

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

17400

## 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

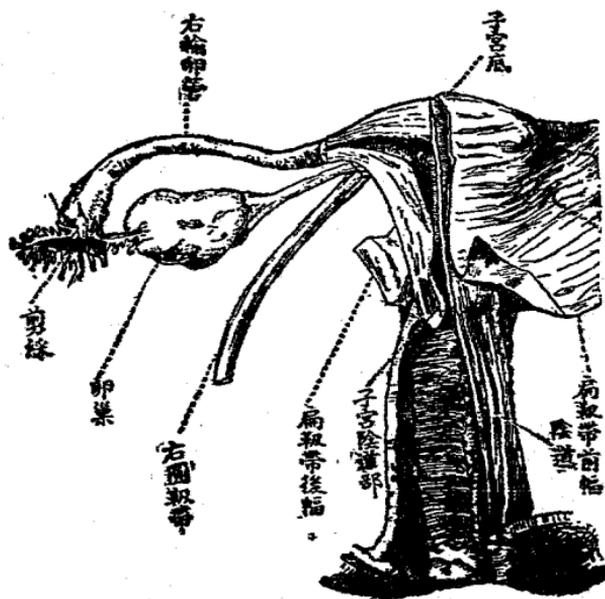
## 第一編 妊娠生理

### 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

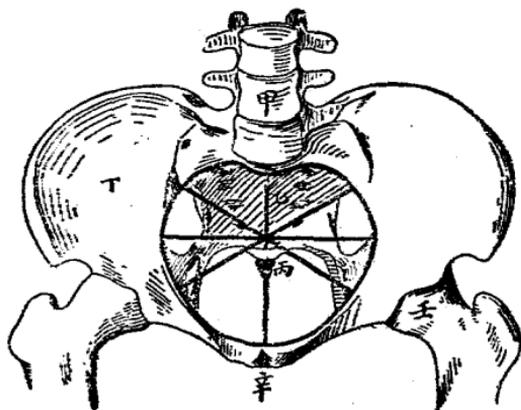
骨盆者，包圍生殖器之骨腔也。女子妊娠生產，悉在骨盆腔之內，故骨盆之構造，與生產有密切

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、尾骶骨及髖骨三者而成。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。髖骨（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，前壁與兩側壁為髖骨。其前壁中央左右兩髖骨互相接合之處，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精者也。但子宮內之分泌液，如呈酸性，則精蟲速死亡。故月經前之受精，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。

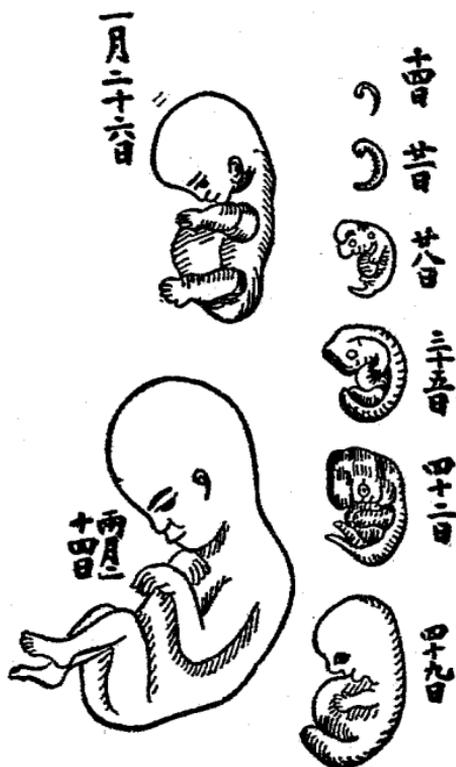
## 第五章 妊娠各月中胎兒之狀態

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 軀幹長約六·九至九釐。全身之長，約十至十七釐，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，約九·七至一四·七釐，全身之長，約十八至廿七釐，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釐，全身長廿八至三十四釐，體重二百六十五至四百八十九克。妊婦自覺胎兒運動。第五月中眉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釐，全身長三五至三八釐，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釐，全身長三九至四一釐，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 軀幹長二七至三〇釐，全身長四二至四四釐，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。

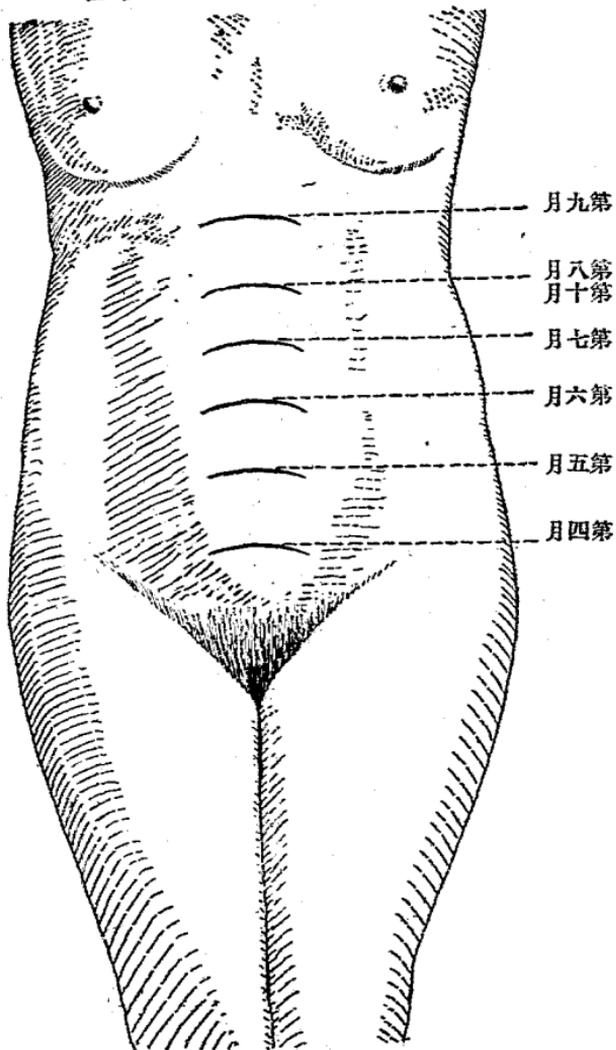
## 第十章 妊娠期中妊婦之變化

(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，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，有排出胎盤之效。

## 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，卽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，小兒大概尙不能吸乳，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。脚氣與妊娠，亦有極大之關係。即有脚氣病之妊婦，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

孕婦之膀胱與尿管，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，最要者爲子宮癌，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，宜令妊婦先排泄大小便，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。

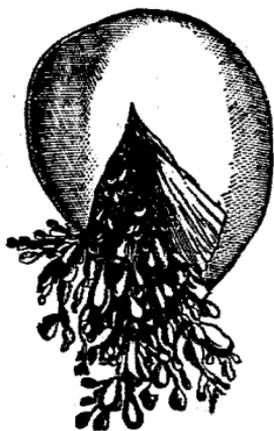
由卵巢妊娠或喇叭管妊娠轉移而來之腹腔妊娠，其胎兒多已死亡，軟部漸漸吸收，惟餘石灰質。卵子自初即附着於腹腔之腹腔妊娠，其胎兒往往能完全成熟。至妊娠末期，破開腹壁，可得生活之小兒，腹中已死亡之胎兒，在腹中腐爛者，實不多見。

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）子宮有腫脹或癍痕。（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 子癇

子癇一症，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，尚未全愈，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。

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，如附於骨骰而蕃殖者，骨骰部紅腫而痛。

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

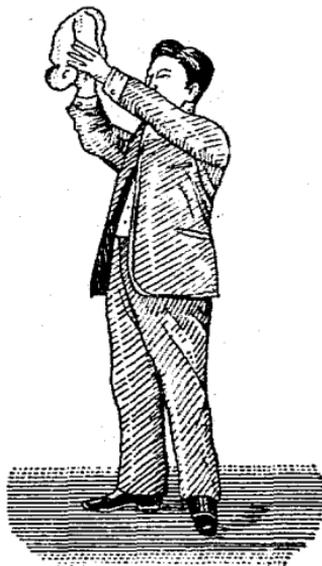
以溫熱之刺戟，亦能奏效。若冷熱兩刺戟，交換應用，則奏效更速。法先浸小兒之身體於熱水中，次提出水面，灌冷水於其心窩部，更侵入熱水，如此反覆數次，大概即能呼吸。熱水之溫度，以攝氏四十八度至五十度為最適當。

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

