。故於產後期，仍宜注意此種刺激劑之繼續應用，直至子宮確實收縮為止。至於出血時之處理，或用雙手內外壓迫法，或用子宮腔內填充法，已詳述於上編，茲不復贅。

全身處理法之重要，前既言之。所須注意者，即補充失去之血液，俾得維持循環系統之工作，以保存主要臟器之生活力是也。故輸血為唯一之特效手術。惟在設備不周之處，則食鹽水之注射，與強心劑之應用，亦屬適當辦法。其詳細處理法，詳見上編。

## 第六節 會陰修補術

產時之會陰破裂，分為三度。第一度為外破裂。此種破裂累及會陰體之前緣，用指分開，可見一裂傷，其向上方，至陰道之一側或兩側。若不加縫合，其後患可致陰道口弛緩，其墜易於脫垂。第二度之會陰破裂，為內外俱破，累及陰道後壁。至於第三度之會陰破裂，則併肛門括約肌亦隨裂矣。

會陰破裂之縫合術。當施行縫合之前，可用千分之一之昇汞溶液洗淨外陰部之血液與黏液，將產婦臀部移近床頭。施術者之手套及產婦之消毒巾均須換過。若在胎盤未曾運出之前行之，可省卻施術者守候之時間；但於術後行之者較多。至於施術之方法，人各不

同。惟其主要之各點，如無菌原理之遵守，注意解剖上各種組織之部位與其聯繫，以及於打結時之不用過度壓力，實為相同之要點。

○第一度之會陰破裂，其縫合法，可用絲線或蠶腸線，用間斷縫合法修復之。施術者之一手執持 鑷 於裂縫末端之一側皮下將針插入，他手用鑷子固定之，其針頭之裂口對方之皮下穿過。如胎盤已產下者，即可結住之。其結法先將兩線端互絞兩次，抽緊之，至兩邊組織適相吻合為度。如過緊，則易起水腫，且有疼痛。過鬆，則不易癒合，亦非所宜。至打第二結時，須將線之兩端依原來方向平行絞扣，切勿上下相交，且將線結移近針眼之一邊，勿使結適在正中破口上，實為重要。剪斷線端，約留半寸，以防刺激，再縫第二針，直至裂口之附近處為止。胎盤未曾剝離者，則於縫好後，先勿打結，將所有線頭，用尿管鉗子一併夾持之，至胎盤產出後，再行結住。用蠶腸線或絲線者，如癒合完好，可於第八日拆去之。其方法，先沖洗會陰部，再以汞色質溶液塗抹之，然後用鉗子提出線之一邊少許，於針眼處剪斷之，乃予抽出。其用意所以避免抽出時將外面之線端，經過組織內也。

第二度之會陰破裂，宜先縫內部之組織，先用包裹紗布之棉球塞住陰道上部，以阻止血液之流，然後分開陰道口，尋覓其破裂處，用羊腸線於裂口之上端，將兩側粘膜面，逐一縫合之，然後再行外縫，一如上述。縫畢，取去所塞之棉球，務須注意全部取出。常

有因遺留一部分在陰道內，以致腐爛者。

第三度之會陰破裂，其縫合手術，甚為困難。宜由醫師行之。常先縫其直腸之壁，次縫括約肌。此肌若不縫妥，以後即有失禁之患。再次縫合陰道壁。最後即施行外縫。手術既如此複雜，且常不易求得良好之結果，還以俟諸醫師為妥。

會陰縫好以後，即須消毒之陰墊於外面，使產婦緊並其腿而平臥之。經過會陰縫合術以後，須在臥床內使用便器，並於用後沖洗之，護理法已詳上文，茲不再贅。





#A41  
147255



社會科學概論

著者 徐懋庸等集編著  
何幹之  
出版者 東建國書社  
發行者 東建國書社  
定 價 二 十 八 元