

產科技術圖解

郭 泉 清 譯

龍門聯合書局

譯 者 的 話

陳超常教授以 Titus 的產科技術圖解見示，並且要我把它譯成中文，我看這本圖解，雖然短短的祇有一百多幅，可是最重要的和最新的材料，都在裏面。而它最大的好處，就是所有的圖都是用鋅版印的，所以翻印起來，仍然能夠看的清楚。產科圖解在我國尚未有專書刊出，無疑是十分需要的，所以我就接受了陳教授的託付，把它譯成了中文。我對於翻譯並不專長，凡有錯誤或不適當的地方，還要請先進同道加以指正。

在技術學習的效能上講，讀書不如聽講，聽講不如看圖，所以技術教育最有功效的要算是圖畫本。它的作用，比文字敘述的收效要大得多。近來連環圖畫的風行，自有其原因。人的本性，都喜歡看圖，而且認為是一種娛樂，我們大可利用這種心理，用圖畫來增進學習的效能。產科是一種技術性的科學，產科手術有它本身的技巧，更可以拿圖解來增進學習的興趣與效能。Paul Titus 是美國現在產科三傑之一，他的著作早已膾炙人口，他的產科技術圖解更為人所稱道，我們把最近 1949 年的第二版譯成中文，希望能夠在我國產科界上有點小小的貢獻。

當我譯完本書之後，想把下列幾點意見和感想提出來供讀者們的參考。

(1) 這本圖解的內容，完全限於臨床上手術的方法，對其他種種都未提到。讀者們必須用本圖解與其他產科學合讀，方能窺全豹，否則就恐有見樹不見林的錯誤。周梅亭醫師所譯的產科提要，也是龍門聯合書局出版的，可與本圖解合讀之。

(2) 對於縫線的選擇，原作者每贊用細腸線。惟在我國，這種腸線多半是輸入品，且實際經驗告訴我們，沒有感染的傷口，用絲線、棉線都是一樣，甚或比腸線還好。為節省財力起見，我們應該盡量採用絲線、棉線或麻線等，而少用輸入的腸線。

(3) 產鉗方面，華東人民製藥公司所出的產鉗是按照中國初生兒頭的經度所做，故比外國輸入的更合適而價廉，我們應當採用。

(4) 破腹生產在現代的產科上雖然比較的已經很是安全，但在我國萬不可隨便施行。相反地，應該把它的應用範圍更加縮小。這種手術的後果，與其他外科手術，大不相同。因為生產不祇是一次，而是多次的，此次生產或係在可行破腹手術的城市，但下次生產可能在一個偏僻的鄉下，根本不能施行任何手術，可能因此而喪失生命。所以我們認為在今日的中國，破腹生產應該越少越好；考慮行手術時，應當竭力避免破腹生產，而在破腹生產已成為必要時，應當再

考慮絕育的問題。若有斷絕生育的指徵，就應當在破腹生產同時施行絕育的手術。在行手術的人，僅係一舉手之勞，而在產婦則獲益非淺。

(5)殘毀手術在今日的中國，其重要性要比其他手術為大。很多難產，產婦進院的時候，殘毀手術已成為唯一可行的手術了。在醫藥缺乏的地方，這類手術更屬重要，擔任產科手術者，對這類手術自應十分明瞭與熟悉。

(6)圖解末章附有不孕症的治療手術，而未附有避孕的方法，這兩個問題在產科上有同等的重要性，新生兒所需要的手術，似乎也應列入。這些問題，希望在第二版時再為增添。

上列數點祇是我個人的意見，先進的同道與同學們，如有好的意見，請提供出來，我們一定採納。又本書辱承陳超常教授詳為校閱，謹致謝意。

郭泉清 一九五一年五月

目 錄

編者的話.....	1
-----------	---

第 一 章

孕婦與產前護理.....	1
孕婦之早期診斷 2; 產前檢查所用之儀器 3; 孕期子宮頂之高度 3; 孕期中腹帶之扶托 4; 胎位及先露部之腹部捫診 5; 子宮頸在臨產前之情形 6.	

第 二 章

骨盆測量法.....	7
正常女性骨盆及其上口之平均徑度 8; 扁平漏斗形或男性骨盆及其標準之徑度 8; 真性扁平骨盆 9; 側方狹窄或猿性骨盆 9; 用馬丁氏量盆器測量骨盆外徑法 10; 外徑度之測量法 10; 內前後徑之計算法 11; 盆下口之測量法 12; 骨盆 X 光之測量及其形態之觀察 13; 在直立時用 X 光由側面之測量 14; 骨盆上口測量技術表 15; 盆下口 X 光之描計顯示恥骨下弓之變異 16; Caldwell-Moloy 兩氏之立體 X 光法 17.	

第 三 章

孕期內之小手術.....	18
用外科電圈割濕疣法 19; 尿道腺慢性炎之電烙法 19; 感染之尿道腺及前庭大腺之電凝固法 20; 前庭大腺膿腫之截除法 21; 前庭大腺膿腫之電凝固法 22.	

第 四 章

孕期內之大手術.....	23
剖腹 24; 剖腹-左側正中垂直切口 24; 剖腹之縫合 25; 剖腹之橫切法 26-29; 孕期內急性闌尾炎之闌尾截除法 30; 闌尾截除術 30-31; 卵巢瘤併發於妊娠期 32; 卵巢瘤併發於孕晚期累及輸卵管者 33; 卵巢冠囊腫累及輸卵管者 33-34; 孕期中子宮肌瘤截除術 35.	

第 五 章

流產.....	36
不全流產 37; 醫療流產 38; 醫療流產由陰道切開子宮法 39; 醫療流產由陰道切開子宮之縫合法 39; 醫療流產由腹部切開子宮法並為絕育而行卵管結扎法 40; 醫療流產由腹部切開子宮並行絕育法 40-41.	

第 六 章

異位孕娠.....	42
異位孕娠之位置依其發生之多寡用數字表明 42; 異位孕娠之臨床顯象 43; 未破裂之卵管孕娠 44-45; 已破裂之卵管孕娠或卵管流產與出血 46; 已破裂之卵管孕娠 46-47; 間介部妊娠 48.	

第 七 章

臨產與接產之預備.....	49
器械台子 50; 嬰兒台子 50; 口罩 51; 手套 51; 正常分娩之預備 52; 正常分娩之覆蓋法 53; 手術分娩之預備 54.	

第 八 章

引產與子宮口擴大法.....	55
人工刺破漿泡引產法 56; 引產之探條 57; 流體靜力袋 57; 胎顱皮鉗 58; 陰道子宮切開術 59; 子宮口切開法 (Dührssen 氏切開法) 59.	

第 九 章

自然分娩與產鉗分娩.....	60
自然分娩 61-63; 產鉗分娩 64; 產鉗之普通種類 64; 產鉗分娩 65-69; 枕後或橫方位之手轉前法 70; 枕後方位之產鉗轉正 (Scanzoui 氏法) 及娩出法 71; 循軸產鉗用作盆上部之產鉗 72; 循軸產鉗 72; 產鉗分娩——Kielland 氏式中位產鉗法 73-74; 臀先露時之產鉗 74.	

第十章

- 倒轉及臀產或臀部牽出法.....75
 外頭部倒轉術 76; Braxton Hicks 內外合用之足部倒轉術 77; 雙眼結 77; 足部內倒轉術 78; 臀先露之種類 79; 伸腿臀先露 79; 臀產或臀部牽出法 80; 臀部牽出術 81-90.

第十一章

- 產道受傷之處理.....91
 陰唇切開術 92; 中側方陰唇切開術 93; 會陰修補術 93-95; 子宮頸之損傷 96.

第十二章

- 破腹生產.....97
 破腹生產 98; 典型破腹生產 99-102; 8 字形結之間斷縫法 103; 下截破腹產術或破腹子宮頸切開術(Beck 氏式) 104; 腹部子宮頸切開之破腹產術(Beck 氏式) 104; 腹部子宮頸切開之破腹產術——產鉗娩出法 105-106; 腹部子宮頸切開之破腹產術(Beck 氏式) 107; 腹部子宮頸切開之破腹產術(Kerr 及 Phaneuf 兩氏式) 108-109; 腹部子宮頸切開之破腹產術——經過腹膜隔絕法 110-111; 腹膜外破腹產術(Water 氏法) 112-115; 破腹生產及子宮截除術(改良之 Porro 氏法) 116-119.

第十三章

- 殘毀手術.....120
 碎胎器械 121; 顱骨切開術 122-125; 鎖骨切斷術 125; 斷頭術 126-127.

第十四章

- 第三期或胎盤期之手術.....128
 留滯之胎盤——手取出法 129-130; 子宮內紗布填塞法 131; 子宮內翻——亞急性之破腹法 132; 子宮內翻—亞急性及慢性者——由陰道切開其緊縮環法(Spinelli 或 Haultain 氏法) 132.

第 十 五 章

- 產後手術..... 133
- 絕育法—Madlener 氏法 134; 絕育法 135; 絕育法——可復原者(Aldridge 氏法) 136-137;
- 乳房腫脹——穿刺治療法 138; 乳房腫脹——切開治療法 139; 子宮後倒——子宮托扶
法 140-141; 產後子宮頸炎 141; 電烙器尖端之種類 141; 產後子宮頸炎 142.

第 十 六 章

- 止痛法與麻醉法..... 143
- 產後錐形截除術子宮頸之麻醉法 144; 陰唇切開術之會陰局部麻醉法 144; 連續性昆骨麻
醉 145; 鞍形麻醉 146.

第 十 七 章

- 不孕症..... 147
- 相對的不孕症 148; 子宮頸內膜炎及粘液性塞 149; 子宮頸炎 149; 子宮頸狹窄 150; 子宮
後倒用子宮托校正法 150; 息肉之種類 150; 輸卵管通氣術 (Rubin 氏試驗) 151; 經前子
宮內膜活組織檢查法 (Novak 氏吸引括匙及瓶) 152; 經前期之子宮內膜 152; 子宮輸卵
管攝影術 153; 絕對的不孕症——如由輸卵管周圍炎所致之杵狀卵管 154; 子宮輸卵管攝
影術 155; 絕對的不孕症——如因輸卵管炎所致間質部或中間部之阻塞 155; 絕對的不孕
症——卵管全部阻塞或為卵管截除術後 156.

第一章

孕娠與產前護理

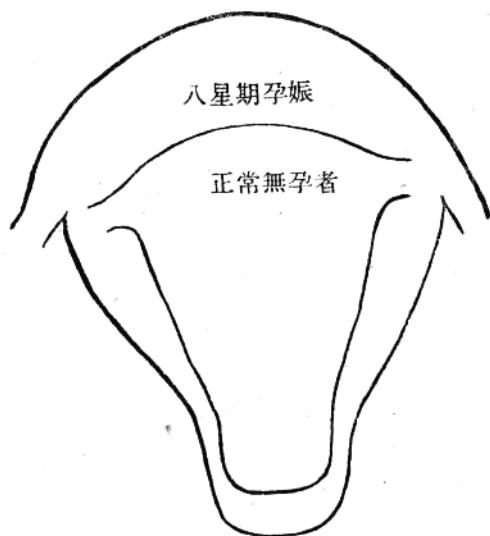
評註

產前護理，對孕婦極為重要，應於極早期即至醫師處，詳為檢查，後則在全孕期內，須每兩三星期，檢查一次。

在初診時，或此後不久，醫師應作全部週身檢查。抽取血液，作瓦氏及康氏梅毒反應試驗，若有梅毒，則應於孕期三月底前治療之，以保護嬰兒免致波及。此外又應採取血液作 Rh 反應及血型分類。更宜在孕期中查血二、三次，視其有無貧血症，若有則給以適當之治療。尿液則於孕期之全程中，須每兩星期檢查一次。

在每次產前檢查時，孕婦之體重及血壓應作照例之檢查，腹部則檢查子宮發育之大小及胎兒之情形與其方位。胎心聲在孕之後半期內，應常為檢查。

其他所訴自應詳為聽取而給以適當之估計與治療。



第1圖 孕娠之早期診斷。

宮頸變軟，子宮擴大及變軟為早期診斷之要點：兔子 (Friedman)，白鼠 (Aschheim-Zondek) 或蛤蟆 (Frog) 等孕娠試驗，在診斷上或為需要。

圖示八星期孕娠子宮之擴大，全部繪出與正常無孕者可作比較。

第2圖 產前檢查所用之器械。

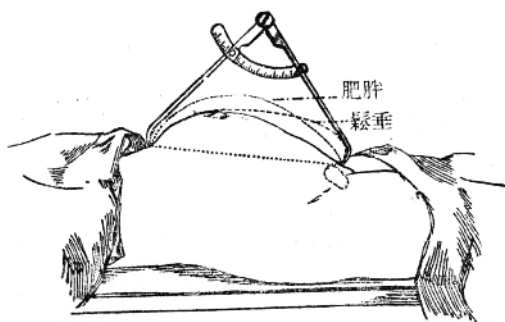
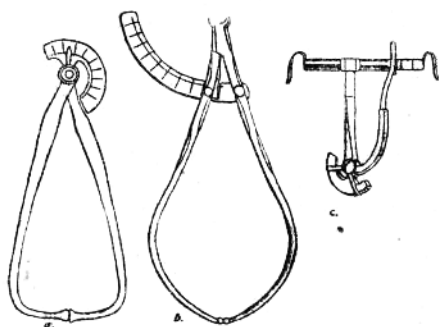
量盆器甚為重要，X光之測量在臨診上亦頗有助益。

此外須有血壓表，磅秤，聽診器（胎心聲有時用普通聽診器難以聽得，DeLee氏聽診器則較清晰），及窺陰器以窺視宮頸有無發炎，舊有之撕裂或早期癌症。

a-Budin 氏量盆器。

b-Martin 氏量盆器。

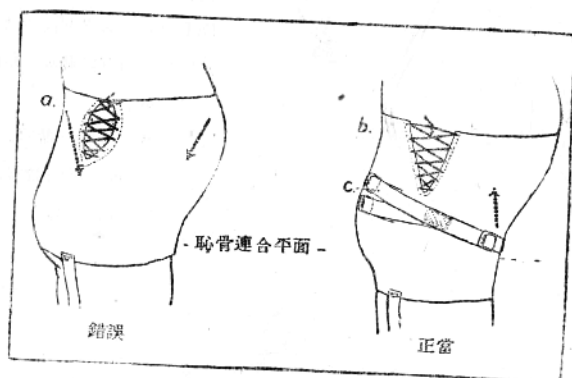
c-Thoms 氏盆下口量盆器



第3圖 孕時子宮頂之高度。

子宮頂之測量須依一定點即恥骨連合之上緣，用量盆器而勿用帶尺量之，以免因脂肪，垂脫及鬆弛等而有誤。

頂高 15 cm. 時孕期約為十八星期，此時胎心當可首次發覺，足月時頂高約為 25-26 cm.，高度有變異時，或可用以診斷孕娠之時期，多胎，位置不正及其他異常情況。



第4圖 孕期中腹帶之扶托。

背痛及他種疾患，如因腹部鬆垂所生者，每可用腹帶之扶托而避免之，腹帶之需要每在孕之後半期即第十八星期後，不宜太重太複雜，宜輕軟簡單為合度。

(a)調節失當，上緊下鬆；(b)正當之調節，下部緊貼，故向上扶托；(c)骶帶需要時亦可如圖附用。

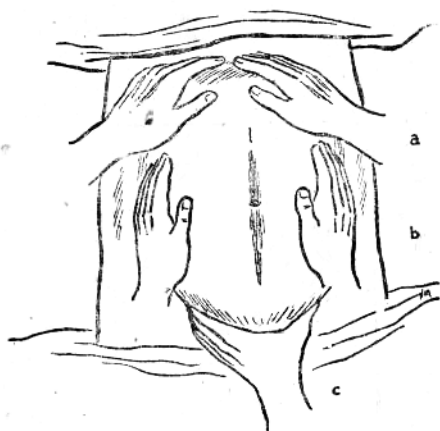
第5圖 胎位及先露部之腹部們

診。

(a) 第一步 決定胎之何部在子宮頂。

(b) 第二步 決定兩側何側爲胎背何側有胎之小塊。

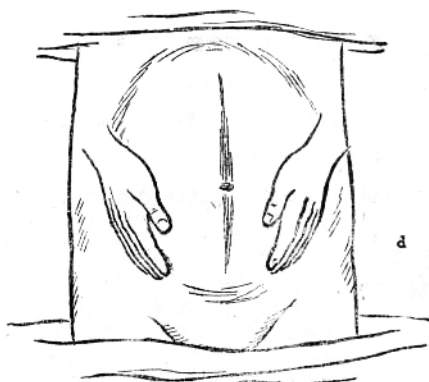
(c) 第三步 決定先露部。

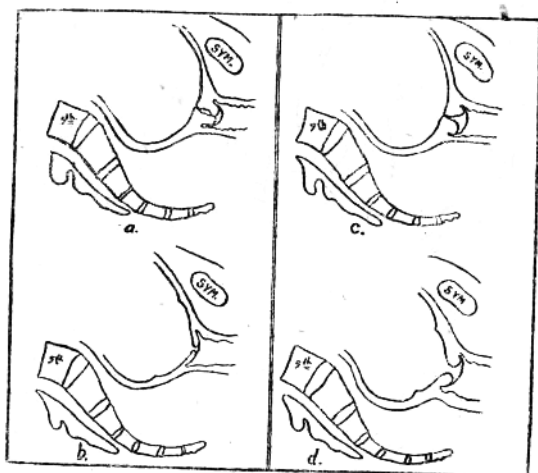


第6圖 胎位及先露部之腹部們

診。

(d) 第四步 雙手合捫以證實第三步，又可捫得胎頭是否俯屈不足或偏向而成額或面先露。





第7圖 子宮頸在臨產前之情形。

- (a) 初產婦在胎頭銜接前。
- (b) 初產婦胎頭已銜接，宮頸一部消失(成熟之宮頸)。
- (c) 經產婦在未銜接前。
- (d) 經產婦在已銜接後(成熟之宮頸)。

第二章

骨盆測量法

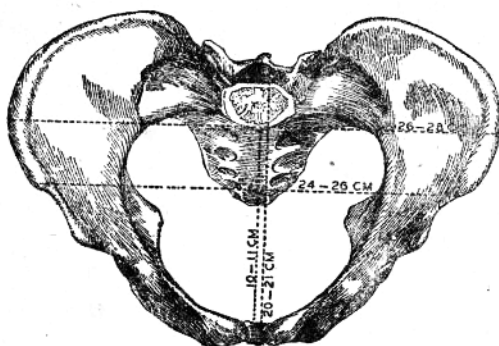
評註

骨盆測量之智識乃產科訓練與實用上之基本，本章僅作大綱之溫習。用各種量盆器，所得之簡單量度，應以 X 光補充之，而依 Thoms 及 Caldwell 與 Moloy 氏法定其經度及其形態上之分類。X 光之研究，乃一專門之學問，較簡單之臨診測量更為複雜。

用量盆器測量骨盆，可使吾人判斷其可否能有自然之正常分娩。若有骨盆狹窄及頭盆不稱時，則可能有難產。若其量度適中或較平均者為大，則不必担心。若較平均者為小或甚小時，則可能需要破腹生產。其林稜兩可者，則當在臨產時，用 X 光觀察之，視其產程之進展，以定其是否能自然分娩。

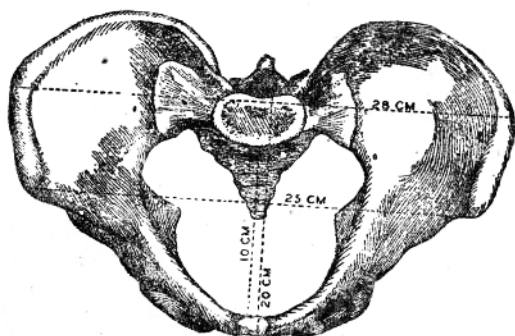
有許多之專家贊成在一切初產婦及有過難產之歷產婦，皆使用 X 光測量其骨盆，而量盆器外表之測量，則完全省去。其外部測量，雖比較的不甚重要，但骶恥外徑及盆下口徑則甚為有用。用手測量其對角徑及檢查盆腔內之情形，再參照 X 光所得之經度與形式，作一綜合之觀察，則可能獲一定之結論。

此處不能有過細之敘述，讀者請參閱作者之產科困難之處理法第十八章或其他產科學。



第8圖 正常女性骨盆及其上口之平均徑度。

其正常之平均數上口橫徑為 12-12.75 cm.; 坐骨棘間之橫徑為 10-10.75 cm.,



第9圖 扁平漏斗形或男性骨盆及其標準之徑度。

其正常之平均數上口橫徑為 12.25-13.25 cm.; 坐骨棘間之橫徑為 10.0-11 cm.,



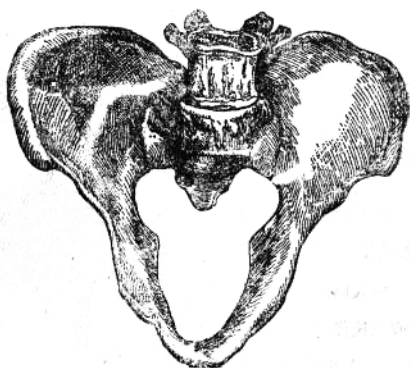
第10圖 真性扁平骨盆。

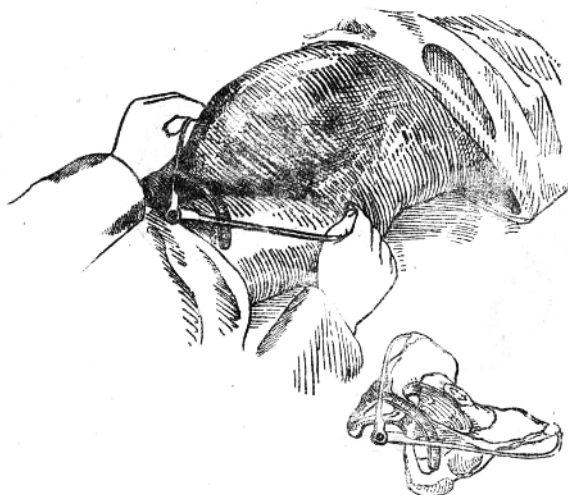
第11圖 側方狹窄或猿性骨盆。

此圖側方狹窄頗甚，類似 Robert 氏骨盆，較通常之猿性骨盆狹窄甚多，或稱為長骨盆。

平均普通上口之前後徑為 12.0-13.0 cm.；橫徑為 11.5-12.25 cm.；坐骨棘間之橫徑為 9.25-10.25 cm.。

此四類之合併性骨盆甚為多見。

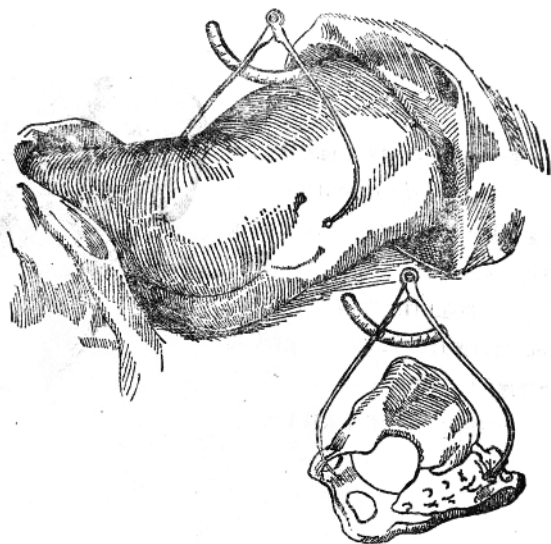




第12圖 用Martin氏量盆器測量骨盆外徑法。

髖前上棘間徑與髖嵴間徑，在仰臥時量之，其正常之平均數為 24-26 cm. 及 26-28 cm.。

此類徑度皆屬假骨盆者，與生產無大關係，故可省去之。但其大小可顯示骨盆之種類。



第13圖 外徑度之測量法。

病人側臥，髖恥外徑或前後徑乃由末腰椎棘下方之小窩至恥骨前面之距離，此徑在外測量中，最為重要，平均為 20-21 cm.。