

中華人民共和國衛生部
上海醫學講學組講稿匯編

婦 產 部 份

主 講 人：

上海第二醫學院附
屬仁濟醫院婦產科

郭 泉 清

貴 州 省 衛 生 廳 印

1959.8.

前 言

在党对边远地区卫生工作的关怀下，几年来，中央卫生部不断组织国内教授和高级医师来我省讲学，对提高我省防疫、医疗业务、教学和科研水平，起到很好的作用。今年组织的上海医学讲学组，由于上海市卫生局的大力支持，以上海第二医学院和其他防疫、医疗单位的教授和高级医师十人组成，包括有九门不同专科。讲学分流行病学、内科、肺内科、外科、放射科、妇产科、眼科等七科进行。共进行了四週。此次讲学不仅时间长、科别多。同时由于讲学组同志的积极努力，讲学内容丰富和实际，因此，收到良好效果。

为了满足我省高、中级卫生干部业务学习需要，将讲稿按讲学分科彙编为七册，供有关高、中级干部业务学习参考。

贵州省卫生厅

1959.8.



A0045408



婦 产 科 目 錄

一、人工流產.....	(1)
二、引產.....	(5)
三、妊娠与貧血.....	(8)
四、產后出血.....	(13)
五、絨毛膜上皮癌.....	(18)
六、真假麥格氏征綜合病胸腹水关系之观察.....	(21)
七、腹膜外剖腹產.....	(26)
八、阴道子宫切除術.....	(30)
九、子宫垂脫手術治疗.....	(34)
十、宮頸殘端截除術.....	(39)
十一、宮頸癌阴道廣泛性手術治疗法.....	(42)
十二、后穹窿切开術在診斷及治疗上的价值.....	(49)

人 工 流 產

引言：

近來人工流產在婦科手術中比較多。此手術說容易也很容易，說難也最難，如手術中不注意會造成子宮穿孔、出血、損傷等，故有討論的價值，此種手術雖需要性增多，普遍開展了，但我們不贊成用人工流產來達到避孕的目的，應當用其他避孕的方法來節制生育，計劃生育。另一種情況如用其它方法避孕失敗而又不須生產或有某種特殊原因如：出國演出、學習、等等，可使用人工流產作為補救的辦法，雖然如此，而人工流產的使用，應當以醫學指征為主。

醫學指征：

1. 妊娠惡阻經保守療法無效而症狀愈趨嚴重者。
2. 肺結核、妊娠中有咯血者合併喉頭結核、腎結核、粟粒性結核者。
3. 心臟病、尤其在妊娠前有過衰竭情況者。
4. 高血壓、尤其是惡性高血壓。
5. 腎臟病尤其是重症慢性腎炎合併有視網膜發生變化者。
6. 惡性貧血、白血病經治療無效者。
7. 支氣管擴張，氣喘。
8. 消化性潰瘍。
9. 肝臟病、膽囊炎、膽石症。
10. 突眼性甲狀腺腫、副甲狀腺病、糖尿病。
11. 惡性腫瘤。
12. 青光眼，視網膜剝離，雙目失明、進行性近視眼。
13. 食道狹窄或人工食道。
14. 缺一腎或缺一肢。
15. 進行性梅毒。
16. 癲癇、神經精神病。
17. 微子病如紅斑症德國麻疹發現於妊娠早期，因為妊娠早期感染會造成胎兒畸形。

總之人工流產的目的是為了保護母親及兒童健康出發的，所以應當有限制和條件，除了醫學指征外尚有些社會因素如家庭經濟困難，子女多，學習任務等，須經單位領導和醫院院長批准。

禁忌：

1. 第一胎不做，因为会引起不孕、月經不調、同时子宫口小操作困难。
2. 二个月以后不做，但可略放宽，应视具体情况而定。
3. 一年不做兩次，实际作起来有困难，由于病人的造病情故很难控制。
4. 發炎不作，应当首先治疗或控制炎症。（有滴虫无炎症可作）
5. 有周身出血病不作，因为伤口出血不止甚至可死人。
6. 不公开的不作。

方法及步骤：

人工流產的方法很多。如：

1. 刮子宫（电吸引在內）。
2. 腹式或阴道式切开子宫。
3. 子宫腔內注射药，如：Rivanol，葡萄糖溶液，肥皂水等。
4. 昆布条，紗布条。
5. 中药坐药，及針灸。
6. X——ray等放射法。
7. 口服药。
8. 草药如鷄脚草等。
9. 土法用筷子。

自己的經驗只限于刮子宫，故这里僅就人工流產——刮子宫術加以討論。

刮子宫是一个最简单的手術，也可以說是一个最难的手術，因为眼看不到，全憑兩隻手的感覺，手術前应明确如下几个問題：

1. 檢查子宫的大小以确定妊娠的时间，不能单憑月經而确定，神經質者檢查有困难必要时可用麻药，可用子宫尺探查子宫腔的長度，注意勿为黑格（Hegar）氏征所誤。
2. 确定子宫的位置及形态，注意有无發炎及肌瘤等病变，位置最重要，以决定擴張及刮匙之方向。
3. 注意子宫有无畸形是否双子宫者。
4. 注意有无炎症尤其是下疳，淋病为忌，其它阴道及子宫頸炎等，应先控制炎症。

手術前之准备：1. 开腹准备，以防穿孔发生又无把握从阴道將子宫切除或修补者，剃毛或剪短，2. 術时消毒，膀胱截石位、臀部出台边兩寸，病人臥正，睡平，医生和病人在一軸綫上，免伤及子宫、導尿、麻醉局麻最好，或不用麻醉，神經質者要用全身麻醉，双合診确定上述之要求外注意有无外孕之証据。

手術：

手術分兩步即擴張子宫頸管及刮出術。

（一）擴張子宫頸管：

置动擴張器于阴道內暴露子宫頸，用单齒鉗鉗住子宫頸前唇之正中处，左手拉着右手拿子宫測量尺順子宫方向量一量，記好，用Hegar氏擴張器如持茶杯或执筆狀小指抵于臀部依子宫方向徐徐插入，以控制忽然插入造成损伤，擴張器应順序排列以免錯誤，Goodell氏擴張

器容易使頸管裂傷，最等不用，擴張器有溝者是避免子宮腔內壓力太高，引起子宮內膜異位，有高起似帽狀者避免忽然插入，應該擴張到几號，則以孕之早晚而定，早期者9號即可，一般者可至12號，如須行手指剝離時則須至20—22號，日本鈴木武德方法為子宮之長度（Cm）加1或2則為所需擴張之號數，如子宮腔長10Cm則須擴大至10+1或2為11或12號，擴張子宮頸管可能遇到的困難有：

1. 子宮頸太緊不易擴張：應慢慢來常可勝之，每個擴張器起碼保留一分鐘，亦可用Hyaluronidase透明質酸酶注射，以軟化子宮頸組織，有時將透明質酸酶加腎上腺素使Novocain很快擴散，慢慢吸收，如有疤痕可用小刀向一邊或兩邊割開一點。

2. 出血：因血管撕裂出血時結紮或切開縫合，甚至子宮截除，但多半採用壓迫止血即可，另一方面為胎內毛病，如葡萄胎、絨毛膜上皮癌，後者則必須切除子宮。

3. 擴張器愈擴愈短：說明擴張器只進外口未進內口，應重新從2號擴起。

4. 擴張器進不去：就連量尺也進不去，可因未檢查而錯定子宮位置，或可因子宮頸有肌瘤，或其它如口過緊，畸形等，則應上推齒鉗，或用兩把鉗子，上下移動，而漸引插入，應注意人工所致之假道。

5. 裂傷：是常見的意外，可能因為擴張太快，9號以上多見，12號以上皆有，撕裂者感到擴張器突然解除阻力容易插入，嚴重者可撕到寬韌帶，阴道粘膜炎，輕微者可不治療，重者出血難止則需開腹，或子宮截除。

6. 子宮穿破：最為危險，其原因為未辨出子宮的位置，而在錯誤的方向插入擴張器，或用力過猛，擴張器突然插入失去管制，或子宮本身有毛病，接觸擴張器處薄如紙，或胎兒之病變，如葡萄胎等，子宮穿破之診斷：用探子可深入至無底處，腹壁可摸到探子，診斷明確，首先應停止手術，以後如何處理應看具體情況而定，一般可觀察之不作其它手術，如有下列情況之一時應行開入（經腹部或阴道均可，本人喜歡由阴道開入，因為不需再預備腹部，且病人容易接受。）。

① 出血症狀，內出血如休克有腹膜刺激症狀。

② 腸子受傷。

③ 有感染者如腹膜炎，可用抗生素或后穹窿切開引流。

④ 在觀察期間發現腸梗阻，不一定由穿孔處出來可由粘連處發生。

⑤ 灌洗液由穿破處進入腹腔。

⑥ 手術後才發現穿孔，因為時間較遲，不知當時作了些什麼或發生病變情況都不明者。

最重要者為前二者，及灌洗液入腹腔，必須即刻開入，其它則可以觀察，感染不但用抗生素等，還可行局部引流。腸有損傷者需要開腹，如僅為子宮穿孔可行陰道手術，開入後如傷口整齊，患者喜歡保留子宮時縫合之，否則截除之，保留子宮時考慮輸卵管之結紮，受傷之腸，則行縫合或截除。

最重要的是發現有穿孔時不要再進行手術，或觀察，或視情形採取辦法，如在初期發現則用宮縮劑及抗生素大約即可，如在晚期特別在刮宮過後或需剖腹查。

（二）刮術：

按規矩應先破膜，用卵圓鉗取出胎兒，再取出胎盤。在取或刮之前，可先注射子宮收縮劑，使子宮體收縮，能避免刮破，注射時子宮頸內宜有擴張器以免頸之收縮，早期以胆石鉗較好用，伸入時張開轉半個圈，先使鉗抵子宮底，再向外退出一半再按，保證不會夾着其它

的組織，一般胎兒無須大力拉，即可取出，否則可能拉到別的東西，如子宮壁、或穿破未認出而拉住腸子，挾出之胎產物應保好，特別是晚期者，應仔細檢查，看是否完全。

刮時先用大的快的刮匙，先前後、再左右、後底角部，如在孕之早期只刮而不挾，刮時應有系統的前後左右底角部，刮匙不要進出次數太多，以一次進行為原則，又要分別輕重刮之不同，第一、二胎應輕刮，不要生育者可重刮，此種原則亦適用於婦科其它刮宮手術，應避免刮子宮頸粘膜，因為將會使子宮頸粘連、狹窄、或閉鎖等，刮後不須塗藥（消毒藥或腐蝕藥）亦不須灌洗，紗布填塞可用可不用，可用子宮收縮劑，或抗菌藥物，一般亦不必用，陰道內傷口有出血者，如鉗子眼有出血可用干紗布填塞，4—5小時後取出。

手術後要檢查標本，檢查胎兒完全與否，胎盤有無病變，如水泡狀或葡萄胎之可疑，必要時可用病理檢查。

手術時的危險：

1. 出血：可能由於子宮頸妊娠葡萄胎或已成絨毛膜上皮癌，或子宮松馳不縮而引起出血，必須按情況而施行適當之措施，用週身麻醉者出血較多，葡萄胎最好的辦法是用吸引術。
2. 盆腔粘連拉破時可能有出血，有時此種出血止不住。
3. 輸卵管積膿撕破成腹膜炎成急腹症，必須開腹。
4. 子宮肌瘤受傷出血。
5. 麻醉之意外，畸形之意外等。

手術以後晚期的危險：

1. 輸卵管炎：可能為舊有炎症復發，或因手術感染所致。
2. 腹膜炎：可能由穿破而未知者之感染，或宮內之感染遷延而致，保守治療後局部膿腫切開引流。
3. 盆腔內蜂窩組織炎，多由頸裂淋巴感染所致，最慢成膿腫引流之。
4. 晚期出血，多由感染將血管內之栓子溶化于十日左右出血，填塞即可止。

遠期的危險：

1. 月經失調，據觀察約佔1/3。
2. 不孕症：初產婦約佔1/6（日本統計）。
3. 子宮頸癌的發生率較高（蘇聯統計）。
4. 精神、神經上的不正常，如精神改變，感覺有改變。

結語：

人工流產之危險甚多，不應當隨便執行，不能或不適宜生育者應用避孕的方法，人工流產只能是補助辦法，不能專靠人工流產來節制生育，除有危險外，醫務工作者任務忙碌，人手不足，方法上個人仍以刮子宮為最合適，葡萄胎則以電吸引術為佳。

雖人工流產危險很多，但不必過加顧慮，應當小心謹慎做事，危險絕大多數是可以避免的。

記錄 孫 清 李嫦娥

引 產

郭泉清教授主講

一、定义：凡胎兒已有生活能力，用人工方法使之娩出，謂之引產。

二、条件：

1. 宮頸成熟：①宮頸變軟，②頸管消失，③易擴張。

2. 頭先露。

3. 頭應低於坐骨棘平行綫之下。

4. 身高必在五尺一寸以上者。

5. 無頭盆不稱。

6. 近產期者。

7. 胎兒尚活且能生存。

三、適應証：

1. 母親方面：

①妊娠毒血症：經保守治療無效者。

②腎臟病：包括腎盂腎炎。

③慢性高血壓。

④產前出血：如前置胎盤及胎盤早期剝離。

⑤羊水過多有壓迫症狀。

⑥骨盆過小：骨盆輕度狹窄者於預產期前1—2周胎兒尚小頭盆相稱，宜于引產。

2. 胎兒方面：

①糖尿病之胎兒易死于宮內。

②過熟兒。

③習慣性死亡。

④胎兒過大。

3. 特殊情況：

①黃疸，肝炎、中毒性者，其他營養性及感染性者例外。

②有核赤血球過多症。

③畸胎。

④學習或其他重要任務，可行預計之產期分娩。

四、禁忌証：

①不合以上條件者勿行之。

②有陰道分娩之反指征者，如有瘻管修補成功者，脫垂子宮修補成功者。

③腎先露者。

④有過剖腹產者勿行之，恐引起子宮破裂。

⑤有D、D、S (Dystrophic, Dystosia, Syndrome) 者：——即發育不良的難產者，表現為矮肥胖骨質厚者。

⑥初產婦年過30歲者，易發生問題，引產不甚恰當。

⑦有內分泌疾患之徵象者，易引起宮縮無力。

五、方法：Kerr氏列出17種為：

1.藥物，2.刺破膜，3.胎膜剝離，4.乳房之揉捏，5.子宮栓塞，6.過電，7.海棉棒，8.注射液體入子宮，9.陰道填塞，10.宮頸擴張，11.穿刺，12.陰道囊，13.灌洗，14.班氏囊，15.橡皮條，16.宮頸塞子，17.器械擴張。

以上常用者為破膜、藥物、橡皮條、注射及水囊等。

(一) 藥物：

1.蓖麻油：能使盆內充血，刺激神經使子宮收縮。

2.奎寧：小劑量者刺激子宮使之收縮，大者則使之癱瘓，注射 $1-2\text{mg/kgm}$ 約 $1-2\text{gr}$ ，口服在 10gr 以下，奎寧可影響胎兒使之死亡，小劑量者無關。奎寧與蓖麻油二者合用成功率 $5-75\%$ ，平均為 50% ，未至產期者無效，與垂體合用效果更佳，Watson氏統計認為有 90% 之效果。

方法：

1.蓖麻油 $45^{\circ}\text{C}.$ — $60^{\circ}\text{C}.$ 。

2.奎寧 0.2gm ，一小時後服之。

3.奎寧 0.2gm ，三小時後服之。1.3.6.服奎寧 0.2gm ，每次間隔中用熱肥皂水灌腸。

4.奎寧 0.2gm ，六小時後服之。

以上方法雖成功率小，而危險性小。

用以上方法14小時不發作者，可用腦垂體，每半小時一次，每次三滴，肌注，可用到15次，此能使子宮有痙攣性之收縮，故改用鼻內法，即代有垂體液之綿紆放入鼻內，此法較為緩和。

腦垂體引產法：

一般多由靜脈滴入催產素：

1.一個單位腦垂體，加 $500^{\circ}\text{C}.$ 5%葡萄糖在蒸餾水中，靜脈滴入每分鐘20滴，二小時後無效，再加一個單位，若需要第二瓶時則瓶內加2個單位，實驗證明腦垂體 $1/375 \times 10^6$ 濃度時即可有作用，用時須有二人嚴密觀察，注意下列情況。

①宮縮持續在二分鐘以上者停用。

②胎心音在100次/一分鐘以下或160次/一分鐘以上者停用。

③小孩過 4000gm 者勿用。

④四胎以上者勿用，因4胎以上易引起子宮破裂。

⑤胎位不正勿用。

⑥有問題的勿用。

用時應注意尿量之排出，因有利尿作用，且腦垂體為極有力之子宮收縮劑，用時必須十分小心其危險性，因可致子宮破裂及胎兒死亡。

2. Eastman主張用較濃者5滴垂體在 $500^{\circ}\text{C}.$ 葡萄糖液中，0.5小時注射0.5滴即 $50^{\circ}\text{C}.$ 。

3.用 Relaxin (松馳素) $80-120\text{mg}$ 與腦垂體合用者成功率較高。

4.用7.5%乙醇與垂體合用，則有鎮痛之功，即先由 $1000^{\circ}\text{C}.$ 葡萄糖液瓶內吸出 $90^{\circ}\text{C}.$ ，再注入 $90^{\circ}\text{C}.$ 95%乙醇。

求偶素多用于死胎引產，而一般引產不用之。

(二) 破膜法

旧說謂先破膜者，引起乾產，实际上現知破膜早者有50%的產程較短，統計上破膜者之滯產(24小时以上者)为8.4%，而一般者則为12.4%，宮頸裂伤者亦僅为一般者之50%，故宮頸裂伤在早破膜者亦少。

破膜有兩種方法：

1. 刺破前羊水：即胎头前之水，头高者，臍易脫出，感染机会小。

2. 刺破后羊水：胎头后之水，位高，須用特殊器械刺破：放水10—16兩，易引起感染，成功率小。

方法：

1. 先將宮頸擴大，2. 將胎膜剝离，3. 刺破胎膜。

危險：

1. 头高者易有臍脫垂。

2. 刺破后无產兆者易引起感染，一般3—5小时即有產兆，亦有长达88小时才有產兆者。

用催產素加破膜成功率98%。

探条及水囊者少用。

奎宁加垂体者多用，亦有肥皂水、葡萄糖液、雷夫諾尔溶液、甘油等注入引產。

总结：总之引產需慎用，个人不喜用之，因无法掌握其規律，且產科系生理性，勿乱作干涉，須有100%之把握，虽妊娠毒血症者亦可剖腹產代之，故引產需有适应証者方用，一般用时須慎重考慮，勿輕易用之。

· 記錄 李嫦娥

妊娠與貧血

郭泉清教授主講

引言：

貧血症常見，所以有討論的價值，它的發生率在妊娠時與非妊娠時相平行，但妊娠較未孕者為多，此因妊娠特有的改變，能影響其發生，這種改變為妊娠時之稀血、鐵質額外需要、胃酸之不足及食慾不振惡心嘔吐等，都可影響貧血的發生，還有一些我們尚未知道的某種原因，此外不論妊娠或非妊娠，在營養不良、經濟落后、寄生蟲病、戰爭、衛生習慣、宗教及無日光下之勞動等皆能使貧血加重。

各種貧血皆可發生於孕期中，今天按以下五種分類敘述之：

- I. 一般繼發性之貧血。
- II. 巨成赤血球細胞性之貧血。
- III. 熱帶性之貧血。
- IV. 溶血性之貧血。
- V. 再生障礙性貧血。

I 一般繼發性貧血：

稱之為繼發性者，因其原因為繼妊娠時生理改變而產生之貧血，此種生理變化分述如下：

1. 妊娠時血液之改變或稱稀血病或稱生理性之貧血：

① 血量增加：因妊娠時的生理改變，血量增加20%——40%，平均約30%，紅血球增加13%——20%，平均約15%左右，血色素增加10%左右，這樣血量增加30%而血色素只增加10%，就有著明顯的差別，產生貧血，故在妊娠時貧血的定義應為：血色素在10克或70%以下，紅血球在350萬以下才稱之為貧血。這種生理性改變近來雖用鐵劑預防可使80%的孕婦免除此貧血症，然而仍有20%者不能幸免，尤其在雙胎孕婦者，此種生理性貧血產後8週慢慢復原，這種改變有它一定的好處，如：

- I. 因血之濃度降低，使血流變快，節省心臟之迫出力。
- II. 因血量及紅血球血色素都有所增多，故經過之血亦增多，使胎兒多得 O_2 。
- III. 對產前或產後之出血，可避免或減輕休克的發生。

此種生理性改變之原因，為內分泌素所產生，內分泌素之改變則又在垂體功能之改變，胎盤動靜脈瘻的形成亦為血量增加之原因。

孕期注射鐵質能使血色素增加，因而懷疑此種所謂生理性之貧血是否為真正之生理。但在不孕不貧血之婦女注射鐵質，亦能有暫時性血色素增加，故仍將此貧血列屬生理性之改變。

② 孕時血清內之含鐵量亦減少，正常時為100Gamma%，可能為60——180Gamma%，孕之末期則減少至60Gamma%，血清內吸鐵量則增加，正常為100——250Gamma%，其增高平均在300Gamma%以上。紅血球內初小淋（Protoporphyrin）亦增加，此素乃血球內之一種原

色素 收鉄質后成複雜之血色素，其增加之意义亦与鉄質吸收量之增加相似。此类改变皆屬鉄質缺乏时有之，孕期内血色素低时此种变化更为明顯，故孕时实有鉄質缺乏之存在。

2 鉄質之缺乏：

鉄質在体内之分布为60%——70%在紅血球內或血色素內，20%——30%在肝、脾、骨髓及血清內。每日由皮膚、胆汁及尿等排出的鉄約一毫克。

一般植物內所含之鉄均为三价鉄，人体將三价鉄食入后，借还原物質变成兩价鉄、主要还原物質为維生素丙及半胱氨酸（Cysteine）、在十二指腸近端刺激十二指腸粘膜，產生一種蛋白質，謂脫鉄蛋白（Apo ferritin），吸收兩价的鉄后变为鉄蛋白（Ferritin）运入全身，但脫鉄蛋白飽和后，則不能再吸收兩价的鉄，这种现象称粘膜滯阻（Mucosal Block），但血並未飽和，正常体内有1——1.5毫克之鉄貯存。

缺鉄之貧血可分以下四步：

首先是吸內貯存鉄減少，繼之是貯存鉄的衰竭、进一步血之貧血發生，再进一步組織內鉄質之減退。故在臨床所指的貧血已是鉄質貯存衰竭之晚期及进入血之貧血。

妊娠时鉄之缺乏，主要是由于鉄之需要量增加，其需要量为：

胎兒發育	400 毫克
胎 盤	100 ,,
子 宮	50 ,,
血量增加	320 ,,
共	870 ,,
此外：產后出血	175 ,,
六個月哺乳	180 ,,
总共	1225毫克

在孕期内无月經，但此節省之鉄質远不足需要，再加营养不良、孕吐等飲食內攝入鉄質不足，就更顯得鉄質的缺乏，計算每日飲食內含有16——20毫克，即可不產生鉄質缺乏之貧血，但一般日常生活中是不足此数，平均每日食入之鉄質約为5毫克，且只半数可吸收。

此外在孕时胃酸減低，消化力減弱等影响和加重鉄質的缺乏，尤其在有妊娠中毒、感染腺毒症等更能影响骨髓之功能，而使貧血加剧。这种繼發性貧血为数極多，約为妊娠貧血的95%。其症狀与一般未孕者同，即头晕、眼花、心悸、耳鳴、气喘、發热、蒼白、水肿、腸胃道症狀、感觉異常，有时脾脏稍大些，亦有舌炎及指甲改变者，但較少。

此种貧血的診斷多无困难，一般血液常規檢查即可決定，而血球容量計之測定則更較准确，骨髓穿刺檢查，最标准者为成赤血球細胞之成份与它种細胞之成份之比例有改变，正常时为1:5，这种貧血情况下可增加到1:3或1:2，說明骨髓內造血机能很高，以茲代偿之生理反应，尿內之尿胆元（Urobilinogen）及胆紅素（Bilirubin）亦屬正常，此与溶血性貧血之区别。

治疗之方法，是在于鉄質的补充，一般用兩价之硫酸低鉄或氯化鉄枸橼酸鉄鈣亦常用，但后者屬三价之鉄，此三者皆屬口服，用时应注意以下各点：

- ① 枸橼酸鉄鈣液染牙齒及舌头成黑色，故服用时吸管，使直接入咽部。
- ② 开始用量要小，一般为足量之 $\frac{1}{3}$ 以便腸胃道產生适应性，再漸漸加至足量、需时12——3天。
- ③ 飯后服，服后並須服开水一杯，以減少对胃腸道之刺激。

④应与淡的Hcl同服，即每次服淡的Hcl 2——3 c.c.

⑤与维生素丙同服，以增强其吸收。

如服用合适则每日可使血色素升高1%，硫酸低铁之吸收为14%即1/7，其它铁之吸收皆不如此药。

晚近用铁质注射者渐多，以含糖氧化铁为常用(即Saccharated Iron Oxid)，约为5c.c.，内含铁100毫克，而40毫克之铁可升高血色素1%，这样每天可升高血色素1%——2%，但因价值较贵又有反应，且注射又麻烦故一般不用；有以下指征时可用，即：

①不能口服者，如反应太大，呕吐腹泻等。

②口服不见效者即不能吸收者。

③贫血厉害或孕之晚期，为了及早挽救贫血者。需要量之计算公式如下：

$$\frac{13.5 - \text{孕妇之血色素}}{100} \times \text{血量c.c.} \times 0.0034 + 0.5 = \text{所需铁质之克数。}$$

13.5为正常血色素之克数，血量约为体重8%，0.0034为每克血色素之铁质相当量，0.5为增加之貯蓄量。

国产之铁质注射剂只 Ferri—Cacodylate (又称卡古地铁)，每C.C.含铁质20毫克，为肌肉注射剂。

给铁质的同时，必须给与高蛋白的饮食，因为血色素是一种蛋白质，故蛋白质之补充亦甚重要，其它如休息，新鲜的空气及各种维生素亦多为需要者。严重贫血者，此种治疗不足，必须与输血，但应注意反应大，应少量多次的输。

预防：在妇女孕期中进行血色素的检查，一般在妊娠早期、中期及晚期各检查一次。同时注意改善营养，有的人主张，在孕期中常规使用铁剂。

II 巨成赤血球细胞性之贫血：

此症虽不如上述贫血常见，但亦有报告数十例者，如不注意可致孕妇死亡。据有人估计它的发生率可能为1/10,000。此症与一般恶性贫血不同，其异点如下：

①胃内有游离之盐酸。

②无脊髓神经之改变。

③不加治疗产后可自愈。

④骨髓检查甚易鉴别。

⑤血相可能双相型，即或属高色大红血球或属低色小红血球两种。

⑥叶酸 (Folic Acid) 10——20毫克对本症有效。但对恶性贫血则不一定有效。亦不能控制神经症状之发生。

⑦维生素B₁₂ 1——15微克 (mg)，对恶性贫血甚有效，且能控制神经症状，但对巨成赤血球细胞性贫血不一定有效。

原因：本症发生的原因不能确定，依照 Castle 氏之理论，正常血球之形成必须内、外两因子，妊娠内因子缺乏，如胃内盐酸缺乏，但仍可注射组织胺 (Histamine) 刺激而产生，此则与恶性贫血不同，外因子不足，即食入之营养不够，平时之营养不良，加上孕时胎兒之需要，乃渐渐演变成此症，此中以维生素B₁₂更为重要，但有时则营养甚坏亦不成此症，故营养缺乏是可能而非必然之原因。亦不是铁质之缺乏。

吸收不良時即生瀉脂症，輕者可能無症狀，未孕時可能無貧血之症狀，孕時則額外需要量之增加乃顯貧血症。

近來垂體功能之研究，証實垂體對血之生成有關，而此症之患者不少有內分泌失常之現象，故孕時垂體功能之失常，可能為此症之原因。

其它理論如Rh因子之作用，胎盤溶血因子之產生等尚未被公認。

臨床現象之特點：除一般貧血症外，尚有家族性之歷史，發現後進展甚速，而致極度之貧血，可能有黃疸及脾之長大，雖可有自覺之神經症狀，但無脊髓受累之証據，產後皮膚、粘膜及視網膜出血者甚多。

診斷：根據以下之特點進行診斷：

①貧血甚嚴重，紅血球可低至570,000——3,200,000，血色素可高可低，介於0.75至1.33之間。

②骨髓內巨成赤血球細胞之生成。

③胃液分析80%有酸，20%為抗組織胺者，但產後即自然產生鹽酸。

④可能有輕度的溶血現象，胆紅素及尿胆元都增高。

⑤血相多半似惡性貧血，但可能屬雙相形，骨髓檢查可分別之。

預後：其預後在處理之適當與否，如不加治療母體之死亡可到50%，胎兒之死亡則更高可到90%。

治療：

①注射肝精可能無效，一切治療均可能無效，則必須借輸血以存活。

②叶酸較佳，可每日口服20毫克，既方便又有效，但對維生素乙₁₂則未必能有效。

③口服肝有時較注射好，特別以消化後之肝為佳，粗肝精較細者好，因粗者含叶酸多，而細者僅含有維生素乙₁₂較多。

若治療有效時，則每週應有五十萬紅血球之增加，再孕時必須早加注意，其它治療如休息、好營養、鹽酸、鐵質以及維生素丙等之使用，則與一般貧血同。

III 熱帶性妊娠貧血症：

又稱印度巨細胞貧血，熱帶地區之貧血，不應与其它地區有別，但在熱帶地區患貧血症者多，故特列一節，我國與印度毗鄰，當對此症亦不應加以忽視。

熱帶多患營養不良，故飲食內缺乏外因子，此與宗教信仰有關，在熱帶寄生蟲病亦特別多如瘧疾、鉤蟲、血吸蟲、惡性瘧疾等，此種寄生蟲病都能直接消耗和破壞紅血球產生貧血，我國某些地區以往亦是如此。

此類貧血多屬巨細胞型者，或屬雙相型，多能用外因子治療，有時對維生素乙₁₂之作用較佳，有時則對叶酸較佳。廣大群眾則以助消化之酵母為佳，預防在於營養之改善及寄生蟲病之治療。此種貧血在印度為母體及胎兒死亡的主要原因。

IV 溶血性之妊娠貧血症：

根據報告在妊娠期間溶血性之貧血症者可能有下列三種：

①本來有溶血性貧血，或為先天性或為後天性，但在孕時突然發作。

②巨成赤血球細胞性貧血溶血過度者。

③肝炎或其它疾病誤診為此症者。

前者屬真正溶血性貧血，后二者則非真正溶血症。

先天性无胆色素尿黄疸症) Congenital Acholuric Jaundice)，鏈狀細胞貧血症(Sickle-Cell Anemia)及后天性溶血病者、可能因怀孕之刺激而突然發作，可能为Rh因子之故，无原因血球溶化者称为Iederer's Anemia。

其主要症狀为黃疸、貧血、血內之胆紅質高(Bilirubin)，尿及糞內之尿胆元(Urobilinogen)亦高，血內網狀細胞高，而骨髓則屬正型者。赤血球之脆性高，其貧血可能为小型或巨型。因瘧疾所生者有血色蛋白尿(Hemoglobin Uria)。

治疗主要为脾脏切除，故必先有正确之診斷方可施手術，如在孕期內不宜进行手術者，則必須以輸血为主要治疗方法。

V 再生障碍性貧血：

此症虽首先由 Ehrlich 氏在1888年在一妊娠妇女所發現，但現則知其数並非妊娠乃与妊娠偶發者。

特点：为烈性之正型之貧血，除赤血球外白血球及血小板亦減少，診斷必依靠骨髓檢查，髓內各种細胞成份皆減少。

治疗：以檢查發現有无毒性物質之作用，如服用之藥物，有之立即停止，如發現有敗毒之感染時必須使用抗菌素等以控制之。輸血为唯一之貧血补救办法，必須量大而多，妊娠視进展之时期加以停止結束則可自行痊癒，此症之發現每較晚，常在治疗貧血过程中沒有效時乃憶及此症。

其它如鐮狀細胞貧血症，虽有此个别名詞，实为溶血性貧血之一種、为一种黑人之遺傳病故从略，血小板缺乏症，其主要为血小板之缺乏故亦从略。

总结：

貧血在妊娠時之伴發在我國甚为普遍，其对胎兒則因缺氧之故每使流產，早產或分娩時子宮內室息而死亡，能存活之新生兒虽于出生時不顯貧血状态，但数月后即能顯出，此乃因胎兒体内之鉄質貯存量不足之故，其母体之影响則更大，在妊娠期中中毒症患者較多，分娩時則能使子宮乏力而成滯產、產后流血之危險特大，休克亦多，而產后之感染率亦特別顯著，其患心脏病者則更使心力衰竭之机会增多，巨型血球貧血症者如不加以治疗，其母子之死亡均極驚人，故產科工作者必須对貧血有一清楚之認識，早加以預防及治疗，实为減低母子死亡与疾病發生之重要措施，故稍加以討論，而非本人对此症有研究或心得。一般產科工作者必須具有認出貧血之基本知識，明确診斷与相当之处理，必須与內科医师商定之。

記錄： 孫 清

產 後 出 血 郭泉清教授主講

引言：

根据上海市一九五七年之統計，全年共死亡產婦七十五人，其中死于產后出血症者十六人，佔死亡原因第一位，又据文献所載，出血过一千毫升者全部有產后發熱，故產后出血为直接及間接產婦死亡最重要之原因，產科工作者对之必須有正确認識及掌握适当处理方法，因此討論乃屬重要。

定义及發生率：一般產科皆以五百毫升为标准，但我們的意見是以四百毫升为标准，如是者好早引起吾人之注意，其發生率报告各地不同如下表：

报 告 人	出 血 标 准	發 生 率 %
王 淑 貞	500C.C.	4.85
柳 璇	600C.C.	4.9
南京婦產科学会	500C.C.	6.2
本 院 1 9 5 7	500C.C.	3.8
本 院 1 9 5 7	400C.C.	6.85
本 院 1 9 5 7	400C.C.	3.6
美 國 Eastman	500C.C.	10.0

我院較低之原因：我想是工作人員經過整風之后思想上跃进之結果，想別处亦然。

原因：①子宮松弛：正常情况下子宮肌之排列有利于產后閉鎖血竇之作用而減少產后之出血，如收縮不良即可引起失血，引起收縮不良之情况甚多如：多次之分娩、滯產、体力衰竭、脫水，麻醉或鎮靜藥等之使用皆能使子宮收縮不良，子宮肌本身之不健全每于分娩后有出血之傾向，故过去有无產后出血史之詢問实屬重要，子宮过度擴張如双胎、羊水过多，胎兒过大等亦能使子宮收縮不良，据統計九磅以上之胎兒其出血者为25%，較5磅以下者5%高5倍，子宮壁之病变如子宮之肿瘤、剖腹產后之疤痕及子宮周圍之粘連皆可有產后之出血，一般易忽略者即过脹之膀胱能影响子宮之收縮，而嚴重貧血情况能增加產后出血之發生，有可使身体抗力降低而易發生休克。

②胎盤之異常：据观察知胎盤早期剥离者有1/4，前置胎盤者有1/2皆有產后出血，其他如輪廓状胎盤及帆状胎盤等出血亦多如下表所示：

低置胎盤 10	前置胎盤 3	双叶胎盤 2
部分剝離 9	胎盤纖維化 2	植入胎盤 1
輪廓狀胎盤 9	邊緣竇破裂 2	粘連胎盤 1
早期剝離 7	帆狀胎盤 2	副胎盤 1
共分娩人數 1864	出血人數 127	異常胎盤數 49

在此一百二十七人出血數中有異常胎盤者四十九人。實較一般異常胎盤之發生率為高，故胎盤本身之異常，實為產後出血之一因素，而尤以前置或低置之胎盤及早期剝離者。

③殘留之胎盤及胎膜：使子宮之血竇不能閉合而出血。

④產道之損傷：會陰及宮頸為最多，切開之會陰可出血平均為250c.c.，子宮破裂出血及休克亦甚多，血腫形成者亦為產後出血之一種，可出至甚多而至休克。

⑤血凝結力缺乏：正常血凝結時必須有足量之血纖維蛋白元，此種血纖維蛋白元產自肝而與凝血素相結合而凝固，故若血栓形成質（Thromboplastin）太多時如羊水入血循環，胎盤早期剝離、死胎等情況下、或妊娠中毒症、傳染性肝炎等、肝產生血纖維蛋白元不足，皆能使血內之凝結力變弱而產生產後出血症，其他如急性或慢性貧血、營養不良、慢性疾病、維生素缺乏、炎症等皆能影響血內之凝結因子及血小板等而引致產後出血。

⑥子宮內翻：其特性出血量較少但休克較多，從畧不論唯應憶及之。

⑦處理失當：第三產程之處理失當為產後出血最多見之原因必須加以注意。

預防措施：

①門診：門診必須詢問病史有無產後出血之可能，例如：產後出血史、胎盤稽留史、人工剝離胎盤史、刮宮史等。月經是否過多，有者則大有產後出血之可能性。貧血之改正治療，對產後出血上亦大有益處，孕婦必須在門診測定其血型，以作輸血之準備，做好無痛分娩之教育以減少或避免麻醉藥物之使用，如在早期應行阴道檢查，注意子宮之情況。

②入院：入院后再詳加詢問病史，並估計胎兒之大小，子宮是否過度擴張，嚴密觀察產程之進展，注意產婦之休息、營養、水分，注意思想情況使之樂觀等。做好無痛分娩避免麻醉，若須手術，亦以局部麻醉為佳。

③第三產程之處理：胎兒娩出後，用手扶托宮底以預防宮內出血淤積未外流而被忽畧，此手之功用即此，萬不可刺激子宮使之形成不規則之收縮，而使胎盤有部分之剝離，以致造成第三產程出血。

此手亦應注意胎盤是否剝離，其剝離之征象人皆熟知無須再說，胎盤剝離後乃候子宮收縮變硬時，下施壓力，助子宮排出剝離之胎盤。

胎盤未分離時禁上牽引臍帶，禁止使用Crede手法，禁止下壓子宮。

為預防產後出血計，嬰兒娩出後在下列情況下應注射縮宮劑：

①四胎以上之經產婦

②巨大兒

③双胎

④羊水過多