

Nursing Experience for a Postpartum Woman with Placental Abruption

——Nursing Experience for a Postpartum Woman

Shumei Chen¹, Huipin Yeh², Taohsin Tung³

¹Department of Nursing, Yuan's General Hospital, Kaohsiung

²Department of Long-Term Care, Jing-Mei Hospital, Taipei

³Department of Medicine Research and Education, Cheng Hsin General Hospital, Taipei

Email: ch2876@chgh.org.tw

Received: Jun. 5th, 2012; revised: Jun. 18th, 2012; accepted: Sep. 5th, 2012

Abstract: This article described a nursing experience for a postpartum woman with pre-eclampsia disease history unexpected faced to placental abruption during the third trimester of pregnancy (31 weeks and five days). In addition to bear physical injury, the mother needed to face the fact of life-threatening premature fetal. The duration of nursing care by the researcher was between April 16, 2008 and April 23, 2008. The methods of data collection included: 1) physical assessment, 2) observation, 3) potential risk of parents/infant attachment change. Finally, under the family and nurse's caring, the baby did not occur convulsion within six months. After assessment, the decision was to stop medication and then follow-up examinations. The case's anxiety also decreased and improved the relationship of parent-infant attachment.

Keywords: Placental Abruption; Postpartum Woman; Maternal Role

照护一位胎盘早期剥离产妇之经验

——产妇之护理经验

陈淑梅¹, 叶惠萍², 董道兴³

¹阮综合医院护理部, 高雄

²景美医院长照部, 台北

³振兴医院教学研究部, 台北

Email: ch2876@chgh.org.tw

收稿日期: 2012年6月5日; 修回日期: 2012年6月18日; 录用日期: 2012年9月5日

摘要: 本文叙述一位曾有子痫前症病史的经产妇, 在此次怀孕的第三阶段(31周又5天), 无预警的面临胎盘早期剥离的困境, 产妇不仅需要承受身体上的伤害, 而且还要面对胎儿早产生命受到威胁的事实。自2008年4月16日至23日, 通过身体评估、观察、会谈、照顾等方式收集数据, 并应用Gorden十一项功能性健康型态做护理评估, 归纳出护理问题如下: 1) 体液容积缺失、2) 焦虑、3) 潜在危险性父母/婴儿依附关系改变。在主护与患者家属协助照护下, 患儿半年内未发生抽搐现象, 评估患儿体健, 并停药。患者本人焦虑感也明显降低并且改善亲子依附关系。

关键词: 胎盘早期剥离; 产妇; 母性角色

1. 引言

胎盘早期剥离的孕妇常会合并子宫收缩而造成

早产, 当胎盘剥离范围超过50%时, 常会造成胎儿死亡^[1]。此病为一种产科严重并发症, 且起病急、进

展快，其预后关键在于早诊断早治疗，但对于宫底及后壁的胎盘早期剥离临床表现不典型者较易被误诊^[2]。Oyeles(2006)指出胎盘早期剥离的发生率是1%，而产后胎盘检查发现胎盘剥离现象高达2.12%~3.80%^[3]。虽然胎盘早期剥离发生率不高，却不易被诊断，因此临床上容易被忽略。对于高危妊娠孕妇而言，怀孕及生产都存在危机，在怀孕过程中之合并症往往无法事前得知，且发生胎盘早期剥离对母亲与胎儿危害更大。本例报告个案是一位曾有子痫前症病史孕妇，未曾足月生育，分不清楚落红与出血现象，因警觉度低造成母体及胎儿的伤害，面对这样的特殊情境，引发笔者想藉由此篇文章与其他同仁分享其护理经验。

2. 病历介绍

2.1. 个案简介

陈小姐，37岁，结婚5年，此次生产为第二胎，专科毕业，平常以国、台语沟通，婚后自组小家庭，为职业妇女，家境小康，婆婆是女儿的主要照顾者。个性较急躁，容易紧张焦虑，所以家中重大事宜皆由案夫处理。

2.2. 孕产史

个案G2P2，2004年第一次怀孕时，于妊娠30周出现高血压、蛋白尿、下肢水肿及复视等症状，经医师诊断为子痫前症，此后血压一直维持在150/90 mmHg，于妊娠32周视力变得更模糊，骑车时单眼突然蒙上黑影看不见，下肢水肿下压深度约8厘米，常感到头晕脑胀，全身不舒服，此时胎儿体重约1500公克，个案一直请假在家休息直至34周，胎儿肺部成熟后以剖腹方式产下长女，现年4岁。2007年个案第二次怀孕，末次月经2007年9月23日，预产期2008年6月30日。在怀孕31周前产检结果一切正常，2008年4月16日发现有淡红色液体自阴道流出，遂到院检查。

2.3. 求医经过

2008年4月16日个案早晨起床后发觉子宫开始收缩，不久就有淡红色液体自阴道流出，随即到医院急诊求治。来院后立即给予装置子宫胎儿监视器监

测，子宫呈现不规则收缩，胎心音136次/分，内诊结果是早期破水，生命征象：体温36℃、脉搏72次/分、呼吸21次/分，血压120/88 mmHg。1小时后转至待产室观察，继续装置子宫胎儿监视器监测，9~12时平均每小时换1~2片产垫，量约50 cc。当日1 pm，个案突然宫缩厉害，羊水大量流出，颜色也由淡红色转为鲜红色，弄湿了待产服及床单，胎心音开始下降至65~85次/分，立即给予个案氧气使用，并采左侧卧姿势，超音波检查后，怀疑个案可能有胎盘早期剥离现象，立即行剖腹生产术，产下一女婴，身长42公分，体重1610公克，女婴外观正常，全身发绀瘫软无哭声，第一分钟的阿帕嘉指数3分，儿科医师给予插管急救，并送至新生儿加护病房治疗。

3. 护理评估

3.1. 健康感受与健康处理型态

个案平时健康状况尚好，有鼻子过敏病史，除生产外无其他住院病史。怀孕期间孕吐厉害，不敢乱服药。个案主诉：“第一次怀孕经验感受很不好，莫名其妙得到子痫前症，血压不稳定，下肢又水肿厉害连鞋子都穿不下，最恐怖骑车时单眼突然蒙上黑影看不到东西，为了自己及胎儿的安全，就请假在家待产，那时让我好担心产后无法复原，幸好产后这些症状都逐渐消失”。面对第二次怀孕医生告诉个案，再次罹患子痫前症的机会很大，所以个案就特别注意自己的生活起居、饮食及胎儿健康，妊娠31周以前所有产检都正常、所以很放心。个案从没想到自己会遇到胎盘剥离的问题，也不知道危险性居然会造成自己及胎儿这么大的伤害，一直怪自己太疏忽大意了。

3.2. 营养与代谢

个案身高161 cm，孕前体重54 kg(理想体重57 kg)，产后第二天体重64 kg。平时三餐饮食清淡，会特别留意有无下肢水肿情形，怕有子痫前症的情形，产后饮食由婆婆准备，护理人员也会卫教婆婆要准备含铁质丰富的食物。产后第一天因身体疲倦胃口差，大约摄取1300 kcal，每天补充2000 cc点滴输液，输入量4250 cc，输出量3550 cc。第二天摄取2200 kcal，输入量3800 cc，输出量3250 cc，第三天精神状况佳，胃口好，医师停止点滴输液，能摄取2800 kcal。产后

第一天只能挤出约 5 cc 母乳，第二天 10~15 cc，第三天 20~30 cc，夜间也能挤出 30~50 cc。

3.3. 排泄型态

孕前排泄情形顺畅，直至妊娠 24 周左右开始较频尿，偶 2~3 天排便一次，产后第一天下午拔除尿管，拔除后 3 小时有尿液感。自待产上午 9 点到下午 2 点羊水及出血量约 1000 cc，故产后大量补充点滴输液及输血治疗，产后第一、二天的尿量约 3200 cc。产后第二天解少许略硬大便，之后每天均排便。产后第一、二天恶露量中，约 1.5~2 小时就要更换一片卫生棉，无持续出血现象，腹部伤口只有微量渗血。

3.4. 活动与运动型态

个案表示自己较慵懒，下班后要做家事、带小孩，无多余时间出门运动，假日时偶会与家人聚餐或至户外踏青。2008 年 4 月 16 日于急诊抽血血红素为 9.4 g/dl，当日剖腹产返回病房后，个案一直感到头晕、疲倦、呼吸喘、心跳快，觉得想睡觉。2008 年 4 月 17 日产后第一天想要下床探视宝宝，全身软绵绵没有力气起床，当时血红素 5.5 g/dl，脸色苍白，末梢血液循环冰冷，指甲发白，生命征象体温 36.8℃、脉搏 108 次/分、呼吸 28 次/分及血压 96/50 mmHg，使用鼻导管氧气 3 L/min，住院期间除了下床探婴及如厕外，其余时间都卧床休息。

3.5. 睡眠与休息型态

个案平时每天睡 7 小时，产后因担忧女儿病情辗转难眠，每次听到开门声或电话声就会惊醒，醒来后会胡思乱想无法入睡，夜里常拿起手机看时间。知道夜里泌乳激素分泌最旺盛，为了女儿的健康，夜里也会起床挤乳，评估夜晚睡眠时间约 4 小时。个案因夜晚睡眠差，早上起床后至新生儿加护病房喂奶后，会再睡 2 小时，下午午睡 1.5~2 小时，一天睡眠至少 7.5~8 小时。

3.6. 认知与感受型态

个案术后 5 小时主诉伤口疼痛不适，疼痛指数 8 分，依医嘱给予 Demeral 50 mg 肌肉注射，经半小时

后疼痛指数降至 3~4 分。产后第一天因疼痛不适，依医嘱给予 Ketorolac 1 Amp 肌肉注射 1 次，并配合口服药物 Panadol 一天服用四次，一次一颗。产后第二天未再注射止痛剂，只服用口服止痛剂，疼痛可得到缓解。

3.7. 自我感受与自我概念型态

个案表示自己性情急躁，容易紧张焦虑，所以家中的重大事情，先生总是会善意隐瞒，非不得已，才会让个案知道。个案认为此次怀孕产检过程都很顺利，原以为可以自然产，没想到事与愿违，还是发生了状况。个案主诉「第一次也是剖腹产，但至少事先知道，有心理准备，而这次却在无预警状况下发生，我真的不知道什么是胎盘早期剥离，会对我和宝宝造成这么大的伤害，直到产后第二天探婴前夕，才知道宝宝的状况」。当个案第一次看到宝宝时，瞪大双眼、掩面哭泣、跺脚直呼怎么会这样一度快昏厥，根本无法接受这事实。拼命责怪自己不好，才会害宝宝这样，要是宝宝有什么闪失，无法原谅自己。

3.8. 角色关系型态

个案婚前和妈妈感情非常好，虽然婚后重心转移至先生身上，夫妻偶会为生活上琐事意见不合。此次面对宝宝的健康问题，先生不但没有责备她，还心疼她们母女承受这种苦，善意隐瞒实情，不想让个案过度担忧，倒是个案本身相当自责，对先生感到过意不去。另一方面也担心婆婆会不会责怪她，虽然婆婆心情也很焦急凝重，还是安慰个案要好好做月子，让大家一起共渡这难关。

3.9. 性与生殖型态

个案 14 岁来初经，平时月经周期规则，偶会有经痛不适，婚后 5 年，目前育有一女，此次为计划中怀孕也是第二次受孕，夫妻间性生活美满，每周 2 次性生活，平时采保险套避孕，未曾有流产病史。

3.10. 因应与压力耐受型态

个案自诉容易紧张焦虑，遇到事情总会乱了方寸，经过一段时间的调整才会恢复。个案认为生出这样的孩子都是自己的错，特别是看到瘦弱的婴孩独自与病魔抗斗，恨不得自己代替宝宝承受苦痛，心中充

满罪恶感而不敢接触宝宝，怕自己身上病菌传染给宝宝而造成二次伤害。2008年4月18日知道宝宝病情后，心里相当自责无助，害怕失去宝宝，担忧宝宝未来的智能是否受到影响，个案脸上没笑容，面部表情僵硬，对护理人员的问话，久久才会响应，用微弱颤抖的声音一直重复询问宝宝的健康状况。住院期间夜里对声音敏感，容易被惊醒，醒后辗转难眠，情绪随着宝宝的病情波动，激动时会咬手指或躲在棉被里哭泣，不理睬他人。

3.11. 价值与信念型态

个案虔诚的祈求老天能让宝宝度过这难关，同时也请家人至庙里许愿膜拜，祈求平安符给宝宝。个案默默许愿，往后初一、十五吃素，一定会做更多的善事回馈给神明及社会大众。最终希望这些危机能顺利化解，日后一定会用心照护宝宝，让宝宝感受到妈妈及亲人的爱，这是身为母亲最大的心愿与期待。

4. 护理问题与护理措施

4.1. 体液容积缺失/与胎盘早期剥离造成出血有关

a) 预期目标：1) 个案生命征象能恢复稳定。2) 个案能说出贫血的自我照护三项。3) 个案住院期间无发生跌倒事件。

b) 护理措施：1) 依照医嘱每4小时或必要时监测生命征象。2) 监测低血容积症状：如脉搏速率加快、血压下降、意识改变、皮肤苍白冰冷冒汗、尿量减少等。3) 协助采半坐卧姿势，使用鼻导管确实给氧气2~3 L/min使用。4) 依照医嘱输血治疗并密切观察个案有无不适反应。5) 供含铁质的蔬果及食物目录如：深色蔬菜、柑橘类、苹果、葡萄、桃子、李子，食物如：红肉、肝脏类等，并与个案一起设计适当的食谱。6) 教服用铁剂的目的及副作用，于饭后搭配含维生素C果汁使用，吸收效果更加。7) 避免食用咖啡、茶、酒精饮料，会干扰铁质的吸收。8) 鼓励多卧床休息，下床时需有人陪伴，预防贫血造成晕眩而发生危险。9) 教导自我观察恶露量，若一小时内更换1~2片或15分钟内更换湿透的产垫，表示有持续出血现象。10) 当家属不在身旁时，让个案手握红铃，严禁单独下床活动。11) 教导个案如厕时或下床活动应配戴眼镜并

利用走道上或卫浴间扶手、栏杆。12) 请家属将物品放置于个案容易取得的视线范围内。13) 保持室内光线明亮，拉开窗帘增加能见度，避免跌倒。14) 请家属及清洁人员保持浴室通风，地板勿弄湿并提供防滑垫。

c) 护理评估：1) 2008/4/19 生命征象：体温 36.6℃、脉搏 78 次/分、呼吸 18 次/分，血压：118/86 mmHg，脸色、唇色已较红润。2008/4/22 血液检查 RBC：2.73*10⁶/μL、Hb：8.1 g/dl、Ht：24%。2) 2008/4/21 已能执行贫血自我照护三项，昨日中午喝了一大碗婆婆煮的猪肝汤，也吃青江菜、菠菜，口渴时饮用黑豆水，不喝奶茶了，服用铁剂时会搭配柳橙汁食用。3) 个案每次下床一定会配戴眼镜并扶着走道栏杆，截至出院为止，未发生跌倒现象。

4.2. 焦虑/与担忧宝宝病情不稳定有关

a) 预期目标：1) 能说出焦虑来源及感受。2) 能执行抒发压力技巧三项。

b) 护理措施：1) 运用贝氏焦虑量表，协助个案勾选，并分析目前的焦虑程度。2) 用图表依序列举目前的焦虑来源，协助个案确认。3) 播放宝宝在保温箱内活动的影片，鼓励个案以言语说出心里的感受。4) 设计温馨母子图卡及笔记本，请个案写下心中的焦虑及表达内心的感受。5) 与个案一起讨论过去常用抒发压力的技巧并讨论成效。6) 协助个案找到更适合的抒压技巧，如：利用宗教信仰，请家人代为祈求平安符给宝宝，达到心灵纾解。7) 教导个案腹式呼吸，吸气时告诉自己吸入平静，呼气时把焦虑吐出来。8) 教导利用冥想，想象宝宝就快痊愈出院，健康可爱的模样，一家人其乐融融，让情绪放轻松。9) 请个案温水擦澡后，趴在桌上教导个案用指压法按摩肩、颈及背部，使肌肉放松。10) 列举各项抒压技巧并制作成课表，请病患勾选可完成的项目及写下抒压后的感觉。11) 设计宝宝健康护照，请个案及婆婆每天记录宝宝的作息如：活动、睡眠时间、抽搐的部位、发作及持续的时间、喂奶、服用药物情形、有无异常反应，提供医师做治疗指标。12) 卫教个案及婆婆，宝宝服药的重要性，需依照医师的指示定时定量喂药，定期返院追踪检查。

c) 护理评估：1) 个案能说出主要的焦虑来源就

是担心宝宝的病情,好怕日后智能会受影响。2) 个案表示以祈求平安符及运用冥想的抒压技巧。3) 个案住院期间,常和婆婆一起至新生儿加护病房学习照顾宝宝,出院后先住在婆家大家一起照顾。4) 电访得知个案及宝宝目前仍住在婆婆家,白天是婆婆照顾,晚上才由个案照顾。个案非常担心宝宝的生长发育是否迟缓,每次返院门诊或预防注射时都带宝宝护照;也特别拜托医师帮宝宝做健康检查,直到医师说一切正常才会放心,但宝宝仍然要追踪脑部超音波检查及继续服药治疗。

4.3. 潜在危险性父母/婴儿依附关系改变/与 a) 早产和与父母分离,接触时间有限; b) 对宝宝病情不确定; c) 母亲健康状况不佳有关

a) 预期目标: 1) 个案能表达对宝宝的正向感受,增加依附关系。2) 个案能主动参与照顾宝宝。

b) 护理措施: 1) 卫教亲子依附关系的重要性,有助于宝宝日后的人格发展。2) 教导个案用声音诱导吸引宝宝的注意,再和宝宝眼对眼、脸对脸,目光接触的说话、微笑。3) 亲子互动时,帮忙拍照,让个案随时可以看到宝宝可爱的模样,能与家人讨论宝宝的长相、特征。4) 提供录音带,教导个案录下想要对宝宝说的话或唱的歌,于非会客时间播放给宝宝听,传达妈妈的关爱。5) 教导个案探婴时能与宝宝增加肌肤接触的机会,用润肤乳液帮她肌肤按摩。6) 向个案描述亲子互动时,宝宝会张眼看妈妈,很舒服的趴在妈妈的怀里。7) 告诉个案自己对宝宝的重要性,有妈妈参与照顾会让宝宝成长发育的更好。8) 陪伴个案探婴,实际打开保温箱,示范如何避开管线抚摸宝宝,先由拉拉小手,触碰脸颊,再接触身体。9) 澄清个案错误的观念,肌肤接触能将妈妈身上好的细菌给宝宝,不但可以增加宝宝的免疫力,也能传递母爱。10) 协助并指导个案将宝宝抱在胸前喂奶,告诉她宝宝很喜欢喝奶并请个案依照宝宝的需求增加喂奶次数。11) 教导个案如何在保温箱内帮宝宝更换尿布、擦澡,由个案再示范一次并赞美个案做的很好。12) 鼓励个案增加照顾宝宝的机会,可以更了解宝宝的特质及反应,有助于日后的照顾。

c) 护理评估: 1) 会主动抱起宝宝喂奶换尿布,一天四次。2) 主动早上帮宝宝洗澡,喂奶次数增加为七次,喂奶时和宝宝说话时,宝宝张大眼睛看她,安

安稳稳的躺在她怀里,个案感到当妈妈的感觉真好。

5. 讨论

胎盘早期剥离是指胎盘在胎儿娩出前由子宫剥离,是第三孕期少见但严重的合并症^[4]。Oyeles(2006)也指出在怀孕 24~26 周发生胎盘早期剥离的机率最大,曾经有过胎盘早期剥离的产妇,再次怀孕也有 15~20 倍的发生率,发生早产与子痫前症机率也增加^[3]。Sakornbut(2007)则发现胎盘早期剥离发生率虽只有 1%,却会造成 10%~30%胎儿死亡率^[5]。Oyeles(2006)归纳出危险因素有母亲年龄、抽烟、食用古柯碱、多胞胎、慢性高血压、子痫前症、慢性高血压且合并子痫前症、早期破水、羊水过少、绒毛膜发炎、饮食或营养摄取不均衡等因素。目前对胎盘早期剥离发生了解甚少,血管脆性增加是可能原因,当血管急性收缩后容易造成血管断裂而产生剥离现象,若剥离程度 > 50%以上,发生死胎的机率大增。Nath(2007)证实胎盘绒毛膜组织感染与胎盘早期剥离有关。虽然胎盘早期剥离发生率不高,唯不易被侦测,一旦被发现有母体及胎儿较高死亡率^[3]。

由于发生胎盘早期剥离原因不明确,但与胎盘上小血管急性收缩有关,而胎剥结果会造成母亲弥漫性血管内凝血及胎儿死亡。胎盘早期剥离在临床症状差异程度很大,由少量出血到严重出血,母子均安到母子双亡皆有可能,常见症状为阴道出血、子宫压痛、胎儿窘迫、高张力子宫、持续子宫收缩、早产、及胎儿死亡,目前只能靠临床症状臆测及超音波诊断,但超音波诊断正常常并不能排除胎剥的可能^[6]。Sakornbut(2007)指出胎盘早期剥离发生在妊娠 24~34 周,若母体及胎儿健康状况稳定,可暂考虑不生产,让母亲使用类固醇加速胎儿肺脏成熟,避免胎儿出生后死于早产,所以需密切监测胎儿健康状况,若有变化仍需尽快生产^[5]。孕妇除了要面对发展上的成熟性危机,如生理巨大的改变、角色扮演与家庭功能等问题外,又因合并症会危及母体、胎儿或新生儿的健康及生命,又得面对情境性危机^[7]。此外,当胎儿心跳低于 90 次/分且持续 3 分钟,必须立即终止妊娠。因胎儿的血流供应受损的时间与出生后的问题有相对的关系^[8]。而胎儿的氧气及营养供应不足时,会引发急性胎儿窘迫现象,出现变异性心跳缓慢的胎心音,也会因缺氧或早产出现脑室出血、脑室周边白质软化

等并发症及长期的残障^[1]。

胎盘早期剥离可能会合并弥漫性血管内凝血及低血容积休克，因此产后妇女更要持续监测生命征象，尤其是血压及脉搏，并检测凝血功能及血红素值^[3]。观察剖腹伤口有无渗血，子宫是否呈松弛状态，监测恶露的量、颜色、气味，一块全湿的产垫相当60~100 cc的恶露量，如在15分内一块产垫全湿或一小时内两块或更多产垫全湿透了，表示有出血情形，需立即通知医师，并准备急救设备，当血红素小于5 g/dl时，皮肤会苍白湿冷且有发绀现象。此时让产妇维持平躺姿势并找出出血原因，依照医嘱给予静脉灌注维持足够循环血量，必要时给予输血或输注新鲜血浆，增加纤维蛋白原，预防低血容积休克。同时静脉点滴注子宫收缩剂，让子宫收缩变硬。在执行各项护理评估及措施时，要详细解说以降低产妇的忧虑，并教导产后子宫复旧过程、恶露的变化、出血的症状，让产妇了解康复情形，如有不适立即处置^[6]。胎盘早期剥离产妇需要调适失去妊娠或面对婴儿存活的情况，这些状况可能使母亲过度哀伤与失落，婴儿可能在新生儿加护病房照顾，这也会增加家庭压力^[9]。

母亲角色的获得过程早在婴儿出生之前就开始了，而婴儿出生之后是母子关系发展的另一个新开始^[10]。孕妇会在孕期进行四项母性任务，如确保自己及胎儿在怀孕及分娩过程中能安全顺利、家人共同接纳新生儿、母体与胎儿行成一体并建立亲密关系及愿意献出自己^[11]。自胎儿出生后，母亲藉由抚摸来认同新生儿，如此可以提供新生儿生理上触摸的需求，这种温柔贴切的感觉是建立亲子关系不可或缺的因素。母乳喂养是一项母育行为，尤其母乳含有丰富的营养，对早产儿而言容易消化吸收，免疫物质可以增强抵抗力减少感染，又可以帮助早产儿的脑部及视力发展，同时也是母亲参与照顾的机会^[12]。此外，对高危妊娠孕妇而言，除了需面对正常生产压力及母性任务外，还要学习适应高危状况的限制与需要，甚至需要接受医疗处置^[13]。当产妇面对与想象中不同方式的生产结果，造成负面的情绪如选择逃避，不愿意接近新生儿、不愿意喂母乳、不满意新生儿长相、拒绝照顾新生儿，因而感到自责、愧疚、退缩及无法胜任母亲的角色，进而会影响母性任务发展^[14]。身体状况不佳的婴儿，如早产或畸形，一旦分娩后即送往新生儿加护病房接受治疗，产妇也会担忧婴儿生命受到威

胁，亲子关系连结深受影响。若医护人员适时提供正确病程发展讯息及心理支持，鼓励接近早产儿并提供合并症相关知识与照顾能力，有助于减轻父母的焦虑与害怕，提升母亲亲职角色适应，促进亲子关系建立^[15]。

笔者在护理过程中看到一位满怀愧疚的母亲，面对突如其来的危机，茫然失措，陷入胶着忧伤的情绪中。因个案有子痫前症病史，其认知只担心是否会再次罹患此疾病，未曾想过不同的问题。产后也曾抱怨于产检期间从未听过医护人员提及相关妊娠合并症，若能对妊娠的异常现象提高警觉，也许能将伤害减低。个案此次怀孕又面临胎盘早期剥离的问题，虽然发生率不高，然而一旦被诊断即会造成母体及胎儿严重的死亡率。胎盘早期剥离在产科照护上仍是考验，虽然现代医学已经降低母体及胎儿的许多合并症，但合并症的发生仍可能出现在产程中^[1]。许多危害母体与胎儿的健康因素可藉由产前检查中的健康史、身体评估、实验室检查等项目评估，因此护理人员必须熟悉危及妊娠的各种因素，早期发现并给予适当医疗照护^[7]。建议将妊娠合并症的相关病兆列入产前卫教课程，再针对高危妊娠孕妇量身订做高危妊娠孕妇手册，让孕妇们尽早做好心理建设，将危机指数降到最低点。此外，在护理过程中提到落红及出血分辨不清的问题，因护理人员或卫教师只能用口述方式形容落红，未能实体说明，若能实际收集临床上落红与出血的检体，拍摄成教学影片或图片卫教，可加深孕妇们的分辨能力。有些孕妇因工作忙碌无法参加卫教课程，遇到问题不知该如何寻求资源，未能做有效的双向沟通以解决疑虑，这是推动卫教的一大瓶颈。

在此次产后照护过程中，产妇因身体焦虑，夜晚睡眠差，只好利用白天休息，笔者卫教时间与个案休息时间难配合，家属也不希望打扰个案休息，此限制影响整体照护与评值，建议于产后病房设计一份产后卫教问卷表，除了基本的产后护理外，请产妇填写想要卫教的时间及内容，护理人员再依照指定的卫教时间及内容执行卫教，病房内及病房走道也可增设卫教留言版，随时响应产妇的问题，彼此建立良好的沟通咨询的管道。护理人员都是接触孕妇第一线的推手，希望藉由我们细心的观察照护，能于孕妇各个妊娠阶段，主动早发现问题，了解各种危险因素，针对个别性加强卫教并提供适当的医疗照护，如此能降低生产

时对母体及胎儿的伤害，达到母女(子)均安的最终目的。

参考文献 (References)

- [1] 颜兆熊. 怀孕后期之产前出血[J]. 当代医学, 2008, 35(8): 637-642.
- [2] 董完秀, 彭子军. 特殊症状的胎盘早剥 3 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报, 2008, 30(5): 811-812.
- [3] Y. Oyelese, C. V. Ananth. Placental abruption. *Obstetrics and Gynecological Survey*, 2006, 108(4): 1005-1015.
- [4] K. Hladky, J. Yankowitz and W. F. Hansen. Placental abruption. *Obstetrics and Gynecological Survey*, 2002, 57(5): 299-305.
- [5] E. Sakornbut, L. Leeman and P. Fontaine. Late pregnancy bleeding. *American Family Physician*, 2007, 75(8): 1200-1205.
- [6] 李耀泰, 郭宗正, 陈福民. 胎盘早期剥离[J]. 当代医学, 2006, 33(5): 387-391.
- [7] 冯容庄. 胎盘早期剥离. 高危妊娠护理[M]. 台北: 华杏, 2007: 239-243.
- [8] S. I. Kayani, S. A. Walkinshaw and C. Preston. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 110: 679-683.
- [9] 周雨桦. 高危妊娠的护理. 产科护理学(四版)[M]. 台北: 华杏, 2006: 444-448.
- [10] 洪志秀. 母子依附关系的建立. 实用产科护理(四版)[M]. 台北: 华杏, 2004: 545-551.
- [11] R. Rubin. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer, 1984.
- [12] 陈昭惠. 母乳最好[M]. 台北: 新手父母出版, 2008.
- [13] 胡雅玲. 住院安胎孕妇之家庭的压力与因应行为之探讨[J]. 护理杂志, 2006, 56(6): 45-51.
- [14] 陈筱婷, 周泛濂. 一位母亲与其高危新生儿依附关系建立过程: 母性角色达成一为人母理论之应用[J]. 高雄护理杂志, 2007, 24(1): 38-49.
- [15] 卓倩瑜, 梁蕙芳. 运用罗式理论协助一早产儿母亲适应母职角色[J]. 长庚护理杂志, 2006, 17(1): 128-137.