

# 照護一位血小板低下症孕婦因死產接受引產之護理經驗

許仔瑯<sup>1</sup>、鄧雅芳<sup>2</sup>、陳雅芳<sup>3</sup>

## 中文摘要

本文旨在探討一位血小板低下症孕婦因死產接受引產之護理經驗。照護期間自2023年5月7日至5月12日。運用Gordon十一項健康功能評估項目，確認個案有產痛、潛在危險性出血、哀傷之健康護理問題。運用生產球、按摩及溫水淋浴以緩解引產疼痛；教導如何預防出血，會診血液腫瘤科以進行後續治療追蹤。透過陪伴、引導及抒發情緒，協助觸摸胎兒及提供時間、空間以進行告別，正視胎兒死亡之事實並進而接受。出院後續電訪追蹤，表示能定期追蹤血小板變化，並能以正向態度迎接未來生活。建議醫療單位能針對類似個案建立起關懷小組以進行後續電訪關懷，以確認返家身心狀況並及早發現異狀與進行轉介。冀望藉此照護經驗，能提供護理人員於類似個案照護之參考。(志為護理，2024; 23:5, 97-104)

關鍵詞：血小板低下症、胎兒死亡、引產

## 前言

對婦女而言，懷孕是人生重大的變化，為確保迎接新生命的到來，會注重自己健康並做出生活上的改變。若孕期合併重度血小板低下症，須提高醫療警覺，因這可能與子癩前症、免疫性血小板低下紫斑症、瀰漫性血管內凝血病等病徵有關，嚴重甚至威脅母嬰生命

(George & Mcintosh, 2023)。依衛生福利部國民健康署(2022)資料顯示，我國2021年出生通報數約16萬人次，其中有2004人次為死產，占比1.25%。若因孕期併發症而導致胎兒死亡機率則占比1.7%(衛生福利部統計處，2022)，其中又以35歲以上高齡產婦發生子宮內胎兒死亡率較高(Fretts & Spong, 2022)。孕期胎兒死亡會使婦女及其家庭面臨悲痛，

大里仁愛醫院護理師<sup>1</sup>、大里仁愛醫院護理長<sup>2</sup>、大里仁愛醫院護理督導<sup>3</sup>

接受刊載：2024年5月29日

通訊作者地址：鄧雅芳 台中市大里區東榮路483號

電話：886-4-2481-9900 #15770 電子信箱：dr@mail.jah.org.tw

甚至需要花數個月時間，去適應胎兒已離世的事實(柯，2018)。

個案為高齡產婦，於孕期產檢發現血小板低下症，且注意到胎動減少後即馬上就醫，卻得來胎兒死亡的消息，無法接受事實，更不知該如何面對期待有手足陪伴的大寶，故引發筆者的書寫動機，冀望能透過此次家庭照護之護理經驗，協助案家渡過失落過程，以提供護理人員臨床照護之參考。

## 文獻查證

### 一、子宮內胎兒死亡因素

子宮內胎兒死亡是指：在超音波檢查時發現胎兒心跳及臍帶血流停止；通常35歲以上婦女發生子宮內胎兒死亡的風險較高。死亡胎兒會增加母親瀰漫性血管內凝血病的發生風險，故建議儘早引產(Muin et al., 2021)。在孕早期胎兒死亡與先天異常、感染和母親潛在疾病有關；孕晚期胎兒死亡則與胎盤異常、臍繞頸、臍帶打結、臍帶斷裂及不明原因等有關(Fretts & Spong, 2022)。

### 二、胎兒死亡對家庭的影響及照護

當父母被告知胎兒死亡時，她們通常毫無預備，甚至會出現創傷後症候群；護理措施包括：引導父母抒發情緒，允許留下對死去胎兒的回憶及紀念，協助父母與胎兒告別、進行接觸、拍攝、為胎兒蓋手腳印、製作腳圈等(Fernández-Férez et al., 2021)。亦能透過信仰來表達悲傷情緒(高、林，2018)。若家庭成員有其他孩子時，父母可藉由接受胎兒死亡、承認家裡孩子的悲傷、及支持失去手足的失落感(Grunebaum & Chervenak,

2023)。在事件發生的當下，哀傷不一定會表現最強烈，後續進展必要時可轉介心理衛生及社會福利等機構，以幫助家庭重新適應及面對未來生活(林等，2018)。

### 三、產痛因應

隨著產程啟動與規律子宮收縮，會使待產婦感到疼痛不適；護理措施包括：允許產婦自由變換身體姿勢，教導生產球運動，採取搖動骨盆以緩解宮縮疼痛，或跪趴在生產球上以全身放鬆，同時可按摩或重壓尾骶骨痠痛處，以增進舒適度(何、高，2022)，亦可藉由淋浴放鬆肌肉及提供產婦喜歡的環境(如：播放喜歡的音樂、提供舒服的照明、減少噪音及維護隱私等)，適時的給予讚美、說明醫療處置及尊重個案想法，亦能減緩產痛帶來的恐懼感(何，2022)。

### 四、血小板減少症與產後出血

血小板減少症為孕期第二常見的血液異常狀況，尤其少於70,000/uI須懷疑是否有其他出血性疾病(George & McIntosh, 2023)。孕期血小板減少會出現牙齦出血、異常子宮出血、皮膚瘀斑等；而產後1~2個月血小板計數一般會回到正常值，故建議產後宜持續追蹤，不使用硬毛牙刷及牙線，及避免激烈活動(Subtil et al., 2021)。產婦宜被教導觀察惡露量方法，如：前幾天的正常惡露為小量(產褥墊上少於1吋)至中量(產褥墊上少於4吋)，若1小時有一塊以上的產褥墊完全浸濕及觸診子宮鬆軟時，則需進行子宮按摩，並注意產婦膀胱是否脹滿，以免影響子宮收縮及復舊，另外若發現陰道有血塊排出，可能為胎盤殘留組織，須

持續注意出血量(洪、曾，2018)。

## 基本資料

### 一、個案簡介

曾女士，41歲已婚，大學畢業，育有一女，擔任家庭主婦，使用國語、臺語溝通，信仰基督教。與丈夫及女兒同住，經濟來源為先生，家境小康。

### 二、懷孕史

懷孕史G2P2A0，第一胎於2014年2月18日自然分娩一名女嬰，此胎預產期於2023年5月22日，為非預期懷孕，第一孕期於婦產科診所產檢，原計畫助產所及居家生產，但檢驗報告顯示Platelet:50,000/uL，故轉診至醫院並進行後續的產檢及生產。

### 三、入院經過

5/5(GA = 37+5)晚上自覺胎動較平時強烈，5/6早上自覺無胎動經超音波顯示胎兒無心跳，5/7入院並依醫囑予以備血leucocyte-poor RBC(LPR) 4U、leukocyte-poor platelets (LPP) 24U、fresh frozen plasma (FFP) 12U，且21:45依醫囑予misoprostol 200mcg/tab 0.125顆 Q2H PO，並每3-4小時(& prn)陰道內診以評估產程進展，5/7 22:00宮縮10-15分鐘一次，持續20秒，子宮頸擴張:1公分，胎頭位置:未固定，5/8 12:10宮縮10分鐘2次，持續10秒，子宮頸擴張:2公分；5/8 19:00因產程無進展，依醫囑更換N/S 500ml+Oxytocin 1AMP，滴數由12ml/hr開始，每半小時上調6ml/hr，最大劑量120ml/hr；5/9 00:30宮縮約10分鐘2次，持續20秒，子宮頸擴張：3公分，個案主訴忍痛力差，待產過程每次宮縮

時都會覺得不舒服，08:00疼痛加劇伴隨想用力，宮縮10分鐘2-3次，子宮頸擴張:4公分，胎頭位置: -1，13:00宮縮10分鐘3-4次，子宮頸擴張:7-8公分，胎頭位置:+1，先生陪同入產房準備生產，13:47自然娩出一名男嬰，阿帕嘉(Apgar score)：第一分及第五分鐘0分，體重3,220公克，臍繞頸3圈合併臍帶打結，當下個案及其先生皆哭泣難以接受現況，協助執行告別及死胎護理，個案於5/12辦理出院。

### 四、護理評估

護理期間自2023年5月7日至2023年5月12日，收集資料乃是運用Gordon十一項健康功能評估，並藉由實際照護、溝通、觀察及 電訪追蹤等方式完成，資料分析如下：

#### (一) 健康感受與健康處理狀態

無抽菸及喝酒習慣，無慢性或特殊疾病，若有感冒情形會至診所就醫，原預計居家生產，但在婦產科診所產檢中發現血小板過低問題，故遵循建議改至醫院產檢，此項評估後無健康問題。

#### (二) 營養代謝型態

身高160公分，孕前體重61公斤，BMI值23.8，入院體重73.6公斤，孕期體重增加12.6公斤，屬正常範圍。5/7抽血檢驗RBC：1.97( $10^6$ /uL)、Hb：7.6g/dl、platelet:14,000/uL。入院時表示：「我懷孕後發現血小板低，這會好嗎?」、「聽說血小板低很容易出血，我要怎麼注意!」。同日備血時表示：「一定要輸血嗎?」。入院評估時發現左手臂上有5\*8公分瘀青。平日三餐多自己煮食，無挑食行為。產後食用院內月子餐，三餐皆

會剩一半的白飯，5/9會診中醫師，經建議每日飲用1-2瓶約500ml麥芽水以協助退奶。住院期間皮膚色粉紅且飽滿、口腔黏膜完整、無四肢水腫。此項評估後，有潛在危險性出血之健康問題。

### (三) 排泄型態

每日攝取1,500-2,000cc水分，無解尿困難或排尿疼痛等問題，產後3小時能自解小便、順暢，產後第三天已自解大便，性質軟且量中，住院間惡露量中、色鮮紅、無惡臭味及血塊，此項評估後無健康問題。

### (四) 活動與運動型態

產前多忙於家務，無運動習慣，於假日會與家人散步20-30分鐘或外出踏青。產後3小時採漸進式下床活動，無四肢無力及頭暈情形，約3-4小時能自行更換產褥墊並會陰沖洗，此項評估後無健康問題。

### (五) 睡眠與休息型態

產前睡眠時間約7-8小時，無入睡困難、睡眠中斷或熬夜等情形。待產期間因宮縮疼痛影響休息，睡眠易中斷，能於宮縮結束後補眠，產後能睡6-8小時，無黑眼圈及疲倦主訴，此項評估後無健康問題。

### (六) 認知與感受型態

意識清楚，具判斷能力。平常喜歡聽鋼琴演奏及宮崎駿水晶音樂。5/7表示：「肚子開始痛了，我很怕痛，會不會變得更痛？」。5/7皺眉表示：「肚子好悶痛，快不能忍耐了，怎麼辦？」、「好痛!腰也好痠，好不舒服」、「好痛!好痛!我生第一胎都沒這麼痛！」，觀察呼吸淺快，發出痛苦呻吟聲，身體蜷縮，雙手抓緊床單及棉被，5/8表示：「這麼

痛怎麼子宮頸都沒開？」，5/9 12:00表示：「好痛，到底什麼時候可以進入產房？」，血壓:133/80mmHg、脈搏:102次/分、呼吸:22次/分，依臉譜數字等級量表評估之疼痛指數為7分。此項評估後有產痛之健康問題。

### (七) 自我感受與自我概念型態

表示自己樂觀正向，認為家人的健康平安最為重要。5/7情緒低落哭泣表示：「為什麼?為什麼會發生這種事。」、「寶寶就這樣離開了，我到現在還是感到不真實，像是一場夢。」、「寶寶出來我可以看他嗎?我若沒有好好跟他告別，我一定會放不下，也會後悔一輩子。」；待產期間觀察有流淚、表情淡漠、眼神呆滯等，不願多與他人交流。此項評估後有哀傷之健康問題。

### (八) 角色與關係型態

第一角色為41歲女性，第二角色為母親、妻子、媳婦，現與女兒及案夫同住，家中重要事項由夫妻倆共同決策，與婆家和娘家能維持良好關係，此項評估後無健康問題。

### (九) 性與生殖型態

初經為13歲，月經週期約29-32天，每次月經約持續5天，月經量中無血塊、無經痛，每3年行子宮頸抹片檢查皆正常。育有一女，夫妻性生活穩定，平時採保險套避孕。此項評估後無健康問題。

### (十) 調適與壓力耐受型態

遇壓力事件會與案夫討論，且進行禱告並祈求事件能順利處理。住院期間表示：自己與家人們必須慢慢接受胎兒已離世的事實，之後出院會到教會禱告並祈求耶穌的幫助。此項評估後無健康問

題。

### (十一) 價值與信仰型態

個案及家人信仰基督教，幾乎每週日都會至教會，平時生活若有擔心或重要事件，會進行禱告並祈求耶穌的保佑，以維持心情平靜。此項評估後無健康問題。

### 問題確立、護理措施與評值

照護期間自2023年5月7日至5月12日，運用Gordon十一項之健康功能評估及實際照護後，確立個案健康護理問題包括：產痛、潛在危險性出血、哀傷。

#### (一) 產痛/與引產引起之子宮收縮有關

因胎兒死亡接受引產，待產期間因子宮收縮產生疼痛不適。

#### (二) 潛在危險性出血/與血小板數值偏低有關

因血小板數值低於正常值，有潛在危險性出血可能。

#### (三) 哀傷/與失去胎兒有關

因胎兒死亡接受引產，無法接受胎兒死亡事實。

### 護理措施

護理措施的執行分三方面：(一)執行緩解疼痛措施，表示疼痛改善；(二)了解出血徵象並加以預防，無大出血情形；(三)能共同參與胎兒之臨終護理，並接受胎兒已逝事實。分述如下：

#### (一) 執行緩解疼痛措施，表示疼痛改善

1. 鼓勵表達感受，傾聽及陪伴，提供獨立空間維持隱私及安靜，調整舒適柔和之燈光，鼓勵案夫陪伴在側及給予支持，需協助請隨時通知護理師，能執行減痛措施時，予以讚美及支持，增加個案信心；經評估無立即生產可能，且下肢肌力正常(5分)下，開立獨立空間，

由先生協助至浴室採溫熱水淋浴以促舒適。5/7表示：「溫熱水淋浴後舒爽，不然流汗身體黏黏的感覺，很臭又不舒服」。

2. 教導案夫按摩技巧，包括：於腰薦椎或個案感到疼痛不適部位，用手重壓或環狀按摩；臥床時每30-60分鐘協助變換姿勢，可用毛巾當捲軸以支撐及維持舒適；宮縮規律時，教導配合宮縮採深呼吸以及坐於生產球進行搖擺，或跪趴生產球上以放鬆休息，過程中每10分鐘探視及維護安全。5/7經案夫協助下床並使用生產球，宮縮時能配合深呼吸及骨盆搖擺運動，也能執行腰薦椎處按摩。5/9個案表示：「護理師教導我一些減痛方法，也讓我先生幫我按摩及陪我坐在生產球後，真的有覺得沒那麼痛了。」臉譜疼痛量表評估為3分。

#### (二) 了解出血徵象並加以預防，無大出血情形

1. 衛教出血狀況評估，包括：陰道大量出血、會陰傷口出血不止、牙齦出血、或皮膚異常紫斑；避免劇烈活動及碰撞；清潔口腔時不可用牙線及硬毛牙刷，以預防出血。產後教導子宮按摩技巧及使用圖片教導惡露量觀察，並將護士鈴置於隨手可得之處；當發現惡露量較多或1小時內產褥墊浸濕整塊，須告知護理師；5/9生產時失血量約300ml；住院期間每班評估BUBBLEHE(即：乳房、子宮、膀胱、腸道、惡露、會陰傷口、霍曼式徵象及心理調適)，觀察產後復舊及有無大出血情形；產後個案能自行執行子宮環狀按摩，並能說出如果1小時內產褥墊浸濕整塊，或有異常的紫斑出

現，應立即通知護理人員。返家後，仍需門診追蹤血小板數值。

2. 胎兒娩出後，依醫囑給予 N/S 500ml 500ml+oxytocin 1amp，並維持滴注至產後第二天；輸注FFP 12U及LPR 4U、LPP 24U，並說明輸血原因及其輸注過程若出現發冷、發熱、皮膚癢、呼吸困難等不適情形，應告知護理人員；予以生命徵象監測。5/11會診血液腫瘤科後抽血報告platelet:93,000/uL，仍須持續追蹤。住院期間無大出血情形。

### (三)能共同參與胎兒臨終護理，並接受胎兒已逝事實

以溫和口氣主動自我介紹，安排獨立房間，避免鄰床有新生兒以免觸景傷情。住院期間施以同理進行傾聽及陪伴，鼓勵心情抒發。鼓勵案夫多陪伴，並提供心理支持及關懷。5/8哭泣的表示：「雖然在意外下懷孕但仍非常期待二寶到來，現在他沒了，我好傷心，從期待的心變成須接受胎兒死亡的消息。」

胎兒娩出後偕同醫師解釋胎兒死亡原因，接受個案哭泣，透過拍肩及輕撫背部等方式，來安撫其哀傷情緒。協助個案及案夫來觸摸胎兒肌膚、穿戴衣服、製作腳圈等且拍照紀念，並引導與胎兒道別。製作胎盤拓印並蓋上胎兒腳印、寫上胎兒小名予以紀念。介紹同信仰之資深基督教護理人員，帶領個案及案夫進行禱告，以安定情緒。5/12個案表示：「我已經接受孩子不在的事實，小孩可能也還沒準備好來到世上，現在應該在天上當快樂的小天使了，若有緣分小孩會再來的。」

住院中協助視訊家中大寶，由父母向大寶說明腹中弟弟已經被耶穌帶走，向大寶承認父母自己的悲傷也體會大寶失去手足的失落感。產後憂鬱量表評估為11分，鼓勵個案及案夫表達想法及對未來計畫並轉介社工服務，以獲得社會福利補助等訊息。5/25經電訪追蹤，個案表示：「我每天晚上都會跟先生一起禱告孩子在天上能過得開心。真是謝謝在醫院大家的協助讓我跟先生能跟這胎好好道別並有共同回憶。」

### 討論與結論

本文描述一位懷孕期間發現血小板低下的產婦，於足月時卻面臨胎兒死亡及接受引產之護理經驗。在引產期間評估個案有產痛、潛在危險性出血及哀傷之健康問題。偕同案夫參與多元化護理設計，包含生產球、背部按摩及骨盆搖擺運動以渡過產痛；衛教異常出血徵象的評估、主動觀察產後惡露量及生命徵象等，以維護生命安全。個案在待產期間出現情緒低落、哀傷、神清呆滯等狀況，與Fernández-Férez et al.(2021)文獻中所載相同，並依同理的角度，陪伴、傾聽、及接納他們的情緒，且不予批判；協助觸摸胎兒、製作腳圈、胎盤拓印等以進行道別護理，進而促進對胎兒死亡事實的接受。林等(2018)提出最強烈的哀傷情緒表現，不一定在事件發生當下，有可能於返家後才發生，因此在個案同意下，應進行後續電訪追蹤，以了解個案返家後的身心狀況。礙於住院照護天數有限且無法讓家中大寶參與道別過程，因此影響手足間哀傷處理的廣

度，此為本文最大之限制；另外，產科個案管理師非醫院評鑑之必備人力，限制了持續追蹤的時間與範圍，因此建議醫療單位能針對類似個案建立關懷小組以進行後續電訪關懷，來確認個案返家之身心狀況並及早發現異狀與適時轉介，也建議產科護理人員需增進自身的心靈照護及關懷等技巧，讓類似個案都能獲得適當的心理支持，最終能達到護理品質的提升。

### 參考資料

- 何倩儀、高千惠(2022)·待產期間姿勢改變對生產的影響·*助產雜誌*，62，8-12。  
[https://doi.org/10.6518/TJOM.202205\\_\(62\).0002](https://doi.org/10.6518/TJOM.202205_(62).0002)
- 林素妃、林秋蘭、蔡佳容(2018)·安寧療護喪親家屬之哀傷輔導服務·*北市醫學雜誌*，15(3)，1-9。  
[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201809\\_15\(3\).0001](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201809_15(3).0001)
- 柯淑華(2018)·分娩期異常的護理·於高美鈴總校閱，*實用產科護理*(八版，689頁)·華杏。
- 洪志秀、曾英芬(2018)·產後期的護理·於高美鈴總校閱，*實用產科護理*(八版，460-477頁)·華杏。
- 高舒、林耀盛(2018)·哀悼時刻：照顧者從臨床陪伴到「後臨終」情感現象的心理轉化經驗·*中華心理衛生學刊*，31(3)，275-301。  
[https://doi.org/10.30074/FJMH.201809\\_31\(3\).0004](https://doi.org/10.30074/FJMH.201809_31(3).0004)
- 衛生福利部國民健康署(2022，10月18日)·110年出生通報統計年報。  
[https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/16186/File\\_19958.pdf](https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/16186/File_19958.pdf)
- 衛生福利部統計處(2022，06月30日)·110年死因統計摘要表。  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-78403-04182c61-db55-4bfc-9684-3f397e81f375.html>
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
- Fretts, R. C., & Spong, C. (2022). Stillbirth: Incidence, risk factors, etiology, and prevention. UpToDate. Retrieved May 07, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/stillbirth-incidence-risk-factors-etiology-and-prevention>
- George, J. N., & Mcintosh, J. J. (2023). Thrombocytopenia in pregnancy. UpToDate. Retrieved May 07, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/Thrombocytopenia-in-Pregnancy>
- Grunebaum, A., & Chervenak, F. A. (2023). Stillbirth: Maternal care. UpToDate. Retrieved May 07, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/Stillbirth-Maternal-Care>
- Muin, D. A., Scharrer, A., Farr, A., Kiss, H., & Haslacher, H. (2021). Timing of hospital admission for stillbirth delivery on maternal and obstetric outcome: A retrospective cohort study. *Scientific Reports*, 11(1), 18854. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98229-9>
- Subtil, S. F. C., Mendes, J. M. B., Areia, A. L. F. D. A., & Moura, J. P. A. S. (2021). Update on thrombocytopenia in pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42, 834-840. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721350>

# Nursing Experience in Caring for a Pregnant Woman with Thrombocytopenia Who Underwent Induction of Labor Due to Stillbirth

Yu-Tang Hsu<sup>1</sup>, Ya-Fang Teng<sup>2</sup>, Ya-Fang Chen<sup>3</sup>

## ABSTRACT

The paper described the nursing experience of a pregnant woman with thrombocytopenia who underwent labor induction due to stillbirth. The care period was from May 7 to May 12, 2023. Using Gordon's eleven functional health patterns, the patient's health issues related to labor pain, potential risk of bleeding, and grief were identified. Pain relief methods included the use of a birthing ball, massage, and warm showers. Instructions on preventing bleeding were provided, and a consultation with the hematology and oncology department was arranged for follow-up treatment. Emotional support included companionship, guidance, and helping the patient to touch the fetus and providing time and space for farewell, along with facilitating the acceptance of the fetal death. Follow-up calls after discharge indicated that the patient could regularly monitor her platelet levels and approach future life positively. It is recommended that medical units establish care teams to conduct follow-up calls for similar cases to monitor home physical and mental status, detect abnormalities early, and provide timely referrals. This nursing experience aims to offer a reference for nursing staff in the care of similar cases. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2024; 23:5, 97-104)

Keywords: fetal death, induction of labor, thrombocytopenia

---

RN, JEN-AI hospital<sup>1</sup>; Head Nurse, JEN-AI hospital<sup>2</sup>; Supervisor, JEN-AI hospital<sup>3</sup>

Accepted: May 29, 2024

Address correspondence to: Ya-Fang Teng No. 483, Dongrong Road, Dali District, Taichung City

Tel: 886-4-2481-9900 #15770 E-mail: dr@mail.jah.org.tw