

產 科 技 術 圖 譜

PAUL TITUS 原著

劉 球 譯

醫 務 生 活 社 出 版

產科技術圖譜

PAUL TITUS 原著

劉 球 譯

醫務生活社出版

目 錄

- 第一章 總論..... (1)
- 正常分娩前的準備(2)； 鋪消毒巾(3)； 分娩手術的準備(4)； 嬰兒桌(5)； 器械桌(5)； 戴口罩(6)； 手套(6)； 剖腹術(7 — 15)。
- 第二章 量骨盆法..... (16)
- 正常女性骨盆的平均寬度(17)； 扁平漏斗形或男性骨盆的平均寬度(17)； 眞性扁平骨盆(18)； 二側狹窄形骨盆(18)； 用燕形骨盆測量計從外側測量骨盆的方法(19 — 20)； 內側前後徑檢查法(21)； 骨盆出口的測量法(22)。
- 第三章 妊娠時的小手術..... (23)
- 用環形電刀作扁平溼疣切除(24)； 辛尼氏尿道腺的慢性炎症(25)； 辛尼氏腺與巴安林氏腺傳染的電凝固法(26)； 巴安林氏腺膿腫剝出法(27)； 巴安林氏腺膿腫電凝固法(28)。
- 第四章 妊娠時的較大手術..... (30)
- 妊娠時急性闌尾炎闌尾切除術(31 — 32)； 妊娠期的卵巢瘤(34 — 37)； 妊娠期中子宮肌肉瘤切除術(38)。
- 第五章 流產..... (39)

不完全的流產 (40—42)； 治療用流產 (4ⁿ—18)。

第六章 子宮外妊娠…………… (49)

表明子宮外妊娠常居留的位置 (50)； 子宮外孕的臨床現象 (51)； 未破裂的輸卵管妊娠——手術步驟 (55—56)； 輸卵管妊娠破裂或叫輸卵管妊娠流產與出血——手術步驟 (57—60)； 間質部妊娠 (61)。

第七章 引產與子宮口擴大術…………… (63)

人工撕破羊膜引產 (64)； 探條引產法 (65)； 靜水囊引產 (66—67)； Willett's 鉗 (68)； 陰道內子宮口切開術 (69)； Dilhsson's 多數切口 (70)。

第八章 自然生產——產鉗生產…………… (71)

自然分娩 (72—75)； 產鉗分娩 (76—83)； 用手指從枕後位移到枕前位 (84)； 用鉗子轉正枕後位並娩出 (85)； 鉗子分娩——從高位作帶軸牽拉法 (86)； 有軸產鉗 (87)； 高位產鉗 (88—92)； 臀位產鉗術 (93)。

第九章 倒轉術與臀產，或臀位取出法…………… (95)

外倒轉術 (96)； 內外聯合的露足倒轉術 (97)； 裂開的活結 (99) 子宮內露足倒轉術 (100)； 臀位的各種姿勢 (101)； 正直臀位——Pinard's 拿出腳法 (101)； 臀位分娩或牽引術 (102—115)。

第十章 生殖道損傷的處理…………… (116)

會陰切開術 (117)； 正中旁切口 (118)； 會陰修補縫合術

——第二級裂傷(119—125)； 子宮頸受傷(126—127)。

第十一章 剖腹取嬰術……………(128)

開腹取嬰術(130)； 典型的剖腹產術(131—133)； 子宮下段剖腹產術(137—142)； 經子宮頸剖腹產術(143—148)； 腹膜外剖腹取嬰法(150—153)； 剖腹取嬰同時子宮切除(154—161)。

第十二章 毀損嬰兒手術……………(162)

碎胎術用的器械(163)； 穿顱術(165—166)； 鎖骨切斷術(167)； 斷頭術(168—169)。

第十三章 第三程(胎盤娩出程)的手術……………(170)

胎盤存留——用手移除法(171—172)； 子宮內塞入紗布墊(173)； 子宮內翻，亞急性的——剖腹法(174)； 子宮內翻，亞急性與慢性的——陰道環狀切口(175)。

第十四章 產後處理……………(176)

不妊手術(177—180)； 乳房腫脹——切開排膿(181)； 子宮後倒——用子宮托扶正法(182—184)； 產後子宮頸管炎(185)； 常用烙器頭的形狀(185)； 產後子宮頸管炎(186)； 子宮頸麻木法(186)。

第十五章 不妊症……………(187)

相對不妊症(188)； 子宮頸內膜炎同時有粘液塞阻——燒灼治療(190)； 子宮頸炎(191)； 子宮頸口狹窄(192)。

子宮後屈——用子宮托糾正法（193）； 息肉的形式（194）；
輸卵管通氣法——羅賓試驗（195）； 月經前子宮內膜組織片
檢查（196）； 子宮輸卵管檢影法（197）； 絕對不妊症——
由於輸卵管周圍炎所致的棒狀粘連（198）； 絕對不妊症——
因輸卵管炎後，發生間質部或中間部阻塞（199）； 絕對不育
，輸卵管完全阻塞，或在輸卵管切除後。

第一章 • 總 論

正常分娩與骨盆分娩手術之前的準備在這一章敘述；腹部手術的技術，包括割口的種類與縫合方法也加以說明。

分娩前病人皮膚面的準備，主要是先用肥皂與溫開水澈底擦洗外陰部、大腿內側面與下腹部，然後廣泛塗消毒藥水，並擦洗陰道。

必須記着已消毒好的部份，如果接觸了任何沒有消毒或沒有蓋消毒布的用具時，就表示染污。在分娩與臨盆時不小心的內診或內診次數多都容易引起感染。

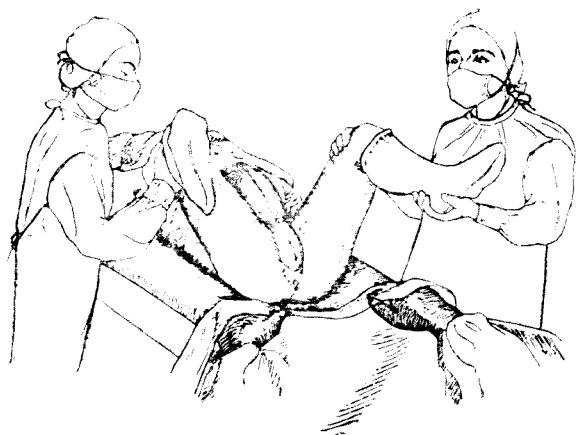


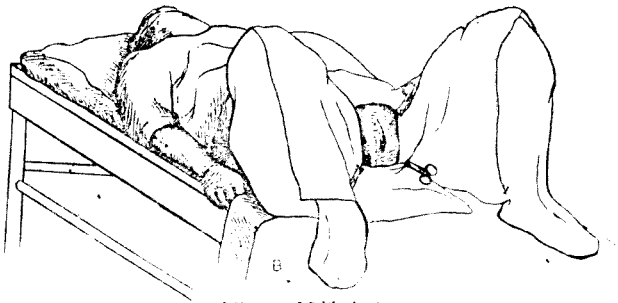
圖 1. 正常分娩前的準備

病人仰臥在一堅固的床上，如果在家生產就用方桌做產床，醫院裏可用二個夠長的特殊桌子拼起作生產用，必要時可以移走腳端的桌子很快就改成分娩手術須要的位置。

皮膚擦洗好並塗上消毒水後，抬起病人二腿，床的足端鋪上消毒的被單，一直墊到臀下。



A



B

圖2. 鋪消毒巾

A. 穿上消毒的襪套，將二腿放在已蓋好消毒單子的台上休息。

B. 再用四塊消毒手巾分別蓋在會陰下部，二大腿上，下腹部，用手巾鉗子固定好，只露出方形已消毒好的陰部。這樣蓋消毒巾，如弄污很易更換，比用陰部開一孔的大被單來得方便。

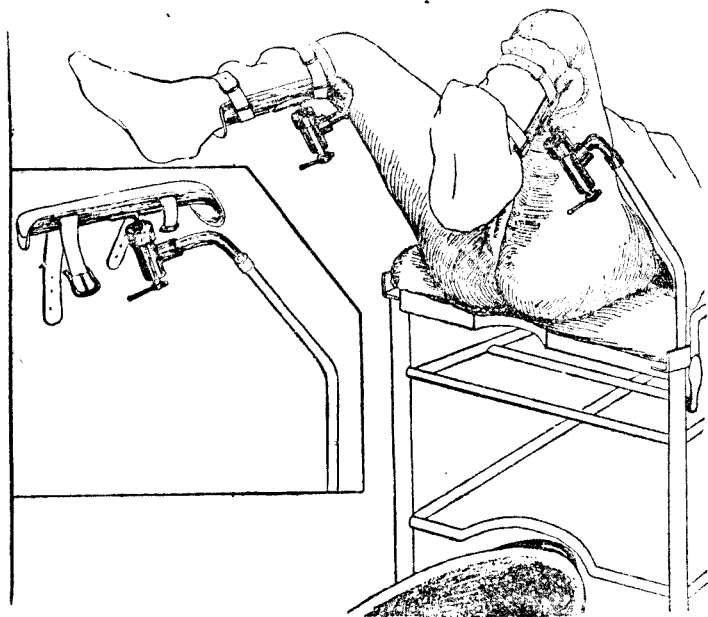


圖 3. 分娩手術的準備

不要用高度的膀胱石截除位置，以免骨盆內口變窄，會陰也不致拉得太緊。

小圖內 注意腳蹬的柱子與寬長的膝支持板的角度。

如果在產婦家裏作手術，把病人橫臥在床上，請助手扶着她之二膝，穿上手術衣，戴口罩。

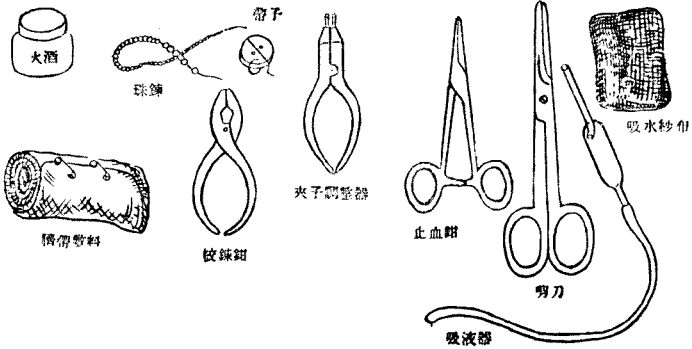


圖 4. 嬰兒桌

把產床的腳端移走一旁，舖上消毒單子，就成了接放嬰兒的桌子，上面要有處理臍帶的用具，消毒的粘液吸管，臍帶鉗子或臍帶線，剪刀，臍帶敷料。

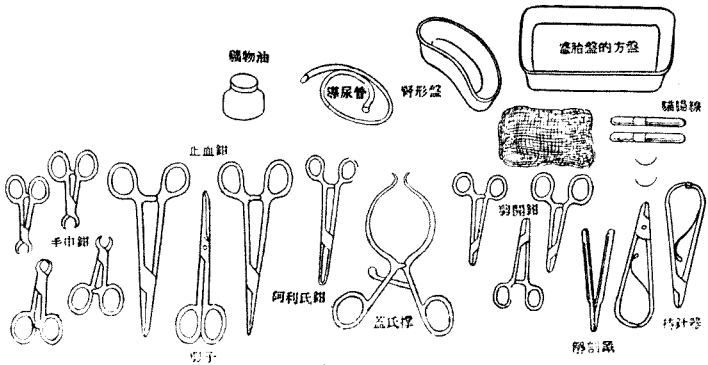


圖 5. 器械桌(全部消毒的)

盛消毒液盆、手巾、紗布、導尿管、腎盆、再加上會陰縫合術的器械都放在醫生旁邊。另外產鉗與塞紗布用的東西都消毒好，放在消毒包裹，以備必需時用。

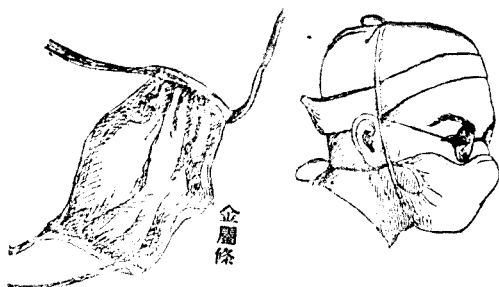


圖6．戴口罩

所有在產房或生產室的人都必需戴口罩，以免口鼻噴出的唾沫傳染。

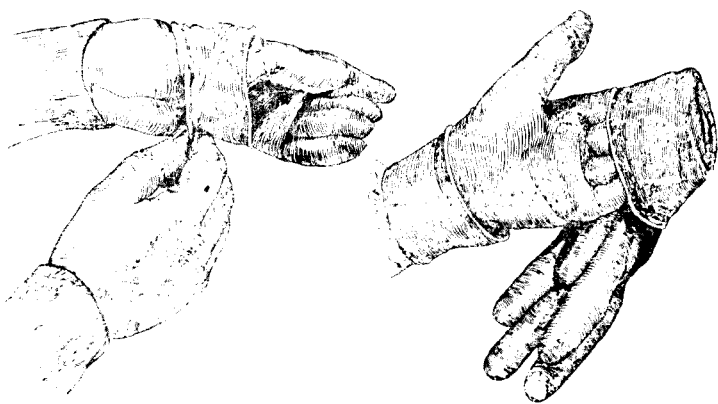


圖7、8手套

戴手套時，要注意手不要碰手套的外側。

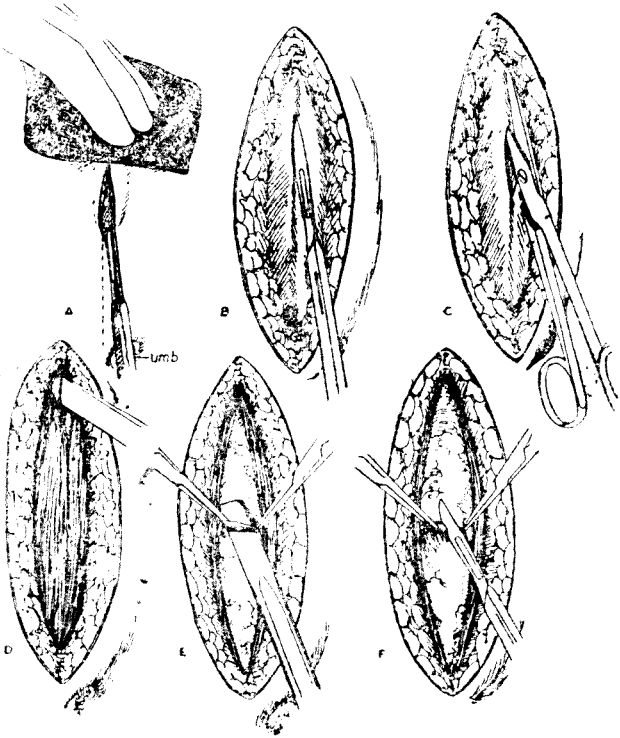


圖 9. 剖腹術

施手術的大夫站在病人的左側，這樣右手就易於達到盆腔內的組織，施術者的視線直達盆腔，看得很清楚。

病人腹部經過適當的消毒處理後，蓋上消毒手巾，或蓋剖腹單把皮膚遮蓋好，以防手術時弄髒了割口與手套。

左側中線旁刀口

- A. 皮刀口，左手拿紗布壓割口的下端，拉緊皮膚，手不要直接壓皮膚。割口達深筋膜時，皮邊就需要用紗布夾好蓋住。出血點用細頭的止血鉗止血，用細腸線結紮 (No. 00 Plain) 或者用電凝固法。
- B. 切開深筋膜。
- C. 用剪完全剪開深筋膜。
- D. 用鈍分離器，在中線分開腹直肌，露出腹膜。
- E. 用二個鉗子提起腹膜，將刀柄插到旁邊，使提起的腹膜二層暫時相貼，這樣切開腹膜時，可以避免傷害小腸。
- F. 刀子在提起的腹膜上作小刀口。

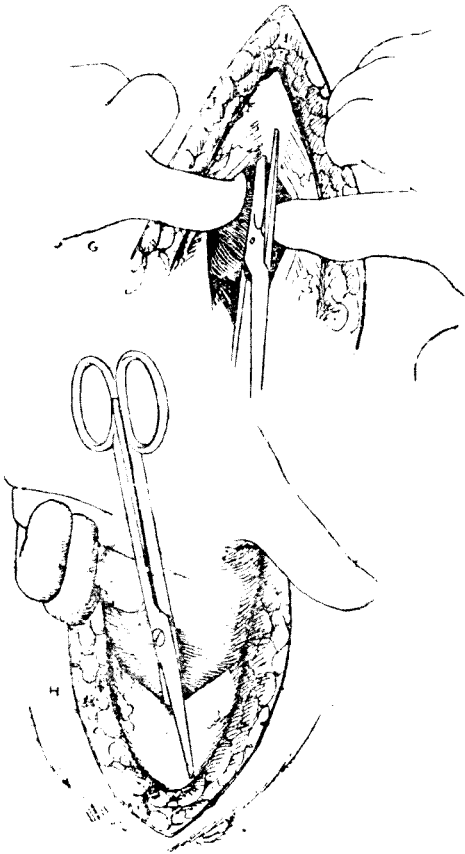


圖10. 剖腹術，中線旁刀口

G 與 H. 很小心的用剪子剪開腹膜切口，避免傷害它下面，或粘連在腹膜上的腹內組織。

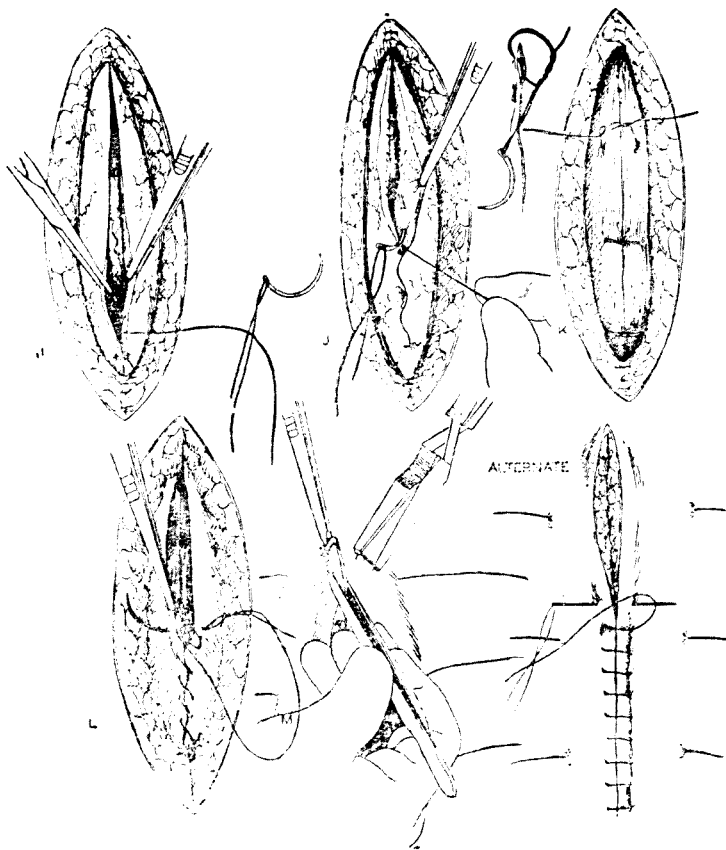


圖11. 剖腹術——縫合

- I. 腹膜切口用鉻製腸線 (NO.1) 作內層對合的連續縫合。
- J. 如圖縫合腹膜，這樣能減少下面組織粘連。側圖說明最後結扣法。
- K. 肌肉鬆鬆對合，用黃腸線間斷縫合，以閉合死腔。
- L. 深筋膜用鉻製腸線作連續縫合，有些手術者建議用細棉線或絲線，腹膜用連續縫合，深筋膜用間斷縫合，須要引流的創口不能用不被吸收的縫線。
- M. 用粗絲線或棉線麻線作牽張縫合，從皮通過深筋膜緣對合以消滅死腔，皮下組織與皮膚用小鐵夾對合，或用絲線縫，細棉線麻線均可。

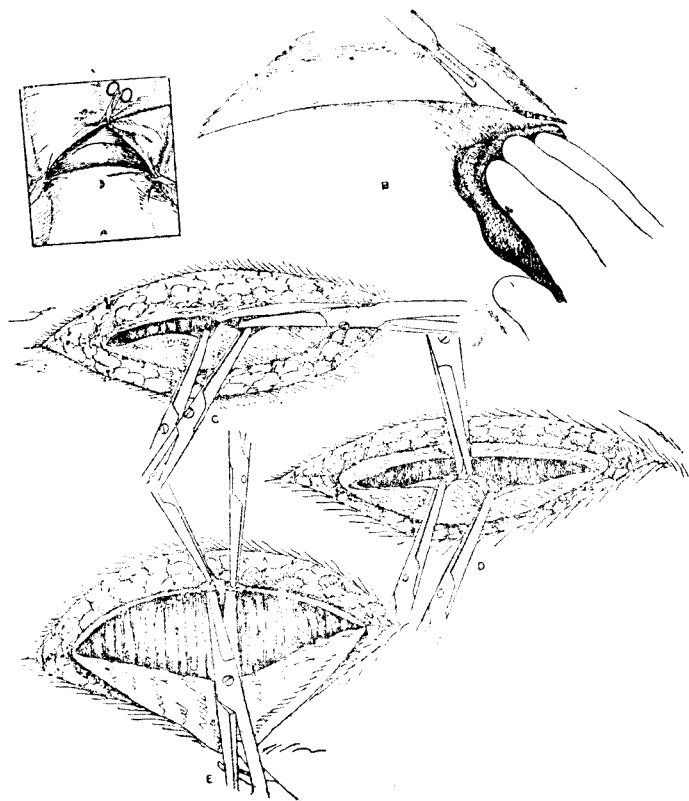


圖 12. 剖腹術——范輪氏梯橫切口 (Pfannenstiel Transverse Incision)

- A. 病人作垂頭仰臥的姿勢，蓋好消毒巾，手術者站在病人左側。
- B. 作橫皮刀口。
- C. 深筋膜橫割口，用剪子擴大並剖離筋膜下組織，有商血管鉗夾住上緣。
- D. 剪開筋膜的正中連合（腹白線），用鈍器分開肌肉。
- E. 上端筋膜片往上翻，用手巾鉗子固定。下端筋膜向下剖離擴大切口。



圖13. 剖腹術——橫切口

- F. 用鈍剖離器分離肌肉露出腹膜。
- G. 很小心的作裂的腹膜切口。
- H. 用剪擴大腹膜切口。

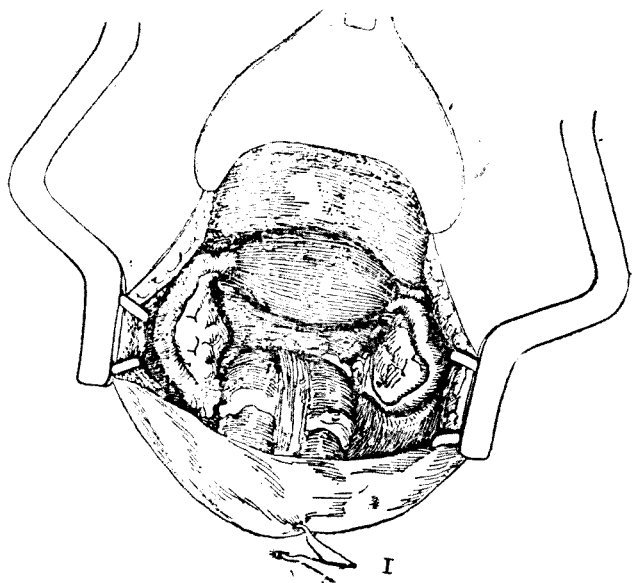


圖14. 剖腹術

1. 暴露手術區。

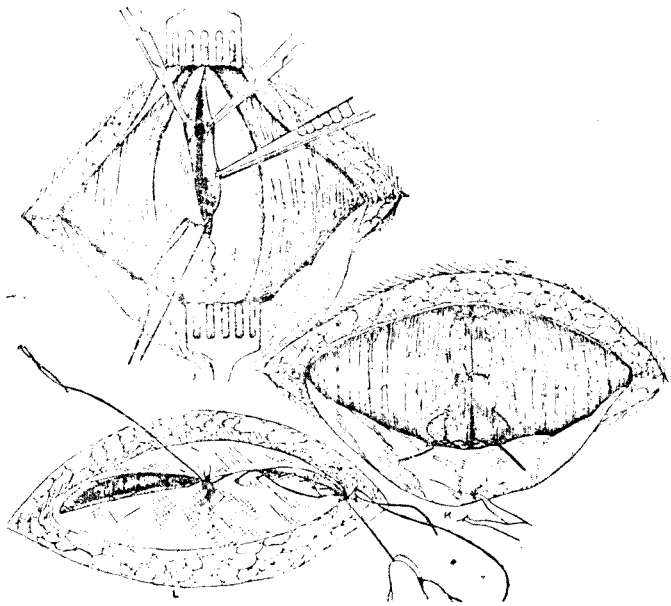


圖15. 剖腹術——橫切口，縫合

J. 腹膜用鉗製腸線 (No. I) 作內層對合縫合。

K. 肌肉用黃腸線鬆鬆對合。

L. 深筋膜片用鉗製腸線 (No. I) 從中點開始作連續縫合，分離的外斜肌韌膜與內斜肌先要縫合。

皮膚用絲線或棉線作間斷縫合。

第二章 量骨盆法

量骨盆的方法是訓練產科與產科實習的基礎，通常是用骨盆測量器測量與X光檢查。

測量骨盆可以了解是否能正常的分娩，骨盆狹窄的程度，如不能通過胎頭時，就有難產可能，如果骨盆比正常大就比較保險，小很多，表明分娩時可能要做剖腹取嬰術。如果骨盆緣有變窄，或有明顯的偏歪須要作X光檢查，決定病人是否能正常分娩。

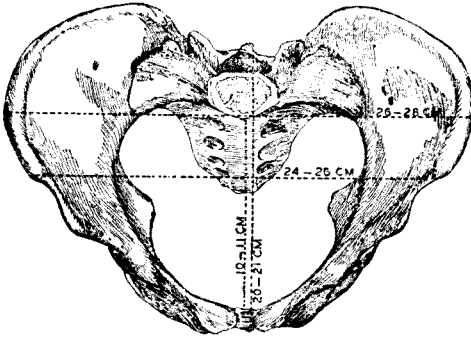


圖16. 正常女性骨盆的平均寬度

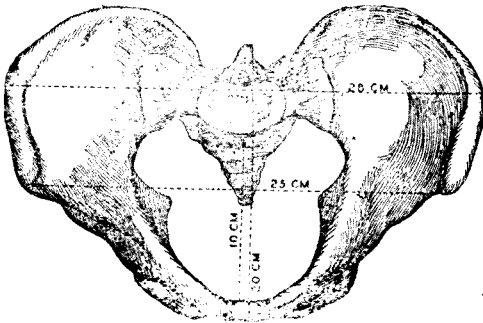


圖17. 扁形漏斗形或男性形骨盆的一般寬度。

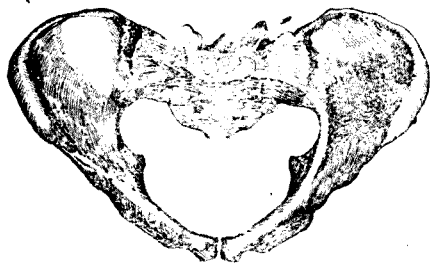


圖18. 真性扁平骨盆

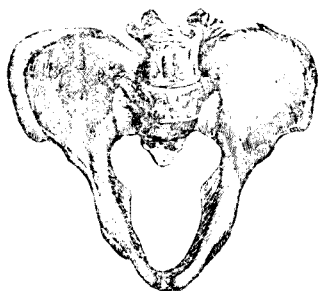


圖19. 二側狹窄(人猿)形骨盆
(以上這種骨盆是常見的。)

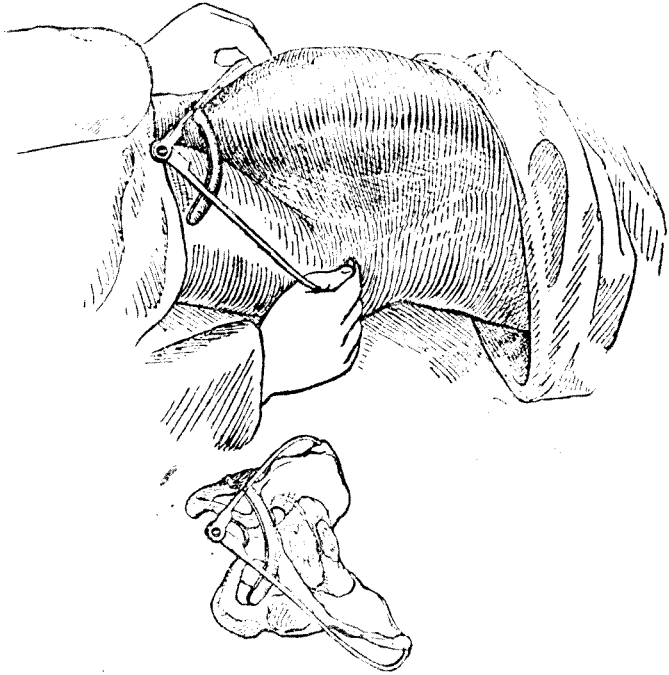


圖20. 用燕形骨盆測量計從外側測量骨盆的方法

病人仰臥分別測量髂前上棘間（約24—26厘米）髂嵴間（約26—28厘米）
股骨大粗隆間（30—31厘米）的長度。

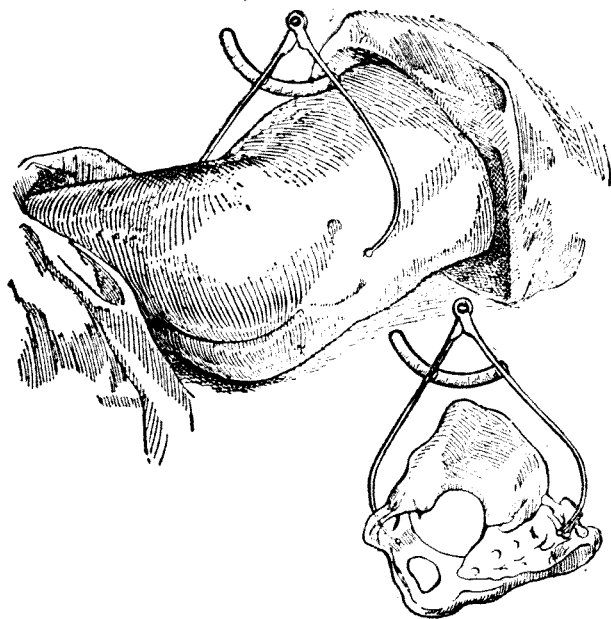


圖21. 病人側臥，測量外結合，或叫前後徑，從第五腰椎棘突小窩，到前面恥骨聯合這個寬度很重要，通常應是20—21厘米

測量斜徑，從一側的髂後上棘，到對側的髂前上棘，平均是22厘米。

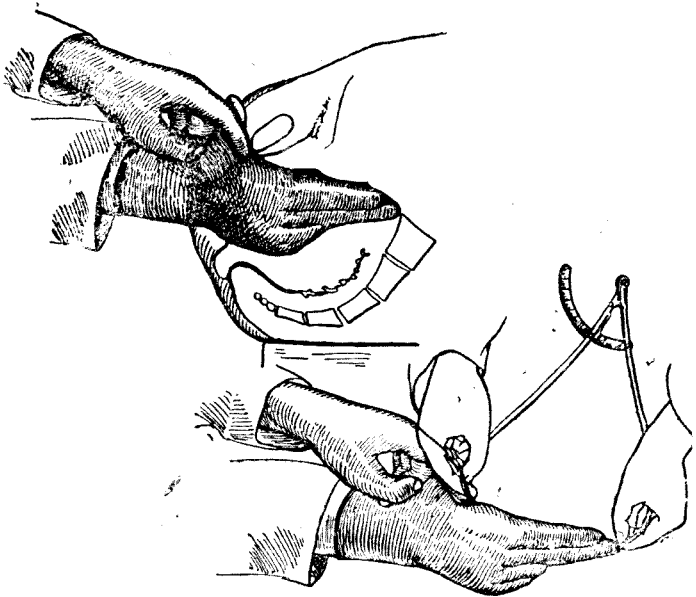


圖22. 內側前後徑檢查法

作陰道檢查，醫生第二指頭達到恥骨前凸起，恥骨下端觸指緣的部位作記號，抽出手測量它的長寬，減去 1.5—2 吋（是恥骨聯合的厚度），這就是前後結合的實際寬度通，常是 12—12.5 吋。

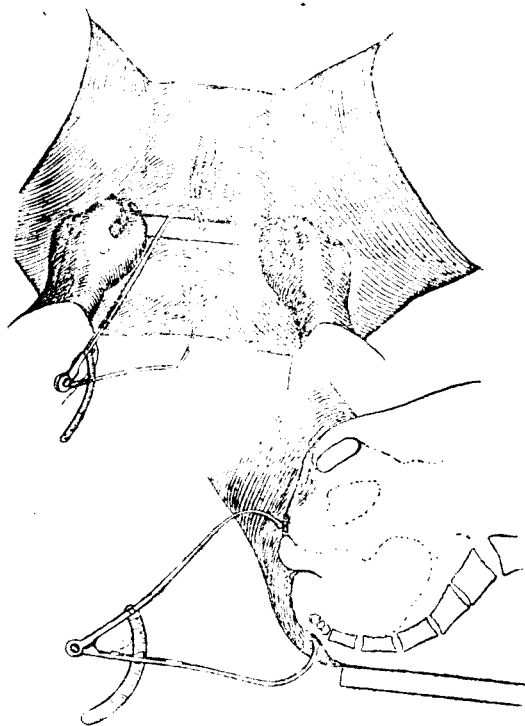


圖23. 骨盆出口的測量法

用壓舌板量坐骨結節間的橫徑，平均是10cm；如果短到8cm或還要短時，須要量後矢狀長度。（從坐骨尖到坐骨結節），平均有11cm，兒頭就可以通過較狹的下面盆弓。

第三章 妊娠時的小手術

有些小的手術，在妊娠時仍是須要做的，可以免去孕期中這些小病的痛苦。電外科凝固法，電刀，與電烙器如使用的好，仍是很有用。

這些電烙的東西，在外側使用對妊娠並沒有多大的害處，像有惡性瘤可疑時作切片，或廣泛的糠粒樣子宮頸炎，作輕的淺層的燒灼仍是無害的。

用奴佛卡印作局部麻藥有時須要。

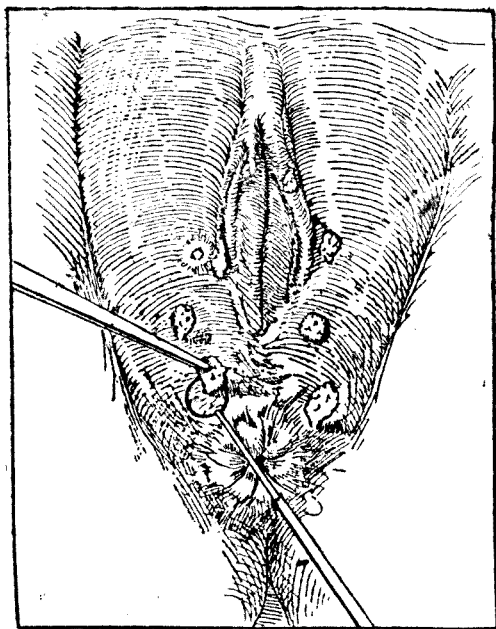


圖24. 用環形電刀作扁平濕疣切除

須要局部麻藥，各個麻木溼疣區。假如溼疣很多，可阻滯整個會陰神經。

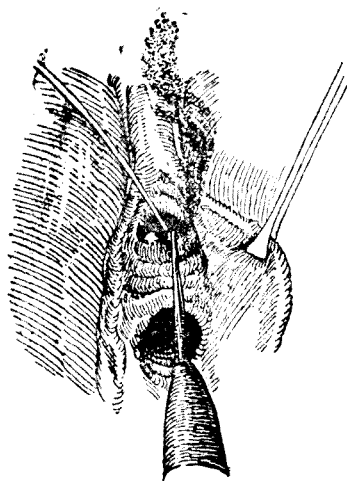


圖25 辛尼氏 (Skene's) 尿道腺的慢性炎症

這種情形常是因爲淋病起的，要用毀壞療法治療。用 Alli's 鉗提開尿道口緣，先把小探針探開管口，用小尖的白熱烙器伸入燒灼。要很小心不要燒過度，以免事後發生癥痕狹窄。

常用的麻藥是可卡因 (Cocaine)。

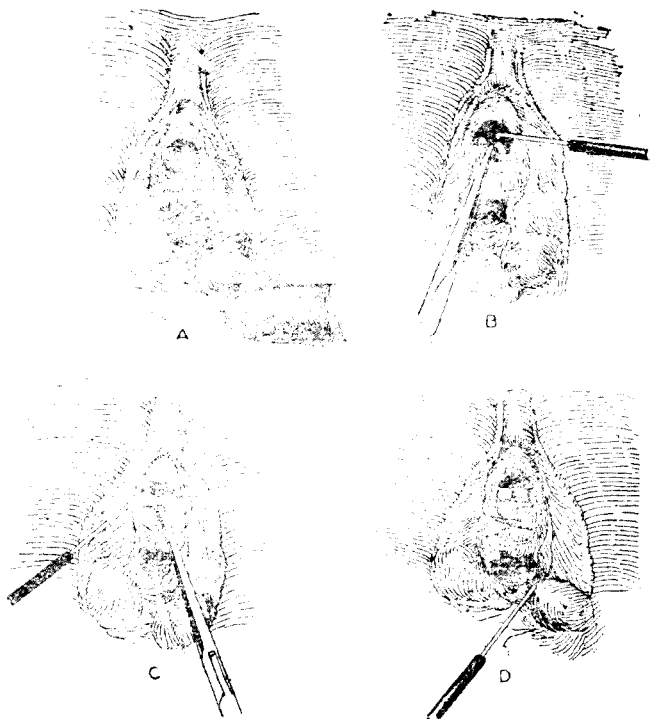


圖26. 辛尼氏(Skene's)腺與巴妥林氏(Bartholin's)腺傳染的電凝固法

A. 當膿病還小時比較有用，周身麻藥（靜脈注射Evipal或吸入與氣）。

B與C. 尿道口緣用小Allis鉗提起，每個Skenes管腺用小的電凝固針穿入，要很快但又能充分凝固，不要燒的太深。

D. 巴妥林氏（Bartholin's）腺也同樣的燒灼，燒灼要夠深，能破壞囊腺腔。



圖27. 巴妥林氏腺 (Bartholin's Gland) 膿腫——剝出法

周身麻醉。

A. 皮割口的位置。

B. 剝離腺腫。

C. 用鉗子夾住腺管。

D. 用0號黃腸線縫合管口。

E. 再縫合腺腫腔(0號黃腸線)。

如果剝離時囊腫破裂，仍須要很仔細的剝去囊壁。

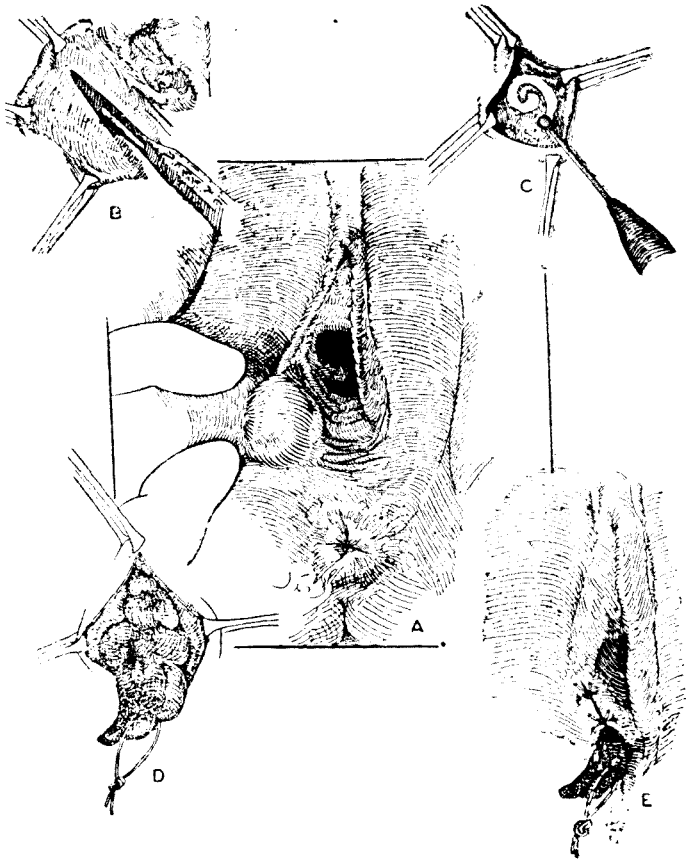


圖28. 巴妥林氏腺腫——電凝固法

周身麻醉。

A. 腺腫的外表。

B. 陰道旁壁作切口，打開膿腔。

C. 囊狀腫壁用電凝器作螺旋形燒灼，直到所有的壁都燒過。螺旋形燒灼是使它愈合時能收縮。

D. 膿腔塞入紗布。

E. 刀口上部可縫合二針，紗布上穿一根線，36——48時後取出紗布。

第四章 妊娠時的較大手術

妊娠時有些大手術也須要做，如果不願做拖的時間太長，病人更增加恐懼。

闌尾炎，小腸阻塞，與卵巢囊腫蒂扭轉，是須要手術的明顯例子。

像纖維樣瘤就不要手術，大多數例子可以等到產期，還沒有什麼大的不適，對病人也沒有危險；如果瘤子阻塞了產道可作剖腹產，同時再把瘤切除，或做整個子宮切除。如果瘤生長對妊娠的壓力太大就不可不要先作手術。

卵巢囊腫除非扭轉或壓迫或有惡性可疑時也不要動它，囊腫阻塞生殖道時可作剖腹產。皮樣囊腫如果在妊娠時或生產時或剖腹取嬰時破裂，可以致成急性活動的腹膜炎。

子宮頸的癌腫（Cancer）須要特殊處理，一般教科書已提及。

這些大手術後，也有流產的，要避免這樣，又不能太過晚處理這些毛病致影響病人生命。

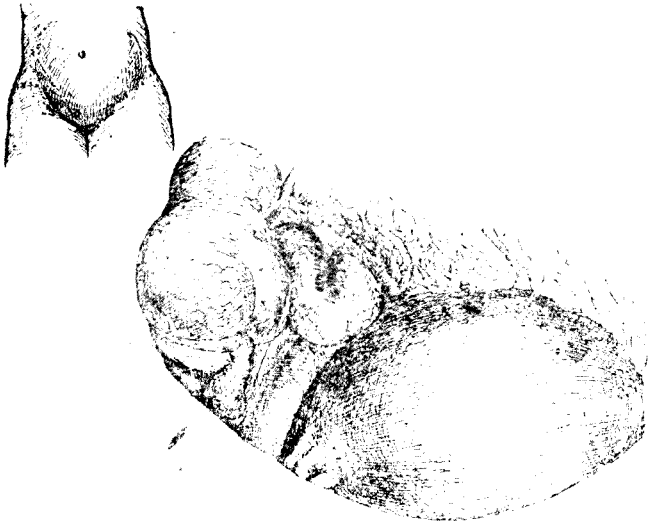


圖29. 妊娠時急性闌尾炎闌尾切除術

妊娠的子宮，增加了散佈傳染的腹膜面，影響傳染局限化。妊娠時的急性闌尾炎比平常更須要早作手術。

皮刀口要比較長方能夠着移位的闌尾，皮刀口的位置要隨着妊娠的月數增高。

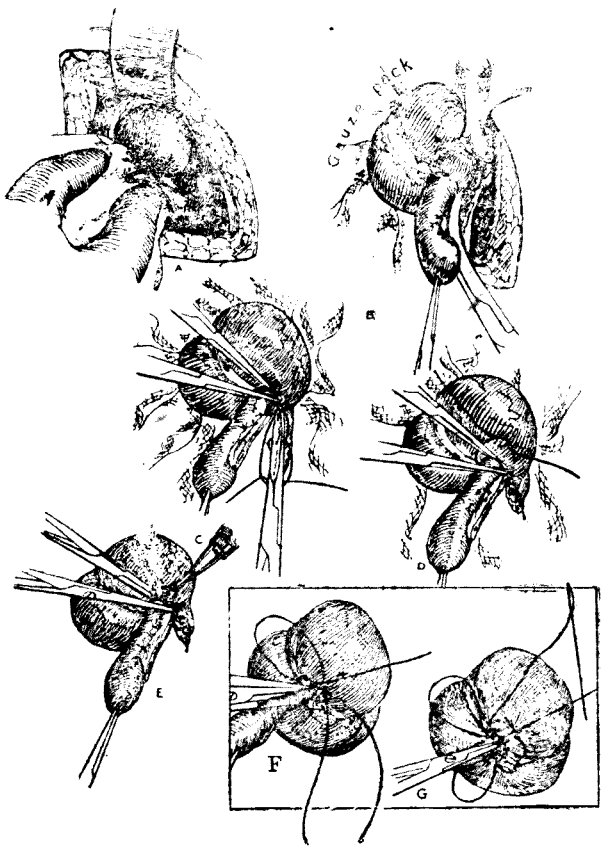


圖30. 闌尾切除術

- A. 找着了闌尾，妊娠時闌尾大都居盲腸後。
- B. 如果闌尾系膜薄而窄，就可用鉗子穿過根部系膜，穿入一號鉻製腸線作外科結整個結紮系膜。當系膜像急性炎症那樣變厚，就須要用血管鉗像圖一樣割開。
- C. 作固定縫線結紮，防止滑脫。
- D. 夾住闌尾用一號鉻製腸線結紮。
- E. 用烙器在二個鉗間割去闌尾，這種不作荷包埋入。小圖內表明作荷包形埋入縫合的技術。
- F. 先縫二圈線固定於根部，繞根的周圍作三四個荷包穿線。
- G. 在二鉗間割斷闌尾，用指拉緊荷包線，並用鉗子埋入殘端。

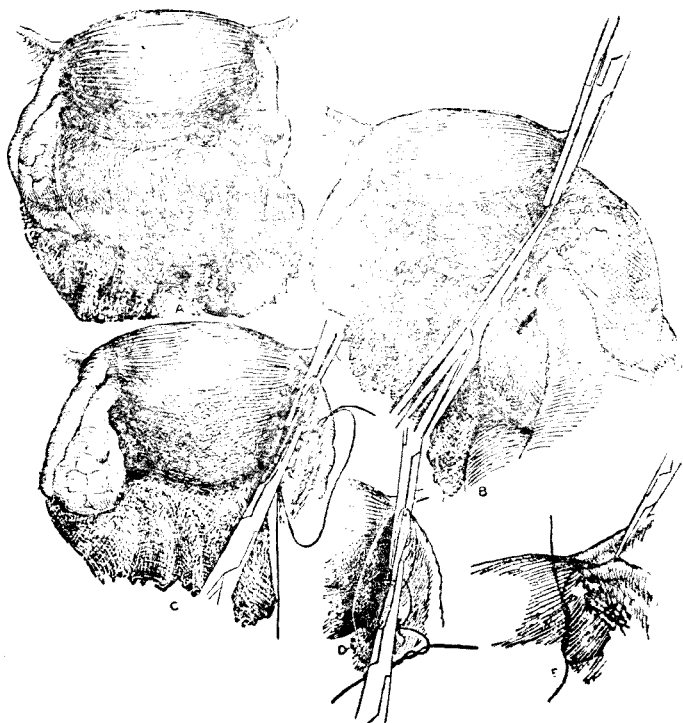


圖31. 妊娠期的卵巢癌

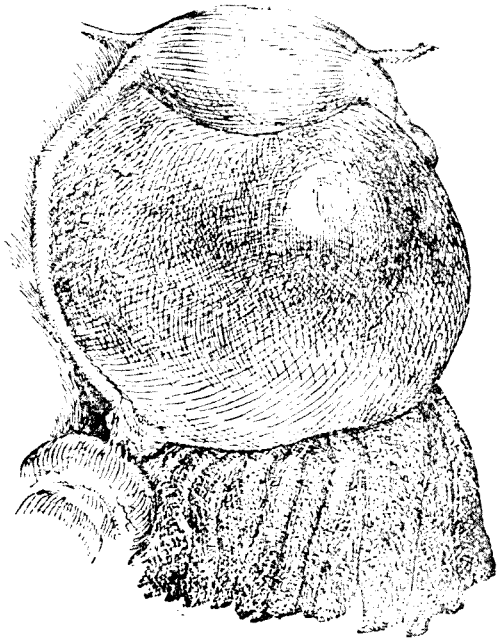
A. 卵巢癌常見的有卵巢囊腫。由於壓迫與扭轉產生急性症狀，受影響的卵巢內存在有妊娠黃體，如果弄去，能發生流產。

B. 用手分離粘連，鉗子夾住蒂部，在二鉗之間割斷，拿走囊腫，這樣可防止出血與漏出囊液，輸卵管可以不拿，假如留着不好可以一併剪去。

C. 卵巢懸白帶與卵巢動脈，用一號瑤製棉線固定結紮。

D. 經過中點固定結紮後，可以防止線從蒂上滑脫。

E. 一號黃腸線縫合腹膜，蓋住殘端。



32. 如幼期卵巢瘤，輸卵管受影響
常是卵巢旁囊腫。

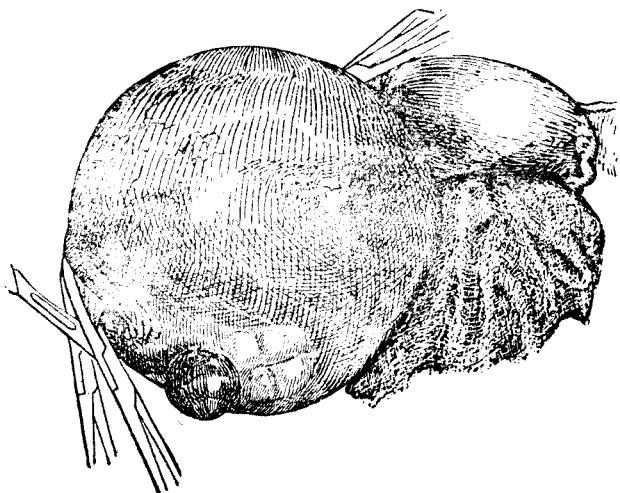


圖33. 卵巢旁囊腫，輸卵管受影響

可以留住卵巢，用二個鉗子夾住骨盆漏斗韌帶，另夾住輸卵管，在二鉗之間切斷。

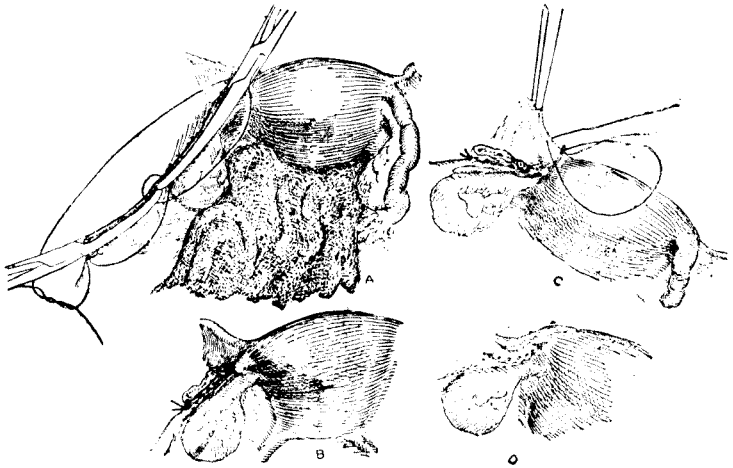


圖34.35卵巢周圍囊腫與輸卵管受累

A. 先在盆漏斗韌帶上作一固定線結，再穿過蒂的中央，子宮卵巢韌帶的邊緣（用一號路製腸線）然後作結，如果卵巢保留就要注意它血循環的保持。

B. 結紮後蒂的外觀。

C. 與D. 用圓韌帶遮蓋蒂的剖面。

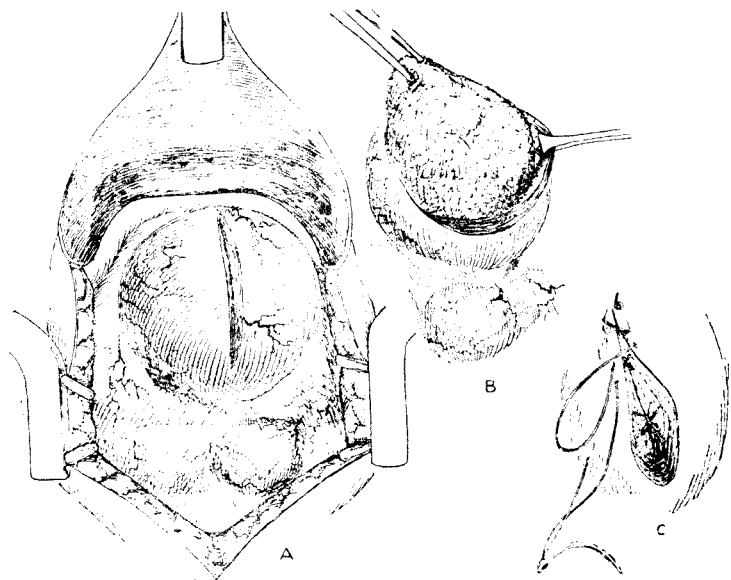


圖36. 妊娠期中子宮肌肉瘤切除術

妊娠期中子宮肌肉瘤很少須要作手術，一般的只能在流產後或已到產期時作，只有在因為過於壓迫或緊急的情況下方能作手術。

漿膜下瘤子，比壁間纖維瘤，容易受壓迫。瘤子扭轉，或進行性懷死，這些情形都需作手術去除。但壁間瘤就不能動，以減少流產的危險。

- A. 瘤上作刀口。
- B. 用刀子剝離，拉出瘤子。
- C. 縫合瘤床腔與切口。

第五章 流 產

忽然的流產，或不完整的流產是須要施行手術來制止大量出血的。

熱病流產的處理現在仍在爭論。如子宮口突出有一塊壞死腐敗的組織，發熱是因這而起時，就很小心的用紗布鉗拿走這塊東西，不要作其他手術，比較安全。如果病人已有傳染，而且有局部腹膜炎存在，就不能作手術以防傳染的散佈，如有傳染可疑，也還是不動爲好。這種出血是很少太利害的。治療傳染是採用保守療法，補助磺胺藥物與其他方法。

治療用的流產只有在患者的生命或健康受孕娘的危險時方可採用，須要有兩三個大夫的同意方可執行。

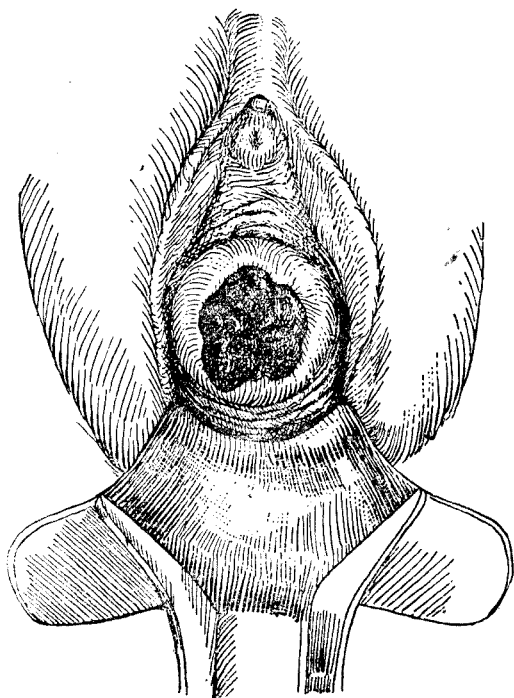


圖37. 不完全的流產

胎盤組織突出子宮外口，不管病人發熱不發熱都可用紗布鉗夾走。

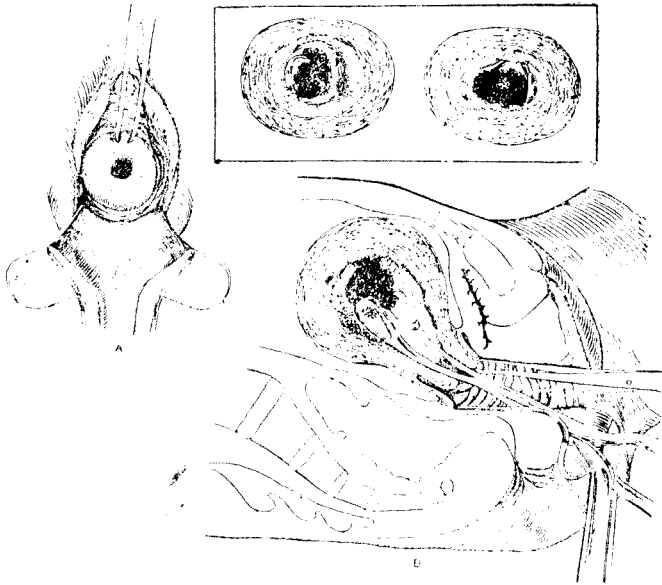


圖38. 不完全流產

胎盤組織遺留在子宮腔內，患者流血。

A. 子宮外口仍部份擴大，胎兒組織已流出一部份。

B. 縱剖面表明環形鉗移走存留的胎膜。

小圖內 是經過子宮底的橫切面，表明如何移動環形鉗，使能夾走殘餘的胎膜。

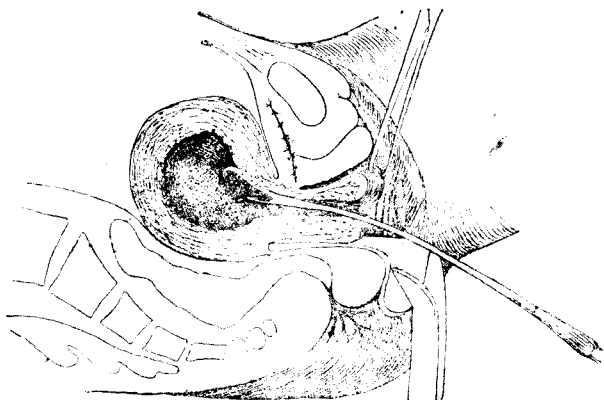


圖39. 不完全流產

用環形鉗夾走胎膜後，子宮腔內用鈍的刮匙搔癢，但這只可用在不發熱的病人。子宮內膜不要損害，以免傳染加深。不小心的搔癢很易使變軟的子宮穿孔。

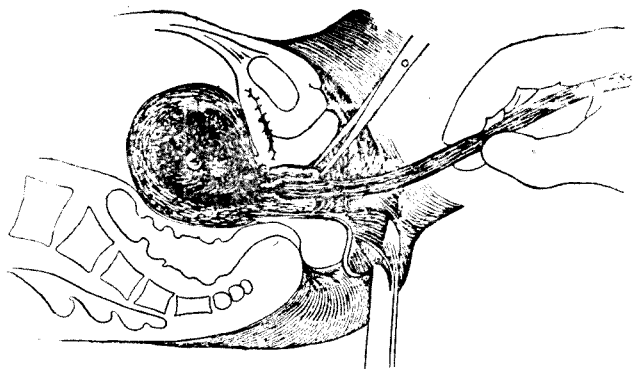


圖40. 療病流產

像不能制止的妊娠惡阻，急於要用流產治療的，先用器械擴大子宮口，使能進入一環形鉗，夾出胎兒組織。擴大子宮口以用逐漸擴大的黑格氏擴大器比較安全。



圖41. 治療用流產

心臟病患者，流產並不需太急，特別它的子宮頸管並不太緊時，只須要緊緊的塞進紗布，二十四小時後拿走紗布，子宮口已有開大，如子宮內容沒有剖離或突出時就用環形鉗夾出。

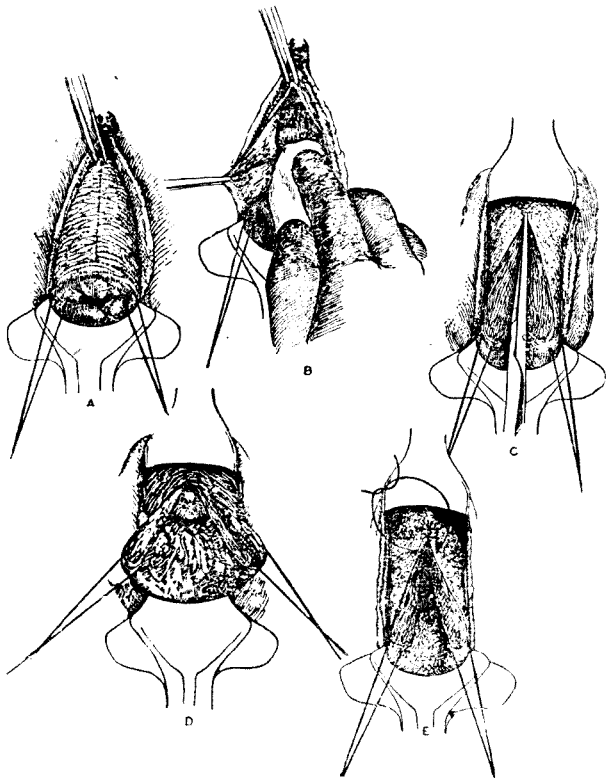


圖12. 治療用流產——陰道內子宮切開術

長而厚無法擴大的子宮口，必須時只好切開。

A. 子宮頸用二條拉線牽出，點線地方表明粘膜炎口。

B. 露出膀胱底，用鈍分離法推膀胱向上。

C. 牽拉器將膀胱拉開，切開子宮頸前壁，向上直達子宮內口。

D. 露出子宮內容，並用鉗子夾走，子宮腔可用紗布塞好，以防出血。

E. 創口用普通蠟線 (NO. 1) 作間斷縫合。

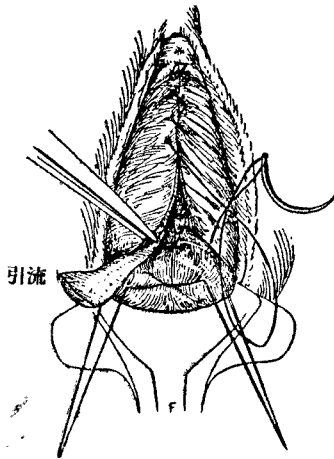


圖43. (續) 縫合

F、粘膜片用普通腸線 (NO. I) 作連續縫合。粘膜下放入一小塊橡皮膜引流，避免成血瘤或血清堆集，72小時後拿走。

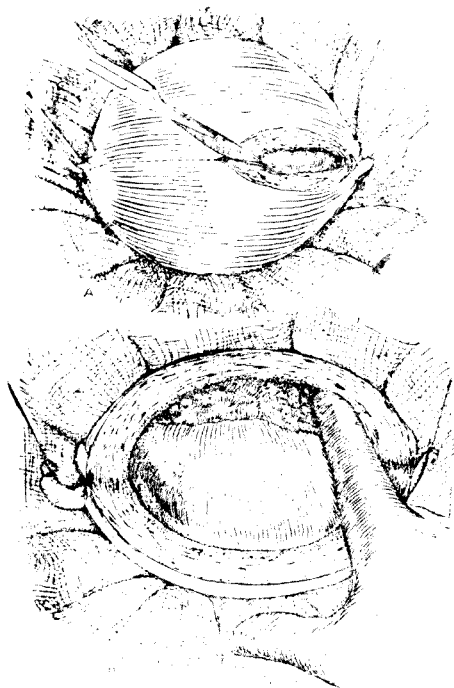


圖44. 治療用流產——腹部子宮切開術，並用輸卵管結紮

A. 在子宮頂上作橫刀口，靠近輸卵管與子宮相接的間質部起到對側間質部止，並結紮子宮動脈輸卵管枝。

B. 用指撤空子宮內容，注射一些氣體素。

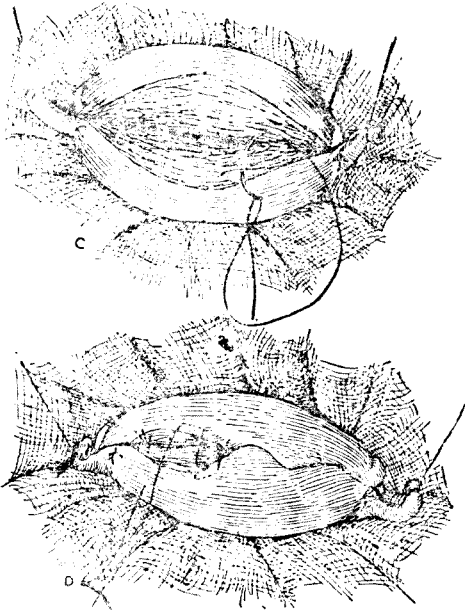


圖45. 治療用流產(續)

C. 用鉗製腸線連續縫合子宮切口。

D. 縫合子宮腹膜面用鉗製腸線或普通腸線(NO.1)作連續埋入縫合法。

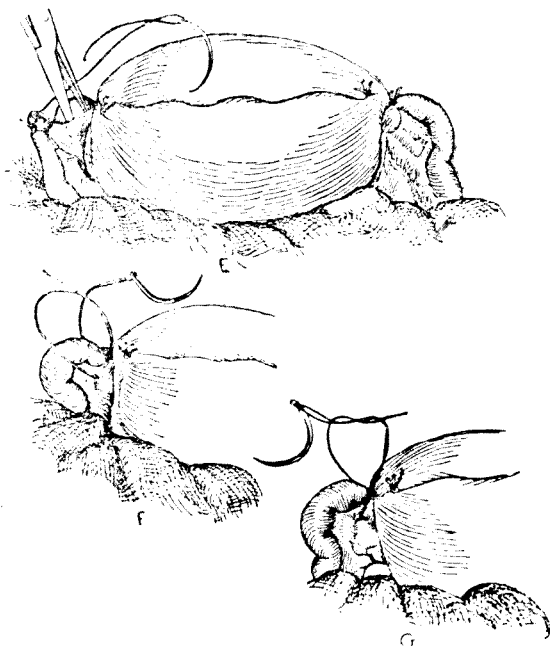


圖46. 治療用流產(續)

- E. 結紮並剪斷輸卵管後，用鈍器分開廣韌帶。
- F. 把割斷的輸卵管端埋入裂縫內閉合裂口。
- G. 將裂口和子宮壁縫在一起。

第六章 子宮外孕娠

子宮外孕可以在輸卵管內任何處發生，甚至到腹膜腔內，只要診斷有外妊，或已有流血發生都要快行手術。

這種應該早期診斷出來，最好在沒有破裂前，及早細心作手術，避免不必要的步驟，特別在已有流血發生時，要快準備輸血或血漿。

進行中的腹腔妊娠未說及；因這種只須要腹部作刀口拿走胎兒與胎盤，沒有除盡胎盤的面上有不斷的出血。

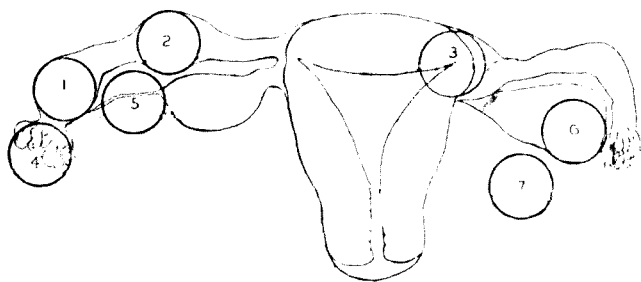


圖47. 表明子宮外孕常居留的位置，根據發生的次數排列次序

(1) 輸卵管壺腹部。

(5) 輸卵管卵巢部。

(2) 輸卵管峽部。

(6) 卵巢部。

(3) 間質部。

(7) 腹腔內。

(4) 輸卵管細部。



圖18. 子宮外孕的臨床現象

- A. 未破裂的壺腹部孕娠。
- B. 已破裂的壺腹部孕娠。
- C. 輸卵管絨膜部孕娠的分離與可能有的流產。

D. 右側絨膜部或壺腹部的子宮外孕已向外破裂，血流入子宮後窩，左側有腫塊，臨診上捫診時常易誤認為左側的。

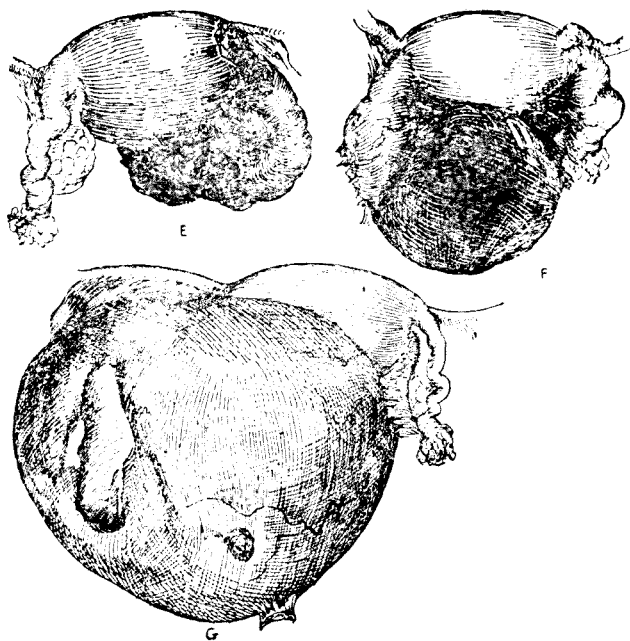


圖49. 子宮外孕的臨診表現(續)

- E. 間質部的子宮外孕破裂發生嚴重出血。
- F. 輸卵管孕娠破裂到闊韌帶內形成血腫。
- G. 早期的腹腔內妊娠。

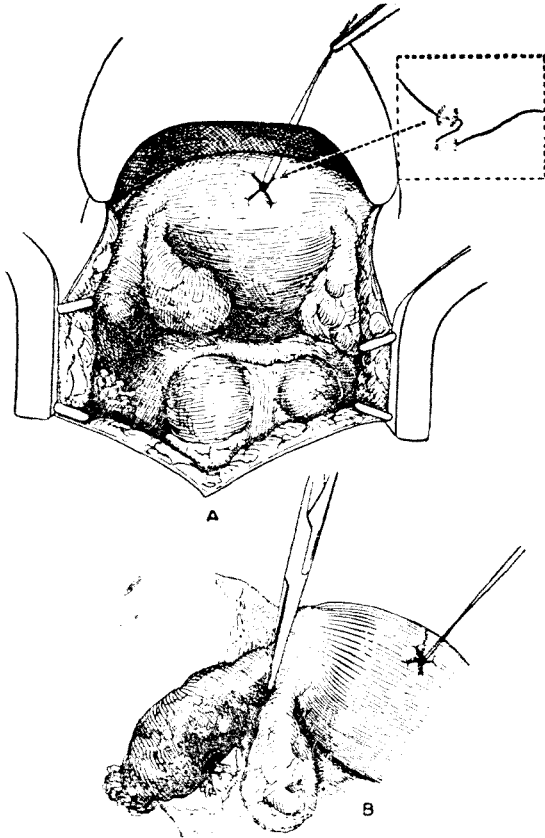


圖50. 未破裂的輸卵管妊娠——手術步驟

A. 這種手術並不像已破裂流血的子宮外妊娠，動作要很快速，先在子宮頂部作S字形縫線向前提起子宮，露出病部。S字形縫線，比直縫線較少破裂。

B. 盡量在靠近子宮處夾住輸卵管與血管，要夾的夠深，連子宮動脈的輸卵管枝也夾在內，但不要防礙卵巢與子宮卵巢帶的血供給，這個血管鉗也可牽拉子宮，代替子宮頂上的拉線。



圖50 (續前手術步驟)

- C. 自外緣夾住輸卵管系膜，包括卵巢動脈的輸卵管枝，然後切開輸卵管系膜。
- D. 第二個血管鉗再夾輸卵管系膜同時夾住卵巢輸卵管動脈吻合的輸卵管中枝。

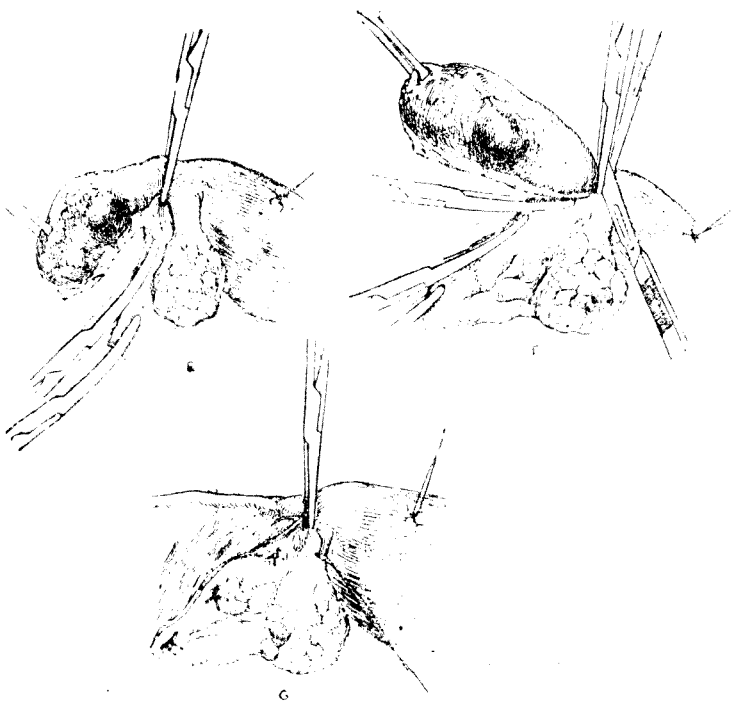


圖51. (續前手術步驟)

E. 剪開輸卵管系膜直達子宮端。

F. 第三把血管鉗夾住輸卵管系膜的最後一段；包括卵巢輸卵管吻合動脈的內枝，切口直到輸卵管間質端。在這之中要很小心地保存卵巢的血供給，分離很完全後，再用一血管鉗靠近E圖的血管鉗夾住，仍要夾得夠深，用刀子在二個血管鉗間割斷輸卵管。

G. 用鉗製腸線 (No. 1) 分別作固定結紮輸卵管系膜的血管，再結紮子宮動脈的輸卵管枝。



圖52. (續手術步驟)

II. 縫合輸卵管子宮部的切口。

I. 與J. 利用廣韌帶作腹膜修補術。

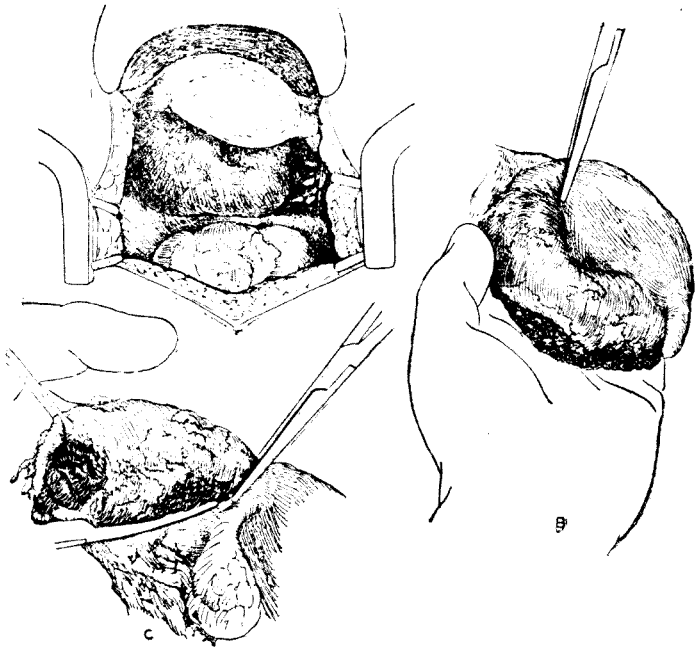


圖53. 輸卵管妊娠破裂或叫輸卵管妊娠流產與出血——手術步驟

A. 嚴格避免一切不必要的檢查，防止流血與休克的加重，手術時的動作快而輕，極力防止多流一滴血。圖中受病的輸卵管（左側的）已有新近的粘連，流血積在子宮後窩內。

輸血，注入血漿或其他液體要待手術開始時再作，以免在流血點尚未控制前，增高血壓加重流血。

B. 輸卵管子宮端與它的血供給即速夾住，剝離腫大的輸卵管，用指拿出來。

C. 夾住輸卵管系膜。

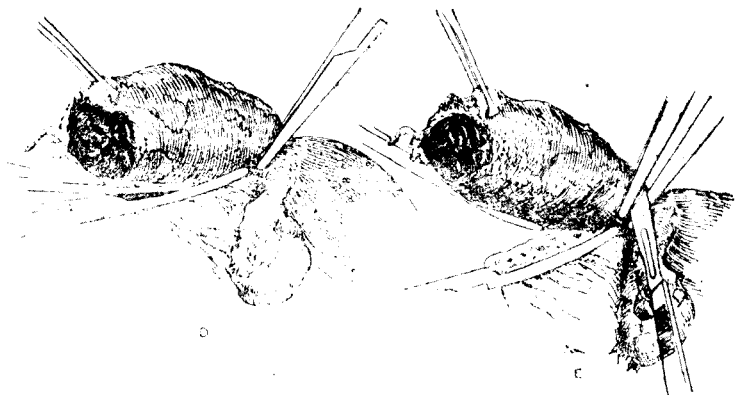


圖54. (續一)

D. 另一個鉗子相伴夾着，從中剪開系膜。

E. 子宮端再夾一鉗，迅速割斷輸卵管。

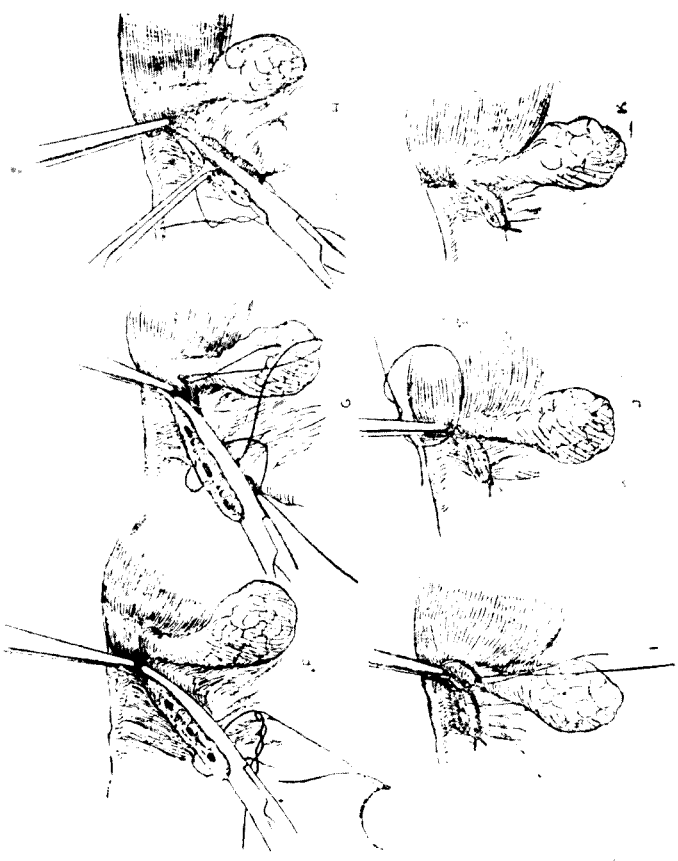


圖55. (續二)

F. 輸卵管殘部或系膜用鉗製腸線 (NO. 1) 作固定結紮，外側先紮好以控制卵巢動脈到輸卵管的主要枝。

G. 將針從系膜中點穿過，避免穿壞了動脈枝。靠近子宮側再穿過一針要包括有卵巢動脈的輸卵管內側枝。

H. 將二個線頭作外科結紮緊。

I與J. 在子宮動脈輸卵管枝的外側，再穿針將輸卵管殘端一併結紮在內。

K. 結紮後的外觀。

對側的附屬器很快的檢查一遍，手術到這裏為止，即速縫合腹壁，防止休克加重。

在嚴重的病人，要作輸卵管卵巢切除術，內側的血管鉗，夾住子宮卵巢韌帶與它的血管，外側血管鉗夾住懸韌帶與卵巢動脈。作二個固定結就夠。

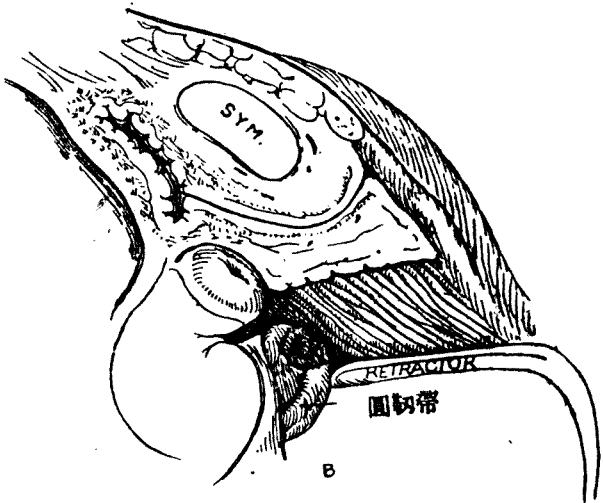
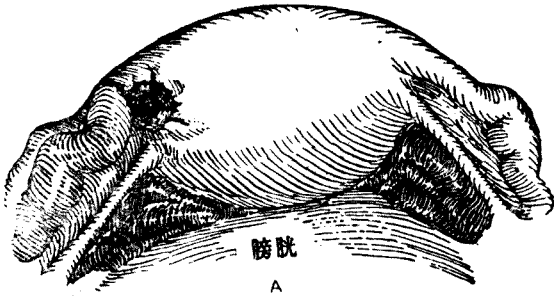


圖56. 間質部妊娠

A. 間質部妊娠的破裂比較晚(2 ½——4 月)這是因為在它周圍的子宮壁，比輸卵管游離部的周壁較能擴大，與適當的調節。一但破裂，流血劇而多，因為它鄰近有子宮動脈枝。

B. 根據病人的情況，有時子宮外孕須作陰道手術以代替常用的剖腹術，有的學者贊成從子宮後穹窿部拿出全部破裂的子宮外孕 (Reeves: Am. J. Obst and Gynec. 32: 880, 1936)。

這手術只須要單次的縫合切口以控制出血，全程十二分鐘就夠，病人的情況雖很險惡仍有恢復的希望。一般人認為子宮外妊，仍應從腹部施手術。

第七章 引產與子宮口擴大術

由於各種原因引產仍是必須的，適應的指徵像過度成熟的胎兒，或妊娠中毒；或者是其他母體的原因，使胎兒不能繼續存在，或妊娠程超過等。以前骨盆狹窄也是引產的理由，認為在胎兒沒有成熟前的大小，方能通過狹窄的骨盆道，現在認為這種說法有不恰當的，因為引產嬰兒死亡率太高，現在應用其他方法的技術也進步。

用藥物方法能足夠引產；作人工刺破羊膜可以幫助藥物引產；有時需要用探條與橡皮袋作引產用。

陰道內子宮切開術，在必須急速撤空子宮時採用。

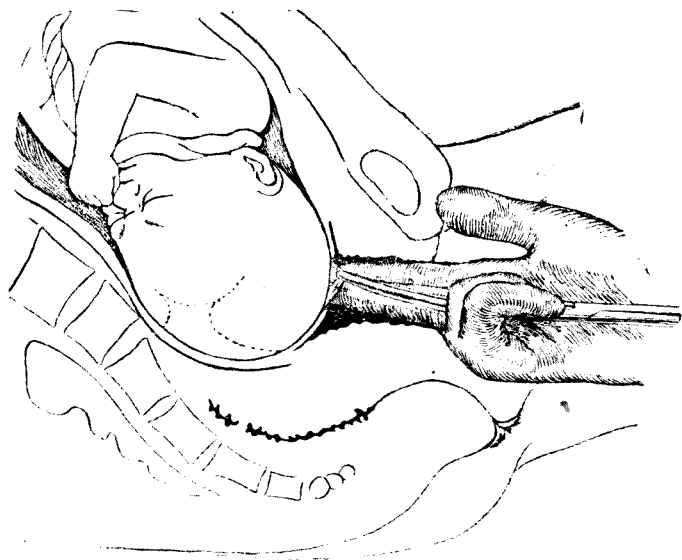


圖57. 人工撕破羊膜引產

用這法時常並用蓖麻油與小劑量的腦垂體素，事先要了解母體骨盆的大小是否夠通過胎兒，羊水多的當弄破羊膜時很快就湧出，須要用手指塞住子宮口使羊水慢慢流，以防止臍帶脫出，這點必須記住。

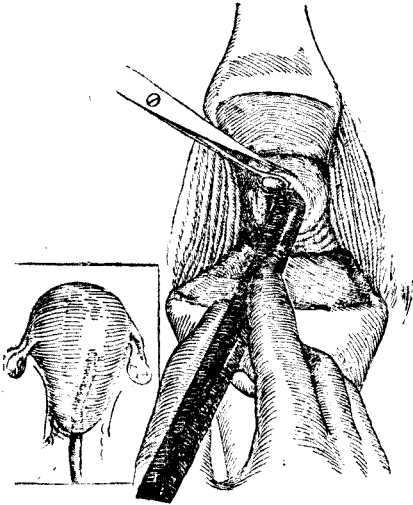


圖58. 探條引產法

撐開陰道露出子宮口後，搽上抗毒藥水，用環形鉗夾住子宮口前唇，用可彎曲的橡皮探條，慢慢往內推，插在子宮壁與羊膜之間，但要避免羊膜破裂，如羊膜可能破裂，須要在陰道內塞入紗布（注意插探條時，不要觸到陰道壁以免染污）用這探條時容易發生傳染，胎盤早剝離與子宮穿破的危險。

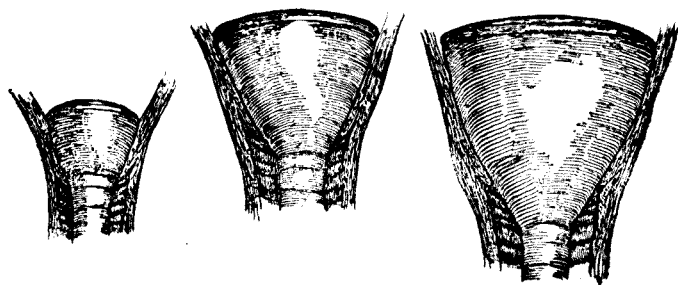


圖59. 靜水囊引產

水囊大小的選擇看子宮口大小而定（閉合子宮口用NO. I，開大3 釐用NO. II，開大4——5 釐用NO. III）最大的水囊不是單作引產，是用作控制出血用的。像側面或邊緣的前置胎盤出血，從子宮頸外或子宮頸內插入均可。

水囊不僅可引產，而且直接擴大子宮口，先用小的袋，候子宮口廣大，小袋掉出後，再換用較大的袋，直到子宮口夠大，到第一產程末，就不用水囊，讓他自己生產。

用水囊容易發生難產，因先露部常易移動，變成胎位不正。

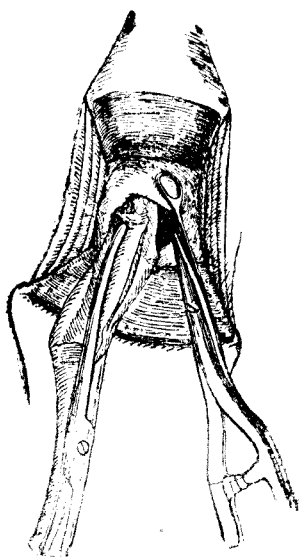


圖60. 插入水囊

把水囊摺成狹條，用敷料鉗子夾住，直接插到子宮口內，然後盡可能的使袋內裝滿淡來蘇水或蒸餾水，夾住囊管，掛上半磅到一磅的重物使往下拉。

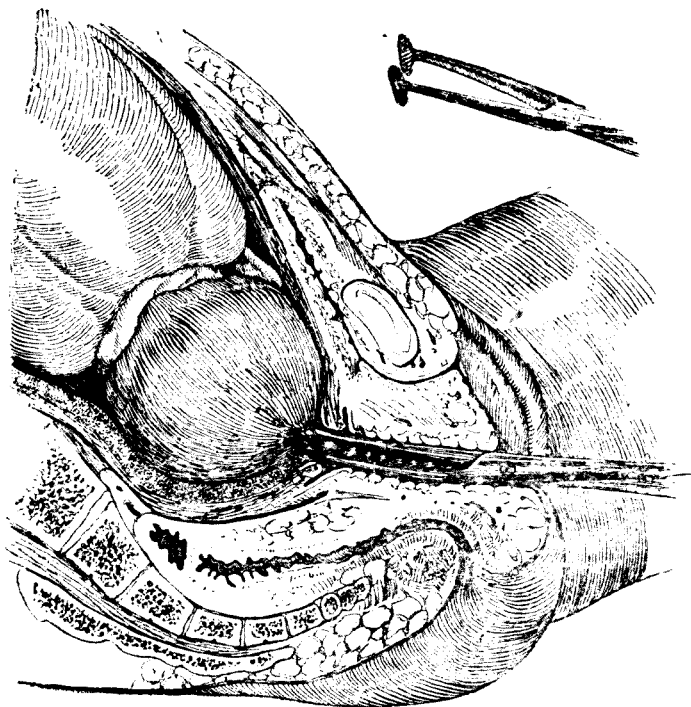


圖61. Willett's 鉗

用這鉗子夾住胎兒的顱皮，下面懸掛一個重物，這種比水袋還好，特別在已死的胎兒有用，可以掛很長的時間。活着的胎兒如夾的太久 常發生顱皮撕裂。

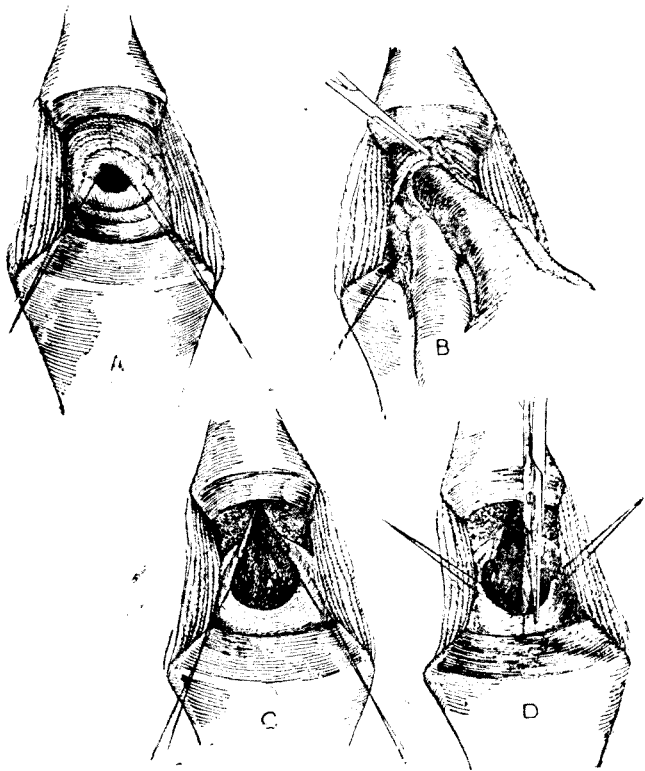


圖62. 陰道內子宮口切開術

- A. 露出子宮口搽上消毒藥物，作二側牽拉縫線，點線表明粘膜的切口。
 - B. 粘膜往上剝離推開膀胱。
 - C. 膀胱推開後用拉鉤分開，在子宮頸前唇從內口向下作刀口。
 - D. 如果妊娠已超八月，子宮頸後唇也須剪開方夠大，在八月之前只前唇切口就夠。
- 術後用棉線縫合，在粘膜的左下角或右下角地方放入引流以防發生血腫。

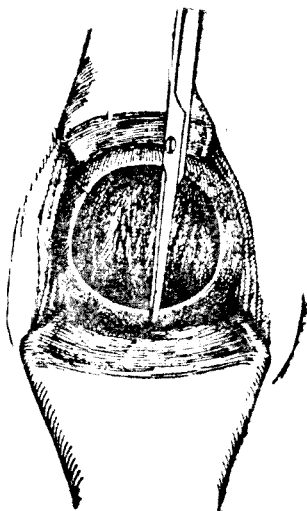


圖63. Dührssen's多數切口

這用在子宮口已部份開大，或者是胎兒的頭已露出，爲了防止子宮口破裂以免撕破子宮動脈頸部枝，可在子宮口 \wedge 先作刀口，馬上用產鉗拿出胎兒，立時縫合切口。
二點六點十點處，

第八章 自然生產—產鉗生產

生產的一般預備，包括病人的位置與消毒，第一章已說過。女陰切開與會陰縫合術與生產道損傷修補一樣。

做產科的應該明瞭『生產的過程』，只有在熟悉正常情形後，才能了解異常的情形。由於胎位或胎兒先進部的不同，致影響正常生產過程的，常使產程拉長，有時須要用鉗子幫助，這必須明瞭用產鉗的適應徵。

須用產鉗的較大指徵：

1. 由於母親身體的情形與疾病，須要避免第二產程的大用力。
2. 後發的消竭或子宮無力(病人有發熱，脈增速，缺水現象)。
3. 第二產程過長(頭露出陰門達一小時以上，或位置較高有二小時)。
4. 胎兒變故(像胎心聲加快不規則，或流出胎糞)。

用產鉗分娩時必須具備的條件：

1. 子宮口全開。
2. 胎兒的大小能通過母體的骨盆。
3. 胎兒頭已適當顯露。
4. 羊膜已破。
5. 膀胱放空。

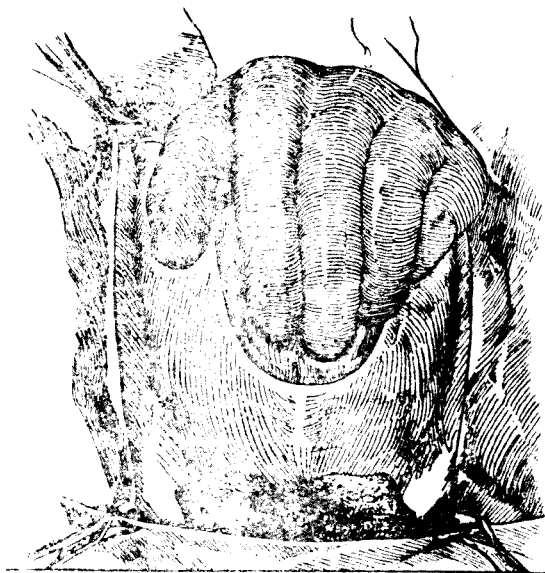


圖64. 自然分娩

胎頭已分開二個大陰唇，女陰部像冠狀凸起，這時須要阻止胎頭的猛然突出，以免會陰遭受廣大的撕裂。用左手四指直接壓胎頂，掌球部支持胎兒枕部使胎頭慢慢前進，正在這時可作會陰切口。在手巾下面肛門口蓋上紗布。

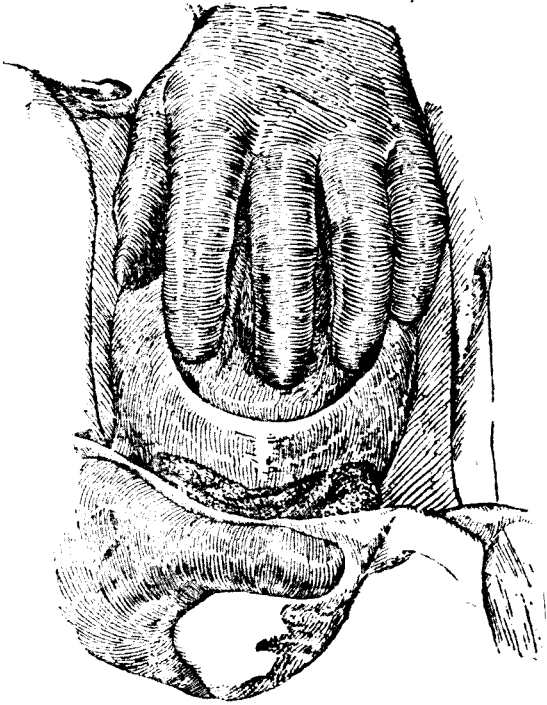


圖65. 自然分娩

胎頭已突出的更多，要小心阻止它沖出，右手從會陰部將胎頭往上推，胎頭即可出來。在胎頭出來的最後一刻，被麻醉的病人小心地忽然用力以致損傷會陰。

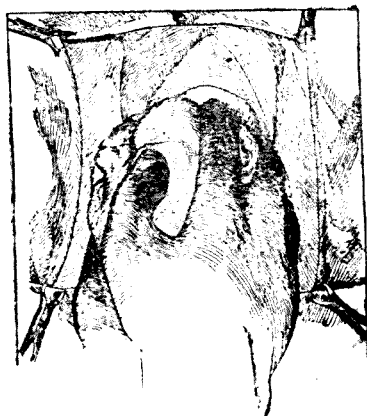


圖66. 自然分娩(肩娩出)

將胎頭轉向一側，輕輕在上側加牽拉，待胎前肩露出，子宮有縮小時，可稍壓子宮底幫助娩出。

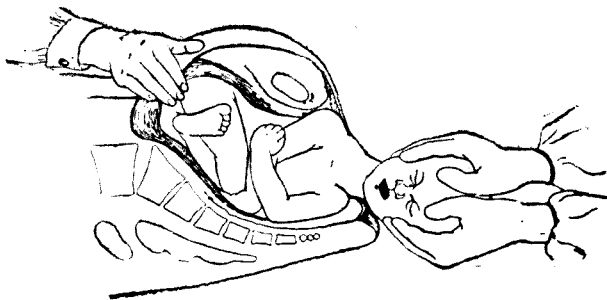


圖67. 自然分娩

縱剖面表明前肩娩出的情形。



圖68. 自然分娩

將胎頭向上牽拉轉出後期，這時要注意防止手與骨同時出來，以免斷破會

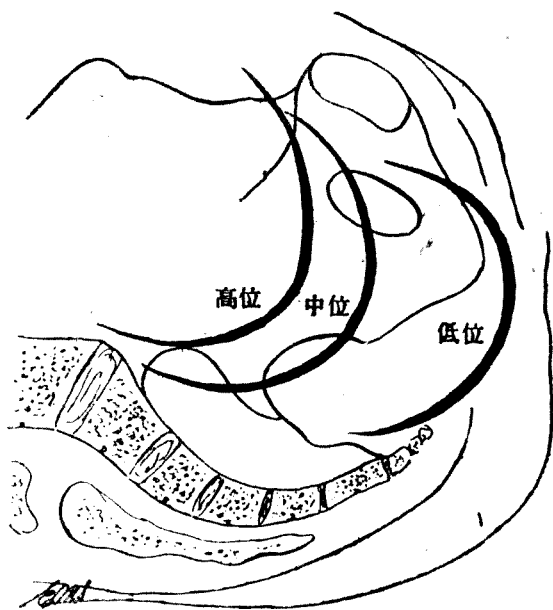


圖69. 產鉗分娩

表明使用產鉗的胎頭幾種位置(高位、中位、低位)。

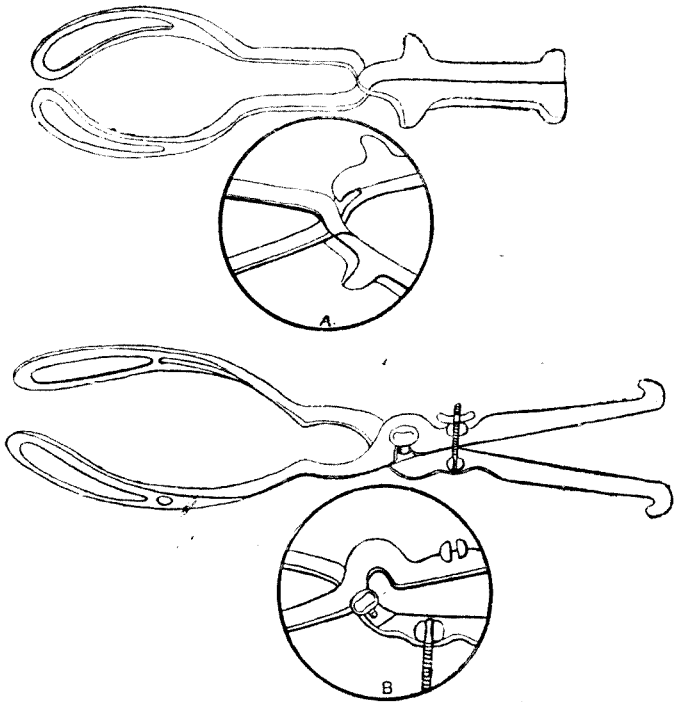


圖70. 常用產鉗的式樣

A. Simpson 產鉗表明英國式的合口。

B. Tarnier 軸牽拉鉗，表明法國式的合口，英國式合口的鉗子較好，它的結構可以避免胎頭受深壓。

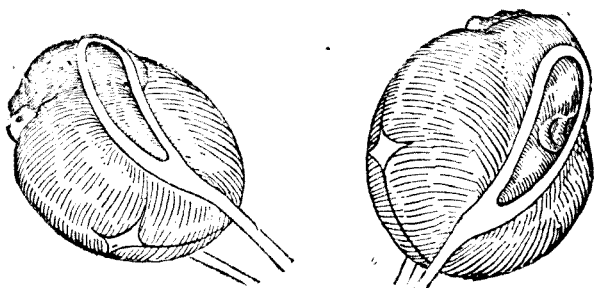


圖71. 鉗子分娩
表明產鉗沿枕額徑放於胎頭二旁的正確位置。

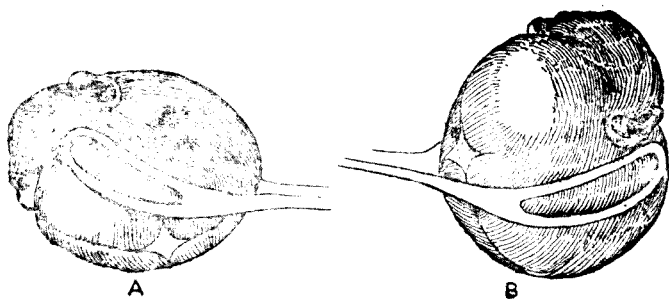


圖72. 鉗子分娩
不正確的放入產鉗，這容易滑脫並損傷胎頭。
A. 正夾在額枕部。
B. 正放在頭後部，這在枕後位常如此。

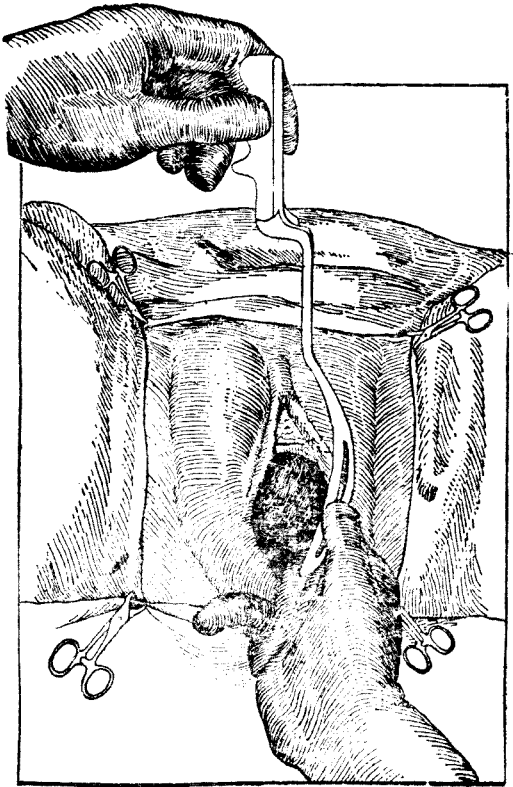


圖73. 鉗子分娩——低位鉗子

放入低位鉗子，要使枕向前轉。

左手攔住左葉柄，放入胎頭左側，施術者用右手指把它引入。

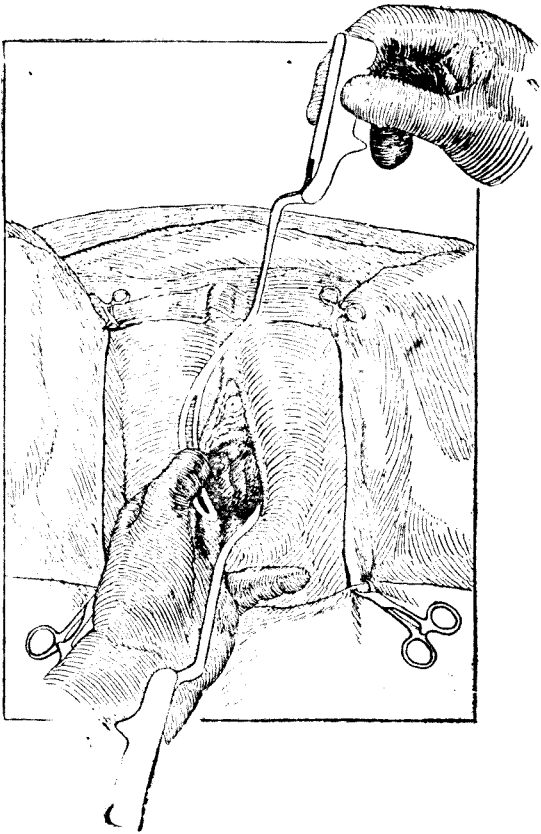
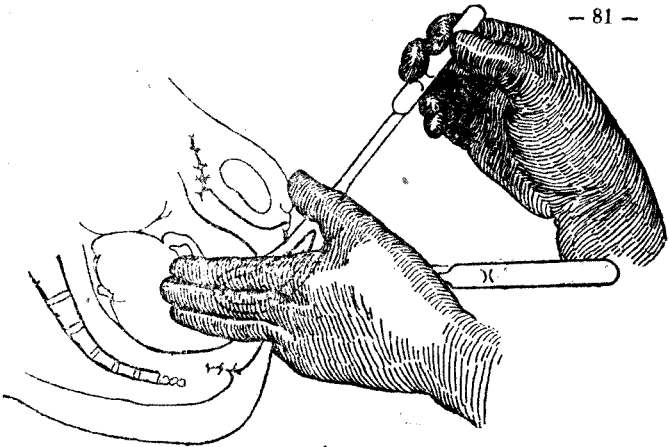
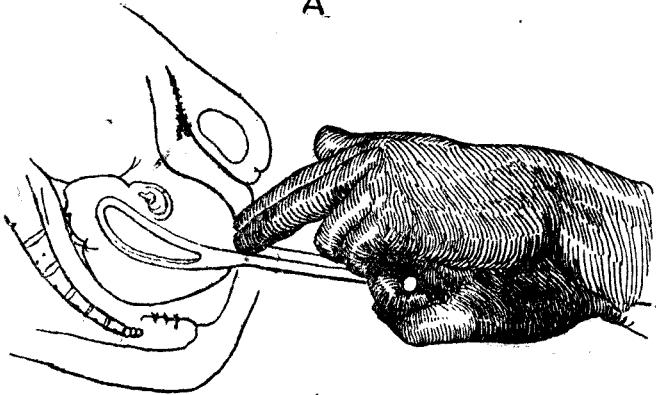


圖74. 鉗子分娩——低位鉗子
放低位鉗子的第二步，右葉同樣放入，關閉柄口，準備牽拉。



A



B

圖75. 低位產鉗

縱剖面表明：

A. 手指引產鉗入胎頭旁的方法。

B. 向下牽拉先用二個指抵住頭，試驗鉗子是否沒有放好滑脫下來。牽拉產鉗時力量要緩而勻，不調和的使勁牽拉，或其他過失是最壞的產科技術。

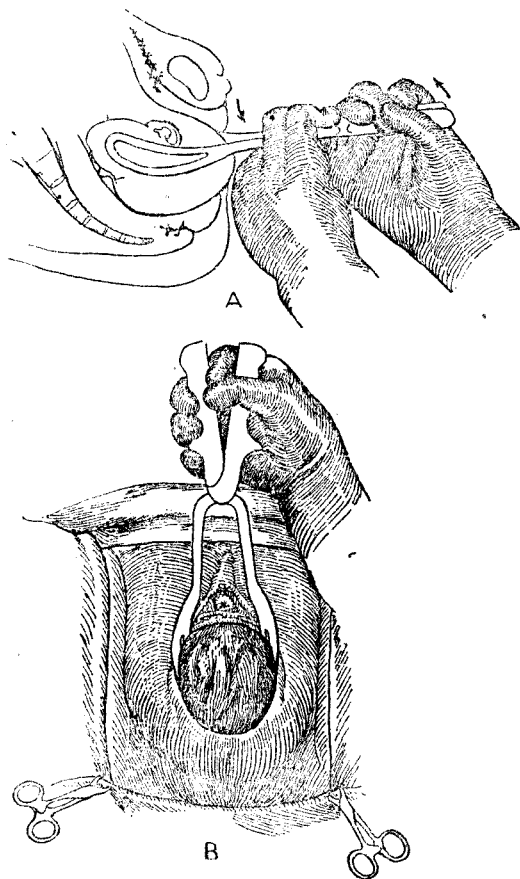


圖70. 低位產鉗

開始向下牽拉。

A. 右手向上拉，左手二指向下鉤住產鉗，使拉的方向變為向下向上前，枕後支住恥骨聯合，更向前進。

B. 以後用力把產鉗往上提，用力拖曳產鉗時，把指放在鉗柄之間，可以避免胎頭過度受壓。有的施術者喜歡在產程的後步取出產鉗，那是不須要的，因為病人在麻醉狀態下，不能有任何幫助分娩的力量。

在頭娩出之前作會陰切開避免撕裂。

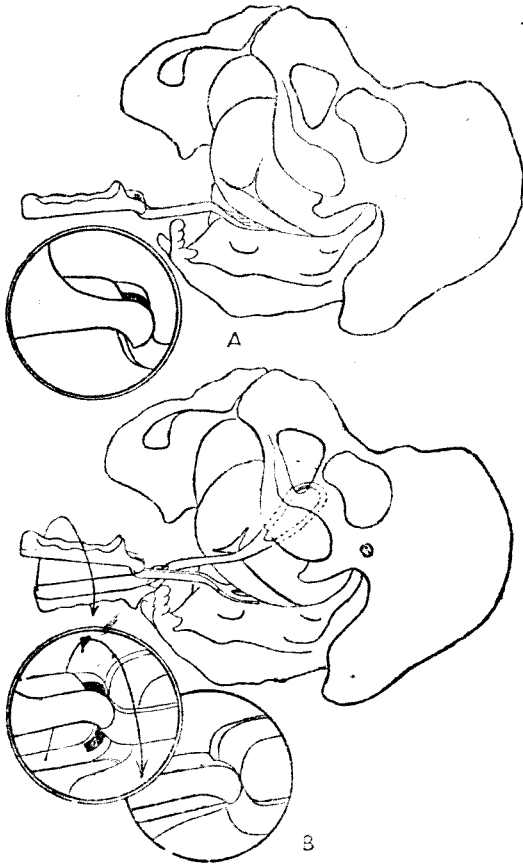
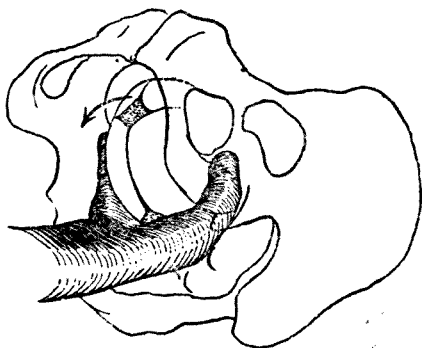


圖77. 鉗子分娩——中位產鉗

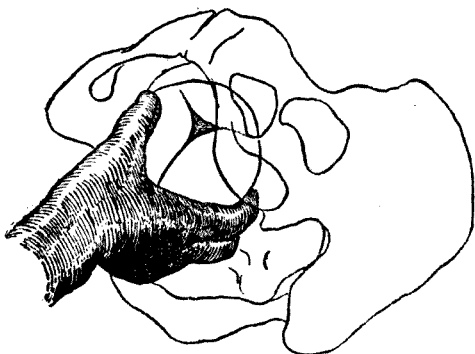
右胎位，矢狀經正對骨盆斜徑。

A. 右葉首先放入頭右側正確的位置，這比較容易，因正對髖骨間間隙較寬。

B. 放入左葉後，先不要合口，待把柄轉到右葉的下面後再合口，然後糾正產鉗的位置。



A



B

圖78. 用手指從枕後位移到枕前位

在試用產鉗之前用手轉過胎頭的位置。

A. 胎頭在左枕後位 (L.O.P.) 握在伸開的拇指與四指之間。

B. 轉動手時把胎頭往上稍推入盆腔內，待完全轉到左枕前位時 (L.O.P.) 用手扶住，防止它再轉回，同時並準備置入第一葉產鉗。

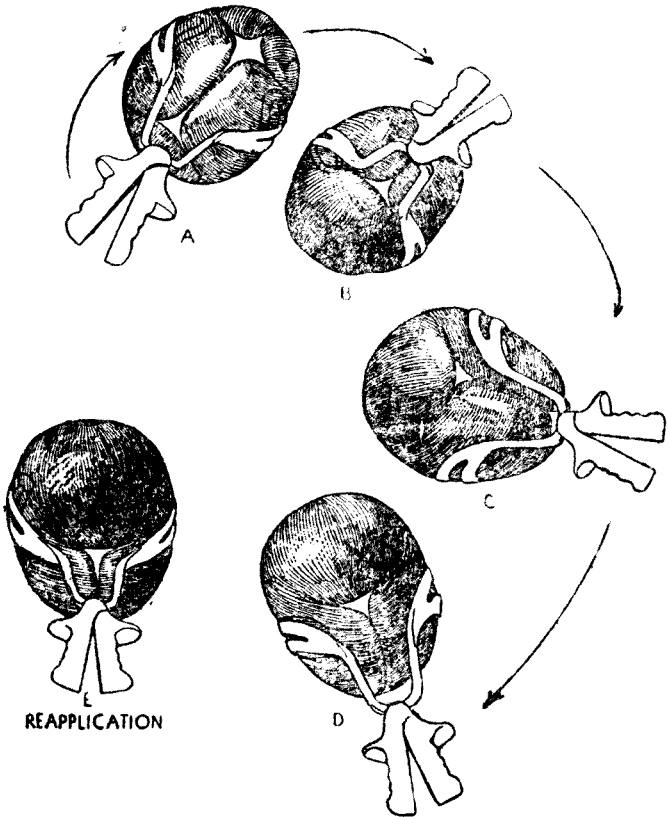


圖79. 用鉗子轉正枕後位並娩出

- A. 胎頭在右枕後位 (R.O.P.) 沿枕額徑在胎頭二旁置入產鉗。
- B. 把柄往上移，使胎頭稍向上轉。
- C. 像螺旋鉗一樣扭過把柄，朝大的周徑轉動，不要把柄對合。
- D. 頭已轉到枕前位 (R.O.A.)。
- E. 移出產鉗，按正常方法再放入產鉗，胎頭曲線正朝前便於娩出。

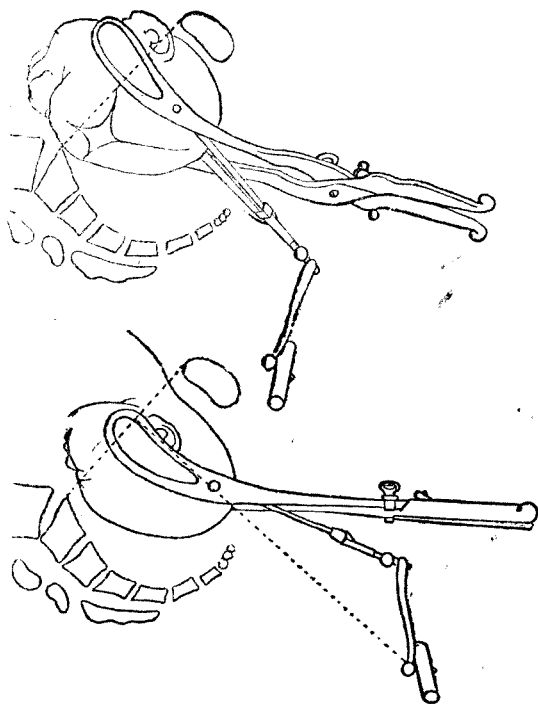


圖80. 鉗子分娩——從高位作帶軸牽拉法

Tarnier 氏有軸產鉗有繞角推的好處，使頭能沿骨盆道曲線前進。

頭居高位固定在骨盆邊，像平常一樣的放置產鉗（沒有固定好浮動的頭不能使用）因為胎頭矢狀縫橫在盆邊，產鉗的放置很難避免有錯誤。

順盆腔曲線將把柄向下拖拉，不要抵觸到骶骨與尾骨。

就是這麼拉可以完全娩出。

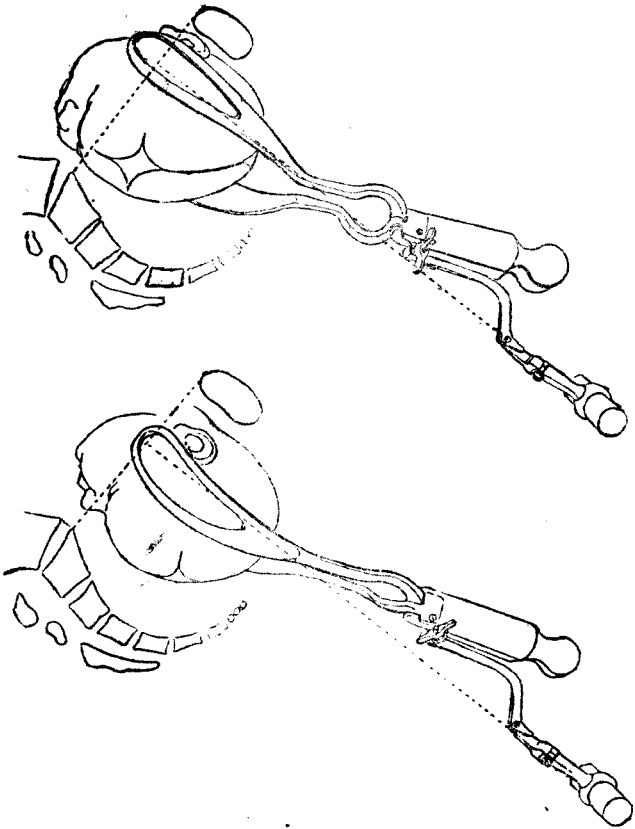


圖 81. 有軸產鉗

另一種樣式叫 Neville，是英國式的合口，單一的拉柄，比較簡單的器械。

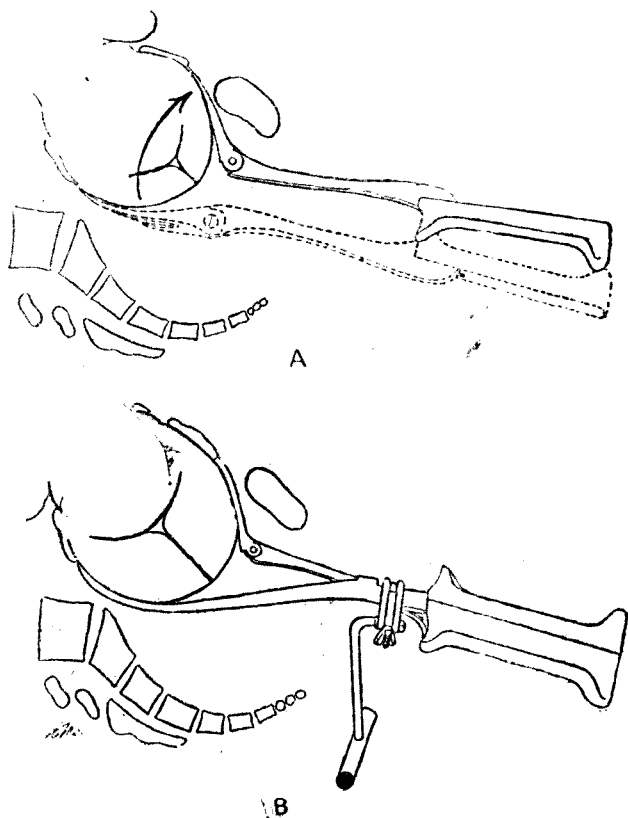


圖82. 高位產鉗——Barton型式的

這種產鉗有一葉上有活動的絞鏈，適用在胎頭高位矢狀縫仍橫着時，易於按置在胎頭二旁，深深的固定好，並開始把胎頭轉到正位，然後再換用平常產鉗完成分娩。

A. 活動的前葉，沿後面插進慢慢轉移到上面。

B. 後葉放好，（在這種情形下有軸的拉鉗並不是經常需要）。

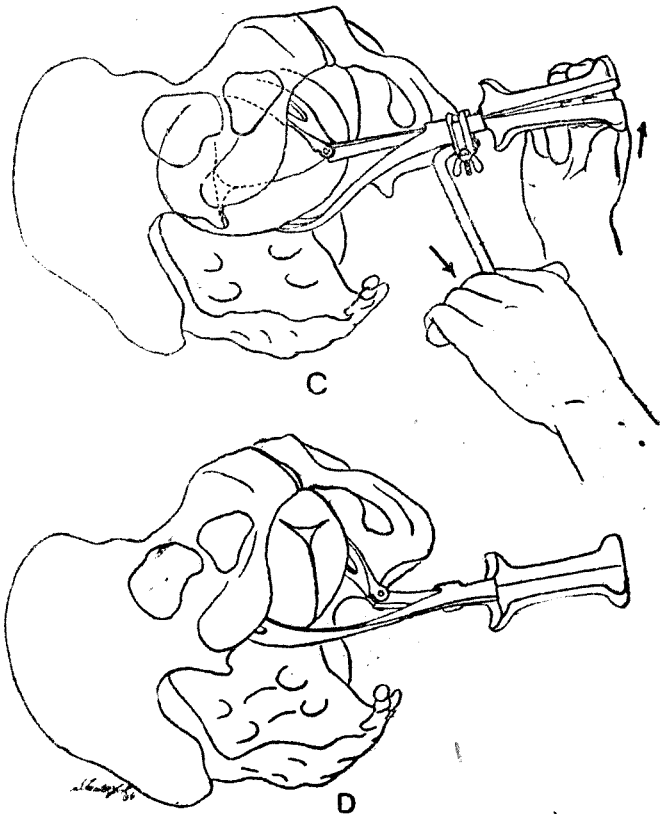


圖83. 高位產鉗 (續)

- C. 用一牽拉軸向下拉，手握鉗柄轉動產鉗使頭朝下朝一旁轉動，進入盆腔。
- D. 轉好後取出產鉗，再用平常的鉗子拉出胎兒。

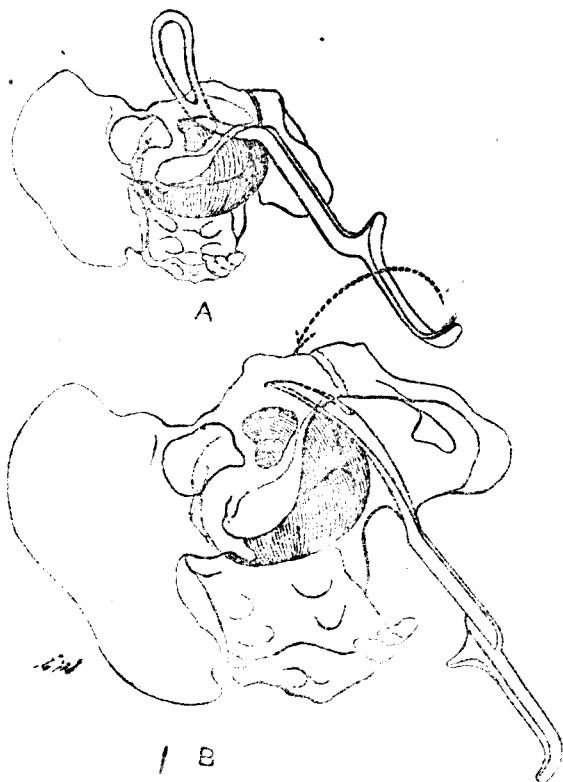


圖94. 高位產鉗 Kielland Type

這種產鉗適用於高位胎頭矢狀縫仍橫着時。

A. 前葉尖朝上慢慢插入頭旁。

B. 把它轉到適當的位置。



圖85. (續一)

C. 插進後葉。

D. 閉住合口，鉗子位置調節適當，很穩固的牽拉，轉位，並最後燒出。

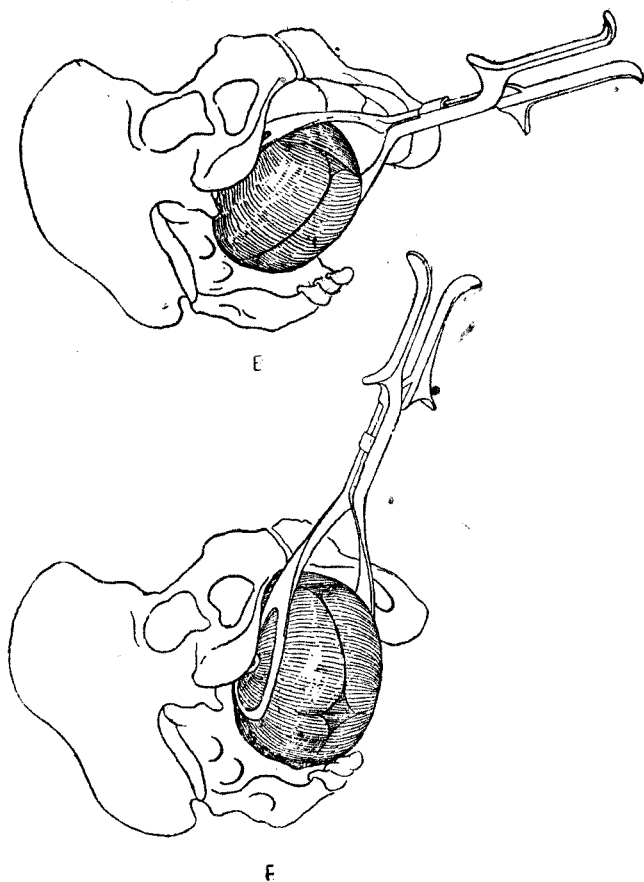


圖96. 高位產鉗(續二)

E. 與 F. 當胎頭進入低位快娩出時，鉗朝外拉，拉力不要像其他的鉗子一樣太朝上，因為Kielland'鉗沒有通常像骨盆曲線樣的彎曲。

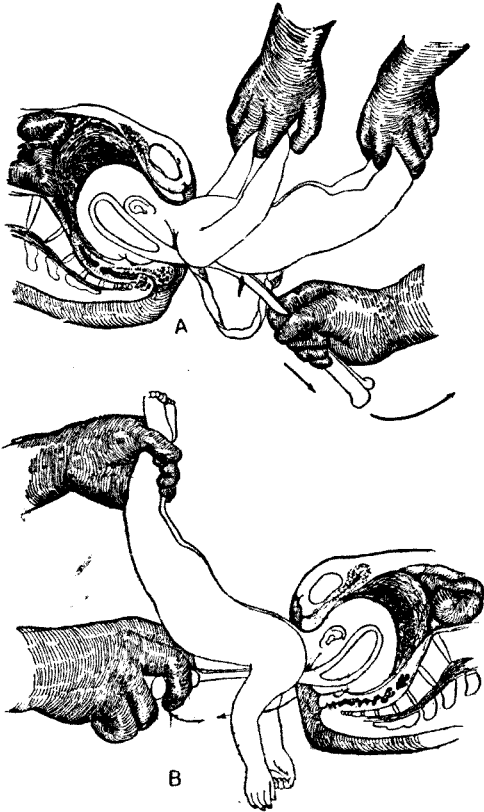


圖87. 臀位產鉗術

A. 在頭要出來的時候，用長柄的鉗子（Piper type）從嬰兒身下放入，牽拉胎頭。

B. 如果沒有長柄（Piper type）鉗子，可用普通鉗子拉。

第九章 倒轉術與臀產，或臀位取出法。

子宮內胎兒倒轉術是重要的產科技術，某些情形下很須要。須要倒轉術的重要指徵：

1. 外倒轉術：改變臀位使成較好的頭位
2. 內外聯合露足倒轉術：(Braxton Hicks) 轉過胎兒，從不完全開大的子宮口內拖出一隻腳和腿，以塞住前置胎盤的出血。
3. 內倒轉術：胎位不正時(橫位、斜位或額位，顏面位)。

注意點：羊膜破水不能採用倒轉術，特別在產程延長時，很容易發生子宮破裂。時間過久

臀位在經產婦與胎兒較小時，完全能自然娩出，多少的幫助像手技牽拉，仍是必須的，有些學者認為當臀已娩出陰戶時就須要用手技牽拉出胎兒

拉前須要作會陰切開，使生殖道擴大便於軀幹與手的娩出。

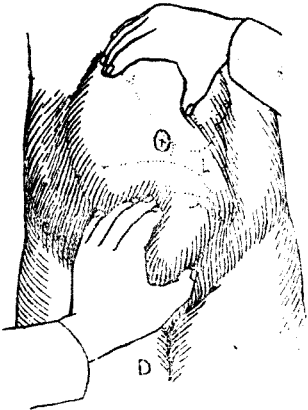
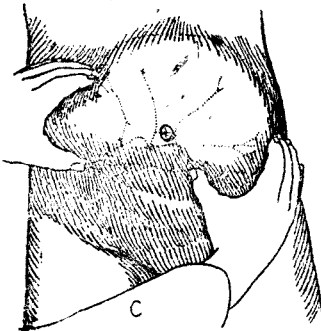
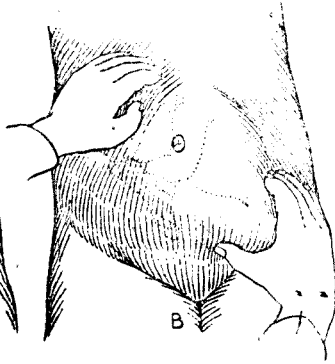
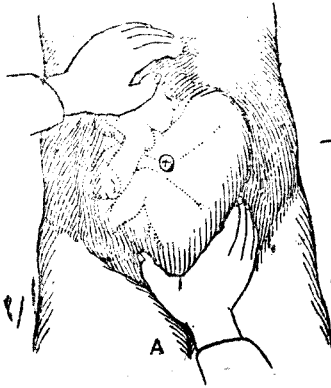


圖88. 外倒轉術

外倒轉是把臀位轉成頭位，有時成功了，但胎又復轉回臀位，外倒轉常在妊娠末期或快生產羊水還未破時做，新轉成的頭位用緊的腹帶或手巾包住兩旁墊好以防胎兒復位。

倒轉的方向向抵抗力最少的一邊。

- A. 將胎臀移開盆緣，上端的手把頭往下推移。
- B. 倒轉的第二步，須要的話可以換換手。
- C. 胎移成橫位。

D. 進一步的把頭帶到骨盆邊。頭是否已到適當的位置，可作內診與外診確定，同時將頭由腹部壓入骨盆，估計頭與骨盆是否相稱；即使胎兒仍轉成臀位，也是有價值的。作外旋轉時，切忌用大力。

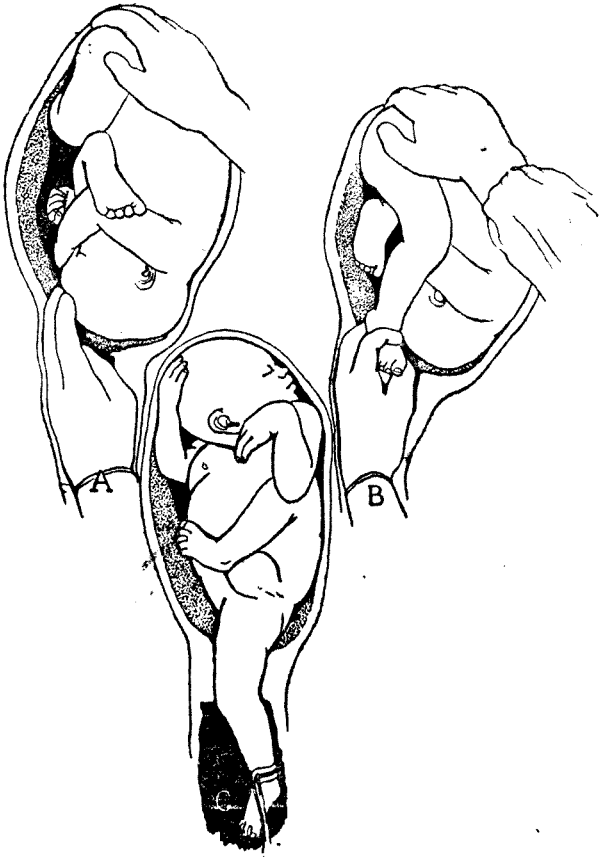


圖89. 內外聯合的露足倒轉術(Braxton Hicks)

子宮口尚未完全開大的前置胎盤病人，已發生大量出血，又缺少作剖腹取嬰的一些條件，露足倒轉術可以採用。

A. 用二指從不全開的子宮口伸入，穿過胎盤，移開頭，準備握住腳，外側的手將臀向下推移，使腳落下。

B. 鉤住腳跟，輕輕往下拖，使腿與膝落下，不要用大力，以免撕裂子宮口，發生不可制止的出血。

C. 腳跟部套上牽拉帶，懸吊很輕的重量使有持續的壓力，以控制陣痛停止後前置胎盤的出血。

產程進行的時候，小孩身體的邊緣，對子宮口有漸加的壓力，使子宮口自然擴大，同時對前置胎盤的胎盤組織加壓。

手伸入子宮時必須戴長的手套，蓋住前臂。

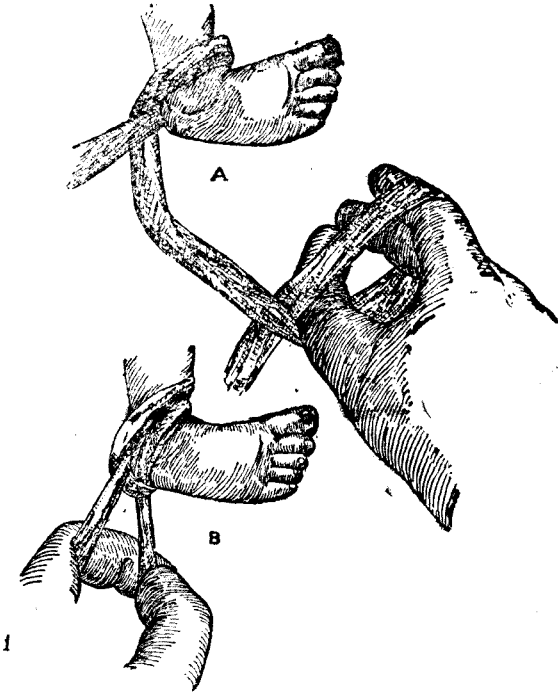


圖 99. 裂開的活結

- A. 第一環套在腳上。
- B. 第二環反過套上，這種結不致縮窄勒緊腳。

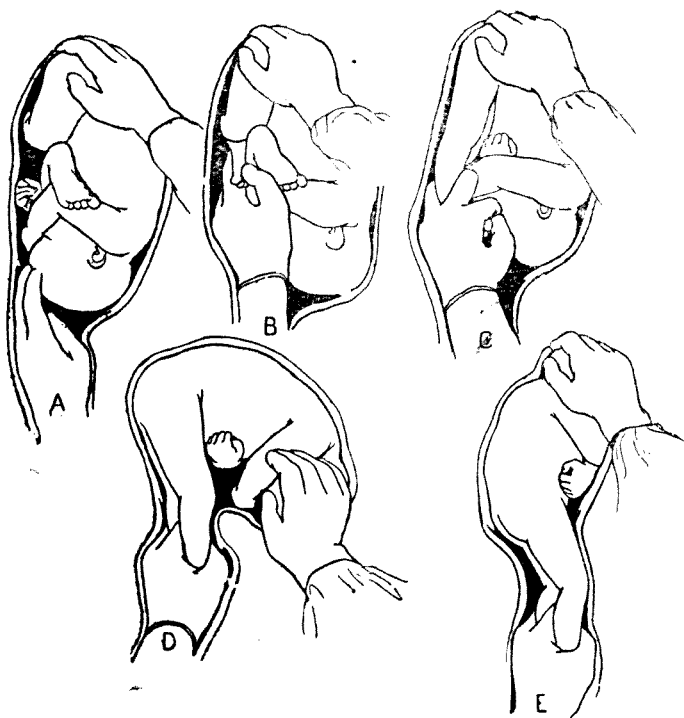


圖91. 子宮內露足倒轉術

如果羊水已破裂很久，就不能試作外倒轉，因為子宮下段的壁已很薄，容易發生破裂。

羊水破不久的，給深的鬆弛麻醉，對倒轉術是很有好處的。

A. 手插入陰道內，用指移動頭，外面略加壓力，幫助移轉。

B. 手插進子宮，握住一腳或二腳（插入子宮內的手，要戴長的手套遮蓋前臂）。

C 與 D. 拉住腳向下，同時加點外壓，使胎兒倒轉。

E. 二腳經子宮口向下，娩出陰道。臍帶如夾在腿間或繞在腿上須要移開。

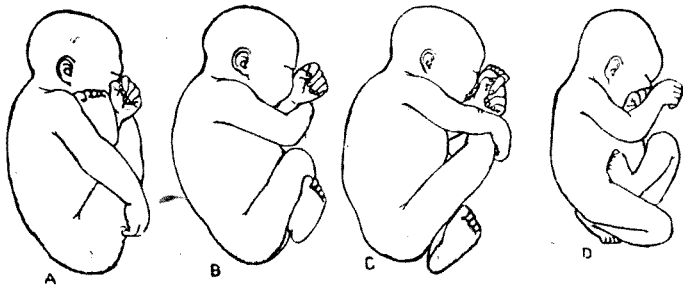


圖92. 臀位的各種姿勢

A. 腿直臀先露 B. 完全臀位。 C. 足臀位。 D. 膝臀位。

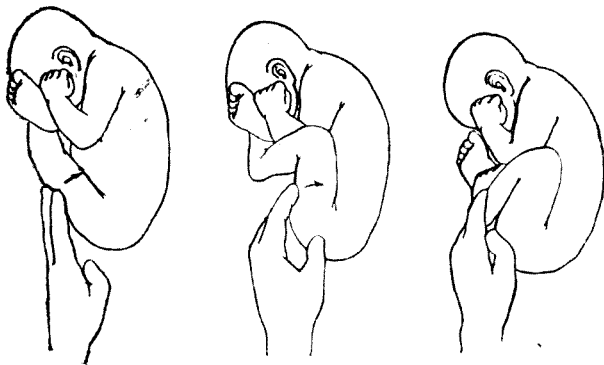


圖93 腿直臀先露 —— Pinard's 拿出腳法

沿大腿伸手指入子宮內，壓住膝彎使腿彎曲，摸着腳鉤住。

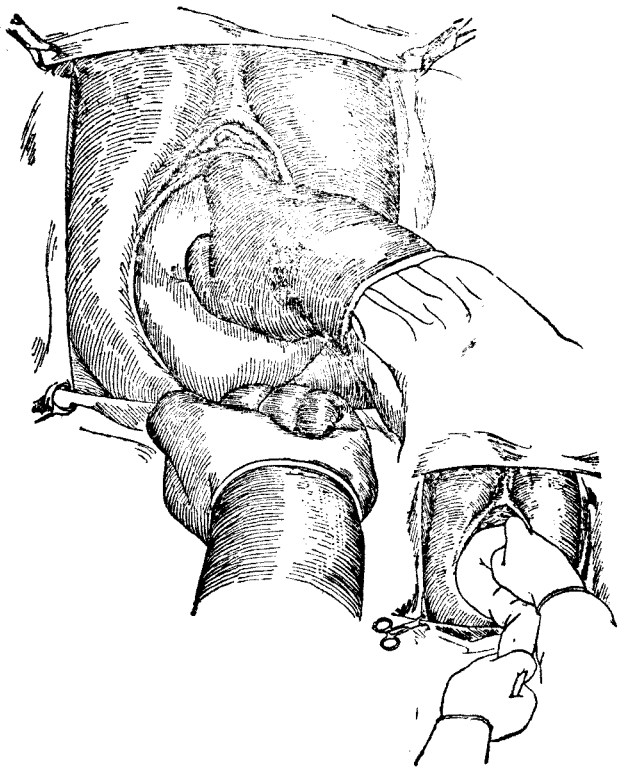


圖94. 臀位分娩或牽引術，

當自然的臀位分娩，已快露到臍時，拉出術就成爲必需，但如胎兒情況不好，在第二產程的任何時候都可作拉出術。有些學者主張在生產第一程的末期，把腿直臀先露，或完全臀位改變爲足先露，這樣假如必要時，可做牽引術。有些學者更主張變爲足先露後，接着就做牽引術。

臀先露（右骶前類）：胎兒的心聲在整個第二程都要加一密切注意，如胎兒有什麼不好，就要立刻用手給拉出。

對於腿直臀先露可用食指鉤位腹股溝牽拉，直到腳與腿娩出，（常是後腿先出。如小圖）再牽拉時，必須注意對前腹股溝與後腿的牽拉力必須一致。如果對後腿的拉力過大，胎兒容易轉爲後骶位。助手很穩當的輕壓子宮底，使胎頭保持彎曲。

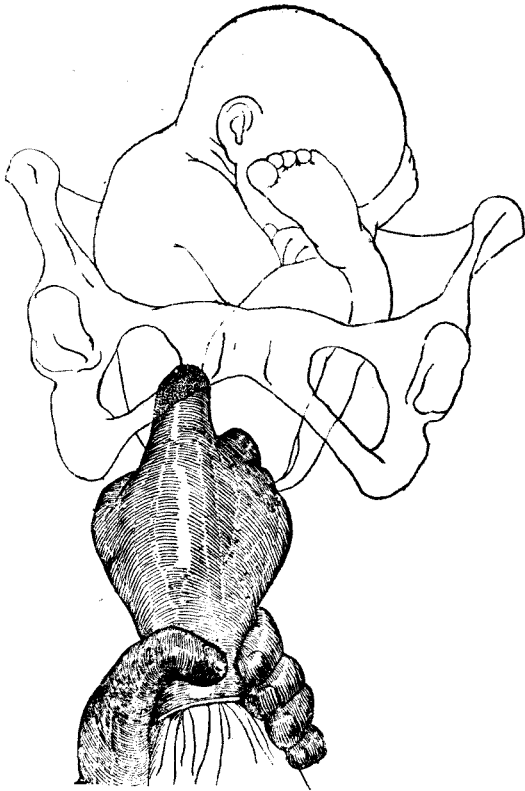


圖95. 臀位牽引術——右骶後位

如果須要的話，就是胎位仍很高也可作拉出術。先用右手一指鉤住前腿的腹股溝，便於胎後轉。施術的左手握住右腕幫助牽拉，再拉住後腿腹股溝，使後部前進，同時助手在子宮底加稍許壓力。

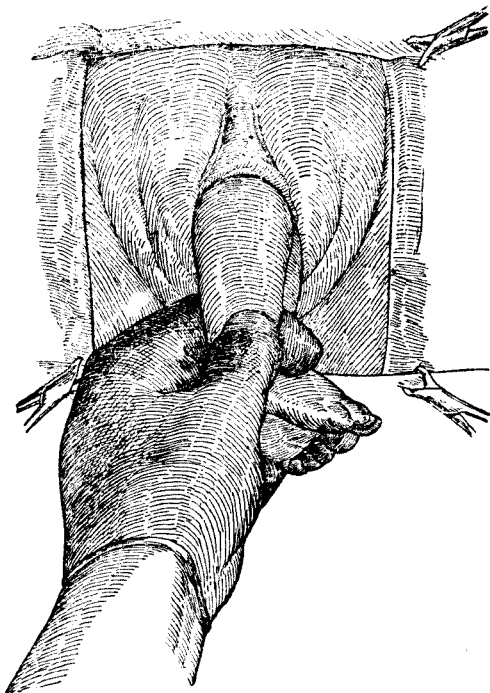


圖96. 臀位牽引術

二隻脚已娩出

須要時握住雙腿，食指夾在二腿當中，向下向外拉。前腿的拉力稍大一些，使胎前轉。整個拉程子宮底要加中等壓力。

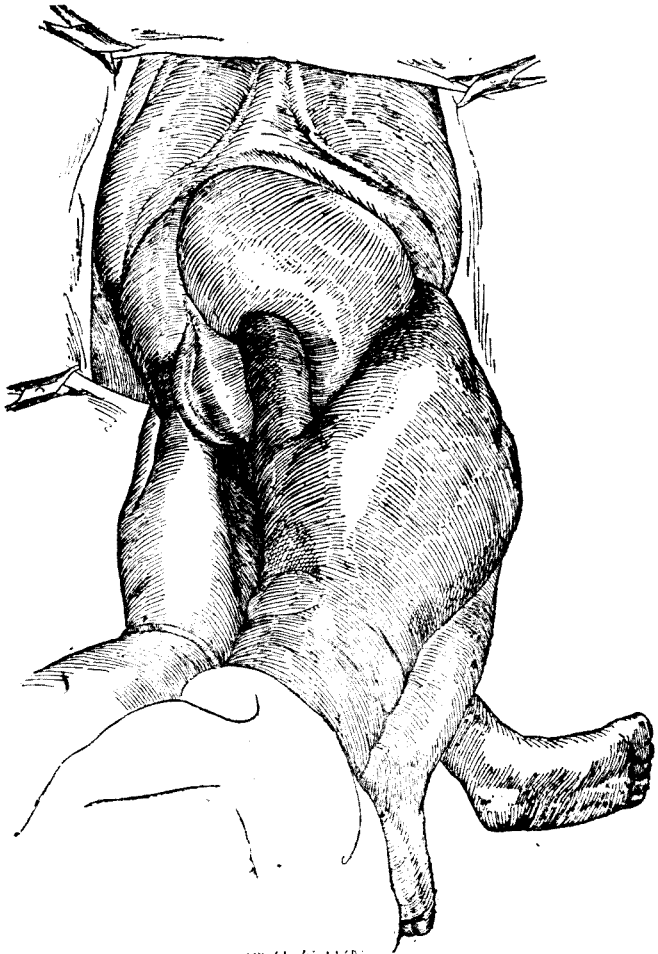


圖97. 臀位牽引術

臀已娩出，施術者的雙手移向上，拇指抵骨握住大腿。

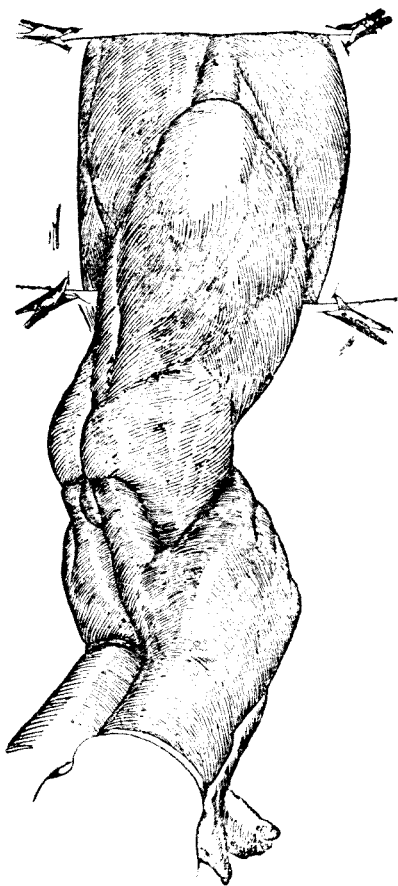


圖98. 臀位牽引術

軀幹娩出，肩胛也露出。施術者手仍握在原位，不要往上移，以免壓着腹部，產生嚴重的內臟受傷。膀帶稍向下拉鬆一點，使胎兒血循環不致受壓。

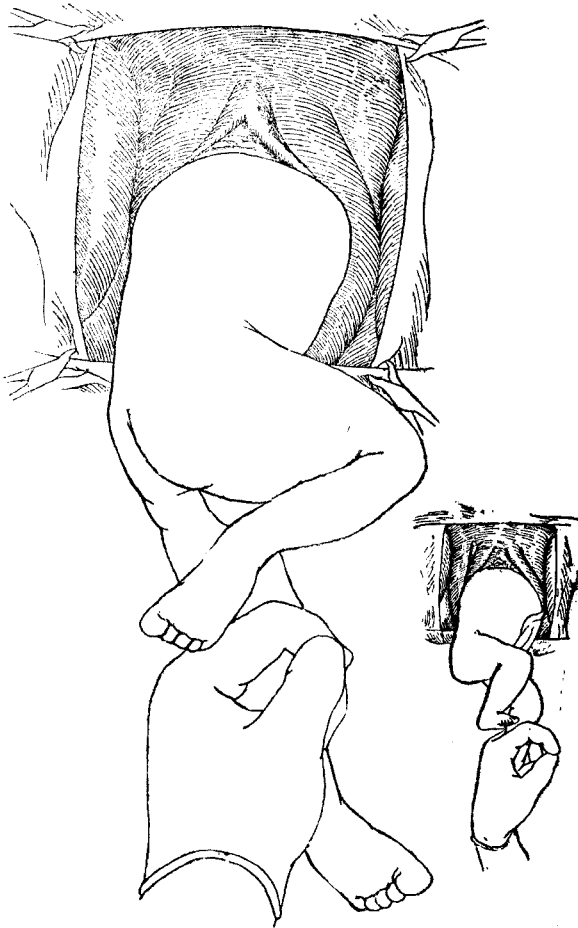


圖99. 臀位拉出術

表明錯誤的拉法常是只拉住右腿，胎兒從右髖前位轉成後位。

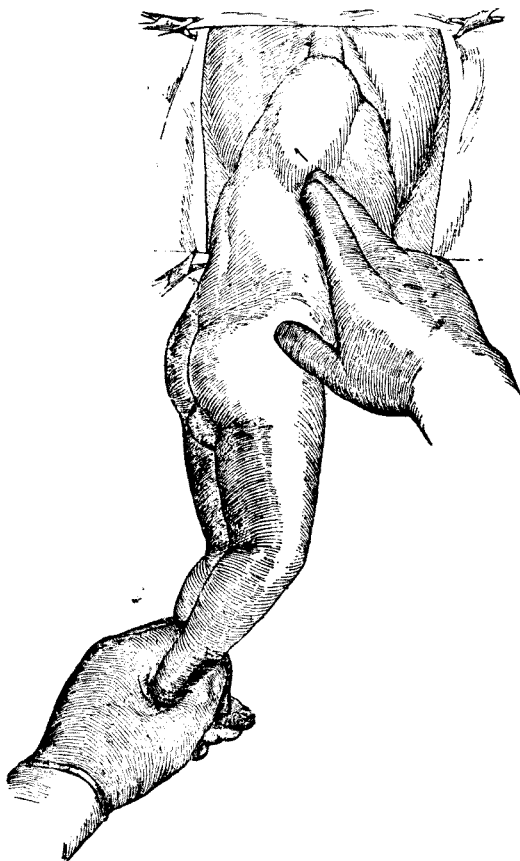


圖100. 髀位牽引術——脫出膀子

膀仍向下拉，使前肩胛露出更多，用指尖推肩胛骨向脊柱，這樣只要膀子沒有伸直，用力得當，前面的膀子很容易娩出，在拉時子宮底加中等壓力，保持頭在屈位，膀子不致伸直。

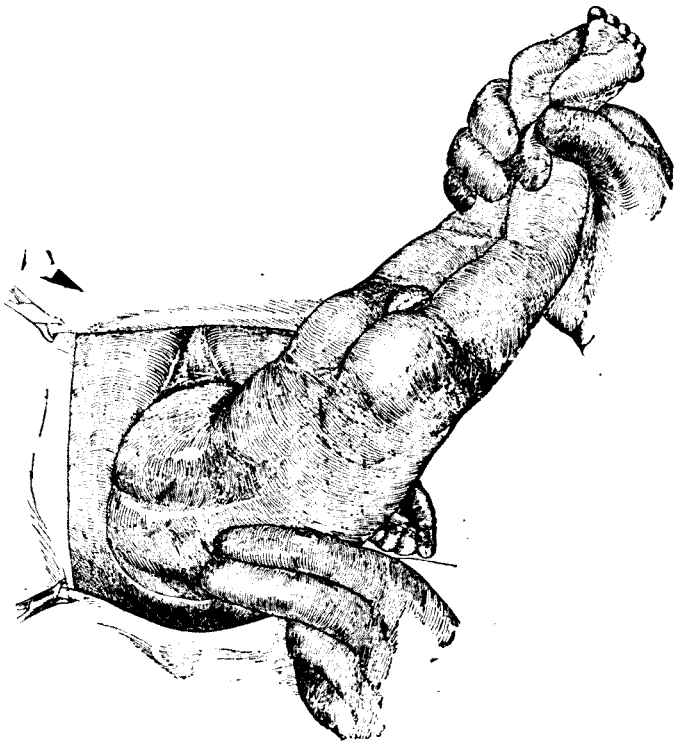


圖191. 臂被拉出後——脫出膀子。
照前面一樣，腕出後膀子。



圖102. 臀位牽引術——手臂伸張或手臂頭後移。

膀子伸過面頰或放在頸後，防碍頭出來。先把軀幹向上推一點，向對側轉旋。開，便於操作，用二個指頭沿上臂到肘關節，扶着上臂向下移，不要鉤着拉，以防肱骨折，小圖內說明操作的步驟。

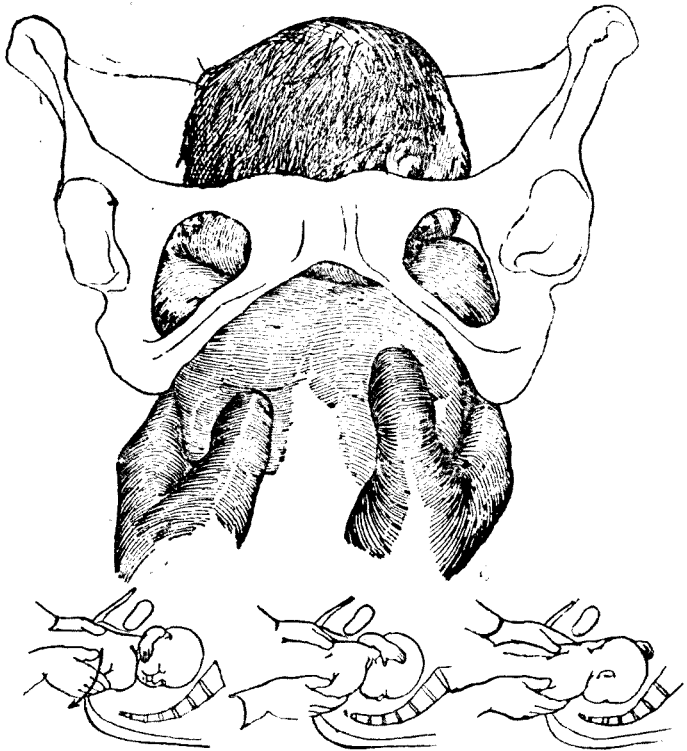


圖103. 臀位牽引術——肩膀滯留

Nuccal 位（膀子放在頸後）比膀子伸直要難拿出，軀幹向上推，使頭移開骨盆緣，並向受累膀的對側轉動一下，這種轉動能使膀子移開一些，然後可按伸直膊處理拿下，操作不能過快，胎兒的膀子很易弄破。

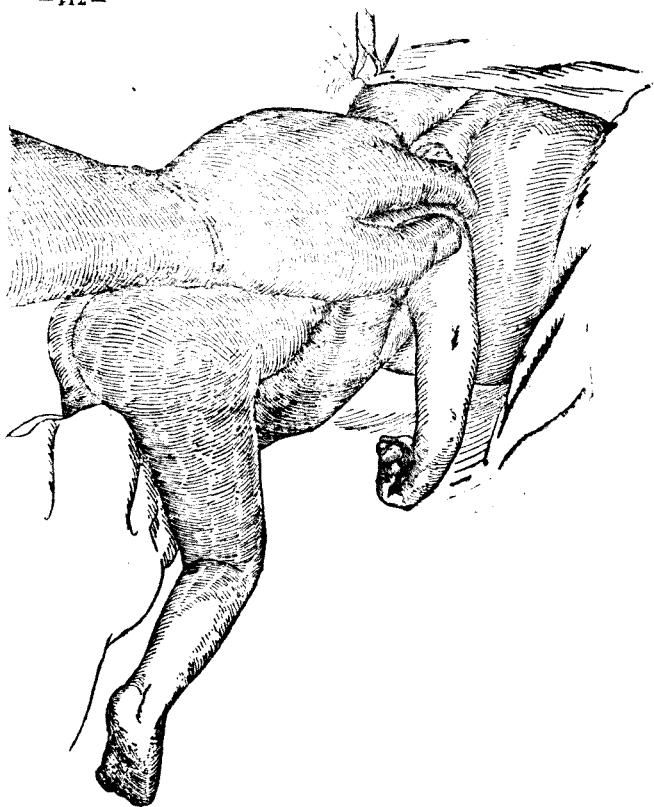


圖104. 臀位牽引術——胎頭的娩出

胎兒的身體夾在術者二手二臂之間（按胎兒的體位面向右的右手在上向左的左手在上）下面的食指鉤住胎兒下脣，保持頭的屈度，但不要拖下頷向下。

上面手放在胎肩背部，中指食指分置在頸二旁鉤住，便於向下向外拉。

背仍朝右的方向，使頭要下來時，位於盆頸上方的狹窄處。

拉力不能太大，頸部的神經容易延伸，發生瘻管（拉時子宮底加壓力，幫助娩出）

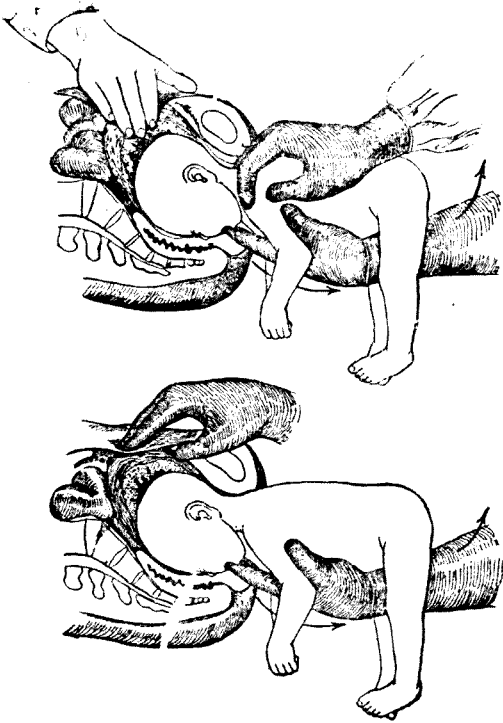


圖195. 臀位牽引術——胎頭娩出

A. 表明手的位置與牽拉方向。

B. 同時用手壓子宮底，可以幫助頸的牽拉。

這種場合如頭出來不易，要用鉗子拉出。

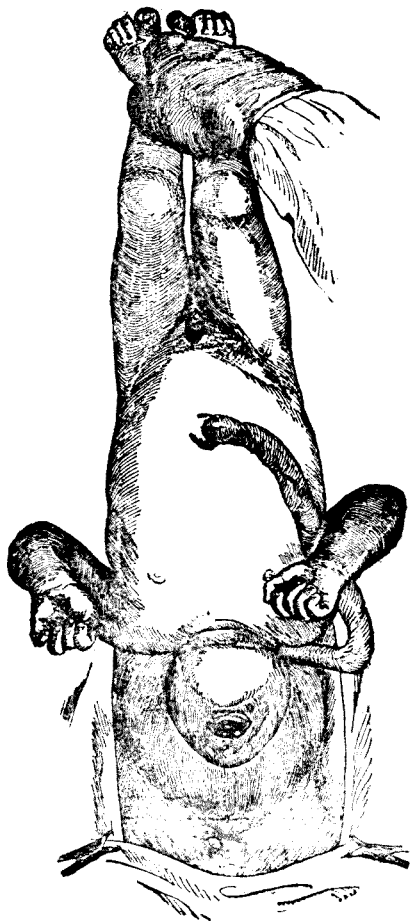


圖106. 臀位牽引術——頭娩出會陰切開

會陰剪開如必要這時就做，用敷料剪子（有一葉圓頭）剪開，有的認為在骨盆或軀幹出來時，就須剪開會陰。

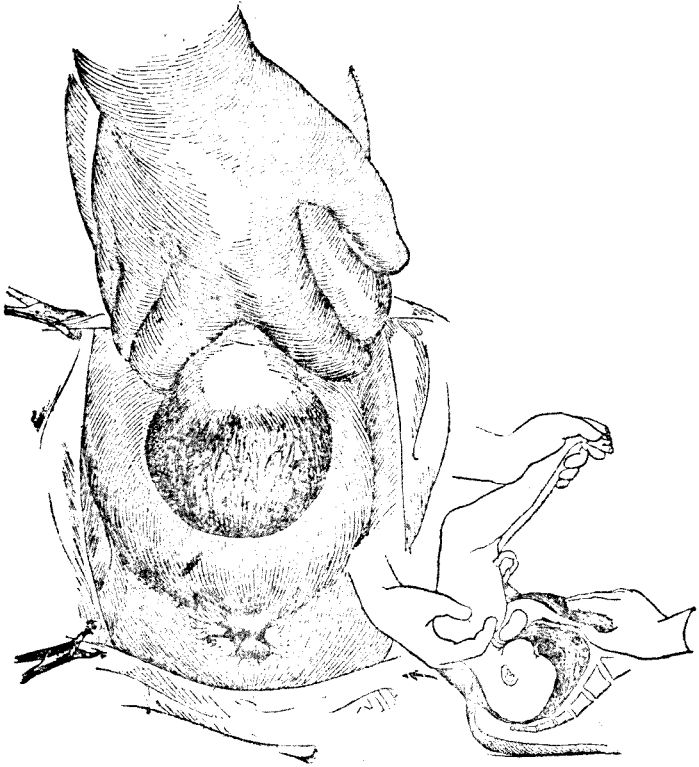


圖107. 臀位牽引——頭後轉的分娩

頭轉或後位在牽引的早期可以避免，在未成熟，小的胎兒比足月胎兒容易發生，這種在牽引時很易使頸部受傷，子宮底加壓很須要，如輕的拉力頭不出，就要用產鉗。

第十章 生殖道損傷的處理

當生產與分娩時生殖道的任何軟組織部份，都可以發生損傷，最常見的損傷是會陰撕裂傷；陰道撕裂與血腫，子宮口撕裂等也是常見。上生殖道的損傷發生在施用產鉗或其他分娩手術時。產鉗如是插入未完全開大的子宮口內，可以產生子宮口撕破。不小心在生殖道內移動產鉗也能致撕裂傷，它對旁壁的壓力可成壓傷。

只要接產時小心，技術好，判斷正確這種損傷大部分是可以避免的，至少可以減輕它的傷度，有一些例子似乎不能避免生殖道的損傷。

會陰過緊張時要剪開，作會陰切開術，創口邊緣也整齊，沒有壓傷比撕裂傷口容易愈合。

分娩的頃間如子宮口太緊時必須剪開，用指頭撐開的結果常易裂傷。

所有這些損傷，產後應該立刻縫合，以免流血，局部傳染。與以後的盆底鬆弛或子宮口因瘢痕，發生外翻。

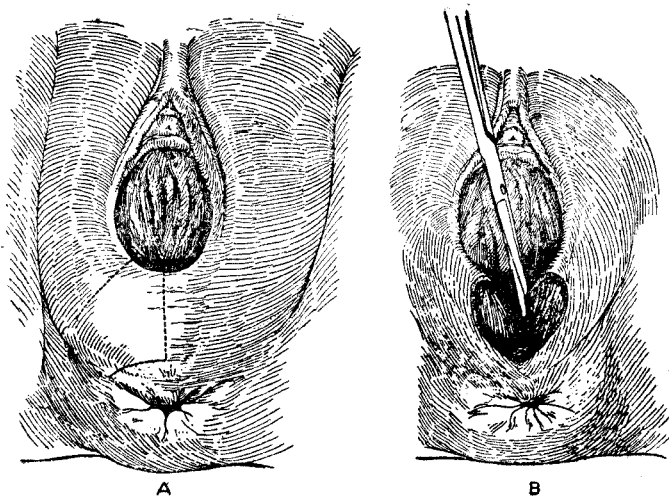


圖108. 會陰切開術

胎頭娩出前會陰被推成冠狀，這時作適當長度的會陰切開，可以避免撕裂。如果發現有少許血液滲出，表明已有部份裂傷，更須要立刻切開會陰。

A. 表明中線旁的與正中的切口，必要時正中切口可以沿肛門括約肌延伸，旁側的切口要分離肌肉束，縫合時要仔細的分層縫。正中切口沿正中縫分離會陰，這是生理的裂縫，修補與癒合都比較容易，沿肛門括約肌延長切口可以避免括約肌撕裂。

B. 會陰正中切口，短短的一剪，比長而深的切口好。

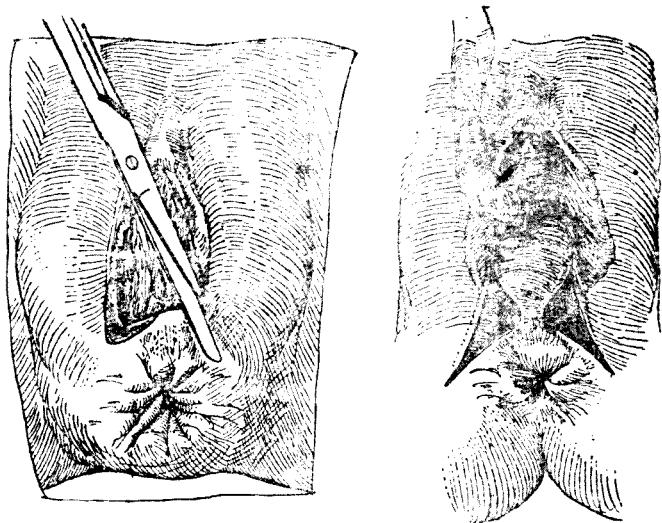


圖109. 正中旁切口

一側切開後，必須時，對側也做一切口，使鉤兒頭通過。

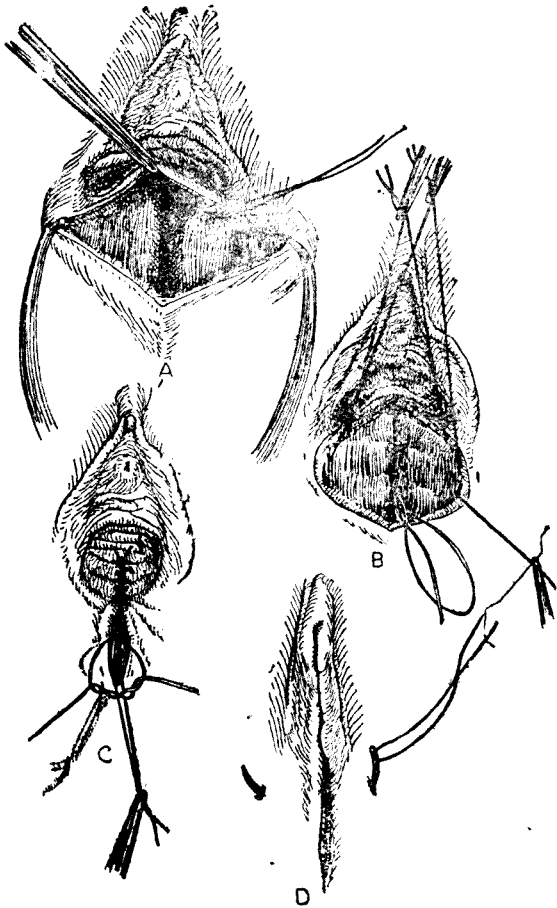


圖110. 會陰修補縫合術——第二級裂傷

- A. 用Gelpi牽拉鉤拉開，完全暴露創口。
- B. 鉗製揚線（NO.0或NO.1）埋入縫合深層先不結扣，以免縮窄手術區域。
- C. 陰道粘膜用同一種線縫合，一同結扣。
- D. 用絲線間斷縫合會陰皮口，鬆鬆作結，使有腫的餘地，這縫線六天後拆除。

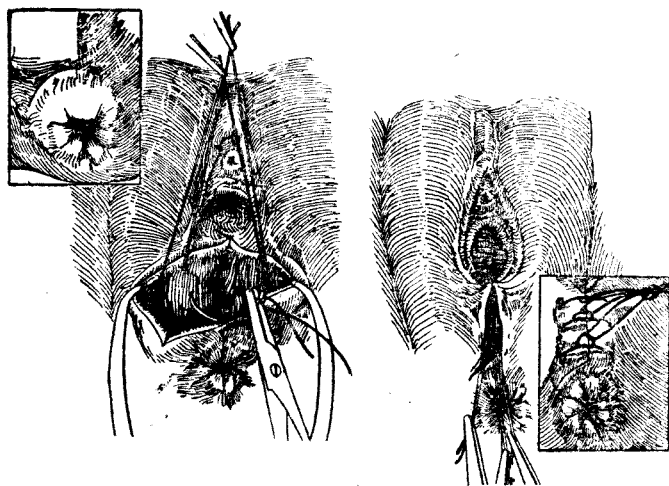


圖111. 會陰縫合術——深的第二級會陰切口，繞肛門括約肌切口
這種縫合法與前一種相同，只皮的縫線要多一些，皮下的死腔要注意消滅。

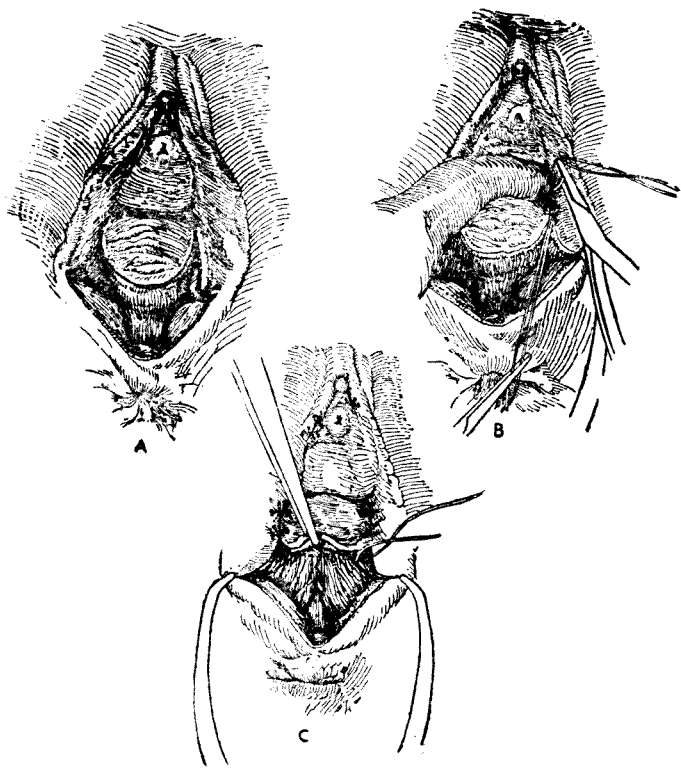


圖112. 會陰縫合術——陰唇或溝撕裂

- A. 陰唇撕裂等，可以用普通腸線（牛腸）縫合，淺傷也如此。
- B. 如果裂傷已向上延一間或二間的溝內，陰道就須很好的寬寬暴露，先在上裂口的外端作一拉線，向內一直縫到裂角。
- C. 溝內裂口間斷縫合後，外側裂口按一般方法縫合。

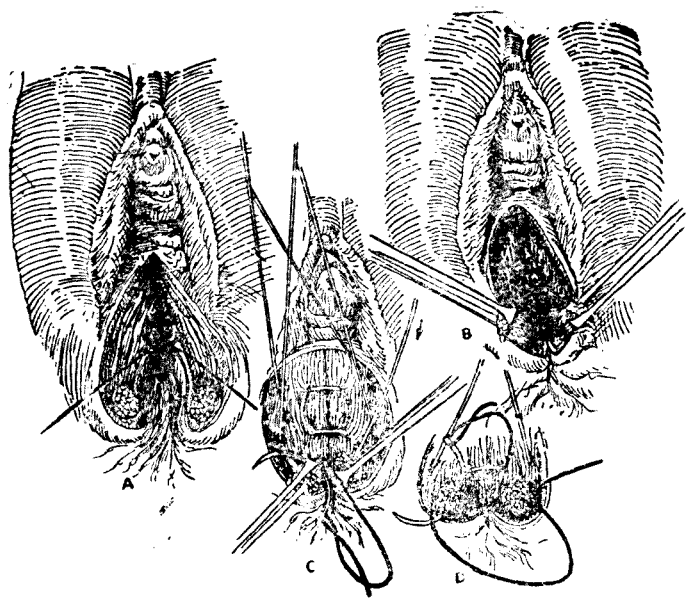


圖113. 會陰縫合術——第三級或叫完全裂傷，裂口一直達到肛門

A. 直腸壁裂口用絲線麻線或不繡鋼線作間斷縫合，結扣埋在肌肉內。

B. 撕斷了的肛門括約肌，用皮膚鉗（Allis）從鞘內拖出。

C. 與D、用鉻製腸線（NO.1）縫合會陰肌，與肛門括約肌。

括約肌作S字形縫合，作結時不要太緊，其他的肌肉，粘膜用普通腸線縫合，皮用絲線按常法縫。



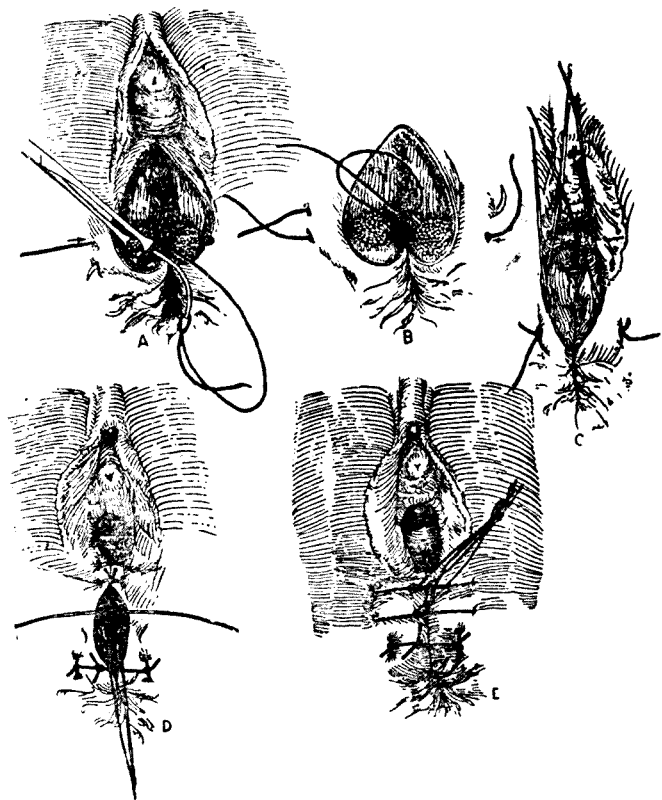


圖114. 會陰縫合術——第三級裂傷

交替縫合直腸括約肌：

A. 用鉻製腸線 (NO.1) 首先作牽引縫線 ①針通過皮 ②穿入括約肌破頭 ③從對側破頭穿出 ④回頭再穿入，從開始的皮上出來。

B. 同樣的做法在對側皮上穿針。

C. 同側的線頭結扣，每個結留一長的線頭，提肛肌也用腸線縫好，不作結。

D. 二側有長線頭，橫過創口作結，對合皮邊。這種縫法因線頭露在皮外也可用絲線，麻線或棉線縫。拆線的時候，要注意不把線結都剪斷，裡面的線抽不出來，只能先剪一頭。陰道粘膜作埋入縫合；結紮縫肌肉的線，皮口按常法縫合。

E. 用不被吸收的線縫合會陰。

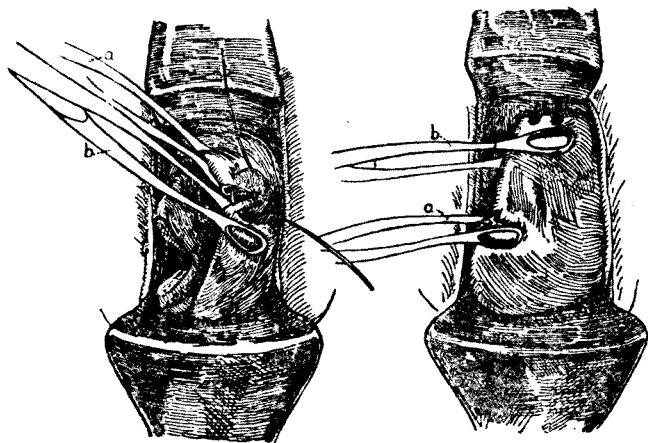


圖115.子宮頸受傷

子宮口裂傷是產後出血的原因之一，當診斷與發現裂口後，就須要立刻進行縫合。用黃脗線(NO.1)作間斷縫合法，縫線不要穿過子宮內膜，縫合裂緣的全層與流血點。

子宮頸唇用環形鉗給夾住，先縫首先發現的裂口。

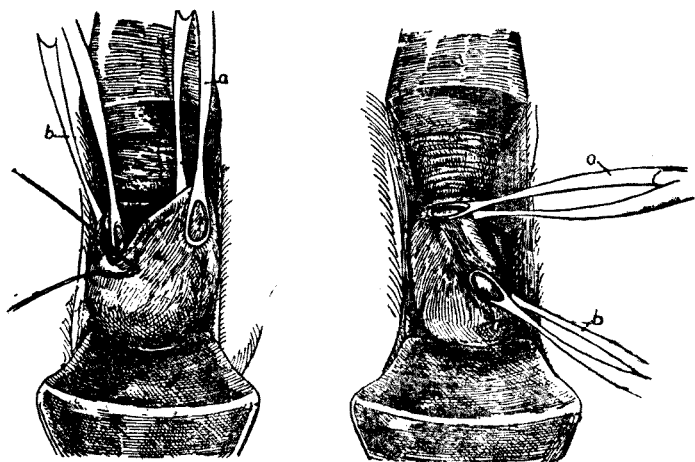


圖116.子宮頸損傷

二個環形鉗(a,b.)夾住子宮頸唇，沿頸口緣移動(a,b.)二鉗仔細檢查全部子宮口與子宮頸，只要發現裂口，馬上進行縫合，如果不仔細檢查裂口常被漏掉。子宮口廣闊伸張後成的摺，常被誤認為裂口。

第十一章 剖腹取嬰術，也叫古剖腹產術

病人如週身情況好作這手術近來比較安全，因此：作手術者常對它的指徵疏忽有時形成濫用。現在採用這手術的指徵雖稍寬一些仍是有它的危險性。

一般的講，須作剖腹取嬰術的指徵如下：

1. 母體骨盆與胎頭間不成比例（像狹窄骨盆或過大的胎頭或二者都有時）
2. 前置胎盤
3. 瘤腫阻塞產道
4. 某種形式的血中毒，主要的是子癩前期
5. 胎盤早剝離。
6. 年長的第一胎，軟組織部強硬時。
7. 某些實質器官的疾病，包括有心臟病，肺結核。
8. 臍帶脫出，胎兒的情況仍好時。

如存在有其他清楚的指徵或有近似情況同時存在，經過仔細研究與病例選擇作這手術仍有必要。

古剖腹產術，比較簡單也較快，但是它受傳染與出血的危險比在子宮下段做來的大，假如普遍採用，那對採用的指徵與選擇病人應嚴格一些。

古剖腹產術經子宮下段（剖腹切開子宮頸取兒術）技術比典型手術困難一些，但危險性較少，甚至已陣痛一些時間後，再作手術，還只有一點或沒有傳染危險。由於它比較安全，現在這種作法漸漸代替了典型手術。

腹膜外剖腹取嬰，現被用在可能有傳染的病例，Waters型手術選擇病人的範圍比較寬一些，就是在發熱或可能有傳染的病人，仍能有很好的保證與結果。年青的初產婦，有緊急的情況，而又必須保存他的子宮時，可以採用這種手術。但這須要明辨的判斷力與十分加小心。

剖腹取嬰同時切除子宮，用在不注意的有顯然傳染的病人，與子宮有多數肌肉瘤，同時妊娠快到期。容易剔出的或只單個的肌肉瘤，在剖腹取嬰時，也把它拿出，子宮上的切口，最好與取嬰的切口共一個。胎盤早剝離，並有子宮壁內的流血，也要作這手術。

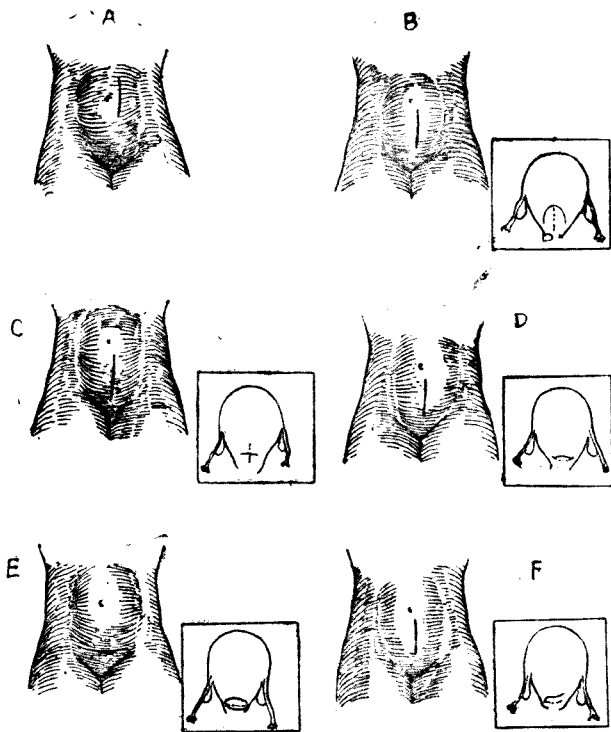


圖117.開腹取要術

圖上表明各種剖口的形式。腹膜剖口的位置，小圖內黑線表明腹膜剖口，點線表明子宮剖口。

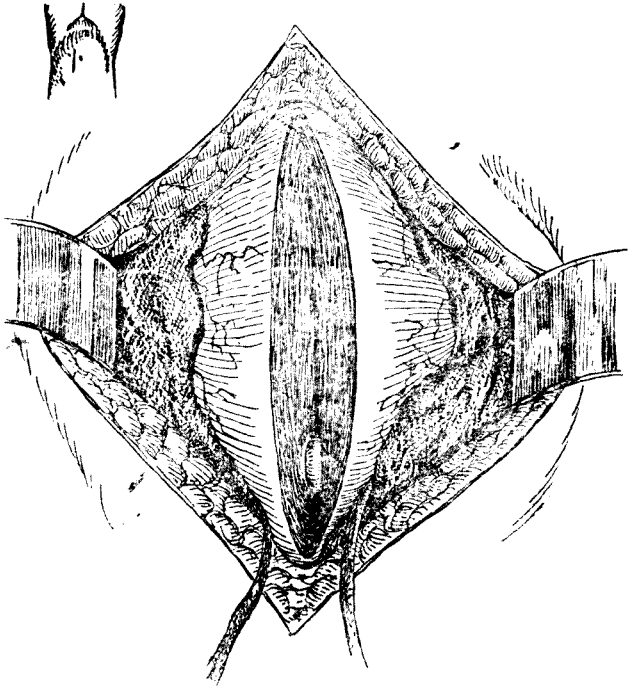


圖118.典型的剖腹產術

腹部用垂直刀口，三分之一在臍上，三分之二在臍下。子宮割口在上段。
小圖內表明病人的位置。

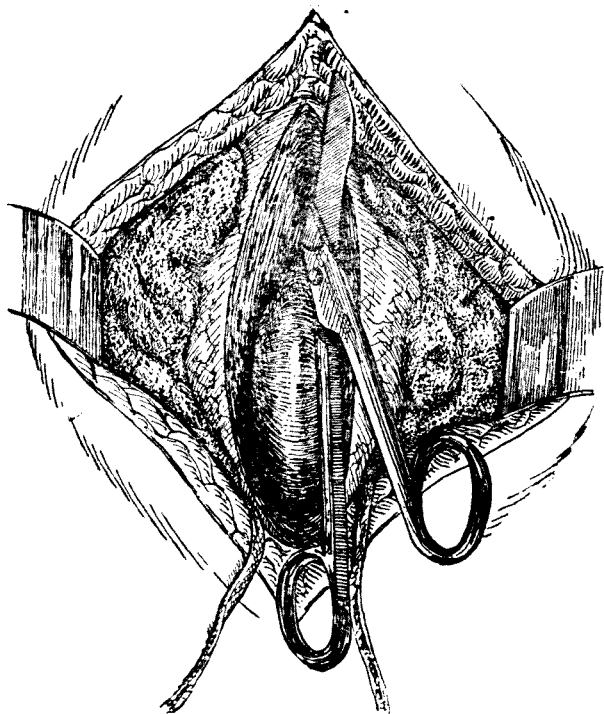


圖119. 典型的剖腹產術

用紗布剪（有一圓頭）完成子宮切口。這時須要靜脈注射腦垂體素（0.2 .c.或3滴）使胎兒與胎盤易於娩出。

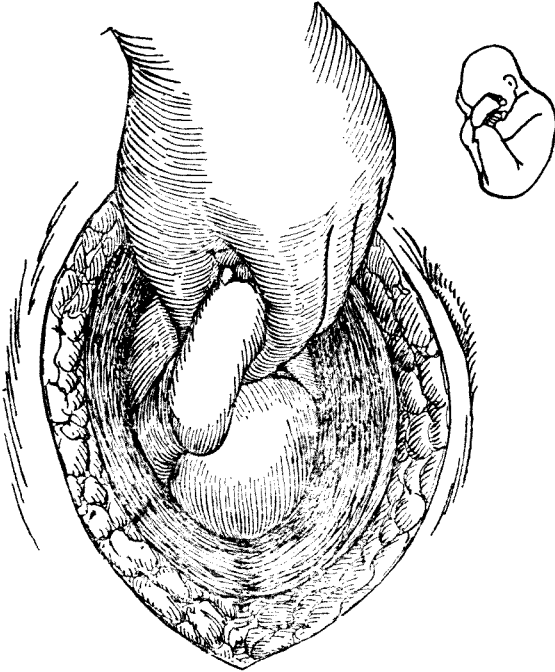


圖120. 典型剖腹產術
搬住胎兒的腳，像臀位產一樣經過子宮切口。

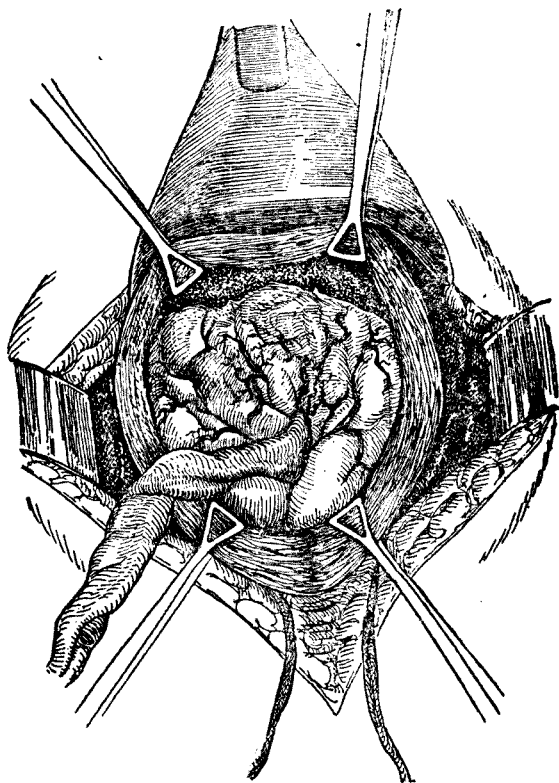


圖121. 典型剖腹產術

因垂體素的作用或在腹壁或直接在子宮底上作按摩，引起子宮收縮，迅速排出胎盤。但要注意胎盤與羊膜是否完整排出。

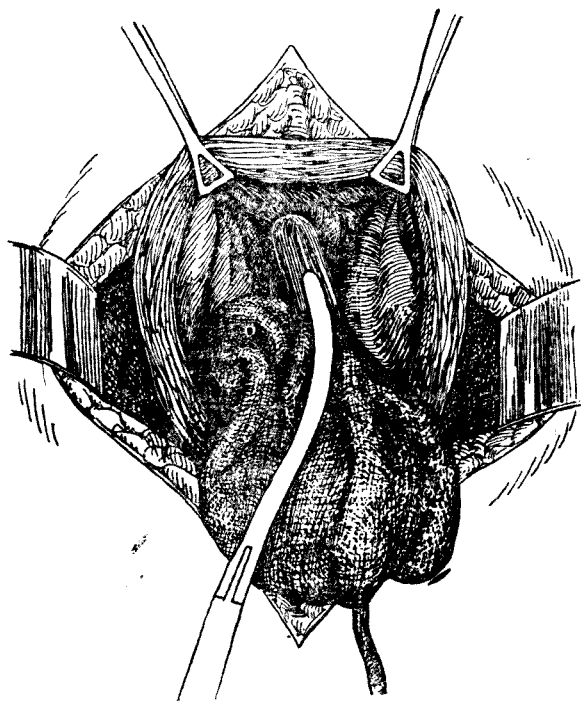


圖122. 典型剖腹產術

前置胎盤的病人，手術後用紗布填塞，防止事後流血。縫合子宮時如子宮收縮不夠緊不夠好，也須要填塞，塞好上以後要用一個梭形楔子，經子宮內口出外口到陰道內，使24時後，經陰道抽出紗布比較容易。填塞可用次碘化鉍的紗布。

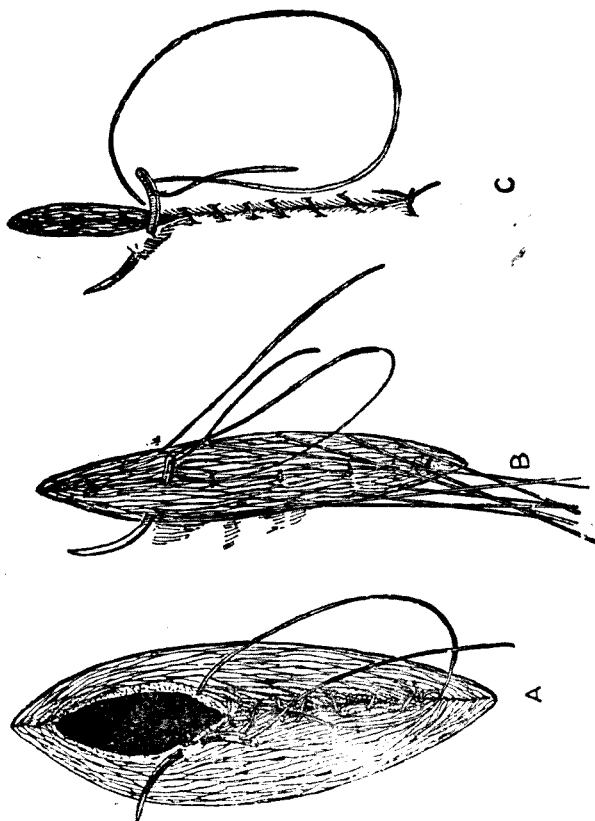


圖125. 典型剖腹產術——縫合

- A. 子宮內膜下組織，用鉻製腸線（NO. I）作連續縫合，有些人認為這層不必須。
- B. 用鉻製腸線（NO. I）間斷縫合肌肉層，結扣時不要太緊。
- C. 腹膜層用鉻製腸線（NO. I）作連續縫合，邊緣向內埋入。

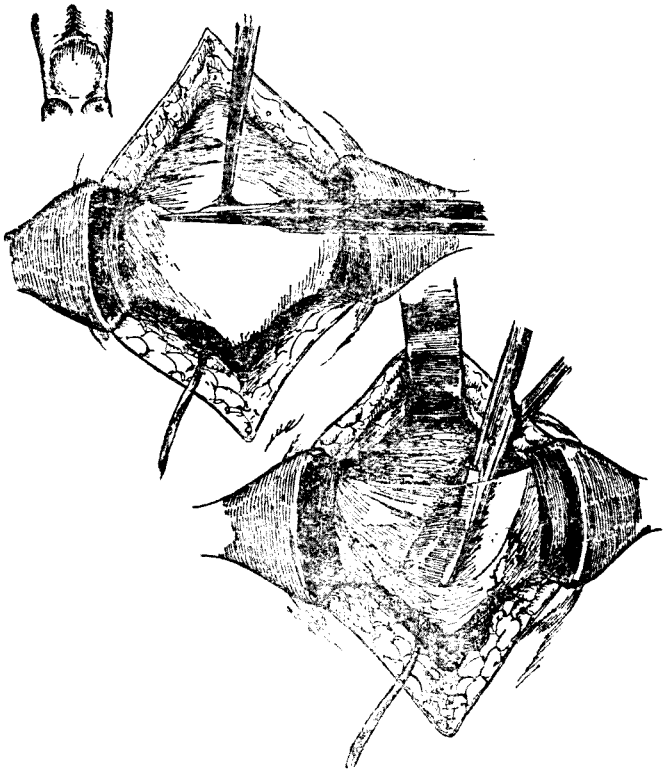


圖124. 子宮下段剖腹產術（經子宮頸部剖腹取嬰）（Beck式）

腹壁切口在左中線旁下部，暴露子宮下段，提起腹膜沿膀胱子宮摺作橫切口。子宮下面的腹膜形成馬蹄形片，剖離下部腹膜再剖離上部腹膜使子宮下段完全露出。

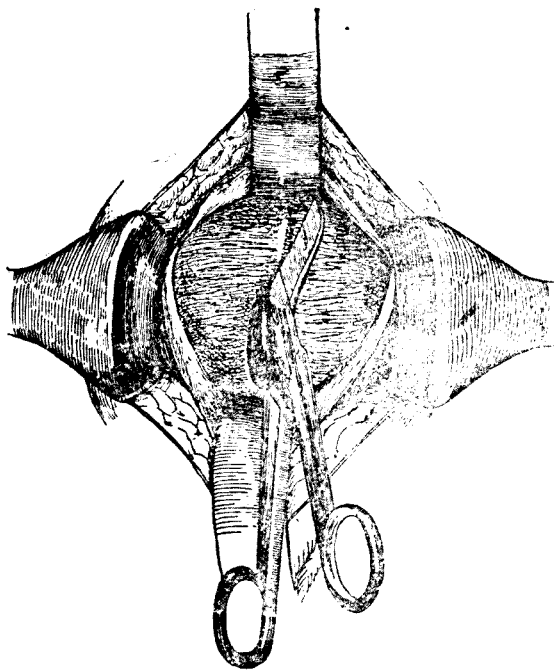


圖125.子宮下段剖腹產術（Beck式）

腹膜向上牽拉，變薄的子宮壁用刀劃開，避免劃開羊膜，再用紗布剪延長切口，這時靜脈內注射垂體素0.2c.c.，常可自然娩出。

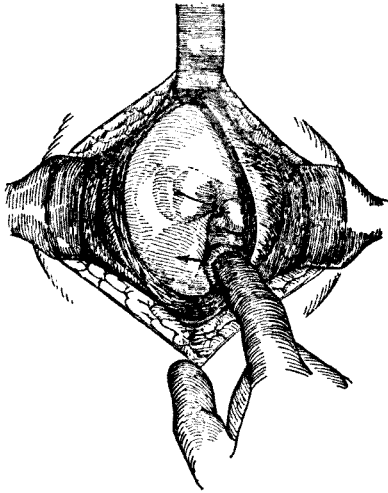


圖126. 子宮下段剖腹產術——鉗子娩出
所有子宮下段切開術的技術是相同的。用手指插入嬰兒口內使面轉向前。

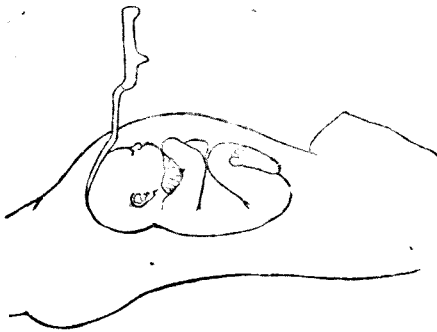


圖127. 子宮下段剖腹產術
只用一葉產鉗象槓桿作用一樣，手放在子宮底與兩側，胎頭就可娩出。



圖128. 子宮下段剖腹產術（鉗子分娩）
用鉗的產鉗放置在嬰兒頭二側，拉出嬰兒。

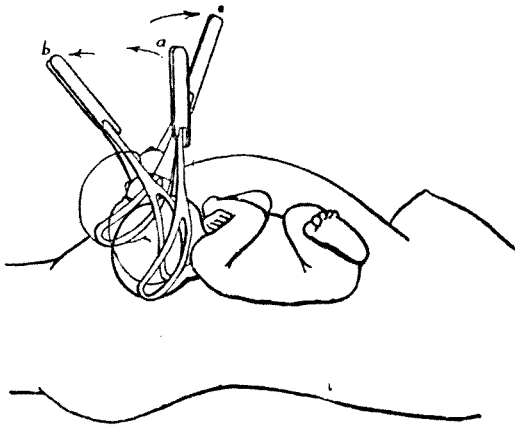


圖129. 子宮下段剖腹產術——鉗子分娩過程

(a)頭在伸的位置，(b)娩出下巴。(c)穩當的向上轉使枕部娩出。

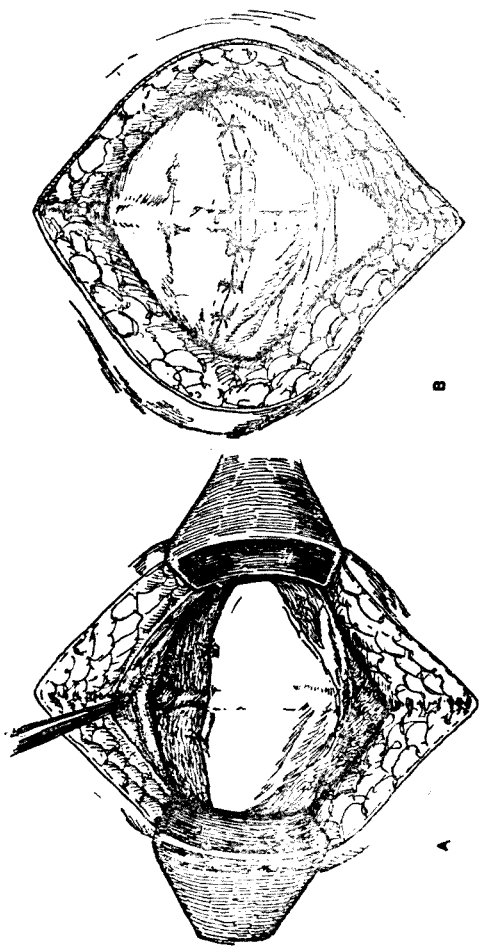


圖130. 子宮下段剖腹產術——縫合
A. 子宮切口用錫製導線 (NO. I) 作連續縫合。上幅腹膜用橡皮二針固定。
B. 下幅腹膜蓋過上幅用普通導線 (NO. J) 間斷縫合，也可作連續縫合，
腹膜重疊縫是避免以後惡露漏出。

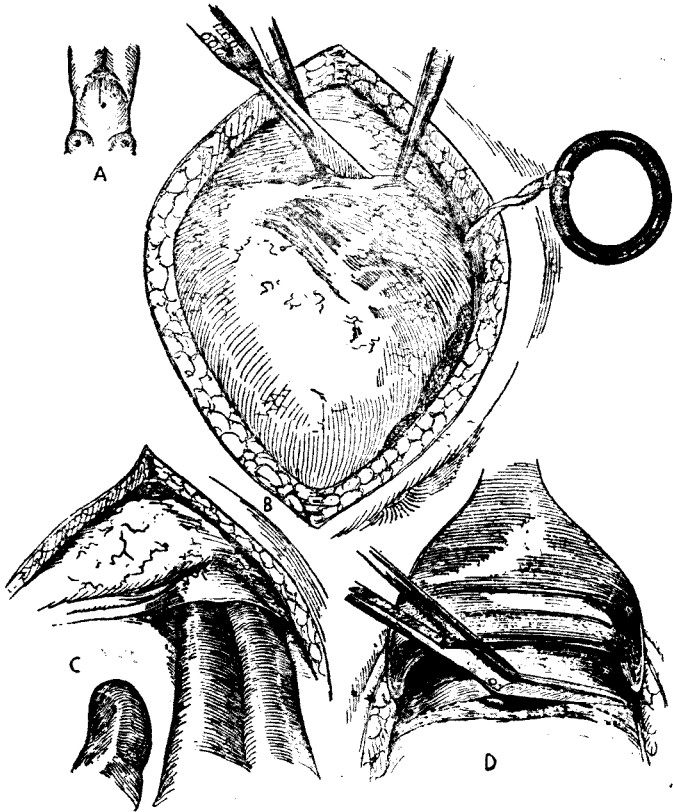
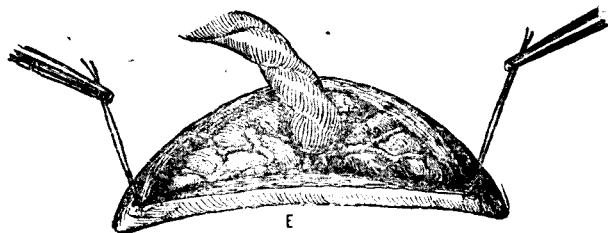
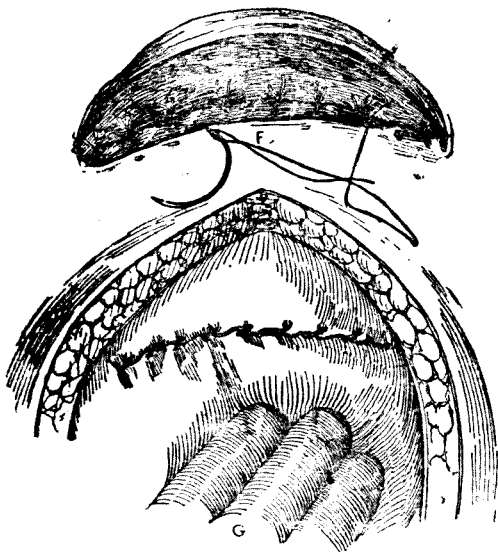


圖181.經子宮頸剖腹產術(下段剖腹產)Kerr-plano式子宮橫切口

- A. 腹壁切口的位罝。
- B. 腹膜沿子宮膀胱摺摺作橫切口。
- C. 鈍剝離法向上下剝離腹膜。
- D. 割開了宮壁，橫的向二側延長，切口的外端向上彎曲，以避免血管，增加間隙。子宮切口開始，就可以從肌肉注射重體素0.2cc。或靜脈注射，胎兒只稍加幫助就可娩出不須用鉗子。



E



G

圖132. (續)

- E. 子宮切口外角首先縫合，牽起二線頭。
- F. 肌層用間斷縫合，強製線線(30)，向上面再作一層連續縫合。
- G. 腹腔用普司賜線作連續縫合。

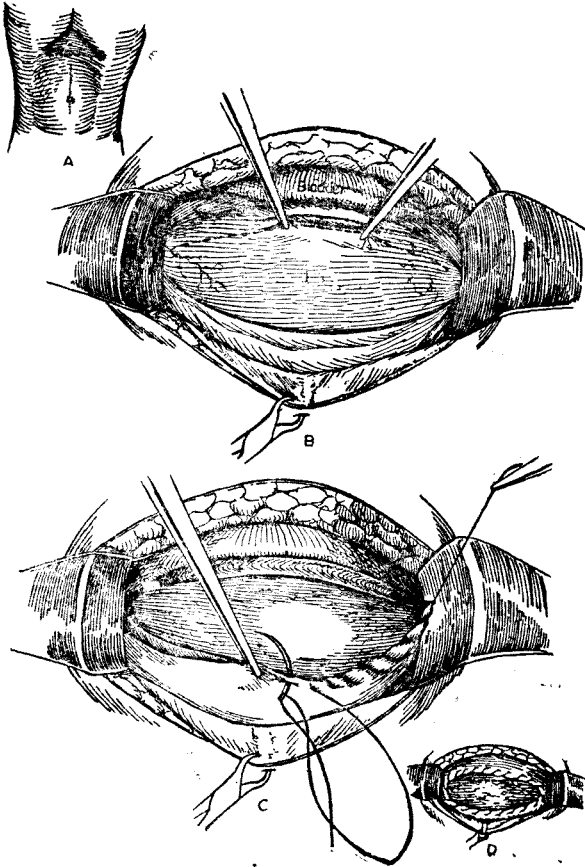


圖133. 經子宮頸剖腹取嬰術——穿過腹腔閉鎖型
懷疑有傳染的病人，用這法使辦的子宮切口不直接通腹膜腔。

A. 小圖表示病人的位置。

B. 腹壁作橫刀口露出腹膜壁層，腹膜也橫切開，子宮腹膜近膀胱摺處同樣作橫刀口，沿子宮向上下剖離。

C. 上端壁層與臟層的腹膜用鉻製腸線 (NO.1) 連續縫合一道，這樣隔離腹膜腔，增大露出的子宮面。

D. 小圖說明沿刀口週圍的腹膜壁層與臟層全部給縫合。這樣膀胱上狹窄的腹膜形成一管，日後有勒住腸子的危險。

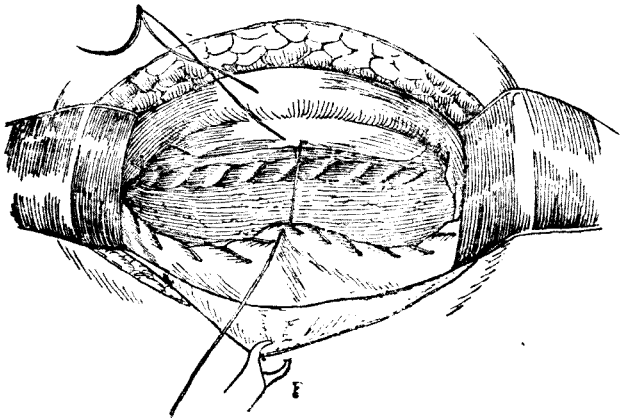
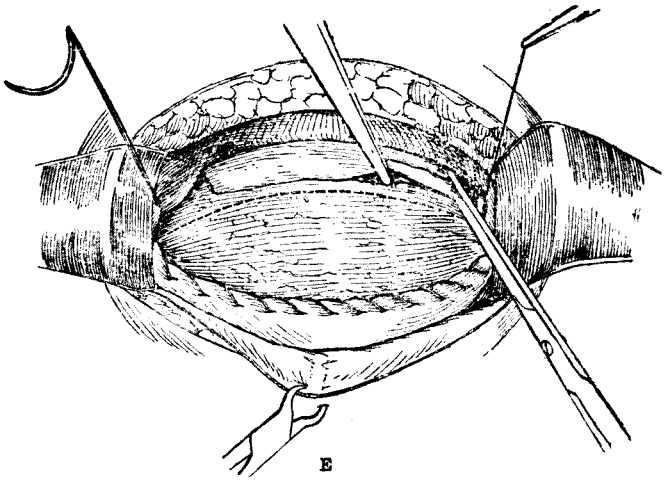


圖134. (續)

E. 縫線終止在側角上，縫線不能拉緊盡量放鬆腹膜，點線表明子宮剖口的方向，嬰兒從這裏拿出。

F. 子宮肌層縫合後，腹膜上端向下拉，縫在膀胱端腹膜上，這時須要插入橡皮膜引流直通到皮外。

腹壁筋膜肌肉，皮膚照平常一樣縫合。

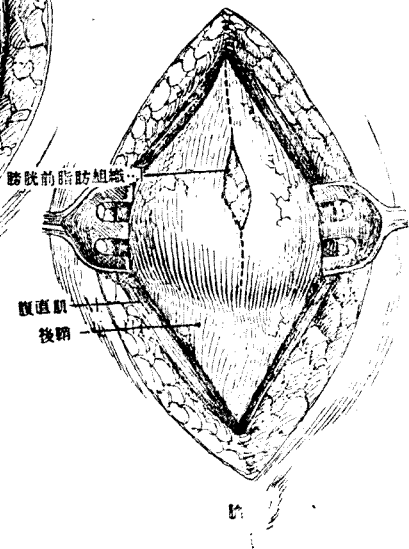
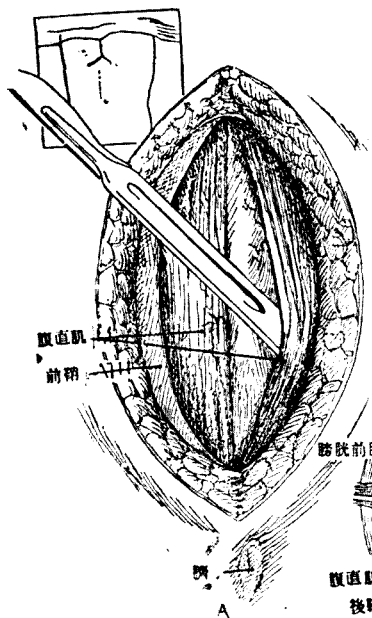


圖135. 腹膜外剖腹取嬰法 (Water's 式)

有傳染可能的病例，用腹膜外取嬰法比較好，變薄的子宮下段對手術也方便，像沒有檢查出來的骨盆狹窄或其他原因，試行生產一個時候無效最好採用這法。

小圖表明病人的位置。

未手術之前膀胱內注入250—300c.c.的蒸餾水加點美藍着色使容易辨認出膀胱的外表，導尿管接在瓶子裏並夾住。

- A. 分開腹直肌後可以看出漲滿的膀胱頂。它把腹膜往上推。
- B. 腹直肌後鞘（腹橫筋膜）作垂直刀口，直達膀胱前脂肪。

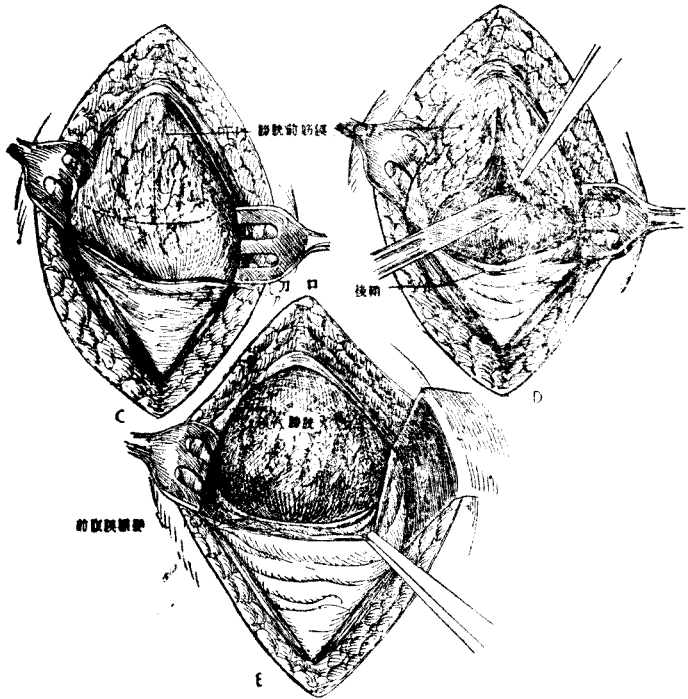


圖136. (續一)

C. 分開腹橫筋膜，露出蓋護膀胱前的筋膜與脂肪，經這上面與膀胱子宮皺裂（結締組織）作T形切口。

D. 用鈍分離法，露出膀胱頂，常是半透明的像紙一樣薄。

E. 完全露出膀胱頂，可看到上面的前腹膜皺裂

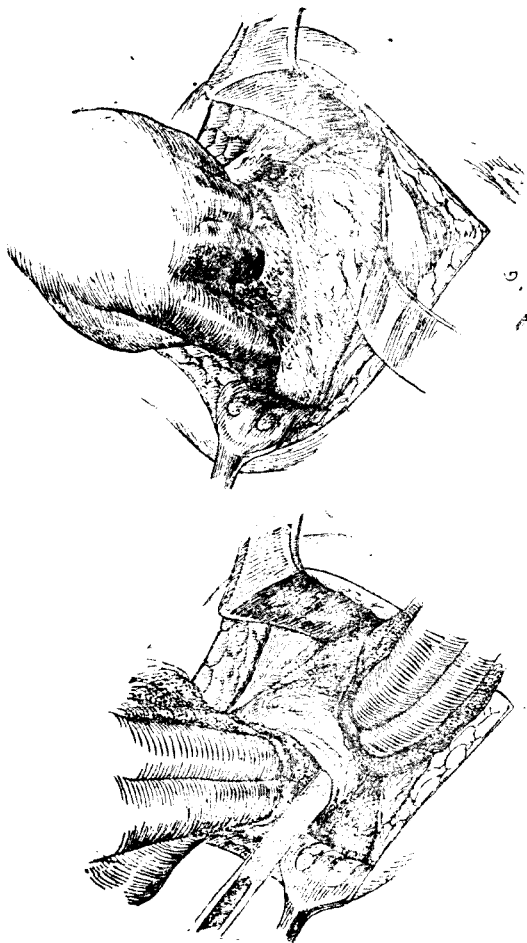


圖137. 腹膜外剖腹取嬰法(續二)

F. 放低瓶子，鬆開導尿管上的鉗子，放空膀胱。腹膜向上推，膀胱向下向前向右拉開，用鈍分離法向左分離。

G. 露出子宮下段與膀胱後腹膜像白色的皺摺。

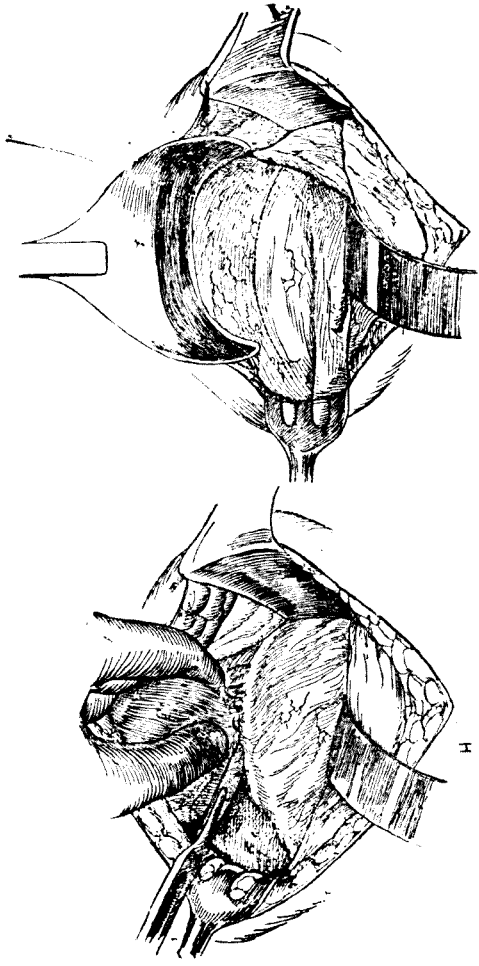


圖138. 膜外剖腹取嬰法(續三)

- II. 刀子分離膀胱後的腹膜使較寬的露出子宮面。
- I. 用拉鉤向下拉膀胱，腹膜向上向右拉，圖上點線在子宮面上作刀口。事後在死腔內撒些滑石粉，必要時放上引流；按常法縫合筋膜肌肉與皮膚。

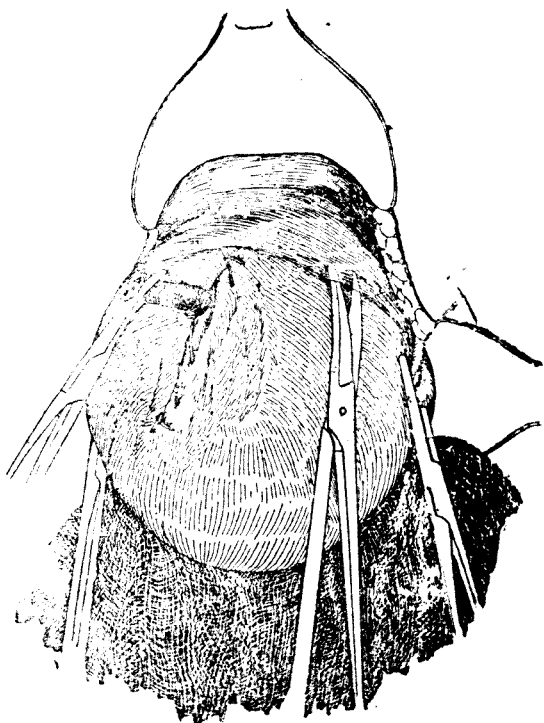


圖139. 剖腹取嬰同時子宮切除 (Modified-perro)

剖腹取嬰後割去子宮，以除去一傳染器官。像在經過不小心的用手動過的生產，病人有發熱，陰道流出發臭的液體，或同時有腫瘤須要拿走子宮，子宮壁作刀口之前周圍用墊子隔開腹腔與周圍組織胎盤拿出或留在子宮內，臍帶夾好，子宮切口用有鈎鉗子或快縫法縫合幾針，附屬器官用血管鉗夾住，子宮上腹膜作切口，並剖離。

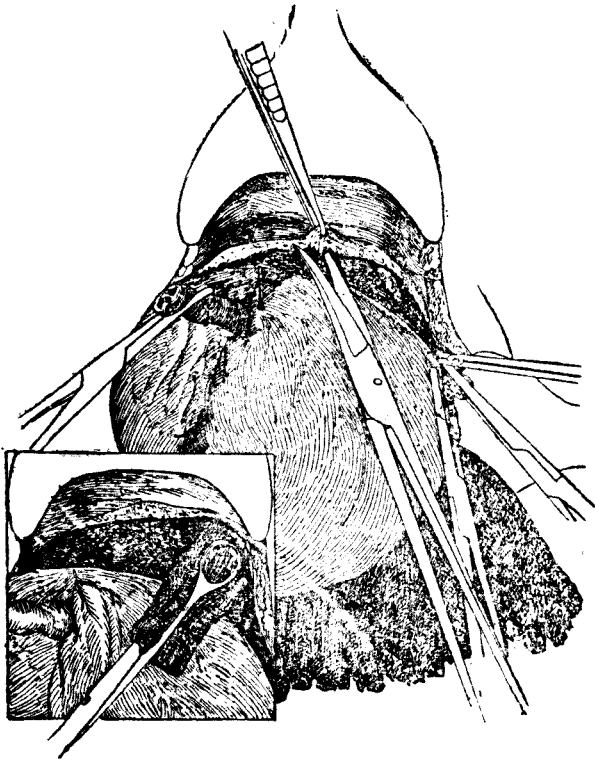


圖140. 剖腹取嬰與子宮切除

附屬器官，在血管鉗間剪開（二鉗夾子宮側的廣闊帶，二夾輸卵管二夾圓韌帶）

小圖：子宮下段的腹膜向下剖離，二旁推的夠寬，露出子宮動脈，手術區推開輸尿管。

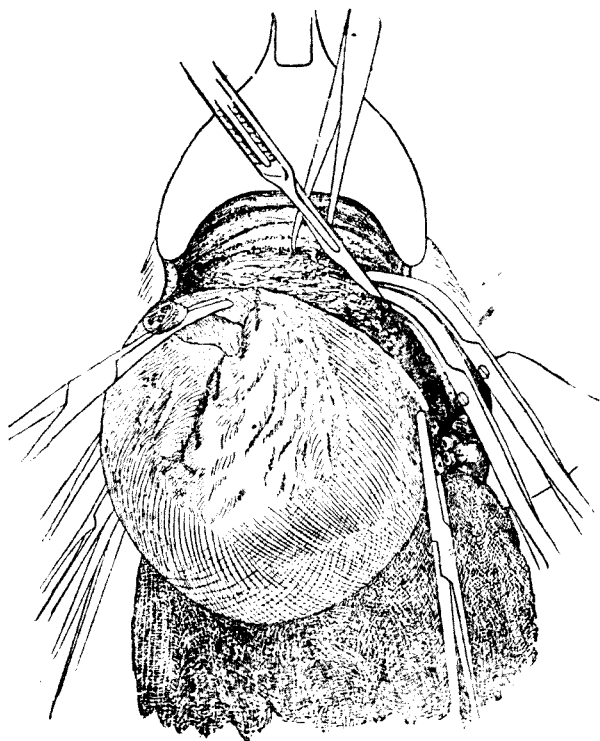


圖141. 剖腹取嬰與子宮切除
固定結紮附屬器官，（用二號絡製腸線）拿走血管鉗。
子宮動脈每側用二個血管鉗夾住，用單鈎鉗固定子宮頸，在上部切斷。

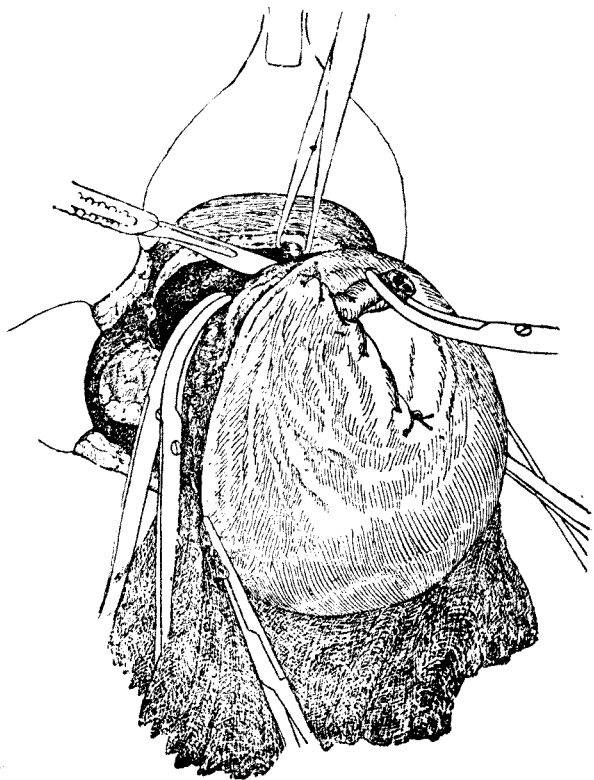


圖142. 剖腹取嬰與子宮切除

子宮已完全切除，剩下的子宮殘場面比正常子宮切除要大。是因妊娠子宮的緣故。

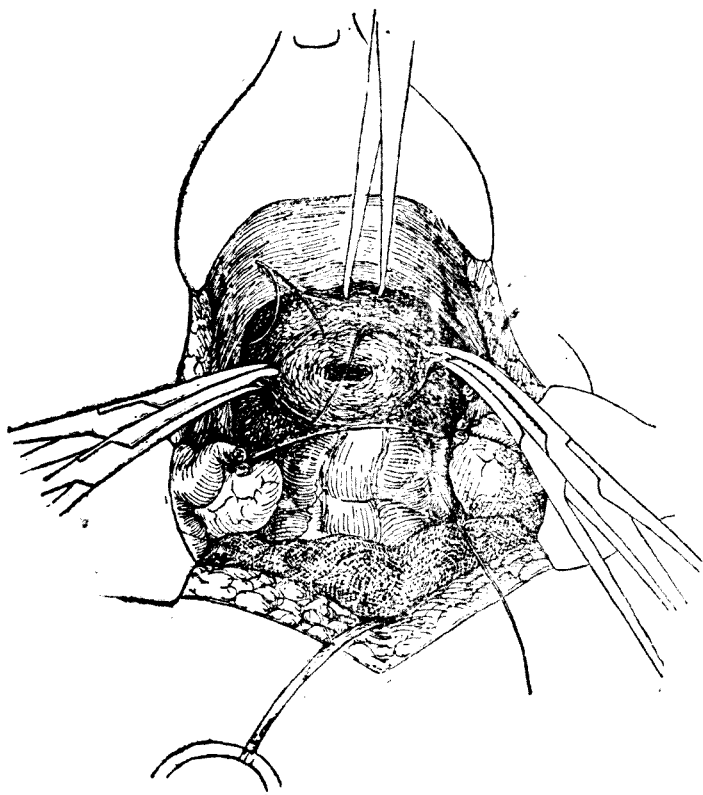


圖143. 剖腹取嬰與子宮切除術

子宮口周圍用烙器深燒灼，作S字形縫線埋入殘端（用二號鉛製腸線）

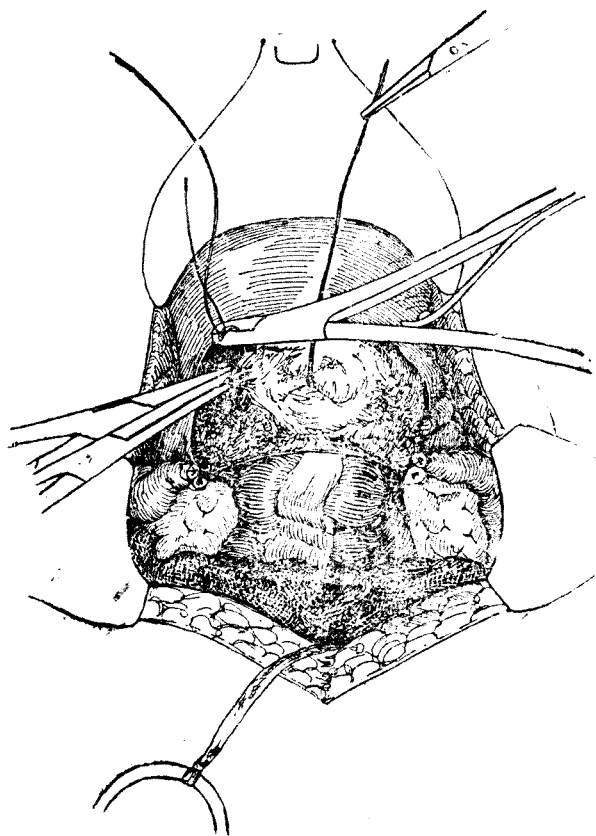


圖144. 剖腹取嬰與子宮切除術

拿走子宮頸上的單鉤鉗，殘端縫線不剪斷作牽拉用，右側子宮動脈已作深固定結紮（二號鉗製傷線）左側子宮動脈，正在結紮。子宮動脈須要用二個血管鉗夾住，結紮時只須要放鬆下端一個，這樣如果紮線拉斷，上端的血管鉗仍在，避免動脈縮進組織內找不着。

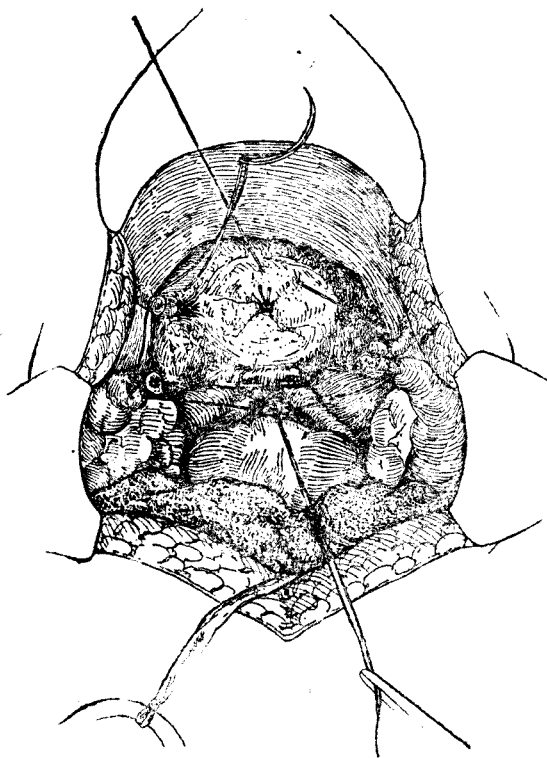


圖145. 剖腹取嬰與子宮切除術

縮短子宮骶韌帶，並縫在子宮殘端上，縫線仍須長些留着，以待縫合腹膜。

附屬器包括圓韌帶、輸卵管、卵巢、穿過縫線並穿過子宮殘端。

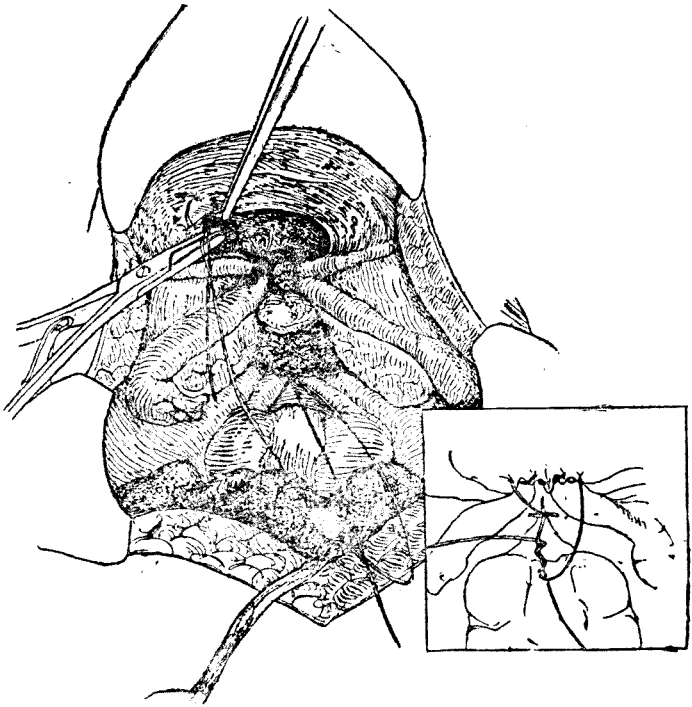


圖146.剖腹取嬰與子宮切除術

抽緊線附屬器官繫在殘株上，留在子宮韌帶上的線一端用來縫合殘株子宮後部的腹膜與腹膜膀胱摺。

小圖表明縫合後線頭與子宮韌帶上的另端作結。

第十二章 毀損嬰兒手術

有些情形像怪胎，腦積水的嬰兒，或未被查出的骨盆狹小的難產，或者是因胎位不正，嬰兒無法正常娩出時，就須要作毀兒手術。

已死的橫位胎兒，肩與臍帶已脫出，或者嬰兒是怪胎，最好是用毀兒手術，減少胎兒的體積克服難產，首先要想到作斷頭術，然後才是顛骨切開術。

毀兒手術現在比從前做得少多了，因為凡是活着的胎兒不論是怎樣的難產，或已有傳染，都可採用適當形式的剖腹產。從前不是這樣，認為毀損了嬰兒，減少它的體積使它通過不相稱的骨盆產道，總比剖腹產來得安全，爲了這種旨趣，嬰兒作了犧牲品。

在法醫上講醫生對每個病人，在作毀兒手術前，要診斷清楚嬰兒是死或仍活着；如果嬰兒活着作毀兒手術是不應該的，就是嬰兒已死，胎位或骨盆有問題，作毀兒手術前也得事先說明，找別個醫生會診，徵求它家庭的同意，以免作後可能引起糾紛。

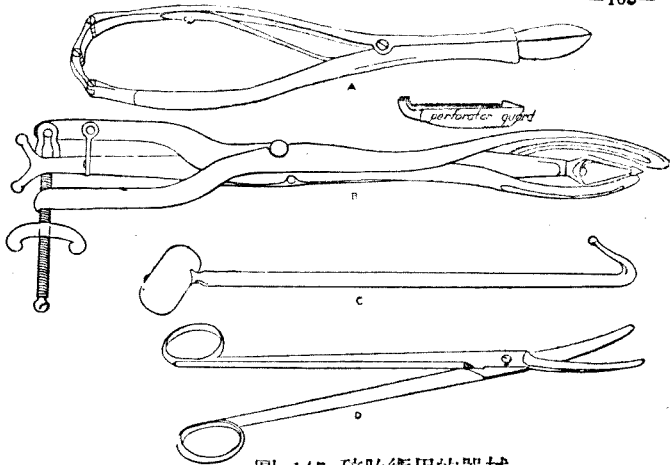


圖 147. 碎胎術用的器械
 A. 穿孔器 B. 碎顱底器 C. 斷頭術用的鈎 D. 剪子

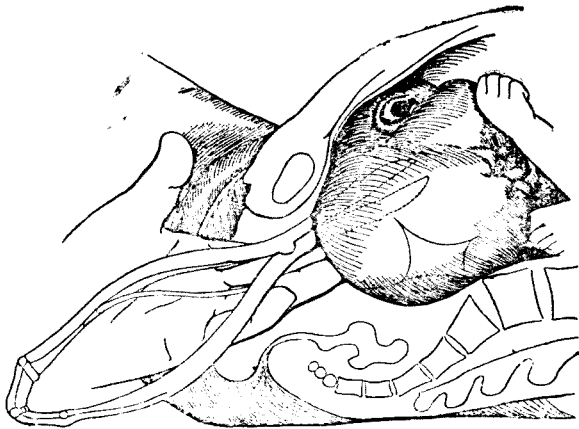


圖 148. 穿顱術

手術者用手指引導穿孔器入子宮，以免損傷母體的軟組織，穿破齒門入腦，並撐開破口，腦內組織立刻流出。

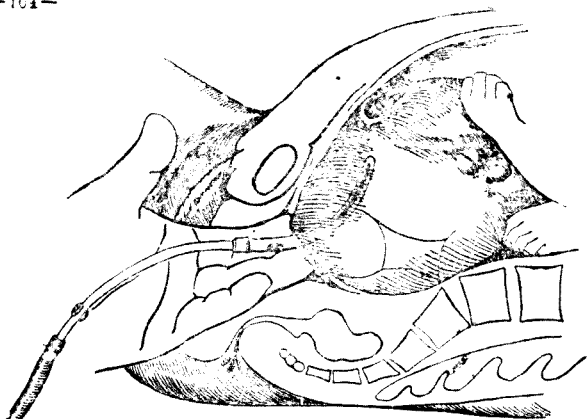


圖149.穿顛術

用有二個管子的灌洗嘴洗出顛內破碎的腦組織，顛腔弄空，顛骨也就塌陷變小。

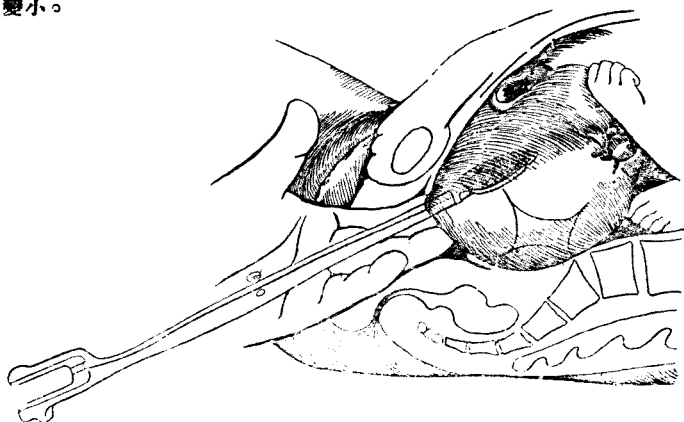


圖150.穿顛術

用顛底穿器擊碎顛骨，插入顛腔，這不須用手指引導。

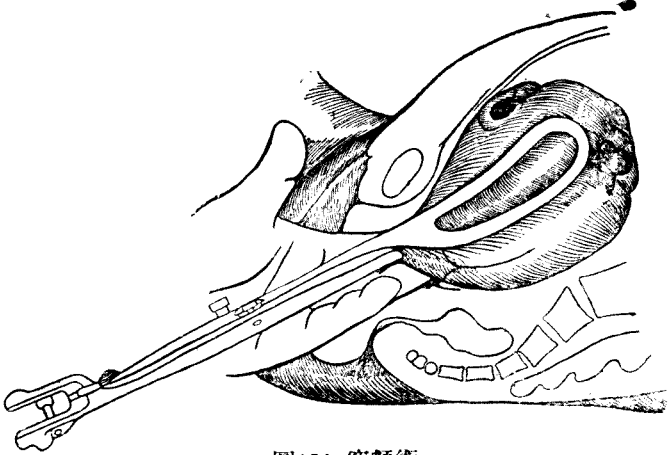


圖151.穿顱術
放進前葉壓顱器。



圖152.穿顱術

放進後葉壓顱器。
旋轉柄上的螺絲，使鉗子壓緊頭顱壓扁。

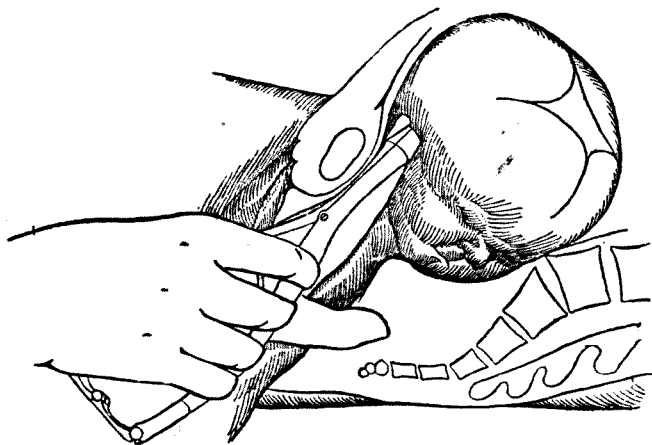


圖153. 穿顱術

臀位的死胎，當身子已出來，頭出不來，用穿顱器從顱縫穿入，如果胎兒枕向後方穿顱可從口內插入。

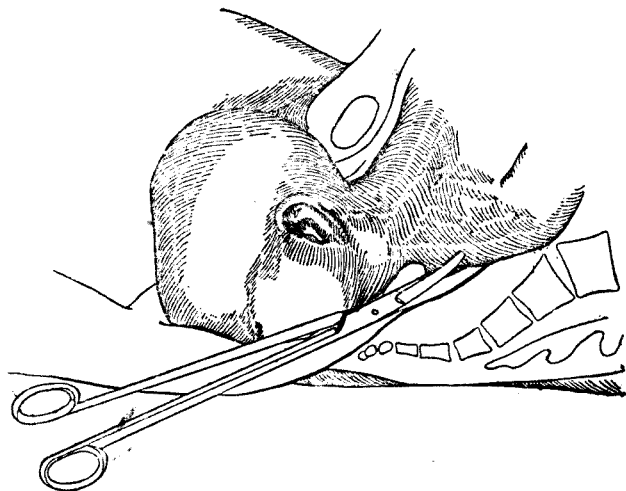


圖154. 鎖骨切斷術

假如胎兒的肩太寬或太大，致成難產出不來，就須要作鎖骨切斷，用長剪子剪斷鎖骨，使肩環能壓縮。

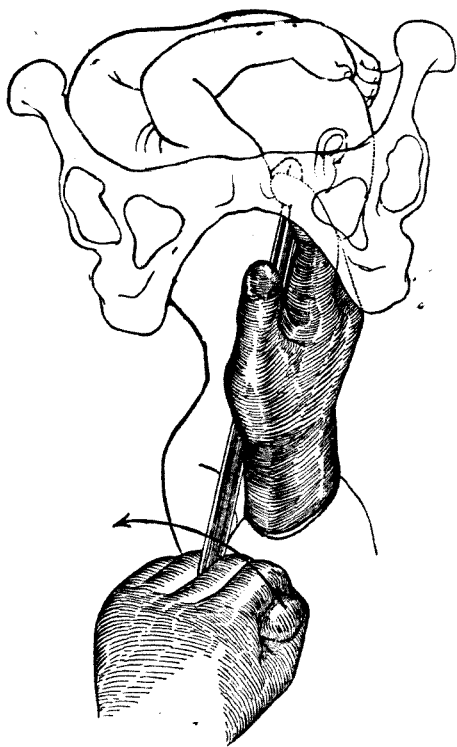


圖155. 斷頭術

被疏忽的橫位，手已脫出肩也突出骨盆下口，嬰兒已死，子宮下段變很薄極易破裂，這時只好作斷頭術。

用鈍的鉤子導入嬰兒的頸部，鉤緊。

轉動把柄除脫頸關節，切斷脊柱，同時助手握住脫出的膀子下拉。

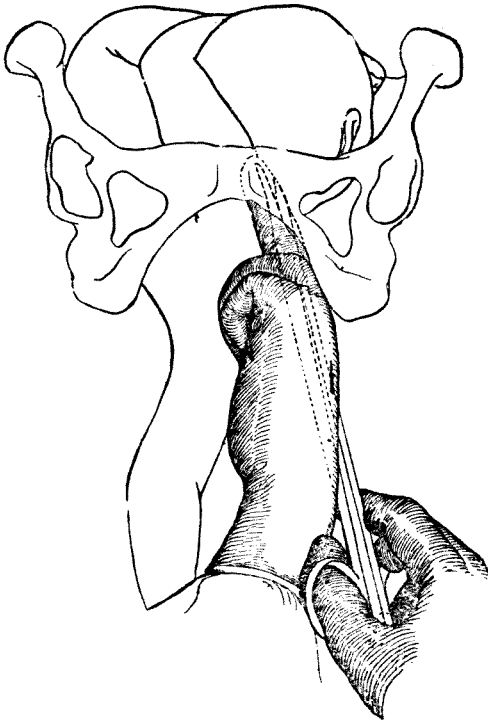


圖156. 斷頭術

移去鉤子，頸部的軟組織，用長剪順手指導入剪斷。
頭放鬆後，手拉脫出的膀子，使胎兒娩出，或用雙爪鉗拖出。

第十三章 第三程(胎盤娩出程)的手術

在第三程常容易併發出血與休克

整個胎盤存留在子宮內不一定都有流血，而破壞片粘着在子宮壁上，差不多都發生出血，用手去取出胎盤，傳染的危險性太大。只要沒有流血存在，等胎盤自己排出來，用手取出是最後的一法。導去膀胱內尿液，用(Crede)氏手法去分離粘連的胎盤，如這一手法不成功，就用醚完全麻醉作另一種嘗試，這樣常是不須手去取，自己可以排出。

真正的胎盤^{acreta}胎盤與子宮壁間沒有可見的結合線時，就須要作子宮切除術。

胎盤碎片存留並有流血，須要很快的給拿出，拿出後馬上塞入紗布以防大出血。

子宮部份的或全部的內翻，假如是最近得的急性的，就可以用手壓復原，子宮內塞入紗布撐托子宮底，子宮頸收縮環如已縮窄，將防碍手從下面去復原子宮的位置。

併發症很多要輸血，對於休克的病人，血漿比較更好，在這種緊急情形下休克是最常見的。

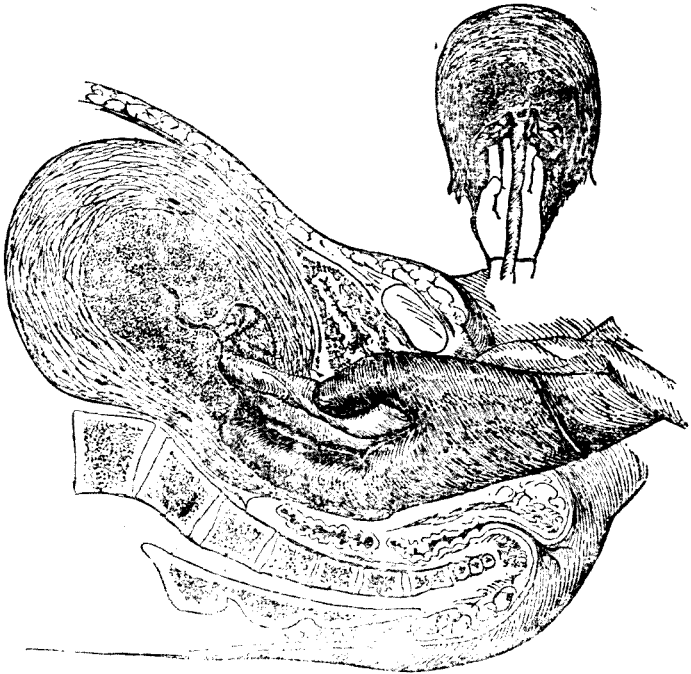


圖157. 胎盤存留——用手移除法

手戴上手套，經陰道插入子宮，手指伸開，摸着胎盤附着的邊緣，指插入胎盤與子宮壁間，貼着壁指向二旁向上移動剖離粘連。

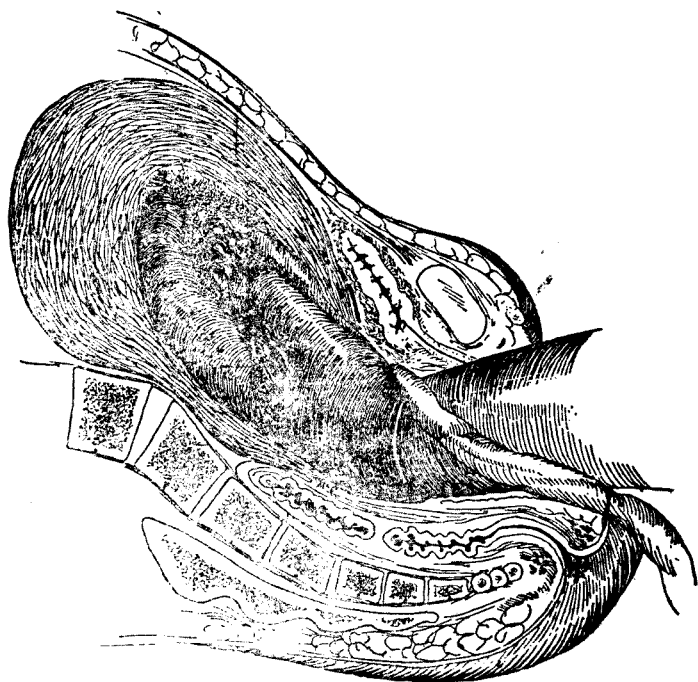


圖158.胎盤存留——用手移除法

手指向上移，掃除子宮底部的胎盤，遮蓋子宮腔全部，手不要拿出來，也不要插太深，讓胎盤經掌心排出，檢查胎盤是否有破裂的地方，不許有任何小碎塊留在子宮內。

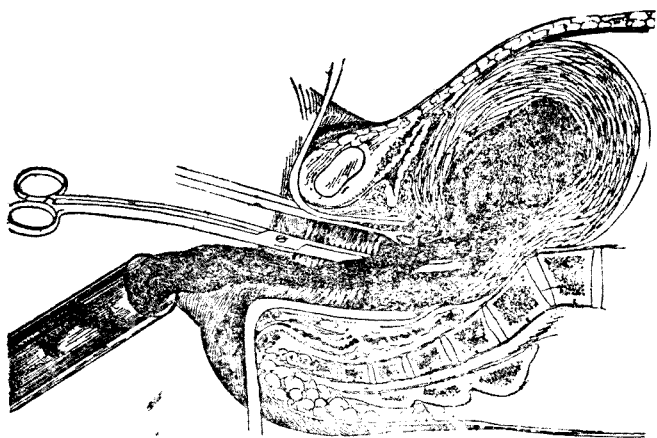


圖159.子宮內塞入紗布墊

子宮內塞入紗布墊是防止與治療子宮流血的有效方法，先把陰道用拉鉤擴夠大，使紗布直接塞在子宮內，不讓碰着陰道壁弄污紗布。

紗布要先塞滿子宮底部再向下，有時塞太淺只塞在子宮下段與子宮頸部，這樣雖然看不見出血，底部的流血仍繼續存在。

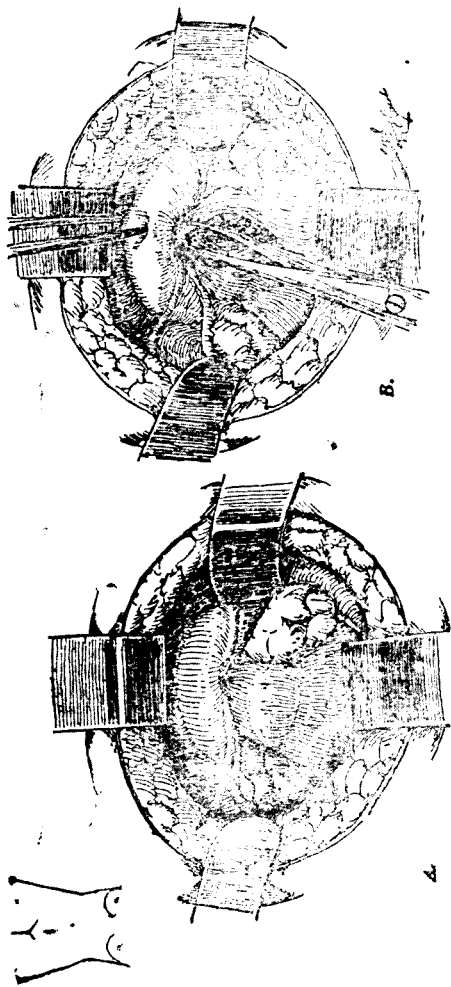


圖160. 子宮內翻，亞急性的——剖覆法

急性的子宮內翻可在子宮內塞紗布，外用手技復原，假如胎盤仍留在子宮內，就要等待兩人檢過血，周身情況改善一些，再行手術，以防更多的出血危及生命。

A. 亞急性或急性的內翻也可作剖腹術的保守治療，打開腹部後在子宮底部先探一些酒精，再用雙爪錯地出陷入的子宮底，小圖表明病人的位置。

B. 假如子宮頸部窄勒住內翻向子宮底，就要先作一刀口拿出，以後用一號絲線與線間縫合切口。有些學者認為剖血術的休克危險性較少，比用手法較保守。

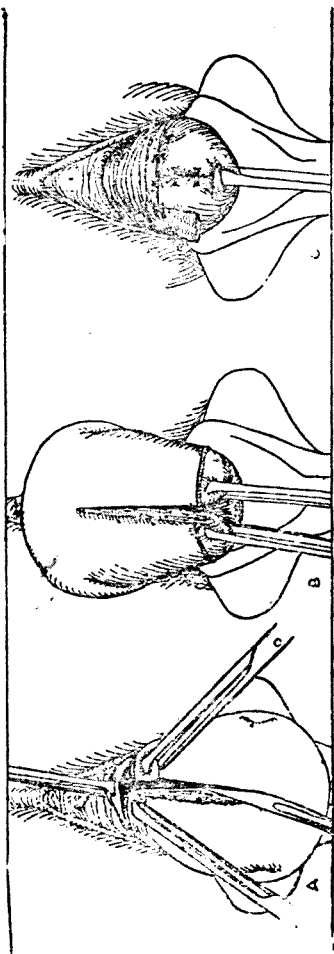


圖161. 子宮內翻亞急性與慢性的——陰道環狀切口

這種手術法比較老，現在差不多被剖腹法代替，但仍有用的。

A. 經陰道前壁作切口，向上剖開膀胱，直達腹膜腔，切開收縮環，

B. 子宮底復位，子宮剖口用一號路製器線作間斷縫合。

C. 子宮位置放好，粘膜縫合，膨脹子宮際的外角放上引流。

第十四章 產後處理

產後二個星期最要緊，四個星期六個星期內也要進行檢查，直到產後第六月還要檢查一次。

產後子宮頸管炎在這時間內，可用燒灼法治療，或用電外科作圓椎形切除。

子宮後屈用子宮托扶正，直到它位置恢復完全。

有些學者主張如果要不妊，在產後頭二個星期就可做不妊手術，這樣可以使病人不第二次住院以免多花錢，但是子宮正在恢復期時作手術，它的危險性較大。不妊手術這章敘述。在切開子宮作治療流產時同時也分離輸卵管的子宮部份可以使以後不妊，輸卵管的簡單結紮，並不能保證以後永遠不妊娠。

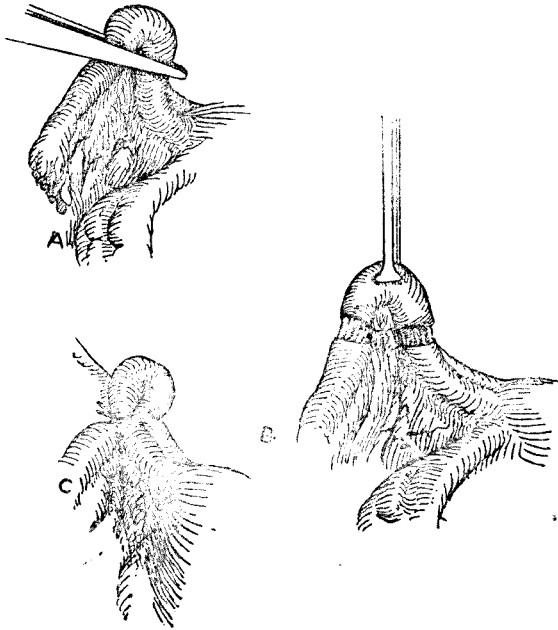


圖162.不妊手術

- A. 輸卵管在靠近子宮的地方屈曲。
- B. 用血管鉗夾緊使成壓痕。
- C. 用粗絲線或麻線一並結紮。

很多的學者認爲這樣已夠，但不能一定否認輸卵管口沒有恢復的可能。

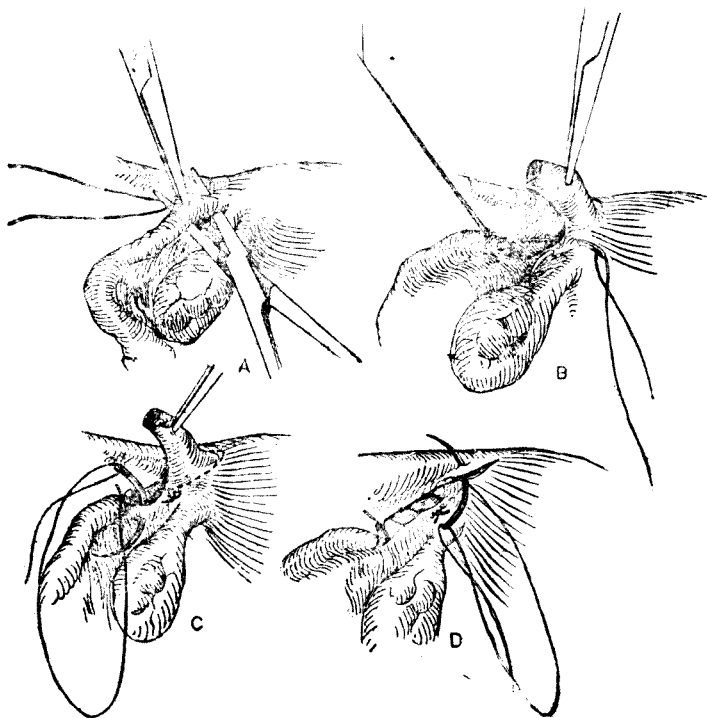


圖163. 不妊手術

- A. 用血管鉗穿過輸卵管系膜結紮輸卵管。
- B. 固定結紮子宮底部的子宮動脈分枝，以控制出血。
- C. 輸卵管外段的割端埋入縫合在闊韌帶中間，點線表明輸卵管間質部的割口。
- D. 割口用連續縫合法閉合，完全埋入輸卵管斷端。

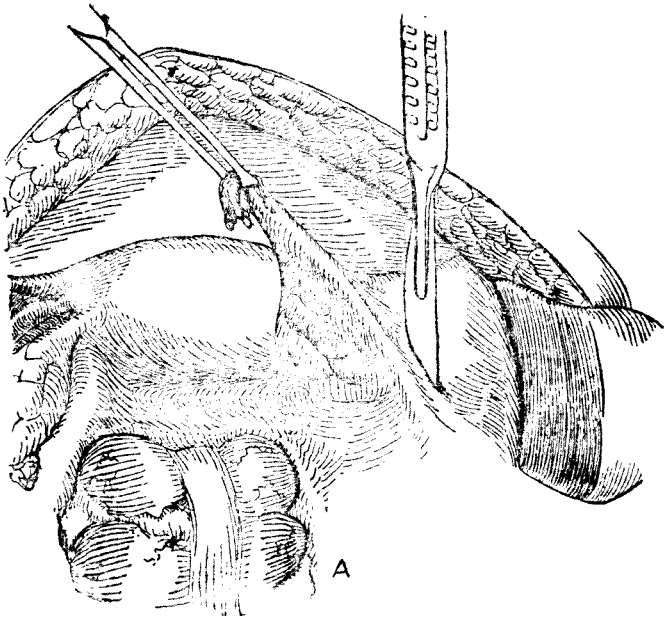


圖164. 不妊手術——修補術

有些慢性病人須要暫時不妊，可把輸卵管縫埋起來，待身體健康後再作手術放開仍能生育。

A. 先在闊韌帶上作一切口。

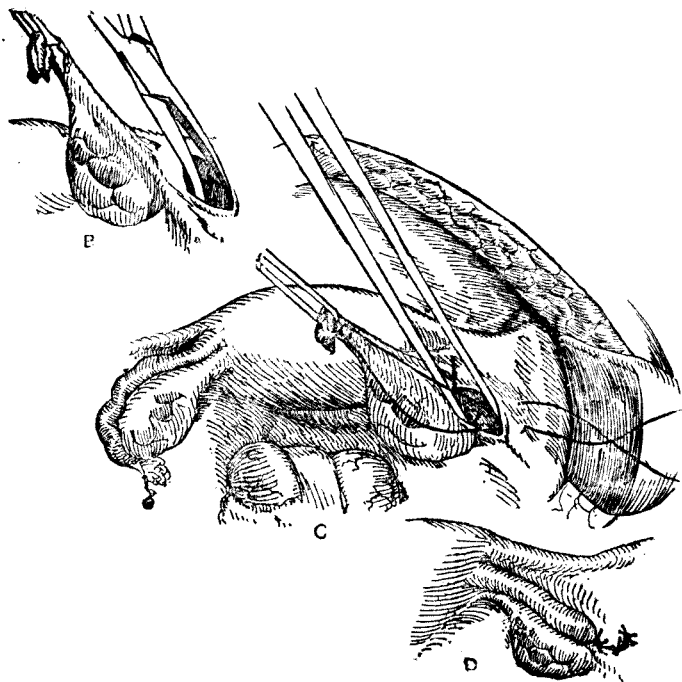


圖165. (續)

- B. 用鉗子撐開切口，作成一個小口袋。
- C. 輸卵管纖部穿一拉線。從口袋內壁穿出外壁埋入袋內。
- D. 用細馬線縫合闊韌帶切口。

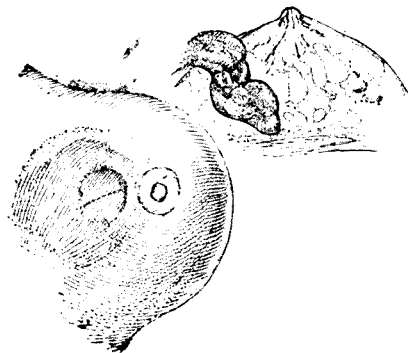


圖167. 乳房膿腫——切開排膿

- A. 在膿腫最薄的地方，向乳頭作放射形刀口，以防切斷大的乳道管。
- B. 切開排膿後，用溫溼紗布塞在膿腔內每36—48時換一次，這樣能刺激肉芽生長比作多數刀口上引流愈合的快。

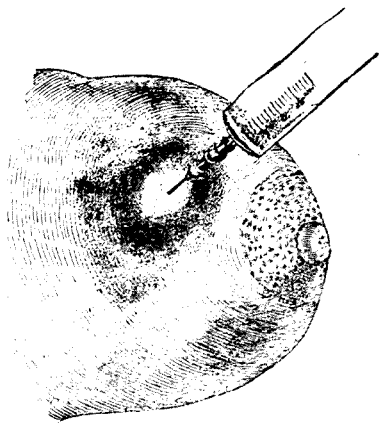


圖166. 乳房膿腫——抽引自治療法
用抽引狀吸出膿液。然後加壓包裹。

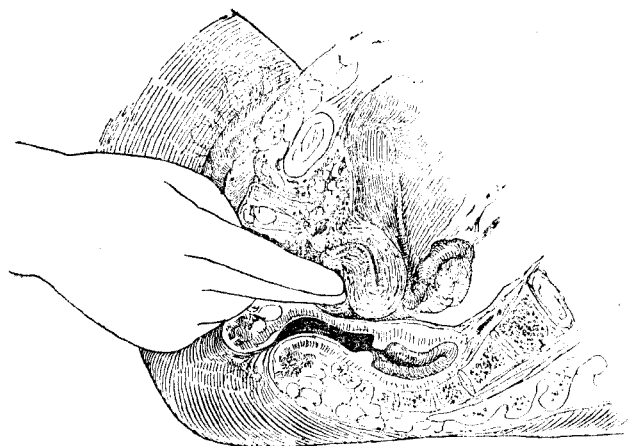


圖108. 子宮後倒——用子宮托扶正法

產後第六星期檢查如子宮仍有後倒，須要用子宮托扶正，很多能有永久治愈的效果，尤其是當會陰底部，在生產時已作修補術，沒有拉鬆，這時用子宮托常能永久扶正。



圖169. 子宮後倒——子宮托扶正法

先撤空膀胱與直腸，使手的動作不受阻礙，從陰道與腹壁二手雙合復位子宮，手要輕以防腹壁緊張，有時須要先從直腸移動子宮底後再復位，有時要用雙爪鉗拖出子宮頸方能進行復位。

就是復位不可能時，也可放進子宮托，壓鬆子宮骶韌帶，待一或二星期後，就比較能容易復位。

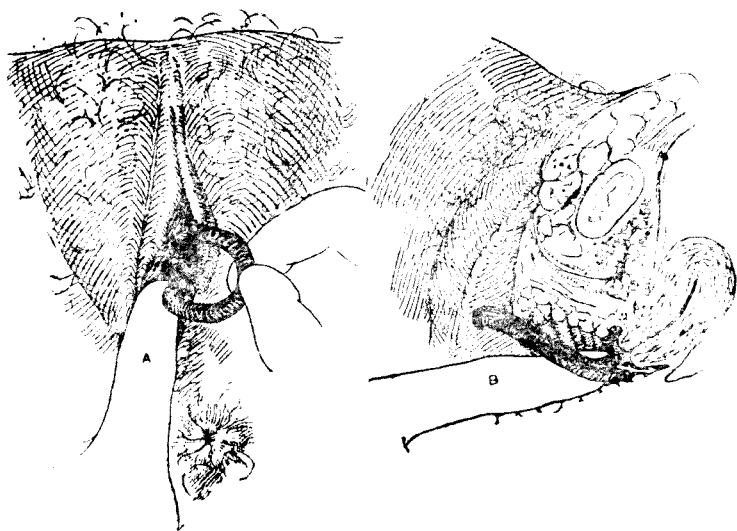


圖170. 子宮後屈——子宮托支持

- A. 用手指向下拉會陰，擴大陰道口，插入子宮托。
- B. 托的寬頭橫楔，用手指導入後穹窿，子宮頸後，托住子宮體部。

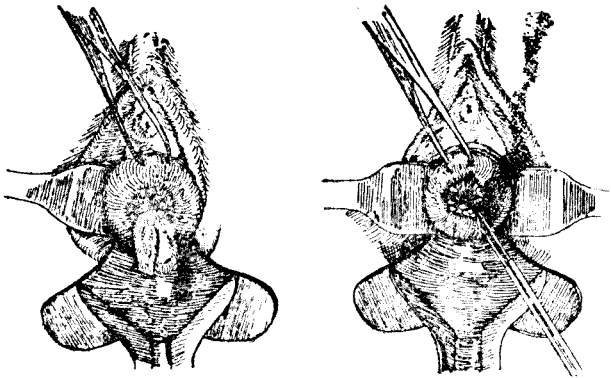


圖171. 產後子宮頸管炎

產後子宮頸管炎，如果不廣泛可用小的烙器，作放射形線樣燒灼，幾星期內就可全愈。

用燒灼法後不能同時上子宮托，以免傳染擴散。

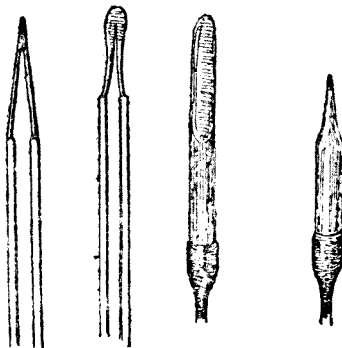
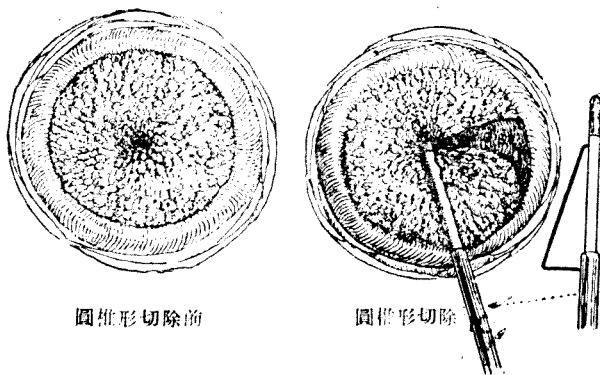


圖172. 常用烙器頭的形狀



圓椎形切除前

圓椎形切除

圖173. 產後子宮頸管炎
比較廣泛寬的子宮頸管炎，可在局部麻醉下，用電刀圓椎形切除傳染部份。

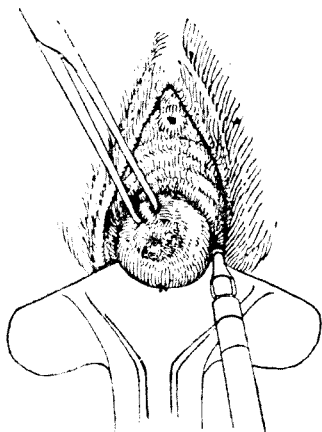


圖174. 子宮頸麻木法

子宮頸上分四點注入奴佛卡因，每次當針插入後要先吸一下是否有血回出，如回出血表明插到血管裏，即注入藥液。

第十五章 不妊症

結婚夫婦不生育可分為相對不妊與絕對不妊二種

相對不妊是因為夫方或婦方存在有小的毛病，有半數是可以治愈的。

絕對不妊是一方或雙方，因先天畸形或病後解剖上或病理上有缺陷，經過作手術，只能有很少數的人有效。

夫婦雙方都要進行常規檢查，全面研究原因。

這一章只述到（1）相對不妊常見的女方的原因，像代謝的，腺本身的，或一般生理的原因及其糾正法。（2）絕對不妊的手術糾正法。

一般的體格檢查包括，傳染的菌，扁桃腺，子宮頸管腺，基礎新陳代謝，血計數，與尿分拆等。

一定不要忘記，不妊有屬於男方的原因，像不正常型的精虫太多，精虫的總數少，尿生殖道的畸形構造上的不正常等等，也須設法找出並糾正。



圖175. 相對不妊症

女方常見原因：

- A. 陰道過長，子宮頸藏在深處，胖的女人常如此（可用人工受精法）
- B. 子宮頸管炎並有粘液塊堵塞子宮口。
- C. 過渡的燒灼，與刮子宮太深後，子宮外口與子宮頸部有瘢痕縮窄。
- D. 子宮壁間有小的纖維肌瘤能防碍受孕。
- E. 子宮後屈同時子宮肥大，子宮頸向上移位。
- F. 子宮息肉。
- G. 子宮發育不良，防碍受精，（真性幼兒子宮絕對不孕）。
- H. 盲腸炎與輸卵管炎後發生粘連，輸卵管扭轉，痙攣性收縮（這可用多次輸卵管通氣法糾正）
- I. 卵巢有柯柯糖樣囊腫，並有子宮內膜異位病，但是輸卵管仍是通的。
（早期診斷與手術很重要，日子愈長組織容易受傷，發生緊的粘連，有永久不妊的危險。
- J. 單純的卵巢囊腫，須要行手術。

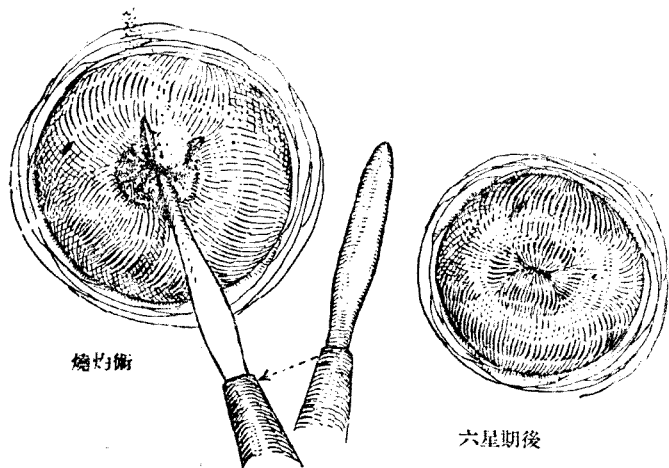


圖176. 子宮頸內膜炎同時有粘液阻塞——燒灼治療
擴張陰道全露子宮頭，粘液吸出或揩去或用番瓜素粉使它溶解。

用小的實烙器，在子宮頸生炎區域作淺的放射形燒灼，不須要麻醉，大深重的燒灼是有害的，日後容易發生癥痕性狹窄。

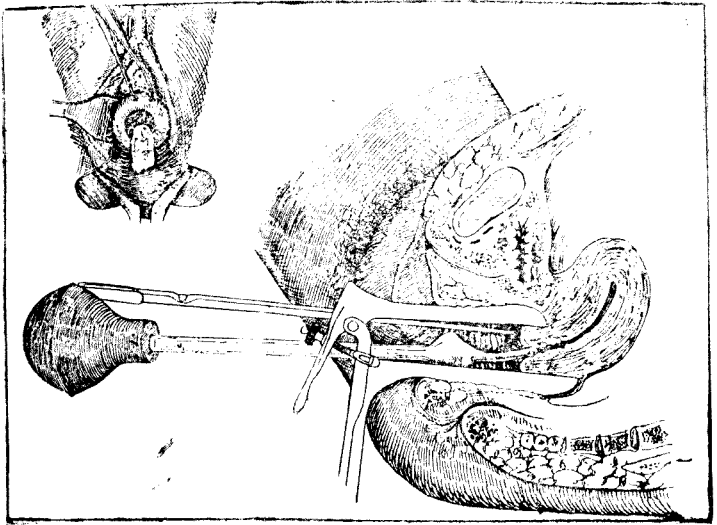


圖177. 子宮頸炎

用Novak吸引器吸出粘液。

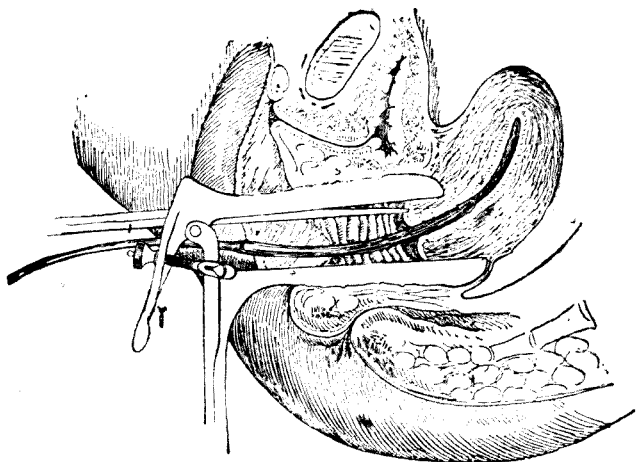


圖178. 子宮頸口狹窄

癥痕性狹窄，可用漸粗的子宮探條，擴大子宮頸管。除非損傷的太廣不須要麻藥。

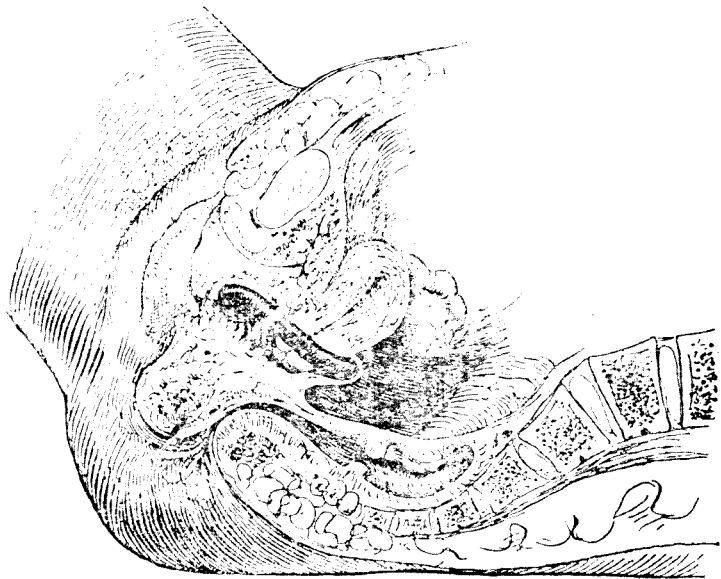


圖179. 子宮後屈——用子宮托糾正法

用手復位後，上入子宮托使子宮頸向後浸在精液中對於不妊是很有用的。

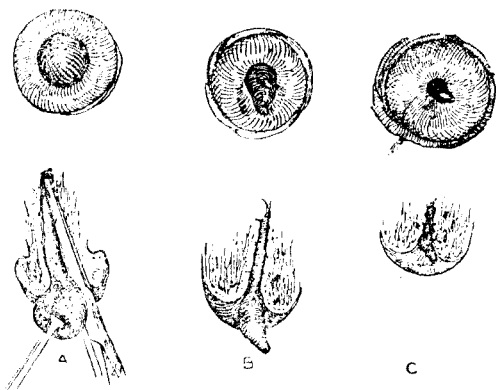


圖180. 息肉的形式

- A. 與B. 是有蒂的子宮息肉，露出子宮外口。用鉗子夾住蒂部拿出或扭斷拖出。
- C. 是子宮頸內的小息肉，要用刮匙刮除，有時它附在子宮內膜上不易發見。

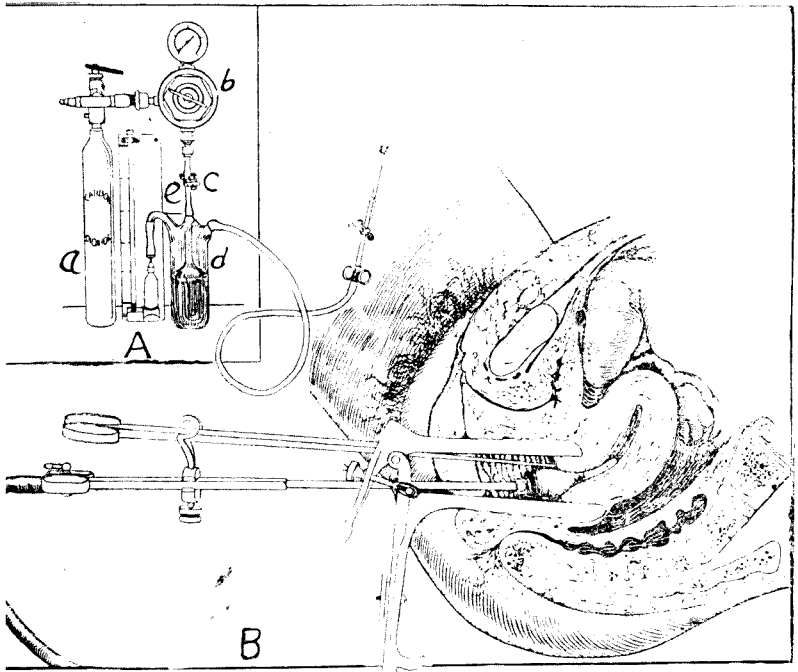


圖181. 輸卵管通氣法——羅賓試驗

- A. 所用器械的圖解說明，(1)氣筒(2)壓力控制計，(3)管理速度夾子，(4)流動的水測量空氣注入量(5)水銀計藉着回壓，測量空氣通過輸卵管的抵抗力，插入子宮頸內的探子有漸大的塞子避免頸口漏氣，探子並固定在單爪鉗上。
- B. 輸卵管通氣法：正常輸卵管，氣壓力在水銀80—95耗下就能通過，阻塞的輸卵管要130—175耗時方通過如壓力增至200—210耗仍不通過表明輸卵管閉塞，壓力如再增加不僅很痛而且有危險。輸卵管關閉或阻塞須要注入不透光油劑照X光片以確定阻塞的部位

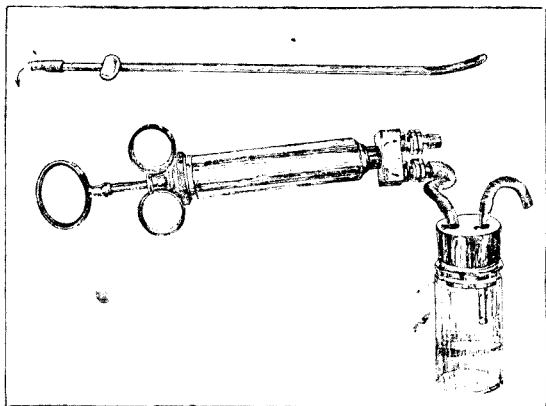


圖182. 月經前子宮內膜組織片檢查——Noval刮子宮吸引器與瓶子
檢查月經前內膜切片，可以看出是否有排卵現象。先把子宮外口塗消毒藥液，用刮匙插入子宮內口內，不施麻藥，輕輕的搔爬後，用吸引器吸出內膜組織放於盛10%佛馬林液的瓶內，這個試驗只能在月經後第25天施行，如果內膜有正常月經前的改變，表明有排卵現象。

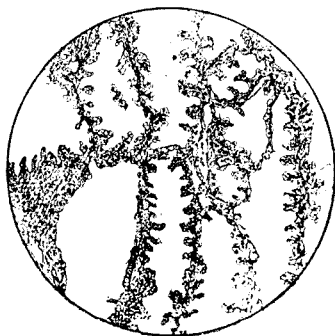


圖183. 月經前的子宮內膜
月經前的子宮內膜，如增生肥大，表明有排卵現象。

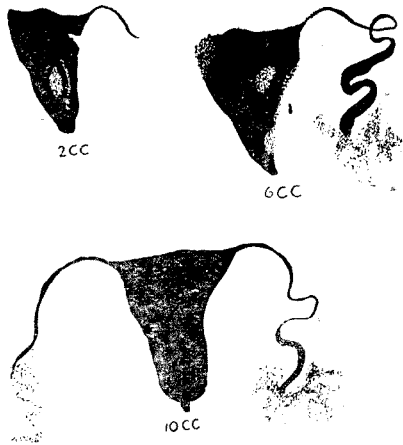


圖184. 子宮輸卵管檢影法

注射不透明的膠質如Skiodan入子宮輸卵管後照像，可以看出子宮腔與輸卵管孔道的形狀，如果腹腔內也有藥影，表明輸卵管是通的。每注入2c.c.藥後看一次，按照子宮腔漸次充滿藥液的情形可以辨別出小的肌肉瘤與息肉。

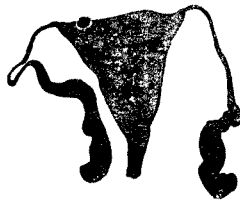


圖185. 子宮輸卵管檢影法

先用通氣法決定有阻塞後，再看X光決定阻塞的位置，右圖的影像表明輸卵管是通的，但管的外端有像棒狀粘連。

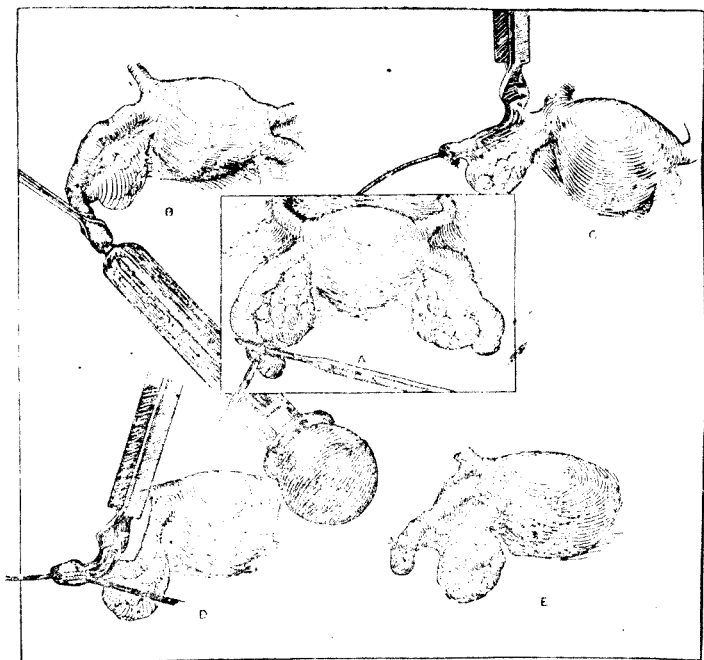


圖186. 絕對不妊症——由於輸卵管周圍炎所致的棒狀粘連
手術：輸卵管繼端口的形成與修補。

技術：A. 切去阻塞的外端，B. 試驗看是否通，C. 插入導尿管用鉗子夾住，血管用NO.00的普通腸線結紮。D. 管端的切緣翻過去，E. 翻過縫合防止外端再粘連，管子已通。

後果：手術後第五、第十、第十五日要作輸卵管通氣法；不妊症婦女作他法無效後，用此法可有百分之十到十四的效果。男女雙方當然是經過各方面仔細檢查無病的。

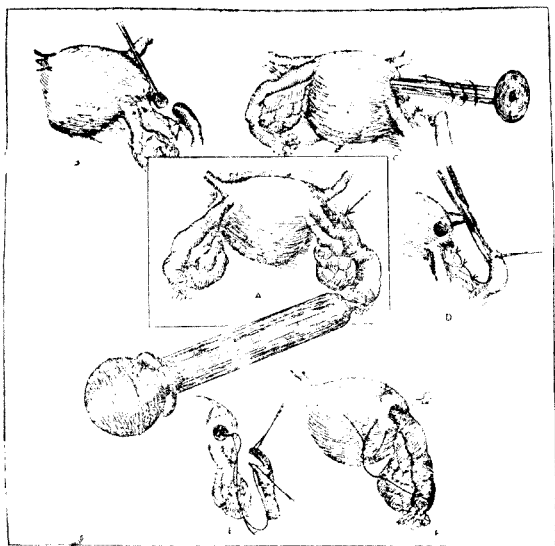


圖187. 絕對不妊症——因輸卵管炎後，發生間質部或中間部阻塞

手術：把輸卵管通的部份插入子宮內。

技術：A. 從緻端打氣，使管外段通開，確定阻塞的地位。

B. 阻塞區之外的管段割開，結紮輸卵管系膜血管。

C. 從間質部割去阻塞的管段，開一口直通子宮，用 Sovak 擴大器擴大。

D. 割開管的切端，放上拉線（0號普通腸線）

E. 拉線牽入割口裏面，第一個線頭穿子宮壁，第二個線頭也穿子宮壁，另一側拉線也牽入割口內，照樣縫合在它的對方子宮壁上。

F. 紮緊縫線，輸卵管固定在新的位置，手術後第五、第十、第十五日作通氣法保持管的通暢。

後果：手術後如能保持通暢約有4%——6%可以受孕。

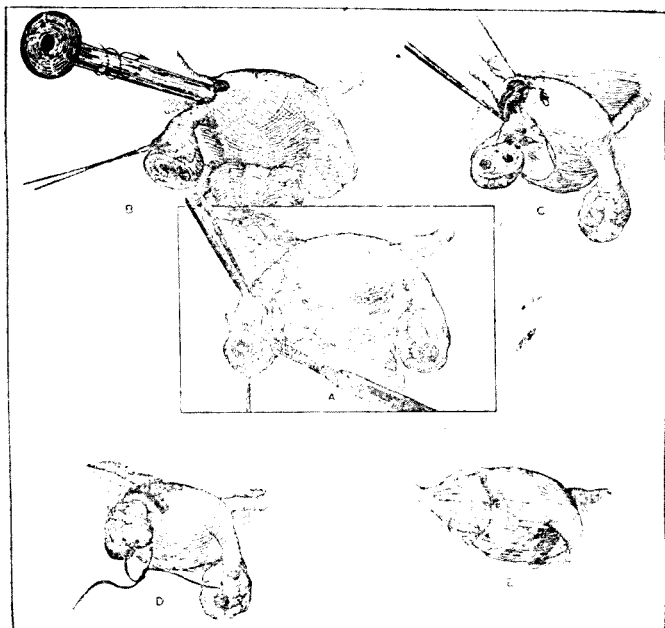


圖189. 絕對不育，輸卵管完全阻塞，或在輸卵管切除後。

手術：卵巢的子宮植入術。

方法：

A. 將卵巢的外囊狀部份切除。

B. 穿孔入子宮腔，最好穿雙孔，將牽引縫線放在卵巢底部。

C. 將牽引縫線的頭，沿孔放進子宮腔中，再用線引子或針帶出子宮壁。

D. 用牽引縫線將卵巢拉入腔間，不要穿入腔內過多，爲了使其牢固，可另加淺部縫合。

E. 圓韌帶可用以補足腹膜，這是已經改進了的愛氏（Estes）法，通常只能作一個卵巢植入。

結果：受孕的佔1——2%。常有小產，因植入部之子宮壁變弱，所以分娩時需用開腹術。

