

17410

醫學小林取書

妊
娠
與
娩
產

商務印書館發行



6/20
237

14.1

醫學小學叢書

妊
娠
與
娩
產

姚昶緒著

商務印書館發行



3 1774 6838 0

序言

諺云女子多一死，蓋謂女子有生產，男子無之。我國女子之爲生產而死者，其數實不鮮也。生產固屬危險，然自消毒法發明以來，東西各國女子之因生產而死者，其數已大減。真正之難產，實不多見，其餘普通之產，祇須消毒完全，更何危險之有？我國產婆，無消毒之智識，處置之法，又不完善，雖普通平易之產，往往致極大之危險。欲圖女界之幸福，一方望我政府速籌設產婆養成所，授以相當之智識，且頒布產婆考試規則，非考試及格者，不得營產婆之業。於是舊有之產婆，可漸歸淘汰。一方輸入關於生產之普通智識及消毒必要之理於國人之腦中，俾養成必須新產婆之心，則舊產婆自易淘汰，女界之難關自消滅矣。此本書之所以作也。

民國八年仲秋雲間姚昶緒識

妊娠與娩產目錄

第一編 妊娠生理

- | | | |
|-----|------------|----|
| 第一章 | 女子生殖器之構造 | 一 |
| 第二章 | 月經 | 三 |
| 第三章 | 骨盆 | 三 |
| 第四章 | 受孕 | 五 |
| 第五章 | 妊娠各月中胎兒之狀態 | 六 |
| 第六章 | 妊卵 | 九 |
| 第七章 | 胎兒之體位體向及體勢 | 一一 |
| 第八章 | 胎兒之生理 | 一三 |

| | | |
|------|-----------|----|
| 第九章 | 複胎 | 一四 |
| 第十章 | 妊娠期中妊婦之變化 | 一五 |
| 第十一章 | 產期預測法 | 一八 |
| 第十二章 | 妊婦之衛生 | 二〇 |

第二編 分娩生理

| | | |
|-----|----------|----|
| 第一章 | 流產早產晚產 | 二六 |
| 第二章 | 尋常產與難產 | 二六 |
| 第三章 | 娩出力 | 二七 |
| 第四章 | 產道 | 二八 |
| 第五章 | 分娩時胎兒之狀態 | 二九 |
| 第六章 | 分娩之次序 | 三〇 |

| | | |
|-----|------------|----|
| 第七章 | 分娩前之預備 | 三六 |
| 第八章 | 消毒之必要及消毒方法 | 三七 |
| 第九章 | 分娩中之注意 | 三九 |

第三編 產褥婦與初生兒之狀態及處置法

| | | |
|-----|--------|----|
| 第一章 | 產褥婦之狀態 | 四三 |
| 第二章 | 產褥婦處置法 | 四五 |
| 第三章 | 初生兒之狀態 | 五二 |
| 第四章 | 初生兒處置法 | 五三 |

第四編 妊娠病理

| | | |
|-----|-------------|----|
| 第一章 | 妊娠中生殖器以外之障礙 | 六〇 |
|-----|-------------|----|

第二章 妊娠中生殖器之障礙……………六三

第三章 妊卵之障礙……………六七

第五編 分娩病理

第一章 分娩時期之變常……………七一

第二章 娩出力之變常……………七五

第三章 產道異常……………七九

第四章 胎兒及其附屬物之異常……………八三

第五章 分娩中之生殖器損傷……………九一

第六章 分娩時發現之全身異狀……………九三

第六編 產褥病理

| | | |
|-----|----------------|-----|
| 第一章 | 後陣痛異常 | 九七 |
| 第二章 | 惡露異常 | 九七 |
| 第三章 | 子宮不復原狀 | 九八 |
| 第四章 | 子宮變位 | 九九 |
| 第五章 | 外陰部及其附近之腫脹與糜爛 | 九九 |
| 第六章 | 胎盤或卵膜之碎片殘留於子宮內 | 九九 |
| 第七章 | 大便異常 | 一〇〇 |
| 第八章 | 小便異常 | 一〇〇 |
| 第九章 | 乳房異常 | 一〇一 |
| 第十章 | 產褥熱 | 一〇二 |
| 第七編 | 初生兒之疾病 | |

| | | |
|------|---------|-----|
| 第一章 | 初生兒假死 | 一〇六 |
| 第二章 | 初生兒之損傷 | 一一一 |
| 第三章 | 臍部之疾病 | 一一二 |
| 第四章 | 初生兒之畸形 | 一一三 |
| 第五章 | 初生兒之漏膿眼 | 一一三 |
| 第六章 | 鵝口瘡 | 一一五 |
| 第七章 | 黃疸 | 一一五 |
| 第八章 | 硬變症 | 一一六 |
| 第九章 | 乳房紅腫 | 一一六 |
| 第十章 | 吃逆 | 一一六 |
| 第十一章 | 丹毒 | 一一七 |
| 第十二章 | 破傷風 | 一一七 |

妊娠與娩產

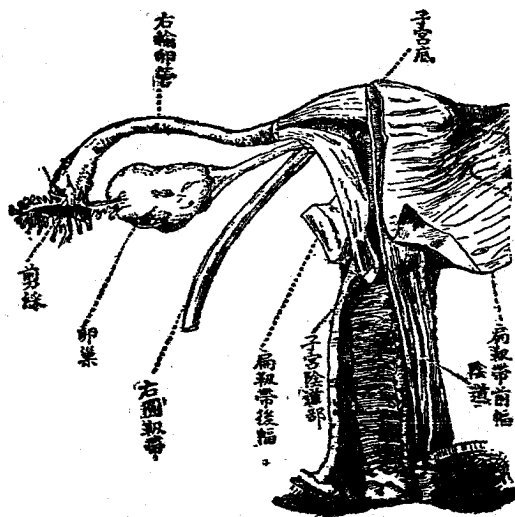
第一編 妊娠生理

第一章 女子生殖器之構造

女子自受胎至生產，謂之妊娠，其期約需二百八十日。欲知妊娠及生產之狀態，須先明女子生殖器之構造，男女最著明之區別，即在生殖器，其餘各部分，大致相同。女子生殖器分內外二部，外生殖器在體之表面，可以目睹；內生殖器在體之內面，不能目睹。外生殖器有大陰脣，小陰脣，陰道，尿道口等部分。大陰脣爲隆起之皮膚，其狀如脣，故有是名，左右各一，上下相合處，上名前連合，下名後連合。小陰脣爲皮膚生成之皺襞，在大陰脣之內面，亦左右各一，下端狹小，至陰道口，即連於大陰脣。左右小陰脣之間，名前庭，尿道口與陰道口，均在是處。尿道口在上，陰道口在下。爲處女時，有處女膜，閉

鎖陰道口之半。既出嫁者，或運動劇烈者，則處女膜破裂，惟留其痕跡。陰道口之後方有肛門，肛門與陰道口之間，名會陰，此為女子外生殖器之大要。女子內生殖器，如第一圖，有陰道，子宮，卵巢，輸卵管等部分。陰道為扁形之管，能擴張，前有尿道與膀胱之下部，後有直腸（即腸之近肛門者），上包子宮之下端，下達前庭，而開口於尿道之下。子宮狀如倒置之梨，分上中下三部，上部名子宮底，中部名子宮體，下部狹小者，名子宮頸，而頸之下部為陰道所包圍者，名子宮陰道部，其下端之口，名子宮口。輸卵管一名喇叭管，以其形似喇叭也，左右各一，有扁韌帶包之，內端達於子宮底之

第一圖 女子內生殖器之右半



兩側，與子宮腔通，外端分裂如花瓣，名之剪綵。卵巢在輸卵管之下，包於扁韌帶之內，即由韌帶連繫於子宮內，有無數顆粒，名格拉夫氏胞。胞中藏有卵子，卵子成熟，即從卵巢排出，爲剪綵所吸納，由輸卵管輸入子宮。

第二章 月經

女子生殖器在十三四歲以前，發育甚緩，至十三四歲，即所謂春情發動期，急速發育。卵巢中之卵子亦成熟，排出於子宮，此時子宮受其刺戟而充血，小血管破裂，泄出血液，即月經是也。卵子每月成熟一次，故月經亦每月來一次。至四十七八歲後，身體之機能漸退化，卵巢不復產生卵子，於是月經亦停止。然女子受胎之後，未產之前，卵子不再成熟，亦無月經。

第三章 骨盆

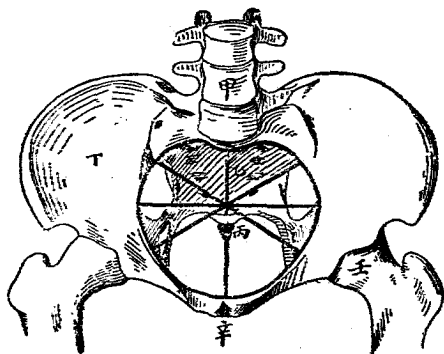
骨盆者，包圍生殖器之骨腔也。女子妊娠生產，悉在骨盆腔之內，故骨盆之構造，與生產有密切

之關係。女子之骨盆，因須生產，故較男子大，形亦稍異，構造則同。

骨盆由薦骨、尾骶骨及髌骨三者而成。其全部之形狀，如第二圖，薦骨（乙）與尾骶骨（丙），在脊柱之下端。薦骨上接腰椎（甲），下接尾骶骨。尾骶骨之下端則懸垂，可向前後稍移動。髌骨（丁）甚大，有左右二個，其後方接於薦骨之兩側，前方互相接合，成一圓形之腔，名曰骨盆腔。腔之後壁，為薦骨與尾骶骨，前壁與兩側壁為髌骨。其前壁中央左右兩髌骨互相接合之處，名恥骨縫合（辛），縫合間有軟骨，可稍移動。骨盆兩側外面之前下方，有圓形之大凹窩，大腿骨上端之球頭（壬），即在是中，以支持骨盆。

骨盆腔形如漏斗，上天下小，後壁及兩側壁甚高，前壁側甚低。分大骨盆與小骨盆，骨盆之上半，容積較廣，惟

第 二 圖



後面及左右兩側有骨，前面祇被柔軟之腹壁者，爲大骨盆。骨盆之下半，四面有骨，容積較小者，爲小骨盆。

骨盆腔內不但藏有生殖器，生殖器之前面，有膀胱與尿道，後面有直腸。膀胱爲薄膜之囊，上通腎臟，下接尿道，容留由腎臟排泄而來之尿，積多後，由尿道排之體外。空虛時形扁，積尿既多，則變卵圓形，向後方排壓子宮。

第四章 受胎

女子之卵子，如與男子精液中精蟲相會，則結合而漸次發育成胎兒。是名受胎。詳述如下：

欲說明受胎，須先略述精蟲與卵子之性狀。精蟲分頭體尾三部，長約一釐六毫，頭爲扁卵圓形，體短尾長能運動，在女子生殖器內，約能生活三星期。卵子之狀如球，直徑約六毫六絲，有透明之卵膜，中含卵黃，卵黃中有小芽胞，小芽胞更有細小之芽斑，構造頗複雜。其生活時間，較精蟲短，不過二三日，故受胎概在月經後五六日之內，過此時期，則卵子失其生活力，不能受胎矣。亦有在月經之前

受精卵者，是留於女子生殖器內之精蟲，遇下期月經之卵子而受胎者也。但子宮內之分泌液，如呈酸性，則精蟲速死亡。故月經前之受胎，畢竟甚少。

卵子成熟而入輸卵管時，小芽胞分裂，出卵黃之外，名女性前核。此時若有精蟲至卵子之周圍，則卵黃之一部分，膨起為丘狀，精蟲頭觸之，丘之頂點漸陷沒，收容精蟲於丘內，精蟲之頭與體，遂悉入卵黃內，惟留尾於卵黃外，漸漸消失。進入卵黃中之頭與體，名男性前核。卵黃中既有一精蟲入內，他精蟲即不能再入。此現象名受精，受精之卵子，即附着於子宮，而漸次發育，男性前核與女性前核漸漸接近，終合而為一。後更分裂，形成身體之諸部。

第五章 妊娠各月中胎兒之狀態

第一月 在第四星期之時，軀幹（自頸至臀）之長，約〇·八至一·一釐（一釐合我國營造尺三分三厘）。全卵之大如鳩卵。頭與背部甚彎曲，四肢惟有痕跡，尙不能區別其各部。

第二月 在第七八星期之時，軀幹之長，約一·六至二·一釐。彎曲稍減，顏面已略具其形，四肢

既得區別手足，頭突出於前方，尾端亦發育，略現外陰部之痕跡。

圖 三 第
態 狀 育 發 之 兒 胎



第三月 軀幹長約二·一至六·八釐，身長七至九釐，體重約二十克（每克合我國曹秤二分六釐），手足之區別明，爪床亦生，頭漸直，略能區別男女。

第四月 軀幹長約六·九至九纏。全身之長，約十至十七纏，體重廿五至五十克。外形與前月略同，男女之區別，已甚顯明。

第五月 軀幹之長，約九·七至一四·七纏，全身之長，約十八至廿七纏，體重七十二至二百五十六克，已生頭髮，可從妊婦之腹壁，聽其心音矣。

第六月 軀幹長一五至一八·七纏，全身長廿八至三十四纏，體重二百六十五至四百八十九克。妊婦自覺胎兒運動。第五月中肩部及額部發生之毳毛，至本月普及全身，且皮膚生胎脂。

第七月 軀幹長一八至二二·八纏，全身長三五至三八纏，體重五一七至八六〇克，皮膚紅色，而被胎脂。女子既生小陰脣，男子舉丸已入鼠蹊管。此月中產出之小兒，雖暫能生活，不久即死。

第八月 軀幹長二四至二七·五纏，全身長三九至四一纏，體重平均一五六九克。皮膚紅色。皮下脂肪未多，外觀甚瘦，顏面多皺，狀若老人。此月中產出之小兒，保護得宜，往往得生，但死者尚多。

第九月 軀幹長二七至三〇纏，全身長四二至四四纏，體重平均一九七一克。皮下脂肪既多，皺襞消失，身體稍肥滿。此月中產出之小兒，保護得宜，概能生活，然尚多死者。

第十月 軀幹長三〇至三七釐，全身長四五至四七釐，體重平均二三四克。此時之胎兒，已完全成熟，應當產出矣。

第六章 妊卵

卵子受精一二星期後，卵膜之外面，生絨毛膜，絨毛膜密接子宮內膜之部分，增肥甚速，與其部之子宮內膜，共變成胎盤（俗名胞蒂）。子宮內膜附着卵子後，亦起極大之變化，從內膜表面生脫落膜，除附着卵子部之脫落膜，肥大甚速，與絨毛膜之一部，共變成胎盤外，更從胎盤之側緣，生繚轉脫落膜以包圍絨毛膜之外面。

絨毛膜之內面，有羊膜，羊膜內滿貯羊水（俗名胞漿水），胎兒浮游其中，而胎兒有臍帶，出自腹部，達於胎盤，得與母體血液相密接，以交換氣體及攝取養料，故成熟之妊卵，可分為下之五部：

- (一) 胎兒
 - (二) 臍帶
 - (三) 胎盤
 - (四) 卵膜
 - (五) 羊水
- (一) 胎兒 完全成熟之胎兒，頭部生毛髮，爪甲硬，全身肥滿，皮膚上附有白色皮垢甚多。產

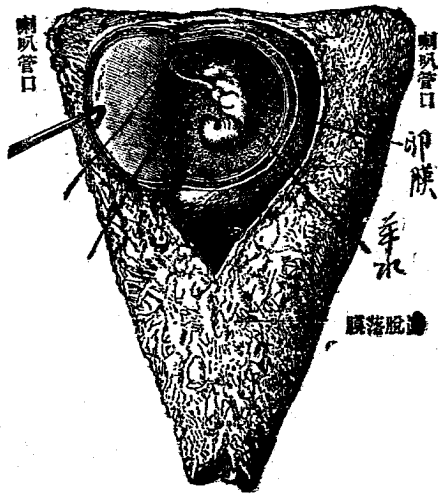
出後即高聲啼泣，眼開，手足能活潑運動。

胎兒頭蓋各骨，尚未互相結合，故各骨相會處有間隙，名顛門。頭頂有大小顛門二，大顛門在前，小顛門在後，兩側各有顛門二，此等顛門在產出時，各骨互相接近，能使兒頭縮小。

(二) 臍帶 為胎兒血液循環之通路，在胎兒方面，附着於腹部，在母體方面，附着於胎盤，長約五十厘米，大如小指，捻轉為螺旋狀。臍帶中有臍靜脈一條，臍動脈二條，臍靜脈從胎盤輸送新鮮之血液於胎兒，臍動脈從胎兒輸回污穢之血液於胎盤。胎兒在胎中，不能呼吸，由臍帶之媒介，以與母體交換氣體。臍帶之長，數倍於胎兒，腹部與胎盤之距離，通常彎曲盤於子宮內，或纏絡胎兒之頸部四肢等。臍帶附着胎盤

圖 四 第

兒 胎 之 月 二 第



之部分，通常在其中，間有附於邊緣者。

(三) 胎盤 形圓，質似海綿，中央厚，周緣漸薄，色暗赤。至妊娠末期，長徑約達十六厘米，厚至二三厘米。重約五百克。向子宮之一面，有許多深溝，附着於凹凸不平之子宮壁，由是通流血液。向胎兒之一面則頗光滑，如胎盤從子宮剝離，則胎兒與母體之營養交通斷絕，胎兒即死。

(四) 卵膜 分三層，內層名羊膜，中層名絨毛膜，外層名繭轉脫落膜，三層均極菲薄，互相密着，成密閉之囊，中貯羊水，胎兒浮游其中。羊膜與絨毛膜，生自妊卵。繭轉脫落膜，生自子宮內膜。

(五) 羊水 初透明，後因含有胎兒皮膚屑、皮垢、嫩毛等，而漸溷濁。其量普通五百至一千克，間有因疾病而非正常增減者。大半是胎兒排泄物，小半由脫落膜之血管、胎兒皮膚、臍帶等滲出物。其功用在於擴大子宮腔，使胎兒容易運動，且防衝突打擊等之害。至臨產時，更有開大產道，使之滑澤之效。

第七章 胎兒之體位體向及體勢

(一) 體位 胎兒縱徑與子宮縱徑之關係也。在妊娠之初，胎兒尚小，浮游於多量之羊水中，

屢變更其位置。至妊娠之後半期，胎兒既長大，不能再變更其位置，於是有一定之體位。胎兒之縱徑與子宮之縱徑相一致者，名縱位。普通之妊娠，胎兒悉取此體位，故又名尋常體位。而縱位中有頭部在下，臀部在下，及下肢在下之三種。前一種最普通，後二種乃例外。胎兒之縱徑與子宮之縱徑交叉成直角者，名橫位，成銳角者，名斜位，而兒頭在左側者，名第一橫位，或第一斜位，在右側者，名第二橫位，或第二斜位。

(二) 體向 兒背與子宮壁之關係也。今就縱位說明之。兒背向子宮左壁者，名第一體向，向右壁者，名第二體向。第一體向較第二體向多。橫位之胎兒，其背向子宮前壁者，名第一體向，向後壁者，名第二體向。

(三) 體勢 胎兒在子宮內之姿勢，即胎兒各部相互之關係也。最普通者，胎兒各部占最小之地位，即背部彎曲，頭向前屈，頤接於胸，上肢在胸之前面，左右前膊互相交叉，下肢屈曲，在腹之前面，踵接於臀。胎兒之體勢，亦至妊娠之後半期始定。在妊娠之初，胎兒尚小，屢變更其體勢。

胎兒小或子宮腔大者，在妊娠末期，往往尚變更其體位，體向，或體勢。經妊婦之子宮，較初妊婦寬弛，

故變易尤多。

第八章 胎兒之生理

卵子受胎後，在最初三星期中，以卵子中自有之滋養物營養。至第四星期，從脫落膜攝取滋養物。更進則臍帶生成，由臍帶中血管之媒介，從母體攝取營養物。胎兒排泄物之大半，亦由臍帶中之血管，送回母體。故臍帶中有二種血管，一從母體送滋養物於胎兒，名臍靜脈，一從胎兒送排泄物於母體，名臍動脈。

胎兒之呼吸消化兩作用，悉由臍帶之媒介，母體代之。若一旦產出，則胎盤剝離，臍帶之血行斷絕，乃不得不自呼吸，且從母之乳房，攝取滋養物，排泄物亦自行排出。

胎兒之營養，既悉賴母體，母若死，胎兒亦死，母病，胎兒受其影響。臍帶血行若發生障礙，則胎兒在子宮內呼吸，因吸入羊水，而致假死，歷時過久，則致真死。

從臍靜脈入胎兒體內之血液，先入心臟，然後分布全身。至妊娠第五月以後，胎兒心臟之搏動，

既可從母之腹壁聽取之，其搏動數每分鐘約百四十次。

至妊娠第六月以後，妊婦自覺胎兒在腹內運動，是名胎動，由胎兒之軀幹或四肢在子宮內伸縮而起。從月數之增加，胎動亦益頻且劇。

第九章 複胎

複胎者，同時妊娠二胎兒以上也，特名雙胎，或孿胎。據西國學者之統計，每妊娠八十九回中，平均有雙胎一回云。雙胎之胎兒，同性（男女性）多而異性少。據西國學者之統計，每雙胎百回中，平均同性占六十四，異性占三十六。

雙胎或由二卵而成，或由一卵而成，前者較多。由二卵而成者，各有胎盤，纒轉脫落膜，及絨毛膜。由一卵而成者，則是等附屬品，祇有一個，惟羊膜各有之。由一卵而成之雙胎，必同性。由二卵而成之雙胎，同性或異性無定。

雙胎之胎兒，發育較單胎不良，然尙能長成。有時一胎死，而一胎發育無礙。

三胎以上之妊娠甚少。

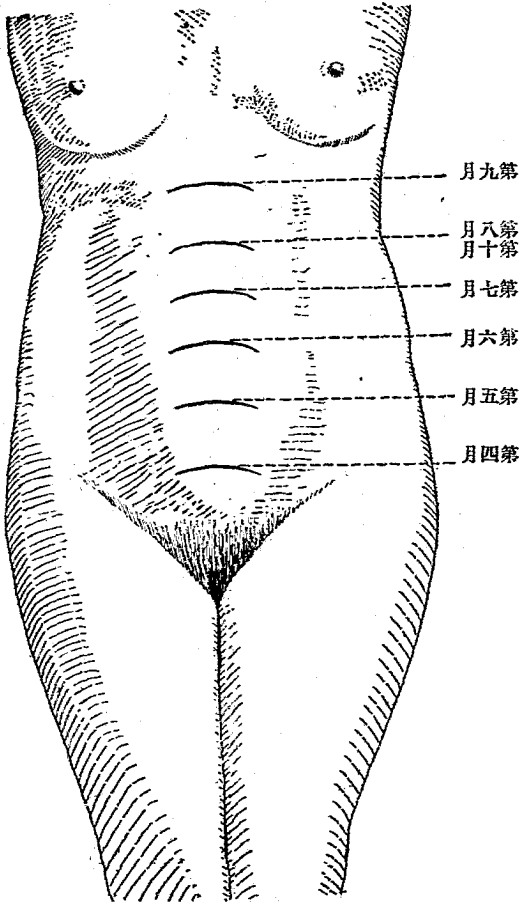
第十章 妊娠期中妊婦之變化

(甲)生殖器之變化 婦人妊娠後，生殖器各部悉增大，子宮尤甚，出小骨盆，上入腹腔，至將近臨產，更向各方擴張，致腹部非常膨大。在處女時，子宮之長，僅六·五至七糎。至將近臨產，其長達三十五至三十七糎，橫徑達二十四至二十六糎，前後徑達二十三至二十四糎，較之處女時，容積約增大五百倍，重量增加二十一至二十四倍。子宮壁之厚，在妊娠前半期，漸次增加，至後半期，反漸減薄。子宮之形狀，亦隨其增大而變化，在妊娠第三月，子宮殆呈圓形，至第六月以後，則變卵圓形，上廣下狹，在最初三個月中，子宮只在骨盆腔內增大，至第四月以後，漸次上入腹腔，至第九月，子宮底達最高所，至第十月，因前屈向腹壁，反稍低下。妊娠中之子宮，極易搖動，妊婦變更體位，子宮之位置，亦隨之而變。

子宮增大時，腹內諸臟器，悉爲壓迫向後方或側方，橫隔膜（橫於胸腹間之薄膜也，此膜之上

第五圖

妊娠各月中子宮底之位置



名胸腔，此膜之下名腹腔。亦爲壓上，心臟變更其位置。

妊娠與分娩

膀胱因子宮增大，不能完全擴張，至妊娠第二月末，已尿意頻數，至第五六月更甚，至第九月稍減，至第十月仍增甚。直腸亦受壓迫而致便秘。骨盆內之神經受壓迫，而腰部大腿等處覺疼。下肢與下腹之靜脈受壓迫，致血液鬱積而現水腫，甚者靜脈膨大，生靜脈瘤。

陰道周圍之肌肉均增殖，陰道腔擴大且增長。陰道內之粘膜，亦肥厚而變紫色，皺襞顯明，分泌物增多。陰道內之溫度，較平時增高。

妊娠期中，月經概閉止，間有出血如月經者，乃例外也。

乳房自妊娠第二月始，漸次膨大，乳頭突出，乳暈（乳頭周圍之有色部）之色增濃，變赤色或褐色。至將近臨產，試壓乳房，已有稀薄之乳汁流出。

（乙）全身變化 婦人受胎後，全身亦起諸種變化。此等變化極複雜，或起於妊娠之初，或至妊娠末期始發現之。在平常人有此，則為疾病，在妊婦則為應起之變化，不得謂之疾病。而變化之強弱，人無一定，茲詳述如下：

婦人妊娠後，精神概改常度，易受感動，喜怒無定，殆失理性。更時發齒痛，頭痛，骨痛，眩暈等症候。

視覺、聽覺、或生障礙，嗅覺、味覺，每改常態而變其嗜好。大概憂鬱無聊，間有精神興奮。舉動反活潑者。胃腸亦受影響，早晨及食後，往往惡心嘔吐，輕者雖不減食量，無損營養，重者則頗危險，須請醫生療治。

腹部非常膨大時，肺受壓迫，呼吸困難，致呼吸時兩肩掀動。

心臟因受壓迫而變位，搏動增強且速。頭部常多血，致易眩暈。脈搏數每分鐘增至八十次以上。尿量增多而稀薄。汗量亦增多。體溫較平時約高攝氏二三分。體重自妊娠第八月始，每月增加一千五百至二千五百克。

皮膚蒼白或帶黃，無論如何美麗之婦人，頓時覺衰萎。顏面、頸、胸等處，生黃色或褐色之斑點。腹部及乳房周圍，生紫色之線條，是名妊娠線。此線至產出後，變為白色，永不消退，外陰部變紫色。

妊婦因腹部向前突出，上身反屈向後方，以保其平衡，故成特異之姿勢。

第十一章 產期預測法

欲確實預定產期，須請產科醫生或產婆診斷；而其大概，可從下記四項測定之。

(一) 自覺受胎之月日

(二) 妊娠前末次月經之月日

(三) 初覺胎動之月日

(四) 覺子宮底低下之月日

上列四項中，第一項最難確，惟夫婦同牀極少者，或可確記其月日。第二項之末次月經月日，乃預測產期上最重要者。從此預測產期之法如下：

自受胎至產，平均二百八十日，於末次月經初至之月日，先加七日，再加九個月，或減三個月（陽曆），即得預定之產期。例如末次月經初至之月日，為三月十五日，加七日得三月二十二日，再加九個月，或減三個月，得十二月二十二日，是即預定之產期也。又如末次月經之初至月日，為五月二十八日，先加七日，得六月四日，再加九個月，或減三個月，則得翌年之三月四日，即預定之產期也。而月之大小，配置不一，且二月有平年與閏年（平年二十八日，閏年二十九日），故照上法所推得

之產期，不能適合二百八十日，必相差四日至六日。此計算法雖甚簡單，然受胎如在月經之初至時，則月經即時閉止，或雖有亦甚少，往往誤以前次之月經，作末次月經，計算不能正確。又妊娠後尚有與月經相似之出血，又或有在疾病授乳等時，月經閉止期中受胎者，則更無從預測。

從自覺胎動之月日，預測產期，更不確實。通常至產期前四個月，妊娠始覺胎動，然胎動之發現，從妊婦之注意與否，感覺敏鈍，胎兒強弱，羊水多少等，而遲早不同。又經妊婦較初妊婦發覺稍早。子宮底至妊娠第十月始低下，故子宮底低下後，即知產期將近矣。

第十二章 妊婦之衛生

妊娠既為女子生理上之一現象，而非疾病，不必如病人之廢運動，減食物。但妊娠中身體各部悉受其影響，易發生疾病，衛生須較平時注意。茲分述如下：

(一) 精神之注意 精神務宜安靜，嚴避悲哀驚懼忿怒等之感動。故親戚知己中之不幸，世上悲慘之事，及哀情之小說戲劇等，均不可聞見。更不可話及他人之難產及畸形之小兒。全不問家

事，固屬最佳，若不得已，則家中重要之職務，不宜任之妊婦。平素不和之姑舅妯娌等，以分居爲宜。與他人爭勝論難，或聽卑鄙之歌曲談話等，不獨擾亂妊婦之精神，影響更及於胎兒。散步於郊外，聽優美之詩歌音樂，觀高尚之小說圖畫，親道德之書籍談話，最有益於精神。胎兒亦得良好之胎教。

(二) 運動之注意 妊婦苟無異狀，運動不可廢絕。平素之執業，苟非過度費力及屈曲身體者，在妊娠第八九月前，可不廢止。家中洒掃烹調等事，亦可照常執行。惟提攜重物及從高處取物等事，須緊張腹壁者，則須禁絕。於空氣清鮮之處，試適度之步行，最屬有益。但雨中夜中及嚴寒盛暑，則不可嘗試，且宜擇平坦之地。步行中若跌倒，往往致小產，非常危險。故步行時，不宜穿高底之皮鞋，或提負重物。

乘長途之舟車，極不相宜，馳馬賽跑等更有害，即跳舞打球亦宜留意。

(三) 清潔之注意 每日宜沐浴一次，在妊娠末期，更不可怠。浴水之溫度，不可過熱或過冷。入浴時間，至長不可過十五分鐘。浴後，拭乾全身，暫令安臥。浴室宜溫暖，以防感冒。空腹時，食後及患發熱病時，均不宜入浴。雖盛夏，不可用冷水浴。

頭髮宜常清洗，不可多塗油類，髮髻上不宜用裝飾品。

陰部清潔法，尤屬重要。因妊娠後陰部之分泌物，較平時增多，若怠於清潔，則陰部受刺戟而發痒，甚者糜爛。有淋病梅毒等者，須速請醫生治療。

乳房亦須常清潔，皮膚薄弱，恐將來不勝授乳之職者，可時用軟布片浸濕酒精拭之。乳頭小者，時用手指輕揉且延引之。常用清潔之布片，被包乳房以保護之，則更佳。

(四) 被服之注意 衣服宜常更換，襯衫褲尤須清潔，每發汗後，必換去襯衫褲，窄小之衣服及帶，緊縛身體者，在妊娠期中，切不可用。

腹帶能保腹部之溫，且防外來之衝突及子宮之搖動，妊娠必須用之，但不宜過於緊縛。

(五) 飲食之注意 妊娠之胃腸，概生障礙，故飲食物之注意，為妊婦衛生中最重要者。飽食固不相宜，減食有損營養，妊婦與胎兒，均蒙其害，亦屬不可。總之無害之食物，可以酌量適宜與之。

妊娠中若發現嘔吐嘔氣等，則食物之選擇，尤須注意。此時宜用最易消化之流動性食物，若惡心，嘔吐之發於食後者，則每回之食物量宜減少，而增多其食事之回數。妊娠之嘔吐，多發於早晨起

牀時。預防之法，未起牀以前，先食牛乳或粥湯少許，再靜臥少時而後起牀。

食物中以牛乳與雞卵爲最佳，牛乳須擇品質佳良者，煮沸而後飲之。牛乳中往往混有能發生疾病之微生物，非煮沸以殺滅之，恐其能傳染各種疾病，甚屬危險。罐頭牛乳之品質概劣，滋養分亦不及鮮牛乳遠甚。故凡能得鮮牛乳之地，務以用鮮牛乳爲良，惟萬不得已時，方可偶一代用之。

雞卵亦爲最適當之滋養品，而以半熟者爲最易消化，生者與已硬結者，消化較難。每日可食五六個以上。日常食用之鳥卵，亦可食。

久爛煮禽獸之肉，取其汁，加以食鹽，製成肉汁。肉中之滋養分，雖不能悉行取出，而有增進消化力之效，妊婦亦頗適用，但此物不必用多量。市上販賣者，品質多不良，以自製爲宜。

良質之牛肉、雞肉等，妊婦均可食用，惟過肥之肉及鹹肉，不相宜。日常食用之小鳥類，亦可食。魚類中除鱘、鮪、鰹、鯖、鮫等過肥者，及烏賊、蝦、蟹、貝類、鹹魚等難消化者外，均可食用，惟以清燉爲宜，油煎者難消化。

素食之中，山芋、南瓜等易發酵，芹、冬瓜、西瓜等增多小便，牛蒡、茄子、鹹菜、筍、薑等難消化，妊婦均

不可食。菜類亦難消化，惟煮爛之蘿蔔等，軟而無害，不妨稍稍食之。此外葡萄、蜜柑、梨、蘋果等菓子之成熟者，去其皮核，亦可稍用之。

餅、團子等，難消化，易發酵，不宜食。

豆類雖不宜多食，豆腐則爲極易消化之滋養品，但不宜用油煎。

米爲我國主要之食品，在妊娠中亦不可不用。但硬飯與紅米飯難消化，宜用軟飯或稀飯，麥飯亦佳。妊娠中患腳氣者，更宜禁絕米飯，而食麥飯，麵包麵食等稍用無妨。

過甜之糕餅有礙消化，不宜食。胡椒、生薑、蕃椒、山椒等香辛之品，須禁絕。

飲料宜用開水，淡茶、咖啡、麥茶等，酒類宜禁絕，惟素有酒癖者，飲淡酒少量無妨，決不可泥醉。

(六) 大小便之注意 妊娠期中之通便，甚屬重要，每日通便一次最佳。大便若硬結，每朝宜飲牛乳或溫開水一杯，或稍食成熟之鮮菓，亦有通便之効。若三日無大便，宜速設法醫治，因便秘後，易發嘔吐消化不良等症故也。

在妊娠期中，必時思小便，決不可因恐見笑於人，而故意忍耐。若尿量減少，尿色變常，或尿管覺

痛，宜速請醫生診治。

(七) 夫婦同衾之注意 夫婦同衾，最宜謹慎，確知妊娠後，即宜分牀，若事實上不能實行，在妊娠前半期，每星期尙可同衾一次，至後半期，則務必禁絕。即在前半期中，妊婦發現嘔吐，腹痛，白帶增多，或帶中混有血液等時，亦須禁絕。

妊娠期中之房事，能誘起小產及子宮出血，或使胎兒變其位置，爲害甚大。

(八) 睡眠之注意 妊婦若無特別現像發見，日中可照常執務，無需安臥，至夜間，宜較普通人安睡稍早。朝晨亦宜起牀稍早，行適度之室外運動。

(九) 住居之注意 居室宜廣，四周多樹木，空氣清潔，光線充足，冬少寒風，夏少酷日，靜而不喧者，爲最佳。卑濕處之平房固不可，樓居亦不相宜。即不能悉備上記諸條件，務以相近者爲宜。而上記諸條件中，空氣與光線，尤爲重要。

(十) 授乳之注意 在授乳之婦人，妊娠後，宜即停止授乳。

第二編 分娩生理

分娩者，妊娠之婦人，娩出胎兒及其附屬物（胎盤臍帶等）於體外也。

第一章 流產早產晚產

分娩之期，通常在受胎後四十星期，即二百八十日，是名正期分娩。間有由特別之原因，而分娩較早或較遲者，過早者名不時產（俗名小產），過遲者名晚產。晚產甚少，不時產則頗多，即正期分娩，亦往往稍有遲早。不時產又分流產與早產，流產者，產出之小兒，不能生活。早產者，產出之小兒，如保護得宜，尚能生活也。在妊娠後第二十八星期前產出者，為流產。在第二十九星期至三十八星期間產出者，為早產。

第二章 尋常產與難產

分娩有三要件：（一）娩出力。娩出力即胎兒於體外之力也，由子宮陰道之收縮及腹壓而生。（二）產道。胎兒自子宮出母體外之經路也。（三）即胎兒也。娩出力若能戰勝產道與胎兒之抵抗，使安然產出，母與胎兒俱不受損傷，是為尋常產。娩出力不能戰勝產道與胎兒之抵抗，非藉人力之補助（即醫生之用手術），不能產出，或產出時，母與胎兒須受損傷者，則為難產。娩出力之能戰勝產道及胎兒之抵抗與否，與胎兒之大小，體位體勢及骨盆之大小等，均有關係。

第三章 娩出力

娩出力，由子宮陰道之收縮及腹壁之壓力而生，前章已述及之矣。腹壓與子宮之收縮力，均極重要。陰道之收縮力，則甚微弱。子宮收縮時作痛，名陣痛，時作時息，陣陣相因，規則整然，非產婦所能隨意起止之。初發時，並不疼痛，惟覺腹部有特別之感覺，以手按腹，覺子宮硬而且長，或覺微痛，似腹中有物行走，其發作與間歇，尚無一定之規則，是為前兆陣痛。後則漸變真陣痛，初時惟下腹部覺痛，後漸波及全骨盆，陣痛每發作一回，約歷六十秒至百秒，間歇時則數分鐘或數十分鐘無定，至將近

分娩，陣痛益強而長，間歇時益縮短。真陣痛又分開口陣痛與壓出陣痛。開口陣痛使子宮口開大，間歇時長，尚無劇痛，壓出陣痛從子宮壓出胎兒，其痛極強，殆無間歇時。胎兒既產出後，子宮尚時有餘痛，是因妊娠期中擴大之子宮，至此漸漸縮小復舊而生，名後陣痛。

至分娩臨近，產婦之腹壁，自然起一種腹壓，此腹壓由腹部之肌肉收縮而生。胎兒之先進部，（胎兒最先產出之部分，）未出子宮以前，產婦尚得隨意制止腹壓，及胎兒之先進部，出子宮而入陰道，腹壓忽然增強，產婦不能隨意制止。乃於深吸氣後，暫時停止呼吸，任腹部之肌肉及橫隔膜同時收縮，以排出胎兒，俗稱爲併陣。

陰道善能擴張，至胎兒娩出時，擴張至極度，有助於娩出力者甚少。及胎兒既娩出，胎盤下降時，陰道乃收縮，胎盤即藉其收縮之力與自己之重量，排出於體外。故陰道之收縮，有排出胎盤之効。

第四章 產道

產道分骨部產道與軟部產道。骨部產道即骨盆，分娩時有最大之抵抗者也。骨盆腔之形狀，上

中下各異，故胎兒欲通過此骨盆腔，須回轉數次，以變更其姿勢，使易於通過。胎兒之頭部（頭爲胎兒之最大部分），尙往往受其壓迫，而生瘤塊，是名產瘤。產瘤多生於胎兒之頭蓋，從抵抗力之強弱，而大小不一，無需醫治，數日卽自消退。

骨盆特別狹小者，有特異之形狀者，胎兒非常巨大者，分娩時不但需長久之時間，母與胎兒均甚危險。故前次之生產困難者，身長腰細者，身體短小者，曾患脊髓病，骨盆病，股病等者，在妊娠期中，宜早請醫生測定骨盆之大小，以預斷分娩時之難易，得先爲預備，不致臨時難於措手。

軟性產道，卽子宮頸與陰道也，皆能擴張，抵抗甚微，然須非常擴大，以通過胎兒，故陰道自己往往損傷。例如會陰破裂，乃分娩時所常見者，西法產婆，自有法以預防之。

第五章 分娩時胎兒之狀態

胎兒在子宮內之位置，或取縱位，或取橫位，或取斜位，既如前編第七章所述矣。而縱位中尙有頭位與骨盆端位之別，頭位者，兒頭在下。骨盆位者，骨盆端在下。頭位尙分後頭位，前顛頂位，額位與

顏面位。後頭位者，後頭部當子宮口，分娩時後頭部先出現於陰道口。前顛頂位者，分娩時先發現前顛頂部。額位者，額部先現。顏面位者，顏面先發現。骨盆端位尚分臀位，膝位，足位。臀位者，臀部當子宮口，分娩時臀部先產出。膝位者，膝先產出。足位者，足先產出。

以上各種胎兒之體位中，縱位最多，橫位與斜位甚少。縱位中頭位占百中之九十五六，骨盆端位不過百中之四五，頭位中後頭位占百中之九十九，其餘位置，不過百中之一。

此等胎兒之位置，在妊娠後半期，已趨固定，不能變更，頭位者必頭先產出。足位者必足先產出。橫位者必手先產出。分娩時，胎兒不過稍變其姿勢，使容易通過骨盆腔而已。我國人以爲胎兒至臨產時，尚變更其位置，實謬見也。

分娩之難易，與胎兒之位置，有密切之關係。頭位最易，頭位中後頭位尤易，前顛頂位次之，額位又次之，顏面位更次之，骨盆端位較難，橫位與斜位最難。西法產婆，能於分娩時稍變更胎兒之位置，使容易產出。

第六章 分娩之次序

分娩之次序，共分三期，即開口期，娩出期，及後產期是也。開口期自發生真陣痛始，至子宮口完全開大，能通過胎兒止。娩出期自子宮口完全開大始，至娩出胎兒止。後產期自胎兒娩出始，至胎盤等附屬品悉娩出止。第一期與第二期，以子宮口之完全開大爲界限，第二期與三期，以胎兒之娩出爲界限，而開口期前，尚有前驅期。茲分述如下：

(一) 前驅期 在妊娠期中，子宮亦時時收縮，至臨產前二三期，漸次增劇且頻，是曰前驅陣痛。其作用使胎兒漸漸下降，初僅每日一二次，後漸增多且強，而變爲真陣痛。前驅陣痛與真陣痛之區別，其發作與間歇時間。真者有一定規則，前驅陣痛無之。其強度與次數，前者亦較後者弱而稀。經產婦在妊娠末期，子宮雖收縮，亦不覺疼痛，直至發生真陣痛，始自發覺，故較之初妊婦，自易知其分娩之開始。

(二) 開口期 妊婦至此期，當改稱爲產婦。此期中發生開口陣痛，使子宮口漸漸開大，分娩愈進行，而陣痛之發作，愈強且長，間歇時愈縮短，至長不過十五分時。此時子宮之收縮，底部最強，每回陣痛發作時，子宮壁爲子宮底所牽上，子宮口緣自漸漸離開而擴大。妊卵之大部分，被壓向子宮

口，卵膜之下部，從子宮壁剝離，致小血管破裂而出血，故此時流出之粘液中，必混血少量，是可為分娩既開始之確徵。

子宮口既開至銅元大以上，卵膜之下部，膨出子宮口外，形如橡皮球，是名胎泡，是乃胎兒之最下部（即先進部）與卵膜間，滿貯羊水而成泡也。陣痛發作時胎泡膨大，間歇時復縮小，胎泡之一張一縮，能補助子宮口之開大。若胎泡先期破裂，則子宮口開大極緩，而疼痛反增劇。及子宮口既完全開大，雖在陣痛間歇時，胎泡亦不復縮小，後經強劇之陣痛而破裂，漏出其中之羊水（羊水之一部分），是名破水，開口期於是告終。但破水之遲早無一定，開口期之既告終與否，尙當以子宮口之既完全開大與否為斷，不能以破水為標準。

在初產婦，開口期約需十六小時至二十小時，經產婦則甚短。胎兒在開口期中，下降甚微，不過開大產道，預備胎兒之通過耳。

（三）娩出期 自發生娩出陣痛始，至娩出胎兒止。娩出陣痛發作時，子宮之收縮力，亦以底部最強，漸將胎兒壓下。娩出陣痛較開口陣痛，更強且頻，大約每二三分時發作一次。發作之時間，亦

較開口陣痛長。此時腹壓頓強，併陣亦至，產婦脈搏亢進，全身灼熱流汗，顏面潮紅，但產婦此時自知分娩將了，並無不堪苦痛之色，反鼓舞勇氣以努責之，求胎兒之早出。

在娩出期之初，胎兒之下向部（即最下部），尙在子宮口內。數回陣痛後，漸下入骨盆底，致陣痛時壓迫肛門及會陰，使突起如球狀。更進則下向部排出陰道，而現於陰唇之間，是名下向部發現。此時陣痛益劇，且陰道口及外陰部緊張過甚，產婦最覺苦痛，往往顏面潮紅，目光直射，全身發汗且戰慄。故此時之陣痛，又名戰慄陣痛。胎兒之下向部，每經一回陣痛，下降少許，肛門哆開，往往漏出大便，會陰緊張，勢欲破裂。然在陣痛間歇時，下向部稍上縮，會陰亦一張一弛，恰如開口期中之胎泡，下向部亦在陰道口一進一退，常漏出混有血液之羊水少量。及下向部之一進一退，戰勝軟部產道之抵抗力，而全窻入陰道口，則間歇時不復上縮，乃由次回之陣痛，排出其下向部於陰門外。此時軟部之緊張最甚，產婦不堪劇痛，往往放聲而號。陰道口或會陰，必稍受損傷，胎兒之他部，大概於下向部排出陰門後，再經一回或數回之陣痛，始全產出，間亦有與下向部同時產出者。殘餘之羊水，此時悉漏出，是名第二羊水。此羊水中，混血液甚多，其血液半因外陰部之破裂，半由胎盤之剝離而來，蓋胎

盤之一部，已由娩出期之最後陣痛，從子宮壁剝離也。娩出期之長短無一定，初產婦約需一二小時，經產婦則甚速，至長不過一小時半。

(四) 後產期 即排出胎盤卵膜及一部分臍帶之時期也。經過此期後，分娩即告終。此期中發生後產期陣痛，以排出胎盤等附屬品。後產期陣痛亦由子宮之收縮與腹壓而起，胎兒產出後，約經十二三分時始發作。痛甚微弱，產婦往往不自覺。惟以手貼腹部，始知陣痛發作時，子宮收縮而硬。胎盤中未曾剝離之部分，即由此陣痛，使從子宮壁而剝離，而降於陰道中。次由腹壓及按摩之力，排出體外。

胎盤從子宮壁剝離時，必有許多小血管破裂而出血。胎盤與子宮壁之間，留積血液，此留積之血液，壓下胎盤，從卵膜之囊底，壓入囊內，遂與卵膜共攔轉，故出陰道時，大概表面裏面完全攔轉，羊膜繖出在卵膜之外。間亦有不攔轉者，是因血液不留積於胎盤與子宮壁之間，而即流出之故。若此者每於後產期陣痛發作，必有多量之血流出。

胎盤從子宮剝離時，雖必有許多血管破裂，然發生危險之大出血者甚少，因此時子宮收縮頗

劇，壓迫血管而閉鎖之也。胎盤既排出，出血立止。即不立止，其量亦甚少。

胎盤、臍帶等附屬品既排出，分娩即告終，此後之產婦當改稱產褥婦。

後產期之長短，較前二期更無定，在初產婦，快者，十五分鐘，遲者需二小時。用腹部按摩法者，大可縮短其時間。

分娩所需之總時間，從種種原因而異。陣痛微弱者，腹壓小者，產道之抵抗力強者，胎兒肥大者，分娩必慢。產道之抵抗力，初產婦必較大於經產婦，故初產婦之分娩，必較經產婦慢，年長之初產婦尤甚。初產婦平均十八小時至二十四小時。經產婦平均十小時至十二小時。娩出期，初產婦與經產婦相差最甚，初產婦必需一二小時，經產婦則甚短，最速者，一二陣痛即產出矣。後產期如任其自然，初產婦與經產婦，均需一小時以上。若用按腹法，則可限制在三十分鐘以內畢事。按腹法者，產婆以手按摩腹部，增加腹壓，使胎盤容易剝離而排出也。我國舊法產婆之撮胞，（入手於子宮內，牽下胎盤，）往往損傷大血管，或牽動他臟器，非常危險，又恐胎盤被其引裂，留着於子宮內面，二三日後，腐敗脫落，致有大出血發熱等大危險，有百害而無一益，切宜嚴禁。

分娩時間過長，母與胎兒均蒙其害，娩出期長者尤甚。過短則產道受傷過重，且不及聘請產婆，亦不相宜。

第七章 分娩前之預備

妊婦至妊娠後半期，宜即預約助產之產婆，且請其診斷分娩之日期及難易，庶不致臨時侷促。妊婦入醫院生產，設備完全，固屬最佳，而我國內地，醫院未曾徧設，即在通商大埠，醫院林立之地，國人亦多不喜入院分娩。一因醫院之設備，未能如各國之完善，一因國人之舊習慣未除也。醫院之設備，無論如何簡陋，必較勝於自宅，生產之安全與否，與設備之如何，有密切關係，尙望醫院有所改良，國人有所覺悟也。

在自宅生產者，至妊娠第九月，即須預備產室及一切佈置，產室擇光亮通風大小適宜之室。宜用乾燥之平房，面南最佳，面東次之，西北不宜。置產床於室之中央，舊式之木牀，祇一面可出入者，分娩時非常不便，不合用。牀上先敷尋常之褥，過薄則敷二重，褥上敷不透水之油紙或油布，其上再敷

薄褥，四角與下層之褥縫定，上覆消毒（見後）之白布，棉被下亦宜襯消毒之白布，用羊毛氈代棉被更佳。此外另製大小不同之墊褥數塊，中入棉花或藁灰，分娩時用以墊產婦臀背之下，此等墊褥亦須消毒。枕不可硬而小，宜備數個，分娩時臀下及大腿間亦用之。此外更須多備油紙，毛巾，血盆，良質之肥皂及乾燥之棉花。至真陣痛既開始，則多預備沸水，便器，容穢物之器，初生兒之浴桶及衣服等，均全集產室內。且預備牛乳，雞卵，肉汁，粥，葡萄酒等，供產婦之飲食料。

在妊娠期中，宜在家人中擇定一伶俐之婦人，分娩時任產婆之助手。一切預備之事，悉歸其人掌理，至分娩時，產室中一切事務，除產婆外，悉歸其人助理，他人非有使喚，不可入內，則秩序整肅，若不能得適當之婦人，則宜雇看護婦任之。

第八章 消毒之必要及消毒方法

空氣中水中及各種物體上，常有許多極小之微生物，爲我人之目力所不能見。此等微生物，如入我人之體中，能發生種種疾病，霍亂、白喉、肺癆、花柳病等之能傳染，即由於微生物之侵入而生。產

後之得疾病，其原因大概由於微生物從生殖器侵入而生。因產時之生殖器，損傷甚多，微生物極易侵入也。故文明諸國，自實行消毒法以來，產後之疾病頓減，加之產婆手術之精良，已視生產為絕無危險之事矣。

消毒法者，殺滅微生物之方法也，方法甚多，以沸煮法為最佳。因微生物遇攝氏百度（沸點）以上之溫度，則漸死滅，經一小時後，悉死無遺。產牀所用褥布，被下之襯布及墊褥等，均可用此法消毒。將所要消毒之物，入於有蓋之乾燥金屬桶中，密閉其蓋，置桶於鐵鍋上，鍋中盛水，再覆以蓋，乃煮鍋中之水，使沸騰一小時以上，從鍋中取出金屬桶，不可啓視，臨用之時，以消毒之手取出之。桶之蓋，須密閉，桶身不可有間隙，否則沸煮後，微生物再乘隙而入，難達完全消毒之目的。

手、陰部之皮膚等，不能用上法消毒者，可用消毒藥水洗之。消毒藥者，能殺滅微生物之藥也。消毒藥中，以石炭酸最佳，石炭酸係白色之結晶體，尋常之消毒，概用其五十倍溶液，即溶解固體之石炭酸一分於水五十分中者也。手與外陰部之消毒，可先以熱肥皂水洗淨後，再用此藥水細洗之。器具之無需乾燥者，亦可用此法消毒。

凡與產婦之陰部相接觸之物，非先經消毒，甚屬危險。已經消毒之手，觸過未消毒物後，非重行消毒，不得接近陰部。器具亦然。

第九章 分娩中之注意

分娩中之處置，可悉任之產婆，助理之婦人，不過聽其使喚耳。但產婆之職務，僅能處理普通平易之產，稍難之產，須請產科專門醫生任之。故妊娠中已斷定其為難產者，宜預約產科醫生任處理之職。分娩中發生特別事故時，亦宜速請產科醫生。若入醫院分娩，則醫院中負完全責任，無需家人之顧慮矣，此亦入醫院生產之一利也。

發生真陣痛後，產婦宜即排除大小便，因大小便充滿者，則直腸與膀胱膨脹，壓迫子宮口，不易開大，能令開口期延長。

我國舊法之生產，產婦或立或坐，唯一人自後抱持之，產小兒於腳盆中。故分娩時產婦之勞苦，為一生之最，此時因用力過度而虛脫者甚多。且坐立之產婦，搖搖無定，產婆頗難處理。新法接生，則

令產婦臥牀上而生產，產婦既省力，產婆亦易於處理，利害損益，不可不熟籌之。

陣痛尚微弱時，產婦雖無需就牀，可靜坐或緩步室中，及陣痛稍頻劇，宜即就牀。蓋就牀須在未破水前，與其失之過遲，寧稍早為妥。產婦之臥位，仰臥或側臥均可，骨盆廣者，胎兒小者，陣痛強者及經產婦等分娩易且速者，宜側臥，餘則仰臥為妥。

娩出期中，產婦宜乘陣痛時，併氣努力，使胎兒早娩出。然在陣痛間歇時，雖努力，徒勞無益，虛弱之產婦，不宜努力過甚。

娩出期中，產婦如欲大小便，決不可起牀，大概祇有便意，真有大小便者甚少。

小兒娩出後，臍帶脈搏未停止前，小兒尚從胎盤受容多少之血液。故截斷臍帶，須俟臍帶脈搏停止之後。而臍帶截斷以前，須先施二個之結紮，一在距小兒腹壁約二三寸之處，一在距第一結紮約二三寸之處，乃於兩結之中間，剪斷臍帶。其所以需用第二結紮者，一因若係雙胎，則第二胎兒尚在子宮之內，已生兒之血管與第二兒之血管，若由胎盤交通，則第二兒之血液，從臍帶截斷端流出，足以致死。一因若無第二結紮，則胎盤失血而寬弛，不易從子宮剝離。

後產既畢，宜即除去產婦臀下之褥，而換以清潔者，但不可過於搖動產婦。換褥後，即令產婦仰臥。我國舊習，產後不可平臥，且不得入睡，以爲產後之子宮內有濁血，平臥或入睡後，濁血上昇，致發疾病。殊不知子宮內本無濁血，其所以爲濁者，因無消毒法耳，且血液亦有消毒之効。舊習用撮胞法，出血必多，其不許平臥或入睡者，欲借此出血，以漂去洗去侵入之微生物也。故舊法接生，雖不知消毒，未必人人傳染疾病者，卽以此故。若用新法，消毒完全，且不撮胞，不但可平臥與入睡，且出血不多，產婦分娩後，身體不甚疲勞。乃欲強使多出血，且不得休息，其不陷於疾病者幾希矣。

產婦在陣痛未劇前，宜稍進牛乳、鷄卵、肉汁、薄粥等易消化之物，及陣痛既強，無心飲食，分娩已終，可卽與以少量之牛乳、鷄卵、肉汁、薄粥等。眩暈者，更宜飲葡萄酒少許。我國舊習，分娩後，須素食數日，殊不知素菜中，除豆腐外，均難消化，且極少滋養分。產婦之胃腸，非常薄弱，且勞頓之後，需滋養分亦甚急，今使素食，豈不與目的相反。葷食中魚肉等較難消化之品，暫時固不相宜，牛乳、鷄卵、肉汁等，消化既易，滋養分亦多，實爲最適之食品。

分娩後，產婦多覺寒，宜用湯婆子暖之，不可覆極重之棉被。

臍帶截斷後之小兒，宜卽拭乾，暫以小棉被包之，俟處理產婦畢，再沐浴而着新衣服。或先沐浴小兒，次處理產婦，當視當時之情形而酌定之。浴水之溫度，最須注意，以攝氏三十五六度爲最適宜。浴兒之法，載小兒於兩手，入浴水中，惟露出頭部，枕其頭於左臂，以左手支持之，而以右手洗滌小兒。先洗顏面，頭部，次及軀幹，四肢。皮膚上附着之胎脂，塗肥皂於海綿或軟布片，拭去之，胎脂最多之部分，塗以卵黃，極易洗除，眼圍及口內，宜用清潔之布片，濕以清潔之溫水清洗之。洗畢後，從水中取出，以乾毛巾拭乾之。此時宜檢查小兒之全身，有無畸形，尤須注意肛門與尿道，若有閉鎖之畸形，須速請醫生施手術，遲則危險。更須細察臍帶之結紮，如稍見寬弛或出血，卽重行結紮。

初生兒之衣服，宜寬大輕暖，若緊縛其身體，有礙發育，爲害甚大。

胎兒通過產道時，眼中往往有血液，羊水，子宮分泌物等侵入，致發生眼疾。新法接生，沐浴小兒畢，卽滴眼藥水（五十倍硝酸銀水）一滴於眼中，以預防之。

第三編 產褥婦與初生兒之狀態及處置法

第一章 產褥婦之狀態

產婦分娩後，欲回復妊娠以前之狀態，約需六星期，此六星期名產褥。產婦在此六星期中，當稱產褥婦。六星期後，生殖器大概復原，乳汁則繼續分泌，以哺育小兒。

分娩初畢後，睡眠中之產褥婦，全身發汗，至睡足醒來，覺精神爽快，氣力復原，而思飲食。分娩中亢進之脈搏亦漸徐，上昇之體溫亦下降。而體溫至分娩後第三日，概再上昇，但一二日即下降，且不高過攝氏三十八度。若一二日後不退，或高過三十八度，則為疾病之徵，須速醫治。

產褥婦在分娩後最初一星期中，每日概發汗二三回，尿量亦增多。最初三日，概無大便，其後亦易閉結。食量惟最初二三日稍減，後漸增加，飲料則需多量。精神多過敏，易受外界之刺戟。

分娩後，子宮變化最甚，蓋妊娠中擴大之子宮，須於短時期內復原也。在分娩初畢時，子宮底尚

在恥骨縫合上方三寸許之處，至第二星期之末，腹壁上已無從觸知。在分娩後之最初二三日，子宮收縮最甚，肩胛亦爲之牽痛。授乳能促子宮之收縮，故母自授乳者，子宮復原益早。

分娩時子宮頸之大，可通過一手，未及一星期，已縮至不能通過一指。子宮內面之胎盤剝離部，初雖出血如創面，而產褥期中，亦必全愈。陰道至分娩畢，漸狹小而復原，會陰腹壁等，悉漸復舊觀。但不能全復未妊娠前之狀態，必稍留痕跡。

分娩後，從子宮分泌之液，名惡露，中混脫落膜之小片，最初三四日，殆如純血，後變淡紅，至第九日，變黃白色之粘液，其量亦漸減少，是即子宮內面漸復原之徵。惡露雖稍有臭氣，而不甚強，若放特別之惡臭，則爲子宮內有疾病之兆，須速請醫生診治。

乳房在妊娠期中，已漸膨大，至將臨產，分泌水樣之液。分娩後，至第二三日，膨脹更甚，且覺疼痛，再經一日，即分泌乳汁，而膨脹疼痛均消退。最初分泌之乳汁，名初乳，爲稀薄溷濁之液，有通利大便之効。故初生兒飲之，即排泄胎便，次分泌黃白色之真乳，從小兒食量之漸增，而乳量亦漸漸增多。

乳汁通常約分泌一年，至將近一年，其量漸減，終乃閉止。若產褥婦不自授乳，則產後之一二月

中，即停止分泌，乳房之膨脹亦減退。

乳汁之量與其成分，從各人之營養狀況及有無疾病而異，衰弱甚者，及有重病者，或絕不分泌。在授乳期中，通常月經不至，不自授乳者，則經過產褥期後，月經即來，間有在授乳期中而月經至者，然甚少。

第二章 產褥婦處置法

產後之婦人，不但較平時易罹疾病，且一患疾病，易致危險，故看護法最須注意。雖未發生疾病，產褥期中，若不守衛生，則生殖器復原遲，致遺難治之生殖器病。

茲揭看護產褥婦須注意之點如下：

(一) 精神之注意 精神務宜安靜，睡眠務使滿足，故產褥婦之臥室，務宜靜寂。初生兒若有畸形疾病等，宜暫秘之，不令產褥婦知，如既為所知，須安慰之。賀客不可入臥室，產褥婦不宜談話過久，臥室須光亮而通風。

(二) 身體安靜之注意 分娩後，產褥婦至少須平臥十日，雖飲食與大小便，決不可起立，亦不可起坐，飲食可側臥以行之，大小便可置簡便之器於體下（藥房中有此種便器出售，狀似糞箕）。變換臥位時，不可急速搖動身體。若不守此安靜之戒，則易出血，惡露久不絕止，且妨礙生殖器官之復原，致誘發子宮脫出，子宮下垂等生殖器官病。

產後之狀況，雖甚佳良，而未滿十日，決不可起床。過此十日後，尚祇許起坐而飲食，下床而大小便。過二星期後，每日始可離床一二小時，若不覺障礙，可漸漸增長離床之時間。三四星期後，始許稍外出，六星期後，可操作如常人矣。但未滿二個月前，尚宜避過勞之操作。

夫婦同衾，須俟滿二個月以後，若失之過早，易誘發大出血或生殖器官病，危險最甚。

(三) 臥床及被服之注意 臥床之布置，與產床同，分娩時污穢之褥，宜即換去之。被不可過厚，恐增其發汗，且誘起頭痛。亦不可過薄，致易感冒。

分娩後第一星期中，惡露甚多，易污墊褥，宜敷小褥於臀下，時時換去之。被褥稍有污穢，須即換清潔者，但換褥時，不可過於搖動產褥婦之身體，令產褥婦起坐或起立而換褥，為害更大。

產褥婦之衣服，須厚薄適當，襯衣宜白色，每發汗後，換去之。乳房及腹部，更需溫暖，宜置清潔棉花於腹部，用腹帶寬縛之。緊縛身體之衣服，切不可着。在分娩後最初十日中午，換衣時務宜注意，不可搖動產褥婦之身體。換襯衣時，宜溫暖室內，用熱手巾清拭全身。

(四) 身體清潔之注意 外陰部最須清潔，在產後第一星期中，外陰部及其周圍，常為惡露所污，每日以紗布（藥房有之）浸濕五十倍溫石炭酸水（見第二編第八章）至少清拭二三回。清拭後，覆以清潔之紗布，每小便後，須重行清拭。

乳房之清潔，亦甚重要，授乳前後，宜用紗布浸濕溫開水清拭之。授乳畢，覆以清潔乾燥之紗布。乳頭若稍有皸裂，宜即用紗布浸濕五十倍硼酸水（溶解硼酸一分於開水五十分中者）包裹之，以防微生物侵入而生外症。乳房，不宜用石炭酸等劇性之消毒藥，恐小兒中毒也。

(五) 體溫與脈搏之注意 產褥婦之體溫（即身體之溫度），宜朝夕用體溫計檢查。體溫計購自藥房，有華氏攝氏二種，本書中則指定用攝氏。用此檢查體溫之法，先拭乾產褥婦之腋窩，將體溫計夾入其中而檢之。至夾入若干時，則視體溫計之優劣，有一分鐘即可者，有須至十餘分鐘者。

時間愈短者，價愈貴，購時可向藥房問明之。至已達所要之時間，乃自腋窩取出體溫器，視細管中之水銀，昇至幾度，即體溫爲幾度。常人平均三十七度（攝氏），產褥婦之體溫稍高，然亦不出三十八度，且一二日後，即低降與常人同。若高出三十八度，或雖不甚高，而二三日後仍不回復平溫（即攝氏三十七度），即係疾病。宜請醫生診治。

產褥婦之脈搏數，通常每分時在八十以下，若過此數，即非常態。

體溫之上升，脈搏之增加，若與呼吸促迫，食量減少，惡露減少或放惡臭等症併發者，大致係產褥熱（產後最危險之疾病，因微生物從子宮之傷處侵入而生者也）。須速請醫生診治。

（六）飲食物之注意 產褥期中，忌難消化之食物，及過量之飲食，故鹹菜、醬瓜等難消化之食物，均不宜食。最初數日中，祇可用最易消化之牛乳、肉汁、粥湯、半熟鷄卵等。至第五日，大便既通，可稍與軟肉、麵包。過一星期後，始可食牛肉、鮮魚、鳥肉、軟飯、及煮爛之蔬菜等。凡妊娠期中忌食之物，此時亦不可食。

過量之飲食，不能悉消化，令人生胃腸病，爲害甚大，如食物量太少，則不易恢復體力，亦不相宜。

故宜視產褥婦之食量，給以適量之食物，且宜每日多食數次，每次進食少量，則不致有損害胃腸之虞。產後狀況佳者，三星期後，可復常人之食量。

產褥婦概需多量之飲料，茶咖啡等不可過濃。酒類切宜少飲。

(七) 大小便之注意 分娩後，最初之三日中，通常無大便。至第四日，若尚不通便，宜施灌腸法，瀉藥不宜用。

分娩後，若一晝夜無小便，宜用絨布浸濕溫水，包於膀胱部，如尙無効，須請產婆或醫生用導尿管導出之。

(八) 授乳之注意 授乳不但爲小兒所必要，產褥婦亦能因此使子宮迅速收縮，故生母自己授乳，雙方有益。

產婦分娩畢，安眠數小時，待疲勞恢復後，宜即試初回之授乳。先用溫水與肥皂，清洗乳房，次側臥，移初生兒於母旁，使面向乳房，以下側之乳房哺之。此時產褥婦以下側之肘，支自己之身體，抱小兒於前膊。以上側之手，納乳頭於小兒之口中，但不可閉塞其鼻孔。授乳前，小兒之口腔，宜先以浸濕

溫水之布片清拭。初回授乳，小兒大概尚不能吸乳，十餘分鐘後，即可停止。自是每隔二三小時，授乳一次，乳房須每次更換。最初十日中午，祇可側臥而授乳，決不可起坐；每回授乳畢，即以浸濕溫水之布片，清拭乳房與小兒之口腔。授乳前清拭之乳房，授乳未畢時，不可使不潔之手或衣服等接觸之。小兒未能活潑吸乳前，授乳之時間宜稍延長，每次約需半小時。

規定授乳之時刻，使成習慣，母與小兒，兩得其利。初生兒每二三小時，授乳一次，夜間初與日中同，後漸減少，使母得安眠。

授乳畢，宜即移小兒於別床，決不可與母同臥，否則易致種種危險。

乳頭短或陷入者，宜時時撮以手指而延長之，乳房扁平者，亦難授乳，宜以手揉引之。

生母自己授乳，固屬最佳，若乳汁分泌極少，不足供小兒之營養，或母患精神病，肺癆，梅毒，癩病及他種傳染病，恐傳染於小兒，不適自己授乳時，不得已始用乳母。但因營養不良而乳汁少者，則宜勉力於營養，以謀自己授乳。又乳汁雖少，亦宜授乳數日，數日後，或能漸次增多，即不然，亦有使子宮容易復原之利。母體患熱病，下痢或中毒時，未全愈前，宜暫停授乳。

生母不能自己授乳者，宜以法蘭絨襪包乳房，減少飲食，通利大便。乳房膨脹時，用吸乳器（藥房中有之）吸出乳汁，若分泌尚多，可貼冰囊於乳房。

授乳時期，通常約一年，至將近一年，月經自至，乳汁亦減少，若授乳期中妊娠，宜即停止授乳。

乳汁之量與成分（即構成乳汁之物質），隨精神上及營養上之影響而變更。故授乳期中之衛生，不但關於母身自己，小兒亦受其影響。精神感動之對於乳汁之影響，實屬可驚，因一時之悲哀驚怖，而乳汁卒然全無者，其例不少。即不然，亦減其量，或變其成分，致小兒蒙極大之影響，故在授乳期中，精神務宜安靜，避過度之感動。

食物與乳汁，亦有密切之關係，宜嚴守妊婦之衛生章中所揭各條，務使消化佳良，營養旺盛。下痢與便秘，均影響於乳汁，宜時時調節之。

在授乳期中，除醫生之處方外，不可亂服他藥。因多數之藥品，能由乳汁中分泌而出，小兒亦受其作用，故小兒須服藥時，往往令母代服。

適度之運動，雖能使乳汁增多，然亦不可過度運動，因發汗多而乳汁之量減少也。乳房受寒，乳

汁亦減，宜常用絨布包之，但不可緊縛。

授乳之前半期中，夫婦避同衾，可免因妊娠而停乳過早，小兒受益非淺。授乳期中，月經即至，無需停止授乳。既至授乳期將終，宜漸漸廢乳，頓時絕乳，小兒非常不利。完全廢乳後，以軟布輕包乳房，若尙膨脹，宜減少飲食物，通利大便。

第二章 初生兒之狀態

據歐洲之統計，初生兒之身長，男子平均四九·六釐，女子平均四八·三釐，體重三千至三千五百克。我國雖未有精確之統計，據某醫學家之報告，身長男子平均四八·八釐，女子平均四八·一釐，體重男子平均二九〇·四克，女子平均二七三·二克。娩出後，最初之三四日，體重略減，後則漸增。

體溫在初娩出時，稍高，過攝氏三十七度，暫時後，即降至三十六度以下。第二日後，更昇至三十七度以上。脈搏每分時百二十至百四十次，呼吸每分時三十二至四十四次。小便有至第二日始泄者，初回之大便，名胎便，爲綠色之粘液，概在第一日中泄之。第二回以後之大便，狀似半熟卵，殆無臭

氣，每日約排泄二三次。

臍帶約至第五六日始脫落。有產瘤者，無論大小，五六日後，亦悉消退。

第四章 初生兒處置法

初生兒易生疾病，病時易致危險，須注意保護之。體質薄弱之小兒，與未足月而產出者，尤宜注意。茲揭初生兒處置法之大要如下。

(一) 清潔法 小兒最宜清潔，每日須入浴一次，浴法與娩出後之初浴同，浴水之溫度，以攝氏三十五六度爲最適當，用良質之肥皂，摩擦而洗之。但洗顏面之水與手巾，不可與洗身體者通用。浴水稍冷，宜即添加熱水。入浴之時間，不可過十分鐘。浴畢，納小兒於乾燥之大毛巾中，拭乾之。頸、腋窩、肘、股間等皮膚多皺襞之處，宜撒滑石粉，然後着以衣服。衣服宜預先加溫而後着之。

小兒之口腔，宜常用軟布濕清水拭淨之，宜注意舌、口蓋等有無白點。眼之分泌物，亦宜注意，若分泌物多，或變膿狀者，速請眼科醫生診治。

每入浴畢，宜注意臍部，有無出血或紅腫，若有之，宜醫治，若無異狀，則以五十倍硼酸水清洗臍部，更撒硼酸末於臍帶斷端，以紗布被包之。每入浴一次，須換新紗布。其紗布爲小便所污穢者亦然，更用硼酸水重洗臍部。

襁褓爲大小便污穢時，宜卽換預溫之清潔者，臀部、股間等處，若有污痕，用布片清拭之。至滿三個月以後，宜時時促其大小便，以防污及衣服，但不可露出腹部，致受寒氣。

(二) 小兒之衣服 宜用法蘭絨等輕暖之品，夏季則用棉布，須寬大，過小不但妨礙其發育，換衣時，不能迅速，易受感冒，且往往有折斷手腕之危險。緊縛身體之帶與鈕釦，亦不可用。

小兒之衣服襁褓，均宜用新者；若不得已而用舊物時，須先置熱水中沸煮半小時，然後乾燥而用之。衣服過厚與過薄，均有害，宜應季節，晝夜，晴雨等，斟酌其宜而用之。色宜淡，令易發見污穢。

小兒在室內，無需戴帽，外出時方戴之。冬季宜用輕暖之毛絨編織物，溫季則用輕質之涼帽，均不可多置裝飾品，致增其重量。夏日外出時，更須用傘遮日光。

(三) 臥床及居室 小兒與母同臥，易致種種危險，宜設小床於母床旁而臥之。小床上所用

之被褥及枕，均須柔軟，被不宜重。冬季入湯婆子於被中以暖之，但亦不宜過暖，過暖則發汗多，易致虛弱。夏秋須設蚊帳，以防蚊蠅，且宜避強烈之日光。小兒在哺乳期中，宜側臥，且常左右交換。因小兒不時吐乳，側臥可使乳汁易流出口外，不致誤入氣管。

小兒之居室，以光亮者爲宜，因光線與小兒之發育，有密切之關係，況黑暗之室，易致不潔，但太陽之直接光線，即在冬季，不可照於小兒之顏面。室中之空氣須流通，冬季宜用火爐，更不可喧噪，致妨小兒之睡眠。室中不宜有煤煙與臭氣，夜間之燈光，不可直照小兒之顏面。

(四) 小兒之飲食 生母自己授乳之利益，及授乳方法，前已述之矣。若第一回授乳時，小兒不能吸乳，則搾出乳汁，點數滴於其舌上，然後哺之。授乳時，乳房切不可閉塞小兒之鼻孔。小兒因感冒，鼻孔通氣不暢者，宜時時引出乳頭，使休息，授乳中，母不可入睡，否則易致危險。

據近時泰西學者之報告，母之乳汁中，含有預防種種傳染病之物質。乳兒之患麻疹、傷寒、紅痧等者甚少，即係此故。乳兒體質，頗極薄弱，苟罹此等傳染病，非常危險，今母乳能預防之，豈非天然之保祐哉。

小兒應廢乳之時期，各學者無定說，大概以一年左右為最適當。視小兒之發育狀況，而伸縮之。又廢乳不宜在夏季，因夏季之消化機能薄弱，易發生胃腸病也。將廢乳時，宜漸減授乳之回數，而代以牛乳，半熟鷄卵，粥湯等易消化之食物，決不可急速廢除，恐發生胃腸病也。

不得已而雇用乳母，則乳母之選擇，務須謹慎。年齡當在二十歲以上，三十五歲以下，性質須溫良，體格須強壯。性質粗暴浮薄，體質羸弱有畸形者，容貌惡醜者，好酒者，重聽者，有狐臭者，肥胖過度者，患梅毒，癩病，肺癆，精神病，慢性皮膚病，傳染病等者，不可用。乳母所生兒之健否，亦須注意，已死者，須調查其病症，生母與乳母之分娩日期，相差不可過二月以上。乳母之乳房發育狀況，尤須注意，乳房小者，乳汁概不多，乳汁稀薄者，滋養分少，均不適用。

生母不能自己授乳，又急切不得適當之乳母時，不得不暫用獸乳，以哺育小兒。獸乳中以驢馬及山羊之乳最佳，牛乳次之。均須用新鮮者，煮過後，加糖少許而哺之。藥房有特製之哺乳器，使用前，須用開水清洗。罐頭牛乳，品質多不良，不宜用。獸乳較人乳消化稍難，故用以哺育小兒，宜略加水。生後最初三星期，每獸乳一分，宜加水三分，第四星期至第八星期，每獸乳一分，加水二分，第三月至

第五月，獸乳與水對混，第六七兩月，每獸乳二分，加水一分，第八月以後，可用純乳。加糖之量，每水乳混合液百分，約加糖四分。小兒消化不良者，加水之量，宜稍增多。乳液之溫度，宜與體溫（攝氏三十七度）相近，過熱與過冷，均有害。

小兒每日所需之乳量，第一日約五十克，第二日約一百五十克，第三日約二百克，第三星期約四百克，第十星期約八百克，第三十星期約千克。後更增多，但須視小兒之消化狀況而加減之。

我國習俗，小兒娩出後，即飲以三黃湯，意在解除胎毒，使早泄胎便。果有胎毒，是等藥物，萬無解除之効，胎便則母之初乳，已能使之早泄，此舉實有害無益，宜廢除之。

第四編 妊娠病理

妊娠之婦人，身體起種種變化，生殖器變化尤甚。此等變化，乃係婦人生理上應有之現象，不得謂之疾病。然亦有一定之界限，若過此界限，即係疾病。其界限若何，甚難說明，大概輕微之精神障礙與消化器障礙，各妊婦皆有之，不得謂之疾病。若其障礙有損妊婦與胎兒之健康，或危及生命者，即係疾病，宜醫治。

患病之婦人，妊娠後，其病易加重，胎兒或亦蒙其障礙。又婦人在妊娠期中，因身體既受變化，較平時易罹各種疾病。患病後，又較平時難愈。平時所患之病，因妊娠而減輕或治愈者，殆絕不可得。往時肺癆病雖有在妊娠期中停止進行之說，實則不然，不過因肺癆病人，至產褥期中，突然增劇而死者甚多。故在妊娠期中，似不加重。惟多年求子不得，因此成癡狂者，妊娠之後，目的已達，住住即愈。又子宮變位病（子宮變其位置，如前屈後屈等），分娩後間有復原者，然亦甚少。

茲就受妊娠影響極大之疾病，與有極大影響及於妊娠之疾病，略述如下：

(甲) 受妊娠影響極大之疾病。

有心臟病之婦人，在妊娠中，非常危險，至妊娠末期尤甚。胃腸病與腎臟病，在妊娠期中，亦易加重。精神病更危險。赤痢、霍亂、傷寒等傳染病，在妊娠中，極易傳染。肺癆病至產褥期，往往增劇甚速，茲已述及之矣。

(乙) 有極大影響及於妊娠之疾病。

妊娠因患某種疾病，致危及胎兒，或誘起流產早產者，屢見不鮮。流產或早產時，胎兒或尙生活，或既死亡。妊婦發攝氏四十度以上之高熱，且其熱歷久不退者，胎兒大抵死亡。是傷寒症等所常見者也。妊婦因患肺病心臟病等，而呼吸、血行發生大障礙者，胎兒亦多死亡。梅毒可由男子之精蟲或女子之卵子，傳染其病毒於胎兒。天然痘（天花）可從胎盤之血行，由母傳之於胎兒。

梅毒不但可從父母遺傳其病毒於胎兒，更往往能使胎兒流產、早產、及死產。故患梅毒之妊婦，須及時請醫生療治，以保全其胎兒。

淋病（卽白濁）在妊娠期中，及於胎兒之影響甚少。然至分娩期，往往成所謂上行性淋，而危

及產婦。又含有淋毒之子宮分泌物，分娩時偶入胎兒之眼內，則發生危險之漏膿眼，因之而失明者甚多。故在妊娠期中，宜及早請醫生治愈，以預防是等危險。

妊娠期中，更易發生腎臟病。腳氣與妊娠，亦有極大之關係。即有腳氣病之妊婦，分娩後往往即愈。

第一章 妊娠中生殖器以外之障礙

以上所述，或係妊娠前既發之疾病，或係妊娠中偶發之疾病，而較是等疾病關係更密切者，乃因妊婦全身變化所引起之疾病也。茲列舉如下

第一節 嘔吐

妊婦之消化器，概有輕微之障礙。如食慾不振，嗜好變常，惡心，嘔吐等是。是等症狀，數日即退，無足介意。此等消化器之障礙，多發生於妊娠後之二三月。惡心與嘔吐，概發現於早晨空腹時。障礙之程度，若止於此，妊婦之營養，尚不致蒙其影響，無需醫治，祇須注意衛生足矣。即嚴禁不易消化之

食物，通利大便，行適宜之運動，除去緊縛身體之帶紐。早晨起床前，先飲牛乳或粥湯少許，再靜臥半小時，而後起床，可免早晨之嘔吐。若嘔吐歷久不止，或增劇不已，稍飲食即吐，胃中無物時，亦吐液體，營養衰甚，胃部覺痛，脈象細數，小便減少，精神變常，更覺煩渴者，甚屬危險，宜速請醫生診治。如此頑固之嘔吐，名曰惡阻，妊娠期中最應注意之病也。

惡阻之原因，諸說不一，大概以由於神經性者最多。往時妊婦發生惡阻時，常用人工流產術，以娩出胎兒。蓋胎兒娩出後，往往即愈。現今則非至不得已時，不用此法矣。

第二節 便閉與泄瀉

妊婦之子宮，非常膨大，腸管受其壓迫，往往便閉。或腸內發生氣體而成鼓脹，肛門生痔核，更誘發消化不良、嘔吐、不眠等症。此際每朝空腹時，宜飲冷開水一杯，或食新鮮之水菓少許，更當多食蔬菜，行適宜之運動。若便仍不通，則須請醫。

下痢因感冒或啖不消化之物而發。重症及歷久不止者，有損營養，須請醫生診治。輕症者以絨布包腹部，且禁止不易消化之食物及水菓蔬菜等，可以漸漸自愈。

第三節 小便困難

妊婦之膀胱與尿管，亦爲膨大之子宮所壓迫，故往往小便短數，且小便時覺痛，或小便閉止，或失禁。

小便短數，時思小便，及小便時覺痛者，身體務宜安靜，腹部宜溫暖，且稍飲溫牛乳或葛湯，小便閉止者，須速請醫生用導尿管導出小便，遲則危險。小便失禁者，身體宜安靜，且除去緊縛腹部之紐帶，亦須請醫生診治。

第四節 浮腫

骨盤內之血管，亦爲膨大之子宮所壓迫，致血液流通不暢。故腰部以下，往往浮腫。輕者雖無危險，若浮腫及顏面，上肢，則係由腎臟病，心臟病或貧血過甚而來，常至危險，須速請醫生診治。妊娠期中往往易患腳氣，此症亦有浮腫。

浮腫處之皮膚，呈光亮之白色，以指壓之，生凹窩，暫時後始消滅。陰唇腫脹者，難於步行。下肢浮腫者，忌直立與起坐，宜終日平臥，且高舉其脚，腫可稍退。

第五節 靜脈瘤

靜脈瘤由靜脈管之一部擴張而成。概生於大腿、足踝、腓腸部、陰唇、膝脰等處，爲青色蜿蜒之索狀物，現於皮下。生靜脈瘤者，禁坐立及步行，宜終日平臥。且以布緊縛生瘤之處，瘤大者往往破裂，致大出血，須注意。

第六節 齒痛及唾液過多

妊娠期中，往往發生齒痛。其原因在齶齒者，宜拔去之。普通之齒痛，祇需時時清潔之。若仍不止，則須請牙科醫生診治。

流涎雖屬稀有之症，一旦發生，妊婦覺非常不快，時時用冷水嗽口，可以稍減。

第二章 妊娠中生殖器之障礙

妊娠中之生殖器病，或妊娠前既有之，或妊娠後始發生。母與胎兒，均受其影響，不可不注意。茲舉其主要者如下：

第一節 生殖器之分泌液過多

妊娠期中，生殖器之分泌液，概較平時增多。若陰道或子宮有疾病，則其量非常增加，更有混血液或膿液者。宜時時用溫水洗滌陰道內外。若係淋病其分泌液有毒性，如入母或胎兒之眼內，即發生危險之眼病，尤需注意。

第二節 生殖器出血

妊娠中生殖器出血，乃常見之事，其原因甚多，最要者為子宮癌，子宮內面紅腫，陰道內之靜脈瘤破裂，流產前，胎盤剝離過早，及胎盤附着於子宮口附近等。出血多量，且不久即止者，妊婦祇需靜臥，以浸濕冷水之布，裹包下腹部。如出血多量，或不易止，或反覆出血者，須請醫生診治。然有時出血雖少量，且即止，而其後繼發大出血者甚多。故雖輕微之出血，亦不可輕視。須靜臥數日，或謂在妊娠之初期，尚有月經，此說實不確。

第三節 子宮脫出與陰道脫出

子宮由骨盆內之諸韌帶及陰道壁，懸繫於骨盆腔內。若此等韌帶與陰道壁寬弛，則子宮漸漸

下垂，或僅下部或全部脫出陰道口之外。是名子宮脫出。僅下部脫出者，名不全脫。全部脫出者，名全脫。在妊娠後第二三月，墮不全脫子宮症，往往至第四月頃，子宮漸增大，從小骨盆昇入大骨盆之時，或能自然復原。若至第四月，仍不復原，或係全脫症，妨礙大小便，妊婦異常苦楚者，宜令妊婦先排洩大小便，而後仰臥。且高墊其臀部，大概可漸漸復原。但復原後，尚需靜臥數日，否則仍要脫出。數日之後，如疾走，提取重物，及用力等事，仍須禁止。若仰臥後仍不能復原，宜速請醫生處置，脫出稍久，恐致流產早產也。此症經產婦較多於初產婦，前回產後不衛生者，尤易脫出。

陰道脫出者，即陰道之一部或全部，翻出陰道之外也。若不即納入，翻出之部分，漸漸紅腫，致不能行步。納入之法，須請教醫生。未納入前，妊婦務宜靜臥，不可多動。且時時用清潔之冷開水洗滌翻出之部分。納入以後，尚需靜臥數日。

第四節 子宮前屈

子宮底屈向前方也，多發於經產婦。骨盆狹小者，尤易發生。凡子宮前屈者，分娩之時，其分娩力之方向，改向骨盆之後壁，致胎兒難以產出。在妊娠期中，亦妨礙大小便，而發生惡心、嘔吐。甚者則致

流產，輕者用適當之腹帶纏絡，能漸漸復原。重症及有危險之現象者，須就醫。

第五節 子宮後屈

子宮底屈向後方也。大概在妊娠前，子宮既後屈，妊娠後，仍不變其位置。若至妊娠後始後屈者，概在妊娠後之第三、四月，子宮底從小骨盆昇入大骨盆之時，爲薦骨岬所阻礙，以致後屈。而大便時之屏氣，提取重物等，凡諸增加腹壓之舉動，及小便蓄積過多，仰向跌倒等，亦能誘發子宮後屈。

妊娠之子宮後屈者，子宮底向後方之薦骨，子宮頸向前方之恥骨。其甚者，子宮底竟低於子宮口。

子宮後屈者，不但妨礙大小便，妊娠進行，子宮漸漸增大，或成危險之子宮折轉症。子宮折轉者，大小便不通，骨盆內覺甚充滿，妊婦之腹部，非常膨脹。須速就醫，遲則有生命之虞。

第六節 子宮及其近傍之腫瘍

子宮之腫瘍，以肌腫與癌腫爲多。大概妊娠前已有之，其發生於妊娠之後者，不甚多。對於妊娠之障礙，後者亦較前者爲少。子宮有此等腫瘍者，胎兒大概不及足月而早產生，或因醫生欲施手術，

用人工提早娩出胎兒。

子宮附近之腫瘍，其影響於妊娠者，以卵巢腫瘍爲最多。小者障礙尙微，大者腹部爲之非常膨起，致生呼吸困難，下體水腫等症。甚者更致流產，卽不流產，將來分娩時，胎兒亦難產出。故卵巢腫瘍大者，宜及早請醫截除之，或用人工提早娩出胎兒，以免將來之難產。

第七節 乳房之障礙

妊娠期中，乳房往往紅腫，觸之覺痛。此時宜用浸濕冷水之軟布或棉花，被包乳房。又宜通利大便。若仍不愈，宜請醫生診治。

第二章 妊卵之障礙

女子之卵子，與男子之精蟲相遇，卽受胎而妊娠。此受胎之卵子，各妊卵內分胎盤、卵膜、羊水（胞漿水）、胎兒及臍帶五部。此等處發生障礙，胎兒直接受其影響。

第一節 子宮外妊娠

卵子受胎後，通常附着於子宮內，漸漸發育。若不在子宮內，而附着於腹腔、卵巢或喇叭管等而發育者，即為子宮外妊娠。從其附着之部分，別有腹腔妊娠、卵巢妊娠、及喇叭管妊娠等名目。三者中以喇叭管妊娠最多，卵巢妊娠最少。妊卵自初即附着於腹腔而發育者極少，所謂腹腔妊娠者，大概由卵巢妊娠或喇叭管妊娠轉移而來。

卵子無論附着於三者中之孰一而發育者，不但生成胎盤及卵膜，與子宮內妊娠同，且子宮亦漸漸肥大，而其內膜變為脫落膜、乳房、外陰部等之變化，悉與尋常妊娠同。

喇叭管妊娠之胎兒，如在妊娠之初，即死亡而變為石灰質者（軟部悉吸收，惟餘石灰質），無大害。若至妊娠後三四個月，而妊卵破裂者，往往誘發危險之腹腔大出血，致奪妊婦之生命。妊卵破裂時，突然覺劇痛，往往失神。喇叭管妊娠之胎兒，至成熟而產出者甚少。

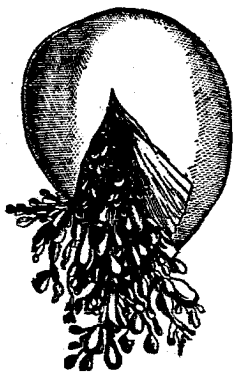
由卵巢妊娠或喇叭管妊娠轉移而來之腹腔妊娠，其胎兒多已死亡，軟部漸漸吸收，惟餘石灰質。卵子自初即附着於腹腔之腹腔妊娠，其胎兒往往能完全成熟。至妊娠末期，破開腹壁，可得生活之小兒，腹中已死亡之胎兒，在腹中腐爛者，實不多見。

全身現妊娠徵候，而子宮近傍，發生增大極速之軟塊者，大概係子宮外妊娠，宜速請醫生確斷，而定處置之法。

第二節 葡萄狀肉塊

因脫落膜變常，而其絨毛變為無數大小不同之塊，以細莖互相連繫者，名葡萄狀肉塊，一名鬼胎。此變化若限於脫落膜之一部，胎兒尙得生活。若偏及脫落膜全部，則胎兒死亡，漸漸吸收，子宮內惟留葡萄狀肉塊。此肉塊之發育，較妊卵速，故子宮之增大亦速。從子宮出來之時，往往起大出血，危及妊婦之生命。故妊婦之腹部，膨大異常急速者，宜及早請醫生診察是否葡萄狀肉塊，以謀相當之處置。

第六圖 葡萄狀肉塊



第三節 羊水過多

羊水過多者，一名羊膜水腫。子宮膨大為圓形，觸之現波動，不能分別胎兒之部分。妊婦因腹部

非常膨大，幾不能行走。此時宜緊縛腹部而靜臥，若仍不能減輕，須請醫生診治。

第四節 胎盤變常

胎盤變常有數種，或發育不足而甚薄，或發育過度而太厚，或分裂爲二，或生腫瘍，或變化如鬼胎，或因傳染梅毒而紅腫。

至妊娠末期，胎盤先剝離者，往往起危險之大出血。胎盤附着於子宮下部者，尤易剝離過早。

第五節 臍帶變常

臍帶往往過長或過短，兩者於胎兒均有不利。而過長之害，較過短更多。蓋臍帶因過長而絞繞成結，往往危及胎兒之生命也。

第六節 胎兒死亡

凡妊婦患急性之傳染病（如霍亂、赤痢等）、心臟病、肺病、梅毒、重症貧血、外傷、重症子宮病等，及胎兒患梅毒、天花等，或卵膜、胎盤、臍帶變常者，胎兒往往死亡。胎而死後，不久即排出，因是而危及妊婦者甚少。

第五編 分娩病理

第一章 分娩時期之變常

第一節 流產及早產

流產與早產，均係胎兒尙未完全成熟，而早期產出也。兩者之別，在產出之小兒，能在母體外生活與否。即在妊娠第二十八星期以前產出者，爲流產。產出之小兒，大概已死，卽不然，不久亦卽死亡。在妊娠第二十八星期以後第三十八星期以前產出者，爲早產。產出之小兒，如養育得宜，尙得生活。第三十八星期之後產出者，爲尋常分娩。

流產與早產之原因，或在妊婦，或在胎兒，而前者較多於後者。其原因中最多者，卽上文致胎兒死亡之諸原因。蓋胎兒死後，不久卽排出子宮外也。而是等原因，其程度或不至致胎兒於死亡，亦能使之流產。早產諸原因中之最多者，梅毒也。此外精神上之感動，例如恐怖、驚愕、營養不良、勞動過度，

重症生殖器官病（如子宮變位，發生腫脹等，子宮直接受刺戟（如摩擦、冷熱等，及跌倒、房事），均能使胎兒流產或早產。

胎兒受上記各種原因之影響後，即時流產或早產者甚少。大概經若干日後始出。妊娠初期之子宮出血，常為流產之預兆，須注意之。此出血初僅少量，一二星期後，漸漸增多，遂致流產。間亦有初時即出血多量，急速流產者。

妊娠末期之流產或早產，與尋常之分娩，殆無大異。妊娠最初期之流產，則與月經相似，妊婦往往心以為月經，不知其流產也。至妊娠後之二三月，則流產時覺痛，與痛經相似，且有大出血，往往危及生命。妊卵完全排出後，出血即止。若有胎盤或卵膜之一部分，胎留子宮內，則出血歷久不止，或更從子宮傳入病毒（即發生疾病之微生物）。此時子宮損傷，微生物容易從傷口侵入，非常危險。妊娠初期之流產，尤易胎留胎盤或卵膜之一部分於子宮內。至妊娠第五月以後，流產之情狀，漸與尋常之分娩相似，流產前之出血亦漸少。

胎盤或卵膜之一部分，留於子宮內者，非請醫生除去之，子宮不能復原，出血亦不止。妊卵完全

排出者，五六星期後，子宮即完全復原。

妊娠末期之流產，早產，所異於尋常分娩者，因胎兒尚小，概易產出，即胎兒橫生，亦無需施手術。流產中途停止，妊卵繼續發育，至正當之分娩期而產出者，亦非稀有之事，故妊婦發現子宮出血或疼痛時，未必一定流產。

欲預防流產，宜避去流產之原因。例如妊婦患梅毒者，須及早請醫生療治。又妊婦須嚴守各種衛生（詳見第一編）。然胎兒既死亡者，宜速使之排出。

在妊娠初期，發現子宮出血時，概為流產之預兆。速施相當之處置，或可免流產。須令妊婦平臥，以浸濕冷水之布，覆包下腹部。無論大小便與飲食，均不可起坐。精神務宜安靜。大便閉結者，速請醫生施灌腸法（灌入藥水於腸中，以通大便，較服瀉藥妥當）。若幸而出血即止，尚須繼續平臥一星期。起床過早，往往復發。初時出血甚多者，平臥後仍不止者，宜請醫生診治。

妊婦因失血過多，而顏色蒼白者，宜減低其枕，且飲以葡萄酒少許。

妊婦罹妊娠初期流產後，至少須平臥十日，其後尚需靜養數日。起床或勞動過早，易發生大出

血及子宮病。此時之處置，應與尋常分娩後之產褥婦同（詳見第三編）。

妊娠第五月以後之流產，概無出血之預兆，初發時腹痛，與陣痛相似。若及早平臥，安靜身體，往往能中途停止。疼痛如不止，則大概不能免，宜速聘請產婆。因此時之流產，早產，情形與尋常分娩相似，必須請產婆處置。產出後之處置，悉與尋常產褥婦同。

第二節 晚產

至妊娠第四十星期後始分娩者，名晚產。但胎兒既死於胎中而排出較遲者，不得謂之晚產。因誤算分娩日期，致以尋常之分娩作晚產者，亦往往有之。晚產之時，因胎兒發育過大，較尋常之分娩稍難，餘悉與尋常分娩同。

胎兒成熟而分娩時，須娩出力（即產出胎兒之力，即陣痛、腹壓、及陰道之收縮力三者是也。前二者甚重要，後者關係較少）。娩出力勝於產道（胎兒產出時之經路）。胎兒及其附屬品（臍帶等）之抵抗，胎兒方容易產出。若娩出力微弱，或產道狹小，胎兒過大或橫生等，其抵抗強大，胎兒即不易產出，致成難產。茲分章記述如下：

第二章 娩出力之變常

第一節 陣痛微弱

陣痛乃由子宮之收縮而起，如子宮之收縮力微弱，收縮之時間短，間歇之時間長，則陣痛微弱，分娩緩慢矣。

陣痛微弱之原因甚多，其中屬於子宮自身者，（一）因身體衰弱或患疾病，致子宮肌發育不良。（二）子宮變位。（三）畸形子宮。（四）生產過多。（五）因前回產後不衛生，致子宮寬弛。（六）子宮有腫脹或癥痕。（七）子宮擴張過度等。

不屬於子宮自身者，（一）因濫用腹壓，致起疲勞。（二）因大小便不通，致下腹部充滿。（三）內臟之疾病。（四）精神感動等。諸原因中濫用腹壓之事，初產婦最多。是以初產婦之陣痛微弱，亦多於經產婦。因產婆處置不宜，致陣痛微弱者，亦常有之。例如分娩稍困難者，初時即令產婦用力併氣，及至中途，力已用盡，陣痛遂漸漸微弱。故若由於上記各原因之陣痛微弱，則自分娩之初既然。若

陣痛中途之微弱，概由產婆之處置不善而來。

陣痛微弱者，分娩必緩，子宮不易開大，陣痛時卵胞不十分緊張，胎兒易動，先進部（最先產出之部分）不易下降。在開口期，如陣痛微弱愈甚，或全然停止者，分娩往往中止。此時宜令產婦安眠，熟睡後，陣痛微弱之原因，或可除去，而另起有力之陣痛，即便分娩者，常有之。若其原因在子宮壁之疾病，則睡後陣痛，仍不能增強。

開口期中陣痛微弱者，不過遲延分娩，其害尙少。若至娩出期而陣痛微弱，產道受胎兒之壓迫，以致損傷。小兒之生命，亦頗危險。此時之陣痛微弱過久，往往變爲子宮麻痺，致全無陣痛，分娩全然停止，甚屬危險。至後產期而陣痛微弱者，往往發生子宮大出血，亦頗危險。

陣痛微弱者，其危險既若斯，故一見陣痛微弱時，宜速請產科專門醫生處置，以防患於未然，最爲重要。預防法如下：（一）營養不良者，在妊娠期中，即嚴守衛生法（詳見第一編），且多食滋養品。（二）精神上有苦痛者，家人務安慰之。（三）有子宮病者，宜早請醫生療治。（四）產後嚴守衛生，防下次生產時致陣痛微弱。（五）陣痛開始時，先排泄大小便。（六）在開口期中，不可併

氣。(七)至娩出期，宜乘陣痛之時，用力併氣。此皆預防陣痛微弱之要則也。

如開口期中之陣痛微弱，產婦宜暫緩就床，徐徐步行於室中。或稍進適當之食物。大小便不能隨意泄出，而覺膀胱或直腸（腸之近肛門部）中充滿者，宜速設法排除之。

如娩出期或後產期中之陣痛微弱，可行子宮底摩擦法，或有增強之希望。其法貼手掌於腹壁上子宮底之部分，每隔一定時間，輕輕摩擦之。產婦之氣力衰弱者，更與以濃茶，咖啡或葡萄酒一杯，往往收意外之效果，但葡萄酒不可多飲，若此等方法均無效，或發生危險之現象，宜速請醫生，用手術娩出胎兒或胎盤。

第二節 陣痛過強

陣痛過強者，分娩太速，產道及會陰（陰道與肛門間之部分）往往受極大之損傷。若骨盆狹小，或兒頭過大，不易進入骨盆內者，子宮或竟破裂，產婦或因疼痛過劇而失神，胎兒或因受強力之壓迫而氣閉，甚屬危險。

陣痛過強之原因，爲子宮之神經敏銳及遺傳性等。

陣痛過強時，產婦宜側臥，則減輕腹壓。此時若依舊法，產婦或立或坐而分娩，產道及會陰之損傷，必甚大。新法產婆有會陰保護法以保護之，損傷可減輕不少。

娩出期中之陣痛過強者，至後產期，子宮肌已疲勞，陣痛多反微弱。

第三節 痙攣性陣痛

陣痛之發作時間長，間歇時間短，且在間歇時，子宮亦不寬弛者，名痙攣性陣痛。此時胎兒不下降，常止於一定之處。母與胎兒，均甚危險。痙攣性陣痛更增進，至陣痛無復間歇之時，胎兒不再下降，是名子宮硬直。

痙攣性陣痛之原因，（一）產道之障礙，例如陰戶或骨盆特別狹小。（二）羊水早漏。（三）重症之子宮病。（四）特別胎兒，例如橫生、過大、畸形、雙胎、腦水腫。（五）神經性產婦（產婦之神經非常敏銳者）。（六）膀胱充滿。（七）產婆處置不善。

發生痙攣性陣痛時，產婦非常苦痛，往往發生失神、嘔氣、嘔吐、呼吸促迫、全身發熱等症狀。胎兒亦多氣閉而死。至後產期而發生痙攣性陣痛者，妨礙胎盤之排出，往往致大出血。

發生痙攣性陣痛時，令產婦溫浴，或可稍圖輕減，一方速請醫生處置。

第四節 腹壓變常

分娩時之腹壓，能補助陣痛，娩出胎兒。若無腹壓，胎兒殆不能娩出。初產婦尤須借助於腹壓。腹壓過強者，不過會陰易受傷，別無障礙。延請新法產婆，則有會陰保護之法，可毋顧慮。腹壓微弱者，往往遲延分娩，危於產婦或胎兒，須注意。

腹壓微弱之原因，（一）產婦身體衰弱。（二）有肺病。（三）腹部有腫瘍等。又腹壓本不微弱，由濫用而成疲勞，結果與腹壓微弱同。亦能遲延分娩。例如在開口期中，即令產婦用力併氣，以增加腹壓，及至娩出期，腹部之肌肉已疲勞，腹壓反因之微弱矣。

第三章 產道異常

第一節 骨盆狹小

骨盆狹小者，雖胎兒之大小尋常，位置正當，尙難通過。而骨盆狹小之程度，可分三種如下：

一 非施手術，則成熟之胎兒，決難娩出者。

二 胎兒雖可娩出，而產婦或胎兒，必受損傷者。

三 胎兒之位置正當，則無妨礙。若胎兒位置稍有異常，較尋常骨盆之人，障礙更多者。

婦人之身體矮小者，骨格纖弱者，行步蹣跚者，骨盆以外之體格有異狀者，及以前或現在有骨質病者，宜在妊娠期中，須請醫生精密測量骨盆，是否狹小。如確係狹小，分娩時須請產科專門醫生，任處置之職，以防危險。

上記三種狹小骨盆中，屬於第三種者，若胎兒之位置正當，娩出力強大，則不過分娩稍緩，產婦與胎兒，尚可不受損傷。屬於第二種者，分娩時產道如受大損傷，且容易發生痙攣性陣痛，乃至陣痛漸漸微弱，或竟全無，甚至子宮破裂。胎兒多在分娩中死亡，即不死，必生極大之產瘤，或致骨頭折斷。屬於第一種者，非請醫生施手術，決不能娩出小兒。此時如欲保全小兒之生命，須請醫生剖開產婦之腹壁與子宮，以取出小兒。或胎兒已死亡，或產婦不願行此手術，或產婦因衰弱及有病，不勝此大手術者，則不得不穿破胎兒之頭顱，或截斷胎兒之四肢，或切斷胎兒之頭頸，犧牲小兒，以救母

命。

第二節 子宮及陰道之畸形

子宮之複雜畸形，往往遲延分娩。陰道之複雜畸形，常妨礙胎兒之娩出。

第三節 子宮頸變硬

子宮頸因腫脹而變硬，難以擴大者。分娩之時間，需長久，往往危及胎兒。此症老年之經產婦與三十歲以上之初產婦最多。硬變甚者，非經醫生切開子宮頸，亦不能娩出胎兒。

第四節 子宮口狹小或閉鎖

子宮口狹小或閉鎖者，非請醫生用手術擴開之，子宮頸往往破裂。

第五節 陰道狹小

陰道狹小，大概係先天生成。年長之初產婦，因其陰道壁既硬，不能擴大者，亦有之。或因陰道生外症受損傷，致陰道壁之一部或全部癒着，以致狹小。或因陰道內生腫瘍，以致狹小。狹小甚者，不但妨礙分娩，陰道往往破裂，發生大出血，甚屬危險。故若知陰道狹小者，在妊娠期中，宜請醫生診療。

第六節 子宮位置異常

子宮向前或左右屈者，陣痛之時，子宮之收縮力，不向正當之產道方向壓迫，致胎兒難以娩出。子宮之位置異常者，發生陣痛後，就床宜稍早。前屈者仰臥，右屈者左側臥，左屈者右側臥，或可稍復原位。但此法須行於破水以前，方能有效。

第七節 產道附近各機關之障礙

產道附近各機關之障礙，雖不得謂之產道異常，然其妨礙分娩則同，故附記於此。

膀胱充滿 發生陣痛時，產婦宜即小便。若忘之，及入娩出期，兒頭既固定，壓迫尿管，不能再隨意泄尿。此時如未泄尿，則膀胱充滿，緊張而為球狀，現於恥骨之上，妨礙分娩。即不然，亦致陣痛微弱，遲延分娩。此時產婦宜將身體向前方強屈，小便或可泄出，若仍無效，須用導尿管導出之。

直腸充滿 直腸中蓄積糞便時，亦能使產道狹小，妨礙分娩。故在發生陣痛之初，產婦宜即大便，至分娩已進行，不能再隨意泄糞，須用灌腸法排出之。

卵巢腫瘍 卵巢腫瘍之大者，妨礙分娩。宜在妊娠期中，早請醫生割除之。

第四章 胎兒及其附屬物之異常

第一節 胎兒位置異常

通常之分娩，胎兒概取縱位（胎兒之直徑，與子宮之直徑相一致）。縱位中以後頭位（後頭當子宮口，最先產出）爲最多，分娩亦最易。其餘之縱位（前顛頂位、額位、顏面位、骨盆端位等，各以當子宮口之部分命名），分娩已稍難。橫位（胎兒之直徑，與子宮之直徑，成直角）與斜位（胎兒之直徑，與子宮之直徑，成鈍角或銳角）更無論矣。

前顛頂位與額位，新法產婆有法變更之，使成後頭位而分娩，能免許多危險。卽不能變其位置，此時最可慮者，爲會陰之破裂，新法產婆亦有方法以保護之，勝於舊法產婆多矣。

在分娩前，醫生或產婆，若診定胎兒爲顏面位，當發生陣痛後，宜及早就床，蓋顏面位所最忌者，爲破水過早也。

骨盆端位之胎兒分娩時，產婦與小兒，均多危險。在產婦方面，（一）因分娩遲緩，會陰難保護

完全。(二)往往需施手術，易傳染疾病（即微生物從傷口侵入，發生疾病）。(三)兒頭未娩出前，胎盤先剝離。致出血多量。在胎兒方面。(一)易折斷四肢。(二)當子宮口之部分過小，以致破水過早，羊水之大部流出，致分娩遲延。(三)臍帶受壓迫，蓋胎兒未產出前，須藉此以行呼吸，若臍帶受壓迫，胎兒之呼吸斷絕，須臾即死。而骨盆端位之胎兒分娩時，臍帶最易受壓迫。故在妊娠期中，醫生或產婆若診定胎兒係骨盆端位者，分娩之時，須請產科專門醫生處置。

骨盆端位中，臀部先出者，分娩尙易。膝或足先出者，初時產道不十分開大，難通過胎兒之肩胛與頭，尤屬危險。

胎兒之直徑，與子宮之直徑，成正真之直角者甚少，大抵稍稍傾斜。故正真之橫位極少，普通所謂橫位，乃概括橫位與斜位於其內。

橫位更從兒頭所在之部分，分爲二種。兒頭在母之左側者，名第一橫位。兒頭在母之右側者，名第二橫位。破水之後，體向已定，胎兒之背，向母之前腹壁者，名第一體向，向母之脊柱者，名第二體向。橫位之胎兒，除骨盆尋常大而胎兒非常小者，胎兒尋常大而骨盆非常廣者，可不施手術，安全

娩出外，若胎兒與骨盆，均係尋常大者，則非施手術，不能娩出胎兒。若胎兒較尋常稍大，或骨盆較尋常稍小，危險尤甚。斜位之胎兒，與縱位相近者，間或因破水以前之陣痛，卵胞破裂時羊水之急流，有自然變爲縱位者。

橫位之胎兒，分娩之時，若斯危險。故在妊娠期中，若由醫師或產婆，診定胎兒確是橫位，則分娩之時，須請產科專門醫師處置。醫師或可用手術迴轉其胎兒，使成頭位或骨盆端位。醫師未至前，產婦宜早就床而側臥，務減輕陣痛，以防卵胞破裂。大小便未排泄盡者，宜早排去之。

第二節 胎兒狀態異常

胎兒之全體，發育過大者。分娩時之障礙，與胎兒尋常大而骨盆狹小者同。輕者不過遲延分娩；重者，非施手術，不能娩出。

胎兒之一部分特別過大者，亦妨礙分娩。就中因腦水腫而兒頭增大者，障礙最甚。腹部有腫瘍腹水等而膨脹者次之，然因此須施手術者，究竟不多。

胎兒之複雜畸形，雖甚罕見，若有之，亦妨礙分娩。其種類甚多，不及備載。

第三節 破水過遲

子宮口既完全開大後，卵膜尙甚強固，不自破裂者，亦遲延妨礙分娩。須用人工破裂之，此手術名人工破水術。

人工破水術，不但子宮口既完全開大，卵膜尙不自破時用之。子宮口雖尙狹小，而卵膜與子宮壁之間，非常寬弛，卵胞膨出子宮口外者，有羊膜水腫者，胎盤附着於子宮口近傍者，皆可應用此手術。

第四節 臍帶脫出

臍帶脫出，並不妨礙分娩，不過胎兒危險耳。胎兒既死亡者，臍帶雖脫出，可置勿顧。故臍帶脫出時，當先驗其無有搏動，以定胎兒之生死。但試驗之時間，至少需十秒鐘，決不可因一秒時無搏動，卽斷定胎兒已死。

胎兒取橫位或骨盆端位者，臍帶雖易脫出，而危險較胎兒取頭位者少。因頭位外之各種位置，胎兒先進部（卽最先產出之部分）之壓迫臍帶，爲力較小也。

胎兒取頭位時，臍帶先脫出者，若卵胞尙未破，產婦可高墊骨盆部，向臍帶脫出之側而臥，臍帶或可自然回入。若無效，則不得不請醫師產婆，用手術納入之。但施手術以前，宜先行前法。蓋手術雖小，若能避之，總以避去爲安。

胎兒取骨盆端位時，臍帶脫出者，並無十分之危險，無需行上記之方法手術；蓋回入後，仍即脫出也。

第五節 臍帶纏絡

分娩時，臍帶往往纏絡胎兒之頸胸四肢等，或跨於胎兒之兩股間。臍帶長而纏絡祇一二回者，大概不生障礙。若臍帶短，或纏絡之回數多者，則臍帶因牽引太甚，血液不能流通，致胎兒不能呼吸（胎兒呼吸，由臍帶之媒介，母體代之），往往氣閉。此時須請醫師或產婆解除其纏絡。若不能解除，可截斷之，速娩出胎兒，結紮其截斷端。

臍帶纏絡之原因，多因臍帶過長，故纏絡之回數少者，大概無妨礙。

第六節 臍帶斷裂

胎兒於無意中急速娩出時，例如因產婦起立或上廁，而胎兒突然娩出者，臍帶往往斷裂。即在產床分娩時，如臍帶過短，亦易斷裂，臍帶脆弱者，尤然。

臍帶之中部斷裂時，出血少，且易結紮。於胎兒臍部相近之處斷裂者，出血甚多，往往危及胎兒之生命，且不能結紮，危險最甚。於胎盤相近之處斷裂者，亦較斷於中央部者危險。如能結紮，須請醫師或產婆結紮之。

臍帶即不斷裂，若因甚短，胎兒娩出時，牽引太甚，妨礙其血液流通者，亦須截斷之，結紮其截斷端。臍帶過短者，分娩時不但因牽引太甚，妨礙臍帶之血液流通，又能使胎盤剝離過早，致使子宮翻轉，為害甚多。

第七節 胎盤之位置異常

胎盤有時不附着於子宮內通常之位置，而附着於子宮口之近傍，此種胎盤，特名曰前置胎盤。產婦有前置胎盤者，分娩時，往往發生大出血，甚屬危險。

妊娠第八月以後，子宮口漸漸開大時，附着於子宮口近傍之胎盤，亦漸漸從子宮剝離，常有少

量之出血。此出血逐漸增多，至發生陣痛，而子宮急速開大時，胎盤亦急速從子宮剝離，致出血多量，危及產婦與胎兒。

前置胎盤中，胎盤適當子宮口者，名中央前置胎盤。胎盤緣與子宮口齊者，名側前置胎盤。前置胎盤症，經妊婦較初妊婦多。至妊娠末期，常出血不止者，大概係前置胎盤。宜即請醫師診察，而乞其處置。至發生陣痛後，方知前置胎盤者，產婦宜靜臥，速請醫師處置。雖或出血一時停止，亦不可起床。若出血不止，而卵胞突出子宮口外者，宜請醫師或產婆用人工破裂之，從速娩出胎兒。

在出血中，產婦欲飲食時，宜與冷物，不可用溫熱者。出血過多，顏色蒼白，脈象細弱者，宜飲葡萄酒少許。

前置胎盤之出血，非至分娩畢事，無法全止。

第八節 胎盤剝離過早

胎兒未娩出前，胎兒先從子宮剝離時，產婦與胎兒，均甚危險。前節所記前置胎盤之出血，亦可作爲胎盤剝離過早之一。

胎盤剝離過早者，產婦宜靜臥，不可稍動，速請醫師用人工娩出胎兒。

第九節 胎盤娩出過遲

我國舊法接生，胎兒娩出後，即用撮胞法，以娩出胎盤，此實非常危險，一恐拉動他臟器。二恐拉破大血管，致發生大出血。三恐拉破胎盤，致其一部分殘留於子宮內，日後腐爛，易發生大出血。況舊法產婆之手，並不消毒（即殺滅附着之微生物），不幸而微生物從子宮之傷口（產後之子宮必有傷口）侵入，危險更甚矣。故新法接生，胎兒娩出後，通常惟用子宮底摩擦法（即摩擦子宮底，使胎盤容易從子宮剝離），以促胎盤之娩出。蓋胎兒娩出後，不久即發生後陣痛，自然能娩出胎盤。若後陣痛微弱，胎盤遲不娩出，則恐發生大出血，除子宮底摩擦法外，亦須另用他法，以娩出胎盤。普通所用者，為克列台氏法，乃於發生後陣痛之時，乘子宮硬固之際，以一手或兩手，從腹壁上握子宮底，壓向骨盆內薦骨之凹處，使胎盤剝離。此法行之過早，胎盤亦易破碎，致一部分殘留於子宮之內。胎兒娩出後，須俟之半小時，如胎盤尚不娩出，方可應用此法。撮胞之法，新法接生雖間亦用之，因有上記種種危險，非至萬不得已時（即用克列台氏法尚無效時），決不輕用。且此法須醫師行之，產婆

不能試。

骨盆狹小者，胎盤過大者，膀胱充滿者，及子宮頸痙攣者，亦能妨礙胎盤之娩出，各須注意。

第五章 分娩中之生殖器損傷

第一節 會陰損傷

年長之初妊婦，當分娩時，會陰有癍痕而不能十分伸展者，胎兒過大者，兒頭急速娩出者，會陰往往受損傷。舊法接生，因無會陰保護法，其損傷尤重。

會陰裂傷之起於大陰唇之後連合，至會陰之中部而止，不及肛門者，名不全破裂。自大陰唇之後連合，直達肛門者，名完全破裂。祇會陰之中央部現裂傷者，名中央破裂。裂傷達於深部者，此部肌質，亦受損傷。亦有會陰之表面，並無傷痕，祇傷深部之肌者。

會陰裂傷之甚者，陰道之周圍亦裂傷。傷及陰道之前壁者，往往發生大出血，甚屬危險。會陰裂傷時，宜即縫合，愈速愈佳。

第二節 陰道損傷

陰道之下部，常與會陰同時裂傷。其上部與中央部，亦往往生縱裂傷、橫裂傷、斜裂傷等。其原因大概爲兒頭過大，或兒頭之大面積通過陰道而生。醫師施各種產科手術時，陰道亦往往受損傷，其損傷大者，更侵及膀胱、直腸、腹膜等。

陰道裂傷時，宜速縫合。

第三節 子宮破裂

子宮頸極易裂傷，子宮與陰道相接處之輕微的縱裂傷，初產婦殆皆不能免。橫裂傷較少，橫裂傷甚者，子宮頸竟至斷裂。子宮體之裂傷，惟子宮質有異狀，及重受外傷者有之。

子宮頸裂傷時，往往發生危險之大出血，須速縫合。子宮體之裂傷，危險更甚。

第四節 骨盆之損傷

骨盆狹小者，施產科手術之時，恥骨縫合、薦腸關節等骨盆中各骨相接之處，往往受損傷。此時醫師必以布帶緊纏骨盆，產婦宜靜臥，不可稍動，否則損傷處不易愈合。

第五節 子宮翻轉

惟子宮底陷入子宮腔內者，名不全翻轉。子宮全體翻轉，而露出於陰道內或陰道外者，名全翻轉。牽引臍帶以剝離胎盤者，子宮寬弛者，用克列台氏胎盤壓出法者，子宮往往罹此症。

子宮不全翻轉者，以手按子宮底部，覺其部凹陷。全翻轉者，陰道內或陰道外，現紅色圓形之塊。子宮翻轉時，往往發生大出血，致產婦虛脫，須速用手術納入之。

第六章 分娩時發現之全身異狀

第一節 血暈

分娩時發生大出血者，產婦因一時失血過多，致顏色蒼白，四肢冰冷，惡心嘔吐，耳鳴眼花，脈象細弱，口中煩渴，是名血暈。更重者全身出冷汗，苦悶異常，脈細至不可數，精神昏朦。更進則呼吸與心動，一時停止而死。

發生此症時，須速請醫師處置，無待言矣。醫師未至前，宜低其頭部而臥，以湯婆子暖其身體，且

飲以葡萄酒少許。

第二節 子痲

子痲一症，在妊娠期及產褥期中，雖亦有之，而分娩期中，發現最多。其症狀爲全身痙攣，與癲癇相似。發生時，眼肌與口圍之肌，先起痙攣，次及軀體四肢。精神昏朦，口吐泡沫，呼吸停止，約一分時後，諸症狀漸緩解。隔數分時或一二小時後，再發作。往往反覆數十回，病勢每回加重。發作通常在陣痛時，胎兒娩出後，大概即停止。

此症甚屬危險，產婦與胎兒，往往因之而死。發作時，宜把持產婦之四肢，急取軟木，包以布片，塞入口中，以防嚙傷舌。在發作間歇時，產婦務宜安靜，與以冷飲料，溫暖其身體，一方速請醫師用手術，取出胎兒。

第三節 呼吸困難

有肺病或心臟病或壓迫心臟、肺臟、氣管等之疾病之婦人，當分娩時，妨礙呼吸，致呼吸非常困難，甚者殆不能呼吸，此時宜墊高產婦之上體，或令坐而分娩，一方速請醫師處置。

第四節 嘔吐

分娩中產婦嘔吐者甚多，祇嘔吐一二回，能使產婦爽快，並無妨礙。若嘔吐之回數多，須醫治。此時產婦宜安靜身，不可飲食。

第五節 脫腸與脫肛

妊婦素有脫腸病者，（因腹部之肌，寬弛而生孔隙，致腸之一部，箝入腹部，現柔軟之腫瘤，俗名小腸氣者即是。）分娩時因腹壓增加，壓迫箝入之腸，不能整復，致發劇痛，且嘔吐。故妊婦有脫腸病者，在妊娠期中，宜及早療治。若至分娩時，尙未全愈，宜側臥，不可用力併氣。陣痛時，以手抵壓脫腸之部。如斯處置後，仍發劇痛，宜速請醫師處置，以防他種危險。

素有脫肛習慣之婦人，分娩時肛門必脫出，苦痛異常。故有此習慣之婦人，分娩時，宜側臥以預防之。既脫出者，須速請醫師納入。

第六節 產婦死亡

分娩中，產婦往往因出血過多，子宮破裂，子癰，或別種素有之重病，而呼吸一時停止，以致假死。

或其心動亦止，竟致真死。此時宜速請醫師施救。假死者或可望回生，真死者速用手術挽出胎兒，或可保全小兒之生命。

第六編 產褥病理

第一章 後陣痛異常

後陣痛或與尋常不同，每待子宮腔內滿積血液，然後發生劇痛而泄出之，如斯反覆不已者，名疼痛性後陣痛。多發於經產婦，分娩後或繼續三四日，至混血之惡露泄完後始止。若全身不發熱，陣痛時排出之血液，又不甚多者，雖無大患，然已能妨礙安眠。致產褥婦非常疲倦。此時宜溫暖產褥婦之腹部，且輕撫腹壁上子宮底之部分，可以輕快。若出血多量，或全身發熱者，甚屬危險，須速醫治。

第二章 惡露異常

產褥期之初，泄出多量之血液者，惡露有特臭者，惡露非常少量者，及惡露中血液之量，久不見減少者，均須請醫師診治。惡露有特臭，且全身發熱者，恐係產褥熱（因有微生物從子宮之傷口侵

入，則發此病，詳見後。）之初徵，尤須注意。惡露如停止稍早，全身別無症狀，乃因子宮復原迅速所致，不足介意。若惡露停止過早，而陰部有惡臭，全身發熱者，則亦係產褥熱之初徵，務須注意。出血過多及出血歷久不止者，概因子宮內殘留胎盤及卵膜等碎片，或產褥婦身體之搖動過度所致，宜令產褥婦安靜平臥，不可稍動，一方速請醫師診治。

產褥婦如不守衛生法，則惡露既止後，往往復來，且混血甚多。此時既起床者，宜再安靜平臥，嚴守一切衛生法。

第三章 子宮不復原狀

妊娠中擴大之子宮，分娩後，概迅速縮小而復原狀。如縮小緩慢，至數星期後，子宮底尚在高處，子宮壁尚甚寬弛者，易發生危險之大出血，且惡露久不停止，致產褥不能復原。其原因如下：（一）分娩太難。（二）有胎盤之碎片留於子宮內。（三）因雙胎或羊水過多而子宮擴大過度。（四）產褥婦不守衛生。（五）不自授乳。

子宮不易復原者，產褥婦宜安靜平臥，輕輕以手摩擦腹壁上子宮之部。又宜注意身體之營養，不自授乳者，試自授乳，又須延醫診治。

第四章 子宮變位

分娩後，子宮往往前屈，後屈，下垂或脫出。或從前曾罹子宮變位，曾經治愈者，至此復發。其原因概由產褥婦不守衛生法所致。子宮未完全復原以前，起床太早者，子宮尤易變位。子宮變位者，宜安靜平臥，不可稍動，且注意營養，請醫處置。

第五章 外陰部及其附近之腫脹與糜爛

分娩困難時，陰唇、會陰等，因受強力之壓迫，或皮下挫傷，往往起浮腫，皮膚非常緊張。外陰部及其附近，又往往因受惡露之刺戟而糜爛，此時宜請醫診治。

第六章 胎盤或卵膜之碎片殘留於子宮內

雖有胎盤或卵膜之碎片殘留於子宮內，如產婆消毒之處置得宜，分娩後三日以內，通常即自排出，別無妨礙。若久留於子宮之內，則妨礙其收縮，往往起大出血。腐爛時，泄出有惡臭之惡露，且全身發熱者，非常危險。消毒不完全者，為害更大。故有是等碎片殘留於子宮內之疑者，宜速設法除去之。

第七章 大便異常

產婦在分娩後之最初三日中，概無大便。過三日後，若仍不通便，宜即醫治，以後每及三日無大便，亦須醫治，以防發生胃腸病。

產婦下痢者甚少，若患之，則其害較便秘更甚，須速醫治，且宜注意飲食物。

第八章 小便異常

難產後，往往誘起尿閉，或小便點滴不絕。閉尿者，須速請醫師用導尿管導出之。小便點滴不絕

者，大概不久即愈。若數日後仍不愈，亦須醫治。

分娩困難時，膀胱與陰道間，膀胱與子宮間，往往受挫傷。若成爲瘻孔，則小便不絕從陰道流出，致陰道、外陰部等處發生糜爛。須請醫師縫合之。

第九章 乳房異常

或因乳腺發育不全，或因營養不良，或因精神感動，能使乳汁分泌極少，甚至全無。由於精神感動者，精神復原後，乳汁即可增多。由於營養不良者，努力佳良，其營養後，亦有增多之望。由於乳腺之發育不全者，則終身無增多之望矣。乳汁過多者，如母身體之營養極良，固屬當然之事，若營養並不佳良，而乳汁極多，則有損產褥婦之營養，恐成貧血症。宜以浸濕冷水之布，裹包乳房，如仍無效，須請醫師施治。

乳頭之疵傷，大概由衣服之摩擦而生，雖其疵極小，微生物亦能由此侵入，致生水疱、糜爛、紅腫、潰瘍等。故每回授乳前後，宜用清潔之軟布片，濕以溫開水，清拭乳頭，以除不潔。若既生外症，則速請

醫師療治，且請其指示應否暫停授乳。

乳頭有疵傷時，宜向藥房中購橡皮製之乳頭帽，被覆乳頭而授乳。

如從乳頭侵入之微生物，入乳腺而蕃殖，則成乳癰。乳房內先生硬塊，觸之則痛，全身先覺寒，次發熱。此症發生之初，即宜停止授乳，以盛冰之布囊，裹包乳房，通利大便，且用布帶提起乳房，則輕症者可由此消退。如一二日後，仍不消退，而漸漸生膿，則須請醫師療治。來勢重者，則初發時即宜醫治，以防意外。

第十章 產褥熱

產褥期之疾病中，最危險者，莫若產褥熱。其原因由消毒不完全，有微生物從生殖器之傷口侵入所致。在消毒法未發明以前，產褥婦之因此病而死者甚多，自消毒法發明進步以來，此病亦漸漸減少。已發病者，極難醫治，故分娩時之消毒法，最需注意。舊法產婆，不及新法產婆之處甚多，消毒法之有無，其最著者也。

現今消毒法雖漸臻完全，而產褥熱尙未能絕跡，其故因產婆或醫師之消毒不完全所致。文明諸國，皆規定法律以取締之，我國則毫無消毒知識之舊法產婆，尙充塞於國中，國民無選擇良產婆之知識，致女界之因此病而死者，年年歲歲中，幾不可勝數，實堪浩嘆哉。

分娩緩慢者，及分娩時醫師行手術者，更無論矣。即分娩容易者，產道亦必受損傷，其傷口雖小，目所不能見，苟有微生物至此，即能侵入無阻，發生疾病。已有微生物侵入而發熱者，無論其症狀之輕重治愈之難易，均名之爲產褥熱。若夫微生物在分娩以前，已從生殖器官侵入體內，至分娩前後而生發熱病者，亦名之爲產褥熱。

爲產褥熱原因之微生物，甚微細，常附於手、器械、布片等，目不能見。若分娩期或產褥期中，處理產婦時，偶一不慎，即從生殖器官之傷口侵入，而蕃殖於體內，發生產褥熱。故消毒未完全之手、器具、衣服等，決不可接近產婦及產褥婦之生殖器官。

產褥熱之症狀，從微生物蔓延之程度，而輕重不同。茲略述如下：

微生物惟附着蕃殖於外陰部之創傷時，不過創傷部現污穢之白色，及產褥婦全身發熱，別無

症狀。微生物若侵入陰道內之傷口，或更進達子宮內壁時，則微生物附着部紅腫，而惡露減少，或竟全無，發熱較前更高，脈象細數，口渴頭痛，顏面潮紅，精神不寧，不能安眠。

微生物更進而達扁韌帶（被覆子宮之韌肌）時，則前記之症狀更加重，子宮周圍，疼痛如灼，且其部腫脹，而覺壓痛。

微生物更進，而蔓延全骨盆或全腹膜時，發熱更增高，全腹膜疼痛，腹部膨脹，惡心嘔吐，便閉或下痢，惡露或多或少，且放惡臭，產褥婦非常疲勞，顏色憔悴，皮膚枯燥，有此等症狀者，大概不久即死。微生物即不蔓延及全腹膜，若侵入血中，傳布全身時，產褥婦之脈，急速細弱，往往不及發生他種症狀而死。微生物若由血管侵入肺臟時，則現呼吸短促，呼吸時疼痛，及咯血等症狀。微生物侵入腦中時，則發眼花，耳鳴，耳聾，譫語等症狀，精神朦朧，不久亦死。微生物既侵入血中，身體中各部，皆能附着蕃殖，發生種種症狀，如附於骨骱而蕃殖者，骨骱部紅腫而痛。

產褥熱之危險既若斯，故不但產婆與醫師，須嚴密預防，即產家亦宜謹慎注意，與產婆醫師合力預防之。產婆與醫師之消毒，雖甚完全，若產家不自注意，終難收預防之效。產家應注意之點如下：

(一) 產室及產褥室，須十分清潔。若以前曾有產褥熱或別種傳染病人住過者，非十分消毒之，(最簡單之法，用石灰水清拭。) 隔十日以上，不可作為產室或產褥室。

(二) 產婆、醫師、看護婦、家人等，曾與產褥熱或別種傳染病人接近者，非沐浴換衣，不可與產婦或產褥婦接近。

(三) 家人之手及未消毒之衣被器具等，不可與產婦，或產褥婦之陰部接近。

(四) 產褥婦之生殖器，稍有損傷，或全身稍有異狀時，宜速請醫師療治，以防患於未然。

產褥熱之初徵中，最堪注意者，為全身發熱。產褥婦若無感冒等顯明之原因。又非乳熱，而全身發熱至攝氏三十八度以上者，不可不疑其為產褥熱之初徵。若更有惡露減少、惡露特臭等之症狀，其疑益確，即非產褥熱，而係感冒等之發熱，亦須請醫師診治。

既經醫師診定為產褥熱後，須聽醫師之指揮，而從其處置。如用消毒藥水洗滌子宮，罌冰囊於下腹部等，乃治療產褥熱所不可缺者，決不可因舊習慣而忌用此等方法，致陷產褥婦於不救。我國之舊醫學，未明產褥熱之原因，無能治愈之望，故產家擇醫，尤須謹慎。

第七編 初生兒之疾病

第一章 初生兒假死

初生兒往往因分娩時之障礙，而致假死，亦有起於妊娠中或娩出後者。初生兒所以假死之故，由於不能呼吸（即養氣與碳酸氣不能交換）。妨礙呼吸之原因甚多，大概如下：

（一）妊婦因患肺病、心臟病或大出血等重病，致血液中之養氣減少，胎兒血液中之養氣亦減少而致假死。

（二）妊婦血液中之養氣，並不減少，而因胎盤剝離，或臍帶血行不通，不能授予胎兒者，胎兒亦致假死。陣痛過強或起痙攣性陣痛者，胎兒之一部分，既出子宮腔尚遲不娩出者，羊水泄出過早，致子宮內面縮小者，子宮血管狹窄者，均能妨礙母體血液中之養氣給予小兒之路，而致假死。

（三）妨礙胎兒呼吸之原因，其最重要者，為臍帶之壓迫。即臍帶先脫出者，胎兒取骨盆端位

者，臍帶纏絡者，臍帶附着於前置胎盤，爲兒頭所壓迫者，因破水後子宮收縮，致子宮壁壓迫臍帶者，胎兒往往假死。

(四) 胎兒之心臟衰弱，及胎兒患腦溢血者，亦往往妨礙呼吸。

初生兒假死，有輕症與重症之別。輕症者，小兒皮膚，尙呈赤色或暗黃色，重症者呈白色或蒼白色。故輕症又名暗黃色假死，重症又名蒼白色假死。

分娩中胎兒假死之特徵，爲胎兒之心音緩慢，(胎兒之心音，可從母體腹壁上聽之。)但在陣痛發作時，胎兒卽不假死，心音亦常緩慢。若陣痛間歇時，其心音每分鐘亦在百次以下者，方可斷定其爲假死。此外胎兒假死之徵象，爲胎尿之排出，卽羊水中混有胎尿，而呈污穢之色也。然有胎兒假死後，經長久之時間，始排出胎尿者；亦有胎兒雖假死，終不排出胎尿者；更有胎兒並不假死，因其取骨盆端位，陣痛時腹部受壓迫，致排出胎尿者。故用此以斷定胎兒假死與否，不如聽取心音之精確遠甚。

既娩出之初生兒，假死者，其心音緩慢微弱，或有間歇。呼吸極細，或竟全無。

假死之處置，分預防法，分娩中假死急救法，及娩出後假死急救法三種。

預防法者，除去妨礙胎兒呼吸之原因。例如臍帶纏絡者，速請產婆或醫師解除之。臍帶脫出者，納入之。卵膜牽引胎盤，將使剝離過早者，請產婆或醫師用手術破開之。

分娩中胎兒假死之急救法，惟有用手術速娩出胎兒。

娩出之初生兒假死者，實地上常遇之，故其急救法，甚屬重要。此急救法中，當最先施行者，爲除去初生兒鼻腔及口腔中之粘液。假死之胎兒，頭先娩出者，頭出陰門後，宜即除去其粘液。胎兒於第一呼吸時，因吸入羊水中之粘液，致以後不能呼吸而假死者甚多。除去粘液後，或即能呼吸。不効則用後記之方法，亦容易奏功。

除去粘液後，若仍不能呼吸，當若何處置，視假死之輕重而異。但均須先剪斷臍帶而結紮之，然後行假死急救法。

輕症之假死，可刺戟其皮膚，以誘起吸氣運動。其法以手掌毛刷或軟布片，摩擦小兒之背部，手掌、足趾等處，或以手掌打拍其臀部。此等方法，須反覆行之，至奏効而止。浸小兒之身體於熱水中，予

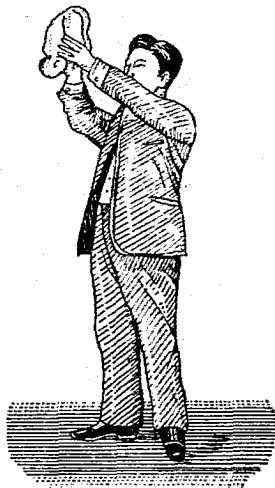
以溫熱之刺戟，亦能奏效。若冷熱兩刺戟，交換應用，則奏效更速。法先浸小兒之身體於熱水中，次提出水面，灌冷水於其心窩部，更侵入熱水，如此反覆數次，大概即能呼吸。熱水之溫度，以攝氏四十八度至五十度為最適當。

重症之假死，皮膚之機能已稍失，上法不能奏效，須用人工呼吸法。人工呼吸法，雖屬產婆與醫師之範圍。茲恐急忙中，或需借助於家人，故略述其方法如下：

第七圖



第八圖



初生兒之人工呼吸法甚多，其中最有效力者，為休爾節氏法。其法，施術者以左右兩手之拇指，

置於小兒胸廓之兩側，左右兩手之示指，從小兒肩胛之後面，勾入兩腋窩，其餘三指，悉在小兒之背上。

小兒之頭，支持於兩手之腕關節間，如是舉起小兒，高過施術者之頭（第七圖）。兒頭向下，腰部屈曲，骨盆與腹部接近。此時作為小兒呼氣，其吸入喉頭內之粘液，亦可由是除去。次用強力擲下小兒，懸小兒於其腋窩中之兩示指（第八圖），餘指均放鬆，作為小兒吸氣。次再舉上小兒，如此反覆八次至十次後，浸小兒之身體於溫水中，約經一分鐘後，再行前法，至能呼吸而止。但用此法擲下小兒時，宜急速，且須用強力，否則不易奏效。又兩腕關節支持兒頭，不可用力壓迫，致閉其氣管。

用人工呼吸法後，小兒尚不能呼吸者，其心搏動未完全停止前，決不可中止施術，蓋尚有回生之望也。在行人工呼吸法中，小兒之身體，務宜溫暖。如人工呼吸法奏效，漸漸開始呼吸，皮膚漸復赤色，四肢能動，眼亦開矣。其呼吸初甚微弱，後漸活潑，終則放聲啼泣。

舊法產婆遇輕症之假死，或尚有施救之法。若遇重症者，則不知人工呼吸法，惟坐視其死耳。此亦舊法產婆不及新法產婆之一端也。

第二章 初生兒之損傷

- (一) 兒頭之損傷。兒頭之損傷，就中因分娩時醫師用鉗子手術，受其壓迫而生之壓痕，及皮下溢血而發赤者，無足介意。若其部之皮膚破損者，恐有微生物侵入，致發生種種外症，速宜醫治。
- (二) 產瘤。分娩時，兒頭或顏面之一部，因受產道之壓迫摩擦，而生產瘤。其最大者，幾與兒頭相等。生於顏面者，致顏貌非常醜惡。然產瘤雖大，二三日後，概即消退。至三日後仍不退，方須療治。
- (三) 頭血腫。與產瘤異，因頭蓋骨膜與頭蓋骨間之血管損傷而生。頭骨之接合及結節處，有顯明之界限，以手觸之，覺軟而有波動，易與產瘤區別。小者能自消退，無需醫治。大者則消退甚緩，恐生他變，即須療治。

(四) 分娩時醫師用鉗子手術者，小兒顏面之神經，往往麻痺。致顏部肌肉，不能自由運動，是須請醫師療治。

(五) 頸部之損傷。 (甲) 頸部之皮膚，展引過度者，顏面位者，傷在頸之前面。後頭位者，在

頸之後面。生有白色之線條，與妊婦腹部之妊娠線相似，別無他患，無需醫治。

(乙) 兒頭用手術娩出者，頸部之肌，往往因旋轉太甚，而致腫脹，不能自由運動。此時須速請醫師療治，遲則恐成終生不治之斜頸。

(六) 軀體之損傷，分娩中胎兒之軀體受損傷者，概不多見。然用強力之手術時，脊柱往往折斷或破裂，須速請醫師療治。此外臀部間有生產瘤者。

(七) 四肢之損傷。在分娩時，小兒之損傷中，最多者爲此項。上肢尤易受傷。

(甲) 用強力牽引小兒時，鎖骨（肩胛前面橫骨）往往折斷，即須療治。

(乙) 前膊骨折斷，乃最常遇者，須速療治，醫師用繃帶後，不可稍動，否則不易接合。

(丙) 下肢之骨折，較上肢少。若遇之，須速療治，遲則不易接合。

第二章 臍部之疾病

(一) 臍出血。臍帶結紮不全，或有微生物從臍帶截斷端侵入而腐爛者，臍部往往出血。此

時須速療治，遲則危險。故初生兒之臍部，務宜清潔，污穢之物不可與之接近。

(二) 臍脫出 初生兒之臍部，往往因嘔吐、啼泣、咳嗽等而突出，亦須療治。

(三) 臍息肉 臍帶脫落後，往往從脫痕生出息肉，須請醫師除去之。

第四章 初生兒之畸形

畸形之種類甚多，最常見者，爲兔唇、肛門閉鎖、生殖器畸形，及指趾併合等，均須及早請醫師療治。肛門或尿管閉鎖者，尤須從速截開，遲則危險。故小兒產出後，宜即細察其肛門與生殖器，有無閉鎖之畸形。

第五章 初生兒之漏膿眼

母有淋病者，胎兒娩出時，如混有微生物之白帶，侵入眼內，則娩出後之第二三日，發漏膿眼。眼瞼紅腫，兩眼瞼粘着，流出多量之粘液。次紅腫增劇，漏出膿汁。如尙不醫治，則波及眼球而致失明。

淋毒之蔓延，幾及全世界，其數之多，據泰西學者之統計，殆達成人十分之六，故初生兒患漏膿眼者之數亦甚多。往時失明之原因，大多數爲此。現今則預防法與治療法，既甚進步，因是而失明者之數，已大減。其預防法，妊婦有患淋病之疑者，在妊娠期中，宜及早請醫師診治，務在分娩前治愈之。至分娩期尙未治愈者，分娩前，先用消毒藥水洗滌產道，胎兒娩出後，速點眼藥水一滴於眼中。現今新法接生，因產婦之有淋病與否，一時難以斷定，胎兒娩出後，必點眼藥水一滴於眼中以預防之。初生兒之眼中，點入眼藥水後，眼瞼雖稍有紅腫，然不久即退，無足介意。

舊法產婆，無此預防之知識，此亦不及新法產婆之一端也。

初生兒之眼瞼，如稍現紅腫（非因點入眼藥水所致者），粘著等，須速請醫師治療。此症之增劇甚速，稍緩須臾，往往不治。既請醫師治療後，須服從醫師之命令，方可奏效。醫師如命用冰囊罨於眼上者，決不可因舊習慣而自除去之。

惟一眼患漏膿眼者，他眼宜包以布而保護之，且每日檢視二三次，臥時病眼必須在下側，以防膿液流入健眼內。

有眼病之小兒，其顏面宜常向暗處，不可直照於日光或燈光之下。產婦雖無淋病，而有尋常之白帶者，其白帶液侵入小兒眼內，亦能發生眼病，惟不若由於淋病者之重劇耳。

第六章 鵝口瘡

小兒患此病時，其口內先發許多白色之小點，漸次增大，互相接合，終蔓延全口。致終日啼泣，不能吸乳，口中乾燥灼熱，泣聲漸嘎，妨礙營養甚大。故授乳前，須以清潔之軟布片，浸濕溫開水，清拭乳頭。授乳後，清拭小兒之口腔以預防之。用牛乳哺育者，哺乳器之清潔，尤須注意。既患之者，宜速療治，遲則因小兒不能哺乳，致漸漸衰弱。

第七章 黃疸

初生兒之大半，至娩出後第三四日，發生黃疸，其顏面胸部等變黃色，如別無症狀者，大概數日

後即自消退，無需醫治。若全身均變黃色，或數日後仍不自退者，須療治。

第八章 硬變症

虛弱過甚之小兒，娩出之後，其下腿之皮膚，緊張硬固，後漸及全身。硬固之度，亦漸次增加，遂至不能運動，狀與死後之硬直相似。小兒體溫（身體之溫度）下降，非常嗜眠，不能哺乳，大概多漸漸衰弱而死。初生兒發現此症者，須速請醫師療治，一方先溫暖其身體。

第九章 乳房紅腫

初生兒之乳房，往往紅腫，此時宜覆以棉花而保護之。若紅腫增劇，有化膿之象，則須療治。

第十章 吃逆

初生兒哺乳太急，或身體受寒時，往往起不易止之吃逆。故哺乳宜緩徐，身體宜溫暖。

第十一章 丹毒

丹毒爲初生兒最危險之疾病，大概因丹毒微生物侵入臍部而來。其部先紅腫，蔓延極速，全身發高熱，呼吸脈搏均增速，多不久即死。須速療治。

第十二章 破傷風

大概因斷臍帶之刀剪及被包臍帶之布不潔，有破傷風微生物，從臍帶之剪斷處侵入體內而生。小兒先啼泣不安，不能哺乳，繼則口圍頰部之肌發痙攣，後蔓延及全身之肌肉，全身發高熱，死者居多，須速療治。

新法產婆，有消毒之法，故罹此症者極少。此亦舊法產婆不及新者之一端也。

614

民國二十一年一月二十九日
 敝公司突遭國難總務處印刷
 所編譯所書棧房均被炸燬附
 設之涵芬樓東方圖書館尙公
 小學亦遭殃及盡付焚如三十
 五載之經營墮於一旦迭蒙
 各界慰問督望速圖恢復詞意
 懇摯銜感何窮敝館雖處境艱
 困不敢不勉爲其難因將需用
 較切各書先行覆印其他各書
 亦將次第出版惟是圖版裝製
 不能盡如原式事勢所限想荷
 鑒原謹布下忱統祈垂督

上海商務印書館謹啓

版 權 所 有 翻 印 必 究

中華民國九年六月初版

民國廿一年十一月印行 國難後第一版

(三二八五)

醫學小叢書 妊娠與娩產一冊

每冊定價大洋叁角

外埠酌加運費匯費

編者 姚昶緒

發行者 上海河南路商務印書館

發行所 上海及各埠商務印書館

4/13

41

42432

