

一位車禍後胎盤早期剝離而胎死腹中之高齡產婦照護經驗

宋文玉¹、林佳蓉²、鄧雅芳³

中文摘要

本文報告一位高齡產婦於車禍後因胎盤早期剝離導致胎死腹中之護理經驗，照護期間自2024年5月4日至5月10日。運用Gordon十一項健康功能模式進行評估，確立主要健康問題為哀傷、急性疼痛以及情境性低自尊。護理措施包含：待產期間運用生產球及按摩舒緩不適；術後結合藥物與非藥物止痛，並融入快速恢復計畫；同時進行哀傷輔導，提供時間讓個案及家屬與胎兒道別，並引介生產事故救濟資源；善用家庭支持系統以肯定個案角色價值。此案例強調多元化及家庭導向照護在兼顧個案身心需求的重要性，建議醫療機構成立專責關懷小組，進行電訪追蹤；產科專業人員應增進溝通與關懷技巧，以強化心理支持。冀望藉此經驗分享，提供臨床產後護理之參考。(志為護理，2026; 25:4, 92-101)

關鍵詞：胎盤早期剝離、哀傷、快速恢復

前言

遭撞擊之孕婦易增加早產、胎盤早期剝離、胎兒窘迫、剖腹產或胎兒死亡等風險(Genc et al., 2023)。其中胎盤早期剝離是急性過程，發生率佔所有懷孕的0.6%至1.2% (Brandt & Ananth, 2023)。依交通部路政及道安司(2024)資料顯示，我國2024年1-3月交通事故致死亡者達772人，平均每日因交通事故死亡人數

為8.58。而我國2024年出生通報數約14萬人次，其中有1,786人次為死產，占比1.29%(衛生福利部國民健康署，2025)。由此可見即使順利懷孕，仍無法避免因交通事故造成胎兒死亡，孕婦心情由期待轉變成傷害。若在非預期情形下必須終止妊娠，迫使母親角色及親子依附關係終止，會讓婦女感受到重大的失落感，甚至會有悲傷、罪惡感和憂鬱產生(林莉莉等，2020)。胎兒死亡對其父母

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院專科護理師¹、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院副護理長²、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院護理長³

接受刊載：2026年4月10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

而言是最大壓力之生活事件，並產生負面效應，若無法處理父母的悲傷將演變成慢性哀傷，進而影響日常生活的運作(Dyer et al., 2019)。

個案為高齡產婦，結婚7年接受人工生殖後懷孕，於34週時遭受重大交通事故後，隔日注意到胎動減少即刻就醫，卻得來胎兒死亡的消息，頓時失去女性為人母的角色，先生亦無法接受事實相擁哭泣，故引發筆者書寫動機，期望透過此次人性化家庭之照護經驗，來協助父母及其家庭渡過此過程，並轉化哀傷與正向迎接未來生活，以提供護理人員臨床照護之參考。

文獻查證

一、周產期失落及哀傷之護理

周產期失落是指孕婦因流產、死產或嬰兒死亡所引發的失落，孕婦不但會承受極大的傷痛，且會影響生理及心理的狀態。護理重點包含哀傷照護，如：提供需要的資訊、與已故胎兒接觸、了解對親屬的影響、情感照護等策略(Furtado-Eraso et al., 2021)；進行哀傷照護時應將夫妻共同納入，如：安排獨立房間、鼓勵情緒表達、適時陪伴傾聽並接受情感宣洩，及提供支持性關懷(包等，2020)；提供隱私空間為胎兒沐浴、穿衣服，協助留取拍照、腳印、毛髮等紀念物，與已故胎兒完成道愛與道別，但須事先告知「胎兒可能是冰冷或皮膚破損等」，使其有心理準備及利於接受死亡事實；提供抑制乳汁分泌方法及隨後備孕的孕前諮詢，早日渡過哀傷(Tsakiridis et al., 2022)。必要時轉介社

工、醫療團隊或其他相同案例分享等支持系統(林莉莉等，2020)。

二、待產及術後照護

執行任何治療前應主動說明目的及藥物作用與副作用，以減輕個案焦慮(林雅淑、謝，2020)，可以看電視、聽音樂來轉移注意力，亦可讓待產婦坐在生產球，並透過上下、左右等有節奏的臀部運動，來緩解引產過程中宮縮所帶來的不適感(何，2020)。若無法順產應協同醫療團隊予以解釋原因，術後選擇合宜疼痛量表密切評估並記錄產婦的疼痛程度、性質、持續時間、位置、頻率等(楊等，2021)；剖腹產的快速復原(enhance recovery after cesarean, ERAC)能有效縮短術後恢復時間，包括術前縮短空腹時間，術前2小時可飲用無渣飲料，術中穩定體溫預防噁心嘔吐，術後儘早進食及拔除留置管路，並進行止痛管理及藥物作用的評估(李等，2022)，術後使用束腹帶支托腹部，並以手壓在傷口上採漸進活動方式，以避免傷口及肌肉受拉扯所引起的疼痛(楊等，2021)。

三、提升自尊之策略

Pollock et al.(2020)發現：經歷死產的父母可能會對其父母身分感到質疑、羞恥、罪惡和責備等，進而引發低自尊。而低自尊被認為是自殺風險的危險因子；及時提升自尊的策略，包含增強自我概念，如：自我批判、自我決定、自我效能、自我形象、自我肯定以及自我價值，可減少當下及三個月後的自殺意念(Dat et al., 2022)。系統性文獻顯示：在經歷胎兒死亡後，多數父母很快會考慮再次懷孕，專業人員應給予個別性照護

措施及建議，並加入其他重要他人的協助(Dyer et al., 2019)。

案例簡介

一、個案簡介

黃小姐，37歲，大學畢業，與先生在家中自營小商店並擔任會計職位，家中經濟小康，同住者為先生，無過去病史及家族史，無抽菸喝酒，家中信仰道教。

二、懷孕史

個案與先生結婚7年未懷孕，於2023年2月聽從家人的建議北上接受第一次人工生殖失敗後第2次才懷上此胎，孕產史G1P1L0，預產期2024年6月15日，雖居住在中部，但產檢皆回原接受人工生殖的北部婦產科產檢，每次車程約2小時，定期產檢及報告正常。

三、入院經過

2024/5/3 21:00產檢結束返家途中，乘坐自小客車被後車追撞，車輛翻滾數圈，搭乘救護車至急診，經檢傷後發現胸部挫傷、右髖部挫傷、四肢及唇部多處擦傷及腹部安全帶勒痕處發紅約2*10公分；會診婦產科醫師，超音波檢查及裝置胎兒監視器顯示胎心音正常，無特殊發現返家休養。隔日08:35自覺無胎動再次入急診，診斷為胎死腹中，同日11:20入待產室催生，依醫囑予misoprostol 200mcg/tab 0.125顆 Q2H PO，當日接受減痛分娩，5/5 08:30產程無進展依醫囑NaCl 0.9% 500ml+oxytocin 1AMP，由12ml/hr開始，最高曾調至18ml/hr，5/6 18:00產程仍無進展，於21:36採脊髓麻醉及剖腹產方式娩出一名

女嬰，阿帕嘉(Apgar score)第一分鐘0分/第五分鐘0分，體重2,805公克，失血量(含羊水)1,000cc，術中診斷胎盤早期剝離達50%以上，術後使用連續性點滴止痛，留置尿管1條及左手留置針接輸液管1條，各管路皆於5/8拔除，5/10辦理出院。

四、護理評估

護理期間自2024年5月4日至2024年5月10日，運用Gordon十一項健康型態做為評估架構，藉由照護、溝通、觀察及電訪追蹤，收集資料，分析如下：

(一)健康感受與健康處理狀態

個案自覺身體健康，無抽菸、喝酒、吃檳榔等習慣，無慢性病，遇身體不適時會至診所就醫，不會服用成藥，平時會按公司規定健康檢查及施打疫苗，孕期按時產檢，對胎兒心跳停止感到震驚、難過，住院期間會主動告知需求並詢問後續處置，評估此項無健康問題。

(二)營養代謝型態

身高155公分，孕前體重55公斤(BMI = 22.9)，體重適中，入院體重62.1公斤，孕期體重增加7.1公斤，屬正常範圍；5/4入院抽血RBC:3.85 10^6 /ul、Hb:9.7 g/dL、platelets:166 10^3 /ul。懷孕期間飲食由娘家準備，5/4表示：「懷孕後注意飲食均衡，我有天天五蔬果!」，產後訂院內產婦餐，除早餐白飯未吃完，其餘皆食用完畢，5/4身體檢查發現唇部、四肢擦傷皆已乾燥密合，腹部安全帶勒痕發紅處變得瘀青無擴大。剖腹後腹部有一橫向11公分傷口，紗布覆蓋，無滲液。5/7、5/10依醫囑予cabergoline 0.5mg/tab 1PC PO 協助退奶，評估此項無健康問題。

(三)排泄型態

每日攝取1,500-2,000cc水分，孕期每日解尿6-8次，顏色淡黃色，無解尿困難，術後當日留置尿管存，尿液2,200cc/天，清澈淡黃無沉澱物，5/8早上拔除尿管，當日12:00由先生陪同下床自解小便順暢，解尿後檢測膀胱餘尿為45cc，5/9自解大便為軟成形便，術後1-3天惡露色鮮紅、量中，之後變少量、無惡臭及血塊，評估此項無健康問題。

(四)活動與運動型態

產前忙於家中商店事務，無運動習慣，於每周店休會與先生外出踏青散步，住院期間生命徵象為體溫36.1-37.3℃、脈搏70-90次/分、呼吸14-20次/分、血壓116-130/60-90mmHg。待產期間除監測胎兒監視器外其餘時間能由先生或家屬協助下床，若觸摸到皮膚創傷表示疼痛，步伐雖緩慢但平穩，剖腹產後依醫囑平躺6小時後，能由先生協助翻身，5/8評估下肢肌力5分，由先生陪同採漸進式下床，沒有四肢無力及頭暈情形，評估此項無健康問題。

(五)睡眠與休息型態

產前睡眠時間約8-10小時，無入睡困難、睡眠中斷、熬夜情形，自訴睡眠時間長，中午有午睡習慣。待產期間因心情難過影響休息，睡眠易中斷，在家人協助下，播放舒眠音樂後可入眠，平均能睡6-8小時/天，剖腹產後表示：「傷口好痛，半夜都會痛醒。」，能在服用止痛藥後繼續睡著，5/7下午例行治療時發現呼吸勻稱熟睡中，能自行找時間補眠，無黑眼圈或打哈欠情形，評估此項無健康問題。

(六)認知與感受型態

意識清楚，具判斷能力，無視力及聽力問題。平常喜歡聽莫札特及胎教音樂。能配合醫療人員治療，有疑問也會隨時提出，5/4評估身上多處創傷，表示：「我全身痠痛，好像被肢解過。」、「只要先生碰到我受傷部位，我就很痛而不自覺用手去揮開他。」。5/5依醫囑給予催生藥物及解釋藥用時，流眼淚表示：「打催生藥是不是會很痛，我很害怕，我可以打無痛嗎？」，藥物使用4小時後宮縮顯規則，疼痛十分量表為4分。5/6剖腹產術後回病房，表示：「肚子開始痛了，我很怕痛，會不會變得更痛，這是傷口痛還是宮縮痛？」、「傷口好像刀在割，我要打止痛。」。同日表示：「我被車撞就已經很痛了，沒想到剖腹更痛。」，表情皺眉且發出痛苦呻吟，雙手抓緊床欄，測量生命徵象為血壓:130/80mmHg、脈搏:102次/分、呼吸:22次/分，疼痛十分量表為8分，評估有急性疼痛之健康問題。

(七)自我感受與自我概念型態

自己表示獨立自主且樂觀正向，認為接受2次生殖科技能懷孕是上天給予最大的禮物，視家人的健康與平安最為重要。住院期間情緒低落，5/6哭泣表示：「為什麼？為什麼會發生這種事，我不能原諒肇事者。」、「為什麼別人都能當媽媽，我每天期待孩子出生，卻要接受孩子不在？」、「我怎麼對我的公婆交代，怎麼跟左鄰右舍說明。」、「是不是我做的不夠好老天爺要這要處罰我，我不配當個媽媽嗎？」，觀察有流淚、眼神呆滯。同天進行身體評估時，突然轉

向先生表示：「老公對不起，我沒能保護好我們的寶貝，對不起。」，夫妻倆雙擁哭泣，評估有情境性低自尊之健康問題。

(八)角色與關係型態

第一角色為37歲女性，第二角色為妻子、媳婦、家管、女兒，現與先生及公婆同住，家中重要事項由夫妻倆共同決策，與婆家和娘家都能維持良好的關係，住院當日表示：「昨天裝機器時，我還聽到寶寶心跳，今天突然就感覺不到了。」，接著哭泣表示：「為什麼？為什麼這種事會發生在我身上？」、「可以請醫師再幫我照超音波嗎？會不會我的寶寶還活著？」、「寶寶出來我可以抱他嗎？我若沒有好好看看，我一定會放不下，也會後悔一輩子。」，予以腹部評估時表示：「寶寶就這樣離開了，這是做夢吧，可以不要這麼殘忍嗎？」，不停詢問寶寶是否還活著，愛丁堡憂鬱量表分數達17分，神情黯然及常獨自流淚，評估有哀傷之健康問題。

(九)性與生殖型態

14歲初經，月經週期約28-42天，每次月經持續5-7天，無經痛情形，因結婚7年無懷孕，聽從建議而接受生殖科技，能正向看待，每年子宮頸抹片檢查皆無異常，夫妻性生活穩定，每週2-3次，期待小孩到來無避孕措施，無婦科疾病，評估此項無健康問題。

(十)調適與壓力耐受型態

遇壓力事件會與案夫或娘家媽媽討論，也會至土地公拜拜，祈求事件能順利處理；表示自己喜歡唱歌，在家會用行動麥克風唱歌紓壓心情，最喜歡唱五

月天的歌曲。住院期間表示出院會到附近的土地公拜拜，祈求心靈幫助，希望土地公能幫助去世的孩子修行，評估此項無健康問題。

(十一)價值與信仰型態

個案及家人信仰道教，熱愛白沙媽祖及大甲媽祖繞境活動，平時生活有擔心或重要事件會至廟裡或鄰近土地公參拜，祈求保佑與維持心情平靜。對此次胎兒死亡事件，雖然震撼且起初不接受，但相信是神明安排胎兒至天堂當小天使，修行圓滿就會再投胎當自己的小孩。評估此項無健康問題。

問題確立、護理措施與評值

護理期間自2024年5月4日至2024年5月10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：哀傷、急性疼痛、情境性低自尊。

(一)哀傷/與失去預期中胎兒有關(二)急性疼痛/與車禍身上多處創傷及接受催生與剖腹產後傷口有關(三)情境性低自尊/與無法完成母性任務有關。

護理措施

護理措施的執行分為三方面：

(一)表達喪失胎兒的感受，提供哀傷輔導，逐步接受失落事實；(二)提供多模式舒緩疼痛方法，表示疼痛有改善；(三)促進家庭間良好溝通，肯定自我存在的價值。

分述如下：

(一)表達喪失胎兒的感受，提供哀傷輔導，逐步接受失落事實

1.主動自我介紹，並以溫和口氣介紹

病房設施，醫療處置前均向個案解釋目的與過程，建立護病信任關係。安排獨立待產空間，避免與正常分娩產婦同室而觸景傷情。經協商後，除先生外允許娘家母親陪伴，以增加支持力量。

2. 鼓勵個案表達對失去胎兒的感受，適時傾聽並給予同理心的陪伴。接受其哭泣行為，不加以評論，透過輕拍肩膀、陪伴等非語言行為給予安撫。5/5個案表示：「我很難過，接受二次人工受孕才得到的結果，卻變成噩耗，寶寶真的沒了，我們真的沒緣嗎？」，顯示逐漸經歷胎兒死亡的事實。

3. 引導個案及其家屬共同討論胎兒後續事宜，鼓勵準備包巾、衣物及玩偶，並提供卡片來書寫對胎兒說的話。5/6陪同個案與先生及母親共同為胎兒擦拭身體、穿上準備的衣服與包巾，放置安撫玩偶並蓋腳印，將寫好的卡片放入包巾中，透過告別儀式以降低哀傷的衝擊。

4. 轉介社工提供社會福利資源，如：生產事故救濟及家庭支持資源，鼓勵表達對胎兒之思念，並規劃返家後及未來計畫。5/8個案表示：「寶寶真的離開我了，還好先生及媽媽陪我，或許我跟寶寶是短暫的緣分，我的冷凍卵子還有2個，我相信寶寶準備好了會再回來找我的。」，愛丁堡憂鬱量表由17分下降至12分，顯示情緒漸趨穩定。

5. 出院後電話追蹤，5/20個案分享：「最近我有夢到我的寶寶，他微笑的看著我，我相信我準備好了，他會再來的。」，並表示未來會選擇離家近的醫院，以減少丈夫舟車勞頓。顯示個案能以較正向的態度看待未來生活。

(二)提供多模式舒緩疼痛方法，表示疼痛有改善

1. 提供獨立待產空間，維持安靜及柔和燈光，給予舒適的休養環境。鼓勵個案表達感受並適時傾聽，以0~10數字疼痛量表記錄疼痛的部位、性質、強度與持續時間，衛教深呼吸及轉移注意力技巧，如聽喜愛音樂、看電視等。教導案夫按摩技巧，避開車禍受傷處，並於腰薦椎以手掌重壓緩解不適；同時協助個案於床邊使用生產球，採直立姿勢隨著宮縮擺動，案夫坐於背後支持，並每10分鐘巡視以確保安全。5/5個案能說出：「可叫先生幫我按摩背部或坐生產球上搖擺，真的必要時也可加一些減痛分娩藥物來緩解待產的宮縮痛。」。

2. 5/5協同麻醉科醫師解釋減痛分娩的目的與副作用，在知情同意下完成減痛並持續依醫囑給予藥物。臥床期間每30分鐘至1小時協助變換姿勢，並使用棉被或毛巾支撐，以提升舒適度。過程中，鼓勵播放莫札特音樂以轉移注意力，緩解焦慮與疼痛。

3. 5/6術後依ERAS快速恢復指引，協助個案於術前2小時飲用運動飲料，並衛教術後尿管及點滴早期移除的好處。鼓勵早期下床活動以促進傷口癒合；教導活動或咳嗽時使用束腹帶或用手或枕頭固定腹部，以減輕傷口拉扯不適。案夫能協助個案使用束腹帶，並喊出口令協助深呼吸後再翻身，展現良好支持。術後立即acetaminophen 500mg 1# Q6H & diclofenac 25mg 1#Q6H，教導連續性疼痛控制器之使用方式。換藥時以手固定周圍皮膚後再撕膠帶，並引導深呼吸一

吐氣放鬆技巧以減少疼痛。衛教高蛋白與維生素C的攝取，以促進傷口癒合，並提醒避免刺激性食物。5/9個案主訴：「傷口疼痛情形好很多了，我現在都可以自由活動，不用先生幫忙了。」，評估疼痛十分量表為2分。

(三)促進家庭間良好溝通，肯定自我存在的價值

1.提供安全與支持的環境，主動傾聽個案及其先生對失去胎兒的內心感受與想法，接受他們負面的情緒，並透過同理心及溫暖言語陪伴。護理師鼓勵個案表達情緒，不加評論並適時澄清其想法，建立良好的治療性人際關係。經過護理介入後，個案能說出自身價值，5/6表示：「我是先生的好太太、娘家的掌上明珠、婆婆心中的好媳婦。」，顯示自尊逐步改善。

2.衛教個案回想當母親角色所做的努力與準備，肯定其勇敢接受兩次人工生殖治療的過程，給予正向回饋。5/7個案與案夫討論後表示能接受失去胎兒的事實，案夫在單獨溝通環境中表達對個案的感謝與肯定，表示：「妳才是我最在意的人，我們一起努力過。」。

3.安排個案與家人分享失去胎兒的感受，如：5/8透過視訊讓婆婆表達支持與肯定，強化個案在家庭中的價值，表示：「妳的身體比生孩子更重要，我們都很感謝妳，出院後會協助妳調養身體。」，隨後個案表示：「我覺得自己真的有價值，我不是沒有用的人。」。

4.5/8協同心理師整理此一事件脈絡及結果，強化個案努力懷孕的正向經驗並給予鼓勵。5/9安排與院內有相似經驗者

互動分享，透過正向案例提升自我價值感。經婦產科及不孕症專科醫師說明生殖生理及再度懷孕的可能性，提供相關補助資訊，並討論下次懷孕計畫，5/10個案表示：「我會重新調整心態，再去接受不孕症治療，下次還是會有機會的，只要我準備好了，緣分到了寶寶會再回來的。」。

討論與結論

本文描述一位接受人工生殖後懷孕之高齡產婦，近足月產檢途中發生車禍造成胎盤早期剝離及胎死腹中之照護經驗。照護期間發現有哀傷、急性疼痛、及情境性低自尊等健康問題。偕同案夫參與多元化護理活動，引產期間使用生產球、背部按摩等；當無法陰道順產而行剖腹產時，除提供藥物與非藥物等止痛措施，也加入ERAS快速恢復計畫，以緩解疼痛程度。個案原本期待迎接新生命的到來，卻因突發意外而轉為噩耗，出現哭泣、失落等情緒反應，並伴隨自責與負向的自我評價，如：認為自己未能完成母親角色，進而質疑自身是否配為人母，顯示其已承受顯著心理創傷，此與林莉莉等(2020)學者指出：當孕婦遭遇死產或嬰兒死亡，不但需承載極大的傷痛，且會影響生理及心理的安適狀態。運用哀傷輔導機制，提供獨立空間鼓勵宣洩，並與個案及其家屬共同準備胎兒衣物、包巾及玩偶，當娩出後莊嚴且溫馨的包裹，協助留取紀念物、拍攝全家福照片，給予充分時間允許家庭與胎兒道別道愛，以正視胎兒死亡的事實，亦偕同社工及心理師等跨團隊提

供生產事故救濟資訊及支持資源。個案自覺無法完成母性任務出現情境性低自尊，除運用傾聽、陪伴及同理心，更善用家庭支持系統，即使院內訪客限制下，也安排婆婆視訊及肯定個案角色的價值。研究指出，經歷過死產的婦女，若之後再懷孕，相較於一般孕產婦，容易出現早產、寶寶體重過輕或再次失去胎兒等風險，這種經驗也讓夫妻對於再次懷孕倍感焦慮與不安(Deng et al., 2024)。

因此護理人員在個案住院期間除了提供醫療與情緒支持外，建議在下次備孕階段即提供孕前諮詢，協助夫妻做好再孕之身心準備，並支持家庭能逐步回歸生活常軌，重建自我價值，迎向未來之懷孕歷程。礙於後疫情時代醫院之陪探病規定，無法開放全數家中重要他人共同參與道別道愛，無法處理家庭哀傷為本文的最大限制。筆者考量個案返家後哀傷情緒可能再發或加劇，故於取得其同意下，進行後續的電訪追蹤，以持續關懷其出院後之身心狀況。建議醫療單位能成立關懷小組，針對類似個案進行電訪追蹤甚至居家訪視，以掌握其健康變化，及早辨識異狀並提供適切轉介。此外，建議產科相關單位護理人員除每年接受哀傷輔導的相關訓練外，也應持續強化溝通及關懷技能，以促進類似個案的整體福祉。

參考資料

- 包軒慈、孫瑞瓊、黃慧琪 (2020)。以 Watson 關懷理論照護重覆安胎失敗產婦面對周產期失落之護理經驗。《長庚科技學刊》，32，147-157。 [https://doi.org/10.6192/CGUST.202006_\(32\).10](https://doi.org/10.6192/CGUST.202006_(32).10)
- 交通部路政及道安司(2024)。全國111年至113年每月30日死亡人數。 <https://roadsafety.tw/Dashboard/Custom?type=%E6%AF%8F%E6%9C%8830%E6%97%A5%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E4%BA%BA%E6%95%B8>
- 李耀泰、陳福民、郭宗正(2022)。剖腹產後快速復原的方法和效果。《南臺灣醫學雜誌》，18(2)，94-99。 [https://doi.org/10.6726/MJST.202212_18\(2\).0007](https://doi.org/10.6726/MJST.202212_18(2).0007)
- 何美華(2020)。待產及分娩時的護理評估。於余玉眉總校閱，產科護理學(十版，311-323頁)。新文京。
- 林莉莉、蔡玉梅、廖淑敏(2020)。照顧一位早期破水產婦安胎失敗之護理經驗。《馬偕護理雜誌》，14(2)，69-80。 [https://doi.org/10.29415/JMKN.202007_14\(2\).0007](https://doi.org/10.29415/JMKN.202007_14(2).0007)
- 林雅淑、謝春金(2020)。一位青少年未婚懷孕接受終止妊娠之護理經驗。《領導護理》，21(4)，73-87。 [https://doi.org/10.29494/LN.202012_21\(4\).0006](https://doi.org/10.29494/LN.202012_21(4).0006)
- 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)
- 衛生福利部國民健康署(2025，8月25日)。113年出生通報統計年報。 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=649&pid=19347>
- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: Pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1313 - S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059>
- Dat, N. T., Mitsui, N., Asakura, S., Takanobu,

- K., Fujii, Y., Toyoshima, K., Kako, Y., & Kusumi, I. (2022). The Effectiveness of self-esteem-related interventions in reducing suicidal behaviors: A Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 925423. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.925423>
- Deng, X., Pan, B., Lai, H., Sun, Q., Lin, X., Yang, J., Han, X., Ge, T., Li, Q., Ge, L., Liu, X., Ma, N., Wang, X., Li, D., Yang, Y., & Yang, K. (2024). Association of previous stillbirth with subsequent perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 231*(2), 211 - 222. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.02.304>
- Dyer, E., Bell, R., Graham, R., & Rankin, J. (2019). Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: Systematic review of qualitative research. *BMJ Open, 9*(12), e029930. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029930>
- Furtado-Eraso, S., Escalada-Hernández, P., & Martínez-Fernández, B. (2021). Integrative review of emotional care following perinatal loss. *Western Journal of Nursing Research, 43*(5), 489 - 504. <https://doi.org/10.1177/0193945920954448>
- Genc, S., Ozalp, M., Aydın, E., Sahin, F., Bademler, N., Toplu, M. İ., ... & Mihmanli, V. (2023). Trauma in pregnancy: An analysis of the adverse perinatal outcomes and the injury severity score. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 29*(9), 1039. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2023.21533>
- Pollock, D., Ziaian, T., Pearson, E., Cooper, M., & Warland, J. (2020). Understanding stillbirth stigma: A scoping literature review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 33*(3), 207 - 218. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.004>
- Tsakiridis, I., Giouleka, S., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2022). Investigation and management of stillbirth: A descriptive review of major guidelines. *Journal of Perinatal Medicine, 50*(6), 796 - 813. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>

靜
思
語

一秒鐘一輩子，能恆持一念心，就是一生的方向。

～證嚴法師靜思語～

A good thought generated in one second,
if maintained,
can become the direction and purpose of a lifetime.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Care of an Advanced Maternal Age Woman with Intrauterine Fetal Demise due to Placental Abruption Following a Traffic Accident

Wen-Yu Sung¹, Chia-Jung Lin², Ya-Fang Teng³

ABSTRACT

This report describes the nursing care of an advanced maternal age woman who experienced intrauterine fetal demise secondary to placental abruption following a traffic accident. The care period extended from May 4 to May 10, 2024. Gordon's Eleven Functional Health Patterns were used as the assessment framework, identifying grief, acute pain, and situational low self-esteem as the primary nursing problems. Nursing interventions included supportive measures during labor, such as the use of a birthing ball and massage therapy, as well as postoperative pharmacological and non-pharmacological pain management strategies and the implementation of an enhanced recovery program. Grief counseling was provided, allowing the family time to say farewell to the infant, and information regarding compensation resources related to obstetric adverse events was introduced. Family support systems were utilized to reinforce the mother's sense of value and confidence in her maternal role. This case highlights the importance of multidisciplinary and family-centered care in addressing both the physical and psychosocial needs of women experiencing perinatal loss. It is recommended that healthcare institutions establish dedicated support teams to provide ongoing follow-up care and that obstetric healthcare professionals strengthen their communication and supportive care skills. Sharing this nursing experience may provide valuable reference for clinical postpartum nursing practice..(Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 92-101)

Keywords: placental abruption, grief, enhanced recovery

Nurse Practitioner, JEN-AI Hospital¹; Assistant Head Nurse, JEN-AI Hospital²; Head Nurse, JEN-AI Hospital³

Accepted: April 10, 2026

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