

前 言

本手册是根据中华医学会上海分会妇产科学会所編之妇产科医师手册之內容，結合我們教研組几年来的临床常規，加以改編的。其选材是以妇产科临床工作中常用部份为主，其他有关的普遍問題及一般性疾病的处理法，未列入。希望对实习同学在妇产科日常工作中能有一些帮助。在內容的質量及編排等方面都会有不少缺点。希望同學們提出修改及补充的意見，以便再版时多加改进。

沈阳医学院医疗系妇产科教研組

1957年7月13日

一、产 前 檢 查

确定受孕后，孕妇必須按照指示，作定期的产 前 檢 查，及受孕期卫生指导。

妊娠五月以前，每二个月檢查一次；第五月至第七月（22週至30週），每一个月檢查一次；第七月至第九月（30週至36週），每半个月檢查一次；第九月后（36週至40週），每星期檢查一次。如有異常情况，可按需要增加檢查次数。

初 診

一、病 历

（一）包括本人姓名、年齡、籍貫、职业、住址、受孕次数、生产次数、月經史（初潮、經週、經期）、末次經期及預产期，以及丈夫姓名、年齡、职业、有无疾病（如梅毒、結核病史）等項。

（二）家庭史：有无有关遺傳的历史如精神病、血友病、家庭結核病史、多胎史等。

（三）个人健康史：尤其是慢性疾病，如腎臟病、結核病、心臟病、梅毒等。再为过去曾施行之手术，如剖腹手术、阴道手术、会阴阴道修补术、子宮頸电烙术等。

（四）生产史：結婚年数、妊娠次数、生产数、流产数、末次妊娠距今時間、过去妊娠时情况、临产情况、生产方式、胎盤产出情形、有无产后流血、产后感染、嬰兒活产或死产及死亡原因、产出时体重等。如为手术产，尤其是剖腹产，应詳細詢問其指征、手术类型及手术前后情况。倘孕妇不了解当时情况，应尽可能与施行手术之医院联系。

- (三) 有尿蛋白及下肢浮腫者。体重增加每週超过1公斤者；
- (四) 有先兆子癇或子癇病史者。

三、有后述情况者，可請各該科共同治疗：

- (一) 有心臟病者；
- (二) 有肺結核病者；
- (三) 有重度貧血者；
- (四) 有梅毒者；
- (五) 有糖尿病者；
- (六) 有其他急性或慢性內科疾病者。

二、产房工作（三程处理）

一、入院时之处理

（一）已經产前檢查者

1. 詳細閱讀产前門診記錄；
2. 填写产历及体格檢查表，包括全身檢查、产科情形檢查（腹部檢查及肛門檢查）。血压測量，血压高者，立即在产房檢查尿蛋白。送小便常規（洗淨尿道口后，令自解，必要时导尿）；
3. 行无痛分娩教育。

（二）未經产前檢查者

1. 除上述各种檢查外，並須測量骨盆各徑；
2. 补授无痛分娩課程。

（三）有病理現象或不正常者

如产前流血、妊娠中毒症、其他偶发症或併发症等：

1. 詳細詢問病史；

2. 体格檢查；

3. 实习医务人员应将詳細病情填写于住院病誌记录內；如不够填写，可另加一頁。填写完毕后，应經住院医师审阅签字。住院医师倘有意見，应加补充。

(四) 待产处理

1. 孕妇有特殊病情者，可住院待产；
2. 除特殊病情須隨時处理外，每日須檢查产科情形並測量血压；
3. 注意子宮陣縮、阴道流血及胎膜破裂。

二、臨产时之处理

第一期处理

一、外阴部消毒：

- (一) 剃去阴毛（不願剃者，亦須剪得极短）；
- (二) 以溫肥皂水及溫水洗淨外阴。洗时由前向后，注意不使污水进入阴道。冲洗范围应包括大腿內側、阴阜、会阴部及肛門后方；
- (三) 再用1: 5,000昇汞溶液冲洗；
- (四) 遮盖消毒巾。

二、在后述情形下，亦須施行外阴部消毒：

- (一) 大小便以后；
- (二) 阴道檢查以前。

三、灌腸：普通以肥皂水灌腸，分成大小二种，生产急迫时施行小灌腸，以清除直腸內容，余則施行大灌腸。

有后述情形者，禁止灌腸：

- (一) 可能在一小时以內分娩者；
- (二) 胎头已显露者；
- (三) 阴道出血者；
- (四) 胎膜已破，而胎头未入骨盆，或为臀位者；

- (五) 以前有剖腹产史，子宫收缩甚强者；
- (六) 第三度会阴破裂者，或有直肠阴道瘘管者。

四、臥床：一般产妇可自由行走。有后述情形者，应即臥床：

- (一) 胎位不正；
- (二) 阴道出血；
- (三) 胎膜已破，而胎头尚未入盆者；
- (四) 有心脏病及肺病者；
- (五) 有妊娠中毒症者；
- (六) 有高热、感染及其他病症者。

五、注意产妇营养，其不能进流质食物者，应给予5%葡萄糖（或5%葡萄糖鹽水）500—1000毫升靜脈滴注。

六、观察和记录下列各点：

- (一) 子宫收缩情况。
- (二) 肛門檢查：

1. 注意子宫頸之长短、厚薄及軟硬，頸口之大小，先露部位之高低（以坐骨棘間徑平面为0，在徑上1厘米者为[-1]，在徑下2厘米者为[+2]）；

2. 初产妇产程进展正常，子宫頸扩张5厘米后，每隔1—2小时行肛門檢查一次。子宫頸特軟者例外。經产妇則視陣縮紧稀决定檢查時間。

(三) 胎心音：

- 1. 胎心音至少每2小时听一次，並记录其次数；
- 2. 胎膜破裂时，必須听取胎心音一次，以防脐帶脫垂；
- 3. 胎心音次数过高，超过每分鐘160次，过低，慢于每分鐘100次者，或过于不規則者，应即通知上級医师；
- 4. 头先露之产妇，阴道有胎粪流出者，应即通知上級医师。

(四) 阴道檢查：有后述情况时，应施行阴道檢查（在上級医师指导下行之）：

- 1. 初产妇在陣縮开始后，而胎头仍浮动者；

2. 胎位不正常者；
3. 子宮口開全2小時以上，而尚未娩出者；
4. 有產前出血者；
5. 有難產史者；
6. 肛門檢查不明確者。

〔附〕陰道檢查

1. 准备工作
 - (1) 置孕婦于膀胱截石臥位；
 - (2) 洗淨會陰部(用肥皂水與1: 5,000昇汞溶液)後鋪消毒巾；
 - (3) 導尿。
2. 檢查時之注意事項：
 - (1) 陰道有無畸形、裂傷、血腫等。
 - (2) 子宮頸管：
 - ① 有無病理存在，如息肉、子宮頸癌等；
 - ② 子宮頸口擴張程度；
 - ③ 有無胎盤組織存在或臍帶脫垂；
 - ④ 有無裂傷。
 - (3) 子宮體有無破裂征象。
 - (4) 子宮體兩側有無囊腫、壓痛。
 - (5) 骨盆內測量：
 - ① 恥骨聯合後方之情況；
 - ② 恥骨弓下方之角度；
 - ③ 骨盆對角徑；
 - ④ 坐骨棘間徑；
 - ⑤ 坐骨切迹；
 - ⑥ 骶骨前方及兩側之彎曲度；
 - ⑦ 尾骨之活動程度。
 - (6) 胎兒：

- ① 先露为何部，下降程度如何，（以坐骨棘間線为指标）；
- ② 胎位如何；
- ③ 胎膜是否已破。

3. 阴道检查后，可给予磺胺药物或抗生素。

（五）血压：有后述情形时，每4小时测量血压一次，必要时得随时测量之：

1. 患妊娠中毒症者；
2. 产前出血；
3. 产期延长；
4. 其他不正常情况。

（六）注意毋使膀胱过胀，适时导尿（尿液留作标本检查）。

（七）产妇进入产房以后，医护人员不应离开产妇，直至送入休养室为止。

（八）产妇家属不得进入待产室及产房。

（九）初产妇产宫口开全后送入产房；经产妇产宫口开至4厘米送入产房，或按产程进展情况决定之。

第二期处理

一、实习医师或初接生者应由住院医师陪同洗手三次。第一次为示范，第二第三次则为实习。初产妇需行会阴侧切时，应由住院医师陪同洗手三次，第一次亦为示范。

二、洗手方法与手术室内洗手法同。

〔附〕氨溶液洗手法

1. 用肥皂和温水将手及手臂洗一次；
2. 二手及手臂浸在 0.25% 之温氨溶液中，用小方纱布洗擦二分半鐘；
3. 同样再浸入第二盆 0.25% 氨溶液中二分半鐘，再擦干手上之氨溶液；

喉內之粘液，亦可用紗布裹附手指，擦除嬰兒口內粘液。然后用紗布將身上之血跡（及胎脂）以消毒之植物油或礦油輕拭干淨。

此時助手可以一手置于腹部，扶托子宮底，待臍帶之搏動停止后，剪斷臍帶，于距臍約2厘米處緊紮第一道結，于距臍1厘米處再紮第二結，然後將臍帶于距臍3厘米處剪斷。細心觀察剪斷之臍帶是否出血。若因結紮未緊而有出血者，則可將臍帶撤回，用尚未剪斷之線條再行結紮一次。臍帶之斷口，可塗以3%碘酊，然後以消毒三角紗布包裹之。置胎兒于無菌絨氈上，由助手護理之（見初生兒護理章）。

此時應檢查陰部是否有裂傷，如有裂傷，應在住院醫師指導下進行縫合手術。切開之會陰亦可于此時檢視及縫合。

八、會陰切開術：

（一）目的：

1. 避免母體損傷；
2. 避免嬰兒損傷；
3. 縮短第二期產程。

（二）適應証：

1. 臀產（初產婦）；
2. 產鉗術（初產婦或經產婦）；
3. 嬰兒危急，如前所述者（初產婦）；
4. 會陰部過去已經施行成形術或修補手術者；
5. 有過剖腹產者；
6. 不宜用力者，如有心臟病或肺病者；
7. 第一胎之產婦有妊娠中毒症較嚴重者；
8. 其他必要縮短第二產程者。

（三）操作方法：分正中切開及斜切開二法。只須切開較小者，應行正中切開法；若須切開較大者，應行斜切法。施行切開前，必須估計正確。若于正中切開法以后，需較大之切口時，可沿括約肌向外側延伸之。

施行斜切開時，肌肉被剪，故須小心分層縫合之。正中切開者，

物，並注意勿使产妇受凉。

九、产后經常注意子宫收縮、出血量及脈搏等。1小时后，如子宫内无滯留之血块，子宫收縮力佳，一般情形良好者，可轉入休养室。

三、产褥期之护理

一、产妇送至休养室以后，应每半小时檢查一次子宫收縮情况及出血量之多少，並記錄之（最少二次）。必要时，应报告值班医师。

二、产妇可进普通飲食及自由飲水，特別医嘱者例外。

三、产后24小时无大便者，应服輕瀉剂（如50%硫酸鎂及30%硫酸鈉溶液各20毫升，但勿与磺胺药同服）。服后次日仍无大便者，用肥皂水灌腸。

四、产后6—12小时无小便，須用各种方法，使其小便：

（一）令产妇坐起排尿；

（二）用溫水冲洗外阴；

（三）置热水袋于耻骨部；

（四）用溫肥皂水灌腸。

（五）用0.25%之奴佛卡因于耻骨联合上方作“L”形之皮内封闭，总量60—80毫升。

試用上述方法而无效驗时，可給予膀胱收縮剂，如甲烷硫酸新斯的明、氨甲酸胆碱、士的宁、腦垂体后叶等。如仍不能小便，可用稽留性导尿管；如尿管放置24小时以上者，用3%硼酸溶液灌洗膀胱，每天2次。灌洗以后，注入30毫升0.5%紅汞溶液。

五、乳房处理：

（一）分娩后24小时开始哺乳，每4小时一次。哺乳前用3%硼酸溶液洗净奶头。每次兩側乳房各哺約10分鐘。哺乳前須戴口罩；

（二）如乳房过分充盈及脹痛者，可用冰袋。需要时，可在哺乳后用吸乳器將过多之乳汁吸出；

（三）有乳头破裂者，应使用玻璃奶罩。每次哺乳后，涂复方安

次，服 2 日；

二、如有子宮頸炎，轉婦科治療；

三、如會陰支架鬆弛，須避免負重、久立。如有便秘，可行適當運動；

四、如有子宮後傾異位，可行手法矯正，取膝胸臥式；

五、如有貧血，可進鐵質及高蛋白飲食。或用中藥歸脾丸每日二次每日一丸口服。

五、流 产

一、先兆流产：

(一) 門診治療：

1. 一般先兆流產病例，毋須住院，可在家中進行治療；

(1) 臥床休息；

(2) 勿行性交，勿用熱水洗腳；

(3) 服鎮靜劑，三溴合劑每日 3 次，各 1 克，共 3 天；

(4) 維生素 C 100 毫克，每日 3 次。如症狀加重，有腹痛、血量增多者，須來復查。

2. 如有後述情形者，可收之入院：

(1) 流血過多者；

(2) 過去有習慣性流產歷史者。

(二) 住院治療：

1. 絕對臥床，大小便宜在床上使用便盆。

2. 如診斷已明確，應盡量避免再作陰道檢查。

3. 留晨起第一次小便作蟾蜍試驗。

4. 進普通飲食。貧血者宜進高蛋白飲食，另給鐵劑如硫酸亞鐵，每日 3 次，各 0.3 克。或中藥歸脾丸。

5. 給鎮靜劑。除上述三溴合劑外，可另用復方樟腦酊 2 毫升，

尚未排出，可再給一疗程；

3. 流血甚多，注射腦垂体后叶素无效，而妊娠在三个月以下者，应即行子宫刮术；三个月以上者，則考虑利瓦諾尔液引产或塞紗布条。

(五) 手术后，如有需要，可应用抗生素及麦角剂，以預防感染及出血。

三、不完全流产

(一) 未感染者，即出血未过24小时，且无压痛及热度者；

1. 在行无菌檢查时，凸入阴道內之胎組織，以卵鉗移去之；
2. 入病室后，可先試用腦垂体后叶素，視其能否完全产出；
3. 若于6—12小时內仍不能全部产出，或流血不止者，則行子宫刮术；

4. 手术后用麦角剂；

5. 酌量当时情况，以决定輸血与否；

6. 臥床宜予高头位。

(二) 可能感染时，即出血超过24小时，但仍无热度及压痛者：

1. 使用化学疗法及抗生素；
2. 先試用腦垂体后叶素；
3. 若于24小时后仍未能完全排出，但无热度者，可施行刮子宫手术；

4. 其他如上述4—6。

(三) 有感染者，即有热度及压痛、且流出液有惡臭者，墮胎者，或白血球增高者：

1. 所有流产並伴有体温 38°C 以上者，均須詳詢其病史，問有无墮胎行为；必要时，詢問其家屬；如有用器械、草葯等墮胎史者，应即注射抗破伤风血清 (3,000国际單位)；

2. 体温在 39° 以上、有寒顫病历者，应即抽血作培养；

3. 作子宫腔内分泌物培养；

並同時給甲狀腺劑0.03克，每日2—3次（飯前）；

10. 給高蛋白飲食；囑忌煙酒。另可給多種維生素合劑、維生素E（每日100毫克）。

（二）妊娠后之處理

1. 參考未孕時處理；
2. 加服己烯雌酚，每日5毫克，連服2星期。每2星期加服5毫克，至15星期。其后每星期加服5毫克，至35星期。或每日注射黃體酮30毫克，每日1次，至4個月。
3. 維生素C，每日500毫克。
4. 避免過勞。

六、異位妊娠

一、有異位妊娠可疑者，應收入病室觀察之。

二、急性或診斷明確者，應即施行手術。

三、不能明確診斷者，須用下述方法，進行觀察及診斷：

（一）需要時每2小時測量血壓一次，每4小時測驗紅血球及白血球各一次；

（二）尿妊娠試驗；

（三）子宮后穹窿之穿刺或阴道穹窿之切開探視；

（四）子宮內膜之病理切片檢查；

（五）盆腔鏡檢查。

四、不論出血多寡，須即作輸血準備。

五、若有休克，須先治療休克；迨休克控制后，方可施行手術。

但如無輸血設備，須即施行手術。

六、手術之要點為速度，故以予吸入乙醚麻醉為佳。亦可用局部麻醉，但禁用脊髓麻醉及硫噴妥鈉靜脈麻醉。

七、若腹腔內血量甚多，可行自家輸血法；先加枸橼酸鈉以防止凝結，並過濾2次，而后使用之。但有下述情形之一者，勿行自家輸血：

- (一) 出血時間過長者；
- (二) 有熱度或感染者；
- (三) 血有感染之可能者；
- (四) 曾施行其他手術者，如刮宮等；
- (五) 孕期過晚，腹腔內之血液混有羊水者。

八、手術時須檢視他側之輸卵管及卵巢。

九、勿同時施行其他手術，如闌尾截除或懸吊子宮等。

十、視患者將來生育之反應及有無絕育之指征而行對側之輸卵管截除，或依照法令行輸卵管結紮。

十一、腹膜縫合前，須將腹腔內之血液吸取及拭淨，需要時可傾鹽水于腹腔內洗拭。

十二、緊急時，輸血可用靜脈切開法或施行動脈輸血。

十三、應用抗生素以防感染。

十四、使用休克治療法。

十五、所有截除物應送作組織切片檢查。

十六、如手術時保留對側輸卵管，而患者極願再生育，可在2個月後行輸卵管通氣術。

七、早 產

處 理

一、發現早產的先兆後，其處理方法如下：

(一) 胎膜未破者：

1. 子宮頸過短或有舊撕裂之孕婦，在妊娠七月時（如有早產歷史，應在過去早產前一個月）休息；

2. 原因不明者，如發現有子宮陣縮或出血時，可試用內分泌治療；即注射黃體酮每日30毫克，或用大量己烯雌酚，其量見習慣性流產一節所規定之該月應用量。

(二) 胎膜早破者：

1. 为防感染，应避免性交。最好劝告患者住院，给以抗生素注射；

2. 忌用鎮靜剂。

3. 禁行催产。

二、对不可避免的早产，分娩时应注意后述两点：

(一) 勿用全身麻醉；

(二) 防止胎头在阴道内受压迫，必要时应作会阴切开术。

早产初生兒出生时之处理 参阅“早产兒处理法”。

八、水泡狀胎块（葡萄胎）

門診檢查

一、在門診或急診遇有水泡狀胎块可疑而有出血者，应收入病房观察之。

二、門診中拟診为水泡狀胎块（子宫大小与孕月不符，且尿經稀釋后仍現阳性妊娠反应），但无阴道出血者，应囑每星期来院檢查，並注意其后述各点：

(一) 子宫底增長之速度，並记录于門診卡片上。

(二) 注意听取胎心音及胎动。

(三) 尿妊娠試驗稀釋度至1/500。

(四) 必要时可作X線攝影檢查（子宫大小在4½月以上者）及肺部透視；

(五) 如发现阴道出血，应以窺器檢查是否另有其他出血原因，如系自子宫頸管内流出者，須住院。

治 疗

一、入院后立刻配血，需要时即輸血。

未准备就绪后作阴道检查，以确定诊断及决定处理方针。

(三) 处 理

1. 分娩处理

(1) 中央性前置胎盤：用剖腹产术。

(2) 偏侧性前置胎盤：

① 初产妇：如产妇已多量失血，而子宫颈开放在4厘米以下者，可考虑施行剖腹产术，否则可试行阴道生产。

② 经产妇：如产妇已大量失血，而子宫颈管未消失者，应考虑施行剖腹产术，否则可试行阴道生产。

③ 阴道生产方式：流血不多者，可穿刺胎膜，放空羊水，包腹。

i 头先露：胎膜穿刺后，如不流血，等待自产；胎膜穿刺后，如仍流血，用韋氏（Willett）鉗钳住头皮，悬以半斤之重物；如头位很高，胎兒小，子宫口已开大者，可用内外廻轉术或内廻轉术。

ii 臀先露或横位：胎膜穿刺后，將胎兒之一腿拉下。

(3) 边缘性前置胎盤：用人工刺破胎膜法或用头皮鉗。

2. 一般处理

(1) 輸血；

(2) 預防感染——可用磺胺药物及抗生素。

3. 产后处理

(1) 嬰兒产出后，如有流血，可及早施行人工剥离胎盤术。

(2) 肌肉注射子宫收缩剂。

二、胎盤早期剥离

(一) 一般处理

1. 参考一般急性出血及妊娠毒血症之处理方法；

2. 时时注意子宫收缩情况，並记录之；

3. 暫禁飲食；

4. 准备随时大量輸血；

1. 先兆子宫破裂。

(1) 作好输血、滴流准备。

(2) 准备开腹手术給以醚麻制止子宫收缩过强。

(3) 开腹时，根据子宫具体情况，可行体部縱切，避免子宫下段裂伤及动脉断裂。

2. 子宫破裂

(1) 入院后确定诊断避免内诊。

(2) 准备输血、输液、抗休克。

(3) 准备立即手术（剖腹产术及子宫截除术），如患者在休克状态，待休克恢复后方施行手术。

(4) 如系不全破裂，应考虑体部縱切；如为完全破裂，无严重感染，且子宫破裂尚未超过12小时，能修补者修补，不能修补者行子宫截除。

(5) 术后根据具体情况再行输血补液，需要时禁食2—3日。

(6) 投以抗生素，以防感染。

(7) 伤口引流，依感染程度而定。

一一、产后流血

临产期之预防

一、对未按产前常规检查之孕妇，入院后必须立即检查血型，做好输血准备。

二、凡产程延长之产妇，应预防产时衰竭。

三、胎兒自阴道分娩时，必须缓慢。

四、有产后流血病史者，或因子宫过大膨胀（双胎或羊水过多），有产后流血趋势者，可在胎兒产出后（双胎必须在第二胎兒产后）肌肉注射脑垂体后叶10单位（高血压者用麦角制剂）。

五、适当处理第三产程，在胎盤未分离前不宜拖拉脐带或推揉宫。

停止輸血。

(九) 輸血進行中，必須隨時有護士或實習醫師注意患者。

(十) 輸血完畢後，護士應關心患者有無反應發生，以便即時報告醫師，及時處理。

(十一) 輸血後，應每日服抗瘧劑，繼續5—7日，以預防瘧疾。有禁忌症者，例外。

(十二) 有過敏症者，輸血前后可內服鹽酸苯海拉明50毫克，每日4次共2天。

(十三) 輸血宜在麻醉前或麻醉醒後施行。

協助輸血者，輸血時之應注意點：

(一) 檢查枸橼酸鈉分劑大小對否，再給醫師核對。自己不明白處，請教別人。

(二) 碘酊對否。

(三) 消毒須絕對嚴密，注意膠皮管及針筒內有無異物。

(四) 藥物標籤不清或無字者，絕對不能用。

(五) 幫助醫師檢查輸血者與患者之血型，及輸血者之容貌與其事前所交之相片是否符合，在倒血時須再提醒之。

(六) 倒血時，應先將皮管握緊，以防空氣入內。

一二、妊娠中毒症

一、早期妊娠中毒症（妊娠劇吐）

須與其他疾患能引起嘔吐者鑑別，如消化性潰瘍、腸梗阻、腦腫瘤、腦膜炎、傳染性肝炎、膽石、闌尾炎、腎盂炎等。

(一) 輕度

門診處理

1. 檢查：一般體表、尿常規及酮體。