

一位子癇前症併發腦出血與 緊急剖腹初產婦之產後護理經驗

洪麗婷¹、陳曉玫²

中文摘要

本文描述一位初產婦於分娩過程中因子癇前症併發癲癇與腦出血，緊急剖腹產後之護理經驗。個案術後除面臨生理不適，亦遭遇新生兒照護與親子依附受限的挑戰。自2022年3月20日至3月24日，透過身體評估、觀察、會談及病歷查閱進行資料收集，確立主要健康問題為：身體活動功能障礙、急性疼痛及家庭因應能力不足。護理措施包括運用復健五階段概念協助提升活動能力，持續評估並緩解疼痛，以及以家庭為中心的照護策略增進親職角色信心。因COVID-19疫情影響，院方限制新生兒加護病房探視，進一步阻礙母嬰早期依附，顯示空間規劃與支持系統的重要性。此案例提供臨床照護之參考，強調在重症產婦護理中，除生理照護外，更需兼顧心理支持與家庭因應，以促進母嬰健康與人文關懷的落實。(志為護理, 2026; 25:2, 123-133)

關鍵詞：子癇前症、腦出血、剖腹產、親子依附、產後護理

前言

從懷孕開始，孕婦及家人就期待未來的生產過程順利，然而子癇前症(pre-eclampsia)是懷孕中、後期可能發生的疾病，其發生率於臺灣與全球分別為2%-5%與5%-14%，它是造成孕產婦死亡的三大原因之一；孕婦當子癇前症合併癲癇發作，不但會影響個案肺、肝與

腎等臟器的運作功能，且會威脅母嬰的健康與生命，緊急狀況下需將胎兒娩出(何, 2018)。子癇前症的個案於生產過程可能會突然的血壓升高而發生非預期腦血管破裂，這也對個案及其家人造成巨大的身心衝擊與壓力(Witcher, 2018)。對於臨床產科護理人員而言，在照護這些特殊案家於整個事件的調適過程中，如何運用有效的策略來維持與促進母嬰

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院護理師¹、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院護理長²

接受刊載：2026年1月2日

通訊作者地址：洪麗婷 新北市新店區建國路289號

電話：886-6628-9779 #1551 電子信箱：liting19890207@gmail.com

依附關係的鏈結，並協助案夫對新生兒照顧與其家庭因應的能力，是一項頗為重要的服務議題。

本案為妊娠39+4週的初產婦，妊娠期間即發現子癇前症，產檢期間並未發生嚴重的合併症，卻在分娩用力過程時發生全身痙攣而緊急剖腹娩出胎兒；產婦除了入住外科加護病房外，新生兒也因病況不穩需要特別照護而入住了加護單位，使得這名個案經歷腦血管破裂、剖腹生產及產後生理不適與心理壓力，也因母嬰分離進一步的影響親職角色的認同；案夫對其妻子及新生兒的健康亦倍感焦慮，故引發筆者照護之動機；透過深入了解個案整個生產歷程之身心變化，同時協助案家於出院後具備新生兒照護之因應能力，也將此次護理經驗與同仁分享，以提供未來類似個案的照護參考。

文獻查證

一、子癇前症與產程腦出血之產後護理

子癇前症是一種以高血壓、蛋白尿和水腫為特徵的妊娠併發症，臨床表現因人而異，嚴重者甚至會導致孕婦或胎兒死亡(Witcher, 2018)。待產婦當癲癇發作時，需要緊急將胎兒娩出，若分娩中血壓急速升高而導致腦血管破裂與出血時，稱之高血壓性腦出血，有高達80~90%病人會出現運動障礙並影響身體活動的功能(Lendraitiene et al., 2017)。依腦部出血部位與範圍的不同，患者會呈現不同的活動功能障礙，主要以肢體無力、身體障礙為主(邱, 2018)。個案急性期過後的肢體復健，可依不同階段來

進行，包括：「躺」簡易主動四肢關節運動；「坐」每次30分鐘於床旁練習坐姿，每日至少三次；「站」至少30分鐘於床旁站立；「動」運用合適的復健輔助器協助下床活動；「走」確認下肢耐力可耐受站姿，指導病人針對受損的功能採代償措施，例如健肢輔助患肢進行日常活動(翁等, 2018)。上述五階段的復健過程，可以提供教材或衛教影片，以引發個案學習的動機並加深對學習內容的記憶(黃、曾, 2020)。

二、剖腹產後之疼痛護理

剖腹產婦普遍存在急性疼痛的問題，當疼痛發生時產婦可能表現臉部表情緊張、躁動不安或疼痛不適等主訴；護理措施包含：持續生命徵象監測與疼痛評估，使用疼痛指數0~10分並評估疼痛之性質、位置、強度(Karcioglu et al., 2018)，給予止痛藥、採集中護理、剖腹傷口換藥盡量輕柔、教導漸進式活動、使用電動床或束腹帶等輔具、採取舒適的半坐臥、咳嗽時按壓腹部以減緩傷口周圍皮膚的震動，教導深呼吸、肢體按摩，轉移注意力等，以減輕術後疼痛的問題(楊等, 2021)。

三、初產婦出院準備與家庭因應能力之提升策略

重症周產期間對產婦來說，是一個身心充滿挑戰的時期，當胎兒出生且入住新生兒加護病房時，不但減少親子互動的機會，也讓父母對於新生兒病情的變化與結果、加護醫療與相關處置等，產生壓力、焦慮與不確定感，甚至構成家庭危機(楊等, 2021)。重症產婦照顧多以維持生命徵象穩定、緩解疼痛等優

先，較常忽略伴侶及新生兒的需求；而當事件發生時伴侶亦倍感無力，若又缺乏足夠的資訊且獨自要承擔產婦與新生兒的照顧責任，將陷入心力憔悴與苦惱當中(Moore et al,2019)。為增進產婦之親子連結並提供以家庭為中心的照護，應主動關懷、傾聽與同理家屬的疑慮與不安，主動告知病情進展，使用照片及圖片等衛教手冊或實體操作，來增進個人及家屬對嬰兒照護之技巧與信心，協助家庭建立具支持性的網絡並提供必要與相關的支持團體資訊，以增進產婦母性角色之建立，同時與主要照顧者一起擬定出院照護計畫，以增進新生兒返家後的照護能力(許等，2017)。

護理過程

一、個案簡介

陳女士，34歲，大學畢，為銀行業務員。7歲時因尿液回流曾接受手術治療；多年前發現左側乳房良性腫瘤，每年定期追蹤未手術；左側甲狀腺結節未追蹤用藥；案夫，36歲，為科技業人員及主要照顧者，決策方式為夫妻共同討論決定，互動良好。案父因患大腸直腸癌已過世，案母有心臟病史，個案無其他兄弟姊妹。孕產史：懷孕1次，胎次0次，此胎為自然受孕，預產期2022年3月20日。妊娠24週診斷有子癩前症，產檢時有蛋白尿、血壓偏高、下肢水腫等情形，定期於本院產檢追蹤。

二、本次住院經過

妊娠39+4週無產兆，經醫師評估於3月17日入院催生。3月18日 04:54子宮頸全開，05:20自然破水，08:35分用力

分娩時出現全身痙攣、意識改變，行緊急剖腹產及全身麻醉，生產時出現胎盤早期剝離、胎兒窘迫、疑似羊水栓塞等併發症，故產臺未執行親子肌膚接觸；新生兒娩出Apgar score：2分(第一分鐘)轉7分(第五分鐘)，送至新生兒加護病房觀察。3/18 08:42生產時置入6.5mm氣管內管接ventilator PCV mode、FiO₂：100%、Rate：12bpm、PEEP：6cmH₂O，鼻胃管放置進行胃減壓，呼吸規則平順，術中未輸血；10:43術後轉至外科加護病房，GCS：E1VEM1，雙側瞳孔大小3.0mm(+)，四肢肌力皆1分；術後每小時之生命徵象分別為體溫35.1-37.8°C、血壓123-183/76-116mmHg、心跳64-117bpm、呼吸12-23bpm、血氧：95-100%，D-dimer> 10,000ng/ml；因產程中疑似羊水栓塞，經肺部電腦斷層血管攝影顯示：無肺動脈栓塞及主動脈剝離，但有雙側少量的肋膜積水，腦部電腦斷層血管攝影顯示：右額葉有輕微蜘蛛膜下出血2.5mm。3/20由加護單位轉至產後病房，3/23開始口服adapine S.R.F.C(30) 1tab QD控制血壓。3/24病況穩定後出院，愛丁堡憂慮量表為8分，後續安排於神經內科、心臟內科等門診追蹤。

於3月18日，因母親抽搐緊急剖腹產娩出一名女嬰，出生後四肢癱軟，活力差，鼻翼扇動、胸肋凹，Apgar score:2分轉7分轉9分，予ambu bagging後，直入新生兒加護病房使用呼吸器治療及觀察。3月18日-19日依醫囑禁食中，3月20日因呼吸喘於加護病房使用呼吸器，且母親尚未擠母乳前來，經醫師解釋後取得母

親同意使用配方奶餵食，於3月23日開始脫離呼吸器並協助餵食母乳。於3月26日精神活力佳，哭聲宏亮，食慾佳，經醫師診視後於3月29日出院。

護理評估

2022年3月20日至3月24日於產後病房照護期間，以Gordon十一項健康功能型態評估，並藉由觀察與會談、身體評估及病歷查閱等方式來收集資料，結果如下：

(一)健康認知與健康處理型態

自覺平時健康狀況良好，多採均衡營養及運動，未服用任何藥物；孕期有補充綜合維他命。孕前血壓100-110/60-70mmHg，孕中期(24週)血壓開始偏高，約106-145/66-89mmHg、尿蛋白：-~+、下肢水腫：1+，未服用藥物但按時產檢；孕期胎動及胎兒生長正常，無嚴重的子癇前症。住院期間，能配合治療及相關照護問題，經評估無此項健康問題。

(二)營養與代謝型態

身高160公分，孕前體重54公斤，孕後期66公斤，符合標準的體重範圍。個案表示平時不挑食，無特別的食物偏愛，水分攝取1800-2000ml/天，口腔黏膜完整，無消化不良、嘔吐等情形。3/17入院之Hb:12.4g/dl，3/18剖腹時Hb:12.2g/dl，術後失血含羊水約600ml，未輸血，3/18術後腹部傷口一處，約14X0.1cm²，傷口縫線之外觀乾淨無紅腫或出血。3/18術後禁食，放置鼻胃管及胃減壓，當天22:43移除鼻胃管，3/20採院內流質飲食及3/21普通飲食，也搭配家人準備的魚湯、滴雞精等點心，能配合漸進

式飲食，食慾可，無吞嚥或咀嚼困難。3/20轉入病房後暫無此項健康問題。

(三)排泄型態

平時排尿6-8次，小便順暢呈黃色，每日排軟便一次，皮膚溫暖粉紅；在孕中及孕後期有頻尿及便秘情形，經服用益生菌後可改善；雙下肢水腫1+；3/18剖腹產留置導尿管，尿液色黃、無沉澱物，尿液檢查結果正常，3/21移除導尿管，自解尿液順暢。產後病房期間排便順暢，質地軟，經評估無此項健康問題。

(四)活動與運動型態

孕前習慣一週一次至健身中心重訓，懷孕後每週約2-3次在住家附近散步，每次約30分鐘。3/18入住加護病房GCS：E1VEM1，四肢肌力皆1分；12:30 GCS改善為E3VEM6，呼喚後能睜眼，並配合指令活動，但四肢肌力：雙上肢3分，雙下肢2分。19:54 GCS：E4VTM6，而3/18全身痙攣發作後直到出院，未再有抽搐情形。3/19 移除氣管內管後GCS：E4V5M6，四肢肌力已達3分。3/20轉至產後病房，四肢肌力3-4分；3/21 10:00床上練習坐起時身體會往後傾斜，須由先生及護理人員扶持，雙上肢肌力5分，雙下肢肌力4分，下肢水腫1+，坐立15分鐘因會感到頭暈而躺回床上；3/23可由先生陪同步行至廁所盥洗或是將擠出的母乳送至新生兒加護病房，不須使用步行輔助器；3/23四肢肌力皆為5分。3月21日至3月22日口服止痛藥後一小時之ADL日常生活活動量評估為50分(屬重度依賴)；3月21日個案表示「我在加護病房感覺全身沒力氣，左手抬不起來，

擔心會不會是真的中風了！」、「現在左邊覺得沒力，但比在加護病房好多了。」；經評估有腦出血導致身體活動功能障礙，及自我照顧能力缺失等健康問題。

(五)休息與睡眠型態

每日平均睡眠時間約8小時，孕中後期因頻尿現象需要夜間起床如廁，但不致難再入睡及精神倦怠。住院期間每日睡眠平均約5-7小時，3月20日個案表示：「有時候因傷口痛跟宮縮痛，晚上常會痛醒。」、3月21日表示「轉到病房我睡得比較好，但開始床上坐起及嘗試下床時傷口就又很痛，夜間睡眠至少醒來5次以上」；經評估有因剖腹傷口疼痛引起睡眠型態紊亂之健康問題。

(六)認知與感受型態

聽覺及視覺正常，意識清楚、邏輯思考、判斷力、記憶力與學習能力皆屬正常。3月20日轉入產後病房之意識清楚，但大部分時間採閉眼休息，叫喚後可睜眼及正常回答問題。產後觸診宮底位置時表情皺眉。3月20日主訴：「開始床上坐起及嘗試下床時感到剖腹傷口很痛。」、「下腹疼痛的感覺是刺刺的痛，宮縮的感覺是悶悶一陣一陣的痛，而當兩個痛同時發生時，會讓我很不舒服。」、「疼痛部位就在子宮那裡，痛的時候要平躺約15分鐘才會緩解。」、「下床時傷口疼痛會比較嚴重，宮縮痛的時間就不一定了」；個案臉部表情皺眉、有退縮與僵硬等肢體行為，疼痛十分量表評估結果約5-6分。經評估有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受與自我認知型態

自述個性容易緊張，此胎是計畫中受孕，原是開心迎接這一胎的到來，沒想到變成了剖腹產，且嬰兒病況不穩入住新生兒加護病房，使用呼吸器及放置口胃管；對於無法親子同室及親餵母乳，感到自責與難過。3月21日視訊會客後，個案流著眼淚表示：「我肢體有一點沒力，很擔心之後沒辦法照顧小孩怎麼辦？也很擔心會造成先生的負擔」。3月22日表示：「寶寶需要幾天他的呼吸才能較為穩定？我很擔心沒有親餵母乳或乳汁無法增量。」、「看到寶寶身上好多的管子，內心很不捨，可是我有在吃抗癲癇藥，這樣可以餵母乳嗎？」；觀察個案表情愁苦，眼眶含淚，會不斷詢問先生及護理人員有關嬰兒的狀況，或一直用手機查詢新生兒呼吸窘迫等醫療資訊。經評估有增進家庭因應能力的準備度之健康問題。

(八)角色與人際關係型態

擔任女兒、妻子、媳婦及母親等角色，為雙薪家庭，平時與案夫同住，遇到事情會找先生討論及一起解決，親戚朋友之互動融洽。案母有心臟病能按時服藥控制，和案夫之雙親均住於南部。個案對孕育新生命已期盼良久，原計畫要育嬰留停二年以專心照顧寶寶，然而這次突發的腦出血入住外科加護病房，且寶寶也於新生兒加護病房，加上COVID-19疫情的訪客限制，僅能透過視訊聯繫，大大限制了實體的親子互動。個案對未來的新生兒照顧感到壓力，且缺乏育兒知識與自信。3月21日案夫表示：「太太從床上起身及下床時仍需要攙扶，她會說左邊沒力氣，醫師說會慢

慢恢復，但我很擔心她之後無法照顧自己及寶寶，我白天又要上班，該怎麼辦？」、「寶寶洗澡會不會很困難？我不知道要怎麼幫太太照顧寶寶才能減輕她的壓力。」；由於個案與案夫皆為新手父母且未與長輩同住，經評估後有增進家庭因應能力準備度之健康問題，這與突發事件所引起的照顧技能缺失有關。

(九)性與生殖型態

初經年齡14歲，月經規則約28-30天/週期，經血量中，無痛經情形。平時以保險套避孕，性生活滿意，此胎為計劃中懷孕。產後表示暫未規劃第二胎，還會以保險套避孕；經評估無此項健康問題。

(十)壓力因應與耐受型態

個性自述容易緊張，平時適應環境良好；當面臨壓力時會與先生或親友共同討論及處理，先生也會尊重她的意見。3月21日案夫表示：「太太血壓偏高及腦出血，回家不知道要注意什麼？該怎麼預防再次中風？」，隔日案夫眼睛泛血絲、皺眉及嘆氣的表示：擔心寶寶病況及無法勝任親職任務；經評估後有增進家庭因應能力準備度之健康問題。

(十一)價值與信念型態

無宗教信仰，但家裡有拜觀音，若遇困難不會求神問卜，而會針對問題與先生或親友共同討論，並尋找解決方法。

問題確立

綜合上述之評估結果，個案有身體活動功能障礙、急性疼痛、增進家庭因應能力、自我照顧能力缺失、及睡眠型態紊亂等健康問題；因篇幅限制，以下將

針對前三項問題及其導因，進行個別性的護理措施與評估。

護理措施與評估

一、身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙所造成肌力減少有關(3月20日確立)

主客觀資料：

3月20日四肢肌肉力量3-4分。3月21日表示「我在外科加護病房感到全身沒有力氣，左手抬不起來，擔心會不會真的中風了！現在左邊覺得沒力，但比在加護病房好多了。」床上練習坐起時身體會往後傾斜，雙上肢肌力5分，雙下肢肌力4分。在使用止痛藥下依ADL日常生活活動量表評估後之總分為50分，屬於重度依賴。腦部電腦斷層血管攝影顯示：右額葉有輕微蜘蛛膜下出血2.5mm。

護理目標：

3月21日前家屬能協助個案進行左側肢體的被動運動，每次15分鐘。3月22日前個案能使用非慣用的手(左手)執行日常生活至少二項。照顧期間，左側肢體無關節僵硬或攣縮情形發生。

護理措施：

每四小時評估及紀錄個案肌肉力量、關節活動度及僵硬情形。運用五階段肢體的復健原則，鼓勵使用右上肢去抓握對側床欄，與護理人員、家屬共同完成翻身、擺位等。協助個案用左手拿毛巾擦臉、握杯子喝水、取物及滑手機看寶寶照片等，以增加主動運動。鼓勵個案以手腕彈力帶繫於左手手腕處，並以右手協助左手進行主動運動，每項執行15次，每日執行3次。照會復健科與擬定

個案復健計畫，復健師以示範方式教導個案及家屬如何執行15分鐘的被動運動與健肢協助患肢關節運動，也示範及衛教家屬如何協助個案於被動運動前予以肢體按摩，來放鬆肌肉及增加關節運動時的最大弧度；個案做關節床上被動運動及左手主動運動時給予口頭稱讚。指導家屬協助個案上下床採漸進式，並將病床調高至膝蓋位置，起床時的動作宜緩和，每日坐及站於床緣30分鐘至少三次，若無不適再穿上鞋子、站穩後再使用床旁便盆椅及坐輪椅。指導家屬協助個案使用助行器步行至廁所盥洗或如廁。

護理評估：

案夫協助個案執行被動運動前能給予肢體按摩，且能正確執行關節被動運動。3月22日個案可使用左手執行刷牙、擦臉、梳頭、短暫滑手機等動作。出院期間個案四肢無關節僵硬、攣縮，肌肉力量5分。3月31日電話聯繫及關懷個案於月子中心的休養情形，ADL日常生活活動量表已達100分。

二、急性疼痛/與剖腹傷口及子宮收縮有關(3月20日確立)主客觀資料:

3月20日表示：「開始床上坐起及嘗試下床就會感到傷口很痛。」、「下腹部感覺刺刺的痛，子宮收縮則感覺悶悶一陣一陣的痛，若兩個痛同時發生時，讓我很不舒服。」、「疼痛部位就在子宮那裡，痛時平躺約15分鐘才能緩解。」、「下床時剖腹傷口痛得較為嚴重，宮縮痛的時間就不一定。」、「剖腹傷口跟宮縮痛會讓我晚上睡不好，有時候因翻身疼痛，晚上會醒來五次以

上。」剖腹傷口一處約14 x 0.1cm²，當觸診產後宮底位置時，個案表情皺眉，要求過止痛藥，並因疼痛問題無法自行下床。以疼痛十分量表評估個案疼痛指數介於5-6分，有退縮與僵硬等肢體行為。3月21日表示：「轉到病房我有睡得比較好，但開始由床上坐起或嘗試下床時，就又会感到傷口很痛」。

護理目標：

3月22日前個案能說出至少兩種減輕疼痛方法。出院前疼痛指數能降至3分以下。

護理措施：

鼓勵個案表達對疼痛的感受，予傾聽及心理支持。教導個案使用電動床來輔助活動或改變姿勢時以手固定腹部傷口，以防肌肉牽扯造成疼痛。使用束腹帶，並教導活動、咳嗽時可用手按壓腹部傷口以減緩震動。協助半坐臥，教導並示範深呼吸技巧。指導案夫協助個案轉移注意力或進行四肢按摩與舒緩。以疼痛評估量表每四小時評估其疼痛部位、性質及持續時間。評估剖腹傷口之外觀、是否出血、滲液、或感染徵象等，並依剖腹傷口敷料的性質採必要性換藥且動作輕柔，也說明傷口現況。採集中護理，以增加個案休息時間，必要時依醫囑給予口服藥paran 500mg 1# QID。

護理評估：

3月21日個案半坐臥於床上，能深呼吸方式及滑手機來轉移注意力。3月22日經案夫協助下能正確使用束腹帶。出院時表示：宮縮痛已緩解，疼痛指數已降為1-2分，可自行上下床活動及如廁。

三、增進家庭因應能力/與突發事件引起照顧比重失衡及家屬面對個案、新生兒等照護問題有關(3月20日確立)

主客觀資料：

3月21日案夫表示：「太太從床上起身及下床仍需要他攙扶，她說左邊感覺沒有力氣，但醫師說會慢慢恢復，我其實很擔心她會不會因此中風或是回家無法照顧寶寶。」、「太太血壓偏高及腦出血，回家不知道要注意什麼？該怎麼樣預防再次中風？」、「我肢體有一點沒力，很擔心之後沒法照顧小孩，怎麼辦？也很擔心會造成我先生的負擔。」。3月22日「寶寶需要幾天他的呼吸才能較穩定？我很擔心沒有親餵母乳，或乳汁無法增量。」、「看到寶寶身上管子好多，內心很不捨，可是我正在吃抗癲癇藥，這樣可以哺餵母乳嗎？」經腦部電腦斷層血管攝影結果為：右額葉輕微蜘蛛膜下出血。3月21日至3月22日當個案表示擔心寶寶病況及無法勝任母性任務時，案夫有皺眉及嘆氣等反應且眼睛泛血絲。案夫與新生兒分離，且對未來個案與嬰兒照顧的技能不了解。個案未發生腦出血前，預計育嬰留停兩年及專心照顧新生兒，事件發生後案夫表示對個案狀況及新生兒照護缺乏經驗，且長輩親人都住在南部，遠水救不了近火。住院期間，案夫會重複詢問日後有關親人照護上的問題，且表現焦慮。

護理目標：

3月23日前個案及案夫可主動學習並正確操作育兒技巧至少三項，如更換尿布、執行瓶餵、新生兒沐浴等。出院前，案夫能說出改善照顧比重的應對措

施至少二項。於3月31日出院後一週電訪，案夫能主動說出照護壓力已減輕。

護理措施：

評估個案對中斷母乳哺餵的理解程度，由兒科醫師告知新生兒病況，並鼓勵她雖不能親餵但能以手擠乳或儲奶方式，將母乳送至新生兒加護病房做備用。主動向雙親介紹新生兒加護病房入院須知、疫情期間預約視訊會客方式並提供單位24小時諮詢電話。以翻轉教學的方式，請案夫及個案先觀賞新生兒照顧技巧，再以嬰兒模型進行尿布更換、奶瓶餵食、新生兒沐浴等示範動作。會診社工師，共同關懷和協助案夫心理調適，引導情緒抒發並提供紓壓管道。會診藥師以進行母乳哺餵期間的藥物指導，如：抗癲癇藥服用前或後1小時再進行哺餵母乳或收集母乳。向個案及案夫說明出院後婦產科個案管師的介入與電訪追蹤，也提供24小時母乳諮詢專線或是醫院、社區等母乳哺育支持團體。為因應個案腦出血所導致肢體活動暫時的受限問題，與家屬討論返家後可行照護方式，如：提供到府保母、月嫂及自費居服員等資源，可視情況延長照護天數等。召開家庭會議，與家庭成員溝通如何分配照顧責任，以降低案夫的壓力及疲憊。教導個案及案夫應早、晚測量血壓並加以記錄，也要避免引起血壓升高的其他狀況。

護理評估：

3月23日個案與案夫可正確執行更換尿布、親餵及瓶餵等技巧，可執行至少三次假嬰兒的正確沐浴流程。3月24日案夫與個案共同決定先到月子中心調養身

體，再視身體恢復狀況預約到府保母，以協助個案對嬰兒的照顧，且產後期間個案母親、案夫雙親會輪流北上協助他們。3月29日經案夫陪同下回婦產科門診追蹤，個案開心的表示：「寶寶病況穩定能今日出院。」；3月31日電聯關懷，案夫表示個案在月子中心已開始親餵母乳，能幫寶寶換尿布及更衣，自己下班後即回到月子中心協助個案，也能定時量血壓及服用降血壓、抗癲癇等藥物，同時說明壓力有些減輕，並感謝醫護團隊的協助。

討論與結論

本文旨在描述一位初產婦於分娩過程中因全身痙攣進行緊急剖腹，術中發生腦出血及入住外科加護單位，術後傷口疼痛及產後對於自己未來能否回復健康及新生兒照顧等問題感到困擾，因此需要提供增進家庭因應能力的協助。於個案身體活動功能障礙的護理中，參考翁(2018)等人提出復健五階段，並掌握個案復健的黃金時間，予以漸進式增加肢體活動及個人的控制能力，所幸出血範圍不大，於住院期間她的腦部血塊已自行吸收，且於出院前肌力恢復到5分，意識無改變，並安排腦神經外科的後續門診追蹤。於疼痛方面的護理中，除了持續評估疼痛性狀及轉移注意力等各項措施，出院後至月子中心也可依狀況需要口服止痛藥物，門診追蹤得知個案已無疼痛問題。另外，筆者藉由會談、陪伴及鼓勵個案表達想法，提供安靜且獨立的空間並使用有圖示的衛教單張、實際示範與回覆示教等方式，來指導有關

新生兒沐浴、尿布更換等技巧，使得個案及案夫增加育兒的信心。而針對個案返家後的照護需求也提供合適的人力資訊，以提升居家因應的能力。

親子依附關係的連結，於生產當下及產後彼此肌膚接觸與感知等互動，是非常關鍵與重要的時刻。文獻已指出：經歷生產過程中的危急、艱難與不確定情況，可能會造成壓力性創傷，進而影響婦女未來的生育意願和整體幸福感(Watson, et al., 2021)，因此對經歷生產危機的婦女，應提供溫暖、特殊與專業、持續的關懷與支持，協助她們身心復原、角色調整及母嬰關係的重建。本個案照護期間，由於大環境防疫措施，使得個案及其家屬僅能透過加護單位視訊聯繫來了解新生兒狀況，而政府施政措施的遵循與工作單位硬軟體設備的限制等條件，限制了筆者提供個案及家屬直接親子相處的機會。雖然截至發稿前的疫情似乎看無盡頭，但建議單位可規劃特定與獨立的會客區域或更加優質的網路視訊功能，以協助母嬰照護及家庭支持，以進一步提升個別性與整體性的照護品質。

參考資料

- 邱弘毅(2018, 10月12日)·*亞急性暨長期照護之現況與未來~以中風為例*。https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php
- 何銘(2018)·*子癇前症威脅母胎安全-高風險孕婦應早期篩檢*·*中國醫訊*，160，42-44。
- 翁淑敏、林瑞青、林琦峯、林佳慧(2018)·*提升急性腦中風病人肌力之護理專案·源遠護理*，12(1)，36-45。https://doi.

- org/10.6530/YYN/2018.3.1
- 許欣潔、羅慧萍、賴羿好、曾貴芳、楊佩欣 (2017) · 運用仿居家概念提升早產兒出院前準備之成效 · *長庚護理* , 28(3) , 414-425 。 <https://doi.org/10.3966/102673012017092803003>
- 黃麗綺、曾凱郁(2020) · 一位腦中風急性後期患者之照護經驗 · *高雄護理雜誌* , 37(3) , 108-120 。 [https://doi.org/10.6692/KJN.202012_37\(3\).0010](https://doi.org/10.6692/KJN.202012_37(3).0010)
- 楊依潔、鍾芬芳、蔡麗紅(2021) · 協助一位懷雙胞胎剖腹產婦女增進親子連結之護理經驗 · *長庚科技學刊* , 34 , 145-158 。 [https://doi.org/10.6192/CGUST.202106_\(34\).12](https://doi.org/10.6192/CGUST.202106_(34).12)
- 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>
- Lendraitienė, E., Tamošauskaitė, A., Petruševičienė, D., & Savickas, R. (2017). Balance evaluation techniques and physical therapy in post-stroke patients: A literature review. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 51(1), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.11.003>
- Moore, H., Solomons, W., & Hinton, L. (2019). Life-threatening complications in childbirth: A discursive analysis of fathers' accounts. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 256-266. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1546382>
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417-424. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- Witcher, P. M. (2018). Preeclampsia: Acute complications and management priorities. *AACN Advanced Critical Care*, 29(3), 316-326. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018710>

靜
思
語

未經人事磨練，磨不出柔軟心。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Only through the challenges
encountered in human affairs
is a gentle heart cultivated.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of a Primipara Undergoing Caesarean Section for Preeclampsia-Induced Brain Hemorrhage

Li-Ting Hong¹, Xiao-Mei Chen²

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a primipara who developed eclampsia with seizure and intracranial hemorrhage during her first experience of labor, requiring emergency Caesarean section. Postoperatively, the patient faced not only physical discomfort but also challenges in newborn care and limitations in early mother–infant bonding. From March 20 to March 24, 2022, data were collected through physical assessment, observation, interviews, and chart review. The major health problems identified included impaired physical mobility, acute pain, and insufficient family coping ability. Nursing interventions involved applying the five-stage rehabilitation concept to enhance physical activity, continuous pain assessment and relief strategies, and family-centered care to strengthen parental confidence. Due to COVID-19 restrictions, neonatal intensive care unit visitation was limited, further hindering early attachment, underscoring the importance of hospital space planning and supportive systems. This case provides clinical reference for postpartum nursing care when there are severe obstetric complications. It emphasizes that beyond physiological management, psychological support and family adaptation are essential to promote maternal and infant health and to realize the value of humanistic care. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2026; 25:2, 123-133)

Keywords: preeclampsia, brain hemorrhage, Caesarean section, mother–infant bonding, postpartum nursing

RN, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head Nurse, Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²

Accepted: January 2, 2026

Address correspondence to: Li-Ting Hong No. 289, Jianguo Road, Xindian District, New Taipei City

Tel: 886-2-6628-9779 #1551 E-mail: liting19890207@gmail.com