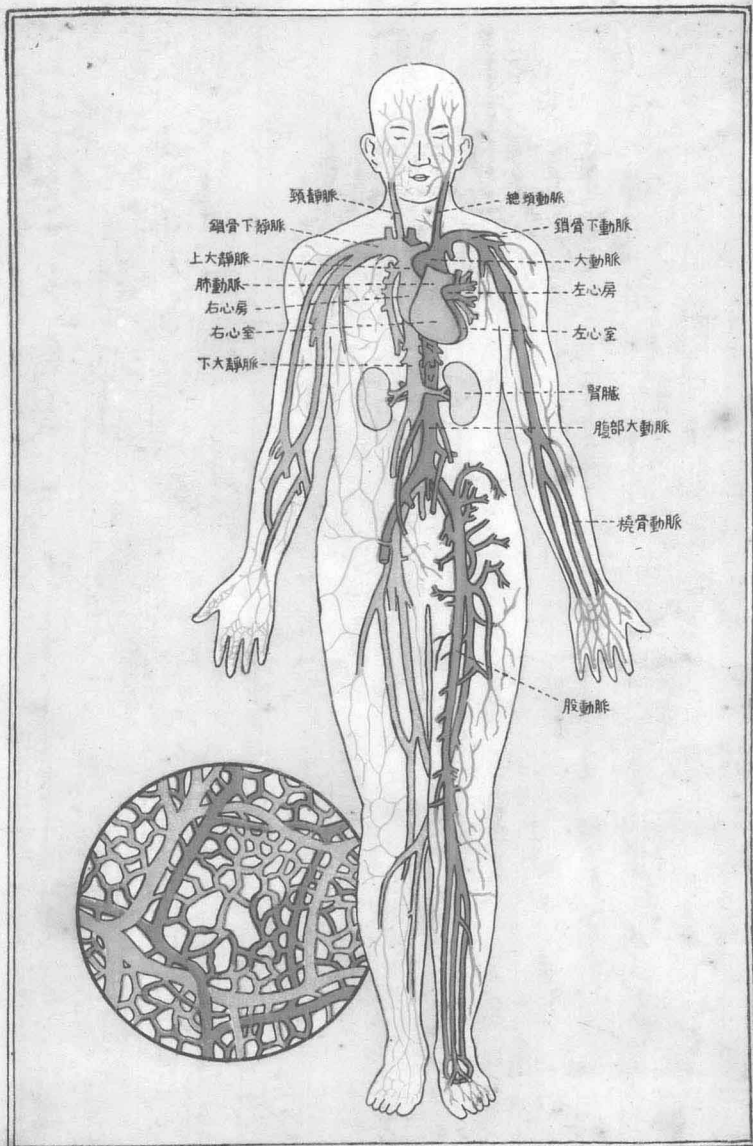
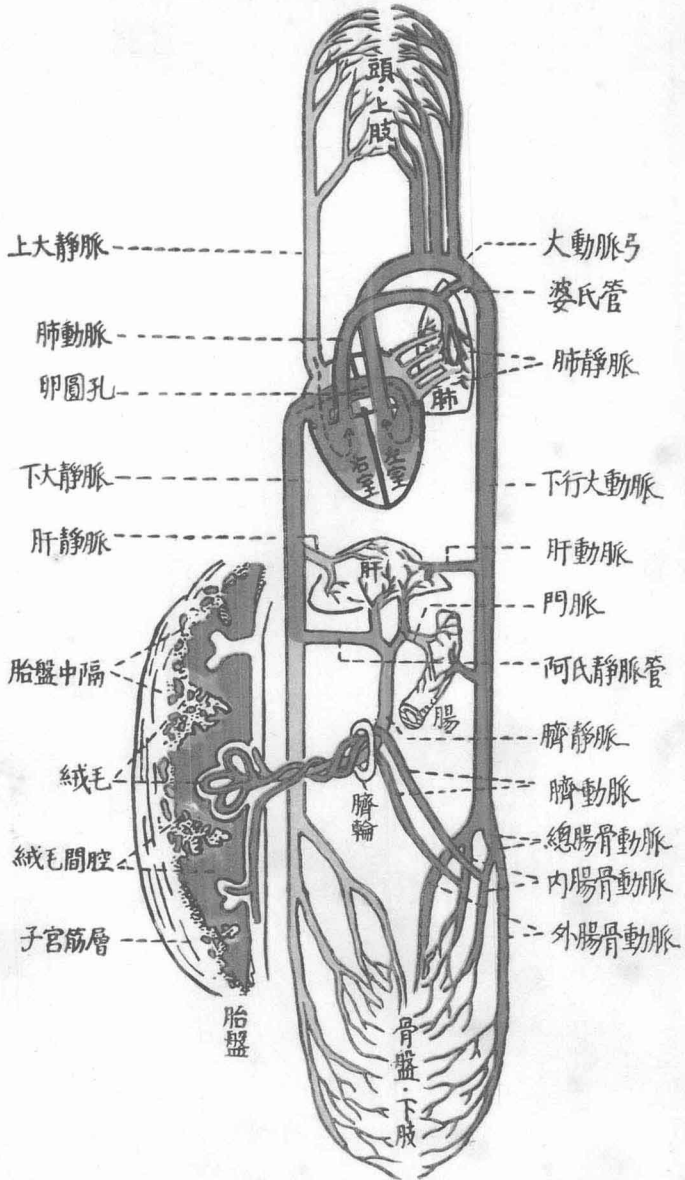




主要血管圖



胎兒血液循環圖



目次

緒論.....一

第一編 解剖學大要.....三

第一章 生活體之構成.....三

第二章 人體之構造.....四

第三章 皮膚.....六

第四章 黏膜.....六

第五章 漿膜.....七

第六章 骨.....七

第七章 肌肉.....三

第八章 循環器.....六

第九章 神經系.....三

第十章 五官器.....三

第十一章 內臟.....四

第十二章 血管腺.....三

1
第二編 婦人固有之體格.....三四

第一章 女子骨盆.....三四

第二章 女子生殖器.....四八

第三章 生殖器之生理.....五五

第二編 生理學大要.....九五

第一章 物質交換.....五九

第二章 活力論.....六六

第四編 細菌學大意.....七一

第一章 細菌之定義與其地位.....七一

第二章 細菌之形狀.....七一

第三章 細菌之發育與增殖.....七一

第四章 細菌之病的作用.....七三

第五章 細菌之侵入門戶.....七三

第六章 細菌在體內之蔓延狀況.....七四

第七章 病原菌所發之症狀.....七五

第八章 身體之防菌作用.....七五

第九章 感受性與免疫力.....七五

第五編 消毒學大意.....七六

第一章 消毒之理由.....七六

第二章 制腐法與防腐法.....七七

第三章 消毒法之種類.....七七

第四章 消毒之實施法.....七八

第六編 正規妊娠.....八六

第一章 妊娠之定義.....八六

第二章 妊娠之成立受精.....八六

第三章 受精卵之發育.....八七

第四章 胎兒附屬物.....八七

第五章 妊娠各月之胎兒.....八八

第六章 成熟胎兒之頭蓋.....九〇

第七章 成熟胎兒與早熟兒之區別.....九〇

第八章 子宮內胎兒之狀態.....九五

第九章 胎兒之營養及血行.....一一

第十章 妊娠母體之變化.....一一

第十一章 妊娠婦之診察.....一一八

第十二章 妊娠之決定.....一二三

第十三章 胎兒體位體向之診斷.....一四六

第十四章 胎兒數之診斷.....一五〇

第十五章 胎兒生死之診斷.....一五一

第十六章 妊娠攝生法.....一五二

第七編 正規分娩.....一五六

第一章 分娩之定義及其種類.....一五六

第二章 分娩之狀態.....一五七

第三章 分娩對於母體與胎兒之影響.....一七五

第四章 分娩之轉機.....一七九

第五章 產婦之診察.....一八七

第六章 後頭位之診斷及分娩經過.....一九二

第七章 正規分娩處置法.....一九六

第八編 雙胎妊娠及雙胎分娩.....二一四

第一章 雙胎妊娠.....二一五

第二章 一卵性雙胎與二卵性雙胎之區別.....二一七

第九編 正常產褥.....二一九

第一章 產婦正常經過.....二一九

第二章 產褥之診斷.....二二四

第三章 初生兒之狀態……………三四

第四章 禱婦處置法……………三七

第五章 嬰兒營養法……………三〇

第十編 異常妊娠……………三三八

第一章 胎兒附屬物之異常……………三三八

第二章 胎兒之異常……………三三九

第三章 母體之異常……………三三九

第十一編 異常分娩……………三六一

第一章 定義……………三六一

第二章 胎兒附屬物之異常……………三六一

第三章 胎兒之異常……………三六二

第四章 胎兒體位勢之異常……………三六二

第五章 分娩中胎兒之死亡及初生兒之假死……………三六三

第六章 母體之異常……………三六四

第十二編 異常產褥……………三六六

第一章 產褥熱……………三六六

第二章 生殖器之異常……………三四九

第三章 禱婦乳房之異常……………三五二

第四章 禱婦泌尿器之障礙……………三五二

第十三編 初生兒之疾病……………三五三

第一章 總論……………三五三

第二章 各論……………三五四

第十四編 助產士必需之看護技術……………三六四

第一章 一般技術……………三六四

第二章 特殊技術……………三六八

第三章 器械及綑帶之名稱與其使用法……………三六九

附錄 與助產士有關之法令……………三六九

助產士條例……………三六九

管理接生婆規則……………三七一

助產士考試規則……………三七一

助產教育委員會章程……………三六九

刑法之墮胎罪……………三六九

插圖目次

助 產 學

主要血管圖(彩色).....	卷首	圖一八	口腔.....	二七
胎兒血液循環圖(彩色).....	卷首	圖一九	胃.....	二六
圖一 頭骨.....	八	圖二〇	小腸和大腸.....	二六
圖二 脊椎.....	九	圖二一	口腔.....	二五
圖三 胸廓的全形.....	九	圖二二	泌尿器的全部.....	三〇
圖四 全身骨骼圖.....	一〇	圖二三	男子生殖器.....	三一
圖五 人體肌肉全形.....	一四	圖二四	薦骨前面.....	二六
圖六 心臟.....	一六	圖二五	薦骨後面.....	二六
圖七 顯微鏡下的血球.....	一九	圖二六	薦骨側面.....	二六
圖八 淋巴系的模型圖.....	二〇	圖二七	尾骨.....	二六
圖九 腦神經之起始部.....	二二	圖二八	右髓骨內面.....	二七
圖一〇 脊髓.....	二三	圖二九	右髓骨外面.....	二六
圖一一 皮膚的模型.....	二三	圖三〇	右髓骨側面.....	二九
圖一二 舌的乳頭.....	二三	圖三一	骨盆之韌帶.....	四一
圖一三 鼻腔的縱剖面.....	二三	圖三二	大骨盆徑線.....	四一
圖一四 耳的縱剖面.....	二四	圖三三	小骨盆腔之各面.....	四四
圖一五 眼球的縱剖面.....	二四	圖三四	骨盆軸及傾斜.....	四四
圖一六 肺臟.....	二六	圖三五	女子骨盆(上面).....	四七
圖一七 全部的消化器和消化腺.....	二六	圖三六	男子骨盆(上面).....	四七

圖三七	女子骨盆(前面).....	哭	圖六〇	臍帶結節.....	哭
圖三八	男子骨盆(前面).....	哭	圖六一	羊水與假羊水.....	七
圖三九	妊婦乳房.....	咒	圖六二	縫合.....	一〇三
圖四〇	女子外陰部.....	五〇	圖六三	額門.....	一〇三
圖四一	子宮 輸卵管 卵巢.....	五二	圖六四	兒頭徑線.....	一〇三
圖四二	子宮與腹膜之關係.....	五五	圖六五	正規胎勢.....	一〇六
圖四三	卵巢之斷面.....	五五	圖六六	妊娠末期第一段頭位.....	一〇七
圖四四	成熟卵.....	五七	圖六七	第一後頭位(第一分類).....	一〇八
圖四五	血液循環圖.....	六〇	圖六八	第一後頭位(第二分類).....	一〇八
圖四六	球菌.....	七一	圖六九	第二後頭位(第二分類).....	一〇九
圖四七	桿菌.....	七一	圖七〇	第三後頭位(第一分類).....	一〇九
圖四八	螺旋狀菌.....	七二	圖七一	第一骨盤端位(第一分類).....	一一〇
圖四九	Schimmelbusch氏煮沸消毒器.....	七三	圖七二	第二骨盤端位(第二分類).....	一一〇
圖五〇	Schimmelbusch氏蒸氣消毒器.....	八四	圖七三	腹部觸診(第一段方式).....	一一一
圖五一	Schimmelbusch氏煮沸消毒器.....	八四	圖七四	腹部觸診(第二段方式).....	一一一
圖五二	受精現象.....	八七	圖七五	腹部觸診(第三段方式).....	一一三
圖五三	妊娠一個月末之子宮.....	八八	圖七六	腹部觸診(第四段方式).....	一一四
圖五四	妊娠二個月末之子宮縱斷面.....	九〇	圖七七	外結合計測式.....	一一七
圖五五	妊娠三個月末之子宮.....	九一	圖七八	Michaëlis氏菱形.....	一一七
圖五六	脈絡膜.....	九二	圖七九	腸骨前上棘間距離計測式.....	一一九
圖五七	胎盤.....	九三	圖八〇	對角結合總計測式.....	一二〇
圖五八	臍帶附着之位置.....	九三	圖八一	內診指之插入.....	一二三
圖五九	臍帶橫斷面.....	九四	圖八二	Deegan氏徵候.....	一二四

圖八三	妊娠各月子宮底之高.....	二四	圖一〇六	第一迴轉(初產婦).....	二〇
圖八四	妊娠第八個月.....	二四	圖一〇七	第二迴轉.....	二一
圖八五	妊娠第九個月.....	二四	圖一〇八	兒頭排臨之初期.....	二二
圖八六	妊娠第十個月.....	二四	圖一〇九	兒頭排臨.....	二二
圖八七	胎兒心音聽診上最著明之部位(一).....	二四	圖一一〇	第三迴轉.....	二三
圖八八	胎兒心音聽診上最著明之部位(二).....	二四	圖一一一	肩胛之娩出.....	二四
圖八九	軟部產道.....	二五	圖一二	兒頭之高.....	二五
圖九〇	分娩初期.....	二五	圖一三	第一後頭位及第二後頭位.....	二五
圖九一	開口期.....	二五	圖一四	助產出診器械.....	二五
圖九二	卵胞.....	二五	圖一五	會陰保護術(側臥).....	二六
圖九三	開口期終了.....	二六	圖一六	會陰保護術(仰臥).....	二六
圖九四	娩出期.....	二六	圖一七	肩胛娩出術(一).....	二六
圖九五	兒頭之排臨.....	二六	圖一八	肩胛娩出術(二).....	二六
圖九六	兒頭撥露.....	二六	圖一九	臍帶結紮剪斷.....	二七
圖九七	胎盤剝離前.....	二七	圖二〇	Crede氏胎盤壓出法.....	二七
圖九八	胎盤剝離後.....	二七	圖二一	一卵性雙胎圖.....	二八
圖九九	Scintze氏胎盤剝離式.....	二七	圖二二	二卵性雙胎圖.....	二八
圖一〇〇	Duncan氏胎盤剝離式.....	二七	圖二三	一卵性雙胎圖.....	二八
圖一〇一	第一會頭位兒頭變形.....	二七	圖二四	產褥期子宮底下降之狀態.....	二九
圖一〇二	第一後頭位頭蓋骨重疊.....	二七	圖二五	產褥期子宮.....	二九
圖一〇三	第二後頭位頭蓋骨重疊.....	二七	圖二六	吸乳器.....	二九
圖一〇四	產瘤.....	二七	圖二七	Boyle氏牛乳消毒器.....	三〇
圖一〇五	第一週轉(經產婦).....	二八	圖二八	葡萄狀鬼胎.....	三〇
				前置胎盤.....	三一

圖一二九	常位胎盤早期剝離	二四五	圖一五二	腦水腫	二〇九
圖一三〇	重複胎盤	二四六	圖一五三	前顛頂骨定位	二九三
圖一三一	副胎盤	二四七	圖一五四	後顛頂骨定位	二九三
圖一三二	羊水過多症	二四九	圖一五五	第一前頭位	二九三
圖一三三	肘膝位	二五〇	圖一五六	前頭位兒頭排臨	二九四
圖一三四	羊臍絲	二五一	圖一五七	前頭位兒頭撥露	二九四
圖一三五	子宮外妊娠之種類	二五二	圖一五八	由前方所見之第一後頭位與第二後頭位	二九四
圖一三六	輸卵管妊娠	二五三	圖一五九	前頭位兒頭之變形	二九五
圖一三七	卵巢妊娠	二五五	圖一六〇	由下方所見之第一後頭位與第二後頭	二九六
圖一三八	輸卵管流產及輸卵管破裂	二五〇	圖一六一	前額位	二九七
圖一三九	懸垂腹	二六三	圖一六二	前額位兒頭變形	二九八
圖一四〇	後屈妊娠子宮	二六四	圖一六三	顏面位分娩	三〇〇
圖一四一	後屈子宮嵌頓症	二六五	圖一六四	顏面位分娩	三〇〇
圖一四二	子宮頸部脫出	二六七	圖一六五	顏面位兒頭排臨	三〇一
圖一四三	子宮肌腫	二七〇	圖一六六	顏面位之撥露	三〇二
圖一四四	妊婦靜脈瘤	二七四	圖一六七	顏面位兒頭之變形	三〇二
圖一四五	由妊娠腎而起之陰脣浮腫	二七五	圖一六八	第二顏面位	三〇二
圖一四六	臍帶脫出	二七七	圖一六九	純臀位	三〇四
圖一四七	半頭兒兼臍腸脫	二七八	圖一七〇	混合臀位	三〇四
圖一四八	無頭兒	二八六	圖一七一	第一臀位臀部排臨	三〇五
圖一四九	兔脣	二八九	圖一七二	臀位兒頭娩出	三〇五
圖一五〇	手指過多	二八九	圖一七三	骨盆端位娩出術	三〇八
圖一五一	重複畸形	二九〇	圖一七四	上肢離解術	三〇九

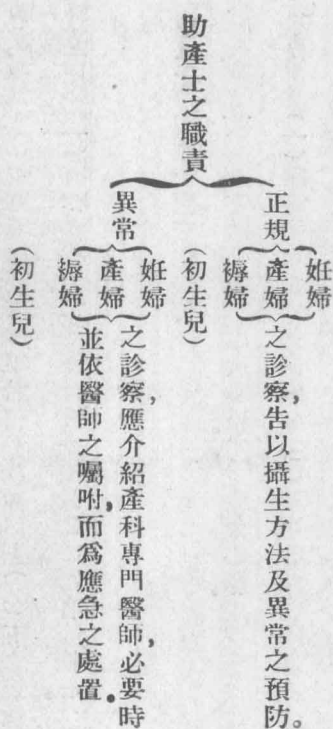
助 產 學

圖一七五	兒頭娩出術	三二一	圖一九八	水鉸式灌腸器	三七三
圖一七六	第一橫位第一分離	三二四	圖一九九	皮下注射器及注射針	三七六
圖一七七	遷延性橫位	三二六	圖二〇〇	麻醉用器	三七七
圖一七八	自己娩出	三七七	圖二〇一	舌鉗子 開口器 帶拭鉗子	三七七
圖一七九	Schultz 氏振搖法	三三三	圖二〇二	舌麻痺時將下頷前推狀態	三七九
圖一八〇	正娩骨盆	三三九	圖二〇三	產科鉗子	三七九
圖一八一	佝僂病性扁平骨盆	三三〇	圖二〇四	穿顛器	三三〇
圖一八二	脊椎挺直骨盆	三三一	圖二〇五	碎頭器	三三〇
圖一八三	骨軟化性骨盆	三三一	圖二〇六	斷頭鉤及斷頭剪	三三一
圖一八四	不正短縮骨盆	三三一	圖二〇七	骨鉗子	三三一
圖一八五	正常骨盆形成之卵腺	三三三	圖二〇八	鈍鉤	三三一
圖一八六	子宮內口之痙攣	三三四	圖二〇九	迴轉紐	三三一
圖一八七	Momburg 氏虛血法	三三四	圖二一〇	臍帶復納器	三三一
圖一八八	子宮翻轉	三三四	圖二一一	子宮洗滌用導管	三三一
圖一八九	子宮翻轉之順序	三三四	圖二一二	子宮頸管擴張器	三三一
圖一九〇	頭蓋血腫	三三五	圖二一三	子宮楔皮球	三三二
圖一九一	檢溫器	三三五	圖二一四	剪刀	三三三
圖一九二	Simon 氏子宮鏡	三三六	圖二一五	鑷子	三三四
圖一九三	鴨嘴狀子宮鏡	三三九	圖二一六	鉗子	三三四
圖一九四	翠狀子宮鏡	三三九	圖二一七	有鉤鉗子	三三五
圖一九五	Meyer 氏乳白子宮鏡	三三九	圖二一八	把針器與縫合針	三三六
圖一九六	導尿管	三三七	圖二一九	腹帶	三三七
圖一九七	浣水器	三三七	圖二二〇	提乳帶	三三七
			圖二二一	丁字帶	三三八

緒論

助產學，爲講述助產士必需之學識與技能之科學。爲使學者易於了解領悟起見，分三步教授：第一步，授以解剖學、生理學、消毒法及與助產有關係之各種科學大意；第二步，授以正常及異常的妊娠分娩產褥之狀態診察與處置；第三步，授以看護法、器械繃帶之名稱與其使用法，以及與助產士有關係之法令。

一 助產士之職責



依右表觀之，助產士之職責，非常重大，以其關係母子兩人之健康與生命也。

二 助產士應具之條件

1. 肉體方面 (一) 體質須強壯。(二) 年齡在十八歲以上。(三) 五官銳敏。(四) 手指健全。
2. 精神方面 (一) 有相當學力，常識充分，技術優長。(二) 富有同情心。(三) 意志堅強，思慮周密，決斷敏捷。

三 助產士應守之條件

1. 關於業務 (一) 遵守法令。(二) 忠於業務。(三) 膽大心細。
2. 應付產家 (一) 慈祥親切。(二) 勿洩隱秘。(三) 不可有貧富階級觀念。
3. 自身修養 (一) 廉潔。(二) 嚴整。(三) 謹慎。

第一編 解剖學大要

第一章 生活體之構成

宇宙間生物之形態，雖千差萬別，論其構造，則皆由極微細之分子（即細胞）結合而成。

細胞之體肉，爲原形質，內含一核，恰如雞卵之有卵白與卵黃。細胞核與卵黃相當，而原形質與卵白相當。然以臟器之不同，乃有種種形狀：如血球之扁平，肝細胞之多角，腸上皮細胞之爲圓柱狀，神經細胞之呈星芒狀，肌纖維及結締組織細胞之作紡錘形者是也。

許多細胞集合而成組織，各種組織，各有其固有之作用。

1. 結締組織 除連結填充作用外，可使臟器堅固，而爲身體之支柱。

2. 上皮組織 有被覆保護之作用。

3. 腺組織 有分泌作用。

4. 肌組織 有伸縮運動之作用。

5. 神經組織 有感覺作用。

以上各種組織，單獨存在者，極少；通常以數種組織，配合而成一定之器官，如各種內臟是也。

第二章 人體之構造

人體由動物性管與植物性管而成。植物性管廣大，內藏營養繁殖之器官，亦名內臟管；動物性管狹小，內容腦及脊髓，亦名神經管。此兩管前後並列，構成體軀，四肢附着其上，而人體乃具備矣。

人體主要部分之名稱如左：

1. 頭部 後上方為頭蓋，呈卵圓形，為頭髮發生之部分。前下方為顏面，凸凹不平，為五官器所在之部分，且為食氣兩道之門戶。

A 頭蓋 (一)前頭——在髮際上約一手掌闊之處。(二)顛頂——為頭蓋之中央部。(三)

後頭——在顛頂骨之後，止於髮際稍上處。(四)顛顛——在頭蓋之兩側，耳之前上後方。

B 顏面 (一)額部。(二)眉間。(三)顴部。(四)頰部。(五)頷部。(六)頤部。(七)耳部。(八)眼

部。(九)鼻部。(十)口部。

2. 頸部 為圓柱狀，其前方名前頸，後方名後頸，亦名項，前後頸部之間名側頸。

3. 胸部 可分為前胸、背部及側胸三部，內部之空腔，名胸腔，心肺諸臟器位於其中。

A 前胸 (一)胸骨部——在胸廓之中央，頸窩與心窩間之細長部分。(二)肋骨部——為胸骨之兩側部。(三)心臟部——在左乳頭與胸骨部之間，其上界為第三肋骨，其下界為第五

肋骨(四)季肋部——爲肋骨之最下部。

B 背部 (一) 脊柱部——爲脊柱附近之中央部。(二) 肩胛部——在脊柱部上部之兩

側。(三) 肩胛間部——在脊柱部與肩胛部之間。(四) 肩胛上部——在肩胛部之上方。(五) 肩胛下部——在肩胛部之下方。

C 側胸 在胸之兩側，亦名脇。

4. 腹部 可分爲前腹與後腹二部，內腔名腹腔，消化、泌尿、生殖體系之內臟，位於其中。

A 前腹 (一) 上腹部——在上腹上部三角狀凹陷處，亦名心窩部。(二) 中腹部——在臍之附近，亦名臍部。(三) 下腹部——即前腹之下部，亦名小腹。(四) 側腹部——在中腹部之左右。(五) 腸窩部——在下腹部之左右。(六) 鼠蹊部——在下腹部與大腿部之間。左右鼠蹊部會合處，即陰部。

B 後腹 (一) 腰椎部——在腰部之中央。(二) 腰側——在腰椎部之兩側。(三) 薦骨部——在腰椎部之下方。(四) 臀部——在薦骨部之兩側。(五) 會陰部——在肛門與陰部之間。(六) 轉子部——在兩側大腿骨之突隆處。(七) 股部——在轉子部之上方。

5. 四肢 可分爲上肢與下肢。

A 上肢 (一) 上膊——以肩胛關節與軀幹相連。(二) 前膊——以肘關節與上膊相

連。(三)手——以腕關節與前膊相連，分手背與手掌二面，有五指：即拇指、示指、中指、環指及小指是也。

B 下肢 (一)大腿——以股關節與骨盤相連，大腿之下端與下腿相連處，名膝，其前面隆起處，名膝蓋部，後面凹陷處，名膝窩。(二)下腿——以膝關節與大腿相連，下腿後側名腓腸部，前面名前脛部，其下端之內外骨突起處，即外踝與內踝。(三)足——以足關節與下腿相連，可分為足背、足蹠及跟骨部，有五趾：即第一趾（躡趾）、第二趾、第三趾、第四趾及第五趾（小趾）是也。

第三章 皮膚

皮膚，可分表皮與真皮二層。真皮之下，為皮下結締織。表皮層極薄，無血管與神經，但汗腺排泄管及毛髮則貫通之。真皮層內含有神經及觸器，動靜脈管與毛細管，汗腺及其排泄管，毛根及立毛肌，皮脂腺及毛囊，以乳嘴層與表皮之馬爾砒其（Malpighi）氏層相移行，皮膚色澤之不同，即因馬氏層內色素含量之多寡而異。

第四章 黏膜

凡與體外交通之器官，如眼、鼻腔、口腔、喉頭、咽頭、食道、胃、腸、氣管、泌尿生殖器之表面，均被以黏膜，其中含有黏液腺，分泌黏液，常令表面滑潤。黏膜層內，富有血管，故健康人之黏膜，常呈紅色。

第五章 漿 膜

漿膜，由上皮層與固有膜二層而成，表面常有少量之漿液，使之滑潤，如是，則當內臟移動時，亦可減少摩擦作用，被覆於胸腔與腹腔之內面。

第六章 骨

骨質硬固，帶黃白色，其主要成分為有機物與無機物，外被骨膜，中含骨髓，全身各部分之骨，聯接而成骨骼，就其形狀言，可分為以下三種：

1. 長骨 亦名管狀骨，如四肢之長骨。
2. 扁骨 亦名扁平骨，如頭蓋之扁平骨。
3. 短骨 如手腕足跗等之短骨。

第一節 骨骼各論

骨骼可分為頭骨、軀幹骨及四肢骨。

十七枚。

2. 軀幹骨 軀幹骨，為脊柱胸廓及骨盆諸骨之總稱，其數共五

眼窩，鼻腔及口腔。
即上頷竇。下頷骨與顛骨，以下頷關節相連接，言語飲食時，可向上下前後左右運動。顏面各骨與頭蓋骨相互聯合，形成

上下頷骨，有齒槽突起，為齒牙之所在部。上頷骨內有一腔，
骨成對。(八) 犁骨一枚。
B 顏面骨 (一) 額骨成對。(二) 上頷骨成對。(三) 下頷骨

一枚。(四) 鼻骨成對。(五) 淚骨成對。(六) 甲介骨成對。(七) 顎
之通道。
A 頭蓋骨 (一) 頂骨成對。(二) 額骨一枚。(三) 後枕骨一
枚。(四) 顛骨成對。(五) 篩骨一枚。(六) 蝴蝶骨一枚。
頭蓋各骨，互相連合，構成頭蓋腔，內容腦髓。其底面有一大
孔，名枕孔，脊髓即由此通過，此外尚有許多小孔，為血管神經

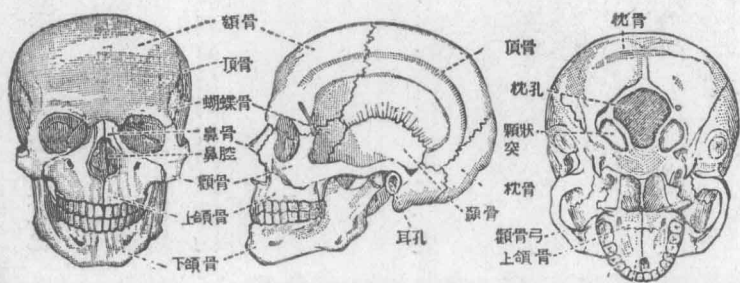


圖1. 頭骨 (左) 面前; (中) 側面; (右) 底面

A 脊椎 位於軀幹背面之中央，由七個頸椎，十二個胸椎，五個腰椎，五個薦椎及四或五個之尾椎而成。腰椎以上，謂之真椎，薦骨以下，謂之假椎。薦椎雖有五節，實只一個。尾椎雖有四或五節，亦只能算為一個。故脊椎之全數，為二十六個。



圖2. 脊椎

B 胸部 由胸椎，胸骨，肋骨及肋軟骨互相聯接，乃成胸廓。肋骨之數，左右各有十二。自第一至第七，各以肋軟骨與胸骨連接，是名真肋。自第八對以下，名假肋。第八至第十對，附於第七肋軟骨，而間接與胸骨相連。第十一與第十二對，則浮離存在，故亦名浮肋。

胸骨形狀如劍，位於胸廓之前正中，上接頸窩，下至心窩，可分為柄，體及劍突三部。

C 骨盆 骨盆由薦骨，尾骨及髓骨連合而成，此部分與生產有密切關係，詳述於婦人固有之體格編內。

3. 四肢骨 四肢骨可別為上肢骨與下肢骨，

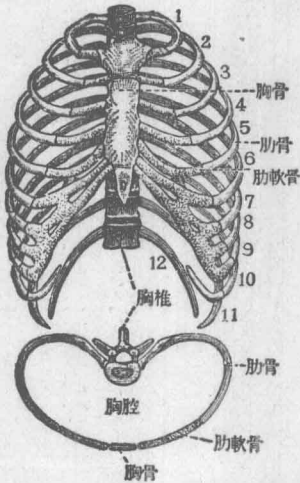


圖3. 胸廓的全形

左右成對。

A 上肢骨 (一) 鎖骨——橫位於胸廓之前面上端, 作 S 字狀彎曲。(二) 肩胛骨——即肩骨, 為三角形之骨, 位於胸廓之背面上部。(三) 肱骨——為長大之管狀骨, 以上端球形之肱骨

頭與肩胛骨之

關節窩相連接,

而成為肩胛關節。

(四) 下臂

骨——由二個

長骨而成, 在拇

指側者, 名橈骨;

在小指側者, 名

尺骨。(五) 手

骨——由八個

腕骨, 五個掌骨及十四個指骨而成。

B 下肢骨 (一) 股骨——為最大之管狀骨, 其上端球形之股骨頭, 嵌入髖臼中, 頭之下部

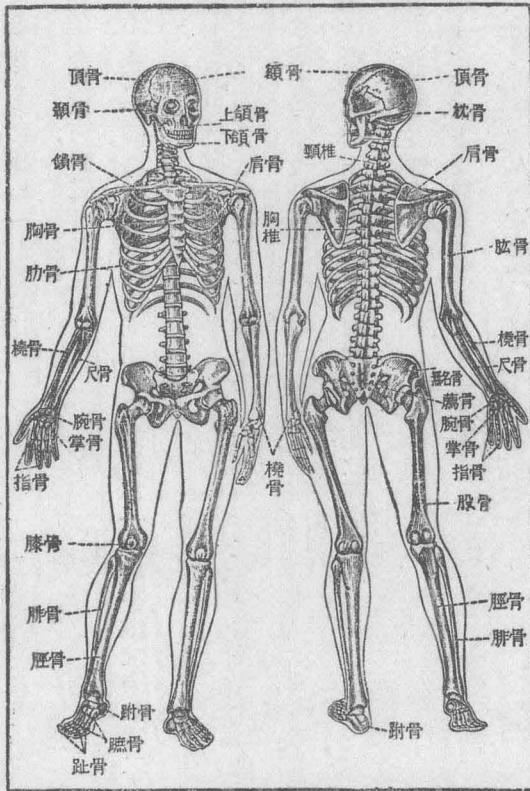


圖 4. 全身骨略圖 (前面及後面)

稍細處，爲股骨頸，其側部突起處，卽大轉子。(二)膝蓋骨——卽膝骨，位於膝關節前面爲栗狀之扁平骨。(三)下腿骨——由脛骨與腓骨而成，脛骨在踴趾側，腓骨在小趾側。(四)足骨——由七個跗骨，五個跖骨及十四個趾骨而成。

第二節 軟骨

軟骨，不如骨質之硬，富有彈性，帶青白色而半透明，容易切斷，外被以軟骨膜，爲骨之原基，漸次化而成骨，其在成人體內所見者，如關節間軟骨，可以防骨端之摩擦；肋軟骨，用以聯絡兩骨；此外則爲人體臟器之一部份，如氣管軟骨、喉頭軟骨、鼻樑軟骨、耳翼軟骨及眼瞼軟骨等，是也。

第三節 韌帶

韌帶，質柔軟而強韌，爲白色有光輝之纖維樣結締織，用以維持骨與骨之聯絡。

第四節 關節

骨與骨之聯絡部，名關節，有二種：卽不動關節與可動關節。

1. 不動關節 兩骨聯合而不能自由運動，如頭蓋骨之鋸齒狀縫，與恥骨縫際，薦腸縫際，胸肋縫際，及椎間縫際等之軟骨接合是也。

2. 可動關節 二骨或數骨之接觸面上，被以軟骨，互相聯絡，可以運動。此種關節之骨端，包以黏膜，構成關節囊。囊之外面，更有腱狀韌帶固定之，其中空隙，卽關節腔，腔內含有無色之黏滑液體，名關節液。

節液，使關節面時常滑澤，以防摩擦。下述之各種關節，皆為可動關節。

A 肩胛關節 肩胛骨與肱骨間之關節。

B 肘關節 肱骨與下臂二骨間之關節。

C 手腕關節 下臂二骨與第一列腕骨間之關節。

D 股關節 髌骨與股骨頭間之關節。

E 膝關節 股骨與脛骨間之關節。

F 足關節 下腿骨與距骨間之關節。

G 下頷關節 下頷骨與顛骨間之關節。

第七章 肌肉

肌肉有收縮性，身體各部分藉以運動，就其運動之狀態言，可分為隨意肌與不隨意肌二種：

隨意肌，隨吾人之意志而起運動，骨骼周圍之肌肉，皆為隨意肌，在顯微鏡下，可見橫紋，故亦名橫紋肌。肌之中部，名肌腹，其兩端為白色強韌之腱，用以固著於骨面。肌之外面，包以一層肌膜。

不隨意肌，不隨吾人之意志而起收縮，具有一種蠕動作用，如子宮、陰道、胃、腸、血管壁之肌肉，皆為不隨意肌，顯微鏡下所見，平滑無橫紋，故亦名平滑肌。

橫紋肌。

身體主要橫紋肌之運動作用如左：

1. 頭肌：

嚼肌，顳肌——以上二肌，營咀嚼運動。

2. 頸肌：

胸鎖乳突肌——兩側同時動作時，頭蓋向前，顏面向上；一側動作時，頭向對側傾斜。

3. 胸肌：

胸大肌——即大胸肌，使上膊內轉，並向內側及前方運動。

前鋸肌——使肩胛骨向前方牽引。

肋間肌——管呼吸運動。

4. 腹肌：

腹直肌——使胸廓下口與骨盆上口接近，及脊柱向前屈。

5. 背肌：

僧帽肌——使肩向內側牽及向後上方舉。

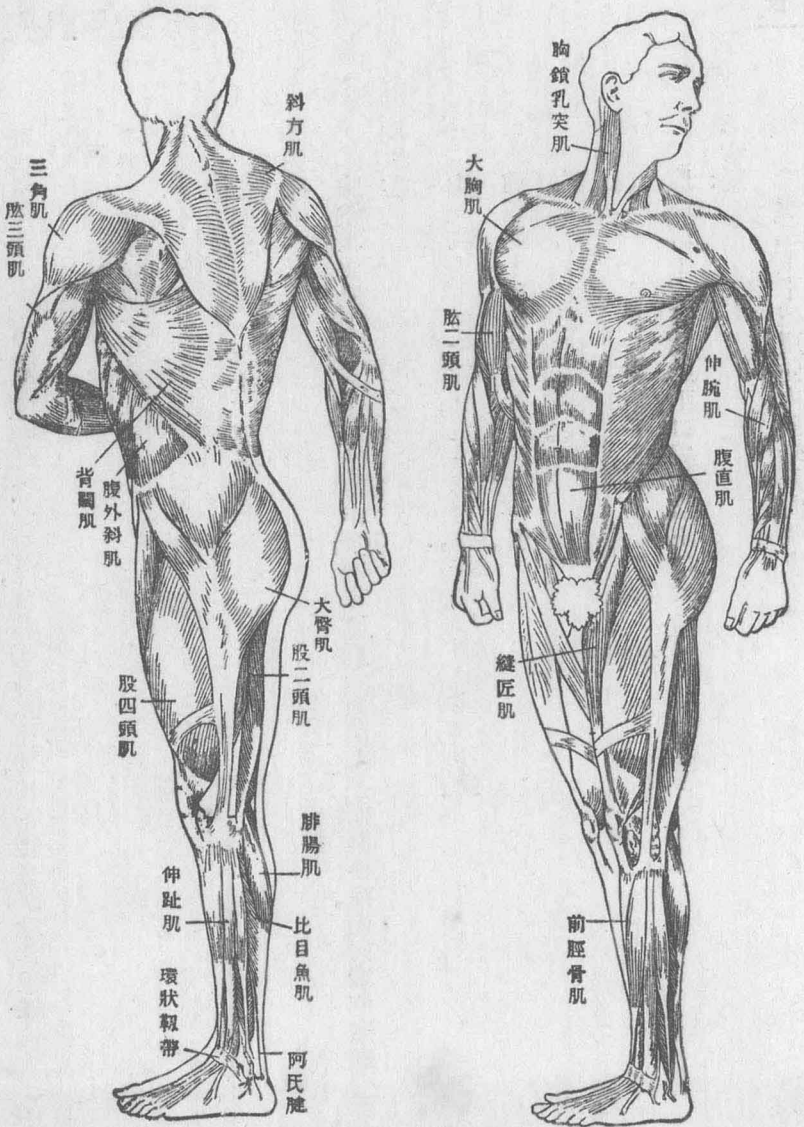


圖 5. 人體肌肉全形 (左)背面, (右)前面

6. 上肢肌

三角肌——使上肢向側方水平舉。

肱二頭肌——使前膊屈曲與迴旋，前膊伸直時，舉起上膊。

肱三頭肌——使肘關節伸直，前膊伸展。

7. 下肢肌：

腸腰肌——使大腿前屈。

臀大肌——即大臀肌，使大腿伸展及外旋與內轉。

縫匠肌——使膝關節屈曲，膝關節屈曲時，使下腿內旋，膝關節固定時，使股關節屈曲，同時

使大腿外轉與外旋。

股四頭肌——使下腿伸展。

股二頭肌——使下腿屈曲與外旋。

腓腸肌，比目魚肌——以上二肌動作時，使足後方伸展，足尖向下。

第八章 循環器

循環器，亦名血行器，由心臟、動脈、靜脈及毛細管而成。

第一節 心臟

心臟，為血液循環之中心器官，呈圓錐狀，大小與各人之手拳相當，位於胸腔之下部，膈之上部，左右兩肺之間，略偏於左側，其壁由不隨意之橫紋肌構成，外面被以心外膜。心外膜，為一種漿膜連續而囊括心臟於內，是名心囊。心外膜與心囊之間，即心囊腔，內含少量之黏滑液體，防止心臟運動時之摩擦。

心臟，上部廣闊，為心基底，在胸骨後面，其高與第三肋軟骨相當，此部為大血管出入處；下部名心尖，向左下方，在左乳頭之稍內側，第五肋骨與第六肋骨之間。

心臟，以鉛直與地平之中隔，分為四腔，左右之上腔名房，下腔名室。

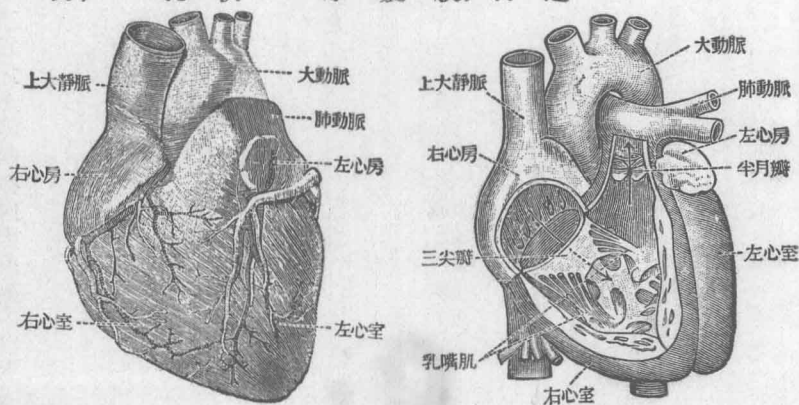


圖 6. 心臟 (左, 外形; 右, 剖面)

三尖瓣。

2. 右心室 肺動脈由此發出，將由右房來之靜脈血送至肺臟，肺動脈之根部，有三個半月狀瓣。

3. 左心房 肺靜脈由此輸入，將左右兩肺臟中之新鮮動脈血，匯注於左心房，其與左心室之境界處，有二尖瓣，一名僧帽瓣。

4. 左心室 大動脈由此發出，將由左心房而來之動脈血，向全身輸送，此大動脈之根部，有三個半月狀瓣。

以上四瓣膜，有一定方向，將血液由心房向心室，由心室向動脈管輸送，因此可以防止血液之逆流。

第二節 血管

血管為內通血液之膜樣管，分動脈、靜脈與毛細管三種。（參看卷首主要血管圖）

1. 動脈 管壁厚，由心臟發出，漸次分枝，達身體各部，而與毛細管相移行。其由左室發出之血管，為大動脈，亦名主動脈，因其經過之部位，區別為上行大動脈、大動脈弓及下行大動脈。由大動脈弓發出無名動脈，左鎖骨下動脈及左總頸動脈。下行大動脈，為胸腹部之主動脈，至骨盤部，復分出左右總腸骨動脈。各側總腸骨動脈，更分為內外之二腸骨動脈。

A 無名動脈 由大動脈弓發出，分爲右總頸動脈及右鎖骨下動脈二枝。

B 鎖骨下動脈 右鎖骨下動脈，由無名動脈發出，左鎖骨下動脈，由大動脈弓直接發出，同在鎖骨之下，通過第一肋骨，分布於腋窩，名腋窩動脈，再進而爲上膊動脈，至肘關節之前面，分爲橈骨動脈與尺骨動脈，沿橈骨與尺骨側行至手部，相合成弓狀，分出小枝，分布於手指。

C 總頸動脈 右總頸動脈，由無名動脈發出，左總頸動脈由大動脈弓直接發出，沿頸之兩側經過，分爲內頸動脈與外頸動脈二枝，營養頭部。

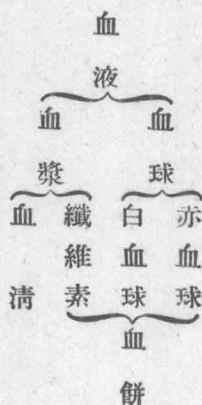
D 總腸骨動脈 爲下行動脈之末端，至第四腰椎下緣，分爲左右總腸骨動脈，各至薦腸關節前面，更分爲內腸骨動脈及外腸骨動脈。內腸骨動脈，分布於骨盤。外腸骨動脈，分布於下肢，其分枝經過中，則有股動脈、膝關動脈、前脛動脈與後脛動脈諸名稱，而以足背動脈與足蹠動脈爲終末。

2. 靜脈 管壁薄，其內面有多數之靜脈瓣，防止血液之逆流，由全身毛細管起，漸次集合而爲粗大之靜脈管，使血液還流於心臟。主要之靜脈管，與動脈並行，其名稱亦多相同。

3. 毛細管 介在動靜脈管之間，爲極細之血管，全身各處俱有之，在顯微鏡下，方可認別，其壁菲薄，因此動脈血之營養素，可以添出，供給各部分組織細胞之生活上需要，一面吸收組織中之老廢物於靜脈管內，並有交換酸素與碳酸之作用。

第三節 血液

1. 血液之成分 血液之成分如下表：



A 赤血球 圓形，無核，赤色，每一耗血液中，在男子約有五
百萬個，女子四百五十萬個。

B 白血球 圓形，有核，無色，其數與赤血球之比，等於一與五百或一千之比。

人體血液量，在成人約占體重十三分之一，初生兒為十九分之一。

血液在血管內，其多數之赤血球，與少數之白血球，浮游於血漿中，至血管外，則赤血球白血球與血漿中析出之纖維素，凝結成餅，其澄清之透明液，即血清。

2. 血液之性狀 就其性狀言，可分為動脈血與靜脈血。

A 動脈血 色鮮紅，富有酸素，流行於動脈管中。

B 靜脈血 色暗赤，富有碳酸，流行於靜脈管中；但肺循環與臍帶循環，則屬例外。

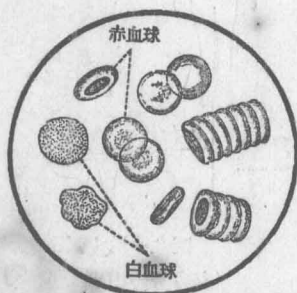


圖7. 顯微鏡下的血球

第四節 淋巴管系

1. 淋巴管 淋巴管，為導引淋巴液之細管，亦如血管之分布於全身各處，吸收組織間之淋巴液，由細而大，流注於靜脈管內。

2. 淋巴液 淋巴液，為無色透明之水樣液，由毛細管壁添出，但一部分，仍由毛細管滲入血液中，又一部分，則被淋巴管攝取。

腸壁間之淋巴液，因含有多量營養物之故，呈白色，為乳汁樣液，名乳糜液。導引此乳糜液之管，名乳糜管。乳糜管與其他之淋巴管相合，而達於胸管。

3. 淋巴腺 淋巴腺，為介在淋巴管中途之器官，有抑留淋巴液中夾雜物質，不使通過之作用，如鼠蹊腺、腋窩腺、頸腺等是也。

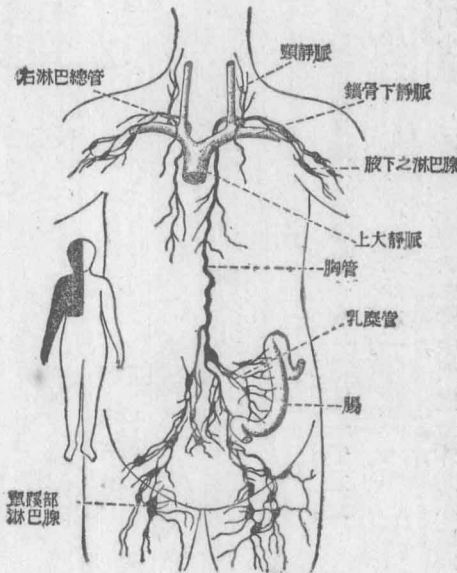


圖8. 淋巴系的模型圖

(左方另一小中黑色部分，指右淋巴管的區域，其餘是總淋巴管的區域)

第九章 神經系

第一節 腦 髓

神經為白色之纖維。腦神經十二對，由腦底發出，通過頭蓋底之裂孔。脊髓神經三十一對，由脊髓發出，通過脊柱之椎間孔。就其作用言，可分為知覺神經及運動神經二種：知覺神經，為求心性，司痛癢、寒熱、硬軟粗密等之知覺；運動神經，為遠心性，主肌肉之運動作用。

1. 腦神經：

- 第一 嗅神經(嗅覺)
- 第二 視神經(視覺)
- 第三 動眼神經(運動)
- 第四 滑車神經(運動)
- 第五 三叉神經(知覺運動)
- 第六 外旋神經(運動)
- 第七 顏面神經(運動)
- 第八 聽神經(聽覺)

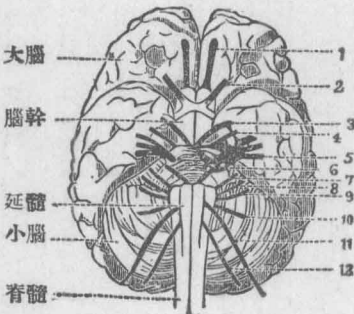


圖9. 腦神經之起始部

1, 嗅神經; 2, 視神經; 3, 動眼神經; 4, 滑車神經; 5, 三叉神經; 6, 外旋神經; 7, 顏面神經; 8, 聽神經; 9, 舌咽神經; 10, 迷走神經; 11, 副神經; 12, 舌下神經

- 第九 舌咽神經(味覺運動)
- 第十 迷走神經(知覺運動)
- 第十一 副神經(運動)
- 第十二 舌下神經(運動)

2. 脊髓神經:

- 頸椎神經八對
- 胸椎神經十二對
- 腰椎神經五對
- 薦骨神經五對
- 尾骶骨神經一對

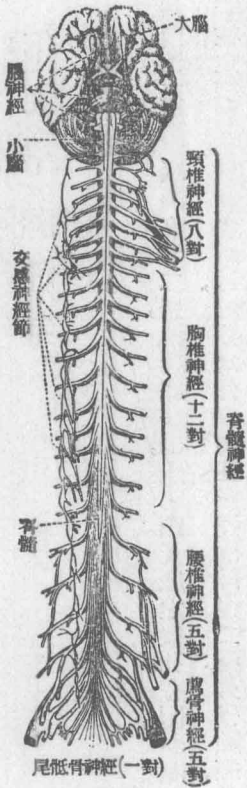
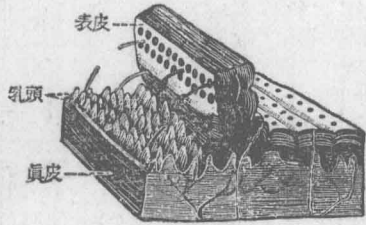


圖 10. 脊 髓

第十章 五官器

五官器，藉知覺神經之傳導，能感觸外界之現象，如觸器、味器、嗅器、聽器及視器是也。



1. 觸器 皮膚為觸器，其中有許多乳頭（即乳頭），各含有神經的末端，感受外界之刺戟，傳導於皮膚，而起痛癢、寒熱、粗密、硬軟等感覺。觸官之良否，隨皮膚之部位而異，指頭最敏，臀部最鈍。

2. 味器 舌為味器，舌背有許多乳頭，中

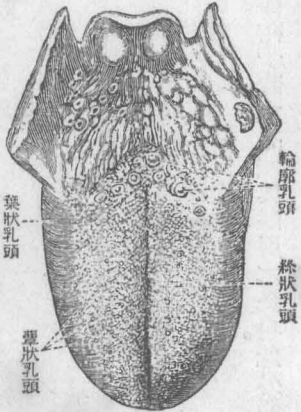


圖12. 舌的乳頭

含神經末端，司味覺。

3. 嗅器 鼻為嗅器，嗅神經之末端分布於鼻黏膜內，司嗅覺。

4. 聽器 耳為聽器，可分為外耳、中耳、內耳三部。外耳由耳翼、外聽

道及鼓膜而成。中耳為顱顱骨肉之間隙，亦名鼓室，外以鼓膜與外耳連接，內以蝸牛殼及前庭窗，與內耳連接，且以耳咽管與咽喉交通。鼓室內

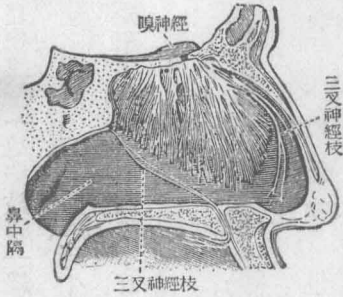


圖13. 鼻腔的縱剖面

第十一章 內臟

角膜為外層，脈絡膜、毛樣體及虹彩屬中層，內層即網膜，由視神經纖維而成之白色薄膜為真正之視器。所謂三透明體者，即硝子體、水晶體與眼房水是也。此外如眼肌、淚器、眼瞼、睫、眉等，則皆為眼珠之補助器及保護裝置。

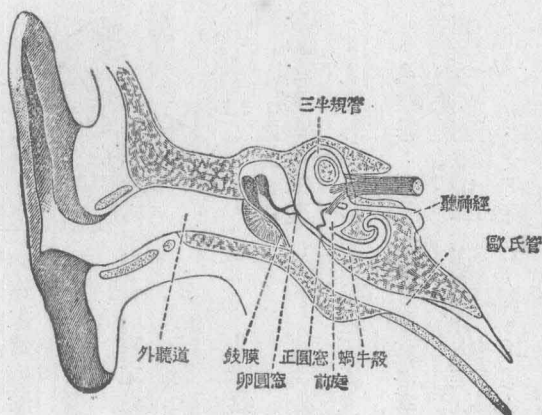


圖 14. 耳的縱剖面

有槌骨、砧骨、鐙骨，此三小骨，互相連合，一端接鼓膜，一端接前庭窗。內耳亦名迷路，為聽器之主要部分，由前庭、蝸牛殼及三半規管而成，為聽神經分布之處，以前庭部與中耳相連接。

5. 視器 眼為視器，以眼球為主體，其周圍為補助器及保護裝置。

眼球帶球形，與視神經相連接，由內中外三層及其中之三透明體而成。鞏膜、

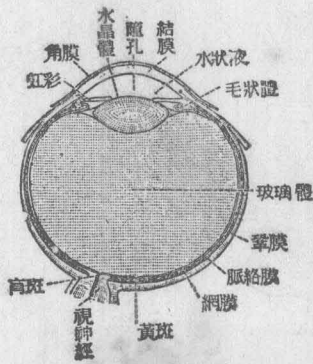


圖 15. 眼球的縱剖面

水晶體與眼房水是也。此外如眼

內臟 位於植物性管腔內此管腔因部位上關係分爲胸腔與腹腔
 胸腔 以胸廓爲周圍，而以橫膈與腹腔爲界，心臟肺臟位於其內，大血管、氣管、食道、胸管、神經等，亦經過其中。

腹腔 上頂橫膈，下通骨盆腔，胃、腸、肝、胰、脾、腎、輸尿管、膀胱等臟器，位於其中。

第一節 呼吸器

呼吸器爲呼吸發聲之器官，由鼻、喉頭、氣管及肺而成；而咽頭亦與之。

1. 鼻 鼻爲呼吸道之門戶，位於顏面之中央部，作三角形隆起，其下有二鼻孔。孔上端位於兩眼之間者曰鼻根，前端曰鼻尖，兩側曰鼻翼。自鼻端至鼻根之間，名鼻背。其內腔以中隔分左右爲二，被以黏膜，上部司嗅覺，下部主呼吸，亦名呼吸部。

2. 喉頭 喉頭位於前頸部中央，食道之前，上連咽頭，下通氣管，乃通氣發聲之主要器官，由九個軟骨構成。管腔內有前後走之二條聲帶，聲音即由此發出。喉頭上口前方之會厭軟骨，滑澤而富有彈性，當飲食物嚥下時，屈折而遮蓋喉頭，以防飲食物之入氣管。

3. 氣管 氣管爲圓柱狀管，由十六個至二十個之C字狀軟骨互相疊積而成。上連喉頭，下至第四或第五胸椎處，分爲左右氣管枝，伸入肺臟，更反復分歧，而爲多數之毛細氣管枝。

4. 肺臟 肺臟爲三角錐體狀之臟器，位於心臟之左右，充滿胸腔之大部分。左肺二葉，右肺三葉，

其左右爲扁桃腺所在處。

1. 口腔 口腔上壁名口蓋，前爲硬腭，後爲軟腭。軟腭後端之中央有懸壅垂，

消化器由消化管及其附屬之唾腺、肝臟、胰腺三腺體而成。消化管自口至肛門之間，後可分爲口腔、咽頭、食道、胃、腸各部分。

第二節 消化器

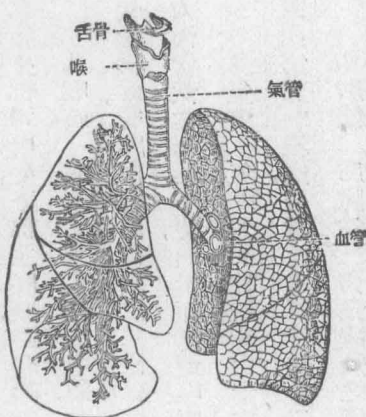


圖16. 肺臟 (左)右肺,示內景; (右)左肺,示外景

向上方者爲肺尖，下方與橫膈相接觸者爲肺底。各肺之內側中央，爲氣管枝（或名支氣管）及血管經過處，名肺門。

肺臟組織以氣管枝分枝、肺胞、血管爲主體，而以結締組織結合之故，其質柔軟，且富於彈性，肉眼上是海綿狀。外面被以肺肋膜，與胸壁肋膜相移行，兩肋膜面滑澤，中留一空隙，防呼吸時之摩擦。

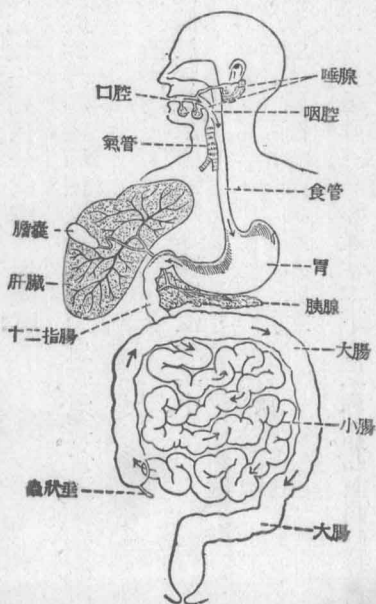


圖17. 全部的消化器和消化腺

口腔內必要之器官，是舌與齒。

舌 由肌質構成，呈橢圓形，位於口腔之底下，運動自由，有助成言語及咀嚼之功用。尖端曰舌尖，後部曰舌根，上面之穹窿部名舌背。舌之表面，被以黏膜，含有許多乳頭；內中惟輪廓狀乳頭司味覺。舌根內包含舌骨，由一體與大小二角而成，不與其他諸骨直接連接。

齒 上頷與下頷各有一齒列，其數在成人，上下各十六個，共計三十二枚，是名永久齒。門齒四枚，位於前部中央；其兩側各有一犬齒，二小白齒及三大白齒。上頷之犬齒，亦名眼齒。上下最後之臼齒，名智齒。在小兒時代，上下僅各有十枚，是名乳齒。生後七月頃始發生，至二歲而完成，七八歲時後脫落，變為永久齒。

齒之露出部名齒冠，其下較窄處名齒頸，嵌入齒槽內者名齒根。其構成之成分，大部分為象牙質，齒冠表面被以琺瑯質，齒根表面蔽以白堊質，象牙質之中央空隙為齒腔，充以富有血管神經之齒髓。

2. 咽頭 咽頭在口腔與鼻腔之後下部，頸椎部之前，側方以耳咽管與中耳相通，前下方與口腔相連，下部作漏斗狀，與食道移行。

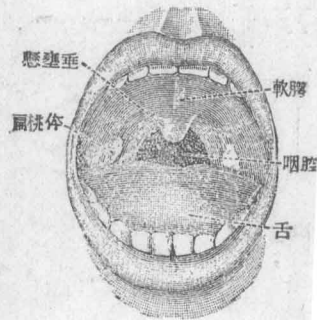


圖 18. 口腔

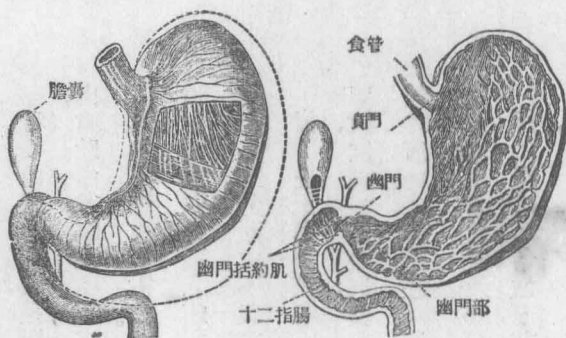


圖 19. 胃

(左)外形和壁層; (右)縱剖面所見的内景

3. 食道 食道介在咽頭與胃之間，為肌質之扁平膜樣管，位於氣管之後，沿頸椎胸椎前下，穿通橫膈，至腹腔與胃相連接。

4. 胃 胃位於腹腔之上部，橫膈直下而稍偏於左方；左方膨大，右方細小，為一囊狀物。上連食道部，名噴門；右與腸管相接處，名幽門。胃壁由漿膜、肌質及黏膜三層而成。黏膜層內，含許多胃腺，分泌胃液。

5. 腸 腸管占腹腔之大部分，上方始自幽門，下方直至肛門，全長約與身長之四倍半相當。腸壁由漿膜、肌層及黏膜三層而成。黏膜層內含許多腸腺，分泌腸液。全腸管可分為小腸與大腸二部。

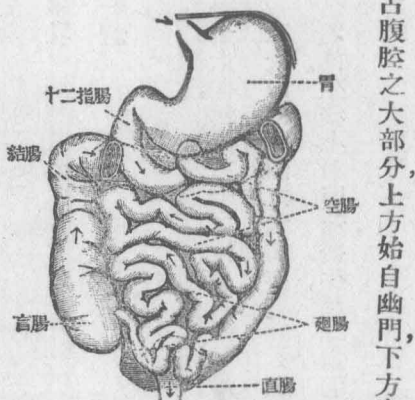


圖 20. 小腸和大腸

A 小腸 (一)十二指腸——起自幽門，全長約與

十二指橫徑相當。輸膽管及胰管開口於此部分。(二)空腸——除十二指腸外，占小腸全部五分之二，解剖時常常空虛，故名。(三)迴腸——除十二指腸外，占小腸全部五分之三，為最迂迴屈折之部分。

B 大腸 (一)盲腸——位於右腸骨部，以迴盲瓣與迴腸為界，其底部有蚓突。(二)結腸——因其經過部位，更可分為升結腸、橫結腸、降結腸及乙字狀結腸。(三)直腸——在薦骨之前方；其最下部即肛門。

6. 唾腺 唾腺，分泌唾液，有三種：即耳下腺、頰下腺與舌下腺是也。

A 耳下腺 為三唾腺中之最大者，略帶三角形，位於耳之前下方。其排泄管貫通頰肌，而開口於上列第二大臼齒之側面。

B 頰下腺 形扁圓，位於頰下部。其排泄管開口於舌下中央兩側之舌阜。

C 舌下腺 位於舌下之黏膜層內，以數條小管，直接開口於口腔。

7. 肝臟 肝臟為各臟器中最大之腺體，形橢圓而作楔狀；前緣銳利，後緣鈍圓，右端厚而左端薄，



圖 21. 唾腺

呈赤褐色，位於上腹部之右側，與橫膈相接觸，分泌膽汁，貯存於其下面之膽囊內。膽囊之末端，有輸尿管，開口於十二指腸。

8. 胰腺 胰腺為長而扁之腺體，橫位於胃之後下部，分泌胰汁，由許多小管集合為一胰管，與輸尿管同開口於十二指腸下部。

第三節 泌尿器

泌尿器為分泌及排泄尿液之器官，為腎臟、輸尿管、膀胱、與尿道之總稱。

1. 腎臟 腎臟為司泌尿之腺體，位於上部腰椎之兩側，左右成對，形如蠶豆，呈赤褐色。其內緣凹陷處，即腎門，為血管、神經、輸尿管之通路。若由腎外緣向內緣縱剖之，則皮質層與髓質層，顯然可別。皮質在外，為尿分泌之主要部分，含有絲球體、曲細尿管及血管。髓質為排泄管之集合處，故斷面上可見線條狀之圓錐體，其尖端向腎門，是即腎乳頭也。

2. 輸尿管 輸尿管，左右成對，為腎與膀胱間之

膜樣管。其上端膨大作漏斗狀，容受腎乳頭，是即腎盂。

3. 膀胱 膀胱位於小骨盤內，耻骨縫合與直腸之間；其在女子，則在子宮與耻骨縫合之間，作卵

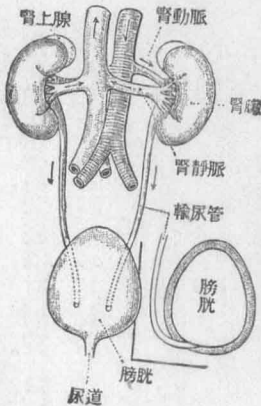


圖22. 泌尿器的全部
(左方是膀胱縱剖外的模型圖。)

道移行部，名膀胱頸；頸部有括約肌。

4. 尿道 尿道為排尿於體外之膜樣管，內連膀胱頸部，在男子則貫穿陰莖，而開口於龜頭；在女子則開口於陰門之前庭，長約三——四釐。

第四節 生殖器

女性生殖器，詳述於婦人固有

之體格篇內，茲略述男性生殖器之構造：

男性生殖器，可分為外生殖器

與內生殖器二部分：

1. 外生殖器：

A 陰莖——前端膨大處

名龜頭，尿道即開口於其前

端。

B 陰囊——內藏睪丸與副睪丸。睪丸，為精蟲生產之處。精蟲可分為頭、頸、尾三部，長約○

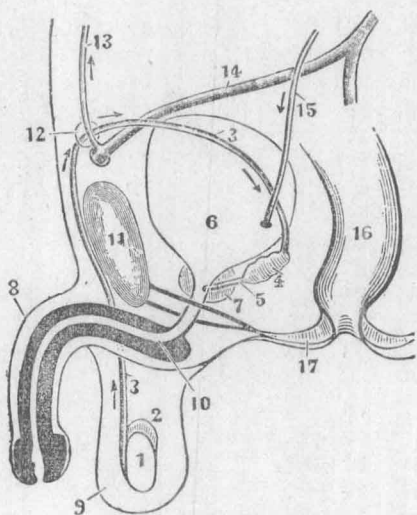


圖 23. 男子生殖器

- 1, 睪丸; 2, 副睪丸; 3, 輸精管; 4, 精囊; 5, 射精囊;
- 6, 膀胱; 7, 攝護腺; 8, 陰莖; 9, 陰囊; 10, 尿道; 11, 恥骨;
- 12, 內鼠蹊輪; 13, 下腹壁動脈; 14, 外腸骨動脈;
- 15, 輸尿管; 16, 直腸; 17, 會陰

○五耗在精液中，運動活潑，在婦人體內，可生存至三星期之久；但受精能力，僅三日，至八日耳。

2. 內生殖器：

A 輸精管——為由副睪發出而達精囊之管。

B 精囊——為貯藏精液之器官。

C 攝護腺——為生殖上分泌一種必要液汁之腺體。

第十二章 血管腺

血管腺之構造，與其他腺體，雖大略相同，但無排泄管；分泌物直接送入血中，故亦名內分泌腺；如甲狀腺、腎上腺、脾臟、胸腺、腦下垂體等皆是。此外若生殖腺與胰腺，亦皆有內分泌作用。

1. 甲狀腺 甲狀腺位於喉頭之前下部，氣管之上部，略帶馬蹄形；在女子，較為著明。

2. 腎上腺 副腎位於左右兩腎之上端，作三角形而扁平；其組織亦可分為皮質與髓質二層。

3. 脾臟 脾臟位於左季肋部，胃底之外側，形圓而扁平，帶褐色，切斷面作髓樣，此脾髓之名，所由來也。

4. 胸腺 胸腺為三葉狀之腺體，位於胸腔內大血管之前，胎生期內最發達。生後二年，漸次消滅；在成人，則並胸腺之痕跡亦無之。

5. 腦下垂體 腦下垂體爲由腦底中央下垂之小體；由前中後三葉而成。前葉爲腺組織，妊娠時肥大，分娩時分泌一種成分，可以促進子宮之收縮；中葉之組織，與甲狀腺類似；後葉爲神經組織。

第二編 婦人固有之體格

婦人之身體，較男子短小，體重亦輕。肌肉發育，雖不及男子，而皮下脂肪，則多豐滿。鬚毛稀少，惟頭髮密生，細長而軟。至男女兩性間根本上之差異，在生殖器方面；即如男女骨盆之一廣闊，一狹窄，亦顯然不同之一點也。

第一章 女子骨盆

骨盆位於軀幹之下端，下連下肢，形如漏斗，由第五腰椎薦椎尾椎及兩側之髖骨而成，內外面被以軟性組織，其中即骨盤腔，含有內生殖器、泌尿器及一部分之消化器。分娩時，胎兒即由此通過；故此為產科學上最重要之部分。

第一節 骨盆骨

1. 薦骨 薦骨呈三角形，由五個椎體癒合而成，有前後、側三面，及上下二端。

A 上端 廣闊，與第五腰椎互為關節，其前方突出部分，名薦骨岬。關節面之左右，有翼狀部，名薦骨翼。

B 下端 狹小，與尾骨構成可動關節，是即薦尾關節。

C 前面 平滑而彎凹，有四橫線，與四對之孔，由此可以證明其由五椎骨集合而成。此凹面，即薦骨窩。

D 後面 不平而凸隆，中央縱線上有五個假棘狀突起。

E 側面 上方之耳狀，粗糙關節面，與腸骨之耳狀面連合而為不動之薦腸關節。

2. 尾骨 尾骨由四或五個尾椎癒合而成，下端逐漸細小；上方與薦骨下端連接而成薦尾關節。

3. 髖骨 髖骨亦名無名骨。由腸、坐、恥三骨癒合而成；其癒合部外面之凹陷處，名髖臼，適容股骨之骨頭，連接而為股關節。

A 腸骨 腸骨亦名髀骨，在髖臼之上方，可分為體與翼二部分。

(一) 腸骨體 為下方狹而厚之部分。

(二) 腸骨翼 為上方闊而薄之部分：(a) 腸骨櫛——為腸骨翼之上緣。(b) 腸骨前上

棘——為腸骨櫛前端之突起。(c) 腸骨後上棘——為腸骨櫛後端之突起。(d) 腸骨

弓狀線——在腸骨內面，體與翼間之弓狀線。(e) 薦腸關節——為腸骨弓狀線後方

之粗糙耳狀面與薦骨耳狀面連合之關節。

B 坐骨 在髖臼下方，可分為體與枝二部分。



圖 25. 髌骨後面

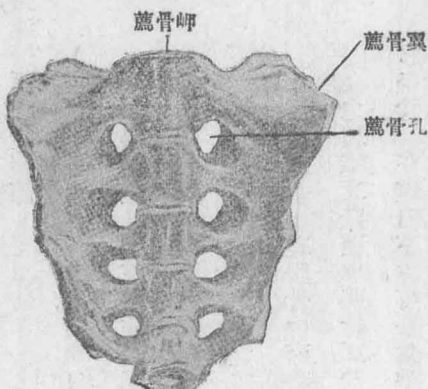


圖 24. 薦骨前面



(前面) (後面)
圖 27. 尾骨

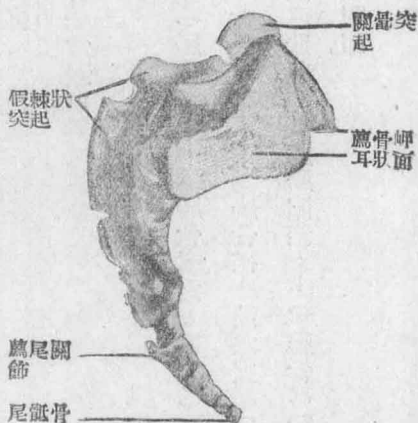


圖 26. 薦骨側面

腸骨

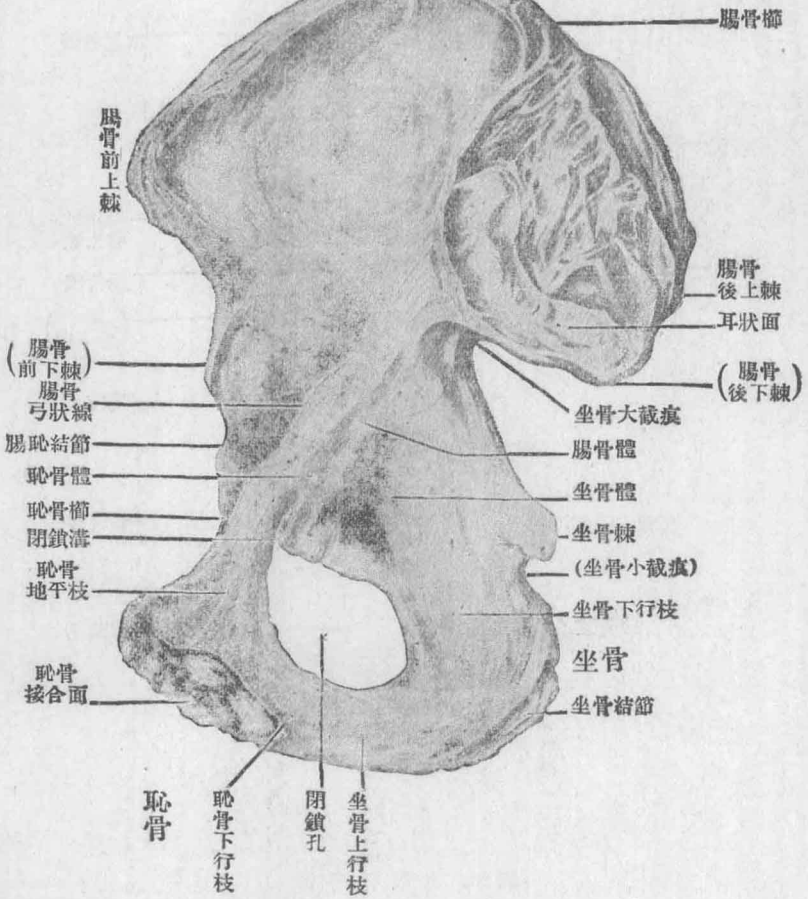


圖28. 右髖骨內面

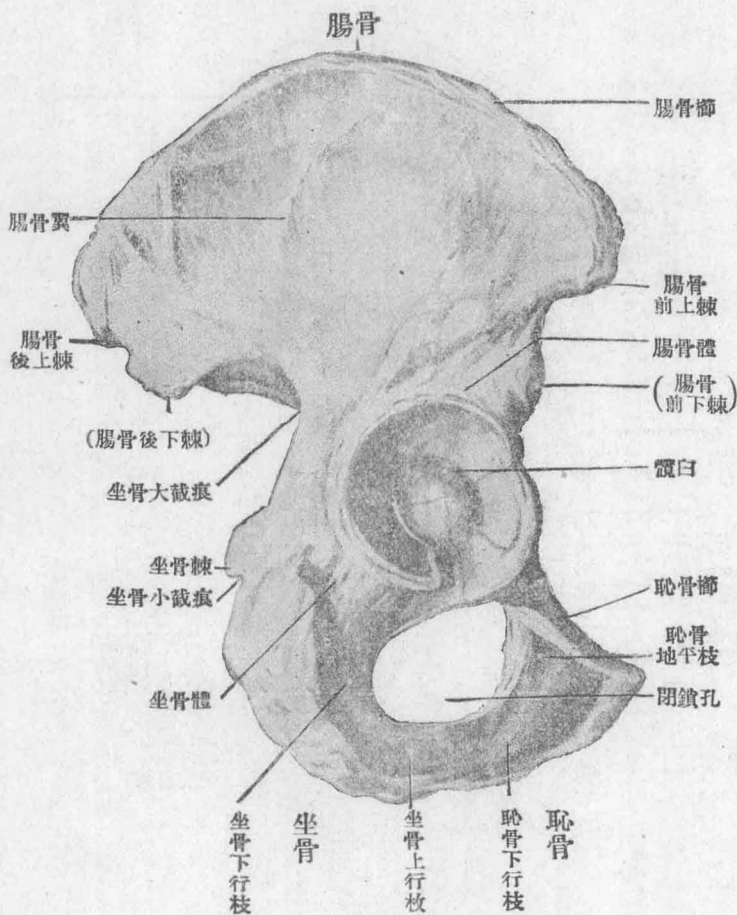


圖29. 右髌骨外面

(一) 坐骨體 與髌臼連接之部分。
 (二) 坐骨枝
 (a) 下行枝 此為後方之一枝。

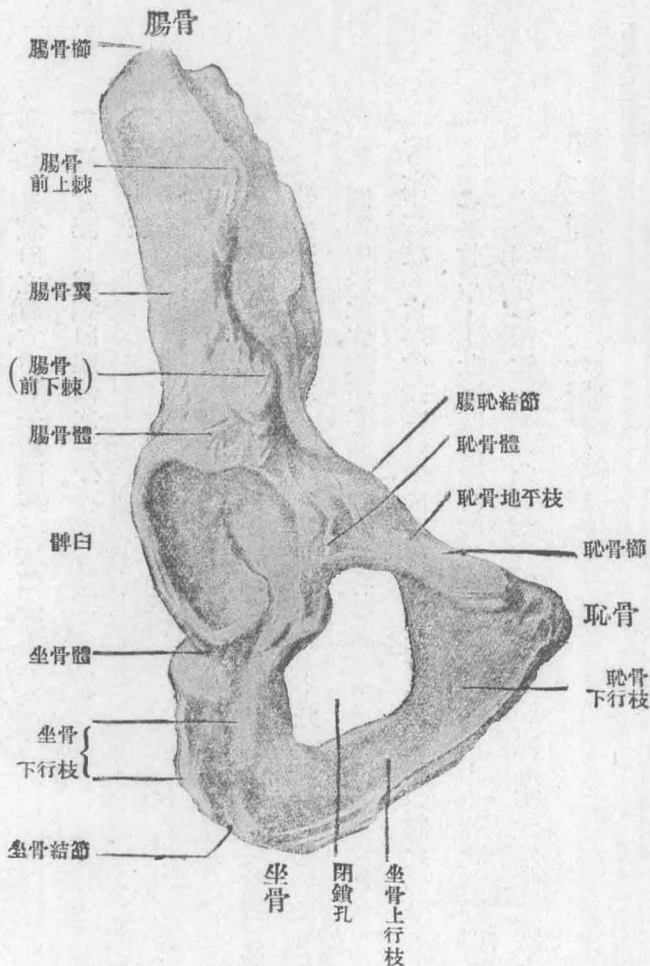


圖30. 右髌骨側面

(1) 坐骨棘——此卽下行枝後緣之棘狀突起。(2) 坐骨大截痕——此爲由坐骨向後上方彎入之處。(3) 坐骨結節——此爲下行枝下端骨之粗厚部。

(b) 上行枝 由坐骨結節向前上方與恥骨下行枝相連之部。

C 恥骨 在髖臼之前方，亦可分爲體與枝二部分。

(一) 恥骨體 與髖臼連接之部分。

(二) 恥骨枝

(a) 地平枝 此爲前方地平之一枝。

(1) 恥骨櫛——此爲地平枝之上緣。(2) 腸恥結節——爲恥骨櫛之後方與腸骨弓狀線相接部之小隆起。(3) 恥骨縫合——此爲左右兩地平枝前方接合之關節，中嵌軟骨，故亦名恥骨軟骨接合。

(b) 下行枝 由恥骨接合部起，向下外方與坐骨上行枝相連間之部分。

(1) 恥骨弓——此爲左右下行枝之角。(2) 恥骨弓頂——骨之頂點，卽恥骨接合之下端。(3) 閉鎖孔——此爲恥骨與坐骨間不正橢圓形之空隙，生體上常閉鎖。

第二節 骨盆之關節及韌帶

1. 骨盆關節

A 薦尾關節——可動；

B 薦腸關節——不動；

C 恥骨接合——不動。

2. 骨盆韌帶：

A 薦坐結節韌帶——此為薦骨與坐骨結節間之韌帶。

B 薦坐棘韌帶——此為薦骨與坐骨棘間之帶。

第三節 骨盆之各部

骨盆內腔，廣狹不一致，因此有大骨盆與小骨盆之分。以薦骨岬、弓狀線、恥骨上緣及恥骨接合上緣所成之輪狀面為界，輪以上為大骨盆，輪以下為小骨盆。

1. 大骨盆 大骨盆作漏斗狀，上方廣大，下方漸次狹小，與小骨盆相連；其後壁為第四第五腰椎側壁為腸骨翼，前壁即前腹壁。大骨盆與分娩雖無直接關係，然因其各徑線之長短，可以推測小骨盆

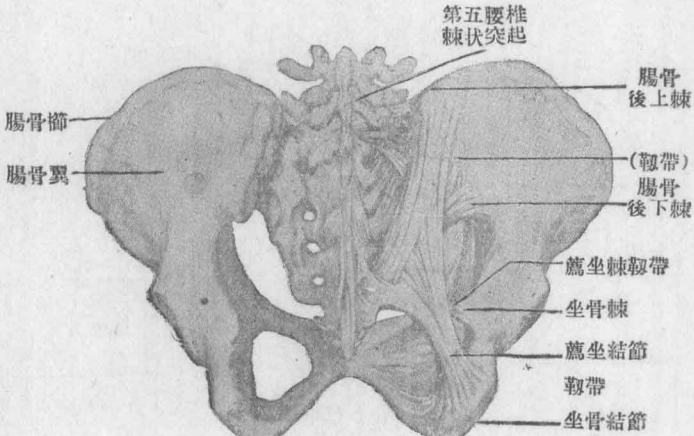


圖31. 骨盆之韌帶
(左側之韌帶已除去)

之廣狹。茲將大骨盆之周圍及各徑線之起迄與長短，分記於下：

A 外直徑線 亦名外結合線，自第五腰椎棘狀突起尖端起，至恥骨縫合上緣，長自一八·五至一九·〇糎。

B 外斜徑線 長自二一·〇至二一·五糎。

糎。

(一) 第一斜徑線(右)——自右側後

上棘至左側前上棘。

(二) 第二斜徑線(左)——自左側後

上棘至右側前上棘。

C 棘間距離 為左右腸骨前上棘間之

距離，長二三糎。

D 櫛間距離 為左右腸骨櫛間最遠之

距離，長二六糎。

E 大轉子間距離 為左右大轉子間之

距離，長自二八至二九糎。

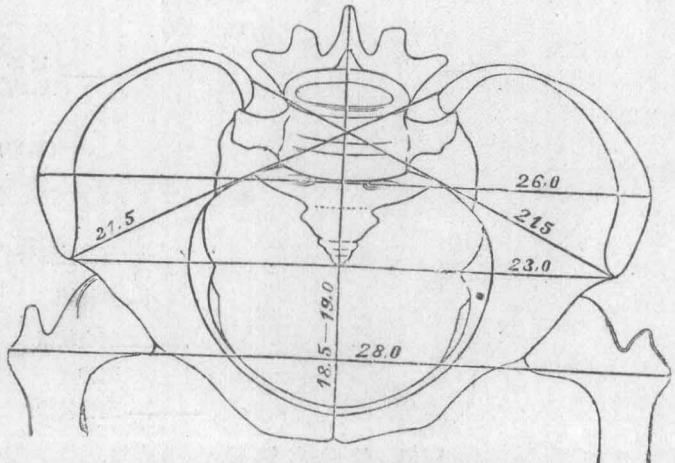


圖 32. 大 骨 盆 徑 線

F 骨盆周圍 自第五腰椎棘狀突起尖端起，經兩側腸骨櫛與大轉子間，至恥骨接合之上緣，連合成一圓周，計長七五至八〇糎。

2. 小骨盆 小骨盆，通常單稱骨盆，分娩時為胎兒必經之途徑。故其內腔之廣狹，與兒頭通過之難易，有密切之關係。

A 後壁 由薦骨與尾骨而成，自尾骨尖端至薦骨岬，高一二·五糎。

B 側壁 由腸骨體、坐骨、薦坐結節韌帶及薦坐棘韌帶而成；自腸骨弓狀線至坐骨結節，高

九·五糎。

C 前壁 由恥骨及軟骨而成；自恥骨接合之上緣至其下緣，高三·五糎。

D 骨盆上口 即骨盆入口，為橫橢圓形。大骨盆與小骨盆之移行部，後方為薦骨岬，兩側為

弓狀線，前方為恥骨接合之上緣。茲將其周圍及各徑線之起迄與長短，分別記載之：

(一) 縱徑線——亦名真結合線，為薦骨岬至恥骨接合之距離，長一一糎。

(二) 斜徑線——長一二糎。

(a) 第一斜徑線(右)——自右薦腸關節至左腸恥結節間之距離。

(b) 第二斜徑線(左)——自左薦腸關節至右腸恥結節間之距離。

(三) 橫徑線——左右腸骨弓狀線間之最遠距離，長一三糎。

- (四) 周圍——後方為薦骨岬，側方為腸骨弓狀線，前方為恥骨櫛與恥骨接合上緣。
- E 骨盆廣部 亦名骨盆闊，其各徑線之起迄與長短，分記於下：
- (一) 縱徑線——自第二與第三薦骨椎之癒着部至恥骨接合後面中央間之距離，長一
二 糲。
- (二) 斜徑線——長一三 糲。
- (a) 第一斜徑線(右)——為右坐骨大截痕上緣至左閉鎖溝間之距離。

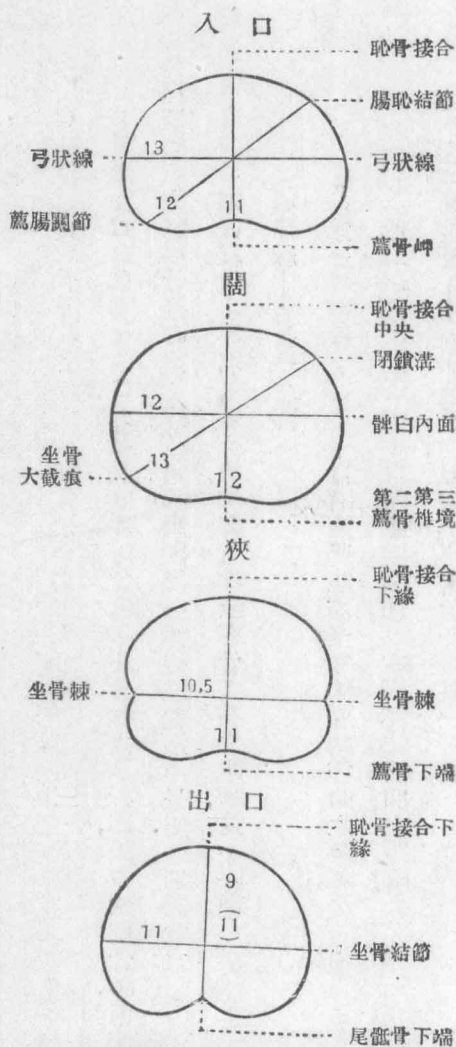


圖 33. 小骨盆腔之各面

(b) 第二斜徑線(左)——為左坐骨大截痕上緣至右閉鎖溝間之距離

(三) 橫徑線——左右髖臼內面間之最短距離，長一二糎。

F 骨盆狹部 亦名骨盆峽，茲將其各徑線之起迄與長短，分記於下：

(一) 縱徑線——薦骨下端至恥骨弓頂間之距離，長一一糎。

(二) 斜徑線——因軟部故，難測定。

(三) 橫徑線——左右坐骨棘間之距離，長一〇糎。

G 骨盆下口 即骨盆出口，茲將其各

徑線之起迄與長短，分記於下：

(一) 縱徑線——尾骨下端至恥骨

弓頂間之距離長九糎，分娩時

可伸展至一一糎。

(二) 斜徑線——因軟部故，難測定。

(三) 橫徑線——左右坐骨結節間

之距離，長一一糎。

H 骨盆腔 為上口至下口間之骨管，

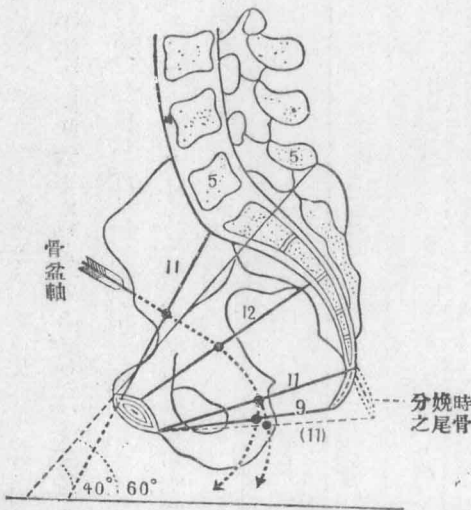


圖 34. 骨盆軸及傾斜

略帶圓柱狀。

3. 骨盆之傾斜度 當直立時，真結合線與水平線之間成六十度角；外結合線與水平線之間，成四十度角。

4. 骨盆軸 骨盆軸，亦名骨盆誘導線，為骨盆上口、闊、狹及下口各縱徑線中央通過之曲線，即分娩時胎兒通過之方向；且可沿此線插入手指或器械於骨盆腔內。

5. 男女骨盆之差異（參看圖三五——三八）

		女	子
上部	入口廣，為橢圓形。	入口狹小。	
下部	骨盆之下部廣闊。	狹窄，作漏斗狀。	
前壁	恥骨弓成直角或鈍角。	恥骨弓成銳角。（七〇——七五度）	
後壁	薦骨廣闊而短，其下部及尾骶骨向後方牽引。	不然。	
左右	左右髖臼間之距離，較男子遠。	其距離，較女子短。	
周壁	低而廣大。	不然。	

第四節 骨盆軟部組織

骨盆之內外面，均被以柔軟組織，而以骨盆出口部為尤多；除肛門、膣口及尿道口外，幾全為肛門肌及會陰肌所閉鎖。此軟部組織，總稱為骨盆底。當分娩時，因受胎兒之壓迫而伸展，其抵抗力雖不甚大，然對於初產婦，亦可起相當障礙。

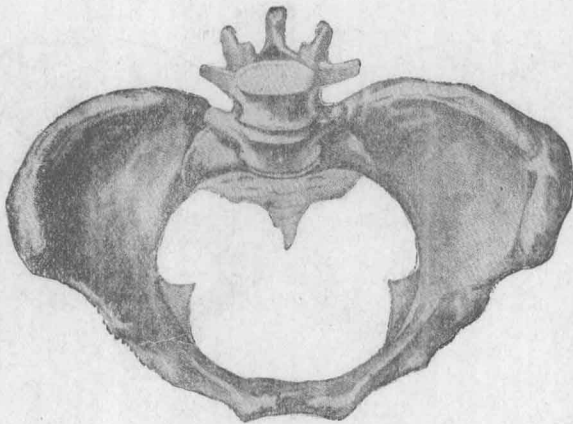


圖 35. 女子骨盆 (上面)

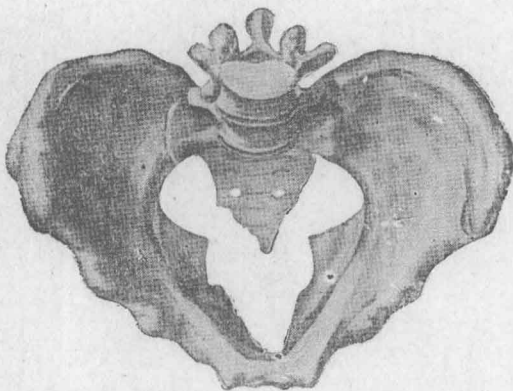


圖 36. 男子骨盆 (上面)

女性生殖器，可分爲內外二部分。

第二章 女子生殖器

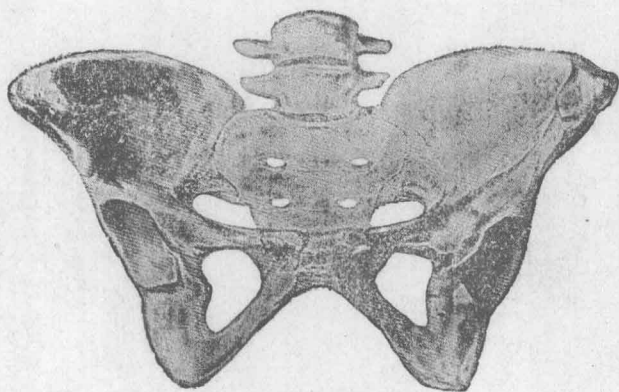


圖 37. 女子骨盆 (前面)

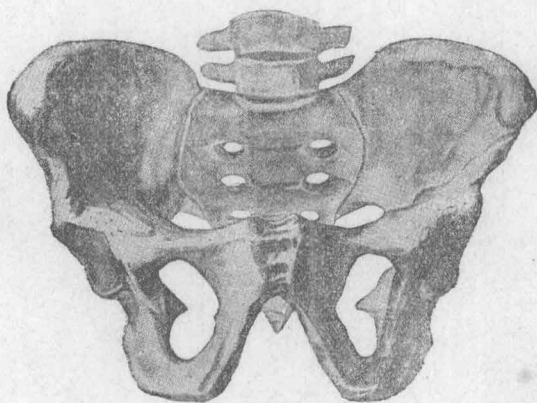


圖 38. 男子骨盆 (前面)

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

隆。體之最上方，即輸卵管開口部之上，名子宮底。子宮頸之下部，向陰道穹窿內突出；此突出部分，即子宮陰道部，其中央開口處，為子宮外口。子宮外口之前方，名子宮前唇，其後方名子宮後唇；前唇通常較後唇長而且厚。

4. 內腔 子宮體部之內腔，名子宮體腔，前後扁平，左右廣大，就其前額斷面觀之，則呈二等邊三角形。其頂端，與頸管之上端相連，此處名子宮內口。三角底在上方，其兩端之角，與左右輸卵管相連接，是即輸卵管子宮口。頸部內腔，名子宮頸管，作紡錘狀，是即子宮內口至子宮外口間之部分也。

5. 構造 子宮壁由內膜、實質層及外膜三層而成。內膜為黏膜，被覆子宮體腔及頸管之內面。實質層之主體為滑平肌，並含少量之結締組織，厚約一·五糎。外膜即為包被子宮外面之腹膜，實即骨盆腹膜之一部分。由子宮前面之下部上行，被蓋膀胱，而與前腹壁之腹膜移行；由子宮後面上行，被蓋直腸之前面。子宮兩側之闊韌帶，即子宮前後外膜之結合部，延長而與腹膜相連接。

子宮圓韌帶，為圓形之索狀物，由子宮與輸卵管相連部之前面發出。包以骨盆腹膜，向前外方走，經過鼠蹊管，貫通腹壁，達於皮下，而終止於大陰唇附近。

此外有所謂直腸子宮襞者，為直腸側壁與子宮頸間左右成對之腹膜皺襞，其間凹陷處，名直腸子宮窩。

子宮位置之固定，全賴闊韌帶、圓韌帶及直腸子宮襞等之維繫；而子宮頸與膀胱之密着，亦與有

關係焉。

三 輸卵管

1. 位置 由子宮底之左右兩端發出，稍稍迂曲，而向外方走，其末端略向後屈曲。

2. 形體 爲細長之喇叭管狀物，左右成對，長凡八糎。

3. 區別 (一)子宮部——爲貫通子宮壁之部分。(二)峽部——接近子宮之狹細部分，名輸卵管峽。(三)壺腹部——爲輸卵管外方之廣大一部分。(四)漏斗部——在管之外端作漏斗狀，即輸卵管腹口，其上繫以一繖，或名剪綵。

4. 構造 管壁由外膜、肌質及黏膜三層而成。黏膜面上有無數顫毛，此顫毛向子宮方面顫動，藉此可以輸送由卵巢排出之卵子，經輸卵管而達子宮腔。

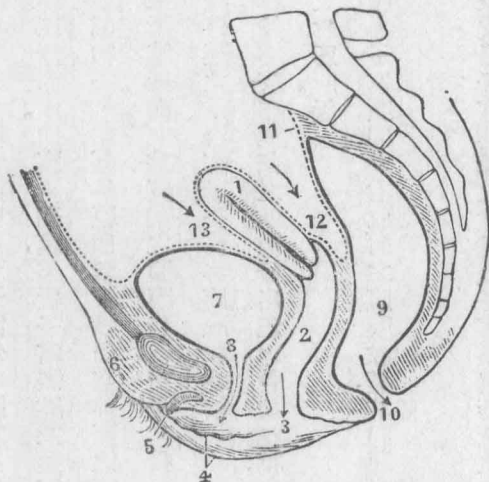


圖42. 子宮與腹膜之關係

1, 子宮; 2, 陰道; 3, 陰道口; 4, 大小陰唇; 5, 陰核;
6, 陰阜; 7, 膀胱; 8, 尿道; 9, 直腸; 10, 肛門; 11, 腹
膜; 12, 直腸子宮窩; 13, 膀胱子宮窩

1. 位置 位於子宮之外方，輸卵管之後下方，左右成對。

2. 形體 爲扁平橢圓形，大小與桃核相當。

3. 構造 卵巢之前緣與闊韌帶相連部，爲血管神經出入處，是名卵巢門。由卵巢門至中央部，爲髓質組織。髓質以外，則爲皮質。皮質之內，有無數小胞，是即濾胞。有一種較大者，名原始濾胞，肉眼上可以認出。成熟濾胞，較豌豆爲大，亦名克拉夫 (Graaf) 氏濾胞，內含一卵及少量液體。成熟之卵，直徑在 0.2 毫米左右，肉眼上殆難認出。卵之中央部爲卵黃與胚胞。胚胞內有胚斑。

第三章 生殖器之生理

小兒期內之女性生殖器不發育，至成年期乃急速發育。外陰部中之陰阜與大陰唇之皮下脂肪組織增加，陰毛發生，小陰唇延長而着色濃厚，陰道延長且廣，子宮體部肌肉發育旺盛，輸卵管延長，卵

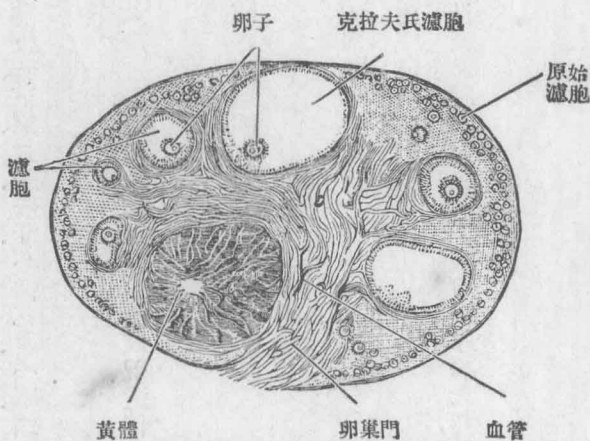


圖 43. 卵巢之斷面

巢容積增大，濾胞成熟，乳房著明肥大，全身脂肪蓄積，體質豐滿；此外性情方面，亦起變化；遂由小女一變而為處女矣。

1. 月經 女子至成年期，生殖器之形態，既起變化；其機能因之亦大不同，開始排卵，月經來潮，是為生殖機能成熟之徵。每四星期反覆來潮一次，每次約須三日至七日，持續三十年，而生殖機能又復退化，而經閉止。當閉經時，肉體上與精神上，亦起變化；如下腹痛、下痢、鼓腸、發汗、心悸亢進、不眠、頭痛、眩暈、沈鬱、恐怖等症狀，均可發見。

月經初潮，約在十四五歲左右，閉經期約在四十五六歲左右；然以人種、氣候、生活狀況、遺傳等關係，遲早亦略有不同也。

2. 子宮內膜之周期的變化 成年婦人之子宮內膜，每四週間，有四度之變化。

A 月經出血期 三日——七日。

B 月經後期 與出血期合計之，約須十日，此為內膜再生期。

C 月經間期 中央之八日，此為休息期，子宮內膜厚約三耗。

D 月經前期 在次回月經之前十日間，此為月經前腫脹充血期，子宮內膜厚約六耗，已為受胎之準備。若非受胎，則又出血，過而復始矣。

3. 月經時身神之變化

A 肉體方面 (一) 血行及消

化器之變調。(二) 乳房腫脹且疼痛。(三) 下腹痛及腰痛或薦骨痛。

B 精神方面 (一) 神經過

敏。(二) 沈鬱或興奮。(三) 思慮及意志減弱。

以上所述之各種變化，其程度之輕

重，隨個人體質而異。

4. 排卵機能 卵巢皮質內之濾胞，

在小兒期內極小；至成年期後，各濾胞依

次發育，其中所含之卵，逐漸增大，而濾胞

之大，亦益著明。迨卵子漸近濾胞表面，且因濾胞液內壓增加，不能勝受，乃至破裂，濾胞液與成熟卵，遂

共同排出，是為排卵機能。

排卵機能，始自成年期，至閉經期而消失。其間每四星期，反覆一次。但在妊娠中及產褥期內，排卵

機能停止，此為生理的現象。

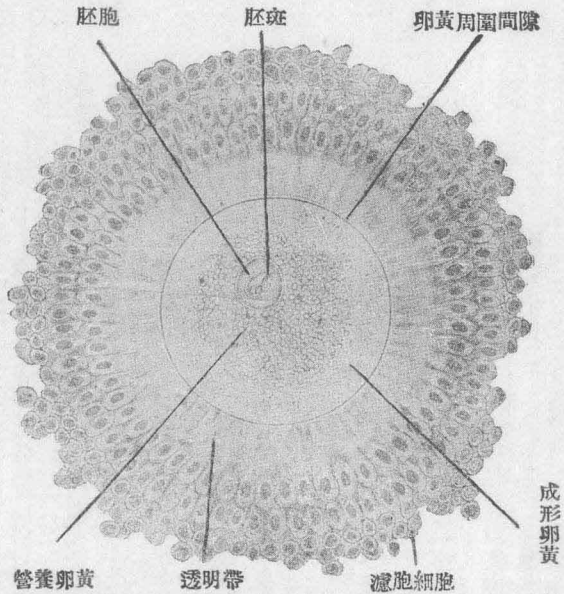


圖 44. 成熟卵

排卵後之濾胞，變爲豌豆大球形黃色之黃體。黃體有內分泌作用，與月經前期內膜，同時腫脹充血，是名月經黃體，亦名假黃體，至月經出血期時，黃體萎縮退化，變爲白色之白體。若已受胎，則黃體發育，至胎盤形成時，其增大達於極點，入產褥期而退化，是名妊娠黃體，亦名真黃體。

第三編 生理學大要

生理學，爲研究生物界生活現象之學科。一切生物，均有物質交換，產生活力及生殖之能力。茲編應分三章，因生殖論詳述於妊娠編內，故僅列物質交換及活力論二章。

第一章 物質交換

第一節 血液循環

一 大循環與小循環

血液在血管內流行不息，由心臟發出，經動脈、毛細管、靜脈而還流於心臟，是名血液循環。

1. 大循環 血液由左心室發出鮮紅之動脈血，經大動脈、小動脈，乃得分布於全身，而與毛細管相移行，於此營內呼吸作用。因是，富於養氣之動脈血，一變而爲含有碳酸暗藍之靜脈血，經小靜脈及上下大靜脈而還流於右心房，通過三尖瓣，而流注於右心室。其循環之區域，遍及全身，故亦名全身循環。

2. 小循環 由右室發出之靜脈血，經肺動脈分布於兩肺，與毛細管相移行，於此營外呼吸作用，

將靜脈血變為動脈血，經肺靜脈而還流於左心房，通過僧帽瓣，流注於左心室。其循環之區域，限於肺臟，故亦名肺循環。

二 心臟作用

1. 心搏 心臟雖分為左右兩房及兩室，但兩房與兩室必同時動作，而房與室交代張縮。兩房先收縮，同時兩室擴張；及兩室收縮，而兩房擴張，次則於極短時間，處休息狀態，心臟各部弛緩擴張，充滿血液。以後房復收縮，繼之以心室收縮，及暫時休息，順次交番，整然不亂。如此之房室接踵收縮，加以暫時休息，經過一度，名一心搏。

心臟之作用，與唧筒相似。當心房弛緩時，左房受容由肺靜脈而來之血液，右房受容由上下大靜脈而來之血液，兩心房為之擴張。及心房收縮，大靜脈口隨之收縮窄狹，血液不得向心室流注；是時房室口開，大心室弛張，受容由心房而來之血液，因之擴張。至心室收縮，則左心之僧帽瓣及右心之三尖瓣閉鎖，血液不得向大動脈及肺動脈發出一張一縮，乃成循環；自生至死，永無間斷，此為生物特

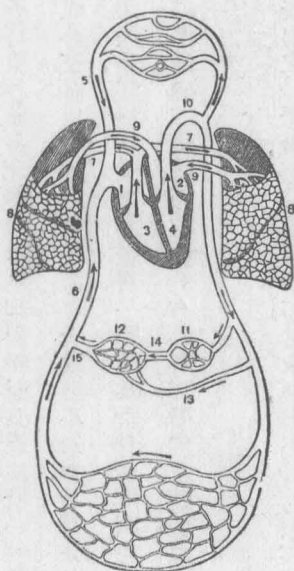


圖 45. 血液循環圖

- 1, 右心耳; 2, 左心耳; 3, 右心室;
- 4, 左心室; 5, 上大靜脈; 6, 下大靜脈;
- 7, 左右肺動脈; 8, 左右肺;
- 9, 左右肺靜脈; 10, 大動脈; 11, 消化管;
- 12, 肝臟; 13, 肝動脈; 14, 門靜脈;
- 15, 肝靜脈

有之現象亦即全身活力發生之來源也。

2. 心尖悸動 當心室收縮時，心尖向胸壁衝突。於第五肋間，乳腺稍內方之處，最爲著明。

3. 心音 於心悸動部，可以聽取二音，整然反覆。第一音濁而長，其調低，與心悸動及動脈之脈搏一致，是爲心室收縮時所發之音；第二音縮而短，其調高，此爲半月瓣急劇緊張之音。

4. 心搏數 與身體之大小、性別、老幼、飲食物攝取及精神方面，均有關係。在成人每分鐘六五—七五次，初生兒一二〇—一三〇次；女較男略少，飲食物攝取、運動及精神感動後，稍稍增多。

5. 脈搏 此爲心室收縮時，動脈管波動之現象；與心搏一致。以橈骨動脈之搏動爲最顯著。藉脈搏之強弱、大小、緩急及整調與否，可以推知心臟之狀態。

第二節 呼吸

吾人生活上養氣之供給，不可暫時中斷；如其缺乏，爲致死之因。蓋吾人日常攝取大氣中之氧於體內，以供消費，最後復將體內產生之炭酸，排泄於外。此種作用，卽名呼吸，可分爲外呼吸與內呼吸二種：內呼吸，係指毛細管內血液與組織間營瓦斯交換之作用而言，故亦名組織呼吸；外呼吸，係指大氣與血液直接營瓦斯交換之作用而言，其大部分在肺胞內行之。此外一極小部分，由皮膚行之。於是外呼吸，復有肺臟呼吸與皮膚呼吸之別。

一 肺臟呼吸

1. 呼吸運動 其主力在胸廓之擴張與收縮，而膈膜及呼吸諸肌，亦參與動作。當胸廓擴張時，膈膜下降，外肋間肌及肋軟骨間肌收縮，肋骨上舉，胸腔內壓減少，肺臟膨脹，由外界吸入空氣，是名吸息。及胸廓收縮，膈膜膨隆，外肋間肌及肋軟骨肌弛緩，肋骨下降，胸腔狹小，肺亦隨之收縮，肺內空氣不得不由氣道及鼻孔衝出，是名呼息。一呼一吸，整然不亂，是即呼吸運動。

2. 呼吸式 有二種：

A 腹式呼吸——男子呼吸，通常皆爲此式。以膈膜之上下運動爲主，胸廓運動不著明。

B 胸式呼吸——女子呼吸，通常皆爲此式。以上胸部肋骨之運動爲主，膈膜之運動不著明。

3. 呼吸息 一呼一吸之經過，名呼吸息；其次數之多少與年齡、性別、動靜、氣溫等，俱有關係。通常心搏四次，呼吸一次。成人一分鐘間呼吸十六次至十八次，初生兒可以多至四十次。

4. 瓦斯交換 於肺胞壁之毛細管行之；吸收吸氣中之養氣，排出血中之炭酸。使靜脈血變爲動脈血。考動脈血養氣之容量爲二〇%，而靜脈血僅有一二%；炭酸量在動脈血爲三四—四〇%；而靜脈血則有四三—四八%。是與呼吸氣中之養氣與炭酸含量適成正比例。養氣在吸氣中之容量爲二一%，在呼氣則僅一六%；炭酸在吸氣爲〇·〇四%，在呼氣則有四%。

二 皮膚呼吸

皮膚雖亦有呼吸作用，然以解剖構造上之關係，交換能力極微，與肺胞相較，僅百分之一或二百

分之一耳。

二 組織呼吸

外呼吸之結果，將靜脈血變為動脈血。組織呼吸，即內呼吸之結果，與之相反。養氣由毛細管內排出，以供各器官組織之消費；同時將組織內產生之炭酸，被血液吸收，於是動脈血一變而為靜脈血矣。

第三節 消化

身體內各成分，因生活上需要不斷的消費，而排出於體外，於是不得不由體外攝取構成身體之物質以抵補損失。此等物質，均由飲食物中取得，如蛋白質、脂肪、含水炭素、水及無機鹽類等之營養素是也。

飲食物不能直接有補於身體，須經消化器之器械的及消化液之化學的作用，凡液化溶解者，被血液吸收；其不能溶解之殘渣，由肛門排出，是即消化作用也。

1. 消化液之作用 消化液，有五種：唾液、胃液、膽汁、胰液及腸液是也。

A 唾液 由耳下腺、舌下腺、頷下腺分泌，與口腔黏液相混合，無色透明而有牽縷性，呈鹼性反應，一晝夜間分泌量約有一二呎，使口腔黏膜溼潤，食物浸漬滑澤，易於嚥下。有化澱粉為糖類之作用。

B 胃液 由胃腺分泌，無色透明，呈酸性反應。其主成分為百布聖 (Pepsin) 及鹽酸，可使蛋

白質化爲易被吸收之百布頓 (Pepton)。

C 膽汁 由肝臟分泌，爲帶綠色之液體，味苦，呈鹼性反應，有助胰液之糖化及脂肪化之作用，防止腸內容過度之腐敗，並藉以促進腸之分泌與蠕動。

D 胰液 由胰腺分泌，無色無臭，味鹹，呈鹼性反應，爲最重要之消化液，有消化蛋白質，糖化澱粉及乳化石脂肪之作用。

E 腸液 由腸腺分泌，無色或略帶黃色，呈強鹼性反應，有消化蛋白質分解糖分及助胰液之脂肪分解作用，並使腸黏膜面滑澤，腸內容物容易通過。

2. 消化器之運動作用

A 咀嚼運動 食物入口腔，經齒之咀嚼、磨挫，使之細碎；同時混以唾液，因舌之撥動，作成食塊，便於嚥下。

B 嚥下運動 食塊做成後，因舌之運動及咽頭肌之收縮，乃入食道。是時軟口蓋上舉，密接咽頭後壁，防食物之誤入鼻腔；再由食道壁自上而下，漸次收縮，經過賁門，送入胃內。

C 胃壁運動 食物至胃後，胃遂開始運動，分泌胃液。蓋食物沿大彎達幽門，再沿小彎，返復迴旋，使食塊與胃液混和，變爲糜粥狀物，經過幽門，向十二指腸輸送。

D 腸管運動 食物入腸後，腸管自上而下，恰如蚯蚓之蠕動，助食物之消化及吸收，其不能

消化之物質，團結成糞，亦藉腸之運動由肛門排出。

3. 消化器之吸收 口腔、咽頭、食道等部，無吸收作用。胃有吸收作用。其所吸收之主成分，為蛋白質、鹽類及砂糖。小腸之吸收，以十二指腸及空腸為最顯著。一切營養素，大部分由小腸吸收。大腸之吸收作用，雖尚旺盛；但其所吸收者為水分。

第四節 排泄作用

組織中物質，不斷的分解；其中產物如碳酸及一部分之水，由肺排泄，其餘之產物，以尿為主，由腎排出；汗由皮膚蒸發。

1. 尿 尿為透明帶淡黃色或黃赤色之液體，比重平均一〇一五，對於辣克謨司 (Lackmus) 試紙呈弱酸性反應，味稍苦而鹹，有一種固有臭氣。成人一日之尿量，為一〇〇〇—一五〇〇瓦，其中水分占九六%，而固形成分僅四%耳。固形成分中，以尿素及食鹽為主，此外並含少量之尿色素及瓦斯。尿由腎臟絲球體及曲細尿管分泌，經集合管至乳頭部，而流注於腎盂，復以輸尿管之蠕動，送入膀胱，蓄積至一定程度，催起尿意；是時尿道括約肌不能支持，加以利尿肌同時收縮，而尿遂由尿道排出體外矣。

2. 汗 汗由汗腺分泌為無色透明之液體，味鹹，有一種固有臭氣，與尿之集成略同，以水為主成分。

第五節 新陳代謝與物質平衡

生活體雖不斷的營新陳代謝作用，而體內物質，仍保持平衡。一方面如肺臟排出碳酸與水，腎臟排出尿素、尿酸、鹽類及水，皮膚排出皮脂及少量之碳酸與水，各種腺體均分泌固有之液體，身體內各種物質損失不少；但同時一方面即由體外攝取酸素及各種營養素以抵補之，因是，體重不致增減。一失平衡，即呈變態：或日漸羸瘦，或日益肥胖。欲保其平衡，須注意蛋白質、脂肪及碳水化合物三者適當之混合食，是即保健食料。至其食料之多寡，視各個人之體格及工作狀況而異，如身體瘦小者，較肥大者需要較多量之營養素；動作劇烈者，較之安靜工作者亦然。蛋白質及脂肪，多由動物性食物中而來。碳水化合物，多由植物性食物中而來。此外水與無機鹽類，亦極需要，不可不有相當之輸入。成人每日約須水分二至二·五卅。無機鹽類若過於缺乏，結果則發生痙攣或麻痺等症狀，可以致死。

第一章 活力論

第一節 體溫

新陳代謝作用之結果，產生溫熱；身體各器官之活動，亦生溫熱；兩者產生之溫熱，合稱爲體溫。

1. 體溫之日差 吾人體溫，每日皆有定期的變動：早起最低，約在攝氏三六·二度左右；午後最高，可達三七度。朝夕之差，在一度以內者，名曰差。

2. 體溫之放散 其道路不外放射、傳導與蒸發之三途。三者之中，以隨呼吸及汗之蒸發消失溫
量為最多。成人安靜時每日消失之體溫，約二四〇〇熱單位 (Kcalorie)。此等損失，仍由攝取之養氣
及食料以補充之。

3. 體溫之調節 體溫因有調節作用以適應環境，故能保其一定之溫度。如天寒氣冷，放溫必多，
但有以下諸條件以調劑之。

A 皮膚血管收縮，血量減少，放溫面積縮小。

B 汗腺分泌減少，水分之蒸發量亦少。

C 呼吸數減少，呼氣中水分蒸發量亦少。

D 不隨意之身體戰慄，與隨意之身體運動，亦可增加溫量。

E 食物之攝取加多，則體內之氧化作用增強，溫之產生量亦多。

反之，外界之溫度升高，或用力工作，則溫必增加，但有以下諸條件以調劑之。

A 皮膚血管擴張，血量增加，放溫亦多。

B 汗腺分泌旺盛。

C 心搏及呼吸數增多。

D 減少運動。

攝取少量之食物。

調節機能，亦有限制，若超過限度，則調節機失其作用，而體溫升高或下降。上升達四三度及下降至二〇度時，均可致死。

第一節 運動生理

1. 肌肉生理 身體之運動，由於肌肉之收縮。凡可以使肌肉收縮者，謂之刺戟。因刺戟而起收縮之機能，名興奮性。肌肉興奮時，氧化作用旺盛，產生溫熱。刺戟之種類有五，如下：

(一)生理的刺戟。(二)器械的刺戟。(三)化學的刺戟。(四)溫熱的刺戟。(五)電氣的刺戟。

肌受刺戟，若突然收縮，復突然休止，如此反復發作者，名攣縮；反之，持續收縮者，名強直。其因動作過多，不得休息機會，可起疲勞。

2. 聲音 聲音，發自喉頭，當兩聲帶游離緣接近，聲帶緊張時，肺中空氣壓出，振動聲帶，遂成聲音。

3. 語言 語言為人類所特有，由唇、舌、齒、頰及口蓋諸肌之運動，加以肺中壓出之空氣通過口腔而成。

第三節 神經生理

神經系統之構造，雖極複雜；但其主要部分，厥惟神經節細胞與神經纖維，而神經纖維，為神經節細胞之突起。中樞神經，即由神經節細胞集合而成，為感覺、意識、運動、營養、分泌之中樞；末梢則由神經

纖維來集合而成，僅有傳達之作用。

一 中樞神經

1. 大腦 由皮質與灰白質而成，皮質為全身知覺運動神經中樞之所在，並為精神之歸宿處。因皮質內之神經節細胞，司各精神現象，如皮質受傷，則愚魯無知，凡感覺、情欲、意識、思想、及記憶諸作用，均起障礙。

2. 小腦 司反射作用，為調節全身各種運動之中樞。故小腦受傷，則運動障礙，步行蹣跚，呈現酩酊狀態。

3. 延髓 上與腦連，下接脊髓，為吾人生活上之最要部分。內含呼吸中樞、血行中樞、消化器運動中樞、汗腺及淚腺分泌中樞、糖尿中樞與眼瞼閉鎖中樞。故延髓受損傷，立刻可以致死。

4. 脊髓 介在腦與末梢神經之中間，為遠心性與求心性神經之通路，除傳導作用外，並有反射機能。內含瞳孔開大中樞、膀胱閉鎖中樞、直腸閉鎖中樞、分娩中樞、腱反射中樞及勃起與射精中樞。

二 末梢神經

1. 脊髓神經 共三十二對，由前後二根發出。前根發出者，為遠心性神經，後根發出者，為求心性神經，至椎間孔而交叉相合；故脊髓神經實含有運動與知覺兩神經纖維，亦名混合神經。運動神經，分佈於身體兩側之隨意肌，內臟血管及汗腺等處；知覺神經分佈於皮膚。

2. 腦神經 共十二對，其作用前已約略提及，茲不再述。

三 交感神經

交感神經，為植物性神經系統之總稱，起自脊髓之中央部，分佈於心臟、腺質器官如肝臟、脾臟、胰腺、腎臟等，及含有平滑肌之器官，如血管、氣管、胃、腸、泌尿器、生殖器、皮膚之平滑肌及紅彩等。其機能與神經中樞無關係，專為隨意運動之媒介，並營自動性運動。

第四編 細菌學大意

第一章 細菌之定義與其地位

細菌，爲極細微之植物性單細胞生物，非用顯微鏡不能窺見其形體；論其地位，與隱花植物中之菌類相當，吸收複雜之有機化合物，以維持其生活。

第二章 細菌之形狀

依細菌之外形，可分球狀菌、桿狀菌及螺旋菌三大類。

第一節 球狀菌

球狀菌，簡稱球菌，大小不等，最小者直徑僅 0.3 密克倫，最大者直徑可達三密克倫，或單獨存在，或數個球菌互相連續，或集合爲一團；因此有單球菌、雙球菌、四聯球菌、八聯球菌、連鎖球菌、葡萄球菌等名稱。其主要之病原球菌，舉例如下：

(一)化膿性連鎖狀球菌。(二)化膿性葡萄狀球菌(產褥熱多由此二種細菌傳染而起)。(三)

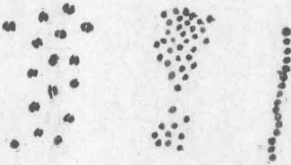


圖46. 球 菌

(左)淋病雙球菌；(中)葡萄狀球菌；(右)連鎖狀球菌

淋球菌(四)腦脊髓膜球菌(五)肺炎球菌。

第一節 桿狀菌

桿狀菌，單稱桿菌，其長短大小，隨菌而異。病原菌中最大者，為脾脫疽菌，長二—五密克倫，粗一密克倫。最小者為流行性感感冒菌，長〇·四密克倫，粗〇·二密克倫。主要之病原桿菌，舉例如下：

- (一)脾脫疽菌。(二)破傷風菌。(三)白喉菌。(四)癩菌。(五)結核菌。(六)傷寒菌。(七)赤痢菌。(八)鼠疫菌。

第三節 螺旋狀菌

螺旋狀菌，簡稱螺旋菌，因菌體捻轉如螺旋，故名。其捻轉之數，隨種類而異，如霍亂菌之彎曲度甚弱，僅作四狀，又如梅毒螺旋菌，捻轉既長，彎曲度亦多。

第三章 細菌之發育與增殖

細菌之發育，固需營養分，但養分之如何配合，溫度之高低，反應之性質，以及日光之是否射入，均與發育有重大關係。



圖48.
螺旋狀菌
梅毒螺旋菌



圖47. 桿菌
(左)破傷風桿菌;
(右)結核桿菌

四小時後，已有四十七萬七千兆個；即就一小時分裂一次計算，則二十四小時後，亦有一千六百七十七萬二千二百二十個，二日以後，則有二千八百十五億個。但因養分之缺乏，或受物理化學的影響，其發育繁殖中，亦常起障礙，不能盡如上述，然其增殖力之強大，確非其他生物所可及也。

第四章 細菌之病的作用

1. 器械作用 細菌在人體內發育繁殖，至極度時，可以充塞血管，破壞組織。

2. 營養障礙 細菌既為生物，當然攝取人體內營養分以為生；一細菌所需之養分，固屬有限，菌數多時，損失較大，結果不能不起營養障礙。

3. 中毒作用 因細菌之毒素而起。菌之毒素，可分為菌體內毒素及菌體外毒素；如傷寒菌、霍亂菌、化膿菌，產生毒素，存在體內，至菌體崩潰時，始起作用；又如白喉菌，破傷風菌產生毒素，分泌體外，侵入血中，刺戟神經中樞，直接可以起中毒作用。

第五章 細菌之侵入門戶

病原菌之侵入人體內，不出以下各道路：

1. 呼吸道 如結核菌、白喉菌等，由此侵入。
2. 消化管 傷寒菌、赤痢菌、霍亂菌等由此侵入。
3. 皮膚黏膜之創傷 如破傷風菌、丹毒菌等，由此侵入。
4. 泌尿器 如淋菌、梅毒螺旋菌等，由此侵入。

第六章 細菌在體內之蔓延狀況

細菌侵入體內後，其病變不僅限於一部分，可以蔓延於全身。其蔓延之方式，則隨病原菌之種類而異。

1. 局部蔓延 病變只限於其侵入之部分，如葡萄狀球菌所起之癰瘡是也。
2. 連接蔓延 病變由一部分，逐漸向其鄰近部推廣蔓延，如連鎖狀球菌所起之丹毒是也。
3. 淋巴性蔓延 細菌被淋巴管吸收後，其附近之淋巴腺發生病變，如結核菌侵入氣管枝黏膜，而氣管枝淋巴腺腫脹是也。
4. 轉移性蔓延 原發部之細菌，隨血行轉移至其他遠隔部分，如體表膿瘍內之化膿性球菌，能於內臟起轉移性膿瘍是也。

5. 血行蔓延 細菌侵入血液後，能隨血行蔓延於全身，如敗血症是也。

第七章 病原菌所發之症狀

病原菌侵入人體後，或僅於局部發生炎症、腫脹、疼痛而已；或呈全身症狀，如發熱、頭痛、倦怠、苦悶、食慾減退、脾臟腫大、貧血及白血球數量起變化等是也。

第八章 身體之防菌作用

身體周圍，隨處皆有病原菌，然不致人人受病者，以吾人身體內有抵抗細菌侵入之設備與殺菌之作用。如（一）皮膚強韌乾燥，既阻菌之侵入，復可障礙其發育。（二）健康黏膜，亦有防菌之作用。（三）血液中之白血球，有殺菌作用。（四）組織液中含有一種防禦素，有溶解細菌之作用。以此種種關係，病原菌即來侵襲，亦可為相當之抵抗也。

第九章 感受性與免疫性

人類或動物，對於某種細菌，容易感染發病者，謂之感受性；反之，對於來襲之病原菌，不起病的現象者，謂之免疫性。此免疫性，有生而即有者，名先天免疫性；有病後始有者，如一度患傷寒、天花等症者，治癒以後，不再感染，是名後天免疫性。此外更有所謂人工免疫性者，亦為後天免疫性之一種，如接種牛痘，以防傳染是也。

第五編 消毒學大意

第一章 消毒之理由

消毒之目的，爲豫防產褥熱及其他傳染病之發生。蓋化膿菌及其他病原菌，到處均有附着於各種物體之上。在健康之皮膚及黏膜，因有禦防作用，不易侵入。但當分娩之際，生殖器難免損傷；即使毫無損傷，至分娩以後，胎盤剝落，子宮內面爲一廣大之創傷面，是時如消毒不嚴密，細菌乘機侵入，可爲產褥熱之原因。故在處置妊婦、產婦、褥婦之前，須將自己之手指，妊產褥婦之外陰部，應用器械及繃帶材料，慎重消毒。茲將因消毒不完全而起之疾病，舉例如下：

1. 關於母體方面：

A 產褥熱 病原菌，由生殖器侵入。

B 丹毒 病原菌，由生殖器及一般創面侵入。

C 破傷風 病原菌，由生殖器及一般創面侵入。

2. 關於初生兒方面：

A 膿漏眼 病原體由眼侵入。

B 丹毒 病原體由臍或皮膚之創面侵入。

C 破傷風 病原體由臍或皮膚之創面侵入。

D 鵝口瘡 病原體，由口腔黏膜侵入。

3. 其他之各種傳染病，與助產士無重大關係者，不列舉。

第二章 制腐法與防腐法

消毒法，為殺滅附着於身體上及各種物體上細菌之法；可分為制腐法，及防腐法二種。

1. 制腐法 細菌已侵入組織，發生病變，藉殺菌劑之力，殺滅細菌，使病勢不至進行，是為制腐法。如生殖器潰瘍時，以石炭水或其他消毒液洗滌清潔，又如一般化膿性創面撒布碘仿 (Iodoform) 等制止腐敗是也。

2. 防腐法 身體及各種物體，本無細菌；為慎重起見，加以消毒，是為防腐於未然之法。如正規妊娠分娩或產褥之時，將妊娠產褥婦之外陰部，助產士之手指，應用器械及繃帶材料等嚴密消毒，為防細菌之侵入，惹起腐敗作用也。

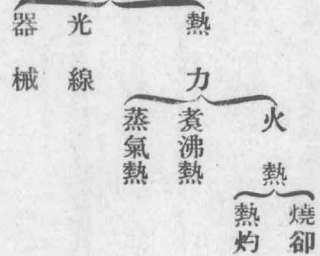
第三章 消毒法之種類

法二種。

2. 化學的消毒。

第一節 理學消毒法

1. 理學的消毒



1. 溫熱消毒法 溫熱消毒之功用，在凝固細菌體內之蛋白質；可分為乾熱滅菌法，及溼熱滅菌

A 乾熱滅菌法 藉火力熱灼之，或燒卻之，對於玻璃器及陶器等之消毒應用之。

B 溼熱滅菌法 以蒸氣消毒法與煮沸消毒法，應用最廣。前者，利用緊張飽和之蒸氣，以殺滅細菌，凡衣服、臥具、布片、繙帶材料、皮革類、漆品類、橡皮類、象牙及角類等之消毒應用之；後者，利用煮沸水以殺滅細菌，凡金屬製器械、玻璃類、陶器類、橡皮管等之消毒應用之。

2. 光線消毒法 日光有殺菌作用，氣溫高時之光線，殺菌力更為顯著，此為家庭衛生上最簡單

便利之消毒法。

3. 器械消毒法 器械消毒法，即以消毒液將附着於各種物體上之細菌洗濯之，其消毒作用不確實。

第二節 化學消毒法

化學消毒法，為用消毒藥殺滅細菌之方法，凡診治上生體之消毒，皆應用之。茲將助產士應用最多之消毒藥，分別略述之：

1. 酒精 六—八%之酒精，即可防止細菌之發育。五〇—七〇%之酒精，消毒力最強。無水酒精，僅能使細菌之被膜收縮；對於菌體內之蛋白質，不起作用，反無消毒效力。

2. 昇汞 為白色結晶體，溶解於水，無色、無味、無臭之劇毒藥。故昇汞水中，常混以色素，促人注意，勿使誤用。殺菌力甚強，通常以一千倍之水溶液為手及皮膚消毒之用，以五百倍之水溶液為器械消毒之用。但於金屬製器具不適用，因昇汞有使蛋白凝固之作用；其殺菌力雖強，但以其劇毒及有凝固蛋白之故，應用範圍，較為狹小。

3. 石炭酸 無色透明，為菱形針狀之結晶，在攝氏三五—四〇度之低溫中即溶解為油狀，水中易於溶解。濃厚之石炭酸液，腐蝕作用甚強，可使皮膚發白，且失卻知覺。通常以二%水溶液為手及皮膚消毒之用，以五%水溶液為器械消毒之用。

4. 濾坐爾 (Tyrocol) 爲茶褐色透明之液體，通常以3%水溶液爲器械消毒之用，以1%水溶液爲手及皮膚消毒用之。若用以洗滌陰道，或子宮腔，則僅能用0.5%水溶液。

5. 碘酒 此爲褐色酒精溶液。平時所用之碘酒，爲一〇—一二%，其功用僅能防止細菌之發育。

6. 硝酸銀水溶液 對於淋菌，有顯著之消毒作用。濃厚液能腐蝕組織。平常所用者爲一—二%水溶液。應貯於有色瓶內，以避日光。爲預防初生兒之濃漏眼起見，每於分娩之後，以之點眼；點後，即須以食鹽水中和之，並拭淨之。

7. 硼酸 爲白色之結晶或粉末，殺菌力極微弱，惟毒性甚少，故適用於初生兒。如眼及口內洗滌，可用五十倍水溶液，又如臍帶斷端或腋窩鼠蹊部之糜爛面上，可散布硼酸粉末。

8. 水楊酸 爲白色之粉末，僅能防止細菌之發育。平常用以散布臍帶斷端或糜爛部。

9. 碘仿 此爲黃色有光輝之小葉狀結晶或粉末，發一種臭氣，水中難溶解，用其粉末，散布於臍帶斷端，有防止細菌發育，促進臍帶乾燥，使其易於脫落之作用。陰部創傷面上，亦可散布，有制止化膿之作用。

10. 次沒食子酸蒼鉛 爲碘仿之代用品，其防腐力雖不及碘仿，但無惡臭，且不刺戟皮膚。

第四章 消毒之實施法

第一節 手指及皮膚消毒法

皮膚之消毒極不易，既不能用高熱消毒，又不可用強度藥品；加以皮膚面上，有許多皺襞，毛髮、皮脂腺及汗腺等存在，均予消毒以相當障礙，故手指之完全消毒，十分困難。吾人當先以機械的將皮膚上附着之細菌除去，然後再用消毒藥殺滅殘遺之細菌。其實施次第如下：

1. 助產士穿着手術衣，從肘關節部起，完全露出。
2. 將指甲剪短，再用爪鑪將爪尖磨至圓滑。
3. 將前膊與手及指，放在攝氏五〇度之流動溫湯中，用毛刷和胰皂切實洗滌，自肘關節部至指尖間，反復摩擦，約經三—五分鐘。
4. 用消毒爪鑪，將爪隙掃除潔淨。
5. 再用胰皂及消毒毛刷，反復摩擦，約歷三—五分鐘。
6. 以消毒綿紗，將手指拭乾。
7. 以六〇—七〇%酒精，用消毒綿紗或毛刷，反復摩擦，約歷三—五分鐘。
8. 再以〇·一%昇汞水，或二%石炭酸水，或一%濃坐爾水，用消毒毛刷，反復摩擦，亦歷三—五

分鐘。

9. 最後於爪隙處，塗布碘酒。

手指之消毒，既如此困難，故助產士平時，務須保護清潔。茲將應注意之點，條舉於後：

1. 手指不可與不潔物接觸：

A 傳染病患者之污染物，就中對於丹毒及破傷風患者，尤須注意。

B 膿汁附着之物件。

C 產褥熱患者之污染物。

D 惡露附着之物件。

E 屍體內取出之內臟。

如有與以上之不潔物接觸而未經完全消毒者，不可以手與產婦褥婦之陰部及初生兒之臍部接觸。凡一經處置丹毒或產褥熱患者之後，滿二日內，不可處置其他產婦與褥婦。在休業期間，時時將手指消毒，全身沐浴，更換衣服。

2. 注意手指上之創傷 如手指上有極小之創傷，即須應用橡皮指套；若創傷較大有出膿之現象者，不可處置產婦與褥婦。

3. 已消毒之手與其他物品，應注意保持其消毒效力。

B消毒後之手，乾燥時亦失其消毒效力。故消毒後之手，須時常置於消毒液中，使之溫潤。

第二節 外陰部消毒法

分娩時，外陰部消毒，最為重要；其實施次第，如下：

先用溫湯盛於澆水器中，灌注於陰部、鼠蹊部、會陰及大腿之內面，用棉紗或脫脂棉和胰皂切實摩擦洗滌，然後用棉紗或脫脂棉和以消毒液洗淨。消毒液亦可盛於澆水器中。消毒中應注意外陰部內面及皺襞間之清潔。

第三節 器械消毒法

1. 煮沸消毒法 器械消毒，以煮沸法為最確實。若只用普通水煮沸，則凡金屬製器械，易於生銹，故多用1%曹達水煮沸。消毒器之最應用者，當推 Schimmelbusch 氏之煮沸消毒器。先將1%曹達水傾注其中，煮至沸騰，將金屬製多

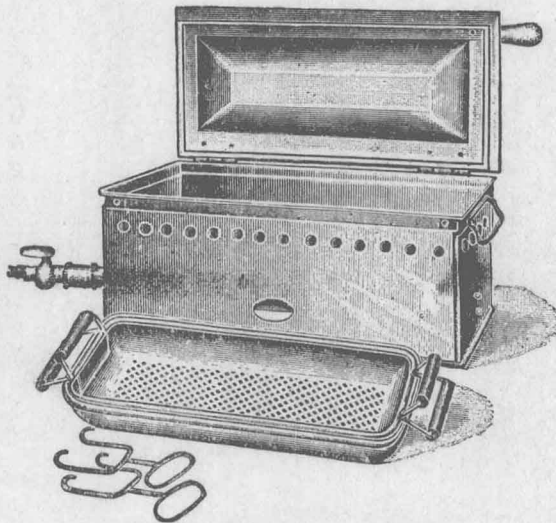


圖 49. Schimmelbusch 氏煮沸消毒器

孔之淺筐併上面排列之器械，放置於煮沸液中，加蓋，約歷五—一〇分鐘，然後開蓋，以兩鉤將淺筐取出。如急欲應用，可置於消毒之食鹽水中，使之冷卻，倘不即應用，可放於殺菌水中，保持其消毒效力。

2. 消毒液內浸潤法 即將器械浸於消毒液中，經三十分鐘。此法，殺菌不甚確實。通常所用者，為五百倍之昇汞水或五%石炭酸水。但金屬製之器械，不宜用昇汞水消毒，前已言之矣。

第四節 繃帶材料消毒法

1. 煮沸消毒法 繃帶材料在沸湯中煮五—一〇分鐘，可以滅菌。煮沸後，若即使用，放於殺菌水或消毒水中冷卻之。如不急用，可浸於稀薄之消毒液中。

2. 蒸氣消毒法 先將繃帶材料貯藏於消毒罐內，閉蓋，開

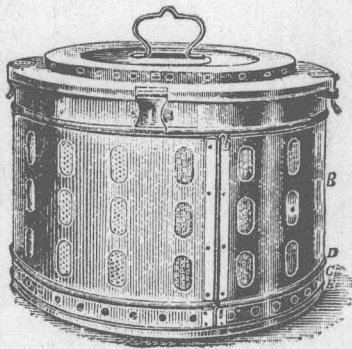


圖 51. Schimmelbusch 氏蒸消毒罐

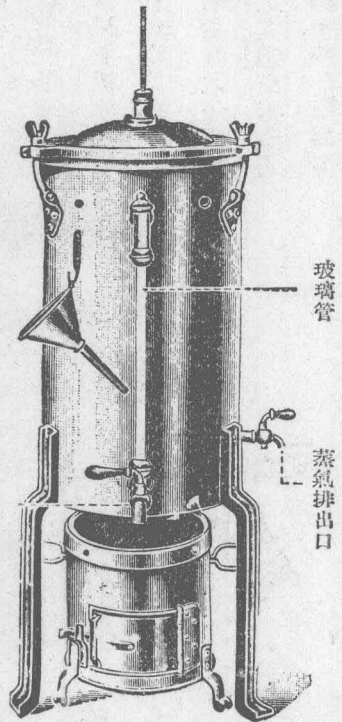


圖 50. Schimmelbusch 氏蒸氣消毒器

乃將消毒罐取出，即閉其窻孔，則內藏之滅菌材料，可以隨時取用。

第五節 衣類之消毒法

衣服及其他布類，除用蒸氣消毒外，即經沸水煮過，日光曬燥，更用熨斗燙平，亦有消毒效力。

第六編 正規妊娠

第一章 妊娠之定義

受精之卵，在子宮內分裂發育，謂之妊娠。健康婦女，自成年期至閉經期，凡三十餘年，均有妊娠之可能性，而以二十至三十歲之間，為生殖力最旺盛之時期。

第二章 妊娠之成立受精

男女兩性之生殖細胞，互相融合，謂之受精。男性生殖細胞即精蟲，由睪丸產生，其數甚多，一次射出之精液中，含有二億左右之精蟲。女性生殖細胞即卵子，生於卵巢之濾胞內，每月只排出一個。

性交中精液射入陰道，精蟲以其固有之運動，經子宮頸管而至子宮體腔，再通過輸卵管，潛伏於漏斗部附近之皺襞間，以待成熟卵子。當月經休息期間，排出卵子，經剪綫（輸卵管繖）捕取，藏於漏斗部，與精蟲融合，是為受精。受精以後，卵子即經輸卵管，仍返至子宮體腔內，附着於子宮體腔之上部前壁或後壁，至是妊娠成立，開始發育矣。

第二章 受精卵之發育

精蟲射入卵子以後，兩性細胞之核相融合，旋即營分裂作用，由一而二而四而八而十六，依次增加，遂為多數球形細胞羣，狀如桑實，因名桑實期。未幾，細胞排列於表面，內成空腔，充以液體，是名胚泡。起初僅以一層細胞圍繞之，漸次分化，增為三層，即內中外三胚葉，為將來各器官發生之原基，如腦脊髓系統、五官器、皮膚及其附屬物，由外胚葉發生。肌肉、骨骼、結締組織、血管、泌尿生殖器，由中胚葉發生。呼吸器、消化器及其附屬之臟器，由內胚葉而生是也。

第四章 胎兒附屬物

所謂胎兒附屬物者，係指卵膜、胎盤、臍帶及羊水而言。

第一節 卵膜

卵膜為包含胎兒與羊水之囊，其外層名外卵膜，內層名內卵膜。外層之外，還有一層，名脫落膜。此

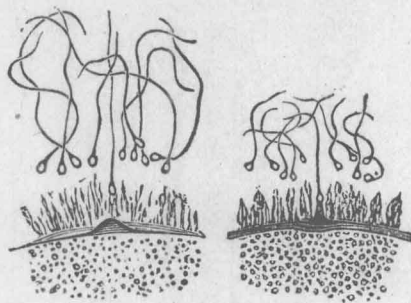


圖52. 受精現象
(左)許多精蟲向精丘集合現象；(右)一精蟲射入受精丘現象

此。層爲因妊娠而起變化之子宮黏膜，本非真正卵膜，故有母方卵膜之稱。茲爲講解上便利起見，附論於此。

1. 脫落膜

卵子受精以後，輸送至子宮腔內，附着於子宮體腔之一部分。是時卵子表面，生有許

多微細絨毛，藉此固着於子宮黏膜，逐漸增殖，血管增多，厚約一耗，是即脫落膜；因其部位之不同，可分爲以下三種：

A 基底脫落膜 一名床脫

落膜，通常位於子宮上部之前

壁或後壁，即卵子附着之處。此

部分之妊娠子宮黏膜，較他處

特別肥厚，將來與外卵膜共同

構成胎盤。

B 包被脫落膜 一名翻轉

脫落膜，此爲卵子附着部之附

屬部分，子宮黏膜，逐漸肥厚，而

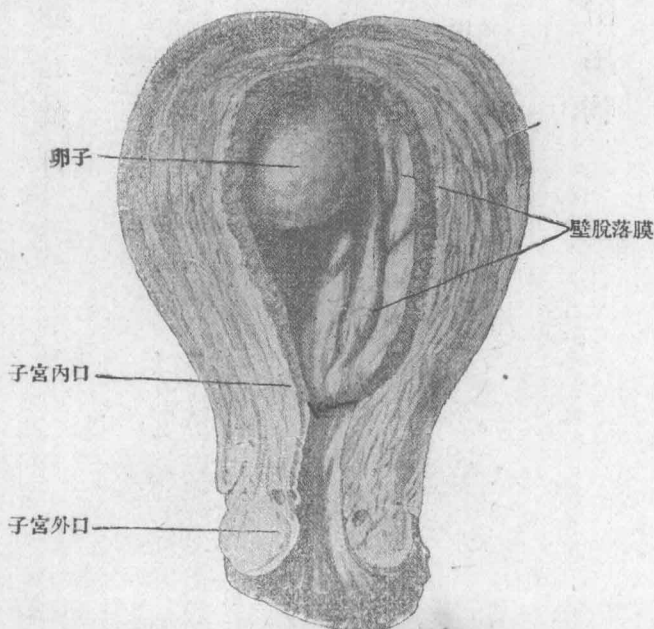


圖 53. (A) 妊娠一個月末之子宮 (子宮前壁剖開)

卵子乃益陷落，終則爲其所包圍，此包被脫落膜之名所由來也。

C 壁脫落膜 一名真脫落膜，被蓋子宮內壁之其他部分。

包被脫落膜，隨卵子之發育而漸薄，迨卵子完全充滿子宮內腔時，壁脫落膜恰與接近，在妊娠第四個月，兩緣互相癒合，不易區別，至分娩時，包被脫落膜附着於外卵膜之外面，可以剝離。

2. 外卵膜 外卵膜，一名脈絡膜，又名絨毛膜，外面爲無數細微之絨毛，侵入母體之脫落膜中，藉以吸收營養分。自妊娠第二個月以後，於基底脫落膜相當部分，絨毛繁生，是名繁生脈絡膜，爲將來胎盤構成之基礎。反之，此外各部分之絨毛，日漸稀少，以至完全消失；至妊娠之第四個月，即已平滑，是名平滑脈絡膜。

3. 內卵膜 內卵膜，一名羊膜，爲三卵膜中之最內層；菲薄透明，富有彈性，外面爲脈絡膜，至妊

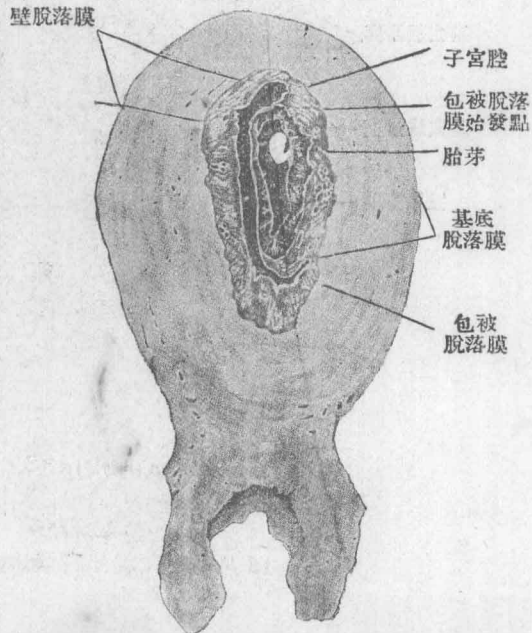


圖 53. (B) 妊娠一個月末之子宮 (子宮之縱斷面)

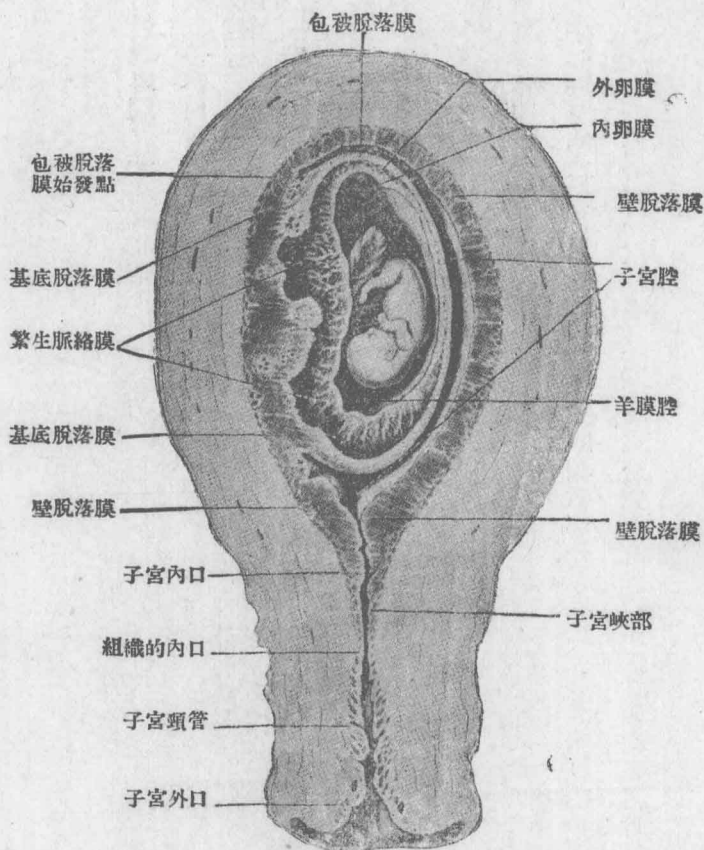


圖 54. 妊娠二個月之子宮縱斷面

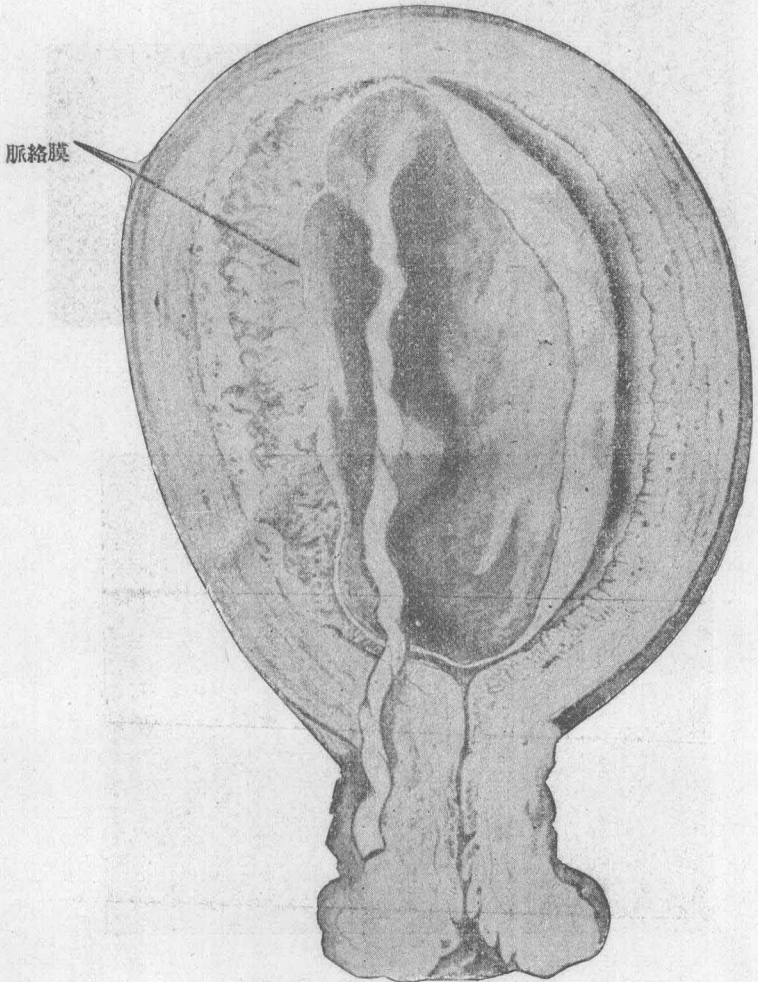


圖55. 妊娠三個月末之子宮

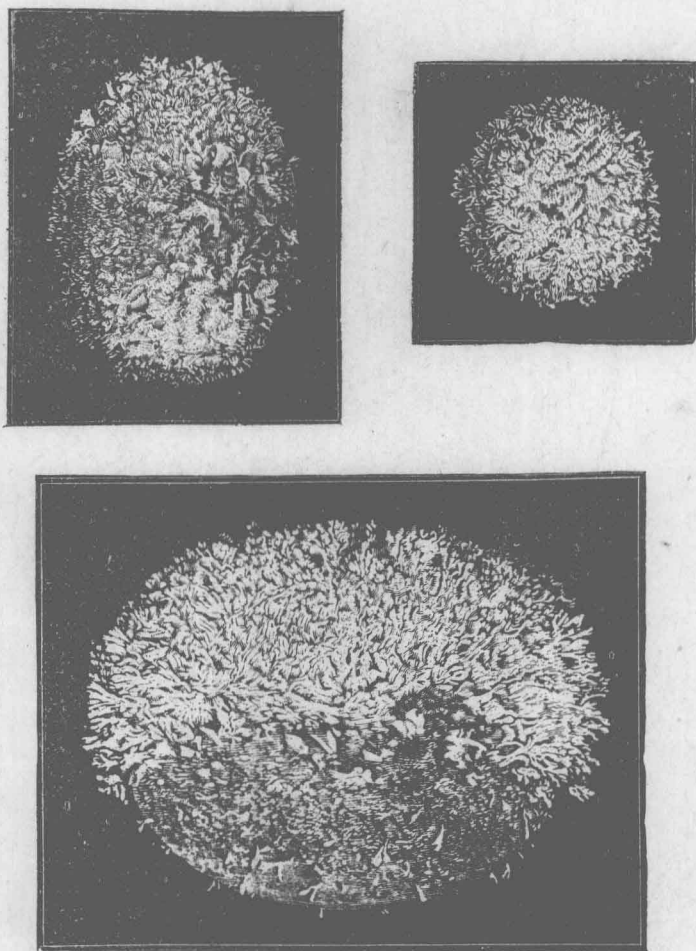


圖 56. 絨絨膜

上(左), 妊娠一個月末卵子(自然大); 上(右), 妊娠二個月末卵子(自然大);
下, 妊娠三個月末卵子(自然大)

娠後半期兩者密接如同一膜，但可剝離。內面平滑，被以上皮細胞，分泌羊水。

第二節 胎盤

1. 位置 胎盤通常附着於子宮體腔上部之前壁或後壁。

2. 性狀 爲圓形或橢圓形之扁平盤狀物；質軟，與海綿相似。

3. 大小 直徑長一五—二〇

釐，中央部厚二—三釐，漸向邊緣則漸菲薄。

4. 重量 大約五〇〇瓦。

5. 兩面之區別

A 母體面 其色暗赤，表

面粗糙不平，以不規則之小

溝，分成大小不等之各部分。

此各小部分，名胎盤分葉。內

部可見灰白色之纖維質組

織及細小之石灰沈着。

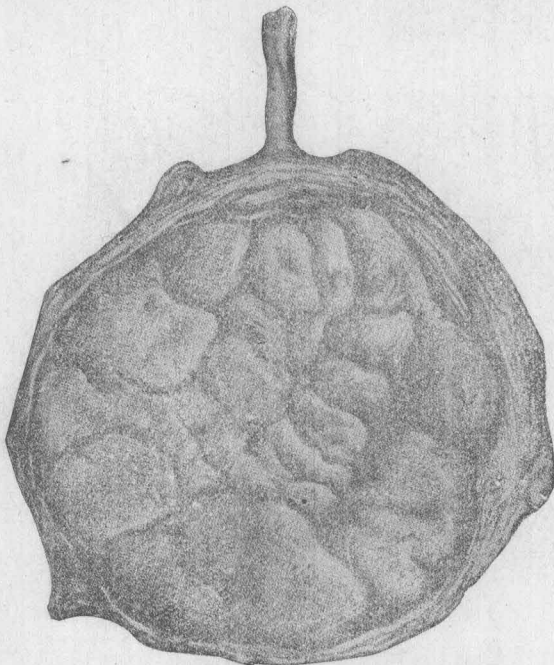


圖 57. (A) 胎盤 (母體面)

B 胎兒面 帶青灰白色，表面平滑，被以羊膜，附着臍帶。由臍帶之附着點，發出許多臍動靜脈，蜿蜒屈曲，向邊緣放射。

6. 構成 胎盤由胎兒方面之

繁生脈絡膜與母體方面之基底脫落膜而成。當卵子附着於子宮黏膜時，於基底脫落膜相當部分之脈絡膜，絨毛繁生，恰如植物之根，伸入脫落膜組織中；而脫落膜組織，亦同時發育肥厚。然後復因絨毛表面細

胞之作用，溶解脫落膜之組織，且破壞脫落膜中之血管，構成空腔，母體血液，流注其間，是即絨毛間腔。絨毛之在絨毛間腔之血液中，猶如草根之浮游於水中。胎兒方面之新陳代謝，即於此處行之。至胎盤之完全構成，通常在妊娠之第三個月至第四個月之間。

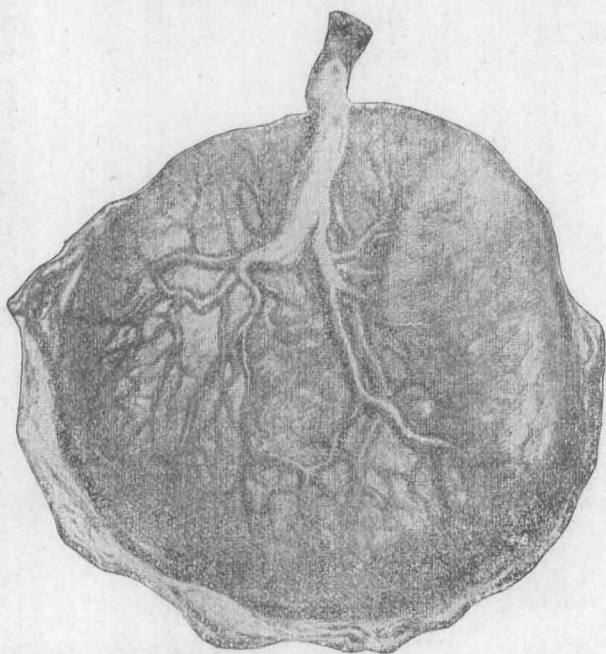


圖 57. (B) 胎盤 (胎兒面)

作用，莫不藉此行之。蓋胎兒方面之靜脈血，經臍動脈通過臍帶，至胎盤內，分為多數之小枝，終成毛細管，隔以有滲透性之薄膜，在絨毛間腔內，吸取母體血液內之養氣與營養分，排出炭酸及老廢物，將富於養氣之鮮紅動脈血，經臍靜脈通過臍帶，而還流於胎兒體內。

第三節 臍帶

1. 附着之部位 臍帶由胎兒之臍輪發出，附着於胎盤之胎兒面，其附着點或偏於一側，或在正中，種種不同。

A 中央附着 占二〇%

B 側方附着 占六五%

C 邊緣附着 占一四·五%

D 卵膜附着 占〇·五%，以雙胎者居多。血管於

菲薄之卵膜中經過，分娩時有損傷之危險。

2. 形狀 臍帶經過中，多少捻轉，作長紐形；或向左捻轉，

或向右捻轉，以向左捻轉者居多，其捻轉之主因，不外以下數點：

A 胎兒之運動

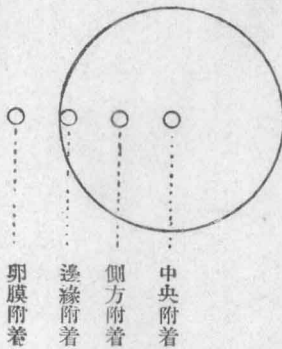


圖 58. 臍帶附着之位置

B 臍靜脈較臍動脈發育佳良
C 臍血管之發育較臍帶鞘佳良

3. 長短 成熟胎兒之臍帶長五〇—六〇釐，直徑約在一釐上下。

4. 臍帶之構造 臍帶之主組織，為白色半透明之

Wharton氏膠樣質。內含二臍動脈、一臍靜脈及卵黃管與

尿管之殘遺物，外繞以與羊膜連續之薄膜，是名臍帶鞘。卵

黃管之殘遺物，有時作胞狀，位於羊膜與脈絡膜之間，名曰

臍胞。

5. 臍帶之結節 有兩種：

A 假結節 因臍帶之膠樣質或血管之一部分，

隆起如瘤，類似結節，通常所見者，以此種為多。

B 真結節 由臍帶本體結成真正之結節，此種

極少。

6. 臍帶之作用 用以連絡胎兒與

胎盤，並可保護血行，因其有相當之長度，

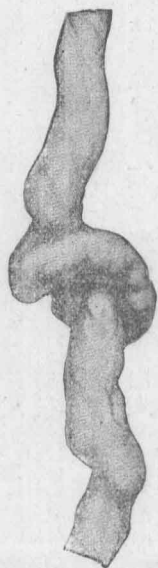


圖 60. 臍帶結節

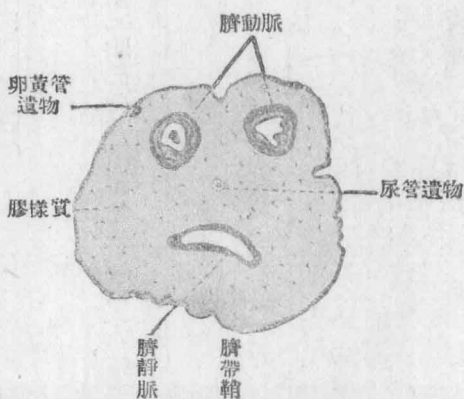


圖 59. 臍帶橫斷面

便於胎兒之運動。

第四節 羊水

羊水為充滿於羊膜腔內，圍繞胎兒周身之液體。大部分由羊膜上皮分泌而來，一部分為胎兒尿之分泌。

1. 性質及量：

A 色澤 在妊娠初期，為

無色透明之液體。以後稍稍

渾濁，呈白色或帶黃色，有一

種臭氣。

B 比重 平均一〇一〇。

C 反應 呈弱鹼性。

D 成分 由蛋白質、鹽類

及水分而成。

2. 效用：

A 妊娠中之效用 (一)

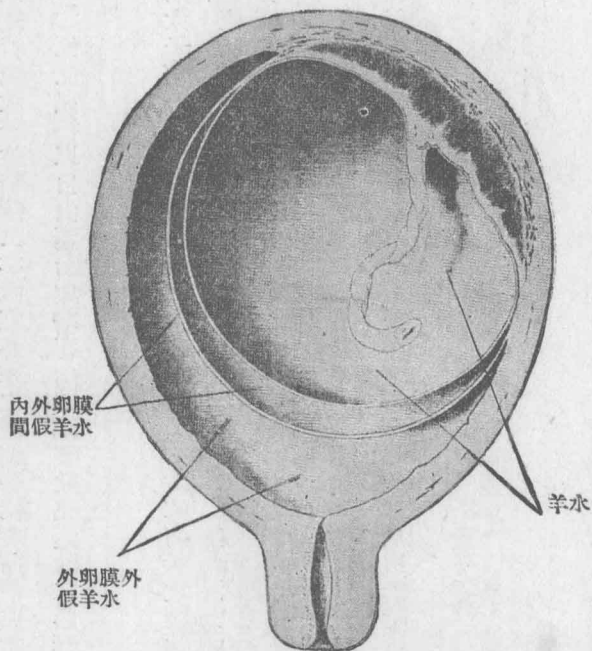


圖 61. 羊水與假羊水

防卵膜與胎兒身體各部分之癒着，免致發生畸形。(二)減輕外來之刺激，如衝突、打撲、壓迫等之影響於胎盤臍帶及胎兒。(三)使胎兒得以自由運動與發育。(四)減輕胎兒運動之影響於母體。

B分娩中之效用 (一)開大子宮頸管。(二)防胎盤之早期剝離。(三)防陣痛時之壓迫臍帶胎盤及胎兒。(四)滑澤產道，使胎兒容易通過。(五)清潔產道；因羊水具有自然殺菌之力。

脫落膜與脈絡膜之間，或脈絡膜與羊膜之間，瀰溜液體，於妊娠中，偶或流出，分娩時亦或流出。如不注意，往往誤認爲羊水。實則羊水與假羊水，可以區別：羊水內混有毳毛、上皮、胎脂等物，間或混有胎糞，假羊水中，無此等物質。又羊水排出後，卵胞已破；而假羊水排出後，卵胞仍完好；此則於內診時可以決定之也。

第五章 妊娠各月之胎兒

自卵子受精，以至分娩，平均爲二百八十日，每月以四週計算，故妊娠期間需十個月。因發育上關係，胎兒狀況，逐月不同。在妊娠第六週以前，人卵與動物卵而無區別，故稱胎芽；自第六週以後，方類人形，乃稱胎兒。

第一個月末 全卵之大，與鴿卵相當，胎芽長七·七·五耗，體部彎曲，卵黃囊著明，臍帶尙未形

成僅證明有四個頸弓。

第二個月末 全卵之大，與雞卵相當，胎兒身長二·五—三·〇 糲，體重約四瓦，頸弓消失，臍輪尚廣，頭大，四肢分成三節，已呈人形。

第三個月末 全卵之大，與鵝卵相當，胎兒身長八—九 糲，體重約二〇瓦，指趾生爪甲，臍已閉鎖。

第四個月末 胎兒身長一五—一七 糲，體重一〇〇—一二〇瓦，由外陰部可以辨別男女性，胎兒已能輕微運動，初生毳毛，胎盤完成。

第五個月末 身長二四—二五 糲，體重二五〇—二八〇瓦，頭部之大，與雞卵相當，全身有毳毛，毛髮初生，胎兒運動活潑，可使妊婦感覺，聽診上心音明瞭，此時娩出之胎兒，或能營一二次之呼吸，但皆立即死亡。

第六個月末 身長二八—三四 糲，體重約六五〇瓦，眼瞼全開，皮膚上被以胎脂，皮下脂肪雖開始蓄積，尚不充分，故皮膚多皺襞，此時娩出之胎兒，仍無生活之望。

第七個月末 身長三五—三八 糲，體重一〇〇〇—一二〇〇瓦，皮膚菲薄呈赤色，皮下尚缺乏脂肪，顏面多皺襞，故狀若老人。此時娩出之胎兒，雖能發啼聲與營呼吸，但不久即死。在此期以前之胎兒，稱為未熟胎兒。

第八個月末 身長四〇—四三釐，體重約一五〇〇瓦，瞳孔膜消失，睪丸已下降至陰囊內。此時娩出之胎兒，倘養育得宜，雖可望生存，但以死亡者居多。

第九個月末 身長四五—四七釐，體重二二〇〇—二五〇〇瓦，皮下脂肪增多，皮膚鮮紅色減退。此時娩出之胎兒，可以生存，但養育不宜，亦多死亡。在此期以前娩出之胎兒，稱為早熟胎兒。

第十個月末 身長四八—五〇釐，體重約三〇〇〇瓦，身體豐滿，是為成熟胎兒。

胎兒身長概算表

月 數	身 長
第一個月末	$1 \times 1 = 1$ 釐
第二個月末	$2 \times 2 = 4$ 釐
第三個月末	$3 \times 3 = 9$ 釐
第四個月末	$4 \times 4 = 16$ 釐
第五個月末	$5 \times 5 = 25$ 釐
第六個月末	$6 \times 5 = 30$ 釐
第七個月末	$7 \times 5 = 35$ 釐
第八個月末	$8 \times 5 = 40$ 釐
第九個月末	$9 \times 5 = 45$ 釐
第十個月末	$10 \times 5 = 50$ 釐

胎兒體重之約數

月數	體重
第六個月末	五〇〇瓦
第七個月末	一〇〇〇瓦
第八個月末	一五〇〇瓦
第九個月末	二五〇〇瓦
第十個月末	三〇〇〇瓦

第六章 成熟胎兒之頭蓋

成熟胎兒之頭蓋骨，與成人同；所不同者，僅有一點，即額骨之分二個而成。

第一節 縫合

成熟胎兒，頭蓋諸骨，相互之間，不如成人之有堅固鋸齒狀癒着，僅以膜狀之韌帶連合之，故名縫合，簡稱之曰縫。

1. 前額縫 即前額縫合，在左右兩額骨之間。
2. 冠狀縫 為額骨與顱頂骨間之縫合。

顛門，在前額縫矢狀縫及左右冠狀縫四線會合之處，為菱狀之大顛門。

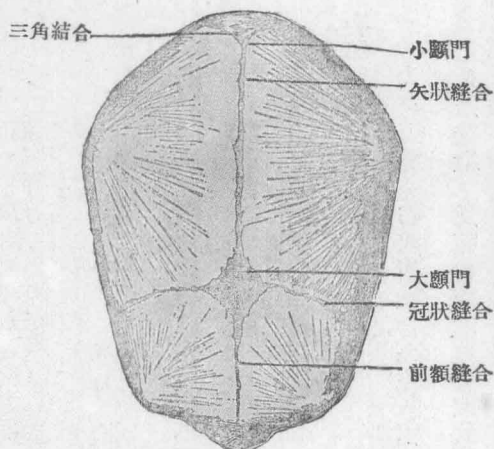


圖 62. 縫 合

- 3. 矢狀縫 為左右顛頂骨間之縫合。
- 4. 人字縫 即三角縫合，在顛頂骨與枕骨之間。
- 5. 鱗狀縫 即顛顛縫合，在顛頂骨與顛骨鱗狀部之間。

第二節 顛 門

顛門所在部，無骨質，係由二條以上之縫相集合成。

1. 大顛門 即前

2. 小顛門 即後顛門，在矢狀縫與左右人字縫三線會合之處，

為三角狀之小顛門。

3. 側顛門

A 前側顛門 左右各一，在冠狀縫之外端。

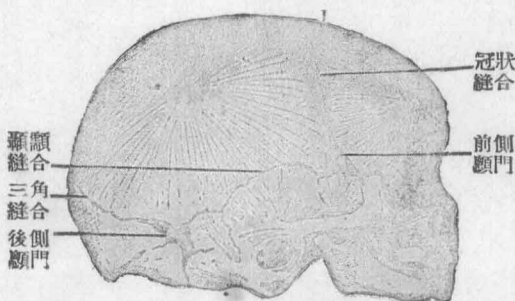


圖 63. 顛 門

B 後側顛門 左右各一，在後頭縫之外端。

第三節 結節

頭蓋諸骨之向外面著明隆起處，名結節。

1. 前額結節。
2. 顛頂結節。
3. 後頭結節。

第四節 頭部諸徑線及其周圍

1. 前後徑 眉間至後頭之最遠距離 二〇〇 粍
2. 小橫徑 左右冠狀縫間之最遠距離 七五 粍
3. 大橫徑 左右顛頂結節間之距離 九〇 粍
4. 小斜徑 大顛門之中央至頂窩間距離 九〇 粍
5. 大斜徑 頤部尖端至後頭之最遠距離 一三〇 粍
6. 周圍

- A 小斜徑周圍 三〇 粍
- B 前後徑周圍 三〇 粍
- C 大斜徑周圍 三〇 粍

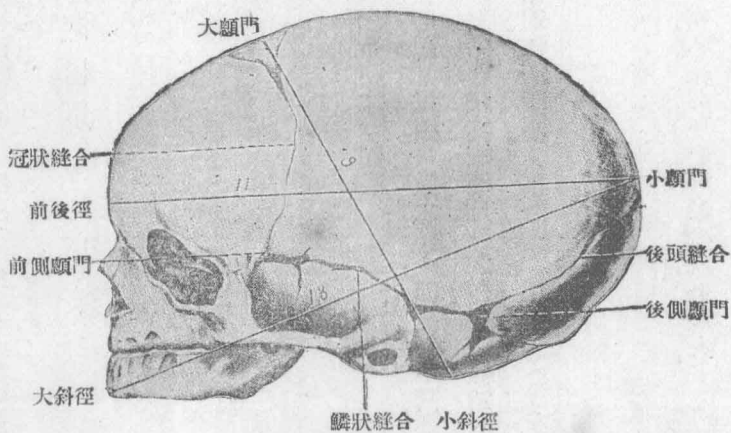


圖 64. 兒頭徑線

第七章 成熟兒與早熟兒之區別

第一節 形態上之區別

1. 頭蓋

A 大小 成熟兒大；早熟兒小。

B 顙門及縫 成熟兒小；早熟兒大。

C 頭蓋骨 在成熟兒有相當硬度；早熟兒尚軟，以指壓之則凹陷。

2. 身長 成熟兒長凡五〇糎，女較男略短；在早熟兒，則視其妊娠月數之多少，而長短不同。

3. 體重 成熟兒重約三〇〇〇瓦，女較男稍輕；在早熟兒則視其妊娠月數之多少，而輕重不同。

4. 肩胛圍 在成熟兒較頭圍略大，或相等；在早熟兒則較頭圍小。

5. 皮膚

A 色澤 成熟兒呈淡紅色；早熟兒呈深紅色。

B 皮下脂肪 在成熟兒充分，顏面豐滿；在早熟兒不充分，皮膚有皺襞，狀若老人。

C 胎脂 在成熟胎兒，僅於肩胛部及各處皺襞間見之；而早熟兒則全身有之。

D 毛髮 或成熟胎兒，頭髮密生，長過二糎，全身毳毛，以背部上方、肩、頭部及上膊之外面爲多。

頭髮與額之境界甚著明；早熟兒頭髮短而稀，全身有著明之毳毛，頭髮與額之境界不明。

E 爪 在成熟兒長過指端，有相當硬度；在早熟兒不超過指端，且尚柔軟。

6. 耳與鼻 在成熟兒耳殼與鼻翼之軟骨，有相當硬度，可以觸知；而在未熟兒則否。

7. 臍 在成熟兒，位於胸骨劍狀突起與恥骨接合之中央；在早熟兒則視其妊娠月數之多少而不同，月數愈少，則臍部離恥骨接合愈近。

8. 外陰部 在成熟之男嬰，睪丸在陰囊內；而在早熟兒則未下降。在成熟之女嬰，大陰唇發達，遮蔽小陰唇；而在早熟兒大陰唇尚未完全發達，小陰唇由其間露出。

第一節 生活現象上之區別

1. 分娩後，成熟兒高聲啼泣，而早熟兒發聲甚低。

2. 成熟兒之眼瞼開放活潑，在早熟兒則否。

3. 成熟兒之四肢運動甚活潑，在早熟兒則否。

4. 以手指插入成熟兒口內，有吸乳運動；在早熟兒吸乳力弱，或完全不能吸乳。

5. 成熟兒在分娩中或分娩直後，排尿及排便；而早熟兒之排尿與排便，常較遲。

第八章 子宮內胎兒之狀態

第一節 體勢

體勢，爲胎兒在子宮內之姿勢，係指胎兒身體各部分相互之關係而言。正規體勢，兒背稍稍前屈，兒頭之頤部與胸接近，上肢之肘關節屈曲，疊合於胸之前部，且作交叉狀，下肢之股關節膝關節與足關節俱屈曲，上腿密接於腹部，下腿與上腿亦相疊摺，膝與前額接近，足背與下腿觸接，跟部離尾部不遠。此種姿勢，全體作卵圓形，胎兒之頭部與卵部尖端相當，臀部則與卵之鈍圓端相當，與妊娠之卵圓形子宮腔適相合，且可縮小容積，自頭端至臀部之直線，即胎兒之長軸，約當體長之一半。

第一節 體位

體位爲胎兒在子宮內之位置，係指胎兒長軸與子宮長軸之關係而言；可別爲以下各種

1. 縱位 胎兒長軸與子宮長軸平行，有二種位置：即頭位與骨盤端位。胎兒之頭端，向母體之骨



圖 65. 正規胎勢

盆入口者，謂之頭位；胎兒之骨盤端向母體之骨盤入口者，謂之骨盤端位。

2. 橫位 胎兒長軸，與子宮長軸相交，有二種位置：即橫位與斜位。兩軸成直角交叉者，謂之橫位；兩軸斜交叉者，謂之斜位。

第三節 體 向

體向，為胎兒在子宮內之方向，係指兒背或兒頭與子宮壁之關係而言；可分為以下二種：

1. 第一體向 縱位者，兒背向子宮左壁。

橫位者，兒頭向子宮左壁。

2. 第二體向 縱位者，兒背向子宮右壁。

橫位者，兒頭向子宮右壁。

以上各體向，復可分為二分類：兒背多少偏向前方者，謂之第一分類；兒背多少偏向後方者，謂之

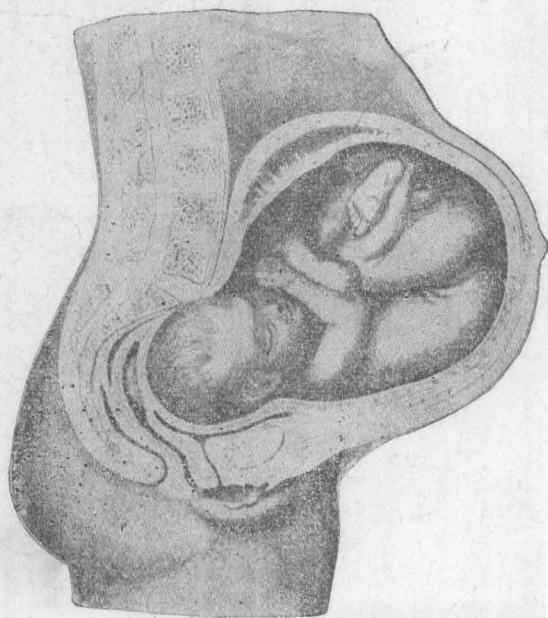


圖 C6. 妊娠末期第一段頭位(矢狀體)

圖 68. 第一後頭位(第二分類)

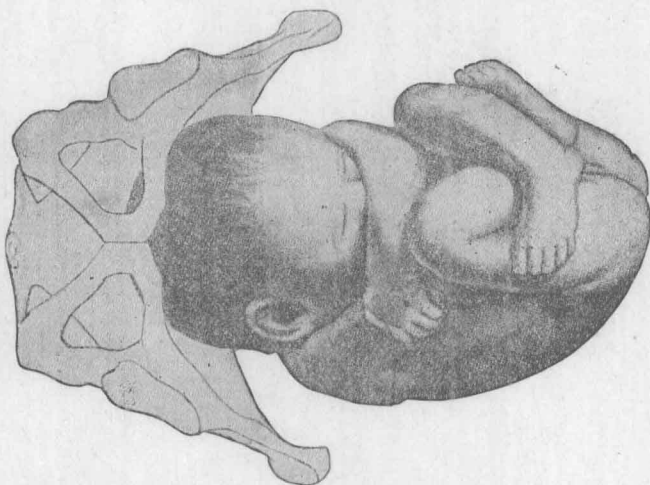
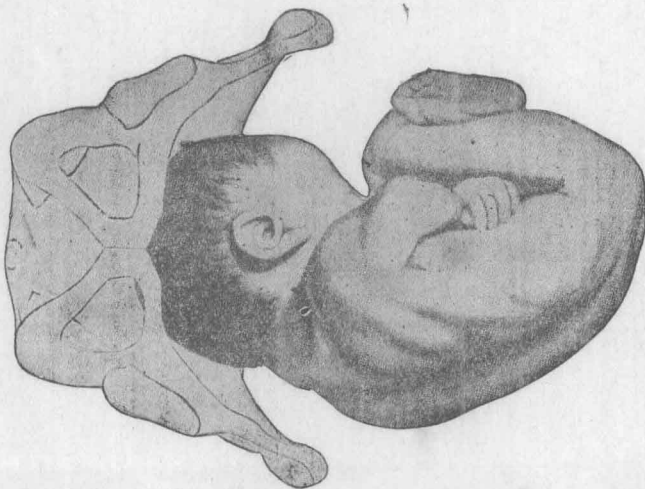


圖 67. 第一後頭位(第一分類)



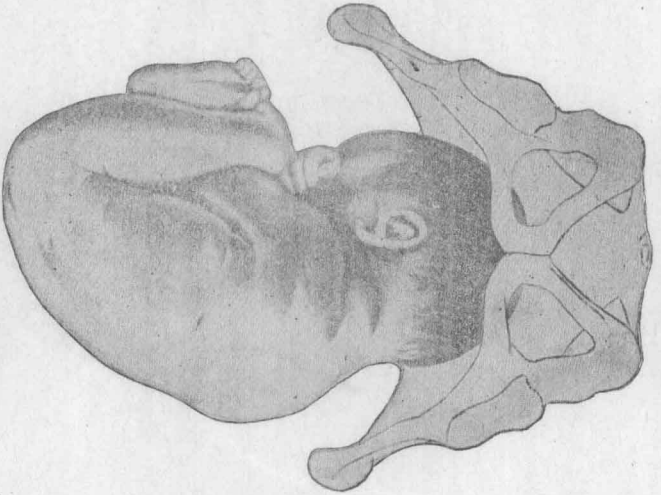


圖 69. 第二後頭位(第二分類)

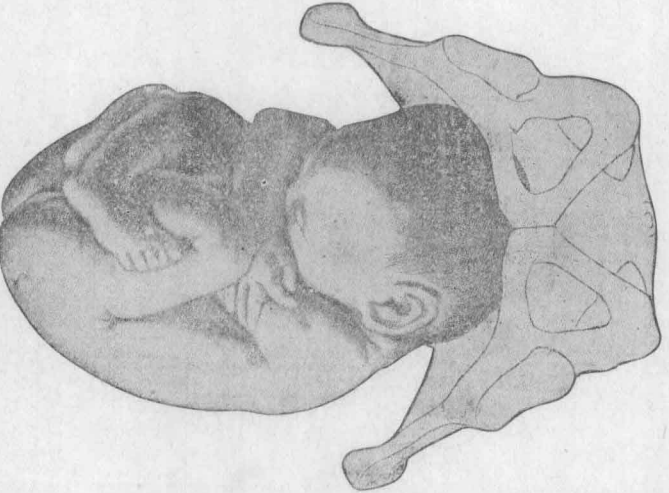


圖 70. 第二後頭位(第一分類)

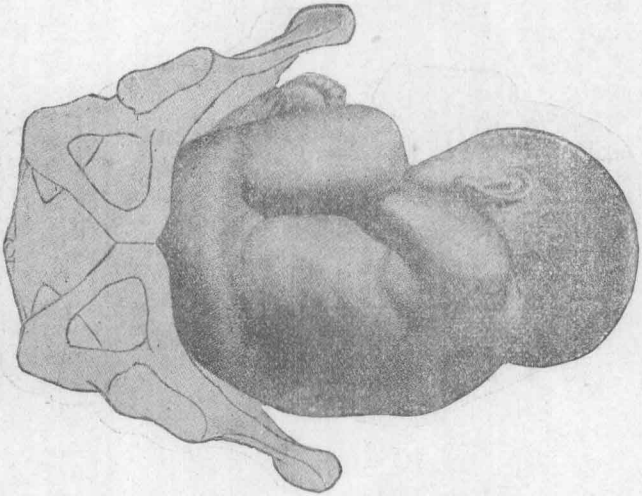


圖 71. 第一骨盤位置(第一分類)

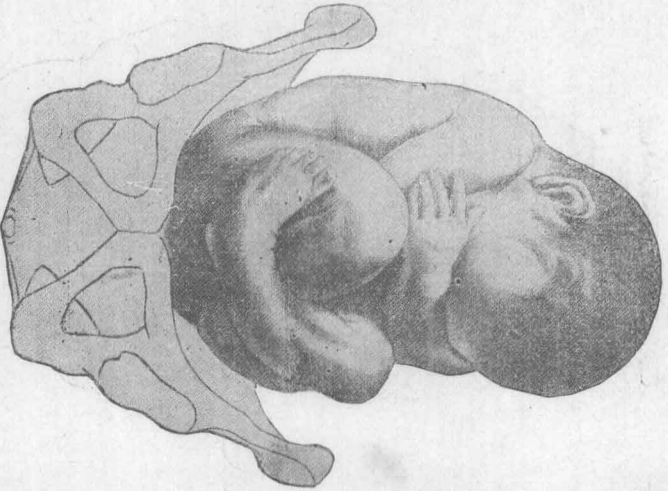


圖 72. 第二骨盤位置(第二分類)

第二分類；例如：

1. 第一體向第一分類 兒背向左前方。
 2. 第一體向第二分類 兒背向左後方。
 3. 第二體向第一分類 兒背向右前方。
 4. 第二體向第二分類 兒背向右後方。
- 以上所指左右前後，完全依據母體之方向而言。

第九章 胎兒之營養及血行

妊娠之初，尚無血管，惟以交流作用，吸取營養物；至妊娠第三週，始有血行。

1. 卵黃血行 妊娠之第三週，胎芽與卵黃之間，發生血管，經卵黃管而達卵黃囊，吸收卵黃囊內之營養物，是為胎兒之第一血行，為時甚短，不久即消失，而以尿囊血行代之。

2. 尿囊血行 尿囊血行，亦名脈絡膜血行，此為胎芽與脈絡膜間之血行；至妊娠之第一個月末始生。此時胎兒之營養物，直接由母體攝取，以後脈絡膜血行益旺盛；及胎盤形成，乃營胎盤血行。

3. 胎盤血行 胎盤完全形成時，胎兒之血液循環亦開始。蓋由胎兒方面而來之靜脈血，至絨毛間腔，與由母體而來之動脈血，營新陳代謝作用，則胎盤絨毛細管內之胎兒血，一變而為動脈血，漸

次由毛細管集合而爲一條之臍靜脈，通過臍帶，經臍輪乃入胎兒體內，至肝臟下面，一部分雖入於肝，但大部分則經 Arambh 氏靜脈管，於下大靜脈會合，而與下大靜脈之靜脈血混合，此混合之動靜脈血，更上升入右心房，直接通過卵圓孔而達左心房，經左心室而至上行大動脈。其中之血液，大部分經由大動脈弓發出之血管，分布於頭部及四肢，而以毛細管終。由毛細管遠流之靜脈血，與上大靜脈血會合，入右心房，乃達右心室，再入肺動脈。其一小部分至肺，以僅足供肺之營養爲止，大部分經 Borelli 氏管與大動脈之末部相合，同入於下行大動脈內。此下行大動脈，乃分爲左右總腸骨動脈，復各分爲內外腸骨動脈，分布於骨盆部及下肢等處，而以毛細管終。在左右內腸骨動脈之起始部，各發出一條之臍動脈，經臍輪入臍帶，纏繞臍靜脈而達胎盤，反復分枝，終爲絨毛毛細管。至此變靜脈血爲動脈血，循環乃復開始矣。

第十章 妊娠母體之變化

第一節 生殖器官之變化

1. 子宮之變化

A 大小 妊娠第一個月，大如雞卵；第二個月，大如鵝卵；第三個月，大如手拳；第四個月，大如兒頭。以後月數愈多，形體益大。至妊娠末期，腹腔之大部分，爲其所充滿。子宮腔擴大，可達平常

五百倍以上。子宮壁之增厚，至妊娠第五個月為止；此後因子宮腔擴大，壁漸菲薄，至妊娠末期，壁厚僅〇·五一釐。

B 形狀 在妊娠初期，子宮之膨大，並不平均；卵子附着部膨隆較著，至第四個月，始漸平均，子宮腔失其固有之三角形，而變為卵圓形。

C 子宮壁

(一) 子宮外膜——隨子宮之發育，擴大其面積，而且增厚。

(二) 子宮實質——肌纖維肥大增殖，血管增多迂曲。

(三) 子宮內膜——子宮體部之黏膜，變為脫落膜，前已論及。子宮頸部之黏膜，雖與脫落膜不同，但亦肥厚，黏液之分泌增多。

D 子宮部與腔部

(一) 子宮體部，在妊娠之前半期，即已柔軟。

(二) 子宮陰道部，雖至妊娠後半期始柔軟，但其黏膜，則早已呈藍赤色。

(三) 子宮陰道部，隨子宮而上升，至妊娠末期復下降，且偏向後方。

(四) 子宮陰道部因妊娠之前進，而逐漸短縮，以初產婦為尤著，至妊娠末期，幾至不能觸出，故有子宮陰道部消失之說。

2. 輸卵管之變化 娠娠子宮底之上方，作球狀隆起，因此輸卵管附着部，較平時為低，且全管之位置，近於垂直方向，與子宮軸幾相平行。假使胎盤附着於子宮後壁，則左右輸卵管之附着點，與圓韌帶之子宮附着點相近；若附着於前壁，則輸卵管之附着點與圓韌帶之子宮附着點，距離較遠。

3. 卵巢之變化 娠娠以後，卵巢亦增大。於左右任何一方之卵巢內，可見黃色之真黃體，有內分泌作用，此蓋由 *Griffith* 氏濾胞生成者也。

4. 闊韌帶及圓韌帶 此二韌帶，隨子宮之發育而延長，且增厚。

5. 陰道之變化 陰道柔軟粗鬆，分泌多量之黏液，黏膜鬱血，呈藍赤色。

6. 外部之變化 大小陰唇肥厚腫脹，皮膚著明着色，有時因靜脈擴張，或呈浮腫狀態，陰裂哆開。前庭之黏膜是藍赤色。分泌增多，故其附近部常黏滑濕潤。

第二節 乳房之變化

娠娠二個月以後，乳房即起變化。

1. 乳體 膨滿緊張，皮膚上發見娠娠線，並可認出擴張之靜脈。

2. 乳量 擴大是暗褐色，內有許多皮脂腺隆起，是名 *Motsemery* 氏腺。

3. 乳頭 長而且大，呈暗褐色，稍加刺戟即勃起。壓搾乳房，亦能排出稀薄液體，是名初乳。

第三節 月經及排卵

月經及排卵，在妊娠中停止，但亦有例外者，於數月間來一次或數次之月經樣出血，血量既少，持續時間亦短。

第四節 因子宮膨大所起之腹部變化

1. 子宮膨大之影響

A 因膀胱受壓迫，以致尿意頻數。

B 因直腸受壓迫，以致便秘。

C 因靜脈受壓迫，其結果則下肢及外陰部之靜脈怒張，或成靜脈瘤，或起浮腫。

D 因神經受壓迫，其結果則發神經痛，知覺異常，或下肢運動困難。

E 因子宮逐漸膨大，向上壓迫，至肺與胃，亦受影響，食物攝取量減少，輕度勞動之後，亦致呼吸促迫。此等症狀，至妊娠之第九個月，達於極度。

2. 腹部之變化

A 膨隆 妊娠初期，因脂肪增加而腹壁肥厚。至第四個月，子宮增大，而腹部膨隆。其後因子宮之愈益增大，而腹壁乃逐漸菲薄。

B 妊娠線 有二種：

(一) 新妊娠線——於真皮之深層發生線狀龜裂，與通常之裂傷不同，因其上面仍被生

表皮，此外並可認出赤褐色之紡錘狀線，是乃新妊娠線。此線生於妊娠第七個月後，以下腹部爲獨多，大腿、臀部及乳房等處之脂肪，若急劇增加，亦可發生同樣線紋。

(三) 舊妊娠線——分娩以後，妊娠線部之血色素漸被吸收，變爲白色之線條，終乃爲微細之皺襞，是即舊妊娠線，亦名妊娠癍痕。

C 臍窩 自妊娠第七個月起，臍窩漸淺，以至消失，終乃隆起突出。

D 着色 腹部正中線呈褐色，而尤以臍窩之上下方爲著明。

第五節 全身之變化

1. 體重增加 妊娠以後，體重增加，此不僅因母體生殖器官及卵子之重量增加，即其他部分，亦有同樣現象。至分娩前數日，體重不再增加，或則稍稍減輕。

2. 體溫增高 妊婦體溫，較平時高二三分。

3. 脈搏數增多 一分鐘間脈搏數，平均在八十次以上。

4. 呼吸器之變化

A 鼻 鼻黏膜往往充血，因此而有衄血者不少。

B 喉頭 聲音粗糙。

C 肺臟 因子宮膨大，膈膜上升，肺受壓迫，以致呼吸短促。

5. 消化器之變化

A 齒牙 凡已有齲齒者，可使之急速增惡。

B 食慾 有時減退，但通常多增進，而於妊娠之後半期，往往變常，好食酸味，甚至有喜食泥土與石油等物者。

C 惡心嘔吐 此為妊娠中常見之症狀，而以妊娠前半期為著，多在早晨空腹時發作，因此而始覺妊娠者不少。

D 唾液分泌 多少增加，大半與惡心嘔吐同來。

E 便秘 妊娠中最易發生。

6. 泌尿器之變化 妊婦常有尿意頻數之症狀，尿中混有極少量之蛋白質。

7. 皮膚之變化

A 顏面變色 許多妊婦，於妊娠中，其顏面皮膚，失卻光澤，眼之周圍，生褐色輪。

B 皮膚着色 乳暈、乳頭、腹部正中線、外陰部等之皮膚，漸次呈暗褐色，甚至呈黑色。於顏面之前額、鼻背等處，呈見不規則形之褐色斑點，是即子宮褐色斑，亦名妊娠褐色斑。此外凡皮膚之癢痕部分，亦多着色。

C 妊娠線 於下腹部、乳房、大腿、臀部等處，尤易發見。

D 皮下靜脈之擴張 乳房、乳房附近部、腹壁、外陰部、下肢等處之靜脈擴張；其在下腿或外陰部，甚至發生靜脈瘤。

E 浮腫 下腹部、外陰部、下肢等處，往往浮腫。

8. 神經系統之變化 末梢神經障礙——發生頭痛、關節痛、薦骨痛等症狀。此外尚有嗅覺異常，味覺異常，輕度之視力障礙與聽力障礙等，或則起下肢知覺異常與運動障礙。

9. 姿勢 妊婦因腹部膨隆，而身體之重心移向前方，故當直立或步行之際，上體向後方傾斜。

第十一章 妊娠婦之診察

第一節 診察之方法

1. 問診

A 妊婦之姓名、住所、年齡、本人及其夫之職業。

B 近親者之健否，而尤以父母兄弟姊妹之疾病，如結核、精神病及癌腫等之有無，須加注意。

C 本人有無既往症，如梅毒、結核、佝僂病等，均須注意。

D 關於月經之詢問：(一)初次月經之年月日？(二)歷次月經之經過情形：(a)順否？(b)持續若干日？(c)分量多少？(d)有無月經痛及其他障礙？

E 以前妊娠分娩產褥之經過情形 (一) 次數 (二) 分娩時之妊娠月數 (三) 分娩時之難易與有無其他障礙?

F 此次妊娠之經過情形 (一) 最後次月經之時期及與平常月經之比較? (二) 初感胎動之時期? (三) 惡阻之有無? (四) 食慾、便通、尿利、睡眠佳良否? 以及其他痛苦之有無?

2. 外診 外診可分為視診、觸診、聽診、測診四種，適用於全身乳房腹部及骨盆各部分之診察。

A 全身之診察 (一) 身長與體重之比例若何? (二) 脊柱有無彎曲以及步行與直立時之姿勢如何? (三) 營養狀態之佳良與否? (四) 皮膚之色澤、着色、冷熱、乾燥之程度如何? (五) 顏面有無褐色斑? (六) 下肢有無靜脈瘤及浮腫之症狀? (七) 體溫脈搏及呼吸之是否正當?

B 乳房之診察 (一) 乳房之大小及其形態如何? (二) 乳房皮膚之癍痕及妊娠線之有無? (三) 乳暈與乳頭之大小如何? 着色否? 有無裂傷與癍痕? (四) 乳頭是否適於哺乳之用? (五) 乳線之發育如何? 有無硬結? (六) 能否壓出初乳?

C 腹部之診察 若欲診察腹部，先令妊娠婦排尿後仰臥。倘妊娠婦聲明已經排尿，亦須注意膀胱內有無尿液之存在。仰臥以後，將腹部完全露出，陰部及下肢被以氈布之類，診察時助產士應立於妊娠婦之右側。若在冬季，須先將手溫暖，方可觸診。

(一) 視診

(a) 膨隆之程度及其形狀如何？

(b) 臍窩之狀態如何？

(c) 正中線着色之程度如何？

(d) 妊娠線之有無與其新舊之區別，應加注意。

(e) 有無胎動？

(二) 觸診 腹部觸診時，須使妊婦將其下腿豎起，股關節及膝關節處，輕度屈曲，如是則腹壁弛緩，然後按照以下各方式，順序診察，既省時間，且可得確實之診斷。

第一段方式 助產士之顏面，與妊婦之顏面相對向，伸其兩手之指，以尺側緣放於子宮底部相當之處，輕壓而診察之，可以斷定以下二點：

(a) 子宮底之高。

(b) 胎兒部分之區別及大小。

產科學上，分胎兒各部分，為大小二部分；兒頭、兒背及臀部，屬於大部分；上肢與下肢，屬於小部分。

第二段方式 與第一方式同方向，將兩手徐徐移至側腹部，可以斷定以下各點：

(a) 子宮之大小及形狀。

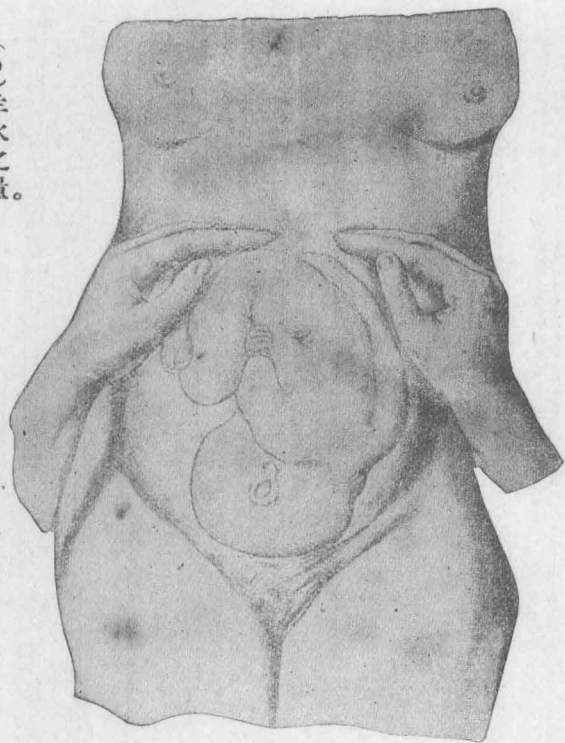


圖 73. 腹部觸診(第一段方式)

(b) 羊水之量。

(c) 胎動之有無。

(d) 胎兒部分之區別 (通常為兒背與小部分)。

兒背, 作弓狀彎曲, 觸診上覺其為細長而有抵抗之物, 硬度平等。小部分在背部之反對側, 觸診上覺其為細小而硬之棒狀物, 容易移動。

第三段方式 與第一方式同方向，但將左手或右手之拇指與示指，盡量離開，放在恥骨接合之上方，將胎兒之下向部，挾在拇指與示指之間，可以斷定以下各點：

(a) 胎兒之下向部爲頭或臀部。

(b) 胎兒下向部能否自骨盆入口向上方移動，或已固定於骨盆入口。蓋兒頭未嵌入骨盆內時，可以移動，觸診上如觸浮球，是爲兒頭挾在拇指與示指之間。

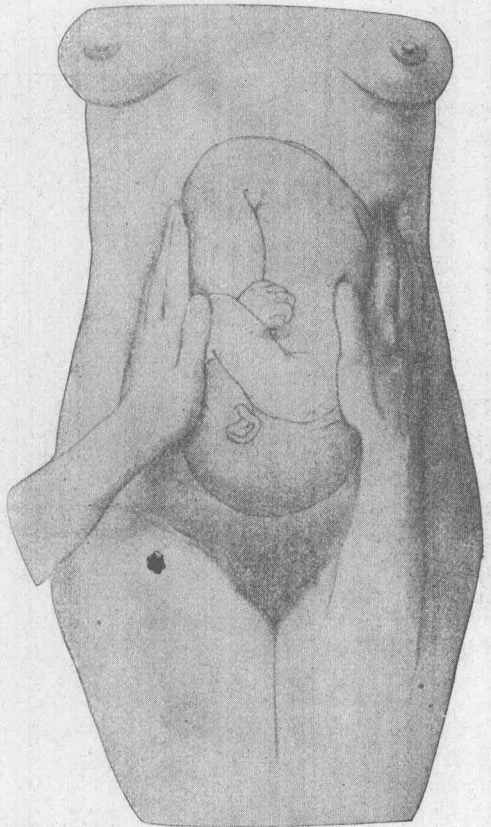
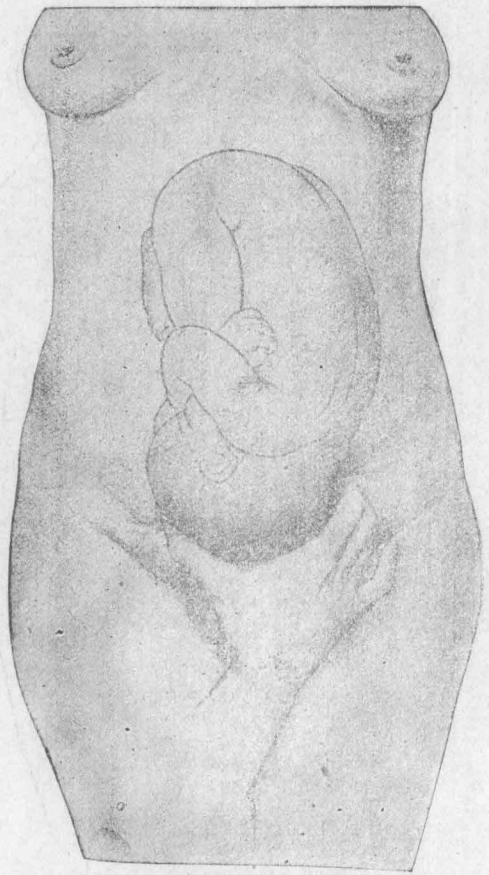


圖 74. 腹部觸診(第二段方式)



向左右移動時所起之一種彈力性反動。

〔附〕 兒頭與臀部之區別法

兒 頭 部 臀 部

一、較臀部大 一、較兒頭小

二、球形 二、不正形

圖 75. 腹部觸診(第三段方式)

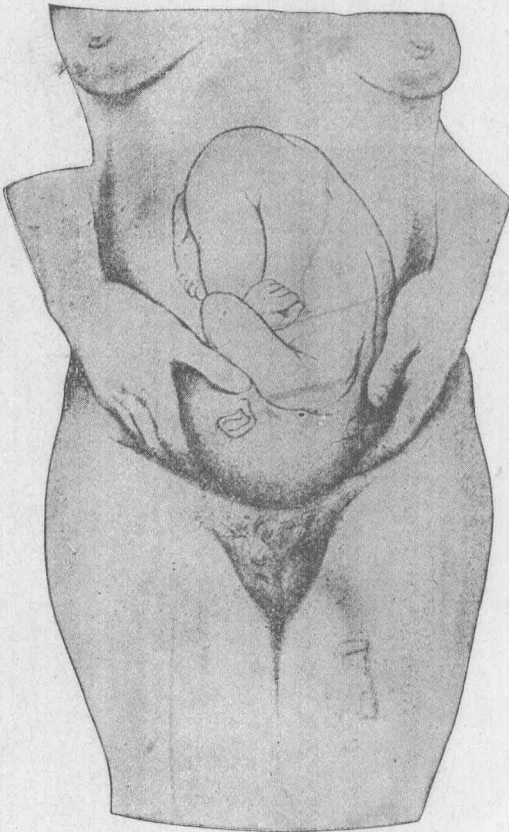


圖 76. 腹部觸診(第四段方式)

三、硬度平等
四、如觸浮球
三、較兒頭軟
四、無浮球之感

第四段方式 助產士之顏面，向妊婦之足，疊摺左右兩手之各指，以指尖於妊婦之鼠蹊窩之直上部，向內下方，徐徐向骨盆內壓入，對於胎兒之下向部，作精密之診察。

(a) 下向部究竟為兒頭或臀部此雖可於第三段方式中觸知，但再經此一番之診察，更為真確。

(b) 下向部以何方式進入骨盆腔內？欲假定此問題，當由區別後頭部、項部、前額部及頤部入手。(1) 後頭部——由後頭結節，可以測定。(2) 項部——在後頭位，以平坦部與後頭結節相連。(3) 前額部——作球狀隆起，與後頭處反對方向。(4) 頤部——堅硬，為三角形之突起。

(c) 下向部在何處？或尚在骨盆入口之上方，或已嵌入骨盆腔內；倘已進入骨盆腔，究竟至若何程度？亦須測定。

(d) 下向部之大小與硬度，則與胎兒全體之大小有關係，須加考慮。

(三) 聽診 腹部聽診之際，應令妊婦之下肢稍稍伸展，周圍須清靜，專心一意，直接以耳或隔以一層清潔之薄布，就妊婦之腹壁聽之，此為直接聽診法，不甚通行。平常多用聽診器，間接聽之。聽診器有兩種：一為桿狀聽診器，由硬橡皮、象牙或木製，初習者雖不易聽，但無雜音；一為兩耳聽診器，繫以兩條之橡皮管，使用雖便，但易夾入雜音。聽診所得之各種音聲，如子宮雜音、大動脈音及腸管音，係由母體發出；胎兒心音、臍帶雜音及胎兒運動音，則由胎兒方面而來。

(a) 子宮雜音 爲子宮動脈內血液循環中發出之一種吹鳴性雜音，與母體之脈搏同數，妊娠三四個月時，可於左右鼠蹊部之上，子宮之兩側聽得之。

(b) 大動脈音 爲腹部大動脈搏動時發出之一種低音，類似心音，與母體之脈搏同數，於腹部之正中，最爲著明。

(c) 腸管雜音 因腸蠕動發出之一種雷鳴樣或泡沫樣之雜音；其發也，無定處，無定時，并無定數。

(d) 胎兒心音 胎兒心搏動時發出之定期性複音，一分鐘間搏動三〇—一四〇次，自妊娠之第五月末起，可以聽得，而以兒背與子宮壁最接近之部，尤爲著明。

(e) 臍帶雜音 於臍帶輕度受壓迫，或捻轉或結節形成時，發出之一種叱咤音，與胎兒心音同數，在胎兒心音最易聽出之處或其附近部，可以聽出。

(f) 胎動雜音 胎兒運動時發出之一種衝突樣的短音，自妊娠第四個月起，可以聽得。

D 骨盆之診察

(一) 骨盆外計測法

(a) 計測之目的 小骨盆之廣狹，與分娩之難易，有極大關係；故測定其廣狹之程

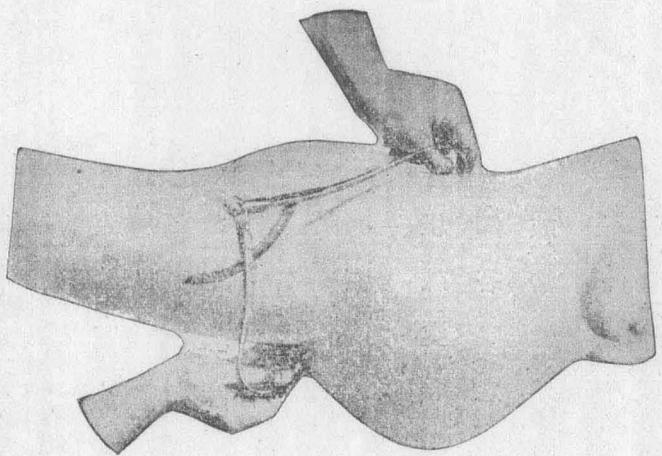


圖77. 外結合計測式

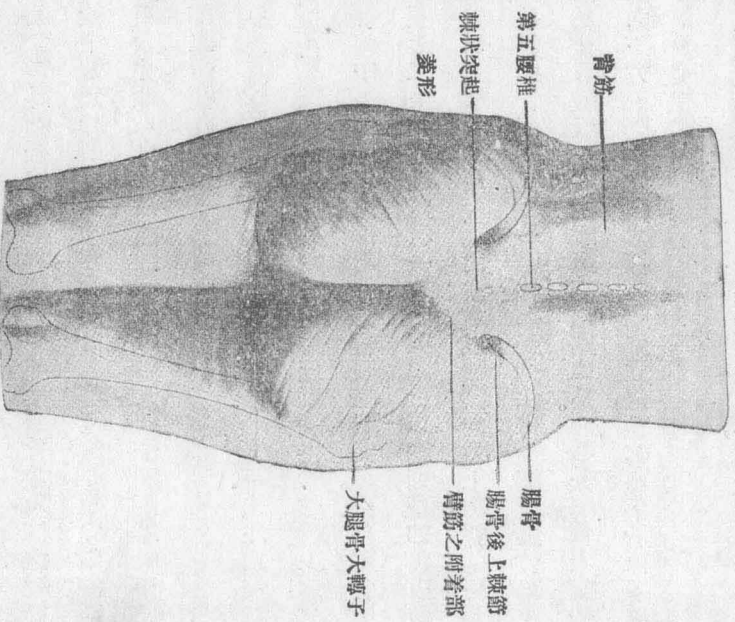


圖78. Michael's 氏菱形

度，非常重要。在生活體之測定，固甚困難，但通常以外計測法測定大骨盆，可以推斷小骨盆之大小廣狹；如（1）外結合線較平常短時，則可推知骨盆入口之縱徑線亦短。（2）外斜徑線較平常短時，則可推知骨盆入口之斜徑線亦短。（3）櫛間距離較平常短時，則可推知骨盆入口之橫徑線亦短。（4）大轉子間距離較平常短時，則可推知骨盆廣部之橫徑線亦短。

（b）測定點之觸知法 （1）第五腰椎之棘狀突起觸知法——先注意左右臀部中間上方之 *Michaels* 氏菱形角，於其左右角附近，可觸得腸骨後上棘。二、於兩側腸骨後上棘結合線中央部，可以探得薦骨第一假棘狀突起。三、在薦骨第一假棘狀突起之上，即菱形之上角附近處，有一著明突起，可以觸知，是即第五腰椎之棘狀突起。（2）腸骨前上棘觸知法——由左右鼠蹊窩向外上方探索，可以觸出著明堅硬之突起，是即腸骨前上棘。（3）腸骨櫛觸知法——觸得腸骨前上棘後，沿硬骨之外緣，向外後方進，至左右距離最高點處，即是。（4）大腿骨大轉觸子知法——由腸骨櫛向下方大腿之外側面探索，處直立位，垂其兩手，於兩手拳相當處之邊傍，可以觸出硬固之突起，即是。

（c）計測之實施 （1）骨盆計使用法——令妊婦處直立位，助產士在妊婦之

側方，將 Martin 氏骨盆計兩腳端，夾在拇指與中指間，以示指貼於骨盆計兩腳端之圓鈕，及示指之指端探得測定點後，即將骨盆計兩腳之圓鈕穩放於測定點

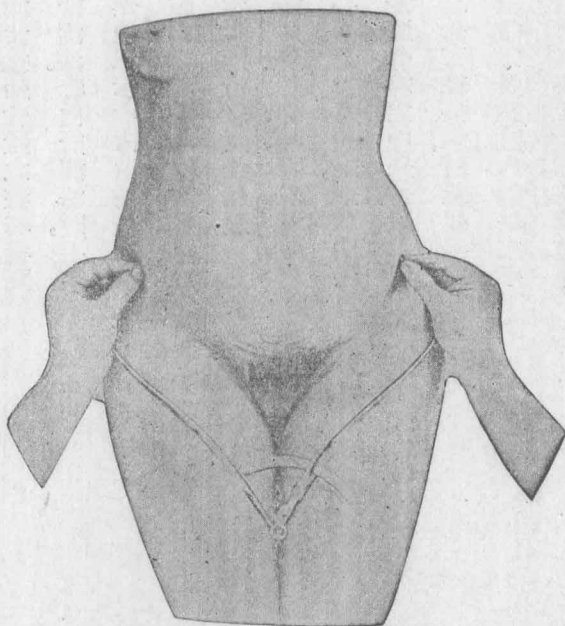


圖 79. 腸骨前上棘間距離計測式

之。上，檢示基礎部之尺度，即可測定兩端之距離。(2)卷尺——測定骨盆周圍時用

〔注意〕 助產士如遇檢定之度數，與標準數相差甚大時，須囑妊婦再就產科醫師診察之。

由外計測法，推知骨盆之狹窄後，更須應用內計測法。行內計測法時，手須嚴重消毒，然後以中兩指插入陰道，先就骨盆腔之前後左右，檢其廣狹之度，再以中指尖端沿骨盆後壁送入薦骨岬，及指端達薦骨岬後，可以測定真結合線之長短，如認為短縮，則以中指之尖端觸於薦骨岬之中央部，以示指之橈側與恥骨下緣接觸，而以他手之示指尖端標誌之，及陰道內診察之手指出後，自標誌點至中指尖端之距離，即薦骨岬中央與恥骨接合下緣間之距離。此距離稱對角結合線，平均長

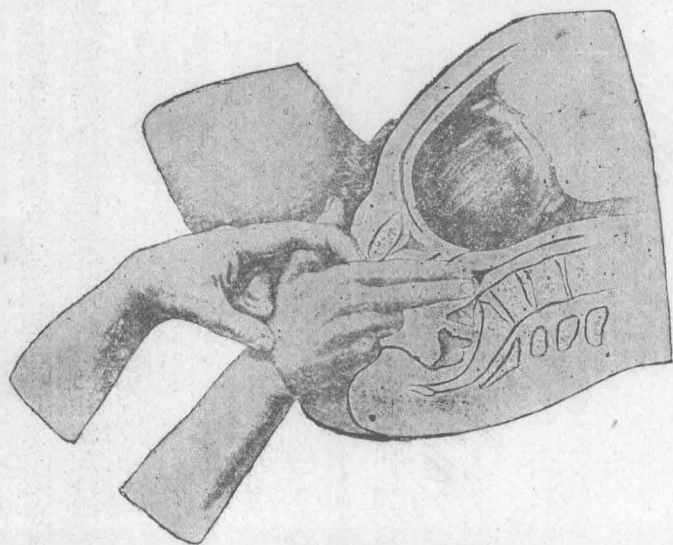


圖80. 對角結合線計測式

原书缺页

原书缺页

廣狹之診定。(c) 胎兒之大小及其胎位之診定。(五) 他種異常之有無?

以上各點，凡在外診時所不能推定者，均可由內診法決定之。

4. 雙合診 雙合診爲外診與內診同時併行之診察法，以一手之示指插入陰道內，他手貼於恥骨上部之腹壁，輕輕向骨盆腔內壓入，與內診之手相應，通常內診時，多用此法。診察時須令妊婦之股關節高度屈曲，避去腹壁之緊張。

第十一章 妊娠之決定

欲決定是否妊娠，須先認識妊娠之徵候。

第一節 妊娠之徵候

1. 不確徵 不確徵，爲妊娠全身所起之變化。

A 消化器之變化 (一) 食慾不振。(二) 惡心嘔吐。(三) 食物嗜好之異常。

B 泌尿器之變化 尿意頻數。

C 皮膚之變化 (一) 顏面有褐色斑。(二) 腹部正中線着色。(三) 妊娠線之呈現。

D 神經系之變化 頭痛、齒痛、關節痛、薦骨痛及精神之異常。

E 腹部膨大，有妊婦之姿勢。

2. 疑徵 疑徵亦名半確徵，爲妊婦生殖器所起之變化。

A 月經閉止。

B 子宮之變化。

(一) 形狀——外形之變化，已述於前。

(二) 大小——娠娠子宮，逐月增大。

(三) 硬度——娠娠子宮，漸次柔軟。

C 子宮雜音之聽出。

D 外陰部 陰道及子宮陰道部之黏膜鬱血，呈藍赤色，組織粗鬆柔軟，黏液之分泌增加。

E 乳房之變化 (一) 乳暈乳頭之着色增強。(二) 乳線腫脹。(三) 分泌初乳。

3. 確徵 此爲妊婦固有之徵候，實卽胎兒生活之表現。一經證明，便可斷定其爲娠娠而無疑。

A 胎兒心音及臍帶雜音之聽得。

B 胎動之呈現。

C 胎兒身體各部分之證明。

以上各種確徵，至娠娠後半期，方始呈現；在前半期，只能認出不確徵與疑徵，故尙不能斷定其確已娠娠與否也。

第一節 妊娠早期診斷法

1. Piskacok 氏徵候 卵子附着部，較其他部分，著明膨隆。此部分之組織，亦較他部分柔軟。兩部分間，可以認出溝狀之境界。

2. Hegar 氏徵候

A Hegar 氏第一徵候 於妊娠第三個月之際，子宮體部柔軟，而頸部尙未柔軟，故於子宮內口之直上，行雙合診，可以觸得兩部之境界，是為氏之第一徵候。

B Hegar 氏第二徵候 於雙合診時，用內外兩指，可將子宮前壁作成一橫皺襞，是為氏之第二徵候。惟此種診斷，往往有引起流產之虞，不可輕用。平常所謂 H 氏診候者，多指第一徵候而言也。

第三節 妊娠之化學的診斷

妊娠之早期診斷殊困難，近雖有血清診斷法與尿診斷法之二種，然亦不甚準確。血清診斷法中，以 A berhaldens 氏妊娠血清診斷法為最確實，但需相當設備，不適於助產士之用。而木內氏之尿診斷法，設備簡單，故用之者較多。

木內氏妊娠尿診斷法，手續繁複，頗費時間；技術稍不周到，成績便不準確，故試驗中須隨時注意。茲將其用品、注意點及實施法，分別述之。

1. 用品 (A) 大試驗管三支 (B) 割度吸管三支 (C) 小坩鍋二隻 (D) 小漏斗二隻 (E) 上等瀘紙 (F) 試管挾 (G) 酒精燈及玻璃棒 (H) 三脚架及銅絲網 (I) 蒸餾水 (J) 絕對炭 (K) Neoninserin (L) Pankolol

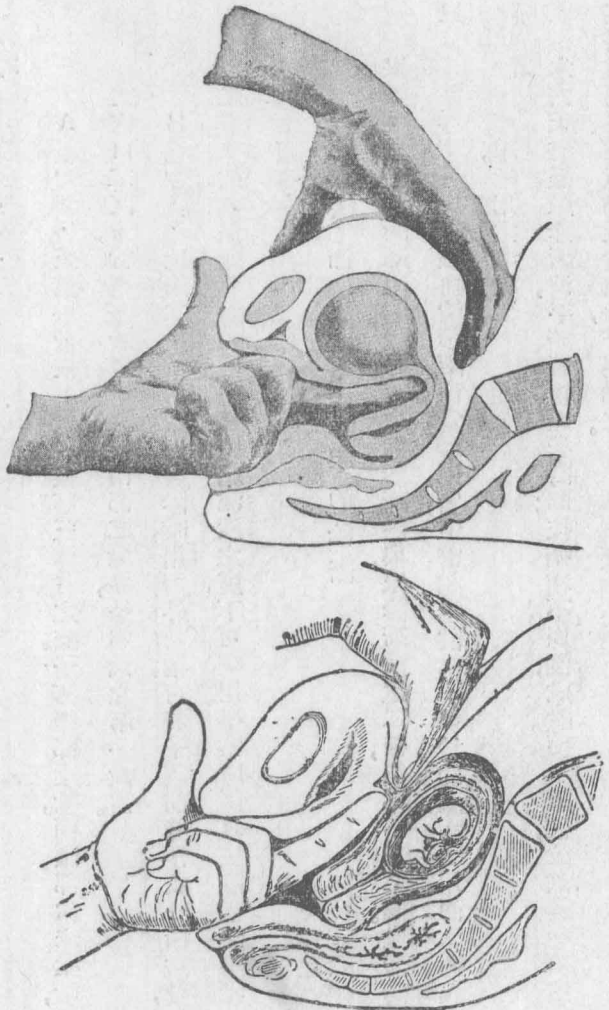


圖 82. Hegar 氏 徵 候
上, 第一徵候; 下, 第二徵候

2. 注意點 (A) 用具務須十分潔淨 (B) 小便不可誤取 (C) 尿須直接排於瓶中 (D) 消毒藥切不可混入 (E) 尿量二〇〇瓦 (F) 確守實施法則。

3. 實施法

A 取吸新鮮尿五瓦，置坩鍋中，濃縮至半量，放置桌上，秤取絕對炭二瓦，投入其中，以玻璃棒拌和均勻，置文火上，持續攪拌，使水分蒸發，至完全焙燥為止。去火稍冷，加蒸餾水一〇瓦，攪拌均勻，濾過於煮沸用試驗管中，約五瓦澄清之濾液。最好將此濾液，仍如上法濃縮至半量，和炭二瓦，攪拌焙燥，加水，濾過，反覆二三次。

B 取該濾液之半量，注入煮沸用之試驗管內，加蒸餾水至全量一〇瓦，再加 1% Pankolol 水溶液〇·二瓦，（此溶液配就後半個月內有效）在火焰上煮沸，使之濃縮至二瓦為止。此液在煮沸中或濃縮後，倘無淡紫色呈現，是即陰性反應，則預備試驗成功，可將此管保存，作為對照之用。若呈陽性反應，應將對照管與陰性反應管之內容，合併傾注坩鍋中，仍照前法焙燥，濾過，再行預備試驗，至呈陰性反應時為止。

C 取殘留半量之濾液，作正式試驗，於濾液中加入 Neoinserin 若干，加蒸餾水全量為一〇瓦，放置三分鐘，用濾紙將全液濾過，於另一煮沸用之試驗管內，仍照前法加 Pankolol 液〇·二瓦，煮沸濃縮至二瓦為止。若呈淡藤紫色，為陽性反應，可為妊娠之徵。其色與對照管比

較，更覺顯然，不致誤認。

第四節 妊娠與類症之鑑別

1. 子宮增大與妊娠初期之區別

A 慢性子宮實質炎 此症月經不但不閉止，而且過多，子宮不柔軟。

B 子宮肌腫 與上症同。

C 子宮血腫 月經雖閉止，但於每次月經時，感覺痛苦。

2. 腹部膨大與妊娠之區別

A 卵巢囊腫 通常月經不閉止，子宮增大甚徐緩，無妊娠之確徵。

B 腹水 內診上子宮不增大，且無妊娠確徵。

C 鼓腸 與上症同。

D 脂肪過多症 與上症同。

E 膀胱充盈 診察前，須放尿，以免誤診。

F 慢性腹膜炎 有高度之營養障礙，體溫脈搏異常，且無妊娠之確徵。

G 想像妊娠 通常渴望妊娠之婦人，實際上並無受胎，而竟呈現類似妊娠之各種徵候，如惡阻、腹部膨大、妊婦之固有步行、月經閉止、乳房膨大、乳暈着色、自覺胎動等，但行精密之外診，

並不見子宮增大，內診時更可證明其決非妊娠。

第五節 初妊與非初妊之區別

通常問診上，雖不能決定初妊或從前曾經產過，若施行外診與內診，便可證明。

1. 由外診所得之事實

A 乳房 (一)初妊婦之乳房呈半球狀而緊張，乳頭短小，皮膚上不能認出舊妊娠線。(二)經產婦之乳房呈囊狀而弛緩，乳頭長大，皮膚上有舊妊娠線。

B 腹部 (一)初妊婦之腹壁，強度緊張，在妊娠後半期，可見赤褐色之新妊娠線，但無舊妊娠線，子宮底較經產婦高。(二)經產婦之腹壁弛緩，可見舊妊娠線，子宮底較初妊婦低。

C 兒頭 (一)在初妊婦，於妊娠第十個月時，兒頭陷入骨盆上口而固定之。(二)在經產婦，直至分娩開始時，兒頭始向骨盆之上口移動。

2. 內診所得之事實

A 外陰部 (一)在初妊婦，於陰脣繫帶及其他部分，可認出癍痕，陰道口哆開，處女膜之裂痕未至底部。(二)在經產婦，於陰脣繫帶及會陰部，常可認出癍痕，陰道口哆開，處女膜之裂傷直達底部，且已缺損。

B 陰道 (一)初妊婦之陰道壁，富有皺襞，前後兩壁相接。(二)經產婦之陰道壁少皺襞，而

陰道廣大。

C 子宮陰道部及子宮口 (一) 初妊婦之子宮陰道部，通常較經產婦小，於妊娠八九個月時，則著明短縮，至第十個月而完全消失，子宮口爲圓形之小孔，妊娠中不能通過指頭。(二) 經產婦之子宮陰道部，通常較初妊婦大，妊娠八九個月時，不著明短縮，至第十個月，亦不完全消失。子宮口作橫裂狀哆開，於第五個月時，頸管下端開放如漏斗，可以插入一指，至第九個月，頸管全部開放，可以觸到卵膜。

第六節 妊娠各月之鑑定

第一個月末 子宮大如雞卵，體部稍稍腫大，作球狀隆起，頸部柔軟，尙難斷定其必爲妊娠。

第二個月末 子宮大如鵝卵，以子宮之前後徑增大爲特徵。是時乳房亦稍稍膨大緊張，乳暈與白條均着色，或有惡心嘔吐等症狀。

第三個月末 子宮大如手拳，子宮底高達恥骨接合之上緣，是時 Hegar 氏之徵候已著明。

第四個月末 子宮如兒頭大，子宮底高過恥骨接合上二三指橫徑之處。雙合診時，可以觸得胎兒部分。聽診上可以聽到子宮雜音及胎兒運動音。

第五個月末 子宮底之高，在臍與恥骨接合上緣之中央。可以聽到胎兒心音。妊婦自覺胎動。

第六個月末 子宮高達臍部，外診時可以區別胎兒各部分，在經產婦，更爲容易。

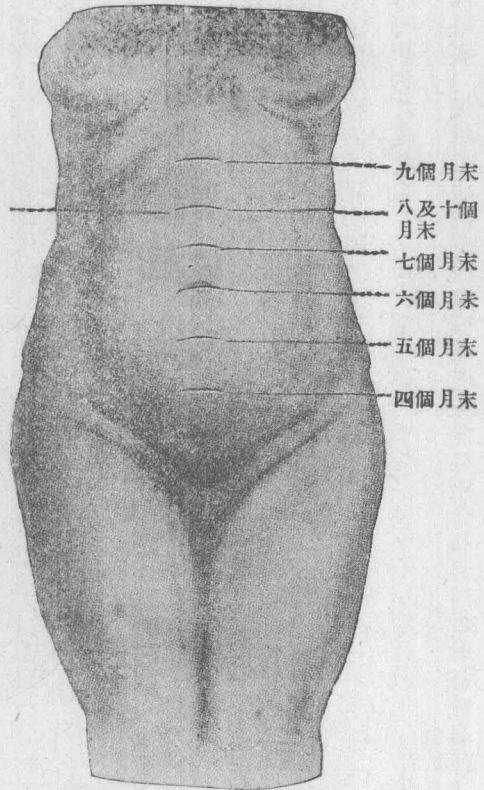


圖 83. 妊娠各月子宮底之高

第七個月末 子宮高在臍上二三指橫徑之處，臍窩殆已平坦。於陰道穹窿部，可以觸到胎兒之前進部。在經產婦，子宮口已多少開大。

第八個月末 子宮底之高，在臍與胸骨劍突之中央，臍窩完全消失。

第九個月末 子宮底之高，在胸骨劍突下二指橫徑之處，側方與肋骨弓相接觸，因此感覺呼吸困難。在經產婦，是時子宮頸管，可以通過一指，且可觸到卵膜；在初妊婦，僅子宮外口稍稍哆開，而胎兒之前進部，亦已多少固定矣。

第十個月末 妊娠至

第十個月，子宮底復下降至臍與胸骨劍突之中間，與第八個月相當，但子宮體部，傾向前方，故下腹部膨隆益著。是時臍上部之腹圍寬約八五九〇釐，臍窩突出。在初妊婦，子宮陰道部消失，子宮口周緣菲薄。

第七節 妊娠八個月與十個月之鑑別

1. 腹部視診上之鑑別

A 腹部突出之程度，在妊娠十個月者，較八個月者為著明。

B 臍窩當妊娠八個月時尚在，至第十個月，則完全消失。

2. 腹部觸診上之鑑別

A 妊娠八個月時，心窩部腹壁緊張，難以壓入；至十個月時，則弛緩而易壓入。

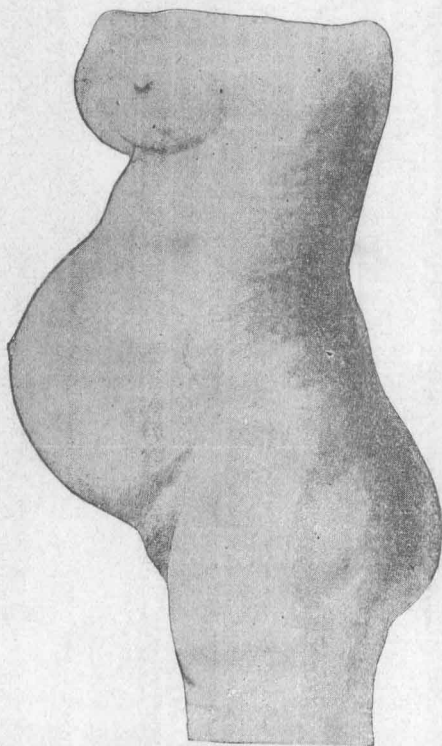


圖 84. 妊娠第八個月

B 妊娠八個月時，兒

頭尚小，在骨盆上口之

上方，可以移動；至十個

月時，兒頭較大，固定於

骨盆上口。

C 妊娠八個月時，觸

診上子宮之收縮程度

尚弱；至第十個月，觸診

時子宮收縮度增強。

D 妊娠第八個月，子宮陰道部尚存在，露出約有一指節之長；至第十個月，則完全消失。

以上之鑑別法，僅適用於初妊婦。若在經產婦，除測量兒頭之大小，子宮底之高低以及妊婦腹圍之寬狹外，不甚準確。但因以下各種關係，子宮底之高低，不能與妊娠月數相當，不可不知。

A 過高 (一) 胎兒發育過大。(二) 骨盆端位。(三) 多胎妊娠。(四) 羊水過多。(五) 葡萄狀鬼胎。

B 不及 (一) 胎兒發育不良。(二) 胎兒橫位。(三) 胎兒死亡。(四) 羊水過少。

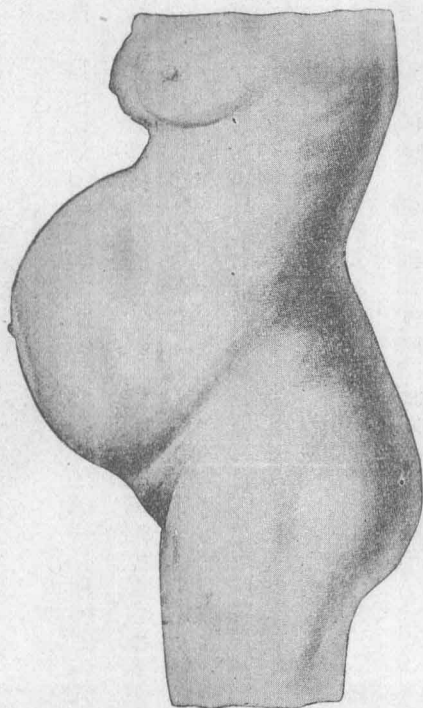


圖 85. 妊娠第九個月

上列各症，無論用外診法或內診法，既不能決定妊娠之時期，更不易測定分娩之豫定日，惟有參考最後次月經之日期，以爲計算之根據。

第八節 妊娠

時期決定法

1. 分娩日期豫定法

A 由最後次月經計算法 假定以最後次月經之第一日爲妊娠之第一日，則經二百八十日——即四十星期，胎兒成熟而分娩。假定以二百八十日爲妊娠全期間，則妊娠之每個月爲四星期，按國曆計算，則二百八十日爲九個月又四日至七日。爲便於計算起見，即作爲九個月又七日，故於最後次月經之第一日，加九個月又七日，即爲分娩預定之日期。此外尙有一簡便計算法，即於最後次月經之第一日，減去三個月亦是。

B 由性交日計算法 如能記清性交之日，認爲有受精可能者，則經二百七十二三日而分娩。如是只須於性交日加九個月，或減去三個月，即爲分娩之豫定日期。

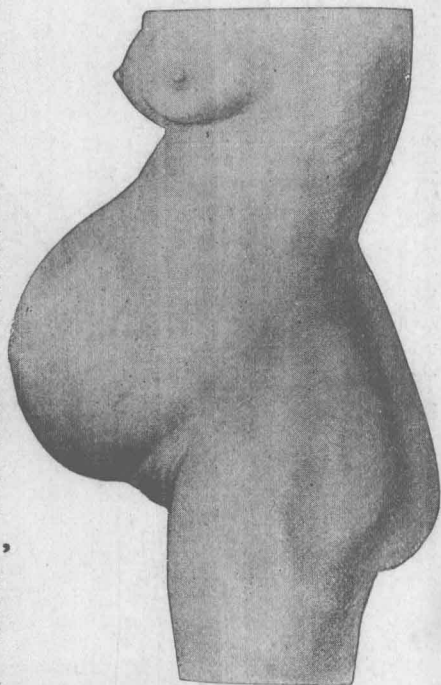


圖 86. 妊娠第十個月

C 由胎動初覺日計算法 胎動初覺之日，概在妊娠第五個月末，加國曆三個月又二十日，即為分娩之預定日期。此法不甚準確，於最後次月經日期記不清時，可以採用之。

D 由子宮底下降日計算法 此法不準確，自子宮底下降之日起，加三星期，即為分娩之豫定日。

2. 月差日差曆差之和法

A 月差 為現在診察之月，與最後次月經相差之月。假使最後次月經在本年內，由現在診察之月數內，減去其最後次月經之月數即是。若最後次月經在上年，則於本年診察之月數，先加十二，再減去上年最後次月經之月數便是。

B 日差 由現在診察之日數，減去最後次月經第一日之日數即是。如診察之日數小，而最後次月經之第一日之日數大時，其得數可用負號。

C 曆差 為日曆與妊娠曆之差。日曆每個月小月三十日，大月三十一日，而妊娠曆每月二十八日，每月少二日或三日，平均少二日或二日半，是即曆差。茲測定各月之曆差如下：

妊娠四個月差十日；五個月差十三日；六個月差十五日；七個月差十八日；八個月差二十日。

例題：

(一) 假定最後次月經第一日在二月十日，診察日為八月二十日，試問妊娠已有若干日？

(1) 月差 8月 - 2月 = 6月

(2) 日差 20日 - 10日 = 10日

(3) 曆差 (參照六個月曆差) 15日

曆差十五日，再加日差十日，計二十六日；如是可推定其妊娠，已有六個月又二十五日。

(二) 假定最後次月經第一日在上年十月十日，診察日為本年五月八日，試問妊娠已有若

干時期？

(1) 月差 5月 + 12月 - 10月 = 7月

(2) 日差 8日 - 10日 = -2日

(3) 曆差 (參照七個月曆差) 18日

曆差十八日，減去日差二日，計十六日；如是可推定其妊娠已有七個月又十六日。

第十三章 胎兒體位體向之診斷

第一節 縱位

1. 頭位

A 第一體向 (一) 胎兒臀部向上。(二) 胎兒背部向左。(三) 胎兒小部分向右。(四) 胎兒頭

向下。(五) 胎兒心

音聽取之位置(a)

在後頭位、前頭位，則

於左臍棘線中央

聽取。(b) 在前額位、

顏面位，則於右臍棘

線中央聽取。(六) 妊

婦之腹部，呈縱卵圓

形。

B 第二體向

(一) 胎兒臀部向上。

(二) 胎兒背部向右。

(三) 胎兒小部分向

左。(四) 胎兒頭向下。

(五) 胎兒心音聽取

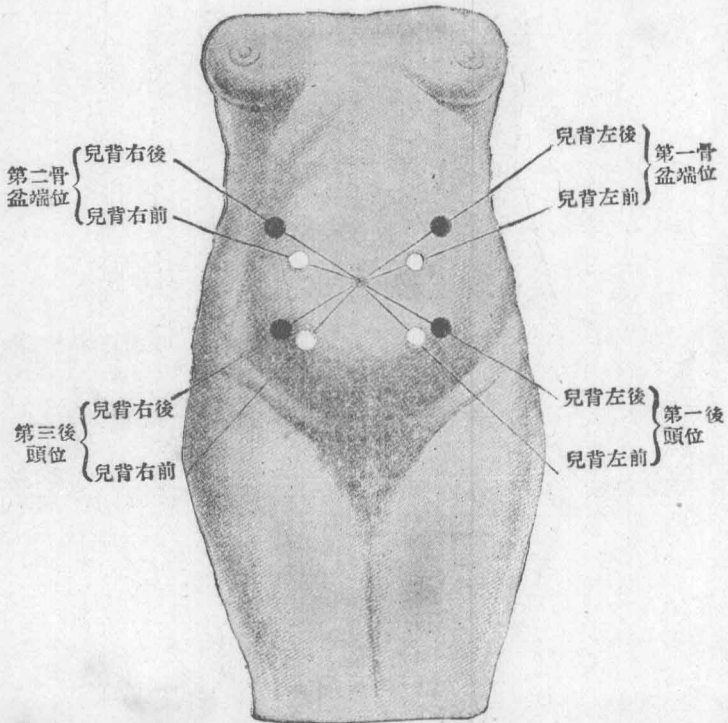


圖 87. 胎兒心音聽診上最著明之部位

之位置：(a) 在後頭位、前頭位，則於右臍棘線中央聽取。(b) 在前額位、顏面位，則於左臍棘線中央聽取。(c) 妊婦之腹部，呈縱卵圓形。

2. 骨盆端位

A 第一體向

- (一) 胎兒臀部向下。
- (二) 胎兒背部向左。
- (三) 胎兒小部分向右。
- (四) 胎兒頭向上。
- (五) 胎兒心音，於臍之左上方聽到。(c)

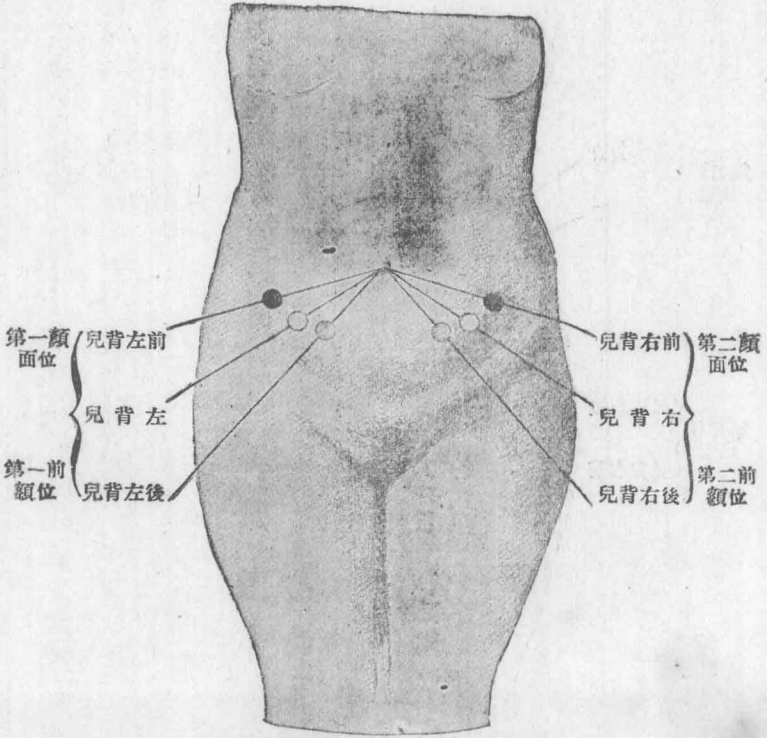


圖 88. 胎兒心音聽診上最著明之部位

妊婦之腹部呈縱卵圓形。(七)子宮底高。

B 第二體向 (一)胎兒臀部向下。(二)胎兒背部向右。(三)胎兒小部分向左。(四)胎兒頭向上。(五)胎兒心音，於臍之右上方聽到。(六)妊婦之腹部，呈縱卵圓形。(七)子宮底高。

第二節 橫位

1. 第一體向

A 第一分類 (一)胎兒臀部向右。(二)胎兒背部向前。(三)胎兒小部分向後。(四)胎兒頭向左。(五)胎兒心音，於臍之稍下方偏左側聽到。(六)妊婦之腹部，呈橫卵圓形。(七)子宮底低。

B 第二分類 (一)胎兒臀部向右。(二)胎兒背部向後。(三)胎兒小部分向前。(四)胎兒頭向左。(五)胎兒心音，於臍之稍下方偏左側聽到。(六)妊婦之腹部，呈橫卵圓形。(七)子宮底低。

2. 第二體向

A 第一分類 (一)胎兒臀部向左。(二)胎兒背部向前。(三)胎兒小部分向後。(四)胎兒頭向右。(五)胎兒心音，於臍之稍下方偏右側聽到。(六)妊婦之腹部，呈橫卵圓形。(七)子宮底低。

B 第二分類 (一)胎兒臀部向左。(二)胎兒背部向後。(三)胎兒小部分向前。(四)胎兒頭向右。(五)胎兒心音，於臍之稍下方偏右側聽到。(六)妊婦之腹部，呈橫卵圓形。(七)子宮底低。

第十四章 胎兒數之診斷

第一節 單胎

1. 妊婦子宮及腹部之大小 與妊娠月數相當。
2. 兒頭之大小 與妊娠月數相當。
3. 胎兒大部分 如兒頭、臀部及兒背，只能觸出一部分。
4. 胎兒小部分 限於一側。
5. 胎兒心音 限於一處。

第二節 雙胎或多胎

1. 妊婦子宮及腹部之大小 比妊娠月數大。
2. 兒頭之大小 比妊娠月數小。
3. 胎兒大部分 可以觸出二個或二個以上。
4. 胎兒小部分 不限於一側。
5. 胎兒心音 兩處或兩處以上，可以聽到。

第十五章 胎兒生死之診斷

第一節 胎兒生活之徵候

1. 胎兒心音可以聽到。
 2. 由視診、觸診或聽診，可以證明胎動。
 3. 胎兒部分，可以明白觸出。
 4. 子宮及胎兒，隨妊娠之月數而逐漸增大。
- 以上四徵，如能證明其一，即可斷定胎兒尚生活。

第二節 妊娠中胎兒死亡之確徵

1. 由外診所所得之徵候
 - A 胎兒心音，不能聽到。
 - B 胎動不能證明。
 - C 胎兒之硬度與子宮之硬度均減退。
 - D 子宮發育停止，或反縮小。
 - E 妊婦乳房弛緩，初乳減少，或已完全消失。

F 妊婦外陰部有血樣或肉漿樣之排泄物。

2. 由問診所得之徵候

A 妊婦自覺胎動消失。

B 下腹部有冷感，且腹內有異物移動之感。

C 凡違和、倦怠、食慾不振、惡心、惡寒、呼吸困難諸症狀，俱可發現。

注意以上各種徵候，詳加考慮，可以斷定胎兒之是否死亡。

第十六章 妊婦攝生法

妊娠並非疾病，為婦人生理的機能之一，故其攝生法，亦與平常無異。惟妊娠期內，全身抵抗力薄弱，稍不合理，亦可致病；已有疾病者，益復加重。是以妊婦之攝生法，須較平時多多注意，其要點不外勿變更平日之生活狀況，與禁止動靜之過度而已。

1. 動作

A 肉體方面之動作

(一) 有益之運動——正常妊婦，除靜臥外，須有相當之運動。如晴天之戶外散步，可爽快精神，增進食慾，調整便通，對於妊婦有良好影響。此外如處理家庭之日常事務，亦含有

相當之運動作用，職業上之運動，至妊娠第八月，尚無妨礙；惟須較平時稍稍節勞爲是。

(二)有害之動作——凡遠道旅行，及酷暑或嚴寒中步行，有害健康。自行車、馬車、人力車等之在險道上行駛，亦須禁止。汽車、電車於短時期內乘坐，雖無大害，但時間過長，亦不相宜。其他如洗濯、掛物、縫紉等，均不可過度。至若急劇之運動，可以增高腹壓者，如荷重、提舉、升降梯階等，尤應禁忌。性交在妊娠中須節制，至第八個月以後，應絕對禁止。

B 精神方面之動作 亦如肉體方面之須有節制，不可過勞。

(一) 讀書，在妊娠中，雖不禁止，但至妊娠末期，惟恐勞神，亦須加以節制。凡可以刺激精神之小說，不宜閱覽。

(二) 觀劇，雖不十分費神，但因劇場內人多雜鬧，空氣不潔，長時間靜坐，亦不相宜。若於煩悶之時，藉以散心，未始不可。

(三) 妊娠中精神方面之休養，極爲重要，故須有充分之睡眠。

(四) 如妊婦有以分娩困難爲慮者，當加安慰，囑其不必徒勞心神。關於難產之談話須禁止。家庭中繁瑣之事，勿令人妊婦之耳。

2. 清潔

A 全身浴 在妊娠期內，亦應照常行之，若入浴後感覺疲勞，則可減少入浴之次數。浴後如

腰部或腹部感覺寒冷，須暫時安靜休息，使之溫暖。至若長時間之熱湯浴、冷水浴、海水浴、溫泉浴、坐浴等，非經醫師之許可，不可濫用，恐招意外之危險。

B 乳房之清潔 乳房應常用溫湯和胰皂清拭，保持潔淨。其乳頭皮膚嫩弱而易損傷者，則用冷水或酒精時加拭擦，使之使強健。乳頭短小不適於哺乳者，每日數次摘之使出。

C 外陰部之清潔 每日用溫湯洗濯，使之清潔，但不可侵入陰道內。

D 衣服臥具 須常曝於日光中，保持清潔。

3. 衣類

A 衣服 隨季節而異，須寬大，不可緊壓胸腹部。

B 腹帶 以相當之闊布製成，對於正規妊娠之初產婦，尤有採用之必要。其利益甚多，列舉如下：

(一) 保存腹部溫度。(二) 保護子宮及胎兒之位置。(三) 便於行走及動作。
凡有下列各症者，亦須應用。

(一) 懸垂腹。(二) 羊水過多症。(三) 不正胎兒體位矯正後。

此外在產褥期內，亦應用腹帶，以其有恢復腹壁弛緩之效故也。

4. 食物

A 就妊婦平日慣食之物，擇其易於消化富有滋養分者，予之。

B 食物分量須適當，不可過多。

C 凡不消化之食物、酒類、濃茶以及刺激性強烈之物質，均在禁忌之列。

5. 便通 妊娠期內，容易便秘，故須注意便通。每晨可飲一杯沸過水，多食青菜與水果，並行相當之運動。如仍便秘不通，可用灌腸法。至於下劑，不可濫用，恐招流產之危險。

妊娠期內，如有下痢症狀，應注意平日食物之種類與分量是否適宜，同時須檢查排泄物。

6. 利尿 妊娠期內，每隔三四小時，排尿一次，最為適宜，不可長時間忍耐。若有尿意頻數症狀，須注意下腹部及腰部之保溫。至妊娠末期用腹帶，提舉膨大之子宮，亦常有效。

7. 居住 妊婦之住室，以有充分之光線射入，換氣佳良及適於保溫者為宜。

第七編 正規分娩

第一章 分娩之定義及其種類

1. 定義 分娩，係指胎兒與其附屬物，以娩出力離開子宮，通過產道，排出於體外之作用而言。其以自然力量娩出者，謂之自然產。若須醫師或助產士之力，而始娩出者，謂之人工產。通常至妊娠第四十週之終，可以自然力而分娩，母子兩方，均無危險，是即正規分娩。

2. 種類 分娩之種類，因時期上之關係，區別為以下數種：

A 流產 在妊娠第二十八週以前而分娩者，謂之流產；是時胎兒未成熟，產出後不能生活。

B 早產 在妊娠第二十九週至三十八週間分娩者，謂之早產；是時胎兒雖未完全成熟，若養護得宜，可望生存。

C 正產 在妊娠第三十九週至四十週之間分娩者，謂之正產；是時胎兒成熟，生活條件已具備。

D 晚產 在妊娠四十週以後而始分娩者，謂之晚產，胎兒過熟，分娩中往往發生困難。

分娩種類，就胎兒個數上區別之，有以下二種：

A 單胎分娩。B 多胎分娩。

第二章 分娩之狀態

第一節 娩出力

娩出力，為勝過產道之抵抗而娩出胎兒之自然力，可分為主力及助力二種。

主力 陣痛及腹壓為分娩之主力。

助力 圓韌帶、輸卵管、陰道壁及骨盆底諸肌之收縮，為助力。

1. 陣痛 分娩時因定期性子宮收縮而起之疼痛，謂之陣痛，自分娩開始直至分娩完畢時為止。

A 陣痛之強弱 因子宮之收縮力不平均，故其疼痛之程度亦不一致，通常可分為三個時期。

(一) 增進期——此為陣痛之開始期，子宮收縮尚徐緩，疼痛程度亦弱，是時子宮底部上升，且漸硬固，並向前方隆起。

(二) 極期——在此時期，子宮收縮達於極點，硬度增高，疼痛劇烈。

(三) 減退期——在此時期，子宮之收縮復徐緩，疼痛亦減輕。

以上三期，合稱為陣痛發作。一度發作後，子宮收縮完全消失，疼痛亦止，是為陣痛間歇期。間

歇期過去後，重復發作，其發作次數無定。但在分娩之初期短而且弱。隨分娩之進行而發作時，間與陣痛程度逐漸延長，而且加劇；反之，間歇期因之縮短。

B 陣痛之部位

(一) 陣痛發作時，疼痛先起於下腹部，由此及於全腹部與薦骨部，更或有向大腿及下腿放散者。

(二) 陣痛係基於子宮壁平滑肌之收縮，雖為不隨意的，但亦可起隨意的變化，與以下諸條件，不無影響。

(a) 驚愕憤怒等之精神感動，可使陣痛減弱或完全停止。

(b) 按摩子宮或用溫罨法及別種藥品作用，可使陣痛增強。

(c) 產道抵抗力大時，發作期長，間歇期短，則疼痛度自然增強。

C 陣痛之種類

(一) 妊娠期陣痛

(a) 妊娠期中之陣痛，為不正規之陣痛。

(b) 至妊娠末期，陣痛之次數逐漸增多，疼痛程度亦增強。

(c) 在初妊婦，至妊娠末期，疼痛甚劇，往往誤認為真陣痛。

(二) 分娩期陣痛

(a) 開口陣痛——爲子宮口開大，準備娩出胎兒之陣痛。

(b) 娩出陣痛——爲胎兒娩出時之陣痛。

(c) 後產陣痛——爲胎盤娩出時之陣痛。

(三) 產褥陣痛 爲產後子宮收縮之陣痛。

2. 腹壓 腹壓係由腹壁諸肌及橫膈膜肌之收縮而起。此爲隨意肌，可隨產婦之意志而增減之。在胎兒娩出之直前，陣痛與不隨意之努責同來。腹壓之作用，在子宮開口期，並非必要；當胎兒娩出時，極爲重要。

第二節 產道

1. 骨部產道 骨部產道即骨盆，其構造及計測法，已述於前編，此處從略。當分娩時，薦腸關節與恥骨接合，稍稍擴張；惟其程度極微弱耳。

2. 軟部產道 軟部產道，由子宮峽部、子宮頸部、陰道及外陰部之柔軟組織等構成之。腔管爲分娩時胎兒及其附屬物之通道。

A 子宮峽部 此爲子宮體腔與子宮頸管間之部分。

B 子宮收縮輪 陣痛發作時，子宮體強度收縮，壓迫胎兒，而子宮峽部與頸部延長擴大。在

收縮部與延長部之間，有著明之境界，是即子宮收縮輪。

○軟部產道之擴張

(一)子宮峽部抵抗力最大，破水以前，因胎胞之壓迫而擴大。

(二)子宮頸部抵抗力亦大，破水以後，因胎兒下向部而擴大。

(三)陰道抵抗力最小，專因胎兒下向部而擴大。

(四)外陰部抵抗力稍大，亦專因胎兒下向部而擴大。

D 軟部產道之損傷 分娩時，軟部產道如子宮頸部及外陰部等，難免多少損傷。子宮內面

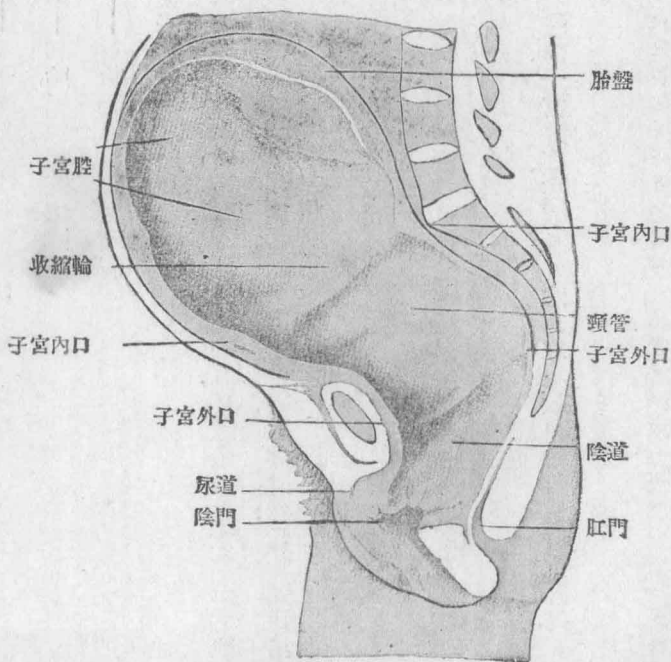


圖89. 軟部產道

因胎盤及脫落膜之剝離，形成剖面。故分娩時須注意消毒，否則有創傷傳染之危險。

第三節 分娩時胎兒之位置

妊娠期內，胎兒之體位與體向，前已述及。茲所舉者，係指分娩時胎兒之前進部在骨盆腔內之狀態而言。

1. 頭蓋位 以頭蓋下降。若迴轉運動正規，則小顛門先於子宮口露出，是則仍稱後頭位。如迴轉運動異常，以大顛門或顛頂部先露出，是為前顛位，或稱前頭位。

2. 額位 以前額先進。

3. 顏面位 以顏面先進。

4. 臀位 以臀部先進。此復可分為二種：凡胎兒之足，完全向上方翻轉者，名單純臀位；否則，臀部之傍，若有下腿存在，是為不純臀位，亦名混合臀位。

5. 膝位 以膝部先進。兩側同時下降者，名全膝位；單側先進者，名不全膝位。

6. 足位 以足部先進。兩側同時下降者，名全足位；單側先進者，名不全足位。

以上各體位中，以後頭位占統計上絕對多數，母子兩方，均無危險，是為生理之體位。次之為前頭位，分娩亦較容易。至反屈位——顏面位與額位——之分娩，則頗困難。若顏面部高度向後反屈，則自然分娩，殆不可能。骨盆端位於母體雖無重大障礙，但於胎兒殊多危險，就中全足位預後最不良，膝位

次之，混合臀位又次之。

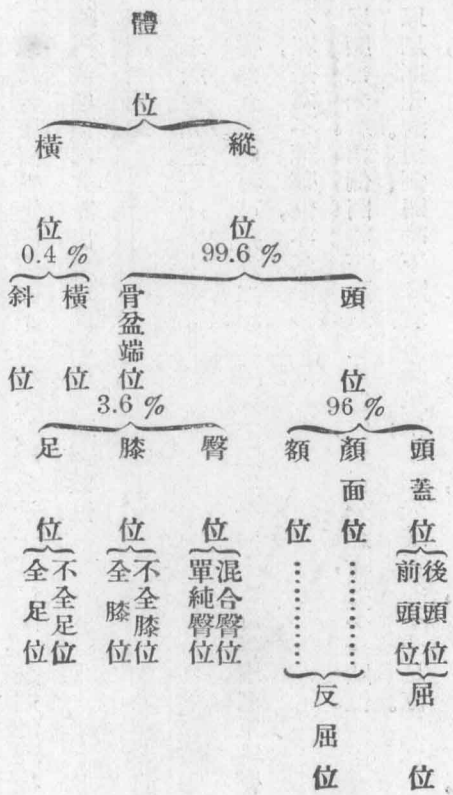
此外更有處橫位或斜位者，不能自然分娩。此種體位，於異常分娩編內另述之。茲為醒目起見，列表於下。

第四節 正規分娩之經過

正規分娩之經過，分為三期，如下：

第一期 為開口期，亦稱為準備期；分娩開始，子宮口完全開大。

第二期 為娩出期，亦可稱為排出期；子宮口開大，胎兒娩出。



第三期 為後產期，亦可稱為娩隨期；胎兒娩出後，胎盤隨之娩出。

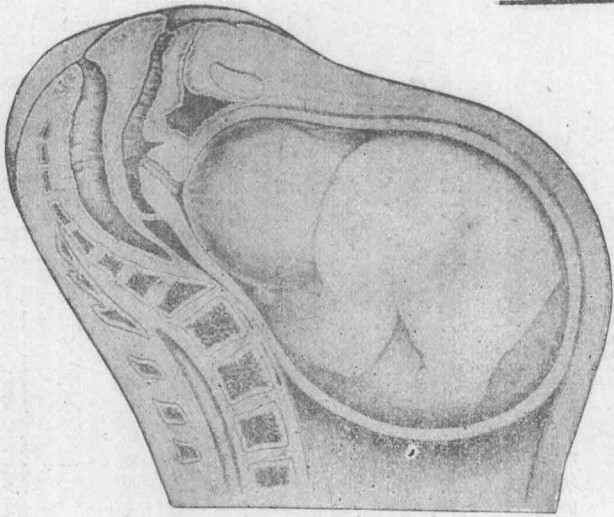


圖 90. 分娩初期(子宮頸管存在)

1. 開口期

A 分娩開始之微候

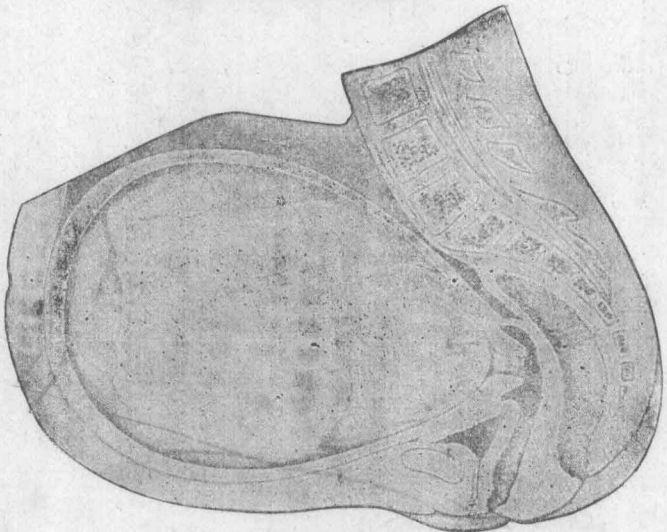


圖 91. 開口期(子宮頸管上部已擴大)

(一) 有規則的陣痛，反復發作，是即前驅陣痛。

(二) 排出略帶血液之黏液。

(三) 子宮口開大及胎胞之形成。

(四) 胎兒下向部嵌入骨盆。

B 開口陣痛 分娩開始時，即來正規的陣痛發作，子宮收縮疼痛。在前驅期，陣痛不強，發作時間亦短。最初發作一次，歷十五秒至二十秒鐘，間歇十分至十五分鐘；以後發作時間增長，間歇時間縮短。在第一期終，發作一次，約須一分鐘，間歇二分至五分鐘。

C 胎胞形成

(一) 陣痛發作時，子宮之收縮力量，並不平均。子宮體部收縮力強大，胎兒受壓迫，乃向子宮下部進行，於是子宮峽部及頸部，逐漸擴大。

(二) 當子宮峽部與頸管擴張時，卵膜下端，由子宮壁剝離；其剝離面，多少出血，因此排出混有血液之黏液。

(三) 因子宮體之強度收縮，剝離了之卵膜，乃作胞狀突隆，而且緊張，漸次進入子宮頸管內，將子宮頸管擴大。此胞狀之突隆，名胎胞，或稱卵胞；其中之羊水，名前羊水。

D 破水

(一) 胎胞於陣痛發作時緊張，間歇時弛緩，其中之前羊水乃向上方還流。陣痛愈烈，則卵的緊張度愈大，子宮口之開大，直徑可達五六糎，或超過之。是時雖陣痛間歇，前羊水不能向上方還流，於是

胎胞，持續緊張，乃向陰道突隆。剎那間可

以破綻。此時產婦呈

不穩恐怖狀態，食慾

減退，或有惡寒、惡心、

嘔吐等症狀。

(二) 胎胞緊張到極度

時，再來陣痛，即可破

裂，放出前羊水，是名

破水。是時漏出之羊水量，約二〇三〇瓦。



圖92. 卵胞

(三) 破水時子宮口開大至六糎以上，破水直後，為子宮口完全開大之時期。故破水期，可視為第一期與第二期之移行時期。

子宮口完全開大，破水後，陣痛雖一時停止，但後來之陣痛，非常劇烈。因受胎兒下向部之影響，子宮口更開大；至完全開大時，直徑可達一〇糎。此時子宮頸管與陰道，連續殆成一管，甚至不能認出子宮口之邊緣。

破水之際，發生一種音響，可使產婦不安；助產士應預為說明。若子宮口直徑未至五六糎，而已破水者，是為早期破水，可起這種之異常症狀，應加注意。

2. 娩出期

A 娩出陣痛

(一) 破水後，下向部之一部分，進入陰道，此後陣痛益烈，腹壓亦增，於是娩出胎兒。

(二) 陣痛發作，既強且長，間歇時間，則益縮短，至第二期末，發作一次，約須二分鐘，而開歇時間，

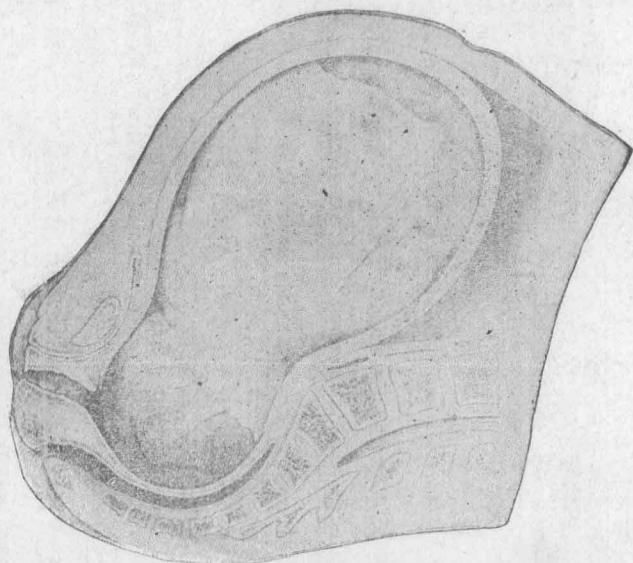


圖 93. 開口期終了(卵胞將破裂時出態)

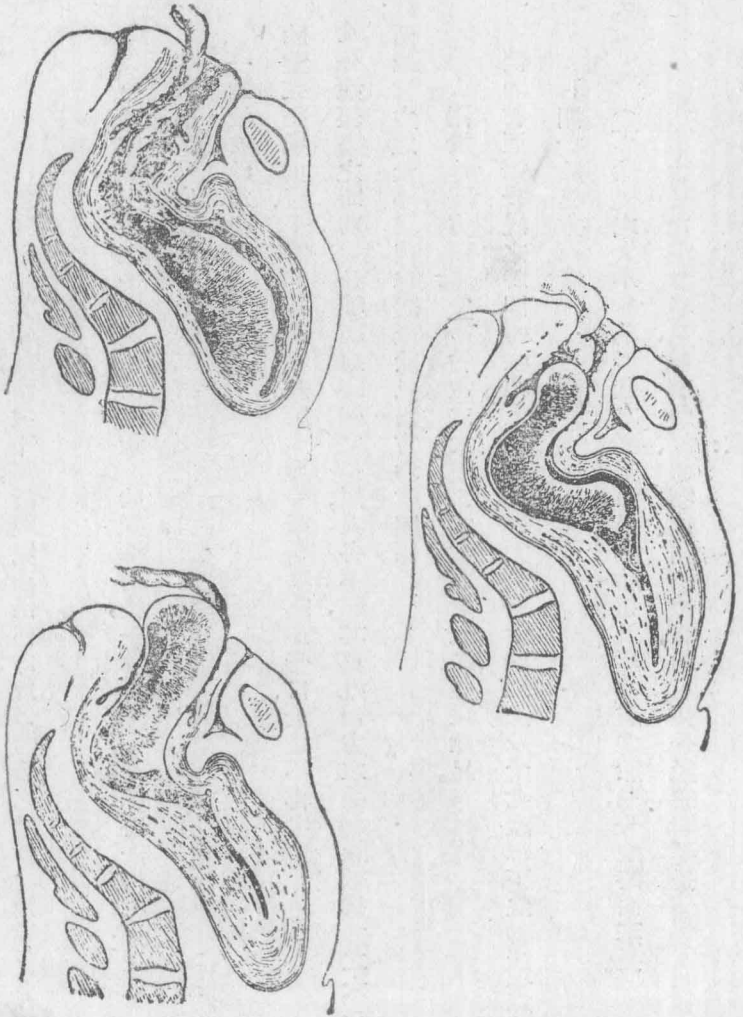


圖 100. Duncan 氏胎盤剝離式

原书缺页

原书缺页

原书缺页

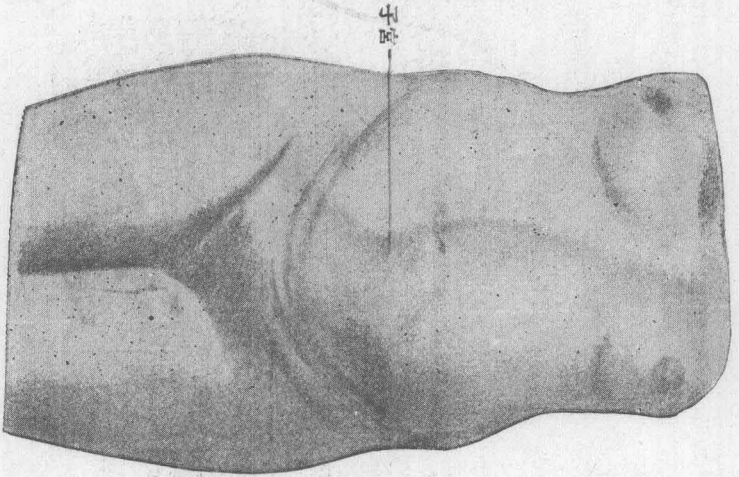


圖 97. 胎盤剝離前
(胎兒娩出後五分鐘)

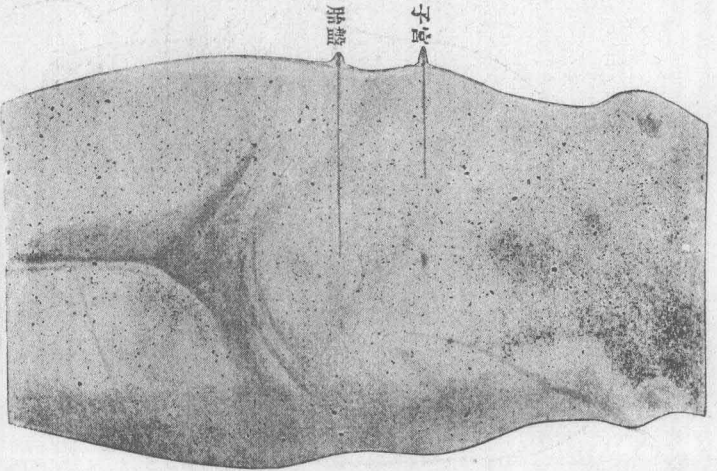
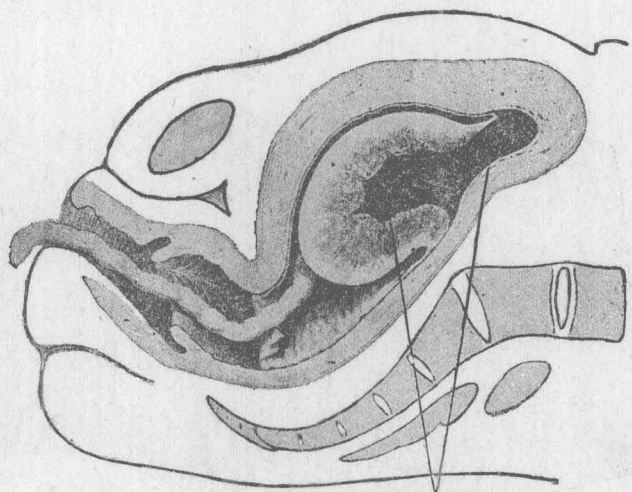


圖 98. 胎盤剝離後
(胎兒娩出後十五分鐘)



胎盤後血塊

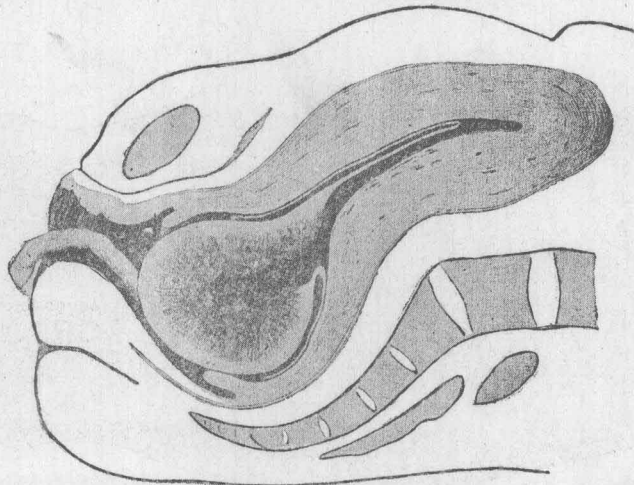


圖 99. Schultze 氏胎盤剝離式



圖 100. Duncan 氏 胎 盤 剝 離 式

(b) 另有一種，胎盤翻轉，母體面先於陰裂間露出者，是因子宮收縮時，胎盤以長徑旋轉，由下方剝離，漸次下降，故胎兒面仍內向。此母體面之胎盤娩出，名 *Dunn* 氏胎盤娩出式。

Gunn 氏胎盤娩出式。

D 胎盤娩出後之子宮底及出血量 胎盤排出後，分娩可算完了。此時子宮收縮，呈球形，硬度增高，子宮底降至臍下一二指橫徑之下方。當胎盤娩出時，出血量約有二三百瓦，其三分之一為液狀，餘為凝血。

胎盤完全娩出後，子宮即持續收縮，壓迫血管，凝血堵塞血管口，於是不再出血。

4. 分娩經過之時間 分娩經過時間之長短，人各不同，其與娩出力之強弱及抵抗力之大小有關係；而抵抗力之大小，又與母體及胎兒兩方均有關係。

A 關於母體方面者：(一) 骨盆之大小。(二) 軟部產道擴張之難易。

例如初產婦分娩之時間，每較經產婦為長，而尤以三十歲以上及十七歲以下之初產婦為然。

B 關於胎兒方面者：

(一) 胎兒之大小與其形狀之異常，如過熟胎兒及腦水腫之胎兒，分娩時間延長。

(二) 胎兒之位置異常，如前頭位、前額位、顏面位等，均可使分娩時間延長。

C 初產與經產婦之分娩時間概數：

- (一) 初產婦——第一期，十二小時；第二期，二小時；第三期，三十分鐘。
 (二) 經產婦——第一期，六小時；第二期，一小時；第三期，十五分鐘。

第三章 分娩對於母體與胎兒之影響

第一節 分娩對於母體之影響

1. 體重 產婦於分娩後，體重減少。即就胎兒三〇〇〇瓦，胎盤五四五瓦，羊水一〇〇〇瓦，血液二〇〇—三〇〇瓦，排泄物與肺及皮膚之蒸發數百瓦而言，其減少分量，已屬可觀。

2. 體溫 自妊娠以後，體溫即上升〇·一—〇·二度；若超過三八度，則為異常。

3. 脈搏 陣痛發作時，其數增多，而於娩出期終了時，尤為急速，有時竟可超過一百。

4. 呼吸 稍速，平常二〇—二五次，陣痛發作時，反稍徐緩。

5. 消化器方面症狀 食慾減少，或有嘔吐。因直腸受壓迫，催起便意。胎兒娩出後，以上症狀，立即輕快。但或來惡寒、戰慄等症狀。

6. 泌尿器方面症狀 妊娠中尿量略略增加，排泄困難。

7. 精神狀態 妊娠末期，睡眠困難，至分娩時，幾至完全不能睡眠；因此產婦常覺疲勞。

第二節 分娩時對於胎兒之影響

1. 心音 陣痛發作時徐緩，間歇時復增加，若因分娩時間過久，或羊水流過多，雖在間歇期內，心音亦減少，是為胎兒危險之徵。

2. 胎動 分娩開始，胎動減退。

3. 兒頭之適應機能：

A 兒頭之變形 兒頭為適應通過產道各部而變形。此種變形，隨胎兒體位體勢而各異。故觀其變形，可以推定分娩時體位與體勢。例如小斜徑之方向短縮，大斜徑之方向延長，可知其為後頭位也。

B 頭蓋骨之重疊 胎兒頭為適應產道

容易通過，則頭蓋骨之邊緣，常於縫合部相重疊，於是兒頭周圍縮小，是名頭蓋骨重疊，亦稱頭蓋骨疊積。例如處後頭位時，則胎兒之顛頂骨與母體之薦骨岬相對，因受薦骨岬之壓迫，稍稍扁平，一側之顛骨緣疊入於其對側顛骨之下，額骨及枕骨同在左右顛骨之下。在第一後頭位，則右顛骨重疊於左顛骨之上；第二後頭位，則左顛骨重疊於右顛骨之上。

4. 腦液之退流 同時腦內液體，向脊髓管內退流，助兒頭容積之縮小。



圖 101. 第一會頭位兒頭變形

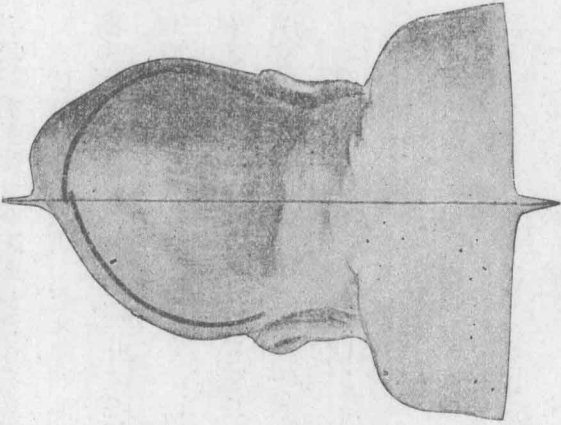


圖 102. 第一後頭位蓋骨重疊

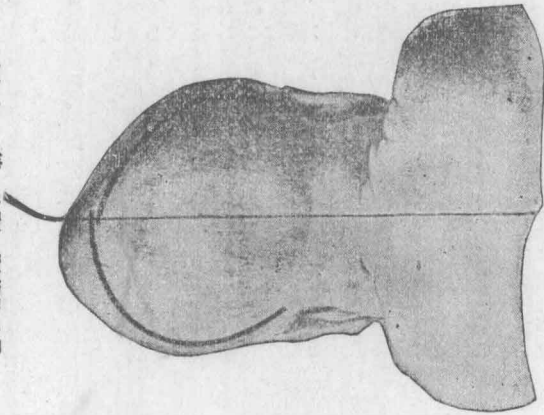


圖 103. 第二後頭位頭蓋骨重疊

上述之各種兒頭變化，為兒頭之適應機能，在分娩困難者，尤為著明，通常於分娩後二三日或一星期後，自然消退，可復原狀。

5. 產瘤 當胎兒向下部通過產道時，因受壓迫，其最先端之中央軟部，鬱血隆起，是即產瘤。

A 產瘤發生之理由 破水後，胎兒向下部，被產道壁緊扼。較破水前為甚，因此其先端部之靜脈還流障礙，乃至鬱血，此部分之毛細管擴張，血液中之液性成分浸潤於皮膚與骨膜間之粗鬆結締織中，腫脹隆起，故

產瘤只於生活胎兒見之。

B 產瘤之特徵

(一) 分娩直後，非常著明，

經過一定時間，逐漸縮

小，通常於分娩後二三

日內消失。

(二) 其地位限於向下部

最先進端之中央。

(三) 由中央部至周緣，逐漸低下；於其周緣，可以觸出堅硬之境界。

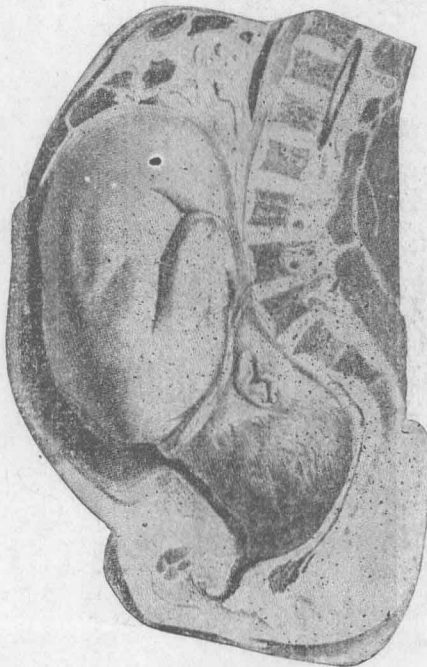


圖 104. 產 瘤

(四)產瘤可以超越縫合顱門而及其他之頭蓋骨。
C 產瘤對於診斷上之價值

- (一)分娩中產瘤之急速增大，可以推定產道抵抗力之大小及胎兒之受危險程度。
- (二)分娩中，如產瘤縮小，因此可以斷定胎兒之死亡。
- (三)分娩中或分娩直後，觀察產瘤之大小，可以推定破水後分娩持續之長短。
- (四)分娩中或分娩直後，觀察產瘤之部位，可以推定分娩時之胎兒體位與體向。例如產瘤在右顱骨之後上方，可以推定其以第一後頭位娩出也。

第四章 分娩之機轉

分娩之機轉，即指胎兒於娩出時之迴轉而言。假使產道爲單一之圓筒狀管，則胎兒通過時，無須迴轉，即可娩出。但實際上此道彎曲，且各部分之橫斷面，形狀各異，故兒頭通過產道時，不得不有種種之迴轉。

第一節 第一後頭位之分娩機轉

1. 兒頭之娩出

A 第一迴轉 兒頭進骨盆入口時，矢狀縫與骨盆橫徑一致，小顱門在左方，大顱門在右方。

最初大小顛門在同一高度，陣痛漸強，兒頭被壓下降，頤部接近胸部，小顛門最先進，兒頭於橫軸迴轉而前屈，是即第一迴轉。

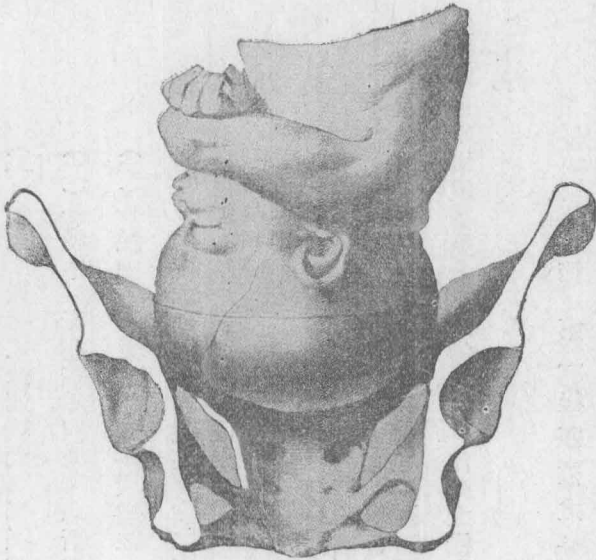


圖105. 第一迴轉 (經產婦)

B 第二迴轉 娩出力增加，兒頭蓋下降，小顛門由左向前轉，大顛門由右向後轉，兒頭恰能通過骨盆闊，是時小顛門在左前方，大顛門在右後方（後頭在左側閉鎖溝之附近前頭在右

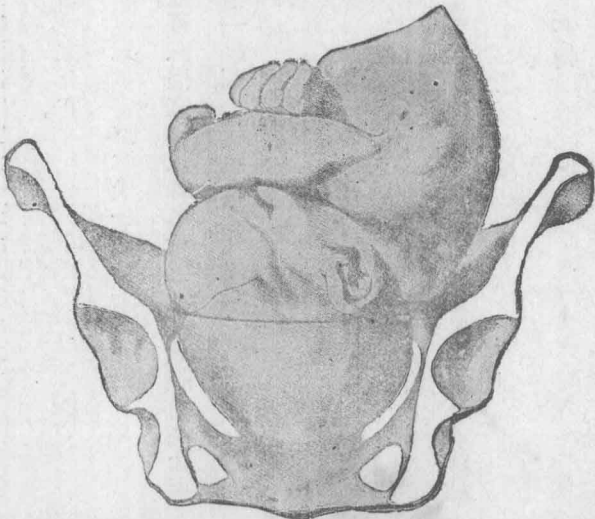


圖106. 第一迴轉 (初產婦)

側大截痕上緣之附近，矢狀縫與右斜徑線即第一斜徑線一致。再前進，則兒頭至骨盆峽及出口部。是時小顛門向恥骨接合，大顛門對薦骨窩面，矢狀縫與縱徑線一致。兒頭再下降，以縱軸迴轉，漸向前方，是為第二迴轉。

C 第三迴轉 娩出力繼續增加，則兒頭下降至陰門，後頭部露出於陰唇間，項部支持於恥骨接合之下緣，頤部漸次由胸部離開，大顛門漸漸下降，前額、顏面、頤部，依次由會陰部滑出，是時兒頭完全娩出，以與第一迴轉完全相反之橫軸迴轉，是即第三迴轉。

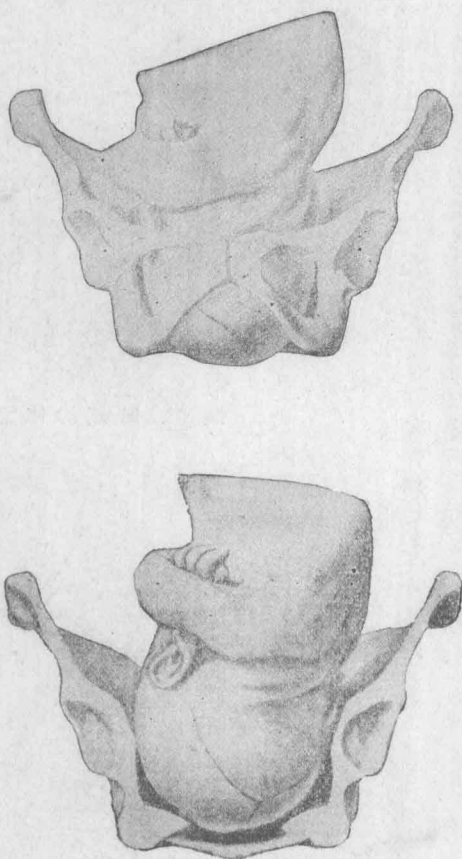


圖107. 第二迴轉
(上)第二迴轉之初期；(下)第二迴轉完成時

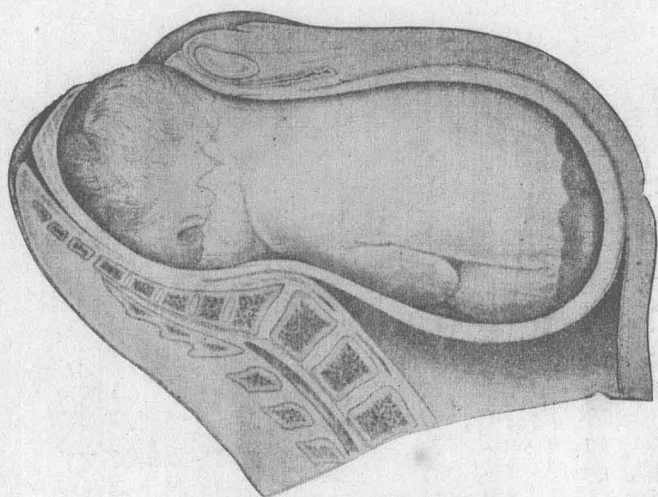


圖108. 兒頭排臨之初期

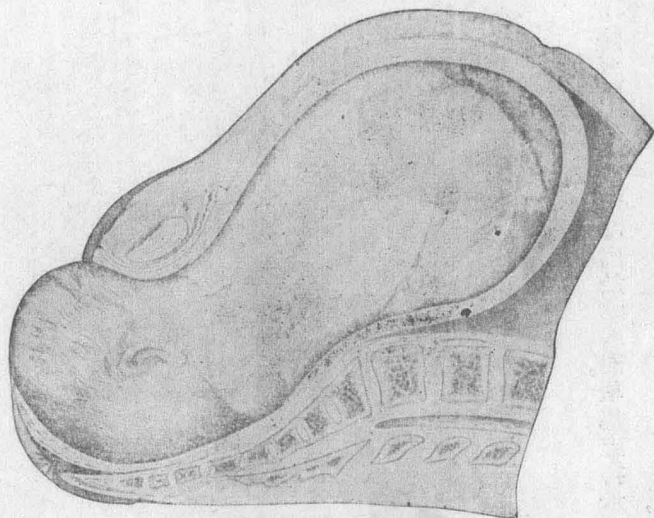


圖109. 兒頭排臨

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

第五章 產婦之診察

第一節 診察之方法

產婦診察法，與妊婦之診察法略同；亦可分為問診、外診及內診三種：

1. 問診法 分娩期內問診時，須注意以下二事：

A 陣痛開始之時日、強弱及發作與間歇之關係。

B 破水之時日及其分量與性質。

前驅陣痛，不可與開口陣痛互誤。尿及假羊水不可與羊水互誤。

2. 外診法

A 關於母體方面 (一)脈搏之強弱、至數、是否整調？(二)陣痛之強弱及其發作與間歇之關係如何？

B 關於胎兒方面 (一)胎兒之體位與體向如何？(二)兒頭之大小若何？(三)下向部是否移動或嵌入固定於骨盆內？並察其從何側下降？(四)胎兒心音聽到之部位、強弱、至數、是否整調？

腹部之外診，只可於陣痛間歇時行之。若於發作時行之，不僅診斷不確實，且因子宮受刺戟，往往

發生過度陣痛或子宮破裂等危險。

3. 內診法

A 內診實施法 內診實施法，與妊婦之內診實施法同。

B 內診之順序

(一) 陰道——在分娩之初，可於前陰道穹窿部觸到胎兒下向部；及分娩進行，下向部至子宮口時，則可由子宮口部診察。

(二) 子宮

(a) 子宮陰道部，已否消失？

(b) 子宮口之大小、形狀、所在，以及子宮口緣之滑澤、厚薄、硬柔、弛張之程度若何？

(三) 胎胞

(a) 陣痛發作時，緊張程度如何？

(b) 陣痛間歇時，是否弛緩？

(c) 前羊水量之多少？

(d) 胎胞之厚薄？

(四) 胎兒下向部——破水以後，下向部可以直接觸到，應注意以下各點：

(a) 下向部之狀態如何？由此可以決定其為頭蓋位、前額位、顏面位、臀位或橫位。
 (b) 下向部對於骨盆處如何狀態？如為頭蓋位，可由各縫合之方向及各顳門之位置斷定之。更由兒頭與骨盆之某徑線一致之關係，可以斷定胎兒之體勢與體向。

縫合之種類

(1) 矢狀縫 縫合之一端於大顳門觸到，他端則於小顳門觸到，如能於縫合之兩側觸到顳頂結節，則更真確。

(2) 前額縫 一端於大顳門觸到，他端於鼻根觸到。

(3) 冠狀縫 一端於大顳門觸到，他端於耳部觸到。

(4) 人字縫 一端於小顳門觸到，他端則達乳嘴突起之後方，如能於兩側縫合間觸到後頭結節，則更真確。

縫合之方向 例如與骨盆闊之斜徑一致或與骨盆峽之縱徑一致之類，須加區別。

顳門之種類

(1) 大顳門 為菱形，可以觸到四縫之會合點。

(2) 小顳門 為三角形，可以觸到三縫之會合點。

顛門之位置 可就其前後、左右、高低區別之。

(c) 下向部降落之程度如何藉此可定下向部下降至骨盆何部？並以下向部之最

大周圍，降至何處為標準。所謂下降之程度，並非指下向部之前端而言。

(1) 在骨盆入口上方時，內診之指，可直達薦骨岬而無妨礙。

(2) 恰到骨盆入口時，內診之指，須沿兒頭之後彎曲伸入，勉強尚可達薦骨岬。

(3) 至骨盆闊時，兒頭已通過薦骨岬，內診之指，尚可觸到兩側之坐骨棘。

(4) 至骨盆狹時，兩側坐骨棘亦難觸到。

(5) 至骨盆出口時，分娩已無問題，是時骨盆之前後兩壁，尚可觸到。

(d) 下向部之大小與硬度如何須注意。

(五) 四肢或臍帶之有無脫出，及前置胎盤之有無，均須注意檢查。

第二節 診斷事項

1. 分娩已開始否？

2. 初產婦與經產婦之鑑別。

3. 分娩時期之決定。

4. 通過障礙之有無？此與母體及胎兒兩方俱有關係，如下表：

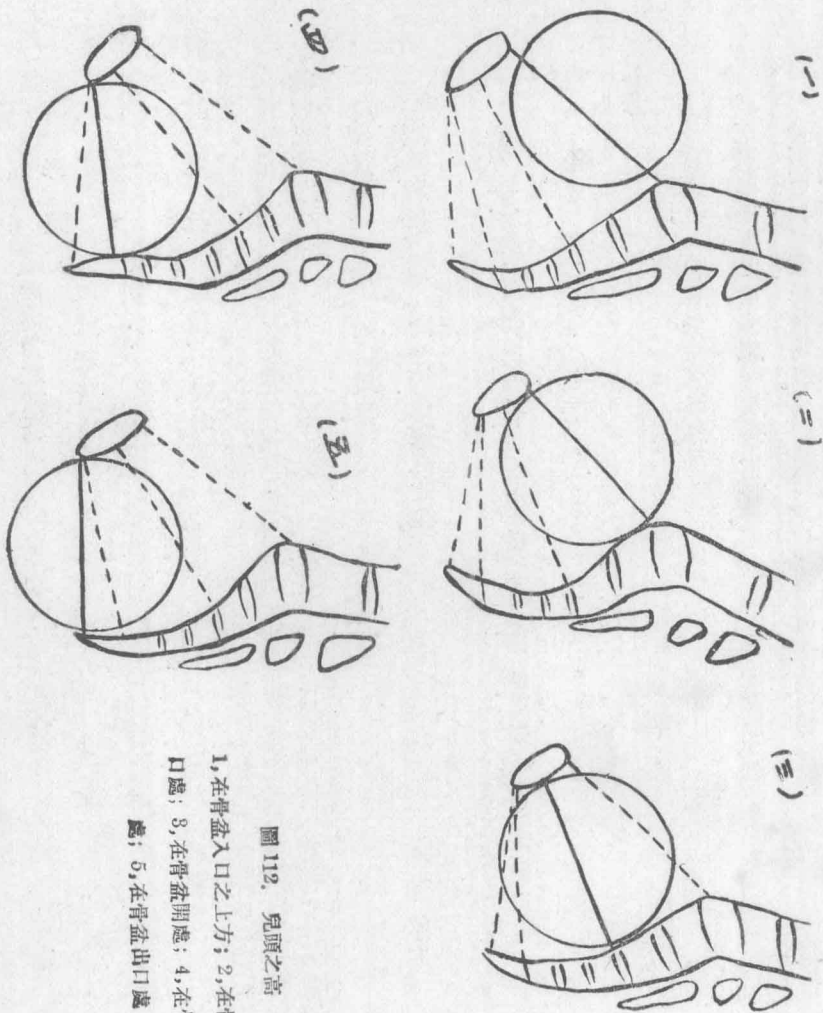


圖 112. 兒頭之高

1, 在骨盆入口之上方; 2, 在骨盆入口處; 3, 在骨盆開處; 4, 在骨盆峽處; 5, 在骨盆出口處

一、母 體

娩出力之強弱
產道之狀態

二、胎 兒

大小、形狀
體位、體勢
數

分娩時抵抗之狀態

5. 其他異常之有無?

A 關於母體方面 如出血等。

B 關於胎兒方面 如是否已經死亡等。

第六章 後頭位之診斷及分娩經過

第一節 第一後頭位之診斷及分娩經過

1. 外診

A 子宮底部, 可以觸得胎兒臀部。

B 左腹部觸得兒背, 右腹部觸得小部分。

C 子宮下方, 可以觸得兒頭。

D 胎兒心音，於左臍棘線之中央聽得最明確。

2. 內診

A 小顛門 以後頭先進者，小顛門最易認出。分娩之初，小顛門在左方，再進而轉至左前，最後全在前方，可於陰唇間見之。

B 大顛門 不易觸到，初在右方，繼至右後方，最後則完全在後方，沿薦骨窩可以觸到。

C 矢狀縫

(一) 在骨盆入口處，與骨盆橫徑線一致。

(二) 在骨盆闊處，則與骨盆第一斜徑線一致。

(三) 在骨盆狹處，則與骨盆縱徑線一致。

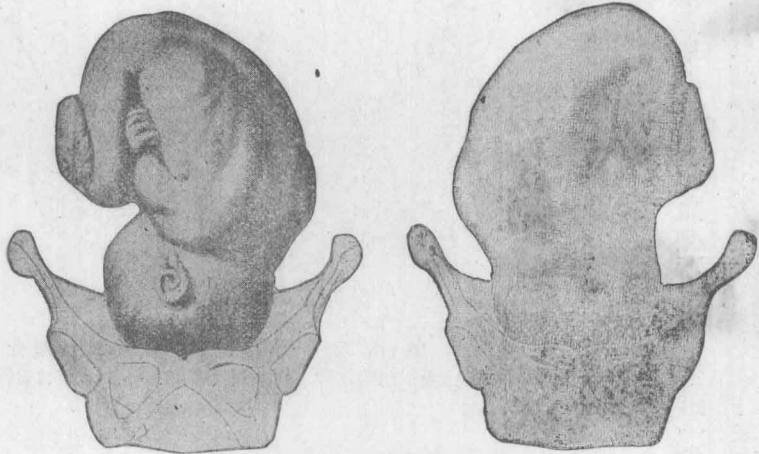


圖 113. (A) 第一後頭位及第二後頭位
左由前面觀之第一後頭位； 右由前面觀之第二後頭位

就兒頭之變形，可以推定其是否為後頭位，以後頭位之兒頭小斜徑之方面短縮，而大斜徑之方向延

3 分娩直後之診斷

分娩直後之診斷，因產瘤及頭蓋骨重疊，可以推斷其是否為第一後頭位；

(一) 頭蓋骨重疊，以右顳骨重疊於左顳骨上者為多。

(二) 產瘤，多在右顳骨之後上方。

D 產瘤及頭蓋骨重疊

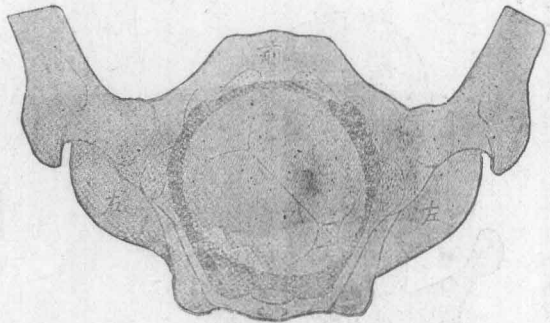
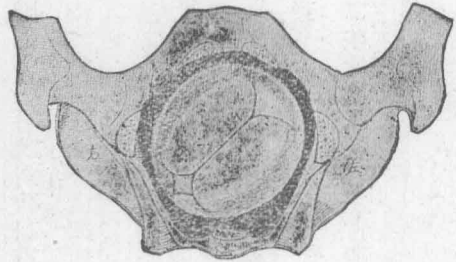


圖 113. (B) 第一後頭位及第二後頭位
上由下面觀之第二後頭位； 下由一面觀之第二後頭位

長故也。

第二節 第二後頭位之診斷及分娩經過

1. 外診

A 子宮底部，可以觸得兒之臀部。

B 右腹部可以觸得兒背，左腹部可以觸得小部分。

C 子宮之下方，可以觸到兒頭。

D 胎兒心音，於右臍棘線之中央聽得最明確。

2. 內診

A 小顛門 初在右方，繼乃轉至右前方，最後完全在前方，可於陰裂間見之。

B 大顛門 初在左方，繼乃轉至左後方，最後完全在後方，沿薦骨窩可以觸得。

C 矢狀縫 (一) 在骨盆入口處，與骨盆橫徑線一致。(二) 在骨盆闊處與骨盆第二斜徑線一致。(三) 在骨盆峽及出口處，則完全與第一後頭位相同。

D 產瘤及頭蓋骨重疊 (一) 產瘤，在左顛骨之後上方，即小顛門附近處。(二) 頭蓋骨重疊，則以左顛骨重疊於右顛骨之上者為多。

3. 分娩直後之診斷 分娩直後，就產瘤及頭蓋骨之重疊，可以推定其是否為第二後頭位；至兒

頭之變形，則與第一後頭位相同。

第七章 正規分娩處置法

第一節 助產士之攜帶用器

1. 用品 (一) 指甲銼及指甲剪刀；(二) 胰皂；(三) 毛刷；(四) 量杯；(五) 消毒盤；(六) 浣水器；(七) 浣腸用嘴管；(八) 小兒用浣腸器；(九) 尿道導管；(一〇) 陰道洗滌用嘴管；(一一) 便器；(一二) 聽診器；(一三) 檢溫器；(一四) 骨盆計；(一五) 卷尺；(一六) 錶；(一七) 小兒用氣管導管；(一八) 臍帶結紮絲；(一九) 臍帶剪刀；(二〇) 鑷子；(二一) 鉗刀；(二二) 止血鉗子；(二三) 浴湯檢溫器；(二四) 手術衣；(二五) 橡皮布；(二六) 消毒綳帶材料。

2. 藥品 (一) 消毒藥如濾坐爾及溶解石炭酸等；(二) 1% 硝酸銀液 (點眼用、密封於有色瓶內)；(三) 60% 酒精；(四) 碘仿及 Dermatorol；(五) 等分亞鉛華糝粉。

第二節 分娩之準備

1. 產室

A 產室以清靜有充分之光線射入為宜。

B 產室內除助產士及助手外，就其家人選擇富於常識而沈靜者在傍，其他不必需之人，禁

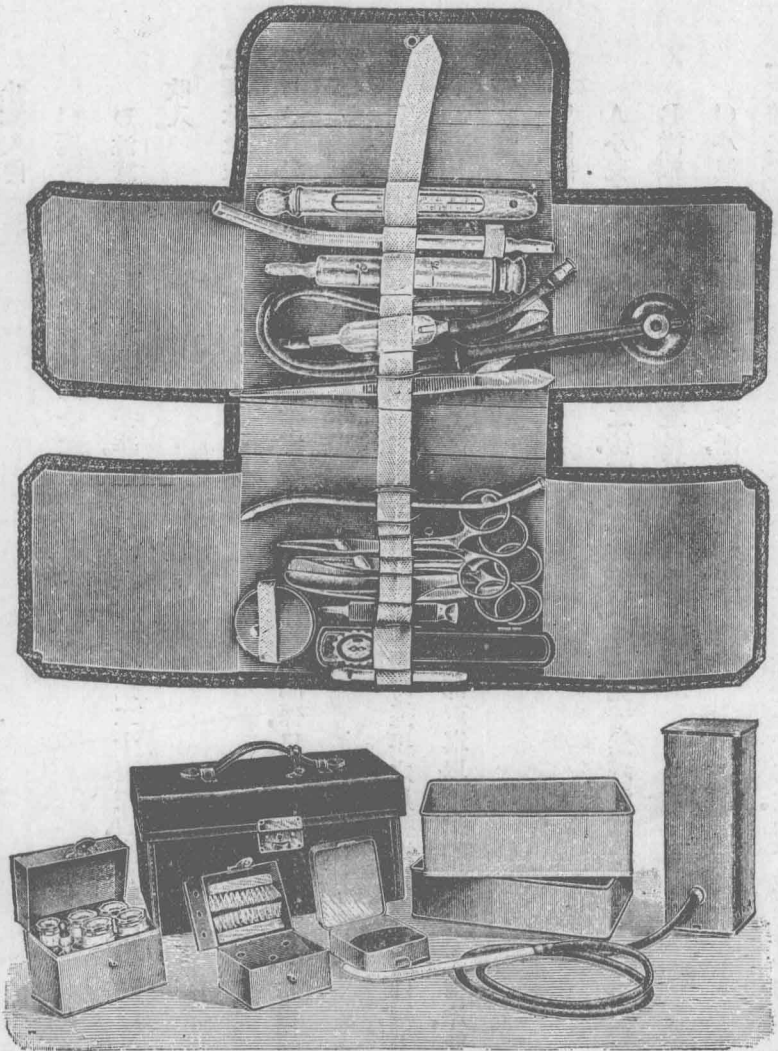


圖114, 助產出診器械

止其入內。

C 產室內不必要之器具，悉令除去。

D 注意產室內之換氣。若在冬季，室內溫度調節至攝氏二十度左右，窗戶用帘，以妨隙風之吹入。

2. 產牀及衣服

A 產牀以置於產室之中央為宜，若因產室面積狹小關係，只可將頭方貼近牆壁，其餘三方須臨空。

B 產牀一端須有手靠，及握手之裝置，以便產婦努責時握手之用，被褥用通常者即可，上面敷以一層漆布，或數層之油紙，上鋪柔軟稍厚之布類，腰部更填以脫脂綿或清潔之布片，則可吸收陰道內流出之分泌物。

3. 小兒臥牀及衣類

A 小兒之臥牀，應置於產牀之傍，其臥具須柔軟，令小兒安然埋沒其中。

B 襁褓之料，須選擇柔軟者，避免刺戟嫩弱之皮膚。

C 小兒衣服之厚薄須適應季節，寧稍大，勿使過窄。

4. 產婦之飲食物 產婦之飲食物，自以易於消化而富滋養分者為主。如分娩經過時間長久者，

可先與以少量之流動性食物；若訴口渴，可飲以開水或清茶。對於衰弱之產婦，須預先準備興奮性飲料。

第三節 分娩第一期處置法

1. 就褥之時期 分娩第一期開始時，尚可在室內自由起坐。至第一期之半，陣痛漸劇，發作頻繁，同時或漏出血液與黏液，是時務須令產婦就褥，橫臥牀上。

2. 產婦之臥位 產婦臥位以仰臥為最普通，若兒頭不易進入骨盆，可將上身稍稍高舉，當下部未嵌入骨盆入口，如認為偏於左右任何一側時，則就偏在側側臥。

3. 腹壓之適用 在分娩第一期，不可濫用腹壓；否則，可致早期破水，以後則呈腹壓微弱現象，不可不注意。

4. 排便與排尿 分娩初起，產婦多自然排便或排尿；不然，至必要時，可以放尿或灌腸。

5. 診察 分娩經過中，除問診、外診、內診外，應注意以下三點：

A 體溫 每二時間測驗一次，同時注意脈搏與呼吸之次數。

B 胎兒心音 須隨時聽診。

C 內診 在第一期中，而尤以破水以前，可能的避免內診。

6. 破水時之處置 當產婦有破水狀態時，應準備容受器皿，貯盛前羊水；應檢查其量與性質。

7. 產婦睡眠中之注意 在分娩第一期中，須勸產婦安睡，助產士在傍，注視其一般狀態。

第四節 分娩第一期中處置法

1. 產婦之臥位 胎兒向下部既固定於骨盆內，無論處仰臥位或側臥位均可。

2. 腹壓之適用 分娩第二期至撥露時，於陣痛發作期間，增加腹壓，以利娩出。撥露之後，禁用腹壓，使手足弛張，開口，微微呼吸；同時應注意保護會陰。

3. 排便排尿 分娩第二期中，因胎兒向下部下降至骨盆，壓迫直腸，催起便意，故應於肛門部預放一適宜之布片。

分娩中應隨時注意尿之滯溜於膀胱內，如其有之，當先試行自然排尿；必不得已時，始用人工放尿。

4. 診察

A 破水以後，有測驗體溫之必要；同時應注意脈搏與呼吸之狀態。

B 破水以後，每隔十五分鐘，聽診胎兒心音，注意心臟搏動數與其性質之有無變常。如發覺胎兒危險之徵候，須請產科醫師診察。

C 內診只可於必要時徐徐行之，如遇有以下景況時，須施行內診。

(一) 破水後分娩時間遷延遲時。(二) 胎兒心音異常時。

5. 會陰保護術

A 目的 預防會陰破裂，即所以防會陰破裂後所起之各種障礙。

B 時期 當兒頭撥露，會陰部開始膨隆時，即須準備保護；但在經產婦，於排臨時，着手準備，亦往往有失機之虞。

C 仰臥位會陰保護與側臥位會陰保護術：

(一) 仰臥位會陰保護術——令產婦仰臥，腰下插入腰枕，下肢之股關節與膝關節輕輕屈曲，向左右展開，助產士坐於產婦之右側，右手由右大腿下送到會陰部，以拇指置右陰唇上，餘四指置左陰唇上，手掌貼於會陰部，拇示兩指間之指裂緣與陰唇繫帶約距一糎，監視其延長之程度，左手四指平摺，由腹部越過陰阜，貼於兒頭，當兒頭將要撥露時，開始用力保護。其效能有三：

(a) 使兒頭徐徐通過陰門 當兒頭娩出時，右手適應娩出力之緩急強弱，隨誘導線之方向，徐徐使兒頭娩出，同時左手幫助右手之動作。

(b) 助成第三迴轉 當兒頭娩出，其項部支定於恥骨接合下緣，以右手將兒頭向恥骨弓之前上壓，左手之四指撫舉兒頭，助成第三迴轉。迨兒頭出陰門後，禁止產婦努責，弛緩手足，開口，微微呼吸。

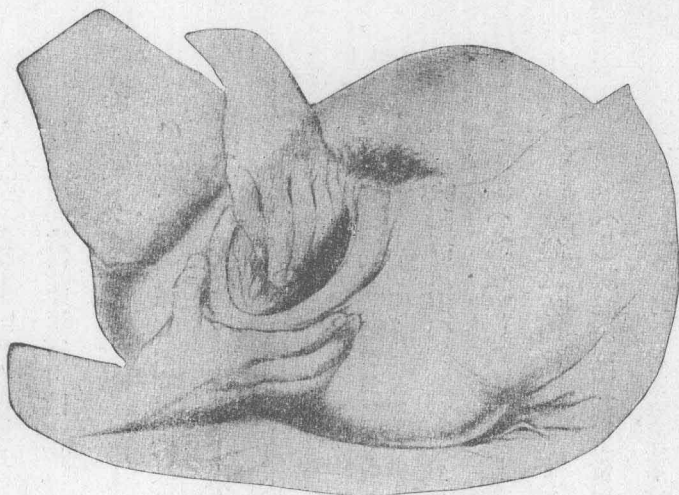


圖 115. 會陰保護術 (側臥)

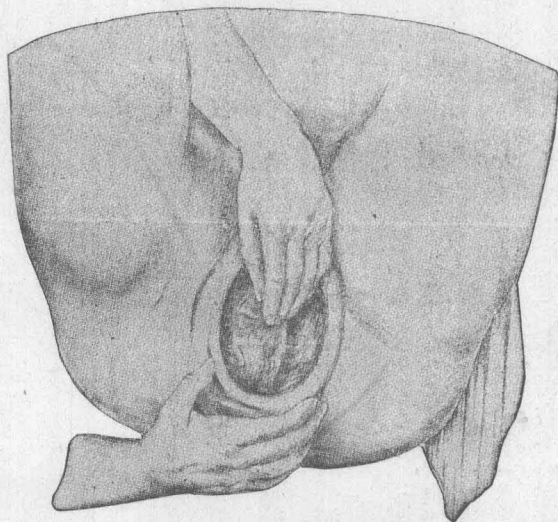


圖 116. 會陰保護術 (仰臥)

(c) 減輕會陰之緊張 以右手之指頭於陰唇繫帶部，由左右挾攏，則正中部位作皺襞樣，再用左手拇指與示指，隨時將左右大陰唇下方撫摸，使陰唇繫帶部稍稍弛緩。

(二) 側臥位會陰保護術——令產婦處左側臥位，置臀部於牀緣，屈曲股膝兩關節，膝間置枕狀物，使兩股離開，助產士坐於產婦背面，右手貼會陰部，左手由腹側面越過陰阜，送至先進端，至保護會陰之實施法，與前同。

仰臥位會陰保護術與側臥位會陰保護術，各有優點與缺點，茲分別列舉，以資比照。

(一) 仰臥位之優點——1. 便於外陰部之消毒及內診。2. 便於解除臍帶之纏絡。3. 便於後產期之處置。

(二) 仰臥位之缺點——1. 腹壓難減輕。2. 會陰部之注視不便。3. 身體露出部分太多。

(三) 側臥位之優點——1. 腹壓易減輕。2. 會陰部易於注視。3. 身體露出部分不多。

(四) 側臥位之缺點——1. 不便消毒及內診。2. 不便解除臍帶之纏絡。3. 後產期內應仰臥，當轉身時有空氣竄入子宮之虞。

D 肩胛娩出之會陰保護 兒頭娩出時，會陰既幸免破裂，當再注意肩胛娩出時之破裂。若兒頭娩出時，已生小破裂，則肩胛娩出，破裂更大。故於肩胛娩出時，亦應如兒頭娩出時之注意。

保護會陰。

E 陰唇側方切開術 會陰保護期間，若遇陰唇繫帶至緊張極薄，不堪再展時，可斟酌情形，剪開陰唇之一側，以免會陰之破裂，是名陰唇側方切開術。

6. 兒頭娩出後之處置

A 淨拭顏面 先以清淨之布，拭淨口鼻，除去黏液血液等，以免第一呼吸之障礙，次則淨拭眼耳。

B 解除臍帶纏絡 檢視頸部有無臍帶之纏絡；有之，當即用心解去。若臍帶弛緩，無大危險，陣痛增劇時，則寧使肩胛先娩出。倘使臍帶緊張，惟有先將臍帶結紮，挾以兩個止血鉗，就中間剪斷，急使胎兒娩出。

C 助成第四迴轉 兒頭娩出後，顏面必向後轉，助產士應用手助成第四迴轉。

D 肩胛娩出術 兒頭娩出後，肩胛如遲遲不能娩出，兒之顏面呈危險狀態時，當用人力促其娩出，其術式如下：

(一) 於子宮底部作輪狀摩擦，促起陣痛。乘陣痛發作之際，以兩手摑子宮底，就骨盆透導線方向壓迫之，可以見效。

(二) 以兩手挾兒頭，先向後下方牽，待前方之肩胛於恥骨接合下緣露出時，舉兒頭向前

原书缺页

原书缺页

第五節 分娩第三期處置法

1. 第三期中兒方之處置法

A 臍帶結紮前之處置：

- (一) 胎兒娩出後，在產婦之兩股間，須注意臍帶之牽引狀態。
- (二) 淨拭兒之口鼻及顏面，並注意兒之呼吸正常與否。
- (三) 兒之呼吸正常者，臍帶動脈之搏動尚存在，待其搏動停止時，然後結紮剪斷，則兒體可多得血液約六〇—一〇〇瓦。
- (四) 在處置嬰兒之時間，並須注意母體子宮收縮之狀態，與外陰部出血之多少。

B 臍帶結紮剪斷法：

- (一) 第一結紮——於距臍輪二指橫徑之處，以消毒結紮絲，作一結紮。
- (二) 第二結紮——距第一結紮二指橫徑之處，再作一結紮，但亦有用 Kocher 氏止血鉗代第二結紮。
- (三) 剪斷——於兩結紮之間，以消毒臍帶剪刀剪斷之。

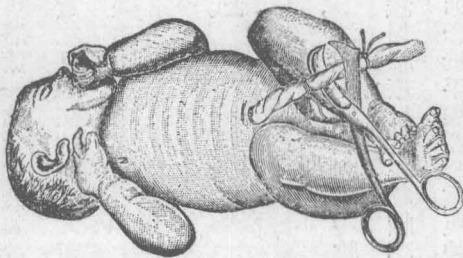


圖 119. 臍帶結紮剪斷

第一結紮之目的，在防初生兒之出血；若臍帶膠質過多，為慎重起見，可將第一結紮之餘線，於臍輪附近部，再加結紮，與第一結紮，一同緊縛，可不致有後出血之虞。第二結紮之目的，在防胎盤方面之出血，恐其影響於胎盤剝離之不易。若為雙胎或多胎，倘不結紮，則他兒有失血之虞。

C 臍帶剪斷後之處置 臍帶剪斷後，以消毒紗布拭淨兒方斷端，然後以布片包裹兒體，置於溫暖之處，令其側臥，隨時注意臍帶斷端之出血，及呼吸正常與否。

2. 第三期中之母方及後產處置法

A 注視子宮之收縮 胎兒娩出後，應即以一手貼放於子宮底部，注視子宮之收縮。在收縮佳良者，子宮有相當硬度，子宮底與臍同高，或稍稍高過於臍，不可濫用摩擦；反之，在收縮不良者，則子宮柔軟而膨大，是時應於子宮底部，用輪狀摩擦，促其收縮，如恐於手離開時重復弛緩者，可於子宮底部貼一冰囊。

B 注意出血 胎兒娩出之直後，外陰部應貼放消毒棉，俾可吸收血液，並可藉此以知出血量之多少。外陰部如有小創傷之出血，可以壓抵法止之。

C 注意保溫 胎兒娩出後，產婦往往感覺寒冷，應用適當之被褥與湯婆，並供給熱的飲料。

D 注意後產陣痛及胎盤剝離 胎兒娩出後一〇——一五分鐘間，乃來後產陣痛，有少量之出血，產婦往往向助產士自訴疼痛與出血之顧慮，助產士當告以後產娩出之必要，囑其安心。

靜待經過可也。通常在胎兒娩出後一五—三〇分鐘間，胎盤完全剝離，下降至子宮下部，或充塞陰道內。

E 後產娩出時之處置法 後產娩出時，以兩手於一定之方向支持之，經數度之捻轉，徐徐滑出。若妄加牽引，可引起以下各種之弊害：(一) 卵膜破裂，殘留一部分於子宮內。(二) 胎盤剝離異常，殘留一部分於子宮內。

(三) 臍帶斷裂。(四) 子宮翻轉。

後產娩出，如有遷延之傾向，應先放尿，待其自然娩出。假使於胎兒娩出後，經一小時，而胎盤仍不下降，且有弛緩性出血者，可用 Crede 氏胎盤壓出法，其術式如下：

A 放尿。

B 於陣痛發作或陣痛微弱時，就子宮底部作輪狀摩

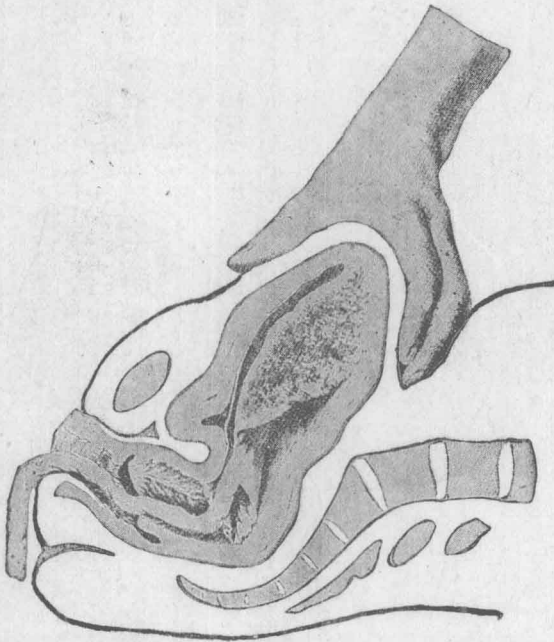


圖 120. (A) Crede 氏胎盤壓出法

擦，以促進子宮之收縮。

C 乘子宮強度收縮之時，助產士以一手或兩手，將拇指放在子宮之前面，餘四指在後面，於腹壁之上，攔住子宮底，握着子宮前後兩壁，就骨盆軸之方向，壓出胎盤。一次如不奏效，可再三用之，但須注意者，不可於子宮弛緩時行之；否則，有使子宮一部分起痙攣及子宮翻轉之虞。

此外有所謂 Dohrn 及 ShHeld 氏之期待法，以任其自然娩出爲主旨；Stearns 氏之牽引法，以人力強使剝離，危險更大，今皆不用。

第六節 分娩後之處置法

胎兒及胎盤娩出後，分娩雖已告終，但助產士之任務，仍未完了；於分娩後二三小時內，應在產婦

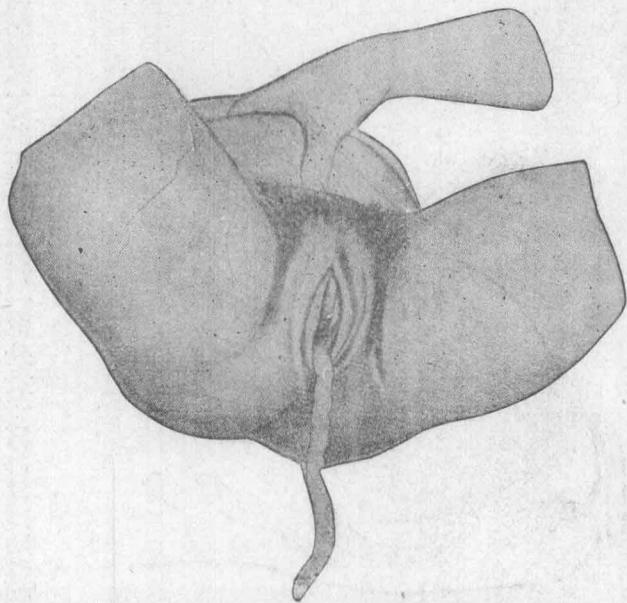


圖 120. (B) Crede 氏胎盤壓出法

原书缺页

原书缺页

意卵膜裂孔之位置大小。

檢查之後，如認為有殘留之疑者，應招請醫師診察。

分娩後經二三小時，母子兩方，均確無異常之狀態，助產士方可辭產家而去。

第八編 雙胎妊娠及雙胎分娩

人類懷胎，通常只有一個，雙胎已較罕見，子宮內同時含有二胎以上者，則尤少。茲就多胎之次數與正常妊娠者比例之，得下列之概數：

雙胎 八〇：一

三胎 六四〇〇：一

一

四胎 五一二〇〇

〇：一

五胎 四〇九六〇

〇〇〇〇：一

六胎 極少，迄今見

於典籍者僅有

三例。

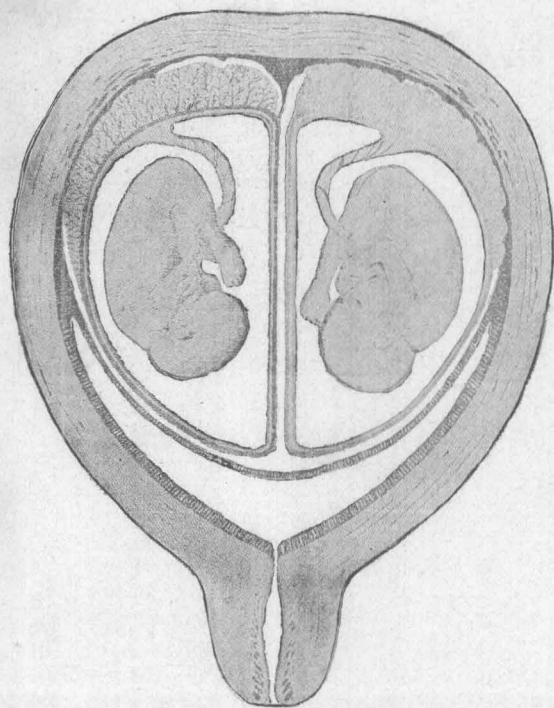


圖 121. 二期性雙胎圖

第一章 雙胎妊娠

雙胎妊娠，就其成立之理由言，可別為二種：即一卵性雙胎與二卵性雙胎。前者，為由一卵而生之雙胎，蓋一卵具有兩卵核，同時射入兩精蟲而生者也。後者，為由二卵而生，每卵只有一卵核，而各射入一精蟲而生者也。

第一節 妊娠

1. 母體變化 雙胎妊娠

之子宮，發育極速，腹部著明膨大。妊娠中一般症狀，較單胎為著，且早期呈現，易起妊娠性腎臟炎，往往合併子癩與羊水過多症。

2. 胎兒之發育 雙胎

以流產或早產者居多。即使可達妊娠末期，而其發育，亦不如單胎兒之佳良。且兩胎兒之發育狀況，

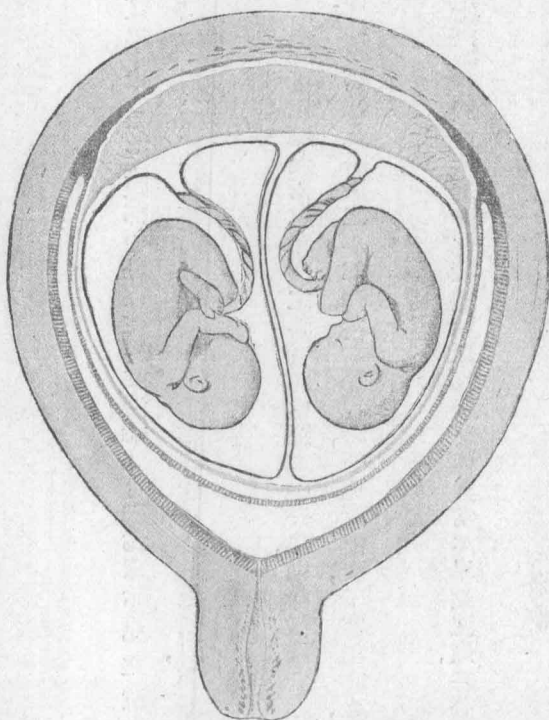


圖 122. 一卵性雙胎圖

亦並不一致。有時甲胎兒發育極佳，而乙胎兒受其影響以致死亡，或受甲胎兒之壓迫，扁平菲薄，變成紙樣，所謂紙樣胎兒者是也。

3. 斷診

A 疑徵 (一) 腹部非常膨大。(二) 腹部中央往往形成淺溝，此可視為兩胎兒之境界部。(三) 有多胎妊娠遺傳之疑者。(四) 胎兒下向部，高度下降。(五) 內診與外診上所見，與單胎妊娠者不同。

B 確徵 (一) 聽診上同時可以聽到兩處胎兒之心音，向兩點之中央部，則漸微弱。(二) 觸診上可以觸到兩個頭部，二個臀部及多數之小部分。(三) 分娩時，一兒產出後，子宮仍膨大，且仍可聽出胎兒心音。

4. 多胎妊娠 三胎以上之妊娠，母體方面之變化較雙胎更為顯著，但通常多早期流產，在分娩前不易得到確實診斷。

第二節 分娩經過

雙胎中第一兒處縱位者，其分娩經過，與正產無異。第一兒娩出以後，第二兒亦開始分娩。若第二兒亦處縱位，因產道已經第一兒之開大，通過更易。在第一兒娩出之後，與第二兒娩出之間，約隔十分至三十分鐘；其在一日以上者，則極少也。倘因第二兒分娩經過時期延長，子宮口產道收縮，則至第二

兒娩出時，須再開大。

雙胎分娩之經過，雖與單胎分娩無大差異，但事實上易起以下之各種障礙。

1. 因第一期陣痛微弱，以致第二期延長，破水前易生危險，且往往早期破水。

2. 破水後易起以下之異狀：

A 一兒娩出後，胎盤早期剝離。

B 上肢及臍帶脫出。

C 體位體勢之異常。

3. 至第三期，易來弛緩性出血。

4. 處置 與單胎分娩之處置同，但須注意臍帶之結紮。倘臍帶之第二結紮不堅實，因出血之故，影響及於第二兒，其因而死亡者，亦有之。

第二章 一卵性雙胎與二卵性雙胎之區別

1. 一卵性雙胎

A 胎盤 僅有一個，兩兒之血管互相交通。

B 絨毛膜 僅有一絨毛膜。

C 羊膜及臍帶 兩兒各有其一，故卵囊之境界處有兩層羊膜。

D 性別 兩胎兒同性。

2. 二卵性雙胎

A 胎盤 有兩個，但因癒着之故，外觀上似僅一個，兩兒之血管不交通。

B 絨毛膜 有兩絨毛膜。

C 羊膜及臍帶 兩兒各有其一，故卵囊之境界處有兩羊膜，其間且有兩絨毛膜。

D 性別 兩胎兒不必同性。

第九編 正常產褥

產褥，係指分娩完畢後，直至因妊娠及分娩所起之生殖器與全身變化完全恢復時之一段期間而言。從分娩完畢後計算，約須六—八週。在此時期內，乳腺不但不能恢復舊態，且益增大，分泌乳汁。在不授乳者，以月經再來時，為產褥終了之徵。

第一章 產婦正常經過

第一節 生殖器之恢復機轉

1. 後陣痛及子宮縮小

A 後陣痛 產褥初期，因發作性子宮收縮，感覺疼痛，是即後陣痛。後陣痛劇烈時，子宮之縮小亦速。在產褥第一日最強，經產婦及授乳之產婦，亦往往較強。其陣痛發作，可達一星期左右。

B 子宮縮小 子宮縮小之程度，可由腹壁上觸知，因子宮底之一定高位，可以推斷，如：

(一) 分娩直後在臍窩下一二指橫徑之處，且稍偏右方。

(二) 分娩後十二小時內，可以忽又升高至臍部，是因受膀胱充盈之影響。

(三) 分娩後二—三日內，漸次下降，五日

至一週間，可降至臍窩與耻骨接合之中
央。

(四) 十日至二週間，降與恥骨上緣等高，以後

無論何時，總可由恥骨接合上方觸到子宮
底。

2. 子宮陰道部及子宮口 子宮縮小時，子宮陰道部亦一同縮小，較妊娠以前稍大，或留裂痕與
癍痕；子宮口狹，口緣常有橫裂，且凹凸不平。

3. 陰道及外陰部 陰道之延長，亦於產褥中復其舊觀；但較妊娠前略闊，陰道口哆開，陰道壁弛
緩，而少皺襞。

外陰部一般縮小，浮腫及靜脈擴張等症狀，漸次消退。陰脣繫帶及其他部分，或有癍痕胎留。處女
膜，有僅缺損其基底部者。

4. 創傷治癒與惡露 當生殖器恢復縮小時，產道內創傷亦漸次治癒；在大創傷則胎留癍痕。

子宮內面有卵膜及胎盤剝離之跡，或有脫落膜殘部附着於創傷面之上，惟此廣大之創傷面，於
產褥經過中，漸次治癒。產後六—八星期，子宮內膜，完全恢復常態。

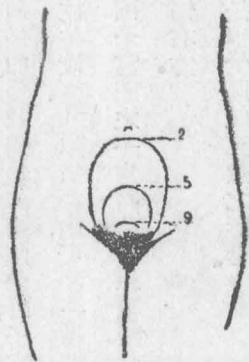


圖 123. 產褥期子宮底下降之狀態

產褥中生殖器創面上之創傷、分泌物、脫落膜殘部血液、黏液等混合排出者，謂之惡露。

產褥第一日

血液性惡露——血液含量多呈赤色

第一——二日

漿液性惡露——血液減少漿液增多呈淡紅色

第八——十日

白色惡露——不含血液呈白色或帶黃色

第四——六週

總之，產後經過日數愈多，血液含量隨之減少，全體分量亦一同減少。

第二節 乳汁

分泌之狀態

產後第二三日左右，分泌初

乳，為無色透明稀薄水樣液或呈

黃色。至產褥之第三四日，乳房著

明腫大緊張，且覺疼痛，此時開始

分泌白色不透明之常乳。

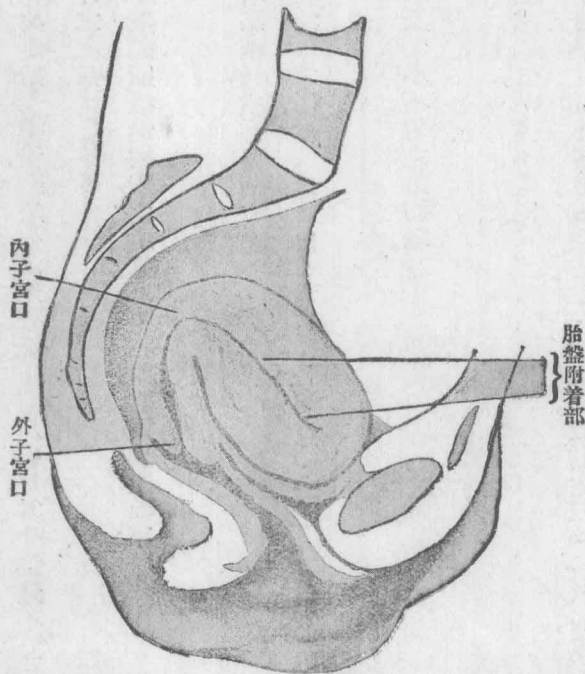


圖124. 產褥期子宮

乳汁分泌，因乳兒之吸引刺激，與定期性排泄，繼續分泌。至分娩後第八個月，其分泌量不能與乳兒之發育程度相當，是時常感乳汁之不足。

初乳與常乳，無論肉眼上，成分上，或顯微鏡檢查之所見，均不相同；其區別點如下：

1. 初乳

A 肉眼上無色透明，略有黏稠性，煮沸凝固。

B 據 Pfeiffer 氏報告：乳汁內之固形成分，蛋白占六六%，鹽類占〇·三二二%，脂肪占二·五%，乳糖占三·六%。

C 顯微鏡下可見初乳球及大小不勻之脂肪球。

2. 常乳

A 肉眼上白色不透明，無黏稠性，煮沸不凝固。

B 據 Koenig 氏報告：乳汁內之固形成分，蛋白占二·二九%，脂肪占三·一八%，鹽類占〇·一七%，乳糖占六·二一%。

C 鏡下所見，無初乳球；脂肪球，大小均勻。

第三節 產婦之全身狀態

1. 體重 分娩以後，體重減少。在產褥期中，經過良好者，體重迅速恢復。但顏面氣色，至三四星期

後，方能完全恢復。

2. 體溫 產褥第一日，略略發熱，但多在攝氏三十八度以下。至第三、四日，復有同樣之發熱，從來認此為乳熱，然因生殖器變化而起者，亦不少。惟此等發熱，經一日即消退。若溫度超過三十八度，而持續至數日之久者，則非正常。

3. 脈搏 產褥一星期內，脈搏徐緩者不少。

4. 呼吸 呼吸數與在妊娠期內，無大差異。

5. 食慾與便通 產褥第一日，食慾減少，第二三日後，始漸增進至復常態。在授乳者，往往有食慾亢進現象。

產褥初期常有便秘症狀，其原因如下：

A 因仰臥，腹壁弛緩，腹壓不大。

B 因分娩時灌腸及產褥中攝取食物量不多。

C 因產褥中靜臥之故。

6. 泌尿 產褥第一日，往往排尿困難，其原因如下：

A 因仰臥，腹壁弛緩，腹壓不充分。

B 兒頭娩出時，因受壓迫，尿道損傷，以致排尿時感覺疼痛。

7. 褥汗 健康褥婦能發汗，且多於產褥之第一星期內睡眠中發出；因此，皮膚往往溼潤柔軟。
8. 精神 健康褥婦，睡眠穩靜，精神愉快；惟產後數日內，不免稍稍興奮。

第二章 產褥之診斷

褥婦之診斷，除問診外，必要時可用外診與內診，以決定變化之由來；同時須注意以下各點：

1. 全身變化及疲勞。
2. 腹壁之弛緩與殘存着色之妊娠腺。
3. 乳房之腫大堅張，與殘存着色之妊娠腺，以及初乳乳汁之分泌。
4. 生殖器之復舊狀態，及生殖器黏膜之殘存藍赤色，與會陰部之損傷。
5. 惡露之性質，其中是否混有脫落膜及胎盤之殘片。

第三章 初生兒之狀態

胎兒產生後，其臍帶一經剪斷，即開始獨立生活。助產士於助產之際，每專心注意產婦，對於初生兒，多所忽略，因而致病者，往往有之。吾人須知初生兒之生活，與在子宮內時大不相同；以下數點，尤其顯然。

(一)外界溫度與子宮內溫度不同。(二)胎盤呼吸停止，肺呼吸開始。(三)營養物由口攝取。

1. 體重 初生兒於分娩後，第三四日左右，體重往往減少二〇〇—三〇〇瓦，是因水分攝取既少，同時排泄糞尿，臍帶脫落及水分發散所致。自此以後，至第八—十日，復與娩出時相當。在第一月內，每日平均增二〇瓦。自第二個月至第四個月間，每日增加二〇—二五瓦。自第五個月至第九個月，每日增加一〇—一五瓦。自第十個月至第十二個月，每日增加六—一〇瓦。

2. 脈搏及呼吸 初生兒之脈搏及呼吸較爲頻數，且易變動。脈搏數平均每分鐘一二〇—一四〇次，呼吸數每分鐘三五—四〇次。

3. 消化器之作用

A 口腔之構造，適於哺乳，唾液分泌不多。

B 胃液中含多量之百布聖 (Pepsin)，少量之鹽酸。

C 腸管比較長，而消化力微弱。

4. 糞便 生後三日內，排泄之糞便，謂之胎糞，無臭，帶綠黑色而黏稠，含有黏液、膽汁、上皮、毳毛、脂肪等成分。以後排出之糞便，謂之哺乳兒便。自然營養者，便色鮮黃，軟度平等，每日約有二—四次；人工營養者，便色淡黃，且較硬，每日一次。

5. 小便 初生兒之小便次數甚多，通常每日一五—二〇次，白晝較夜間為多。人工營養兒，較之母乳營養兒亦多。小便之量及排泄次數，與液體攝取量之多寡有關係。液體攝取多者，尿量亦多。產後第一星期間所排之小便，內含尿酸量頗多；在初生兒襁褓中每見有淡褐色或淡紅色斑點者，是即尿酸之沉着物。一二期後之小便，在母乳營養兒，或為無色無臭；在人工營養兒，多呈淡黃色，且因其易於分解，故屢於襁褓中放出臭氣。

6. 皮膚

A 初生兒之黃疸，為生理的現象，約占八〇%。產後二三日內發見，五六日後消失，以胸部、前額及鼻尖為著。若經久不退，則有先天性肝梅毒之疑，須加注意。

B 初生兒娩出後，三四日內，往往有皮膚落屑症，是亦生理的現象；數日以後，可以停止。

7. 臍帶脫落 臍帶剪斷後，初生兒方面之殘部乾燥發黑，乃起木乃伊性變化，於臍之周圍部，生分界線。此線呈現後，約經四—七日乃脫落，形成癍痕，終致萎縮陷沒，是即臍窩。

8. 睡眠與啼泣 初生兒睡眠時之姿勢，與在子宮內相似，下肢略向腹壁屈，兩臂彎曲，手則握拳，接近頤部，終日睡眠，飢則號泣；此外於寒熱失宜或尿布潮溼時亦然。

9. 乳汁分泌 初生兒不論男女性，其血液中含有使產婦乳房腫脹之同一物質。因此，初生兒之乳腺，於產後之第三四日左右，亦往往腫脹，可以壓出乳汁，但經數日，自然消退。若腫脹過甚，可貼放清

潔棉花，以防壓迫與摩擦。

第四章 褥婦處置法

第一節 生殖器之處置

1. 助產士應注意之點：

A 後陣痛之強弱。

B 子宮底之高低、硬軟，以及子宮近傍之有無壓痛。

C 創傷治癒之狀態。

D 惡露之量與性質。

2. 外陰部之處置 分娩時，若果嚴密消毒，產褥中只須清潔外陰部，其經過必佳。產後一星期內，每日一二次，以浸潤於微溫消毒水之脫脂棉，清拭外陰部，或用浣水器洗濯。

第二節 乳房之處置

1. 於授乳之前後，以2%硼酸水、或酒精、或清水清拭，乳嘴不可與不潔之手指相接觸。

2. 褥婦之衣服須寬大，勿使壓迫胸部，以影響乳腺之發育。

3. 乳嘴或陷凹者，可以指撮出。如不達目的，可用乳汁吸引器。

4. 乳汁分泌過少時，應予以多量之滋養品，並勸褥婦安靜心神，不可遽於廢止哺乳，可應用乳汁吸引器，或按摩乳房部，以催起排泄之機能。

5. 若因乳汁分泌旺盛，而乳房緊張腫脹時，可節減飲食量，乳房表面貼用紗布，並施提舉繃帶可以解緩壓迫；或用溫罨法，以促乳汁之吸收，或用冷罨法，以期分泌之減少，亦可供參考也。

第三節 全身狀態之處置

1. 褥婦之體溫脈搏及呼吸，須隨時測驗，並注意其顏貌有無疲勞之狀態。

2. 褥婦之食物，在產後一二日內，以用流動性或半流動性物品為宜。自第三日以後，逐漸更改，予以有形而易消化之食物。至第三星期，可以照常飲食。但不消化或易起下痢與便秘以及有刺戟性之酒類，當在禁止之例。

3. 褥婦如有便秘症狀者，宜導之使通，必要時，每日或隔日灌腸一次。

4. 膀胱過度充盈，可以障礙子宮之收縮，而為子宮後屈症之原因，故產褥中須注意泌尿。通常於

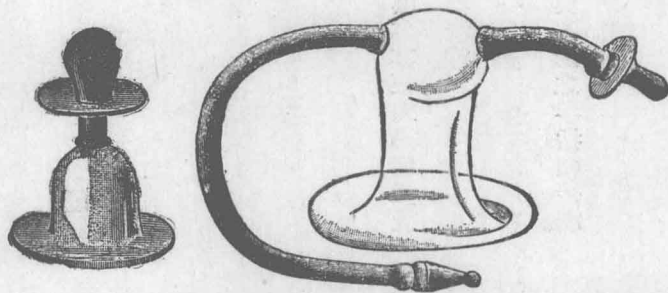


圖 125. 吸乳器 左，單頭吸乳器；右，兩頭吸乳器

產後第一日，有排尿困難之現象。如於分娩後經六小時而仍未排尿者，可於其膀胱部輕輕壓迫，助其排出。倘不見效，可於膀胱部施溫罨法，或以消毒微溫湯用澆水器灌注尿道口，促其排出。若再無效，除非因子宮收縮不良，即係由高度貧血，會陰大裂傷，全身異常而起。是時應令褥婦上半身靠起，試行放尿術，但不可任其努責。

5. 關於皮膚方面，應注意其血色及浮腫之有無。如有褥汗，當減少寢具，並低降室溫，但不可於發汗時，使身體忽然受涼。

6. 分娩後一二週間，應靜臥褥中，不可使精神興奮。在第一二日，以仰臥為佳。自第三日後，子宮收縮佳良，有相當惡露時，可以左右交互側臥。如是，不僅預防子宮後屈，且不致發生褥瘡。

7. 產褥之第二星期以後，於飲食授乳及大小便排解之際，可以少坐。

8. 產褥之第十日以後，如子宮不能於恥骨連合上方觸到，惡露量少而無血色時，可以起立步行。但除上廁及其他必要時務之外，總以多臥為妥。

9. 分娩後經三星期，可以離褥。第四星期後，可以出外。但在冬季或氣候不良時，更延長一二星期為佳。

10. 褥婦之外陰部須清潔，無論排便或排尿之後，應即消毒，更換新壓抵帶。

第五章 嬰兒營養法

嬰兒之以母乳哺育，確為最優良最合理之法，惟產婦因疾病關係，不能盡其天然之使命時，始選擇母乳養育之。無論親生母或乳母之哺育，統名之曰自然營養法；萬一併乳母之乳，亦不可得，而代以獸乳者，謂之人工營養法；二者合併用之者，謂之混合營養法。

第一節 自然營養法

1. 自然營養法之利益

A 關於嬰兒方面者 人乳容易消化，溫度適當，且有特殊風味，新鮮清潔，又無過量之慮，是以自然營養兒之死亡率較低。

B 關於母體方面者 親自授乳，可以催起食慾，促進子宮之收縮，易於復舊，且助惡露之排泄，使產褥之經過良好。

2. 哺乳之開始 分娩後七八小時左右，即開始分泌初乳。此初乳有催起胎糞排泄之效，最合於初生兒之消化機能，故不必禁忌。且是時即開始哺乳，因刺戟作用，可以增進泌乳之機能，三四日後可得多量之常乳；否則，初次即予以稀薄牛乳，其結果可起以下二種之不良現象：

A 初生兒之消化器起障礙。

B 母乳之分泌機能起障礙。

倘因初乳之分泌量極少，不足營養時，於第一二日內，可予以少量之稀薄糖湯。

3. 哺乳之次數 授乳之次數及其時間之支配，與嬰兒之發育上，有重大關係，故不可不注意，下所述者，為一般授乳者之標準，但須視嬰兒身體之強弱，及母乳分泌量之多寡，酌量增減之。

生後一星期內，每日五—八次，約隔三小時一次。生後三個月內，每日六—七次，約隔三小時一次；夜間之休息時間，可以逐漸延長。以後每日五—六次，約隔三—四小時一次；逐漸將夜間之授乳停止。

康健嬰兒一次哺乳，約須十五分至二十分鐘，飽後即離開乳頭而安睡。在身體衰弱之嬰兒，未會飽足，即已睡着。是時乳母當以指頭輕輕於其口邊叩之，或以兒口內之乳頭刺戟之。至一次哺乳之量，則因嬰兒體格之強弱及母乳分泌之多寡，而有差異。

4. 授乳之位置 產後一二日內，褥婦尚處仰臥位，當授乳時，可略斜側臥，以斜臥側之臂膊拗抱嬰兒，預將他側之手清拭，離開示中兩指，挾着乳頭，並輕壓乳房，擠出乳汁，是時乳頭已含於兒口內，任其啜吮；同時須注意兒鼻孔之閉塞。至第二星期以後，可以起坐授乳；但在夜間，雖可不必坐起，惟對於嬰兒之窒息，須隨時顧慮，免遭意外之危險。

5. 哺乳之障礙

A 原因 (一)關於母方者，如扁平乳頭、陷沒乳頭及乳頭之糜爛破裂等。(二)關於兒方者，如兔唇口蓋破裂及先天性鼻腔閉塞等。

B 處置 不適當之乳頭，於妊娠期內，即須加以矯正。乳頭破裂糜爛，須加醫治，同時可應用吸乳器。

6. 哺乳之禁忌 凡產婦發生急性傳染病，如產褥熱、肺炎、傷寒；慢性傳染病如結核、癩病、梅毒以及腳氣、腎臟炎、癩癩，與其他精神病或乳汁異常時，均應停止授乳。

助產士檢查授乳婦之體格時，如發見有上述各種疾病中之可疑者，當再請產科醫師診察決定之。

7. 乳母之選擇 乳兒最佳良之營養品，為親生母之乳汁，但因哺乳障礙、哺乳禁忌、或乳汁不足時，不得不另覓乳母以代之。選擇乳母之標準，如下：

A 身體 體格健完、營養佳良，而無結核、梅毒、淋病、癩病、精神病、癩癩、眼病、腳氣或皮膚病等，最好其血親中亦未曾患結核、梅毒、癩病及精神病者為宜。

B 性質 溫和恭順，對於本身及小兒處置適當，而無躁切之弊者。

C 年齡 以在二十歲至三十歲之間者為宜，而經產婦尤佳，因其對於育兒有相當經驗。

D 乳房 以乳腺發育佳良，乳頭適於哺乳輕壓之而有數條之線狀乳汁迸出者為宜，同時

須將乳汁之性質，加以鑑定。

8. 斷乳 嬰兒發育至一定時期，對於周圍人之食物，常有渴望，應逐漸予以適當之飲食物，使之斷乳。斷乳之時期，早遲不定，須觀察嬰兒之體格與營養狀況之如何。通常以生後第十個月至滿一歲之間為最宜。若正值暑熱，又應展緩。斷乳之前數月，即須減少授乳之次數；同時以牛乳肉汁或粉糊補足之，使漸習慣。倘至應斷乳之時期，而不斷乳，反可起消化不良，皮膚蒼白，及發育障礙等症狀，不可不知也。

第二節 人工營養法

嬰兒產出後，既不得生母之乳，復無乳母時，不得以獸乳代之。獸乳之中，以牛、馬、山羊及驢乳所含之成分，與人乳相近，茲將人乳及各種獸乳之成分，分別列表，以資參考。

成分	種類				
	人乳	牛乳	羊乳	馬乳	驢乳
蛋白質	〇·九〇%	三·〇%	二·八〇%	一·九〇%	一·六三%
脂肪	三·五二%	三·五五%	三·四〇%	一·〇〇%	〇·九三%
糖分	六·七五%	四·五一%	三·八〇%	九·三三%	五·六〇%
鹽類	〇·一九七%	〇·七〇〇%	〇·九五〇%	〇·四九〇%	〇·三六〇%

牛羊馬驢各種獸乳之中，以牛乳最爲優良，故通常所謂人工營養法，實卽牛乳營養法也。

1. 牛乳稀釋法 牛乳中所含之蛋白質成分較人乳所含者爲多，若不經稀釋，直接代用，則於嬰兒之胃腸，必起障礙。而稀釋方法，各學者不一其說，下表所列，爲稀釋之標準。

產後三週期內 牛乳一分，和水三分。

一月—二月 牛乳一分，和水二分。

三月—四月 牛乳一分，和水一分。

五月—六月 牛乳一分，和水一分之半。

七月以後，無須稀釋。

牛乳內所含之糖分，較人乳所含者爲少，故於稀釋之時，應按照比例，加入糖分，其標準如下：

產後三週後 牛乳十分，加糖一分。

一月—二月 牛乳十五分，加糖一分。

三月—四月 牛乳二十分，加糖一分。

四月—六月 牛乳二十二分，加糖一分。

七月以後，既不稀釋，亦無須加糖。

牛乳之稀釋加糖，並非一成不變，亦須視嬰兒發育之狀況如何，略有增減。茲就 Hans Meyer-

Rugey氏所述之牛乳矯正法，列表於下，可資參考。

	乳兒之日日	全日乳量	牛乳	加水分	加糖分
第二日	六〇	二〇	四〇	二〇	二
第三日	一二〇	四〇	八〇	四〇	四
第四日	一八〇	六〇	一二〇	六〇	六
第五日	二四〇	八〇	一六〇	八〇	八
第六日	三〇〇	一〇〇	二〇〇	一〇〇	一〇
第七日	三六〇	一二〇	二四〇	一二〇	一二
第二星期	五〇〇	一六〇	三二〇	一六〇	一五
第三星期	六〇〇	二〇〇	四〇〇	二〇〇	二〇
第四星期	七五〇	二五〇	五〇〇	二五〇	二五
第二月之半	八〇〇	三五〇	五五〇	三〇〇	三〇
第三月之半	九〇〇	四五〇	六〇〇	三〇〇	三〇
第四月之半	一〇〇〇	五五〇	六五〇	三〇〇	三〇
第五月之半	一〇〇〇	六五〇	七五〇	三〇〇	三〇

2. 牛乳消毒法 牛乳搾出後以至飲用之時，難免有無數之毒害物侵入。此毒害物之來源，概括言之，則有以下三種：

A 由病牛直接而來者，如牛結核、鵝口瘡等之病菌。

B 由搾乳人或器物方面而來者，如傷寒菌、白喉菌及腐敗菌等。

C 塵土糞尿等，亦可混入。

因有以上所述之危險，故於飲用以前，須嚴加消毒，其方法如下：

1. 煮沸消毒法 此為最適用之法，先將牛乳稀釋，並

加適量之糖粉，傾注於消毒瓶內，塞以橡皮栓，置於 Soxhlet 氏牛乳消毒釜中，釜之下半，充滿熱湯，加蓋，煮沸十分至十五分鐘，取出，放在冷處，臨時微溫之，於瓶口上套一橡皮製假乳頭，即可哺乳。消毒瓶栓塞，假乳頭，及其他有關之器具，使用後，先以微溫湯洗濯，任其乾燥。

2. 低溫消毒法 在攝氏七十度內外之湯中，溫熱二三十分鐘取出，放於冷處，此法更便利，家庭中多應用之。

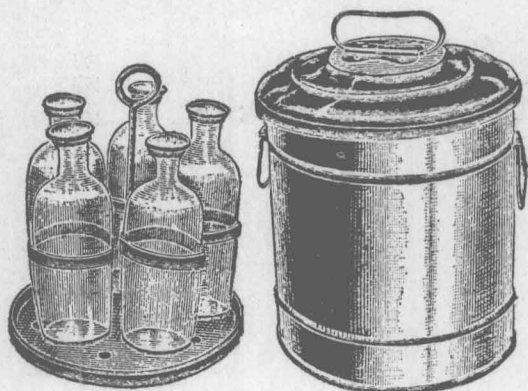


圖 126. Soxhlet 氏牛乳消毒器

在鄉僻之處，若無新鮮牛乳，不得不以煉乳代之。煉乳之又不及牛乳，自不待言；非萬無辦法，寧不濫用。因其至消化器中，容易醱酵，有害胃腸。內含糖分頗多，水分極少，使用時只須稀釋，不必加糖。茲將稀釋之倍數，列述於下：

乳兒生後在三星期內者 煉乳一分，加水二十四分。

一個月至三個月者 煉乳一分，加水二十一分。

四個月至六個月者 煉乳一分，加水十八分。

六個月至八個月者 煉乳一分，加水十五分。

九個月至十二個月者 煉乳一分，加水十二分。

煉乳以外之代用品，如 Nestle, Mellin's 及 Erich's 諸氏之各種小兒粉，皆含有澱粉，若非生齒之嬰兒，不甚適用；故只能認爲嬰物之一種副食品。

3. 混合營養法 此爲天然營養與人工營養並用之法，於母乳不足時，往往用之。或於每次哺乳之後，補以牛乳；或一日之中，哺乳與人工營養更互行之。

第十編 異常妊娠

妊娠中因妊婦之抵抗力減弱，易罹疾病。若妊娠以前，已有結核病，心臟病或腎臟病等之慢性症者；則妊娠以後，益復加劇，其影響可及於胎兒；或因卵子及胎兒自身單獨之疾患，使生理的妊娠變常，不僅危害胎兒之生命，其影響可及於母體；是即異常妊娠，亦名病理妊娠。

異常妊娠之治療，固為產科醫師之職務，但助產士不能不有診斷之學識，且在醫師未來之先，應為緊急適當之處置，醫師既來之後，如施手術，亦須有為助手之能力，故茲編所述，關係亦極重要。

第一章 胎兒附屬物之異常

第一節 卵膜之異常

1. 葡萄狀鬼胎 絨毛膜之絨毛，變為無數大小不同之囊胞，內含無色液體，互相聯絡，狀如葡萄，是名葡萄狀鬼胎。囊胞增生甚速，倏忽之間，可以充滿子宮內腔，死亡之胎兒，通常僅留其痕跡而已。

A 症狀

(一) 子宮發育極速，子宮底之高，與妊娠月數比照，往往超過之。如妊娠一個月，子宮底

則已在恥骨接合之上緣；
 妊娠三個月，竟與臍同
 高。

(二) 在妊娠初期，時常分泌
 水樣液，或反復出血。通常
 在妊娠三四個月間，即起
 葡萄狀囊胞之流產。流產
 時或流產以後，往往出血。

如出血多量，可起急性貧血症，甚或死亡。

(三) 子宮柔軟，乏彈性，有黏土樣硬度。胎兒部分、胎兒心音、胎動等生活現象，不能證明，
 而子宮雜音反著明。

(四) 正常妊娠中所起之嘔吐浮腫等症狀，程度甚高。自覺下腹部緊滿壓重及疼痛。尿量
 減少，蛋白證明。全身貧血，終於衰弱而死。

B 診斷 除上述四症狀外，尚有月經閉止惡阻等妊娠徵候。倘能證明葡萄狀囊胞，則診斷
 更爲確實。

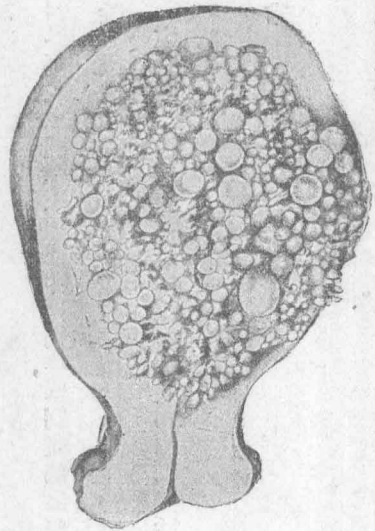


圖127. 葡萄狀鬼胎
 (剖開子宮前壁所見之狀態)

C 處置 診斷之時，如發見有本症之可疑，當速請產科醫師診察，但在醫師未到之前，如遇大出血，須即用止血處置：

(一) 令妊婦絕對安靜，下腹部用冰罨法。

(二) 陰道內用消毒藥水洗滌後，以消毒棉花充塞之。

(三) 出血劇烈時，可摩擦子宮底，促進子宮之收縮，以期胎兒之排出。

(四) 突然貧血時，可飲以葡萄酒或其他興奮劑。

葡萄狀鬼胎，大多數於妊娠前半期流產。若流產不完全，有一部分殘留於子宮內，則絨毛上皮增殖，往往發生惡性脈絡膜上皮腫，不可不注意。

2. 血樣鬼胎及肉樣鬼胎 妊娠初期，因外傷或以別種原因，使卵膜剝離，則剝離部出血，胎芽或胎兒死亡，直接排出，而子宮內容充以一塊凝血，或則胎芽或胎兒，因被吸收，僅於此凝血中之羊膜腔內，殘留痕跡，是即血樣鬼胎，亦名血胎。經過一定時間以後，凝血褪色，變成肉塊，是即肉樣鬼胎，亦名肉胎。無論其為血胎或肉胎，均可視為鬼胎之一種。

第一節 胎盤之異常

一 前置胎盤

胎盤通常附着於子宮體之上部，其下緣距子宮內口約四—五釐。若附着部較平常低下，當子宮

內口完全開大時，可以觸到胎盤之邊緣或其他部分者，名前置胎盤。就其附着之部位言，可別為以下三種：

1. 中央前置胎盤 當子宮內口完全開大時，子宮口之全部，皆為胎盤所遮蓋。

2. 側方前置胎盤 一名偏側性前置胎盤，當子宮口完全開大時，由子宮口可以觸到一部分之胎盤組織及一部分之卵膜。

3. 邊緣前置胎盤 當子宮內口完全開大時，於其內口邊緣，可以觸到一部之胎盤。其他部分觸到者，統為卵膜。

1. 症狀 前置胎盤，在妊娠前半期，並無若何障礙，至妊娠後半期，尤其於分娩時，發生種種危險。其主要之危險為出血及創傷傳染，此外並可使胎兒體位變常或早期呼吸。

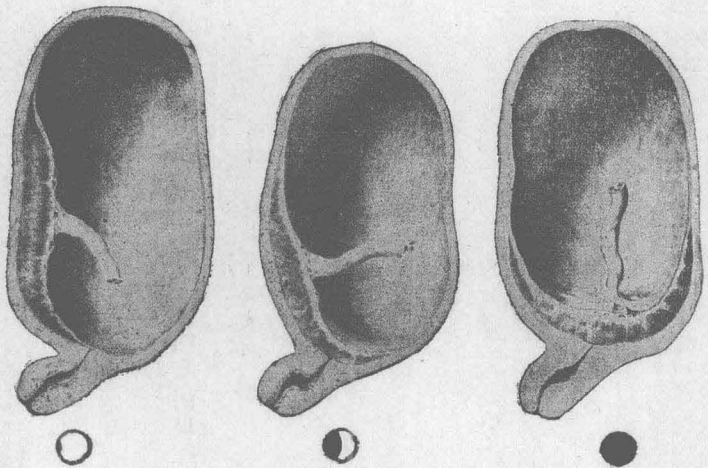


圖128. 前置胎盤
 (右)中央前置胎盤；(中)側方前置胎盤；(左)邊緣前置胎盤

A 出血

(一) 出血之理由——至妊娠末期，子宮下部延長，分娩時子宮口開大，因此胎盤早期剝離，以致出血。

(二) 出血之誘因——以外界之誘因居多，如突然起坐或睡眠中驚醒等皆是。

(三) 出血之時與量

中央前置胎盤出血量最多，且最危險，往往於妊娠八九個月之際，即有出血症狀。

側方前置胎盤出血量亦多，於妊娠九十個月之時，往往有出血症狀。

邊前置胎盤出血量不多，於妊娠末期或分娩開始時，始有出血症狀。

(四) 出血之結果

出血過多者，可因失血而死。

貧血之後，往往早產。

貧血可為微弱陣痛之原因。

(五) 血止

妊娠中一時自然止血之後，不再出血。

分娩中因胎兒之壓迫而止血。

側方或邊緣之前置胎盤，破水時卵膜緊張，胎盤收縮，可以減少出血。

(六)第三期弛緩性出血——分娩第三期，子宮壁弛緩，往往大出血。

B 創傷傳染 胎盤剝離後，創傷面與外界交通傳染之機會較多，危險亦大。

C 胎兒體位異常 易起骨盆端位，或其他之異常體位，或則胎兒下向部嵌入骨盆內，發生障礙。

D 早期呼吸 胎盤早期剝離，往往致使胎兒早期呼吸，因此陷於假死或死亡者甚多。

2. 診斷 在妊娠後半期，子宮如有出血症狀時，當疑為本症，診斷中須注意以下四點：

A 認識突然出血之原因。

B 陣痛發作時出血甚多，間歇時減少，或竟全無。破水後一時止血。

C 外診或內診可以證明：

(一)外診——於恥骨接合之直上部，子宮壁與胎兒下向部之間，可以觸到柔軟如褥之胎盤。

(二)內診

子宮口開大時，於子宮口內可以觸到海綿樣組織柔軟之胎盤。

當子宮口未開大時，在陰道穹窿部，於子宮頸管壁與胎兒下向部之間，可以間接觸到

柔軟如褥之胎盤。

D 檢查娩出之後產，其卵膜之裂孔，多接觸於胎盤邊緣，可以推知。

3. 處置——斷定其為前置胎盤後，應即請產科醫師診察；在醫師未到以前，對於大出血，應用止血處置法。

二 帶位胎盤之早期剝離

1. 原因

A 妊娠期內所起之原因 (一) 急性熱病，(二) 腎臟炎，(三) 子宮內膜炎，(四) 外傷——如打撲、衝突、壓迫、墮落、轉倒、振盪等是。

B 分娩中所起之原因 (一) 破水遲滯，(二) 胎盤附着疎緩，(三) 臍帶之牽引——如助產士之不正當牽引及因臍帶纏絡與墜落等之自然牽引。

C 羊水過少。

D 子宮內腔突然縮小——如雙胎分娩、骨盆端位分娩等是。

E 過度陣痛與過強腹壓。

2. 症狀——以出血及貧血為主症狀。其出血之狀況，種種不同：或為單純之內出血或外出血，或內出血而兼有外出血。內出血之徵候如下：

A 子宮著明膨大，子宮底高，子宮壁緊張，壓之則覺疼痛，或亦有自訴疼痛者，陣痛微弱或停止，腹壁亦隨子宮而膨大與緊張。

B 胎兒部分，不易區別，胎兒多死亡。

C 貧血症狀著明，顏面及全身皮膚蒼白。

D 除上述外，並有嘔吐、呼吸困難、脈搏頻細等症狀。

3. 診斷 注意上述各種症狀外，當與前置胎盤鑑別診斷。

A 前置胎盤之診斷要點

(一) 突然出血，原因不明。(二)

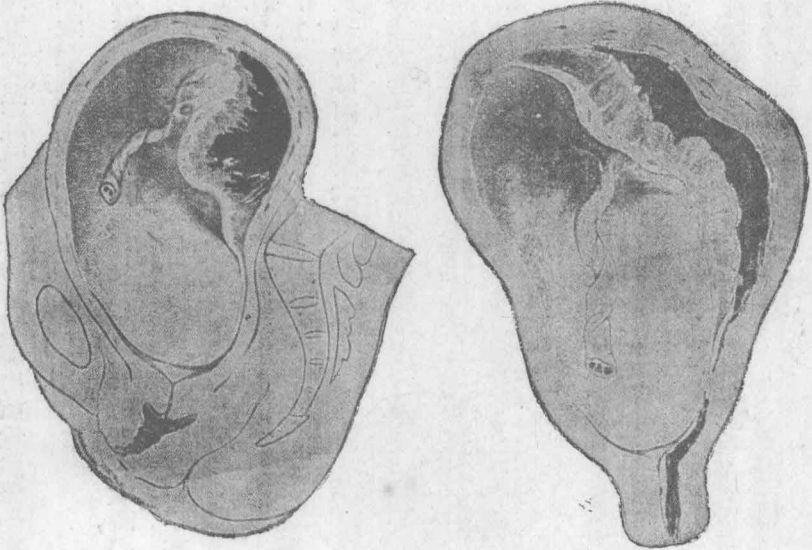


圖129. 常位胎盤早期剝離
(左) 內出血; (右) 內出血及外出血

陣痛發作時，多量出血，破水後一時血止。(三)外診與內診時，可以觸出前置胎盤，子宮陰道部與陰道穹窿部，疎鬆柔軟。(四)卵膜之裂孔，與胎盤之邊緣鄰近。

B 常位胎盤早期剝離診斷之要點 (一)出血原因可以證明。(二)陣痛間歇時，多量出血，

破水後未必止血。(三)外診與內診不能觸出胎盤，子宮陰道部與陰道穹窿部，不甚疎鬆柔

軟。(四)卵膜之裂孔，距胎盤邊緣約四—五釐。

4. 處置 令妊婦絕對安靜，禁用腹壓。於胎盤附着部之相當處，用水罈法。外出血劇烈時，可行人

工破膜法，但以下向部已經固定於骨盆，及子宮口開大至六釐時方可。

內出血證明時，可用填塞法，速請產科醫師診治。對於貧血，施用急性貧

血之一般處置法。

三 胎盤之大小及形狀異常

1. 大小異常 胎盤過大。於羊水過多症、梅毒及胎兒過熟時見之。

2. 形狀異常

A 重複胎盤 一胎盤分爲二個或二個以上之胎盤，其大小

約略相等，因是重複胎盤，復有二裂胎盤及三裂胎盤之別。

B 副胎盤 除正型之主胎盤外，尚有數個之副胎盤，大小不

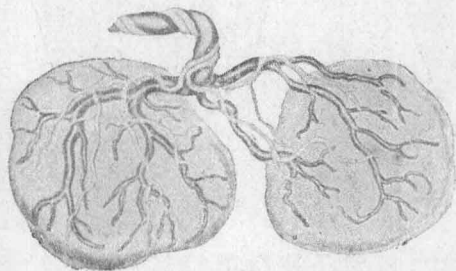


圖130. 重複胎盤

等，有大如手掌者。其血管則與主胎盤相連，分娩後容易殘遺於子宮內，而為出血發熱之原因。

C 膜樣胎盤 胎盤大而且薄，外觀呈膜樣。

D 胎盤石灰化 胎盤之母體面，有石灰沈着，肉眼上可見灰白色斑點，觸之則如觸砂礫，其於實際上，並無若何作用。

E 胎盤石灰硬變 胎盤之胎兒面，可見圖形乃至橢圓形大小不同之黃白色硬結節，此為壞死組織所起之白色硬變，於腎臟炎妊婦之胎盤往往見之。

第三節 臍帶之異

1. 臍帶長短之異常

A 過長 普通臍帶之長，與初生兒之身長相當；異常時，其長可超過二倍以上。因是，往往或真性結節，並有纏絡及易脫出之危險。

B 過短 異常時，有短至不及平常之一半者，因是往往誘發以下各種障礙：(一)胎盤早期剝離。(二)子宮內翻。(三)妨礙胎壁之癒合，可起臍腸脫症(Hernia)。

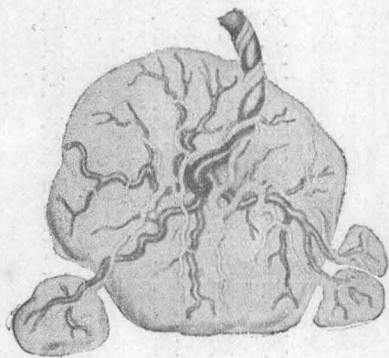


圖131. 副胎盤

2. 臍帶纏絡 臍帶之纏絡，係指臍帶纏絡於胎兒之手足、軀幹及頸部而言；就中以纏絡於頸部者居多。輕度之纏絡，固無大妨害，若纏絡過緊，不僅局部留有壓痕，且因營養障礙之故，發育不良；更以臍帶本體之血行障礙，胎兒往往死亡。

妊娠中，斷定有無臍帶纏絡，頗為困難。但凡有臍帶纏絡者，多數可以聽得臍帶雜音，可為診斷時之參考也。

3. 臍帶捻轉 捻轉數多而且強度者，因血行障礙，可使胎兒發育異常，甚至死亡。

4. 臍帶結節 假結節，並無何等障礙；若為真結節，則因妨礙血行，以致胎兒發育異常或死亡。

5. 臍帶附着異常

A 臍帶之肉叉狀附着 通常臍血管，至胎盤後始分歧，但亦有於未到胎盤之前，即已分歧，以肉叉狀附着於胎盤，是名臍帶肉叉狀附着；分娩時臍帶有斷裂之虞。

B 卵膜附着 此種例數極少，臍帶離開胎盤，而附着於卵膜上，臍血管即在此分歧，進入胎盤，僅於前置胎盤或多胎妊娠時，偶然見之。破水之際，血管即斷裂出血，危害胎兒，可以致死。

診斷中如發見卵膜上有血管搏動，破水時出血，以及胎兒心音不良等症狀者，可疑其為臍帶卵膜附着，須速請產科醫師診治。

一 羊 水 過 多 症

羊水量超過二〇〇〇瓦者，謂之羊水過多症，亦名羊膜水腫。在妊娠中及分娩時，可起種種障礙。

1. 症狀 妊娠之後半期，各症狀始著明。

A 壓迫症狀 (一) 下肢及外陰部之浮腫，較生理的妊娠為著明。(二) 下肢及外陰部之靜脈怒張，或構成靜脈瘤。(三) 膀胱及直腸，因受高度壓迫，而症狀著明。(四) 橫隔膜受壓迫，而來胸部苦悶呼吸困難等症狀。

B 胎兒體位體勢之異常 胎兒在多量羊水中，易於移動，故體位體勢，每致異常，而以骨盆端位置為最常見，且下向部之嵌入骨盆入口，往往發生障礙。

C 妊娠中斷 凡有羊水過多症者，往往早期分娩。若為急性羊水過多症，可以流產。

羊水過多症，對於妊娠中所起之各種症狀，既如上述；而於分娩時所起障礙尤大，如下：

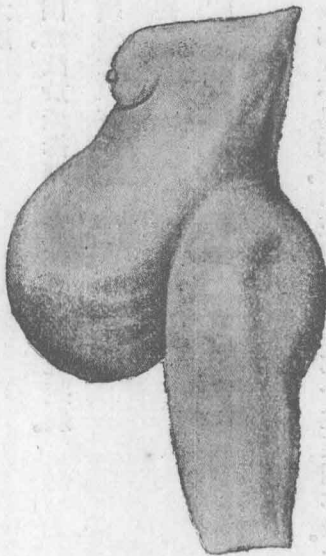


圖132. 羊 水 過 多 症
(妊娠第七個月)

- (一) 第一期陣痛微弱，且因下向部不易嵌入骨盆入口，是以結果往往早期破水。
- (二) 破水後易起胎盤早期剝離，臍帶脫出，及胎兒體位體勢之變常。
- (三) 至第三期，有弛緩性出血之虞。

凡有羊水過多症之產婦，因子宮恢復困難，故於產褥期中，往往有出血之症狀。

2. 診斷 除參考以上各症狀外，並須注意以下各點：

A 腹部作球狀，比照生理的妊娠月數常較大，腹壁緊張，且有光澤。

B 子宮比照生理的妊娠月數亦較大，形狀如球，壁亦緊張。

C 羊水有著明之波動。

D 胎兒方面之診察 (一) 胎兒各部分不易觸到，即使觸到，而各部分之區別亦難。(二) 胎兒在子宮內，極易移動。(三) 胎兒下向部於分娩開始時，不易固定於骨盆入口。(四) 胎兒之心音，難正確聽到，或則完全不能聽到。

羊水過多症，以雙胎妊娠者居多，此點須注意。如欲診察胎兒部位，或聽診胎兒心音，當令妊婦處肘膝位。

3. 處置 除請產科醫師診治外，助產士應注意以下各點：

A 妊娠中應注意者：

(一) 用適當之腹帶，輕加壓迫。

(二) 注意胎兒體位之異常。

(三) 妊娠末期，應令產婦絕對安靜。

B 分娩中應注意者：

(一) 注意陣痛；如有早期破水之現象，當使產婦安靜橫臥。

(二) 破水後當注意胎盤之早期剝離，臍帶脫出，及體位異常，並須先事預防。

(三) 注意第三期之弛緩性出血，而為應急之準備。

二 羊水過少症

本症與前者相反，以羊水減少為特徵。

1. 症狀 因羊水減少，無論在妊娠中或分娩中，可起種種障礙：

A 妊娠中所起之障礙：

(一) 羊膜與胎兒皮膚相癒着，可以發生各種畸形；就中以羊膜絲為最常見。

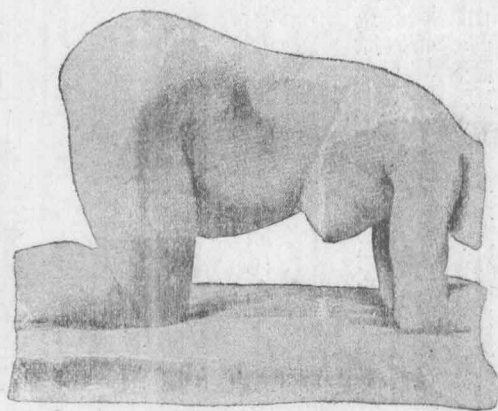


圖133. 肘膝位

(二) 臍帶受壓迫，往往障礙胎兒之發育，或致死亡。
B 分娩中所起之障礙：

(一) 因胎胞形成不充分，產道開大之時間延長。

(二) 胎盤往往早期剝離。

2. 診斷 腹部及子宮與生理的妊娠月數比照常較小，而胎兒

不易移動。

3. 處置 對於胎盤早期剝離之處置，可參閱前文。

第二章 胎兒之異常

第一節 胎兒死亡

1. 原因 妊娠中胎兒死亡之原因甚複雜，有與胎兒附屬物有關者，有因胎兒本身疾病所致者，更有由母體方面影響而來者，約略列述於下：

A 與胎兒附屬物方面有關係者 (一) 葡萄狀鬼胎與卵膜之出血。(二) 前置胎盤、常位胎

盤早期剝離及其他胎盤病變，如白色硬變等。(三) 臍帶真結節，強度捻轉纏絡，及羊水過少症。

B 與胎兒本身有關係者：(一) 高度畸形。(二) 由母體感受之疾病，如梅毒痘瘡等。

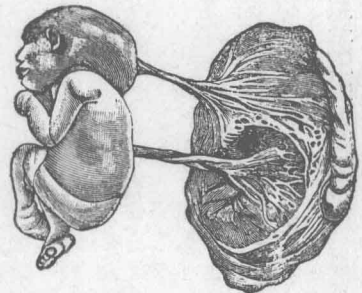


圖184. 羊膜絲

C 與母體方面有關係者 (一)子宮實質性內膜炎 (二)全身疾患，如重症之傳染病、循環器病、及呼吸器病。

2. 胎兒死後之變化 妊娠中，胎兒死亡後，數日內可以自然娩出，但亦有長時間仍停留於子宮內者，如是，則可起以下之各種變化：

A 軟化吸收 在胎芽時代，形體極小，死亡後因軟化吸收，不留痕跡。

B 浸潤 較大之胎兒，死亡後長時期在羊水中，因浸潤而軟化，又以羊水內有血色素之溶存，乃呈赤色，且無腐敗性臭氣，其主要變化如下： (一)皮膚呈銅赤色，且發水泡，或則表皮剝離，露出赤褐色真皮。 (二)兒頭柔軟，顫門及縫合弛緩，毛髮易脫，或已脫落。 (三)腹部膨滿，狀似蛙腹。

C 木乃伊樣變性 變性之結果，好似魚乾。在雙胎妊娠者，其一胎死亡後，因受生活胎兒之壓迫，變為紙狀胎兒者，亦有之。

D 骨骼化 浸潤之後，因長時期存留於子宮內，軟部被吸收，結果僅剩骨骼，是名骨骼化。

3. 症狀 參閱正常妊娠編之死亡胎兒徵候。

4. 處置 胎兒死亡之斷定，或有死亡之疑時，當請產科醫師診治。至死胎分娩後之處置，則與流產或早產同。

第二節 妊娠中斷

凡流產以及早產，統稱為妊娠中斷。

1. 原因 無論原因如何，凡可使胎兒死亡，此死亡之胎兒，在子宮內作用，等於異物刺戟，而誘發陣痛，以致妊娠中斷；例如梅毒為胎兒死亡之原因，同時亦即為妊娠中斷之主要原因。

胎兒死亡，固可為妊娠中斷之原因；即胎兒生存，有時亦能起妊娠中斷，其原因如下：

A 胎兒附屬物異常，如前置胎盤、胎盤早期剝離、及羊水過多症等。

B 胎兒異常，如複胎妊娠。

C 母體異常 (一) 生殖器疾病，如子宮發育異常、子宮後屈症、子宮及其附屬器官之炎症與腫瘍。(二) 全身疾病，如重症熱性病、重症呼吸器病、及高度之血行障礙。

D 精神的刺戟，如驚愕、及其他之急劇精神感動。

E 理學的刺戟 (一) 外傷，如打撲、衝突、壓迫、墜落、轉倒、振盪、外科手術等。(二) 施行妊娠中斷術及犯罪的墮胎。(三) 陰道填塞及熱性洗濯。(四) 坐浴、冷水浴、及海水浴。(五) 長途旅行。

(六) 藥物的刺戟，如麥角、峻下劑等之濫用，以及各種藥物之中毒。

2. 症狀 在胎盤未完成之前，以疼痛與出血，為主要徵候。

A 疼痛 腰部或下腹部，有發作性疼痛，輕度者僅有壓重與緊張之感。

B 出血 少量之出血，未必與疼痛同來，僅於下腹部感覺壓重，黏液分泌增多，經數時或數

日後，始覺疼痛，乃致流產。在出血多量者，易誤認為月經過多，亦有生命之危險。

C 全身症狀 如違和、倦怠、食慾不振、惡心、惡寒等症狀，均可發生。

D 流產

(一) 急迫性流產——前述之疼痛與出血，為流產迫切之表示，在相當程度，若用適當處置，可以防止流產。

(二) 習慣性流產——有一種婦人，因有習慣性，往往反復流產。此外凡患子宮後屈症，或子宮附屬器官之炎症，至妊娠第三四個月時，亦多流產。其因梅毒所致之流產，時期較遲。

(三) 完全流產——在妊娠初期數星期內，即起流產者，妊卵可以不受損傷，而完全排出，是名完全流產。其內外卵膜完好，內含羊水、胎芽、臍帶等，一同娩出。表面之絨毛，恰如栗球，其上或有脫落膜及凝血之附着。此種流產，分娩中及分娩後，出血量不多，至久不過十日之經過，而完全止血。

(四) 不全流產——妊卵排出之際，卵膜破裂，羊水流出，胎兒或胎兒與卵膜之一部分排出，其他一部分或全部之羊膜，殘留於子宮內。因此，妨礙子宮之收縮，出血不止，而為各

種婦人科病之原因，甚則可以致死，不可不注意。

(五) 遷延性流產——妊卵排出，遷延時間，有至一星期以上者，因此出血之期間，亦當然隨之延長矣。

(六) 稽留性流產——陣痛與出血，一時性休止，已死之胎兒與其附屬物，尚稽留於子宮內，有經一月之久而始產出者，是名稽留性流產。

胎盤完成以後之流產或早產，其分娩經過，與定期產無異。所不同者，為妊娠月數不足，胎兒體位往往異常，及後產娩出之困難。

3. 診斷

A 問診及外診 凡自覺妊娠，或經助產士斷為妊娠之婦人，其下腹部有壓重緊張之感，並有出血症狀者，為將流產之表示。

B 內診 子宮口開大，且於子宮口內觸到緊張之卵膜時，可斷為流產已經開始。若卵膜已破裂，並觸到胎兒之一部分者，則更確實。

4. 處置 流產以後，易起各種婦人科病，故診斷定後，或有懷疑時，須請產科醫師診治。在醫師未到之前，應為以下之急救處置。

A 一般的處置 (一) 將妊婦移臥牀上，令其絕對安靜，鎮定精神。(二) 給予易於消化而有

滋養分之清涼飲料。(三)注意臥室內之換氣與溫度。

B 出血劇烈時之處置 (一)於妊婦之下腹部，貼用冰囊。(二)施行陰道填塞法。(三)對於貧血，適用一般之貧血處止。

C 凡正規分娩中，應注意之點，如安靜、消毒、以及其他攝生法，對於流產者，尤須特別慎重；否則，可起以下之各種危險：(一)出血。(二)產褥熱。(三)胎日後婦人科病之根源，如不妊娠及習慣性流產等。

早產之經過，與定期產同，故其處置亦應同其嚴重，並須特別注意胎盤之殘留。對於早熟之嬰兒，尤應加意保護。

第三節 子宮外妊娠

受胎之卵，在子宮腔以外，無論其在輸卵管、卵巢或腹腔內附着發育者，謂之子宮外妊娠。

1. 子宮外妊娠之種類

A 輸卵管妊娠 (一)間質部妊娠。(二)輸卵管峽部妊娠。(三)輸卵管壺腹部妊娠。

B 輸卵管卵巢妊娠

C 卵巢妊娠

D 卵巢腹腔妊娠

E 腹腔妊娠

2. 原因 受精之卵, 至子宮腔之途中, 如遇障礙, 則停止於該處而妊娠, 其原因如下:

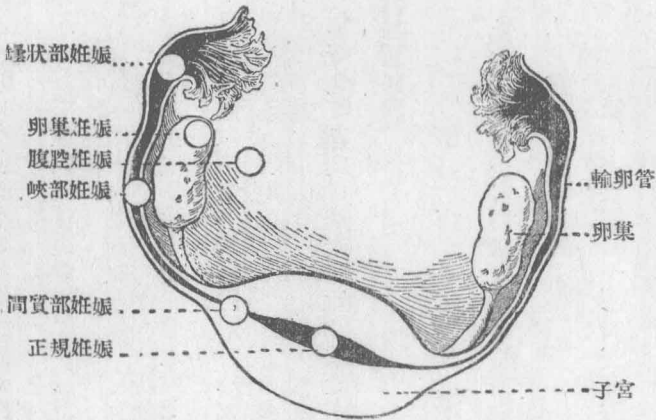


圖135. 子宮外妊娠之種類 (內生殖器水平斷)



圖136. 輸卵管妊娠

3. 解剖上變化

A 輸卵管之黏膜炎症。

B 輸卵管屈曲。

A 受精卵之附着於輸卵管黏膜，一如受精

卵之附着於子宮黏膜，起同樣變化，即於此部

構成胎盤，胎兒在卵膜內羊水中發育，而輸卵

管壁之肌肉肥厚，形成胎囊之一部，但與正規

妊娠之胎囊，自然不同也。

B 子宮之變化 子宮妊娠，子宮同時亦膨

大粗鬆，構成脫落膜。

C 輸卵管流產及輸卵管破裂 妊娠一二

個月頃，輸卵管之肌肉，亦如子宮肌肉之起收縮，乃將妊卵向腹腔壓迫，於是輸卵管口開大，妊卵乃隨出血而排出於腹腔內，是名輸卵管流產。若妊卵不早期流產，向前發育，至妊娠三四個月時，輸卵管壁菲薄延長，乃致破裂，腹腔內有多量之出血，是為輸卵管破裂。此多量之血液，乃向子宮後方滯溜，形成子宮後血腫，或以大失血而致命。

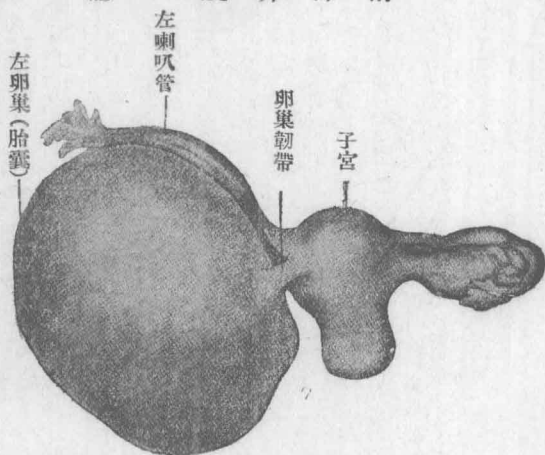


圖137. 卵巢妊娠

當輸卵管流產或破裂時，子宮內脫落膜亦剝離，子宮收縮，乃排出血液於體外。

D 妊卵之運命

(一) 子宮外妊娠，不起輸卵管流產或破裂，而持續妊娠至十個月者，為不可能之事。

(二) 輸卵管流產或因輸卵管破裂，胎兒落到腹腔內，若出血不多，在腹腔內可以繼續發育，是名腹內妊娠。

(三) 胎兒死亡後之變化 (a) 在妊娠初期，可以軟化吸收。(b) 胎兒石灰化。(c) 胎兒木乃伊化。

E 症狀 子宮外妊娠，初期之經過，與正常之妊娠無異，故診斷不易。但至一定時期，則以下

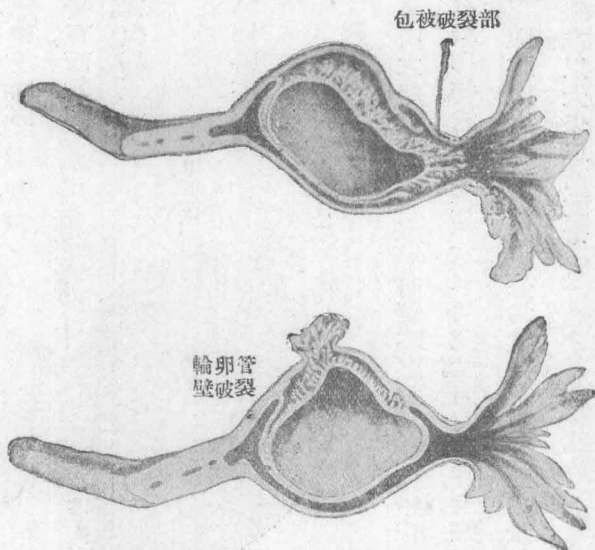


圖138. 輸卵管流產及輸卵管破裂 (上)輸卵管流產; (下)輸卵管破裂

各症狀，始漸著明。

(一) 疼痛——妊娠一二個月時，往往起輸卵管流產，因輸卵管之收縮，而下腹部有發作性疼痛，且皆偏於妊娠側，是即輸卵管陣痛。至胎囊破裂，則發激劇性疼痛，且多即時卒倒。

(二) 內出血——因輸卵管流產或輸卵管破症，以致內出血，可起貧血症狀，如妊娠婦之顏面蒼白、眩暈、眼光閃發、眼界昏黑、惡心、嘔吐、欠伸、口渴、胸內苦悶、呼吸困難、心動微弱、脈搏細小、人事不省、虛脫等皆是。

(三) 外出血及脫落膜排出——當輸卵管流產或輸卵管破裂之際，同時下腹部疼痛，子宮出血，脫落膜排出。

(四) 血腫——因輸卵管流產或輸卵管破裂，流出之血液，瀦溜於子宮後方，可形成血腫，是名子宮後血腫。若血腫部位，限局於輸卵管壁之周圍，是名輸卵管周圍血腫。但於陣痛數次發作之後，始能於下腹部之左側或右側認出，內診時可於子宮之後方觸到。血腫之大小種類無定，或暫時軟化而忽又硬化。觸診時，有壓痛之感。其經過中能自然吸收而消失者，為最良之結果。若因傳染化膿，則有發生腹膜炎之危險。

F 診斷 凡有妊娠徵候之婦人，於妊娠於第三四個月內，下腹部突然疼痛、卒倒，且有急性

貧血症狀者，可疑其爲子宮外妊娠之胎囊破裂，或輸卵管流產。若兼有子宮出血與疼痛症狀，並發見脫落膜排出者，診斷更爲確實。

G 處置 如遇有子宮外妊娠之胎囊破裂或輸卵管流產之疑者，當速請產科醫師診治，並令妊婦絕對安靜，下腹部貼用冰囊，對於急性貧血，用一般貧血處置法。

第三章 母體之異常

第一節 子宮發育異常

1. 重複子宮 有兩個子宮，同時陰道亦重複。
2. 縱隔子宮 子宮腔內，生有中隔。
3. 兩角子宮 子宮底分爲左右二部，此多與縱隔子宮合併發見。
4. 單角子宮 兩角子宮之一角不發育，僅有其痕跡者，名單角子宮。其發育於主角，可以妊娠；若在副角妊娠，則與子宮外妊娠無異，至妊娠於第三四個月，有破裂之危險。

凡有以上之各種畸形者，妊娠中可起以下諸障礙：(一)流產。(二)子宮破裂。(三)陣痛微弱。

第二節 子宮位置異常

一 妊娠子宮前屈症

1. 原因 正常子宮略向前傾，且稍屈曲，妊娠以後，其傾斜與屈曲之程度減輕，然以多次妊娠，腹壁弛緩，或因骨盆狹窄，胎兒向下部不易進入骨盆腔時，則子宮前屈，腹部突隆，是名尖腹。在高度前屈者，下腹部向前下方沈垂，子宮底部甚至與陰道部同高，外觀如袋，是名懸垂腹。

2. 症狀

A 妊娠期內，妊娠婦尿意頻數，排尿困難，便秘，步行障礙，有牽引性疼痛，往往流產。

B 分娩時易起胎兒之體位與體勢異常。

C 分娩時陣痛雖已開始，而兒頭尚不能循一定方向進骨盆入口，反向後方或後上方壓迫，因此陣痛失其作用，屢致早期破水，乃起疲勞性微弱陣痛，或子宮破裂。

3. 處置 對於經產婦之腹壁弛緩者，應預防懸垂腹之發生，隨時將子宮底扛舉，以整復其位置，用適當之腹帶以支持子宮。至分娩時，胎兒向下部進入骨盆入口之後，可將腹帶除去。如因骨盆狹窄而起，當請產科醫師診治。

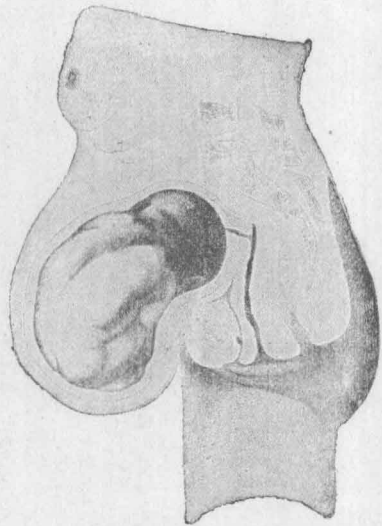


圖139. 懸垂腹

二 妊娠子宮後屈症

1. 原因 妊娠前如有子宮後屈症，則妊娠以後，後屈之症狀益著明；妊娠以後始起子宮後屈症狀者，其原因如下：

A 因急劇之外力，如妊婦墜落，轉倒或跳越等而起。

B 因腹壓增強，如伸手向高處取物，攜重與荷重，或便秘時之努責而起。

C 其他原因 (一) 骨盆傾斜度小。(二) 子宮之結締組織弛緩。(三) 怠於放尿膀胱時常充盈。

2. 症狀

A 膀胱受壓迫 後屈子宮之子宮陰道部，常向前上方壓迫膀胱頸部，因此乃起排尿困難與尿意頻數等症狀。

B 直腸受壓迫 後屈子宮之子宮底常向後下方壓迫直腸，因此乃起便秘症狀。

以上二症狀，為後屈子宮之第一徵候；若後屈之程度增高，則生以下各種結果：

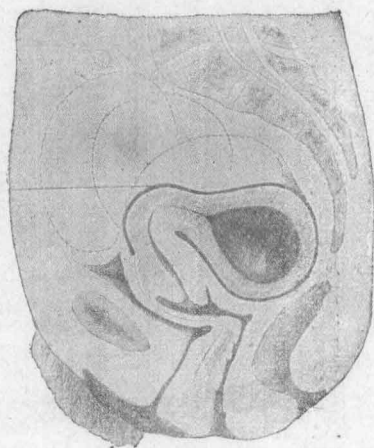


圖140. 後屈妊娠子宮

A 復位 此為最好之結果，至妊娠之第三四個月時，可以自然復位，或由醫師之力而恢復其正常位置。

B 流產 復位如不可能，則子宮在小骨盆內膨大，至一定程度，不能向上升高，因此前述之壓迫症狀益著明，以壓迫刺戟之故，乃致流產。

C 子宮嵌頓 此為最不幸之結果，

至妊娠第四個月時，子宮膨大，既不能復位，又不能流產，嵌在小骨盆內，是名子宮嵌頓症，可起以下諸症狀：

(一) 膀胱壓迫之症狀益著明，以

致尿閉或起淋瀝。是時尿液滯

溜於膀胱內，因此膀胱愈膨滿，

而下腹部愈向前方膨隆，感覺

疼痛，此時觸診上有波動感，持

續過久，則膀胱內之尿腐敗分解，不僅引起膀胱加答兒，因膀胱壁之壞死，可以破裂，或起敗血症，與尿毒症。

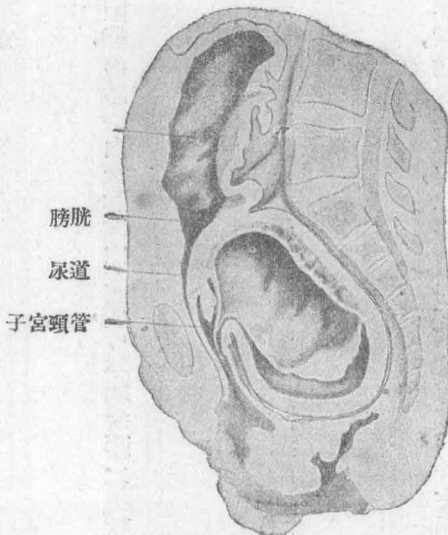


圖141. 後屈子宮嵌頓症

(二)直腸壓迫之症亦愈著明，便秘益甚。

(三)全身症狀，如頭痛、眩暈、倦怠、冷汗、四肢厥冷、脈搏頻細等，均可呈現。若不速加適當處置，則妊婦之衰弱益甚，終不免於死亡。

3. 診斷

A 妊娠第二三個月之際，排尿及便通困難，內診時由後陰道穹窿部，可以觸到膨大柔軟之子宮體。

B 尿閉與便秘，且有危險之全身症狀時，可斷其為子宮後屈症。

4. 處置 如有子宮後屈症之疑者，當請產科醫師診察。倘發見子宮之嵌頓症狀，除速請醫師外，當為以下應急之處置：

A 令妊婦安臥。

B 若痛劇甚時，可以已經嚴密消毒之手指，送入陰道內，以手指就子宮陰道部向後方壓迫，促其自然排尿。

C 如不能達排尿之目的，可試用放尿管，但須鎮靜，不可用力，即使不達目的，亦無妨礙。

三 妊娠子宮下垂及脫出

子宮下垂，係指正常子宮下降而言；而子宮脫出，則指子宮脫出於陰裂外面而言，同時陰道亦往往

脫出。

1. 原因

A 妊娠以前已有下垂症狀者。

B 經產婦之有陳舊會陰破裂者。

C 在妊娠期內因激劇之外力，如墜落轉倒，亦可發生。

2. 症狀

A 輕度下垂者，因子宮膨大，可以自然上升。

B 高度下垂者，則起流產或早產。

C 起嵌頓症者，雖有之，但極少。

D 因脫出部之組織硬韌，可以妨礙分娩時之

子宮口開大。

E 子宮激劇脫出時，下腹部疼痛極烈，並有惡心嘔吐失神等症狀。

3. 處置 除請產科醫師診治外，須令妊婦安靜，處側臥位，大小便時，不可努責，增高腹壓。脫出之

子宮陰道部，以塗有硼酸萬士林之紗布被覆之，以防脫出部之乾燥及潰瘍之發生，其上施用壓抵繃

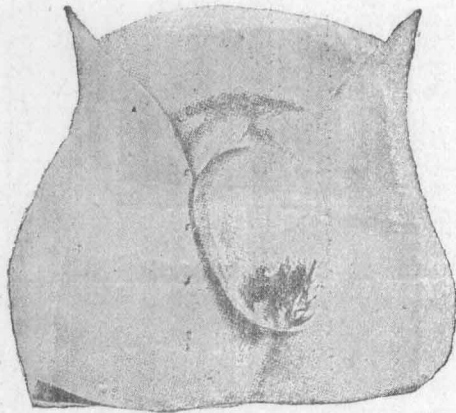


圖142. 子宮頸部脫出

帶，促其恢復原位。

第三節 生殖器之炎症

一 子宮內膜炎及子宮實質炎

1. 原因 結核梅毒及其他病變。

2. 症狀 分泌物甚多，且兼含血液，子宮部感覺疼痛，結果可致流產或早產，分娩時陣痛微弱。

3. 處置 除由醫師診治外，白帶多時，應清潔外陰部。

二 淋病

1. 原因 淋菌傳染。

2. 症狀 陰道內有多量帶黃綠色之分泌物，外陰部及陰道口灼熱、腫脹、潮紅、疼痛，周圍部皮膚發生潰瘍或尖圭性胼胝，尿道口腫脹、潮紅，內含膿汁，尿瀾濁，排尿時疼痛而且尿意頻數。

3. 處置 內診時，須將外陰部嚴密消毒，如有分泌物附着於手指之疑時，當切實消毒，否則無意中可傳染於自己或他人之眼中，因此起膿漏眼而失明者不少。

三 梅毒

1. 原因 梅毒螺旋菌傳染。

2. 症狀

- A 第一期梅毒 其所發症狀，為初期硬結，硬性下疳或無痛性橫痃。
- B 第二期梅毒 其所發症狀，為全身發疹；或扁平性胼胝。
- C 第三期梅毒 於骨肌肉及各種內臟發生梅毒性橡皮腫。
3. 結果 往往流產或早產，且可為胎兒死亡之原因。即使能至定期分娩，其所生之子女，亦因有先天性梅毒之故，發育不完全。

4. 處置 對於妊婦及梅毒性初生兒之處置與養育法，須遵醫師之指示。

第四節 生殖器之腫瘍

一 子宮癌腫

1. 原因 不明，以經產婦患之者為多。
2. 症狀 初起時分泌物增多，繼則混有血液，以後全為血液，且發惡臭，下腹部有多少疼痛感覺，往往因此流產或早產。分娩中陣痛微弱，障礙子宮口之開大。
3. 處置 如有癌腫之疑，當請醫師診治。

二 子宮肌腫

1. 原因 不明，以子宮壁平滑肌增殖為主。
2. 症狀 妊娠中有出血症狀，往往流產或早產，至分娩時，陣痛微弱，胎兒位置異常，胎兒通過困難。

黃肝盤不易剝離

3. 處置 如發見囊腫時，應請專門醫師診治，用開腹術摘出之。

第五節 妊娠中之出血

1. 前半期出血之原因 (一) 流產。(二) 鬼胎流產。(三) 子宮外妊娠之中斷。(四) 月經樣出血。

2. 後半期出血之原因 (一) 前置胎盤。

(二) 常位胎盤早期剝離。

3. 不定期出血之原因 (一) 生殖器之外傷。(二) 子宮腫傷。(三) 靜脈瘤破裂。(四) 子宮陰道部之糜爛。

第六節 由妊娠而起之疾病

一 惡阻

在妊娠初期，而尤以妊娠之第二三個月時，對於飲食之嗜好起變化，因之惡心、嘔吐、唾液分泌過多，但無著明之營養障礙者，尚屬正常之妊娠嘔吐。若嘔吐愈甚，不能攝取食物，全身營養起障礙，呈病

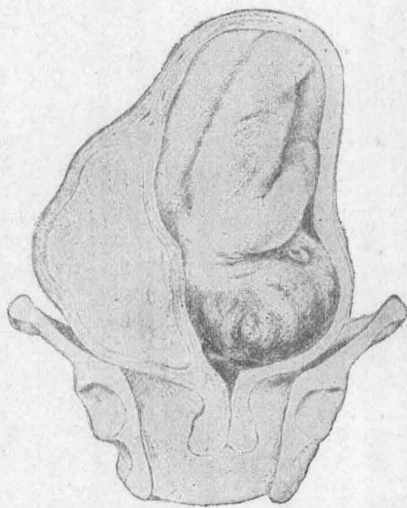


圖143. 子宮肌腫

的狀態，是名惡阻。

1. 原因 惡阻之原因不明，通常認為妊娠期間妊婦體內發生一種毒素，此為主張中毒說者之言。至毒素之來源，有以其由胎兒方面而來，亦有以其由絨毛膜之絨毛上皮細胞產生。此外如胃腸疾病、生殖器官病、及肝腎等病，亦可為其發生之補助原因。

2. 症狀

A 第一期症狀 是為正常妊娠嘔吐，僅於早晨空腹時惡心嘔吐，但旋即停止，可以早餐。其後嘔吐雖仍有發作，而次數逐漸減少，行適當之妊婦攝生法，可以自然治愈。

B 第二期症狀 在輕症者尚不越正規妊娠嘔吐之範圍，以後嘔吐度數愈多，漸次劇烈，無論攝取任何食物，均可引起嘔吐，其結果因營養不足，身體日益衰弱，脈搏細小而頻速，同時因水分不足，以致口渴，尿量減少。

C 第三期症狀 亦名中毒期，以下各症狀俱發見。

(一) 發熱——熱型不定。

(二) 痙攣——顏面及手足肌肉起搖擻性痙攣。

(三) 神經系統障礙——凡嚙語、嗜眠、人事不省、閃光、耳鳴、幻視、幻聽等症狀，俱可發見。

(四) 尿——內含蛋白，或混有血液。

(五) 脈搏細小頻速。

(六) 嘔吐——反趨鎮靜，此為危險之徵象。

本症早期，若加以適當處置，容易治愈。一入第二期，治療上即感困難。至第三期，豫後多不良，可以致死。

3. 處置

A 妊婦須行適當之運動，在新鮮空氣中，應多多散步，避免精神之興奮。

B 隨妊婦之意選擇食物，以富有滋養分而易消化者為宜，否則即為妊婦平時所好者，亦當禁止。如有早晨嘔吐症，在其起床之前，飲以一杯涼水或涼茶，令其橫臥，暫時安靜，以後再行起床。若因食物分量攝取過多而致嘔吐者，可分數次攝取。

C 凡有便秘症者，須使之通利，必要時可用浣腸法。

衣服及居室，須合娠娠中攝生法。

娠娠嘔吐增惡時，常請產科醫師診治，在醫師指示之下，可用滋養液或生理風鹽水灌腸。妊婦口渴時，可以重曹水代茶。注意體溫。如有痙攣性神經症狀者，臥室內須絕對安靜，避免刺戟，整理便通，並注意尿量。若嘔吐停止，而脈搏及其他症狀不良時，可斷其已至危險時期，處置方面，更須慎重。

二 唾液分泌過多症

妊娠中唾液分泌，往往增多，以妊娠之第二三個月時為著明，至第五個月而消失。若自始至終，續不斷，則為病的現象，每日排泄量可達一〇〇〇—一五〇〇瓦，妊婦凶不堪其煩，障礙睡眠及消化，遂致貧血。

處置之法，以清水或三%之鹽剝水嗽口，節制液體攝取之過多，並行暗示療法，安慰其心神。

三 齒 齦 炎

妊娠第三四個月時，齒齦發赤腫脹，齒間之齒齦作茸腫狀隆起，呈紫色而易出血，齒牙弛緩，往往脫落，因此咀嚼不便，且覺疼痛，口內放惡嗅，分娩後可以治愈，但因授乳，又可增惡。

本症原因不明，妊娠中注意口中之清潔，時常含嗽，預防發生。

四 尿 閉 症

1. 原因 妊娠子宮，逐漸增大，壓迫膀胱及尿道，以致排尿困難。在輕度者，僅有尿意頻數之感，重症者，尿意雖已催起，但不能達排尿之目的，是名尿閉症。

2. 症狀 膀胱充盈，下腹部膨滿、緊張、疼痛，往往因嘔噎咳嗽，以致失禁，陰部濕潤惡臭，且有不快症狀。

3. 處置 對於僅有尿道意頻數者，令其安靜，施用適當之腹帶，或於膀胱部用溫罨法，必要時可試行導尿法，但須嚴密消毒。尿失禁後，須清潔外陰部。

1. 原因 除靜脈還流障礙外，有主張其因中毒而起。凡因妊娠而起之靜脈瘤，多發生於陰脣陰道壁及下肢部。

2. 症狀 程度輕者，雖不起若何障礙，在高度者，則其局部有緊張疼痛及搔癢之感，運動步行之後，容易倦怠。如其形體甚大，往往因衝突、摩擦、及分娩時之努責，而破裂出血。

3. 處置 凡已發生靜脈瘤，當禁止其久立步行，於其局部貼用棉花，並施壓迫抵繃帶，以防搔爬摩擦及外傷。如有發赤疼痛之症狀，則用冷罨法。若破裂出血，於其出血部之下，用手指壓迫，上貼消毒棉紗，外加壓抵繃帶。

六 骨盆關節之弛緩

妊娠中骨盆關節，如恥骨接合及薦腸關節，常多少弛緩，但其變化經過輕微，至妊娠後半期，始覺關節部疼痛，且容易疲勞。其疼痛以早夕為著，日中較輕。處置法，命妊婦安靜，於骨盆部施用壓迫繃帶。

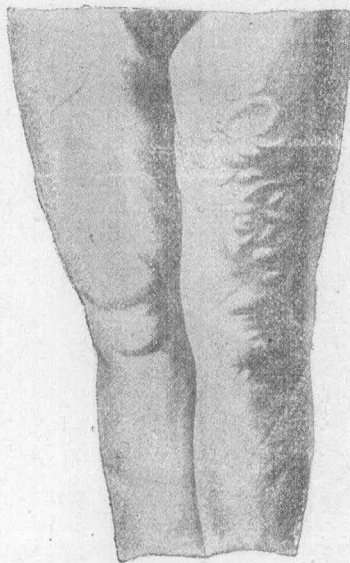


圖144. 妊婦靜脈瘤

凡妊婦、產婦、褥婦、有失神症狀、而全身肌肉痙攣發作者、謂之子癇、或名急癇。其中以分娩期子癇為最多、妊娠期子癇次之、產褥期子癇最少。

1. 原因 以妊娠中毒說為最有力、其毒素之根源、有主張其由胎兒方面而來、亦有主張其由胎盤內之細胞產生者。此外腎臟與肝臟起變化時、亦可排出一種毒素、而為子癇之補助原因。

妊娠期子癇、常起於妊娠後半期、而尤以高年與幼年之初妊婦為多、在雙胎妊娠者、亦常發生、此殆因子宮高度壓迫之結果、腎臟起障礙所致。

2. 症狀 子癇發作之前、往往有頭痛、眩暈、視力障礙、聽覺障礙、惡心、嘔吐、欠伸、怠倦等前驅症狀、次乃入於真正之發作期、以痙攣為主徵候。

A 痙攣發作之次數與時間 發作時先於口圍之肌肉起抽搐性痙攣、次乃全身之肌肉起強直性痙攣、最後則全身之肌肉起抽搐性痙攣。每次發作、約須一分鐘、可以反復發作、少者僅發一次、多則可至一百次以上。

B 痙攣發作中之狀態 患者顏面呈青藍色、眼球上竄、牙關緊閉、口腔內流出泡沫、有時因舌被咬傷、泡沫內混有血液、此外尚有角弓反張、意識喪失或溷濁及輾轉反側等症狀。

C 痙攣間歇時之狀態 發作後意識不即復舊、患婦往往熟睡、且發鼾聲。若意識恢復、復來

次回之痙攣，則失神之時間延長。以後即使意識恢復，而記憶力則甚衰弱。

D 痙攣發作與分娩之關係 若於發作失神時，恰來陣痛，可以分娩，醒覺後完全不能記憶；但亦有因產婦熟睡，不能分娩，乃致死亡者。

痙攣症狀，如繼續發作一二回，胎兒往往死亡。其在母方，死亡之危險雖較少，即幸而痊愈，亦不免有精神病、失明、失語症、或四肢麻痺等之貽後症。

3. 診斷 在妊產褥婦，若有失神症狀，而全身肌肉痙攣者，斷其為子癎，當不致誤。但須與歇斯得利症 (Hysteria) 認真區別，此責任應由醫師負之。

4. 處置

A 妊婦若有全身浮腫，尿量減少症者，為預防起見，應請產科醫師診治。

B 當痙攣發作時，須避免刺戟，令患婦安靜，用開口器將口開大，以布塊或木片填塞於臼齒之間，防其咬傷口舌。必要時將舌鉗出，以防舌後退，如是可免窒息之危險。

C 當痙攣過去，在間歇時期，人事尚未省時，不可與以飲食物，恐其誤入氣管，致起嘔下性肺炎。待其醒後，與以多量之飲料。如有假齒，當預先除去之，防其下嚥。

D 在人事不省中，可以分娩，故須注意分娩之經過，但不可濫用內診與外診，恐誘起痙攣之發作。

1. 原因 不明或因妊娠毒與腎臟之血行障礙而起，亦未可知，分娩後即愈。

2. 症狀

A 浮腫不僅限於下肢，即顏面眼瞼及外陰部，皆著明浮腫。

B 尿量減少，同時尿中可以證明蛋白。

C 頭痛、頭重、惡心、嘔吐等症狀，皆呈現。

D 視力障礙，常與四肢搖擗性痙攣併發。

妊娠腎若不及早治療，可起以下各種之危險：

A 妊娠中之危險 (一) 胎盤早期剝離 (二) 胎

兒死亡 (三) 流產或早產 (四) 爲子癇之誘因 (五)

因蛋白性網膜炎而失明。

B 分娩中之危險 (一) 陣痛微弱 (二) 弛緩性

出血。

3. 處置 凡妊婦有浮腫、尿量減少、或視力障礙等症狀者，應速請產科醫師診治；同時須安靜，預

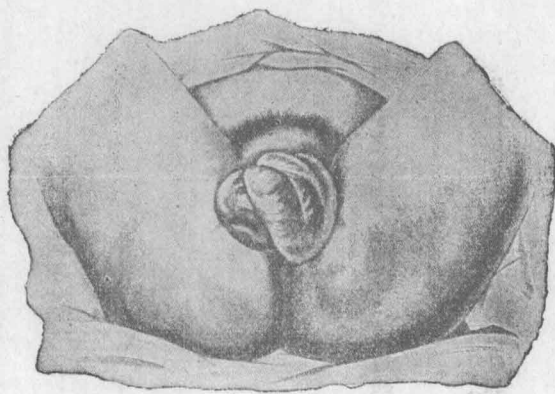


圖145. 由妊娠腎而起之陰唇浮腫

防感冒，禁用酒類，禁忌肉類，多食蔬菜。

九 浮腫

1. 原因

A 妊娠子宮之壓迫。

B 妊娠中毒。

C 腎臟炎。

D 腳氣。

E 心臟病。

2. 症狀 通常僅於下肢陰部及下腹部，初呈鬱血症狀，及血液中之液體成分滲出，附近組織被其浸潤，乃起浮腫。

3. 診斷 於下層硬固表面柔軟之部，如脛骨之前面內側，以指頭壓迫之，其壓痕暫時不退，此為浮腫之徵。

4. 處置 因妊娠而起之壓迫性浮腫，僅限下腿者，無須特別處置。浮腫程度稍高者，可將下肢高舉，或自足部向大腿部，用繃帶纏絡亦有效。其因腎臟炎、腳氣或心臟病所起之高度浮腫症，當請產科醫師診治。

良。

1. 流行性感胃 妊婦對於流行性感胃，最易感染，一經感染，往往流產或早產，且其預後亦多不

2. 熱性疾痛 妊婦如感染熱性病，易致流產或早產。

3. 心臟病 妊婦如有心臟病，妊娠往往中斷，若其症狀增惡，即母體之生命，亦有危險。

4. 肺結核 凡肺結核之婦人，妊娠以後，症狀增惡，可起妊娠中斷症。

5. 腳氣 無論妊婦、產婦、或褥婦，均易認染腳氣病，其症狀如下：

A 浮腫，以下肢為著明。

B 下肢疲軟，知覺異常，步行不便，腓腸肌疼痛，膝蓋髓反射消失。

C 心悸亢進，食慾不振，便秘，尿量減少。

D 在妊娠期中，有妊娠中斷，胎兒死亡，母體死亡之危險，在分娩中可起微弱陣痛與弛緩性

出血。

一般處置，令患婦安靜，注意飲食物，以麥類為宜，並食新鮮蔬菜，調整便通，分娩中注意微弱陣痛與弛緩性出血。至於如何治療，應歸專門醫師負責。

6. 妊婦之卒倒

A 原因 (一)衣服過緊，胸部受壓迫時。(二)在劇場或他種遊戲場內，時間過久者。(三)多時便秘者。(四)劇烈之精神感動者。(五)歇斯得利及顛癇發作時。(六)子癇發作時。(七)後屈子宮嵌頓時。(八)急性貧血。

B 症狀 顏面及全身皮膚，忽然蒼白，四肢厥冷，五官作用消失。

C 急救處置 令患者平臥，如有腦貧血現象者，低放其頭部；如有腦充血現象者，則高擡其頭部，並用冷罨法，打開窗戶，使空氣流通，寬解胸部，心臟部貼放冰囊或用芥子泥，須按照卒倒之原因，而為相當之急救處置。

第十一編 異常分娩

第一章 定義

分娩雖爲生理的現象，但其機轉極複雜，而易起障礙。障礙輕者，已感分娩困難，重者非用相當處置不能自然娩出，且於母子兩方，隨時均可發生危險，是名異常分娩。

第二章 胎兒附屬物之異常

第一節 卵膜之異常

1. 早期破水

A 定義 胎兒下向部未嵌入骨盆入口，子宮口尙未開大至六糲時，卽已破水者，謂之早期破水。

B 原因 (一) 卵膜薄弱。(二) 陣痛與腹壓之過強。(三) 粗暴之內診。(四) 下向部嵌入困難——下述各症，均可使下向部嵌入困難。

(a) 骨盆狹窄或過大。

(b) 兒頭過大或過小。

(c) 胎兒之體位異常，如骨盆端位，橫位或顏面位等。

(d) 懸垂腹。

(e) 羊水過多症。

(f) 雙胎。

C 障礙與危險 (一) 因子宮口不易開大，其結果可致分娩進行障礙，惹起疲勞性微弱陣痛與發熱。(二) 因羊水多量漏出，其結果因下述關係，以致胎兒假死或死亡。

(a) 小部分及臍帶脫出。

(b) 胎盤、臍帶、胎兒受壓迫。

(c) 痙攣性陣痛。

D 預防法 (一) 分娩第一期，禁用腹壓。(二) 內診時，須留意，不可破損卵膜。(三) 處置適當臥位，以避免向下部嵌入之障礙。

E 處置 早期破水時，助產士對於產婦體溫之檢查，及胎兒心音之聽取，不可怠忽。如發見下述之危險症狀，須請產科醫師診治。

(一) 母體發熱及胎兒心音異常時。(二) 破水後經三小時，尚無分娩進行狀況者。

2. 破水遲滯

A 定義 子宮口雖已完全開大，而卵胞仍不破裂，且因每次陣痛，增加緊張與膨隆程度，漸向陰道口突出，作半球狀，是名破水遲滯。

B 原因 卵膜強韌，前羊水量過少，或子宮頸部急劇緊張，均可使破水延滯。

C 危險 卵胞突出於陰道口後，仍不破水，倘來急劇之陣痛，則卵膜胎盤與胎兒，可由子宮全部剝離，而完全排出，兒頭上仍被以卵膜。在此狀態之下，母體方面，因胎盤早期剝離，有出血之危險。在胎兒方面，因分娩直後，若不急速除去其顏面上之卵膜，可以窒息致死。

D 處置 凡胎盤早期剝離，而有出血之危險者，助產士應用嚴重消毒之手指，當陣痛發作時，以鑷子施行人工破膜法，但須斷定兒頭下向部已經固定於骨盆入口及子宮口開大達六釐以上時方可。若胎兒與卵膜胎盤一同排出者，當速破其顏面部之卵膜，免致呼吸障礙。

3. 卵膜之殘留

A 原因 (一) 卵膜癒着於子宮壁，多於流產早產及有子宮炎症者見之。(二) 後產之牽引。(三) 施行不正當之胎盤壓出法。

B 障礙 因卵膜之殘留，可引起以下各種障礙：(一) 障礙子宮之復舊。(二) 產褥期內，有多量之出血及持續性出血。(三) 發熱。

第二節 胎盤之異常

胎盤之稽留

A 定義 正常分娩後，約歷三十分鐘，胎盤自然剝離排出。若因種種障礙，經久不能剝離；或已剝離，而不能自然排出者，謂之胎盤稽留。

B 原因 (一)子宮壁弛緩，後陣痛力量不充足。(二)胎盤與子宮壁癒着，不易剝離。(三)胎盤之大小形態異常。(四)胎盤附着於輸卵管口附近處。(五)子宮內口部之痙攣，是多因濫用麥角類之藥劑，及施行不合理之子宮部摩擦，與痙攣壓出法而起。

C 障礙 因胎盤之稽留，可以障礙子宮之收縮，同時已剝離之部分，出血不止，於母體方面，有重大危險，且子細菌以傳染之機會，而為產褥熱發生之原因。

D 處置 參閱正常分娩編所述之後產分娩處置法。

第三節 臍帶之異常

1. 臍帶下垂及脫出

A 定義 在破水以前，臍帶先向下部而下垂者，謂之臍帶下垂。在破水以後，臍帶先向下部脫出者，謂之臍帶脫出。

B 原因 臍帶過長，或臍帶附着於胎盤下緣時，往往下垂或脫出。此外則於下部嵌入骨

盆入口，發生障礙時，下垂或脫出。以下所舉之例症，均可障礙下向部嵌入骨盆入口。(一)骨盆狹窄或過大。(二)兒頭過大或過小。(三)胎兒體位異常，如骨盆端位或橫位。(四)懸垂腹羊水過多症或雙胎。(五)前置胎盤。

C 症狀 (一)在破水以前，隔着卵

膜，可以觸出紐狀下垂之臍帶。(二)在破水以後，於子宮口或陰道內，可以直接觸到臍帶，或臍帶露出，甚至脫出。(三)內診時，可以觸得臍帶動脈之搏動，但在死胎或假死之胎兒，搏動消失。D 危險 臍帶下垂或脫出，可在胎兒下向部與骨盆之間，因受壓迫以致胎兒血行障礙，可引起極大危險。在高度壓迫之下，約歷五分鐘，即陷於假死；倘再延長，乃至死亡。

E 診斷 在正常分娩，於破水直後，亦須注意臍帶之有無脫出，證明之法，以內診最為確實。但通常多避免濫用內診。當外診之際，注意胎兒之心音，以代內診；即於破水之後，每隔十五分鐘，聽診胎兒之心音一次，如覺異常，當加考慮，必要時須用內診。若證明其確已脫出，應施行適當處置，以預防危險。

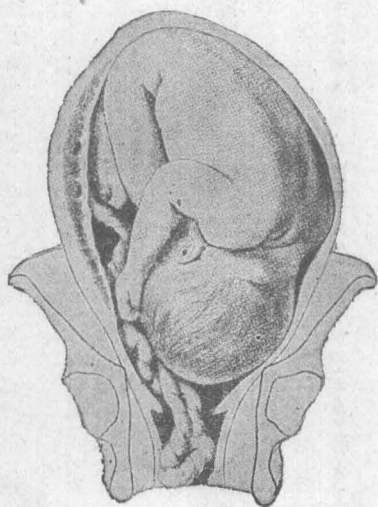


圖146. 臍帶脫出

F 處置

(一) 臍帶下垂時，令產婦就胎兒下向部之偏在側側臥，如是則臍帶在下垂側之上。

(二) 臍帶脫出時，須請產科醫師診治。在醫師未來以前，臍帶搏動，尙未停止，當試用以下之復納法：

(a) 側臥復納術——令產婦處下向部偏在側側臥，則臍帶可以自然向上牽引，同時兒頭亦可正進骨盆。

(b) 用手復納術——正處側位，而臍帶仍不能向上牽引時，可用手復納之，令產婦處下向部偏在側之對側臥，以消毒清潔之手指，由脫出側之間隙將臍帶向上送回，待其復納之後，輕輕抽出，令產婦變換臥位，處下向部之偏在側側臥，待陣痛發作，則下向部可以固定於骨盆入口。

用手復納法頗不易行，如一度試驗，不達目的，不可強用，是時惟有禁止產婦努責，以待醫師之至。

臍帶露出陰道口時，應注意不潔物之侵入。若遇適當陣痛，胎兒有娩出之望。

2. 臍帶之纏絡

A 定義 因臍帶過長，纏絡兒體之任何部分，通常在頸部或僅繞過一週，或纏繞至二度以

上。

B 危險 與臍帶之過短，有同一危險，此外並可起頸部之絞扼。

C 處置 臍帶纏絡，寬緩者待兒頭娩出後解除之，若軀幹迅速娩出，不及解除時，可待肩胛娩出後解除之。倘軀幹遲遲娩出，而臍帶又強度緊張，當結紮臍帶之兩處，或用 Kocher 氏止血鉗挾住，就其中間剪斷，以助胎兒之娩出。

3. 臍帶之斷裂

A 原因 墜落分娩或臍帶組織脆弱。

B 危險 斷裂端出血。

C 處置 用 Kocher 氏鉗，急速止血。若斷裂之部位，在臍之附近，而無使用鉗子之餘地時，可暫以消毒棉紗壓迫臍輪，以待醫師之來。

第四節 羊水之異常

1. 因胎兒危險瀕死時，漏出胎糞，則羊水溷濁，呈暗綠色。
2. 當子宮內容腐敗時，羊水亦溷濁，呈污穢色，且發臭氣。
3. 羊水過多與羊水過少。
4. 妊娠中胎兒死亡，羊水中混入血色素，呈赤色。

第三章 胎兒之異常

第一節 畸形

1. 頭部之畸形

A 無腦兒及半頭兒 通常

二者合併，以顏面位娩出。

B 無頭兒 頭全部缺，同時

四肢亦或殘缺。

C 兔唇及狼烟 上唇缺損

破裂者名兔唇。其破裂程度增

強，直達硬腭或軟腭者，名狼烟。

2. 軀幹之畸形

A 脊椎披裂 其部位多在

腰部，披裂部分之脊髓膜與脊

髓或亦露出。

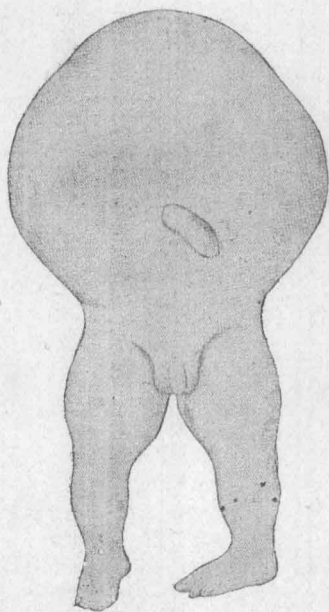


圖148. 無頭兒



圖147. 半頭兒兼臍腸脫

B 外陰部及肛門之畸形

(一) 半陰陽——一身兼具男女兩性生殖器官。

(二) 閉陰——陰道口閉鎖。

(三) 尿道閉塞——產出後不能排尿。

(四) 鎖肛——肛門不開放。

C 脫腸 可分為三種：即鼠蹊脫腸，股脫腸，及臍脫腸是也。

3. 四肢之畸形 四肢之畸形中，以四肢缺損或過多與指趾之缺損或過多

症，為最常見；此外有所謂內翻馬足者，亦頗不少。

4. 全身之畸形

A 無形兒 人體之形體不備，僅有臍窩與臍帶，實則

一肉塊而已。

B 紙狀胎兒 雙胎之中，一兒死亡，此死亡之兒，因受

活兒之壓迫，以致變形扁平，是名紙狀胎兒。

C 重複畸形 畸形之種類頗多，或頭與頭相癒着，或

胸與胸相癒着，更有臀與臀相癒着；無論何種，分娩時皆

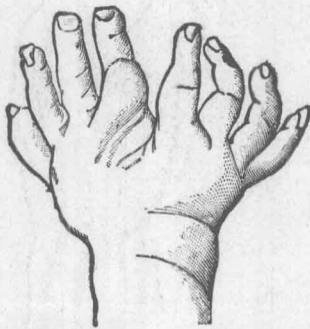


圖150. 手指過多

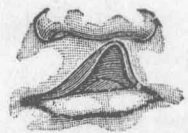


圖149. 兔耳 (左)強度; (右)輕度

有極大之障礙與危險。

分娩中如發見胎兒之畸形，助產士當婉告產婦之家人，但不可令產婦知之，應招請產科醫師。倘於初生兒沐浴時發見某處有畸形時，當詳檢其全體。

第二節 胎兒之疾病

1. 腦水腫

A 症狀 腦室中滯溜多量之液體，兒頭膨大，腦髓及頭蓋骨受壓迫而萎縮非薄，縫合及顱門哆開。分娩經過中，因兒頭嵌入骨盆，發生障礙，往往早期破水，陣痛機能衰弱，分娩時間延長，可起子宮破裂之危險。至若水腫性之頭蓋，因壓迫延長，或因頭蓋破裂縮小，通過產道者，為最良好之現象。

B 診斷 本症診斷之要點如下：(一) 腹部異常膨大。(二) 正常骨盆於兒頭下降時，亦起障礙。(三) 頭位胎兒之心音，以臍之上方聽得為著明。(四) 內診可以觸

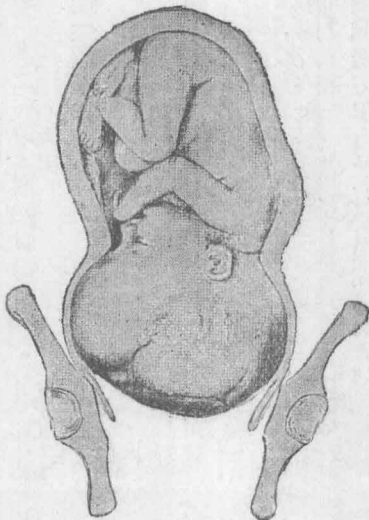


圖152. 腦水腫



圖151. 重複時形

到廣大之顛門與縫合及菲薄之頭蓋骨(五)骨盆端位之胎兒，無論母體之骨盆正常與否，軀幹娩出後，頭部娩出有障礙。

C處置 診斷中如發見有本症可疑之點，須請產科醫師診治。

2. 腹水 腹水，係指腹腔內潑溜液體而言，多於梅毒性胎兒見之。

3. 腹部膨大 胎兒之肝腎脾等臟器，如有腫瘍，則腹部著明膨滿，惟此為極少見之症。

第三節 巨大胎兒

1. 定義 凡體重身長，超過成熟胎兒之標準數，不易通過正常骨盆者，名巨大胎兒，亦稱過熟胎兒。

2. 原因 因妊娠中運動不足，營養過剩，而且晚產，往往於同一婦人，反復見之。

3. 症狀 外診時產婦之上腹部著明膨隆。其所起障礙，與雙胎妊娠者同。分娩時起原發性陣痛機能微弱，分娩時間延長，與普通成熟胎兒對於產婦之骨盆狹窄關係相同。其結果可引起子宮破裂，胎兒死亡，後產期出血等危險。

4. 處置 凡於妊娠末期發見有胎兒巨大之現象，或於分娩中產婦之產道與娩出力並無異常，而兒頭不能下降時，當請產科醫師診治。在妊娠中須避免營養過剩，並注意運動，必要時可施人工流產術，但此責任須由醫師負之。

5. 鑑別診斷 本症須與腦水腫症鑑別診斷，其不同之點，如下：

A 頭蓋骨在腦水腫兒，菲薄且可觸得波動；但在巨大胎兒，則硬而且厚。

B 縫合與顱門，在腦水腫兒廣大而哆開；但在巨大胎兒，則狹小而不可開。

第四章 胎兒體位體勢之異常

第一節 後頭位分娩之異例

1. 深在橫定位 正常後頭位，兒頭之矢狀縫在骨盆上口時，與骨盆之橫徑線一致。及兒頭下降，漸次迴轉，乃復與縱徑線一致。但例外者，當兒頭達骨盆闊或骨盆底時，其矢狀縫，尚與橫徑線一致，是名深在橫定位。

2. 前顛頂骨定位 當兒頭下降至骨盆中央時，其矢狀縫偏向後上方轉，而專以前方之顛頂骨前進者，名前顛頂骨定位。

3. 後顛頂骨定位 與前者相反，兒頭降至骨盆中央時，其矢狀縫偏向後上方轉，而專

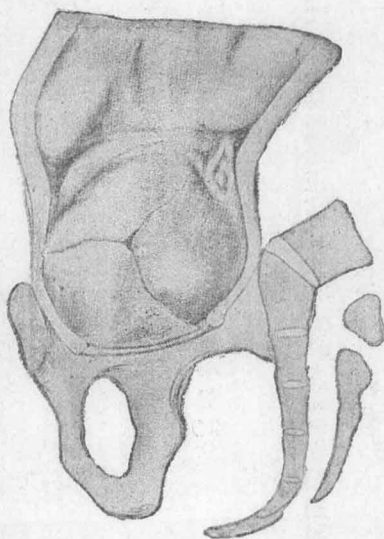


圖153. 前顛頂骨定位

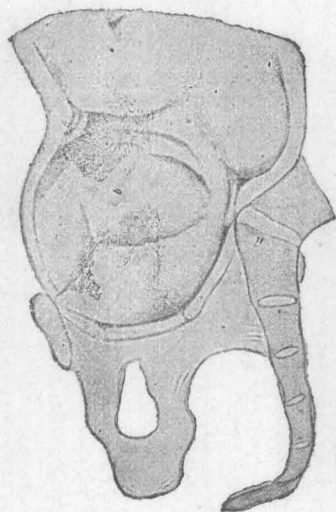


圖154. 後顛頂骨定位

(一) 外診——與第一後頭位同。

(二) 內診——大顛門深在前方，小顛門在後方高處。產瘤生於顛骨前上方，即大顛門之附近部。

B 分娩機轉

第一迴轉——當兒頭初達骨盆入口時，矢狀縫與骨盆之橫徑線一致，小顛門在左，大顛門在右。第一迴轉以後，頤部由胸部離開，前頭先進。

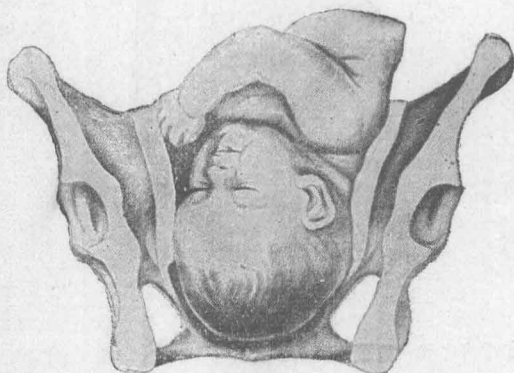


圖155. 第一前頭位(兒頭骨盆底)

以前方之顛頂骨前進者，名後顛頂骨定位。

第二節 反屈位

一 前頭位

1. 第一前頭位

A 診斷



圖157. 前頭位兒頭撥露

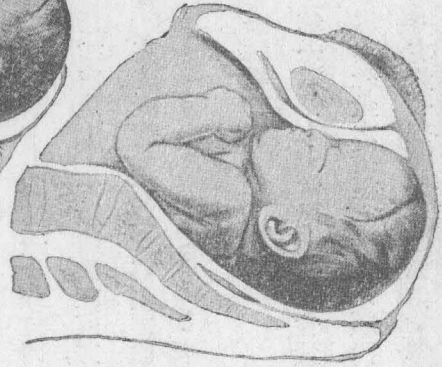


圖156. 前頭位兒頭排臨

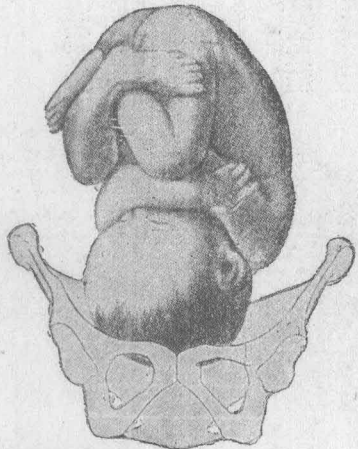
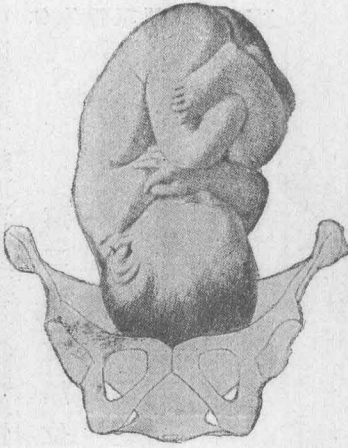


圖158. 由前方所見之第一後頭位與第二後頭位

第二迴轉——當兒頭下降之際，依縱軸迴轉，大顛門向前方，小顛門向後方迴轉。兒頭至骨盆闊時，矢狀縫與第二斜徑線一致，大顛門在右方，小顛門在左後方。兒頭至骨盆峽及出口時，矢狀縫與縱徑線一致，大顛門向前方深處，小顛門向後方高處。

第三迴轉——當兒頭臨排之際，大顛門先於陰裂間露出，前頭結節支定於恥骨接合之下緣，依橫軸迴轉，而前額、顏面，順次由恥骨接合下脫出，終則兒之頭部，完全娩出，此時顏面向前方，後頭向後方。

第四迴轉及肩胛娩出——肩胛至骨盆入口時，其橫徑與骨盆入口之橫徑一致，依縱軸迴轉，而肩胛下降。是時肩胛橫徑，與骨盆闊第一斜徑線一致，右肩胛在左前，左肩胛向後右。迨肩胛降至骨盆峽及出口時，則肩胛橫徑完全與縱徑線一致，右肩胛偏向母體之右大腿，右肩胛出陰門之後，其顏面亦向母體之右大腿。右肩胛先由恥骨連合下滑脫，而左肩胛則由會陰部滑脫。

C 產瘤 生於右顛頂骨之前上方。

D 兒頭變形 前後徑短縮，小斜徑延長，故兒頭變為球形。

E 處置 注意會陰之保護，因前頭位以最大之前後徑



圖159 前頭位兒頭之變形

周圍娩出，故會陰部高度膨隆，較之後頭位之以小斜徑周圍娩出，易於破裂。

2. 第二前頭位 分娩機轉，與第一前頭位同，惟左右相反，左者右之，右者左之，即是。

二 前額位

1. 第一前額位

A 診斷

(一) 外診——與顏面位相同。

(二) 內診——可以觸到前額及大顛門。

B 分娩機轉

第一迴轉——當兒頭至骨盆入口時，前額縱在骨盆之橫徑線上，鼻在右方，大顛門在左方。第一迴轉以後，頤部由胸部離開，以前額先進。

第二迴轉——當兒頭下降之際，鼻向前方，大

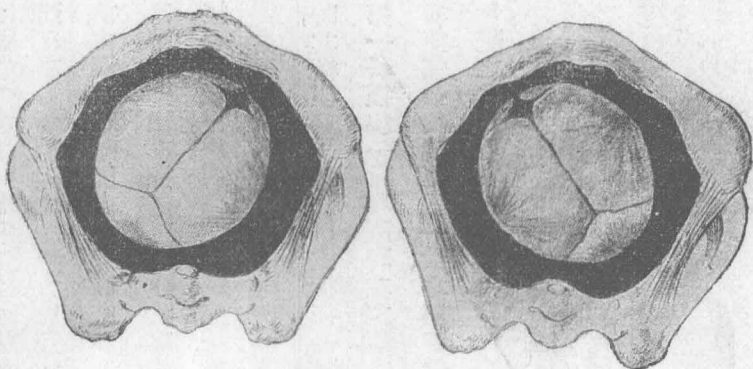


圖160. 由下方所見之第一後頭位與第二後頭位
(右)第一後頭位； (左)第二後頭位

顛門向後方迴轉。兒頭至骨盆闊時，前額縫與第二斜徑線一致，鼻在右前方，大顛門在左後方。兒頭至骨盆狹及出口時，前額縫與縱徑線一致，鼻向前方，大顛門向後方。

第三迴轉——兒頭降落陰門時，前額先於陰裂間露出，次則露出兩眼，上顎支定於恥骨

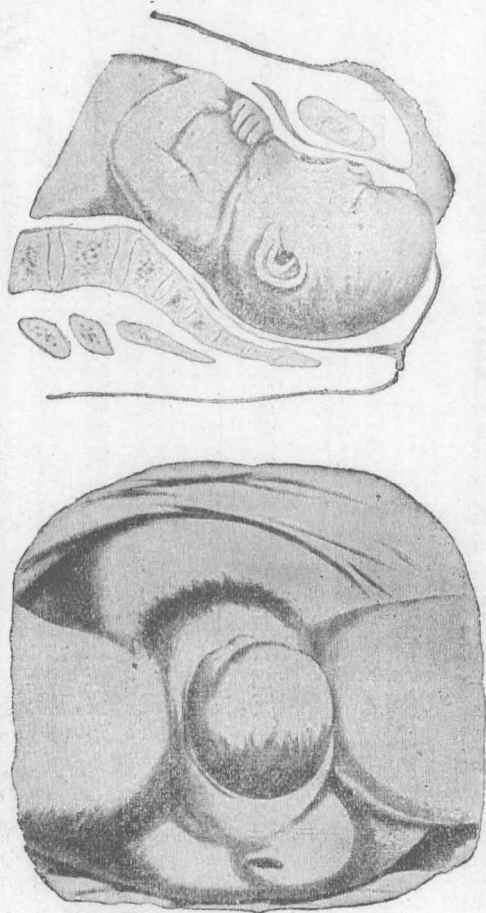


圖161. 前額位

(上)前額位兒頭排臨；(下)前額位兒頭撥露

接合下，顛頂及後頭，順次由會陰部滑脫。以後上顎、口、頤各部，依次由恥骨弓下娩出。

第四迴轉及肩胛軀幹之娩出——與第一前頭位完全相同。

C 產瘤 生於右前額部

D 兒頭變形 由前額部向後頭穹窿延長，大斜徑之方向短縮，兒頭變為三角形。

E 處置 前額位為反屈位中以最大之頭圍——大斜徑周圍——娩出，分娩經過極困難，即使能自然娩出，會陰之破裂，亦不能免。故斷定為此位時，應請產科醫師施術。幸此種位置，在反屈位中，占最少數，且分娩中尚有變為前頭位或後頭位之可能。

2. 第二前額位 分娩機轉，完全與第一前額位同，惟左右相反，左者右之，右者左之，即是。

三 額面位

1. 第一顏面位

A 診斷

(一) 外診——(a) 臀部偏於子宮底部之左側。(b) 兒背在母體之左側，小部分在右側，密接子宮底。(c) 分娩初期，兒頭在骨盆入口上方時，可以移動。於左側腸骨窩部，可以觸到突隆之後頭。後頭與兒背之間，可以觸得深溝，頤部在右側。(d) 胎兒心音，於右下腹部聽到。



圖 162. 前額位兒頭變形

(二)內診——在分娩初期，兒頭之下降，常較緩慢，內診困難，迨顏面降落至骨盆腔後，始能觸到鼻根及前額縫，而鼻根兩側之眼窩，亦可觸知。自此以下，可以觸出口部，其內有舌與齒槽突起，再下為下頷骨。

顏面位之內診，須靜定，否則有早期破水之虞。破水以後，眼球或口腔黏膜，如有損傷，極易傳染。

內診時應加注意之點

(a)口與肛門之區別——口為橫裂，內有舌與齒槽突起，且有時有吸引運動；而肛門為圓形，無舌，無齒槽突起，併無吸引運動。

(b)前額位與顏面位之區別——前者，內診時可以觸到大顛門，而頤部不能觸到；後者，大顛門不能觸到，而頤部可以觸到。

B分娩機轉 自前額縫經鼻梁、口，以達頤部中央，謂之顏面線，亦名顏面長徑線；以此在骨盆內，而定顏面之位置。

第一迴轉——兒頭至骨盆入口時，顏面線與骨盆之橫徑線一致，頤部在右，前額縫在左。第一迴轉之後，頤部離開胸部，以頤部先進。

第二迴轉——兒頭下降，則頤部向前方，前額縫向後方迴轉。兒頭至骨盆闊時，顏面線與

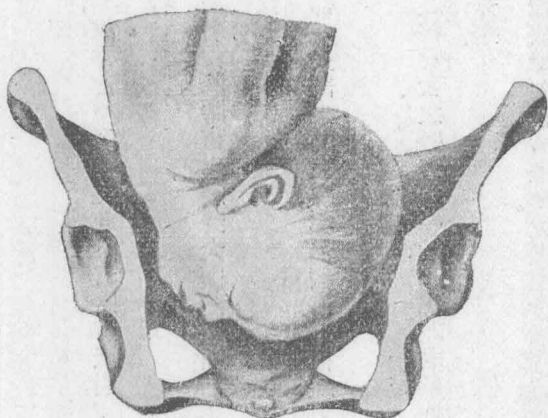
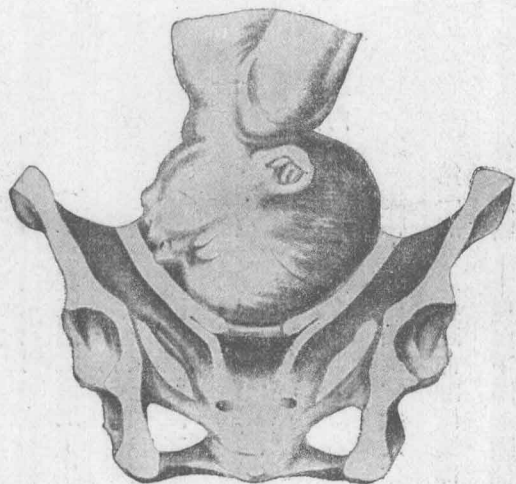


圖163. 顏面位分娩

(上)兒頭尙處前額位狀態；(下)向骨盆入口下降頤部先進

第二斜徑線一致，頤部在右前方，前額縫在左後方。兒頭至骨盆峽及出口時，顏面線與縱徑線一致，頤部在正前方，前額則向後方。

第三迴轉——顏面出陰門時，先露出右口角及右頰，以後頤部始從陰裂露出，前頸支定恥骨接合下，前額、顛頂、後頭，順次由會陰滑脫，至是則第三迴轉終了。在此第三迴轉終

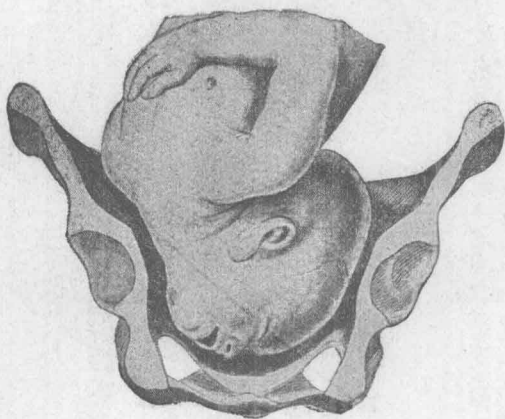


圖164. 顏面位分娩
(下降至骨盆闊處)

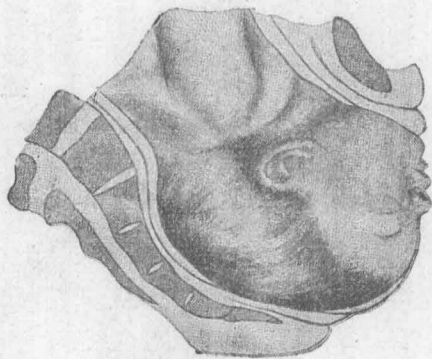


圖165. 顏面位兒頭排臨

C產瘤 在顏面部，通常稱為顏瘤。

左肩胛依次由會陰滑脫。

了之際，會陰甚緊張，兒頭娩出困難，若不巧用會陰保護術，則會陰容易破裂。
第四迴轉及肩胛娩出——肩胛以前頭位同樣之迴轉而下降，進骨盆峽時，則肩胛橫徑與骨盆之縱徑線一致。其娩出之顏面，向母體之右大腿，右肩胛先於恥骨接合下露出，

2. 第二顏面位 第二顏面位之分
見之爲是。
面位產出之兒，因兒頭變形及產
瘤之故。狀貌甚醜，暫時勿使產婦

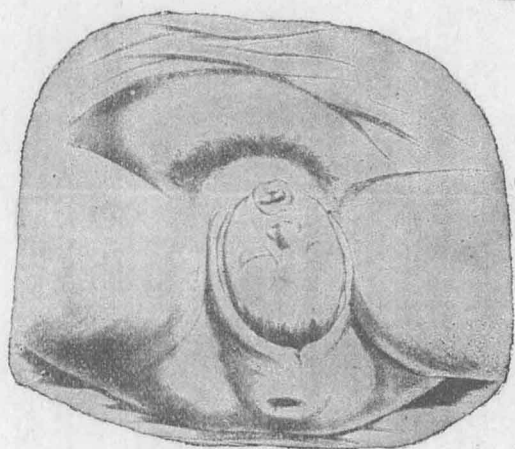


圖166. 顏面位之撥露

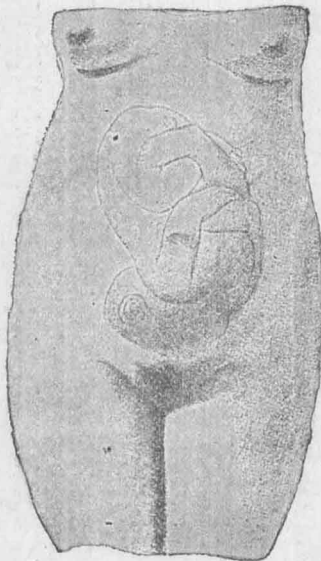


圖165. 第二顏面位

D 頭部變形
大斜徑及前後徑
之方向延長，垂直
徑短縮，乃呈固有
之三角形。
E 處置 顏面
位亦因周圍徑線較大之故，以致分娩困難，須注意保
護會陰，並請產科醫師施術。但在頸部後向之顏面位，
當第三迴轉之時，兒頭極度反屈，反可自然分娩。惟顏

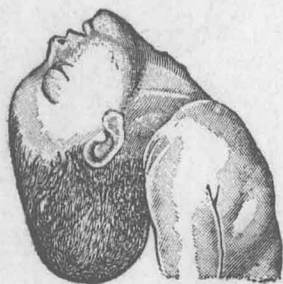


圖167. 顏面位兒頭之變形

婉機轉，與第一顏面位同，惟左右相反，左者右之，右者左之，即是。

第三節 骨盆端位

一 臀位

1. 第一臀位

A 診斷

(一) 外診——兒頭在子宮底部，兒背在左腹部，小部分在右腹部。臀部於妊娠中及分娩初期，在骨盆入口上方，可以移動。胎兒心音，當妊娠末期，於臍高部或其稍上方之左側可以聽得。

(二) 內診——於分娩進行中，內診時可以觸到凹凸不平之柔軟肉塊，此肉塊由二個同大之球狀體相合而成，各球之內，可以觸到坐骨結節，兩球間有溝，是名臀間溝，其中央即為肛門之所在。由肛門沿臀間溝之一方前進，可以觸到尾骨之尖端，再前進則可觸到薦骨假棘狀突起。更用指向反對側進探，可觸到外陰部，在男子為陰囊及陰莖，在女子為陰唇。內診時宜和緩，因胎兒之軟部組織，極易損傷故也。

B 分娩經過 以左右坐骨結節之結合線為標準，稱臀部橫徑。

第一迴轉——臀部在骨盆上口時，臀部橫徑與骨盆之橫徑線一致，或稍偏於第二斜徑

線。第一迴轉時，以左臀部先進。

第二迴轉——左臀部漸向前方下

降，達骨盆闊時，臀部橫徑與第二

斜徑線一致。至骨盆峽及出口時，

臀部橫徑與骨盆橫徑線一致，左

臀部在前方。

第三迴轉——臀部之出陰門以前，

在左臀部，先於陰裂露出，兒之左股關節部，支定於恥骨接合下。第三迴轉之際，後在之

右臀部，由會陰滑脫，此時兒體強

度側彎，兒背向左前方。在此機轉

之前後，由肛門排出糞便者，亦常

有之。

軀幹之娩出——臀部娩出後，兒背

向左前方娩出，上肢密接於前胸

壁，肘關節接近季肋部。肩胛橫徑



圖170. 混合臀位

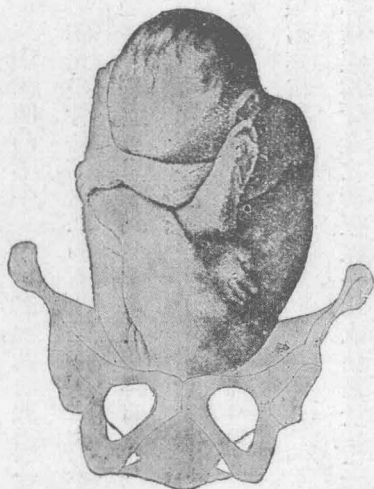


圖169. 純臀位

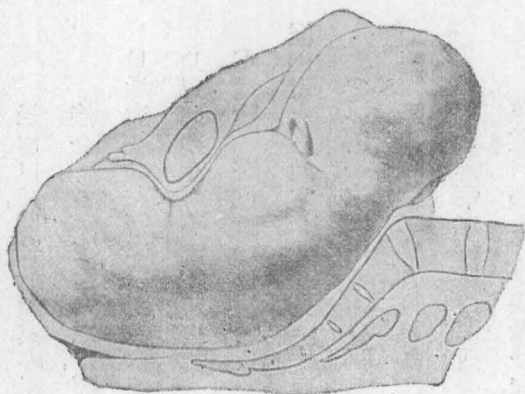


圖171. 第一臀位臀部排臨

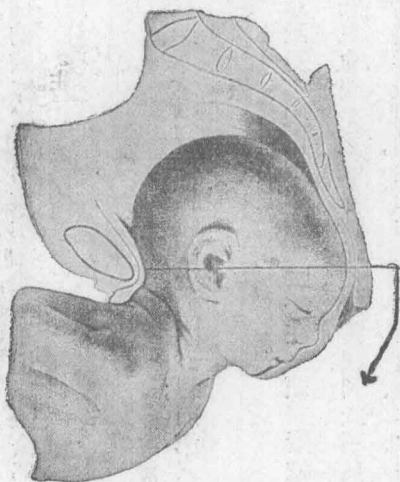


圖172. 臀位兒頭娩出

與臀部橫徑以同一徑路通過。到骨盆出口時，肩胛橫徑與骨盆之前後徑一致，兒背向母體之左方，左肩胛支定於恥骨接合下，右肩胛由會陰滑脫。

兒頭之娩出——兒頭在骨盆上口時，其矢狀縫與骨盆之橫徑線一致，或稍近第一斜徑線，後頭在左方，顏面向右方；漸次下降，後頭乃向前方迴轉，至骨盆闊時，矢狀縫以與臀

部橫徑及肩胛橫徑反對之斜徑即第一斜徑通過，後頭向左前，前頭向右後。到骨盆峽及出口時，則矢狀縫與縱徑線一致，兒背向前方，項部先於陰裂露出，後頭支定於恥骨接合下。當第三迴轉之際，頤部、顏面、前頭等，次第由會陰滑脫，至是則兒體全部娩出矣。

C 產瘤 自左臀部以至外陰部之間，均可發生。

D 兒頭變態 不能證明。

E 危險 臀位對於母體之危險較少；有之，亦不過為子宮頸管及會陰破裂；而第三期之弛緩性出血，則頗常見。至於兒體方面危險甚多，其原因如下：

(一) 臍帶之壓迫——自臍部娩出以至兒頭娩出，須長時間。臍帶在兒頭與產道之間，經過長時期之壓迫，防礙血行，以致胎兒血液中之氧氣缺乏，碳酸蓄積，因此不良之血液，刺戟延髓之呼吸中樞，致令胎兒開始呼吸運動，於是胎兒乃吸入血液、羊水、黏液等於氣道內，陷於窒息，經數分鐘，胎兒遂死亡。

(二) 兒頭娩出之遲延——因臀部較頭小而且軟，故擴張之通道，尚不便頭部娩出，是以兒頭之娩出時間延長。其在產道抵抗力大而陣痛力微弱之產婦，則娩出益難，甚至無生產之望。

(三) 早期破水——骨盆端位，易來早期破水，對於胎兒有許多危險。

(四) 胎盤早期剝離——在兒頭娩出困難期內，子宮已縮小，遂致胎盤早期剝離，可使胎兒陷於危險。

(五) 胎兒之損傷——施行娩出術中，往往可使骨部或軟骨部損傷。

F 處置

(一) 妊娠中之處置

(a) 在妊娠前半期，處骨盆端位者，多以自然迴轉而整復，但須注意其分娩之全經過。

(b) 妊娠後半期，在第八個月以後，得適用外迴轉術，但限於以下諸條件。

(1) 在初產婦，以骨盆計測定其無異常，或經產婦上次分娩，對於成熟兒頭平易娩出者。

(2) 以輕微力量可以迴轉者為度，否則可起胎盤早期剝離，妊娠中斷，或胎兒死亡等危險。

(3) 堆於胎兒尚生活時用之。胎兒已死，無用迴轉術之必要。

外迴轉術 令妊婦仰臥，下肢之膝關節及股關節相當屈曲，使腹壁弛緩，助產士以一手就兒頭向骨盆入口壓送，同時他手就臀部依反對側向子宮底上壓，俟

位置整復後，聽診胎兒心音，如不異常，可用寬大之腹帶固定之。於數次整復之後，若無效果，當請產科醫師診治。

(二)分娩中之處置——骨盆端位，不能以自然力娩出，且可使胎兒發生種種危險，故須通知產家，延請專門醫師，並為醫師來後處置之種種準備，如下：(a)令產婦安靜，禁止努責。(b)使膀胱與直腸空虛。(c)對於消毒之準備。(d)注意胎兒心音，並為初生兒假死挽回術之準備。(e)對於手術時產牀之準備。

(三)應急處置——在醫師未到之前，胎兒之臍部已經娩出，而胎兒方面又有危險之徵候時，應為應急之處置，令產婦努責，或摩擦子宮底，或於子宮底部輕加壓迫，以促其娩出，或逕施手術，術式如下：

(a) 軀幹之娩出——手指十分消毒之後，先輕引臍帶，使之和緩。次以兩手附於同名側之股

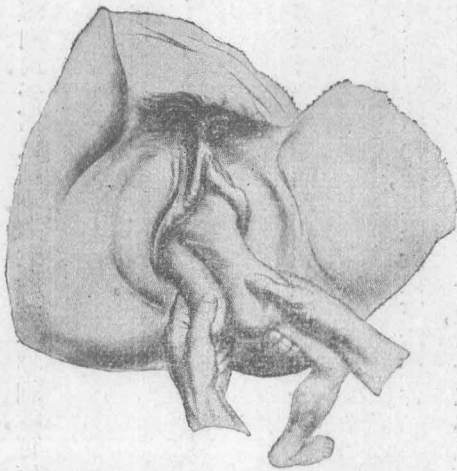
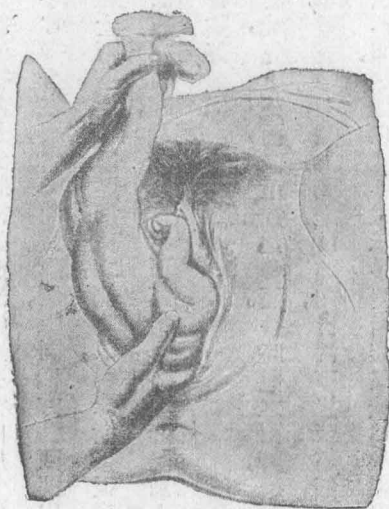


圖173. 骨盆端位娩出術



關節部，拇指在胎兒骨盆之後面，示指在鼠蹊窩部，其他三指在大腿前面攔住，略向母體之背面捺下，復向腹面舉起。如是前後輕輕運動，乘陣痛之際，可以水平狀娩出。如遇陣痛微弱者，助手可於腹壁之子宮底相當部，加以摩擦，迫陣痛促起後，向下壓迫。

(a) 上肢之離解——肩胛娩出之後，上肢之肘關節容易觸到，但因上肢上向，不易娩出，是時助產士應以手握胎兒之兩足，向母體前方舉起，同時胎兒之腹面屈曲，胎兒之背面與陰道之後方中間，留有空隙，助產士乃得以左手示中兩指，伸入陰

圖174. 上肢離解術

(上)上昇上肢離解術；(下)第二上昇上肢離解術

道內越兒背上膊外側，而至肘關節。更以拇指送入肘窩，其餘三指，以平行方向，握住上肢。使兒手循面臉以半圓形下降，作拭面狀而解出。若向恥骨接合之上肢亦上昇時，則以離解之同名側手掌，將解出之上肢，緊貼於後方側胸部，握住足部之手，貼於他側之側胸部，就兒之軀幹略向骨盆腔內押送，然後將兒背向反對側作兩直角之迴轉，於是前之向恥骨接合之肢，又轉向會陰側，依同樣方法而解出之。兩側上肢完全解出以後，助產士可將兩手掌貼於兒之側胸部，兩拇指接近脊柱，將軀幹向後下方牽引。其時前方之肩胛，乃於恥骨弓下露出，再將軀幹向前上方提舉，而後方之肩胛，亦遂由會陰部通過矣。

(三) 兒頭之娩出——兩側上肢解出後，兒之腹面向產婦之後面。是時兒之兩脚，跨於助產士之一側前膊上，卽以此手之示指或中指，插入兒之口腔內，自舌下以至下頷，齒槽突起，拇指及其他手指保持下頷之外側，然後以他手之示中兩指作叉狀開放，由兒之後面附着於兩肩部，向後下方壓，徐徐引出之。後頭支定於恥骨接合下，其項部乃於陰脣間露出，以弓狀徐向前方迴轉，於是頤部、顏面、顛頂等，順次由會陰滑脫。當兒頭娩出之際，內進之手指，須注意用輕微力量，使頤部由胸部離開，令產婦用力努責，助手更於其腹壁上，就兒頭向骨盆內壓入。

若因兒頭分娩時間遲延，以致初生兒陷於假死時，當急施蘇生處置。

G 注意 (一) 骨盆端位娩出術，應以有秩序的，沈着的，機敏的行之，否則對於胎兒容易損傷，甚至有生命之虞；即於母體，亦有許多危險。(二) 施術時祇能握住骨部，否則容易損傷內臟。(三) 在臍部未娩出以前，助產士決不可濫施手術，否則因兒體之牽引，其上肢常由頭部

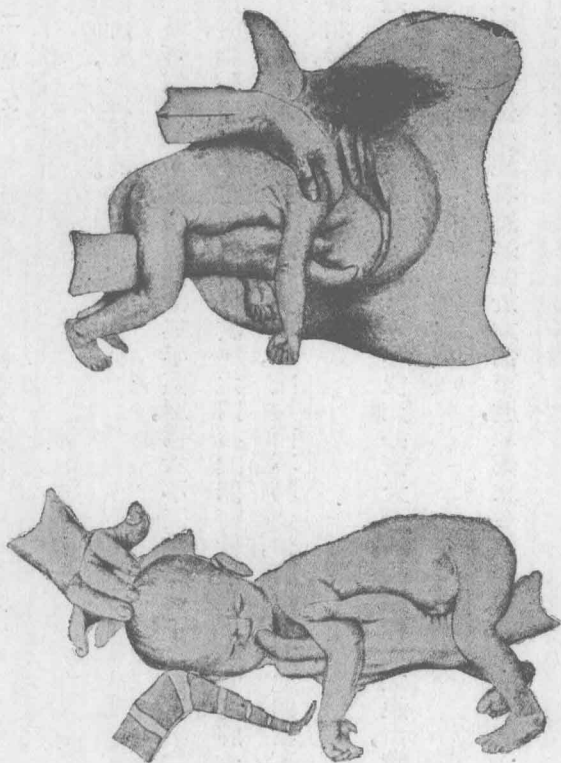


圖175. 兒頭娩出術

之傍邊上昇，反可以妨礙頭部之娩出。(四)如臀部與頭部可以自然娩出，亦須注意保護會陰。(五)當兒之顏面向前方迴轉之時，一手之示中兩指張開，從後方加於兒之兩肩，以他手捉住兩足，可引之向前上方強迴轉。

2. 第二臀位 第二臀位之分娩經過，完全與第一臀位同，惟左右相反，左者右之，右者左之，即是。

二足位

1. 診斷

A 外診所見，與臀位同。

B 內診時可以觸到足部，但須注意與手區別，兩者不同之點，如下：(一)手之運動徐緩，手掌扁平而長，指長而運動自由，拇指與其他之四指離開而較短，且可觸到肩胛骨、鎖骨、及肋骨等。(二)足有衝動樣運動，足蹠狹長有踵，趾短而不易運動，踇指與其他四指不易離開，各指長短，約略相等，且可觸到骨盆諸骨。

2. 分娩經過 與臀位同，惟因先進部甚小，不能充分擴大產道，故軀幹部之娩出，較之臀位者為困難。

3. 產瘤 以第一足位分娩者，產瘤生於左側下肢，以第二足位分娩者，生於右側。

三 膝位

1. 診斷

A 外診所見，與臀位同。

B 內診時可以觸到膝部，膝之兩側有踝，前有膝蓋骨，容易斷定。

2. 分娩經過 與足位同。

第四節 橫位

1. 原因 子宮腔之形狀，與胎兒之形狀不一致時，可為橫位之原因。

A 關於胎兒方面者

(一) 形狀異常——如半頭兒、腦水腫、腹內腫瘍等。

(二) 數之異常——如複胎。

B 關於母體方面者

(一) 子宮位置異常——如懸垂腹。

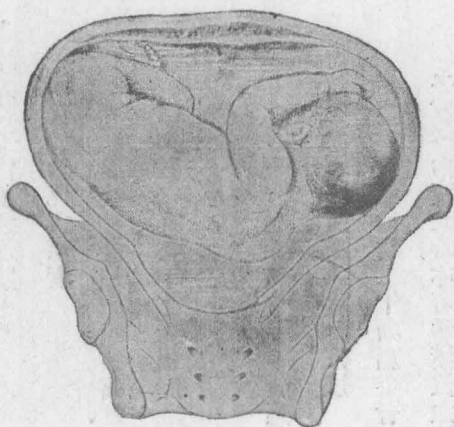
(二) 子宮腫瘍——如肌腫。

(三) 骨盆異常——如扁平骨盆。

子宮腔內廣大時，亦可為橫位之原因。

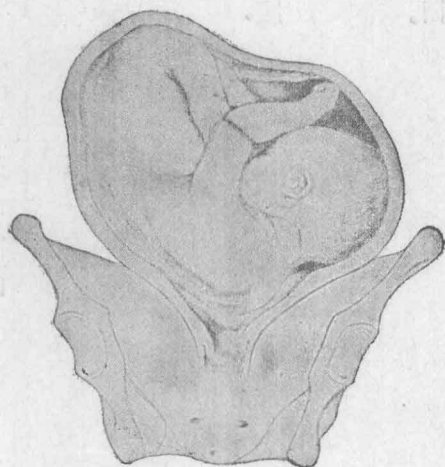
(一) 關於胎兒方面者——如早熟胎兒、死亡胎兒、浸潤胎兒等。

(二) 關於母體方面者



(a) 子宮壁弛緩及腹壁弛緩——此多於經產婦或頻產婦見之。

(b) 子宮腔內廣大——此則於羊水過多症時見之。



2. 診斷

A 外診

(一) 視診——腹部橫徑大而膨隆，子宮底比縱位時低下。

圖176. 第一橫位第一分類

(上)破水前：(下)破水後

(二) 觸診——於兩側腹部，可以觸到兒頭或臀部，而於子宮底部或下方側，不能觸出。

(三) 聽診——胎兒心音，在臍之下方正中，或稍偏於兒之頭側，聽到更爲著明。

B 內診

(一) 破水以前，因胎兒部分高在，不易觸到，但有時隔着卵膜，可以觸出臍帶、上肢及肩胛等部分。

(二) 破水以後，可以觸到肩胛上肢等部分，若觸到肩胛、鎖骨、肋骨、肩胛關節等，則知其以肩胛先進，是名肩位。藉此可以定兒頭及兒背之方向，腋窩之閉塞方爲兒頭之方向，肩胛骨及脊柱棘狀突起之側，爲兒背之方向，鎖骨側爲兒之胸部。若先觸到上肢時，是爲上肢脫出之橫位。如欲決定此脫出上肢之左右，可以內診之手與兒手作握手狀，其手握之手，卽內診手之同名側手。

3. 分娩經過

A 在破水以前，有許多危險，因胎兒向下部爲肩胛，其與骨盆壁之間，常留空隙，前羊水與後羊水，互相交通，當陣痛增劇之時，後羊水之壓力增高，悉集於卵胞內，往往發生早期破水。

B 破水以後，下向之肩胛與骨盆壁間隙內之羊水，完全流出，則起以下各種之障礙：

(一) 是時下向之肩胛與同側之上肢多脫出，臍帶亦往往一同脫出。

(二)下向之肩胛，嵌入固定於骨盆內，即其他之胎兒部分，亦因羊水流而出而密接於子宮壁。

(三)子宮壁與兒體密接，因受強度之刺戟，而陣痛加劇，可變為痙攣性或強直性，固定胎兒，不得前進，於是子宮收縮輪漸次上昇，達臍高附近，而下部之子宮壁，益延長菲薄，易致子宮破裂，即不然，亦可起疲勞性微弱陣痛，以至發熱，是名遷延性橫位，或稱嵌頓性橫位。

成熟胎兒處橫位者，無論如何，不能自然娩出；但雖有例外者，亦只限於以下情況：

A 自己迴轉 在分娩初期，胎兒自己向縱位迴轉，可以自然娩出，故稱此

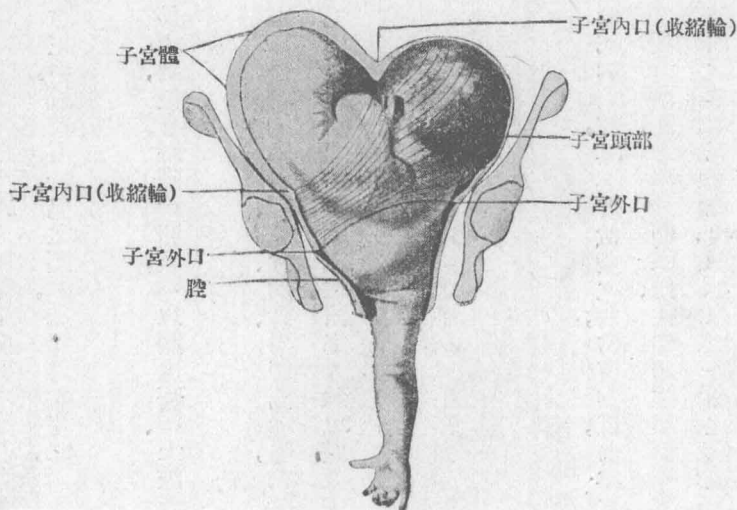


圖177. 遷延性橫位

自己迴轉爲幸福之機轉

B 自己娩出 早熟胎兒與浸潤胎兒之處橫位者，兒頭與軀幹接近，於胸廓部強度屈折，即以橫位壓出，或則兒頭於母體之腹壁，強向前方突出，軀幹臀部下肢等由後方壓出，中途恰變爲骨盆端位之狀態，可以自然娩出，是名自己分娩。

4. 危險 橫位分娩，經過中，胎兒往往假死或死亡，即於產婦，亦多危險，如下：

A 子宮破裂，出血過多，可以致死。

B 遷延性橫位，因軟部產道受壓迫，增多傳染之機會，

C 胎兒死亡以後，竄入空氣，子宮內容乃起腐敗分解，

發生氣體，腹部及子宮膨滿緊張，且有壓痛，甚或發熱，脈搏不良，以致死亡，是名子宮鼓脹症。

5. 處置

A 妊娠中之處置 在妊娠中或分娩初期，用迴轉術，可以恢復正常位置，其術式如下：

(一) 臥位迴轉術——通常兒頭多在下方，即依兒頭之偏在側側臥，則兒之臀部，偏近子

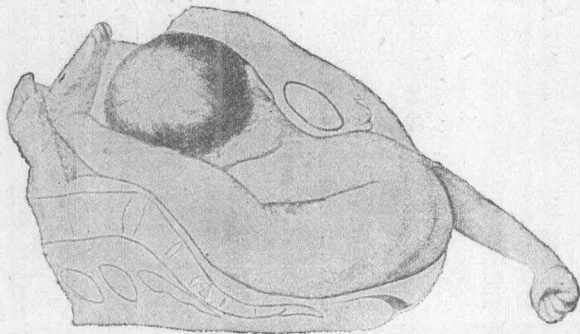


圖178. 自己娩出

宮底部，依其重量，向中央轉，而以手助兒頭嵌入骨盆入口。

(二) 外迴轉術——令妊婦仰臥，下肢之膝關節與股關節，處相當屈曲，使腹壁弛緩，助產士以一手偏在下向部，向骨盆入口壓送；同時他手就接近於子宮底之大部分如臀部，向子宮底壓送。俟位置整復後，聽診胎兒之心音，如確無異常，然後用寬闊腹帶，適度固定之。

B分娩中之處置 除請產科醫師外，助產士應為以下之應急處置：

(一) 破水以前，令產婦靜臥，禁用努責及不合理之內外診，以防破水。

(二) 破水以後，令產婦側臥，禁止努責，膀胱直腸須使之空虛。

(三) 準備消毒，注意胎兒之心音，對於初生兒假死挽救術之準備，整理手術後應用之產牀。

(四) 胎兒上肢脫出時，不可復納或牽引，力保清潔，催促醫師速來。

第五章 分娩中胎兒之死亡及初生兒之假死

第一節 胎兒死亡

1. 原因

A 早期破水。

B 前置胎盤及常位胎盤之早期剝離。

C 臍帶壓迫 於臍帶脫出、骨盆端位、臍帶纏絡、真結節、羊水過少症、臍帶斷裂等時見之。

2. 徵候與診斷

A 胎兒危險之徵候 (一) 心音不正而微弱，一分鐘可至一百以下，或一百六十以上。(二) 胎動忽然強烈。(三) 胎糞漏出，羊水瀾濁，呈暗綠色。(四) 產瘤急速增大。

B 胎兒死亡之徵候 (一) 外診時不能聽到胎兒心音，胎動不能認出，胎兒部分不能觸到；即使觸到，亦難區別其為如何部分。(二) 內診之所得——(a) 頭部柔軟，縫合及顛門弛緩，失其球形之狀態，已生之產瘤，亦軟化消失。(b) 四肢之關節弛緩或脫臼，上下肢脫出，表皮呈暗赤色，或則剝離，或生水泡。(c) 以臀部先進者，因肛門弛緩，漏出胎糞，可使羊水變為暗綠色。

3. 死產之經過 雖與正規分娩相同，但破水以後，因空氣之竄入，子宮內容腐敗，分娩中往往發熱，可為產婦致死之原因。

4. 處置 如斷定胎兒有危險或已死亡，須請產科醫師處置。

第二節 初生兒假死

1. 原因 因胎兒血液中養氣缺乏，碳酸蓄積，血液刺戟延髓之呼吸中樞，乃起早期呼吸運動。胎

兒在子宮內吸入羊水、血液、黏液、胎糞等，以致窒息，是名假死。凡可以引起血液中之養氣缺乏、炭酸蓄積之原因，有以下數種：

A 早期胎盤剝離。

B 早期破水。

C 臍帶壓迫及臍帶斷裂。

D 胎兒腦受壓迫。

E 關於母體方面者，如痙攣性陣痛，子宮強直，子癇，重症熱性病，大出血，以及心臟病與呼吸器病等，均可為原因。

2. 徵候

A 第一度假死，亦名鬱血藍假死；其徵候如下：（一）皮膚呈藍赤色。（二）肌肉尚有緊張力，自頸部起以至四肢，保持一定姿勢。（三）心臟搏動徐緩而不活潑。（四）臍帶血管充實而怒張，動脈管有強搏動。（五）四肢運動微弱。

B 第二度假死，亦名蒼白色假死。（一）皮膚呈蒼白色而厥冷。（二）肌肉弛緩，頸部及四肢下垂，同時因括約肌弛緩，漏出胎糞。（三）心臟搏動微弱。（四）臍血管萎縮，不能觸到搏動。（五）四肢運動及呼吸運動消失，但刺戟皮膚或黏膜，尚能喚起呼吸運動。

3. 處置 應用蘇生術，其要點有三，如下：

A 除去吸入之異物 凡口腔或咽頭存在之異物，如羊水、血液、黏液、胎糞等，以手指或布片淨拭之；如已吸入氣管，當用導管插入呼出之。

B 注意保温及強心 當寒冷之季節，施術中應注意保温，隨時將兒體浸於溫湯中，防其冷卻，並注意心臟之力量。

C 喚起呼吸運動 對於第一度之假死，可就皮膚或黏膜刺戟之，以促起呼吸運動；其法如下：

(一) 於除去吸入異物之時，黏膜受刺戟，起絞息運動，乃將吸入之物吐出，而呼吸運動乃開始。

(二) 上法如無效，以一手將兒倒懸，用他手之掌面，輕輕打擊兒背，因受刺戟，吸入之異物，可以流出。

(三) 上法如仍無效，則以溫水與冷水交互反復刺戟之，對於第二度之假死，應用人工呼吸法。

(a) Schultz 氏振搖法——在人工呼吸法中，應用最廣，且最有效。其法先將初生兒浸於溫湯中，俟血液胎糞洗落後，急速取出，術者以兩手持持兒之肩胛，示指在

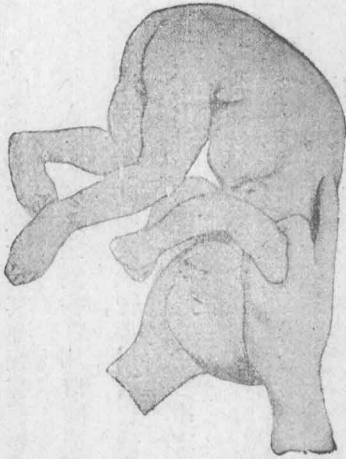


圖179(B) Schulky氏振搖法 (上行振搖)

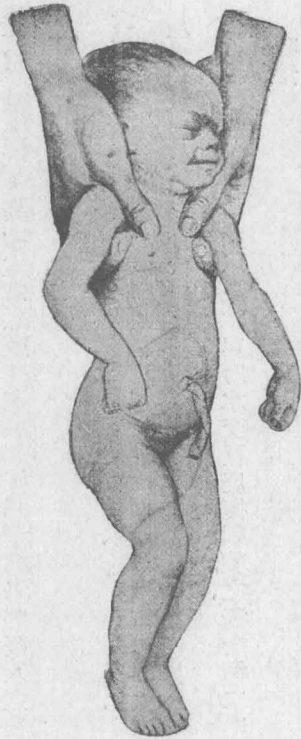


圖179(A) Schulky氏振搖法
(兒體把握)

後方，鈎起腋窩，拇指越過肩部，貼於前胸，其他三指，斜貼於背面，兩手根挾持兒頭，勿使向前屈，但其上體可略向前屈，兩腳離開，兩手伸直，於是兒體完全懸垂，然後

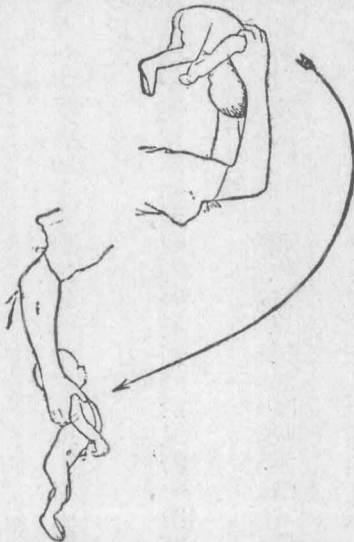


圖179(C) Schulky氏振搖法
(振搖之方向)

施行上行振搖與下行振搖法。

上行振搖法，實即呼氣法，術者伸直兩膊，將初生兒向上方擡舉，兒之顏面與術者之顏面倒向，其下半身下垂，壓迫胸腔，以營呼氣，同時可排出異物。

下行振搖法，實即吸氣法，當初生兒擡舉至相當程度時，暫時停止，隨半圓形線急速向下低降，是時胸腔擴張，肺部膨大，乃營吸氣，數秒鐘後，復向上舉，上下振搖，一分鐘內，約行十數次，復將兒體浸於溫湯中，以防寒冷，此法繼續行之，可以有效，初聞吸氣之絲鳴音後，乃開始呼吸。

(b) 緒方式發啼術——術者以右手把持兒之兩足，背側向右，腹側向左，左手貼於兒之頂部，將其上半身向上方扛舉，向足部強屈曲，如是則胸廓因受壓迫而營呼氣，約經二三秒鐘，再將兒體伸展，兒之腹側向上，處於水平位置，乃營吸氣，反復行之，可以奏效。

(c) 溫浴中之人工呼吸法——將初生兒仰臥溫湯中，舉其兩上肢，並把其全身向足方運動，以營吸氣；少頃，仍向頭方運動，放下下肢，貼於胸側，同時壓迫胸部，以營呼氣，此一法也。或將初生兒放在溫湯中，術者以左手支持兒頭，右手捉住兒之兩足，先把兩下肢向腹部壓迫，然後伸展，如此反復多次，亦可達呼吸恢復之目的。

第六章 母體之異常

第一節 娩出力之異常

一 微弱陣痛

1. 定義 發作時間短，間歇時間長，子宮收縮及疼痛微弱，謂之微弱陣痛。

2. 原因

A 原發性原因

(一) 關於子宮方面者——(a) 子宮發育異常，如重複子宮、縱隔子宮、兩角子宮及單角子宮等。(b) 子宮位置異常，如懸垂腹。(c) 子宮炎症，如子宮內膜炎、子宮實質炎等。(d) 子宮腫瘍，如癌腫與肌瘤。(e) 因前置胎盤或常位胎盤早期剝離等而起之子宮出血。(f) 因羊水過多或雙胎分娩而起之子宮盤過度延長。

(二) 關於膀胱及直腸方面者——(a) 膀胱之充盈。(b) 直腸之充實。

(三) 關於全身者——(a) 高年及幼年之初產婦，或生育頻繁之產婦。(b) 先天虛弱，病中或病後之衰弱，及肥胖之產婦。(c) 高度之精神感動。

B 續發性原因

(一) 關於母體方面者——(a) 骨部產道之異常，如骨盆狹窄。(b) 軟部產道之異常，如子宮頸管之開大障礙。

(二) 關於胎兒方面者——(a) 大小形狀之異常，如重複畸形、腦水腫、過熟胎兒等。(b) 體位體勢之異常，如顛骨定位、及屈位及橫位等。

3 危險徵狀 破水以前，危險較少，在破水後，第三期時，危險特多，因軟部產道受胎兒向下部之壓迫，血液循環起障礙，可發生以下各種變化。

A 陰道及子宮口等之軟部浮腫。

B 黏膜呈藍赤色。

C 陰道內溫度上昇。

D 體溫上昇。

E 分泌物污穢溷濁，且發臭氣。

F 尿溷濁，且混有血液。

以上所舉各種變化，因受壓迫作用而起，此外於破水後，胎兒娩出，須長時間，往往陷於假死或致死亡，且來第三期弛緩性出血之危險。

4. 處置 在破水以前，不可任意促起陣痛，膀胱直腸，須令空虛。對於第二期及第三期之陣痛微

弱，須注意，可予以葡萄酒類與奮劑及易於消化之滋養物，以培養其體力。不可濫用人工破膜法。破水以後，可試用腹部溫罨法，或熱性鹽洗滌，對於排尿排便不可疎怠，並須注意母子兩方危險之發生。至第三期之弛緩性出血，應先事預防，倘不幸發生，可試用胎盤壓出法。

二 過強陣痛

1. 定義 發作時間長，間歇時間短，子宮收縮及疼痛強劇者，謂之過強陣痛。

2. 原因

A 產道之抵抗力強大。

B 早期破水。

C 不正當之內外診及陣痛促進法之濫用。

3. 結果 因陣痛過強，而產道無相當之抵抗力時，則分娩經過極速，所謂急產者是，但可引起以下各種之危險。

A 胎盤早期剝離。

B 臍帶斷裂。

C 隨時可以墜落，初生兒多受危害。

D 軟部損傷，以會陰部為多。

E 弛緩性出血。

F 子宮翻轉。

在產道抵抗力強大者，除早期破水後及胎盤早期剝離外，可起子宮破裂與疲勞性微弱陣痛等危險。

4. 處置 就各種原因，預加注意。至分娩期近時，禁止出外，嚴守安靜。當分娩時，禁止產婦之努責，並保護會陰。

三 痙攣性陣痛及子宮強直

1. 定義 發作時間長，子宮收縮強烈，疼痛劇甚，間歇時間短，甚至不能證明間歇時間，是為痙攣性陣痛。他若間歇時間完全消失，子宮永久保持收縮狀態者，謂之子宮強直。

2. 原因 與陣痛過強同。

3. 結果

A 分娩遷延 因痙攣性陣痛或子宮強直，產婦感覺劇烈之陣痛，以致障礙分娩之進行，因此發熱，且多傳染之機會，甚至死亡者亦不少。

B 胎盤早期剝離，或子宮破裂。

C 胎兒假死或死亡，因子宮壁之強劇收縮，胎盤及臍帶等之血管受壓迫，乃起血液循環障

礙。

4. 處置 就各種原因注意預防，對於已經發作者，應以微溫之濕布貼於腹部，並令產婦安靜，催促醫師速來。

四 腹壓異常

1. 原發性腹壓微弱症，在腸管內充滿氣體，或不耐痛之產婦，容易發生。
2. 續發性腹壓微弱症，即疲勞性壓迫微弱，是因第一期內濫用腹壓而起。

第二節 產道之異常

1. 骨盆過大

A 定義 骨盆之外徑線過長二—三種時，謂之骨盆過大。

B 分娩經過 經過甚速，胎兒通過骨盆時，不營正規之分娩機轉，兒頭變形，不著明。

C 處置 在妊娠末期，禁止出外，嚴守安靜。陣痛開始時，當速安臥牀上，不可努責。分娩中，注

意保護會陰。

2. 骨盆狹窄

A 定義 骨盆外徑線縮短二—三種時，成熟胎兒，不易通過，謂之骨盆狹窄。骨盆諸徑線之中，以真結合線為最重要，通常藉此以定狹窄之程度。其各徑線平均短縮者，謂之一般的骨盆

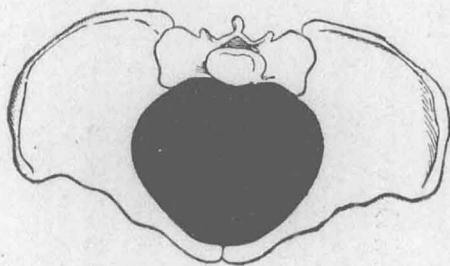


圖180(A). 正規骨盆

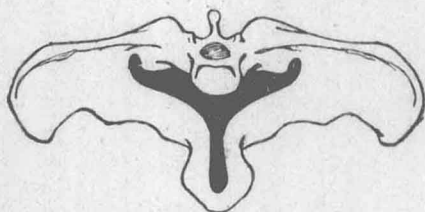


圖180(B). 橫徑短縮骨盆(骨軟化症性骨盆)

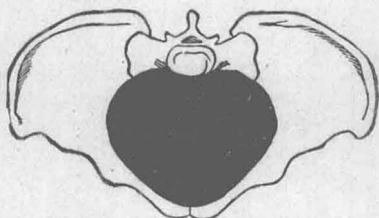


圖180(C). 一般平等狹窄骨盆

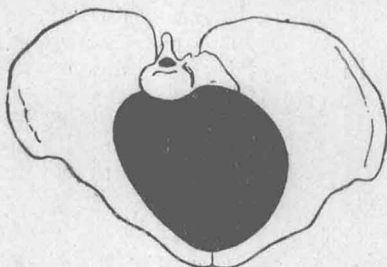


圖180(D). 斜徑短縮骨盆



圖180(E). 縱徑短縮骨盆
(一般狹窄扁平骨盆)

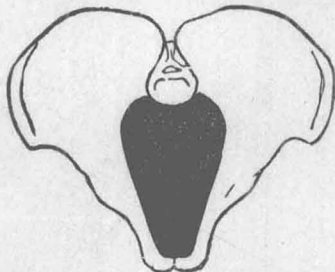


圖180(F). 橫徑短縮骨盆



圖180(G). 縱徑短縮骨盆(單純扁平骨盆)

狹窄，其形狀並無變化。一部分徑線狹窄者，謂之部分的骨盆狹窄。

B 種類

(一) 縱徑線短縮骨盆，一名扁平骨盆，有以下四種：

(a) 單純扁平骨盆——真結合線短縮，橫徑線增長。

(b) 佝僂病性扁平骨盆——因佝僂病以致縱橫徑線短縮。

(c) 一般的狹窄扁平骨盆——因發育不全，或兼有佝僂病而起。

(d) 脊椎挺垂性骨盆 因第五腰椎與薦骨間脫臼，骨盆入口之縱徑線短縮。

(二) 橫徑短縮骨盆，有以下三種：

(a) 骨軟化症性骨盆——因骨軟化症，以致橫徑線短縮。

(b) 關節強直性骨盆——因左右薦骨翼不發達，薦腸關節強直而起。

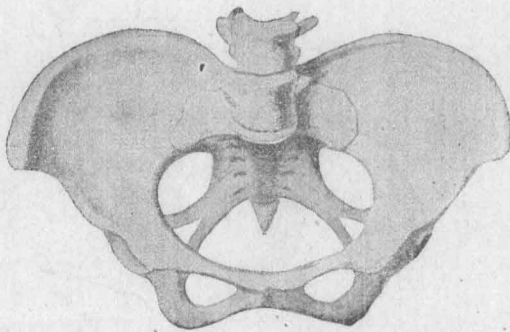


圖181. 佝僂病性扁平骨盆

(c) 脊椎後彎性骨盆——亦

名 Robert 氏骨盆，脊椎之

下端與薦骨同向後方轉，其

結果則橫徑短縮。

(三) 斜徑短縮骨盆，有以下二種：

(a) Naegle 氏骨盆——

側薦骨翼發育不全，薦腸關

節強直。

(b) 後天性斜徑線短縮骨盆——因骨盆之一側受高度壓迫，骨盆之斜徑線短縮。

(四) 不正短縮骨盆——因骨盆發生腫瘍，以致骨盆腔之形狀不正。

C 診斷

(一) 問診——關於兒時之最初步行時期，步行是否正常，既往分娩之經過，是否困難，均須詳細詢問。

(二) 視診——注意骨盆之大小，脊椎彎曲之狀況，下肢之跛行與否，以及懸垂腹之有無。

(三) 觸診——注意胎兒體位體勢之如何異常，及胎兒向下部進入骨盆入口之關係。

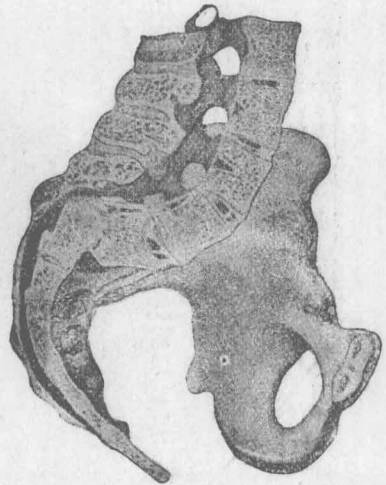


圖182. 脊椎挺垂骨盆

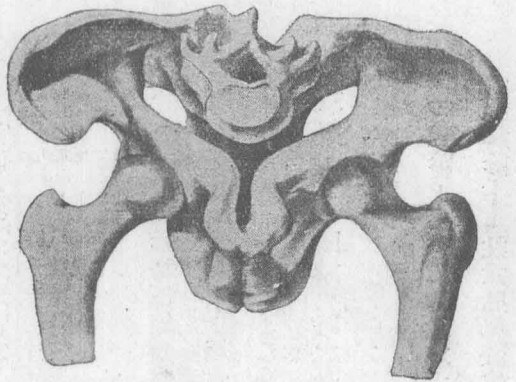


圖183. 骨軟化性骨盆

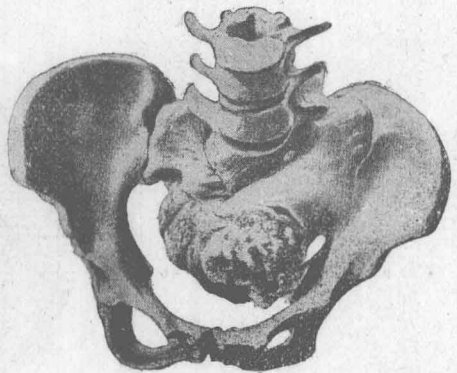


圖184. 不正短縮骨盆

(四) 骨盆之外計測——凡遇有骨盆狹窄之可疑者，應用骨盆外測計。
(五) 內診——除骨盆腔之前後左右廣狹觸得後，更就真結合線測定之。
D 分娩障礙

(一) 骨盆狹窄。可使胎兒之體位體勢異常，如橫位、反屈位、深在橫定位、前顛骨定位、及後頭顛骨定位是也。

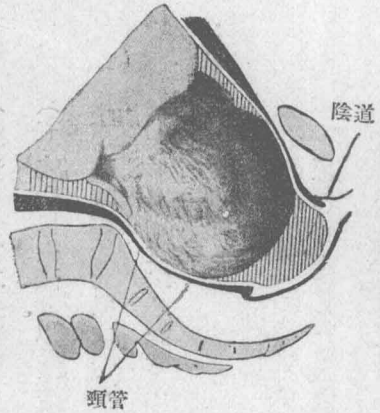


圖185(A). 正常骨盆形成之卵胞

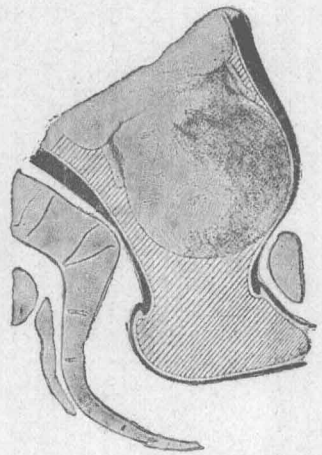


圖185(B). 狹窄骨盆形成之卵胞

E 危險

(一) 下向部嵌入，易起障礙，因是分娩之時間延長。

(二) 早期破水，以致臍帶與上肢早期脫出。

(三) 陣痛異常，如疲勞性微弱陣痛，過強陣痛，痙攣性陣痛，或子宮強直等皆是。

(四) 母體之危險——(a) 因微弱陣痛，軟部產道受壓挫，結果發熱，或成膀胱癱。(b) 因過強陣痛，以致子宮破裂。

(五) 胎兒之危險——(a) 假死或死亡。(b) 頭蓋骨及腦之損傷。

F 處置 在妊娠中，認為有骨盆狹窄之可疑者，當請產科醫師診察。視其狹窄程度之輕重，適用人工早產術或帝王切開術等。若至分娩初期始發見者，須急請產科醫師，因非施手術，決不能娩出。在醫師未到之前，應注意以下各點：

(一) 令產婦安靜，禁止勞責，以防早期破水。

(二) 不可濫用內診，恐損壞卵胞。

(三) 斟酌情形，予以興奮劑及滋養品等，預防陣痛之微弱。反之，如有陣痛過強之現象，腹部可貼放溫濕布。

(四) 注視子宮之收縮輪，預防子宮之破裂。

(五) 隨時檢查體溫，以驗產婦之有無發熱。

(六) 隨時聽診胎兒之心音，以定胎兒之尚生活或已死亡。

(七) 狹窄骨盆之分娩，於母子兩方，均有極大危險，當婉言預告產婦之家族。

3. 軟部產道之異常

A 子宮頸部及陰道之硬固症

(一) 原因——(a) 三十歲以上之初產婦。(b) 妊娠前曾患慢性子宮實質炎。(c) 癍痕形成。(d) 腫瘍。

(二) 分娩經過——因組織硬化，不能擴大，故分娩困難，其結果可起微弱陣痛與陣痛過強，胎兒多陷於假死狀態，或竟死亡。

(三) 處置——勸告產婦安靜，以待醫師之來。預防早期破水，不可濫用內診。

B 陰道及陰門之狹窄

(一) 原因——(a) 先天性發育異常，或因中隔而陰道狹窄。(b) 癥痕性狹窄。(c) 周圍部之腫瘍壓迫。(d) 高年初產婦之陰道及會陰組織缺乏伸展力。

(二) 分娩經過——困難，其結果與子宮頸部硬固症狀同。

(三) 處置——與子宮頸部硬固症同。

C 骨盆底硬固症

(一) 種類——骨盆底硬固症，可別為解剖的硬固症與痙攣性硬固症二種。

(a) 解剖硬固症，因骨盆底諸肌及結締組織之疾病，如經梅毒、血腫、外傷等，而該部肌肉與結締組織肥厚硬化而起。

(b) 痙攣性硬固症，為骨盆底諸肌起反射性痙攣之現象，於神經質之婦人見之。

(二) 分娩經過——困難，為欲勝過強大之抵抗，以致母體疲勞困乏，發生微弱陣痛，胎兒陷於假死或真死。

(二)處置——輕度硬固症，可試用胎兒壓出法，在高度硬固而有強大之抵抗力者，須待醫師手術。

第三節 膀胱及直腸之障礙

1. 膀胱之障礙 當兒頭進入骨盆時，因尿道受壓迫，屢起尿閉症。是時膀胱膨滿，妨礙腹壓，致來微弱陣痛。使分娩時間延長，乃起第三期後產稽留與產褥期內子宮復舊不全症。故分娩中應注意膀胱之充盈度，如積尿甚多，令產婦自然排尿，倘不可能，可應用人工排尿法。

2. 直腸障礙 直腸內蓄積多量糞便時，往往障礙胎兒之通過，其結果亦可起微弱陣痛。故於分娩初期，應用灌腸法，使直腸空虛。

第四節 分娩中之出血

1. 第一期及第二期出血之原因：

- A 前置胎盤。
- B 常位胎盤早期剝離。
- C 軟部產道之損傷，如子宮破裂、頸管破裂、陰道裂傷、及會陰破裂等皆是。
- D 子宮腫瘍，如癌腫、肌腫。
- E 靜脈瘤破裂。

2. 第三期出血之原因：

A 軟部產道之損傷。

B 弛緩性出血。

C 子宮翻轉。

一 子宮破裂

1. 原因

A 自然破裂

(一) 過強陣痛。

(二) 胎兒不能通過產道，屢於狹窄骨盆、懸垂腹、腦水腫、過熟胎兒、及橫位胎兒等見之。

(三) 子宮肌——無力，而以子宮發育異常、子宮腫瘍、子宮手術後之瘢痕為原因。

B 人為破裂 是因施行粗鹵不合理之分娩術而起。

2. 種類 就子宮破裂之程度言，可別為完全破裂與不全破裂二種。前者貫穿子宮全壁，與腹腔

交通；後者未貫穿全壁，不與腹腔交通。

3. 症狀

A 子宮破裂之前兆

(一) 下腹部狀態——因陣痛強烈，妨礙胎兒之前進，是時子宮收縮輪愈向上昇，至恥骨接合上四指橫徑之上，圓韌帶於腹壁上，顯然可以認出，子宮體硬度增高，愈向上方退縮，子宮下部與頸部延長菲薄，且有壓痛。當陣痛間歇時，胎兒下部隔一薄層，可以觸到。此時已有子宮破裂之現象，施以適當處置，尚可娩出。否則，子宮下段及頸部不能勝受過度之陣痛，乃致破裂。

(二) 全身狀態——陣痛漸漸增劇，可起痙攣性或強直性陣痛，因而精神興奮，自訴苦痛，脈搏頻細，體溫上升。

B 破裂時及破裂後之狀態

(一) 與疼痛有關之狀態——下腹部突然激痛，又忽然停止，有破裂之感，偶或可以聽到破裂之音，破裂以後，全腹部疼痛減輕，但破裂部分，仍覺疼痛。

(二) 與出血有關之狀態——破裂時可起外出血或內出血；如為內出血，則下腹部膨大。

(三) 與胎兒有關之狀態——在完全破裂者，則胎兒與胎盤全部由裂孔脫入腹腔內。是時胎兒部分，可於腹壁觸知，體位急變，胎兒常因胎盤之剝離，乃陷於假死或死亡。

4. 處置 就各種原因，加以預防。在破水後三小時以上，而兒頭尚未入深骨盆，陣痛愈劇，且有破裂之危象時，須催醫師速來，並勸產婦忍耐安靜。倘已破裂，惟有立刻送進病院救治。

二 會陰破裂

1. 原因

- A 會陰伸展不良。
- B 胎兒體勢之異常。
- C 胎兒急速娩出。
- D 會陰保護不周密。

2. 種類 就會陰破裂之程度言。可分爲以下四種：

- A 第一度會陰破裂 破裂程度，僅限於黏膜與皮膚。
- B 第二度會陰破裂 破裂程度，及於肌膜及肌肉。
- C 第三度會陰破裂 肛門及直腸前壁亦破裂。
- D 第四度會陰破裂 陰脣繫帶及會陰之中央部破裂。

3. 危險

- A 出血。
- B 創傷傳染。
- C 爲各種胎後症，如子宮內膜炎、子宮脫出或下垂等症之原因。

D 形成大癍痕，爲下次分娩之障礙。

4. 處置 對於高年或幼年之初產婦，須注意保護會陰。破裂輕度者，出血少，而危險亦少。分娩後，清潔局部，撒布碘仿等粉劑，加用殺菌壓抵帶及丁字帶，令產婦伸直兩腿，安靜仰臥。破裂稍大，傷及會陰中央部者，須招請醫師縫合之。

三 軟部產道之損傷

1. 種類

A 子宮破裂及子宮頸管破裂。

B 陰道壁裂傷。

C 陰道口及尿道口周圍之裂傷。

2. 診斷 除弛緩性出血與子宮翻轉外，當注意軟部產道之損傷，順次檢查會陰部、陰道口附近、

及尿道口周圍部。此外更須注意陰道壁上部及子宮頸管等之出血。

3. 處置 外陰部小出血時，應於其部用消毒棉紗壓迫之，若有多量出血，或在陰道壁與子宮頸部出血者，當請產科醫師診治。

四 弛緩性出血

1. 原因

A 子宮壁之弛緩 (一) 由第一期及第二期之微弱陣痛而起，於子宮外異常大出血，子宮壁過度延長，膀胱直腸之過度充盈，高年或幼年之初產婦，全身虛弱，胎兒通過障礙時見之。
 (二) 由第三期之子宮壁弛緩而起，於子宮內容急速消失或膀胱之充盈時見之。

B 胎盤剝離困難 (一) 胎盤之高度癒着。(二) 胎盤之大小形狀異常。(三) 胎盤附着位置之異常。

C 子宮內口之痙攣 (一) 施行不合理之子宮摩擦與胎盤壓出法。(二) 麥角等類藥劑之濫用。

2. 症狀

A 胎盤長時間在子宮內稽留，可以障礙子宮之收縮，且因胎盤之一部分剝離，其剝離之部分出血多量，是即外出血。

B 子宮頸管若被凝血閉塞，則血液不能外流，留滯於子宮腔內，子宮因之膨脹，是為內出血。

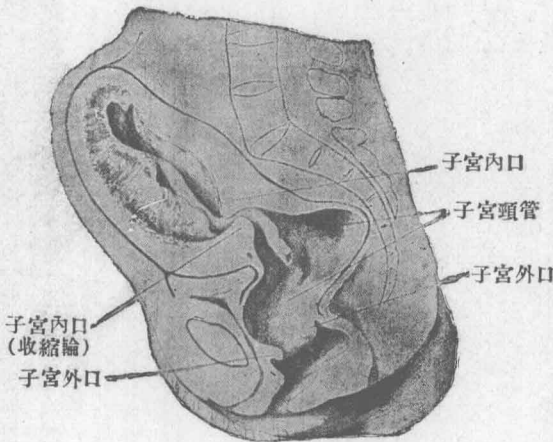


圖186. 子宮內口之痙攣(胎盤稽留)

○子宮內腔之血液，若因子宮之自然收縮，突然與胎盤排出，以後復因弛緩而出血，經長時間之持續，可陷於貧血，或致死亡。

3. 診斷 就第三期之強度外出血與子宮內出血兩點，即可斷定。

4. 處置 如有第三期出血症狀，應請產科醫師診治並在醫師未來之前，可就子宮底部施輪狀摩擦，促起子宮之收縮，及壓出子宮內存留之凝血。此外斟酌情形，可用冰囊貼置，或施胎盤壓出法，或用 Momburg 氏虛血法。

虛血法之目的，在阻止向子宮之血行，法甚簡單，以手指大之橡皮管於肋骨弓與腸骨櫛之間部纏繞二度，徐徐加緊，至股動脈搏動消失為止，約經二〇—三〇分鐘，復徐徐解除之，用之得當，成效頗著。於急迫之時，輸送產婦，最為適宜。但絞窄過緊，則損傷內臟，纏絡過久，又有使局部組織壞死之虞，若纏絡過寬，不僅不能止血，因靜血鬱血之故，而出血反增劇，不可不注意及之，最好在醫師指導之下行

腹部大動脈

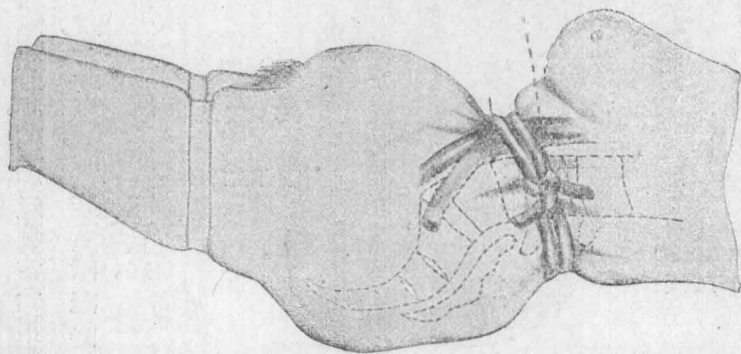


圖187. Momburg 氏虛血法

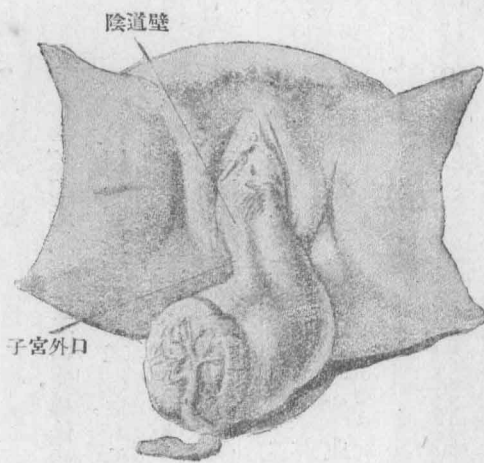


圖188. 子宮翻轉

出法應用之結果。
 2. 症狀及診斷 於外陰部可以見到胎盤，診察腹部，子宮底不能觸到。

3. 危險 強度出血與傳染。
 4. 處置 在醫師未請到之前，如有大出血之危險，應先為

急救之處置，以完全消毒之手指，將胎盤剝離，並復納子宮之位置。行此術時，應高舉產婦之臀部，沿骨

之，不可濫用。

四 子宮翻轉症

1. 原因

A 胎盤癒着堅固，及臍帶之牽引。

B 子

宮收縮

弛緩時，

胎盤壓



圖189. 子宮翻轉之順序

盆軸之方向而整復之。

五 分娩直後之異常出血

1. 原因

A 軟部產道損傷。

B 弛緩性出血。

C 子宮翻轉。

2. 症狀及診斷

A 軟部產道損傷之出血，與後產期之出血同。

B 因子宮弛緩所起之出血，有外出血與內出血之分，子宮柔軟膨滿，並有急性貧血症狀，與後產期之弛緩性出血，完全相同。

C 子宮翻轉性出血，同時尙可見到胎盤。

3. 處置 就各種原因，而爲相當之處置。

第五節 急性貧血

1. 原因 大出血

2. 症狀 一般貧血症狀，如顏面蒼白、眩暈、眼花、耳鳴、重聽、惡心、嘔吐、胸內苦悶等症狀均呈現。失

血甚多時，則貧血症狀更顯著，遂致呼吸促迫，四肢厥冷，身神不安，終則不省人事，或精神興奮，最後以心臟麻痺而死。

3. 補充法 大出血之後，急切之間，惟有以生理食鹽水補充之。如能多量喝飲最好，否則以二〇〇—三〇〇瓦同體溫之生理食鹽水灌入腸內，就出血之程度，反復數次灌入，並無妨礙。

4. 興奮法 於出血後，予以酒類之興奮劑。

5. 保溫法 被褥及室溫須適當，使全身溫暖。

第六節 產婦之偶發症

1. 分娩時之衄血 分娩時衄血，因努責而起。急救處置，可於鼻部施冷卷法，並以清潔之棉花栓塞鼻孔。

2. 分娩中之咯血吐血與下血 分娩中之咯血、吐血、或下血，因肺、心臟及胃腸病而起。急救處置，令產婦安臥，於出血部，貼用冰囊。

3. 產婦之呼吸困難 產婦之呼吸困難，因心臟肺臟之重劇疾患而起。急救處置，令其上體高起，並請專門醫師診治。

4. 產婦之死亡 產婦死亡之原因，以急性貧血、子癇、腳氣、肺、心、腎各臟器之重劇疾病為多。死後二十分鐘以內，若速施手術，尚可得生活之胎兒，故即至極危急之時，仍須招請產科醫師處置。

第十二編 異常產褥

異常產褥，係以一定原因，使生理的產褥經過障礙而起。其重劇者，可以致死；即使不然，亦往往遺留局部疾病。其疾病種類雖多，然與內生殖器關係最切；如產褥熱及子宮復舊不全，即其例也。異常產褥之處置，完全為產科醫師之責任，故茲編僅述原因與症狀而止。

第一章 產褥熱

產褥熱之由創傷傳染而起，已成不易之論。其病原菌為連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、或腐敗菌。分娩中處置因消毒不完全，則病原菌乃以手指器械繃帶材料等之媒介，遂侵入外陰部、陰道、或子宮之創面，依其毒力之強弱，發為輕重不同之症狀。茲分為以下各種說明之。

第一節 產褥性創傷中毒

1. 原因 因腐敗菌侵入創傷後，發育繁殖，腐敗分解而起。

2. 症狀 分娩後三—六日發熱，體溫徐徐上昇，但亦有以惡寒戰慄而忽然昇高。體溫之昇降，通常在攝氏三八—三九度之間，脈搏緊張，稍稍徐緩，是因呼吸分解產物而起，故亦名吸收熱。在重症者，

體溫可以超過三九度，脈搏頻數，一般症狀不著明；同時因子宮收縮不良，惡露排出不充分，滯留於子宮內，故發惡臭。

本症預後佳良，惡露多量排出後，體溫即隨之下降。

第一節 敗血性產褥創傷傳染

1 原因 多由連鎖狀球菌傳染而起，凡重症之產褥熱皆屬之。

2 種類 病原菌侵入後，發育繁殖，發為種種不同之病變；因此，可別為以下各種：

A 產褥性潰瘍 病原菌進入創傷後，侵犯健康組織，致使陷於壞死，創面呈污穢灰白黃色，周緣不正，發赤，腫脹。

B 敗血性子宮內膜炎 病原菌由外陰部經子宮頸管侵入子宮內腔，於胎盤剝離面上，構成大潰瘍面。

C 崩壞性子宮實質炎 壞死性變化，已達肌層。

D 敗血性附屬器官腫 病原菌向輸卵管方面蔓延，於是輸卵管內膜與子宮內膜，起同樣病變，輸卵管內腔蓄積膿汁，更由此傳達腹膜，以致周圍臟器皆癒着。

E 產褥性骨盆結締組織炎 分娩時或產褥中，生殖器及其周圍之血管與淋巴管，皆充盈擴張，組織柔軟鬆粗，故病原菌之傳播繁殖，不僅限於創傷表面，且經血管、淋巴管，達於深層，以是

骨盆結締織，亦腫脹化膿。

F 子宮外膜炎亦名骨盆腹膜炎 炎性病變，已達腹膜，但只限於骨盆部。

G 汎發性腹膜炎 由於子宮外膜炎蔓延擴大，侵及腹膜之大部分。

H 敗血性血栓性靜脈炎 病原菌由骨盆內靜脈侵入，使靜脈發炎，並成栓塞。

I 白股腫 靜脈因發炎栓塞，管腔狹窄，因是下肢之血液還流障礙，乃呈浮腫。

J 產褥膿毒症與敗血症 因靜脈內之血栓軟化腐敗，混入血行，循環於全身，以致體內各

臟器均可發生化膿性病灶者，謂之產褥膿毒症。因病原菌混入血液，發育繁殖，瀰漫於全身而發重篤症狀者，謂之產褥敗血症。

3. 症狀

A 全身症狀 分娩後第三四日之頃，突然惡寒戰慄，體溫上昇達三八—三九度，或乃過之，顏面潮紅，口渴，頭痛，不眠，身神不安，脈搏初則亢進，既而微弱頻數。

B 生殖器之症狀 惡露增多，呈污穢色，且放臭氣。子宮兩側相當之下腹部壓痛著明，且因子宮收縮不良之故，子宮底之高，常較正常產婦之子宮底為高。

如發覺有產褥熱之症狀，須速請產科醫師處置，可以治癒。若失治療之時機，則病原菌侵入血液，發生膿毒症或敗血症，則預後不良。

第二章 生殖器之異常

第一節 子宮復舊不全

1. 原因

A 子宮發育異常。

B 子宮位置異常，如產褥子宮後屈及懸垂腹分娩。

C 產褥熱。

D 子宮腫瘍。

E 分娩時之強出血，如前置胎盤、常位胎盤早期剝離、及弛緩性出血。

F 子宮壁過度延長，如羊水過多症及複胎分娩。

G 子宮腔內異物之殘留，如胎盤殘片及卵膜殘片。

H 膀胱與直腸之充盈。

I 類產婦。

J 產褥期內不攝生，如早期離牀、過度運動、過度安靜、及長時間之靜坐與起立。

2. 症狀 子宮大而柔軟，子宮底高，惡露量多，持續日久，且帶血液。至產褥之第二週，子宮往往出

血，梅毒發熱。

第二節 產褥性子宮位置異常

1. 子宮前屈 正常的子宮略前屈，倘強度前屈，在產褥期內，可以妨礙惡露之排出，因之而發熱。

2. 子宮後屈 已於異常妊娠編內述及，輕度後屈者，至妊娠後半期自然整復，但在分娩後第三—四週時，往往再發，故產褥期間，應注意攝生。

第三節 後陣痛之異常

1. 定義 分娩後因子宮收縮，略感疼痛，是為生理的現象。但在異常者，陣痛次數既繁，且疼痛之程度又高，由下腹部放散於外陰部及下腿，是名過強後陣痛，通常經二三日而自癒，決無超過五六日者。

2. 原因

A 卵膜片、胎盤片、或凝血之殘留於子宮腔內。

B 分娩經過，過於急速。

3. 症狀 下腹部子宮相當處，有發作性疼痛；輕度者用濕性溫罨法，可以見效。

第三章 褥婦乳房之異常

第一節 乳頭乳暈之表皮剝脫及破裂

1. 原因

A 皮膚薄弱。

B 小兒之哺乳力過強。

2. 症狀 授乳之際，感覺激痛，若不施以適當處置，細菌乘隙侵入，可以續發乳腺炎。

第二節 乳腺炎

1. 原因 由乳暈及乳頭之破裂處侵入化膿菌而起。

2. 症狀 初起惡寒，旋即發熱，乳房皮膚腫脹，微紅，觸之感覺劇痛，放任不治，則破壞流膿。

第四章 褥婦泌尿器之障礙

第一節 尿道及其附近部之損傷

1. 原因 因分娩時，胎兒通過受損傷而起。

2. 症狀 排尿時感覺疼痛。

第一節 膀胱炎

1. 原因 因多次施用人工排尿法及消毒不完全之人工排尿。

2. 症狀

A 排尿時疼痛，下腹部及外陰部有持續性疼痛。

B 尿意頻數，有殘尿之感。

C 尿溷濁或帶血液。

D 有時發熱。

第三節 尿瘻及尿失禁

1. 原因

A 因分娩中損傷而起，如膀胱與陰道間生成瘻孔者，名膀胱陰道瘻；尿道與陰道間生成瘻孔者，名尿道陰道瘻。

B 因產褥中膀胱括約肌麻痺，努責之時，尿液隨時漏出者，謂之尿失禁。

2. 症狀 尿瘻生成後，尿液隨時可以流出，污染外陰部，且因尿分解而放出惡臭，於是外陰部及其周圍糜爛，並覺瘙癢。若因膀胱括約肌麻痺而失禁，則數日內，可以治癒。

第十三編 初生兒之疾病

第一章 總論

1. 發熱 初生兒發熱之重要原因，如下：A 新生兒一時性發熱，亦名初生兒飢餓熱。B 臍傳染。C 敗血症。D 中耳炎及內耳炎。E 破傷風。

2. 體溫下降 初生兒之體溫下降，因下述各種關係而起：A 先天性生活力衰弱，或早產兒。B 室溫下降。C 保溫不良。D 一般疾病，如腸病、皮膚鞏硬症、重症黃疸、破傷風，以及各種出血等。

3. 鬱血藍 (Cyanosis) 初生兒之發鬱血藍，其重要原因，如下：A 初生兒假死。B 初生兒肺萎縮或肺溢血。C 先天性心臟病。D 敗血症。

4. 皮膚蒼白 初生兒之皮膚蒼白，其原因如下：A 新生兒假死。B 各種出血。

5. 哺乳不能或哺乳不全 哺乳不能或不全，亦為初生兒疾患之重要徵候，其原因如下：A 生活力不足。B 鼻腔閉塞與咽頭狹窄。C 呼吸困難。

6. 先天性呼吸困難 初生兒之呼吸困難，其原因如下：A 羊水嚥下。B 分娩時之重症外傷。C 新生兒肺萎縮與肺溢血。

7. 血便 初生兒之出血，於以下各症見之：A 黑吐病。B 敗血症。C 先天性梅毒。D W. H. 氏病。E 先天性膽道閉塞與心臟病。

8. 全身痙攣 初生兒痙攣，於以下各症見之：A 急性腦及腦膜炎疾病。B 高熱。

9. 頭部腫瘍 不論性質如何，凡於頭部構成腫物者，統屬之。A 產瘤。B 頭蓋腫瘍。C 先天性腫瘍。

10. 水泡形成 初生兒皮膚上形成水泡之原因，如下：A 梅毒性天疱瘡。B 新生兒敗血症。C 天疱瘡。

11. 皮膚出血 初生兒皮膚出血之原因，如下：A 敗血症。B 遺傳性梅毒。C 分娩外傷。

12. 鼻加答兒 初生兒之鼻加答兒，可分為急性與慢性二類：A 急性鼻加答兒，又可別為單純性、淋菌性及敗血性三種。B 慢性鼻加答兒，又可別為梅毒性鼻加答兒與鼻梅毒。

13. 喘鳴 分娩直後或分娩後數日，發生喘鳴者，於下述各疾病見之：A 胸腺肥大症。B 甲狀腺腫。C 真性先天性喘鳴。

第二章 各論

第一節 分娩外傷

分娩中兒體受外力所起之損傷，統稱之曰分娩外傷；嚴格言之，生理的產瘤，亦為分娩外傷之一。

多因母體骨盆異常，分娩遷延及施行產科手術而起。以頭部及四肢之外傷為多，而軀幹部則較少。

1. 產瘤 生於胎兒向下部之最先進部分，僅限於一處，可參閱正常分娩編，分娩直後最著明，經

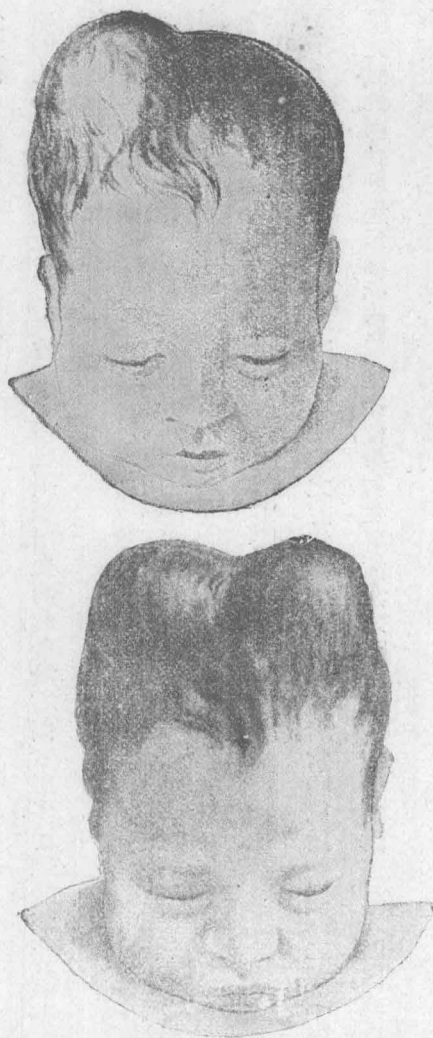


圖190. 頭蓋血腫
(上)右顳頂血腫；(下)兩顳頂血腫

若干時而縮小，二三日內即消失。

2. 頭蓋血腫 分娩時頭蓋受壓迫，骨膜下血管破裂，構成血腫。分娩直後尚小，經二三日而益大，中央柔軟有波動，須及時治療；否則，有化膿之危險。

3. 頭蓋內出血及腦內出血 胎兒假死時，頭蓋內或腦質內，容易出血，多於狹窄骨盆分娩施用

挽出手術後見之。有痙攣、嘔吐、脈搏徐緩、呼吸淺弱、反射機能亢進等症狀。

4. 分娩麻痺 上膊神經叢損傷時，初生兒之上肢麻痺，通常於產科手術後見之。上肢完全麻痺時，則肩胛關節與肘關節均不能運動，是為上肢型；其麻痺僅限於前臂及手掌者，名前臂型。

顏面神經麻痺，多發於用鉗子手術之後，初生兒患側之眼不能閉合，口角向健側歪斜，啼泣時更為著明。

5. 胸鎖乳頭肌血腫 因胸鎖乳頭肌損傷出血而起，發於右側者居多，治癒後往往貽留斜頸症。

6. 骨折及脫臼 骨盆端位娩出術，使用不純熟，易致骨折或脫臼。受傷肢不能完全治癒，運動障礙，而且變形。

第二節 初生兒膿漏眼

1. 原因 本症之病原為淋菌。凡產婦之有泌尿生殖器淋病者，當胎兒通過產道之際，淋菌容易侵入眼內。即在分娩以後，亦有傳染機會，如初生兒沐浴之際，浴湯中倘含有淋菌，濺入眼內，或因含有淋菌之惡露污染手指，間接亦可傳入眼內。

2. 症狀 分娩後第一—三日頃，眼瞼灼熱、發赤、腫脹、疼痛，初則流淚，繼乃化膿，膿汁極多，而眼瞼之發赤腫脹亦益烈，而疼痛劇甚，眼瞼不能開放。此症預後極不良，如失治療之時機，往往失明，應早請

眼科醫師加意治療。至預防方法，已述於正常分娩編。

第三節 初生兒臍疾患

1. 先天性臍異常

A 皮膚臍 臍帶脫落後，臍部皮膚通常皆向內陷沒，是名臍窩。但有與此適相反者，不僅不陷沒，且向外突出一——五種，臍帶脫落後，此突隆部依然存在，與腹壁皮膚相連續，是即皮膚臍。

B 羊膜臍 臍帶之胎兒端，通常被以約一糎長之腹壁皮膚。異常時，不僅無此一部分之皮膚，並臍之周圍部分亦無之，迨臍帶脫落後，殘留廣大之創面，是名羊膜臍；但不久以肉芽組織而治癒。

C 尿管瘻 膀胱與臍部間有瘻管，可以交通。及臍帶脫落後，於臍傷部形成瘻孔，尿液有時由此流出。

D 臍腸間膜管遺存 迴腸與臍之間以瘻管相交通，臍帶脫落後，倘臍傷閉鎖不全，可流出多少溷濁之分泌物。

E 臍帶腸脫 臍帶作囊狀膨出，由胡桃大以至小兒頭大不等，內藏腸管或其他內臟如肝胃脾腎等。

2. 臍出血 臍出血，因臍帶結紮不完全，臍血管外傷或肺呼吸不全而起。在小出血，將臍帶重加

結紮，可以鎮止。但在將發性大出血，止血無效，結果死亡，其原因尚不明，大約與先天性梅毒及遺傳性血友病有關係。於分娩後第五—七日間，忽然出血不止。

3. 創傷傳染 臍部創面，易起傳染。在產褥最初之一二日，即可傳染，不必限於臍帶脫落之後。其發為病變，種種不同，分別述之於下：

A 臍帶殘部之壞疽 臍帶殘遺部呈污穢色而濕潤，放出惡臭，全身發熱。如不速治，有起臍壞疽及敗血症之危險。

B 臍壞疽 臍部呈污穢色發惡臭，且生水泡。此炎性病變，由皮膚達腹膜後，遂起腹膜炎，結果患兒死亡。

C 臍膿漏 臍帶脫落後，臍部排泄漿液或膿汁，創面為弛緩性肉芽組織，上被以黏液膿性義膜。

D 臍潰瘍 臍膿漏發生後，臍輪之周緣，發赤腫脹，臍底固着以灰白色義膜，全身發熱，並有痙攣症候。

E 臍息肉 臍帶脫落後，臍傷之治癒機轉遲延，肉芽組織異常增殖，形成茸狀或扁平之小腫瘍，分泌黏液或膿性黏液，其周圍濕潤糜爛。

F 臍輪炎 臍之炎症，向皮下及周圍蔓延，於臍帶脫落後一—三日間，臍之周圍發赤浮腫，

而臍部著明膨隆，且分泌膿液。

G 臍血管炎 因臍帶殘遺部及臍帶脫落部之炎症，波及於臍血管。其侵襲淺表時，則起動脈血栓炎，臍下方之皮膚發赤腫脹，由此向臍部壓迫，可以排出膿汁。炎症侵及深部時，血管周圍之淋巴管亦發炎，進而發生靜脈血栓炎。此血栓有傳染性，破壞後侵入血中，乃起敗血症或膿毒炎，或因血管周圍之炎症蔓延，而起腹膜炎。

第四節 初生兒傳染病

1. 破傷風

A 原因 臍帶剪斷面及臍帶脫落後之創面，侵入破傷風菌而起。

B 症狀 發病時期，多在生後第一週至第二週之間。患兒啼泣不安，哺乳困難，牙關緊閉；以後顏面諸肌痙攣，於是前額部有皺紋，鼻唇間溝著明，口唇稍稍突出，呈微笑狀。病勢增劇時，痙攣波及背部，兩角弓反張之症狀亦呈現；波及呼吸肌，而呼吸淺薄不規則，同時脈搏頻數，體溫上昇至攝氏四十度或過之。預後不良，多數死亡。

2. 丹毒

A 原因 此亦為創傷傳染之一種，因丹毒菌由臍帶或其他之損傷部侵入而起。

B 症狀 以皮膚潮紅發熱為特徵，生後第一二週間，臍部周圍腫脹，呈猩紅色，旋即蔓延於

3. 敗血症 全身，並發稽留性高熱，啼泣不絕，哺乳障礙，終以心力衰弱而死。

A 原因 以化膿菌如連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、肺炎菌等侵入血液發育播殖而起。

B 症狀 全身發高熱，脈搏頻數，呼吸促迫，患兒急速衰弱，同時合併胃腸症狀，臍出血，肺炎，肋膜炎，腹膜炎，及皮膚出血，數日內即死。

第五節 初生兒之消化器病

1. 鵝口瘡

A 原因 其病原為絲狀之鵝口瘡菌，而以乳頭不潔、人工營養、早產、虛弱為誘因。

B 症狀 口脣、口腔及舌等處生有小白斑，迅速向周圍蔓延，剝離困難，哺乳時感覺疼痛，患兒往往因此號啼。

2. 消化不良症

A 原因 在人工營養兒發生者，多因乳汁不良，授乳器不潔，及不規則與過量之授乳而起。在自然營養兒，則因乳汁之異常，授乳者有疾病及不規則與過量之授乳。

B 症狀 哺乳力減退，且有吐乳症狀，大便次數增多，便帶綠色，或含白色顆粒與多量之黏液，放出酸臭與惡臭，患兒不安，啼泣，終以衰弱而死。

3. 黑吐病

A 原因 不明，大約與胃腸潰瘍有關係。

B 症狀 生後二—三日突然吐血或下血。吐血呈黑褐色，下血呈漆黑色。全身皮膚蒼白，體溫下降，預後不良。

4. 黃疸

A 原因 不明，大約與肝臟梅毒有關係。

B 症狀 分娩直後即發作，全身發熱、消化障礙、體重減少、不安、啼泣，於襁褓中發見黃色。此與生理的黃疸不同；蓋生理的黃疸生後二—三日始發作，五六日後即消失，且無全身障礙。

5. 腳氣

A 原因 以有腳氣病婦人之乳汁為營養而起。

B 症狀 初起吐乳，繼則便秘，消化不良，尿量減少，呼吸促迫，心悸亢進，脈搏頻數，終則口圍及指趾等處，呈鬱血藍，手足之背面浮腫，因不安號啼，以致聲音嘶啞。

第六節 初生兒皮膚之異常

1. 鞏硬症

A 原因 原因不明，凡早產兒與虛弱兒，容易發生，而以寒冷之氣候，居室不完全營養不良

等爲誘因。

B 症狀 皮膚鞏硬厥冷，初發於足背及腓腸部，漸及於軀幹及上肢，體溫下降，體重減少，結果死亡。

2. 糜爛

A 原因 因皮膚濕潤不潔而起，好發於外陰部及肛門附近，而頸部及腋窩等處之有皮膚接觸者，亦易發生。

B 症狀 皮膚濕潤發赤，且有表皮剝離，因疼痛啼泣，妨礙睡眠。預防之法，應令身體潔淨，乾燥，散布等分亞鉛華澱粉或等分亞鉛華滑石末。

3. 汗疹

A 原因 出汗過多。

B 症狀 顏面、頸部、胸部等處，發生許多赤色小水疱疹，因瘙癢而妨礙安眠。

4. 皮脂漏

A 原因 不明，與體質有關係，而以不潔爲誘因。

B 症狀 於頭部發生灰白色之痂皮或鱗片狀物。

第七節 先天性梅毒

A 原因 在妊娠期內，感染梅毒，此等胎兒，多早期流產，可參閱異常妊娠編。

B 症狀 先天性梅毒之主徵候，如下：(一) 梅毒性鼻加答兒。(二) 手掌足蹠之水泡疹，亦名梅毒性天庖瘡。(三) 肝臟及脾臟腫脹。

先天性梅毒胎兒，即使能延至妊娠末期，正常娩出，而其一般發育亦不良，肌膚呈污穢褐色，皮下脂肪缺乏，故皮膚多皺裂。且因鼻加答兒之故，流出黃褐色之分泌物，容易結痂，閉塞鼻腔，以致障礙呼吸睡眠及哺乳，結果多不能長成。

第八節 肺萎縮

1. 原因 此為早產兒常見之症，因生活力不足，以致肺胞不能擴張。此外因分娩時吸入黏液羊水等，閉塞氣管枝，亦可發生。

2. 症狀 呼吸促迫，不能大聲啼泣，皮膚呈鬱血藍徵象，生後一週以內，虛脫而死。

第十四編 助產士必需之看護技術

第一章 一般技術

第一節 檢 溫

1. 檢溫器之種類 測驗溫度，須用檢溫器；助產士所用之檢溫器，不出以下三種：

A 體溫計 用以檢驗妊婦、產婦、褥婦及嬰兒之體溫。

B 浴湯檢溫器 用以測驗浴湯之溫度。

C 寒暖計 用以測驗產室之溫度。

2. 檢溫度器數之種類 因檢溫器之度數不同，可別為以下三種：

A 列氏檢溫器 冰點與沸騰點之間，劃分八〇度。

B 攝氏檢溫器 冰點與沸騰點之間，劃分一〇〇度。

C 華氏檢溫器 冰點與沸騰點之間，劃分一八〇度。

3. 冰點與沸騰點 冰點，係指使水結冰之溫度而言；沸騰點，係指水煮沸之溫度而言。茲將三氏

檢溫器之冰點與沸騰點，開列於下：

A 列氏檢溫器
B 攝氏檢溫器

冰點
沸騰點

○度
八○度

○度
一○○度

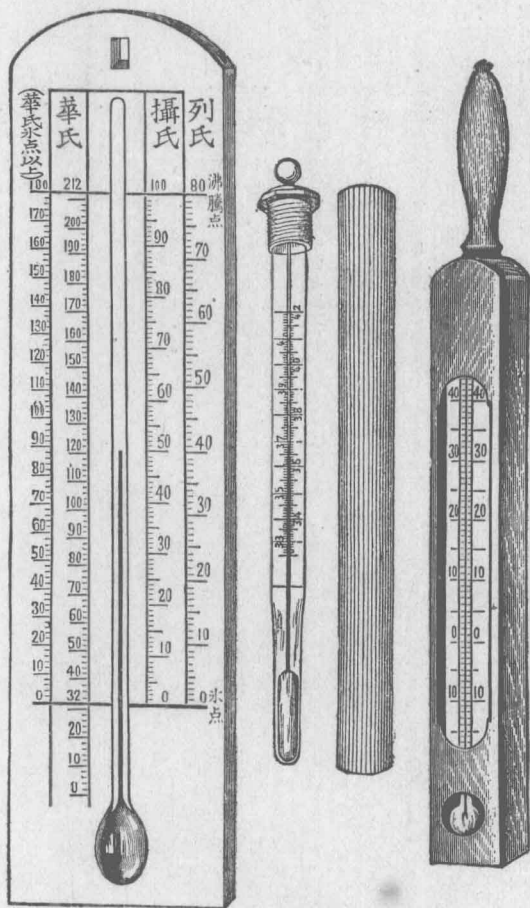


圖191. 檢溫器

(左)室溫計； (中)體溫計； (右)浴湯檢溫器

C 華氏檢溫器

三二度

一一二度

4. 三氏檢溫器度數之換算法 三氏檢溫器度數之比例，為 $80 : 100 : 180$ 即等於 $4 : 5 : 9$ ，

依此可以交換推算茲將換算公式列下：

A 由列氏檢溫器換算式

$$\text{列} \times \frac{5}{9} = \text{攝}$$

$$\text{列} \times \frac{9}{5} = \text{華}$$

B 由攝氏檢溫器換算式

$$\text{攝} \times \frac{9}{5} = \text{列}$$

$$\text{攝} \times \frac{5}{9} = \text{華}$$

C 由華氏檢溫器換算式

$$(\text{華} - 32) \times \frac{5}{9} = \text{列}$$

$$(\text{華} - 32) \times \frac{9}{5} = \text{攝}$$

5. 體溫計使用法 先於腋窩，以布拭乾，將下降於水銀柱三五度以下之體溫計，插入腋窩中，

全面與皮膚相密着。被檢者以上臂緊靠於胸壁而固定之，復以他手握此側之肘部。倘被檢者為小兒、老人、或人事不省者，不能自己固定檢溫器時，檢溫者應以手扶持其上臂。

6. 檢溫部位 除腋窩外，鼠蹊窩、口腔、直腸、以及陰道內均可測驗。如在口腔內檢溫，須將檢溫器插入舌下，密閉其口。倘在直腸或陰道內檢溫，須於檢溫器上塗以橄欖油。凡在體腔內檢出之溫度，較之在體表檢出者，高五分。

7. 檢溫時間 普通檢溫器，插入檢溫部位後，約歷十五分鐘取出，檢記其度數，重復放入，再歷兩三分鐘，其度數如與第一次取出所記者一致，即可認為準確。若嫌普通檢溫器太費時間，可購用五分鐘或一分鐘之檢溫器使用；使用後，以酒精拭潔之。

8. 檢溫時期 檢驗體溫，通常每日兩次：一在上午七時前後；一在下午五時前後。測定以後，將其度數填入體溫表，但遇多次檢溫之必要時，如產褥熱患者，檢溫非常重要，視其病勢之重輕，每日或二次或四次，並無一定也。

第一節 檢脈

測驗脈搏，通常於橈骨動脈行之。檢者將右手之示中環三指駢列，貼於患者腕關節之稍稍上外側，他手執時錶，測定一分鐘內之脈搏，其數性質與強弱，將脈搏之至數，填記於體溫表之一定欄內。

第三節 呼吸之測定

測驗呼吸時，以一手輕貼於上胸或心窩部，他手持時錶，以測定一分鐘間之呼吸次數，同時並注意呼吸式與其深淺之程度。

第二章 特種技術

第一節 子宮鏡使用法

1. Simon氏子宮鏡 一名陰道鏡，由有溝瓣與扁平瓣而成，於使用之前，須煮沸消毒。及助產士之手指與被檢者之外陰部消毒以後，檢者以左手之拇示兩指，展開陰唇，再清拭陰道口，然後以右手取有溝瓣，其嘴端須塗以5%石炭酸橄欖油，沿陰道之後壁送入，達後陰道穹窿部時，向肛門方向後壓，於是陰道口已稍稍開大，再以左手持扁平瓣，以斜方向送入陰道，漸次以水平方面壓迫陰道前壁，至是子宮陰道部，乃得呈露於兩瓣之間。

2. 鴨嘴狀子宮鏡 形如鴨嘴，由上下二瓣而成，柄端裝有螺旋，可以隨意開閉，使用時亦如前法之同樣注意，送入陰道內。及達後陰道穹窿時，徐徐放開嘴端，至一定程度，將螺旋固定，子宮陰道部乃呈露於兩嘴瓣之間。

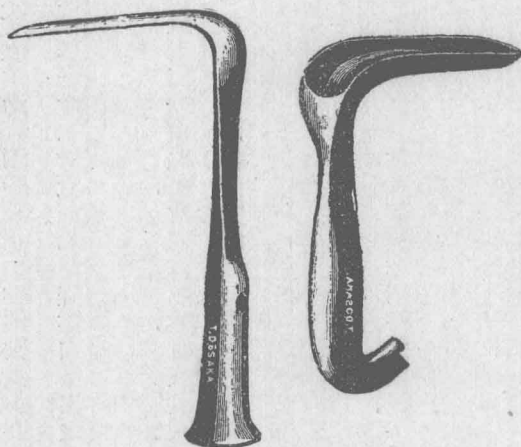


圖192. Simon氏子宮鏡
(左) 扁平瓣；(右) 有溝瓣

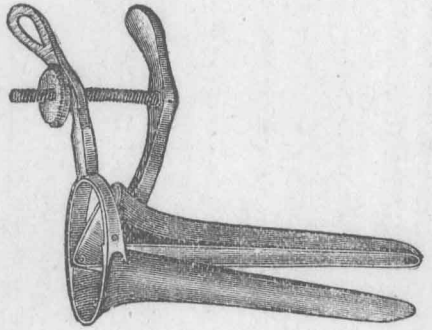


圖193. 鴨嘴狀子宮鏡

無。此外則於洗滌陰道或填塞陰道時用之。使用完畢，徐徐取出。如為Dinhon氏子宮鏡，先去扁平瓣，後去有溝瓣。如為鴨嘴狀子宮鏡，先將嘴端稍稍合閉後除去之。

第二節 陰道洗滌法

1. 方法 令患者仰臥，將下肢之股關節與膝關節部稍稍屈曲，而左右分開之。於其臀部，插入油布。並置接水盤。洗滌液貯盛於洗濯器內，離陰道口約二尺高。先將橡皮管內之冷

以及分泌物與出血之有

3. 翼狀子宮鏡

手術時為避免肛

門及其周圍之不潔

起見應用之。

4. Meyer氏乳白子宮鏡

為管狀之陰道鏡，由陶質或玻璃製成，前端稍狹，後端略大，於塗布腐蝕劑時應用之。

子宮鏡使用之目的，在觀察子宮陰道部與子宮口之狀態，

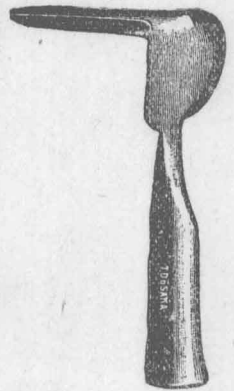


圖194. 翼狀子宮鏡

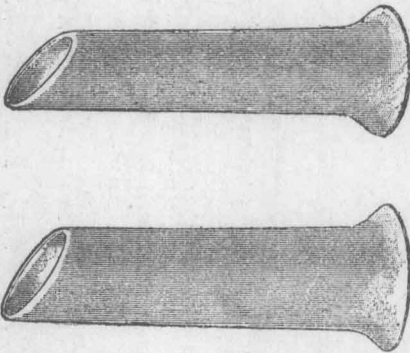


圖195. Meyer氏乳白子宮鏡

液驅除，術者以左手拇示兩指展開陰唇，以右手之示指附於嘴管之上，一同插入陰道內，以流動之液體，將陰道內之前後左右，輕輕洗滌之。洗滌完畢後，並洗外陰部及會陰部，並以指就陰道之後壁向肛門方向壓迫，俾陰道內殘留之液體，盡量流出。

2. 洗濯液之種類 洗滌液之種類須由醫師指定；至若消毒液，通常多用以下數種：

A 一—二% 石炭酸水

B 〇·五—一% 盧坐爾水

C 〇·五—一% 昇汞水

D 一% 過滿含酸加里水

普通所用之洗滌液，有以下數種：

A 殺菌水

B 殺菌食鹽水

C 一% 重曹水

D 二% 硼酸水

3. 洗滌液之溫度

A 冷性陰道洗滌 室溫或冰冷之溫度。

B 溫性陰道洗滌 攝氏三六—三七度。

C 熱性陰道洗滌 攝氏四〇—五〇度。

第三節 陰道填塞法

1. 目的 子宮或陰道大出血時，於嚴重消毒之下，用堅實填塞法，可以止血。此外若以治療為目的，則須先將棉球，浸以藥液，然後填塞。所用藥液，須經醫師指定。

2. 材料 填塞之材料為棉紗、或碘矽棉紗、或棉球。

3. 消毒 用為填塞之材料，最好先用蒸氣消毒，否則亦須經煮沸消毒。待其冷後，以消毒手絞乾，萬一因不及煮沸，惟有取浸於消毒液中之材料，絞乾應用。

4. 塞入 先洗滌陰道，除去血塊，用消毒子宮鏡展開陰道，以子宮鑷子，挾填塞材料，向陰道穹窿部填塞，漸次充實；同時子宮鏡亦隨之逐漸抽出。至填塞完畢，乃將子宮鏡完全拔出。

第四節 人工排尿法

1. 目的 用盡各種方法，不能使患者自然排尿時，方得使用人工排尿法。

2. 導尿管之種類 人工排尿法中，必不可缺之器械，為導尿管。通常應用者，為以下數種：

A 橡皮製導尿管。

B 金屬製導尿管。

C 玻璃製導尿管。

DS 字狀導尿管。

3. 消毒法 導尿使用之前，須

經五分鐘以上之煮沸消毒，但橡皮製之導尿管，以五分鐘為度；玻璃製者，煮沸之前，須預溫於熱湯中。

4. 導尿管插入法 令患婦仰臥，輕屈其下肢之股關節與膝關節部，向左右離開。助產士坐於患婦之右側，以左手拇示兩指展開小陰脣，露出尿道口，右手取浸於消毒液中脫脂棉，就尿道口及其附近部嚴密消毒，然後右手持導尿管，以拇指塞導管之出口，由尿道口沿骨盆軸之方向徐徐送入尿道內。迨導管達膀胱時，離開拇指，則尿即流出。若是時尿流出仍不順利，可令助手於患婦之下腹部輕加壓迫，助其排出；及完全排出後，除去加壓之手，徐徐抽出。導管抽出之時，仍以拇指閉塞導管之出口；若為橡皮製之導管，於其出口附近部緊擗即可。

導管抽出後，須將管內之尿液用清水洗淨，然後再消毒備用。
放尿以後，外陰部亦須消毒，保持清潔。

第五節 灌腸法

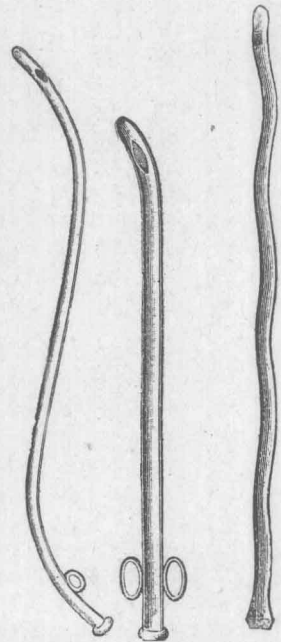


圖196. 導尿管

1. 排便灌腸

A 灌腸液 普通所用者，為以下

數種：

(一) 清水 —— 五〇〇——一〇〇

〇瓦

(二) 食鹽水(約百倍) —— 五

〇〇——一〇〇〇瓦

(三) 石鹼水(約百倍) —— 五〇〇——一〇〇〇瓦

(四) 甘油 (glycerin) —— 成人用，與清水等分配合，一回量二〇——四〇瓦；初生兒用，加

清水三倍，一回量五——一〇瓦。

以上各液，需量多時，用澆水

器；少時用水銃式灌腸器。灌

腸液之溫度，須與體溫相當。

B 準備 先於臥床上鋪一漆布或油布，令患者仰臥，臀部靠於床緣稍偏外方，下肢之股膝關節部，稍稍屈曲，兩腿左右分開，臀部下置一接水盤。

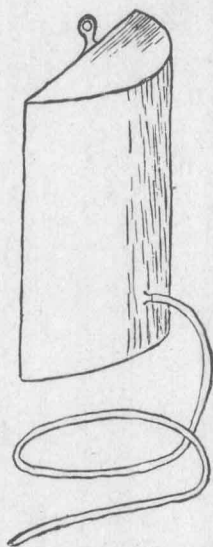


圖197. 澆水器

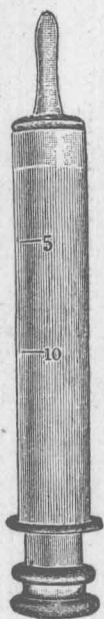


圖198. 水銃式灌腸器

C 插入 助產士立於患婦之右側，以左手之拇示兩指，露出肛門，右手取浣水器之嘴，排出少許之液體，驅去空氣，嘴管前端塗以橄欖油，依骨盆軸方向，由肛門送入，約二寸許，然後使液體灌入，若突被糞便阻當，可先稍稍抽出，重復送入。

D 注意 浣水器距肛門之高，約三尺左右，液體灌入之時，禁用腹壓。若患者感覺腹痛，當壓迫橡皮管，阻止液體之灌入，但不可將浣水器放下。灌注完畢，輕輕將嘴管抽出，令患者安靜，十分鐘內，須抑制液體流出。

2. 藥液灌腸 藥液灌腸之液體，須經醫師指定，方可使用。因其使用之目的不同，乃有以下各種名稱，顧名思義，不待解說當可了然也。

A 止痢灌腸

B 興奮灌腸

C 止血灌腸

D 殺蟲灌腸

E 鎮痛灌腸

F 催眠灌腸

G 鎮吐灌腸

3. 滋養灌腸 凡食物不能由口攝取，不得不由肛門輸入，是為滋養灌腸。其滋養液固非一成不變，但通常所用者，為由以下數種配合而成，為一回或二回之量，溫至與體溫同溫度時注入。茲將各成分之分量，開列於下：

牛乳 二〇〇瓦

卵黃 二個

食鹽 二瓦

葡萄糖 五瓦

4. 高位灌腸 高位灌腸之液體，為生理食鹽水。大失血時，為補充失血起見，一回用三〇〇—五〇〇瓦，灌入以後，不可任其流出；即使催起便意，亦應抑制，然後方可由腸壁吸收。若為洗滌腸管起見，可以多量注入，但旋即任其排出。

第六節 卷包法

1. 冷卷法

A 冷水卷法 以布片、或棉紗浸於冷水中，取出輕絞後，貼放患部。布片最好預備兩份，以便交互應用。

B 冰卷法 將冰塊細碎後，貯於橡皮製、紙製、或膀胱製之冰囊中，約及一半，除去空氣，緊縛

其口置放患部；但患部與冰囊之間，須隔一二層之布片。

2. 溫罨法

A 濕性溫罨法 以布片或棉紗浸於攝氏四〇—五〇度之溫湯或藥液中，取出輕絞後，放置患部。布片亦須備兩份，以便交互應用。

B 乾性溫罨法 以湯婆或熱水袋外包布片，放置患部。

3. 濕罨法 此法以數層之棉紗，浸於微溫水或藥液中，取出輕絞後，貼置患部，外放一層防水材料，再加棉花，並施繃帶固定之，待其乾燥之後，另換浸濕棉紗。

4. 全身溫濕布包纏法 施行此法之前，須預置臥床於溫室內，床上敷一毛布，上加一層防水材料，最上層為浸於攝氏六〇—七〇度溫湯中之大布，令患者裸體仰臥其上，然後將全身包纏，僅露出頭與兩手，而以防水材料，包圍外面，上蓋適當之被，持續半時至一時之久，除去之，是時須注意室溫，以毛巾拭乾全身，然後穿衣。

第七節 麻醉法

1. 麻醉之準備

A 歌囉仿(chloroform)及滴瓶

B 麻醉用假面

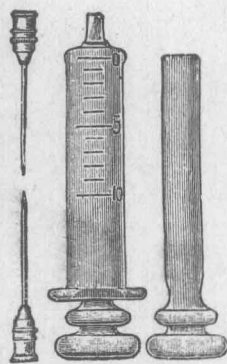


圖199. 皮下注射器及注射針

E 膿盆
 F 注射器及注射藥
 G 棉紗及脫脂棉

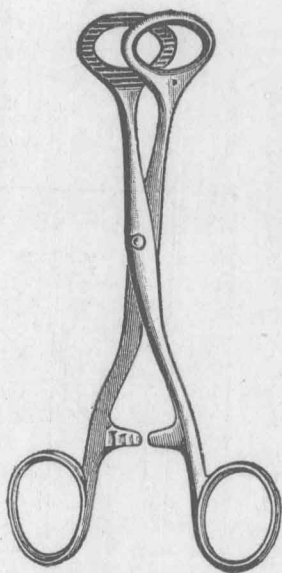


圖201(A). 舌鉗子

D 清拭鉗子
 C 開口器及舌鉗子



圖200. 麻醉用器
(上)滴瓶;(下)麻醉用假面

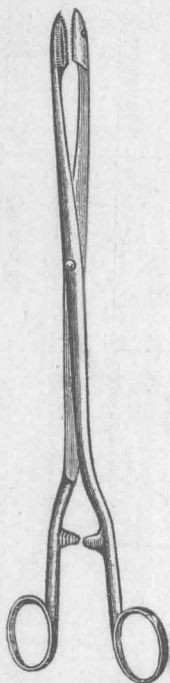
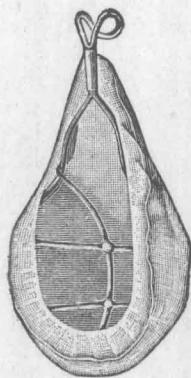


圖201(C). 清拭鉗子



圖201(B). 開口器



2. 麻醉適度與不足及過度之徵象

呼 吸	脈 搏	瞳 孔 大 小	瞳 孔 反 應	眼 臉 反 應	麻 醉
平 且 靜	緩 而 強	小	鈍	無	適 度
速 而 淺	速	大	有	有	不 足
不 整 或 停 止	頻 數 而 微 弱	大	無	無	過 度

麻醉不足時，應繼續滴入。如發見過度之徵象，須即刻停止，並通知醫師；得醫師之指示與許可後，方可繼續麻醉，倘不注意，漫然滴入，則可因呼吸作用與心臟作用麻痺而死。

3. 麻醉中之障礙

A 嘔吐 麻醉不足時，常起嘔吐與呼吸不整等症狀。是時應先將患者之頭部前屈，然後將顏面轉向側方，以便吐物之流出，用開口器開大牙關，以清拭鉗子將口內吐物拭去，得醫師之指示與許可後，再行繼續麻醉。

B 呼吸障礙 麻醉中往往因舌麻痺，舌根向咽喉後退，妨礙呼吸。是時施麻醉者，應以左右

能不有相當認識，且應知其
產士有為醫師手術時助手
之義務，故對於產科器械，不

異常分娩之處置，固應
由產科醫師負其全責，但助

第一節

產科器械之名稱

第三章 器械及繃帶之名稱與其使用法

兩手之示指貼於下頷骨之隅角，徐徐向前方壓出，於是骨與
舌同向前方運動，障礙可以除去。若不奏效，可用開口器開口，
以舌鉗子將舌鉗出。

C呼吸中止，麻醉未足時，如遇呼吸中止，可令其行深呼
吸，或輕輕刺戟胸部，可以促起呼吸。若因麻醉過度而起，應立
即停止麻醉，並施人工呼吸法。

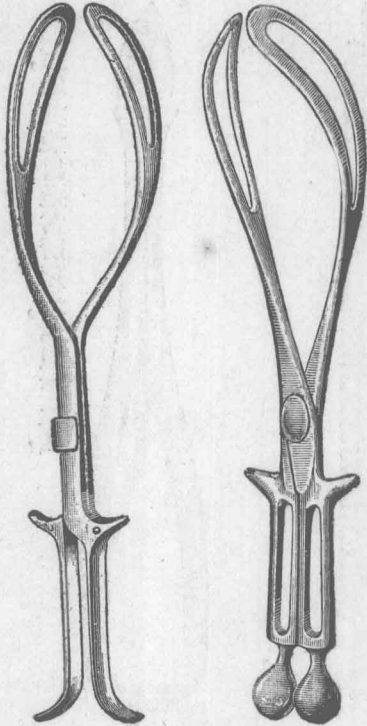


圖203. 產科鉗子
(左)Kilaa氏式; (右)Naegele氏式

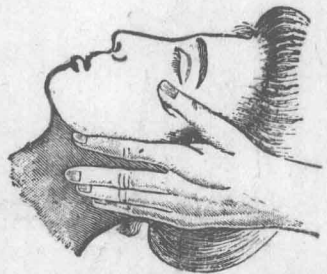


圖202. 舌麻醉時將下頷前推狀懸

作用，列入此節，意有所本。

1. 產科鉗子 用以挾住兒頭，助其娩出；通常所用者，為以下二式：

A Naegele 氏產

科鉗子

B Kilian 氏產科

鉗子

2. 穿顱器 用以穿刺

胎兒之頭蓋，有以下二式：

A Naegele 氏穿

顱器

B 圓錐狀穿顱

器

3. 碎頭器 於穿顱

之後，有再以此將頭蓋挫

碎縮小，使易娩出；普通所

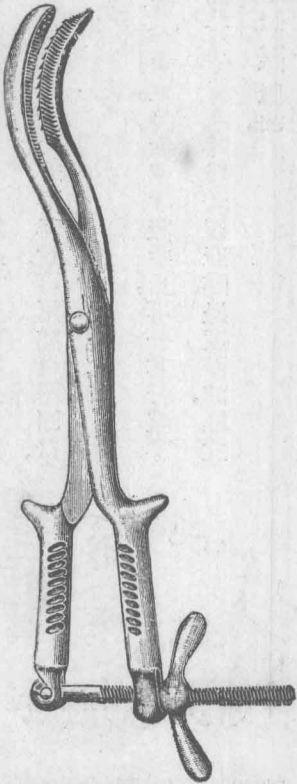
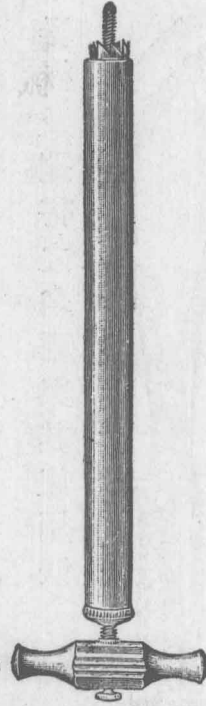
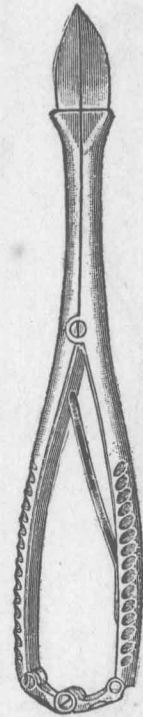


圖204. 穿顱器

(左)圖錐狀穿顱器；(右)Naegele氏穿顱器

圖205. 碎頭器

用者，為 Braun 氏碎頭器。

4. 骨鉗子 於穿顱或挫碎之後，用以除去骨片。

5. 斷頭鉤及斷頭剪

用以離斷胎兒頸部。

6. 鈍鉤 用以鉤住

胎兒之腋窩或大腿部，助其娩出。

7. 迴轉紐 當行迴

轉術時，用以固定因迴轉而脫出之四肢；紐為絲織品或麻織品。

8. 臍帶復納器 用以復納脫出之臍帶，

此器係由硬橡皮製成。

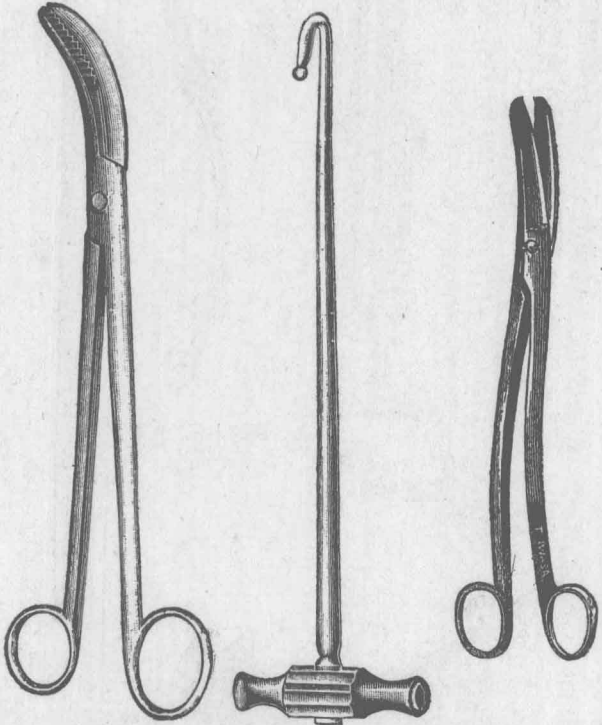


圖207. 骨鉗子

圖206. 斷頭鉤及斷頭剪
(左)斷頭鉤；(右)斷頭剪

圖208. 鈍鉤

9. 子宮洗滌用導管

子宮洗滌時用之，其末端為二重管，兩側有窗，以便洗滌液之還流。

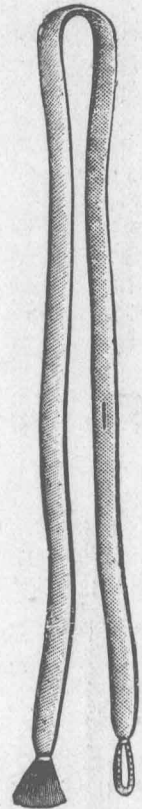


圖209. 迴轉紐



圖210. 臍帶復納器



圖211. 子宮洗滌用導管

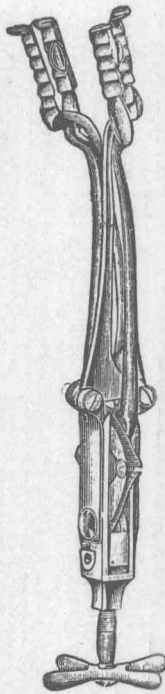


圖212. 子宮頸管擴張器

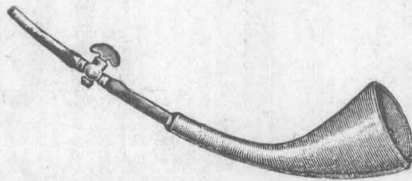


圖213. 子宮橡皮球

10. 子宮頸管擴張器 急劇使子宮頸管擴張時用之。

11. 子宮橡皮球 用以催起陣痛，使子宮頸管擴大。

12. 剪刀 通常所用者，爲以下各式：

A 直剪刀

B 彎剪刀

C 膝狀剪刀

13. 鑷子 通常所用者，爲以下數種：

A 無鈎鑷子

B 有鈎鑷子

C 有鈎子宮鑷子

14. 鉗子 通常所用者，爲以下數種：

A 止血鉗子與止血鑷子 用以止血，故亦名動脈鉗子，或動脈鑷子。

B 麥粒鉗子 用以挾取消毒器械或棉

紗等，故亦名器械鉗子。

C 胎盤鉗子 用以摘出子宮內之胎盤

或卵膜之殘片。

或卵膜之殘片。

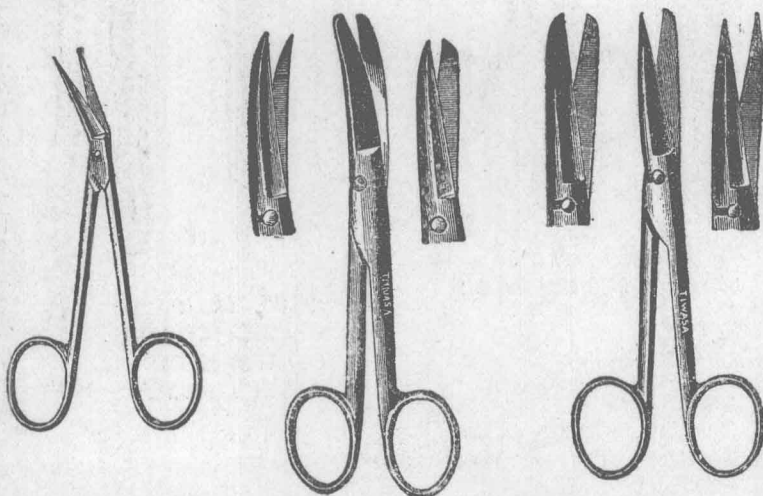


圖214. 剪刀 (左)膝狀剪刀；(中)彎剪刀；(右)直剪刀

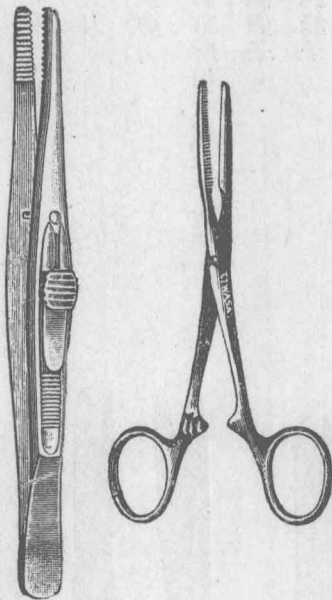


圖216(A). 鉗子
(左)止血鑷子, (右)止血鉗子

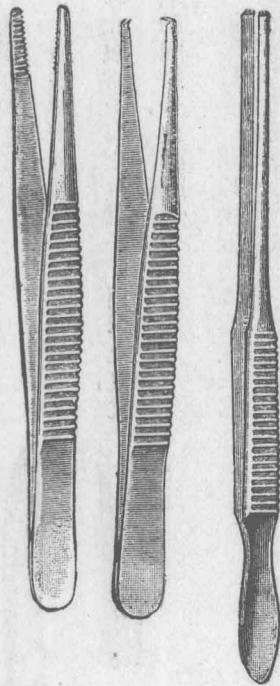


圖215. 鑷子
(左)無鉤鑷子;
(中)有鉤鑷子;
(右)鉤鉗子宮鑷子

15. 把針器與縫合針 用以把持縫合針, 一名持針器。
D 有鉤鉗子 用以固定組織, 鉗嘴僅有一鉤者, 名單鉤鉗子; 兩鉤者, 名雙鉤鉗子。

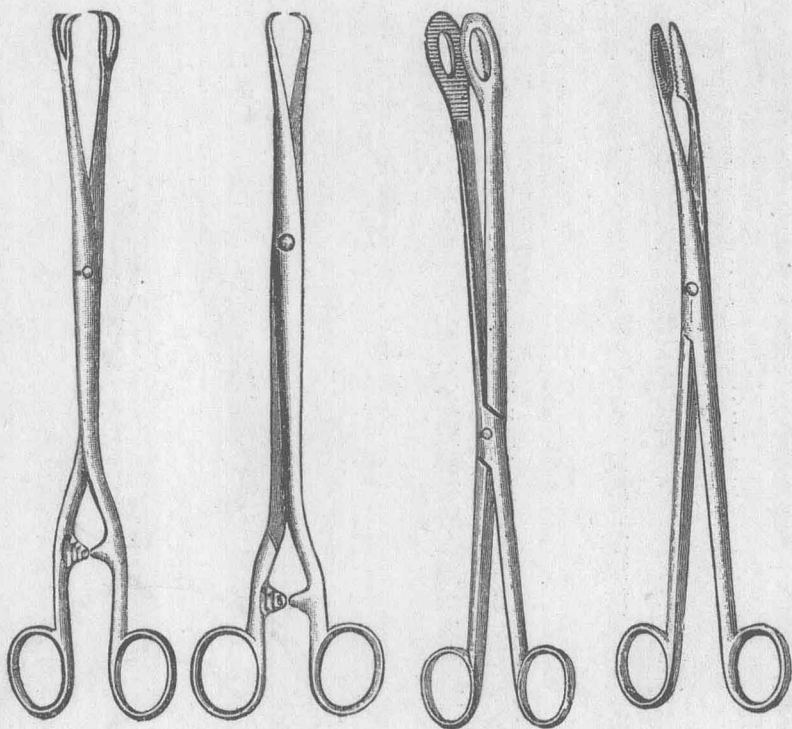


圖217. 有鈎鉗子
(左)雙鈎鉗子; (右)單鈎鉗子

圖216(B). 鉗子
(左)胎盤鉗子; (右)麥粒鉗子

第二節 幾種重要之綳帶

1. 腹帶 產褥期中用之，取長約三尺餘之棉布，重疊數層，其闊須與褥婦之腹面相當，大約八寸；外面一層之兩端，剪成五六縱條，待內層包裹後，將外層之裂片自下向上，左右傾斜交叉，至最後裂片，則左右交互作成一結，以固定之。

2. 初生兒腹帶 臍帶殘片，既裹以棉紗，外面仍須加腹帶。其製法及使用法與前同，惟帶則著明短狹，只須長一尺餘，闊約三寸即可。通常重疊三層，外層之兩端，剪成二三裂條。

3. 提乳帶 於乳房緊張疼痛或乳腺炎時用之，取長三尺餘之棉布，闊約四寸，將其兩端縱裂為二條，以帶之中央部貼於乳房，取其下緣之兩裂片，於後頸部，做成一結，取其上緣之兩端，經兩腋下，於

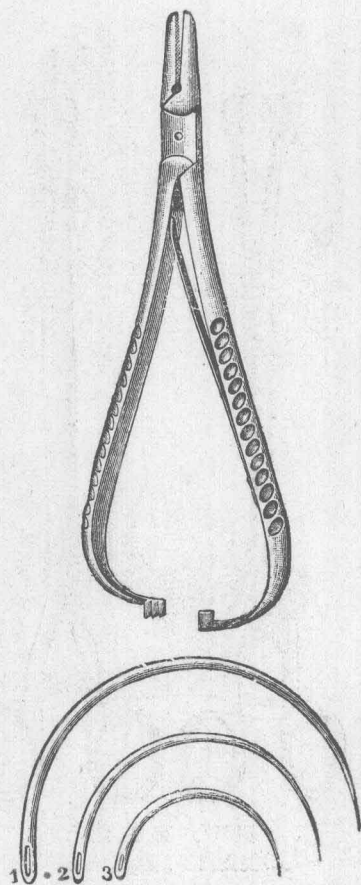


圖218. 把針器與縱合針
(上)把針器；(下)縫合針

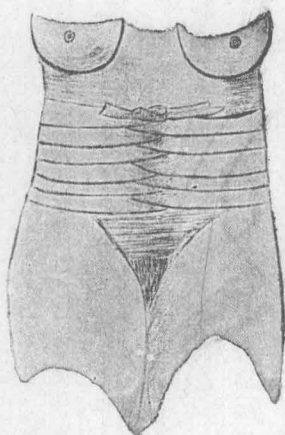
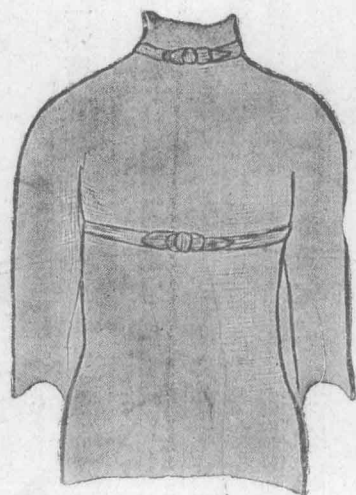
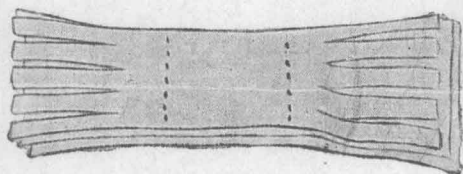
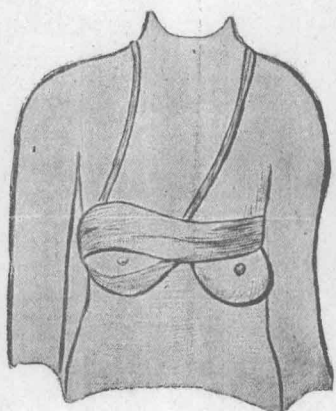


圖220. 提乳帶
(上) 前面; (下) 後面

圖219. 腹帶
(上) 最外層兩端裂成數條狀;
(下) 腹帶使用法

背面亦做一結即可。

4. 丁字帶 取長二尺餘之棉布，闊約三寸，一端繫以橫布，他端裂成二條，以為打結之用。

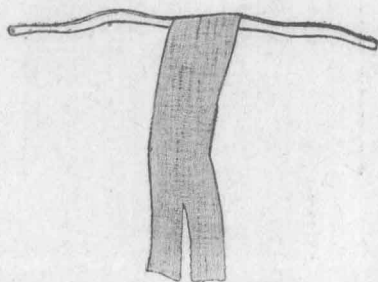


圖221. 丁字帶

附錄 與助產士有關之法令

助產士條例 十七年六月十九日公布十八年五月二十一日修正

第一條 以助產士爲業務者須經衛生部核准給予助產士證書未經核准給證者不得執行助產士業務在本條例施行前開業者限於六個月內依本條例之規定補請核發助產士證書

第二條 年在二十歲以上之中華民國女子有左列資格之一者得請給助產士證書

- 一、在本部認可之本國助產學校產科學校或產科講習所二年以上畢業領有證書者
- 二、在外國助產學校二年以上畢業領有證書者
- 三、修學不滿二年在本條例施行前已執行助產業滿三年以上者
- 四、經助產士考試及格領有證書者

第三條 有左列情事之一者不得給予助產士證書

- 一、曾犯墮胎罪者
- 二、五年以內曾受徒刑之執行者

三、禁治產者

四、心神喪失者

其給證在前事發在後者應隨時將證書撤銷但二三四各款之原因消失時得再發給此項證書

第四條 請領助產士證書者應備證書費四元印花稅一元半身二寸像片二張履歷書二紙連同畢業證書及其他證明資格文件繳由駐在該管地方官署經民政廳或特別市政府轉報衛生部核辦

第五條 所領證書如有遺失毀損等情得依前條程序呈請補發但證書費減為二元

第六條 助產士欲在某處開業須檢同部給證書及半身四寸相片二張呈請該管地方官署註冊未經核准註冊前不得開始營業

如欲歇業復業或遷移死亡等情應於十日內由本人或其關係人向該管地方官署報告

第七條 助產士若認為妊婦產婦褥婦或胎兒生兒有異狀時應告其家族延醫診治不得自行處理但臨時救急處置不在此例

第八條 助產士對於妊婦產婦褥婦或胎兒生兒不得施行分科產科手術但施行消毒灌腸及剪斷臍帶之類不在此例

第九條 助產士應備接生簿載明產婦姓名年齡住址生產次數生兒性別等並保存五年以備

第十條 助產士應於每月十日前將前月份助產人數列表報告該管地方官署經民政廳或特別市政府彙轉衛生部備案

第十一條 助產士於業務上如有不正當行爲或重大過失除觸犯刑法者應受刑事處分外由該管地方官署予以撤銷證書或停止營業處分

第十二條 助產士依本條例第三條第二項及第十一條受撤銷證書處分者應於三日內將該證書向該管地方官署繳銷受停止營業處分者將證書送由該管官署將停止理由及期限註明於該證書背面仍交由本人收執期滿後方准復業

第十三條 凡未經領有部給證書以助產士爲業及受撤銷證書或停止營業之處分仍執行助產業務者由該管地方官署處以一百元以下之罰金

第十四條 本條例自公布日施行如有未盡事宜得隨時修正之

管理接生婆規則 十七年八月三日公布

第一條 凡中華民國女子非醫學校或助產學校畢業以接生爲業務者統稱之爲接生婆

第二條 接生婆須向營業地該管官署請領接生婆執照未領執照前不得開始營業

在本規則施行前開業者限六個月內補領執照

第三條 接生婆須年在三十歲以上六十歲以下耳目肢體及精神狀態均健全並無傳染病者

始得請領執照

第四條 請領給照時應開具姓名年齡籍貫及接生年限營業地點連同半身四寸像片一張呈

請核發但在無照相館地方得免繳像片領得之給照如有遺失毀損等情得呈請補發

第五條 地方官署應設臨時助產講習所令核准註冊之接生婆分班入所練習教以左列接生

上必要之知識

一、清潔消毒法

二、接生法

三、臍帶紮切法

四、假死初生兒蘇生法

五、產褥婦看護法

前項傳習所得委託醫院或醫學校助產學校辦理經費由地方稅下撥充之

第六條 接生婆練習期定為兩個月授課時對於不識文字者應注意口頭講授

第七條 練習期滿成績優良者由該管地方官署核給證明書毫無成績者撤銷其營業給照

第八條 接生婆開業歇業復業及遷移死亡等事應於十日內由本人或其關係人向該管地方

官署報告

第九條 接生婆應於門首懸牌標明接生婆某氏字樣不得稱醫生或其他名目

第十條 接生婆對於妊婦產婦褥婦或胎兒生兒不得施行外科及產科手術但施行消毒及剪臍帶之類不在此限

第十一條 接生婆應備接生簿載明產婦姓名年齡住址生產次數生兒性別等並保存五年以備查考

第十二條 接生婆應於每月十日前依部定格式將前月份接生人數列表報告該管地方官署經民政廳或特別市政府彙轉衛生部備案

第十三條 接生婆如違背本規或於業務上有不正當之行為及重大過失除觸犯刑法者應受刑法處分外由該管地方官署予以撤銷執照或停止營業處分

第十四條 接生婆依本規則第七條第十三條受撤銷執照處分者應於三日內將執照向該管地方官署繳銷受停止營業處分者應將執照送由該管官署將停止理由及期限註明於該執照之背面仍交由本人收執期限滿後方准復業

第十五條 凡未領執照以接生爲業及撤銷執照或停止營業之處分仍執行接生業務者由該管地方官署處以二十元以下之罰金其以接生執照借予他人營業者除撤銷其執照外並處以二十元以下之罰金借照營業者亦同

第十六條 各地方官署核發接生婆執照限於中華民國二十年十二月三十一日爲止

第十七條 本規則自公布日施行如有未盡事宜得隨時修正之

助產士考試規則 十八年三月十四日公布

第一條 各地方衛生官署考試助產士應依本規則之所定

第二條 年在二十歲以上之中華民國女子有左列資格之一者得應助產士考試

一、曾在產科學校或講習所修業滿一年得有證書者

二、曾從醫師或已領部證之助產士修業滿一年得有證書者

三、曾執行助產業務滿二年有確實證明者

第二條 考試科目如左

一、學理考試

甲、妊娠之生理與異理

乙、尋常分娩及其處置

丙、尋常產褥之經過、褥婦及生兒之看護法

丁、異常分娩及其處置

戊、產婦褥婦及生兒之疾病

己、消毒方法

二、實地考試

甲、臨床

乙、模型

第四條 非學理考試及格後不得受實地考試

第五條 各科考試及格者由主考機關給予及格證書

第六條 應助產士考試者須具半身四寸相片一張、履歷書一張、連同證明資格文件呈回該管

主考官署報名

第七條 試場規則由主考官署核定並先期榜示周知

第八條 本規則自公布日施行

助產教育委員會章程 十八年一月三十日公布

第一條 本會爲提倡助產教育並增進助產士之程度而設定名爲助產教育委員會

第二條 本會委員暫定七人至九人以左列各員充任之

甲、由教育衛生兩部各派二人

乙、由教育衛生兩部會同聘任熱心贊助助產事業或具有專門學識者三人至五人

第三條 本會以委員一人爲主席由各委員互選任之

第四條 本會委員爲名譽職任期二年但均得連任

第五條 本會每六月開會一次但遇必要事時得由教育衛生兩部長官會召臨時會議

第六條 本會職務如左

一、籌辦模範助產學校

二、處理及保管助產教育專款

三、審訂助產教育標準

四、審查公立及私立助產學校

第七條 本會爲執行前條職務認有須特別調查之情形時主席得於委員中指定專員調查之

第八條 本會設祕書庶務各一人分掌會議紀錄文書及一切庶務事宜祕書庶務由教育衛生兩部於部員中指派之

第九條 本會設會計一人掌管教育款項事宜

會計由各委員互選任之

第十條 本會會議細則另定之

第十一條 本章程如有未盡事宜得由教育衛生兩部隨時會商修改

第十二條 本章程自公布日施行

刑法 墮胎罪

第三百零五條 受懷胎婦女之囑託或得其承諾而使之墮胎者處二年以下有期徒刑

因而致婦女於死者處五年以下有期徒刑因而致重傷者處三年以下有期徒刑

第三百零六條 意圖營利而犯前條第一項之罪者處六月以上五年以下有期徒刑得併科五

百元以下罰金

因而致婦女於死者處三年以上十年以下有期徒刑得併科五百元以下罰金因而致重傷者處

一年以上七年以下有期徒刑得併科五百元以下罰金

第三百零七條 未受懷胎婦女之囑託或未得其承諾而使之墮胎者處六月以上五年以下有期徒刑

因而致婦女於死或重傷者比較故意傷害罪從重處斷

第一項之未遂罪罰之

第三百零八條 以文字圖畫或他法公然介紹墮胎之方法或物品或公然介紹自己或他人爲墮胎之行爲者處一年以下有期徒刑拘役得併科或易科一千元以下罰金