

第十四部 產科及婦科疾病

司汝南 俞汝憲 徐式民 分譯

目 錄

產前護理	第 1 頁
流產（妊娠早期出血）	第 6 頁
異位妊娠	第 14 頁
妊娠期中出血	第 15 頁
產後出血	第 18 頁
妊娠期中之惡性嘔吐	第 20 頁
妊娠期中之毒血症	第 24 頁
驚厥前期（輕度者）	第 24 頁
驚厥前期（嚴重者）	第 26 頁
驚厥（子痲）	第 29 頁
妊娠期中之血管腎臟疾病	第 31 頁
開腹取兒術（以下由俞汝憲譯）	第 33 頁
產科的無痛術及麻醉法	第 40 頁
產後護理	第 43 頁
子宮內膜的增生性過長	第 47 頁
子宮內膜異位疾	第 48 頁
月經異常	第 49 頁
原發性痛經	第 53 頁
女性不育症（以下由徐式民譯）	第 54 頁
經絕期	第 59 頁
陰道傳染病	第 60 頁
子宮（纖維樣）肌瘤	第 64 頁
卵巢腫瘤	第 65 頁
子宮癌	第 74 頁
陰門癌	第 76 頁
婦科手術前後的處理	第 77 頁
靜脈血栓形成及血栓性靜脈炎	第 83 頁

產 前 護 理

Antepartum Care

J. P. Greenhill 氏療法

最理想的，每個婦人在其準備受孕之前，須經過詳細的身體檢查。這就是說，有很多不正常的情形（如畸形等）足以影響母體及兒體的健康及生命者，便能及早發現，以定預為防治的方法。吾人應當廣為宣傳，使人人俱獲深刻的印象，并使確知生產過程之演進，初於受孕之時，即已啓其端。以 D. S. Bayer 氏意見，受孕前及產前之檢查與護理，多能防止分娩之危險，婦人們一旦知道已經受孕，應當即刻訪問醫師，以求指導。

初 診 病 歷

依下述規律詢問孕婦之病歷：

1. 初診日期，并由何處介紹而來。
2. 產婦及丈夫姓名。
3. 住址及電話號碼。
4. 年齡，結婚年數，體重。

5. 家庭病歷，產婦之母與姊妹之病歷，及她們的生產經過，尤以有無骨盆狹縮，大量出血，毒血症，雙胞胎，聾子及其他臨產時發生之事故。家庭病歷中詢問有無過敏疾患，糖尿病，癲癇，精神病，癌症，高血壓，多產者。

6. 過去之疾病，及有否施行剖腹手術。如詢問有無患過扁桃腺炎，猩紅熱，白喉，舞蹈病，傷寒質斯熱，心臟病，結核病，糖尿病，腎炎，腎盂炎，貧血，癲癇，佝僂病，風疹（German Measles），氣喘及其他過敏性疾患等。密切注意有無性病。倘知產婦曾施行過剖腹手術，則須詳細探詢所患之疾病及手術之情形。

7. 月經歷。初經時年齡，有無規律，行經期時日，經量之多寡。倘有痛經，則詢其疼痛發生之時在經期之前，抑在經期之中，並探問疼痛情況。末次經期開始日期，再前一次經期之日期，並詢問有無伴發症狀如噁心頭痛等。

8. 生產歷。簡述每次妊娠情形，分娩或小產之日期，及每次之胎位；妊娠期，分娩期或產褥期間有無併發症，尤須注意曾否有毒血症，出血及受傳染等；嬰兒體重及一般狀況；是否親自哺乳。倘曾經人工流產，有無併發症，皆須記錄之。隨時注意於必要時為孕婦輸血。倘該孕婦曾經輸血，追問過去所驗之血型及 Rh 因素。

9. 現在情形。記錄孕婦訴述的一般健康情形。此外，須探詢有無惡心，嘔吐，胆囊疾患，搔癢症，泌尿部症狀，陰道排泄，便秘，浮腫，體重過度增加，咳嗽，呼吸困難，眩暈，疼痛等。最重要者為詢問此次妊娠中有無陰道出血。詢問并記錄胎動日期。

10. 分娩期之推測。據 Nägeles 法則：自末次經期開始之日期起，加七日，再減去三個月。或以自孕婦感到胎兒動之日期為始，初產婦加22個星期，或154天；經產婦加24個星期，或168天，即為該產婦臨盆之日。惟於醫師檢查時，有其他發現者，當亦能影響分娩之日期。

體格檢查 (Physical examination)

一般檢查。注意下述各點：

1. 孕婦的體型。
2. 體重及血壓。
3. 體長。
4. 牙齒，齶及扁桃腺。
5. 注意甲狀腺有無腺腫瘤，囊瘤或普遍性的擴大。
6. 頸部，腋窩，肘部及腹股溝有無淋巴結節的腫大。
7. 心及肺，須經聽診及叩診檢查。
8. 倘發現心臟病者，檢查其貯藏量。
9. 細心檢查乳腺及乳頭。
10. 檢查腹部，注意子宮擴大的程度，有無癰腫，赫尼亞 (Hernia) 及疤痕。

11. 妊娠四個月之孕婦，試聽胎兒心音。

12. 檢查孕婦下肢，注意有無畸形，疤痕，靜脈曲張，或其他殘缺等。

陰道檢查。

1. 使孕婦仰臥，兩足於膝部上曲，如膀胱石截除術之姿勢。

2. 檢查前囑先小便（空除積尿）。

3. 着消毒手套，並加以經過消毒的潤滑劑。

4. 觀察外陰部色澤變化，有無皮膚病，注意有無靜脈曲張，裂傷，浮腫，前庭大腺的（Bartholin glands）囊腫或膿瘍。並留心陰道有無分泌液，表皮剝蝕，及先天性的畸形等。

5. 分開陰唇，以着消毒手套而加潤滑劑之手指插入陰道。

6. 按診前庭大腺體。

7. 用擠乳的手法，以檢查尿道口有無膿液。對於每個可疑的分泌物，皆須做抹片或懸滴（hanging drop）檢查。

8. 抑壓骨盆底肌肉，以試探其緊張力。倘見有裂傷，當檢查其程度。

9. 詢問孕婦有未發現過膀胱膨出（cystocele），尿道膨出（urethrocele）及直腸膨出（rectocele）等。

10. 捫診子宮頸，以探知其大小，形狀，堅度，及位置。並注意有無裂傷及息肉（Polyp）。

11. 捫診子宮體之大小，位置，堅度，並注意其外形是否端正。

12. 倘有可能的話，亦須捫診子宮附件（Adnexa）。

骨盆之度量。測量骨盆及其出口之大小。在很多的初產婦中，往往見有顯著的畸形者，應為之攝取X光片。

肛門檢查。觀察皮膚色澤的變化，有無痔（記錄其地位及大小），肛門裂，小窩，息肉等，並注意肛門括約肌是否缺少正常的張力。

化 驗 工 作

1. 血球計數及血色檢查。

2. 血清檢查。（有時須強制執行）。

3. 檢定每個孕婦的Rh因素及血型。倘發現Rh因素為陰性者，則須檢驗丈夫之Rh因素。如妻之Rh為陰性而夫為陽性時，則於下次妊娠之初，一再試尋該孕婦血中的抗體（antibodies）

4. 尿的全部檢驗。

5. 胸部X光攝影。

6. 見有陰道發炎時，為之作一抹片，以檢查滴蟲（Trichomonas），及念珠菌（Monilia）。

常規的就醫診察

妊娠七個月中，每三星期檢查一次，七個月之後，每二星期檢查一次。

1. 檢驗尿，注意有無蛋白素，糖，圓柱體，膿及血等，并酌情檢驗胆汁及醋酮體。

2. 記錄所測定的血壓及體重。

3. 妊娠至四個月者，試為聽察胎兒心音。

4. 詢問孕婦健康情形，尤以下列各點，必須一一詢問：

a. 惡心。

b. 嘔吐。

c. 手，足及面部有無浮腫，或其他部份有無不正常的浮腫。

d. 頭痛。

e. 便秘。

f. 眩暈。

g. 腹部及足部疼痛。

h. 眼前現暗點或其他視力障礙。

i. 自陰道內出血。

j. 胎動。

k. 呼吸短促。

l. 神經過敏。

m. 體重的大量增加或減輕。

一般的指導

A. 有些孕婦在妊娠期中常常具有恐懼心，吾人必須予以安慰，并設法解除此種心理。關於產前諸問題，應多多請教醫師，不可僅在家庭中或親友處，以探詢所得，即作為準繩。

B. 飲食及體重的增加：——妊娠期中體重之增加，以18—20磅為最理想，飲食中熱量（Caloria）之給予，將衡此以為標準。

1. 妊娠之下半期，每日平均所須熱量約為2500卡路里，及蛋白質85克。

2. 約束鈉的供應（如食鹽及重碳酸鈉等）。

3. 每日飲五大杯溫水及兩磅牛乳。

4. 倘懷疑食物中維生素，鐵質及礦鹽之含量不足，可囑吞服富有營養之膠囊。

C. 注意大便

1. 勸導孕婦多飲水份。

2. 於每日固定時間內試行大便。

3. 囑吃大量新鮮水菓及蔬菜。

4. 酌情於睡前注入120—180毫溫熱橄欖油於直腸內過夜。

5. 倘上述諸法不能使孕婦大便暢通，試用植物黏液或鎂乳，每次一湯匙，或酌情給予一匙美鼠李皮流浸膏，亦可試用甘油錠。灌腸為最後試用之方法。

D. 注意腎臟

1. 倘有腎臟障礙者，注意下列數點：

a. 每星期檢查小便一次。

b. 量每日排出之尿。使飲水份，以保持1500毫左右之尿量。

c. 醫師須注意手，足，踝及面部有無浮腫。

2. 倘無腎臟障礙者，注意下列數點：

a. 每三星期檢查小便一次。

b. 有浮腫時，即須報告醫師。

E. 運動及休息

1. 勸告孕婦於身體疲乏後不可運動。

2. 平時須要輕度適當的運動。戶外散步最宜。

3. 各種劇烈運動，皆須避免。

4. 每夜至少安睡8小時。

F. 沐浴

淋浴及用海綿擦浴，一直可應用到分娩之時。在懷孕最後四星期中，應避免在浴盆中沐浴。

G. 乳房之護理

1. 避免壓迫及受傷。

2. 倘乳房較大而重者，囑用乳罩。

3. 每日用肥皂及水洗滌。

4. 懷孕最末一月中，每日將乳頭上塗油，可任選可可油，冷霜，或羊毛脂。

5. 倘乳頭平陷者，每日以手指試將其拉出數分鐘。

H. 白帶

用抹片及懸滴法檢查細菌，然後對症治療。

I. 性交

妊娠之初三個月中，性交須加節制。分娩前六星期中，應完全禁止性交，否則，易使陰道遭受到傳染的危險。在妊娠期間，每值該孕婦應屆之經期，亦應禁止性交。

J. 牙齒之護理

妊娠期間，須經牙醫師檢查及清潔兩次。每日刷牙兩次，用牙刷將齒間之食物殘屑清除。倘有出血之趨勢者，則以手指強烈地按摩牙肉。

為預防牙齒之腐朽，應使食物中含有下列之各種豐量物質：如鈣質（多在牛乳中），磷質（多在蛋類中），魚肝油或其他維生素D，新鮮水果，蔬菜，乳油，及全穀類食品等。

K. 衣着方面

1. 搏於腹部之吊襪帶，不可使用。

2. 不可着高跟鞋。

3. 腹壁太鬆弛，因而引起腰痛者，可使用孕婦腰帶。

流產(妊娠早期出血)

Willis E. Brown 氏療法

習常性流產

倘因胚胎不正常而引起的習常性流產，夫婦雙方皆應負責，故於受孕之前，夫婦皆應加以治療。妊娠期間之治療為①臥床休息，②甲狀腺製劑及③垂體前葉 Antuitrin-S 5000到10000單位，每隔日一次。

先兆流產之治療

①臥床休息，②鎮靜劑，③甲狀腺製劑，④黃體酮，每日50毫，或每日用

垂體前葉 85000 到 10000 單位，連用十日。不可堅持過久地應用藥物，蓋此類胚胎，多非正常者。

難免的流產

放棄先兆流產的治療而清除子宮內容物，如①引用垂體催產膏(pitocin)，同時或單獨用麥角。②倘藥物無效，當即施子宮刮治法。

胎塊流產

診斷確定後，即用藥物如垂體催產膏或麥角，將子宮內容物排除。有時仍須施行子宮刮除術或行子宮切除術者。此後之一年中，應常做阿喜宋德氏試驗法，倘此試驗法為陰性，患者始能免於惡性變化之危險。

完全流產

無傳染者

檢驗排出物以確定診斷。(1)臥床四到六天。(2)注意併發症。

已受傳染者

(1)臥床休息，(2)半斜坡臥式，(3)酌情由靜脈內注入液體(4)避免導尿及灌腸。輸血以作支助（每24—48小時中用200—400毫的血液）。倘遇貧血者，首次輸血量可達400—600毫。引用硫醯胺劑或青黴素。絕不可施行子宮內之手術。酌情使用催產劑。每日檢查骨盆內有無膿瘍，或其他部份有無轉移性膿瘍。

不全流產

無傳染者

用垂體催產膏或麥角，以清除子宮內殘渣物。待使用催產劑後不久，在滅菌消毒條件下檢視子宮口，倘見有未流出之殘碎物，即將其取出。雖經上法之料理，而仍出血不停者，則用鈍匙刮子宮（或用取卵鉗）。此後再為之(1)輸血數次，(2)臥床休息并給以子宮收縮劑。

超過24小時之不全流產，視為可能已受傳染者“potentially infected”。除因大量出血者外，忌用侵犯子宮之任何手術。倘體溫上升，則當視為已受傳染者。

已受傳染者

多發生於干法打胎之後，妊娠中每一期間皆可得見。因傳染係來自子宮之外，吾人當以治療傳染為責任。除大量出血者外，不可侵及或刺激子宮。在體溫達正常五日之後，倘有需要，可行刮子宮術。

當受傳染之時，給以支助治療，如輸血，硫醯胺劑或青黴素之治療等等。

Arthur B. Hunt 氏療法

產婦出血

產婦各種出血之治療，包含兩種主要的原則：(1)止血法，(2)補充血量。

作者與其同事之意見，在劇烈出血時（可引起休克），俱以止血為首要處置，然後再為之輸血。倘未及時輸入所失之血量，則死亡率頗高，在作者業務中，當收進一個因劇烈出血，而陷於休克狀態的孕婦，應即刻同時為之止血及輸血（達到所失之量），倘收進病者早已止血者，則僅為之輸血，待一般情況轉佳，即施以應施的手術療法。

補充血液（大量出血，伴有或迫近震盪—Shock）

具有足供使用的血庫

具此設備者輸血即頗簡單，給以足量的血液使自震盪中恢復，并可治療貧血，吾人毫無遲疑地輸給病者所損失的血，最低限度使病者於出血後二三日中，血色素須達到水準，即每 100 毫升血中之血色素須常達 10 克，此後再輸以小量的血，以求此水準達於穩定。在作者經驗中，須達此目的所須輸給之量，常為 800—4000 毫升（僅有一例須用 8300 毫升者）。

作者的產科病人，皆早於初診時，分別檢驗血型及 Rh 因素，五年來從未間斷，故對病者的體質，瞭如指掌，在急症及其他特殊情形之病者，臨時不及檢驗血型及 Rh，則輸給 O 型及 Rh 陰性之血液。倘時間允許，仍應作交叉配合法。除特殊情況下（如 Rh 陰性之血已用完時），吾人不願用聚積血漿，因血漿可能引起血清性肝炎。

無血庫

經過可靠地檢驗血型及 Rh 因素之血，可以代替血庫之用，惟檢驗費時，倘病者因出血呈緊急狀態，於 30—60 分鐘內無法獲得應輸之血時，可先於

15—20分鐘內先注入等滲鹽水或高滲葡萄糖溶液。此後仍當繼行輸血。倘有人對於血清性肝炎無顧忌者（但吾人多不作此主張），可於收進病人與輸血之中間，即為病人注射聚積血漿。倘有自適當輸血者取得之血漿，頗可供此處應用。阿拉伯樹膠（acacia）或白明膠（gelatin）的溶液可用於血液停藏缺乏之時，倘選用名廠出品而用量不超過一公升者，多稱安全。吾人在依賴血庫之前，早已得悉此法具有拯救生命的價值。

流產病人應留住醫院

流產及流產併發症之患者，皆應留院治療，因流產導致母體死亡之機會頗多，如出血及膿毒病等是。其唯一之例外為流產者在突然出血及痙攣痛中，排除子宮內之妊娠物，可視為完全流產而不必送入醫院留醫。倘血已停止，子宮收縮亦佳，則留住家中，使用完全流產之治療法。

完 全 流 產

流產而能認為完全者，要視其子宮排出物具有完全的胎塊（羊膜囊及全部胎盤組織）而定，同時在事實上，已停止出血，子宮縮小而堅實。

1. 臥床休息一二日，第三日可允起坐；於流產後第四日可囑返家。
2. 每日服用四次 ergonovine（麥角劑），每次0.2 釐，連用兩天。
3. 飲食，視病者之需要及能忍受而定，並無限制。病者之行動亦可自由。

難免的或不全流產

1. 難免的流產（進行性流產，或稱流產正在進行中者）或不全流產正在出血時，即為準備作無菌的陰道檢查，倘發現胎塊已在陰道中或嵌於子宮頸者，則將其取出（有時須用手自外壓子宮頂，使胎塊流到另一只在檢查的手中）。倘在檢查中能證明流產已臻完全者，此後當參照完全流產之療法治療之。

2. 倘用陰道張開器檢查，見到子宮口嵌有胎物，即用取卵鉗或棉球鉗將其鉗出。如此，即可視為完全流產，並以如完全流產之治療法以治療之。

3. 倘運用上法而流產仍不能臻完全，并繼續出血者，當使用刮子宮術，不可多事猶豫。

a. 手術前之佈置：

- (1) 注射硫酸嗎啡10釐。
- (2) 注射硫酸阿託品0.19釐。

- (3) 倘懷疑已受傳染，即預爲注射普魯卡因青黴素油劑300000單位。
- b. 子宮腔須全部刮清，但須避免使用銳刮匙作強暴的動作。全部刮清并塗以可忍受的消毒劑後，即將填塞物（消毒紗布條）嵌入陰道。
- c. 手術後之護理：
- (1) 填塞物於24或48小時內取出。
 - (2) 須要時，酌情給予鎮靜劑，常用者如可待因。
 - (3) 倘使用抗生素劑，須持續五天。
 - (4) 子宮收縮劑：治療——用麥角劑如 ergonovine 0.2 尅，每日三次，連服兩日。
 - (5) 第二日可允產婦臥床作腿足的擺動，第三日可允坐起，第四日可允回家。

4. 不全流產而無大量出血者，可選擇下述治療計劃之一：

A.

- a. 使病者臥床（完全靜臥），嚴密地注意出血，每15—60分鐘測量血壓一次（出血較多者，須時時量血壓）。
- b. 口服 Ergonovine 0.2 尅，每四小時一次，即每日三次，連服二日。
- c. 測查白血球計數及血色素，并測定赤血球沉降率。
- d. 倘病者仍未達完全流產，并於48小時後繼續出血，則施行刮子宮手術。此時多可達到完全流產的目的。

B. 一切皆如“A”中所述，惟刮子宮之期待時間，縮短到12—24小時。

C. 即爲病者刮子宮，絕不浪費時間以作期待。

手術治療之證據

難免的或不全流產的病者施行手術空除子宮，殆已成爲近代之趨勢，縱然在所謂完全流產者，亦行此手術。其理由有如下述。

1. 可縮短住院時日，并未見有日後骨盆內病率的增多。
2. 許多病人，認爲流產已完全者，往往仍須手術，以使其確實的完成。
3. 巡察的產科醫師，於施手術後，始可確實地宣稱，此流產已至於完全。
4. 延擱不全流產之時間，適足以使子宮增多感受傳染之危險，除早期施行手術治療外，別無若何預爲防止之方法。

5. 近代引用之化學療劑及抗生素劑，大可減低手術治療之危險。

6. 倘子宮早爲清除，則子宮內膜之再生，可很快地恢復日後的正常經期。

保守治療之論據

除爲出血所迫，施行手術治療外，多有主張保守治療者，其論據如下：

1. 雖然住院之時間較長，然爲病者之療程較爲安全計，仍應採取保守療法。
2. 雖有打胎者所稱的老練的託詞（如上第4項），但往往并不足信，即保守治療，并不信不全流產易爲強暴的細菌所傳染。
3. 用抗生素劑及化學療劑以拯救所有的流產後膿毒病，實不足信賴。
4. 大部份的流產者，多能自然而安全地達到完全流產階段。
5. 保守療法，已歷長時期之考驗。

大多數產科專家，除嚴重之出血威脅，而施行早期手術外，遇有下列傳染症象者，皆不主張施行早期手術治療：（1）有最近干法打胎之病歷者，（2）白血球計數及血沉降率增高者，（3）體溫上升者，（4）有惡臭液排出，（5）檢查時，骨盆內感疼痛者。

作者的態度乃較中立，因較近爲孕婦施行早期刮子宮者，大較往昔爲多。

1. 有些流產者，以爲已經達到完全流產，但使診斷更爲確定起見，仍須施行手術。
2. 在診斷中不能確定其已爲完全流產者，當即爲之刮子宮，不宜遲延。
3. 不全流產者，若能稍稍等待，可望其自動娩出，否則（在48—72小時後，而無前述傳染情況者），即爲施行刮子宮手術。

已受傳染之流產（干法性打胎或其他原因所引起者）

1. 抗菌療法，以自子宮排出之物作培養，但抗菌療法應當及早使用（假定已發生兇惡的傳染）。

- a. 青黴素油劑，每24小時肌肉注射300,000—1,200,000單位。
 - b. 磺胺噻唑或磺胺嘧啶，初量爲四克，此後每四小時給以1.5或2克，并給等量之重碳酸鈉。強制飲水，使小便量達1800毫升以上爲目的。
2. 補助治療。倘見有骨盆腹膜炎，或普遍性腹膜炎，或發生嘔吐者，則自靜脈內注入已和有多種維生素的5%葡萄糖溶液。其注入量以參考上述尿量爲準。

3. 鎮靜劑（見有需要時始可給予）。

- a. 苯乙基巴比土酸0.1克，每日三四次，或用

b. 硫酸可待因 60 毫，或地美露 (demerol) 50 至 60 毫，每日三四次，皮下注射。

4. 輸血。倘因溶血性傳染，發生貧血或血出不停，然又不須手術治療者，可一再為之輸血 300—500 毫。

5. 雙氫鏈黴素，倘培養中為革蘭氏陰性細菌，或用抗菌法 a 及 b 製劑而鮮見效果者，則用雙氫鏈黴素，其劑量常用 500 毫，每日兩次，即已足夠。

6. 金黴素或土黴素 (Terramycin)，每 24 小時中，分四次內服，全日量為 3 克。倘病者不能口服，所幸此處所述之兩種黴素，皆可供靜脈注射，每日一次，每次 500 毫。

7. 減壓，倘腹部膨脹，可引用 Miller-Abbott 氏導管。

倘體溫及血球沉降率減退，可停服磺胺劑，但青黴素在退熱後仍應續用 3—4 天，在此時期中可用普魯卡因青黴素，每日以粗針頭在臀部肌肉中注射 300,000 單位。

8. 刮子宮手術，在無可控制的出血情形下，始須使用，但大多數的此類病者，可很快或漸漸地自行空除子宮之內容物。倘具有下列各種條件而使用刮子宮手術，始可認為較為安全：

a. 病者已退熱 2—3 天。

b. 血球沉降率降近正常 (韋氏—Westergren 法，一小時在 20 耗)。

c. 無子宮旁或子宮附件的塊質，無按壓痛。

已受傳染流產的併發症

1. 骨盆腔膿瘍或蜂窩織炎。使用骨盆腔內檢查法，以探尋有無膿瘍或蜂窩織炎之發生，并可藉此探索治療所產生的情況，惟此種內檢查手術，越少越好，倘經檢查而發現有子宮附件疾患時，則可酌情選擇下列諸方法：

a. 繼續使用抗生素劑。

b. 以習常通用的長波透熱機，透熱骨盆腔，最初須細心地每日使用半小時，倘病者能泰然忍受，則漸改每日一二小時。

c. 為治療慢性骨盆腔內疾患起見，可施手術導流，或摘除慢性膿瘍。但此種療法為醫者所採用者，尚為罕見。

2. 子宮穿孔。偶有引用異物插入子宮，以期達到打胎目的而誤將子宮穿破，更可傷及腸道而發生腸梗阻（往往為小腸壞疽），則必須行試探剖腹，并切

除受有損壞的腸管。

3. 傷及生殖器之下部。在較少的機會中，因打胎者操作謬誤而發生膀胱陰道瘻，或直腸陰道瘻，待骨盆內傳染症狀消失，約於數星期或數月後，須引用手術治療。

水泡狀胎塊

患者常為出血太久或太烈而施行手術治療，因而獲得診斷，在手術治療之前，往往因出血情況，多可疑似此病，但不易預為斷定。

治療之法，有如下述：

- a. 刮子宮術，
- b. 經由腹腔的子宮切開術，
- c. 全部子宮切除術。

刮子宮術為最宜採用者。以上三方法，皆須在醫院中施行。

倘未發現有惡性變患（絨毛膜上皮癌），雖卵巢方面見有黃體囊腫者，該囊腫亦可自行消失。更有學者認為縱有絨毛膜上皮癌，該黃體囊腫亦不足為慮，而可自行消退。

經由腹腔的子宮切開術，往往施行於相當大的子宮，如在妊娠三四月之孕婦。倘子宮已達上述之大小程度，而具下述情形者，當施行子宮切除術：

1. 孕婦年齡超過四十歲者，
2. 分娩三次以上者，
3. 子宮患有疾病如纖維瘤，已經過多次剖腹取兒術，瘰癧，傳染等等。

出血之治療，見不全流產中之療法。

查察日後絨毛膜上皮癌之有無發生

集病者24小時中之小便，以檢定其有無過量之促腺性內分泌物，每2或6星期一次，連作六個月，其後一年中，每三個月一次，再其後每六個月一次，連續觀察三年之久，倘設備不足，可改用 Friedman 氏法，其檢驗次數及觀察年月亦同上述。

併發症

1. 出血。治療之法，已見上述。
2. 子宮破裂或穿孔。倘想像中傷口尚小，當嚴密觀察其演變，同時使用青黴素。否則，當行子宮切除術。

- 3.傳染，使用抗生素劑或化學療劑，或兩者併用，如在上述流產中者。
- 4.其後如發現絨毛上皮癌，即施行經由腹部的全部子宮切除術，并摘除兩側輸卵管及卵巢，陰道亦當大部切除。再繼施X光線治療。
- 5.血中毒。

異位妊娠

Willis E. Brown 氏療法

臨床檢查所得

月經停止或月經延遲，繼之而發生異常之出血。

腹部疼痛及按壓痛。

骨盆檢驗：

具初期妊娠徵象，

子宮旁存有腫塊，

直腸子宮陷凹處，停有血液。

Ascheim-Zondek 反應多為陽性。

確定診斷之法

凡具有普通外科知識的開業醫師，在嚴格消毒設備下，皆可行之。藉陰道擴張器使子宮頸露出，拮住子宮頸，以10—15%可卡因塗於子宮直腸陷凹處，或注射2%奴佛卡因，然後以長的脊椎穿刺用長針頭（18號粗），自子宮頸下1—2耗沿正中線刺入，其深度不可超過一耗，再套以針筒，用力吸取腹膜腔的內容物。

治療方法

以手術治療為主。

佐以輸血（手術前後皆可輸血）。

註 釋

異位妊娠，倘不及早治療，多不出下述之三種結果：

- 1.妊娠部破裂，突然發生無血性（外部不見血）腹腔內大出血，必須即為

施行剖腹手術。

2. 輸卵管流產。

a. 一再的徐緩出血，須施間隙期手術。

b. 完全自行吸收，不須施行手術。

3. 慢性異位妊娠，常發展成胞囊腫塊，須施間隙期手術以除去之。

4. 有極少之病例，轉而成腹腔妊娠。

Arthur B. Hunt 氏療法

異位妊娠以診斷為首要，其治療尚稱簡易，有如即行輸血，并施術摘除妊娠側之組織（如輸卵管，卵巢，子宮角）。近代醫家多一致同意，待獲假定的診斷後，即為剖腹，并為其輸血（或注入其他液體）。——與昔日 Hunter Robb 氏之規定相反。倘妊娠組織全無破裂，且無溢血者，可考慮同時作其他的外科處置及較為擴大的剖腹探索手術，否則，上述者（尤以外科處置中的闌尾截除術）概屬禁忌。

妊娠期中出血

J. Robert Willson 氏療法

妊娠期中出血之病人，多認為非正常之狀態，須留於醫院中作全部檢查，以期發覺其出血原因。入院後不可施行陰道或直腸檢查，亦不可為之灌腸，蓋吾人尚未判別其非前置胎盤，否則，可促進胎盤剝離之程度而引起可怕的大量出血。此時可為之施行一般檢查，及計數全部血液，與會陰部剃毛。

輸完1000毫升血液後，抬病者至臨產間，在嚴格的消毒設施下，以備陰道檢查，預為召集手術組工作者，并準備止血器材及胎兒娩出用具等。陰道檢查（子宮頸之察看）不但可探尋出血原因，亦可於觀察子宮頸之狀況後，以定胎兒娩出之計劃。倘恐因手指檢查時引起更大之出血，可藉X光線以檢查之，則胎盤之情況不難明瞭矣。

前置胎盤

完全前置胎盤

1. 初孕或經產婦。

施行剖腹取兒術。

必要時爲之輸血。

不全前置胎盤

治療方法之選擇，以視下列諸情形而定：子宮頸之情形，掩蓋子宮頸之胎盤有若何大小，胎兒之情況，以及分娩過程之進展若何。

1. 子宮頸尚未消失者：

a. 初孕婦：

使用剖腹取兒術，

必要時須輸血。

b. 經產婦：

使用剖腹取兒術，

必要時須輸血。

2. 子宮頸已有部份的張開。臨分娩期或尚未屆分娩期，胎盤掩蓋子宮頸之一部，胎兒頭已入於骨盆者：

a. 初孕婦：

(1) 初於分娩開始之時，而子宮口尚幾乎全爲胎盤所掩蓋者，即爲之施行剖腹取兒術。

(2) 倘張開的子宮頸僅有一小部份爲胎盤所掩蓋者——卵膜破裂。無法控制出血，則以 Willett 氏產鉗牽引兒頭，或使用雙爪鉗亦可。

(3) 需要時，即爲之輸血。

b. 經產婦：

(1) 倘張開的子宮頸僅有一小部份爲胎盤所掩蓋者——卵膜破裂。無法控制出血，則以 Willett 氏產鉗牽引兒頭，或使用雙爪鉗亦可。

(2) 需要時即爲之輸血。

期待治療法

1. 出血輕微而妊娠不足34個星期者，適用此療法。惟此法僅對顧及胎兒之生命方面具有價值而已。

2. 施行期待治療法所須之事項如下：

a. 囑住醫院。