

一位植入性胎盤產婦接受 子宮全切除手術之照護經驗

蕭潤勤¹、陳曉玫²

中文摘要

本文為一位植入性胎盤產婦接受剖腹產及非預期性子宮全切除之照護過程，術後生理不適且有喪失自我認同及親職壓力問題。收集資料後確立有急性疼痛、身體心像紊亂及照顧者角色緊張等問題；教導可緩解疼痛的方法與止痛藥使用；利用解剖圖說明子宮功能與切除的必要性，偕同案夫給予陪伴支持，教導術後性生活方式並分享相同案例心路歷程；協助瞭解早產兒相關資訊與照護方法，增加親子依附關係及提升照護信心。針對高危險性孕婦可先告知生產過程可能面臨的狀況與相關醫療處置，予以心理準備，提供具保護性、支持性的環境，讓非預期性子宮切除的產婦能抒發女性失去子宮的情緒，協助維持夫妻親密的關係，進而達到更完善的照護品質。(志為護理, 2023; 22:6, 110-118)

關鍵詞：植入性胎盤、子宮全切除、早產

前言

造成孕產婦的死亡原因中，75%為產後出血，若分娩後兩個小時內沒有適當處置大出血的婦女，便會造成死亡(World Health Organization[WHO], 2019)；衛生福利部(2021)統計2019年孕產婦子宮切除的案件中，產後大出血占了49.2%，次為植入性胎盤42.6%與前置胎盤27.9%；本文的產婦提早剖腹且產後發生大出血與接受非預期性子宮切除，

個案歷經生死關頭後需面對失去女性象徵的器官及擔心配偶對自己的評價，且剛誕生早產兒的病況不穩，產生產婦及家庭的身心衝擊；照護期間，護理人員盡力協助父母調適相關的壓力與增進親子依附的發展。

本案為一位妊娠32+5週經產婦，生產時因植入性胎盤導致大量出血，在無預警的心理準備下緊急切除子宮以控制出血，個案面對子宮切除後的生理疼痛不適、身體心像改變、女性魅力喪失與失

臺北慈濟醫院護理部婦產科個管師¹、婦產科病房護理長²

接受刊載：2023年5月3日

通訊作者地址：陳曉玫 新北市新店區建國路289號5樓

電話：886-9-5226-5318 電子信箱：amy1217@tzuchi.com.tw

落感；又相較於前兩次自然足月產的不同經驗，此胎早產兒因病況不穩入住新生兒加護病房，致母嬰分離與親職角色認同的威脅，同時擔憂是否能勝任早產兒的照顧，故引發筆者深入探討非預期性子宮切除產婦及面對早產兒身心變化的動機，並儘量協助父母親以建立早產兒的依附關係。

文獻查證

一、植入性胎盤行非預期性全子宮切除術之身心照護

(一)生理照護：植入性胎盤係指孕期子宮的基底蛻膜缺損，胎盤絨毛異常附著在子宮肌肉層，使得胎兒娩出後胎盤無法剝離而大量出血；植入性胎盤的孕婦常需提早剖腹產，若發生產後出血常出血量多且失血速度快，危急時可能要併行全子宮切除術以控制嚴重的出血(Silver & Branch, 2018)。術後個案常有急性疼痛問題，會出現臉部表情緊張、躁動不安或主訴不適，護理措施包含持續的監測生命徵象與疼痛評估，使用疼痛指數0~10分，評估疼痛性質、位置、強度(Karcioglu et al., 2018)，給予止痛藥物，採集中護理、漸進活動，使用電動床或束腹帶輔助，教導深呼吸、半坐臥等舒適臥位、咳嗽時按壓傷口減緩震動，肢體按摩舒壓，藉由聽音樂、聊天、觀看電視等轉移注意力，以減輕疼痛。

(二)心理照護：非預期子宮全切除對產婦而言不僅失去了一件器官，更意涵：失去孕育新生命的能力、喪失女性特質、吸引力及配偶的注意力，(Afiyah et al., 2020)；醫護人員應充分解釋植入

性胎盤之生產過程，陪伴且給予情感支持，運用傾聽、關懷、同理，說明子宮切除是為了確保生命安全及切除的必要性，協助面對子宮切除後的身體心像改變，與持續追蹤產婦對生產經驗的感受(Dedden et al., 2020)。由於術後需禁止性生活，易造成配偶之間的隔閡及自我概念的改變，可利用解剖圖說明子宮構造及其功能，並強調並非摘除卵巢故不會影響女性荷爾蒙的分泌；鼓勵維持儀容外表；術後6~8週後經醫師檢查無異常即可漸進式恢復性生活；多傾聽並鼓勵對身體心像的表達，適時以身體接觸如拍肩或點頭等方式安撫情緒；可安排相同案例分享彼此的心路歷程，並協助正視自己的優點以增加信心；另外，透過正視傷口並參與換藥以了解及觀察傷口癒合情形；也鼓勵配偶對術後性生活的討論及支持、陪伴，使產婦能接受改變並重建自我價值；同時教導凱格爾運動以增加骨盆底肌肉強度，若發生下列情況需立即返診，如：不明原因發燒、急性腹痛、傷口或陰道大量出血(Dedden et al., 2020)。

二、早產兒母親之角色功能與親子依附

早產常為突發事件，且早產兒常因醫療需求入住新生兒加護病房，使得父母無法隨時探視，大大地影響親子依附關係的建立；會擔心早產兒的病情變化，又由於內心的不確定感及對特定醫療知識的不足，會增加親職壓力，並對後來的育兒工作有顯著影響(翁、周，2016；Gerstein et al., 2019)。護理活動包括：引導早產兒父母說出內心感受並提供情緒支持，提供早產兒居家照護手冊並指導

和鼓勵早產兒日常照護的參與，如適當擺位及餵奶、更換尿布等，藉由袋鼠護理等肌膚接觸的方式來促進親子關係的連結，並協助調適與重建親職角色與功能，以提升父母在照顧上的信心(Macho, 2017)。母乳的成份可以保護早產兒免於感染的風險，持續哺乳不但對早產兒的身體健康和發展很重要，且產後母親為早產兒擠奶，能持續孕期母嬰之間的連結感，可增進親子感情的維繫(早產兒基金會，2019)。

個案簡介

一、基本資料：

戴女士，36歲，大學畢，無宗教信仰，已婚育有二女，家管，案夫43歲、資訊業。孕產史：懷孕6次，胎次3次，自然流產1次，人工流產2次，前兩胎皆為自然生產，預產期2020年9月6日。懷孕26週發現前置胎盤並持續產檢追蹤。

二、住院經過：

2020年7月17日個案於家中因為大量出血到院求治，超音波檢查發現子宮腔內有 4.1×1.1 公分的血腫，原預入院安胎並施打止血針，主治醫師查房時發現看護墊有1個半手掌大的咖啡色及清澈液體流出，羊水試紙試驗呈陽性，改行剖腹產，7月17日22:49剖腹產出一名男嬰，32+5週，體重1,990公克，身長31.5cm，apgar score第一分鐘8分、第五分鐘9分，入新生兒加護病房；個案產後因植入性胎盤致出血量達2,500ml，緊急行子宮全切除手術及大量輸血，7月18日於生命徵象穩定下轉入病房，7月22日經例行產後檢查無異常，予以出院休養。

護理評估

照護期間自2020年7月18日至7月22日，運用身體評估、會談、觀察、跨團隊討論及病歷查閱等方式來收集資料；以下呈現個案生理、心理、社會及靈性等層面的健康問題：

一、生理層面

初經12歲，月經週期28天，最後一次月經為2019/12/08。身高167公分，孕前之體重54公斤(BMI:19.3kg/m²)，懷孕32週體重增加12公斤。自覺身體健康，無常規健康檢查，無藥物與食物過敏史，無抽菸喝酒習慣，皮膚外觀完整，下肢無水腫，四肢肌力皆5分，活動正常，口腔黏膜無破損，有固定式假牙，平日三餐多自行烹煮，產前血紅素10.7g/dL，7/17因植入性胎盤致產後出血2,500ml，於手術室輸注減除白血球之紅血球濃厚液(LPR)8U及新鮮冷凍血漿(FFP)6U，7/18追蹤血紅素8.8g/dL，再輸LPR 4U及FFP 2U，膚色無蒼白，結膜紅潤，體溫36.9°C，呼吸約16-18次/分、心跳約70-78次/分，血壓約101-110/60-68mmHg。月子餐可食用完，熱量攝取約2,200-2,400卡/天，符合產後哺乳之營養所需。7/19評估乳房柔軟，手擠乳約2-3ml/次，7/20乳房微充盈，表面無血絲，手擠乳約8-10ml/次，7/21乳房局部脹硬且有血絲，每4小時以手擠乳合併電動吸奶器使用可擠出乳汁約20-40ml/次。每日平均睡眠7-8小時，產後因傷口疼痛致夜眠品質較差，日間會小睡1小時，整日睡眠可達6-7小時。孕期解尿順暢但有頻尿情形，一天解約10次清澈尿

液，排便一天一次，產後7/17-7/19尿管留置，7/18整日引流出1,600ml淡黃色清澈尿液，尿液常規檢查無異常，7/19自解中量黃軟便，沒有使用軟便劑，聽診腸音約8-13次/分，觸診腹部柔軟。

7/18「我的傷口好痛，碰觸和移動時都會感覺刺痛，用了自費止痛怎麼還痛？」「我想去看小孩，但是現在連上下床活動都困難。」，雙眼緊閉、眉頭深鎖、身體緊繃、雙手扶著腹部，多用點頭、搖頭方式回覆護理人員，依0-10分數字量表評估疼痛指數為9分，呼吸淺快約20-24次/分，心跳90-99次/分，血壓110-120/70-78mmHg。腹部傷口約15公分，皮膚平整無紅腫滲液，7/18換藥時表情皺眉，表示：「輕一點，碰到傷口會痛！」疼痛指數9分；7/19「咳嗽時抖動到肚子，傷口會痛，大概6分。」；經評估確立有急性疼痛之問題。

二、心理層面

7/18個案哭泣「真的只能切除子宮嗎？不能其他的選擇？」，「我不想看傷口，看了會一直想到子宮切除的事。」，主治醫師查房說明子宮切除的必要性，個案眼眶泛紅、表情冷淡，頭髮零亂無妝容。7/19個案眼眶泛淚，表示「我沒有子宮了，我已經不是以前的我了，我先生會不會不愛我了？」「沒有子宮是不是不像女人了？我先生會離開我嗎？」；經評估確立有身心紊亂之健康問題。

7/18個案表現淡漠，不太願意談任何事情，簡式健康量表(brief symptom rating scale, BSRS-5)評估結果為7分，屬輕度情緒困擾，其中勾選「感覺緊張

不安」與「感到憂鬱、心情低落」皆為中等程度。7/19「寶寶週數這麼小，會有後遺症嗎？之後會有什麼問題嗎？醫生什麼時候會跟我們說明嗎？」「醫師說寶寶呼吸很喘有點不穩定，這會怎麼樣？」；反覆觀看寶寶的影片，表情皺眉、眼眶泛淚，7/19案夫「我太太這兩天一直很緊張，很擔心寶寶，反覆詢問寶寶的情形。」，7/20個案「之前姐姐都是親餵，現在弟弟可親餵嗎？還是只能擠出乳汁瓶餵？」；經評估確立有照顧者角色緊張之問題。

三、社會層面

個案自覺本身不易緊張，面對壓力或有困難時會與案夫或同學討論，少與他人糾紛，覺得很多事情或誤會只需要解釋清楚及討論就可以化解開來。一家四口同住，家中經濟小康，偶爾會和同學出遊、聊天、紓壓，住院期間由案母代為照顧二位女兒，可觀察到案夫細心照顧個案，給予鼓勵支持，也會與同學或家中女兒們電話或視訊聊天。

四、靈性層面

無宗教信仰，但不排斥宗教活動，生活重心都放在家庭。7/22主訴「這次生產像是去了一趟鬼門關，覺得能活下來真好，對於孩子及先生來說，能照顧好自己才是最重要的；既然上天讓我活下來了，那我期許自己能以正向樂觀的心態去面對一切，只希望寶寶能順利健康的出院，讓我跟先生能一同陪伴小孩成長，並繼續維持幸福美滿的家庭」；可以感受個案心態的轉變，了解現階段要照顧好自己，且維持正向樂觀的態度才能延續幸福。

問題確立

照護期間自2020年7月18日至7月22日，運用身體評估、會談、觀察、跨團隊討論、及病歷查閱等方式來收集資料，確立個案的健康問題包括：急性疼痛、身體心像紊亂、照顧者角色緊張。

(一)急性疼痛／與剖腹產手術的傷口有關

個案因緊急剖腹生產及子宮全切除手術，術後因腹部傷口產生疼痛情形。

(二)身體心像紊亂／與非預期性子宮切除有關

因植入性胎盤緊急行子宮全切除手術，因手術產生身體心像改變，有喪失自我認同的問題。

(三)照顧者角色緊張／與缺乏照護信心及依附關係不足有關

此胎為早產兒，因病況不穩入住新生兒加護病房，母嬰分離同時擔憂是否能勝任早產兒的照顧。

護理措施

護理措施執行過程分三方面(一)執行緩解疼痛方式，表示疼痛改善；(二)接受子宮切除對身體心像的改變，表示對自我的認同；(三)了解早產兒育兒知識後，及透過寶寶接觸來增強依附關係，表示緊張感減輕，且有信心照顧早產兒。分述如下：

(一)執行緩解疼痛方式，表示疼痛改善

1.鼓勵個案表達對疼痛的感受：教導個案使用電動床或束腹帶等輔助移位並採取漸進方式，咳嗽時用手按壓住腹部傷口以減緩震動；協助半坐臥，並示範深呼吸技巧；教導案夫協助個案四肢按

摩與舒緩，或聆聽音樂、觀看影片、使用手機與同學聊天、閱讀早產兒衛教資料等方式，以轉移對負向情境的注意力；7/19訴：「我會跟同學聊天或者閱讀早產兒照護資料來轉移注意力，我發現沒有將注意力放在傷口上，就覺得傷口沒那麼痛了。」；翻身時，個案會用雙手壓住傷口並使用束腹帶，疼痛指數約5分，對話時表情平和，在床上採半坐臥姿，案夫可協助肢體的按摩。

2.疼痛評估：監測及記錄個案的生命徵象，評估疼痛部位、性質及其持續時間，術後提供自控式止痛藥物(含 morphine 100mg+ketorolac 1ml+normal saline 90ml泡成100ml IVD，每15分鐘設定給藥1ml)，並教導及說明使用方式；若疼痛較強時可自控按壓止痛藥物1ml/次，每班評值用藥成效且依需求與醫師討論後調整止痛藥物。7/18自控式止痛藥物按壓9次；7/19止痛藥物調降每30分鐘給藥1ml後另有自控按壓5次；7/20疼痛指數約3~4分，移除自控式止痛藥物，與醫師及個案討論後，改予口服 acetaminophen 500mg一顆(QID)使用。

3.教導緩解疼痛的技巧：評估傷口外觀是否出血、滲出物、感染等徵象，說明傷口與疼痛有關，並讓個案了解傷口現況；採集中護理，增加個案休息時間，採輕柔換藥技術(即：撕除紙膠紗布時，一手壓在個案皮膚上，另一手需動作緩慢，同時以生理食鹽水潤濕後，再輕柔移除傷口與紗布的沾黏處)；7/21訴：「現在我可以自行下床活動，上、下床或從椅子起來時比較痛，其他的動作慢一些就可以了，有在恢復的感

覺。」疼痛指數為2分。7/22出院，口服藥物帶回續用，返家後仍可持續進行緩解疼痛的技巧，8/1筆者以電話訪視時，表示已無疼痛問題。

(二)接受子宮切除對身體心像的改變，表示對自我的認同

1.鼓勵表達對身體心像改變的感受：筆者下班後與個案會談及陪伴約30分鐘，討論子宮切除對其影響，鼓勵表達身體心像的感受，運用同理心、不加以批判及專心傾聽，當個案哭泣時給予面紙拭淚或輕拍肩膀，提供關懷以及情感支持。

2.說明子宮切除的必要性：偕同主治醫師充分說明子宮切除是為了確保個案的生命安全，並利用解剖圖說明子宮的構造及功能，因未摘除卵巢故不會影響女性荷爾蒙的分泌；7/20經解釋後個案能了解子宮切除與女性荷爾蒙無關，表示比較能接受；對於術後促進親密及性生活的方式，如：擁抱、親吻、愛撫等皆可了解；觀察個案綁起馬尾後顯得神清氣爽，當正向稱讚時，個案低頭微笑；邀請個案參與傷口換藥下，表示「我的傷口看起來很乾淨」。

3.自我價值的重建:鼓勵個案維持儀容與外表整潔，如：綁起頭髮、塗些口紅等；衛教個案術後6-8週需要禁止性生活，期間可進行相互擁抱、親吻等代替性行為；之後經醫師檢查無異常即可漸進式恢復性生活，例如：增長愛撫時間及使用陰道潤滑劑等；鼓勵與案夫討論術後的性生活，鼓勵案夫多陪伴與支持個案，以適應身體的改變及自我價值的重建；協助漸進方式正視傷口並參與換

藥，可以手機拍照並告知目前傷口的癒合情形；7/22「我雖因產後大出血不得不切除子宮，但至少我活下來了，活下來我才能跟我的家人在一起，而且我已經有三個孩子了，沒有子宮好像沒差；這兩天跟先生聊了很多，他說我還是他最愛老婆，我之前真的想太多了，為了小孩跟家人我會努力調整身體，才有體力照顧新生寶寶。」。

4.正視優點增加自信：邀請個案一起參與換藥，並討論傷口狀況；協助正視自己的優點來增加自信，稍加整理儀容以營造個人吸引力；安排具相同案例的心路歷程分享，以增加資訊流通。教導平常執行凱格爾運動，以增加骨盆底肌肉強度，告知需立即返診之情形，例如：不明原因發燒、急性腹痛、傷口或陰道大量出血等；7/22出院，請案夫持續給予陪伴及支持；8/1筆者以電話追蹤，個案表示已逐漸調適過來，且每日都會與案夫擁抱或親吻。

(三)了解早產兒育兒知識後，及透過寶寶接觸來增強依附關係，表示緊張感減輕且有信心照顧早產兒

1.提供早產兒育兒訊息：照顧個案時，主動介紹自己，並詢問當天休息狀況及心情感受，讓其感受到溫暖及被關懷。7/19引導個案說出心裡感受，專心傾聽或點頭回應，以表示接受其情緒反應並予心理支持；衛教母乳成份可保護早產兒免於感染的風險，教導手擠乳技巧，並對擠乳行為給予肯定及鼓勵繼續；新生兒加護病房提供早產兒育兒訊息，如：早產兒居家衛教手冊，針對內容疑慮處，可以提出討論與適時澄清；

7/19「寶寶這麼小我真的很擔心，而且上一胎距離現在已經過三年了，更何況是早產兒！」「我自己上網查詢，看到很多訊息都是有關早產兒的後遺症，我很擔心寶寶的後續發展，心裡覺得很不安」。

2. 追蹤早產兒的現況:協助每天與新生兒加護病房聯繫，追蹤早產兒的現況，如：體重變化、奶量等。7/20經評估個案傷口疼痛改善後，協助坐輪椅至新生兒加護病房探視，鼓勵個案及案夫觸摸寶寶的身體、並與寶寶對話，參與簡單照護，如：更換尿布；7/21協助個案瓶餵母乳，給予正向鼓勵及肯定，並告知當寶寶呼吸穩定後即可開始親餵，進一步提升照顧信心；7/20「早產兒居家衛教手冊中的內容敘述得很詳細，對我很有幫助，而且新生兒科醫師也跟我解釋很多，讓有比較有安心；今天幫寶寶換尿布覺得不難，而且我一次可以擠出來8ml乳汁，之後可以給寶寶吃!」。

3. 促進親子依附關係的建立：7/22經新生兒科醫師允許後，協助個案及案夫輪流與寶寶執行袋鼠護理各10分鐘(含：趴臥胸前、管路固定、適當保暖等)，即藉由肌膚的親密接觸及新生兒穩定的生命徵象，來促進親子依附關係的建立；7/22結束袋鼠護理後，個案表示「我第一次跟寶寶有這樣的接觸，覺得很感動，真的太謝謝妳了，我覺得有信心把寶寶照顧好！」「我終於抱到寶寶了，我已經可以想像寶寶跟我們一起生活的樣子了」。出院時經簡式健康量表評估結果為2分。7/22表示出院後仍儘量每天去醫院看寶寶和學習照顧技巧；8/1電訪

得知：個案約兩天探視寶寶一次，會協助餵奶與更換尿布，對學習照顧覺得很順利。8/14電訪表示寶寶8/12出院後返家，可與先生一同協助照顧寶寶。

討論與結論

本文探討一位32+5週植入性胎盤產婦接受剖腹產及非預期性子宮全切除的照護過程；透過持續評估疼痛指數，教導深呼吸技巧、漸進式活動、偕同案夫給予肢體按摩、放鬆及轉移注意力，並調整止痛藥物來改善疼痛，此與Steinberg等(2017)所提及的照護成效一致；在身體心像方面，個案住院初期提供30分鐘的會談與陪伴，利用解剖圖說明子宮構造、功能，與出血後切除的必要性，案夫一起提供關懷與支持，聯繫相同案例者的心路歷程分享，予以正向肯定儀容的整理，同時協助正視腹部傷口及參與換藥過程，以促進自我的認同；在照顧者角色緊張方面，經由跨團隊合作的方式，連同新生兒加護病房醫護人員，讓案家瞭解早產兒的照護方法、提供早產兒衛教手冊、協助袋鼠護理與簡單的照護活動，以增加親子依附的鏈結及照護的信心。

臨床上由於產後出血的發生常處於危急狀態，致使醫療團隊較無充裕的時間對個案及其相關家人進行仔細的說明，故產婦及其家屬較缺乏完整資訊的獲得，建議針對高危險性妊娠的孕婦於產檢過程，先告知生產的可能風險及相關醫療處置，以提升心理準備度；對於非預期性子宮切除的產婦住院時，建議提供具有保護性及支持性的環境(如：病房

安排、各單位聯繫等)，讓產婦能抒發女性失去子宮的情緒，協助夫妻之間對親密關係的溝通與討論，進而達到更完善的照護品質。

參考文獻

- 早產兒基金會(2019)·早產兒出院後一般性照護。https://www.pbf.org.tw/gtc_04_01_01
- 翁敏雪、周弘傑(2016)·父母於早產兒住院期間的親職議題及護理·*護理雜誌*，63(6)，114 - 119。https://doi.org/10.6224/JN.65.6.114
- 衛生福利部(2021，4月30日)·2020生產事故救濟報告。https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-5059-58136-106.html
- Afiyah, R. K., Wahyuni, C. U., Prasetyo, B., & Dwi Winarno, D. (2020). Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 1837. https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1837
- Dedden, S. J., van Ditschuijzen, M. A. E., Theunissen, M., & Maas, J. W. M. (2020). Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 80-84. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.047
- Gerstein, E. D., Njoroge, W. F. M., Paul, R. A., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2019). Maternal depression and stress in the neonatal intensive care unit: Associations with mother-child interactions at age 5 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(3), 350-358. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.08.016
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707-714. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008
- Kogutt, B. K., & Vaught, A. J. (2019). Postpartum hemorrhage: Blood product management and massive transfusion. *Seminars in Perinatology*, 43(1), 44-50. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.008
- Macho, P. (2017). Individualized developmental care in the NICU: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 17(3), 162-174. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000374
- Silver, R. M., & Branch, D. W. (2018). Placenta accreta spectrum. *The New England Journal of Medicine*, 378(16), 1529-1536. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1709324
- World Health Organization. (2019). *Maternal mortality*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Nursing Experience of a Patient Undergoing a Cesarean Section and Total Hysterectomy for Placenta Accreta

Jun-Chin Hsiao¹, Hsiao-Mei Chen²

ABSTRACT

This article describes the care process for a postpartum woman with a placenta accreta who underwent a cesarean section and an unexpected total hysterectomy, experiencing physical discomfort, loss of self-identity, and parental stress after the surgery. After collecting data, issues such as acute pain, body image disturbance, and caregiver role stress were identified. Methods to alleviate pain and the use of pain medication were taught. Anatomical diagrams were used to explain the function of the uterus and the necessity of the hysterectomy. The husband provided support and accompanied the patient throughout the process, and was taught about postoperative sexual lifestyle and shared similar case experiences. Assistance was given to understand premature infants' related information and care methods, to increase parent-child attachment and improve care confidence. For high-risk pregnant women, informing them of the possible conditions and related medical treatments during the delivery process can help them prepare psychologically. Providing a protective and supportive environment allows post-hysterectomy mothers to express emotions related to the loss of the uterus and maintain intimate relationships with their spouses, ultimately achieving better care quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 110-118)

Keywords: placenta accrete, premature birth, total hysterectomy

RN, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu-Chi Medical Foundation¹; Head Nurse of Obstetrics and Gynecology Ward Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu-Chi Medical Foundation²

Accepted: May 3, 2023

Address correspondence to: Chen Hsiao Mei 5F., No. 289, Jianguo Rd., Xindian Dist., New Taipei City 231036, Taiwan

Tel: 886-9-5226-5318 E-mail: amy1217@tzuchi.com.tw