

Essential Obstetrics and Gynaecology ^{3E}

基礎婦產科學

原著

E. MALCOLM SYMONDS/IAN M. SYMONDS

編譯

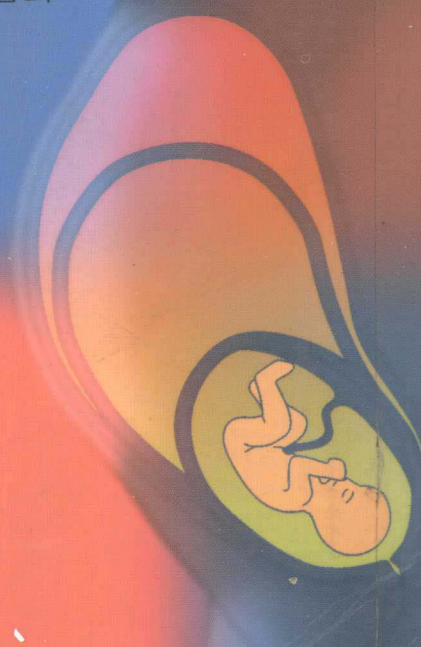
高雄長庚紀念醫院	柯仰聲	醫師
台中榮民總醫院	張明毅	醫師
馬偕紀念醫院	楊穎謙	醫師



Harcourt Asia Pte Ltd.
Churchill Livingstone



合記圖書出版社 發行



基礎婦產科學

Essential Obstetrics and Gynaecology

原著

E. MALCOLM SYMONDS / IAN M. SYMONDS

編譯

高雄長庚紀念醫院	柯仰聲	醫師
台中榮民總醫院	張明毅	醫師
馬偕紀念醫院	楊穎謙	醫師



Harcourt Asia Pte Ltd.
Churchill Livingstone

合記圖書出版社 發行

國家圖書館出版品預行編目資料

基礎婦產科學 / E. Malcolm Symonds, Ian M. Symonds

[著]：柯仰聲，張明毅，楊顯謙編譯

- - 初版- - 臺北市：合記，民89

面： 公分

含索引

譯自：Essential obstetrics and gynaecology, 3 rd ed.

SBN 957-666-663-5 (平裝)

1. 婦科 2. 產科

417

89008402

書 名	基礎婦產科學
編 譯 者	柯仰聲 張明毅 楊顯謙
執行編輯	鄭巧怡
發 行 人	吳富章
發 行 所	合記圖書出版社
登 記 證	局版臺業字第 0698 號
社 址	臺北市內湖區(114)安康路 322-2 號
電 話	(02) 27940168 (02) 27940345
傳 真	(02) 27924702
總 經 銷	合記書局
北 醫 店	臺北市信義區(110)吳興街 249 號
電 話	(02) 27239404 (02) 27227293
臺 大 店	臺北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電 話	(02) 23651544 (02) 23671444
榮 總 店	臺北市北投區(112)石牌路二段 120 號
電 話	(02) 28265375
臺 中 店	臺中市北區(404)育德路 24 號
電 話	(04) 2030795 (04) 2032317
高 雄 店	高雄市三民區(807)北平一街 1 號
電 話	(07) 3226177
排 版	宏順電腦排版製版印刷有限公司

郵政劃撥	帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司
法律顧問	張 靜 律師（經緯法律事務所）

中華民國	八十九年七月十日 初版一刷
------	---------------

譯者序

吾自接觸臨床醫學以來，面對浩瀚的書海，深知一本好書確可收事半功倍之效。而婦產科這門學問既深且廣，若欲窮其理，則往往有力有未逮之憾。

然而吾等所翻譯的這本基礎婦產科學(Essential Obstetrics and Gynaecology)，其內容不但充實完備，而且更以深入淺出、鉅細靡遺的方式來詮釋這一門複雜的學問，實為不可多得的優良教科書。因此希望此書出版之後，不

但能成為臨床醫療人員最佳的夥伴，同時也可讓剛入門的醫學相關科系學生，能夠更順利的學習婦產科的知識。

本書的內容雖已經過再三的校正，但可能仍有錯誤或不足之處，尚請有識者不吝指正。

楊顯謙 張明毅 柯仰聲
僅識於 89.5.12

第三版序

這本書的第一版已經於1987年出版，而第二版於1992年出版並且已經被翻譯成西班牙文和中文。Ian Symonds醫師邀請我一起著作，並且在校訂和更新內文以及追加的新章節中我們已經是合作者。這本書的第三版傾向於掌握人的一生，而且我已經接收到許多有關於該如何改進和擴展本書的建議。爲了提供該學科快速改變的輪廓，我一開始即假定這本書將不可能滿足每一個人，並且我必須堅持簡單、直接、而且同時是教義式敘述的原則。本書持續擴展，儘管我已盡了最大的努力來使得文章盡可能聚焦。

我要再次感謝我的秘書，Sue Kirk女士，感謝她重打原稿，以及感謝Jo Swallow女士更新影像的部分。Simon fishel醫師校訂生殖生物學的一些部分，而Malcolm Anderson醫師在更新子宮頸的章節中提供相當有用的建議。最後，Margaret Oates，這本書的另一個作者，在

婦科學的心理學方面追加了一章，並且對於她所貢獻的兩章我受了她很大的恩惠。

我在醫療法律的議題上追加了一章，其目前在婦產科的業務中構成重要的決定因素。雖然這些是令人困擾的事並且對他們有著狹隘的觀點，但是大多數英國法律所根據的法律原則已反映在許多其他國家的法律系統中。

Geoffrey Lyth先生在第一版出版後不久即退休，這對我而言是個相當大的遺憾。今年，我因爲Patrick Elliott先生的加入而相當高興，他已經畫了新的圖解並且修改一些先前的繪圖。

最後，我要感謝出版社的耐心，能接受因爲在校訂第三版時發生的一些緊急狀況而造成的延遲。

Nottingham 1997

E. Malcolm Symonds

第一版序

這本結合產科學和婦科學的教科書呈現出醫學生在他們的臨床過程中所需的基本知識。在大多數的醫學院婦產科學只有給予八週的課程，因為人們深信它是一個畢業後的學科。當然，事實勝於雄辯。雖然產科學變得更以醫院為主，但是婦科學在開業醫中變得越來越重要，因為有著與受孕力有關的問題，以及婦女越來越知道許多月經週期的功能性疾病。然而，事實上婦產科學在學的臨床訓練通常依然是八週。

因此，這本書被寫來提供醫學生所需的核心理知識，並且幫助他們能在短短的八週內學會婦產科學。它被計畫用來在畢業後的大部著作和提供學生簡單知識的口袋書之間架起一座橋樑。我希望當將這門學科介紹給其他的健康專家時，它也是會令人感到興趣的。

當我已經寫下每一個章節時，我不斷地提醒自己要回顧一位有經驗的小兒科醫師在其所寫的大學教科書中所計數的200個有名的症候群。在忙碌的臨床生涯中他只有看過這些症候群中的其中四種！自始至終我都試著將焦點放在臨床上常遇到的情況上，而非那些在百科全書中才找到的稀有狀況。某些構成婦產科病人生理學基礎的章節有特別的強調。例如，在懷孕時的生理學改變以及受孕和著床等章節是基本的架構，其能建立受孕力和生殖的異常狀態的知識，因此會比許多其他的章節有著更大的重要性。

當然，一些章節例如那些與正常和異常分娩有關的章節基本上依然是不變的，因為這些機轉是由 William Smellie 所描述，並且迄今依

然是瞭解分娩的處置以及其併發症的基礎。

在編輯這本書上我受了许多人的恩惠——首先而且最重要的是 Geoffrey Lyth 先生，他體貼地設計和繪畫許多用來補充和提升內文的圖和表，並且當作是一系列的「輔助記憶」。所畫的線儘量簡單，而且使用有限的顏色來強調敘述性文章中特別的要點。

這些年來我也非常感謝我的工作伙伴，他們在文章的明確說明上有很大的幫助。特別是，G. M. Filshie 先生和 R. R. Sanders 先生在構成本書的許多章節的草稿的進展上扮演重要的角色。在 Nottingham 大學精神醫學部的 Margaret Oates 醫師撰寫懷孕時的精神疾病那一章。Alexandra Tobert 醫師在性病的章節中有著重要的貢獻。我要特別感謝他們的貢獻。Martin Powell 先生，Brain Worthington 教授和 Josephine Swallow 女士在影像的章節中全都提供了非常可貴的協助。這本書已經過 Keith Loudon 醫師，Martin Walker 醫師和 Michael Martin 先生所閱讀和有用地指正。Malcolm Lewis 醫師在血清學和微生物學上提供有用的資訊，而 Richard Madeley 醫師則在週產期和母親的死亡率上。

這本書由 Catherine Greasley 小姐，Ann-Marie Kay 女士，Gillian Bradshaw 女士，和 Kathleen Nicholson 女士所打字，但是組織和完成這本書的實際問題則依靠能幹的 Sue Alvey 女士。

最後，我要非常感謝 Sue Symonds 女士，她很有耐心的閱讀並且訂正內文，以及感謝我的兒子，Matthew，他訂正拼字的錯誤。

Nottingham, 1987

E.M.S.

目錄

1. 產科病史詢問與身體檢查 1
2. 婦科病史詢問與身體檢查 15
3. 懷孕期間的生理變化 21
4. 產前照護 35
5. 受孕與著床 47
6. 胎盤與胎兒的生長與發育 x 59
7. 不孕症 73
8. 懷孕早期的併發症：流產，子宮外孕
與水囊狀胎塊 85
9. 懷孕期間的先天性異常與感染 95
10. 產前疾病 101
11. 產前出血 117
12. 多胞胎 123
13. 正常分娩 129
14. 異常分娩 143
15. 器械性和手術性生產 157
16. 產褥期 165
17. 生產時的精神科疾病 169
18. 週產期死亡率 181
19. 產科和婦科學的影像技術 185
20. 避孕法 203
21. 月經週期的變化 215
22. 月經週期的異常 225
23. 性功能異常 235
24. 生殖道感染 243
25. 子宮內膜異位 253
26. 女陰部和陰道的病灶 257
27. 子宮頸病灶 265
28. 子宮和輸卵管的病灶 275
29. 卵巢病灶 283
30. 子宮和陰道的支持異常 295
31. 泌尿道異常 301
32. 婦產科心理學 307
33. 婦產科學的醫療法律問題 313
- 索引 317

導論 (INTRODUCTION)

任何臨床醫學部門在病史詢問方面都有許多共同的特點。然而，也有些特別的部分在婦科學和產科學是屬於病史詢問的重點部份，要有良好的診治對這些領域的知識則是必須的。

產科 (Obstetrics) 這名詞是有關於正常和不正常懷孕的研究與處理。婦科 (Gynecology) 則描述女性生殖道疾病的探討。這兩類主題間存在著連續性，若硬要加以分開有時是主觀而武斷的。例如流產 (abortion) 通常被認為屬於婦科學的領域，但放在產科學定義內實則比較貼切。

產科病史詢問 (OBSTETRIC HISTORY)

產科的相關病史能由妊娠現狀 (present pregnancy)，先前產史 (previous obstetric history)，及先前內科與家族病史 (previous medical and family history) 來加以考量。

妊娠現況 (Present pregnancy)

懷孕最常見的表現症狀是月經週期的停止，也就是次發性無月經，即一婦女原本有規則的月經狀態。因此，確定最後一次月經週期第一天的日期是重要的。必須記住的是通常這訊息並不準確，僅因為多數婦女除非月經的日期恰好與某件特別的事有關，否則不會去記錄月經週期的日子，故正確的日期也就不會記得了。

月經週期的長度也很重要。排卵通常發生在月經來前的第十四天，但月經和排卵間的時

間間隔——月經週期的增殖期——事實上是會變動的。月經週期的長度為月經的第一天與下次月經第一天之間的時間間隔。這在正常婦女可以是 21 天到 42 天，但通常月經週期為 28 天。確定懷孕前所採取的避孕方法是重要的。月經週期的初次開始——初經 (Menarche)——的日期應記錄下來，雖然它和產科病史並沒有特別的關聯。

預產期 (Estimated date of delivery) 可以由最後一次月經週期第一天的日期和月經週期的通常長度來加以計算 (圖 1.1)。平均妊娠持續期間由受孕日算起是 269 天。若月經週期是 28 天，則預產期的計算可以最後一次月經週期第一天的日期扣除 3 個月後加上 10 天來得到。大約 40% 的婦女會在推估預產期五天內生產，而三分之二會在十天內生產。

如果平常的月經週期短於 28 天或比 28 天長，那就必須從預產期的日期增減一適當的天數。舉例來說，若平常週期是 35 天，則預產期

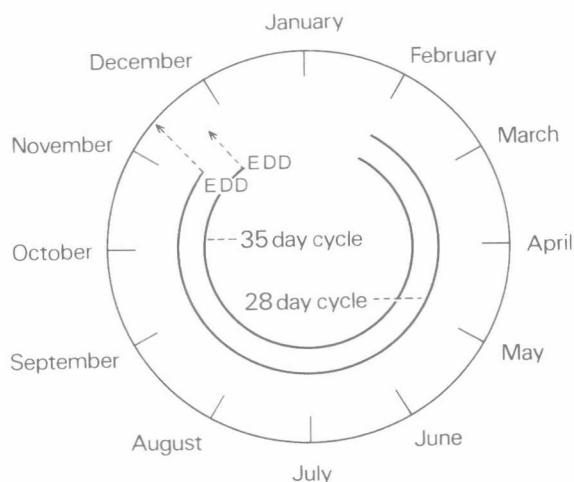


圖 1.1 計算預產期 (EDD)。

就再增加7天。有服用口服避孕藥病史者將導致延後排卵，特別是停用避孕藥後第一個週期。

產科病史詢問

- 無月經的時間
- 先前的生產史
- 先前嬰兒生產時狀況
- 先前內科病史
- 家族病史

妊娠症狀 (Symptoms of pregnancy)

除了無月經 (amenorrhea)，懷孕早期另有多種其他常見症狀。

噁心感與嘔吐 (Nausea and vomiting) 通常發生於初次月經沒來的二週內。雖然描述上是早晨孕吐 (morning sickness)，嘔吐可發生於一天當中的任何時間，尤其是懷孕的前3個月。之後，這症狀趨於消失，雖則有時會持續整個懷孕過程。

頻尿 (Frequency of micturition) 發生於懷孕早期，這並不能根據懷孕時子宮造成的壓力來解釋，多傾向於妊娠12週後消失。

受孕後血漿滲透壓會緊接著下降，而排水的能力在懷孕早期會改變。當孕婦坐正而水分堆積後其利尿的反應會增加，這反應在第三個三月期 (trimester)時下降。然而，此仍足以造成懷孕早期的頻尿。

過度疲倦 (Excessive lassitude) 是一常見的懷孕症狀，且可能於月經沒來就表現出。同樣的，它傾向於懷孕12週後消失但常是多數孕婦會注意到的症狀。

乳房壓痛與沉重感 (Breast tenderness and 'heaviness')，是常見的，感覺上是多數婦女在月經之前所感覺的再擴大，這在月經沒來之後的那個月會特別的明顯。

胎動 (quickening) 於初次懷孕婦女通常到20週才會注意到，而第二胎或以上的孕婦在18週後就能查覺。然而，多數孕婦比這些時間更早感到胎動也有些順利到達足月卻一直沒有意識到。

有時，一種對特殊食物的不正常慾望被稱為嗜異症 (pica)。

妊娠症狀

- 次發性無月經
- 噁心感與嘔吐
- 頻尿
- 乳房壓痛
- 疲倦

假孕 (Pseudocyesis)

以上的所有症狀和許多徵候都可能在沒有懷孕時發生，而產生一種狀況稱為假孕 (pseudocyesis)。

一股強烈想懷孕的渴望或恐懼會刺激下視丘，因而釋放出促性腺分泌激素 (gonadotropic hormone)。這狀況可能難以診斷，因為其懷孕早期的生理徵候通常是明顯的。以生化檢驗確認並沒有真正懷孕通常很難說服病人，但稍後的情感支持對於病人焦慮狀況的緩和是必須的。

先前生產史 (Previous obstetric history)

妊娠 (gravidity) 字義上和懷孕 (pregnancy) 是等同的，而孕婦 (gravida) 表示一位懷孕的婦女。初孕婦 (primigravida) 是一位第一次懷孕的婦女，而經孕婦 (multigravida) 則是已經懷孕數次的婦女 (圖1.2A)。

以上名詞須和產次 (parity) 區分，後者表示已產下一名嬰孩，不管活的或死的，出生體重為500克或超過的，且妊娠週數超過24週 (圖1.2B)。因此，單產 (primipara) 表示一位婦女懷孕一次而產下一個或多個嬰孩。就認定“產次”的定義而言，多胞胎 (Multiple pregnancy) 仍計為單一胎 (singleton)。多產 (multipara) 是一位婦女已經產下兩次或以上重於或等於500克的嬰孩 (圖1.2C)。

未產婦女 (Nulliparous) 是指尚未有活產嬰孩 (圖1.2D)。大經產婦 (grand multipara) 是指有五次或以上的產下活產嬰孩。由此，一位已

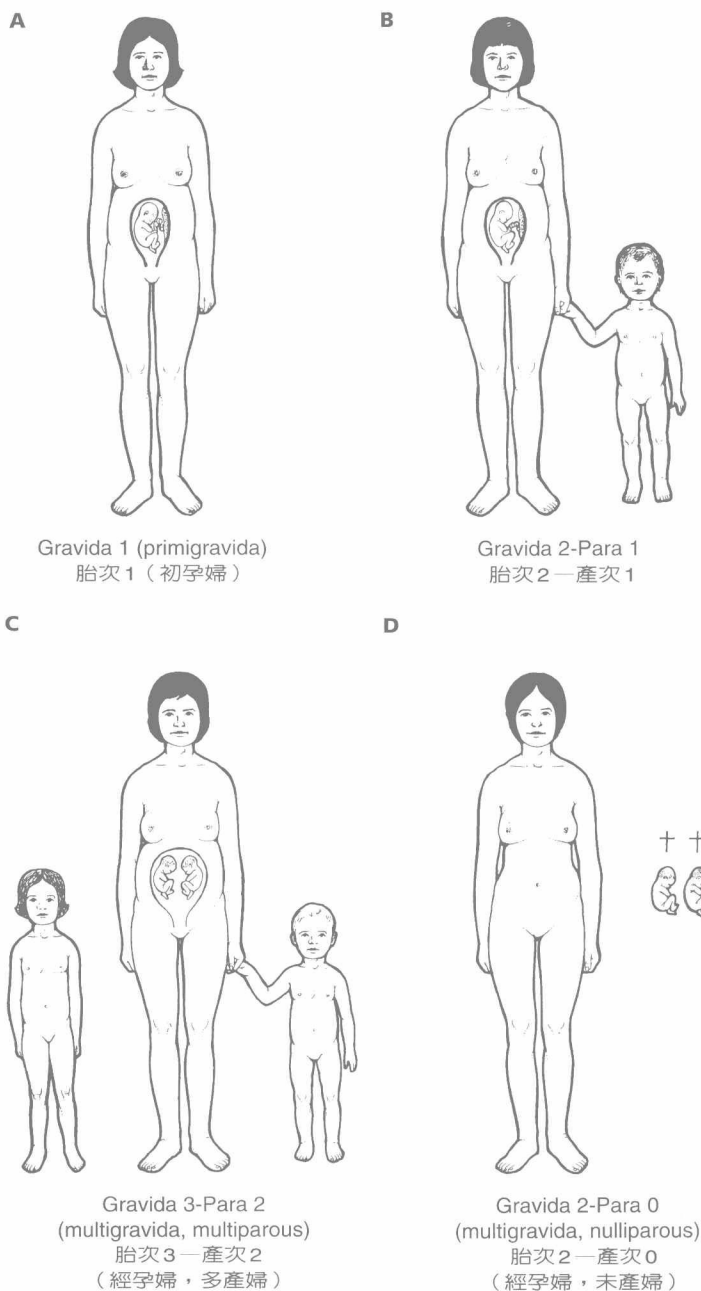


圖 1.2 A. 胎次意指婦女歷經懷孕的次數；B. 產次意指婦女產下具有存活能力的嬰孩次數；C. 一經孕婦且多產婦的例子；D. 一經孕卻又未產的婦女，其流產過兩次。

產下三名活產嬰孩及流產兩次的孕婦可記為 G6P3 (Gravida 6, para 3) — 即多胎多產婦。

臨盆產婦 (Parturient) 是即將生產的婦女，而產褥期 (puerpera) 指產下新生兒後的前 42 天

期間。所有先前懷孕狀況都應完整記錄，包括先前流產及懷孕長度的詳實情形。尤其是，注意任何先前產前的併發症，引產的細節，生產花費的時間及生產的方式都是重要的。產褥期

併發症，例如產後出血，生殖泌尿道感染，深層靜脈血栓病史及會陰併發症都可能與之後的懷孕有關。每位新生兒出生時的狀況，出生體重，生產時胎位和性別也都應該注意。

先前內科病史 (Previous medical history)

各種內科疾病都將對懷孕產生顯著的影響。因此，注意有無糖尿病，高血壓，心臟病與甲狀腺毒血症，腎病是重要的。結核病、梅毒、肝病都會影響懷孕，使用於治療這些疾病的藥物也會。

家族病史 (Family history)

廣泛種類的基因遺傳狀況在家族病史具有其重要性。實際上，大多數的婦女都曉得重大疾患有關的自身家族病史，因此列出所有這些疾病分類並沒有必要。

通常詢問家族中是否有任何先天性遺傳疾病狀況即足夠，除非其中有一或兩邊配偶是收養來而對他們本身的家族病史並不了解。

產科身體檢查

(OBSTETRIC EXAMINATION)

在初次診視時就應該做完整的身體檢查。身高必須記錄，因其可能顯示孕婦有小骨盆。體重也應在初次及所有之後的診視時記錄下來。

血壓以孕婦採仰臥測量，若懷孕晚期則採側臥以避免壓迫下腔靜脈（圖 1.3）。除了對血壓的影響，直接仰臥姿勢可能造成孕婦暈厥與噁心感，所謂仰臥低血壓症候群 (**supine hypotensive syndrome**)。血壓應一直以同樣方式測量使得結果能夠比較。舒張壓應採第四克羅克夫音 (**fourth Korotkov sound**) 為準，因為懷孕時通常這聲音消失的點很難決定。

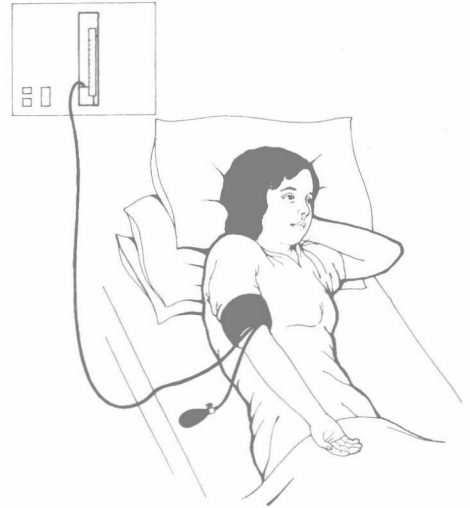


圖 1.3 記錄血壓應標準化以左側仰躺姿勢測量。

頭頸部 (Head and neck)

許多孕婦在額頭與兩頰產生色素沈著，特別是當臉部膚色較暗與常曝露於陽光時，此稱為褐斑 (**chloasma**) (圖 1.4)。

黏膜表面的色澤如口腔與結膜應檢查是否蒼白，齒質的一般狀況也應該注意。懷孕常伴隨肥大性齒齦炎 (**hypertrophic gingivitis**)。蛀牙應加以治療並給予口腔衛生適切的建議。懷孕時微度甲狀腺腫大是正常的，但異常的甲狀腺腫大伴隨頻脈則應懷疑甲狀腺功能亢進。

心臟與肺臟 (Heart and lungs)

應細心檢查心臟以排除器質性心雜音。血流性雜音在懷孕時極常見故並沒有明顯意義 (圖 1.5)。偶爾亦會聽到來自內乳動脈的乳房雜音 (**mammary souffle**)，這會與心縮期心雜音混淆。此聲音可於第二肋間聽到，且以聽診器施予壓力時會消失。



圖 1.4 “褐斑”——臉部於前額與兩頰的色素沈著。

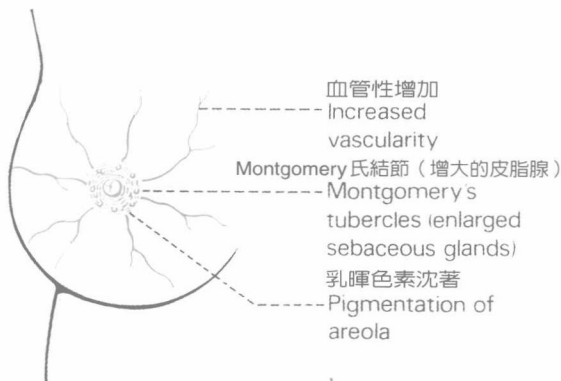


圖 1.6 懷孕早期乳房出現的生理性變化。

乳房 (Breasts)

懷孕時乳房會表現特徵性的改變，在前 8 週尤其明顯（圖 1.6）。應檢查乳房有無任何腫塊 (lumps)，並注意乳頭的狀況。乳頭內陷會造成餵哺母乳的困難，此可以利用乳房保護器 (breast shield) 來佐助。

腹部 (Abdomen)

腹部檢查常會看到擴展留下的痕跡或稱為妊娠紋 (*striae gravidarum*)。先前懷孕的痕跡為銀白色外表，而新近的紋路多呈紫紅色。其

紋路沿著腹壁皮膚的壓力線而行，亦會發生於大腿的側邊與乳房上。肝脾腫大與腎臟腫大都應該排除。子宮要直到妊娠 12 週後變為腹腔器官才能觸摸得到。白線亦常因色素沈著而稱為黑線 (*linea nigra*)。這種色素沈著現象自初次懷孕後會一直持續。

肢體 (Limbs)

下肢應檢查有無靜脈曲張。此外，應注意有無任何骨骼異常或縮短的情形，尤其是有關

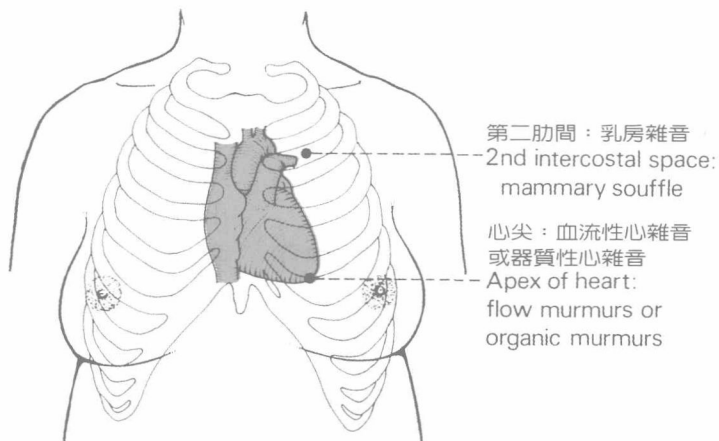


圖 1.5 正常懷孕會出現血流性心雜音。

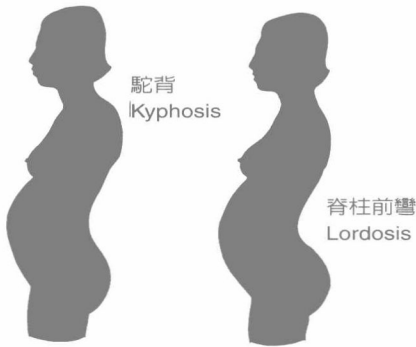


圖 1.7 懷孕時的姿勢變化：隨著妊娠子宮的增大會出現腰椎脊柱前彎程度增加與些許程度的駝背傾向。

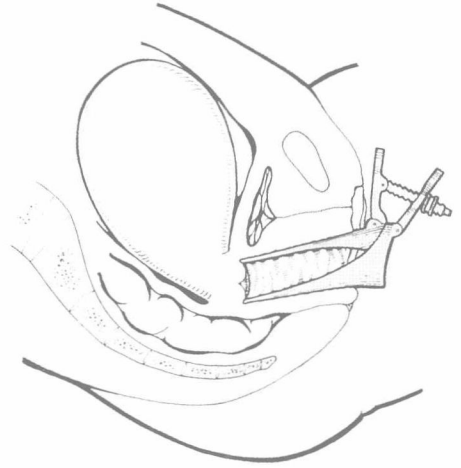


圖 1.8 置入雙葉陰道鏡能夠檢查子宮頸與陰道壁。

駝背或脊柱前彎的證據（圖 1.7）。正常懷孕會伴隨腰椎脊柱前彎程度增加，常造成腰椎背痛。

骨盆檢查 (Pelvic examination)

於懷孕早期初次診視時的骨盆檢查有三種作用。檢查能夠確定是否懷孕，排除任何骨盆腫瘤，並能對骨質骨盆的大小形狀做初步的評估。

妊娠徵象 (Signs of pregnancy)

孕婦應採仰臥、兩膝抬高而腳跟置於檢查架上的姿勢檢查，並盡量予以舒適。

檢查女陰部 (vulva) 以排除任何不正常處，評估會陰有無因先前生產留下的傷害狀態。女陰部靜脈曲張相當常見，會於懷孕期間更嚴重。

外部檢查完成後，接下來重要步驟是內部檢查。最重要的原則是記住骨盆檢查應儘可能

的溫柔的進行。粗魯而造成疼痛的檢查方式會減少所能獲得的訊息，例如骨盆底與腹壁肌肉變得緊張，且孕婦亦會失去對檢查者的信心。

窺鏡 (Speculum) 檢查採孕婦仰臥或左側臥姿勢進行。若是採左側臥姿，則使用 Sims 氏陰道鏡，若孕婦採仰臥姿勢，則選用雙葉鴨嘴陰道鏡（圖 1.8）。重要的是記得陰道走向為往後朝薦椎走且陰道最寬處的橫截面會形成 H 形。

陰道鏡葉片外表面上應細心地塗上一薄層的潤滑劑。將其下葉輕巧地放置於陰道入口 (introitus) 並朝肛門方向稍施壓力。葉片沿陰道走向推進，待完全推入後將葉片打開即可暴露出子宮頸。記得陰道最寬的地方就是陰道穹窿，因此閉合葉片前不要將陰道鏡回拉。

因上皮細胞肝醣含量增加與複層上皮增厚使陰道壁顯得較粗。陰道壁組織的血管性顯著增加亦使得陰道壁呈現出紫紅色。陰道分泌物增加伴有陰道滲出液 (transudation)，上皮細胞脫落增加，其中也有來自子宮頸的黏液。

子宮頸變得軟化且表現出血管性增加的徵候。子宮頸變寬是由於血管性增加，結締組織

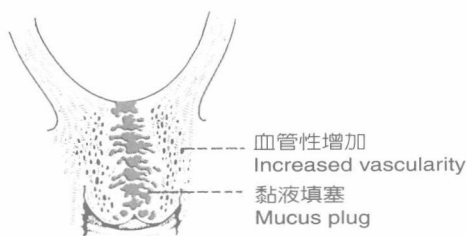


圖 1.9 懷孕期的子宮頸變化包括腺體成分增加與濃稠的黏液堵塞。



圖 1.10 子宮頸口外觀與產次的關係。

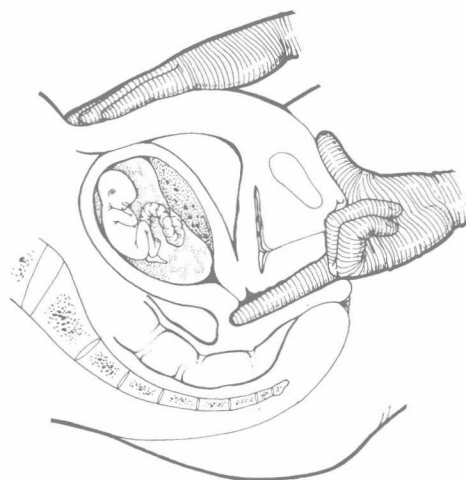


圖 1.11 雙手診查妊娠子宮。

評估骨質骨盆 (Assessment of the bony pelvis)

骨質骨盆的形狀與大小是決定生產結果的關鍵因素。骨質骨盆包括薦骨，尾骨及兩塊無名骨 (innominate bone)。腸梳線 (iliopectineal line) 以上骨盆區稱為假骨盆 (false pelvis)，而骨盆緣 (pelvic brim) 以下稱為真骨盆 (true pelvis)。後者為有關於懷孕與分娩的重要區域。所以，真骨盆壁後由薦骨、坐骨、薦坐骨切跡，側由韌帶、前由恥骨支、閉孔窩與筋膜、坐骨上升支及恥骨共同構成 (圖 1.12)。真骨盆的形狀與空間可由骨盆的四個平面得到最佳的了解。

骨盆入口平面或骨盆緣平面後由薦岬，兩側為腸骨與恥骨的連線，前由恥骨上支與恥骨聯合上緣所包圍而成。這平面在正常女性或女性骨盆 (Gynaecoid pelvis) 幾乎都是圓形，但其橫徑比前後徑稍長一些。

骨盆入口其真直徑 (True conjugate) 或前後徑是指薦岬中點至恥骨聯合上緣之間的距離 (圖 1.13B)。這一直徑約為 11 公分。最短直徑，也最具臨床意義的，是骨盆產科徑 (Obstetric conjugate diameter)。這是指薦岬中點至恥骨聯合後緣最近一點間的距離。以臨床檢查來測量以上兩直徑是不可能的。骨盆入口在臨床上唯一能夠

水腫與細胞的增生增大造成，內子宮頸的腺體成分增加占了子宮頸實質一半並產生濃稠的黏液，阻塞了子宮頸外口 (cervical os) (圖 1.9)。

檢查子宮頸要排除任何病變證據與先前子宮頸留下的傷害。未產婦的子宮頸外口是圓的，而經產婦的外口為一橫裂，且有時會延伸至陰道側穹窿造成生產時留下的子宮頸傷害 (圖 1.10)。每位孕婦都應例行性地做子宮頸抹片，然後可將陰道鏡取出。

接著進行內診。檢查者一手中指伸入陰道入口朝直腸輕施壓力 (圖 1.11)。當陰道入口打開再伸入食指。觸摸並感覺子宮頸的柔軟。

以兩手觸診子宮的大小與形狀。腹部上的手將子宮壓往陰道內的手。懷孕早期子宮的感覺柔軟且呈球狀。12 週後可以單手由腹部觸診到子宮。小心排除有無子宮與卵巢的腫瘤。

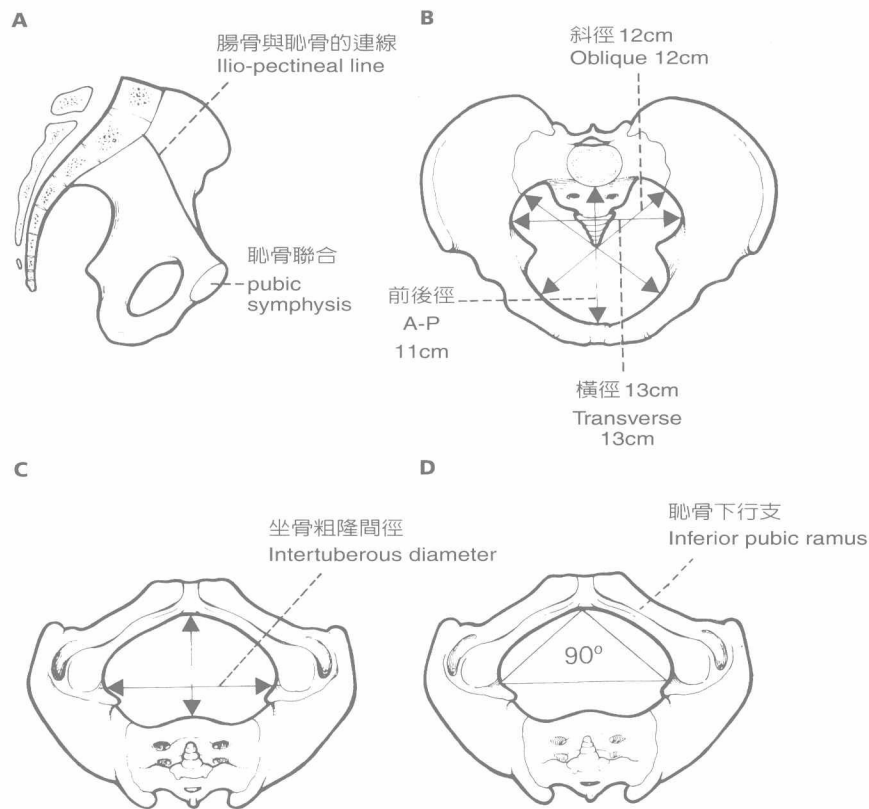


圖 1.12 A, B 真骨盆入口為薦岬，腸骨與恥骨的連線，恥骨支與恥骨聯合所圍成；C, D 骨盆出口為恥骨下行支，坐骨結節與薦坐韌帶所圍成；恥骨下行支應形成90度角。

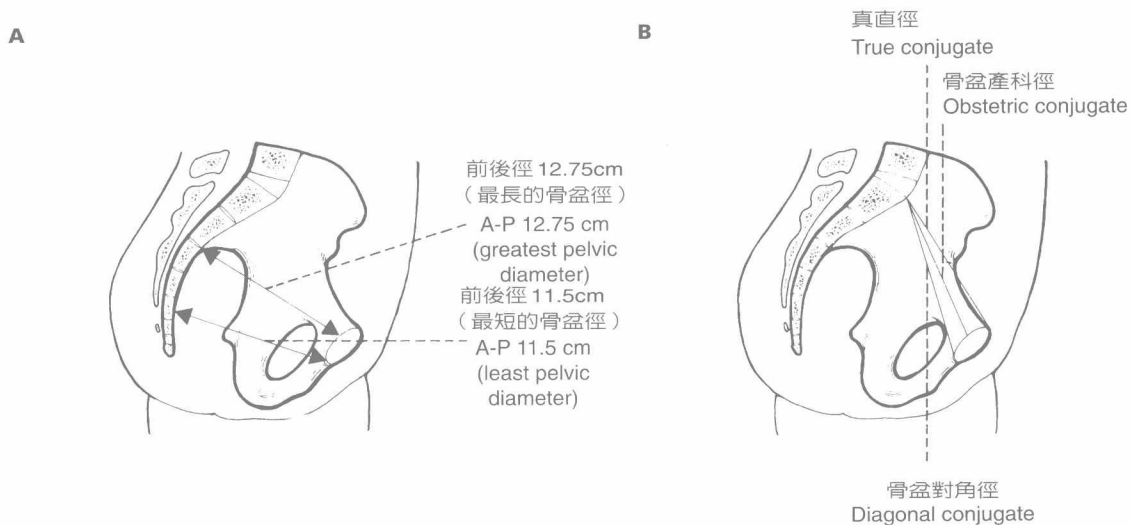


圖 1.13 A 中骨盆腔與骨盆出口的前後徑；B 骨盆入口的骨盆徑。

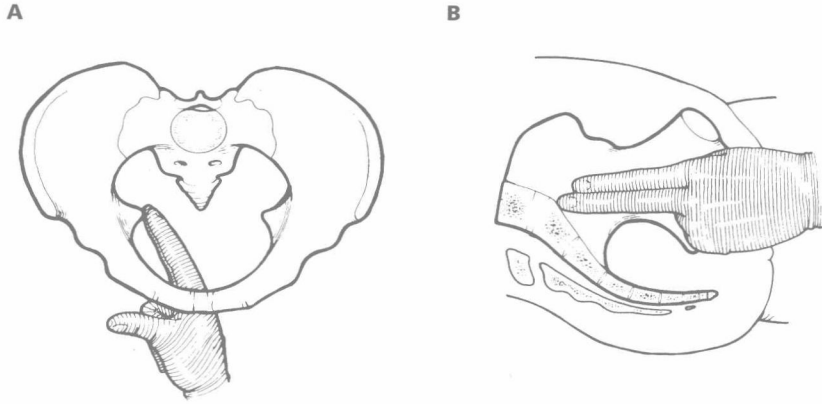


圖 1.14 觸診子宮底：測量子宮底—恥骨聯合高度為一評估妊娠週數極有用的方法。

測量的直徑是由恥骨聯合下緣至薦岬中點之間的距離。即所謂骨盆對角徑 (diagonal conjugate diameter)，其約較骨盆產科徑長 1.5 公分。實際上，臨床檢查通常要觸診到薦岬並不太可能，能夠觸診到的最高點多為第二或第三薦椎。假若薦岬極易觸診到，則表示骨盆入口是緊縮的 (contracted) (圖 1.14)。

最寬骨盆平面臨床意義較小，且前後徑與橫徑均約為 12.7 公分。其前後徑由恥骨聯合後緣中點延伸至第二與第三薦椎連接處之間。而橫徑則橫於兩側髖臼中心之間。此平面唯一骨盆形狀的指標為薦椎與骶坐切跡形狀間的彎曲應該在 90° 以下。

最窄骨盆平面表示胎頭最可能發生嵌塞的平面。其前後徑由恥骨聯合下緣延伸穿過兩坐骨棘或中骨盆橫徑之間。橫徑 (坐骨棘間徑) 與前後徑兩者臨床上均得以評估，而坐骨棘間徑即骨盆中最狹窄的空間 (10 公分) (應觸診坐骨棘以判斷其是否明顯突起並估量其間的距離 (圖 1.14A))。

骨盆出口 (Outlet of the pelvis) 包括兩個三角形平面。前三角包圍於恥骨弓以下 (恥骨下角一般應小於 90°) 與橫徑 (坐骨粗隆之間的

距離) (或稱坐骨粗隆間徑 (intertuberous diameter) (11 公分) 間的區域。後三角前為坐骨粗隆間徑，後側方則為薦椎尖與薦坐韌帶圍成。臨床上，坐骨粗隆間徑可於坐骨粗隆間置入握拳的指節來評估。恥骨下角可以沿著恥骨下支伸入雙手食指，或由恥骨弓以下放入檢查手的二指來評估。

產科檢查記錄內容・身高體重

- 血壓
- 牙齒狀況
- 心音
- 乳房 / 乳頭
- 骨盆檢查 (子宮頸抹片)
- 上肢
- 尿液檢查

例行性迴診時的產科檢查

(Obstetric examination at routine visits)

每一次的產前迴診，應測量血壓並檢驗尿液中的葡萄糖、蛋白質與酮體。孕婦體重從妊

娠16週起平均每週約增加0.5公斤。這體重增加是源自於胎兒與母體。母體的部分包括了乳房膨脹、子宮肌層肥厚、血量擴增、組織水分貯留與脂質及蛋白質沈積。胎兒的部分來自胎盤、胎膜、羊水重量與胎兒體重。

快速與過度的體重增加幾乎都暗示有不正常體液貯留。並常伴有下肢、腹壁與手指的壓陷性水腫。持續體重不變或體重減少可能暗示有子宮內胎兒生長遲滯。

腹部檢查 (ABDOMINAL EXAMINATION)

子宮底的觸診 (Palpation of the uterine fundus)

妊娠週數的估算是孕婦腹部檢查的第一步；這裡有幾個方法可用來評估胎兒的大小。將左手的尺側置於子宮底處（圖1.15）。子宮於妊娠12週開始可以在恥骨上方觸診到，而於妊娠20週左右到達肚臍水平。在妊娠36週時子宮底可於劍突水平觸診到，並停留於此位置直到足月或於胎頭進入骨盆緣時會下降一些。所有臨床用於評估妊娠週數與胎兒大小的方法都易

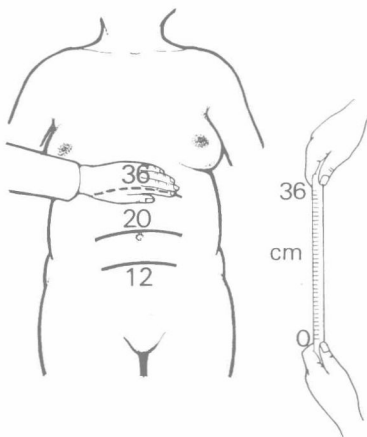
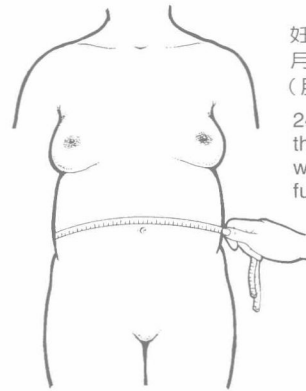


圖 1.15 觸診子宮底：測量子宮底—恥骨聯合高度為一評估妊娠週數極有用的方法。



妊娠24週以後至足月每週增加2.5cm
(腹圍100cm)
24 weeks gestation thereafter 2.5 cm per week gained until full term (100 cm girtl)

圖 1.16 於臍部水平測量腹圍。

有相當程度的不正確。子宮底高度亦可以與劍突間相對位置來描述。

測量腹圍提供了另一種評估的方法。（圖1.16）一般未懷孕狀態平均腹圍是60公分長，於妊娠24週前不會有顯著的增加。此後，腹圍每週會增加2.5公分，因此足月時腹圍將成為100公分。若未懷孕時腹圍較60公分長或短，則須做適當的調整。由以上，一位平時腹圍65公分的婦女於妊娠36週時將增為95公分。

測量恥骨聯合—子宮底高度 (Measurement of symphysial-fundal height)

更進一步評估妊娠週數的方法是根據恥骨聯合—子宮底高度的測量。這是測量子宮底與恥骨聯合上緣間的距離，以公分為單位。平均子宮底高度於妊娠20週時為約20公分，於妊娠36週時增加到約為36公分。此後至足月距離不再增加。使用距平均值兩個標準差大致可以包含第十至第九十百分位值。在系列標準下使用這種技巧，約75%較妊娠週數小的新生兒 (small for dates infants) 能夠被監測到。且於妊娠32至33週時最為準確。可預期的是其準確率於妊娠36週後會下降。