

簡易產科學

楊崇端題

簡易產科學

一九三九年二月初版
一九四四年十
一九四八年

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
X 有 所 權 版 X
X X X X X
分 類 號
登 記 號

印 刷 者

者

于 周

淑 萼

芬 安

宣外上斜街西口路南
慈成印刷廠
電話⊙二七九五

定價：2000元

簡易產科學目錄

第一部 生理產科 一

第一編 產科解剖學及生理學 一

第一章 女骨盆解剖學 一

第一節 骨盆之構造 一

第二節 量盆法 三

第二章 女子生殖器之解剖學 五

第一節 外生殖器之解剖學 五

第二節 內生殖器解剖學 六

第三章 生殖器之生理學 一五

第一節 月經 一五

第二節	月經與排卵之關係	一八
第三節	卵至子宮之途徑	一八
第四節	卵與精子遇合之地點	一九
第四章	卵之成熟受精及發育	二〇
第一節	卵之成熟	二〇
第二節	受精作用	二〇
第三節	卵之發育	二〇
第五章	論胚胎	二七
第一節	妊娠各月胚胎發育之狀態	二七
第二節	新生兒之體重及身長	三〇
第三節	新生兒之頭顱	三〇
第四節	胚胎之營養	三二
第二編	正常妊娠	三四

第六章 妊娠期母體各器官之改變 三四

第一節 子宮之改變 三四

第二節 輸卵管卵巢及陰道之改變 三五

第三節 乳腺之改變 三五

第四節 腹壁之改變 三五

第五節 身體其他部分之改變 三六

第七章 妊娠之徵狀及診斷 三九

第一節 妊娠之確徵 三九

第二節 妊娠之半確徵 四一

第三節 妊娠之不確徵 四四

第四節 妊娠症狀撮要 四五

第五節 妊娠之鑑別診斷 四八

第六節 假孕 四九

第七節 初產與經產之分別法 五〇

第八節 胎兒生死之診斷 五〇

第八章 妊娠之時間及預產期計算法 五一

第九章 正常妊娠之處理法 五三

第一節 妊娠之衛生 五二

第二節 產前檢查 五七

第十章 胎先露及胎方位 五八

第一節 胎先露 五九

第二節 胎方位 六〇

第三節 胎先露及方位之診斷 六二

第十一章 產科檢查法 六四

第一節 一般檢查 六四

第二節 局部檢查 六六

第三編 正常分娩 六七

第十二章 分娩之生理學 六九

第一節 胎兒 六九

第二節 分娩力 六九

第三節 產道 七一

第四節 分娩之原因 七三

第十三章 分娩之經過 七四

第一節 前驅期 七五

第二節 開口期即分娩第一期 七五

第三節 娩出期即分娩第二期 七五

第四節 胎盤逼出期即分娩第三期 七六

第五節 分娩所需之時間即產程之長短 七八

第十四章 分娩之產動理 七九

第一節 頂先露左枕前及右枕前之產動理 七九

第二節 右枕後及左枕後之產動理 八一

第三節 胎頭形狀之改變 八二

第十五章 正常分娩之處理法 八三

第一節 應用物品 八三

第二節 消毒法 八六

第三節 分娩第一期之處理法 八七

第四節 分娩第二期之處理法 八八

第五節 分娩第三期之處理法 九二

第十六章 乾產 九四

第一節 產期之前胎膜破裂 九四

第二節 臨產時胎膜早破 九五

第四編 產褥期 九七

第十七章 產褥期局部之改變 九七

第一節 子宮復舊 九七

第二節 惡露排出 九八

第三節 乳腺及腹壁之改變 九九

第四節 陰道及外生殖器之改變 一〇二

第十八章 產褥期之全身改變 一〇二

第十九章 產褥期之料理法 一〇四

第五編 新生嬰兒 一〇八

第二十章 新生嬰兒之生理學 一〇八

第二十一章 新生兒之料理法 一一〇

第二部 病理產科 一一五

第六編 妊娠期之病 一一五

第二十二章 孕期毒血症 一一五

第一節 總論 一一五

第二節 先兆驚厥或孕期蛋白尿 一一七

第三節 驚厥(子癇) 一一九

第四節 孕期惡性嘔吐 一二五

第五節 肝急性黃萎 一二八

第二十三章 孕期生殖器之病 一二九

第一節 子宮位置之異常 一二九

第二節 孕期子宮局部之病 一三一

第三節 子宮發育畸形 一三一

第四節 子宮腫瘤與妊娠之關係 一三二

第二十四章 胎及胎附物之病 一三三

第一節	絨毛膜之病	一三三
第二節	羊膜之病	一三五
第三節	胎盤之病	一三七
第四節	臍帶之病	一三九
第五節	胎兒之病	一四〇
第二十五章	流產小產早產及孕期生殖器流血	一四一
第一節	流產及小產	一四一
第二節	早產	一四六
第三節	孕期生殖器流血	一四六
第二十六章	子宮外孕(異位妊娠)	一四七
第二十七章	產褥期全身之病	一五二
第一節	消化系統之病	一五二
第二節	循環系統之病	一五三

第三節 呼吸系統之病 一五六

第四節 神經系統之病 一五六

第五節 皮膚之病 一五八

第六節 骨髓及關節之病 一五九

第七節 泌尿系統之病 一六〇

第八節 新陳代謝紊亂 一六四

第九節 內分泌腺之病 一六五

第二十八章 孕期傳染病 一六五

第一節 急性傳染病 一六六

第二節 慢性傳染病 一六九

第三節 局部傳染病 一七一

第七編 異常分娩 一七三

第二十九章 異常分娩概論 一七三

第三十章 分娩力異常 一七五

第一節 急產 一七五

第二節 滯產 一七六

第三十一章 胎之異常 一八〇

第一節 胎先露及方位之異常 一八〇

第二節 胎體發育之異常 一九二

第三節 多胎分娩 一九五

第三十二章 胎附物之異常 一九七

第一節 臍帶之異常 一九七

第二節 胎膜之異常 一九九

第三節 胎盤之異常 一九九

第三十三章 產道軟組織異常 二〇五

第三十四章 骨盆之異常 二〇八

第一節 因發育不全所致之畸形 二〇九

第二節 因患病或受傷所致之畸形 二一二

第三節 因脊椎有病所致之骨盆畸形 二一六

第四節 因下肢骨患病或受傷所致之畸形骨盆 二一七

第五節 畸形骨盆之診斷法 二一七

第六節 狹窄骨盆分娩時之處理法及產科手術之決定 二一七

第三十五章 分娩時產母之受傷及急變 二一九

第一節 產母骨盆受傷 二一九

第二節 產母軟組織受傷 二二〇

第三節 產母於分娩後之急變 二二五

第三十六章 新生兒之急變 二二六

第一節 新生兒窒息 二二六

第八編 產後期之病 二二三

第二節 新生兒頭部及上肢受傷 二二八
第三節 新生兒之疾病 二三〇

第三十七章 產後流血 二二三

第一節 產後立時流血 二三三
第二節 產後隔時流血 二三六

第三十八章 產褥熱 二三七

第三十九章 產褥期之併發病及其他傳染病 二四七

第一節 併發病 二四七
第二節 產褥期內及其他傳染病 二四八

第四十章 子宮復舊不全及乳房之病 二四九

第一節 子宮復舊不全 二四九

第二節 乳房及乳頭之病 二五〇

第九編 產科手術 二五四

第四十一章 產科手術之預備 二五四

第一節 產科手術之預備及選擇 二五四

第二節 產科手術應用之麻醉劑 二五四

第三節 產科手術應用之鎮靜劑 二五六

第四十二章 陰脣切開術及會陰縫合術 二五七

第一節 陰脣切開術 二五七

第二節 會陰縫合術 二五八

第四十三章 引產法 二六〇

第一節 引流產 二六〇

第二節 引早產 二六二

第四十四章 產鉗 二六六

第四十五章 倒轉術 二七五

第一節 外倒轉術 二七六

第二節 內倒轉術 二七七

第三節 兩極倒轉術 二七八

第四十六章 胎兒殘毀術 二七九

第一節 穿顱術（或稱顱骨切開術，或刺顱術） 二七九

第二節 碎胎術 二八二

第四十七章 恥骨切開術及開腹產術 二八三

第一節 恥骨切開術 二八三

第二節 開腹產術 二八四

簡易產科學

目錄

簡易產科學

第一部 生理產科

第一編 產科解剖學及生理學

第一章 女骨盆解剖學

第一節 骨盆之構造

骨盆乃兩髖骨及骶尾四骨合成，上扶脊柱，下駕下肢，由界線分為二盆。上為大骨盆，下為小骨盆。

大骨盆或假骨盆 其左右為髖翼，前壁不全，僅以腹壁諸肌充之。

小骨盆或真骨盆 壁較完全，分上口，下口，及盆腔三者而論。上口之週乃為界線，恥骨梳，及骶骨前緣。

髖骨 由恥骨，髌骨，及坐骨三骨而成，此三骨在二十歲以後即併而為一。

髌骨 髌翼為大骨盆之側壁，髌嵴之前端為髌前上棘。從左髌前上棘至右髌前上棘之距離稱為髌棘間徑，髌嵴之最遠距離稱為髌嵴間徑。

坐骨 坐骨成真盆之側壁，其最下部為坐骨結節，其後緣中部為坐骨棘，是處由陰道檢查能觸得之。

恥骨 恥骨二塊為真盆之前壁，二恥骨結聯處為恥骨聯合，在孕期及產時有伸縮性，以助胎頭下降。上枝與髌骨相連，下枝與坐骨上枝相連而成恥骨弓，是為盆下口之側壁。

骶骨 骶骨與尾骨相連成真盆之後壁，為五塊骶椎骨連合而成之大三角形骨，其底凸向前，與末腰椎結合以成骶前角。該角與恥骨聯合後面上緣之距離稱為骶恥產徑，為產科上最重要之盆徑。骶骨為凹形，兩側與髌骨連接成骶髌關節，在孕期及產時，該處能活動使盆徑增加。如產時用垂腿臥式，伸鬆更多。

尾骨 尾骨為四小尾骨合成，孕時能活動，產時可以向後推動而增加盆徑。

尾盆之方位 人直立時，盆上口斜向上，與水平面成五十五至六十度角，下口略平，與水平面成十五度角，骶骨高出恥骨聯合上緣約十釐。尾骨尖高出恥骨聯合下緣約一又四分之一釐。盆腔係管形，前壁為恥骨聯合，及恥骨上枝，後壁為骶尾二骨，兩側為坐骨體并其上枝及髌骨居界綫下之一份而成。盆腔最長之徑居第二骶骨下緣及恥骨聯合

中點之間。

骨盆軸

係盆腔中心假設之線，其方向彎曲，上部向下後，中部直向下，下部向下前。

男女骨盆之異點

女骨盆較薄於男骨盆，兩髀前上棘相距亦較遠，且上口較大而圓，盆腔闊而淺，閉孔較小而成三角形，下口亦較大，尾骨較易移動，左右坐骨結節及髓白，彼此距離較遠。恥骨聯合較短，恥骨弓寬而圓。骨盆之大小不特男女有別，即同性之骨盆，亦各不同，惟與身軀之高矮不成正比例。最要之點乃在上口。

第二節 量盆法

骨盆之正常與否，關係於生產之難易最大。骨盆窄小，為難產之主要原因。如早期發見，應當早為設法，以防困難。胎頭之大小及其與骨盆所成之比例，必須十分明瞭。量盆法分外量及內量二種。

(一) 外量法 乃測量骨盆外面之大小，以下列五徑之長度而定其大小。

(1) 髀前上棘間徑 左右二髀前上棘相距之徑，正常者為二十四徑，(二十四徑至二十五徑半)。

(2) 髀嵴間徑 左右兩髀嵴相距最寬之徑，正常者為二十六徑(二十六徑至二十八徑)。

(3) 股骨粗隆間徑 左右股骨粗隆相距之徑，正常者為二十七厘米至二十九厘米。

(4) 前後徑外測 腰骶關節至恥骨聯合上緣之徑，正常者為十八厘米至十九厘米。

(5) 坐骨結節間徑 左右坐骨結節內側相距之徑，正常者為八至九厘米。

骨盆計 骨盆計種類繁多，常用者為二種，即馬丁氏及魏氏是也。

馬丁氏骨盆計 用量髌前上棘間徑，髌嵴間徑，股骨粗隆徑，及前後徑外測，而魏氏骨盆計用量坐骨結節。

量盆方法 孕婦須仰臥診察牀上，二足蹬於牀邊之銅環內，膝關節彎曲。診察者面向該婦，以兩手拇中二指握骨盆計之二端，以食指按于欲量之處，順序將髌前上棘，髌嵴，及股骨粗隆量完。以後即令孕婦側臥，按法測量盆之前後徑。以上四徑，均用馬丁氏骨盆計，坐骨結節則用魏氏骨盆計。再令孕婦仰臥，臀部近牀端。診察者以拇指套入骨盆計之環內，測量坐骨結節。該徑以肛門為標準作水平線，太高太低均不合適。

(二) 內量法 骨盆之正常與否，前後徑最為重要。但前後內徑，在臨症上不能直接測量。雖有各種器械，但使用不易，而結果亦不甚正確。所以現在用者乃量骶恥斜徑，而後推算骶恥產徑。其法即以食中二指插入陰道之內，觸知骶前角，以測知該處與恥骨聯合下緣之距離。然後以盆之屈度按照三角原理減去一·五厘米至二厘米，即得骶恥產徑。

譬如骶恥斜徑量得十一厘米，減去一厘米半，則骶恥產徑為九厘米半。

第二章 女子生殖器之解剖學

第一節 外生殖器之解剖學

外生殖器總稱女陰，可分下列幾部：(一)陰阜(二)大陰唇(三)小陰唇(四)陰蒂(五)前庭及尿道口(六)處女膜及陰道口(七)會陰。

(一)陰阜 在恥骨體前，係脂肪及纖維組織所組成，上有陰毛，陰阜之下即為大陰唇。

(二)大陰唇 係兩摺疊之皮，前與陰阜相連，後與後聯合相接。婦人生產之後，後聯合即失去。大陰唇之內側有潤濕之皮膚，外側則有毛。

(三)小陰唇 在大陰唇之內側，有潤濕之皮。其邊彎曲相連，其上段分為二層，將陰蒂包括在內，上層連合成陰蒂包皮，下層成陰蒂繫帶。其後緣相連，稱為陰唇繫帶，或曰後連合，生產之後即失去。在後連合與陰道之間有一凹處稱為舟狀窩。

(四)陰蒂 在陰阜之下，係一小體，長不及一英寸，內有血管及神經甚富。陰蒂僅有末端可見，名為陰蒂頭，係一知覺神經末梢器官，故知覺敏銳。

(五)陰道前庭及尿道口 陰道前庭全部為黏膜覆蓋，居陰蒂之下，小陰唇之內側。為三角形空隙，下接處女膜之附麗處。此空隙長約二厘米，在下部中央為尿道外口，

稍為突起。

(六)處女膜及陰道口 處女膜為陰道口之不完全粘膜隔，兩側摺疊，上下相連，中間為一孔。當兩腿合併時，處女膜兩側摺疊而不見陰道口。

處女之陰道口為一縱裂，其大小形狀以處女膜之情形而異。大抵為單口，然亦有篩狀者或不通者。已婚婦女處女膜破裂，祇留處女膜痕。

(七)會陰 為陰道之後肛門之前之三角形區，係結締組織，脂肪組織，及肌肉所組成。會陰可以伸展，故分娩時則可現其伸展力。

前庭大腺 在陰道口下端之兩側。其構造為粘液腺。平時不能摸得，發炎及有腫瘤時則腫大。腺管甚小，開口於小陰唇之內側。

第二節 內生殖器解剖學

女子內生殖器分下列數部：(一)陰道(二)子宮(三)輸卵管(四)卵巢。

(一)陰道 陰道係一肌管，上自子宮頸，下至陰唇。其下端之口曰陰道口。陰道位於膀胱直腸之間，膀胱之底在其前，直腸下部在其後，各有結締組織間隔之。其形略彎向前，後壁長十厘米，前壁約長五·五厘米。陰道為環直二種肌肉組成，并有纖維組織以增其肌力。內面襯以粘膜，粘膜橫摺甚多，以便陰道擴大時增加其面積。陰道之上端在子宮頸外口略上之處與子宮頸相接，其接連部份，名陰道穹窿。

(二)子宮 子宮大部為肌組織。一部份為腹膜遮蓋。其腔覆以粘膜，為行經重要之器，並為孕期接受保護滋養孕卵之用，產時借其縮力逼出胎兒及胎盤。

未孕之子宮，位於骨盆內，在膀胱及直腸之間。其下端即子宮頸，伸于陰道內。後壁幾全為腹膜遮蓋，下部為子宮直腸陷凹之前界。前壁祇上部有腹膜，下部借一結締組織厚膜與膀胱後壁相連。

子宮外形似梨，分兩部，上部三角形，名子宮體，下部柱形，名子宮頸。宮體前面幾為平面，向前下與膀胱接近。後面甚凸，靠近直腸。輸卵管連於子宮體上部之左右角，輸卵管入口以上之部，名子宮底。子宮側面，自輸卵管入口向下，無腹膜遮蓋，是為闊韌帶之附麗處。

子宮之形狀及大小因人之年齡及曾否生產而異，如下表：

長 (厘米) 寬 (厘米) 厚 (厘米) 重 (克) 宮體與宮頸長之關係

嬰兒 二·五—三 體為頸長之半

處女 五·五—八 三·五—四 二—二·五 四十一—五十 體與頸等長或體稍長

經產 九—九·五 五·五—六 三—三·五 六十一—七十 頸為全長之半或略多

將子宮前後縱切，見其大部為肌組織，前後壁幾相接觸。其腔僅為一窄隙，宮頸腔為梭形，上下端各有一口即內口及外口。子宮體腔之下端縮窄名子宮峽，在小兒最顯。

將近發身期則較模糊，曾經生產者幾全消滅。如將子宮左右縱切，見宮腔為三角形，曾經生產者，則不甚明顯。

子宮頸 宮頸在子宮內口之下，陰道附麗處，適在宮頸之中，故將子宮頸分為二部。宮頸上部後面被腹膜遮蓋，其側及前面接觸闊韌帶，及膀胱。宮頸下部伸入陰道穹窿，其下端有一橫裂，名子宮外口。外口之前後為宮頸前後唇。因子宮後穹窿深於前穹窿，故前唇較後唇為短。

子宮外口形式不一，處女為一小卵圓開口，曾生產過者為一橫裂，經產婦則有重裂，成不規則之結節形，或星形。以上之改變，可以分辨是否曾經生產。

子宮頸為結締組織，無紋肌，及彈力性纖維組成。宮頸之能伸展，即由於此。宮頸腔為梭形，粘膜層直接與子宮粘膜相連接，但多含蜂窩形組織。陰道上部含粘液腺。

子宮體 子宮壁為三層組織所成，即漿液膜，肌肉，及粘膜層。漿液膜為腹膜之一部，緊緊貼連子宮，於邊緣反摺至闊韌帶。

粘膜層遮蔽子宮腔，即所謂子宮內膜。為淺紅似絨之薄膜，厚〇・五至五耗，為上皮，子宮腺，腺間質，許多血管及淋巴管組成。子宮內膜並無粘膜下層，乃直接連于肌層，故其外界頗不齊整。其自由面有柱形毛細胞一層。

子宮腺為管狀腺，自膜面向外伸展，佔有粘膜層之全厚，時或伸入肌層。分泌少量

酸性稀液，為使子宮腔濕潤。

子宮內膜隨每一經期不斷改變。廿二十八日中分為四期，曰經期，再生期，休息期，及經前腫脹期。膜極薄，僅含少數管狀腺，至經前腫脹期則增厚，同時含多量盤旋之腺。

嬰兒之子宮腺尚未發育完全。經絕後子宮內膜萎縮，上皮變扁，腺漸消失，腺間質代以纖維組織。內膜血管極多，動脈之行程迂曲盤旋於上皮之下，作成毛細血管網。

子宮肌肉層大部為無紋肌構成，並含結締組織及彈力性纖維。肌組織之排列不易分辨。

子宮之位置 正常子宮稍前屈，人直立時，子宮幾居水平位置，向前稍屈。子宮底依於膀胱。宮頸向後傾。向骶骨下端。子宮外口與坐骨棘齊平，子宮常隨膀胱及直腸之盈虛改變方向。倘二者均空虛，則其位置不變。

子宮之血管 子宮之血供給來源有二，主要者來自子宮動脈，卵巢動脈次之。子宮動脈為腹下動脈之大枝，下行不遠，即進入闊韌帶二層之間，橫過輸卵管之前，而沿子宮之側蜿蜒前行。將至子宮頸陰道上部時，分為大小二枝。小枝名宮頸陰道動脈，分佈於宮頸下部及陰道上部。大枝即刻返折，沿子宮側面上行至子宮頸上部，並發無數小枝穿過子宮體，止於輸卵管之上分為三末枝，（1）子宮底動脈分佈於子宮體上部，

(2) 輸卵管動脈分佈於輸卵管，(3) 至卵巢之枝與卵巢動脈吻合。

卵巢動脈為主動脈之分歧，經過闊韌帶分數小枝至卵巢，末枝橫過闊韌帶至子宮側面上段與子宮動脈之卵巢枝吻合。

子宮之靜脈極多。當子宮收縮時靜脈腔則塌陷，鬆弛時子宮壁大部被靜脈竇所據。諸靜脈於兩側集合，成子宮靜脈，入腹下靜脈。自卵巢及闊韌帶上部所來之靜脈血，集成一靜脈叢，名蔓狀叢，終於卵巢靜脈。右卵巢靜脈入下腔靜脈，左側入腎靜脈。

子宮之淋巴管及淋巴脈，子宮內膜富含淋巴脈，但無真正之淋巴管。肌層則含淋巴管甚多，後壁尤多。子宮之淋巴管與數組淋巴脈相通。子宮頸之淋巴管入腹下淋巴脈；正居體外與腹下動脈之間。子宮體之淋巴管一部入腹下淋巴脈，其餘一部與卵巢之淋巴管匯合，後入腰淋巴脈，正居主動脈之前，約與腎之下部平齊。

子宮之神經 一部來自腦脊髓系統，但大半來自交感神經系統。前者來自第四第五骶神經，後者來自腹下叢，子宮叢腹腔叢，及盆神經，均合運動及感覺纖維。二種神經之功用相反，脊神經司肌肉及血管之收縮，交感神經則制止肌肉收縮并舒血管。

子宮之韌帶 子宮在骨盆內由摺疊之腹膜所繫，並與膀胱直腸相連，使子宮常能維持正常之位置。其最主要者即為韌帶，韌帶有三(1)闊韌帶(2)圓韌帶(3)子宮骶骨韌帶。

闊韌帶由腹膜摺疊而成，在子宮之兩側展開如翼，外端附于骨盆之側壁，每一摺疊內包裹一輸卵管，一卵巢，迂曲之血管，淋巴管及近子宮之圓韌帶一段。

圓韌帶有二，係肌與纖維組織所成。其形如繩。由子宮上角向側向前伸展，經過腹股溝皮下環，面與恥骨之組織相連接。此兩韌帶可使子宮稍向前。

(三)輸卵管 輸卵管有二，由子宮之左右兩上角展向外至卵巢。為纖維及肌組織組成。有代卵巢排卵之功，因卵須經過此管方至子宮腔，管長八至十四釐，外面包以腹膜。管腔襯以粘膜。每管可分四部，由內向外，(1)子宮部，即近子宮之段。其腔甚窄，僅可容極細之探針。(2)峽部，為管之縮窄部。(3)壺腹部，即管之外段膨大部，管徑約六耗。(4)漏斗部，為管之末端，漸大成漏斗形，名輸卵管漏斗，亦名腹口，因此口與腹腔相通。邊緣如織，以細帶與卵巢相接，名卵巢懸韌帶。管徑粗細不一，峽部僅二至三耗，最寬為壺腹部，寬五至八耗。管全部除子宮部外均包於闊韌帶二層間，被腹膜圍繞。

輸卵管壁分漿膜，肌，粘膜三層。漿膜層即包繞管外之腹膜。肌肉分內環外直兩層。肌層常顯有韻律之收縮，當卵自管經過時，收縮最顯，孕期則收縮最慢。粘膜層襯於管腔，含一層長柱形上皮細胞，大部為細毛上皮。粘膜有縱綫裝。細毛上皮有波動狀，能助卵經輸卵管入子宮腔。此管含彈力性組織，血管，及淋巴管甚富。

輸卵管之畸形 (1) 副輸卵管，多與主管之前面相連，可以引起子宮外孕。(2) 二輸卵管連於一側。但極少見。(3) 輸卵管憩室，即管腔一部膨出，亦可引起子宮外孕。

嬰兒之輸卵管多迂曲，待年齡漸增管亦漸伸直。但有時仍存留嬰兒時期之形式，對於輸卵管病及不育頗有關係。

(四) 卵巢 卵巢為二卵圓體，形似杏仁。其主要功用為司卵之發育，排卵，及分泌卵巢內泌素。其大小因人之年齡而異。於生育期內長二·五至五厘米，寬一·五至三厘米，厚〇·六至一·五厘米。經絕後體積大減，老年時僅大如豆。

卵巢居於盆腔側壁，各藉闊韌帶後層之一副皺襞，曰卵巢系膜者，附麗於該韌帶後面。其正常之位置，祇能在未經生產之體考證之，因當妊娠時則被遷移。未經生產之卵巢佔據盆腔側壁後部，列體外血管之下，於腹下動脈及輸尿管前之一腹膜窩。該窩名卵巢窩。輸卵管漏斗之緣附麗於卵巢上端，卵巢韌帶繫其下端於子宮側壁，適在輸卵管入子宮之下。

卵巢之構造可分內外二層，外層為結締組織及彈力性纖維構成，其厚薄因年齡而異，年愈長則愈變薄。卵及囊狀卵泡即居此層。內層為鬆結締組織，富有血管及無紋肌纖維。

卵巢內泌素，直接應響生殖器官。如卵巢剷除後，子宮及陰道速變萎縮，倘剷除後移植於身體他部，則不顯萎縮。由此可定卵巢內分泌之功效。此分泌物乃生自卵泡上皮。妊娠期內可於胎盤組織，血液，及尿內查得相似之分泌物，並同時輸入胎體，含於新生兒之尿內，生後三四日即不復見。

卵巢之顯微鏡檢查 自發育期至絕經，卵巢時時經不斷之變化。生時每卵巢約含卵十萬個，後漸漸消失，至發身期僅餘三萬至四萬，於以後三十年內則全失去。幼女之卵巢外質頗厚，內含初級卵泡極多，愈近中央者成熟愈早，少女之卵巢仍含較多之初級卵泡，但排列較鬆。

卵 為一大單細胞，近於圓形，泡漿清晰，中央含一大核，內有核仁。初級卵直徑四十八至六十秒（Micron）。卵外有膜包圍名透明帶，此帶之外有扁上皮一層包繞，而成初泡。卵巢之外層，初泡甚多。漸長大，其上皮即由單層扁上皮變為單層柱狀上皮，再由單層柱狀上皮變成複層柱狀上皮，且細胞之間有液體名泡液。同時卵被擄至卵泡一側。細胞一部居卵泡內面名粒層，一部包繞於卵外名卵丘。卵泡之外有結締組織所成之被膜名卵泡膜。此膜分內外二層，內層名內膜，多含血管。外層名外膜，密緻而堅。初級卵泡徑約五耗。繼而長大則成囊狀卵泡，徑約十至十二耗，內含一卵，有時二卵或較多。卵泡膜與卵泡外膜相貼，終則貼處破裂，泡內之卵及泡液均由該處裂出。卵離卵

巢後，乃在腹腔內借輸卵管纖及輸卵管細毛上皮之波動力而入子宮。

自初生至老年時有囊狀卵泡發育。發身期之前此泡只在卵巢外層之深部，後漸至外層表面，徑約十至十二耗。其壁漸變薄，血管增多，但突出部幾無血管，即於該處破裂。

黃體 成熟於囊狀卵泡破裂後，卵泡液及粒層之一部逸出，空虛之泡壁坍塌。不久復被血塊充滿，其四週粒層細胞生黃色素名黃素細胞。此等細胞成團，並將其中央之血塊包繞，此外層黃色，故稱黃體。外面之黃層愈長愈厚，終則卵泡之內部幾全為其所佔。中央之血塊變為極小。黃體發育至最大時約在卵泡破裂後十四天。體積常較原來卵泡為大，或能佔卵巢面之三分之一。

卵泡之腔被佔滿之後，黃素細胞不久即發生退化，如透明性變，及脂肪性變。青年婦女之血循環良好，退化性黃素細胞。不久即被吸收而代以結締組織，且與周圍之卵巢組織頗相類似。但年長者血供給欠佳，變性細胞被吸收較慢。黃體之全部幾成一透明性體，色暗白似瘢痕組織，故名白體。但漸被卵巢組織侵入，致被分為較小之透明性體，終亦全被吸收，只稍留結締組織之痕跡。

黃體之功用。 即放出內泌素，以調節子宮之血供給，管理月經，使內膜變化，以備卵子植入及營養。從實驗證明，黃體提出物與其生活體之內泌素有同樣之功效。

第三章 生殖器之生理學

第一節 月經

月經為一種生理現象。與排卵有關。約每四星期一次，每次三日至七日。自發育期至絕經，除妊娠及授乳期外均不間斷。

月經之開始。因氣候，環境，種族，遺傳，生活情形及個人之性情而異。居熱帶者月經開始較早，印度人自十二歲，格蘭林島人自十七歲至二十一歲，哀斯基墨人有僅夏季行經者。亞利安人及斯拉夫人均晚，猶太人及東洋人早，棕色及紅色婦女較早，白色婦女較晚，故月經與種族之關係甚顯。城市婦女較早，鄉居者則遲，貧窮勞苦者較遲，生活優裕者較早，故月經與環境關係頗巨。患萎黃病及結核病者無月經，或遲至二十歲始見。倘母親行經早，其女或亦然。

常見新生女嬰即有月經，數日後停止，此名假月經。并非病理，亦不需治療，乃由於卵巢之內分泌素自胎盤輸入胎體，停止後不再復發。

行經時之症狀 頭疼，疲乏，神經痛，寒戰，頭部赤紅等狀均可發現。神經過敏曾患希斯忒利亞者易復發。皮膚易患蕁麻疹，瘡瘡及濕疹。眼睛繞以青色環，有時眼臉亦變青色。消化系統紊亂，例如腹瀉及食慾不振。背部及腹部疼痛，重者即成所謂痛經

。膀胱易激，致輕度多尿。脈搏較快而有力。血壓稍增高，至血性經液開始則降下。生殖器稍充血，子宮略大而軟，盆器全部充血。乳腺亦脹大并有捫疼。甲狀腺稍腫脹，但不久即復原狀。

經液之性質 因人及時間而異。初為粘性液體，繼為血性，後幾為純血，但不凝結。色褐紅。患萎黃病者為水樣液，或全無顏色。有鹹性反應。微帶刺激性。似金銀草之味，但亦因人及所含之細菌而異。有人之經血惡臭。量約一二〇耗至一八〇耗，絕非固定。

經期長短不一致，普通三至七日。英美婦女三日至七日，法人五日至七日。發身期量適中，後則增加，時間亦加長，尤其在婚後。性交，淋病，及子宮內膜炎，均能使行經次數增加。棕人之經血較多，居熱帶者亦然。

經期之間隔 百分之六十五為二十八天一次，一日之遲早無關重要。三十天一次者為百分之三十二，二十一天者百分之二，二十七天者百分之一，亦有四十二天一次者。

孕期無月經，有時孕後有一次。孕期始終均行經者極少，大半由於病理改變，例如子宮頸息肉，子宮頸糜爛，雙子宮，及腫瘤等。生產後月經復至。鄂氏 (Jhrentest) 謂，百分之五十產後三個月之內即見，百分之七十一在六月之內，百分之八十一在停止授

乳前後有月經。

絕經 在四十歲與五十歲之間。平均生育期為三十年，最長者為六年，最長者為四十六年。柯氏 (Kriege) 調查二二九一人結果如下。

百分之十三在三十六至四十歲。

百分之二十八在四十一至四十五歲。

百分之四十三在四十五至五十歲。

百分之十六在五十五至五十五歲。

不育之婦女，絕經較早。寒冷處者早於溫暖處者，貧苦者早於富有者，黑人早於白人。絕經之後，先有次數減少及不調，經血減少，代以粘液或漿液。如經血增多，當特別注意。其在未經生產之婦女，絕經期常顯神經病狀。如血管收縮作用失去，致面及他部潮紅，震顫，易緻，消化不良，大便秘結，腹膨脹，鼻出血，痔瘡流血，出汗過多，及希斯或利亞，均可發現。身體易變肥胖。一切症狀均由於生殖器之萎縮及無管腺之改變。甲狀腺，大腦垂體，卵巢、輸卵管、子宮，陰道及外生殖器，無一不顯老年性退化及萎縮。

替代性月經 即血液不自子宮流出，而自身體他部有週期性之出血，標準者子宮絕不出血，週期準確，且出血之器官正常。出血器官為鼻，胃，肺，乳腺，口，齦，耳

，臂，膀胱，結合膜等。此等情形極少。大抵子宮行經時，同時其他器官亦出血。

第二節 月經與排卵之關係

月經與排卵之關係，前已述及。排卵即成熟之囊狀卵泡穿破，及卵之逸出。至於排卵與月經之關係理論不一，最近公認者如下。

排卵在末次月經第一日之後兩星期，繼之以黃體極速之發育，至後十天至十二天時，發育為最完全。如卵受精，黃體可繼續存在至數月。且其分泌頗關重要，可借以管理卵之植入。反之，如卵未經受精，則黃體速顯退化性變化，而引起經液之開始。

子宮內膜之增生，乃由囊狀卵泡內分泌之影響。泡裂約在二經期之間。故受精之卵至子宮腔時，內膜已準備，以應卵之植入及供營養之用。反之，倘卵未曾受精，月經則顯於囊狀卵泡破裂後十至十二天，繼之以黃體之逆行性變化。

由各種手術之結果證明，知須有卵巢之存在方有月經。但無子宮亦可排卵。如二卵巢完全除去，則無排卵，同時月經亦停。反之，如子宮完全割去，則月經停止，但與排卵無關，而有所謂子宮奮發現象，按期發現。

第三節 卵至子宮之路徑

輸卵管之細毛上皮，具一類液體性波動。卵自卵泡逸出後，即借此波動及盆腔之液體，向此或彼輸卵管浮游，繼至子宮，卵自輸卵管至子宮乃藉細毛上皮之波動力，及輸

卵管肌層之收縮。此種動作頗慢。自受精至抵子宮腔約須五至七日。卵入子宮之路有二，一在盆腔內自此管繞行至彼管，一則進入一管穿過子宮腔，復入對側之管。前者曰外行徑，後者曰內行徑。外行徑常見。

第四節 卵與精子遇合之地點

精液入陰道後，精子如何行至子宮，并於何時何處與卵相遇，頗為問題。

陰道液為酸性，可於數小時內將精子害死。但子宮頸液為鹼性，故可減少精子之死亡，並利其行動。輸卵管及子宮之細毛上皮向子宮內口波動，而精子乃由下向上逆流而行，故不無受相當阻力。假定精子行動之速度為每分鐘二耗，則經過子宮腔及輸卵管全程，約需九十五分鐘。交媾後數小時，可於輸卵管，盆腹膜及卵巢等處尋見精子。於適宜情形之下，如在輸卵管壺腹內至少可活三星期。故精子至卵巢附近時不過成熟卵，則可等待。

受精作用普通行於輸卵管之外側部（壺腹部）。受精之卵，借細毛上皮之波動行至子宮，輸卵管肌層之收縮亦有助力，無論如何，孕卵至子宮所需之時間頗長。以大多數著者之意見。約為七至十日。

第四章 卵之成熟受精及發育

第一節 卵之成熟

卵自囊狀卵泡逸出後，須繼續發育，方適宜於受精。於將離卵泡時起，至抵輸卵管外部時發育完成。其間之經歷雖未得目睹，然於他動物則已研究清楚，可借以說明之。原卵分裂若干次後，始至發育期，漸行改變而成初級卵，由初級卵分生而成次級卵，次級卵分生而得成熟卵。成熟卵不復分裂，以待受精。此時所含之易染體僅餘半數。

第二節 受精作用

受精即精子與成熟卵之交合作用也。每一精子分頭體尾三段。頭部似三角形，內含核。體係短柱形。尾甚長。藉其尾之擺動，使全體活動，約每三分鐘行一裡。亦需經相當之改變後，方可與成熟卵交合。

卵與精子遇合，多在輸卵管之外側端。普通一卵僅一精子進入。精子進入後，卵外膜變厚，使餘者不得進入，精子頭入卵後，尾速即消滅，只餘一梭形小體，名男性初核。速移向卵之中央，而與女性初核相遇，交合而成新核。

第三節 卵之發育

(一) 卵之分裂及植入 卵與精子之初核相合之後，二者之易染體重行排列，繼而

分為二，名初級分節，或名分裂核。每子核內含相等之易染體。故每一細胞內含父及母質各半。於是二細胞復分裂，由二而四，由四而八，愈分愈多。細胞堆積形似桑椹，故名桑椹體。以上之改變均顯於卵經行輸卵管時。卵入子宮腔時，其直徑至大不過十分之二。斯時即附於子宮壁。

繼為胚葉之生成，桑椹體細胞分生極速，中央發生活體，迫細胞至周圍。此時外有細胞一層，內含有細胞圈，內細胞圈與外層之間，顯一杯形裂隙，此時名胚膜泡。裂隙漸漸擴張，胚膜泡遂變成薄壁之囊。內細胞圈附於囊之一極，發育甚速。附於外層者，或外胚葉，遠離外層者，成內胚葉。外層之細胞，乃助成絨毛膜。內外二胚葉之間，有一處融合為一，名原結，外胚葉從原結處變厚，循直線向後成一粗縱紋，名原紋。將來胎體成於原結之前，而原紋即其縱軸之始基。當內胚葉未遍佈於囊內時，內外二胚葉之間又發生第三層胚葉，名中胚葉。稍久自行分離為二層，中含一腔名外體腔。外層覆以外胚葉，名軀板，內層視以內胚葉，名臟板。

由外胚葉成中樞神經系統及皮組織。中胚葉成肌肉，循環系統，及生殖器官。內胚葉成消化道及與消化有關係之各器官。總之卵經分裂成桑椹體。由桑椹體發生外中內三胚葉。由胚葉成軀殼，各種組織，各種器官，及包裹胚胎之胎膜。

卵之植入 吾人所見最幼之人卵已植入蛻膜內，再早無法可見。均認荷蘭猪卵之

植入，與人卵相同，故可借以說明之。卵受孕後七天發育至桑椹期，時已行至子宮。因其外面之膠粘性，即附着於子宮內膜之自由面。因一種消溶作用，使卵下面之上皮破壞，內膜之主質被溶化，故卵漸漸沉入蛻膜內，而至表面之下。繼而周緣聯合，將卵包繞，遂與子宮腔完全隔絕。

(二) 絨毛膜及羊膜 絨毛膜即卵之外膜，名滋養層。此層復分內外二層，外層之細胞圓形分界清晰，內層之細胞彼此分界不明。膜之外界常高而不平。凸出部伸入子宮之組織內，此為絨毛之始基。胎體之血管生長進入絨毛膜內，則母血與胎血得密切接觸。初期胚囊之全面，均與子宮組織如此接觸，待漸長則僅限於胎盤區。滋養層發育成絨毛膜。此層向外之突出物即絨毛。以上之變化進行時，卵亦漸增長。其附麗處之子宮粘膜充血突入子宮腔。

絨毛膜漸發育，侵入底蛻膜及包蛻膜內狀如樹根。至妊娠第三週始有血管。在第二月僅在底蛻膜之絨毛非常發育，後與底蛻膜共成胎盤。絨毛如此增生，使胎血循環旺盛，並使胎血與母血交換之面積大增。絨毛膜侵入母血之內，則溶於血內之營養質及氧氣輸入胎體，廢質及二氯化炭自胎體回母體。

羊膜及臍帶之生成 胚區之外胚葉發生一裂，名羊膜腔。腔內儲液體，且迫胚下沉向卵胞之中央。中胚葉發育較快，生長於外胚葉及羊膜腔之間，將二者隔開。僅一處

二者連合，此處名體蒂。同時中胚葉分為兩層，二層之間名外體腔。腔內亦含液體。因外體腔之發育，致內胚葉自周圍分離，做成一囊，名卵黃囊。卵黃囊成於胚之腹側，羊膜腔於胚之背側，囊為內胚葉及一層中胚葉做成。初期囊體頗大，後者羊膜腔漸長，二者反縮小。卵黃囊與原腸相通，內含血管，胚胎漸發育，同時卵黃囊之頸縮窄，成卵黃蒂。末端伸至絨毛膜內面，有時可於足期之胎盤內見之。

羊膜腔脹大極速，將胚包繞，外體腔被迫消滅。體蒂內含閉塞之尿管，四血管，及卵黃管，而成臍帶之始基。此成于第四月，斯時羊水充滿於胚膜泡內，胚胎浮於羊水內，僅臍帶連於絨毛膜之內面。

羊膜 外胚葉於胚區之上裂一小腔，名羊膜腔。內含液體，名羊水。此期之胚，底為一細胞圍，有一闊蒂連於絨毛膜之內。此蒂名體蒂，為做成臍帶之基質。待發育漸進行，則胚胎愈突入胚囊之腔內，體蒂亦漸變窄。同時卵黃囊漸縮小，羊膜腔漸增大，將胚包繞，佔有胚囊之大部。此時羊膜分為兩層，內層包圍胚胎，在臍帶處反摺而覆於絨毛膜之內面，即外層。自早期羊膜腔內即滿貯液體。初期此腔較胚胎之體積為大。後期則胚胎發育較快，佔據羊膜腔之大部。腔之餘份含羊水，胎兒可在內活動。

(三) 蜕膜 卵至于宮之初期，其周圍粘膜即充血。繼則粘膜全部均起此等改變即成特殊之粘膜，名蜕膜。其功用可以保護子宮粘膜，不致因流血水腫擴張等變化而破

裂。子宮內膜除主質增生外，其腺亦增生。腺管增長而迂曲，在膜之深層尤甚。使變為海綿狀，故名蛻膜海綿層，淺層之主質增生較著。致使腺質壞變。此層較深層堅硬，故又名蛻膜實質層。可厚至十二耗。足期時一至二耗。宮頸粘膜無此改變。蛻膜分包蛻膜，底蛻膜，及真蛻膜三部。

(1) 包蛻膜 係包繞卵隆起於子宮腔之部。

(2) 底蛻膜 即卵與子宮肌中間之膜，為卵附着部之粘膜。最後與絨毛膜構成胎盤。

(3) 真蛻膜 即覆被子宮內面其他部份之粘膜。卵漸增大，至孕第四月終，則佔滿子宮腔，致包蛻膜與真蛻膜相遇，終則融合。此後逐漸萎縮，至足期時僅餘壞變之蛻膜組織。

(四) 胎盤 卵子植入子宮粘膜之後，底蛻膜內之絨毛益加發育。其狀如樹枝或植物根。當其發育時，被覆絨毛之上皮細胞，不但腐蝕溶解其周圍之蛻膜組織，即胎盤血管壁亦為破壞。血液即直接流入絨毛間。如此一方破壞母體血管壁，他方則絨毛益加增殖。底蛻膜實質部大部份被吸收。其空隙由母體血液充滿之，名絨毛間腔。絨毛之一部如水草根浮游於間腔之內，一部份附着於底蛻膜。絨毛又由中間區分之，稱為胎盤分葉。

胎盤有二種血循環。一為胎兒血循環，來自臍動脈，循環於絨毛內之血管，而入於臍靜脈。其他為母體血循環，來自子宮動脈。其血液注入絨毛間腔，而後入子宮靜脈。胎盤之新陳代謝，於絨毛間腔行之。

胎盤為圓形或橢圓形富有海綿狀之扁平物。呈暗赤色。直徑二十厘米，中央平均厚三厘米，邊緣厚半厘米至一厘米。重量平均為五百克，隨胎兒之大小而不同，與胎兒體重之比為一比六。胎盤分母面及胎面。母面為暗赤色，表面粗糙凹凸不平，且有大小不等之分葉。葉間有溝。隨處可見灰白色至淡黃色之結締組織。有時可見石灰沉着。胎面平滑，呈淡灰色，覆以易被剝離之羊膜。臍帶大抵附於中央部。由此附着點，可見臍動脈靜脈怒張蜿蜒呈放射狀。

胎盤附麗部通常在子宮體後壁，前壁次之，側壁尤次之，宮底及宮之下段最少。

胎盤之功用 胎盤可以轉運營養，供給胚胎之發育，故適為胎母二方之傳達者。

胎盤除傳達營養物外，有內分泌，並可傳達藥品及細菌毒素。哥羅芳，以脫最易經過。砒，汞，鉛，溴，鈉，碘，奎甯，及嗎啡，阿刀平等麻醉品，均可傳及胎兒。瘧疾原蟲從未經過胎盤。結核桿菌鮮能經過胎盤。天花濾過性毒，及傷寒桿菌可以傳及胎兒。梅毒螺旋體大抵藉其自身活動力穿過胎盤，而入胎體。產母驚厥毒素必傳及胎兒，故往往初生兒即患驚厥，並尿內有蛋白質。

(五) 臍帶 係連接胎兒與胎盤之帶。長五十至六十厘米。直徑一、二厘米，常較初生兒之身長稍過。多自左向右旋轉，其原因如下。(1) 胎兒之運動，(2) 臍靜脈之發育較速於臍動脈，(3) 臍血管較羊膜鞘長。

臍帶之組織包含，(1) 二條臍動脈，(2) 一條臍靜脈，(3) 卵黃管之殘遺物，(4) 閉鎖之尿管，(5) 瓦通氏膠質，(6) 羊膜鞘圍繞。

膠質為保護臍帶血管之用，血管異常彎曲成膠質尤多，有時成塊狀，稱為假結節。有時可成真結節，鬆時血循環無障礙，若太緊則有礙胎兒生命。

臍帶血管於臍帶中不分歧。其自身無營養血管。其附着點大半在胎盤之中央部，然亦可附着於邊緣或胎膜等處。

臍帶之功用 為輸送道。

(六) 羊水 在妊娠初期為無色透明液體，後則混濁呈白色或帶草黃色。有時臭。約重五百至一千克。反應鹼性。比重一〇〇六——一〇一二。其成分如下，(1) 水份——百分之九八、四八，(2) 蛋白質——百分之〇、一九，(3) 無機鹽——百分之〇、五五，(4) 尿素——百分之〇、二——〇、四。

羊水之來源

大半為羊膜之上皮細胞所分泌，少量為胎兒之小便。

羊水之量

依妊娠時期及個人而異。妊娠初期以胎兒之大小相比較多。至孕末

期以五百至一千耗，為通常量，斯時混有毛，上皮細胞及皮脂等。

羊水之功用

(1) 在子宮內防外部壓迫胎兒，臍帶，及胎盤。(2) 減輕胎兒運

動及母體之影響。(3) 防胎兒體部之粘連及胎兒與宮壁之粘連。(4) 使胎兒運動自由而助四肢之發育。(5) 分娩時擴大子宮頸。(6) 防臍帶，胎盤因陣疼而受強壓。(7) 濕潤產道。

第五章 論胚胎

第一節 妊娠各月胚胎發育之狀態

妊娠期約為二百八十日，或四十星期。以四星期為一月，共為十個月。可藉胎之身長體重及發育之狀態，以定妊娠之時期。

首三星期 此時之卵僅能以顯微鏡窺見。其發育之狀態已詳前章。

第一月終 胚體大如鴿卵。被絨毛膜包繞。體部前屈，致二端幾相接觸。臍帶短而粗。耳及目只為泡形。四肢之始基可見。身長約一釐，體重約一克。

第二月終 胎體大如雞卵。絨毛膜之絨毛僅在胎盤區留存，手足已顯。外生殖器已發育一部，尚不能分別男女。成骨中心開始。身長約三至四釐，體重約四克。

第三月終 胎體大如鵝卵。指及趾始生甲。鼻發育。胎盤清晰。可分男女。身長

約九握，體重約三十克。

第四月終 身長約十六握，體重約一百六十克。皮生毳毛。臍帶清晰，且顯繩狀。包蛻膜與真蛻膜相遇合。胎盤發育完全。胎兒稍有活動。

第五月終 身長二十五握，體重約二百五十克。生毛髮。皮膚被以胎脂。胎動係皮脂腺之分泌物，並雜以上皮脫屑。胎動活潑，母體能自覺之。可聽胎心。若於此間蛻出，始稍能活動。

第六月終 身長三十握，體重約六百八十克。指及趾甲清楚。眼生睫毛。如於此時生出，嬰兒能呼吸，或能生活少時。

第七月終 身長三十五握，體重一千一百克。眼臉全開。男孩之睪丸降入陰囊內。如此期生出，有甚弱之哭聲，或能生存數日，偶有保生命者。

第八月終 身長四十握，體重一千五百七十克。面尚存皺裝，皮膚紅色，尚有毳毛。此期娩出，若哺育合宜，時有生存者。大抵三十週後之胎兒，即能生活。

第九月終 身長四十五握，體重二六五〇克。皮下脂肪增加，皮之皺摺減少，皮色尚紅。指甲與指相齊。此時產下，頗易生活。

第十月終 (滿四十二星期) 為足期胎兒。身長四十八握至五十握，體重三三二〇克。體肥胖，皮無皺摺，色粉紅。頭上髮多。指甲長過於指。哭聲洪亮。

妊娠各月胎兒之身長及體重表

妊娠期	身長 (厘米)	體重 (克)
第一月終	一	一
第二月終	三——四	四
第三月終	九	三〇
第四月終	一六	一三〇
第五月終	二五	二五〇
第六月終	三〇	六八〇
第七月終	三五	一一〇〇
第八月終	四〇	一五七〇
第九月終	四五	二六五〇
第十月終	四八——五〇	三〇〇〇——三二〇〇

胎兒各月之身長可按下法算出，即前五月以其月數自乘，後五月以五乘妊娠之月數，所得之數，即胎兒身長之厘米數。

第二節 新生兒之體重及身長

新生兒之體重，平均三二五〇克（七又四分之磅）。男孩較女孩約重一百克。嬰兒之大小常依下列之情形而異，如種族，產母之體格，生產之次數，生活之習慣，孕末期之營養，以及身體一般之情形等。白種較黃種及黑種略重，約相差二百克。

新生嬰兒之身長

各專家之統計稍有出入，平均為四十八至五十二厘米。

量法

用帶尺或板尺，令嬰兒仰臥，頸背及下肢均須伸直，靠於尺上。自頭之最

高處量至足跟。但踝關節須在屈之位置，足底垂直。量時嬰兒及尺均不得彎屈，否則所量之數，即不正確。

第三節 新生兒之頭顱

胎兒之頭顱為新生兒最緊要之一部，因分娩之機轉，全在胎頭能適合骨盆腔各項之動作。故對胎頭之大小及性質，當有精確之認識。

(一) 胎頭顱之構造

足期胎兒之面部頗小。顱頂部在分娩時最重要。該部為口鼻

狀骨組成，即額骨，枕骨，及二頂骨。兩側與顱骨接連，各顱骨藉膜彼此連合名顱縫。故胎頭能隨盆變形，並利於嬰兒腦部之發育，因顱骨之角未發育完全，遂於各骨之間留有軟膜遮蓋之空隙，由內門。前庭及內門在產科方面極為重要，因藉此以定胎頭對於骨盆之關係，研究產物理，並指示產針之應用。

顛縫。二頂骨之間，曰矢狀縫。頂骨與枕骨之間，曰人字縫。頂骨與額骨之間曰冠狀縫。額骨兩半之間，曰額縫。頂骨兩側與顛骨之間，曰額縫。

白門 在矢狀冠狀縫及額縫三縫之交界處，有一斜方形空隙，曰前白門，或曰大白門。其形狀及大小，因顛骨骨化之程度而異。有曰縫通於前白。在矢狀人字二縫之交點有一小三角形空隙，曰後白門，或曰小白門。有三縫通入後白，可以與前白門分辨。矢狀縫有時顯一四角形空隙，曰假白門，易與前白門相混。故可沿矢狀縫向前後尋找二端之白門，即可辨明。

顛骨各部均有專名。後白門以後曰枕部。前白門之前曰額部。二白門之間曰頂部。胎頭為不規則之卵圓形，前窄後寬。頂骨形方，每側各有一凸處，名頂結節，為頭顛骨橫徑最寬處。

- (二) 頭徑 (1) 枕額徑，自額骨鼻根處至枕骨凸處之徑，長一一·七釐。
(2) 雙頂徑，即二頂骨結節間之距離。此為顛頂最長之橫徑，長九·二五釐。(3) 雙額徑，係左右二顛骨縱距離最寬之徑，長八釐。(4) 枕額徑，自額至枕骨最凸處之徑，長一三·五釐。(5) 枕下前白門徑，自前白門之中央至枕骨下部與顛相連處，長九·五釐。

此外尚有其他徑線甚多，惟以上五徑在產科方面最為重要。

頭之週線當量者有二，一大一小。大者即平枕額徑之週線，長三十四徑，小者即平枕下前白徑之週線，長三十一徑。

肩及胸之週線 肩週線為平雙肩峯之週線，平均為三十四徑。胸週線平乳頭橫線量，長三十二徑。

第四節 胚胎之營養

胎血循環 與成人不同。血由胎盤絨毛吸收氮氣，由臍靜脈至臍，入胎體循腹前壁至肝下面，分大小二枝，大枝名靜脈導管，直入下腔靜脈。小枝連絡門靜脈入肝。如是由胎盤來之動脈血，必須經胎肝。在彼處略經改變，乃入全身血循環。大部份動脈血直入胎肝，因肝乃胎體中最大之器官。蓋此時胎之肺尚未發育完全，亦無呼吸功用，故不能容多量之血液。於是胎肝之血直入下腔靜脈，而入右心房。因被下腔靜脈瓣所阻，血液不能入右心室，祇能經卵圓孔（即兩心房相通之孔）入左心房。由左心房入左心室。由左心室入主動脈。由主動脈分枝，入胎頭頸及上肢。由頭頸上肢之靜脈血，經上腔靜脈入右心房，後入右心室，由右心室入肺動脈。該動脈血大部經動脈導管入主動脈。入肺之血甚少，僅供肺之營養而已。血經主動脈至髕總動脈。每髕總動脈之腹下動脈，或名髕內動脈，分一枝成臍動脈，輸靜脈血至臍，由臍入胎盤。胎下肢所得之血既少，且為靜脈血，故下肢發育不如頭部及上肢為佳。

胎血循環特異之器官 (1) 卵圓孔 此孔在兩心房之間，嬰兒生下後約十日即關閉。(2) 下腔靜脈瓣 此乃心包之一瓣袋，在右心房。其所處地位，可使血由下腔靜脈經過卵圓孔至左心房。(3) 動脈導管 此乃一短幹，長約半英寸，使肺動脈與主動脈弓相連。嬰兒呼吸開始後四日至五日，此管即不通，縮成一帶，名動脈靱帶。(4) 靜脈導管 為自臍靜脈通至下腔靜脈之一管，生後二至五日縮小，成靜脈靱帶。

第二編 正常妊娠

第六章 妊娠期母體各器官之改變

第一節 子宮之改變

平期之改變最顯著者為生殖器，尤以子宮為甚。宮體增長極多。未孕時幾為一實體，僅長六·五釐，宮腔僅二耗，重三十克。後變成一大囊，內貯胎兒，胎盤，及羊水。孕末期宮長約三十二釐，寬二十四釐，重一千克。宮腔約四千至五千耗，其容量約增五百倍。

子宮形狀之改變 在妊娠初期，僅在卵附處部膨隆較著，至第四月始漸平均。子宮腔失其固有之三角形，而變為圓形。

子宮壁之改變 妊娠前宮壁厚約○、八釐。妊娠第四月宮壁最厚，約二·五釐。孕末期厚約○、四五○、七釐。子宮外膜隨子宮之發育擴大且增厚。肌纖維肥大增殖。

血管增多迂曲。子宮內膜變為蛻膜，前已論及。頸部之粘膜雖與體部不同，但亦肥厚，粘液之分泌增多。子宮體變軟，由盆腔升入腹腔，宮體前傾，在經產婦胸壁鬆弛者尤甚。

第二節 輸卵管卵巢及陰道之改變

輸卵管附麗於子宮角，與宮體幾及正交。妊娠期子宮上升，輸卵管亦隨之上升，致管之位置近於垂直方向，與子宮幾相平行。卵巢亦增大，血管增多，并於一側含黃體。孕期排卵停止，亦無卵泡成熟。

陰道柔軟變鬆，分泌增多，粘膜充血，呈藍紫色。大小陰唇肥厚，皮膚着色。有時因靜脈擴張呈浮腫狀態。前庭粘膜藍赤色。

第三節 乳腺之改變

妊娠兩月之後，乳腺即起改變。乳腺體膨滿緊張。皮膚現妊娠線及擴張之靜脈。乳暈擴大，為暗褐色。內含皮脂腺隆起甚多，名蒙干莫氏結節 (Montgomery)。乳頭長大，並變暗褐色，稍加刺激即勃起。壓擠乳腺能擠出稀薄液體，名初乳。

第四節 腹壁之改變

(一) 膨隆 妊娠初期因脂肪增加，致腹壁肥厚。至第四個月子宮增大，腹部益加膨隆。其後子宮愈增大，腹壁則漸薄。

(二) 妊娠線 妊娠線分為二種。(1) 新妊娠線 於真皮之深層發生線狀或梭形裂，色赤褐。與通常之裂傷不同，因其上面仍有生活表皮，是乃新妊娠綫。此線現於妊娠第七個月後。以腹下部為多，大腿臀部及乳房等處較少。(2) 舊妊娠線 分娩以後，妊娠線處之血色漸被吸收，改變為白色微細之皺裂，是即舊妊娠線，亦名妊娠癢痕。經產婦之腹壁往往甚顯。

(三) 臍窩 自妊娠第七個月起，臍窩漸淺，以至消失，終乃隆起突出。

(四) 着色 腹部正中線呈褐色，而尤以臍窩之上下為顯著。

第五節 身體其他部分之改變

僅限於子宮及生殖器官之改變，全身各器官各組織均受影響。

(一) 血循環系統 (1) 心 因子宮上升，使膈肌向上，推動心臟更近胸前壁。心尖移向外而上，結果使心實響加寬。至孕末期子宮下降，心復回原處。自妊娠第四月起，心之排血量增加。至孕末期，可增至百分之五十。聽診時每有雜音。毛細管痙攣，為致水腫原因之一。

(2) 血壓 正常縮壓為一百一十至一百二十，舒壓為七十至八十五。縮壓超過一百四十時，即有血中毒之危險。分娩時血壓增高，陣痛時尤重。產褥期內逐漸復原。靜脈曲張 常見於下肢，女陰，陰阜，直腸，肛門，陰道，腹部，及臀部。其原

因為孕期內腹腔壓力增加，致靜脈充血，縮血管功用失常，血總量及血毒素增加，靜脈管壁特薄，心臟病，穢帶過緊，大便秘結，負重，或經產，皆足引起靜脈曲張。

(3) 血 孕期血量的約增四百耗，佔全身血量十分之一。白血細胞增加。分娩初期每一立方耗增至一五〇〇〇至二五〇〇〇，初產婦及產程延長者尤甚。產後速即恢復正常。

(二) 呼吸系統 鼻及喉粘膜充血，因子宮脹大，膈肌上升，肺受壓迫，以致呼吸短促。待胎先露入盆後，即覺舒適。

(三) 消化系統 妊娠初期大半發生消化障礙，晨間嘔吐最顯。嘔吐期過後，反覺健康，食慾增進。但亦有孕期內始終消化不良，及腹部脹氣者。於孕末期或因子宮壓迫腸胃所致。

涎液在孕期分泌增加，牙齒變鬆易壞。味覺及食慾異常，喜進特別食物。孕末期胃被推向左上，胃壁充血，胃液增多，消化力加強。孕初期氫氫酸減少。腸在孕期被宮推動移位。緊張力不足，神經興奮異常，運動減少，子宮下壓，皆足致大便秘結。便秘之結果，致靜脈受壓，而成痔瘡。

(四) 排泄系統 妊娠期孕婦之腎不特排泄母體之廢質，並排泄胎兒之廢質，故增加額外工作。致腎於孕期中發生病理變化，或舊病復發而變劇。

小便在孕期中增四分之一，比重較低。尿素及固體不變。氫化物減少。孕末月尿量增加，由三分之一至二分之一。孕婦尿內含微量之蛋白，非極精細之檢查法不易檢得。普通之檢查法僅百分之三至五有蛋白質。蛋白除自腎來外，膀胱充血，腎盂炎，及輸尿管炎，均可致蛋白尿。

(五) 內分泌腺

(1) 甲狀腺

孕婦約百分之八十甲狀腺長大。係過長所致。

重者能惹起孕末期及產時之障礙，甚或呼吸困難。幸重症極少。(2) 大腦垂體 此腺長大曾在尸體解剖及X光照相時證明。垂體前葉能長大一倍，至孕末期則恢復正常。後葉不長大。後葉與子宮緊張力有關。其提出物名垂體素，應用產科最廣，可刺激子宮肌使其收縮，增加血壓，並制阻小便之排泄。(3) 腎上腺 孕期此腺長大。腺內之類脂質增加。(4) 胎盤 胎盤為重要之內分泌腺，其分泌素能激子宮及乳腺之發育，使甲狀腺，大腦垂體，副甲狀腺，及腎上腺活潑。(5) 卵巢 已詳第二章第一節內。

(六) 骨骼及牙齒

妊娠末二月，胎兒每日須氯化鈣約0.63克。故孕婦之食

物當供給足量之鈣質，以為孕婦及胎兒之用。常見孕期中齦齒變重，或曾經修補之牙齒變鬆或脫落，肌肉及骨骼痛，皆因鈣質缺乏之故。營養充足者，骨內之礦物質非但不減少，燐質鈣質及硫酸鎂積存更富，骨折者易癒合。孕婦之脊柱變直，子宮前傾，致姿勢及步態改變。因身體之重心移向前，故肩向後，頭項伸直。骨盆關節變軟。凡懸垂腹及

多胎妊娠者，或變更顯。

(七)皮膚 乳暈，乳頭，腹白線，及外陰部之皮膚，皆呈暗褐色，甚至成黑色。面部顯褐色斑點。腹下部，乳腺，大腿，及臀部等處發現妊娠線。大抵於分娩後漸漸消退。汗腺及皮脂腺之分泌增加。毛髮較孕前增多，指甲變薄。皮下脂肪變厚。面容變粗。

(八)神經系統 大多數孕婦均感受神經上之障礙。症狀之輕重因各人而異。凡消化系統受擾亂輕者，其身體必較健康，故神經障礙亦極少。反之有人之性情改變甚顯，易受激惹，感覺異常。

第七章 妊娠之徵象及診斷

妊娠之診斷，須以一定之病狀及病徵為基礎。前者為孕婦自覺者。後者為醫師或助產士經各種檢查後所得者。各徵狀可分為以下三組，即確徵，通常需孕四月後方能查出，半確徵，可於較早之時間顯出，及不確徵，多半為病人自覺者。

第一節 妊娠之確徵

確徵中四 (一)胎心聲，(二)捫診可得胎兒之外形，(三)胎動，(四)愛克斯光照胎兒之骨骼。四者任得其一，即可確實診斷。

(一) 胎心聲 如能聽得並數胎心聲之快慢，即可診斷無誤，惟須至妊娠第十八星期至二十星期方能顯出。其法令孕婦仰臥露腹，用聽診器聽之。每分鐘約一百二十至一百五十次，為先後之雙聲，頗似隔枕聽時表之聲。每次須數一分鐘之次數，以與孕婦之脈搏分別。

胎心之地位 孕早期可聽於恥骨聯合與臍之中，後期則因胎方位及胎先露而異。胎心聲最清晰處，約在胎兒前肩之肩胛間部。

頂先露之胎心較臀先露為低。如以臍為標準，頂先露之胎心在臍下，臀先露則在臍上。前方位之胎心在臍之附近，後方位則偏在腹之兩側。

胎心之速度正常與否，可以預測胎兒之安危。凡在一百以下及一百六十以上者，均表示胎兒受有傷害。

聽診時除胎心聲外，尚聽有他種聲音，如子宮鳴，臍帶鳴，胎動聲，母體脈搏，及腸內氣過水聲等。

(1) 子宮鳴，為低軟似吹氣之聲，速度與母體脈搏相同，子宮下段清晰。由血經過子宮脹大之血管所發。此聲並非妊娠之標準徵。凡子宮或卵巢因病而致血供給增加時，皆可聽得之，如子宮腫瘤及卵巢腫痛諸症。

(2) 臍帶鳴，為尖銳似氣笛之聲，速度與胎心同。僅百分之十五可聽得此音。故

有無不定，即於同一孕婦，此次能聞。他日未必能聞，此音係由於臍帶動脈之血循環受有輕度之障礙。

(3) 胎動聲，有時可以聽得。

(4) 母體脈搏聲，即主動脈之搏動聲，神經過敏之婦女在診查時搏動特快，能誤為胎心。

(5) 氣自腸經過之聲。

(二) 胎體外形之捫診 孕後期可以自腹外用捫診得胎兒之形狀。愈近產期，愈較清晰。可依檢查之規則，順序捫得胎之各部，非將胎兒之頭，臀，背，及四肢等捫得十分清晰，不得作為確徵。

(三) 胎動 孕五月之後，可自腹部捫得胎兒之活動。動度大小不同，有時可以目睹，但有時腸或腹壁收縮或與此相仿，但嫻熟者頗易分別。

(四) 愛克斯光照相 得胎兒骨骼之照相，即可確定診斷。但須在孕中期方能照出。在妊娠期死胎與腹部之腫瘤可以藉此鑑別。

第二節 妊娠之半確徵

半確徵有五，(一)腹部增大，(二)子宮之大小形狀及軟硬改變，(三)宮頸及陰道之改變，(四)子宮間歇性收縮及(五)生物試驗有反應。

(一) 腹部之增大 自妊娠第三月後，子宮脹大如癩，可自腹部捫得，後漸增大，以至足期。經產較初產之腹部增大為顯。因腹壁緊張力不足，不能扶托子宮，致腹特凸而懸垂。平臥時與直立時腹部形狀不同。皮膚顯妊娠線。臍窩淺而平，或突出。

(二) 子宮之大小形狀及軟硬之改變 妊娠前三月之改變在診斷方面頗有價值。孕初期僅宮之前後徑增長，後成球形，至第三月其形如橘。孕二月時，宮體仍居盆腔。自第三月後上升，高於恥骨聯合。同時其前傾之角度增加，宮體變軟，並具彈力性。

黑加氏徵 (Heegar's Sign)，顯於妊娠初期。經產於第六星期即顯，初產則於第八星期始得此徵，用雙手內外查法，可捫得於子宮體與頸交界處（子宮峽）變軟，並可壓扁，內外二手似乎相遇。因卵在子宮腔內令宮壁變軟而增大，故在峽處顯出此徵。對於妊娠之診斷，頗有價值。但此徵可完全不顯或不清楚。流產，產後，或月經前後亦顯此徵。普通此徵於十星期後即不顯。

(三) 子宮頸及陰道變軟 自妊娠第六星期子宮頸即稍變軟。觸之其硬度如骨，但有時變軟較晚。陰道變軟，白帶增多。如宮頸發炎或患惡性腫瘤時，可阻止宮頸之變軟，直至分娩。

(四) 子宮間歇性收縮 約自妊娠第十星期，子宮即有此無序之間歇性收縮。數分鐘至數小時或數日一次，全子宮可收縮至硬，但無疼痛，亦不使宮頸擴大。腹部檢查時

或胎動時能引起之。無孕而患子宮腫瘤者，亦可顯此種收縮。

(五) 生物試驗 妊娠時各器官之變化，自早期即可以生物試驗法檢查之。對於妊娠之診斷頗有價值。

(1) 弗瑞得曼氏試法 (Friedman Test)。用家兔作試驗。用妊娠二至三星期孕婦之小便，注射於未長成之雌兔。檢查其卵巢是否有改變，而定該婦是否已受孕。用清晨之小便五至十二耗行靜脈注射，二十四至三十六小時後解剖檢查。如該婦已受孕，卵巢表面之卵泡脹大其周圍充血，即為陽性反應。

(2) 宋德阿喜氏試驗 (Zondek · Aschheim test)。妊娠初期，垂體前葉及卵巢放出過量之內泌素，一部份由腎排出。如取少量之小便注射於未成熟之雌鼠，卵巢即發生標準之改變。

用二十一天之雌鼠五個，體重約六克。取清晨排出之小便○·二至○·四耗，皮下注射，於四十八小時內共注射六次。至第五天(第一次注射後一百小時)解剖。如為陽性反應，卵巢可長大兩三倍，有黃體，並充血及流血。肉眼視察，即可診斷。如可疑時，則作切片以顯微鏡檢查之。

除妊娠顯陽性反應外，水泡狀胎塊，子宮外孕，絨毛膜上皮癌，畸形瘤及垂體癌，對此試驗亦顯陽性反應。

第三節 妊娠之不確徵

不確徵多為病人自覺者，(一)經閉，(二)乳腺之改變，(三)晨吐，(四)胎動初覺，(五)粘膜變色，(六)皮膚色質沉着，(七)泌尿器易激，(八)精神及情緒改變。

(一)經閉 凡月經素常規則者，一旦停止，則於診斷上頗有價值。如素日月經不調，即無何意義。因疾病如貧血及結核等，亦能致長期閉經。亦有時病人自訴不確，或受孕後月經仍見一次。

(二)乳腺之改變 孕期中乳腺之改變前章已述及。初次懷孕而顯改變者，在診斷上頗有意義。經產婦則不可靠，因末次生產後，其乳腺能含少量之乳汁至數月或數年之久。患卵巢或子宮腫瘤者顯同樣之變化。亦有孕期乳腺不變者。

(三)晨吐 因消化系統擾亂而發生惡心及嘔吐。約自受孕後第二月之初始，歷六至八星期始止。大抵在晨間於睡醒或起床之後，少數終日不愈。孕婦約百分之五十有嘔吐。大抵不礙身體之健康。神經過敏者，或假孕者，可顯同樣之病狀。

(四)胎動初覺 約妊娠第十八或二十星期，孕婦或能覺腹內有微小之震動，後漸增。最早者可自第十星期，反之亦能始終不甚明顯。此徵經醫師確定後，方有診斷之價值。神經過敏之婦女，雖無孕亦有此感覺。

(五) 粘膜變化 因妊娠之影響，陰道及陰脣之粘膜常充血，變為青紫色，但任何疾病致極度充血者，均可有此現象。

(六) 皮膚着色 皮膚在孕期改變已詳前章，為孕期內常見者，但絕非標準。因有時並不發現，亦或因腫瘤，而現同樣之變化。在有色人種腹直線着色每人平時均有，不過在孕期加深耳。

(七) 泌尿器易激 於妊娠初期，因子宮長大，膀胱被壓，致小便頻，待子宮上升至腹腔，此等病狀自癒。但至孕末期。胎頭下降入盆時此狀復顯。

(八) 神經及情緒之改變 妊娠初期常顯食慾異常，喜進特別飲食。僅此一徵，孕婦每能自加診斷。或有情緒失常，流涎，神經性痛，靈心擾亂，易怒等狀。

第四節 妊娠症狀撮要

茲將妊娠分三期而論，即前三月，中三月，及末三月是也。

第一期 前三月

病狀 (1) 經閉，(2) 乳腺之改變，(3) 晨吐，(4) 泌尿器易激等。

病徵 (1) 子宮體變軟，及前屈增加，(2) 黑加氏徵，(3) 宮頸變軟，(4) 腹尚未脹大，(5) 聽診無助於診斷。

第二期 中三月

病狀 (1) 仍無月經，(2) 乳腺改變愈顯明，(3) 消化系統及泌尿器之障礙停止，(4) 有胎動。

病徵 (1) 腹部膨大，可捫得子宮，(2) 宮頸變軟，(3) 子宮有間歇性收縮，(4) 可聽胎心聲。

第三期 末三月

病狀 (1) 仍無月經，(2) 乳腺之改變愈顯，(3) 孕末月小便頻及下肢神經性痛。

病徵 (1) 腹繼續長大，(2) 臍窩變平，末期突出，(3) 有胎心聲，(4) 可捫得胎之各部份，(5) 有胎動，(6) 愛克斯光照相可見胎兒骨骼。

妊娠各月之徵狀列表如下。

妊娠始終均無月經，但前三月偶有少量之經血亦屬可能。

第一月終 (1) 或有晨吐，(2) 乳腺稍脹大並感不適，(3) 膀胱易激，(4) 宋德阿喜氏試驗顯陽性反應(自孕後十二日至十五日即顯)。

第二月終 (1) 晨吐及消化障礙。(2) 初孕婦之乳頭暈着色，並有蒙德干莫氏小結節突起，(3) 或有黑加氏徵，(4) 膀胱易激，(5) 子宮底正居恥骨聯合上緣之下。

第三月終 除上述症狀外并加，(1)有初乳少許，(2)子宮動變軟，或有不
經，(3)子宮頸及陰道變青紫，(4)子宮頸間歇性收縮，(5)宮底居恥骨聯合之
上二、五橫。

第四月終 (1)晨吐漸愈，(2)乳腺之改變愈顯明，(3)經產婦或能有心
動初覺，(4)有子宮鳴，(5)陰道及子宮頸之變軟及着色愈顯，(6)子宮有間歇
性收縮，(7)子宮底居恥骨聯合之上十二橫(正居恥骨與臍之中點)，(8)此後愛
克斯光照相可見胎兒之骨骼。

第五月終 (1)晨吐停止，(2)其他徵狀與第四月同，(3)可聽胎心音，
可捫並自覺胎動，(4)宮底居恥骨聯合之上十六橫(適居臍下)。

第六月終 (1)可捫得胎體各部，(2)顯妊娠線及腹黑線，(3)臍窩變平
, (4)宮底居恥骨聯合之上二十橫(臍上少許)，(5)其他徵狀與第五月同。

第七月終 (1)宮底居恥骨聯合之上二十四橫，(2)胎心胎動及胎各部愈清
晰，(3)腹部及乳腺顯妊娠線。

第八月終 (1)宮底居恥骨聯合之上二十八橫，(2)其他與第七月同。

第九月終 (1)宮底居恥骨聯合之上三十二橫，九月初正居劍突之下，末二星期
降下二至三橫(2)膀胱易激。(3)臍窩凸出，(4)初孕之胎頭入盆固定，(5)

子宮頸變短。

第五節 妊娠之鑑別診斷

娠娠常誤認為盆或腹部之腫瘤。主要者為卵巢囊腫及子宮纖維瘤，且患此類腫瘤者，同時亦可受孕。如胎兒死于宮內，診斷尤難。

下表乃說明六月妊娠，與卵巢囊腫，及子宮纖維瘤之分別。

六月妊娠

卵巢囊腫

子宮纖維瘤

(1) 經閉六個月。

大抵月經如常。

粘膜下者月經過多，腹膜下者月經正常。

(2) 宋德阿喜氏試驗陽性反應。

陰性反應。

陰性反應。

(3) 初期有晨吐。

無。

無。

(4) 四月半時有胎動初覺。

無。

無。

(5) 腹增大限於臍下。

腹於中部或一側脹大。

腹不及妊娠或卵巢囊腫者圓。

(6) 腹下部及兩側有新妊娠線。

無新腹紋，或有舊腹紋。

無新腹紋，因增大慢。

(7) 腹較軟，且有刺激性之宮縮，叩之有實響。
 摀之覺袋性，無間歇性收縮，叩之有實響。
 硬，外形不規則，(一)偶有袋性軟瘤(一)無間歇性收縮。

(8) 可捫得胎體。
 無。
 無胎體，有時瘤之突出部頗似胎之肢體。

(9) 有胎心聲及子宮鳴。
 無胎心聲，有時可聽得雜音如子宮鳴。
 無胎心聲，常聽得子宮鳴。

(10) 乳腺及乳頭常有特狀。
 有時分泌乳汁少。
 乳腺無改變。

(11) 陰道及陰唇變青紫。
 顏色不變。
 顏色不變。

(12) 長大較快。
 大抵長於一年，可捫得子宮與囊分離。
 增長慢，子宮不能與腫瘤分離，宮腔增大。

(13) X光照相見胎兒骨格。
 無胎兒骨格。
 無。

第六節 假孕

假孕或曰幻想妊娠，并非罕見。多見於絕經之前，或較幼之婦女急切希望受孕者，常述妊娠一切自覺狀，同時腹部增大。其原因不一，如脂肪組織增多，腹脹氣，腹水，或腫瘤。如為青年婦女，大半無經閉，但必有異常病狀。

每自覺有活潑之胎動，或自云已足期，但經檢查後，方知腹之脹大，僅由於脂肪之增加。自覺之胎動常因腹肌或腸之收縮。其形容可致醫師被欺，但詳細檢查後，當不難診斷，因：（一）腹部捫診無脹大之子宮及胎體，（二）無胎心聲，（三）雙手合診（陰道檢查）子宮不長大。

第七節 初產與經產之分別法

生產之後，生殖器官及身體他部常留有不能消滅之痕跡以資分別。

（一）初產之腹壁及乳脈較緊，僅有新妊娠線，經產婦則較鬆，每有新舊兩種妊娠線。

（二）初產之二陰唇多併合，陰脣繫帶完整，處女膜於數處破裂。經產者陰脣敞開，陰脣繫帶消滅，處女膜重裂僅有痕跡，名處女膜痕。

（三）初產者陰道較緊，宮頸外口圓而小。經產者陰道較鬆，宮頸外口有橫裂，並常有顯明之破裂。

不易診斷之經產如下，（1）流產，（2）早產，（3）開腹產，（4）五年以前之生產，且無顯著傷痕者，（5）外生殖器過大者。

第八節 胎兒生死之診斷

診斷胎兒之生頗易，如有胎心聲，胎動，及孕婦康健均為胎兒完好之徵。

胎兒死之徵狀，無胎心聲，無胎動，孕婦覺不適，乳量停止發育等。胎死之後，不久即必產出，對產婦鮮有傷害者，故無引產之必要，但須警告孕婦，慎勿灌洗陰道，及交媾，以免受染（參考本書病理產科。）

第八章 妊娠之時間及預產期計算法

卵受精確在何時，不得而知，故無法計算妊娠確實之長短。現所用之計算法，僅可計其大概。正常妊娠約長二百八十天，但亦有例外者。成熟之胎兒，最短可生於第二十四十天，最長者在三百二十天。

預產期計算法有四。

(1) 由末次月經計算 由末次月經第一日退後三個月，再加七天，即為預定之分娩日。例如末次月經之第一日為一月十日，退三月加七天，當為十月十七日，即為所求之預產期（此法通用）。

(2) 由自覺胎動之日計算 普通胎動起自第二十週，即第五月終，故自胎動日再加四個月零二十天，當為預定之分娩日，此法不甚通用，因胎動之開始每易忽略。

(3) 自交合之日計算 自此日加九個月或退後三個月。

(4) 授乳之婦女常於經閉期受孕，以上三法，均不適用，可以子宮底之高低，計

算孕期之長短。第三月終在恥骨聯合上二，五纏，約恥骨聯合上緣二至三指。

第四月終在恥骨聯合上十二纏，在恥骨聯合與臍之間。

第五月終在恥骨聯合上十六纏，適居臍下。

第六月終在恥骨聯合上二十纏，臍上少許。

第七月終在恥骨聯合上二十四纏，約臍上三至四指。

第八月終在恥骨聯合上二十八纏，約臍與劍突之中。

第九月終在恥骨聯合上三十二纏，正居劍下，末二星期降下二指。

此法只可估計，因子宮之大小不特胎兒之大小不同，亦因羊水之多少而異，且臍之高低人各不同，有居恥骨聯合之上十三纏者，有二十二纏者，故可相差十五纏。

第九章 正常妊娠之處理法

第一節 妊娠之衛生

妊娠中自覺最痛苦之期，為首三月及末三月兩期。初期每有不快之感，類如惡心，嘔吐，食慾不振，涎液分泌增加，小便頻等。末期因子宮增大，而起機械性障礙，如失眠，腹壁緊滿，下肢浮腫，胃障礙等。不可不施適當處理法，亦不可妄投藥石，因妊娠本屬生理也。是以孕婦不宜變其平常生活為宜，惟凡事不可過度。茲舉妊娠期衛生之要

點如下。

(一)營養 近來科學昌明，尤以營養學一門研究之深，已有一日千里之勢，孕婦營養之攝取，直接與胎兒康健發生關係，民族康健，即繫於此！食物之種類，即分蛋白質脂肪及含水炭素化合物三種，脂肪發生熱量，含水炭素化合物為供給身體內一切之消耗及熱量，蛋白質為構造身體重要組織之用，故三種基本食料，而以蛋白質為最重要，蛋白質之化學構造，極為複雜，然其基本構造，當以氨基酸為主，氨基酸種類甚多，其與身體營養之效力，各有不同，配合之後，有不生效力者，有大有效力者，故力求氨基酸種類不同，以達到營養完善為目的，蛋白質大抵係動物性，即牛羊豬肉，鷄鴨及他種禽禽，鷄蛋牛乳，魚蝦蟹為主，有植物性者，即大豆為主，如豆腐漿，豆腐乾豆腐皮，百頁乳腐豆芽之類，故烹調時當每日更換不同之食物，譬如今日吃豬肉，明日可用牛肉，後日吃羊肉，如此類推。動物之內臟，尤以肝臟為最富營養，非特富於蛋白質，而維生素之含量，決非他種食品所能比擬者！

維生素之攝取，十分重要，孕婦之消耗較多，因自身之外，更有胎兒之需要，維生素甲，有防止夜盲及皮膚表層變厚，維生素乙分數種，第一種為防止腳氣病（末稍神經發炎），此種維生素據云與人類智慧發生直接關係，凡孕期得足量之維生素乙第一種，將來兒童之智慧必佳，維生素乙中有菸草酸，核酸黃素，Pyridoxine, Choline Folic

nicot 等等均與動物之生長發育有直接關係。每日之需要量亦有規定，維生素丙為抗壞血病之要素，口腔之健康，亦大有關係，丁種維生素在平常人不太需要，但是孕婦是非要不可，因為胎兒必需此種維生素為生長骨骼之用。

每日之需要列表如下

名稱	人之種類	
	日常婦女	孕婦
每日所需熱量	二一〇〇卡	二五〇〇卡
蛋白質	六〇克	八五克
脂肪	五〇克	六〇克
含水炭素化合物	三五〇克	四八〇克
維生素甲	五〇〇〇單位	六〇〇〇
		八〇〇〇
		一五〇〇↓六〇〇〇
		總量百分之五〇
		總量百分之二〇
		每公斤需三·五克
		母公斤需熱量一〇〇卡
		兒童(一歲至十二歲)

維 生 素 乙 (1)	一·一 mg	一·八 mg	二·〇 mg	〇·四↓一·八 mg
核 酸 黃 素	一·五	二·五	三·〇	〇·六↓二·五
菸 草 酸	一一 mg	一八 mg	二〇 mg	四↓一八
維 生 素 丙	七〇 mg	一〇〇	一五〇	三〇↓一〇〇
維 生 素 丁	不 需 要	四〇〇 國際 單位	八〇〇	四〇〇↓八〇〇
維 生 素 戊	需 要 少	需 要 極 多	需 要 多	
維 生 素 K	需 要 少	需 要 極 多	需 要 多	嬰 兒 期 需 要

食物以平均合適為標準，肝之營養雖是最好，但亦不能整日吃肝，必須與其他物品配合，但蛋白質之分量必須合乎標準，因蛋白質非特與胎兒發育發生直接關係按孕婦個人健康並且與分娩之難易亦有關係，接近來國外營養研究所得孕期血中毒之數目，隨飲食之改善而降低，產程亦隨之減短，分娩之痛苦亦減輕，初生兒體重身長增加，骨骼之發育優良，早產率及死產率降低，故蛋白質之供應十分重要，含水炭素化合物發生熱量

之外，亦可以增加脂肪，所以孕婦祇須要適量而不能過多，深怕多吃之後，胎兒體積極大而不結實，引起生產困難，所以對於體重太多之孕婦應當勸導限制含水炭素化合物，脂肪類發生熱量甚多，亦以適可為宜，每日熱量為常人則約二千卡即足，為孕婦至少每日二千四百卡，為乳婦則在三千以上始足，總之孕婦之營養是近代最應當注意之點。

(二) 衣服 應氣候而選擇。宜寬適而不緊束胸腹，且適於保暖。若腹壁鬆懸，則用寬闊之托腹帶向上兜之。有時亦用於保持胎位，惟不可過緊。

(三) 運動 適宜之運動極有效用，類如園內散步，吸新鮮空氣，浴於日光之下，皆可使精神爽快。家務照常，但不可過累。

(四) 大便 宜調整之。若有便秘傾向，宜適度運動，多飲水，多食青菜，水果。每日於一定時必使入廁。如不效，可用輕瀉劑，或灌腸療法。

(五) 清潔 宜每日沐浴，蓋孕期皮之工作加增。浴水不宜太涼太熱，免子宮受刺激收縮，致有小產之慮。孕末期，不宜將下體浸坐浴盆，以免污水染入陰道，故用淋浴或擦澡。

(六) 乳房 孕後期每日宜以肥皂水或清水洗乳房一次，後塗以無菌油膏。乳頭發育不良而凹陷或過小者，宜以清潔之手指牽出之，乳頭乾而硬者，當塗以硼酸油膏。

(七) 房事 應有節制，尤其有流產或早產傾向者。孕末六星期更須嚴禁，免引起

產得熱症。

(八) 禁忌 過度之運動，例如舞蹈，游泳，長途旅行，階梯之升降，騎馬，舉重，攀高，及屈身洗濯等，均屬禁例。

第二節 產前檢查

第一次檢查時，須先記錄其家族歷史，自身已往病患，已往生產之經過。次即檢查小便，量身高體重，量血壓，聽心肺，胎兒之心聲，胎先露，及胎方位，并測量骨盆之大小。復診時，每次均量體重，查小便，血壓，胎心，方位，及先露。

(一) 體重 孕期體重之增加，不應超過二十至二十五磅，或末四月每月增加三到四磅。故每次產前檢查，應量體重，如增加過多，飲食則宜減少脂肪質，糖，及澱粉質。

(二) 小便 蛋白尿，為孕期中毒之先兆，故每次須小心檢查。如早期給以適當之治療法，重性毒血症及子癩多能避免。

(三) 血壓之測量 血壓之高低，可以測孕期有無中毒危險。因血壓增高，常發現於蛋白尿之先，故當按時測量。

(四) 骨盆之測量 特別重要，尤其在初產。首次檢查時，當量骨盆之外徑。若有不正常處，即應做內測量，決定盆腔是否正常。如遇骨盆異常，當早設法處理之，以免

難產。經產婦而有難產歷史者，骨盆之測量更宜注意。

孕婦在八個月以前，首次產前檢查時，均應測量骨盆之內徑。蓋斯時不必特別消毒。如過孕期八月者，則不能再測內徑，深恐手指不潔，細菌染及陰道，如外測量認為不正常，先露過期不入盆，則必須嚴密消毒，而施行內測量。

(五) 胎兒先露及方位之檢查 妊娠後半期，大抵可用腹部捫診，以定胎之先露及方位。僅少數須用愛克斯光照相確定之。方位不正者，如臀先露，肩先露，或斜位，多數可於產前檢查時改正成頂先露。

產前檢查之目的有二。(1) 維持孕婦之健康，(2) 使孕婦對生產有相當之準備，並於可能範圍內減輕其痛苦。

產前檢查之次數 按常規，在妊娠初六月每月檢查一次。第七第八二月兩星期檢查一次。第九月每星期檢查一次。遇有特別情形可以隨時診查。

第十章 胎先露及胎方位

未論產動理之前，須先明瞭胎兒臥於母體內各種形式及其名稱。

胎之姿勢，即胎各部之關係，平常為屈式，胎之頭體及四肢均屈。

第一節 胎先露

胎先露，即胎兒佔據子宮最下端之部，分娩時最先出現，如胎體之縱軸與母體縱軸平行，先露非為頭即為臀。反之如胎體縱軸與母體縱軸交叉，（胎橫臥於母腹），則胎肩為先露部，稱為肩先露。頭先露最多。各種先露之百分數如下。

頭先露 百分之九十六。

臀先露 百分之三·五。

肩先露 百分之〇·五。

頭先露佔多數之原因，（一）胎頭較臀小，子宮之下端亦較上端窄小，故胎頭易佔據下端，成頭先露，（二）胎頭較重，易至下部。

頭先露又分，（一）頂先露（二）額先露（三）面先露。其中以頂先露為多，為正常先露，餘均屬異常先露。此外如臀先露，肩先露，面先露，及額先露均為不正常之先露。其原因，產動理，及料理法，均詳於病理產科。

依據北平國立第一助產學校自民國二十二年至三十六年住院生產二萬零二百四十七生產中計

頂先露 百分之九十五

臀先露 百分之四·三

肩先露 百分之〇・五

面先露 百分之〇・二

第二節 胎方位

胎方位即胎先露指定之部與母體盆週前後左右之關係。每一種先露，各借一指定之部命名，作一標準，以定胎之方位。如頂先露之枕部，臀先露之骶部，面先露之額部，肩先露之肩胛等，故每種先露各有四種方位。

頂先露之方位 頂先露為正常先露。每百人生產有九十六為此種先露。胎方位分為四種。

(一) 左枕前 (L.O.A) 卽胎頭縱軸居盆上口之右斜徑，枕部向前。

(二) 右枕前 (R.O.A) 胎頭縱軸居盆上口左斜徑，枕部向前。

(三) 右枕後 (R.O.P) 胎頭縱軸居盆上口右斜徑，枕部向後。

(四) 左枕後 (L.O.P) 胎頭縱軸居盆上口左斜徑，枕部向後。

頂先露各種方位之百分數如下。

左枕前 百分之六十五。

右枕前 百分之十。

右枕後 百分之二十。

左枕後 百分之五。

頂先露之左枕前為最多，佔百分之六十五。其次為右枕後，佔百分之二十。且二者均佔骨盆上口之右斜徑。查此徑較左斜徑空隙為大，因左斜徑之後有直腸佔據。

前方位較後方位多，因胎頭適應子宮腔之形狀。子宮前面為光滑之凹面，後面有母體之脊骨向前凸，故胎背向前貼近滑而凹之面，較向後為舒適。

有時胎之枕部適居盆上口左側，名左枕橫。居右側者，名右枕橫。

依據北平國立第一助產學校自民國二十二年至三十六年二〇二四七生產數中一九四一三頂先露中計

左枕前 百分之五十四·四

右枕前 百分之四十一·六

右枕後 百分之一·四

左枕後 百分之一·一

右枕橫 百分之〇·七

左枕橫 百分之〇·八

以上數字右枕前之百分數竟達百分之四十一·六，而右枕後僅百分之一·一，是否我國北方婦人之盆上徑與他地不同或直腸不足應響胎方位，尚容研究檢討。

第三節 胎先露及胎方位之診斷

產科檢查之機巧，在乎有熟練之腹部檢查，而決定胎先露，胎方位，及產母胎兒有無其他異常。因陰道檢查能引起產褥熱，應當設法少做為妙。

(一) 腹部檢查 令孕婦仰臥，二膝彎曲，頭部稍高，以使腹肌鬆弛。腹部露出，胸及下肢覆以被單。檢查者立於孕婦之右側。

(1) 望診 當注意腹之大小及形狀。腹過大者，則有雙胎，羊水過多，或逆發性腫瘤之可疑。他如腹壁之情形，腹紋之有無，及色素沉着等，亦應留心。如病人用力時腹中部突出，表示腹壁變薄，腹直肌分離。瘦人可自腹部見胎動。

(2) 捫診 未動產之前，或分娩之早期，普通均可藉捫診以定胎之先露及方位。此法較陰道檢查為適用。例如自腹部可捫得胎頭已否入盆。初產婦在妊娠末數星期，胎頭應入盆深定。如晚期或動產之時，仍捫得胎頭浮於盆上口者，其中必有相當之阻礙。非骨盆狹窄，即胎頭位置異常，或過大。亦有因臍帶太短，或繞頸太緊，而妨礙胎頭下降。每次做腹部檢查，宜有一定順序如下。

(a) 捫子宮底之高低，檢查者立於孕婦之右側，面向孕婦。以雙手置於腹部，以指端向孕婦之胸部，以定子宮底之高下。胎臀大半臥於子宮底，為大而圓之體，較胎頭軟而不整齊。臀之一側可捫胎之肢體，胎動時尤明顯。自臀至背乃平滑而無頸肩交界之

凹處。

如胎頭在子宮底，其質較腎硬，形圓而整齊，並有頭與肩相連之凹處。

(b) 子宮前部及兩側之捫診，平滑之胎背居一側，佔據子宮之全長。對側則為能活動之小部，即胎之肢體。反之如胎背向後，則不及胎背向前者清晰，前部即被胎之小部（四肢）佔據。有時頗不易決定胎背究在何側。

(c) 子宮下端之捫診 以右手張大於盆上口之上，握持子宮下部，並左右推動先露部。如胎頭尚未入盆，則胎頭不難握於掌內。如為臀先露則覺所握者較胎頭大而軟。診者將雙手貼腹下部，指尖向下於髖前上棘與恥骨聯合之間，向骨盆徐徐壓入可觸知先露已否入盆。若胎頭已入盆固定，不易將胎頭握持。

(3) 聽診 聽診時用普通聽診器或木製之聽心筒均可。藉胎心之地位及性質，可以測知胎之位置，並胎兒是否生活及其健康情形。胎兒受傷時，胎心即起改變。普通胎心先快後慢。如慢至五分鐘九十次以下者則胎兒已在極危險時期。

聽胎心最清晰處在胎背之肩胛間部。如頂先露左枕前，胎心在臍與左髖前上棘之中點。右枕前，則在臍與右髖前上棘之中點。枕後方位亦在此平線上，但胎心近腰部。臀先露之胎心，則在平臍或臍上之左右。

(二) 陰道檢查（參考第十一章）

(三) 肛門檢查 動產之後，為檢查宮頸擴張之大小及先露之進步，可作肛門檢查，以免產道受染。

(四) 愛克斯光照相 倘腹部檢查，陰部檢查，及肛門檢查均不能決定胎先露，胎方位及盆骨之大小，在臨症上需要時，可照愛克斯光。

第十一章 產科檢查法

第一節 一般檢查

(一) 問診及一般望診

甲、問診對於診斷極重要。下列各項，必須詳細詢問。

(1) 孕婦之姓名，年齡，職業，住址。

(2) 自身父母，兄弟及姊妹之健康情形。有無結核病，梅毒，及精神病等，因此種疾病皆有遺傳之可能。

(3) 本人已往之健康情形，有無心病，腎病，結核病及其他急性傳染病。

(4) 月經初潮之年歲，及以後之經過。經期及間隔之長短。有無痛經病狀。末次月經始於何月何日，俾可推測此次之預產期。

(5) 已往妊娠及分娩情形，有無流產，小產，早產或過期產之歷史，及分娩之難

易，有無流血，或產褥熱之歷史。現存子女數目，及此次妊娠中之症狀。

(6) 丈夫之年齡，職業健康情形，有無花柳病，或煙酒癖，因皆與胎兒之發育極有關係。

乙、一般望診

(1) 視察孕婦之身材大小，及營養是否充足。並量其身長體重，是否合乎標準。

(2) 全身及局部有無水腫，或靜脈曲張。

(3) 骨骼有無畸形。

(4) 神經系統有無異常，或精神病。

檢查以下各部時令孕婦仰臥，髖及膝關節彎曲，使腹壁弛鬆。胸腹覆以被單，以待診查。

(二) 頭及頸部之檢查

(1) 眼，耳，鼻，喉，各部是否健全。因耳，鼻，喉有病，對於孕期健康頗有關係。免有傳染病灶，為發病之源。

(2) 牙齒檢查，因孕婦之牙最易有病，牙齒非但與病灶有關，對於營養及健康關係更大，應當有牙科醫師詳細檢查之。

(3) 甲狀腺及淋巴腺脹大否。在孕期血管充血甲狀腺多數增大。此腺與胎之生長

頗有關係。但太大則妨礙呼吸並有中毒狀。

(三) 胸部之檢查

(1) 心臟肺臟是否健康，宜照 X 光片。(2) 乳房之大小及形狀。(3) 乳頭之大小及形狀，有無着色及癍痕。乳頭暈變色否。並注意將來哺乳時是否合適。(4) 測量血壓。

(四) 腹部檢查 參考第十章

第二節 局部檢查

(一) 陰道檢查 檢查之目的如下。

(1) 非妊娠期，病人自覺有生殖系統之病狀，作陰道診查藉以診斷。

(2) 有妊娠之自覺狀，但尚未確定時，作陰道檢查以辨是否受孕。

(3) 妊娠期做陰道檢查，以測驗恥產徑之大小，及陰道及子宮頸之性質。

(4) 孕期或產時流血，作陰道檢查，以定是否前置胎盤，或其他流血原因。

(5) 動產後，產程延長，進步過慢，作陰道檢查以探宮頸擴張性，宮口之大小，

及產道其他部份是否正常。

陰道檢查之預備法 行陰道檢查之前，宜剃淨陰毛，並使膀胱直腸空虛。令產婦作剖會陰臥式。外陰先以肥皂水洗淨，繼以消毒藥水沖洗。洗畢，腎下舖一無菌手中。診

查者之手宜洗淨，并帶無菌手套。

陰道檢查時應備之用品（無菌診查）。

(1) 白大褂，帽子，及口罩各一。

(2) 無菌盆二個，為貯消毒藥水，常用為愛洒水 (Iodol) 一置於洗手池之側，為泡手之用。一置於診查床之側盆架之上，為滅手套及診查時之用。

(3) 無菌小白碟二，一貯百分之一汞藥水約十耗，一貯流動石臘約十耗。此二碟均置於診查床之一端消毒手巾之上。

(4) 無菌手中數塊，無菌紗布及棉花各數方。

陰道檢查之做法 外生殖器及其周圍之皮膚塗以汞藥水，用一手之拇指及食指分開陰唇。然後用他手之中食指塗以流動石臘，徐徐沿陰道後壁伸入陰道。宜注意以下之數點。(1) 陰道液之性質，(2) 會陰之軟硬及彈性，(3) 陰道外口及陰道壁之情形，(4) 膀胱及直腸充滿或空虛，(5) 子宮頸之軟硬，地位，及變短或開大之程度，(6) 胎膜是否已破，如未破是否向外凸出，(7) 胎先露及胎方位，(8) 骨盆之大小，骶前角是否能摸到。如能摸到，則測量髓恥斜徑而定產徑正常與否。陰道檢查用之不慎，可使陰道受染。孕期八月之後，需要時方用之。

(二) 內測量 預備法與陰道檢查同。另加消毒米突尺一具，作法見第一章

(三) 導尿 其目的如下

(1) 產時膀胱被胎頭所壓，產後膀胱弛緩或尿道受傷不能自便，必為導尿，使膀胱空虛。在產時可使宮縮增強，先露進步。

(2) 為檢查小便以作診斷用。

預備法與陰道檢查同。另備無菌導尿管一個，及消毒小盆一個，為貯尿之用。

作法 與陰道檢查同。先沖洗，繼塗汞藥水。認明尿道外口。以左手拇食二指分開陰唇。以右手手持導尿管，先將管端潤以油質，徐徐插入尿道口內。導尿管分軟硬兩種。軟性係橡皮所製，使用較為安全，硬性則為金屬所製。用時須極端注意，勿用力過大，免傷尿道。

注意 (1) 導尿須嚴密消毒，免惹起膀胱炎，(2) 不可輕意行之，(3) 導尿後當量小便之多少。如欲檢查小便，當標病者姓名，即送化驗室檢查。

第三編 正常分娩

第十二章 分娩之生理學

本章所述者為(一)胎兒，(二)分娩力，(三)產道之構造，(四)分娩之原因。

第一節 胎兒

足月之胎兒身長五十釐，但當在宮內時，全體屈曲，其長僅為全身之半，約二十五釐。胎體可受壓束，並能向任何方向彎屈。四肢亦能稍易地位，以利生產。

(一)胎顱 百分之九十六為頭先露，因胎頭之出產道，較他部稍難，一待胎頭產出，其他部份即隨之產出，無何困難。故對於胎顱之構造，不能不詳加研究(詳第五章第六節)。

(二)胎頭之轉動 分娩時，借胎頭之轉動，以適合盆腔。胎頭可彎屈至初觸於胸，能仰至枕部觸於背，可旋轉一週四分之一或尤多，並可側屈。

第二節 分娩力

使胎兒娩出，其力有數種，(一)主力，即子宮收縮力，(二)副力，在分娩第二程時腹肌，陰道及盆底肌之收縮力，均助胎頭下降。當陣疼最重時，腹肌及陰道肌之收縮，

幾不能為意志約束。此等肌肉均顯強大之逼力，以助子宮，盆底肌肉之收縮，間接供給助力。陣痛之逼力一過，因盆肌之縮力，復使胎頭退回，此等返復進退，可助會陰徐徐展開。

產痛 分娩時子宮收縮則產痛開始。收縮最強時，產痛最重。痛起於腰骶部，蔓延向前及腹部。產痛之原因有三（1）子宮痙攣性收縮，（2）陰道及子宮頸之擴張，（3）胎先露對於盆部神經之壓力。

產痛之輕重，人各不同。有自分娩開始即極痛苦，幾至不能忍受。有則分娩之始終，未感受不適。

產痛為間歇性。分娩之初約每十至十五分鐘一次，後漸增劇而頻。至第二程之末期約五分鐘一次，或尤短。每次陣痛，先輕次漸加重，以達極點，後又減輕而止，共需時三十秒左右。產程進步，產痛隨之變強。初期或僅能感覺，至第二程之末，可重至使產婦痛哭呼號。

產痛為間歇性，其利益有二，（1）免產婦過度疲乏，（2）免胎血循環被阻。因陣痛時子宮壁緊縮致胎盤之血循環受阻。如宮縮非間歇性，必阻胎兒之循環，甚或致命。

子宮收縮係屬不隨意性。時因外界之感觸，或反射刺激，如懼怕或直腸膀胱充滿，可使此縮力變弱，或停止。收縮係蠕動性，起自子宮底，向下進行。

上述者稱為真產痛，與假痛不同。蓋假痛之地位，輕重，及間歇之時間皆無一定，且不能使子宮頸擴大。

子宮收縮之影響（1）當產痛時子宮變硬，宮底向前，子宮縱軸幾與盆上口平行。（2）子宮下段及子宮頸擴張。（3）產痛時胎盤之血循環受阻，致胎心變慢。（4）當產痛重時，產婦之血壓升高，脈搏變快，呼吸變慢或暫停。

第三節 產道

關於骨盆及生殖器之解剖學，及其妊娠期之改變已於前編述及。本節僅論其於分娩時之改變。

分娩時子宮之重要改變有二，為子宮收縮，與子宮縮復是也。子宮收縮已述上節。（一）子宮縮復，乃子宮漸漸縮短。當產痛時子宮縮小，產痛之間仍不能恢復原來之長。故分娩愈進行，子宮愈縮短。此現象即子宮縮復。結果使胎兒漸漸下降，並將子宮頸包圍胎頭。此種改變有時亦顯於動產之前。

（二）子宮下段 分娩時子宮體儼然分為二部。一縮復變厚之上段，及一擴張變薄之下段，名子宮下段。因上段之肌組織較多，下段較少，且二段之間顯一清晰之分界，名縮復環，或班德氏環（Bandel's Ring）。此環之形成乃因變厚之肌組織在上，及擴張變薄之子宮下段在下，上段之下緣縮緊而成此環。子宮下段愈擴張，縮復環愈明顯而較高。

。遇難產時可於腹部目睹。如此則指示子宮有破裂之危險。倘破裂必在變薄之下段。

(三) 子宮頸之擴張及水囊之形成 動產之前子宮頸關閉。經產婦有時產前子宮頸腔上段或外口開大一至二指之大小。但初產宮頸之擴張必待分娩之始。

子宮頸擴張分二期。一為子宮頸變短，二為子宮口擴張。變短自上而下，初在內口顯一漏斗形凹處，繼漸增大而深，終使子宮頸腔消滅，而子宮之腔僅以子宮外口與陰道為界。

子宮口擴張，為分娩時緊要之現象。因子宮上段之縮復，將子宮頸向上牽引，而使其開大。同時胎兒下降，亦助子宮頸之擴大。每次產痛有向內之壓力施於胎兒，惟子宮頸部之壓力最小，故胎膜凸向下，越過子宮內口。內口張大，則胎膜下部入子宮頸腔之上部，即成所謂水囊。每次子宮收縮，均逼向下，以助宮頸之擴張。且可於每次產痛時，自子宮外口捫得此緊張之胎膜突入陰道。因水囊之形成，不免有一部份胎膜早期分離，而致陰道溢液內含有血液少許。

子宮頸如此徐徐擴張，由上而下。首為內口之開大，繼為子宮頸腔之展開及消失，此種進行，曰子宮頸變短。子宮頸全依於水囊或胎頭，檢查者僅能捫得變薄之子宮外口。初產婦產痛時宮頸可變極薄。

經屢次產痛，外口愈張愈大至開全，足使胎兒經過。宮口開全時，直徑約十釐。此

後即進入分娩第二期。

子宮頸擴大之原因，(1)子宮上段之縮復，將子宮頸向上牽引使其開大，(2)胎兒下降之壓力，(3)水囊之壓力。

子宮頸擴大之直徑，普通以握為單位，謂開大一，二或三握，用以表示分娩進行之情形。有時謂宮口容一指或二指，不如用握較為確當。

子宮頸愈擴大，水囊及胎頭愈下降，胎膜或能成球形突入陰道。每次產痛時，則其緊依力增加。至于宮頸開全時或將開全時破裂，同時水囊下部之羊水流出。此時子宮頸處於胎頭之週，故上部之羊水仍可貯存於子宮內。待胎軀幹產下時，隨之流出。

如胎先露被阻，不能隨產程之進行下降，水囊愈易突出，致胎膜早破。且破裂後，因子宮頸無胎先露之阻塞，致使全部羊水流出，而成乾產。

遇有胎膜過厚者，至宮頸開全後仍不能自然破裂，須以手術破之。偶因分娩進行過速，或無相當料理，致胎兒生出時完全包在胎膜內。

產道下部之擴張，完全由胎之下降被迫擴大。

第四節 分娩之原因

妊娠期約長二百八十日。至於為何於此期動產，目下尚無滿意之答復。以下為較為重要之解說。

- (一) 子宮之易激性增加，及其間歇性收縮加強，及陣發較頻。
 - (二) 子宮之緊張力增加。
 - (三) 子宮頸被胎先露擴張。
 - (四) 子宮下段擴張，使附近之神經組織受壓。
 - (五) 蛻膜變鬆，變薄，及血栓之形成。
 - (六) 胎盤血之二氯化炭增加，氫氣減少，致神經中樞被刺激。
 - (七) 胎兒新陳代謝之產物刺激神經中樞。
 - (八) 經期之關係 每至經期，子宮收縮有增加之傾向。至第十經期時，影響最重，致引起分娩。乃由於卵巢內分泌之感應。此為最有效之原因。
 - (九) 胎盤過老性 因足期之胎盤常含有梗塞，及絨毛萎縮，則表示其過老性。胎兒之營養，必受相當擾亂。其新陳代謝之產物，亦能刺激神經中樞。
 - (十) 身體及神經刺激 操勞過度，及極重感情衝動，如悲傷憤怒，均可引起分娩。
- 總上之理論，雖不得任何結論，但知引起分娩至少有二方面之原因。一為新陳代謝之改變，其產物刺激延腦內之子宮收縮中樞，一為物理性刺激，引起子宮收縮。

第十三章 分娩之經過

分娩之經過分為三期，(1)開口期，自循序之產痛起至子宮口開全，(2)娩出期，子宮口開全至胎兒娩出，(3)胎盤逼出期。除此三期外，有時另有前驅期。

第一節 前期

前驅期 長短不定，自數日至一二星期，普通在產前二星期，孕婦覺呼吸及腹部較前舒適，小便頻，及步行困難。初產婦骨盆正常者，子宮下降，胎頭應當入盆深定。經產之胎頭或於動產之後入盆。陰道液增加。子宮頸變短。

第二節 開口期即分娩第一期

自分娩之開始起，至子宮口開全止，稱為開口期，即分娩第一期。分娩開始之標幟如下，(1)子宮有循序之收縮，(2)子宮外口開大，(3)陰道流血性粘液（非每人均有）。

子宮口開大之快慢，依子宮收縮力之強度，收縮之頻數，及子宮頸組織之軟硬而定。故人各不同。初產之子宮頸較硬，擴張較慢。經產之子宮頸較軟，故擴張較易。所需之時間自數分鐘至數日不等。平均為十六小時。

第三節 娩出期即分娩第二期。

自子宮口開全起，至胎兒完全產出止，稱為娩出期，即分娩第二期。胎膜破裂，尋常在第一期之末，即子宮口開全時。此時產痛或有一時之停止，少傾復加重，陣痛之次

數亦增加。因胎兒之下降，始感覺下墜，並可見每次產痛時，產婦用力下逼。卽不經檢查亦可辨認產程已入第二期。

因子宮之收縮力，胎兒被逼下降，同時頭有一類轉動，將於產動理詳述之。下降之胎頭，自上向下將陰道壁擴張，并緊緊被其包繞。惟頭最下部不受壓力，故顯一水腫區，名胎頭水腫。乃由頭皮血管之滲出液集於皮下而成。

終則胎頭被逼降至盆底。胎頭愈低，會陰愈被擴張，致肛門放鬆，及直腸壁外翻，待胎頭顯露，則陰道外口益被展大，使胎頭產出。斯時會陰部之緊張達於極點，產婦不勝痛苦，胎頭常立卽娩出。繼之胎肩，及胎軀幹，並存於宮內之羊水，一齊產出，但含血液甚少，大抵無血。

當胎兒產出時，陰脣繫帶不免破裂。兩肩每使裂傷增大。胎兒娩出後，子宮底因縮復力而下降，子宮腔縮小至僅能容胎盤。嬰兒產出當立有哭聲。

第二期 經產婦約長四十至六十分鐘，初產約一又四分之三至二小時。

第四節 胎盤逼出期卽分娩第三期

自胎兒產出後，至胎盤完全產出止，卽為分娩第三期，此期之初，子宮底平臍，呈球狀。胎兒娩出，痛暫停。約經數分鐘復起陣痛，胎盤卽開始分離。完全分離後，貯於子宮下段，子宮底稍上升，子宮下部變大。胎盤分離後，由子宮降入陰道，同時臍帶隨

之增長。待胎盤完全產出，胎膜繼之。此時子宮底先下降，復又稍上升，縮復至硬，形圓似球。

胎盤之分離原因 胎盤如何自子宮分離，久為產科家討論之問題。其理論如下。

(一) 因子宮縮復，使胎盤區減小。如該區之減小甚於胎盤本身之收縮，則胎盤必被壓擠，自其附麗處剝離。

(二) 胎兒產出後，子宮內面之壓力失去，有使胎盤附麗變鬆之傾向。

(三) 胎盤與子宮壁間流血。

胎盤分離之現象 助產人員對於胎盤是否與子宮壁分離，應有真確之認識，以便處理。其現象有六。(一) 臍帶自陰道前進。(二) 子宮底升高，常偏右側。(三) 子宮下部變大，恥骨聯合之上可捫得一軟塊，即為已分離之胎盤，貯於子宮下段。(四) 雖用力壓，亦無血自臍帶流出。(五) 子宮顯強性收縮而變硬，產婦感痛。(六) 陰道出血少許。

胎盤逼出之方式有二。(一) 內面(胎面)反摺向外如傘狀，使胎面先出，臍帶根在前，胎膜在後，并包裹胎盤後面之血塊。(二) 胎盤側緣先出，後面之血少。

胎盤自子宮壁分離時，其附麗處不免有多數血管撕破，但因子宮之縮復及子宮腔減小，將流血之血管關閉，故不致大量出血。產時失血平均二百五十至三百耗，其量逾四百耗者為異常，在胎盤產出後，產婦疲乏，或有懼冷寒戰，但各人不同。第三期約需時

三十分鐘。

第五節 分娩所需之時間即產程之長短

產程之長短非人人一致。初產較經產約長六小時，初產普通約需十八小時，第一期十六小時，第二期約一又四分之三小時，第三期十五分鐘至三十分鐘。經產約需十二小時，第一期約需十一小時，第二期數分鐘至一小時，第三期與初產同。初產較慢，因產道之阻力較大。然亦有初產僅需數小時，而歷產可以延長至二十四或三十六小時以上者。

青年初產之分娩，格外迅速。高年初產(三十歲以上者)大半延長，能較普通多七小時，故其需要產鉗助產之機會增多。

分娩各期所需之時間列表如下。

	第一期	第二期	第三期	共計
初產	十六小時	一又四分之三至二小時	十五分至三十分	十八小時
經產	十一小時	四十分至一小時	同右	十二小時

陣痛每次相隔之時間，每次宮肌收縮之時間，各人不同，凡宮縮強大而二次間隙短者，其所需之總時間必短，反之亦然，分娩之難易，除骨盆大小，胎兒大小，產婦年齡外，孕期之營養亦大有關係在焉。

第十四章 分娩之產動理

產動理之意義 盆腔不規則之形式，被較大之胎頭通過，不能處處附合，今欲使此較大之胎頭由盆腔經過，胎頭須有相當之動轉以適合盆腔之各徑。胎先露此等動轉，稱為分娩之產動理。

第一節 頂先露左枕前及右枕前之產動理

胎頭之轉動有五。(一)降，(二)屈，(三)內轉，(四)仰，(五)外轉。本節雖將母項動轉單獨分論，實則為一類合併之動作。如胎頭不下降，則無他種動作之發生。

(一)降 此為分娩必需之第一動作。降下之多少，視為初產經產而異。初產，如胎頭與骨盆之大小相稱，先露於分娩之前已入盆深定。胎頭最低部已達坐骨棘或略上，故下降無需待至分娩第二期。在經產婦，胎頭下降與固定同時，並於分娩第二期為最明顯。降之原因，(1)子宮內羊水之壓力，(2)子宮底直接施於胎臀之壓力，(3)腹肌之收縮。

(二)屈 下降之胎頭，因遇盆上口，子宮頸，盆壁，及盆底之阻力而屈。使額更近胸部。以枕下前直徑代枕額徑，即以九。五徑較短之徑，代一一，七五徑較長之徑。胎頭額以上之動作，因頭與脊柱作成關節之形式，恰似一兩臂之槓桿。短臂自枕骨髁至枕外

粗隆，長臂自該點至顛。按力學定律，如遇阻力，則長臂向上，短臂向下，而使頭屈。頭於產道之何處顯此動作無定。在盆上口即屈，或至盆底方屈而與內轉同時。頭屈多在第二期，即胎頭經過子宮頸時。初產婦較早，每於第一期之末。胎頭將娩出時屈度最大。

(三)內轉 內轉即胎頭循其長軸轉動，使枕部自原位漸轉至恥骨聯合。除非胎兒極小，不內轉極難產出。故在正常狀態中，內轉為分娩極重要動作。左枕前枕部自左向右上轉。右枕前枕部自右向左上轉。無論左右方位，常自側或後向前轉。除枕後位置，則有例外反轉向後方而至骶凹者。應知內轉並非單獨動作，常與先露之下降併合。

關於內轉之原因，其理論如下。(一)骨盆上口形長圓，其橫徑最長。而盆下口以前後徑最長。如使胎頭由盆腔下降，須令矢狀縫居橫或斜方位時經過盆上口，而居前後方位時經過盆下口。(二)盆底之構造，影響胎頭之轉動。提肛門肌以相當之阻力施於胎頭，迫其徐徐轉動，以適合所居之盆腔。(三)按物理學定律，如迫一能彎曲之圓柱體經過一圓柱屈管，此圓柱體必於極易彎屈之部轉動，以適合其路徑之屈度。查胎兒之頸部為最易彎屈轉動者。故頂先露胎頭須轉至頸後部適居恥骨聯合之下，即枕部轉向前。

當胎頭達盆底時，方開始內轉。初產在分娩第一期之末至第二期之中，經產則在第二期。然有時內轉不完全，使胎頭娩出時稍向一側偏斜。

內轉之效用，即將胎頭之最長徑平行於骨盆之最長徑。

(四)仰 胎頭達陰裂之後，即顯極重要之動作曰仰。仰至枕部下緣依於恥骨聯合下緣。使頭仰之原因有二。(一)陰道口乃向上而前，故胎頭必需仰方能自該處經過。如仍保持屈形，則必與會陰後部衝撞。倘逼力甚大，終必穿破會陰組織而出。(二)當胎頭至會陰時。遇有方向相反之二力。第一為子宮向下之力。第二為盆底向上之力。二力之結果，乃循陰道之方向而前，致使頭仰。

胎頭愈前進，會陰愈緊張，終使枕，前胸，額，鼻，口及額諸部相繼產出。此時頭低向後，額觸於肛門。頭仰現於額出骨盆之後，即於第二期之末。

(五)外轉 胎頭產出少傾，復見另一動轉。如原為左枕前，枕部則轉向母之左側，右枕前則轉向右側。因胎頭內轉時，枕部轉向前，但兩肩仍居盆之斜徑。故胎頭一出產道，即恢復其自然方位。同時胎體亦稍轉動，令雙肩峯徑居盆下口前後徑。如此可藉胎頭之外轉，以定原來之方位。

胎軀幹產出 胎頭外轉之後，前肩立即現於恥骨聯合之下。後肩相繼前進，首先產出，前肩次之。胎體及下肢亦即時隨之產出矣。

第二節 右枕後及左枕後之產動理

枕後方位之產動理，與枕前無異。惟胎頭內轉時乃自後向前轉過八分之三，以一

百三十五度代四十五度。常於胎頭達陰裂時方轉。且有時祇轉一部或完全不轉，使枕部向左或右，或斜向前或後。無論如何，除胎兒過小自產皆成問題。即進行無阻，亦需多費相當時間以完成內轉。結果定使產程延長。

少數之枕後方位，其枕部非但不向前轉，而反轉向後至骶凹。其產出法當為以下二者之一。(一)普通為胎頭前屈，枕額徑增長，前囟門至恥骨聯合下緣，枕部徐徐至會陰前緣。胎頭再仰，枕部遂落向後而出。額，鼻，口，及額亦相繼自恥骨聯合下娩出。頭出後，外轉及軀幹之產出與前方位同。(二)有時胎頭不及前者之屈，故額部顯露於陰門，鼻根在恥骨聯合之下。因胎頭之前屈，使額，前囟及枕部相繼而出，面亦隨之由恥骨聯合下滑過，此與額先露之產動理相類似。較第一類難甚，且更易使會陰破裂。因前者會陰經枕下前囟週擴張，後者乃枕額週。其長為三十一釐與三十四釐，二者相差三釐。

第三節 胎頭形狀之改變

頂先露產之嬰兒，其頭顱之外形常有顯著之改變。(一)胎頭水腫，(二)胎頭隨盆變形。

(一)胎頭水腫 當分娩時，胎頭被產道之軟組織牢固包繞。除最下部均受頗大之壓力。結果，此部頭皮內血管之滲出液集於該處皮下而成水腫。水腫之所在因方位而異。左枕前水腫在右頂骨之後上部，右枕前則在相對之左側。胎頭愈屈而前進，水腫區亦愈

顯著而移向後至後白，可藉此診斷胎兒之方位。難產者格外明顯。此類水腫係暫時性，二十四小時之後幾能完全消散，重者延長至數日。

(二)胎頭隨盆變形 因胎兒之顱骨尚未堅固結連，故各顱縫能顯相當之活動。枕骨或顱骨緣被推至頂骨之下，或二頂骨之矢狀緣彼此摺疊。此等改變頗有意義，尤其在狹窄骨盤，可使胎兒顱徑變短，以利分娩。

水腫及變形之輕重，因產程之長短，及胎頭所受壓力之大小而異。分娩最易者無以上之改變。難產則改變甚重，甚或有顱內流血之危險。

第十五章 正常分娩之處理法

未準備接生之前，應先詳細檢查，以決定是否屬於正常。處理任何分娩，其應注意者，不外下列四點，(一)嚴密消毒，預防染菌，(二)預防子宮頸，陰道，及會陰之破裂，(三)預防胎盤或胎膜滯留，使子宮縮復完善，(四)應用各種方法以保母子之安全。

第一節 應用物品

(一)產室 室內須光線充足，空氣流通，清潔整齊。冬日務使溫暖。除有職責者外，他人不得擅入。

(二)產床 以平硬者為宜，褥墊之上，須鋪橡皮單或油布一層，再覆蓋單，以免染污褥墊。不宜將床依於牆壁，以免左右往返不便。床足端當向光。

(三)接生包 當預先消毒備用。包內含有下列物品。(1)會陰墊(紙或紗布)四個，(2)方棉花塊及紗布數塊，(3)血管鑷子兩把。(4)剪子一把，(5)臍帶敷料及臍帶布各一份，(6)臍帶線二根，(7)長統布襪一雙，(8)手巾四塊，(9)白大褂一件。

(四)器械類

(1)血壓表一具，(2)骨盆計大小各一，(3)聽診器及木製聽心筒各一，(4)琺瑯質凹盆數個，(5)泡手桶一個，(6)毛刷數個，(7)針持及解剖鑷子數付，(8)圓針，三角針及縫線全套，(9)灌腸器一套，(10)橡皮手套數副，(11)體溫計一具，(12)注射器數副。

(五)藥品類

(1)酒精(百分之七十五及九十五兩種)，(2)流動石臘(未消毒及消毒兩種)，(3)硝酸銀及滴管(百分之一新鮮溶液)，(4)碘酒(百分之二·五)，(5)永樂水(百分之一溶液)，(6)麥角流膏，(7)純愛洒(Izal)或來蘇(Lysol)，(8)臍帶粉(硼酸與氯化鋅各半)，(9)軟肥皂及普通肥皂，(10)硼酸溶液百分之四，(11)甘油膏，(12)注射劑。

(六)在產家接生用具

產婦應用之物品 (1) 涼熱開水各一壺，(2) 油布(三尺長)一塊，(3) 褲子兩條，(4) 丁字帶二條，(5) 大小毛巾各一塊，(6) 便盆一個，(7) 面盆一個，(8) 盥水桶一個，(9) 草紙一刀，(10) 乾淨布，(11) 脫脂棉花二包。

嬰兒應用之物品 (1) 小床或籐籬一個，(2) 油布一塊，(3) 中單四床，(4) 小被三床，(5) 小棉墊八個，(6) 尿布(一碼見方)兩打，(7) 布及絨布長衣各三件，(8) 臍帶布三條，(9) 別針一打，(10) 帽子一頂。

以上物品應在孕七月時預備，以免臨時匆忙。

接生箱內應帶之物品 (1) 接生手中四塊，(2) 臍帶敷料臍帶布及線各一份，(3) 棉花塊及紗布塊各一包，(4) 紙或紗布會陰墊子一包，(5) 血管鑷子兩把，(6) 剪子一把，(7) 毛刷一或二把。以上物品，一概預先消毒。(8) 小號琺瑯質盆三個，(9) 彈簧磅秤或用市秤(每二斤合一公斤)一支，(10) 骨盆計大小各一，(11) 木製聽心筒一個，(12) 灌腸器一套，(13) 普通手巾一塊，(14) 口罩帽子各二三個，(15) 白大褂二件，(16) 報紙或白紙數張，(17) 體溫表一個。

藥品類 (1) 酒精(百分之九十五)，(2) 硼酸液(百分之四)，(3) 流動石臘，(4) 純愛洒或來蘇，(5) 麥司流膏，(6) 臍帶粉，(7) 肥皂，(8) 甘油膏，(9) 汞藥水，(10) 硝酸銀(百分之一)及滴管。

產後拜訪用品(盛於拜訪箱內)(1)棉花球及棉花塊各一包，(2)臍帶敷料一包，(3)會陰墊子一包，(4)小棉花棍一包。以上物品均已預先消毒，(5)臍帶布數條，(6)普通手巾數條，(7)灌腸器一套，(8)小琺瑯質盆兩個，(9)毛刷一個，(10)彈簧磅秤或市秤一個(11)體溫表口肛各一，(12)口罩帽子白大褂各一。(13)報紙數張。

藥品類 (1)酒精，(2)硼酸溶液，(3)流動石蠟，(4)純愛洒，(5)草麻油，(6)麥角流膏，(7)臍帶粉，(8)承藥水，(9)肥皂。

第二節 消毒法

接生宜視之如重要之外科手術，因產後於子宮內留一頗大之傷口。偶一不慎，極易染菌而致產褥熱，甚有致命之危險。故接生者之手臂，產婦之外陰部，應用之器械及敷料，均須嚴密消毒，以免受染。

(一)洗手法(1)未洗手之前，須先帶帽子口罩，並將袖口挽至肘上，(2)將指甲剪短。(3)以肥皂及無菌毛刷刷洗兩手及前臂手掌及指甲尤宜注意，次將手及臂之皂沫用水沖淨，自手至臂使水自肘部下流。沖淨後，再以刷擦肥皂仿上法刷洗沖淨。如此反復至少三次，需五分鐘。(4)將手及臂浸於六分之一愛洒水內三分鐘(其他滅菌藥水亦可)。(5)戴已燙過之橡皮手套。

注意 手洗完之後，宜十分小心，切不可沾污，並時以滅菌液沖洗。

(二)會陰沖洗法 (1)令產婦仰臥，兩腿彎屈外展，剃淨陰毛，臀下置一便盆。(2)以棉塊蘸肥皂水洗滌。先洗陰道口及外陰部，後洗大腿內側。如由外向內洗。須先用棉花塊將陰道堵塞，外部洗淨後，再洗陰道外口及陰脣。(3)最後以千分之一愛酒水一千耗沖洗。沖洗畢，臀下鋪一無菌接生手巾。已洗淨之部，不可與他物接觸。沖洗所用之水，須溫度合適。免產婦感覺不快。

(三)器械及敷料消毒法 (1)器械類消毒，以煮沸法為最便。如無煮沸消毒器之設備，可以鍋釜面盆等代之。在沸水內煮五分鐘即妥。除煮沸法外可以器械浸於石炭酸或百分之九十五酒精內。(2)敷料消毒法，須用高壓乾蒸氣法。刀剪及其他有刃之器械，切不可用火燄直接消毒。

第三節 分娩第一期之處理法

分娩開始後，即宜使膀胱直腸空虛。最好以肥皂水洗肛，使產婦小便，因二者充滿能使陣痛微弱。

產婦入產室之後，即為作腹部檢查，以定胎之先露及方位，並聽胎心。作肛門檢查，以定宮頸之大小，先露之方位，高低，及胎膜之情形。胎頭之高低以坐骨棘為標準，而分棘上，棘中，棘下三種。此後每二小時作腹部及肛門檢查一次。產程進行迅速者，則酌量將檢查之間隔縮短。每次檢查所得之結果，必須記錄。并時時注意產痛之輕重

，長短，及痛之間隔，以定產程是否進行。

如先露已固定，胎膜未破，且陣痛不重者，可任其在室內行動。至初產子宮口開全，經產開三至四種時，必使就臥。然經產之分娩極速，及曾有產後流血者，自分娩之初，即須就臥。此期產婦可進軟食。普通胎膜破裂及顯墜痛，為入第二期之標識。

注意事項 (1) 凡無產前檢查者，須報告醫師，為作全身檢查。(2) 腹部檢查及肛查均不能定胎先露及胎方位，或有其他異狀時，宜報告醫師。(3) 檢查後如有異狀，不可在產婦前表示驚駭，以免增其憂慮。(4) 如產程進行好，接生者宜在產室等候，以免臨時措手不及。

第四節 分娩第二期之處理法

胎膜破裂及顯墜痛，為入於第二期之指徵。但亦有胎膜早破及產婦過早用力者。反之亦有宮口開全之後胎膜仍不破裂者。此期產婦不宜下牀。

應每半小時聽胎心一次，并數每分鐘之次數。先露未深定者，宜常自腹部檢查以定是否進步。并常注意陣痛之輕重及長短。

接生之預備 初產婦宮口開全，經產婦開四種，當即預備接生。取琺瑯質面盆二個，消毒後各傾入六分之一愛洒溶液半滿。一置於產牀右側，為接生時用，一置於洗手池旁之桌上，為泡手之用。接生者洗手時，助理者則沖洗會陰（詳於前節）。泡手完畢

，再穿無菌大褂，即立於產婦之右側。將接生包打開。令產婦仰臥屈腿。先將手中一塊於臀下，一塊於牀下端，並為穿長布襪。繼查看接生包內物品是否完全，如不足，宜早準備。

如確已入第二期，而胎膜未破，宜用手術破之。因宮口開全之後，水囊非但不助先露前進，反阻其進行。破時用指或有齒之解剖鑷子均可。切不可用尖利之器具，免刺傷胎兒之頭皮。尤宜注意將胎頭水腫與水囊分別。胎頭未定者，勿在水囊最緊張時刺破胎膜，免臍帶隨羊水沖出。胎膜破後，應觀察羊水之多少及性質。

如無異狀，令產婦於陣痛時向下用力，不痛時休息。但進行甚速及墜痛極重者，須勸勿用力過猛。

此期肛門放鬆，每易有大便排出。宜用棉花塊覆蓋之，或時以濕棉花由上向下將肛門部洗淨。留意勿沾汚手指或他部。

會陰之破裂 分娩時會陰不免多少受傷。輕者僅陰脣繫帶撕破，重者裂向下或自陰道向上。初產較經產易破。據魏氏之統計，初產之會陰破裂者有三分之二，經產有百分之十。

普通依會陰破裂之輕重分為三程。第一程為陰脣繫帶及會陰前緣之破裂，為一小三角形傷口。第二程多少累及會陰體及肌肉，重者則肛門括約肌顯露。傷口向下或斜向一

側，且常自陰道後壁之一或兩側向上，致一三角形粘膜自後壁分離。第三程完全穿過會陰體及肛門括約肌，甚或累及直腸前壁。

會陰破裂之原因（一）胎兒產出過速。（二）會陰組織之彈性不足。（三）胎頭過大或陰道外口過小。（四）漏斗形骨盆，因恥骨弓過窄，胎頭不能向前，故向後穿過會陰而出。（五）骨盆之屈度過大，使陰道口過高。

保護會陰之原理（一）防胎頭及胎肩急劇產出，使會陰組織得充分伸展。（二）使胎頭低，令枕骨先出產道。（三）使胎頭循產道軸綫方向進行，在兩次陣痛之間產出。

保護會陰法 每次產痛時，使胎頭前進，將會陰徐徐伸展。如產痛過強，胎頭進行過速。宜令產婦於陣痛時停止下迫，并開口呼吸。同時置右手於會陰，以拇指在右，其他四指在左，貼於陰唇繫帶後一至二釐處。於陣痛時向胎兒額部加以適當之壓迫。左手於先露部稍壓向後，使頭低，則枕部先出，即令胎頭以最小週經過產道。待頂結節出現，於陣痛間歇時，右手在陰道口上部微將組織撥開。此時減輕左手之壓力使頭隨出隨仰。枕部則易由恥骨弓下而出，則額及面部亦漸由會陰而出。

接生者宜切記，勿因保護會陰喪失嬰兒生命。（一）因第二期過長，能致嬰兒窒息。胎兒產出，或能使子宮破裂。

臍帶繞頭 兒頭產出後，主以指捫頸部有無臍帶纏繞，并速擦去口鼻及兩眼之粘液。如繞頸頗鬆，則由頂或肩退下。如過緊，則速以血管鉗于於兩處夾住。二鉗當距二至三釐，從中間剪斷。使胎肩產出。有臍帶繞頸者約四分之一。普通與胎兒無害，但有時臍帶被壓過甚，可致窒息。

肩產出 頭外轉之後，少傾肩胛即顯露，而自然產出。但有時延遲，須用力助之。法以兩手持額及枕部稍向下後壓之。至前肩在恥骨弓下露出，則舉兒頭向上，使後肩產出。

軀幹產出 胎身常繼肩胛而出，毫無困難。但有時須自頸部用力牽引。切勿以指自腋窩鈎之。因能傷害臂叢之神經，而致暫時或永久之癱瘓。

臍帶紮結法 嬰兒產下，如立有呼吸及哭聲，則置之於產婦兩腿之間，使臥於右側。臍帶須放鬆，免被牽引。如嬰兒尚未呼吸，或呼吸不正常，宜速將臍帶夾住剪斷，立時作人工呼吸救治。臍帶剪斷處勿距臍過遠或過近，以十五釐為宜，二鉗相距約三至四釐。

正常者，宜待臍帶搏動停止後方可剪斷。據實驗證明，晚斷臍帶，嬰兒能多得血四十至六十耗。遇有特別情形時，則須早斷。臍帶線須牢固。第一線繫於距臍表皮一·五釐處。第二線距前者約一釐。結紮須緊，但勿用力過猛。於第二線之外，將臍帶剪斷。

以百分之九十五酒精將臍帶端及臍週圍之皮膚消毒，包以臍帶敷料及臍帶布。臍帶粉用不皆可。臍帶斷端以短為佳，因較易保持清潔，亦不易受牽引。

嬰兒眼睛之料理 先以棉花或紗布將外面之粘液擦淨。每眼滴百分之一硝酸銀溶液一滴，但須確實將藥滴入眼內。產下卽刻使用，或待第三期完畢後亦可。凡父母患淋症者，應時時注意嬰兒眼睛之情形。

嬰兒全身用流動石蜡或花生油擦淨，并包暖，以待標貼姓名，及量身長體重。如嬰兒皮膚粘性羊水太多，宜先拭淨，然後擦油。

第五節 分娩第三期之處理法

嬰兒娩出之後，立卽以手置於子宮底部。如子宮收縮良好，完全聽其自然，僅以手扶之卽足。倘子宮柔軟，卽輕輕揉搓，至引起強硬收縮為止。并時時注意子宮。除非宮縮不佳，不可任意磨擦。約在十至四十五分鐘之間，大半十五至二十五分鐘，宮底自然上昇數寸，并顯強性收縮。此種現象，指明胎盤已自子宮壁分離，降至于宮下段或陰道上部。若已分離，則待子宮收縮時，握持子宮向盆上口稍壓。待胎盤已逼至陰道口，卽雙手握之，并徐徐扭轉，使胎膜成繩狀輕輕牽出，免自胎盤邊緣撕破。

平常於半小時之內，可用上法將胎盤逼出。如過三十分鐘仍不分離者，則用凱德氏逼出法 (Crede's Method)。其法卽以一手之拇指置子宮前面，其他四指在後面把持子

宮底、當陣痛于宮收縮時，以穩堅之力向盆上口向下壓迫。如一次無效，可反復試之。作時膀胱須空，子宮須縮硬，而在腹之中央。

有時一小部胎膜留於子宮或陰道內。如斷端在陰道之外，則以血管鑷子夾住輕輕拉出。否則任其自然，待後隨惡露一同排出。如無流血，勿以手入子宮或陰道探取。

胎盤娩出後，宜再扶摸子宮。正常者均應收縮完善，并保持其縮力，而無流血之危險。反之倘縮力不足而變鬆弛，則揉搓子宮底，使子宮收縮。并以手時時扶之，防其放鬆。胎盤排出後一小時，如無流血及子宮鬆弛，大半可保無虞。故接生者，或產房負責者，應於產後一小時內常留意子宮之情形。即於正常情形下，胎盤產出應立為注射垂體素一耗，或口服麥角流膏二至四耗，以防流血。但胎盤胎膜未產出之前，切勿服麥角流膏。

嬰兒產下後，如有大量出血，當即時用凱德氏逼出法，使胎盤產出，以免失血太多。胎盤胎膜產出之後，當檢查是否完整。如胎盤不全，須立時取出，以免產後流血。

以上諸法用盡，胎盤終不能自然分離者，則屬於病理。如無大量流血，或其他危急情形，均須等候一小時。除非絕對需要，不可輕用手術取胎盤法。

第三期處理之錯誤及其危險。常有人急欲胎盤產出，設法促其分離，而發生意外。

(一)用力牽引臍帶，能使臍帶斷裂，引起流血。因胎盤受牽，使子宮內翻。

(二) 不需要之揉搓子宮及用凱德氏逼出法過早，其危險有三。(1) 胎盤排出太早，子宮不及縮復，極易發生產後流血。(2) 使胎盤胎膜及蜕膜分離不全，一部份留於子宮內。(3) 子宮壁之組織受傷，致宮縮痛特重，或引起產褥熱。

(三) 以手指伸入陰道，有染菌之危險。

裂傷之檢查 先以棉花塊或紗布將血拭清。以手墊棉花將陰脣分開，於亮光下檢查陰道及會陰有無裂傷。如有破裂，當立即修補。否則洗淨後墊以無菌墊子，并以丁字帶固定之。衣服被單潮濕者更換之。使其溫暖靜臥。如子宮弛鬆，則為揉搓促其收縮。胎盤排出後一小時。一切均正常。接生者方可離產婦。并移產婦至病房，移嬰兒至嬰兒室於未離產房之前應注意以下各項。(1) 子宮縮力好且無內翻。(2) 無外流血及內流血。(3) 胎盤及胎膜完整。(4) 膀胱不脹。(5) 會陰及陰道裂傷已檢視明白。(6) 嬰兒之呼吸心跳正常，并無臍帶流血。(7) 產婦情形好，脈搏正常，無頭痛惡心嘔吐等。

第十六章 乾產

妊娠期，任何時胎膜均可破裂。破後數小時或數日發生產痛。羊水流盡致成乾產。

第一節 產前之前胎膜破裂

胎膜於孕早期破裂，羊水流出，可致當時流產。或胎兒仍繼續於胎膜之外發育致羊水常自陰道流出，可以延長四月之久。每使胎兒畸形，產後鮮能生存者。

處理法 重者使孕婦靜臥，并給鎮靜劑。禁止性交，灌洗及檢查陰道，以免受染。在孕末期胎膜早破者，往往易引起發熱。如確定胎兒已有生活能力，而無產兆者，可以設法引產。

第二節 臨產時胎膜早破

將至產期，或分娩之初期胎膜破裂，羊水流出即成乾產。胎膜早破之原因（1）先露及方位異常，如肩先露，面先露，臀先露及枕後方位等。（2）骨盆狹窄（3）胎膜過薄或有透明性變。（4）子宮頸炎或陰道炎。（5）高年初產，子宮頸及產道之組織強硬。（6）子宮過度擴張，如羊水過多及雙胎。（7）負重，傾跌，慢性咳嗽等。

胎膜早破之症狀及分娩經過（1）擴張子宮頸之水囊失去，使開展遲延，初產尤其。（2）胎先露直接壓於宮頸，使產痛特重。受壓過久而有水腫或變紫。（3）子宮壁與胎體接觸，因受刺激過多，使宮縮無序易成縮復環。（4）產程延長，檢查次數增加，使產婦失望，煩燥不安。難產之機會增加，可致染菌，體溫升高。（5）胎體密接子宮壁，胎盤及臍帶受壓過甚，血循環受阻，使胎兒窒息。如胎膜破時胎先露尚未入盆，臍帶及胎肢體可隨羊水脫出。

乾產之處理法 為預防胎膜早破，檢查時勿用力過重。如一旦破裂，速令產婦在牀靜臥，免全部羊水流失。以後之處理法，視情形而異。胎膜破後如產程進行好，則聽其自然。否則須以奎寧及草麻油引產。

第四編 產褥期

第十七章 產褥期局部之改變

產褥之意義 自胎盤產出至生殖器恢復妊娠以前之狀態，所需之時間曰產褥期。普通為六至八星期。首二星期之改變最為顯著。

最要者有四。(一)子宮復舊，(二)惡露排出，(三)乳腺及腹壁之改變，(四)陰道及外生殖器之改變。

第一節 子宮復舊

子宮復舊，即自分娩後其妊娠前之狀態是也。自長一七·八釐，重一千克，變至長七·五釐，重三十克。必須相當時間方可復舊。但既經生產之後，子宮決不能復其故態，多較前稍大。

分娩甫畢，子宮底平臍，約在恥骨上十至一二·五釐。首二十四小時上升少許，後則日漸縮小。約每日下降三分之一吋，即十分之八釐，至第十或十二天入盆。子宮下段改變頗速，至第三日即不能復與下段分辨。子宮頸於第六第七天縮至極小。但其橫形外口，及體積之增大，與未經生產者可以區別。

子宮底之高低，宜每日記錄於產婦之體溫紙上。但檢查必在每日之同時，以膀胱空虛，及子宮收縮時為標準，否則記錄不確。

過長之子宮肌肉，因化學變化使其縮小，肌纖維之大部因自解作用變軟，並漸變成可溶質入血，終被輸送至排泄器官。子宮壁之血管被血栓閉塞。血栓被吸收，血管壁變為透明組織。後代以肌肉及纖維組織，並自行排列構成新血管。

胎盤及胎膜分離後，仍有一部蛻膜附麗於子宮壁。遺留之蛻膜大部隨惡露流出，深層者仍留原處。子宮之新粘膜即由該處再生。

子宮復舊之快慢，常依下列之情形而異。不授乳者子宮復舊慢。產褥熱使復舊延遲或停止。復舊不良，可為產褥熱之標徵，或曰子宮復舊良好，可阻止產褥熱之發生。因蛻膜分離使子宮清潔。且惡露可將細菌攜出，使子宮緊縮，使細菌及毒素不易被吸收。子宮復舊亦因人而異，即一人之各次生產亦不一致。

第二節 惡露排出

產褥之初期，常自陰道排出一種液體名惡露。內含血液，蛻膜，及產道之分泌物。產褥首數日之惡露富含血液，名血性惡露。三四日之後，血液減少，為淡紅色稀薄液體，名漿液性惡露。八或十日之後，白細胞增多，成乳白或淡黃色，名白色惡露。惡露為鹼性反應，有似血肉之腥味。正常者全量約為五百至一千耗。授乳者惡露較少。如有異

臭，表示受染，或內含腐菌。常見血性惡露持續過久。如延至二星期，表示有一部胎盤或胎膜滯留。他如子宮內膜炎，子宮腫瘤，子宮倒後，均可使惡露過多，及時間過長，而妨礙子宮復舊。有時在第三或第四星期後顯少許血性惡露，多因勞動過度所致。

授乳者多數月經恢復較遲，而大半不規則。不授乳者普通六星期月經復顯，亦較規則。第一次月經其量較多。

第三節 乳腺及腹壁之改變

(一) 乳腺之改變 妊娠早期乳腺即發生改變，分泌初乳。但須至產後第三或第四日乳汁之分泌方增加。乳腺長大而緊張，觸之知為結節狀。產婦感覺不適。首數日之乳汁稀薄名初乳。後漸變為平常乳汁，量亦遂之增加。至第八月後又減少。

乳汁為不透明微黃或白色液體，有甘味及異嗅。比重一〇二六至一〇三六。反應為中性或鹼性。內含微細脂肪小球，及少數上皮細胞及白血細胞。

乳汁之成份時有改變。平均水份百分之八七·五，乳糖百分之六·二一，脂肪百分之三·七八，蛋白質百分之二·二九。

乳汁之量及質常隨以下之情形改變。

- (1) 性情 神經過敏及性情浮躁者，其乳汁不及性情溫順者為佳。
- (2) 種族 日本，猶太，土耳其，及黑人乳汁較多。

(3) 身體之發育 瘦小者乳汁常較肥胖者為多。

(4) 營養 身體健康者較病弱者乳汁多。

(5) 年歲 十八歲以前及四十歲以後之乳汁量及質均不及中年者。

(6) 授乳期之末期，乳汁之分泌減少，成份亦變。

(7) 兩乳腺乳汁之多少及性質各異，并因日因時而異。每次哺乳至乳腺將空時固體質增加。

(8) 饑餓時乳汁減少，脂肪及糖質減少，蛋白質增加。

(9) 劇烈之情感可使乳汁之量及質改變，甚致使嬰兒腹絞痛，腹瀉，或抽瘋。乳汁之分泌減少或停止。

(10) 乳婦行經或能使嬰兒腹痛，大便變綠，嘔吐，或腹瀉，但時間甚短。

(11) 妊娠時乳先變稀，繼漸少，後停止。

(12) 藥品 酒，鴉片，鐵，砒，碘，鉛，及汞，均能傳至乳內而影響嬰兒。

(13) 疾病 腹瀉能使乳之分泌減少或停止。細菌能經乳腺至乳內。結核桿菌，炭疽桿菌，能至乳腺，而組織並不顯任何改變。患乳腺炎時乳內能含細菌及膿。

(14) 刺激乳頭，及揉搓乳腺，可使分泌增加。

(15) 飲食 牛奶及其他流質使乳汁增加。飲食之富於脂肪者使乳內之脂肪增加。

飲食過量可使乳汁暫時增加，繼而乳母身體變胖，乳汁反大減。倘乳腺組織減少，任何刺激均歸無效。

(16) 經產之乳汁常較初產者豐富。難產或產後失血過多者乳汁每欠佳。

(17) 普通每日分泌六百耗至八百耗，但亦因需要之多寡而異。

(二) 腹壁之改變 腹壁彈力性之恢復大抵極慢而不完全，僅少數能保持其彈力性完好如故。其差別視孕期腹壁擴張之程度，產時用力之輕重，及產後腹脹氣之有無而定。妊娠期用過緊之腹帶能使腹肌變弱。產後宜注意大便之排泄，並設法使肌肉強健。

產後運動可以補救腹壁之弛鬆，恢復婦女本來之優美姿勢。增加血液循環，減少血栓之發生，並防止便秘。故對於褥婦甚為有益，其運動法如下。

產後第三日，會陰無縫線者，即可開始運動。

(一) 第一法 令產婦仰臥，將上肢外展內收各八次，將雙手視於臀下，將頭徐徐由枕上舉起凡八次。按法可以反復運動數次。

(二) 第二法 令產婦仰臥，兩手輕放腹上，將頭及肩舉起，但不令頭部向前移動，更不能在肘部用力。兩腿伸直，斯時大腿肌甚為緊張。

(三) 第三法 仰臥，二髖及膝關節均屈，並各以手握膝向胸部牽引，同時頭及胸抬高，使頸與膝相遇。如頸愈近膝，腹壁收縮愈佳。

(四) 第四法 仰臥，將左右髖關節輪流彎屈伸直，僅動髖關節不動膝關節。

(五) 第五法 在地上爬，背彎屈。此法足使腹肌收縮，并防子宮倒後。

第四節 陰道及外生殖器之改變

分娩時陰道極度擴張，產後則漸漸恢復。至產後第三或第四星期方能恢復其緊張力。但較妊娠時為鬆，前壁尤甚。粘膜之着色經久不變。裂傷處漸漸癒合而留瘢痕。外生殖器之腫脹消退甚速。皮膚弛緩。處女膜失其原形，僅遺膜痕。陰脣繫帶消失，陰脣稍離開。

第十八章 產褥期全身之改變

分娩之後，如未染菌大半感覺爽快。生殖器之創傷癒合頗速。難產時用力過度，以產後失血過多者復原較慢。

(一) 產後痛 經產婦之產後痛或曰宮縮痛較重。此為子宮收縮所致，為陣發性，但不甚循序。經一至六日而愈。嬰兒哺乳時或揉搓子宮時疼痛較重。如一部份胎盤，胎膜或血塊滯留時其痛尤甚。曾患子宮內膜炎，屢次流產，子宮經過度擴張，及經產婦生產多次者，產後痛較重。初產之子宮尚保持其緊張力，故產後痛較輕。

(二) 神經系統 產婦大半感覺過敏，故以少受刺激為佳。

(三) 體溫 正常者體溫不宜超過半度，十二小時之後當完全正常。初產婦之體溫常較高，因每有創傷。手術產，因經屢次內檢查，亦能使體溫較高。凡產褥期體溫升高者，常有受染之可疑。

(四) 脈搏 分娩之後，脈搏略增，遂即恢復正常。每分鐘六十八次至八十之間。脈搏速而體溫升高者，大抵由於受染。倘脈速而體溫正常，則因流血或心病所致。劇動精神刺激，亦可使脈搏忽然增速。

(五) 血液 血量及血紅素減少，產後失血者尤甚。正常者數日後即恢復。

(六) 呼吸 速度改變甚少，但因刺激可變快。呼吸動度及容量加增。

(七) 皮膚 皮膚之功用增加，汗腺尤甚。睡眠時或進溫熱飲料後出汗更多。數日後即漸減少。

(八) 泌尿系統 產後首二十四小時常有尿瀦溜，重者須為導尿。其原因即因膀胱緊張力不足，仰臥不慣，尿道及陰脣腫脹，因會陰傷口致尿道括約肌反射性痙攣，及尿道外口之創傷與水腫等。故僅少數產婦小便通暢如舊。次數亦較孕末期大為減少。分娩之後，如以膀胱鏡檢查，見其粘膜炎充血，膀胱三角及尿道內口水腫，並有流血小點。難產及滯產改變愈重。

首十二小時之小便每含蛋白質少許，透明性管型，血白細胞，及血紅細胞。第三日

後尿內當無蛋白，否則屬於異常。宜查明其病原，例如腎炎，腎盂炎，輸尿管炎，膀胱炎，子癩，膿毒症，及用麻醉藥之後，皆可致蛋白尿。

(九)消化系統 產婦每感口渴。首三日食慾減退。口渴由於出汗，及產時失血所致。分娩之後，腹變平而凹下。因腸蠕動減少，不久發生輕度膨脹，致大便秘結。產前慣用瀉劑，產後飲食減少，復肌弛鬆，不慣仰臥，及會陰疼痛，均可致大便秘結。

(十)體重 產後第一月體重減輕頗多，由於產後飲食之減少，惡露之排出，發汗，及乳汁之分泌。經產婦體格較大及雙胎，體重減少更甚。初起牀時較平時瘦而黃，但不久即可恢復，以後反較前肥胖。近來對於產婦營養十分注意，不使飢餓，故體重之損失不似前之顯著。

第十九章 產褥期之料理法

胎盤產出後，會陰部立即拭淨。如無裂傷，則墊以消毒墊子，并以丁字帶包裹。宜注意子宮之收縮及有無流血。有時用多頭裹腹帶裹腹，使產婦感覺舒適，但并無促子宮收縮或防止流血之效。故不必裹之過緊，以備伸手指於帶內扶摸子宮。使併腿仰臥。如為更換衣服牀褥或自欲翻身，宜徐徐轉動，勿用力過猛。居室宜安靜清潔，空氣流通。為其覆蓋溫暖，并進熱飲料一杯以助入睡，此後之護理雖屬病房人員負責，但接生者亦應

按時查看，并記錄其復原情形，關於詳細之料理法分論如下。

(一) 會陰部之料理法 當注意保持會陰部之清潔。會陰墊被惡露沾汚後即更換。每日以消毒藥水沖洗三或四次。凡有縫線者，每次用便盆之後均為沖洗。傷口宜乾不宜潮。更換墊子時，宜注意惡露之多少，顏色，及臭味，如有異常，當報告負責者。

(二) 膀胱 產後首十小時當使膀胱常空，此後每日至少小便三次。但因尿道之水腫，括約肌之痙攣，及不慣仰臥，常發現小便困難，於未用導尿管導尿之先，宜試用以下之法，(1) 便盆內盛熱水。(2) 用溫水沖洗陰部。(3) 腹下部用熱水袋。(4) 使作膝胸臥式。(5) 洗肛，常於排大便時可引起小便。(6) 無縫線者可使坐於便盆上。最好任其自然，勿在側催促，因常有人不能在入前小便。以上諸法皆無效時，再為導尿。但須十分謹慎，以免惹起膀胱炎。大抵導尿一次之後即能自便。倘須二次以上之導尿，則不得多於每八小時一次。為預防膀胱炎，可給磺氨藥品，每四小時一次計服二日至三日。

(三) 大便 產後第二或第三日之清晨給輕瀉劑一服。以蓖麻油為佳。其功效非僅使腸排泄，且助盆血循環及惡露之排出。此後每二日洗肛一次，或加卡司卡拉助之。普通產後兩三星期，均患大便秘結。待恢復日常工作後，則漸痊癒。產婦之有第三程會陰破裂者，對於大便之管理須特別注意。初四或五日不使大便。吃無渣物纖維軟飯。第

六日用橄欖油膏灌腸，或流動石臘射肛，同時口服蓖麻油三十瓦。以後每日給輕瀉藥一劑，乳汁過多或乳腺過脹者，當給鹽類瀉藥。

(四) 乳腺 產後六至八小時開始授乳。先以肥皂及水將乳頭洗淨，再以百分之四硼酸溶液洗之。此後每次授乳之前後均以硼酸水擦淨。洗後勿以手指接觸乳頭。每褥婦均宜授乳，因能促進子宮復舊并減嬰兒之死亡。但患全身病者，如結核，惡性貧血，及惡性腫瘤者不宜授乳，因授乳期病患更易進行。患梅毒者可以授乳，但只可哺育其自己嬰兒。

乳腺過脹者，經嬰兒吸吮，乳汁流出後，可以變軟。宜給瀉劑，少進流質，并減少授乳之次數。如有疼痛，可加冰袋或熱敷。倘時加刺激，如揉搓，抽乳，及授乳過頻，緊張之消退反慢。

乳汁過多，為乳腺分泌異常。普通無須治療，數日後自然消退。須要時則應用上法。乳頭破裂者勿加揉搓，哺乳後，塗以乳頭油膏或複方安息香浸酒。每次哺乳之前，須先洗淨。

乳質不足者每日揉搓，多進流質，如水，粥，尤以牛乳為佳，但勿給茶，咖啡，及酒類。

(五) 產後痛 經產婦之產後痛較重。如太重不得安眠，則給止痛鎮靜劑。

(六) 體溫脈搏及呼吸 體溫、脈搏，及呼吸，須至少每日早晚檢查兩次。每六小時一次，并詳細記錄於溫度紙上。首五日尤為重要。凡體溫在三十八度以上者，應報告負責者，并查明其原因。脈搏約自六十六至八十，低於六十六者不謂異常。高於九十者，則宜注意。

(七) 飲食 飲食須富於營養而易消化。產後首二日吃軟飯，第三日可吃普通飲食。但須多飲水及流質，以補償各部排泄之損失。

(八) 下床之時間 坐起及下牀之時間，各醫院之規定不同。據一般產科專家之意見，以第二或第三日可用半坐式。至第五或第六日能自己坐起投乳，或吃飯。於第九或第十日下牀，坐椅子一小時。此後每日漸增其活動及下床時間。至少兩星期後，方許恢復日常工作及上下樓梯。凡會陰有縫線，發熱，及子宮復舊不良者，則視情形而定。近來主張產婦早日下地早日出院，可以減少股靜脈腫，大概第一日即起坐第二日下地第五或第六日即出院。

(九) 產後檢查 產褥期之末。即產後六或八星期，應作陰道檢查，以定生殖器官復舊情形。宜注意子宮之大小及位置，宮附物之情形。子宮頸有無裂傷，陰道壁及膀胱有無下垂，會陰托力之強弱，白帶之多寡，及月經已否恢復。子宮倒後者，使詐膝胸臥式矯正之。

第五編 新生嬰兒

第二十章 新生嬰兒之生理學

嬰兒甫生之後，生活須經劇烈之變更，方得生存，故每有不能勝過其環境而夭亡者。

(一)呼吸 初為腹式呼吸且不規則，後漸變為胸式而有循序。呼吸之勤度，深淺不一，偶而暫停。每分鐘自三十五次至六十次。氣體之交換，及體內之養化作用，均較成人為速。初生時，肺部之擴張僅一小部，後漸擴張完全。啼哭可助肺之膨脹。氣管內含粘液，可使呼吸道杜塞，頗為危險。

(二)血液 較成人為濃。比重一〇六〇至一〇八〇，血紅素較多。血之總量，因嬰兒體格之大小，及繫結臍帶之早晚而異。平均約為二百五十至三百五十耗，約佔體重十一分之一。血白細胞首數目每立方耗為二萬三千，後則減少至一萬，或一萬二千。血紅細胞為五百萬至六百五十萬。

心跳速度 未生前，為一百二十至一百五十次。初生為一百五十至一百九十次。至第十日，每分鐘一百二十至一百三十次。速度，韻律及力量，常隨睡眠，啼哭，及運動

而變。

(三) 體溫 初生時體溫降低華氏表一至三·五度，十二至二十四小時之後，則恢復至正常。但沐浴，哺乳，受冷，及飢餓，均易使體溫改變。

(四) 小便 嬰兒產出常立即排尿。此後每日小便之多少，視嬰兒之大小，身體之情形，及乳汁而異。

(五) 大便 產下不久即排胎糞，有時內含粘液。胎糞約七十至九十克。於產後三或四日排盡。內含上皮細胞，毳毛，膽色素，脂肪小球，及咽下之羊水。初呈黑綠色，後變黃褐，終則黃色。產後第一日，消化道即染細菌。大便多少及性質，因乳之種類，分量，及消化是否完全而異。

(六) 體重 產後初三或四日，體重減輕約二百五十克。人工哺育，及營養不良者尤甚。百分之四十之嬰兒於第十日恢復其初生體重。此後如哺兒適宜，每日當增長二十五克。首數日之體重減輕，乃由胎糞及小便之排泄，出汗，及營養不足之故。過大及不足月嬰兒，體重減輕較著，恢復亦較慢。食母乳者，增加快而健康。

(七) 一般情形 新生嬰兒常在半睡狀態。偶而睜眼速即閉合，至一星期之末或尤遲，方能分辨其醒睡。觸及味覺已發育完備，視覺僅有對光之反射動作。色覺徐徐發育。聽覺至第一星期之末能感覺聲音，一月後可辨聲之方向。

(八) 皮膚。足月嬰兒之皮色粉紅，常覆以白色稠粘之皮脂，為皮脂腺之分泌物，上皮細胞，及毳毛混合而成。產時當以油擦淨。此後常顯表皮脫屑。首數星期每易發生皮疹，乃由於外部之刺激，或汗腺受染，夏日尤甚。

(九) 新生兒黃疸。約百分之七十五之嬰兒於產後第一星期發生黃疸。於第三或第四日皮膚變黃，重者鞏膜亦變黃。乃因肝細胞之功用不全所致。不需治療，一星期之後可以消退。

(十) 臍帶脫落。臍帶殘段變乾後，在皮及臍帶交界處發生肉芽一層，終自附麗處脫落。表面速被上皮遮蓋并自中部向內凹陷而成臍窩。臍帶脫落約在第四日與第十二日之間，平均在第五或第六日。殘段愈短，愈易脫落。嬰兒之體格大而強者臍帶脫落較早，病弱及不足月者較晚。臍帶細而乾者脫落早，粗大及潮濕者脫落晚，臍帶脫落後第三或第四日臍窩方完全癒合。

(十一) 乳腺。產後第三或第四日乳腺腫脹，偶而分泌少許黃色乳汁。至第一星期之末腫脹最甚。如任其自然，則漸消退。倘時時壓擠，可持續二至四星期之久。

第二十一章 新生兒之料理法

嬰兒移至嬰兒室，先量體重身長，次為穿衣。覆蓋溫暖，腳部置熱水袋，放於小床

內。宜常查看臍帶有無流血，及口鼻有無枯液柱寒。室內宜空氣新鮮，溫度在華氏六十六至六十八度之間。勿使陽光直射於面部。使其度安靜循序之生活，因此時養成之習慣可保持恆久。除非必須，不可隨意抱弄。

(一) 沐浴 當每日沐浴一次。臍帶未脫之前用擦浴，既脫之後可洗水澡。臍窩癒合之前，須小心勿使沾污，所用水須溫暖，約在華氏一百度。肥皂不能含刺激性。洗畢立以毛巾包裹，擦乾，並更換衣服及臍帶敷料。

撒粉非每日必需，如用宜注意勿使嬰兒吸入肺內，因能惹起肺炎。凡嬰兒之有梅毒，淋病，或患天庖瘡者，須嚴密隔離，以免傳染他兒。

(二) 臍帶之料理法 任何時臍帶布沾污，即宜立時更換。臍帶敷料不濕，不宜更換。換時先以百分之九十五酒精將臍帶及臍帶根周圍消毒，覆以臍帶敷料，以臍帶布條包裹。臍帶潮濕者用撒粉，勿以手指接觸臍帶。

(三) 眼睛之料理法 正常者只以少許生理鹽水或硼酸水將眼外面洗淨。非有受染或刺激過甚者，無需其他治療。凡護理嬰兒者須極注意，一經發現嬰兒眼睛發炎，當早期報告負責者。

(四) 消化道 口及舌不必擦洗，以免粘膜受傷。大便之次數及性質宜記錄之。如有異常情形當即注意。臀部皮膚擦爛，常見於人工哺育者。故為預防計，皮膚宜清潔，

尿布常乾，避免刺激及摩擦，並給適宜之乳汁。

(五)小便 如生後十二小時無小便，應檢查尿道有無畸形，抑因飲水不足，或已排尿而未察覺。膿毒病，自腸道吸收毒素，或發熱，均可致小便減少或尿閉。

治療法 多飲水，腹下部及腰部用熱敷，不得已時放尿。

(六)哺育法 哺育嬰兒以母乳為最佳。故除母體有病外，每一產婦均應授乳。母見初期母乳不足，倘繼續吮吸，則使乳汁增加，且授乳可促進子宮之復舊。醫師助產士均有勉勵及指導產母授乳之責任。尤為一般無智自私之婦女，彼等不計嬰兒之健康，僅圖自身之便利。

哺乳之次數 產後六至八小時開始哺乳。因初乳之營養頗少，嬰兒之需要亦少，一日三次即足。正常乳汁開始後，則每三或四小時一次，此後均按定時。即嬰兒睡眠亦須叫醒，以期養成良好之習慣。第一次哺乳在早六點或七點，末次在母親臨睡之前。晚十一點至翌晨六或七點最好只哺乳一次，二十四小時共哺六或七次。

每次哺乳之前更換尿布，哺乳之後立即放於床內，不宜搖動。當授乳之際，勿使睡眠，亦勿與之嬉戲致延長授乳時間。

每次哺乳所須之時間，視乳汁之多少，及嬰兒之食量而異。普通十分鐘至二十分鐘即足。寧可較少不可過量。蓋嬰兒啼哭之原因非僅因飢餓，他如消化不良，尿布潮濕，

或疾病，均可使嬰兒感覺不適而啼哭。

(七)人工哺育 母體有病或乳汁缺乏時須以人工哺育法代之。市售之代乳粉種類極多，其中以牛乳所製者為佳。代乳粉之外，鮮牛乳亦佳，然終不及母乳。牛乳為最佳反應，比重一〇二九至一〇三三。成份，平均蛋白質百分之四，糖百分之四・五，脂肪百分之四，鹽類百分之〇・七。脂肪及糖類較母乳為少，蛋白質及鹽則較多。故須先將其成份矯正而後應用。

人工哺育較用母乳難，故護理者須極慎重。所用之乳應置冰箱內，夏日尤易腐敗。喂乳宜有定時。乳量依嬰兒之大小及消化之情形而異。

(八)體溫脈搏及呼吸 體溫至少每日檢查二次。脈搏及呼吸非每日必需檢查。所得結果均記錄於病歷紙上。

簡易產科學

生理產科

第二部 病理產科

第六編 妊娠期之病

第二十二章 孕期毒血症

第一節 總論

孕期毒血症之理論，意見紛紜。而不能僅憑某一理論，以解釋一切臨床病理現象，或決定標準預防法及治療法。

病原 (一) 由胎盤中毒，(二) 由孕婦自身中毒，(三) 由胎兒中毒，(四) 飲食不調。

(一) 由胎盤中毒 謂胎盤絨毛上皮細胞放出毒素，致母體器官中毒。
(二) 孕婦自體中毒 因體內新陳代謝紊亂，累及腎及肝。使毒質不能排泄於體外。

(三) 由胎兒中毒 胎體新陳代謝之產物，積於母血之內。於正常情形下，可以增

加排泄器官之功能，將此額外之廢質排出。如一旦吸收之廢質太多，或排出者太少，則調節機能被破壞，結果過量之廢質積於血內，而致中毒。

(四) 飲食不調 此理論對於毒血症之發生佔最重要之地位。(1) 當第一次歐戰時，孕期毒血症顯著減低。一九一七年至一九一九年之間因食物缺乏，一般人民均在半饑餓狀態中。在一九一八年驚厥之發病率為千分之〇，六，戰前及戰後，則為千分之二，似乎減少飲食可以減少驚厥，但據近來報告，謂飲食調和營養充足，非但胎兒發育優良，生產容易，而驚厥及血中毒之數目亦減少。(2) 驚厥之發生，熱帶較寒帶為少，因熱帶居民食料多含蔬菜。蔬菜內富於礦鹽及維生素。礦鹽內之鈣銹碘及維生素乙及丁，皆為減少驚厥之要素。在國內確實如此，北方之驚厥病比南方為多，因北方天氣冷，在冬季極少新鮮蔬菜，在南方則四季有常綠之蔬菜，故對於維生素之攝取在北方冬日極少，尤以北方人節儉成風，平日之食物菜類亦較南方人為儉省。(3) 驚厥病人貧苦者比富有者為多，因貧苦人之食料大抵缺乏蛋白質及維生素由此可見飲食不調為發生驚厥之一種原因。

種類 孕期毒血症有四種，(一) 孕期蛋白尿或曰先兆驚厥，(二) 驚厥，(三) 孕期惡性嘔吐，(四) 肝急性黃萎。四者均有蛋白尿，血壓升高及腎功能不全之病狀。驚厥常繼於蛋白尿之後，故後者通稱為先兆驚厥，或驚厥前期。病狀及治療法，當在下

節分論之。

第二節 先兆驚厥或孕期蛋白尿

病常發在妊娠之後半期，小便含蛋白質，血壓升高，全身水腫，及腎機能不全。發病率約為百分之三至五。

症狀 限於妊娠後半期，鮮有在孕七月之前者，初孕較歷孕婦為多，多胎較單胎者易得。依臨床方面分亞急性及急性二種。

(一) 亞急性類 (1) 病漸起，病程進行慢。(2) 早期尿量多，內含少量蛋白質，但逐漸增多，有透明及粒狀管型。(3) 早期即有水腫，始於足及腿。延至陰部及腹部，終及全身。(4) 有顯著之貧血及浮腫，尤以貧血之面容，為此病之特徵。(5) 血壓，輕者略高。重者可升至一百七十或一百八十。血壓升高恆在尿內發現蛋白之前數日，故自發現血壓高，即宜注意治療，不然則症狀日益加重。尿量減少，尿內蛋白質增加，血壓繼續升高，并顯頭痛嘔吐倦睡視力紊亂等中毒病狀，或少數可顯驚厥。

(二) 急性類 (1) 此類較少見，但頗嚴重。起病急，病程進行快，多數患者能於數日之內發現昏迷或驚厥。(2) 自起病小便即減少，并含多量蛋白。(3) 水腫反較輕。(4) 頭痛嘔吐視力紊亂及其他中毒現象均早期發現。(5) 血壓可升至一百八十或二百。此種急性類多易發生驚厥。

預後 (一) 胎兒 死亡率頗高，尤以急性類為多，約百分之五十。胎兒死於宮內，數日後產出，或早產活胎，但弱小不易生活，其原因為胎盤梗塞，及胎盤後流血。

(二) 孕婦 視治療後反應如何為定，如經治療，而無轉機，當即為之引產，以免危及生命。

治療法 孕期常檢查血壓及小便，在治療期間每日檢查尿量及含蛋白之多少，及血壓之高低。多數患者，可用內科治療法而轉機，妊娠猶可繼續。如治療而無效，則可引產。

治療之原理 不外休息，調節飲食，仔細診查病人之情形而治療之，(一) 病人均需臥床休息至一切病狀痊癒為止。同時進適宜之飲食，可使小便增多，血壓降低，及水腫漸消。(二) 治療初期使病人半饑餓，此期之長短，視病情而異。每日限進液體一磅半，計橘汁一磅，加水半磅，或葡萄糖六兩，溶於一磅半水內，上者較不易得或價過昂，可酌量減低，或在可能範圍內通融辦理。依病情進步如何，可漸增加牛乳，黃油，饅頭，水菜，青菜等。最末可加肉類。(三) 每日須排大便，否則給輕瀉劑或洗肛。(四) 對以上治療進步遲緩者，可靜脈注射葡萄糖鈣(參攷驚厥治療法)。(五) 每日檢查血壓及小便，以明治療之效果。結果良好者，則血壓降低，尿量增加，蛋白尿減少。如治療不能控制病情，預後將極嚴重，胎兒死於宮內，早產，或孕婦發生驚厥。(六) 如治

療不見效者，應立即引產，以救孕婦。

第三節 驚厥（子痛）

驚厥係一種急性中毒。發生強直性及陣攣性痙攣，繼以神志不清及昏迷。肝臟發現極重變化。

病之發生 每五百妊娠中有一次。初產婦較經產婦為多。大抵在妊娠二十八星期之後，然亦有最早在妊娠第十星期者。病之開始百分之五十為臨產驚厥，百分之二十五為產前，百分之二十五為產後。

病原 驚厥之起因理論極多，但確實之原因迄未明瞭。在病理學及臨症所見與該病有關係者數點如下。（1）天氣寒冷時，潮濕時較熱時為多。寒帶較熱帶為多。（2）食料以營養充足者不易得此病。（3）初產婦較經產婦為多。（4）多胎及羊水過多者易得。（5）大抵發現於臨近產期。

重要之理論。（1）自身中毒，在孕期體內發生一種毒質，不能排泄體外而入血液，引起中毒。（2）物理性改變組織內蛋白質減少，毛細管之滲透力改變，組織內之水份增加而成水腫。腦組織亦起同樣變化。故病者有頭暈，眼花等病狀。（3）內分泌腺紊亂，如大腦垂體素後葉功用失常，阻止小便排泄。水份積於體內，血壓增高，毛細管痙攣。甲狀腺與大腦垂體不平衡亦可致驚厥。（4）胎之排泄物及新陳代謝之產物有毒

，入母血之後即起一種特殊之變化。(5)尿毒症，腎之功能缺乏，毒質不能排出，其理由適如腎炎相彷彿。

病理學 (1)肝之變化 門靜脈附近呈壞死及血栓形成。肝小葉周圍顯壞死及脂肪性變，其中中央尚保持常態。此種變化為診斷厥驚重要證據。

(2)腎之變化 二腎均變大，顏色黃白兼有充血之處。腎小球之上皮亦起退化，結締組織水腫。

(3)輸尿管 擴大

(4)腦之變化 百分之九十有充血，範圍廣狹不同。

(5)心之變化 約百分之八十有充血及壞死，間有心肌破裂及脂肪性變者。

(6)肺之變化 充血水腫及流血，有時成肺炎。

(7)脾之變化 與肝臟之變化相彷彿。

(8)胎兒 內臟及組織與產母起同樣之變化。

驚厥之病狀 可分二類，(1)急性。(2)由血中毒慢慢變成。前者發病極速，後者較緩。有眼花盲目，頭痛，眼臉浮腫。有時眼發光，偏盲，複視，及黑。用眼底鏡檢查時可見視網膜分離，并有嘔吐。上肢及女陰水腫，大小便減少，血壓增加至二百或二百四十。病人不安靜，即開始抽風。每次驚厥可分四期。

(1) 先驅期 常病人全無準備，在睡眠或工作時忽然跌倒，眼球轉動，頭側一邊，手及面均抽動，約二十秒鐘以後即止。

(2) 強直性收縮期 全身肌肉收縮，手握緊，足反轉，趾屈，全身收縮一團，此期約長三十秒。

(3) 陣攣性收縮期 肌肉忽鬆忽緊，下頷忽閉忽開。此期最易使牙舌受傷。口腔有血色泡沫流出。面充血，眼球凸出，呼吸鼾聲如雷，病人神志完全昏迷。收縮之劇可將全身棒至床下。此期約須二分。

(4) 昏迷期 此期時間久暫無定。或延至數小時。鼾聲仍大，呼吸漸漸和緩，神志漸清，但亦有未及清醒而連續抽搐者。體溫升高至四十一度。血壓亦升高。

驚厥之復發 二次驚厥相隔自二十分鐘至三十分鐘不定。次數亦以輕重而異。凡次數愈多，所隔時間愈短者，預後愈壞。有時在分娩末期或產褥期者其抽風次數往往較少。

亦有孕婦患子痛而無抽搐者。先有頭痛，以後即昏迷而死亡。直至病理解剖方知為驚厥也。

驚厥與妊娠之關係 產前患是病往往產兆遂即發生。亦有至死而未產者。此種情形，可以急用開腹術將胎兒取出。凡病重者，胎兒亦有同樣變化而致死產。輕者則產母全

愈後至足期生產，或適時以死胎產出。

臨產驚厥，生產特快，而嬰兒產後易致抽風。

產後驚厥，抽風次數或僅一次，而病狀甚烈。發病時期有遲至產後數星期者。

驚厥之併發症 舌部受傷流血，骨折或挫傷。當由床上跌下時，抽搐太甚可致窒息，或涎液吸入氣管而成肺炎。癒後神經失常。間有黃疸病，或視神經受傷，視力永不恢復。

診斷 依其病狀，病徵，及臨症化驗診斷之。病狀如頭痛，頭暈。水腫，視力紊亂，消化障礙，驚厥，昏迷等。病徵則有血壓增加，眼底改變，小便減少等。臨症化驗時，小便內含血及各種管型，常見者為透明性及粒狀二種。上皮細胞增多。蛋白尿。內含球蛋白，加熱後極易凝固。做定量分析時非沖淡不可。每一千耗內有蛋白十至四十克。球蛋白為百分之三十三，此所以與慢性腎炎不同之點（球蛋白祇有百分之十五）。蛋白尿為時極暫，在數星期內即可全愈，腎臟可以恢復舊有功用。氮總量及尿素排出量均減少。銣基酸排出量增加。氯化物亦少。醋酮及雙醋酸能現於尿內。

驚厥已過，尿之排出量增加。每二十四小時排出二千或二千五百耗，以後即行正常。氣質排出量增加。尿內蛋白質減少。血液內尿素無大變化。尿酸增加（重者過多）。二氧化碳連合性減少。同時有酸中毒，血糖及乳酸增加，氯化物亦增加。病人有水腫者

更甚。非蛋白質特別增加。

鑑別診斷 未確實診斷之前，宜與癲癇症，慢性腎炎，糖尿病性昏迷，及中風分別之。

癲癇症大抵在孕前卽有此病之歷史，尿內無何改變，一次昏迷之後卽可清醒，少有繼續抽風昏迷以致死亡者。慢性腎炎有悠久之歷史，雖妊娠亦可使腎炎增重，然極少有抽風或昏迷者。糖尿病昏迷無年齡性別之分，尿內含糖，血糖增加。驚厥病人之尿內有蛋白及管型。中風大抵年老人居多，身體之一部或半身不遂。驚厥病人能活動并極度不安靜。

預後 產母之死亡率為百分之十至廿五。臨產驚厥較產前產後為輕。凡抽搐次數愈多，中間相隔時間愈短者結果較壞。繼續昏迷不醒，小便減少而含多量蛋白質。血壓不減，脈速而弱者結果亦不良。然亦有血壓不到一百四十而無水腫者其病狀亦甚烈。體溫高升，發現黃疸，均為不良預兆。凡治療之後迅速轉機，皮膚出汗，小便增多，血壓減低，均有全愈希望。

凡第一次病重者，下次妊娠仍有患毒血病之可能，間有再犯驚厥者。嬰兒死亡率約為百分之五十，包括早產，血中毒，窒息及產後驚厥。

治療法

治療不如預防，故孕婦宜按時檢查血壓，小便，及體重。一旦病狀發生，宜迅速就醫。治法分斷根療法，及保守療法兩種。

(一) 斷根療法 病人發現驚厥後即用開腹產術或人工擴張宮頸法。產婦易受傷，故此法近多不用。

(二) 保守療法 (1) 司托干諾夫(Stroganoff)氏法使病人安靜，注意呼吸，不用引產法。入院時皮下注射嗎啡○。○一五克，一小時後給水化氯醛二克，三小時後再注射嗎啡○。○一五克，七小時後給水化氯醛二克，十三小時及二十一小時後各給水化氯醛一。五克，每日用鮮牛乳二十五兩與等量之鹽水射肛。

(2) 鄧氏(Dublin)法 用洗胃及洗腸法。不給營養，用熱水及重碳酸鈉溶液洗胃，洗完之後，注入硫酸鎂二兩，洗肛亦用重碳酸鈉溶液。

(3) 改正司託干諾夫氏法 病人入院時，皮下注射嗎啡○。○一五克，遂為放尿，並做內科及產科檢查。如有化驗設備，應取血二百耗，做化學檢驗。如孕婦尚未有產兆，決不宜引產。一小時之後以水化氯醛二克溶於一百耗牛乳之內口服或射肛。兩小時後再注射嗎啡，七小時後給水化氯醛二克。十三小時及二十一小時後再給水化氯醛各二克。二十四小時之內，勿再注射嗎啡。若病人清醒，可隨意飲水。若十二小時之後仍昏迷不醒，應靜脈注射百分之五葡萄糖溶液五百耗或百分之十葡萄糖鈣溶液十耗及百分之

十葡萄糖溶液五百瓩。注射之次數須視血糖之高低而定。

以上各法以第一及第三法較為通用。鄧氏之洗腸法亦不妨採用。據統計所知輕者死亡率百分之五。四，重者三三·八，病已發作，必須住院，室內暗黑安靜，由專門護士料理。昏迷者，頭須側臥，并抬高床尾，使粘液流出，驚厥時應防其受傷，使床近牆，衣服弛鬆，用壓舌板一端包以紗布置於上下牙齒中間，以免驚厥時咬傷脣舌。

經性及較重性而未臨產者一次驚厥之後，雖仍在半昏迷狀態，但情形迅速轉好，神志漸清，血壓降低，蛋白尿減少，亦不再抽搐。數日後或數星期後即動產，自產活胎或死胎。少數之病程即如此結束，然多數則短期見癒後，又復轉劇，血壓升高，蛋白尿增加，一般情形變壞，如此則宜用探條引產，一待宮頸開全，即用產鉗助產。苟入院時已臨產或於驚厥期臨產，產程每能自然進行，而生產特別快，不然則可用產鉗助產。

最嚴重者，雖經治療，但驚厥發作愈頻，昏迷愈深，全身情形愈凶險，如此則可考慮，是否用開腹產術。施用局部麻醉或脊髓麻醉。

第四節 孕期惡性嘔吐

妊娠時之晨吐平均數為百分之五十。但病之輕重各人不同。輕者稍感惡心，稍重者有嘔吐，最重者則有生命之虞，稱為惡性嘔吐。除病人有飢餓外，復有急性中毒，消瘦，酸中毒，昏迷而死。此病在治療上時感困難，預防更難。

臨診上分為二種，一為神經性，一為中毒性。二者分別極難。輕度晨吐乃妊娠初期常有之症狀，如孕婦神經過敏即致病症加重，成為神經性惡性嘔吐。苟在此時期不善為料理，即可消瘦，中毒，成為中毒性孕吐，在短期內有脫水及黃疸。預後不良。

病原 (1) 炭水化合物之新陳代謝異常，因胎兒需要太多而產母供不應求。在最短時間將身體日常所儲藏者悉數供給胎兒，故有恐慌現象發生也。

(2) 神經過敏 因炭水化合物缺乏，交感神經不穩，如以神經性質，即易致嘔吐。

(3) 消化系中毒 因平滑肌受內分泌阻止作用，腸蠕動遲緩。

(4) 脫水 因水份缺乏而發生中毒。

病理 肝呈中央性脂肪性變。腎之改變極少。血內氫化合物，尿素尿酸增加。血內氫化合物減少。

發病率 每七百人中有一人。但因地而異，美國，法國較英國為多。病人之發作大抵在妊娠第二第三月，少數在第四月。初產與經產病數相同。亦有婦女每次懷孕有嘔吐者。

病狀 先是胃口不佳，繼則不能進飲食，甚則提及飲食即刻嘔吐。病人感覺胃痛，肋骨痛，蓋因腹部脹氣太甚。嘔吐先為黏液及胆汁，繼則咖啡色。小便減少，內含蛋白質，管型，尿液，醋酮，雙醋酸及糖。中毒病狀進行，病人即日形消瘦，皮膚青灰或黃疸。

性。腹部回陷，胃及肝部有觸痛。口唇乾而紅。呼出氣有醋臭味。末期即發熱，脈搏增加。結果昏迷而死亡。

病之進行初步較慢，但一現消瘦，病狀即急變。中毒太烈者，在十日內即有生命之虞，大抵可以延至四或五星期。

診斷法 必須與其他疾病分別診斷，例如急性腸梗阻，胃潰瘍，腦腫瘤，及急性傳染病之起始。此外應與孕期其他病症分別之。如水泡狀胎塊，腎盂炎，及急性羊水過多等。預後如何，則視對於治療後見效之遲速而定。

治療法 病原複雜故目下尚無標準治法，惟應診斷確實已經受孕而非其他病症。處理法不外使病人安靜，休息，并補充體內失去之液體及營養。藥物之療效極微。以下數種不妨試用，如卵黃素，鉍及鈉之化合物，淡碘液，淡鹽酸等。嗎啡及其他平腦藥，乙種維生素，胰島素，腎上腺外質素等均可試用。一般療法，依其輕重分論如下，

輕性嘔吐 可食炭水化合物，少食脂肪類。食物內稍加易消化之蛋白質。此外每日宜多食幾次，每次量宜少。每日水份至少須一千五百毫。大便必須通順。同時加以鼓勵及精神之愉快，見效更快。

重性者 最好住院醫治。與家屬隔離，除去無謂之體恤。靜臥床上。口腔停止飲食，營養全由腸內灌入。以百分之五葡萄糖約六兩至八兩在等量生理鹽水內，每六小時一

次。在中間，每天再加鹽水射肛一或二次。須每日得水份一千八百耗，直至病人能接受飲食為止。每晚鹽水射肛之末一次，可加溴化鈉三克。如大便不通宜用肥皂水洗肛。病狀有進步，可令飲微量之水，過二十四小時即允許多飲。但食物則非至病人自願接受方給。在尿內醋酮未淨之時，鹽水射肛不能停止。蛋白質食物不能早吃，非待尿內不現醋酮而後可。最近用維生素乙第一 Thiamine 口服或注射每日三次每次 1 mg 或用 Pyridoxine 50 mg 靜脈注射每二日一次連用三次其效亦佳。

最重者 絕對須住院治療，葡萄糖及生理鹽水由靜脈及皮下注射。同時再由肛門注射鎮靜劑。如由肛門射入不見效，則可皮下注射。此外治法與上述者相同。但竟有不見效者，則非除胎方能停止嘔吐。不過除胎之決定頗非易事，太早太晚均不合適。初產更宜慎重為之。蓋初次懷孕即除胎者，第二第三次未必能平安過去也，手術時，宜用一氣化氫及養氣麻醉為宜。

第五節 肝急性黃萎

肝急性黃萎為極罕見之病。肝細胞急性懷死，同時顯黃疸，重性貧血，及肝體積減小（甚或小於原體積之半）。剖面顯黃色或間以紅粒形之黃色。常發於妊娠之末或產後數日。

病起有時甚急，腹上部疼痛。並有嘔吐，繼顯黃疸，尿量減少并含蛋白，有時含血

。病人有時驚厥，數日內即可致死。有時發病較緩，早期病狀，餘似先兆驚厥。漸變昏迷，並有黃疸。故凡遇孕末期及產褥初期發現黃疸者，常為一嚴重之病狀，即有肝急性黃萎之可疑，預後不良，鮮有痊癒者。

治療法 應用先兆驚厥之一般治療法，如未生產可速行剖腹產術，施用局部麻醉，並靜脈注射葡萄糖鈣等。

第二十三章 孕期生殖器官之病

第一節 子宮位置之異常

(一) 子宮前傾前屈 在孕初期子宮多有前傾之勢。輕者無礙，重者病人疲乏，腰及腹下部疼痛。

診斷法 在孕早期由內診法，可以察得子宮長大圓而軟。在子宮前穹窿處極易捫得宮之前壁，與宮肌瘤相彷彿。在孕之末期則可見宮倒前而越出腹肌之外。

治療法 在早期宮前傾可以使孕吐加重。但無專門治療。所幸孕期增加，宮即上升。在孕末期子宮前傾過甚，孕婦極不舒服。在骨盆狹窄及腹肌弛緩者易罹此症，往往使胎先露不能按正常方向入盆而致分娩困難。故必須用合適之托腹帶矯正之。分娩之後，用婦科手術矯正之。

(二)子宮後傾後屈 此係婦科病之一。在孕期中使宮頂在骨盆內藉閉。其原因甚多，例如受摔傷，子宮有肌瘤，或早有後傾者，皆可使宮後傾。膀胱長時間脹滿，亦可使宮向後，惟不太多耳。

病狀 宮頂向後，局部充血，使胚不能得合適之環境發育，而致流產。同時孕期之病狀特顯，例如晨吐，喪氣，背痛等。蓋宮頂被擰在真盆之內，在第十三或第十四星期即致流產矣。

最早病狀即為小便痛苦，甚至不能自便，或小便不能自主，因尿道受壓所致也。因膀胱內靜脈充血及水腫，時或尿道阻塞，或黏膜層完全分離而致壞死。膀胱發炎是所難免。尿內含膿血及黏膜碎屑。大腸亦因受壓而引起大便秘結。但腸阻塞則屬少數耳。

診斷法 用內診法。宮之後壁伸入直腸子宮陷凹之內。在腹部則不易摸得宮頂。會同病人所有之病狀則可斷定之。但宜注意者則應與宮後壁腫瘤，宮外孕及血癌分別。

治療法 使膀胱空虛免成膀胱炎，并用溫硼酸溶液灌洗之。以後用手指插入陰道之內將宮頂上托，并令孕婦做膝胸臥式以矯正之。或令做辛斯氏(Sims)臥式，用手托子宮上升。輕度倒後，僅使膀胱空虛及經矯正一二次即能正位。其較重者，則非用麻醉不可，須經幾次手術方能改正。有時能引起宮縮而致流產。用宮托及利氏囊托宮頂上升。此外則用鉗夾住宮頸，一手在肛門托宮頂上升。最後辦法，則用外科手術矯正之。

凡婦人患子宮倒後症者，每日作膝胸臥式一次或二次，每次歷時五分鐘。習之日久。子宮當可漸復正常位置。

病人屈膝跪伏，兩膝略分開。其頭之側面靠在枕上。兩肘彎曲，以前胸靠在牀上。

(三)子宮偏位 足期妊娠宮時有向右偏側者，不可認為病理變化。所應注意者則為妊娠第三月之宮偏位。因有加雜病之可能，如宮外孕，(孕卵在宮及輸卵管交界處)子宮腫瘤，及卵巢腫瘤等。檢查時必須注意及之。

(四)子宮脫垂 宮脫垂在早期或中期必遭流產或早產。孕期時覺下墜。宮頸脫出於陰道之外，發生水腫，并易受染。治療法則用子宮托保持子宮地位凡四個月。

第二節 孕期子宮局部之病

宮頸水腫 常見於脫垂之子宮，孕末期感覺腫痛，不能接觸外物。治法用熱水灌注陰道。

第三節 子宮發育畸形

(一)重複宮 陰道及子宮均分開為二。一側受孕，亦有二宮均受孕者。但因一宮受孕，另一宮被擠而入直腸子宮陷凹，分娩時不免有所妨礙。

(二)中隔宮 受孕之後容易致流產或早產。如畸形較少，則困難亦少。

診斷 重複宮及中隔宮，診斷極難。除非陰道外口顯然分為二者，非有麻醉或用

詳細之檢查不可。

治療法 既孕之後無法可想，祇可聽其自然。未孕或分娩之後用整形術或修補法。但修補之後能否受孕，則不可預知也。

第四節 子宮腫瘤與妊娠之關係

常見者有宮肌瘤，宮頸癌，及卵巢囊腫。陰道癌，外陰具腫瘤，膀胱直腸癌及骨盆腫瘤則屬少見。

(一)子宮肌瘤 妊娠宮有瘤者約佔百分之五至七。然多數不顯任何病狀，少數則發生不正常之現象。

如胎繼續發育，腫瘤亦同時增大。不免因壓力增加，病人感覺小便頻或困難。大便秘結，下墜，盆腔作痛，靜脈曲漲。有時宮之肌肉發生病變，病人感覺腫痛不堪。

治療法 無病狀任其自然。分娩時盡量使大小便暢通，注意飲食。如治療不見效，則用開腹手術取出胎兒。子宮之保留與否。則視腫瘤之程度而定。

(二)宮頸癌 妊娠期不時陰道流血并有多量之黏液分泌。檢查則宮頸易流血，組織較硬并有癌之其他病狀。

治療法 視病之程度而定。早期者，可以除去子宮及宮附物，繼續用銳治療。晚期者，則待胎兒足期後用開腹手術取出胎兒，并除去子宮及宮附物。胎兒未產前應用銳治

療惟與胎兒不利。

(三) 卵巢囊腫 大抵與妊娠無大妨礙。然亦有因卵巢囊腫而礙及子宮之發育者。又有因子宮增大令卵巢囊腫扭轉或破裂者，病者發現腹痛及其他症狀。

診斷法 在孕初期診斷極易，宮與腫瘤完全分界。但在孕末期則不易分別也。

治療法 一經發現即行外科手術除去之。惟手術時必須謹慎。不然可以引起流產或早產。所以亦有人主張如無妨礙，留胎至三十星期之後，再用手術。

第二十四第 胎及胎附物之病

第一節 絨毛膜之病

水泡狀胎塊 絨毛膜乃胎膜之外層，緊連子宮蜕膜。病理改變時即發育成無數小泡，故稱曰水泡狀胎塊。

發病率及原因 二千四百至二萬妊娠中有一次。所以為不常見之一種病。年齡自二十歲至四十歲。發現在孕初期。在孕中期者極少，所以孕卵鮮有發育之機會。經產婦較初產婦易犯。與梅毒及心病無關係，惟與腎病及子宮內膜不健全略有關係。內分泌作用障礙，卵子不健全為最大原因。

絨毛膜上皮發育過度，深入宮之肌層，且可穿過子宮而至其他部份。其病變一如

癌之性質。細胞發生為有絲分裂。蔓延他處而成絨毛膜上皮癌，為產科中之重要病症。病狀 病起於孕初期。上皮細胞極度發育。不久子宮腔全部被佔。孕卵死亡。子宮增大特速，與孕期不相符合。三月孕適如七月或足期者。陰道內不時有血性液體流出，中雜黃色小葡萄泡狀物。間有上皮細胞生長穿過宮壁。可以使宮破裂，引起腹腔流血。病人即覺腹痛。此外病人以全身吸收腐敗組織而顯病狀，例如體溫增高，脈搏轉快，蛋白尿，浮腫，及嘔吐等。

診斷 (1)子宮增加之速度與孕期不符。(2)無胎心聲。(3)不能觸得胎肢。(4)無胎動。(5)不時陰道有流出物。診斷有時極難。易與宮肌瘤相混。

預後 預後不良。流血立刻致死者約百分之三。宮破裂而死者約百分之二。染菌者約百分之五。隔時因絨毛膜上皮癌蔓延而死者約百分之十六。大抵由六月起漸漸排出。治療 診斷確實之後，即宜治療。清其子宮。用紗布或宮頸擴張器將宮口開大。至能容二指，則以手指進入將胎塊自宮壁分離。繼用手指刮宮。但手術時須十分注意，勿用力過猛。因恐宮壁被胎塊侵入而致破裂。同時亦須將胎塊完全取盡免遺後患。刮宮畢，則為注射垂體素。口服麥角流膏，促宮收縮。

年來對於水泡狀胎塊之治法，喜取斷根療法。在年齡已過四十者，最好用刮腹術截除子宮，以絕成癌之後患。在青年孕婦姑先行前法。惟二年之內必須時時注意。如三四

星期之後仍有流血，應再刮宮一次。詳細做顯微鏡檢查，有無上皮癌之表現。此外則宜做宋德阿喜氏試驗。蓋絨毛膜上皮癌患者之尿可以呈強陽性反應也。

絨毛膜上皮癌，為水泡狀胎塊之後發病。約佔全數百分之五十。預後極壞。

第二節 羊膜之病

(一) 羊水過多 正常羊水之量為一千至二千五百耗。如越正常範圍者稱為羊水過多。其量可至十至二十五公升不等(一萬至二萬五千耗)。其中尿素較多。此症發生於妊娠後半期。多胎較單胎異犯。

病原 原因不太明瞭。有謂由胎而來者，亦有謂由母體而來者。茲簡述其原因如下。

屬胎兒者(1)畸形胎，如脊柱裂、無腦畸形，缺脣，杵狀足等。因腦受壓較重，刺激排尿作用。(2)臍靜脈阻塞，如臍靜脈狹窄或血栓形成，臍帶屈折太多，臍帶表面分泌過度。此外如胎門靜脈阻塞，肝硬化，心臟發育異常，或肺動脈狹窄，均可使臍靜脈循環梗阻。(3)多胎，因同時有二胎兒之分泌。如有心腎發育不全者分泌更多。(4)胎兒皮膚有痣亦易罹此病。

屬母體者(1)患心臟病及腎病者。(2)有梅毒者(3)有糖尿症者。(4)孕婦受外傷者。

綜上以觀胎方之原因較多。在顯微鏡下觀察，見羊膜之上皮細胞顯增加分泌能力。病狀 分急性慢性二種。

(1)慢性羊水過多 在孕期第四或第五月羊水增加。足期時其量更多。大多數孕婦不顯任何病狀，因日積月累孕婦已習以為常。惟少數則顯心跳，氣喘，腿腫等。

(2)急性羊水過多 其數較少，大抵在孕末期羊水忽然增加。病人發現腹痛嘔吐。重者體溫增高，脈搏快，腹部浮腫。此種情形常見於多胎妊娠。

診斷法(1)子宮增大與孕期不符，宮壁極緊。(2)腹壁變薄，腹直肌分離。(3)羊水太多，不易摸得胎體。(4)宮擴張太甚，不能收縮。(5)波動極顯。(6)不易聽得胎心。(7)胎先露易錯位。

羊水過多之鑑別診斷 (1)多胎與羊水過多不易分別。亦有因多胎而羊水增多者。多胎雖能聽得二個胎心，惟有愛克司光照相可為十分可靠之診斷法。

(2)水泡狀胎塊與羊水過多，水泡狀胎塊無胎心，陰道有血液流出物。

(3)卵巢囊腫與羊水過多 卵巢囊腫無胎動，無胎心，子宮不長大。卵巢囊腫又兼懷孕，則診斷較難。

預後 大多數易致早產，半數畸形。又使先露異常。子宮收縮微弱，易致產後流血。胎膜早破，臍帶脫垂。所以為產母與兒雙方均不利。

治療法 原因不明，預防極難。經性者予期無須治療，產時易成不正常之先露，臍帶脫垂，子宮乏力，及產後流血。子宮膨脹過甚，而致氣喘，心跳，則宜刺破胎膜，用一彎曲之導管伸入宮內使羊水慢慢流出，至適當之量。放水後，妊娠仍可繼續。行此手術必須嚴密消毒。羊水過多，每易有胎兒畸形。故宜先照愛克司光，如為怪胎，或有其他重要畸形，則應刺破胎膜，使其生產，勿須等待。

(二) 羊水過少 原因不明。大抵係羊膜之上皮細胞腐爛，或胎兒無腎臟。如早期有此病，胎兒不能平均發育，易成畸形，皮膚厚而乾。生產遲慢。

(三) 羊膜粘連 羊水過少，羊膜可以與胎體粘連，使胎兒發育畸形。時或可致難產。

第三節 胎盤之病

(一) 胎盤形狀之異常，於發育之早期，絨毛與蜕膜之間如發生紊亂，結果頗能影響胎盤之形狀。有膜狀者則易致粘貼。有分枝成塊者。每一塊之間有血管連絡。有分為二者，分為三者，或多塊者。或有胎盤本體之外有副胎盤者，副胎盤在臨診上極為重要，時有遺漏之虞而致產後流血或受染等。帆狀胎盤者即臍帶與原位相離較遠，血管經胎膜而達胎盤者。羽子板狀胎盤乃臍帶之附屬點在胎盤之邊緣。輪廓狀胎盤乃胎盤胎面中央下凹，其邊緣則有胎膜附着。

(二)胎盤之大小及重量之異常 正常胎盤之直徑約十五釐，厚一、五釐至三釐。平均重量為五百克，約佔嬰兒體重六分之一。梅毒胎盤約佔嬰兒體重四分之一或二分之一。蛋白尿或畸形胎兒之胎盤其重量亦增。

(三)梗塞性胎盤 每一胎盤必有梗塞存在，惟種類甚多，胎兒所得之影響亦不同。

(1)白色或淡黃色纖維性小點在胎盤之胎面。(2)白色或淡黃色之纖維性長條分佈於胎盤之邊緣，深淺不等。(3)灰白色圓形網狀纖維組織分佈於胎盤母面，佔胎盤之半或數小葉。(4)流血小點在胎盤之面。(5)紅色不整齊之梗塞在胎盤之母面分佈極廣。(6)紅或黑色圓形區，中部為血，周圍被纖維組織包繞。直徑約一至三釐。全胎盤均有。

原因 第一第二兩種大抵係母體血循環遲緩，致局部血液凝固而成者。第三第四兩種因絨毛膜伸展受妨礙。末二種原因不明。

栓塞對於臨症之重要 每胎盤有栓塞之存在。然少數因栓塞太多致胎兒營養缺乏。急性栓塞大抵與產母慢性腎炎，蛋白尿有關，但與驚厥無關。

(四)胎盤之腫瘤 良性腫瘤係絨毛膜血管癌及粘液性纖維癌，在臨症上尚無大關係。其他惡性腫瘤則必須產母本身先有此病以後涉及胎兒也。

(五)胎盤炎 (1)急性胎盤炎極多。其原因則為產婦有淋病，或早有其他化膿性細菌存在者。例如產程延長，細菌侵入胎盤胎面至絨毛膜之血管而致發炎。因此胎兒亦

受傳染。(2)慢性胎盤炎。凡患慢性子宮內膜炎者，可致慢性胎盤炎而引起胎盤粘連。而粗，所以胎面光滑幾不能有血管之存在，以被結締組織填塞所致也。

(六)梅毒胎盤 重量增加。生活之胎兒胎盤顯白色。死胎則胎盤黑灰色。絨毛短而粗，所以胎面光滑幾不能有血管之存在，以被結締組織填塞所致也。

(七)結核性胎盤 結節可見於絨毛膜之上，但絕無深入胎盤者。故據現在所知者，結核不能遺傳於子女也。

第四節 臍帶之病

(一)附麗點之異常 正常者均稍偏於一側。帆狀者則血管經胎膜而達胎盤，易致破裂流血，或受壓而令胎兒窒息。

(二)臍帶長短之異常 最短者胎盤與胎臍相接。最長者一九六釐。正常者五十五釐左右，即自臍帶附麗點達產婦陰道之外。太長太短均非所宜。太長者易繞胎或屈折，易成結扣或脫出，不利於胎兒。太短則可致難產，直至臍帶撕斷方能產出。或致胎盤早分離，及子宮內翻等。診斷頗不易。

(三)臍帶繞頸結扣及扭轉 臍帶繞頸者約百分之三十。纏繞太緊，可以致血循環阻滯而致死產。時或頸部皮膚受傷。結扣扭轉，結果亦不利。輕者致羊水太多，重者致

胎死。

第五節 胎兒之病

(一) 胎兒水腫 此種情形極少。大抵與胎盤水腫有連帶關係。胎兒特大可致死產，或產後數小時即死。

(二) 胎兒梅毒 梅毒易致早產，約在二十八星期之後。少數致流產。大抵係其母早有梅毒未經治療，或經治療而未痊癒。胎兒死於宮內。直至胎皮腐爛而後產出。死胎面脫皮者百分之四十因患梅毒。死胎之外，有產後生活短時間而死者。亦有外表正常以後發現先天梅毒之表示者。

欲胎兒不罹梅毒，非在孕前加以治療不可。既孕之後又須加緊醫治，不然則難於避免也。梅毒無論父方母方均可遺傳。但父方患梅毒者必傳及產母然後染及胎兒螺旋體能經胎盤而入胎體。

梅毒胎兒如為活胎，其皮膚乾燥，皮下脂肪極少，顏色灰黃。骨質脆而易折。手掌及足掌脫皮，適如洗衣人之手掌。數日之後鼻腔涕溢（呼吸不通快）。肛門周圍發紅。

死胎則週身脫皮。病理解剖，見肺氣泡不擴大。肝臟增大，由體重之三分之一增至八分之一。脾臟長大二至三倍。骨質鬆，骨骺與幹交界不整齊。內臟內有梅毒螺旋體，（腎上腺最多）。

血液反應 生產時臍帶血瓦氏反應之正負，不足為診斷梅毒之鐵證。因正常之胎兒亦可呈陽性瓦氏反應也。

治療法 詳產母慢性傳染病章內。

(三) 妊娠中胎兒死亡

原因 (1) 屬母體者，如梅毒，急性傳染病，黃痘病，外傷，驚厥等。(2) 屬胎兒者，如畸形，梅毒，或急性傳染病。(3) 屬胎附屬物者如胎盤之病，胎膜及臍帶之病。

症狀 孕婦感覺(1)胎動消失。(2)腹下部下墜。(3)全身無力。寒冷，并有戰慄。(4)宮之增大停止。(5)乳房萎縮。(6)口腔內發現臭味。

診斷 (1) 宮軟。(2) 宮減小。(3) 無胎心聲。(4) 陰道檢查，宮口可查得胎顱骨已現分離狀。(5) 羊水內雜有胎糞。(6) 宋德阿喜氏試驗成陰性反應。(7) 愛克司光照相可見顱內腦組織萎縮。

治療法 如不顯病狀可等其自然產出。如顯病狀則用引產法(法詳後)。

第二十五章 流產小產早產及孕期生殖器流血

第一節 流產及小產

定義 流產及小產即胚胎在宮內不足二十八星期即排出，而胎兒無生活能力之謂也。近來以流產及小產分為二期。流產者胚胎在宮內僅十六星期，小產則自十六星期至二十八星期。過二十八星期而未達足期者稱為早產。

發病率 統計極難。因早期流產病者及醫師均不易判別。常誤判為月經不正常。現在所知者各國不同。普通在四·七至七次懷孕有流產或小產一次。年來社會風化日頹。人工流產極多，故統計更難明瞭也。

原因 流產之原因極多，分屬父，屬母，屬胎三種。

(一) 屬父者 梅毒，年老及有烟酒癖者，其精子不健全致使胎發育發生阻礙。

(二) 屬胎者 胎附物不正常，如胎盤附麗之地位異常。

(三) 屬母者 (1) 中毒症。(a) 例如血壓高，慢性腎炎。(b) 梅毒，(c) 更易致早產。(c) 鉛中毒，例如慢性鉛中毒，及用鉛毒物打胎。

(2) 生殖器有病 例如慢性內膜炎，宮後傾，宮水腫，慢性充血，肌瘤，及宮頸糜爛，均可妨止胎兒發育而致流產。

(3) 意外受傷 摔傷及其他外傷。性交過度，所以初婚常致流產。

(4) 身體不健全 內分泌，消化，排泄，神經，肌肉及呼吸諸系統有病。例如消化不良，嘔吐太甚，血中毒，神經不穩，喜怒無常，慢性咳嗽等均可致流產。

(5) 習慣性流產 此種子宮最易受刺激。受孕之後，宮內即覺不安而時時收縮。
(6) 流行性流產 此種情形牛羊較多，人類尚未證明。謂因一種流產桿菌所致。
(7) 人工打胎 用藥品或器械引產。
(8) 治療流產 產母身體有病，經二人以上之同意，認為有中止懷孕之必要時用之。

流產之病狀 流產最多在妊娠第二月或第三月。可以分三大病狀。(1) 陰道流血，(2) 腹痛，(3) 子宮口擴大。

流血之多少各人不同。有僅流數十坵即止者。亦有流至衰竭而死亡者。其病狀完全隨流血之多少而異。腹痛之輕重不等。早期流產疼痛甚輕，以後漸漸增重。常發現於流血之後。至於宮口之大小則以胎之已否出宮而定。胎未離宮時宮口不能太大。以後隨腹痛及宮縮之進行而增大。

在早期蛻膜尚未發育完全，胚胎先與子宮分離，其次則蛻膜一部分分離。留底蛻膜於宮壁。以後蛻膜與卵之關係較深，或能蛻膜胎膜與胚同時分離，胎膜不破完整如一囊。

在孕期五月之後小產可以與足期相彷彿。先破胎膜，次胎兒產出，以後胎盤分離。然胎盤半數不能自然分離，須用手術剝離。

倘胚胎未產出而仍留於宮內，或能漸漸融化，至胎之痕跡完全消滅。普通者即屢次流血。血液流至胎膜，使胚胎，胎膜及血液結成一團稱為胎塊。

流產之種類 (1)先兆流產。(2)難免流產。又分三類曰，(a)完全流產，(b)不完全流產，(c)過期流產。

(1)先兆流產 腹痛輕，流血少，宮口大抵未開。治療方法，先宜防止子宮收縮。令病人靜臥。注意飲食，多含蛋白質為宜。飲食不宜太熱。此外可給鎮靜劑，如嗎啡，科第印，溴化物，水化氫醛等。大便通暢，但禁服瀉劑。通便用甘油坐藥較為安全。

(2)難免流產 凡流血多，胎膜破，宮口已開者，謂之難免流產。

(a)完全流產 腹痛重，胎將出時并有墜痛。流出物必須小心檢點是否確已完全，產後注射垂體素，內服麥角流膏，促宮收縮。病人臥床一星期。

(b)不完全流產 胎或胎附物一部份存留宮內。不時流血，兼有宮縮。宮口半開。病人感覺不安。

治療法 設法清理子宮。用手指法，病人消毒。術者一手按於腹外壓宮。一手伸入陰道，摸得子宮頸前脣。外一手刺激子宮收縮。如胚胎已分離者下降極易，即以內手取之。如尚未分離，則以手指導入宮腔徐徐分離之。

用器具法 如宮口已半閉或胚尚未分離，則可用器械清理子宮。用擴大器，取胎鉗

雙爪鉗，刮匙等。以雙爪鉗夾住宮頸，以擴大器擴張之。再用取胎鉗夾持胚胎及胎盤胎膜。最後用鈍刮匙清理子宮。如流血稍多可以用消毒熱鹽水沖洗。並填塞消毒紗布，注射垂體素，內服麥角流膏等。紗布必須於二十四小時內取出。

最困難者莫如宮口已閉，而胎尚未流出。宮口強硬不易展開。須用紗布填塞二十四小時，使宮頸柔軟，再設法擴大之。過急每易撕破。須小心為之。

(c) 過期流產 即死胎存於宮內數月或數年。甚者成石胎。普通無何病狀。惟必須與肌瘤妥為分別。治療法有二，待其自產或即刻用手術取出。

流產受染 應當特別小心料理。如流血不多最好用保守療法。用否琉氏臥式，內服麥角流膏，注射垂體素。注意飲食。待體溫正常然後再設法清理子宮。蓋用之過早，深恐細菌順子宮之血管上升，後患更大。苟流血不止，應當謹慎消毒，擴大宮頸，並除去宮內之遺留物。填塞百分之二碘酒甘油紗布，嚴防細菌上升。惟此種流產原因不一，大抵係因人工打胎。所以除染菌外如有子宮破裂，則應除去子宮。或由陰道後穹窿引流防止腹膜炎。

預防法 欲設法預防流產必先知原因。如子宮地位不正常宜設法矯正。子宮內膜發炎當消毒。梅毒應當夫婦均徹底醫治以絕病根。以上數種較為明顯。不過流產原因極多，往往不易斷定，是以預防甚難。

臥床靜養，注意飲食，使廢料能充分排泄體外。服鎮靜劑，如水化氫等。最近謂維生素戊對於防止流產頗有效力。

第二節 早產

早產者胎兒已能生活而未屆期產出之謂也。孕期在二十八星期以後。嬰兒體重一千三百五十至二千五百克，身長三十五至四十五厘米。

原因 (1) 孕期中毒而兼腎硬化。(2) 梅毒。(3) 羊水過多。(4) 胎盤前置。(5) 子宮內膜炎及肌瘤。(6) 內分泌缺乏。(7) 胎盤退化。(8) 胎兒發育不良。(9) 習慣性死胎，每至七或八月胎兒即死，極難預防。(10) 宮頸破裂太深，宮乏托力。

產後期 生產經過大抵與足期相同。少數胎盤黏連而致流血。

第三節 孕期中殖器流血

(一) 在孕初期生殖器流血有三種。(1) 流產。(2) 宮外孕。(3) 水泡狀胎塊。

(二) 妊娠後半期流血有四種。(1) 前置胎盤。(2) 胎盤早分離。(3) 早產。(4) 宮破裂。

(三) 全妊娠期均可見者。(1) 宮頸糜爛。(2) 宮頸有息肉。(3) 靜脈瘤破裂。(4) 肌瘤。(5) 癌。

(四) 生理性流血。(1) 妊娠初期孕卵未能佔據宮內膜全部，其不被附着之部仍繼續

行經。不過其分量較普通為少。故往往末次月經與預產期不相符也。(2)重複宮。其未受孕之一側仍繼續行經。

治療法 依原因而異。

第二十六章 子宮外孕（異位妊娠）

定義 孕卵棲止於子宮腔之外生長發育者，謂之子宮外孕，約三百零三次妊娠中有一次。

原因 正常卵受孕大抵在輸卵管內。受孕之後即隨輸卵管內之纖毛動作向子宮移動。得合適地位而生長發育。宮外孕之原因複雜不易推求。茲將主要者列後。(1)輸卵管炎。(2)盆腔器官有粘連處。(3)輸卵管發育不全，缺乏纖毛。(4)孕卵越出輸卵管。(5)輸卵管有分歧。(6)輸卵管內有蛻膜變化。(7)黃體有病，使卵增加侵蝕作用。(8)輸卵管蠕動方向相反。

種類 以受孕卵棲止地位之不同，症狀隨之而異。在輸卵管發育者為尤多。茲將其地位依發病數之高低列後。(1)壺腹。(2)輸卵管峽。(3)輸卵管漏斗。(4)輸卵管與子宮交接處。(5)卵巢（卵巢妊娠）。(6)闊韌帶，腸子，腸系膜，及大網膜（原發性腹腔妊娠）。

(1) 在壺腹發育者 此段乃輸卵管之最寬一部，血循環充足。孕卵即在該處發育。所有局部變化與在子宮無異。管壁漸漸擴大。但管內并無真正之脫膜改變。其結果分下列數種。

(a) 輸卵管流產 即管壁內層破裂，胚胎破胎膜而出，漸漸退化。大抵病人無何病狀。或局部繼續流血入盆腔成血瘤，致腹痛，陰道流血，顯宮外孕之症狀。

(b) 管壁破裂 大抵在妊娠第六至第十星期時發現。破裂分急緩二種。急者，病人顯急性內流血病狀，忽然衰竭。緩者，病人覺腹痛頭暈。流血之方向隨破裂之地位而異。有直接流入腹腔者。有流入闊韌帶者。胚胎離管壁大抵退化。然竟有少數胎膜未破可以在管外繼續發育者。

(c) 成胎塊 血液在管內與胚胎凝結而成胎塊。結果或破管而出，否則組織分解成輸卵管血腫。有腹墜痛，月經不調，腹部欠爽等。

(d) 胎在輸卵管內發育至足期，但極少見。

(2) 在輸卵管缺 該處肌組織少，破裂最易。在孕後三星期即破裂。病人此時尚未自覺受孕。

(3) 在輸卵管馮十 此種極少。

(4) 輸卵管與子宮交接處 子宮之一角特大。能擠至于宮則與正常妊娠無異。如向

輸卵管處推進則發生危險。亦有時胎之一半在輸卵管一部在子宮者。少數能足期。多數以內流血而喪命。

(5) 卵巢妊娠 在早期即破裂，極少能長成者。

(6) 腹腔妊娠 孕卵在腹腔內發育。如營養合適則繼續發育。子宮本身稍顯懷孕變化。

病狀 各人不同。急性者數分鐘即以內出血而死。歷史即月經一次未見，并有孕初期病狀。忽然腹之下部作痛，其痛呈抽縮性。數日或數星期後陰道流血少許。往往誤為流產，實則孕卵在輸卵管感受壓迫之故。有時因微受振動或性交致腹痛增加。病者即覺頭昏，眼花，嘔吐。蓋因局部流血而刺激腹膜所致也。其後蛻膜排出。初次流血大抵不致立時致命。局部流血凝固，可以度過相當時間，二三日後再行破裂。病人或死於即時流血或慢性失血。普通先是破裂之一邊流血，漸波及腹之下部。惡心，嘔吐，兼有腹瀉及休克等。出汗，脣發白，打呵欠，脈搏細小而緩慢，血壓減低。

診斷 (1) 大抵患宮外孕之婦人有淋病或產褥熱歷史。或有一時之絕孕而忽然懷孕者。蓋宮外孕與輸卵管之疾病有極大之關係也。(2) 有一次月經不見。忽然陰道流血，腹下部疼痛，一側更甚。(3) 有內流血病狀。(4) 有蛻膜排出。(5) 陰道檢查，穹窿之後可以摸得血液之波動。腹部叩診有暗響。臍處現青紫色。(6) 膀胱直腸處受壓，有大小

便困難，甚有下肢疼痛。

鑑別診斷 (1) 宫外孕與流產之分別法。

流

產

宮

外

孕

起

病慢。

快。

腹

痛 陣痛在腹下部如產痛。

非陣痛腹之一側較烈。

流

產 外流血多少不定。

外流血極少或無外流血。

全

身 病 狀 與流血成比例。

與流血不成比例。

排

出 物 胎之一部或完全排出。

僅有蛻膜。

(2) 宫外孕與輸卵管炎之分別法。

輸 卵 管 炎

宮

外

孕

月

經 月經正常。

停止一次。

流

血 發炎時不一定流血(除非正值行經時)

腹痛時流血少許並有蛻膜排出。

體

溫 升高。

正常或降低。

(3) 宫外孕與關尾炎之分別法。

關 尾 炎

宮

外

孕

懷孕 症狀 無。

有。

體 溫 升高。

正常。

地 位 在腹之右下部

左右無定，比關尾炎稍低。

病 狀 無失血病狀。

有失血病狀。

排 出 物 與陰道無關係。

有蛻膜或血液排出。

預後 胎兒在早期即死亡。即或能得營養發育，多數因羊水缺乏而致畸形。

產母方面，在早期孕吐加重。最大危險即失血而致命。即或當時不流血，可以使盆腔器官粘連而致絕孕或慢性發炎。

治療 常診斷確實。輸卵管尚未破裂之時，應當即時剖腹除去孕卵。此種手術與普通輸卵管切除術無異。

若已發現管壁破裂有流血症狀者，應當急速預備剖腹。將破裂之一側止血，除去胚胎及血塊。截除破裂之輸卵管。縫合堅固。一方面注射鹽水及葡萄糖於靜脈或皮下，以補償流血之損失。細細觀察流血確已停止，然後縫合腹壁。使病人住院二星期。如失血太多應當即時輸血，則預後較好，恢復較易。

如病人當時未有大量流血而已成血塊，同胚胎流入盆腔惹起發炎，使病人發熱及腹痛。可以自陰道內經子宮直腸陷凹引流，使血塊排出體外。

總之當對子必須用手術治療方能奏效，鮮有自然全愈者。急性出血危險更大。手術必須敏捷，於早期施行之。

第二十七章 妊娠期全身之病

第一節 消化系統之病

(一) 齒齦炎 自孕期第四月，齒齦紅腫而易流血，并稍覺疼痛，此病起因大抵與營養有關係。治療之法，用收斂劑嗽口，并服補藥及營養食品。如維生素乙及丙。

(二) 齶齒 孕期胎兒所需之鈣極多，每日約○·六克·而較之每日孕婦所得者多，故有供不應求之勢，孕婦本身鈣質少。孕婦往往在牙齒成齶齒。懷孕次數愈多牙齒愈不堅固。故在妊娠期應當服鈣劑補充身體之不足。如有齶齒應當請牙醫師填補或除去。

(三) 流涎 每日可以排出涎液五百至一千託，不能下嚥。免強則至嘔吐，往往使消化發生障礙。治療法，令孕婦多服流質補償之。并以收斂劑嗽口，溴化物平腦。

(四) 消化不良 檢查其胃液，如酸度太高，則服重碳酸鈉。如酸缺乏，應服稀鹽酸。

(五) 大便秘結 大便秘結為孕期常有之病，應當設法矯正。如初期可以在飲食上注意。如無效，可口服輕瀉劑，如流動石臘，波西鼠李。忌服重瀉劑。

(六) 黃疸病 如患孕期毒血症，惡性嘔吐，或肝急性黃萎而同時有黃疸者，為極重要之病症。往往有生命之憂。輕性卡他性黃疸而無其他病狀者，則無何危險，不久自消。

(七) 膽石症 此症婦女較男子易得，孕期較平時尤易。故孕婦往往有之，并兼有膽囊炎。當施行外科手術治之。

(八) 關尾炎 孕婦盆腔充血，子宮擴大，診斷極難。須用外科手術處理之。

第二節 循環系統之病

(一) 心臟病 正常妊娠心臟稍稍增大以充身體之需要。有心病之人，當妊娠之前病狀或甚輕，病人并不自覺。在妊娠之時往往易覺疲倦，不能任勞苦工作。聽診心臟有雜音。重者有浮腫，氣喘，面色青紫，或至衰竭，心搏不勻等。預後之優劣，則視病之輕重。及料理是否合適為定。惟心臟病至若何程度，與心臟之蘊能幾何，非有專門經驗不易判別。

治療法 以病之經重而異。經者病人能任日常之工作而不感痛苦。但檢查時見心臟不健全。此種病人。只要孕前多靜養，注意飲食，可以自產。次重病者亦能任日常工作，但感不適，如心跳，氣短，腿腫等。產時要特別處理之。最重者心臟缺乏補償功能。有水腫。氣喘，青紫等。應當早期設法。

(1) 產前治療 應令多休息，注意飲食，并給毛地黃等強心劑。最近給予婦以大量之葡萄糖，結果甚好。第一第二兩種，大抵可以至足期分娩。在最重之心病，應當早期決定。蓋在妊娠四月之前，可以由陰道取出胎兒并不費事。四月之後則較困難。最妥之法莫如開腹取出胎兒，并施絕育手術。用笑氣氮氣麻醉或脊髓麻醉。如在孕末期盡量令其自產。蓋心臟病之胎兒，大抵發育不足，易致早產。生產不甚困難並多急產。不宜用探條引產。以後再用絕育手術，用外科手術或愛克司光。

(2) 臨產之料理法 小心看護。第一期每三時給毛地黃及葡萄糖一次。如面色青紫可以放血三百耗，注射樟腦油，吸入氧氣。如病人光景不佳，切開宮頸以產鉗取胎。第二期可用產鉗助產，或做內倒轉術。切勿使病人用力下逼。忌用垂體素。第三期失血必止。不流血而青紫，可用靜脈切開術。流血太多者可用熱水灌洗子宮，并用裹腹帶。

(3) 產褥期仍宜服毛地黃。并視察病人之血循環直至產後第四天。光景稍好始可放心。

(二) 靜脈曲張 約百分之二十孕婦之下肢或陰部有靜脈曲張。其起因子宮增大，壓迫靜脈。或因靜脈壁改變，不慎，易致破裂。下肢可用彈性之綑帶，防止靜脈過分擴張，臥床休息，并置兩下肢在水平位置。有水腫者，宜細察小便有無蛋白。在女陰部之曲張，應預防產時流血。如有痛癢，可擦蘆花油膏，注意消毒，以防受染。孕期勿

用手術，因子宮壓力仍在，不易見效。產後自然痊愈或大部消失。最近用 *Parke Davis* (一種成藥美國 *Parke Davis* 公司出品)。作局部注射。每次半耗至二耗不等，射在靜脈曲張處。射後即用膠布緊貼並用綑帶縛緊，三日後可以再射一次。大概三次後可愈。成績甚佳。

(三) 水腫 水腫為妊娠期內常有之併發病。大抵與驚厥，毒血症，心病，及腎炎有密切之關係。蛋白尿為水腫之先兆。水腫先從下肢起，再及陰部。致病之原不能單憑子宮之壓力解釋之。必有中毒原因存在，乃血管之滲透力改變使然也。檢查者必早期注意及之。多胎妊娠及羊水過多水腫特顯。此二者或可因壓力使然。治療法令病人臥床休息。針穿刺法，可以將局部之水放出。惟須嚴密消毒，以防受染。營養缺乏，尤以缺乏蛋白質，每易使血液成分改變，使毛細管透滲壓亦隨之改變，水份存儲在組織之間，發生水腫，故營養必須注意。

(四) 血液之病 (1) 貧血為孕期易得之病。如因營養缺乏，陽光不足，有寄生蟲，及消化不良者，貧血尤重。當妊娠時胎兒需要極多。非特為胎兒時期製造骨骼骨髓之用，并留充分之鐵質為嬰兒生後第一年之需。故在孕期七月之後，病者往往供不應求而顯貧血症，有良性惡性二類。惡性貧血，預後不佳。印度婦女罹此而死者百分之四十。其危險可知而知。

治療法 用輸血法，服鐵質，及肝胃之提出物。注意消化及飲食。如不能見效，應當早期引產。最好絕孕以救孕婦之生命。

(2) 白血病，血友病，紫癍，鉛中毒，均屬血液之病。平常本不易得，故孕期亦屬罕見。

第三節 呼吸系統之病

(一) 支氣管炎 子宮上升，咳嗽時非常苦惱。甚者咳嗽太烈而致早產。在孕期應當小心治療，臥床靜養。臨產時，亦可與心臟病人同一料理之。

(二) 氣喘 因毒血症而引起氣喘兼有蛋白尿者，應當食清淡飲食，空氣清新，并服止喘藥品。使泌尿功能增加，毒質減少，氣喘自止。

(三) 呼吸困難 在孕末期孕婦常易犯此病。因宮頂上升，膈肌受壓所致之也。雙胎，羊水過多者呼吸困難更顯。應當詳細檢查，并注意是否與心臟或腎臟有關係而治療之。

第四節 神經系統之病

(一) 舞蹈病 凡年幼時曾患此病，或有佻麻質斯熱歷史者，在孕期易得此病。或在孕期中毒關係而得者。初產較經產為多。有蛋白尿等中毒症狀。此病大約於孕早期發作，第四第五月最多。重者日夜不停，手舞足蹈。言語咀嚼呼吸均受阻止。危險甚多。

。據統計所得，死亡率在百分之十以上。因之而流產者百分之十五。其餘至生產後方愈。

治療法 轉地治療，臥床安靜，注意營養。服柳酸化合物，砒劑，溴化物，嗎啡等鎮靜劑以止之。如不見效，可以引產而救產婦之生命。

(二) 癲癇症(羊癲瘋) 孕婦本有此病者在孕期易顯。生產時更多。此病應當與孕期驚厥分別。平常癲癇病者尿內無蛋白，且有癲癇症之歷史。此外極難分別。治療，祇有服鎮靜劑。如以後神經方面影響太大，應當絕育。蓋此病無專門治法，亦無斷根希望。

(三) 神經炎 大抵因中毒所致。周圍神經麻木，甚至肌肉退化。直至妊娠後半期減輕。至生產後漸漸痊癒。

(四) 麻痺 半身不遂及中風，三種疾病皆因血中毒，血壓增高，梅毒，心臟病，腎臟病所致。神經直接受壓或血管破裂。有時股神經受壓致下肢不能運動。如在大腦即可致中風或半身不遂。無法治療。

(五) 希司威利阿 婦女本性神經過敏者易得此病。妊娠期內症狀增加，惟與胎兒無過多損失。有時可以抽瘋，但血壓并不增加，尿內亦無蛋白。

(六) 癲狂(精神病) 神經受刺激太甚，如孕吐大烈，丈夫死亡，未婚婦女受孕

。失眠，產程延長等，皆可引起癡狂病，病者喜怒無常。有圖自殺者，有想殺人者，神經失去常態。其在早期發現者，在末期或可稍好。在後期發生者，治療極為困難。妊娠前患此病者，則與妊娠本身無大關係。胎兒腦力不免癡愚，與民族前途關係頗巨。

治療法 轉地治療，不與家屬及親戚接近。精神病療養院最為合適。日夜有人守護，防止自殺或受傷。注意營養及清潔。使有充分之陽光及睡眠。多給鎮靜劑，如溴化物水化氫等。嗎啡則可用於極度癡狂之時。

引產認為不必需，因此病與妊娠無何關係。引產之後亦不能即時恢復。故已孕之後任其足期產生。產後或未孕之前，應當設法用絕育手術。但必須在病人腦力較清楚時，得家屬之同意施行之。

第五節 皮膚之病

(一) 妊娠線疼痛 在腹部往往極痛。可用橄欖油塗抹之。

(二) 指甲退化 孕婦由營養缺乏，指甲變軟退化，指尖甚痛。只要注意營養，即可痊癒。

(三) 蕁麻疹 在孕期每易得之，極為煩惱。應當注意腎之排泄，大便通暢，局部止癢并多進流質。

(四) 瘡症 一、女陰瘙癢，係白帶太多，肛門有絛虫，或神經過敏所致。使孕

婦不能安眠。皮膚局部因多搔而改變。

治療法 保持局部清潔。用收斂劑灌洗陰道。如過猛酸鉀溶液，石炭酸。薄荷油塗抹。如肛門有線虫。可用苦木（Quassia）浸劑洗肛。

（2）全身瘙癢 用稀淡石炭酸液抹之。注意飲食及排泄，并服鎮靜劑。

（五）妊娠疱疹 大抵由血中毒所致。先自下肢起。由丘疹而水皰而至膿皰，極度煩惱，可致失眠。

治療法 內服鉍質或鐵質。并以石炭酸或鉍與澱粉調和外敷。

（六）妊娠期膿皰病 此係中毒所致。危險甚大，死亡數計百分之八十。先成膿皰，繼則合併結痂。下層發炎，并向周圍蔓延。病完全在下肢及陰部。體溫升高。以後即昏迷及嘔吐。可以引起流產或孕婦死亡。

治療法 無專門治法。最近以正常孕婦之血清行靜脈注射。少數可以得救。

第六節 骨骼及關節之病

骨盆之正常與否與生產最有關係。孕期不加注意，時因營養缺乏致骨盆變形。行動困難，恥骨聯合分離，或成軟骨症。結果孕婦不能起床，下肢疼痛。最顯著者為骨質軟化病。此病與地方及營養最有關係。中國北部婦女患者最多。病狀每次隨懷孕加重。故有第一胎能自產，第二胎因產程延長而致死產，第三胎碎胎等等病史。顯係骨盆漸漸狹

宜。詳細病狀及骨盆之改變詳第七篇內。

治療法 給多量之維生素甲及丁（魚肝油），腎上腺，乳酸鈣及富含鈣質食物。各家治法不同。總之早期治療，容易奏效。骨盆已經畸形而欲希望恢復者難矣。

第七節 泌尿系統之病

（一）蛋白尿 多數婦女在孕期末內含有蛋白質，所幸分量甚少大抵無何危險。重者其原因可分二類。第一類為孕期以前早有腎病者，即屬慢性腎炎。第二類則因懷孕而引起蛋白尿。此種大抵忽然發現，或直至病者有驚厥時方顯病狀。（參攷先兆驚厥）。

（二）慢性腎炎 此病為孕期內極危險之併發症。惟輕重不同。輕者居然能平安度過，母子無恙，重者則視腎之補償機能而異。

腎病原因不易推求。與猩紅熱及傷寒熱病有相當關係。然亦有在孕期之前并無任何病狀，至妊娠早期即有蛋白尿，血壓增高。或初次懷孕甚輕，以後每次增重。大約慢性腎炎在孕婦有病狀者約百分之十至二十五。

病之發現早晚不定。有早在第三月者，此所以與驚厥之不相同也。發病愈早則病狀愈重。先是孕婦疲倦，頭暈。繼則下肢水腫，眼瞼水腫，女陰水腫，終至全身水腫。腹腔積水。面部灰白。貧血弱。血壓增高但不及驚厥之高。蛋白尿顯著，孕末期尤重。如為間質性腎炎則蛋白較少，比重減低。視網膜發炎，致視力紊亂。大半可致足期或致

早產，或發生尿毒症。

臨症化驗 尿內有管型。球蛋白甚少（與驚厥不同）血內之非蛋白質，尿酸，尿素，及氫化鈉均增加。腎功降低。

預後 慢性腎炎與妊娠極有妨礙。易致流產，小產及早產。除梅毒外，腎炎即為致死產第二大原因。致死率約百分之四十。在妊娠末期易致流血。分娩時子宮收縮無力致滯產。會陰水腫易致破裂。產後抵抗薄弱易患產褥熱。胎兒即或不死，但因營養不良其抵抗力薄弱。胎盤有梗塞功用減少，故使胎兒發育不良。

孕時產時即或僥幸度過，未得尿毒症或驚厥，惟以後之結果往往不佳。如繼續生育，腎病逐次加重以致不可救藥。所以婦女有腎病者不宜懷孕。更不可生育過多。

治療法 早期詳細檢查孕婦之小便及血壓。注意飲食及皮膚之排泄。大便宜通順。詳細辦法與孕期中毒之治療法同。如病狀發現甚早，強用保守療法往往難於奏效，反與病人不利。蛋白尿及視網膜炎為引產之唯一指徵。不然即可盲目或死亡。病狀太重者應當設法引產，并施絕孕手術以救孕婦生命。

（三）腎盂炎 腎盂炎者即泌尿系統上部發炎之謂也。發炎地位除腎盂外，輸尿管之上部亦同時發炎，年輕初產婦最易患此病。在妊娠第四月至第七月發現，第五月最多。亦有在產褥期患者。

原因 大腸桿菌為腎盂炎之病原菌，葡萄球菌，鏈球菌，淋球菌次之。菌之傳入大抵由血管達腎盂。蓋在孕期盆腔內起相當改變。大便秘結，腸內細菌隨淋巴以血管入腎盂。或因尿道受壓及尿潴溜先起膀胱炎，由膀胱上升而達腎盂。

臨診上，實際可見急性及慢性二種。病狀不同。

(1) 急性腎盂炎 大抵孕期第五月忽然腹痛。在後背第十二肋骨處有觸痛，右側居多。腎臟腫大。腹部緊張。體溫升高至華氏一百〇三度。脈搏增加至每分鐘一百三十次。病者覺寒戰兼有嘔吐。在小便之後病狀稍輕。

(2) 慢性腎盂炎 起病較慢。大抵在孕末期發現。腰部有觸痛，體溫增高，但不甚顯。

二者小便均減少。尿呈酸性而含蛋白，膿細胞，及血紅細胞。

預後 產母無甚妨礙。蓋服藥之後即能見效。惟大腸桿菌一時不易絕跡，故有復發機會。少數可以經泌尿器而入腹腔成腹膜炎，或入血管而成敗血病。慢性腎盂炎有時不易治療。使病人漸漸萎弱。

胎兒預後不佳。雖無細菌傳入子宮，惟以產母長期之中毒及營養缺乏，可致早產或產先天不足之嬰兒。

診斷 本病狀及尿之檢查即可明瞭。惟須與闌尾炎，胸膜炎，肺炎，膀胱炎，瘧石

，及肺結核分別。可用愛克司光，膀胱鏡，及細菌檢查斷定之。

治療法 病人必須臥床靜養，臥於不患病之一側。膝曲起可以減痛。飲食必清淡，禁食蛋白質，水量愈多愈好，俾膿性尿可以排出。大便通暢。局部可熱敷。內服止痛劑。酸性小便，用枸橼酸鉀二克每四小時一次。兼服巔茄醇，如此則尿性可以轉變。迨尿已成鹼性，可服烏羅透品（urotropine）尿消毒劑。如服藥無效則設法引流，用膀胱鏡插導管入輸尿管，以硼酸溶液灌洗之。并注射汞藥水。慢性腎盂炎可注射菌液，最後辦法，如腎已損傷太重，則用手術在腰部引流，或除去患病之一側。

（四）膀胱炎 孕期本有膀胱炎者，或因子宮長大膀胱受壓所致。排尿次數增加并覺灼痛。大腸桿菌或淋球菌大施活動，即有發炎之患。

治療法 必須小心醫治，不然則上升而成腎盂炎。內服鹼性或酸性尿消毒劑。局部灌洗，并診查是否子宮太倒後，以便早期矯正之。

化學治療法 磺胺類藥物服用之後，大部份自尿中排泄，故對於泌尿道之細菌傳染有直接殺菌之効。氨基磺胺，磺胺噻唑，磺胺嘧啶及磺胺吡啶均可應用。每日二至四克，二三日後如病狀消退，可試用一·五至三克，續用數日，全治程五至十日。應用磺胺噻唑及磺胺嘧啶時，可加服同劑量之重碳酸鈉，以增加其在小便中之溶解度。腎功不良者，應特別注意毒性反應。

第八節 新陳代謝之紊亂

(一) 糖尿 孕末期尿內含糖者約百分之八十，不能作為病理視之。因所排之糖非葡萄糖是乳糖也。即或少數是葡萄糖亦不一定為糖尿病，因孕期所進食品含糖較多，且內分泌腺之糖耐量減低。與糖尿病不同者無口渴，多尿，消瘦等病狀，尿內亦無醋酸及雙醋酸。如發現排糖較多，可以節制飲食。

(二) 糖尿病 此病在孕婦極少。因糖尿病可致卵巢子宮萎縮，往往不育。如孕婦患糖尿病，危險極大。在胰島素未發明之前死亡率甚高。少數在孕期病狀或不太顯。因恃胎兒之胰島素以補母體之不足，惟自分娩後即可發生危險矣。病狀有糖尿，多尿，口渴，瘙癢，消瘦等。羊水內含糖。滲透力改變致羊水增加。因所得之炭水化合物過多，胎兒特大而引起難產。最後結果則昏迷，酸中毒。更可畏者，孕期因抵抗薄弱，常易得肺結核。

治療法 早期診斷。調節飲食，并時時檢查血液及小便。如發現胰腺有退化現象，應當即時引產，并用絕育方法。臨產應當減短產程。手術助產，用脊髓麻醉較為安全。

(三) 手足搐搦病(或他內) 此病在孕期少見。其原因為副甲狀腺起脂肪性變，致鈣之新陳代謝異常。病者有搐搦。指甲，毛髮，牙齒脫落。眼發生內障。肌肉無力。胎兒死者居多。

治療法 內服鈣。注射副甲狀腺提出物。如病狀轉劇，應當引產。

第九節 內分泌腺之病

內分泌作用與生殖系統最有關係。如克汀病（甲狀腺機能不足）肢端肥大病，肥胖性生殖無能，胸腺有病等，病人大抵不能生育。除此之外，突眼性甲狀腺腫及阿狹森氏病重者，亦能防礙生育。

（一）甲狀腺腫大 正常妊娠甲狀腺長大者約百分之八十。在產褥期即漸復舊如前。然亦有長大之後而不收縮者。亦有在孕期脹大太快妨礙呼吸。重者宜用氣管切開術。

（二）突眼性甲狀腺腫 此種婦女平常月經不調，不易受孕。既孕之後。病狀增加，心臟發生改變，與孕婦極不相宜。治療法，服盧戈氏色液（Lugols solution）及鎮靜劑。有時施外科手術切除甲狀腺。其他療法與心臟病人同。

（三）阿狹森氏病 此係腎上腺有病。可使婦女不能生育。既孕之後病狀增劇。與病人極不相宜。每致早產。

第二十八章 孕期傳染病

孕期抵抗低弱，故無論任何疾病均與產母不利，傳染病更甚。非特產母中毒，胎兒亦難發育。

第一節 急性傳染病

孕期傳染病之結果分二種。(一)對於孕婦本身組織之關係，(二)與妊娠之關係。對於產母方面最危險者則為發熱，中毒，腎炎或胎盤流血。在早期可致流產甚或衰竭。并在產後易得產褥熱。

在胎兒方面，因產母所受之毒質太多不能排於體外，胎兒受毒太深。由胎盤繼續向內推送，即致死亡。

(一)天花 天花之死亡數本為百分之二十五。孕婦得天花則死亡數增至百分之三十六。流產及早產迨所不免。因該病易致充血故也。如天花為疏散性者，產母之預後較好。胎兒往往可得天花，因濾過性毒可由胎盤而至胎兒也。

關於孕期接種牛痘，最近認為可以施行，不致引起早產或流產。既病之後預防無效，對於胎兒亦不能得抵抗力。

(二)水痘 對於孕婦及胎兒之危險極少。

(三)猩紅熱 真性猩紅熱在孕婦較少。惟與產褥期血中毒之皮膚紅斑不易分別。蓋二者病原菌均為溶血性鏈球菌。猩紅熱流行時，孕婦亦能患之，可致胎死。治法可用磺胺類化學治療及注射鏈球菌抗毒血清，奏效甚速。

(四)麻疹 此病在孕期甚危險。半數以上能致流產或早產。產母死亡數為百分之

十五。產褥期危險更多。嬰兒產時亦有顯此病症者。治法除一般治療外，可用小劑量磺胺類化學治療，有預防肺炎之効。

(五)德國麻疹 此症在成人患者較少，小兒患者，死亡亦無。惟最近據澳洲眼科方面報告，謂孕婦在孕早期三個月以前患德國麻疹者，胎兒必得先天性內障，故為減少盲童起見，有勸孕婦於孕早期施行人工流產者。

(六)霍亂 孕婦對此病雖無易受性，然無免疫之可能。既病之後，死亡數約百分之五十七，流產及小產則居半數。蓋因胎盤及宮內膜充血故也。亦竟有胎血內找得霍亂弧菌者。

(七)傷寒 孕期得此病極為危險。流產及早產佔百分之六十，生後易夭亡。孕末期胎血可以呈肥達氏陽性反應。胎之組織內可以得傷寒桿菌。胎死係中毒。產母之死亡數較普通人為多。如在產褥期患傷寒，應當與產褥熱分別。其法如下。(1)肥達氏反應。(2)皮膚有玫瑰疹。(3)脈搏較慢。(4)白血球減少。(5)血及大小便培養得傷寒桿菌。

(八)瘧疾 任何時期孕婦均能得之。輕者無妨，重者有礙。臨產時子宮易流血。產褥期得之往往與產褥熱不易分別。可用臨症化驗法診斷之。瘧疾病人血塗片內有瘧疾原虫。產褥熱血培養得鏈球菌。

治療法 最近醫者認為瘧病本身致流產及早產較之服金雞納霜之可能性更大。故孕期如在治療上必須時亦不禁用。幸晚近治療藥品，除金雞納霜之外尚有數種。如瘧滌平 (Atebrin) 及驅瘧素 (Plasmoguin) 等均屬有效藥，同時亦無引產作用。

(九) 丹毒及其他中毒症 丹毒為孕期中一種不良之併發病，因易引起產褥熱也。如在陰部危險更大。毒素可以波及胎兒。此外如中耳炎，扁桃體炎，蜂窩組織炎，在孕期均不利。深恐細菌傳及子宮與胎兒也。此外破傷風桿菌及炭疽桿菌，其危險與需氧菌相同。除局部治療外，應用磺胺類化學治療。

(十) 流行性感冒 此病輕重不同。如在大流行時，有惹起肺炎之可能（在孕末期不利）。其中毒重者，亦可致早產，兼產時流血，如病狀太劇，可以引產。護病法與心臟病人同。

(十一) 肺炎 流產及早產佔半數。產母死亡數亦高，引產與肺炎似不相宜。據醫家所得結果，聽其自然較佳。用內科治法死亡率百分之十五。用引產法死亡率增至百分之六十八。護病法與心臟病人同。

化學治療 磺胺吡啶，磺胺噻唑，及磺胺嘧啶等，其中，以磺胺嘧啶對於肺炎球菌性肺炎之療效為最佳。如治療經十八至二十四小時仍不見效，則可改用他藥或加用血清。

第二節 慢性傳染病

(一) 結核病 昔時以為妊娠可以使結核孕婦增加健康，增加體重，胃口增進，因腹部增大肺部受壓，其效適如用氣腹治療。但據最近研究，結核病與懷孕有妨礙。表面雖不顯病狀，而病之本身則蔓延及增重。臨產即發生危險。結核不易致流產早產，然常能致喉頭結核，往往不治。產後則進行特快。每致死亡。

結核桿菌似不能由胎盤傳及胎兒。雖有時可自胎體內找得結核桿菌，現在認為桿菌先存在卵或精子之內，并非受孕之後由胎盤傳入胎兒也。蓋多數結核婦女所產之嬰兒，極少能於嬰兒體內得結核桿菌。是故產後嬰兒應當隔離，停止母乳以免傳染。惟多數家庭為經濟及智識所限，極難隔離。此種嬰兒極易受染。

治療法 對於孕初期如何處理，完全視病之輕重而定。須請結核病專家詳細診察。并加愛克司光及細菌檢查而定輕重。最輕者可以令其足期生產。孕期特加注意。產後應當節育。待身體復原再使生育。重者可以引流產，蓋孕期甚長。孕婦本身之消耗太多。流產之後即勸節育，直至醫師斷定病已痊癒為止。最重者除施行引產外，並施手術縛輸卵管使之絕孕。

孕末期如發現病加重，應當盡量保護，絕不能用引產法。蓋早產之危險與足產無異。而早產對於嬰兒生活之機會太少。臨產時務使產程縮短。產鉗助產及開腹產均可。施

脊髓或局部麻醉較為妥當。

婦女患結核病是否能結婚，是否能生產，頗難決定。須視病者之抵抗如何。總之有相當之危險在。既孕之後，不能不延請專家診視而定辦法。

(二)梅毒 梅毒與懷孕關係太大。傳染之途徑及胎兒之死亡已詳前章。蓋梅毒之為害，非獨一人或一家，其影響民族之康健重且巨。

梅毒在妊娠後得者，初瘡及皮疹特顯，生殖器潰爛不堪。對於胎兒勢難幸免。故梅毒為致死胎最重要之原因。

治療法 凡孕婦有梅毒之病狀者，梅毒之歷史者，瓦氏反應陽性者，均當早期醫治。如在妊娠前已經治療而未痊癒者，孕期宜繼續注射。最有効藥品為洒爾佛散(六〇六)及新洒爾佛散(九一四)。內服汞，碘。及砒劑。可以使藥性直透胎盤。平常先用靜脈注射。在孕三月至四月最易見効。對於產母本身，砒劑最為合適。注射時應注意孕婦腎及肝排泄功能。注射之後，即繼以內服。如此或可得一健康嬰兒。希望產母在生產時，血已呈瓦氏陰性反應矣。

患梅毒之婦女所生之嬰兒，應當自哺母乳，不應雇用乳母，以免遺害他人。

預防法 未婚男子罹梅毒者雖已治療，在婚前應當驗血。為慎重起見應當等待二年至六年後方能結婚。如已婚之後，夫婦均須詳細診治，不然則遺害太大。

第三節 局部傳染病

(一) 淋病(白濁) 產婦之有淋病者白帶甚多，為一種絲黃色膿液。女陰紅腫或生疣。陰道黏膜增厚而不平，且易流血。宮頸紅腫，附近多膿。膿內含淋雙球菌甚多。慢性及急性淋病均能於妊娠早期細菌侵入子宮內，惹起蛇膜內膜炎而致流產。

新生嬰兒當經過產道時，淋球菌能入眼成膿眼。此為臨產所常見者。產褥期淋球菌常能侵入子宮而成產褥熱。結果成輸卵管炎及腹膜炎，終則不能生育。

治療法 孕期應當設法醫治。如前庭大腺成膿腫當切開。疣敷以百分之一乳酸。宮頸炎用乾棉花拭清排泄物，每日上百分之五硝酸銀，或百分之二十蛋白銀(阿久羅)，每日用硼酸水灌洗陰道，直止排泄物停止。硝酸銀則須繼續使用，每星期一次直至分娩為止。

臨產時方發現有淋病者，宮頸塗以碘酒。如產程延長，可以用淡碘液灌洗陰道。惟禁止陰道檢查，恐細菌深入內部。既產之後取否流氏臥式，俾膿液可以外流。嚴禁灌洗陰道，免引細菌入子宮。

化學治療 磺胺類藥品，對於各種淋球菌傳染均極有效。應用之藥物有氨基磺胺，磺胺噻啉，磺胺吡啉，與磺胺噻唑。三者之中以磺胺噻啉之療效最佳，每日劑量三至四克，以五至七日為一治程。未治愈者再給第二治程。如用一藥至五日未見效，則可改用

他藥。

(二) 急性蛻膜內膜炎 與急性傳染病及淋病極有關係。如在墮胎或急性淋病之後，細菌由外入內。病者覺下墮，腹下部作痛，陰道有血色或黃色溢液。診斷則憑淋菌之存在及以往歷史。

(三) 慢性蛻膜內膜炎 大抵由急性轉成。內膜增厚，產後胎兒營養缺乏，易致流產。孕期宮內排出液特多。有時誤為胎膜破裂。治療須在分娩之後施行之。磺氮化合物中以磺胺吡啶，磺胺噻唑，磺胺噻唑，均可服用奏效亦佳。

第七編 異常分娩

第二十九章 異常分娩概論

生產之難易各人不同。事前之能否推測，則視其改變之顯然與否為斷。如輕度之骨盆狹窄及胎方位之異常，有時可以忽略過去。故從事助產職業者必當注意及之。學者決不能憑書籍之記載妄加武斷，必得有充分之臨症經驗而後可。

胎兒自陰道抽出或取出並非難事，然亦決非如此簡單。可貴者應當用最少之力，而能使母嬰二方受最少之痛苦，即所謂事半功倍也。

普通診務繁忙之醫師多憚於等候，往往常用產鉗助產。其實每種手術均足以增加產母之危險，何況用之不當，危險更大。故設備完善之產院，或訓練助產人才之地，決不能如此辦理。

生產之快慢以及陣痛之輕重各人不同。至於正常與異常之分別亦無一定界限。所應注意者，應當盡用天然力量預防難產。但決不能以異常之情形為正常，則貽害甚矣。

生產之難易可分三種原因述之。(1)分娩力之正常與否。(2)胎兒發育之正常與否。(3)產道之正常與否。詳細情形當於本編分別論述之。

有時為顧全產母及嬰兒生命之安全而施行手術，如產母有心病肺病等是也。亦有未及足期而引產者，如惡性孕吐及毒血症等。此外產前產時流血，或臍帶脫垂，醫者不能不隨機應變。

產母顯困乏狀態，例如脈搏增快，體溫升高，極度不安靜。病人覺子宮下部有刺痛成班德氏環。此乃子宮收縮極度，子宮下段極度擴張。最後子宮即現強直性收縮，陣痛幾相連續終至破裂。班德氏環與膀胱脹滿外表頗易混淆，惟二者必須分別診斷之。膀胱脹滿導尿後，腹下部自然消退。

產程延長，胎兒受壓太甚，即顯症狀。(1)胎心慢，自每分鐘一百四十次減至一百二十以至一百次(聽時必須待陣痛過去後為標準)。(2)頂先露有胎糞排出。(3)胎兒劇動，乃係二氯化炭刺激呼吸中樞已開始呼吸。任現以上三者之一，應當急使胎兒產出。如斯時宮口已開全，胎先露已深入盆腔，當速施用手術。如宮口未開全，先露未入盆，則施用手術之危險更大。有時為顧全產母而胎兒夭殤。間亦有胎兒得救而危及產母者。故欲母子雙全頗非易為也。但二者相較當然以救產婦更為重要。

難產之預防法 近來婦嬰衛生發達，婦女生產引起社會人士之注意，故有產前檢查之舉。孕婦之健康可得相當之保障。在孕末期即三十六星期之後，檢查者應特別注意。例如胎方位及胎先露正常否，在初產婦胎頭已否入盆。蓋胎頭能入盆，即為骨盆正常之

確證，分娩時亦不致斷帶脫垂。胎方位不正，斯時尚能矯正，太晚則無能為力。如骨盆稍狹窄可以早期引產，希望免去難產。并盡量勸初產住院生產。

經產婦之處理較為簡便。惟以往生產歷史必須詳細詢問。最重要者是否產前產後有流血歷史，及產道受傷是否太重。此次分娩有無障礙，必須顧慮及之。

產道有腫瘤與產婦生命有關，必須隨時注意之。

茲將難產分為四類。(1)難產可以早期診斷而預防者，如先露方位異常。(2)難產可以早期診斷而不能預防者，如骨盆狹窄。(3)難產可以測度者，如前置胎盤。(4)難產不可預料者，如臍帶脫垂及胎盤早分離。

難產原因複雜。有可早期預防者，有不能預防者。有早應處理者，有隨機應變者。是故從事助產職業者其責任之重可想而知。

第三十章 分娩力異常

生產之遲速與分娩力之正常與否頗有關係。正常分娩約須十數小時。然有達至數十分鐘者謂之急產。亦有遲至數日者謂之滯產。

第一節 急產

原由 少數之產婦，因產道軟組織阻力過小，因子宮或腹肌之縮力過強，或因痛覺

週輕而致急產。

預後 因不得消毒及合適之料理，產婦易受染，會陰破裂，產後流血等。嬰兒有時臍帶撕斷，致流血或外傷。

治療法 令產婦臥床，不令用力，使吸哥羅芳減少宮縮。惟急產僅少數能得人料理。如胎兒尚未娩出，助產者應急速預備。但不能阻胎頭太甚，免致子宮破裂。既產之後，則妥為消毒，並檢查產道軟組織有無破傷。防止流血。如事前知該產婦有急產歷史，孕足期前一星期不能出外，最好住院候產。

第二節 滯產

分娩力異常為致滯產之主要原因。茲將各種異常分述如下。

(一) 子宮乏力 宮縮無力無序而短。宮頸擴張極慢，往往致產程延長至數日。因胎膜早破及檢查次數增加，產婦力竭及染菌勢所不免。如第二期延長，胎先露阻於盆內，致盆腔器官受壓壞死或成癭管。胎兒易窒息，腸胃受染或成肺炎。第三期宮乏力，則致胎盤不分離及產後流血。

子宮乏力之原因 (1) 產婦身體不健，如有結核病，貧血，或急性傳染病。(2) 子宮肌肉發育不良或有病。(3) 子宮之神經供給異常或產婦恐懼。(4) 物理性阻力，如宮腫癭，腹腔器官腫痛，腹膜粘連，膀胱直腸漲滿，胎先露異常，骨盆狹窄，羊水

過多，及產道軟組織強硬。

診斷 產痛特短，宮縮不硬。產程不進步。初時產婦無何苦痛。以後則疲乏，憔悴，宮頸水腫。或有惡心，嘔吐，發燒等。

預後 因原因而異，最危險者產婦受染，胎兒受染窒息。

治療法 依原因而異，其法如下（1）維持產婦之體力。第一期給鎮靜劑，使睡眠減少痛苦。口服水化氫醛，溴化物並皮下注射嗎啡。給易消化而有營養之食物。

（2）避免受染，特別為胎膜已破者。為欲測知宮頸展開之大小，宜用肛門檢查。在可能範圍內，應勿做陰道檢查，必要時須嚴密消毒。陰部應蓋無菌墊，並用丁字帶固定之。每次大小便之後，宜小心沖洗清潔，醫師助產士或護士等檢查或料理陰部時。宜帶口罩。如胎膜尚未破，在第一產程時許可產婦下地活動。膀胱直腸必須空虛。胎膜早破者，可給小分劑磺胺藥品，預防受染。

（3）物理性刺激 在適宜情形下宜令產婦下地行走，熱水灌腸，腹部加熱水袋刺激。如羊水過多，則可刺破胎膜。

（4）藥物刺激 在第一程第二程可用垂體素肌肉注射。每次用二單位，半小時一次，至多不得過六次或八次。但其縮力甚強，危險性甚大。用之不當，可使母子雙方受害。致子宮，宮頸，及會陰之破裂，胎兒窒息及腦流血。且此藥之濃度強弱不定，一經

射入，無法解除。故不能隨意應用。茲將垂體素之適應及禁忌列下。

適應證

(1) 單純性宮縮乏力，而無其他併發病時用小分劑以激宮縮。(2) 胎頭已抵會陰時可用，但莫若產鉗，或陰骨切開術為安全。(3) 足期用以引產，或與奎寧同用，一待產痛發作即停。(4) 胎盤早分離有時用以止血。(5) 胎兒產出後可以注射，以防治產後流血。(6) 開腹產術，射入宮肌使收縮極速。(7) 流產受染，可與奎寧同用促宮收縮。(8) 其他剖腹手術後腸脹氣可用以排氣。(9) 預防及抵抗休克。(10) 產褥熱促宮收縮。(11) 產褥期腎盂炎。

禁忌

(1) 子宮強直性收縮，胎兒被阻。(2) 宮縮過強，胎兒窒息。(3) 子宮破裂。(4) 產道軟組織被壓壞死。(5) 血壓高或驚厥。(6) 開腹產後宮壁壞死及腹膜炎。(7) 宮口未開或強硬。(8) 產婦有心病。(9) 盆骨狹窄。胎先露及方位異常，產道有腫瘤，宮壁有疤痕，及前置胎盤，皆不能用垂體素，不然則致子宮破裂。(5) 手術助產 第一程延長，勿輕用手術。除非高年初產婦為保全胎兒及防止產婦力竭時方用之。其法即以人工擴大宮頸術及剖腹產術。子宮乏力之產婦，每不能自產，故待宮口開全而為頂先露者，可即刻用產鉗。

(二) 腹肌乏力

因腹肌發育不良，用裹腹帶太緊，缺乏運動，或因以下之原因阻其收縮。(1) 腹內發炎，如闌尾炎。(2) 赫尼亞。(3) 因心或肺病呼吸困難。(4) 腹內

腫痛，膀胱脹滿，或氣脹。(5) 脊柱後凸。(6) 腹直肌分離，腹壁特鬆。(7) 產婦昏迷或麻醉時反射作用失去。(8) 沒縮或不善用適力。(9) 盆肌阻力太大。(10) 用力太早以致乏力。

預後 第二期延長，盆器受壓能成癭管或壞死。產婦疲乏失望。需用手術助產。胎兒窒息胎頭水腫，或臍帶受壓。

治療法 宜查明原因，宮頸之大小，胎方位及先露之高低。(1) 懸垂腹用裹腹帶。(2) 腹內發炎及心肺有病者，禁止產婦用力。待宮頸開全用手術助產。(3) 產婦疲乏者，第一期給鎮靜劑，第二期用手術助產。(4) 改變姿勢，由仰臥至側臥，或由側臥至仰臥，在合宜時間，或稍步行。(5) 教產婦如何使用腹肌。(6) 做過度之仰臥剖會陰式。兩股壓於腹部可使腹肌增力。(7) 熱水洗肚。(8) 胎頭低時用壓腹法。雙手在宮底展開，當陣痛時，用穩健之力向盆上口壓之。宮縮力減。壓力亦減。陣痛之間不可用壓力。其危險可使子宮破裂，胎盤早分離，或腹臟受傷。故須小心用之。用力勿過猛，凡宮下段有擴張現象者勿用此法。(9) 垂腿仰臥式。(10) 陰脣切開術或產鉗助產。

(三) 子宮強直性收縮 在分娩第一或第二期子宮收縮變為無序，終至繼續收縮而不放鬆，名強直性收縮。

原因 (1) 神經不穩。(2) 宮壁或宮頸受刺激，如檢查次數過多或強開宮頸。(3)

慢性子宮內膜炎或宮頸炎。(4)誤用水囊擴張宮頸法。(5)誤用探條引產或胎膜早破。(6)胎盤早分離，有隱性流血。(7)誤用縮宮藥，如麥角流膏或垂體素。

凡遇強直性收縮，產程即停止，自產絕不可能。產婦憔悴，疼痛極重，腹有觸痛。宮縮係連續性，有破裂之危險。羊水有臭味。外陰部水腫。產婦往往因受染，力竭，或宮破裂致死。胎兒則因胎盤血循環被阻致死產。

治療法 鎮靜劑無效。須用全身麻醉使子宮放鬆，方可用手術助產。

(四) 斑德氏收縮環 子宮上下二段之間縮窄成環，繞於胎頸，有時繞於胎臀或胎體。宮縮無序。產痛重，但產程不進步。常見於神經過敏之初產婦及胎膜早破者。使第二期延長，第三期胎盤滯留，及產後流血。

治療法 給產婦安慰使之安靜。第一期給鎮靜劑。進熱湯或牛乳。注射嗎啡及阿刀平，使子宮放鬆。使產婦變換臥式，如側臥，膝胸臥式，或稍行動，勿多檢查，第二期用全身麻醉，以手術助產。

第三十一章 胎之異常

第一節 胎先露及方位之異常

(一) 枕後方位 後方位佔頂先露百分之二十五，其中右枕後佔百分之二十，左枕

後佔百分之五。亦為難產之一。依據第一助產學校附設產院一九三五三頭先露生產中後方位產佔百分之二·五計右枕後百分之一·四左枕後百分之一·一。

診斷法 視診，腹之膨大部比前方位稍平。胎兩端之間凹下，一如膀胱脹滿。觸診，可以觸得胎肢體甚清。胎頭不能深定，因頭俯較輕，盆腔與胎頭不相符合也。聽診，胎心欠清。右後方位在右側清楚，反之亦然。

陰道檢查 胎兒居後方位，胎先露極少早期進盆者。至分娩晚期方能查得胎頭之矢狀縫及前後白門之位置。前白門在盆之右前者則為左枕後，居左前者則為右枕後。凡胎頭遲遲不進盆，宮口擴大遲者，大抵可以疑為後方位。以胎頭之徑難與盆徑相符也。

產動理 枕後方位可有二法產出。(一)將枕骨轉至前方位產出。(二)將枕骨轉至骶凹產出。

(一)第一法約佔百分之八十。此法較為順利。初時胎頭下降。前白門容易摸得，後白門不易觸到。隨宮縮先露進步，同時胎頭屈，前白門往前。繼則胎頭內轉，轉過盆腔八分之三，計一百三十五度。枕部前轉向恥骨。以後方法即與前方位相同。

(二)第二法約佔百分之二十。此法不如上法順利。胎頭入盆之後因骨盆關係防止胎頭屈。故內轉不能完成，枕骨即向後而轉入骶凹。大抵不能自產。少數因宮縮力大，胎頭較小則徐徐向下。胎頭出產道時額部正居恥骨聯合之下。同時頭之屈度增加，枕部

向後壓迫會陰，易使破裂。終因胎頭向後仰，使額面相繼自恥骨之下產出。

臨產時處理法 如胎頭已深定，宮口已開全，則消毒之後用一手伸入陰道握胎頭旋轉。另一手在腹部用力推進。視其產痛之強弱決定是否用產鉗助產。

如胎頭極緊，則以手伸入子宮直達胎背而推動之。希望能使胎兒旋轉至前方位。在臨診所得經驗以上二法極難成功。

用半伏臥式。右枕後方位令產婦左側半伏臥式，左枕後方位取右側半伏臥式。其目的乃使胎頭離盆上口，胎兒隨地心吸力轉向前方。

如宮口已開全，胎頭無法旋轉，亦不能自產，則施產鉗，如胎頭尚能向上推動者，內倒轉亦為手術助產之一法。醫者隨時酌定之。枕後方位百分之十至十五可以自產。

(二) 面先露 亦為異常分娩之一種，平均每二百至二百五十次生產中有一次，預後不佳。依據第一助產學校附設產院二〇二四七生產中，面先露千分之二，合每五百人中有一次。

原因 分原發性及繼發性二種。

(一) 原發性面先露 (產前即為面先露)，其原因如下。(a) 胎頭有腫瘤 (甲狀腺腫)。(b) 胎枕後腫瘤 (腦膜膨出)。(c) 胎頭太長。(d) 骨盆畸形。(e) 子宮畸形，阻止胎頭固定，(f) 胎體較直使胎頭未能俯。

(二) 額骨性 面先露之產時方位為面先露，原因如下。(a) 骨盆狹窄，胎頭不能下降。(b) 子宮畸形。(c) 產母骨盆組織異常，妨礙胎頭入盆。(d) 并無特別原因。(e) 由頂先露枕後方位變成。胎頭前屈被阻致由頂先露變成面先露。

面先露方位以胎之額為標準。即以額與骨盆所成之關係而定之，分為左額前，左額後，右額前右額後四種。

診斷法 腹部檢查，觸診可以查得枕部與背相連處有一凹陷，但不常易捫得。胎背向後者捫診更難。聽診時如額前方位胎心在腹之側面特別清楚，如為額後方位胎心不甚清楚，並移向腹之正中線。

陰道檢查 胎頭未入盆時較難診斷。如胎頭已入盆，胎膜已破，則可觸得胎之眼，鼻樑，及口腔。但臨診上常因胎兒顏面已腫，易與臀先露相混。惟口內有齦，此可以與肛門分別。此外臀先露排出胎糞極多。

產動理 (1) 額前方位之產動理，額前方位較額後方位順利。產動理與頂先露相彷彿。茲以右額前方位為例申說之。

(a) 頭仰 面入盆額在盆之左後(腋髯關節)，額在盆之右前方。

(b) 下降 胎面隨盆變形，需時甚長。

(c) 內轉 頰部受骨盆阻力故轉向前而至恥骨之後，額近肛門。斯時隨宮縮之強弱

，先露下降，額出恥骨弓，枕骨越會陰而出。

(d) 屈 當胎面出骨盆時，胎頭必須屈，則額部徐徐出會陰。

(e) 外轉 待胎頭已出產道，胎面即旋轉向右。

(2) 額後方位之產動理 其產動理與頂先露枕後方位相同。當胎面入盆之後，內轉可分二種。第一程額部轉過骨盆八分之三計一百三十五度達恥骨之下。可以有自產希望。第二種額部轉向後方，僅轉過盆週八分之一計四十五度。額部深入髓凹如此則胎頭極度伸展，枕部不能越恥骨弓，即用產鉗亦不能拉出。

面先露胎頭之變形極重，胎面水腫，枕額徑加長。輕者一二日內可以恢復，重者則不能吮乳。

預後 面先露之預後因方位而異。額前較額後稍好，然額前尤不如頂先露之枕後方位，額後方位更壞。因面部之組織極嬌嫩。頸部及胸鎖乳突肌易受傷。生產時困難，產後死亡亦多。

治療法 額前方位之面先露可以任其自然旋轉，自然分娩。如旋轉之後而不能自產者，則用產鉗助產。

額後方位因旋轉困難，一待診斷確實可以隨時處理之。如胎面未深定可設法改成頂先露。用湯氏 (Thomas) 方法矯正之。一手入陰道引枕骨下降，一手在腹外推胎胸向後

，壓臀部向前使胎體伸直。如面已入盆深定則改變頗難。如宮縮較鬆軟者，可以麻醉之後施行之。此法不成，則可作內倒轉。如頸部有前臂之趨勢則聽其自然分娩，或用產鉗助產。

如為額後方位，則設法轉成前方位，然後施產鉗。如不能轉動則用碎胎術以救產婦。設額後方位強用產鉗，非特胎兒不能取出，子宮下段必致撕破，母嬰俱亡。

(三) 額先露 額先露為難產中之最不幸者。胎入盆之方位介乎面與頂之間，以枕額徑入盆。此徑為最長而最難變形者。每四千次生產中有一次額先露。依據第一助產學校附設產院一九三五三頭先露生產中額先露每一五七四人中有一人。

診斷 胎頭在盆上口似面先露。胎頭一部進盆但不深定。陰道檢查先觸得前凶門，進一步可摸到胎鼻及胎眼。額縫正橫或稍斜於盆之橫徑。但病人未麻醉時，檢查較為困難。

產動理 額先露乃以枕額徑入盆，此為最長而最難變形者，非經長時間不能隨盆變形。待枕額徑變短，枕額徑增長，胎頭方能固定。入盆之後，額部轉向前。額，眶及鼻根近女陰，在上之顛骨正在恥骨聯合之下。時胎頭必須充分屈，則額，前凶，及枕部先越會陰而出。枕部產出後，胎頭仰，則口及額自恥骨弓之下產出（以上係額前方位之產動理）。如為額後方位鮮有能自產者。胎額及前凶部水腫，枕額徑變短，枕額徑增長，

致胎頭幾成三角形。

預後 產程延長。預後不佳。除非胎兒極小，不能自產。

治療法 (1) 早期可設法變換其胎先露，改成頂先露或面先露。改成頂先露應當改枕前方位，面先露應額前方位。如胎之額在後，轉成頂先露為宜，如額在前則轉成面先露。(2) 如前法無效，可用內倒轉，但事實上有相當困難。(3) 產鉗助產極少能成功者。產母危險太多。(4) 剖腹取胎，如產母陰道未曾受染者可以用之。(5) 最後辦法祇有用碎胎法。

(四) 臀先露 臀先露乃包括臀，足及膝數種之先露，為難產中最輕者。平均每百初次生產有三至四人(早期足期均在內)。如以足產計算，則每百次中僅二、五次。依據第一助產學校附設產院二〇二四七生產中臀先露佔百分之四、三。每二十四次生產中有一人。

分類 (1) 完全臀先露，胎之姿勢與頂先露同，惟以臀代頂之地位而已。二膝屈，足居臀之前。(2) 不完全臀先露。(a) 一或二足至陰道，名單足或雙足先露。(b) 一或二膝先露。(c) 二髖關節極屈，膝關節伸直，足至面部。

原因 (1) 骨盆狹窄，妨礙頭胎入盆。(2) 羊水過多，胎兒小，在宮內隨意活動。(3) 多胎分娩。(4) 胎變形，例如腦房積水。(5) 死胎或不足月之嬰兒。(6) 胎盤前置

。(7) 宮之下端或附近有腫痛。(8) 個人特性，有人常為臀先露。

方位 臀先露以胎之骯骨為標準。以骯與產母骨盆所成之關係分為左臏前，右臏前，右臏後，及左臏後四種。

診斷 孕婦常覺胃部不適，以受胎頭之排擠也。腹部檢查，視診，宮底特凸，因該處有胎頭。觸診時在盆上口可以摸得空洞或凹凸不平之臀。在宮底可得圓而硬之胎頭。至於胎軀幹及胎肢與頂先露不易分別。聽診，可以聽得胎心最清晰處在臏上部或半臏。如用愛克司光則診斷更為明瞭。

陰道檢查 在產前較困難，因胎臀尚未入盆，不易自陰道查明。如已動產，胎膜已破，則可摸得坐骨，骯骨，或生殖器。產程進步，胎糞排出甚多。與面先露分別法已詳面先露診斷法。

產動理 無論為完全臀先露，或不完全臀先露，胎之轉動均同。今以左臏前說明之，共分四部。

(1) 下降 隨宮縮力而向下。但較頂先露慢，因胎臀軟不易使產道擴張。

(2) 內轉 前臀自骨盆之右前轉至恥骨聯合。即雙粗隆徑自骨盆之左斜徑轉至前後徑。胎軀部正向母之左側。後臀轉至盆之後壁。內轉之原因與頂先露同。

(3) 側屈 內轉時同時亦有側屈。胎臀一至會陰，前臀在恥骨下稍停，後臀在會

陰前緣格外前進越會陰而出。會陰愈緊者側屈愈明顯。此種動作與頂先露之仰同。

(4) 外轉 臀部已出會陰，前臀復向右轉，骶部正向前。然亦有時無外轉。

時二腿下垂，胎體隨之下降。至於肩之動轉與臀同。下降時雙肩峯徑居盆之左斜徑。速即下降而內轉，前肩自骨盆之右前轉至恥骨下而稍停。因側屈動作，後肩及臂前進先娩出，前肩及臂次之。如無外力，此時胎體下垂，頸貼近會陰，頸後部貼近恥骨聯合。如宮縮強，骨盆大，胎兒小，臀產絕無困難。胎頭既入盆，枕骨旋轉至恥骨弓之下。額，面，額及頂部越會陰產出。

預後 產母易受染，會陰易破裂。嬰兒之危險甚多。死亡率百分之二十至三十。其原因如下。(1) 胎肩或胎頭被阻不能產出。(2) 臍帶易脫垂。(3) 臍帶因受壓使胎兒早呼吸。(4) 上肢，頸部，或頭部骨折或軟組織受傷。

處理法 產前做外倒轉以矯正胎先露。在預產期前一個月應當施行之。惟初產婦胎先露已入盆者較為困難。大多數可以不用麻醉，少數必須用麻醉使腹部放鬆。用力不可過猛，尤以胎盤在宮之前方附麗者有時可以致分離。先將先露推上，然後將胎頭推向下。少數孕婦一次倒轉之後，越數日又成臀先露，可以再為矯正，即在臨產時猶可試行之。

臨產時之處理法 第一程慎勿使胎膜破裂，蓋水囊為擴大宮口之妙器。但事實上臀

先露最易使胎膜早破。胎膜一破產婦應當臥床以防臍帶脫垂。常聽胎心。膀胱直腸空虛，使宮縮有力。

第二程令胎臀自然機轉。不可早用手術妨胎上肢及肩部之轉動。直待胎臀全出，然後引胎足抽出。助手可以換子宮。術者隨胎之下降而施手術。

胎臀既出即用暖毛巾包裹。以免冷氣激呼吸中樞，而致羊水及血液吸入肺內，待能捫其臍時，則輕將臍帶之一段牽鬆以免受壓。並時時驗其血管之搏動而定胎兒抽出之速度。

胎背已至女陰，將胎之一肩旋轉至恥骨弓下，將臀牽出。然後抬高胎身，使另一肩由會陰越出。或轉前至恥骨弓下如前肩法亦可。

胎肩既出，令胎伏於接生者之左肘上，胎之兩腿垂於臀之兩旁。以左手之中指或食指插入口內。以右手之中指及食指夾住胎頸引胎下降，直至胎頭已下降而妥俯，則隨盆軸之方向抽之。同時助手在盆上口加壓力助胎頭下降。并設法保護會陰。

臀先露抽術時常發生之困難 (1) 臀部滯於盆上口不能下降。例如盆骨狹窄，胎兒過大，盆內或附近有腫瘤。早期診斷確實，可以用開腹產術。如胎不過大，則用手入內，先將胎之前足牽下。但必須注意宮口確實已開全。

(2) 臀部滯於盆下口 因盆下口狹小，胎過大，或胎下肢直伸向上而阻胎體側屈

。處理法，用全身麻醉後，用一手導入陰道，推胎臀向上，并沿大腿前進握胎足拉下。其餘與上述者同。或用鈍鉤引胎下降，惟必須謹慎用之。

(3) 肩峯阻於盆上口 不要用猛力下拉。用一手伸入子宮，找得胎之一手。隨關節轉動，引手下降以免骨折。如法取出另一手。

(4) 胎頭後產 不見進步，易致窒息。如宮口未開全，慎勿用力過度使之破裂。如胎之口腔已能摸到，則以紗布擦清，用半片大窺陰具擴大陰道，使胎兒可以得一呼吸餘地。或用產鉗助產。

(五) 肩先露 胎之方位與母之軀幹成十字形或斜臥子宮內。發病率約一百七十五次生產中有一次。依據第一助產學校附設產院二〇二四七次生產中，肩先露為二百人中有一次。

方位 以胎之肩峯與產母盆週所成之關係分為四種方位。

(1) 肩胛左前(L.S.G.A) 胎頭居母腹之右，背向前，右肩先露出。

(2) 肩胛右前(R.S.G.A) 胎頭居母腹之右，背向前，左肩先露出。

(3) 肩胛右後(R.S.G.P) 胎頭居母腹之右，背向後，右肩先露出。

(4) 肩胛左後(L.S.G.P) 胎頭居母腹之左，背向後，左肩先露出。

原因 (1) 產母宮肌及腹肌太鬆，如生育過多。(2) 羊水過多。(3) 多胎。(4) 胎

頭太大。(5)宮之下段或斜近有腫痛。(6)死胎或早產。(7)心臟形子宮。

診斷 腹部檢查，見宮之形狀異常。其長徑非直豎而成橫形或斜形。摺之在腹之左或右能得胎頭；對側為胎臀。背向前或向後。背向前者胎心在臍下特清，肢體在前則難聞矣。

肛門檢查 胎膜未破之前不易探得胎先露。既破之後則肢體易下垂。肩胛甚清，並可觸得鎖骨及肱骨。入腋部捫得助骨，此與腹股溝不同。如手已下垂，可以分左右而定方位。但慎與下肢分別。

產動理 橫產少數能自然產出。其能自然分娩者分三種。(1)自然倒轉。(2)自然轉出。(3)胎體屈曲產出。

(1)自然倒轉 在胎膜未破之前，或能由橫或斜方位而轉成頂或臀先露。

(2)自然轉出 胎兒較小，骨盆寬大者可以有之。先是手臂及肩入盆，在恥骨弓下擠出。軀幹，臀部，及下肢亦隨後擠出。末後另一肩及頭產出。以上情形祇見於胎兒已死而軟化者。

(3)胎體屈曲產出 胎體雙疊，先產出。下肢及臀隨後亦出。軀幹上部及頭後產出。此種情形見於早產已死之胎兒。以上三種自產之產動理均顯於第二程之末。且須適宜之情形，如骨盆寬大，胎兒小而軟，宮縮強而有力。但任何一種產出法均不能得一足

期生活之嬰兒。

預後 產母以勞累過度，可致宮破裂，或流血而死亡。胎兒被壓易窒息，又以臍帶容易垂脫故死胎數極多。

處理法 在孕末期產前檢查時如為肩先露，應當立即矯正成頂先露。後即用裹腹帶固定之，勿使移動。如頂先露不成，最低限度改成臀先露。

臨產而胎膜尚未破裂時，可施麻醉做外倒轉胎頭下降。產程已進步，胎膜已破，則用雙極倒轉或內倒轉術，其法詳後。

如胎體緊阻於盆上口，羊水已乾，肩已入盆，子宮收縮緊，不能用內倒轉以免子宮破裂。故宜用斷頭術。死胎當然如此辦，即胎兒尚生者，為保全子宮時亦可用之。

(六) 複雜先露 即頂先露而有胎之上下肢垂於先露處。此種情形常見於早產之胎兒。

一經發見，診斷確實，可以將胎手或足上推，使胎頭入盆，如不成則用內倒轉術。

第二節 胎體發育之異常

(一) 胎兒發育過度 在三十五歲以後之經產婦，自身及丈夫之身體魁偉者，胎兒之體格往往隨妊娠之次數而增大。體重可至十一磅，產時困難。

治療法 在三十六星期左右用引產法，使之早產。足期時則斟酌情形用產鉗或剖腹

，如胎兒已死或已不能施行剖腹時則用碎胎術。

(二) 胎兒水腫 可分下列數種。(1) 頭部大，如腦積水或腦膜膨出。(2) 頸部大，如甲狀腺腫。(3) 肩部大，如肩峯特寬，或有腫瘤。(4) 胸部大，如胸水。(5) 腹部大如腹水，腎水腫或腫瘤，肝或脾腫瘤。(6) 盆部大。如腫瘤

(1) 腦積水 重者可積水六至九公斤，頭週徑達七十五釐。顱骨縫特別分離。胎頭阻於盆上口而致難產。腦積水往往與脊柱裂同時存在。頂先露診斷較易，臀先露則診斷頗難。

處理法 放出腦液令其自產。使用產鉗或在盆上口強壓可致子宮破裂，均屬禁忌。蓋此種胎兒在產時即死或產後即死。儘可碎胎，以保產母安全。頂先露在前白門或在矢狀縫刺入胎顱。如為胎頭後產則在耳後刺入。手術並無困難。

腦膜膨出 腦膜自後白門附近及下部膨出成瘤。其中有無腦組織不定。產時可致面先露，額先露，或臀先露。診斷較難。在產時易撕破或擠破，故分娩并無困難。此種嬰兒預後均不佳，如不破可以刺破之。

(2) 頸部大 甲狀腺腫妨礙胎頭俯，致頂先露成額先露或面先露。如為臀先露則妨礙胎頭後產時之頭屈，產前不易診斷，產時不難探知。不易自產。如畸形過重者須用碎胎術。

(3) 肩部大 雙肩峯徑特寬，或有腫瘤者產時困難極多。臀先露更難，臂神經叢易受傷，并易骨折或死產。有時必用鈍鉤或剪斷鎖骨方能產出。如有腫瘤，可以用剪除去，使胎兒產出，以免產母受傷。

(4) 胸部大 胸腔積水使分娩困難，可以刺破胸膜，使水流出，即可自產。

(5) 腹部大 腹腔積水乃因胎兒尿道阻塞或有腎病所致為常見之一病。無論何種先露，產時均受阻礙。如頂先露，胎頭已出而肩不進步，臀先露，胎下肢已出而無進步者均可疑為此病。

治療法 可用穿顱器或剪子刺破腹壁使水流出，或除去內臟即可產出。

(6) 盆部大 如陰囊腫瘤，大抵不致難產。

(三) 怪胎 胎兒之有先天畸形者並非罕見。凡有畸形顯著而足以阻礙局部或全身之發育者謂之怪胎。怪胎大半於孕早期死亡。活產亦僅能生存數小時或數日。產前診斷極難。時致難產。

原因 (1) 內因。遺傳性及精子不健全有關。(2) 外因。(a) 腹部或子宮受外傷。(b) 子宮患病，如淋病。(c) 羊膜或絨毛膜有病，如羊水過多及過少。(d) 孕卵附麗之異常，如宮外孕。(e) 早期孕卵內部發生變化致發育停止。(f) 化學性毒質早期入胎血循環可致怪胎。(g) 羊膜粘連。(h) 梅毒。(i) 維生素缺乏。

分類 分單怪胎及雙聯怪胎二類。單怪胎又分三種。(1)器官缺少。(2)器官畸形或錯位。(3)器官脹大或重複。

雙聯怪胎係單卵性之雙胎。當二胎發育時分離不清，致二胎局部連合而成種種之怪胎。有對稱與不對稱二種。對稱者又分為數種如下。(1)背部聯合，即二胎背聯合，有二頭，上下肢全。(2)雙頭畸形，即二頭，及四上肢，二下肢。(3)併頭聯胎即二頭合併，四上肢，四下肢。連合之地位不同，故差異極多。分娩時大抵困難，鮮能自產者。必用碎胎術分段取出。診斷不易。

第三節 多胎分娩

多胎分娩即一次生育一個以上嬰兒之謂也。最多有七個。最普通者為雙胎，約每八次至九次分娩有雙胎一次。每八千次分娩有三胎一次。每四十萬次有四胎分娩一次。愛爾蘭及俄國多胎分娩較他處為多。法國最少。依據第一助產學校附設產院二〇二四七次生產中，每一四五人中有雙胎一次，未有過三胎，而其中有過四胎一次。

原因 遺傳為原因之一。沿母族遺傳。鮮有沿父族者。

種類 (1)雙卵性雙胎：乃二卵同時受孕。卵由不同之囊狀卵泡而來，或由不同之卵巢而來。(2)單卵性雙胎，子卵之胚區分裂為二并各發育成胎。

雙卵性較單卵性為多。二胎之輕重不同。合計約九磅至十二磅。二卵大抵同時受孕

，同樣發育。然亦有非同時受孕者，但相差之時間決不能太久。因宮內膜已被一胎全佔之後，第二胎即不能有生存之餘地矣。二胎各有絨毛膜及羊膜，胎盤之循環亦不連。性別可同可異。二胎之營養發育相同。然亦有一胎所得之地位不合適，不能發育，中途死亡者，待另一胎成熟時同時排出。

單卵性雙胎有二羊膜，一絨毛膜，及一胎盤。二胎之血循環相通，然所得之營養因地位而殊。此種常犯羊水過多症。二胎性別必同，易有畸形。

雙胎約百分之七十均早產，產母有血中毒，羊水過多或前置胎盤之危險。腹部膨脹特甚。

診斷法 腹部檢查頗難鑑別。因羊水過多，腹部緊張。如腹部較鬆軟者，可以捫得二胎頭及小肢體特多。聽診可得二胎心，其搏動數不同。

陰道檢查 在臨產之前甚難診斷。有時能觸得二水囊。愛克司光為最有用之一種診斷法。雙胎之是否需要早期診斷，在臨診上無大關係。除骨盆狹窄之婦女，雙胎可任其自產。

雙胎之先露有數種。二胎均頂先露計四七·四。一臀一頂計三四·二。二胎均臀計八·四。一頂一橫計五·八。一臀一橫計三·六。二胎均橫計〇·四七。各家所得統計略有差別。依據第一助產學校附設產院一四〇雙胎中，二胎均頂先露者四〇·七，一頂

一臀四○，雙臀一四。三，一頂一橫二。九，一額一橫二。一。

處理法 雙胎分娩宮縮每欠強。宮口開全，可破胎膜俾增宮縮力。一胎既出，即結紮臍帶，勿令失血而妨礙第二胎兒之血循環。然後捫腹部，辨別第二胎之先露及方位。如不正則矯正之，再破胎膜。如不能矯正可做內倒轉術。二孩產生時間相差卅分鐘至一小時。胎盤產出，即刻給縮宮藥以防流血及休克。

雙胎之困難及危險（1）二胎交鎖有時第一胎臀先露，第二胎為頂先露。胎體已出而胎頭被第二胎阻止不能下降，結果窒息而死。宜碎胎犧牲第一胎，第二胎即可產出矣。但此種情形甚少。（2）產後流血，因子宮擴張過大一時不易收縮。故垂體素及麥角流膏必須預備。

第三十二章 胎附物之異常

第一節 臍帶之異常

（一）臍帶脫垂 臍帶脫垂有在胎膜破裂之前及破裂之後二種。與胎兒之生命有莫大之關係。約二百生產中有一次。

原因（1）先露不正常。如臀先露，肩先露，面先露，額先露。（2）胎頭入盆被阻，如盆骨不正常，前置胎盤，羊水過多。（3）胎膜早破，臍帶太長，孕婦直立時臍帶下

垂。

診斷 胎膜未破之前診斷甚難。既破之後往往下垂於陰道之外。初時有搏動並有螺旋。必須與宮破裂腸脫垂分別。

預後 胎兒因血循環受壓欠氧，十五分鐘之後胎即死矣。產母危險較少。除急於料理而染致菌外並易致破傷。

處理法 隨胎兒之死活及宮口之大小而異。

(1) 胎膜未破之前，使產婦臥床，改變臥式，希望宮頸部抬高，臍帶借地心吸力恢復原處。其法分三種。(a) 半伏臥式。(b) 垂頭仰臥式。(c) 膝胸臥式。

胎兒已死，臍帶血管已無搏動，亦無胎心，則任其自然分娩。不必急使產出以免產母受傷。

(2) 胎膜已破則斟酌宮口之大小而定。(a) 宮口稍開用消毒紗布向上推送，阻臍帶下垂。此法不成即用橡皮導尿管，以絲線穿入管內。以臍帶扣在線圈內，不鬆不緊，隨導尿管向上推送。然後將導尿管抽出，絲線仍留宮內。或用血管鑷夾臍帶之表層，勿傷血管，向內推送。或用一種特製之器具托臍帶向上，然後令產婦作半伏臥式。(b) 宮口半開，病人用麻醉藥，以手入陰道送臍帶至宮內。設法附於胎之肢體上不令下垂。(c) 宮口已開全，頂先露胎頭高者或肩先露做內倒轉術，胎頭低者用產鉗助產。臀先

露用抽術。

(二) 臍帶之長短異常，附麗異常，扣結等已詳前章。

第二節 胎膜異常

(一) 胎膜早破 在分娩前數星期或產兆發生時破裂即成乾產。腎先露往往有之，使產程延長，胎死，或羊水流入脫膜而致發炎，胎兒即或不死，發育亦往往不良。治法詳本書第十六章。

(二) 胎膜遲破 因胎膜太厚，胎將出尚不破裂。應即手術破。當宮縮時胎膜膨脹時施行之。

第三節 胎盤之異常

(一) 前置胎盤 分娩時子宮頸及子宮下段擴大。凡胎盤之一部分或全部附麗於該擴大部分者謂之前置胎盤。依附麗於宮頸之多少，分為中央，邊，及側三種。胎盤下緣居子宮內口者曰邊前置胎盤。宮口一部被胎盤遮蓋者曰側前置胎盤，宮口完全被其遮蓋者曰中央前置胎盤。

發病率 約一千次生產中有一次。邊及側前置較中央者為多。

原因 經產婦較初產婦為多，慢性子宮內膜炎，產後子宮復舊不全，多胎分娩，及胎盤太大等。

病狀 無原因，無腹痛，在妊娠末期（即三十星期之後）陰道流血，大多數為前置胎盤，流血為最引人注意之病狀。來勢極速，然忽停忽顯，多少不定。大抵漸次增加。腹不痛，時因血塊積於產道，稍覺漲滿。全身病狀則隨失血多少及遲速而異。失血太多者病人面色蒼白，脈快而微，手足涼，出冷汗，呼吸快，最後驚厥而死。

診斷 腹部檢查，如胎盤在前，捫時宮下段特軟，先露遲遲不進盆。陰道檢查，當宮口未開時可以覺宮下部特寬，大血管搏動甚顯。肛門檢查亦有同樣感覺。宮口已開，以手指伸入子宮內口，可以觸得粗而不平之胎盤，但宜慎與血塊分別。

鑑別診斷 (1) 水泡狀胎塊。在孕早期發現，無胎之存在，有葡萄狀胎塊流出。(2) 宮頸息肉，可致流血惟量甚少。陰道檢查可以摸得一定之界限。(3) 宮頸內惡性腫瘤，在分娩早期分別較難。宮頸開大後不難診斷。倘有疑難，則作病理切片檢查。

治療法 最近用開腹產術。如無此種設備，酌量宮頸之大小而定。

(1) 宮口未開 外陰部消毒。陰道填塞紗布，用裹腹帶及丁字帶包好，不令流血，然後令病人靜臥。此類方法祇為救急而用。蓋大量流血時收效極少。而反有引起產褥熱之危險。故在有醫藥設備之區，送院為妙。

(2) 宮口稍開 (a) 破胎膜做雙極倒轉術，引胎足至宮口。胎足既下，即利用止血並助宮口擴大。惟用力不能太猛，一則胎兒受傷，二則產婦組織破裂。用之不慎，

嬰兒之死亡率達百分之七十，產母之死亡率達百分之十至十二。慎用之則產母死數僅百分之三至五。(b) 用利氏囊法 破胎膜之後，即以皮囊塞於宮之下部。然後灌水使膨大，用以止血並擴大宮口。胎兒死數較少。

側前置胎盤，只要破胎膜，流血即止。如胎頭不前進，則施用衛立氏攝 (Willet's forceps) 夾胎兒頭皮。攝柄包以布條，下掛二磅重之錘引胎下降。

(3) 宮口已開全 頂先露胎頭低者用產鉗，胎頭高者或肩先露用內倒轉。臀先露用抽術。

晚近剖腹手術用途甚廣。如為中央性前置胎盤，流血太多，陰道未被檢查，初產婦胎兒已有生活希望者當然剖腹為標準治法。蓋母嬰雙方均較安全也。

產後之料理 胎兒既出，即刻取出胎盤，並用熱鹽水洗宮，立刻注射垂體素一耗。恐失血之多少注射鹽水或輸血。抬高床尾。保持病者體溫，並給小量強心劑以防休克。產後應服補血劑。

併發症 產後流血，受染，靜脈炎，及貧血，均為普通併發症。流血原因尤以宮頸破裂為多。蓋急於施行內倒轉或產鉗使然也。

(二) 胎盤早期分離 在孕末期胎盤忽然局部或全部分離，流血甚多。此種情形亦稱意外流血。

原因 (1) 孕期血中毒或慢性腎炎。(2) 子宮內膜炎或蛻膜退化。(3) 外傷，忽然受傷，或震動，跌倒，被打等。

流血分為三種。(1) 顯性流血 血液由陰道流出，量甚多，顏色鮮紅，并有血塊。病人短時間內即有失血之症狀，如面色蒼白，頭暈，脈速等。子宮本身之大小容積，及硬度無大改變。陰道檢查不能摸得胎盤，此所以與前置胎盤不同也。

(2) 急性流血 凡血壓高，血中毒，及腎炎之孕婦易得此種流血。血液積在胎盤與宮壁之間，滲於宮壁及宮附近組織內。陰道檢查宮口未開，亦無血液。腹部膨大劇痛。捫時宮甚硬而有觸痛。病者有失血之病狀，不安靜，休克，而至死亡。胎兒亦死。

(3) 混合性流血 陰道流血，宮壁內亦有血滲入。所以此種流血亦更危險。蓋病之輕重不能單憑外出血為斷。須知子宮之情形而定之，蓋內外同時失血也。

預後

產母死亡率

胎兒死亡率

顯性

百分之五至十

百分之四十至五十。

隱性

百分之五十至六十

百分之百。

混合性

百分之二十

百分之五十以上。

鑑別診斷

與前置胎盤之分別法

胎盤早分離

前置胎盤。

- (1) 起病快。
- (2) 痛。
- (3) 流血(分內外二種)。
- (4) 流血多而速。
- (5) 一次流多。
- (6) 或有受傷之歷史。
- (7) 病人所顯病狀比失血量為重。
- (8) 無胎心。
- (9) 胎膜破仍流血。
- (10) 連續流血，宮縮時較少。
- (11) 有血中毒病狀。
- (12) 腹脹大緊而痛，并有觸痛。
- (13) 宮梗加木，不能捫得胎體。
- (14) 宮口無胎盤。
- (15) 易摸得胎頭(陰道檢查)。
- 治療法 胎盤早離極為危險，往往不救。
- 起病稍緩。
- 無痛。
- 總是外流血。
- 較少而緩。
- 流而復止。
- 無受傷歷史。
- 與失血量相符。
- 有胎心。
- 可以止「除非中央性」。
- 宮縮時特多。
- 甚少。
- 無改變。
- 正常。
- 有胎盤。
- 胎頭未定，胎膜不凸。

(1) 顯性流血 如有產兆，有強度之宮縮，即時破胎膜流血自止。分娩自然進步。若僅一部胎盤分離或可得一活孩。

如無產兆，則先止血。用紗布填塞陰道。用裹腹帶包腹，其法詳上節。紗布留在陰道內凡二十四小時，希望可以引起產兆。如不成，最近斐氏 (Bethel solomons) 主張破胎膜，并同時注射垂體素半耗及嗎啡〇・〇一五克。

(2) 混合性流血 與無產兆顯性流血同樣治療。垂體素及嗎啡可以每六小時注射一次。

(3) 隱性流血 最好用開腹產術。並酌量宮壁滲血之情形而定應否除去子宮，以免流血太多。此法近來認為最妥當之一種。苟用引產法或注射垂體素等，少數可得免於死。尤在滲血太多之宮則無止血之希望，產母必危，胎兒必死。

擴大宮頸，做內倒轉，亦為治療法之一種。惟病人流血太多，再加上手術之痛苦更易休克。故此種方法僅能用於宮頸鬆軟，失血較少之產婦。

(三) 粘連胎盤 胎兒產出後胎盤之一部或全部不分離，引起流血。

原因 (1) 助產者不善料理。胎兒產出之後妄用愷德氏法擣胎盤，結果適得其反。(2) 子宮內膜炎，梅毒腎炎等。(3) 早產之胎盤分離較難。

治療法 (1) 用愷德氏法擣出胎盤，(2) 如流血甚多，上法無效，則用手術取胎

盤法。產婦及助產人必須重消毒。以一手入宮腔，一手在腹部緊握子宮。手既入陰道，循臍帶至胎盤處，覓其分離部分。即將手指插入胎盤與子宮壁之間，將手左右往返使其分離。於是一手輕握胎盤，等候子宮收縮，即隨勢將胎盤取出。慎勿在子宮放鬆時取出，以免子宮內翻。胎盤既出，再用手入子宮腔檢查胎盤是否全部取出。以後酌量宮縮及流血情形料理之。詳細止血方法當詳產後流血章內。

施用手術，當施醉麻以免休克。消毒必須嚴密，蓋手術取胎盤為最危險之一種產科手術也。因醫師之手直接與宮壁相觸，該處血管未閉，細菌侵入之機會太多。

第三十三章 產道軟組織異常

產母軟組織不正常亦為難產之重要原因。

(一) 會陰強硬或陰裂狹窄 高年初產婦，發育不良之婦女，陰道有腫瘤，或前次生產受傷太重結成瘢痕，均可阻礙胎頭進步。

治療法 用麻醉後設法以手指擴大之，或用陰脣切開術，免破裂不整齊，縫補困難。如有腫瘤或瘢痕太緊防礙胎兒產出者，則行開腹產術。

(二) 陰道阻塞 發育不全，陰道發炎（梅毒淋病等），受傷後之瘢痕，腫瘤，肛門膀胱有腫瘤延及陰道，或陰道發育異常中有橫膈，皆為陰道阻塞之原因。

治療法 輕度狹窄，胎兒下降時自然被擴大。腫瘤或發育異常，可用外科手術割除或矯正之。如阻塞太多，則應當用開腹產術。

(三) 宮頸異常 (1) 外口強硬。致病之原因，(A) 器官性，又分發炎性及腫瘤性。(B) 官能性，又分痙攣性及體質性。

宮頸發炎之結果，局部組織肥大。梅毒及淋病為發炎之最重要原因。分娩時宮頸擴張較難，往往引起難產。

宮頸腫瘤 常見者有三種即宮頸癌，肌瘤，及息肉。惡性腫瘤應早期診斷，早期治療。即孕初期，亦應當除去胎兒，并切除子宮以絕後患。如為良性瘤，則視其大小而定由陰道產或用開腹產術。

痙攣性強硬常發現於神經過敏之初產婦。胎膜早破，膀胱直腸脹滿，亦為可能之原因。

治療法 服鎮靜劑，如鴉片酒，溴化鈉，水化氯醛。並可注射嗎啡，宮口自然展開。慎勿用指擴張術。

體質性宮口強硬並無特別發病原因，乃個人之特性。宮口不易展開，致胎膜早破，受染或死產。常見於高年初產婦，惟少年初產婦亦可有之。

治療法 與痙攣性同樣治療。無效，再用指擴張術。為預防受染，陰道內可以注射

消毒液體。為顧全嬰兒，尤以高年初產婦，有時剪開宮頸施產鉗，然後縫補。惟產母受傷太多，萬分能避免最好不用。寧可勸用開腹產術。

(2) 宮頸水腫 宮頸水腫尤以前脣為甚。胎頭被壓於恥骨弓之下，宮頸正被擠在中間。可以任其自然。或用針穿刺，水放出腫即消退。

(3) 宮頸閉鎖 受孕之後宮頸發炎而致閉鎖。分娩時發生困難。

治療法 等待宮縮強大，壓胎頭下降。宮頸處肌肉稍薄，則作十字形切開，施用產鉗，然後縫合。

(四) 縮復環 (班德氏環) 產程延長，胎方位先露異常，致子宮收縮極度，宮之中段即生一環，致妨礙胎之進步或致宮破裂。在此種情形下極少能剖腹者，故祇可作碎胎術。

(五) 產道鄰近組織異常 子宮附近包括卵巢，直腸，膀胱，陰道等器官。如任何處發生改變，或腫瘤，均可妨礙胎頭下降而致難產。

肌瘤在宮後下部，產時妨礙胎頭下降。即或產出，易有產後流血，胎盤不分離等患，故除開腹產術外別無他法。

卵巢囊腫亦可致難產，應當早日施行手術以免妨礙胎之發育並難產。
陰道腫瘤其困難適與前二者相同。

直腸或膀胱脹滿，尤以經產婦陰道前壁膨出，往往妨礙胎頭前進，故必須使膀胱及大腸空虛。

第三十四章 骨盆之異常

分類 種類複雜。茲依據邵 (Schauta's) 分類如下。

(I) 因發育不良所致者。

(一) 正大骨盆。

(二) 週圍狹窄骨盆。

(三) 非佝僂病性扁骨盆。

(四) 漏斗形骨盆。

(五) 偏斜骨盆 (髓翼一側發育不全)。

(六) 橫行狹窄骨盆 (髓翼二側發育不全)。

(七) 分裂骨盆 (恥骨發育不全)。

(八) 混化骨盆。

(II) 因患病或受傷所致之畸形。

(一) 佝僂病。(1) 佝僂病性扁骨盆。(2) 佝僂病性周圍狹窄骨盆。

(二) 骨質軟化病。

(三) 骨盆腫瘤。

(四) 骨折。

(五) 退化或壞死。

(六) 骨盆關節有病。

(III) 因脊柱患病所致之盆骨畸形。

(一) 脊柱後凸。

(二) 脊柱側凸。

(三) 脊柱前凸。

(四) 脊椎脫位。

(IV) 因下肢骨患病或受傷所致之盆骨畸形。

(一) 髖關節炎。

(二) 股骨脫位。

(三) 下肢殘廢。

第一節 因發育不全所致之畸形。

(一) 正大骨盆 此種骨盆極少，僅體格特大之人及少數普通體格者有之。盆腔極

大，胎頭進盆容易，常犯急產。

(二) 週圍狹窄骨盆 此種骨盆常發現於身材短小之女子，並無佝僂病之狀，體格尚屬健康，量盆時測知盆之各徑均短。陰道檢查，骶前角可以摸得，但並不特別凸出。胎頭不易進盆。足期臨產，胎頭依然活動。往往不能自產。

產動理 胎頭必俯甚由盆之斜徑進盆。陰道檢查時，頗易摸得後白門。產程進步甚慢。因胎頭必極度變形方可下降。故必用產鉗助產，或命產婦作垂腿仰臥式。如相差太多則宜用開腹產術。內倒轉絕對禁用。

狹窄骨盆又分為數種。(1) 男性骨盆，骨質堅厚，上下口均小，恥骨弓狹窄。(2) 矮人之盆，發育特別慢，軟骨尚未骨化。(3) 小兒形骨盆，骶骨窄，前後徑比橫徑大。

(三) 非佝僂病性扁骨盆 前後徑特短。骶骨向前而骶凹變淺。常見在第一第二骶椎連接處有一結節，時誤為骶前角。盆之橫及斜徑無改變。

原因 嬰兒坐起太早或坐之時間過久，幼時頭或背部負重，及遺傳性均有關係。

診斷 骨盆前後徑狹窄，其他各徑幾正常。骶恥產徑普通在八釐以上。盆下口橫徑無改變。胎頭不易進盆。

(四) 漏斗形骨盆 凡骨盆之坐骨結節間徑狹窄至七·五釐以下。而他徑正常者謂

之漏斗形骨盆。

原因 混化骨盆，男性骨盆，腰骶部脊柱後凸，脊椎脫位，及種族遺傳性均可引起漏斗形骨盆之形成。

診斷 在產前檢查時，盆徑均正常，惟坐骨結節徑特別減短在七·五種以下。外測時即可證明之。為診斷確實，及施用處理法，應當測量盆下口後直徑（即自尾骨尖至盆下口橫徑中點之距離）。如在動產以後，胎頭已達盆底，胎頭內轉完全，宮縮正常，而胎頭阻於兩坐骨之間不見進步，即可疑為漏斗形骨盆。

產動理 胎頭入盆而達盆底。因下口太窄而被阻。致胎頭過俯，適如一般狹窄之盆相似。如因脊柱腰骶部後凸而成之漏斗盆，胎頭往往不能入盆。如因脊椎脫位而成之漏斗盆，則決不能自產，凡漏斗形骨盆往往易成額先露或枕後方位。

因恥骨弓狹窄，胎之枕部不易自前方產出，僅能向後方壓擠致會陰及提肛肌破裂，尾骨受傷。如骶骨太向前凸，則胎頭不能娩出。如免強施用產鉗，則陰道及盆底軟組織受傷甚重。

處理法 如決定為漏斗盆，坐骨結節間徑在七·五種以下者，分娩時每感困難，必須用產鉗助產。如盆下口後直徑少於八種者自產每不可能。如坐骨結節徑在七種以下，後直徑在七·五種以下者，則必須用開腹產術或碎胎術。

臀先露在漏斗形骨盆生產非常困難，蓋胎頭不及隨盆變形也。如用產鉗則產母受傷甚重。高年初產而為漏斗盆者，產母受傷迨不可免。嬰兒死數亦高。應用開腹產術。

(五) 偏斜骨盆 髖翼一側發育不全，故影響脊柱及骨盆之彎度，並致髖關節強硬。因該側受壓較重，故骨盆向後向內傾斜。髖恥聯合處之彎度減小，恥骨聯合移向一側。前後徑無大改變。斜徑及橫徑減小。

診斷 普通外測量不甚明瞭。必須測量其二側各處之徑相比較是否對稱。

治療 如早期發現，用開腹產術。晚期發現則用碎胎術。產鉗鮮能得良好結果。

(六) 髖翼二側發育不全又稱橫行狹窄骨盆。髖翼二側均未發育。二邊狹窄，決不能自產。故除開腹產術外別無他法。所幸此種骨盆甚少。

(七) 恥骨發育不全又稱為分裂骨盆。此種骨盆甚少，大抵與膀胱及生殖器發育不全同時存在。二恥骨分離，僅有纖維組織連繫之，盆之橫徑增寬。

(八) 混化骨盆 卽末腰椎骨同化為髖骨之一部而髖骨變為六塊。成第一髖骨變形而成腰椎骨。骨盆之彎度改變。大抵與軟骨病有連帶關係。生產困難。

第二節 因患病或受傷所致之畸形

(一) 因佝僂病致之骨盆畸形 骨盆之改變以軟骨病為最多。有扁平骨盆及周圍狹窄骨盆二種。

(b) 佝僂病性扁骨盆。軟骨病發現於二歲以前之兒童。正在學步之時。因下肢之托力向上，脊柱之壓力向下，又加肌肉牽動之力故骨盆變形勢所不免。二髌翼向內，致髌前上棘間徑與髌嵴間徑相等或較長。骨盆之彎度改變。二坐骨結節分離較寬，故此骨弓變寬。髓骨之變形最甚，髌前角特凸。其左右及上下之凹面均變平，重者且向前凸。真髌前角之下每有假髌前角存在，臨產時妨礙胎頭進步，檢查時每易混淆。最重要之時形即盆上口變扁。故稱扁骨盆。重者盆上口成腎形。恥骨產徑減短三種。橫及斜徑正常或較大。小骨盆變淺，盆下口增大。

佝僂病性扁骨盆之產動理 扁平骨盆易發生異常之先露及方位。茲以頂先露說明其產動理如下。

(a) 胎頭側偏 因髌前角特凸向前，胎頭不易進盆，致偏向一側。且於盆上口留有空隙，常使臍帶脫垂。因雙頂徑較盆上口前後徑長不易進入，故頭滑向一側。同時稍屈，以較小之雙顛徑由恥骨產徑下降。雙頂徑則居較闊之處，正對髌髌關節。

(b) 胎頭由盆之橫徑進入 胎頭僅能於橫徑入盆，因此徑為盆上口最長之徑。斯時矢狀縫正與盆上口之橫徑平行。

(c) 胎頭側屈 此為最重要且常見之動作。即胎頭向一肩傾斜，使一頂骨先露。常見者為前方之頂骨先露，即胎頭向後肩傾斜。後方之頂骨徐徐由髌前角擠下，前頂骨

則由恥骨聯合後滑下。時間之遲速則視盆徑扁至若何程度及宮縮之強弱而定。數小時至數日不等。故嬰兒產下時頂部顯有被擣之傷痕。右方位傷痕在右頂，反之在左頂。胎頭水腫甚顯。胎頭既入盆，內轉開始，其產動理適與正常者無異。經盆下口無何困難，即初產婦亦能自產。

後頂骨先露，即胎頭傾向前方。此種方向正與前述者相反。然以宮縮力之方向不能與先露入盆方向相符故多難產。早期診斷應設法矯正成前頂骨先露。蓋此種情形，產鉗既困難。內倒轉更不成。

(2) 佝僂病性周圍狹窄骨盆 周圍狹窄之盆較之扁盆更壞。發生之時間及原因與扁盆相同。一般之病狀亦與佝僂病有關。下肢及胸部改變頗多。處理法則視其狹窄之程度而定。

(二) 骨質軟化骨盆 此種骨盆之改變在成年時期發現。男女均有，惟女子較男子多十餘倍。婦女於生育期內患之。孕期及產後更易罹此。地方性亦為原因之一。如來因河流域，意大利，匈牙利，中國北部等處常能發現，起病原因為環境及飲食不宜。亦有謂與內分泌作用有關者。晚近北平協和醫學院馬士敦教授研究之結論謂，其主要原因為飲食不良，缺乏礦鹽類，尤以鈣之缺乏為甚。陽光及空氣不良為附加原因。與卵巢無何關係。故給以充分之魚肝油及鈣鹽即可見效。

病狀 起病極慢，病勢漸進。最初分娩并無異常，以後懷孕下肢及腰部無力，行走不便。投乳期病狀減輕。以後妊娠次數增加病狀愈重。盆腔變窄小不能自產。

骨質軟化 骶前角及骶骨均向下而前。盆上口扭轉盆之兩側內陷，故盆上口成三角形。恥骨弓極度狹窄，兩坐骨結節幾相遇。二腿合併，病人全身姿勢改變。

診斷 因變形極顯，診斷不難。

治療 骨盆已經改變，決不能恢復原狀。在產前給以充分之養料，如魚肝油，鈣，空氣，陽光等。希望胎兒能發育完全，足期剖腹，為唯一助產法。並酌量情形除去子宮，以冀絕孕。

(三) 骨盆腫瘤 骨瘤常見於恥骨聯合後面，骶髭關節前面，骶凹，及髂恥線等處。可以妨礙胎頭入盆。

骨瘤，軟骨瘤，癌，淋巴腺腫，及肌瘤，均可在骨盆發生。除骨瘤外均可變為惡性。妊娠期腫瘤增長特速。倘瘤向盆腔生長，分娩時除施行剖腹術外，預後極壞。產母死數百分之五十。胎兒死數百分之八十九。

(四) 骨盆骨折 骨折之後，因愈合不佳，致骨盆變形，產時發生阻礙。

(五) 退化或壞死之骨盆 髓白因病穿破，髓關節不能運動，故髂翼二側受壓不同而變形。往往致偏斜骨盆。其結果與上節所述之斜盆相似。

(六) 骨盆關節有病 髖關節有病或強硬較為常見。恥骨聯合強硬則甚少。尾骨早期強硬或骨折之後強硬，在臨產時可以切除尾骨，慎勿用產鉗助產。

第三節 因脊椎有病所致之骨盆畸形

(一) 脊柱後凸 脊柱有病與骨盆之關係完全視地位而異。如患處在胸部其影響於盆骨較少。如在腰部則與骨盆之關係極為密切。

髖骨之上部向後，尾骨向前，二坐骨移向內，故盆上口增大而下口減小。盆之彎度減小，橫徑上寬下窄。故胎頭往往在盆底受阻。

胎頭於盆之前後徑進入。枕骨往往在後而成後方位。分娩困難。故在產前必須詳查盆骨之內徑是否能容胎頭入盆。以坐骨結節徑之大小而決定用何種手術。正常者令其自然分娩。稍窄者如係活胎則引早產及產鉗助產，死胎則作碎胎術。再小則用開腹產術。

(二) 脊柱前凸 與後凸同。

(三) 脊柱側凸 如凸出部在上部，影響盆骨甚少。大抵與軟骨病有相當關係。如在腰部則骨盆傾斜。

(四) 脊椎脫位 腰椎骨下降，不與髖骨相接，故盆之容積大減。髖骨向後，脊柱下降。診斷不難，惟必須與骨質軟化及脊柱後凸分別之。脊椎脫位必有意外受傷之歷史。

處理法 活胎用開腹產術，死胎用碎胎術。

第四節 因下股骨患病或受傷所致之骨盆畸形

骯關節炎，受傷，或脫位，股骨折或患病，均能影響骨盆致兩側之高低不等。所受之壓力不同，日久則骨盆變形。斜盆居多數。故此種病人產前必須照愛克司光以診查骨盆之變形如何，是否能容胎頭經過，然後決定處理法。

第五節 畸形骨盆之診斷法

(一) 視查產婦之姿勢，身長，下肢是否正常，並問已往生產之歷史。如初產婦在三十六星期之後，腹部下垂，胎頭不入盆，必須疑其骨盆異常。

(二) 量盆必須正確，除普通外測量外，必做內測量。關於內測量法種類極多，常用者為手指測量，在八月之後必須消毒後施行之（做法參攷本書生理產科）。

(三) 愛克司光可以計算盆骨之確實大小並可見其畸形之真相，近來用之甚廣。最重要者乃測量胎頭與骨盆之比例。

(四) 如胎頭太大，即正常之骨盆亦能致難產。如胎兒小亦能在稍狹窄之盆內產出。其測法如下。令產婦仰臥，醫者立在其左側。右手在腹外握住胎頭向盆腔內推送。以左手插入陰道測胎頭是否有下降之意，並以左拇指在盆上口測頭與骨盆之比例。

第六節 狹窄骨盆分娩時之處理法及產科手術之決定

(一) 自產。骨盆之體恥產徑在八·五厘米以下者，自產之可能性漸漸減少。胎頭雖能隨盆變形，第二程延至六或七小時而自產，但產婦之苦惱及嬰兒窒息之危險甚多。自產須本下列之條件而定。(1) 骨盆之寬度。(2) 胎頭之大小方位及硬度。(3) 子宮之收縮力。

輕度狹窄骨盆在青年初產婦不願遽用剖腹手術，故在產前可施引產法。在第一程開始後，視胎頭是否有進步，然後再決定之。故平常分三種方法處理之。自產乃最完美結果，早期引產希望免去難產，開腹產乃最後辦法。

(二) 內倒轉。舊時謂輕度狹窄骨盆，內倒轉亦為助產之一法。惟以晚近之結論，知產母及嬰兒之危險極大，故用途較小。

(三) 產鉗。骨盆之體恥產徑在八·七厘米左右者，產鉗之結果甚好。較小則嬰兒之危險增加。據各國之統計如下。

體恥產徑 嬰兒死亡數。

八·七厘米以上 百分之十至十五。

八·七厘米 百分之二十五。

七·五厘米 百分之五十。

如體恥產徑在八厘米以下者，最好不用產鉗。尤以頭胎不能入盆，或僅有胎頭變形部

入盆者，慎勿施行之。更禁用猛力，不然母嬰雙方之危險均大。

在不得已情形下施行猶軸把高產鉗時，使產婦作垂腿仰臥式，盆之前後徑可以增大。○·四種，對於胎頭下降不無小補。然坐骨結節徑狹窄者例如漏斗形盆，施用產鉗往往困難。

(四) 恥骨切開術 用途甚少。近來均不用此法。

(五) 引早產 輕度之狹窄骨盆或有難產歷史者，留胎過三十六星期，即可用引產法。蓋斯時胎尚能經過骨盆也。

(六) 開腹產術 骨盆確實狹小且為活胎，應當採用開腹產術。平常骨盆之骶恥產徑在八·八釐以下者，應試驗胎頭是否能進盆，然後用此術。如骶恥產徑在六釐以下者，胎兒即或已死亦應當剖腹。蓋碎胎後胎兒亦難由陰道取出也。

(七) 穿顱術 此術用於胎兒已死，骶恥產徑在六釐以上，產婦已用過產鉗或被汚手查過，不能施行剖腹產術，為救產婦之生命時出之。

第三十五章 分娩時產母之受傷及急變

第一節 產母骨盆受傷

(一) 恥骨聯合分裂 大多數因施行產鉗或抽術時用力過猛所致，亦有自然分裂者

。尿道往往受傷，產婦非常苦惱。治療法，用綑帶包緊或用粘膏條貼緊。臥床靜養即可痊癒。

(二)尾骨折 常見於自產者。分娩時病人並不覺痛苦，以後覺肛門後或部甚痛。蓋提肛門肌大受影響。作肛門檢查即可診斷明瞭。治療法即將已斷之尾骨除去。

第二節 產母軟組織受傷

(一)女陰受傷 大小陰脣，前庭等處有時可以撕破。如傷口深並有流血，應當縫合以免受染。

(二)陰道及會陰受傷 初產婦會陰及陰道受傷者甚多。以其破裂之輕重分為三種。

(1)第一程破裂 裂處常在正中，少數偏側。僅陰脣繫帶向後破裂。傷口之長不得過四分之三英寸。為保持陰道口原位，並免受染，必須縫補。最好用絲線。迄傷口長合即可除去。

(2)第二程破裂 破裂直至肛門附近。提肛門肌已撕裂。會陰附近之組織均被撕破，惟肛門括約肌未受傷。嬰兒產出後，必須詳細檢查其破裂之地位及輕重而縫補之。

(3)第三程破裂 肛門括約肌已破。陰道與肛門相連。此種破裂為不常見亦不應當發生者。最令產婦苦惱。故縫補及產後之護理非特別小心不可。希望括約肌復能長合。

。詳細縫法詳第四十二章。

(三)宮頸破裂 宮頸輕度破裂，為初產婦所不能免。無須縫補，自然痊愈。本節所述乃以宮口未開全，急用手術助產所致者。產鉗或抽術能致宮頸破裂甚重。他如宮頸強硬，癢痕，癌，慢性炎，及高年初產均可使宮頸破裂。如血管撕破即有大流血之患。如未及血管，細菌亦可隨傷口侵入延及子宮。故受傷較重者必須善為縫補以免後患。其法將宮頸拉下，用羊腸線縫合。並以紗布填塞陰道。腹部用裹腹帶。其目的乃減少局部血循環。紗布於四十八小時後取出。

(四)子宮破裂 子宮破裂為產科病中最危險之一種。

原因 (1)上次用開腹產術者。(2)上次曾用手術取胎盤者。(3)用過剖宮手術者。(4)子宮有絨毛膜上皮癌者。(5)子宮肌脂肪性變。(6)骨盆狹窄，使胎先露滯於盆上口，宮有縮復環。(7)橫產，面及額先露，或枕後方位。(8)腦積水。(9)強用內倒轉或高產鉗。(10)誤用垂體素及麥角製劑致宮縮過強。(11)子宮發育不全。以上諸原因尤以橫產及骨盆狹窄，妨礙先露進行，引起宮縮過度及強直性收縮，致宮破裂者為多數。其次則為上次有開腹產術歷史者。

病狀 在未破裂以前有前驅期症狀。例如體溫升高，脈搏增快，腹下部疼痛，陣痛間隔變短。以後即為強直性收縮，成縮復環。至病人頗不安靜，則與破裂期不遠矣。

破裂當產婦清醒時，即大聲疾呼。如當麻醉時，尤以施行手術時致破裂者，則有衰弱，子宮形狀改變，及陰道大流血。流血之多少及症狀之輕重隨破裂地位而易。有完全破裂與不完全破裂二種。完全破裂時胎兒可入腹腔，腸子可由子宮破裂處下垂至陰道之外。

預後 胎兒預後不佳，極少能剖腹產出而生活者。產母亦不佳，因易受染，並有流血休克等。即或有醫院之合適料理危險亦甚多。

診斷法 未破裂前之症狀。(1) 病人不安靜，脈快，呼吸快，體溫升高。(2) 宮縮強而不規則。(3) 宮硬而升高。(4) 成縮復環，適如膀胱脹滿。(5) 宮有觸痛。

破裂以後之症狀(1) 病人顯休克或貧血。(2) 宮縮停止。(3) 流血(外內不定)。(4) 胎兒入腹腔，內臟脫垂。

治療法 (1) 預防破裂。因骨盆狹窄致先露受阻時，不能免強刺激子宮。肩先露如宮縮緊，勿強作內倒轉術，應作斷頭術。腦房積水應當刺顱。如產程延長，應當注意產婦光景使之休息，並嚴密消毒。

(2) 已破裂之後，如胎兒尚在宮內，設法由陰道取出。如已入腹腔，即不必由陰道取出。宜診查破裂之輕重而定治法。

如為不完全破裂，可用紗布填塞破裂處，並用裹腹帶包緊腹部，注射垂體素。希望子宮收縮，使破裂處漸漸長合。紗布於四十八小時後取出。痊愈之後，應診查是否當除去子宮。深恐癒痕處在以後懷孕時破裂也。

如為完全破裂，則應立時剖腹取出胎兒，截除子宮，並酌量情形由陰道引流免致腹膜炎。並給鹽水補血劑使之早日恢復。

(五)子宮內翻 子宮內翻甚少，約二萬七千生產中有一次。

種類 依內翻之輕重分為三種。(1)宮底之中部向下陷落。(2)宮底全部陷落至宮頸之內或外。(3)宮體全部下垂至宮頸之外或陰道之外。

原因 (1)子宮缺乏收縮力。(2)腹壓力增大，如咳嗽，嘔嘔，腫瘤。(3)壓擠胎盤不得法。(4)臍帶被牽引太甚。

病狀 急性或完全內翻者病狀甚急。產婦即時有休克及流血症狀。慢性及小部內翻往往無何病狀而成慢性內翻，致陰道不時流血。

預後 近來消毒法及產科技術進步，故預後較往昔良好多矣。

治療預防法 (1)不牽引臍帶。(2)勿急將胎兒由陰道拖出，深恐臍帶被牽過甚。(3)胎盤未分離，子宮不收縮時不急用力擠出胎盤。(4)子宮收縮不佳不應離開產婦。

已經內翻 (1) 用整復術。施用麻醉并嚴密消毒，將胎盤分離，然後以手將子宮送至原位。內填消毒紗布並注射收縮子宮藥品。紗布於二十四小時後取出。以後以熱水洗宮。

輕度內翻，可以不用手術，自然退回。慢性內翻最難矯正。可用子宮回復器將內翻部送回。

(六) 尿道肛門受傷 因生產而傷及膀胱，尿道，直腸，及肛門而成瘻管者並非少數，與產婦大有妨礙。

(1) 膀胱陰道瘻 手術助產時膀胱撕破，滯產因胎頭之壓迫組織腐爛，而致膀胱破裂，小便由傷口溢出，斯時病人小便不能自主。

診斷法 如瘻甚大，可由陰道窺器看到，或手指可摸到。如瘻甚小則注射消毒有色液體於膀胱之內，視察該液體是否由傷口滲出。

治療法 如係手術撕破者，可以立時縫補。如係腐爛而成者，則隔時縫補。

(2) 尿道受傷 高產鉗或恥骨切開術，可以致尿道受傷，當立時縫補。

(3) 膀胱括約肌撕破 使用產鉗之前未曾導尿，膀胱括約肌可以撕破致小便不能自主。咳嗽或打噴嚏時小便即排出。經久不癒，不易治療。但必與膀胱炎及括約肌麻痺分別診斷之。

(4) 肛門陰道瘻 難產施用手術時將肛門括約肌撕斷，當時縫補未經長合，或陰道後壁腐爛穿破致成瘻管。大便由陰道排出，致大便不能自主，應當縫補。預後較膀胱陰道瘻稍佳。

第三節 產母於分娩後之急變

(一) 休克 滯產，陣痛太猛，營養缺乏，身體疲倦，麻醉過度及失血太多，皆為致休克之普通原因，尤以強開宮頸施行抽術，產鉗用力過猛，內倒轉及手術取胎盤為甚。產婦忽現病狀，顏色蒼白，表皮變冷，出汗，四肢變軟，反射作用缺如，脈搏快而微，血壓降低，及呼吸短促等。多數漸漸和緩，少數可以昏迷終至死亡。

治療法 使身體溫暖，注射鹽水並刺激劑，如白蘭地酒，毛地黃，士地年，垂體素，及腎上腺素等。此外抬高床尾，給以氧氣，內服百分之六葡萄糖溶液效力甚好。如因失血而休克，當以輸血為妙。

(二) 肺栓塞及氣泡栓塞 (1) 肺栓塞為致猝死常見之原因。栓塞普通由盆部或股部之靜脈行至肺，致一或數肺動脈阻塞。分娩後至產褥末期均可發現。

原因 血循環變慢，血液本身之病變。血管壁受傷，下肢被束縛過久，腸胃傳染病，重性貧血，或盆部膿腫穿破，均有致肺栓塞之可能。尤以受傳染為最普通之原因。

症狀 病人忽覺心前區劇痛，面色青白，呼吸困難，及空氣饑。

預後不良，僅少數痊癒。

治療法 僅用姑息療法。病人須絕對靜臥，用偃臥式並給鎮靜劑。需要時使吸氧。

(2) 氣泡栓塞 前置胎盤或子宮破裂施行手術時，注射藥品於陰道時，灌注陰道時，及分娩後臥式不合宜，空氣可由子宮血竇而至心，成栓塞。症狀與肺栓塞同。治療不易。數十分鐘或數小時後即死亡。

第三十六章 新生兒之急變

第一節 新生兒窒息

胎兒在子宮內乃由母體得氧氣之供給。正常嬰兒產出之後，當立有呼吸及哭聲以得氧氣。外部空氣之刺激，物理性之摩擦，擊打，及胎血二氯化炭氣之增加，均可刺激呼吸之開始。新生兒窒息為最普通之併發病。其原因有二類。

(一) 胎盤或臍帶之血循環受阻。關於胎盤者，(1) 分娩第二程延長。(2) 子宮強直性收縮。(3) 前置胎盤。(4) 胎盤早期分離。關於臍帶者，(1) 臍帶脫垂，結節，及扭轉。(2) 臍帶繞頸。(3) 臍帶附屬異常。(4) 臍帶被壓。

(二) 胎頭及頸部受傷。如在臀產及產鉗助產時受傷。

窒息之症狀 依輕重分為青紫窒息及蒼白窒息二類。

(一) 青紫窒息為輕度之窒息。(1) 心跳規則有力。臍帶尚有搏動。(2) 肌肉之緊張力尚存，故四肢及軀幹仍保一定之姿勢。(3) 皮膚及粘膜之反射作用仍存在。(4) 血內炭氫二過多，故皮膚顯青色。

(二) 蒼白窒息為重性窒息。(1) 心跳慢而弱。臍帶無搏動。(2) 皮色蒼白。(3) 四肢鬆軟。(4) 一切反射失去。呼吸之反應全無，或偶而顯一微弱之吸氣。此為最重之窒息。常發顯於滯產或難產。為頭頸部受傷之結果。

甦生法 凡遇窒息之嬰兒，須速為剪斷臍帶。次將其口及喉內之粘液擦淨。用橡皮管吸之更佳。未用以下救法之前，先將嬰兒倒提，同時清理呼吸道。蓋液體一經吸入深部則無法救治。即或甦生當時不死，以後氣管炎或肺炎仍能致死。

(1) 將嬰兒倒提頭依於桌上，使頰部放鬆。氣管伸直。以一手壓迫胸部使粘液容易流出。助理者擦淨嬰兒之口鼻。速即除去胸部之壓力容空氣入肺。如此每分鐘作十六次至二十次。

(2) 鼻之粘液擦淨後使嬰兒仰臥。以一手於頸後部扶托，使氣管伸直。他手在胸前加壓力使空氣呼出。繼而放鬆使胸腔擴展助空氣吸入。如此交換行之一分鐘十六至二十次。或將嬰兒浸於溫水內同時用此法亦可。

(3) 柏耳氏法 (Byrd)。作法；術者雙手托新生兒，面向上，一手握兒背，一手握兒臀，同時兩手將小兒彎曲如弓，先向下，將背近臀部。斯時腹部受壓。然後動作向上，作反方向運動，使胸部與雙膝接近。反復動作，每分鐘十二次至十五次。其目的為刺激肺部，促其呼吸。亦可同時浸嬰兒於溫水內使其身體溫暖。

(4) 吹氣法 以口對口吹氣入嬰兒之肺。此法用之得當極好。其危險有二。(a) 有傳染病之可能。(b) 用力太大能將肺氣泡穿破。(吹氣時須隔紗布或口罩)。

(5) 將臍帶剪斷，使臍帶血流出約十五毫以減少右心之壓力。同時摩擦皮膚，倒提擊打臍部。或用冷熱水交換刺激。

(6) 用血管鑷子夾持兒舌向外牽引，每分鐘十二至十五次(不多用)。

總之窒息救急法之原則有四。(1) 擦清粘液以清呼吸道。(2) 手術須穩堅輕巧，以不傷嬰兒為要。(3) 以溫水浸泡激其血循環。(4) 使胸腔之壓力輪流增減以助呼吸。凡遇窒息之嬰兒須極端注意，即或避生頗佳，亦難言預後如何。

第二節 新生兒頭部及上肢受傷

(一) 頭血腫 因受傷每致顱骨骨膜之下血管破裂成血腫。常見在產鉗，臀產，及產程延長者。位母於頂骨。此與普通水腫不同。退腫甚慢，須數星期至數月不等。邊緣腫或化為骨質高出於頭皮之上。

治療法 聽其自然消退，不用外科手術。

(二) 胸鎖乳突肌血腫 嬰兒產時胸鎖乳突肌撕斷，血管流血成血腫。消退極難，有時可致斜頸。

(三) 面部受傷 難產手術，尤以高產鉗為甚，可致嬰兒之耳朵或眼球受傷或面皮撕碎。必須即刻消毒包好以免受染。

(四) 顱骨折斷或壓迹 狹窄骨盆，強用產鉗，或產鉗施用不得法，致顱骨折斷或成壓迹。常在額骨或頂骨。與嬰兒極不利。僅可聽其自然。少數嬰兒可以痊癒。

(五) 腦出血 產鉗，抽術產，及急產易致腦出血。此外嬰兒窒息，顱骨折，胎頭變形過甚，梅毒嬰兒，及產母患毒血症者，嬰兒均易發生腦出血。間或無何原因而有易出血之傾向。

腦出血之病狀 普通自產後第二天或第三四天，倘出血慢則至一星期之後方現病狀。嬰兒不安靜，啼哭，不吃奶，不能下嚥，肌肉顫搐，下頷部尤甚，常現咀嚼及吸吮動作，瞳孔不規則及斜視。哭聲甚高，唇紫，發燒，皮膚蒼白，呼吸快而不規則，脈搏快，凶門緊張，搐搦及昏睡等。多數死亡。少數或不死，但以後難免有癲癇病，癱瘓，智識下愚，及言語不清。並無特殊治法，僅能治其病狀。每六小時用溴化鈉及水化氫醛各〇·二克二糝射肌。頭部用冰袋，使嬰兒安靜。或用其母血五耗肌肉注射。如傷及延腦

即致死亡或死產。

(六) 面神經癱瘓 此乃施用產鉗時傷及面神經所致。大抵可於四五日內痊癒。

(七) 臂叢癱瘓 臂先露抽術時，或正常分娩急使肩部或胎頭產出時，臂叢之神經根受傷，致嬰兒上肢不能運動。治療法，將嬰兒受傷之臂外展，前臂旋前，肘關節屈。保留此種地位約十日，神經或可漸漸恢復。然後用電療術。預防最重要。臂產抽術時勿牽引或扭轉頸部過甚，勿直接用力在臂或頸。正常產當肩未出時，勿將頭上提或下壓過猛免傷神經。

(八) 肱骨或鎖骨折 臂產抽術，倘胎肩太大，易使肱骨折。只要對合正確不難長合。鎖骨折可在腋部用棉花墊，并用綑帶將臂固定，漸漸癒合。

第三節 新生兒之疾病

(一) 新生嬰兒膿眼 產婦患淋病者，當嬰兒經過陰道時受染。如胎膜早破，產程延長，在子宮內已受染。或產後被手指衣物傳染淋病球菌。病狀之發現普通在產後第二或第三天。如在子宮內已經受染，產後即刻發現病狀。

約百分之六十五至七十之膿眼為淋病雙球菌所致。此外尚有大腸桿菌，鏈球菌，葡萄球菌及肺炎球菌。

病狀 溢液先為漿液性並含血液，後變膿性。臉腫脹，結合膜充血水腫，角膜溼潤

繼成潰瘍，眼球或全部受累變壞。

預防法 生後立即滴百分之一硝酸銀溶液（須新配製）。滴入結合膜內。

治療法 病已發生須嚴密隔離。用生理鹽水或硼酸溶液洗淨，滴入百分之一硝酸銀溶液。後每兩小時沖洗滴藥一次。並以硼酸或黃氯化高汞油膏塗於臉邊以免粘黏。硝酸銀僅一兩次即足，後以蛋白銀代之。有時用阿刀平使瞳孔放大。近用磺胺藥品內服，收效極好。

(二) 臍帶受染 最為危險。延及臍靜脈致內外均發炎。除預防外別無他法。

(三) 新生兒黃疸 參考第二十章。

(四) 新生兒黑血症 新生兒排多量之黑色大便。大約係因受染腸胃流血所致。可取母血五至十耗肌肉注射促血凝結。

(五) 胎兒溶血症 一九四〇年經血液專家研究，發現胎兒在子宮內藉父體之遺傳性質，在母體血清內產生抗體，如遇接受外來血液，母血內之抗體即起反應，可能致溶血。此種情形適與以恆河猴 (*Rhesus*) 血注對於兔體所得血清有溶血情形相同，故此種因素即稱之為 R.H. 因素，所以早前輸血祇要血型合適即可使用，殊不知人之血液除血型外更有 R.H. 因素存在，在臨症上遇見陰性 R.H. 人接受多次 R.H. 陽性之血液，其血內產生抗體，以後再接受陽性血液時即可發生溶血作用，可致死亡，白人每百人中

計陽性 R.H. 者八十五人，陰性者十五人，凡陰性 R.H. 之婦人與陽性 R.H. 男子結婚，胎兒為陽性 R.H. 時，此種胎兒，常有溶血症發生。因母體中之抗體，經過胎盤而入胎循環，與胎血發生作用致紅血球溶化。

胎兒溶血症之多少，須視父母之 R.H. 因素配合之結果而定，在白人至多亦僅百分之十二。即陰性 R.H. 之產母亦非每孩均為 R.H. 因素陽性，即 R.H. 陽性之孩亦非每人均有溶血症，因必須胎盤絨毛有損傷時才能使胎兒血流入母體血液之內。

治療法 為產母已往有過溶血症小孩，以後必早為引產，大概在妊娠三十八週之前，祇須胎兒有生活能力即設法引產，出生後注射 O 型 R.H. 陰性血。（不是母血。）

R.H. 陰性之孕婦在孕期內須用輸血時，必覓 R.H. 陰性之血液為之輸血，以免產生抗體，最好不用以免意外。

我國 R.H. 因素陰性者極少，故此種溶血症在產科中並不重要。

第八編 產後期之病

第三十七章 產後流血

凡產後失血在四百耗以上者，謂之產後流血。在胎盤未出及已出時均可發生，分為立時及隔時二種。於產後二十四小時內失血者謂之立時流血，過二十四小時稱為隔時流血。

第一節 產後立時流血

在孕期中孕婦全身血量增加總血量十分之一，血內纖維蛋白及白血細胞亦增加以備生產時之用。正常生產失血量不應超過四百耗。

原因 (一) 產道受傷，最重要者為宮頸撕破。此外如會陰，陰蒂，陰道，子宮後穹窿，闊韌帶，子宮下段破裂。或有縮復環，胎肩產出時太快或太用力，均可致產道受傷流血。

(二) 子宮縮復及收縮欠佳 生殖器發育不全之婦女，產後子宮縮復欠佳。或因產程太長，子宮疲倦，病人有心肺病，經產婦腹壁太鬆，產時用哥羅芳麻醉。他如雙胎，羊水過多，中隔宮，及宮肌痛，子宮內膜炎，胎盤或血塊留滯，產後揉宮太猛，或急用

愷德氏壓迫法，臍帶太緊致胎盤撕破，均可使子宮縮復不佳引起流血。

(三) 血液異常 血友病，梅毒，慢性貧血，血中毒，均易致產後流血。

病狀 (一) 全身病狀 先頭暈，眼花，口渴，繼有惡心，嘔吐，不安靜，空氣餒，心前區痛，肌肉抽搐，大小便失禁，虛脫，以至昏迷。凡病人本有貧血者，經過愈速。檢查時面色蒼白，鼻及前額發冷，全身有冷汗，眼凹陷，結合膜變白，呼吸淺速，血壓降低，脈搏微而快，有時在腕處不能摸到。

(二) 局部病狀 如因宮頸破裂而流血，則子宮本身收縮良好。如宮內有血塊，則壓宮可以見多量之血塊流出。如因宮縮復不佳，則極難摸得子宮底。

診斷 流血原因必須辨別。除上述原因外，休克，宮破裂，子宮內翻，內臟破裂，肺血栓等，病狀與流血相彷彿，不能不思索及之。普通而論，如子宮收縮良好而有流血，大抵因破傷所致。反之，如子宮軟而大，則由於縮復及收縮不良。產程經過宜善為研究，則在診斷上有助不少。第一第二程經過良好者，則子宮不致弛緩也。診斷手續可分下列數步。(一) 將外陰部及陰道用棉花擦清，視察有無傷痕。(二) 摩擦子宮，是否因縮復不良而致流血。(三) 如因胎盤分離而致流血，可以取出胎盤。(四) 如子宮收縮好，外部無傷痕，則破裂必在深處。於是做陰道檢查，並視察有無餘留胎盤在內。

預後 近來產科學術昌明，歐西各國以產後失血而死者極少，即產後流血之病數亦

不過百分之二。死亡數則在一萬五千產婦中僅一人耳。因子宮無力而流血者較少，因破裂者較多，前者預後不良，後者較好。

全身血液為體重十二分之一。如血液失去一半，則有生命之虞。脈搏快慢不能為失血標準而定安危。血壓在七十託以下，則危險點已到。呼吸短促，及空氣飢，亦為失血之危險病狀。不安靜及嘔吐更屬危險。

無論流血遲速多少宜速止之。蓋多流一份血，即缺乏一份抵抗力，易致疾病。

預防法 在產前檢查時對孕婦之家庭歷史，及本人生產歷史，宜詳細詢問。如有流血歷史者，在產前早為預備。在臨產時發現產婦有子宮乏力，羊水過多，雙胎等，則宜善為料理。胎兒產出後，即注射垂體素。胎盤已出，可服麥角流膏，並早預備止血物件。(1) 縫補產道破傷所用之器械。(2) 填塞子宮紗布及鑷子。(3) 注射鹽水，輸血之物件，強心藥品。

治療法 (一) 胎盤未產出以前流血之處理法。用手握持子宮底摩擦之促其收縮。如有破裂。立即縫補。必須時可用愷德氏法將胎盤擠出，或手術取胎盤。

(二) 胎盤已產後流血之處理法。先視胎盤胎膜是否完整。如胎盤不全，無論流血與否，立即取出。如胎膜不全，則視其多少而定。如三分之一以上未出則取之。三分之一以下而無流血，可以任其自然。產後給以麥角製劑，約八日之內胎膜即可排出，產婦

不致發燒。

止血之次序 (1) 摩擦子宮促其收縮。(2) 壓迫主動脈，減少子宮之血供給。或在該動脈分枝處刺激交感神經，使子宮收縮。(3) 注射垂體素或麥角素於臀肌肉，并內服麥角流膏。(4) 以左手伸入陰道內握宮頸，右手在腹外將宮底用力向下扭轉不使血入子宮。(5) 熱水灌洗子宮促其收縮。(6) 以紗布填塞子宮，將宮內血管壓緊，故填塞時必每部填好為妥。(7) 抬高床尾，使產婦下部血循環減少。(8) 縫補術。如因破裂而流血，應當即時消毒，視察破裂處縫補之。

(三) 止血後之料理法 病人宜溫暖。床尾抬高二尺。給充分之水，可由皮下，肛門，靜脈等處注射以補體液。如貧血甚顯，應當輸血，使恢復較速。飲食睡眠更應充足。二三日後，床尾漸漸放平。病人失血太多，體溫或高至攝氏表三十八度，此乃一種反應，無須治療。多服含鐵質食物，如肝脾等，並服補血藥品。

等二節 產後隔時流血

胎盤分離二十四小時之後以至產褥期終了流血，稱為產後隔時流血。

原因 (一) 胎盤，胎膜，蛇膜，或血塊滯留宮內為產後流血之最大原因。普通在產後一星期之內發現，然亦有延至三四星期後流血者。(二) 子宮復舊不全，血性惡露延長至七八星期方止。此種子宮大抵地位不正。產婦體溫略高。(三) 宮肌瘤，宮癌，

宮頸糜爛，子宮內翻，子宮上炎等，產後隨時可致流血。(四)勞動過度，如抬重，舉高，起床太早。(五)縫線裂開。(六)性交，陰道組織尚未復原時可致破裂。

診斷 先做腹部檢查及肛門檢查以定子宮之地位及縮復之程度，是否因復舊不全所致。次做陰道檢查，但必須嚴密消毒行之。視察宮頸及陰道之情形，是否有宮內翻，腫瘤，宮頸糜爛，或破傷。

預後 隔時流血大抵不致死亡，惟須早為治療，並嚴密消毒，謹防受染。

治療法 服麥角流膏，注射垂體素，揉搓子宮促其收縮。如係胎盤胎膜未盡，則酌量產婦情形及流血之多少而定。產婦不發燒即用手指刮宮。如發熱則先服藥，臥床靜養，等候三四星期再為清理之。如係破裂，當即時縫補，並填塞紗布止血。流血太多者，當用輸血法，恢復較快。產後飲食宜富營養。其他治法與即時流血同樣處理之。

第三十八章 產褥熱

產褥熱乃產褥期內最重要而最危險之病。細菌由產道侵入，其情形適與傷口受染無異。

西曆一千八百四十七年，著名產科專家森美維司氏 (Semmelweis) 首先試驗，知接生時如用氫水洗手極少得產褥熱者，是後巴斯德研究細菌學，英醫李斯德將消毒法實用

於醫學，產褥熱遂日漸減少。

中國之產婦死亡率甚高，人所共知，無用諱言。然推其死亡之原因尤以產褥熱為大宗。苟欲減少產婦死亡，當以預防產褥熱為始。晚近助產職業提倡甚力，希望全國產婦得相當之保障，民族生機庶幾有望。

細菌侵入之結果，預後人各不同，完全以個人之抵抗及細菌之種類而定。

(一)產婦之抵抗 各人對於疾病之抵抗力不等，但年齡，平時健康情形，孕婦操勞過度，環境不良，飲食缺乏等關係甚多。

陰道內上皮細胞有一種桿菌名賽氏 (Bacillus Doferelein) 桿菌。在西曆一八九二年發見。能將動物澱粉轉化成乳酸，使陰道內保持酸性反應。孕期增多，為預防鏈球菌或其他致病細菌之侵入。當分娩時胎膜破裂後，該細菌即被沖去。故產後陰道遂變為嫌性，直至產後數日再恢復酸性。在初產婦宮頸有黏液塊填塞，所以阻止陰道內之細菌抵子宮腔內。

孕婦白血細胞較平時增加，此表明孕期造成一種抵抗以備產時之用。子宮外層之細胞特別增加，所以防止細菌之侵入。此皆為天然之保護力。

孕期兼有貧血，血中毒，營養缺乏，分娩時受傷，流血，疲倦，休克，產程延長，酸中毒等，皆足以影響其健康，減少抵抗力。

(二) 細菌之毒力種類及侵入之途徑 (1) 溶血鏈球菌。(2) 厭氣鏈球菌。(3) 大腸桿菌。(4) 肺炎球菌。(5) 葡萄球菌。(6) 產氣夾膜桿菌。(7) 淋雙球菌。以上諸菌皆為致產褥熱之病原菌，而以溶血鏈球菌為最毒，佔死亡總數百分之八十五，其他數種僅百分之十五而已。幸產褥熱以染葡萄球菌及大腸桿菌為多，而溶血鏈球菌甚少也。

溶血鏈球菌可以在健康人之喉內寄生，成為帶菌者。醫師及助產士不能不注意及之。咳嗽或噴嚏之飛沫內含細菌。口鼻之黏膜可為傳染之途徑，故接生時必須帶口罩，並宜隨時更換。葡萄球菌常見於產婦之外生殖器，環境合宜即可乘機而入。肺炎球菌之侵入與鏈球菌相同。產氣夾膜桿菌，產婦被染者甚少。大抵由大腸傳入。大腸桿菌及淋球菌亦由產婦自身受染所致。總之受染可分內外二種。產婦，接生人員，應用物件，必須充分消毒，產褥熱即可減少矣。

原因 產褥熱之根本原因為被細菌侵入，然侵入之方法殊為複雜。茲分述於後。

(一) 自身受染 產道本有致病細菌存在，如淋球菌。或產婦局部有化膿細菌，如急性扁桃體炎，肺炎等。細菌由血循環傳播至生殖器，或產婦用手指接觸化膿處傳至產道。

(二) 自外界受染 (1) 醫師助產士為帶菌者。或已經看護過受染病人未經消毒

，由手指衣服傳給正常產婦。(2)環境特殊，產婦與內科外科病人同住一病室，產室與病理解剖室相距甚近，或與外科手術室合用，皆與產婦不利。即正常之產婦與已受染之產婦亦應當嚴密隔離。(3)產前洗澡，在孕末期不應洗水澡，深恐污水灌入陰道。(4)在孕末期或分娩早期有房事，將病菌送入陰道，與產婦妨礙極多。(5)產婦自以手探入陰道可將細菌帶入。

(三)素因 (1)產婦肝腎功能缺乏，抵抗薄弱。(2)產時有休克，流血，中毒等病。(3)孕期有心病，梅毒，飲酒，及其他傳染病。(4)甲狀腺分泌缺乏。(5)產程延長。(6)胎膜早破。(7)胎盤胎膜或血塊滯留宮內。

產褥熱之種類 細菌大部由產道傳入。以後在何處發炎則隨局部之抵抗及細菌之毒力而異。有僅在產道，有直接入循環系統者。

(一)女陰炎 此係產時受傷或產前本有發炎所致。以表皮均腐爛患者覺排尿時刺痛。體溫大抵正常。引流極易。僅須注意消毒，不難痊癒。

(二)陰道炎 產時受傷，錯用灌洗劑，產程延長，或填塞紗布未曾取出，均為發炎之原因。惡露極臭，體溫稍高，檢查時極痛。應當充分引流。如係紗布未曾取出所致，即刻取出，並以消毒藥水洗清之。但禁止高壓力灌洗，防止細菌上昇。大便宜通暢，並服麥角流膏使子宮收縮。

(三) 子宮內膜炎 宮頸受傷，血塊未排盡，引產消毒不佳，胎盤附麗處血管收縮不佳，惡露存積子宮內，均為釀成子宮內膜炎之原因。產婦有寒戰，體溫升高，子宮縮復不佳。細菌即在宮內滋生，致內膜腐爛。惡露極臭。隨細菌之毒力有限於子宮內膜者，有穿過子宮者，病狀因之而異。

普通在產後第三日或第四日發燒，宮疼痛，稍有寒戰，胃口不佳，失眠，頭痛等病狀。腹部稍脹，但無觸痛。惡露初無改變，繼則淡如水狀，有膿，味極臭。引流合宜，病狀在四五日內即可退清。如細菌不僅限於內膜者則穿過子宮而成菌血病。

(四) 菌血病 菌血病者乃細菌由血管或淋巴管侵入血循環所致也。細菌入血之後即刻增殖破壞全身組織。病勢極猛。初有寒戰約三十分鐘，皮白，脣紫。體溫升至攝氏四十度，脈搏快至每分鐘一百六十次。紅血細胞中毒壞死，貧血特顯。呼吸短促兼嘔吐，有時可致昏迷。惡露多少不定，味特臭。有腹膜炎者局部病狀甚顯。發燒之後即有大汗。如此可以連續三四日，病人情形忽然改變，以後出冷汗不止，有黃疸或肺水腫。皮膚有疹，狀似猩紅熱，此係皮內毛細血管破裂所致。尿內有蛋白，腹瀉，白血細胞增加，血培養可以有細菌，脾脹大。大抵在一星期內即致死亡，少數可以全愈。

(五) 腹膜炎 細菌侵入腹腔，後起病在第二日或第三日。忽然體溫升高，脈搏快而微，腹痛而脹。並有嘔吐，譫妄，終至昏迷而死亡。婦女罹此者死亡居多。其不死者

則腹膜經發炎之後內臟不免粘連，而影響以後之健康。

(六) 膿毒血病 盆靜脈血栓形成及發炎，常發現於手術產，或手術取胎盤之後，每為厭氣鏈球菌所致。細菌由靜脈侵入全身血循環。致忽然寒戰，發燒，血內含細菌及膿。并傳入關節，蜂窩組織，或至肺成膿腫，尤以關節最常受累。此病病程頗長。預後不佳，僅少數可以復原。

(七) 輸卵管炎 普通細菌由子宮上昇侵入輸卵管，少數則由淋巴管傳入，病人發燒，髒凹有觸痛。其他病狀與普通發炎相同。如係淋球菌所致管壁往往阻塞，成轉或慢性發炎以致不育。

(八) 子宮旁炎 或曰子宮鄰近結締組織炎，乃細菌由淋巴管傳及子宮周圍之結締組織所至。病人初時稍感不適。一星期或十日之後即有寒戰，體溫升高，脈搏增快，宮復舊不佳，受染之一側有觸痛。雙手診查時，可以觸知一側脹滿，觸痛甚烈，因闊韌帶亦被累及故也。二三日後或有積液，其地位不定，或在盆腔一側，或至對側，前面，大骨盆，甚或至腹腔。直腸及膀胱均受擾亂，致大便秘結及小便困難。股靜脈往往波及，血循環阻止，致下肢浮腫稱為股白腫。子宮旁炎預後甚佳，極少死亡者。

(九) 股白腫 盆腔靜脈輕度受染之後，股靜脈勢必波及。在產後首十日內常有輕度發熱，脈搏略快等病狀。病人自覺頗好，約二星期後忽然發高熱，或有寒戰，脈搏變

快，左腿腫痛。約十日後方能消退。亦有時左側未愈右側又起。但因此而致死亡者甚少。大抵在一二月之後即可痊癒。

產褥熱之診斷 產褥熱必須與其他發熱病症分別之，如傷寒，肺結核，腦膜炎，腹膜炎，闌尾炎，膀胱炎，猩紅熱等。既診斷為產褥熱之後必須解答以下之問題，以決其預後及治療法。(1)自解剖學方面言發炎究在何處。(2)細菌向何方傳佈已至何處。(3)是否已入全身血循環。(4)何種細菌。(5)宮內有無遺留物。診斷憑歷史，病狀，病徵，及臨症化驗而定。化驗工作包含血液之培養，子宮液之培養可以確定為何種細菌所致，并計算白血細胞之多少，而定病之輕重。

預後 產褥熱之預後可依下列數點討論之。(1)細菌之種類。鏈球菌為最重之一種，大腸桿菌次之，但亦可致死。(2)起病之遲早。起病在產後第二或第三日者必為細菌直接入血所致，預後不佳。其在第五或第六日發現者預後稍佳。(3)血液檢查。培養後計算血內細菌之多少。如每耗血內平均有十至十五個細菌而不見增加者預後較好。如日見增加至每耗五十個其病必危。(4)體溫。長時間連續性高熱較短時間高熱為危險。(5)脈搏。每分鐘在一百一十次以上者預後不佳。(6)寒戰。寒戰為鏈球菌受染常有之一種病狀，故預後往往不佳。(7)腹瀉為不良預兆。

治療法 治療莫若預防，故在孕期，產時，產後必須時時注意。已經發炎之後則必

盡力治療。

(一) 全身治療 居室安靜，陽光充足，睡眠合度，多進流質，營養充足，精神上得安慰，故護病工作實佔治療最重要之一部。凡遇病人所進流質不足時，即可給生理鹽水或葡萄糖液。鹽水由皮下注射或肛滴法。有嘔吐者用百分之十葡萄糖二百毫靜脈注射，每小時一次，共五次至十次。鹽水及葡萄糖非但供給水份及營養，并刺激血循環，皮膚，腎及腸之排泄。但須注意勿注射過量，致心臟急性擴張及肺水腫。

(二) 特種治療 (1) 子宮內膜炎之治法，使惡露引流，用否琉氏臥式或抬高床頭。或注射消毒甘油於子宮之內，每日二次。以甘油有吸水作用。如發炎僅在子宮者其效甚速。此法為霍氏(Holla)所發明，應用頗廣。同時病人陰部及器具均須消毒完善，然後以橡皮管插入子宮內。約用二十毫甘油徐徐注入，不可太猛。愈早愈好。並注射垂體素促宮收縮。刮宮屬禁止之例，深恐細菌侵入更深。

(2) 菌血病之治法 除上述治法外，可用消毒藥灌洗陰道。但不能太早，當在一星期之後，水流壓力不能太高。其目的不過為除去表面之細菌而已。靜脈注射各種藥品如汞劑及砒劑，其效力尚不一定。有時不特無效，反有破壞白血細胞之害。菌液以自體菌液為有效。

血清可應用於虛褥熱，但時間宜早，分量宜充足。每次肌肉注射用三十毫，靜脈可

周四十托，并可與鹽水同時注入。為免除反應起見，可備腎上腺素。常用者為抗猩紅熱濃縮血清。惟在血培養之前，不知產婦血內是否一定有鏈球菌之存在。如培養後而非鏈球菌，則血清對於該病之效力全無。且以後對於他病使用血清時發生過敏，故在臨診上不可不注意之。

輸血法 利用健康人之血液抵抗細菌近來廣用之。

(3) 膜膜炎之治法 在急性時期用外科手術不甚相宜。切除子宮其效更少。最好希望膿液集中一處，由陰道後壁引流。

(4) 輸卵管炎之治法 病人須臥床完全休息，用否瓊氏臥氏，多進流質。腹部用熱敷，透熱法，或熱水灌洗陰道，可以止痛。有時自陰道引流。

(5) 子宮旁炎之治法 臥床休息。熱水灌洗陰道，或填塞甘油塞子於陰道內。腹部熱敷或透熱法，可使發炎集中。如成膿腫則施行外科手術引流。

(6) 股白腫大抵可以自癒。在急性時期用棉花包暖并用軟枕將腿托扶之使血循環順利。飲食富於營養。局部敷止痛劑。病人須臥床休息至腿水腫完全消退。

(三) 化學治療 磺胺類藥物種類繁多，茲僅略述最近通用者數種。如氨基磺胺，磺胺嘧啶，磺胺噻唑，磺胺嘧啶，及磺胺嘧啶等。應用之原則，應早期治療并選擇適當之藥物，給充分之劑量。

劑量 第一劑須較大，重症一次服用四至六克。較輕者二克至四克，輕症二克，特別沉重者於第一劑後二至四小時，再給同樣大劑量一次。餘則第一劑後改用較小劑量一至一·五克，每四至六小時給藥一次，繼續服用，至症狀完全消失後，再改用較小劑量，至少三天方能停止，以防復發。

毒性反應 食慾不良，惡心，嘔吐，暈眩，頭痛，手足發麻，皮膚發疹，及發紺，發熱，白血球及血小板減少，貧血，酸中毒，血尿，尿石及尿閉等。

給藥方法 以藥片口服為最佳，嘔吐或昏迷之病人，可用鼻飼法，將藥灌入。重症第一劑可用靜脈注射，以後各劑則用口服法。服用磺胺噻啉或磺胺嘧啶時宜加服等量之重碳酸鈉，使小便反應成為中性或輕鹼性，可以增加此二藥及其醋醯衍化物之尿中溶解度，並減少尿結石及腎刺激之副作用。

服藥時期應注意之事項 (一) 給藥時應以一星期至十日為限，如須續服，則減少其分量。(二) 注意毒性反應之發現。(三) 用氨基磺胺期飲水勿太多，但用磺胺嘧啶，磺胺噻啉，及磺胺嘧啶時則宜多飲水，以免刺激腎臟，凡腎功不良者，尤宜注意。(四) 應間日檢查白血球，血紅素及小便一次，尤以服藥，已超過一星期者。(五) 用藥時期飲食應不含難消化之蛋白質，尤以禁用鹽類瀉劑，因易引起發紺。

(四) 生物化學治療 青黴素問世以來，對於細菌病收效甚偉，尤以球菌為最。查

產褥熱凶猛者為溶血性鏈球菌，故除用磺胺藥品服用最便利外，當推青黴素為最有效。青黴素係生物之一種，用培養法種出，其成分已用化學方法分析明瞭。目下已有數種。再加製造之技術進步，日新月異，醫者稱便。

青黴素分水溶及油溶二種，水溶者即用時化在水內，而注射可以行皮下及靜脈注射，每四小時一次，每次用十萬或二十萬單位，對菌血病最為有效。油劑則在製造時混以蜂臘，須用肌肉注射，每日一次足矣，因油劑吸收緩慢。為產褥熱則以水劑行靜脈注射為有效。青黴素又分耐熱與不耐熱二種，在我國冷藏設備欠缺之地，以耐熱者容易保存。

第三十九章 產褥期之併發病及其他傳染病

第一節 併發病

(一) 氣腫 初產婦產時用力過度，肺氣泡有時破裂，空氣由肺胸膜下至縱隔障，或由此至胸及頸部。皮下組織有氣泡聲，病人在第七第八肋骨處疼痛，深呼吸更甚，可以自然痊癒，無須治療。

(二) 腹直肌血腫 係肌肉血管破裂所致。該部有觸痛，無須治療，數星期後即被吸收。

(三) 產後隨時流血 參考第三十七章。

(四) 惡露稽留 卽惡露存於子宮腔內，約產後一星期發現病狀。由於子宮底特別前屈所致。病人覺腹部不適，子宮縮復欠佳，體溫略高，脈搏稍快。雙手合診，知子宮軟弱並前屈。

治療法 以熱消毒藥水或生理食鹽水灌洗子宮，使惡露流出。注射垂體素，并服水角流膏，不久卽癒。

(五) 子宮倒後為產後常有一種病。檢查時如發現有子宮倒後，卽刻設法矯正之。令病人作膝胸臥式，每日二次每次五分鐘至十分鐘，不久卽癒。

(六) 肺栓塞 此病甚少，已詳第七編第三十五章。

(七) 神經痛 手術產，產後受染，及孕期中毒之產婦均可患之。乃惡露向神經受傷所致。常致坐骨神經痛。恥骨聯合痛及尾骨痛，亦為產後常有一種病狀。數日之後，方能痊癒。

第二節 產褥期內其他傳染病

(一) 扁桃體炎及鼻咽部卡他性炎 此乃冬季常有之一種傳染。凡醫師，護士，助產士，及產婦家屬，均可隨時傳染，產婦卽可受染。病尚以溶血性鏈球菌為最危險。故必謹慎從事。

(二) 膀胱炎及腎盂炎 產時或產後受毒，子宮前位，即可引起膀胱炎或腎盂炎，及產後發熱。故必須使小便暢通，並檢查小便決定病原菌。俾與產後熱分別。

(三) 猩紅熱 在流行期褥婦可以得之。其病狀較普通人為烈。預後不良。因產褥期抵抗薄弱。故一經發現，必須特別治療。其他病人嚴密隔離消毒。

(四) 傷寒 在子期及產後均可患之。發熱情形毒易與產褥熱混淆。故必詳細檢查產婦血液，並做培養及肥達氏試驗即可分別矣。傷寒病人之白血細胞減少，產褥熱則增加。

(五) 瘧疾 在流行區域內為常有之一種併發病，故必須檢查血片有無瘧原虫之存在。如為瘧疾，可服金雞納霜即可見效。

第四十章 子宮復舊不全及乳房之病

第一節 子宮復舊不全

孕期子宮肌肉及血管擴大數十倍，應於產後六星期內完全恢復，此乃應有之現象。如未將擴大之子宮恢復原有之大小，稱為復舊不全。

原因 (1) 產後受毒，致礙子宮收縮。(2) 於產後膀胱留滯。(3) 子宮倒後。(4)

生產過密，產後子宮尚未復舊又繼續受孕。(5)身體不健康。

病狀 惡露常含血液並繼續不止。子宮復舊慢，捫之軟而大並有觸痛。惡露停止後白帶特多，並有腰痛及腹部下墜。身體恢復健康較慢。

鑑別診斷 (1)子宮肌瘤，往往與子宮復舊不全相仿，惟肌瘤之腫大不規則，並有其他病狀分別之。(2)惡露潴溜可灌洗子宮，將惡露悉數沖出，子宮遂即收縮。

治療法 產時善為料理，防止受染。務使胎盤胎膜產盡，宮頸，會陰，或陰道破裂應縫合之，皆為預防受染之法。子宮地位不正常可在產後矯正之。灌洗陰道，內服麥角流膏或其他縮宮劑，並增進產婦健康。

第二節 乳房及乳頭之病

(一)乳房充盈 乃產後第二日之後乳汁太多，停滯於乳房之內所致。乳房脹大疼痛，局部發熱。體溫正常。診查時乳房增大，變硬，有觸痛及水腫。乳頭下凹，腋淋巴腺腫大。產婦殊覺不適。

治療法 此乃乳汁分泌過速所致。重者可用鎮靜止痛劑，瀉劑，並少進流汁，充盈即可減退。如不能即用綑帶來胸，或用冰敷以止痛。如產婦反對用冰可以熱敷代之。抽乳可刺激乳之分泌，故最好不用。如無發炎狀態而不用乳汁時，可用按摩法。

按摩時術者先洗手並擦油劑，第一步即以雙手按乳房，加均等之壓力，希望血液及

淋巴由乳腺擠出。此動作約須五分鐘。第二步即以指在乳之周圍摩擦。即環繞全乳房二週。第三步即將乳質擠出。以上三種動作可以繼續施行。直至產婦已覺鬆軟即用布包裹之。

(二) 授乳期延長 嬰兒哺乳期過長，在中國之舊式家庭，往往有此種習慣。對於產母之健康不無影響。常有厭食，消瘦，衰弱，貧血，乳房痛，肩痛，及背痛等。甚可致子宮萎縮，故此種情形，應當設法避免。

(三) 溢乳 即嬰兒已經斷乳或母親已懷孕乳汁繼續分泌，甚有延至四或五年而不止者。

治療法 用綑帶束胸，內服碘化鉀，促進吸收。外敷阿刀平甘油。禁止小孩撫摸。免除其他刺激。愛克司光治療，或外用樟腦醇，外惹內效作用，可以止痛。亦可見效。

(四) 乳汁異常 乳汁不能適合於嬰兒。哺時嬰兒拒絕。如免強則有嘔吐或腹瀉。此乃乳汁成分異常，致不合於嬰兒之味覺。此種情形往往發現於資產階級神經過敏之婦女。有疾病或喜怒過後之乳汁，每與嬰兒不利。此種情形除停止母乳外別無他法。

(五) 乳汁缺乏 產母體力缺乏，營養不良，乳頭或乳房發育不良，乳腺管不通，乳腺組織被切斷，遺傳性乳少。年高初產婦，有急性或慢性病，思慮過度，恐懼，狂怒，肥胖，產後流血，均為阻止乳汁分泌之原因，哺乳中途停止，亦使乳汁漸漸減少。

乳房之大小與乳汁分泌之多少無關。脂肪厚，乳腺組織少，分泌力必弱。有時乳房雖小，皮膚甚薄，致淺靜脈甚顯，乳汁之分泌反強。

乳汁缺乏，先是嬰兒之體重減輕，以後即不耐哺乳。乳房感痛而無乳汁，

治療法 (1) 多食流質如牛奶，淡茶，打柯，麥片，及富有脂肪之食品。可以勸服魚肝油與產母亦甚有益，宜禁忌烟酒。

(2) 冷浴 將全身浸入水內(華氏八十至八十四度)。浴後用毛巾摩擦全身但不擦乳房。紫外光綫亦可促進乳房之泌力。

(3) 按摩法 可促進分泌作用。其法如下。第一步，以雙手將乳房完全自胸壁舉起，并以指輕輕活動之。但須謹慎勿傷其組織。第二步，以一手扶按乳房，并以指尖在其周圍徐徐作環形摩擦。

(4) 使嬰兒吸吮或電抽乳器其效更佳。一待產母身體恢復後，乳汁即可增加。藥品治療效力甚少。

(六) 乳房有團塊 乃係乳腺管一部阻塞所致。乳房內有團結之硬塊。有觸痛一如有腫瘤。頗感不適。如無發炎狀，任其自然消退。如有疼痛，可用冰袋或熱敷。不可輕易摩擦恐惹起發炎。

(七) 乳房炎 乳頭破傷或表皮有裂口，細菌侵入即成乳房炎。常見者為化膿性細

菌。以侵入之地位不同分數種如下。(1)在乳頭邊緣或小膿腫。(2)在乳房實質部侵入腺組織。(3)由結締組織入乳房深層。(4)經過乳腺至其深面成乳房後蜂窩組織炎。

病狀 乳房紅腫，全身發寒戰及高熱。大抵在產後七日發現。地位以在乳房外側居多。如早期治療，在三十六小時內體溫有減退趨勢，大抵可以消散。如在四十八小時後不見輕，則消散之希望甚少。最重者延及深層組織及腋下淋巴腺。重者得毒血病死亡。

治療法 無論發炎在乳房之何部，其治法均同。(1)停止嬰兒哺乳，不宜摩擦及抽乳。(2)內服鹽類瀉劑。(3)熱敷或冷敷。如用冷敷，待體溫正常後十二小時即可停止。後二十四小時可以授乳。如熱敷可用太陽燈，百分之三十火酒熱敷，或熱水袋均可。(4)如已化膿，應當切開引流。切開之方向，須避免切斷乳腺管。後用消毒藥水洗清，傷口漸漸長合。

(八)乳頭之病 乳頭破皮在產後第一星期內常易發現。妨礙極多，因局部受染能成膿腫。初產婦較經產婦易得。白人較黑人易得，乳頭凹陷者較正常者易破。

治療法 (1)在孕期應當注意清潔，並設法矯正不正常之乳頭。(2)在已患之後，患處塗抹消毒劑。如百分之二硝酸銀，複方安息香醇，硼酸甘油，鈣蓖麻油，或百分之五十火酒，使乳頭乾燥。為減輕產婦苦痛，則用乳頭盾。必須消毒免染細菌。

第九編 產科手術

第四十一章 產科手術之預備

第一節 產科手術之預備及選擇

產科手術之預備首重消毒。醫師，護士，助產士，助理員，器具，手套，縫線，及敷料類，必須嚴密消毒。產室必須安靜，清潔，溫暖。洗手池應用石炭酸擦洗。洗手盆應當燙過。手術已決定即預備產婦。臀下用橡皮墊。令產婦作剖會陰臥式。兩腿掛起。剃去陰毛。外陰部附近及兩腿內側必須以肥皂水洗淨，以消毒藥水沖洗。常用者為愛洒水及昇汞水。沖洗之後，再塗汞藥水或碘酒。末後蓋消毒手中及褲套。

肛門必須遮蓋以免糞便沾污。膀胱必須空虛，深恐手術時致膀胱受傷。

各部預備完全即做陰道檢查。詳查胎兒之方位，先露，骨盆之情形，並研究不能自產之原因。然後決定用何法方能事半功倍。總之，醫者目的為保全母嬰兩方安全。不得已時，犧牲胎兒以救產婦。他如產婦之年齡，家庭狀況與手術之選擇亦必注意及之。

第二節 產科手術應用之麻醉劑

利用天然力量使母嬰平安，此乃助產人員應盡之天職。麻醉藥用之不當為害甚大，

故僅手術時用之。

(一) 哥羅芳 微量使用，為產婦危險尚少。初產婦防胎頭急出致會陰破裂時用之。

(二) 以脫 為外科及產科比較安全之麻醉劑，故人均樂用之。惟無論如何，醫者不能不加以謹慎。時因個性之不同，產婦身體不健，或使用不合法，產婦可得休克，中毒，肝臟受傷，或肺炎等，

(三) 一氯化氫與氫氣合用 較之以上二種更為安全。產婦患毒血症者用之最為合宜。

(四) 戈氏法 (Gwathney's method) 產痛約每五分鐘一次，每次四十秒，宮口開二種時，產婦不耐痛，可以將嗎啡○·○一五克溶于百分之五十硫酸鎂二耗內，注射於臀部肌肉。蓋硫酸鎂可以使嗎啡作用延長。室內須黑暗，使產婦安靜。二十分鐘後再注射硫酸鎂二耗，如此產婦可以休息數小時，一待嗎啡之效力消失，即可臍內注射以脫，其合劑如下。

奎寧	一·三克
酒精	三耗
以脫	七五耗

流動石臘

一二〇瓦

用軟橡皮管插入肛門十五至二十粒，令產婦左側臥，五分鐘內即可將此合劑全部注入。如產程延長此法可以連續數次。但以後所用之奎寧分劑僅〇·六克即足。

(五) 阿佛汀 (Avertin) 為最近廣用之一種麻醉劑。由肛門灌入。產科所用之分劑，體重每公斤為〇·〇七五克。其效可延五至六小時。除產科外，外科，婦科手術亦均樂用之。

(六) 脊髓麻醉 產婦患支氣管炎，心病及毒血症而不能用全身麻醉時，可以用此法。脊髓神經麻醉之後，子宮收縮甚強，可以防產後流血。故刮宮，剖腹，及前置胎盤，用之最為合適。常用者為奴弗卡因 (Novocaine) 百分之六溶液一·五至二瓦。

正常分娩無須麻醉。助產士法定工作範圍不應施用麻醉，須注意及之。

第三節 產科手術應用之鎮靜劑

(一) 嗎啡 為止痛有效藥。分劑為〇·〇一〇克至〇·〇一五克。施行皮下注射，產婦可以得休息。若在胎兒產出前三小時內不能使用，深恐胎兒受麻醉未及排泄完全，產出後即有窒息之患。

(二) 水化氫 為產時常用之鎮靜劑。分劑為二瓦，產程早晚均可用。

(三) 安密妥鈉 (Sot amital) 為一種止痛安眠劑。可使產婦減少痛苦，但宮縮

仍照常進行。故對於產程延長或產力不健之婦女最為合宜。此藥可分口服及靜脈注射二種。內服分劑為○・二克至○・四克，四小時後可再服○・二克。當宮縮時產婦有呻吟之聲，但產痛一過即可深睡。在第二期仍能自己用通力。靜脈注射分劑為○・二至○・五克。臨用時以蒸餾水作成百分之十溶液。注射必甚緩慢。產婦驚厥，有肺水腫而不能引其他麻醉藥時用之。分劑不能過大。有時可致產後流血。

(四) 溴化鈉 為一種普通鎮靜劑。產時用之效力甚好。分劑為一克至二克。口服或射肛均可。故不特為普通之產婦，即驚厥亦可用之。

(五) 莨菪素 (Scopolamine) 與嗎啡合用，可使產婦無痛生產。用莨菪素百分之一濃及嗎啡六分之一濃皮下注射。初產婦產程延長者最為合宜。與胎兒大抵無礙，惟少數可致窒息。

第四十二章 陰唇切開術及會陰縫合術

第一節 陰唇切開術

胎頭產出時深恐會陰破裂太深可用此術以調濟之。凡陰裂狹窄，會陰強硬，先露於盆下口不正，及胎頭過大者均可用之。

手術 在陰裂之旁，正在坐骨結節與肛門之中向後下切。切口須視胎先露之大小而

定，自一種至三種不等。如此則陰裂周線可以增大二種至六種。切時須用鈍頭剪插入陰道，免傷及胎頭。切開術之益，在傷口整齊，修補容易，並可免傷會陰正中部之重要組織。胎兒產出後即用羊腸線縫合肌肉及粘膜層，蠶腸線或絲線縫合皮膚。產後料理合法，結果甚好。

第二節 會陰縫合術

分娩時產道每易受傷，初產婦更多。傷之地位，輕重，人各不同。輕者局部潰爛，重者有流血及受染之危險。

會陰破裂之原因 會陰破裂數目百分之九至百分之七十五，各家統計不同。手術助產破裂數較自產者多。破裂之原因列下。(1)胎頭與產道軟組織不相稱，胎頭過大或產道過窄。(2)胎先露方位不正常，如額先露，面先露，枕後方位等。(3)急產，產道未得充分時間展開，如臀產抽術，產鉗，及自產之急產，均可致會陰破裂。(4)滯產，外陰部水腫。(5)高年初產婦，會陰強硬。(6)會陰有舊癩痕。(7)梅毒性浸潤。(8)曾患淋病或兼有濕疣。(9)組織缺乏彈力性，如產婦有結核病及傷寒等慢性病。(10)恥骨弓狹窄，尤易致會陰破裂。(11)接生者保護會陰不得法，或急於使胎兒產出，促產婦用力過甚致會陰組織未得充分伸展。

會陰破裂之種類 以破裂之輕重分為三程(參考第十五及三十五章)。惟破裂種類

極為複雜，有時除會陰外，破裂有在大陰唇，小陰唇，或尿道口者，或在左右前後各方破裂。亦有肌肉全裂而皮膚完整者。

治療法 (一) 預防法。(1) 合法之保護會陰。(2) 陰唇切開術。(3) 使胎兒產出緩慢，破裂較少。(4) 用手指使會陰展開。(二) 縫合法 病人之臀部擦洗清潔。局部再消毒視察傷口之輕重，并預備應用物品如下。(1) 二號羊腸線（縫肌肉及粘膜用）。(2) 蠶腸線或絲線（縫皮膚用）。(3) 圓針及三角針各一（圓針縫肌肉用，三角針縫皮用）。(4) 針持一把。(5) 解剖鑷子二把（有齒及無齒各一）。(6) 血管鑷子數把（有時須用）。(7) 剪子一把。(8) 陰道窺器一。(9) 威承藥水小碗一。(10) 紗布或棉花。(11) 手巾。

縫合須早。最好在胎盤產出後即縫，以防流血。至晚不能過二十四小時。苟局部已被細菌侵入則傷口不能癒合完整。如已過二十四小時不宜縫補。必須時則在一年之後行之。立時縫合無須麻醉。

縫法 在充足亮光下先將傷口擦淨。詳查破裂之情形。注意傷口不可沾污。如傷口流血，用血管鑷子或紗布壓之。如有血自上方流出，可用紗布塞入陰道內以防流血。但縫後必須將紗布取出。

縫合法分三部，(1) 縫合提肛門肌，(2) 縫合陰道。(3) 縫皮。肌肉及陰道

用二號羊腸縫步結縫法。皮膚用蠶腸線或絲線，亦用步結法。二針相距約一糲，距皮邊緣亦一糲。傷口宜整齊，線不能太緊太鬆。第三程破裂修補時必須注意，肛門括約肌縫線不能穿過直腸黏膜。

縫合後之料理法 除第三程破裂外一概可以通大便，而給以合宜之飲食。縫線每日視察。如有水腫，則用百分之二十五火酒硼酸液熱敷。縫線在七日後除去。如傷口未及長合中途化膿，則應將縫線拆除。用消毒藥水沖洗，使膿液流出，任其自癒。有第三程破裂者對其大便之排泄必須特別注意。使多喝水，吃軟飯，禁食植物纖維。第七日之後給流動石蠟三十糲，每日二次。第八日給草麻油三十糲，同時用流動石蠟或橄欖油二百四十糲射肛。大便時勿用逼力。如流動石蠟無效，可每日給瀉劑一次。

第四十三章 引產法

胎兒未及足期而使早期生產所用之方法稱為引產法。以時間之不同分為引流產及引早產二種。臨症上引產法常用於十六星期以前及三十星期之後，茲分二期述之

第一期 引流產（常用者為治療流產）

適應證 (1) 子期惡性嘔吐而有肝及腎受累者。(2) 進行性肺結核病而有體重減輕，發燒，咯血等病狀，經治療無效，或同時亦有惡性孕吐者。(3) 心病且代償機減退

者。(4)糖尿症。(5)腎病而有併發性視網膜炎者。(6)其他重病致孕婦有生命危險者。如白血病，惡性貧血，及舞蹈病。(7)胚胎之病，如羊水過多，水泡狀胎塊，或胎死而有流血者。

以上諸症與孕婦胎兒均不利，故宜引流產。惟施術以前必有家屬書面之同意，及同業之贊助，如此則可避免法律上之糾紛。

方法 以孕期之長短決定之。(1)妊娠首八星期有不須要麻醉。手術前宜作陰道檢查，以定有無子宮外孕。以黑加氏擴張器開大宮頸。以刮匙刮宮。末以息肉鑷將胎取出。以紗布蘸藥水塞入宮內以防流血。紗布於二十四小時後取出。如宮頸強硬勿免強擴張，可先塞紗布於宮頸及陰道內。二十四小時後取出，宮頸或能變軟。

(2)妊娠第三及第四月 引流產手術分兩步如下。第一日用黑加氏擴張器將宮頸略為開大，刺破胎膜，并以刮匙將胎破壞。末以紗布填塞子宮，宮頸及陰道。二十四小時之後將胎取出。宜注意胚胎須完全取盡，勿遺留碎塊於宮內。如需要絕育，剖腹較好。

(3)妊娠第五及第六月 方法與引早產相仿。先刺破胎膜，用小號利氏囊擴大宮頸。希望能使胎自然排出，否則仿上法取之。胎盤排出後以刮匙刮宮，并以紗布填塞子宮。第二日將紗布取出。

引流產之藥品雖多，但實際并無安全而合用者。

後療法 口服麥角流膏促子宮收縮。無需灌洗陰道，僅以消毒藥水沖洗外陰部即妥，病人須臥床一星期。

第二節 引早產

引早產乃於胎兒能生活之後，足期之前，以人工方法將妊娠間斷之謂也。

適應證 (1) 骨盆輕度狹窄而不欲或不需要行開腹產者。(2) 孕期之急性病如驚厥，毒血症，舞蹈病，惡性嘔吐，前置胎盤，胎盤早分離。(3) 腎病，結核病，糖尿尿病。(4) 習慣性胎死。(5) 孕過期或胎兒過大。有人似有習慣性過期生產，胎兒發育過大致發生難產。

引早產須注意以下三項。(1) 胎兒須能生活。不足三十星期者生活力極低。(2) 骨盆不得過窄。恥恥產徑必在七。五釐以上。(3) 孕婦之身體必須能勝任引產之手術。

方法 引早產方法極多，常用者如下。

藥物引產法 (1) 奎寧及蓖麻油引產法。此為最通用者。

上午六時 服蓖麻油三十耗(早飯吃稀飯)。

上午七時 服奎寧○·六克。

上午八時 服奎寧○·六克。

上午九時 熱水灌腸。

上午十一時 服奎寧○。六克（如已有頗強之產痛，即不必服）。

在十二小時內應當發生效力，不然則認為無效。此法之有效率約百分之三十。且奎寧之劑，宜小不宜大，小量可促子宮收縮引起產兆。大量則使宮肌麻痺，而致死胎。

(2) 垂體素引產法 凡血壓高，驚厥，及患心病之孕婦不宜用垂體素引產。

上午六時 灌腸

上午七時 肌肉注射垂體素半耗。以後每半小時注射一次直至產痛發生

，惟最多不得過六次。

(3) 奎寧蓖麻油與垂體素合用引產法。

瓦特森氏法 (Watson's method)。

下午六時 服蓖麻油三十耗。

下午七時 服奎寧○。六克。

下午八時 熱水灌腸。

下午九時 服奎寧○。六克。

夜十二時 服奎寧○。六克。

次晨九時 如無產痛即肌肉注射垂體素半耗，每卅分鐘一次直至產痛發生為止。惟

至多不得過六次。如無效則在第二或第三日再做。

(b) 哈弗氏法 (Harbauer's method)。

上午五時 蓖麻油三十耗，奎寧○·六克。

上午六時 奎寧○·三克。

上午六時半 熱水灌腸。

上午七時 奎寧○·三克。

上午九時 垂體素鼻腔吸入法。

鼻腔吸入法須預備垂體素四壺腹，棉花球數枚，鼻窺器及小鑷子各一。將垂體素浸於棉花內，擴大鼻腔，以棉花球塞於鼻下甲之下。一小時換一次，直至產痛發生。至多不得過四次。醫師必須注意宮縮及胎心。如宮縮太強即刻將棉花球由鼻腔取出，以免宮破裂，或胎兒窒息。此法效力小，消費大，惟分劑可以隨意左右，較之注射為安全也。

(c) 荷蘭氏 (Holland's method)。

上午七時 服蓖麻油三十至四十五耗。

上午八時 用熱水洗滌十五分鐘繼續清淡早餐。

上午九時 熱水灌腸大便排泄後加裹腹帶。

上午十時 服奎寧○·三克。

中午十二時

服奎寧○・三克。

下午二時

服奎寧○・三克。

下午四時

服奎寧○・三克。

如無產痛，於下午九時肌肉注射垂體素○・二瓩（二單位）。每半小時一次至有規則之產痛進行為止。至多不得超過八次，足期及過期者百分之八十有效，不足月者僅百分之二十五有效。

手術引產法 法分數種，當依情形而選擇之。

（1）人工破胎膜法，為昔時常用之法。破時勿用銳利器械，亦勿使羊水沖出太急。如胎頭未定而破胎膜可使臍帶脫垂。并可引起受染及乾產，故近來多以他法代之。惟邊及側前置胎盤，可用此法使胎頭下降，並用以止血。

（2）探條引產法 探條分橡皮及絲線二種。用時須消毒。每次須用二條。令產婦作剖會陰臥式。外陰部消毒後，以陰道窺器張開陰道，擦清宮頸。探條塗消毒流動石蠟，緩緩插入胎膜與宮壁之間。填勿刺破胎膜，分離胎盤，或穿破子宮，故插時絕勿用力。如有流血須即刻將探條取出，重向他方向插之。末端宜在陰裂之內約一吋。末以紗布條填塞陰道，以防探條脫出。產痛發生後，即可取出或隨宮縮被迫出。如無產痛，則在二十四小時後取出。此法之有效率約在百分之九十以上。惟須嚴密消毒以免受染。

(3) 人工擴大宮頸法 今水囊、器械、手指，三種擴大法。

(a) 水囊擴大宮頸法 囊係橡皮或綢與橡皮混合製成。大小形狀不一。常用為利氏 (Champetier bag) 或伏氏 (Yoonhee's bag) 囊。先將胎膜刺破，再以囊插入宮頸內，然後灌水。使水囊正在宮下段。下懸重物約二磅，使宮頸漸漸擴大。此法常用於前置胎盤。一方止血，同時使宮頸擴大。

(b) 器械擴大宮頸法 器械擴大法易致宮頸破裂，為害甚多。近來用者甚少，故用時必須和緩。

(c) 手指擴大宮頸法 比法較為安全，令產婦作仰臥剖會陰式，外陰部及手術人必須充分消毒。令助手扶子宮底向下壓。術者先以一指導入宮頸內，繼則二指三指以至宮頸擴大完全。惟應注意者，用力不可過猛。宮口未開全或不易擴大者，強用此術或早用抽術易致宮頸破裂。須注意之。

(4) 紗布填塞宮頸法 以陰道窺器將陰道張開，以雙爪鉗牽下宮頸。以長三至五碼寬三吋之紗布緊緊塞入子宮下段及宮頸內，可以引起產痛。

第四十四章 產鉗

定義 產鉗為一種用以助胎頭產出而不傷及胎兒及產母之器械也。

歷史之沿革 最早在一五五四年（距今三百九十年）已有人發明產鉗助產，但構造與現用者大不相同，往往傷及胎兒及產母。一七二〇年法國醫師加以修改。一七四六年賴氏（Levret）於鉗葉加以合宜之彎度。一五八〇年向氏（Petor Chamberlan）為第一人正式用產鉗助產。以後傳至法國，再至英國。一七五三年之後廣用於世。

產鉗之構造 產鉗分左右二葉，以產婦仰臥時插入為標準。每葉有一柄及一鉤形突出部。鉗葉有頭彎及盆彎。頭彎為適合胎頭而設，盆彎則為適合盆腔而設。二葉之間有一鉸。產鉗之形狀及大小各國不同，現在常用者為經過數十次之改良而認為最合用者為辛孫氏產鉗（Simpson's forceps）。

產鉗之功用 產鉗之功用有三，分述如下。

(1) 牽引器 產鉗之主要作用為牽引兒頭下降而出產道，牽引力不宜過大，以免產道受傷。

(2) 壓迫器 如產鉗插入適在胎頭之兩側，則所受壓迫極小。反之如在頭之前後或斜向則所受之壓力極大，致有腦受壓而窒息或腦流血等。

(3) 迴轉器 用產鉗迴轉胎頭之方位，如在枕後方位或額後方位，可以用產鉗轉成前方位。

施產鉗之適應證 (1) 分娩力欠佳，在頂先露第二程延長，胎頭雖能見但無進步

，助產人員應當明瞭產母及胎兒之安危設法助產。須視產婦之實力如何，而不能盡其所能忍受者以至憔悴不堪。(2) 胎頭內轉不全亦為應用產鉗常遇之適應證，如枕後方位轉至枕橫方位停止甚或完全未轉。(3) 產婦有併發病，為減少其痛苦而用產鉗助產，如在產時驚厥，傳染病，肺炎，傷寒，心病，結核病，肺水腫，疝及闌尾炎等。(4) 意外之事，如前置胎盤。胎盤早期分離，及臍帶脫垂。(5) 會陰組織彈性不足或胎頭略大。(6) 盆骨稍窄小，此種情形極有研究餘地。雙方不能太不相稱，不然胎兒有莫大之危險。(7) 胎頭後產亦可用產鉗助產。產鉗之使用要使產母減少痛苦，使胎兒少受壓迫。惟用之不當反可發生危險，是以不能不慎重為之。

施產鉗之情形 (1) 盆骨不能過窄。胎頭不能過大如腦房積水，胎頭雖一部入盆，但產鉗不易扣鉸，即免強扣之，用力後亦多滑下。(2) 宮頸必須開全。用產鉗使胎頭急下，宮頸往往易致破傷。(3) 胎膜已破並不妨礙產鉗之插入。蓋胎膜不破而用產鉗，可以牽引使胎盤分離。(4) 胎頭當在盆內而同時有餘地可容產鉗插入。(5) 必須為活胎。如確知胎兒已死寧可用刺顱術。除非診斷不明，當然先用產鉗較為妥當。

施產鉗之技術 所謂高產鉗，中產鉗，低產鉗者，乃以坐骨棘為標準定之如下。如胎兒雙頂徑居雙棘線者為中產鉗。在雙棘線以下者曰低產鉗。在該線以上僅一部固定，或尚在盆上口者稱為高產鉗。

產鉗之凹面為貼近胎兒之面。自二鉗葉孔處中點作之直綫曰產鉗之直徑。該徑應在盆骨之橫徑，蓋如此，產鉗之盆彎洽與骨盆之凹面適合。當胎頭之矢狀縫在骨盆前後徑。產鉗直徑在骨盆橫徑插入，則握持胎頭極佳，手術之困難亦極少。如胎頭斜在盆腔之內，則產鉗之直徑亦不能合適。少數不顧胎頭之方位，僅使產鉗隨盆腔彎度插在盆之兩側。多數則循胎頭兩側插入，然後用產鉗迴轉。惟後法如胎頭居盆之橫徑時，勢必一葉在盆前角，一葉在膀胱之下，恐難扣鉸而易傷害膀胱。故莫如將胎頭轉至矢狀縫居盆之前後徑，然後再以產鉗在盆之左右插入，如此則最為妥當。如胎頭不易轉動，則寧可將一葉在胎兒之頰部他葉在頂骨，較之一葉在面部一葉在枕部為優也。

產鉗二葉以左葉先插入為宜。以左手持左葉插在產婦盆腔左邊，再以右手持右葉插在盆腔右邊。

每一產鉗手術分四步，曰產鉗插入法，扣鉸法，牽引胎頭法，及產鉗取下法。病人須在仰臥剖會陰式。外陰部及兩腿內側充分洗淨消毒。臀部貼近床端。以後上麻醉藥待其麻醉即可導尿。最好在施用麻醉之前，先做陰道檢查。

第一步產鉗插入法 先以消毒之流動石蜡將手及產鉗潤滑。以右手一部伸入陰道，詳細檢查宮頸已未開全，胎膜已未破裂。手術人應取一最合適之地位，或立或坐隨各人之意。如胎頭極低，則半手伸入亦可摸清胎先露及方位矣。如胎頭極高，須全手插入方

能摸清。最重要者摸清子宮頸在何處。然後將胎頭轉正，即以右手插在陰道之左壁，左手持鉗之左葉與女陰垂直如執筆狀，插在胎頭與手之間。遂向內推進，直至鉗葉之孔已完全入陰道內。則將產鉗漸漸放平，再往內推，使鉗處正在會陰附近。

左葉已進，右葉亦如法插入。必使此葉在左葉之上方扣鉗。最重要者須小心宮頸是否被鉗夾住，臍帶是否在兒頭之側，慎勿夾入產鉗之內。致有宮頸破裂及胎兒窒息之虞。如胎頭轉動不易，可試以產鉗循胎頭而插入。

第二步產鉗扣鉗法 如胎先露及方法合宜，二葉應極易扣鉗。最簡單之法即持鉗二柄輕輕向會陰壓之即可扣合。如胎頭方位稍斜，可將產鉗稍稍轉動，使胎頭與產鉗之彎度適合。如相差太多則極難合併。勉強行之往往傷及產婦或胎兒。宜取下重插。每因方位診斷不對，或胎兒有腦積水，致不易扣鉗。扣鉗之後宜聽胎心，深恐胎頭及臍帶受壓。如發現不正常，宜取下重上。倘臍帶被壓不能避免，須速使胎兒產出。

第三步牽引法 扣鉗之後即可輕輕牽引一次，以觀產鉗是否插入妥當並所遇抵抗力之大小。牽引之後宜聽胎心是否正常。每次牽引注意以下四項。(1)牽引最好乘宮縮時，如無宮縮則牽引緩慢而勻，加力及減力須漸漸改變。(2)用力隨胎進步之快慢而定。用力須在肘關節。普通力量在六十磅左右已足，愈少愈佳。宜注意胎心。(3)僅向一方向牽引，不能左右扭轉，偏倚，及搖動。(4)宜循產婦之盆軸牽引。如需力不

太多可僅用右手用力，以左手扶鉗。如一手不足則用雙手。牽引之方向依胎頭之高低及盆軸而定。凡拉一二次之後即將產鉗放鬆，減輕胎頭之壓迫。但不能太鬆，深恐產鉗一放胎頭改換方向而在原有地位，或臍帶滑入鉗葉之內。放鬆約二分鐘之後再扣鉗。可用一手摸胎之囟門，則可知其地位是否移動，胎頭一至會陰，則持鉗向上牽引，並做陰唇切開術，以免胎兒多受壓或會陰破裂太重。每次牽引之後應聽胎心。以後術者站在產婦一側，用左手者立於右側，用右手者於左側。以右或左手握產鉗之鉸處緩緩牽引，使胎頭慢慢前進。胎頭愈前進產鉗愈提高，直致鉗柄向產婦之腹部。

第四步取下產鉗法 胎頭將出陰裂時則將產鉗取下。取下時當隨一定之方向，慎勿傷及嬰兒頭皮，五官，及產婦之軟組織。胎頭一出，立刻擦清其口鼻及面部，勿使頰部接觸會陰及肛門。然後按法使胎肩產出。須有人助理，隨胎兒之下降扶持子宮。并注意產後流血及嬰兒窒息。

各種產鉗手術

(一) 低產鉗 如胎頭已內轉完全，或將完全，產鉗極易插入。鉗葉正在胎頭兩側夾其耳部。低產鉗為產鉗中最易而危險最少者。

(二) 枕後方位施產鉗法 枕後方位胎頭之枕部常向左或右髖髻關節，或正居髖髻凹，且前屈不全，多數須以產鉗助產。手術之前須確實診斷胎頭之高低及方位。可以矢狀

縫及白門為標準。如胎頭有水腫不能捫清，則以耳為標準。

已斷定為枕後方位，遂以一手入陰道將胎頭稍向上推。以拇指在前耳，餘四指在後耳將胎頭握持之，並轉成枕橫方位。普通頗易轉動，時或能成枕前方位。遂即仿上法插入產鉗。所困難者迴轉之後胎頭仍轉回至原位，可以下法固定之。(1) 助理人以一手在恥骨上緣加壓力使胎頭腦部向下。(2) 先將產鉗左葉插入並持鉗柄固定之。(3) 胎頭轉正之後仍以該手固定之。如左手在陰道內則以右手將鉗插入，右手在內以左手將鉗插入。待二葉均插妥，並確知胎頭在前方位，且無臍帶或產母軟組織在產鉗之內，然後方將手取出。此法較以上二法為便利合用。

少數枕後方位用手不易迴轉者可用產鉗迴轉之，亦曰產鉗複重插入法。手術分二步，今以右枕後說明之。

第一步，以右手伸至陰道之左後捫得後耳，插產鉗左葉於該處，令助手固定之：術者將右手伸入陰道右側，插入右葉。並以該手助之將右葉向前轉，直至與左葉相對，遂即扣鉗。此時產鉗之盆凹向胎兒之面部，矢狀縫居盆下口右斜徑。持產鉗向下牽引，同時迴轉，胎頭徐徐下降，產鉗亦慢慢前轉。先轉成右枕橫方位，待頭降至盆底時已轉成枕前方位矣。

第二步，此時產鉗之方向與盆凹相反，須取下依枕前方位法重插，此後可以進行無

阻矣。

用手及產鉗均不能迴轉者，可使其在後方位產出。產鉗插入法與前方位同，惟胎頭不能屈，胎面向上，枕骨向後，易致會陰破裂。

(三) 枕橫方位施產鉗法 有時胎頭之矢狀縫橫在骨盆之內。因陣痛微弱，或胎頭前屈不足，常使內轉被阻而成枕橫方位。此種情形，當然如上述之法先用手使之迴轉，不能時即以產鉗轉之。切不可插產鉗在陰道兩側，因易傷兒面及眼，產鉗容易滑下，且妨礙頭屈，不如產鉗稍斜，使一葉在額骨，一葉在後頂部，其危險較少。此時產鉗夾持胎頭之長徑，鉗柄不易併合，亦不宜扣鉸過緊。迴轉與牽引方法與枕後方位同。

(四) 面先露施產鉗法 面先露本無用產鉗之必要，但在胎之額部停於恥骨之下時亦可用之。產鉗之兩葉必須向後上方插入方為妥當，不然則容易滑下。所以牽引時先將產鉗之柄稍稍落下，然後直向前牽引之。至額已出恥骨弓則抬高產鉗，但不可太速，因喉部正在恥骨之下容易受傷。應作陰脣切開術，免受傷太重。如為額後方位，則不能用產鉗助產，因胎兒不易抽出，對於胎兒之危險太大。

(五) 額先露施產鉗法 除非先轉成面先露或頂先露。用之亦不易扣鉸，以胎頭已變形產鉗無法使用。

(六) 胎頭後產及臀先露施產鉗法 胎軀幹抽出後，已用相當之力胎頭仍不能入盆

者，用產鉗極難。因此時胎兒大半已死，且易傷產婦，故常用刺顱術。如胎頭停在骶凹，應速檢查胎頭停止原因，是否因骨盆狹窄或因宮頸過緊。用他法無效時，則用產鉗。助手將胎身提起至產婦之腹部，術者按頂先露法插入產鉗。

臀部已至盆下口，不能得胎足，又不能以手指或環帶導其向下，可以產鉗助產。以鉗葉緊夾其臀之兩側，不然則一葉在髌骨及髻骨之間，一葉在對側之股部。

(七) 高產鉗 胎頭尚浮或居雙棘線以上時用產鉗稱為高產鉗。此種手術與產母及胎兒均有危險，不如早做開腹產術或內倒轉。然有時產程延長宮縮太緊，胎頭不易推開，有不能不用高產鉗助產者。常用者為他呢厄氏 (Tarnier's) 高產鉗。其構造與平常產鉗不同者，即其牽引把可以應盆軸之方向引頭入盆。

惟高產鉗之使用必須視胎頭之大小如何，變形如何。恥骨產徑須在八、五至九釐以上。

鉗葉之插入各人不同，循盆軸及胎頭均可。大抵產鉗稍偏斜，迨兒頭入盆之後，可以再循盆軸插入。扣鉸之後如牽引數次不進步，可以重插。惟扣鉸不能太緊，免胎兒受傷太重。產婦可做垂腿仰臥式以助前後徑之增加。如胎頭仍不見進步，甯可刺顱，減少產婦受傷之危險。

產鉗手術之危險 (一) 在產母方面有受傷，受染及流血三大危險。蓋產鉗助產時

產道鮮有不受傷者。手術愈難受傷之機會愈多，除救組織外，亦有骨盆受傷者，經年不癒，受累終身。此外宮頸破裂而成子宮頸炎，膀胱漏，小便不能自主，最為危險。

(二) 產鉗滑下對於產母及胎兒雙方均有危險，滑下之原因如產鉗插入太低，產鉗構造不良，胎兒過小或過大，方位不正，抬高鉗柄太早，或牽引之方向不對等。

(三) 胎兒方面之危險有下列數種。(1) 腦受壓胎心慢及窒息。(2) 顱骨折或並有腦流血。(3) 自腦底之竇或小腦幕流血。(4) 腦震盪。(5) 眶骨壓碎，眼球後成血腫，附近肌肉及神經受傷，致斜視及上臉下垂。(6) 眼受傷，如眼炎，視網膜出血，眼球脫出。(7) 面神經癱瘓，因而神經受壓所致，預後良好。(8) 頭皮因受壓懷死。(9) 或有癩瘡之後患。(10) 頭血腫，預後良好。(11) 臍帶受壓或撕斷而致窒息。(12) 聽神經受傷而礙聽覺。(13) 因臂叢受傷，成攸字氏 (Erb's) 癱瘓。(14) 容易引起肺炎，肺膨脹不全，腦膜炎等。

第四十五章 倒轉術

定義 倒轉術者乃以人工方法將胎先露改變方向之謂也。以胎此端佔彼端之位，或橫及斜方位改成縱方位。

倒轉術之方法分三類。(1) 外倒轉術，即以手在腹外行之。(2) 內倒轉術，即

以手完全入子宮內行之。(3)兩極倒轉術，即以內外兩手兼行之。

第一節 外倒轉術

在妊娠末期約在二十八星期，診斷為臀先露，肩先露或斜方位者，當以外倒轉術矯正之。但胎兒之大小必須與骨盆相稱。

適用外倒轉之情形 (1)先露未深定。(2)腹壁不得過厚致捫診不確。(3)腹壁及子宮壁不得有易激性，(4)羊水須足用為胎兒之動轉，在以上情形之下當為作外倒轉術。如胎兒能在新位置固定，可免去難產之痛苦。分娩初期胎膜未破時猶可試用外倒轉術。

方法 先數胎心之次數，並決定胎盤之位置。胎盤附麗處較他處略突起，并有胎盤鳴。如胎盤在子宮前壁，最好不作外倒轉術，作時須極端注意免將胎盤分離。先使孕婦膀胱及直腸空虛，雙腿屈，頭部稍低，使腹部放鬆。用一手將胎臀向上推至一膝回，他手壓胎頭向下至對側之腰部。二手按胎之兩端，一手轉胎臀向上，他手轉胎頭向下，將胎輕輕移動。最好使胎頭由最近之途至盆上口。倘遇阻力則改向他方轉之。如遇子宮收縮，手術須暫停，按胎在已到之方位，迨子宮鬆弛時再轉至達目的為止。以雙手固定胎兒在新位置約五分鐘。並聽胎心。欲保持胎在新位，有時用裹腹帶固定之，但效用甚少。

預後 用之不慎，可致子宮破裂，胎盤分離，胎膜破裂，及臍帶脫垂等，且與孕婦及胎兒有生命之虞。但情形適宜，技術精巧，則危險極小，故手術人不可不慎。

第二節 內倒轉術

內倒轉術即一手伸入子宮之內，持胎兒一或二足牽出，並繼之以抽出術。

適應證 (1) 橫方位或斜方位用外倒轉術太難或不可能者。(2) 頂先露胎頭未定，為救產婦或胎兒而須急速生產者，如產時驚厥，前置胎盤，臍帶或胎肢脫垂者等。(3) 異常之頭先露，如面先露，額先露。(4) 輕度狹窄骨盆。

適用內倒轉術之情形 (1) 宮頸已開全或能使之開全者。(2) 盆腔能容胎頭經過。(3) 先露能推上。(4) 軟組織不得過於強硬。(5) 子宮不得有強直性收縮或縮復環。(6) 須有羊水。

預備 與產鉗手術同。令產婦做切會陰臥式。惟宜預備一消毒布條以便縛胎兒肢體之用。此術宜用全身麻醉，保子宮完全放鬆。宜先明瞭胎之先露及方位。並骨盆與胎之大小是否相稱。胎膜未破者倒轉較易。如早期破胎膜，則手術困難。施行手術時即可破胎膜。手術人之預備與產鉗手術同。最好用至肘關節之長橡皮手套。手未入子宮之前先用無菌流動石蜡滑潤之，但指之掌面不宜用油，以免握持不便。

做法 先導尿，然後確定胎之先露及方位。以一手伸入子宮執胎足。倘胎之長軸與

子宮之長軸一致，則以先露之所向而定用何手入子宮。如左枕前或左枕後，則以左手執前足。倘未知確實，最好兩足并執。若胎之長軸居子宮橫軸，胎臀在母左側者則以左手伸入執左足牽下，向方側者則用右手執右足牽之。胎背向前或向後作法皆同。手指宜攏聚如筍狀。當伸入時宜隨進隨轉，且須以手掌向胎腹輕緩伸入直至可獲胎足。手與足須分別清楚，最好握兩足同時牽引之。助手在腹外推胎臀向下。先牽足至陰道再出陰裂，及見膝可知胎已倒轉矣。執二足同時牽引效果較好。如第一次僅獲其一足，可持之牽至陰道，即刻再伸入子宮牽引他足。如胎足不易牽出，或欲固定已牽出之足，可以布條束縛之。胎既倒轉之後應聽胎心，以後仿臀先露之法抽出。

內倒轉之危險可致宮破裂，出血，休克，染菌等病。

第三節 兩極倒轉術

此術之優點，係子宮頸未開全之前，可用二指在內，一手在腹外，而改變胎之先露。

適應證 主要者為前置胎盤。有時用於臍帶脫垂，肩先露，額先露及面先露。

適用之情形 宜在胎膜未破之前或甫破之後行之。羊水已流出大半則手術極難。胎膜纒破，宮頸能容二指，宮壁及腹壁鬆弛時為最相宜。

預備 與產鉗之預備法同。如陰道緊或神經過敏者宜用麻醉。

方法 先確定胎之方位。如欲轉為臀先露，則先察胎之枕部在何側，即令胎頭循此方向而轉。入內之手掌須向胎頭所欲轉之方向。如胎為枕左方位，則以左手兩指伸入子宮頸推先露向上使轉向左，右手在腹外壓胎臀向下。左右手遞次而推則可倒轉矣。在前置胎盤，胎足一至宮口，則握之牽引至陰道內。此後待其自然進行，勿用力過猛致撕裂宮頸。在其他情形不需要牽下胎足者，倒轉之後，手術即停，並盡力保留胎膜。

第四十六章 胎兒殘毀術

定義 凡殘毀胎使其體減小可由產道取出之手術總名之曰胎兒殘毀術，如穿顱，斷頭，及內臟抽出等是也。

此等手術乃出於不得已而為之。如早期診斷宜早為設法，如引早產，開腹產等。故在手術之前非得家屬之同意不可。

第一節 穿顱術（或稱顱骨切開術，或刺顱術）

穿顱術即先將顱骨刺破使腦流出，並以碎顱鉗將胎抽出之手術。

適應證（一）死胎（1）初產婦軟組織無彈力性。（2）骨盆狹窄。（3）腦積水。（4）產婦光景不佳欲急取出胎兒。（5）臀先露胎頭不能抽出。

（二）活胎 此為產科手術中最難決定而最不願做者。（1）狹窄骨盆。（2）不

能轉動之枕後方位。(3)額或面。先露(4)因手術不適宜胎已受傷或將死。

產程已延長，產婦已受染，會陰及宮頸已受傷，小便含血，產鉗已失敗，如再用他法恐產母發生生命危險，在無法可想之時，而以穿顱術犧牲胎兒生命為惟一之救法。如產母尚好，則此術決非合乎科學之法。

適用穿顱術之情形。(1)骨盆不能太狹窄，骶恥產徑不得在六・五釐以下。(2)胎兒不能過大過硬。(3)宮頸必開全或易被擴張者。

器械之預備 穿顱特用之器械及產鉗手術之器械均需準備。卜拉特氏(Bloch)及內格體氏(Naegele)穿顱器或司美里氏(Snellie)穿顱剪均可為刺破胎顱之用。為軋扁已穿孔之胎頭用辛孫布讓氏(Simpson-Braun)碎顱鉗。鉗有兩葉，一插於顱內，一插於顱外。柄末有強力之螺旋絲，以便將胎頭夾緊。此外更有蔡氏(Zweifel)碎顱鉗。鉗有三葉，插入稍難，但夾持極穩。

手術 令病人仰臥，掛起雙腿，外陰部及一切預備與產鉗手術同。膀胱直腸均須空虛。用全身麻醉。

倘先露在盆上口，可命助手在恥骨上緣向下壓緊，命胎頭固定。如無入助理，則用雙爪鉗或產鉗將胎頭夾住。用穿顱器在前白門或矢狀縫穿一孔，以一指伸入孔內鉤之，並以長鉗入顱內將腦完全破壞。必須刺傷延髓以免胎兒產出後仍能呼吸。以後用消毒藥

水洗淨腦質及血液，然後上碎顱鉗。以鉗之內葉插入孔內直至顱底，凸而向胎之面部。仿產鉗插入法將外葉插在胎之面部，其凹而向內葉，須用壓力，二葉方能扣鉸。在未上緊螺絲之前宜檢查是否有產母軟組織夾入鉗內。螺絲旋緊之後則向下牽引，用力法一如產鉗，宜緩而穩，不能急促。慎勿以碎骨擦傷陰道。視察先露是否下降，及至會陰部應當盡力保護。

胎頭既出，肩部往往亦難抽出，可用一長柄鈍頭剪子切斷鎖骨，即可減小肩之周徑。其法即以左手伸入陰道往上摸到鎖骨，并以該手保護產道及膀胱等軟組織。以右手持剪子剪斷鎖骨，按法再剪斷另一鎖骨。除非胎兒是怪胎或胸腔積液，鎖骨切斷之後必能產出。如再不成，則用他尼厄氏碎顱底器(Tarnier's Rasotride)或除去胸骨抽出胸臟，或以鈍鉤從腋下鉤之，同時一手由胎頭用力抽出全身。

面先露可自胎之眼眶內穿入。

胎頭後產之穿顱術 穿顱器可由上顎成枕部插入。前法較為雅觀。穿顱器插入之後，周圍旋轉使腦組織流出。然後向下抽，頭顱可被壓迫，周徑減小而產下。不然則用顱鉗牽引之。

手術已完，務須給病家有相當之了解。下次妊娠必須有小心謹慎之產前檢查。早期設法，住院待產。如產道有腫瘤阻塞，穿顱亦不合宜。如產院設備完善，胎兒尚生存者

，可用開腹或切開子宮頸術則可兩全。

第二節 碎胎術

碎胎術之意義卽用手術使胎之頭體分離，或自胸或腹部開口取出內臟，前者曰斷頭術，後者曰內臟抽出術。

(一) 斷頭術 產科技術進步，此術用之最少。

適應證 (1) 常用于肩先露，胎手脫於陰道之外，子宮下段已經過度擴張而不能用內倒轉者。(2) 雙胎交鎖斷第一胎之頭。(3) 孿生怪胎。

器械 (1) 斷頭鉤，名卡爾布讓氏 (Carl-Braun) 斷頭鉤。後經查爾汀氏 (Jarl-dine) 改為銳鉤。(2) 長柄剪子，有合適之彎度為剪胎軟組織之用。

手術 如肩先露已深入盆腔，胎之頸已屈曲在陰道之內，當用此術。如子宮下段擴張過分，則用力不能太大免子宮破裂。做法分三步。

第一步，用手完全伸入陰道內，以食中二指及拇指環繞胎頸並以拇指將斷頭鉤引入，小心鉤住胎頸勿傷產母之軟組織。鉤之方向必須向下免傷產婦之膀胱。鉤之地位已經插妥，即慢慢用力向下牽引。同時將鉤柄向胎頭一側轉動，先轉半週，使頸椎分離。仍用力鉤之，繼續再轉半週，則使軟組織分離。或用長柄剪子剪斷，如此胎頭與胎頸完全分離矣。

第二步，由垂腕之手向下牽引，胎體即可抽出，鮮有需用開胸或鉤拉者。惟應注意勿令胎之碎骨傷及母之軟組織。

第三步使胎頭產出。一手在腹外用力向下壓迫，一手在內自胎之下領向下拉，即能產出。不成，即用產鉗助產，或用穿顱術使之產出。小心胎之碎骨勿擦傷產母。

(二)內臟抽出術用之極少。有時用於怪胎，或胎胸腹部有腫瘤，或胎體屈曲在盆腔之內而不能產出時皆可用之。

手術 在胎之胸或腹部用剪子穿一孔，或剪除肋骨數根，然後即將內臟取出。如此胎體即可減小而易抽出矣。

總上而論，三種手術均不合乎人道，應早期設法避免。蓋大抵病人均已受染，抵抗薄弱，經過長時間之手術，死亡率極高。

第四十七章 恥骨切開術及開腹產術

第一節 恥骨切開術

自一八七七年法國開始用此術。至十九世紀末葉。多數產科專家均感此術之不適用，而漸以他法代之。

適應證 (1)扁平及週圍狹窄骨盆，骶恥產徑在七·五裡以上者。(2)漏斗形

骨盆。

適用此術之情形 (1) 骨盆不得過窄。(2) 胎兒不得太大，尤其在初產婦。(3) 胎兒情形良好而無畸形。(4) 產婦軟組織不得強硬或發育不良。(5) 產婦情形好而未受染。(6) 無靜脈曲張。(7) 子宮頸開全。

綜上以觀，此術利用之範圍不廣。故不如早期決定用開腹產術為妥當也。

手術 先使產婦之膀胱及直腸空虛，取剖會陰臥式。助理者扶其兩小腿。在恥骨結節之上，向內與恥骨之上緣平行割一口，約長二・五釐。割開骨外膜，以食指插入割口令骨後之組織分離。用特別之彎針插入骨後面。將鋸套於針端，則針引鋸隨之而入由割口面出。如此將恥骨之一側鋸開，慎勿傷及韌帶組織。用產鉗或內倒轉取出胎兒，然後縫合傷口。膀胱內插導尿管。全盆外圍裹以二種寬之粘骨條，束縛二膝，使恥骨兩端密切相合。十日之後除去粘骨，二十四小時之後二腿可以活動。須有適宜之床架，沖洗或小便時勿使移動。病人須平臥九日，三星期之後方可下床。

手術之危險 產婦以恥骨受傷妨礙運動，或傷及尿道，膀胱，成血腫或受染。胎兒之死亡率甚高。昔時有恥骨聯合切開術，軟骨易受染，不易長合，膀胱尿道正在聯合之後，易成瘻管，故今已不用矣。

此術發明甚早，但在消毒學識未昌明時，產婦因受染或流血死亡者極多。一八八六年善氏 (Sanger) 首將此術公佈於世。年來消毒術進步，應用日廣。

開腹產術之適應證 分絕對適應證及比較適應證兩種。(一)絕對適應證，即產道狹窄過甚。致捨此術之外無法可以產出。狹窄骨盆恥骨產徑在六·五釐以下者為絕對適應證，因碎胎之後亦無法將胎取出而不傷及產母。除骨盆狹窄外，因子宮頸及陰道腫瘤或狹窄，脊柱後凸，脊椎脫位，骨質軟化骨盆，偏斜骨盆等致產道過窄者，亦需用開腹產術。

(二)比較適應證，即診察其情形，恐不能自產道生出活胎故用此術。(1)狹窄骨盆恥骨產徑在六·五至九釐者，為保全胎兒而用此術。(2)臍帶脫垂宮頸未開，同時欲保全胎兒之生命則用開腹產術。(3)產時或產前習慣性胎死，或習慣性胎盤早期分離，宜在足期未動產之前行開腹產術以救胎兒。或因胎盤早分離有隱性流血，子宮缺乏縮力，則用開腹產術取出胎兒并截除子宮，以救產婦之生命。(4)產前驚厥藥品治療無效，病狀甚危，可用此術。(5)前置胎盤，如在初產婦中央性前置胎盤，流血極多，且宮口甚小而不易擴張，胎兒已有生活能力，宜用開腹產術。(6)其他可用開腹產術者，如高年初產，子宮頸強硬，陰道及子宮頸有瘢痕，子宮肌瘤，及卵巢囊腫。他如產婦有心病，結核病，肺水腫，不能勝任分娩之勞苦，或於以上之情形同時有骨盆狹

窄。或產婦已死胎兒尚活，用此法急將胎兒取出。

適用開腹產術之情形 (1) 絕對須開腹產者，不拘產婦胎兒任何情形一概施用開腹術。倘產婦已經受染，則當做腹膜外開腹術。(2) 比較須要開腹者。(a) 產婦及胎兒之光景良好。(b) 胎兒非怪胎。(c) 子宮頸必須能使惡露流出。(d) 產程延長者，無論胎膜破否，或有淋病歷史，均當做腹膜外開腹術。(e) 前置胎盤或胎盤早分離，僅為救產婦生命，不必顧及胎兒是否生活。

施行手術最好在產兆發生之前，至晚在分娩初期。蓋胎膜破後，子宮已被細菌浸入，則與產婦不利。近來對於輕度骨盆狹窄之初產婦，往往先試其自然力量能否迫胎頭入盆。如不能，然後再做腹膜外開腹產術，母嬰仍可兩全。因一次開腹，以後不易避免，并有相當之後患。

手術之分類 分二類，曰腹膜內開腹產術，及腹膜外開腹產術。

(一) 腹膜內開腹產術 病人之預備與普通腹部手術同。用脊髓或局部麻醉，可使宮收縮，減少流血及休克。

(1) 皮膚消毒後，在腹正中線自臍向下割約十五種長之開口，腹膜切開後子宮即顯然可見，助手持子宮在腹中部，并以紗布塞入腹腔免腹臟突出。先射垂體素一耗於宮壁，然後切開子宮。割口在宮中部與腹壁開口等長。小心勿傷胎兒。切開宮壁時必有大

量之血流出，如胎盤在子宮前壁附麗者出血更多。可用紗布壓住，以免流血過多，胎膜一破，即刻伸手入子宮內握胎足，抽出胎兒，并剪斷臍帶，令助理人料理之。

助手緊握子宮。取出胎盤及胎膜，即刻縫合子宮及腹壁切口。關於子宮之應否保留及應否使之絕育，當酌量情形而決定之。

(2) 腹壁在正中切開，腹膜亦切開，一如上法。但宮壁之切口則僅於子宮下段，傷口往往橫切因宮下段血管較少纖維較多，容易長合；減少下次破裂，切口僅容產鉗插入或用華來氏鑷子夾住胎頭拉出，胎頭產出時，助手應小心保護傷口，謹防撕裂，胎兒既出，連將胎盤取出，然後縫宮壁腹膜及腹壁。

(1) 保留子宮及生育機能 胎盤胎膜除去之後，即刻緊握子宮，勿使流血太多。即用二號羊腸綫步結縫法縫合子宮肌層，但不能縫及子宮內膜。二邊湊合平整，扣結穩固。次即用連縫法縫合子宮之外層。然後清理腹腔，勿令羊水血塊存積於內。遂即將腹膜及腹壁縫合之。縫合之後，即注射或口服麥角流膏。如宮縮好，以後不必再給縮宮藥，以免傷口裂開。

(2) 除去子宮 子宮有肌瘤產後不能收縮，胎盤早分離，子宮肌內血積太多不能止血，產婦骨質軟化太重，或宮已受染，應當在宮頸之上切除子宮體。宮頸癌，則將宮頸，宮體，卵巢，韌帶，輸卵管，悉數除去。

(3) 保留子宮施絕育手術 輸卵管切除一部分，或用結紮法使產婦以後不能受孕，而仍保留內分泌及行經等機能。此術適用於中年婦女已有子女而以行過二次以上之開腹手術者，深恐以後有子宮破裂之虞也。

(二) 腹膜外開腹產術 病人做垂頭仰臥式。用一百五十瓦無菌水灌入膀胱，導尿管以鑷子夾住并留在膀胱內。開口在腹中綫，自臍下約五釐至恥骨聯合上緣。慎勿割傷腹膜。辨明各器官之後，則放出膀胱內之水，導尿管保留在原處，遂將膀胱子宮皺袋輕輕推上，膀胱移向下右側，子宮下段即可顯露。以指導之，將子宮下段割開，小心勿向兩側牽引過重。

病人平臥，以指伸入胎口腔，引胎頭至開口處。插入產鉗，慢慢將胎兒牽出。助手在子宮底往下推以助胎頭產出。嬰兒既出，立刻剪斷臍帶，由助理者料理之。如宮口未開，胎膜非早破者，胎盤胎膜可由腹部開口取出，不然則使由陰道產出，免染傷口。注射垂體素一耗。促子宮收縮。

子宮壁縫合後，即將腹膜拉下，膀胱恢復原位，再縫合腹壁。如已受染，可在傷口下端用橡皮管引流。

腹膜外開腹產術之優點 (1) 子宮下段之纖維組織較多，血管較少，故可減少手術時之流血。(2) 傷口容易長合。(3) 下次懷孕時下段無損，較少，可減少破裂。

(4) 傷口完全被腹膜遮蓋，故在腹腔全無粘連。(5) 因未經腹膜故不易受染。

在前置胎盤使用開腹產時，用腹膜內法較為妥當。不然於以後分娩往往有破裂之虞，其原因如下。(1) 在產褥期宮肌退化。(2) 傷口往往受子宮縮復作用，不能湊合完好。(3) 傷口往往有積血妨礙長合。(4) 胎盤在宮前壁發育者，宮壁特鬆，傷口長合極不堅固，易致破裂。

開腹產術之死亡率 手術敏捷，時間合適，產婦光景良好，宮口之構造正常，結果必佳。茲錄荷蘭國關於產母死亡率之統計如下。(1) 骨盆狹窄，百分之四·一。(2) 驚厥，百分之三十二。(3) 前置胎盤，百分之二·五。(4) 胎盤早分離，百分之二十七。

時間之遲早與死亡之多少有密切關係。

時	間	手術數目	產婦死數	百分數
(1)	產前	一一〇二	一九	一·六
(2)	分娩早期	三八九	七	一·八
(3)	分娩晚期	二二〇	二二	一〇·〇
(4)	引產後	二五	五	二〇·〇
(5)	產鉗或碎胎後	一〇七	二九	二〇·〇

故時間愈早愈好，不然則產母死亡率甚高。如產道已被估污，甯可碎胎而不做開腹術。胎兒死亡率以情形而不同。胎盤早分離，死亡率在半數以上。前置胎盤約百分之七。驚厥，百分之五十。其他因骨盆狹窄而開腹者死亡極少。

Handwritten text in the upper left corner, possibly a date or address, including characters like '日' (day) and '月' (month).

Handwritten characters in the center, appearing to be '2' and '7' with a cross-like mark.

Faint, illegible text in the lower right corner, possibly bleed-through from the reverse side of the page.