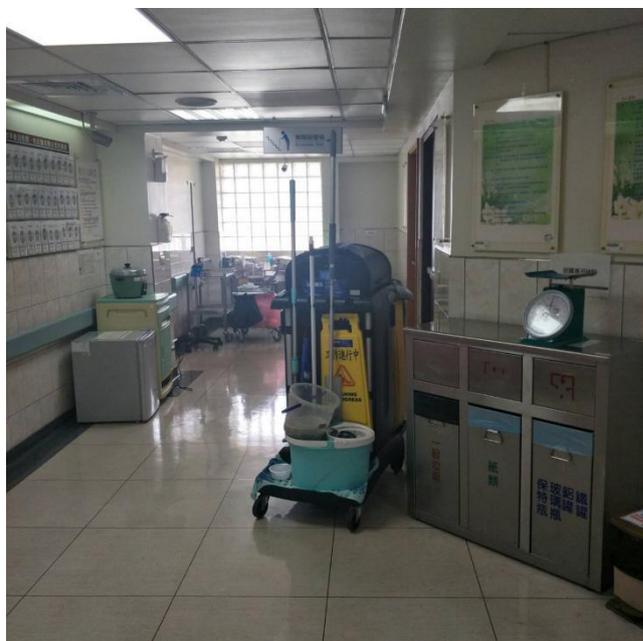
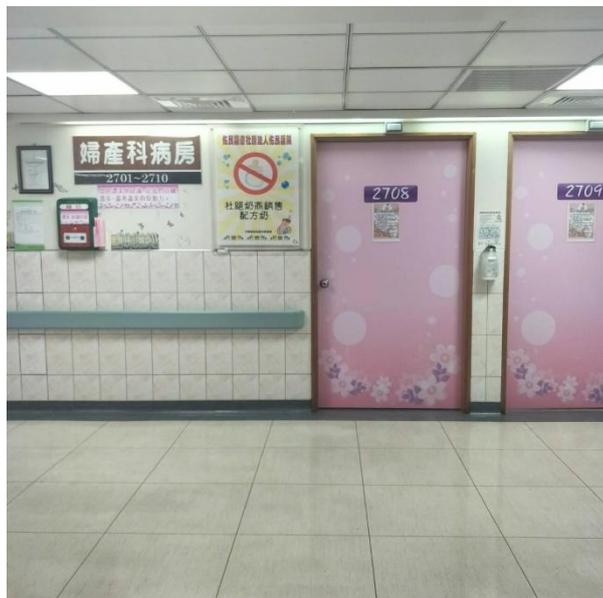


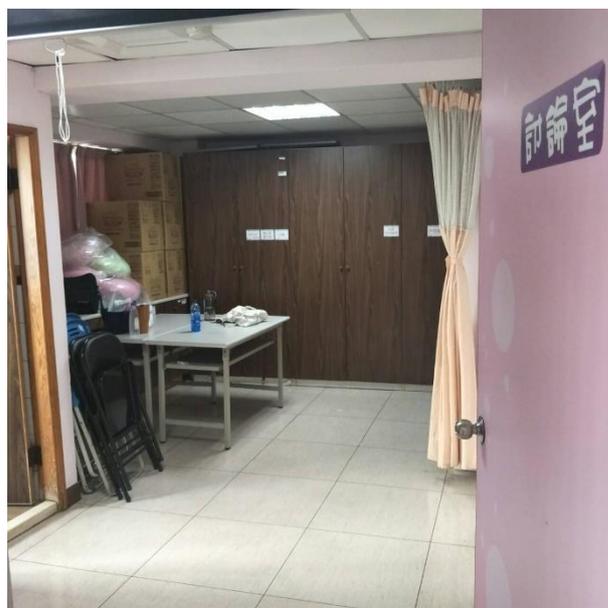
切記!!!需先和單位學姊告知我們是敏惠的學生

宿舍鑰匙拿取路線圖(至婦幼大樓搭電梯至 7 樓，電梯於大門進去左手邊)



婦幼大樓(七樓)電梯出去

沿圖中的路走(電梯出來右轉)



討論室(於右手邊)

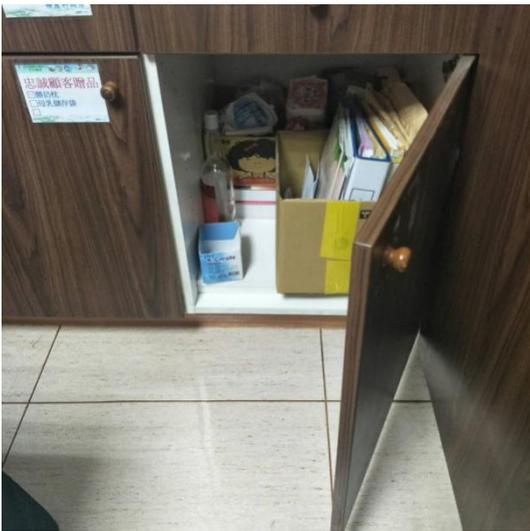
開門進去(需先敲門)



進去之後直走到底



向左轉(鑰匙於下面櫃子)



藍色盒子，裡面鑰匙共7把。



自然產備物



剖腹產備物

差別於手術衣與哺乳衣



接術後病人移床位置

(須把床移至最裡面)



擺放於病人單位的術後備物位置

接生室實習生實習內容

1. 門診產檢 on fetal monitor 並判讀變異性
2. 待產產婦準備：
NSD：Shaving、enema、on fetal monitor、環境介紹、衛教、prn 單導量 vital sign、問護理評估內容、自我介紹。
C/S：Shaving、on fetal monitor、on foley、衛教、量 vital sign、問護理評估內容、自我介紹。
3. 生產時：單導、臍帶護理、量寶寶三圍及體重、蓋腳印、檢查寶寶外觀。
4. 產後至恢復室：飲食衛教、評估惡露量、宮底……
5. D&C
6. 急診、門診會診
7. 紅外線燈使用、手擠奶技巧
8. 安胎病人照護
9. PRN 至婦產科門診服務台介紹產檢項目

Meeting 內容

1. 高危險妊娠
2. APH (產前出血)、PPH (產後出血)
3. PIH (妊娠高血壓)、pre-eclampsia (子癲前症)、eclampsia (子癲症)
4. on fetal monitor 判讀、Decerlation
5. 產房常見藥物：Piton-s、Methergin、Adalt、Cytotec、Buscopan、Lidocaine，作用、副作用、注意事項。
6. 診斷
7. 產檢手冊
8. 檢驗

日期	時間	焦點	護理記錄 (D. A. T)	R
2015-11-29	0045	F2 舒適	D: 剖腹生產, 術後感腹部傷口疼痛及子宮	at 0730 主訴疼痛
		情況改變	收縮痛, 臉部表情痛苦皺眉。 SN XXX	情況緩解 SN XXX
		一疼痛	A: 執行 F2 之 1-5 項。SN XXX	
2015-11-29	0045	F3 哺餵母乳	D: 剖腹產後, 現雙側乳房尚未有乳汁分泌。 SN XXX	at 0730 已知手擠奶方法 SN XXX
			A: 1. 執行 F3 之 1-9 項	
			← 2. 告知本院執行 24 小時母嬰同室。SN XXX	

一、常見疾病診斷：

縮寫	英文全文	中文
G	Gravida	懷孕次數
P	Para	生產次數
AA	Artificial Abortion	人工流產
SA	Spontaneous Abortion	自然流產
AP	Ante partum	懷孕
LMP	Last menstrual period	最後一次月經日
EDC	Expected date of confinement	預產期
NSD	Normal spontaneous delivery	自然產
C/S	Cesarean section	剖腹產

PROM	Premature Rupture of Membrane	早期破水
CPD	Cephalic pelvic disproportion	胎頭與骨盆不對稱
IUFD	Intra-Uterine fetal Death	胎死腹中
IUGR	Intra-Uterine Growth Retardation	子宮內胎兒生長遲滯
FHB	Fetal Heart Beat	胎兒心跳
ATH	Abdominal total hysterectomy	經腹部全子宮切除術
VTH	Vaginal total hysterectomy	經陰道子宮全切除術
D&C	Dilatation and curettage	擴張刮除術
BSO	Bilateral salpingo-oophorectomy	兩側輸卵管切除術
ATS	Abdominal Tubal Sterilization	經腹部輸卵管結紮
	primigravida	初產婦

	Multiple para	經產婦
	Episiotomy	會陰切開術
	Blood loss	失血量
	Horman' s sign	霍夫曼徵象
	Lochia	惡露
	Rooming in	母嬰同室
	Pre-eclampsia	子癇前症
	Eclampsia	子癇症
	Endometriosis	子宮內膜異位
	Uterus myoma	子宮肌瘤
NB	New Born	新生兒
MAS	Meconium Aspiration Syndrome	胎便吸入症候群
P/T	Phototherapy	照光治療
AOM	Acute otitis media	急性中耳炎
AGE	Acute gastroenteritis	急性腸胃炎

BPD		頭圍
FL		大腿骨長度
	Chorioamnionitis	絨毛羊膜
	Menopause	停經
	Amenorrhea	無月經
	Hypermenorrhea	月經過多
	Dysmenorrhea	月經痛
	Ectopic	子宮外孕
	Mole	水囊狀胎塊(葡萄胎)
	Toxemia of pregnancy	妊娠毒血症
G. T. N	Gestational trophoblastic neoplasia	滋養層細胞腫瘤
U. S. I	Urinary stress Incontinence	壓力性尿失禁
	.Procidentia(uterine prolapse)	子宮脫垂
	Hyperemesis	妊娠劇吐
	Endometriosis	子宮內膜異位
	Hemorrhoid	痔瘡
	Gonorrhea	淋病
	Salpingostomy	輸卵管切開術
	Oophorectomy	卵巢切開術
	Vulvitis	女陰炎
	Hystorectomy	子宮切除
	Hysterotomy	子宮切開
	Pyosalpinx	輸卵管肌膜
	Mastitis	乳腺炎
	Intercourse	性交
	Puerperal fever	產褥熱
	Protracted labor	產程延長
APH	Antepartum Hemorrhage	產前出血

LAVH	Laparo scopic Assisted vaginal Hysterectomy	藉由腹腔鏡經陰道子宮全切除
PID	Pelvic inflammatory disease	骨盆腔炎症疾病
PPH	Post-partum Hemorrhage	產後出血
PIH	Preg induce Hypertension	妊娠誘發性高血壓
TOA	Tubo-ovarium abscess	輸卵管卵巢膿瘍
	Cx incomptence	子宮頸閉鎖不全
	Leukorrhoea	白帶
Vx	Vertex	頭位
	Amenorrhoea	閉經
Br	Breech	臀位
ATS		結紮
NST		無壓力測試
	Pruritus vulvae	外陰搔癢
	Trichomonas vaginitis	滴蟲性陰道炎
	Uterus bicornis	雙角子宮
	Uterus septus	有隔子宮
	Uterus duplex	雙子宮
	Cyst of ovary/Ovarian cyst	卵巢囊腫
PV	Per vavina	陰道檢查(內診)
	Placenta	胎盤
	presentation	產式
	Dystocia	難產
	Macrosomia	巨大胎兒
	Big child/Giant baby	巨大胎兒
	contracted pelvis	骨盆狹窄
VED	Vaccum Extractor Delivery	真空吸引娩出
PPROM	Preterm Premature rupture of membrane	早產早期破水

VBAC	Vaginal Birth after cesarean section	剖腹產後的經陰道分娩
	Gestational sac	妊娠囊
	Bag of waters	水囊
	Effacement of the cervix	子宮頸消失
	Dilatation of the cervix	子宮頸擴張
	Engagement of the fetus	胎頭固定
	Pelvimetry	x-ray 骨盆測量
	Hypoxia	缺氧
	Fetus papyraceus	紙樣胎兒
	Meconium	羊水有胎便
	Postmature	過熟兒
	Grade III Placenta	第三級胎盤
	Fetal monitor	胎兒監測器
	Doppler	杜卜勒超音波
	Tachycardia	心搏過速
	Bradycardia	心搏過緩
	Triples	三胎
	Amnionitis	羊膜發炎
	Induction of labor	誘導分娩
	Laminaria tents	子宮昆布條
	MC Donald suture / Cervical cerclage	子宮頸環紮方法
	Incompetent internal cervical OS	子宮頸閉鎖不全
	Placenta accreta	植入性胎盤
	Rubella / German measles	德國麻疹
	Syphilis	梅毒
	Fetal distress	胎兒窘迫
	Prolonged labor	滯產
	Previous C/S	前胎剖腹

	Uterine contraction	子宮收縮
	Polyhyramnios	羊水過多
	Delivery	分娩
	Gemellary pregnancy / Twins	雙胞胎
	Spina bifida	脊椎裂
	Hydrocephalus	水腦兒/腦積水
	Abnormality of Fetus	畸形兒
	Anencephalia	無腦兒
	Ascitic fetus	腹水兒
	Fetal malformation	胎兒畸形
	Dead Fetus	死胎
	Local anesthesia	局部麻醉
	Myoma	子宮肌瘤
	Vagina douch	陰道沖洗
	Prolapse of the umbilical	臍帶脫垂
	Compound presentation	複合產式
	Ectopic pregnancy/gestation	子宮外孕
	Embolism	栓塞
	Transverse presentation	橫位
	Preterm labor	早產
	Malpresentation	胎位不正
	Expire	死亡
	Hydrops fapalis	胎兒水腫
	Microcephaly	小腦症
	Fetal asphyxia	胎兒窒息
	Shortness of umbilical	臍帶過短
	Circular of umbilical/ Nuchal cord	臍帶繞頸
	Apnea	呼吸暫停

	Threatened abortion	先兆性流產
	Inevitable abortion	不可避免流產
	Complete abortion	完全流產
	Incomplete abortion	不完全流產
	Missed abortion	過期流產
	Habitual abortion	習慣性流產
	Incubator	嬰兒保溫箱
	Obstetric Forceps	產鉗
	Variability	變異性
	Accelerations	加速
	Deceleration	減速
	Variable deceleration	變異性心博過速(不定性)
	Early deceleration	早期減速
	Late deceleration	晚發性減速
	Blighted ovum	萎縮卵
AGA	Appropriate for gestational age	正常比例體重兒
	Asphyxia	窒息
	Caput succedaneum	產瘤
	Dystocia	難產
	Forceps delivery	以產鉗生產
G. P. A	Gravid/Para/Abortion	懷孕次/生產次/流產次
	Swelling	腫脹
	Keep close observation(obs.)	持續密切觀察
LGA.	Large for gestational age	過重兒
	Macrosomia	胎兒過大
	Meconium stain	胎便於胎兒娩出前已解
N/S	New born' s screen	新生兒篩檢
	Precipitate Labor Delivery	急產

	Premature	早產兒
SGA	Small for gestational age	低體重比例兒
	Umbilical care	臍帶護理
	Radiant warmer	輻射加熱保暖器
A/S	Apgar score	新生兒評估(1/5 分鐘)
OBS		產科
OBG		婦產科
GYN		婦科
BR		嬰兒室
DR		產房
SBR		病嬰室

二、常用藥物

1. Acetaminophen	2. Aminophylline	3. Ergonovine
4. piton-s	5. Mgo	6. Amoxicillin
7. Penicillin	8. Keto	9. Buscopan(促進子宮頸軟化)
10. Decardron (促進寶寶肺泡成熟)	11. Cataflam NSAIDs 非類固醇消炎止痛藥	12. CephaLexin (第一代頭孢子菌類抗生素，抑制細胞壁合成)
13. Dulcolax	14. Actein	15. Tranexamic Acid (止血，消血腫)
16. Gascon	17. Primperan	18. Amlodipine
19. Cefazoline	20. Methergin	21. TranDATE
22. Medicon-A	23. Oxytocin	24. Xylocaine
25. Cytotec	26. Ritodrine	27. MgSo4
28. Indomethacin	29. Nifedipine	30. Bethanechol

三、常見護理技術

1. Shaving	2. Fetal monitor 之裝置及判讀 胎兒監視器
3. enema	4. 導尿
5. P P Care	6. 哺餵母乳技巧指導
7. Foley Care	8. 產後運動指導
9. 肌肉注射	10. 靜脈點滴加藥
11. 脹奶處理	12. 臍帶護理
13. 蒸氣吸入	14. O ₂ therapy(Tent、hood、mask)
15. 小兒約束法	16. record I/O 紀錄 I/O
17. CPT	18. 發燒護理
19. IV 滴數之換算	20. 傷口護理

補充

中文	縮寫
婦科	GYN
產科	OBS
婦產科	OBG
產房	DR
門診	OPD
急診	ER
耳鼻喉科	ENT
眼科	Oph.
地方開業醫師	LMD
加護病房	ICU
新生加護中心	NICU
外科加護病房	SICU
社區醫療中心	CCU
開刀房	OR
手術後病房	POR

兒科	PED
精神科	PSY
內科	MED
外科	Surg
泌尿外科	GU

四、常見檢查

1. 胎兒監視器使用
2. 黃疸測量
3. 內診

五、病房常規

(一) 產房：

1. 產後測量 V/S 常規時間：q15' × 4 次, q30' × 2 次
2. 新生兒護理

(二) 嬰兒室：

✓ 先放水再放奶粉

1. V/S 跟餵奶 q4h 測量。
2. 小兒科病患 HR 一律量心尖脈。HR: 正常 120-160 呼吸: 正常 30-50
3. 星期一固定團體衛教(新生兒沐浴及臍帶護理及親子同室及肌膚接觸)請先準備

(三) 7F 病房：

QID：9. 13. 17. 21

Q6H：5. 11. 17. 23

Q8H：1. 9. 17(給藥)

Q8H：7. 15. 23(量 V/S)

■ 產房用物介紹

寬譜遠紅外線治療儀(WS Far-infrared Therapy Unit)原理：

熱及非熱效應傳達至人體深層組織，可促進血液循環、新陳代謝、免疫功能。

使用方法：

每次 40 分鐘，距離 20~40 公分，一個療程 5~7 天，費用 400 元 3 次

用途：

1. 促進子宮收縮
2. 手術後止痛、消腫、化瘀青
3. 促進傷口癒合
4. 產後氣血調養
5. 產後美容護膚
6. 幫助腸胃蠕動改善便秘
7. 避免乳腺管阻塞、減輕乳腺炎
8. 促進乳汁分泌
9. 緩解肌肉關節酸痛
10. 改善痔瘡減輕不適
11. 治療 Baby 紅臀

六、產房常見藥物

學名(含量)	商品名	中文名	臨床用途	副作用	藥物圖片
Methylergonovine Maleate Inj (0.2mg/mL)	Methergin Inj	美脫琴注射液	治療產後子宮出血	噁心、嘔吐、高血壓、眩暈、耳鳴、發汗、心悸、胸痛、呼吸急促。 ✓ 高血壓病人勿使用。 ✓ 須待胎盤娩出後才可給(避免宮縮導致胎盤滯於子宮內)。	
Lidocaine INJ(局麻) (2%;20mL/vial)	Xylocaine INJ(局麻)	苦息樂卡因注射液(局麻)	局部麻醉	噁心、嘔吐、低血壓、心跳徐緩、高血壓、感覺異常、暈眩、局部刺痛灼熱感。	

<p>Oxytocin INJ 10IU/ML</p>	<p>Oxocin Inj Piton-s</p>	<p>歐利生 注射液</p>	<p>促進子宮 收縮</p>	<p>造成胎兒心跳過慢，心律不整，低血氧等；對母體會造成噁心，嘔吐，心律不整，子宮破裂等。</p> <p>明顯的骨盆不相稱、產道阻塞、胎兒橫位、心臟病、剖腹產史、三胎以上經產婦，則不能使用。</p> <p>注意流速:避免胎盤早期剝離、產後大出血、胎心音下降、子宮破裂</p>	
<p>Misoprostol (200mcg) (陰道塞劑) 一次給予四分之一顆，促進子宮收縮 2-5 顆，為預防產後出血</p>	<p>Cytotec</p>	<p>喜克潰</p>	<p>促使子宮成熟誘發分娩，但受孕者禁用，以免引發流產。</p>	<p>腹痛、腹瀉、子宮強直性收縮 引產過程中可能發生子宮破裂之情形。 早期:人工流產 RU486 第一次吃三顆(一顆=200mg)，第二次兩顆第三次診療是 14 天後回診確認胚胎有無排出。</p>	 <p>待產期間使用:促進子宮頸轉化成熟 產後使用:治療出血。</p>

七、產前檢查

給付 時程	給 付 時 程	服務項目
第一 次 妊 娠 未 滿 17 週	第 12 週 以 前	<p>1. 於妊娠第 12 週或第 1 次檢查需包括下列檢查項目：</p> <p>(A) 問診：家族疾病史、孕婦過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀。</p> <p>(B) 身體檢查：體重、身體、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。</p> <p>(C) 實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、Plt、Hct、Hb、MCV)、血型、Rh 因子、HBsAg、HBeAg、VDRL(梅毒篩檢)、Rubella IgG(德國麻疹抗體)、愛滋病檢查(EIA 或 PA)及尿液常規。</p> <p>2. 例行檢查項目。(註二)</p> <p>註：</p> <p>(1) 德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射 1 劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。(註五)</p> <p>(2) HBsAg、HBeAg 檢查：</p> <p>(A) 本項檢查在預防保健服務尚未調整實施公告前，維持第 32 週檢查。</p> <p>(B) 調整實施公告後，依最新公告之預防保健服務時程調整(國民健康署：http://www.hpa.gov.tw/<u>預防保健服務</u>)，惟特殊情況無法檢查時，可改於妊娠第 32 週檢查。</p> <p>(3) 愛滋病檢查陽性，需注射免疫球蛋白。</p>

產前檢查(自費)

非侵入性胎兒染色體基因檢測(NIPT)

時間：滿 12-17 週後，達 99%。

目的：檢測胎兒是否可能罹患染色體異常疾病。

目前坊間常簡稱的 NIPS、NIPT（非侵入性胎兒染色體檢查）或 NIFTY（非侵入性產前染色體檢測），指的都是非侵入性胎兒染色體基因檢測。此檢查需要先抽取孕婦的少量靜脈血液，再送至實驗室檢驗；方式為從血液中採集胎兒的游離 DNA 片段，篩檢是否有染色體異常狀況。可以準確的篩檢出唐氏症(Down syndrome, trisomy 21)、愛德華氏症(Edward syndrome, trisomy 18)、巴陶氏症(Patau syndrome, trisomy 13)、透納氏症(Turner syndrome, monosomy X)和克氏症候群(Klinefelter syndrome, XXY)等，唐氏症和愛德華氏症的檢出率高達 99% 以上。

➤ **第一孕期母血唐氏症篩檢+胎兒頸部透明帶檢查；第二孕期母血唐氏症篩檢**

➤ **時間：**前者 11~13+6 週達 85~90%，後者 15~20+6 週達 81~83%。

目的：檢測並評估胎兒罹患唐氏症的機率。

第一期唐氏症相關篩檢的內容為「先抽媽媽靜脈血檢測（free β -hCG 和 PAPP-A 值），再搭配超音波檢查胎兒頸部後側脊椎與表皮間的透明空間厚度、靜脈導管逆流、三尖瓣逆流、鼻骨、臉部角度等狀況」，綜合計算出胎兒患有唐氏症的機率。



第二期唐氏症篩檢也是透過抽血篩檢的方式，檢驗四項指標：胎兒蛋白（AFP）、人類絨毛性腺激素（ β -hCG）、非結合型雌三醇（uE3）、抑制素-A（inhibin-A），並透過數值來評估唐氏症的風險高低。

➤ **羊膜穿刺染色體檢查**

時間：16~18 週。

目的：檢測胎兒染色體是否有異常狀況。

醫師表示，34 歲以上、母血唐氏症篩檢相關數值偏高、前胎曾有染色體異常、家族遺傳病史等孕婦，建議可優先考量羊水穿刺檢查；方法為以超音波機器引導和確認位置，接著，醫師用細長針穿入羊膜腔內抽取適量羊水，再送去檢驗。

➤ **脊髓性肌肉萎縮症基因帶因檢查**

需父母均為陽性才會帶原

時間：12-20 週。檢測時間約三星期。

目的：了解父母和胎兒是否為此症的帶因者。

脊髓性肌肉萎縮症（SMA）是隱性遺傳疾病；相關研究顯示，每 2,500 對夫妻中，可能有一對同時有其隱性基因，但本來卻不一定得知。

如果孕婦非帶因者，則不會生出患有 SMA 的胎兒。如果經檢測確定為 SMA 帶因者，會再請先生來檢查：當父親非帶因者，胎兒則正常；若是帶因者，則胎兒可能有 1/4 機會為 SMA 患者；之後，建議可與醫師討論後續的相關深入檢查。

➤ X 染色體脆折症檢查

僅次於唐氏症，是造成智能障礙(IQ 平均 40)第二大原因

時間：約第 12-20 週。

目的：了解胎兒是否為 X 染色體脆折症患者。

X 染色體脆折症為 X 染色體上 FMR1 基因突變所致，其染色體較脆弱、易斷裂，屬於遺傳性的智能遲緩疾病。

醫師建議

原則上，若有家族病史，她建議孕婦主動諮詢和儘早決定是否檢查。一旦確定要檢查，通常會使用第一次產檢所抽取的部分血液來檢驗；另外，**此檢查終生只要做一次即可。**

➤ 高層次超音波檢查

時間：20~24 週。

目的：觀察胎兒的生理結構，從外觀、中樞系統、心、肺、軀體、手腳等部位的發展是否異常。診斷是否是玻璃娃娃

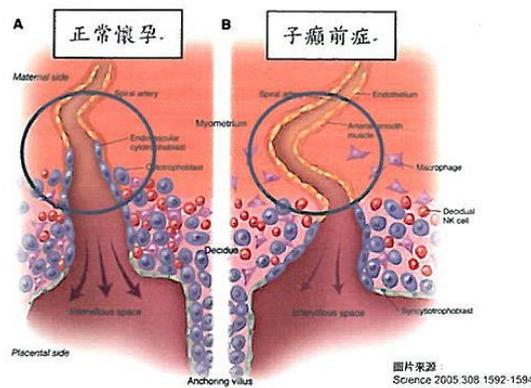
除了國民健康署所給付一次的「一般超音波檢查（20 週）」之外，還有更高層級的高層次超音波檢查，需要更精密儀器，可以觀察的範圍更廣；除了胎兒外觀，就連身體內的生理構造（頭部、胸腔、腹腔、四肢等等），幾乎可以看到其發育狀態（但內在功能、智力等無法確定），通常不少孕婦會主動諮詢和有意願接受檢查。

醫師建議，此檢查的結果可能受到以下因素影響：醫師的專業訓練和經驗、儀器的解析度、胎兒的姿勢。因此，建議尋找專任超音波的婦產科醫師並提早預約，檢查當天放鬆心情、順其自然即可。

➤ 第一孕期子癩前症篩檢

時間：11-14 週。

目的：子癩前症又稱妊娠毒血症，是指孕婦在懷孕期間，發生**血壓上升（妊娠型高血壓）**，**合併蛋白尿、水腫等現象，是造成孕婦死亡的三大原因之一**。發生的原因來自於胎盤，胚胎著床後，會使母體產生胎盤生長因子(PLGF)，胎盤生長因子會使滋養層細胞有侵入子宮蛻膜的能力，引起與母體進行血液交流的螺旋動脈內的內膜平滑肌層退化，讓子宮螺旋動脈擴張，阻力下降，以應付胎兒成長過程所需的大量血液供應；但子癩前症患者的胎盤生長因子濃度較低，因此子宮動脈血管擴張不佳，就引起子癩前症（圖一）。檢查項目有：(1)孕母基本特徵的病史狀況及血壓量測、(2)超音波檢查測量孕母子宮動脈血流阻力、(3)孕母血液中的妊娠相關血漿蛋白(PAPP-A)、胎盤成長因子(PIGF)等三大項綜合估算而成。



(Pre-eclampsia)

圖一：子癩前症患者與正常妊娠子宮螺旋動脈的變化

➤ 乙形鏈球菌篩檢(GBS) - 採集陰道、肛門口分泌物

時間：35-38 週

目的：新生兒常見問題除了早產、先天異常之外，最常面臨的危機就是「感染」。除了常見的大腸桿菌感染之外，另外就是乙型鏈球菌感染。新生兒乙型鏈球菌感染會造成敗血症、腦膜炎、新生兒肺炎，嚴重者甚至可能致死。乙型鏈球菌普遍存在於自然環境，常見於女性的泌尿及生殖系統，多數帶菌的婦女並不會發病，少數人有泌尿道感染症狀，新生兒抵抗力弱，所以可能在產道中受到母親垂直的感染。美國疾病管制局研究發現，若對產前乙型鏈球菌感染的媽媽，於待產中預防性給予抗生素後，新生兒發生乙型鏈球菌感染的比率可降低 75%，意即可減少新生兒感染乙型鏈球菌的機會。

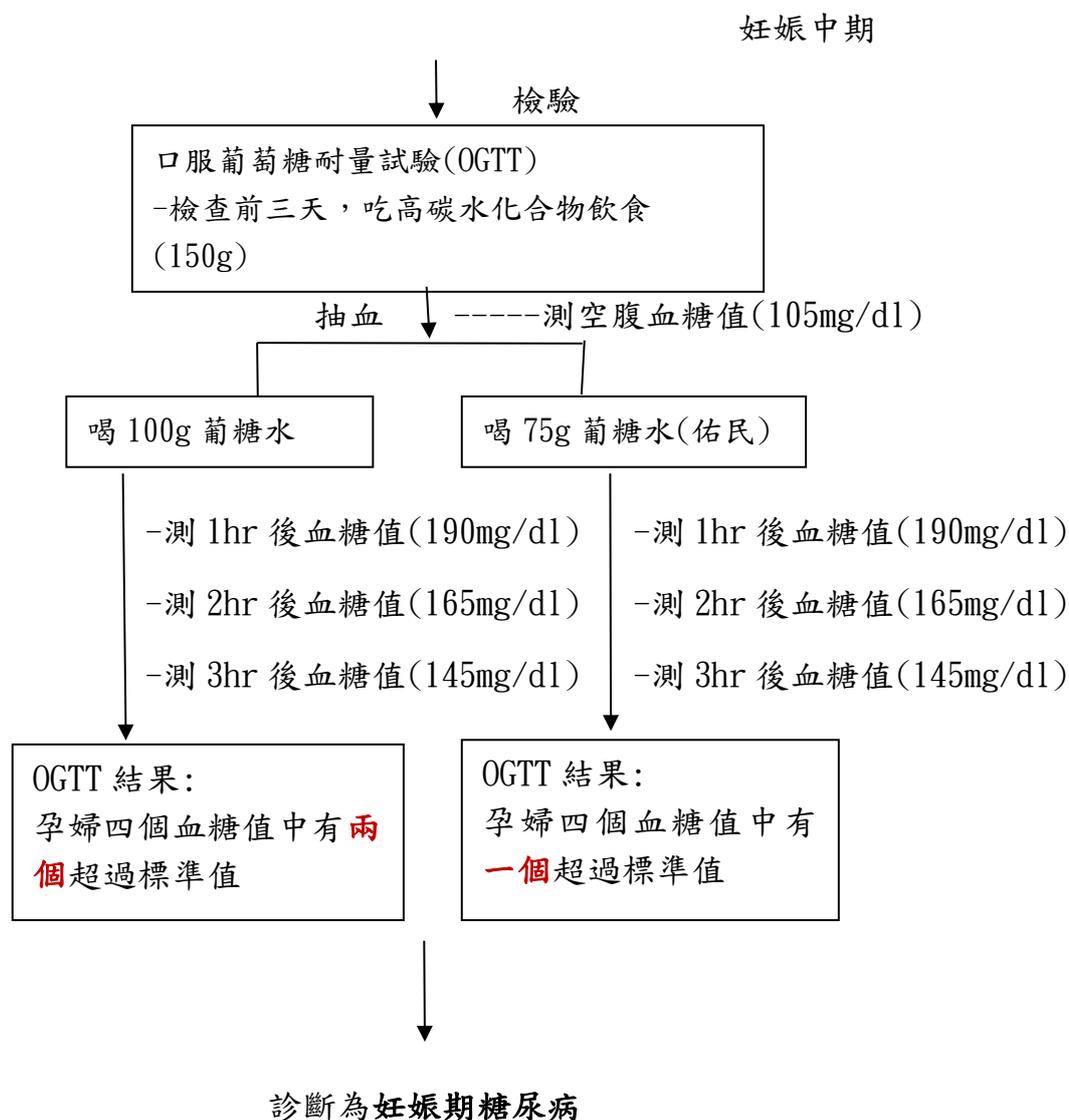
檢查方式:採陰道、肛門口分泌物。在懷孕期間給予抗生素治療(待產時給)以預防新生兒

感染，至少注射兩劑，兩劑中間需間隔 4 小時，本院使用 Ampicilline(500mg)；第一劑給予兩倍劑量 2000mg，後每四小時給予 1000mg，直到胎兒娩出。(4 小時內，降低感染、4 小時內，增加感染)

➤ 妊娠期糖尿病的篩檢

時間:24-28 週

檢測方法:1 小時血糖大於 140mg/dl，就做口服葡萄糖耐量試驗(OGTT)



八、高危險孕婦的護理

妊娠高血壓(子癲前症):

- 妊娠高血壓：孕婦收縮壓高於 140mmHg 或舒張壓高於 90mmHg，或妊娠期的血壓比未孕前收縮壓升高 30mmHg 或舒張壓升高 15mmHg。

- 妊娠誘發性高血壓：發生於妊娠 20 週之後，生產結束 10 天內，高血壓症狀即消失者稱之。若高血壓合併水腫、蛋白尿則稱『子癲前症』；有痙攣者稱為『子癲症』。
- 慢性高血壓：發生於懷孕 20 週前或持續到產後 6 週以上。
- 妊娠惡化性高血壓：妊娠誘發性高血壓及慢性高血壓之合併。

分類	說明		
妊娠誘發性高血壓	妊娠高血壓		<ul style="list-style-type: none"> ● 出現於妊娠 20 週後，產後 10 天內消失。 ● BP 超過 140/90mmHg，或孕期血壓增加 30/15mmHg。 ● 無蛋白尿或水腫。
		輕度	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊娠 20 週後出現。 ● BP 超過 140/90mmHg，或孕期血壓增加 30/15mmHg。 ● 收集 24Hr 尿液，尿蛋白 30mg/dl(1+~2+)。 ● 上肢或臉部輕微水腫。
		重度	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊娠 20 週後出現。 ● BP 超過 160/110mmHg。 ● 收集 24Hr 尿液，尿蛋白 300~400mg/dl(3+~4+)，寡尿 500mL/24hr。 ● 臉部或視覺異常(如意識不清、頭痛、視力模糊等)。 ● 肺水腫：手、臉、腳及下腹明顯水腫。 ● 右上腹痛。 ● 肝功能異常。 ● 血小板減少。 ● HELLP 症候群：溶血、肝功能檢查上升、低血小板計數。
	子癲症		<ul style="list-style-type: none"> ● 具有子癲前症的症狀併有痙攣發生，血壓超過 180/110mmHg。

慢性高血壓	<ul style="list-style-type: none"> ● 懷孕 20 周前出現高血壓或高血壓持續至產後 6 週。 ● 懷孕前即有高血壓者。
妊娠惡化性高血壓	<ul style="list-style-type: none"> ● 孕前即有高血壓，再合併發生子癲前症或子癲症。

HELLP 症候群為肝臟及凝血系統障礙，可能造成腹瀉、出血、胎盤剝離、肝梗塞和破裂、腹腔內出血和水腫等症狀。

H → 溶血

EL → 肝臟功能檢查值上升 (AST > 70, LDH ↑)

LP → 血小板減少症 < 10 萬

■ Rh 因子激敏反應

1. 通常發生於 Rh 陰性之母親懷有 Rh 陽性之胎兒時。正常狀況下，胎兒與母體血液並未相通，孕婦血液尚未接觸過 D 抗原，所以懷孕的第一胎通常不受影響。但在絨毛膜有意外破裂，或第一胎生產時胎盤剝離後，胎兒帶有 D 抗原的血液，有機會進入母體循環，刺激母體免疫系統，在最初的 72 小時形成大量抗 D 的抗原。
2. 在以後懷孕中，Rh 抗體會通過胎盤，而流入胎兒循環，找到位於紅血球上的抗 D 抗原，形成免疫反應，而將紅血球破壞。在臨床上，則顯示出胎兒有嚴重溶血及貧血的症狀，稱為『胎性母紅血球病』。
3. 臨床處置：
 - (1) 若母親為 Rh(-)，其配偶須到醫院做 Rh 因子的檢驗。
 - (2) 若父親亦為 Rh 陰性(dd)，則所有小孩皆為陰性，不會發生 Rh 不合的情形。
 - (3) 若經檢查確定 Rh 陰性母親懷有 Rh 陽性胎兒，需做『間接性昆氏試驗』，以檢查母體血液中 Rh(+) 抗體的數目。

母親之檢查結果	臨床處理
間接性昆氏試驗(-)	尚未發生激敏反應，產後 72 小時內給與母親注射 300 μg 之 Rho 免疫球蛋白以阻止母親抗體的產生。

間接性昆氏試驗(+), 且<1:16	循環中抗體量少, 可能造成新生兒溶血但可懷孕到足月。
間接性昆氏試驗(+), 且>1:16	循環中抗體量多, 會造成新生兒溶血, 需於26 週做羊水的 delta 光譜密度分析以了解胎兒溶血程度。
間接性昆氏試驗(+), 且>1:64	循環中抗體量很多, 此時胎兒很危險, 需立刻進行子宮內輸血以挽救胎兒生命。

4. 護理評估：

- (1) 孕婦初次產前門診時, 需注意詢問母親之血型和 Rh 因子。
- (2) 若婦女發生 Rh 激敏反應, 則應注意孕婦及其家人的知識程度與適應機轉, 在監測胎兒的健康狀況, 如超音波及羊膜穿刺術時, 亦須持續評估。

5. 護理措施：

- (1) 提供相關知識給 Rh 陰性的懷孕婦女
- (2) 提供心理支持

■ ABO 血型不合

1. 大部分發生於 O 型血液之母親, 懷有 A 型或 B 型之胎兒。
2. O 型之胎兒因其紅血球上沒有抗原, 所以不論母親血型為何, 均不會發生 ABO 血型不合現象。
3. ABO 血型不合與胎兒及母親的血型有關, 與胎次無關, 產前也無治療方法。
4. 臨床症狀：
 - (1) 輕度的黃疸：大多在出生後 24 小時內出現, 有輕微血紅素偏低現象, 只有 10~20%個案較嚴重, 會出現血清未結合型膽紅素高於 20mg/dL, 需做照光治療以減低膽紅素質, 避免進行成核黃疸。
5. 若貧血嚴重, 可以同血型、同 Rh 型之血液予以換血治療。

■ B 型肝炎

是由 B 型肝炎病毒(HBV)所引起的。篩檢 HBsAg、HBeAg

表面抗體Anti HBs	核心抗體Anti HBc	表面抗原HBsAg	臨床意義
陽性(+)	陰性(-)	陰性(-)	接種過疫苗，目前仍保有免疫力
陽性(+)	陽性(+)	陰性(-)	曾經得過B肝，現已痊癒
陰性(-)	陰性(-)	陰性(-)	對B肝病毒沒有免疫(抵抗)力
陰性(-)	陽性(+)	陽性(+)	慢性B肝帶原者，每年定期追蹤

1. 傳染途徑：水平傳染(輸血、注射針頭的汙染、性交等傳染)及垂直傳染(由母親傳給胎兒或新生兒)。

✓ 垂直感染：

(1) 95~97%為產道感染：對於此類感染可在新生兒出生後 24 小時內注射 B 型肝炎免疫球蛋白和出生 24 小時內、1 個月、6 個月施打 3 劑 B 型肝炎疫苗，可成功地防止此類感染。

(2) 約 2~3%為胎內感染：B 型肝炎並不會造成胎兒畸形，但由於胎兒免疫力不佳，受感染之新生兒有 80~90%會成為帶原者，若胎兒已成熟則不予以安胎，生產後行新生兒預防注射。若妊娠週數不足，則可考慮對子宮內胎兒肌肉注射 B 型肝炎免疫球蛋白，以減少胎兒發生胎內感染。

2. B 型肝炎帶原者的產婦在產後仍可哺餵母乳，其理由是母乳中的 HBV 量十分少，且新生兒已接受免疫球蛋白及預防注射，已具有抵抗力。

九、破水

1. 孕婦會感到有清澈的液體自陰道流出，及「胎膜破裂」；正常破水是發生在陣痛開始後產程的活動期。

2. 破水後會出現的合併症，如「臍帶脫垂」，尤其是先露部位不正常或先露部位下降至骨盆；以及容易發生「子宮內感染」，所以破水後應立即就醫。

3. 多數孕婦在破水後 24 小時會開始發動分娩；但若以破水，且 12-24 小時仍未開始進入產程，在胎兒已足月或肺泡已成熟的情況下可能需要引產。

十、產前出血(APH)

分期	出血原因
第一期(早期)	流產、子宮外孕

第二期(中期)大出血	葡萄胎、子宮頸口閉鎖不全
第三期(晚期)	前置胎盤、胎盤早期剝離

休克徵象:呼吸困難、心跳呼吸加快、血壓下降

➤ 第一期產前出血處置

(一) 流產:(20 週前, 體重<500g)

1. 若為先兆性流產階段, 採臥床休息, 以維持懷孕(安胎)。
2. 若已超過先兆性流產階段(迫切性流產), 則考慮移除所有胚胎組織,(子宮頸的擴張刮除術 D&C) 並控制其出血量。

(二) 子宮外孕:(Hb, Hct 下降、WBC 上升、B-HCG time 長)

診斷方式:超音波、內診、抽後穹窿(血液為不凝固)-24. 48 週抽

症狀:單側下腹部痛、出血量不多, 呈咖啡色、血壓下降、Cullen' s sing

1. 盡早發現, 盡早處理, 以減少植入處破裂出血而造成危及母體生命。
2. 以剖腹探查做診斷性檢查並做立即處理。

➤ 第二期產前出血處置

(一) 葡萄胎:

定義:胚胎滋養層的絨毛變化和增生, 沒有胎兒。

症狀:HCG 上升、嘔吐、聽不到胎心音

1. 以真空吸引或擴張刮除術清除葡萄胎。

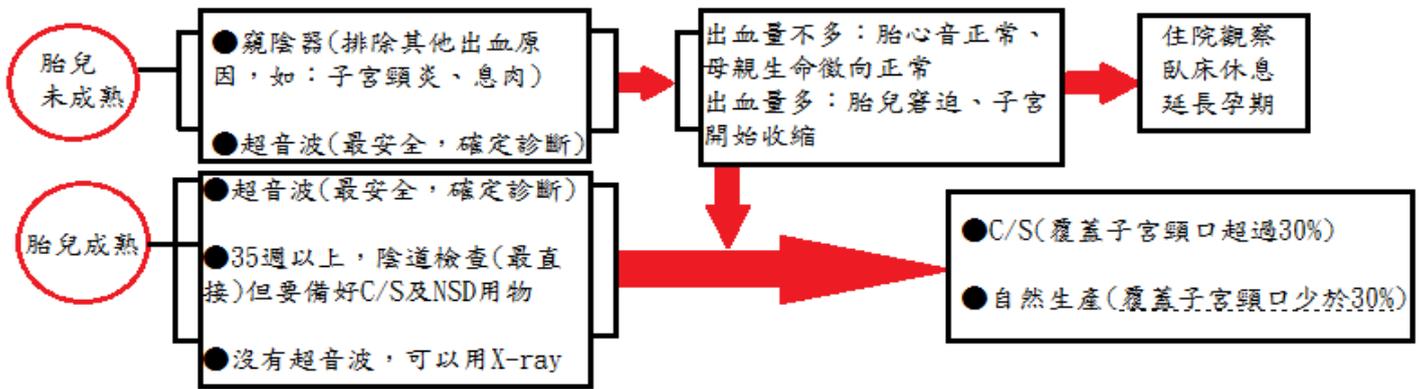
(二) 子宮頸口閉鎖不全:

定義:妊娠第二期, 子宮提早擴張, 胎兒無法成長足月。

症狀:無痛性宮縮、子宮頸變薄及擴張

- ✓ 下次懷孕之 12~20 週時, 可於麻醉下執行子宮頸環紮術, 又稱麥當勞環紮術, 足月時再將縫線拆線, 採陰道生產或保留縫線採剖腹生產。

➤ 第三期產前出血處置



(一) 前置胎盤：

定義:胎盤會隨著週數和子宮頸變薄及擴張，而位置改變。

症狀:無痛性出血(出血量多，端視胎盤蓋著子宮內口的程度)

✓ 完全性前置胎盤較嚴重，預後差

診斷:超音波最適當

1. 臨床處置視胎盤覆蓋子宮頸內口程度、妊娠週數、母親及胎兒狀況而定
2. 定義:位子低，比較靠近子宮頸口

✧ 勿內診-導致大量出血

(二) 胎盤早期剝離：

定義:妊娠 20 週以後，胎未娩出，胎盤及子宮壁分離。

症狀:持續性疼痛(壓痛強直，硬如木板)、鮮紅色出血。

1. 評估及穩定病患，評估凝血功能，輕為或不確定的病例，可臥床休息、鎮靜及觀察。
2. 已確定且出血持續之個案，則考慮利用最快速的方法分娩，使胎兒和母親的危險降至最低。
3. 胎盤排出後，需使用催產素、Ergometrine 等藥物促進子宮收縮，以減少產後出血。
若發生 DIC，則預後較差。
4. 鮮紅色出血、最好診斷是超音波，不可以內診，會導致大量出血。

■ 早發性分娩(早產)：發生於妊娠 20~36 週。

主要早產因子	次要早產因子
<ul style="list-style-type: none"> ● 多胞胎 ● 曾有早產分娩者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 妊娠期之發燒性疾病 ● 妊娠 12 週之出血

<ul style="list-style-type: none"> ● 曾有早產陣痛，但足月分娩者 ● 妊娠期腹部手術 ● 羊水過多 ● 子宮畸形 ● 子宮頸錐狀切除術 ● 子宮敏感，曾因疑似早產陣痛入院者 ● 32週子宮頸變薄10% ● 32週子宮頸擴張超過1cm ● 1次以上妊娠中期流產者 ● 雙子宮、雙角子宮 	<ul style="list-style-type: none"> ● 有腎臟炎病史 ● 每天吸菸超過10支 ● 有1次妊娠中期流產 ● 2次以上妊娠初期流產者
---	---

症狀：宮縮或下腹部月經來潮下墜感(頻繁)、分泌物增加(水性、血性)、勞累、鮮紅色出血

(一)臨床處置

1. 教導孕婦自行發現早產跡象，包括：持續下背部疼痛、陰道分泌物增加、有血染的陰道分泌物、像月經來臨般的腹痛。
2. 若妊娠20~36週，子宮收縮的頻率每20分鐘四次以上或1小時6次以上，就稱為早產陣痛，若早產陣痛發生且子宮頸變薄80%，子宮頸擴張超過2cm，則會引發早發性分娩。
3. 正常妊娠20~30週，每小時收縮宜少於2~3次，30~36週時，每小時少於3~4次。

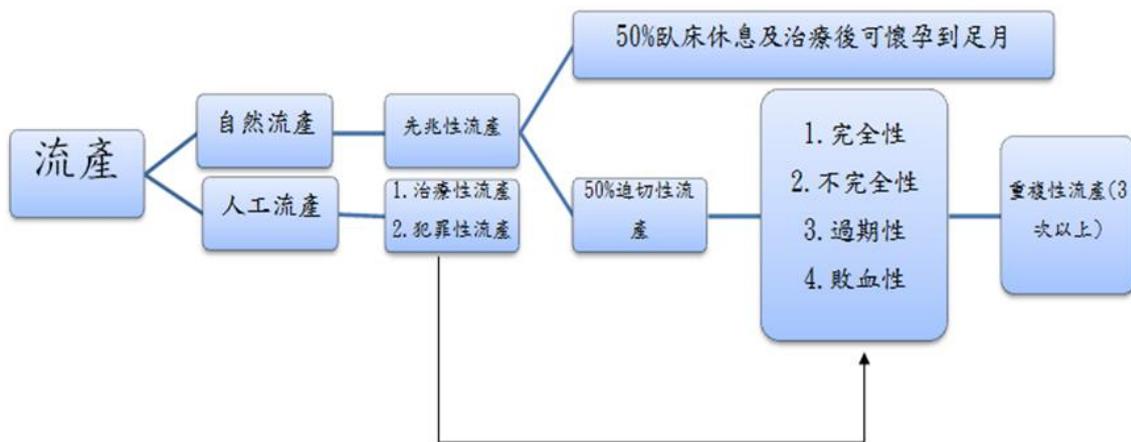
常用早發性分娩之治療藥物

藥物	作用	副作用	護理重點
β 交感神經作用劑 <ul style="list-style-type: none"> ● Ritodrine (Yutopar) 治療濃度： 0.15-0.35mg/min 滴數：10-	作用於 β_2 受體接受器，使平滑肌鬆弛，抑制子宮收縮。	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 母親：肺水腫、心搏過速、心悸、低血壓、噁心、嘔吐、高血糖、低血鉀。 ➤ 胎兒：心搏過速、胎心音變異 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療前須先行心電圖檢查。 2. 懷孕前20週禁用。(因baby太小) 3. 子癇前症、子癇症、心臟病、糖尿病，不可使用。 4. 若出現下列情況，須立即

<p>70gtt/hr (70gtt 為最高劑量)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 口服及針劑 ✓ 20 週後才能施打。 ✓ 稀釋用 G/W; 不可使用 G/S, 會與 Na 產生結晶。 ✓ 宮縮密, 劑量高。 ✓ 以媽媽感受為主。 		<p>性增加、酸中毒。</p>	<p>告知醫師並停藥：</p> <ul style="list-style-type: none"> (2) 母親心跳大於 120 次/分、心律不整或胸痛。 (3) 血壓低於 90/60mmHg。 (4) 出現肺水腫的症狀，如：呼吸困難、血氧飽和度下降。 (5) 胎心率大於 180 次/分。 <p>5. 發生心血管合併者時，可以 Propranolol(Inderal) 為拮抗劑。</p> <p>6. 安胎的產婦也會同時使用 MgO 預防便秘。</p>
<p>硫酸鎂(MgSO4) 治療濃度： 每小時 25-75 滴 大部分都調每小時 50 滴(需使用 pump 精密調滴數)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 稀釋用 G/W ✓ 點滴量+MgSO4 量需=500ML 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 抑制中樞神經，使平滑肌鬆弛。 2. 降血壓。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 母親：噁心、嘔吐、暫時性低血壓、嗜睡。 ➤ 血清濃度大於 10mEq/L 時，會出現呼吸速率少於 12 次/分、深部肌腱反射消失、少尿(少於 30c. c. /hr)。 ➤ 胎兒：呼吸減少、胎心率曲線變平滑、變異性 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 監測血鎂濃度(治療濃度為 4~8mEq/L)、深部肌腱反射、呼吸次數及尿量的變化。 2. 注意有無鎂中毒的情形，若出現中毒反應，應報告醫師，並停藥。 3. 拮抗劑為葡萄糖鈣 (Calcium gluconate)。 4. 使用此藥隔天會抽血看治療濃度。 5. 每小時評估尿量(正常:1hr >30c. c)及深部肌腱反射

		減少。	(正常 2+)。 6. 嚴重者才能使用。
<p>前列腺素合成酶抑制劑</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indomethacin (Indocin) ✓ 塞劑(要給 2 顆) 32 週前使用 	<p>抑制前列腺素合成，使子宮的平滑肌鬆弛。</p> <p>降低早發性分娩。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 母親：噁心、嘔吐、消化不良、羊水過少、血小板減少、出血時間延長。 ➤ 胎兒：動脈導管狹窄、腎功能減少合併羊水過少。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用此藥最長不可超過 48 小時。 2. 有潛在出血問題、氣喘、胃潰瘍、明顯腎或肝功能不良、羊水過少禁用。 3. 治療前期停藥後，48 小時內皆須評估，羊水量及胎兒之動脈導管功能。 4. 產後須注意有無出血症狀。 5. 可用栓劑或與食物同時服用，以減少腸胃不適。
<p>鈣離子阻斷劑</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nifedipine (Procardia) (Adalat) 	<p>阻斷鈣離子進入細胞內，使平滑肌鬆弛(可作為第一線安胎藥或於硫酸鎂治療後使用)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 母親：暫時性心搏過速、心悸、低血壓、四肢水腫。 ➤ 胎兒：因母親低血壓，影響子宮胎盤灌流(罕見)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 避免與硫酸鎂併用。 2. 注意母親與胎兒有無副作用出現。 3. 不可使用舌下給藥。 4. 每 15 分鐘給一顆最多可以給 3 顆，沒用後使用 Yutopar(先用口服再用針劑)醫師評估後會再調整劑量。 5. 注意可能會仰臥性低血壓。 <p>✓ 量血壓</p>

十一、流產分類



十二、NST 及 CST 之比較

方法	無壓力試驗(NST)	宮縮壓力試驗(CST)
項目	目的:測胎動、胎心音，主要評估胎盤功能。	目的:宮縮和胎心率。評估胎盤的呼吸功能。
週數	28-32 週	32-34 週
適應症	<ul style="list-style-type: none"> ● 高危險妊娠婦女，如患糖尿病、高血壓等疾病孕婦。 ● 過去曾有胎死腹中經驗的孕婦。 ● 孕婦自覺胎動減少。 ● 有陰道出血現象的孕婦。 ☆ 不需要 NPO，採半坐臥	包括一些高危險妊娠的情形，如下： <ul style="list-style-type: none"> ● 高血壓性疾病，包括妊娠誘發性高血壓(PIH)、子癲前症、子癲症。 ● 糖尿病。 ● 子宮內胎兒生長遲滯(IUGR)。 ● 過期妊娠者。 ● 甲狀腺機能亢進。 ● 慢性腎臟病者。 ● NST 結果為不反應型。

<p>禁忌症</p>	<p>無。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去曾接受古典式(垂直式)剖腹生產者。 ● 有早產症狀或曾有早產病史者。 ● 前置胎盤或有妊娠末期出血症狀者。 ● 早期破水(PROM)者 ● 羊水過多或有多胎妊娠者。 ● 子宮頸閉鎖不全者。
<p>判讀</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 反應型：20 分鐘內有 2 次以上的胎心率加速，不論孕婦是否察覺到胎動：胎心率必須增加 15bpm 以上，且持續超過 15 秒鐘以上，變異性大於 6bpm。 ● 不反應型：超過 20 分鐘檢查期間未出現胎心率加速，變異性小於 6bpm。 	<p>在 10 分鐘出現 3 次至少持續 40 秒的宮縮史才開始進行判讀：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 陰性：沒有晚期或明顯的變異性減速。 ● 陽性：50%以上的宮縮出現晚期減速，即使宮縮頻率 10 分鐘內少於 3 次。 ● 可疑：50%以下的宮縮有間歇性胎心律晚期減速。 ● 過度刺激：宮縮頻率超過每 10 分鐘 4 次以上宮縮，且收縮間隔 60 秒，或收縮持續超過 90 秒，且伴隨有胎心率晚期減速現象。 ● 不滿意：10 分鐘內無法達到 3 次宮縮。

三種胎心率減速

早期減速

- ✓ 子宮頸擴張至 6 公分且破水
- 始於宮縮開始，活動期以後發生，尤其是已破水
↑ (宮縮開始，胎心率下降)
- 宮縮的最高點—心跳變慢的最低點，在正常範圍
- 在宮縮結束時或之前心跳回到基準胎心率
- 隨宮縮重覆出現一致的圖形

導因

胎頭下降造成胎頭受壓。

臨床意義

- 胎頭受壓使顱內壓升高，導致腦血流下降因而刺激迷走神經
- 發生在產程初期，可能有胎頭骨盆比例不合的問題

介入措施

- 不需要介入性措施—除非在待產早期，或胎頭沒下降
- 基準胎心率改變的問題
- 繼續觀察胎心率的變化

晚期減速(Late Deceleration)

胎心率晚期減速發生在子宮收縮的高峰期或之後，心跳減速的最低點常接近於子宮收縮結束時，會隨宮縮反覆出現，減速的程度很少低於胎心率基準線 30~40bpm，要到子宮收縮完全結束之後，胎心率才會回到基準線

導因

- 母親低血壓（如因仰臥平躺或硬膜外麻醉所致）
- 子宮過度收縮（如施打催產素或高張性子宮）
- 胎盤功能不足（如過期妊娠、胎盤病變、胎盤早期剝離）

特性

- 晚期減速始於宮縮的最高點或之後幾秒

- 心跳減速的最低點發生於宮縮結束前後
- 宮縮完全結束後，心跳才回到基準胎心率
- 減速的過程應平緩漸進，且隨宮縮反覆出現一致的圖形

臨床意義

- 代表子宮胎盤灌流不足而導致細胞組織缺氧
- 有晚期減速而胎心率變異性仍存在，表尚未出現酸血症
- 若晚期減速伴隨著變異性消失時，則代表出現酸血症
- 心跳變慢的程度不代表胎兒受影響的嚴重程度

介入措施

- 協助產婦改採左側臥，或是垂頭仰臥式，以抬高下肢來改善母親低血壓
- 減少或停用催產素，準備給予子宮鬆弛劑
- 以面罩給氧 8 ~12L/min
- 監測產婦的血壓與脈搏；若確定母親低血壓的問題，則可增加靜脈輸液的灌注
- 協助醫師進行胎兒採血取樣分析或準備立即生產

變異性減速

胎心率變異性減速的特徵是胎兒心跳減速的開始、持續時間及波形下降的狀況，與宮縮沒有一定的關係；胎心率變異性減速通常超過 15 秒，但在 90 秒以內

導因

- 胎兒臍帶受壓（如因羊水流失、胎兒下降或臍帶打結所致）
- 臍帶太長或太短
- 臍帶脫垂（需急 C/S）

特性

- 起始點、持續時間及波形下降程度，與宮縮沒有一定的關係
- 常發生於破水的個案

臨床意義

- 胎兒反應臍帶血流阻斷而導致的血壓改變或氧合狀況改變，表示胎兒正在進行生理性的調適
- 出現顯著的變異性減速；反覆出現變異性減速且在產程中每況愈下，或併有心搏過速、心搏過慢、胎心率變異性消失等現象時，則要特別注意

介入措施

- 協助產婦採取側臥姿或以膝胸臥位、搖高床尾的方式減輕先露部位對臍帶的壓迫
- 進行陰道內診以確認是否有臍帶脫垂
- 減少或停用催產素，準備給予子宮鬆弛劑
- 以面罩給氧 8 ~12L/min
- 協助醫師進行胎兒採血取樣分析、羊膜腔內輸液或準備立即生產

十三、生產前技術準備注意事項：

shaving 剃雉：

自然生產之產婦於生產過程中會有自發性的會陰裂傷，或由醫師執行會陰切開術而導致有傷口產生，故臨床上醫師以為了減低傷口的感染機率，或是在縫合時較安全或容易為由，而對自然生產之產婦執行會陰毛髮剃雉的常規技術。

目的 1：有利於順產而且陰毛可能會暗藏細菌，這些細菌可能會引起產後傷口感染。

目的 2：同時陰毛也很容易掉進傷口，這對傷口的癒合是十分不利的。因此，不少醫生會提議媽媽剔除陰毛，而選擇剖腹產的媽媽，則需要把陰毛全部刮掉，特別是有的媽媽肚子上也有陰毛，這些陰毛必須剔除。

準備用物：治療盤、剃雉刀、抽血管、止血帶、衛生紙、手圈、消毒酒精、針頭、酒精棉片

可以不刮：剛開始的時候，你可能會覺得很不好意思，很尷尬。如果你實在接受不了私處空蕩蕩的感覺，你可以跟醫生充分溝通。

根據個人情況決定：其實現在也有醫學研究表明，刮陰毛不是必須的，只要你注意個人衛生清潔，注意產後傷口的護理，這樣可以減少感染的風險。

➤ Perineal Shaving 步驟：

1. 協助待產婦採仰臥姿勢，雙腳屈曲張開，並準備明亮的照明設備，以確保待產婦皮膚完整性。
2. 護理人員戴上手套後，先將會陰部以肥皂凍棉球塗抹一次(Shaving 溶液因待產機構的不同而有所差異)，以避免 Shaving 時造成的疼痛。
3. 另一手將皮膚撐平，使皮膚呈緊繃狀態，有助於剃刀的移動；注意動作要輕柔，由上往下剃除，以保持產道的清潔。進行到下半部的會陰區域時，可以請待產婦腳彎曲側向一邊，改成側躺姿勢，以清楚露出肛門區域。
4. 最後，當會陰部所有的毛髮都剃除後，執行會陰清潔後即完成。

灌腸 Enema：

目的:1. 清潔腸道減少感染。

2. 促進產程進展

- ◇ 灌腸後開始禁食任何食物（包括開水、飲料、人蔘等…），以預防產痛會引發嘔吐之不適及待產過程若需要行緊急剖腹產時之準備（因手術需禁食 6-8 小時）。

灌腸步驟：

- (1) 協助病人採左側臥，覆蓋病人以浴毯或薄被覆蓋病人，僅暴露出肛門部位，並確保其清晰可見。
- (2) 護理人員戴上手套後，打開前端的蓋子，如果是意福灌腸則將長形肛門導入端接上或握住瓶頭，另一手將軟管上拔到底，有"撥"一聲輕響。
- (3) 將水溶性潤滑劑（或凡士林）潤滑放在導入管前端，如果是意福灌腸則導入端較長，需潤滑 7 至 10 公分。注意不要潤滑液不要塗抹而塞住灌腸液出口及注意要保瓶身直立，勿使液體流出。
- (4) 以非慣用手拿衛生紙並撥開雙臀，並檢查會陰部是否有異常，包括痔瘡、肛門瘻管，以及直腸脫垂，以慣用手持甘油球或意福灌腸瓶，注意拿的方法。
- (5) 請病患張口哈氣，如果是甘油球的導入端較尖及硬，容易造成疼痛及肛門破皮，需小心使用，使用時需持續拇指持續擠壓至溶液流盡後拔出。
- (6) 以非慣用手持衛生紙壓住肛門口，如果灌腸液流盡，仍須緊壓意福灌腸瓶底、勿放

鬆，以免將擠出的溶液又吸回瓶內，然後輕抽出。

如果是意福灌腸則溫和平穩地將整個導入端插入肛門或者約插入 7~10 公分，或者緩慢地向前推至肛門頂到瓶口為止，拇指擠壓瓶底直到液體幾乎完全進入，過程中需詢問病患的感受。如果病患表示疼痛、絞痛或無法忍受想要排便則停止。

十四、NSD 生產

生產準備：更換衣服→測生命徵象→shaving(會陰下 1/3) →Enemaa→

讓媽媽先去上廁所(留尿液檢體) →測胎心音→On IV Line(抽血)

(一)分娩機制

1. 子宮頸變薄變軟與：effacement，指子宮頸漸進性的縮短，以至於完全消失。子宮頸會由原本 2 公分逐漸縮短，漸漸變成薄膜一搬，此時幾乎已經完全摸不到子宮頸。
2. 子宮頸擴張：dilation，指子宮頸外口從一小隙孔，逐漸擴張至能讓胎兒通過 10 公分大的過程，子宮頸擴張程度通常以公分來表示，亦可用指寬來表示，1FB=2 公分
 - ★初產婦通常是先變薄變軟後才擴張
 - ★經產婦變薄及變軟有可能同時進行
3. 胎頭先露部位下降：station：是以兩坐骨棘的假想連線為基準，連線向上、想下分別以-5~+5 公分表示 Station-1：先露部位在坐骨粗棘的連線上 1 公分左右(表示胎頭先露部位還很高，漂浮還未固定)。ul>- ✓Station0：胎頭先露部位已達坐骨棘(表示先露部位以固定)
- ✓Station+1：先露部位在坐骨棘連線下 1 公分左右
- ✓Station+4：表示胎頭已突出在會陰處，胎兒即將娩出

(二)分娩機轉

1. 下降：子宮收縮時子宮底會施壓力把胎頭朝骨盆出口推進，這種下降的情形，在整個產程都會一直持續進行。
2. 固定：指胎頭的最大橫徑(雙頂徑)進入骨盆入口，通常這時候頭頂已達坐骨棘附近。

3. 屈曲：胎兒下降時，由於骨盆底的壓力與子宮頸的阻力，導致胎頭向前彎曲的角度更大，使胎頭會以最小的前後徑(枕下前囟徑 SOB)通過產道。
4. 內迴轉：胎頭通過骨盆入口，受到骨盆肌肉阻力下，胎頭的枕部會旋轉至恥骨聯合的方向，使胎頭最大徑與骨盆出口平行，胎頭才能通過骨盆出口。
5. 伸展：通常在子宮頸全開後，胎頭受到骨盆的阻力會以伸展的姿勢通過會陰娩出。
6. 外迴轉：胎頭娩出後，胎兒的肩膀正在做內迴轉，使肩膀與骨盆出口一致，然而胎頭為配合肩膀的姿勢娩出，所以會轉 45°復位回到原來子宮內的胎位，後再轉 45°與肩膀一起娩出，完成外迴轉動作。

(三)分娩階段

1. 第一產程：

是指規則陣痛開始至子宮頸完全擴張(10 公分)的過程，通常第一產程分為三個時期：

1. 潛伏期：指子宮頸擴張至 3 公分，初產婦通常需經歷 6.4 小時，經產婦約 4.8 小時。為第一產程中時間最長的一期。
2. 活動期：指子宮頸由 4 公分擴張至 8 公分，在此階段子宮頸快速擴張，宮縮強度、頻率、持續時間都會明顯增加，初產婦 4 小時，經產婦 2 小時。(此為舊版，新版活動期為 6 公分)
3. 過渡期：指子宮頸由 8 公分擴張至 10 公分，此時宮縮會十分強烈，因胎頭擠壓產道，產婦會不自主地想用力。

2. 第二產程：

指子宮頸完全擴張至胎兒完全娩出的過程，隨著產婦持續的宮縮及腹壓的使用，胎頭會下降至陰道口，會陰會膨出，隨著每次宮縮時用力胎頭會擠壓至陰道口內，稱為〈撥露〉。然而隨著每次宮縮用力下，胎頭先露部位會逐漸暴露出來，就算宮縮結束也不會縮回去稱為〈著冠〉。通常初產婦在子宮頸完全開至 10 公分時有效的用力

幾次後，就可以送入產房生產；經產婦則在子宮頸擴張至 7~8 公分時有效地用力幾次後，就可以送入產房生產。

3. 第三產程：

指胎兒娩出至胎盤、胎膜完全娩出的過程，通常需要 10~20 分鐘左右。胎盤即將剝離的徵象：1. 子宮由盤狀變成球狀 2. 子宮底會升高至肚臍上 3. 陰道忽然湧出大量血液 4. 陰道口外的臍帶滑出更多。一般第三產程胎盤滯留不應超過 30 分鐘

4. 第四產程(預防出血):

指產後的 1~2 小時，或稱為產後恢復期，此為生理穩定期的重要階段。分娩時，平均血液喪失可達 300~500c.c，隨著血液喪失及子宮對血管壓力的解除，血液會重新分布到靜脈床，造成血壓下降、脈搏壓增加、脈搏變快、心跳加快，加上胎盤剝離娩出後，子宮仍繼續收縮，由於子宮肌肉的強力收縮，會促使開放的大血管封閉，而控制出血。此時若子宮肌肉收縮力差，則為導致產後大出血。因此分娩後 1~2 小時，護理人員需仔細評估子宮肌肉收縮力，及因分娩壓力而造成的全身性反應，以預防感染及產後大出血。

(四)胎盤娩出方式

1. 希氏法: 胎盤由中央先剝離再向邊緣剝離，即由接觸胎兒面或光滑面先娩出。

優點: 出血量少、且較不會剝離不完全。80%的胎盤以此方式娩出

3. 鄧氏法: 胎盤由邊緣先剝離在向中央剝離，即由接觸母親面或粗糙面先娩出。

缺點為出血量多、且易造成胎盤剝離不完全。

(五)會陰撕裂傷：急產、難產，以細羊腸線縫合

1. 第一度: 包括皮膚或陰道黏膜，但未延伸至肌肉層。

2. 第二度: 從皮膚及陰道黏膜延伸至會陰肌肉。

3. 第三度: 從皮膚、陰道黏膜、肌肉延伸至肛門括約肌。

4. 第四度: 從直腸黏膜延伸至直腸腔。

(六)會陰切開術：

1. 正中會陰切開術:

優點: 出血少，傷口小，缺點: 裂到肛門口，容易形成 3 度以上的裂傷。

2. 中側會陰切開術:

優點: 不易裂到肛門，缺點: 出血多、傷口較難縫合、癒合時間長

產痛

分娩的過程可分為三階段：

(1)第一產程：

由子宮規則收縮至子宮頸口完全擴張至 10 公分為止，又稱為擴張期，第一產程的痛覺

神經是經由第十、十一、十二胸椎及第一腰椎神經節所傳遞至中樞

潛伏期:開始於子宮規則收縮；結束於子宮頸口變薄且擴張至 3 公分為止，為第一產程中「最長的」一期

活動期:為子宮頸口「擴張最快」的階段(4~8 公分為止)，胎兒逐漸下降至母體的中骨盆，並開始內轉。初產婦約為 4 小時，經產婦約為 2 小時。

過度期:子宮頸擴張 8~10 公分，此期擴張速度變慢又稱「減速期」，子宮頸口的現血量可能突然增加，也可能發生破水情形。

(2)第二產程:

由子宮頸全開到胎兒娩出，第二產程的痛覺神經是經第二至第四薦椎神經所傳遞（陰道和會陰的疼痛）。

(3)第三產程:

胎兒出生到胎盤娩出。陣痛以第一產程的後期、在肚臍以下腹部最為疼痛，稍後第二產程的痛覺傳到會陰及肛門處，且伴有便意。阻斷第一產程的痛覺神經傳遞，及持續低劑量用藥至第二產程，再配合醫護人員指導下用力，則能達到更好的止痛效果。

無痛分娩

定義：子宮收縮強度達 50~70mmhg，並子宮頸口已開啟，初產婦 4 公分以上，經產婦視臨

床狀況而定。是利用衛教、心理治療、藥物或儀器來達到減輕產痛的目的。例如：

- (1) 靜脈或肌肉注射止痛劑
- (2) 區域性神經阻斷術
- (3) 吸入性麻醉劑
- (4) 催眠法
- (5) 針灸
- (6) 衛教如拉梅茲呼吸減痛法
- (7) 經由皮膚電氣刺激神經法(TENS)等

● 腰椎硬膜外麻醉法(Lumbar Epidural Anesthesia):

常用 1%lidocaine，以 16~18 號穿刺針於 L2、L3 或 L4 腰椎間隙注入硬膜外腔

優點：麻醉之後產婦還是輕醒著，可以適度放鬆，運動神經也只有部分阻斷，因此可以

配合用力來加速產程。

缺點：可能使產程延長，少數病例有產後「脊髓性頭痛(spinal headache)」。

- 脊髓性頭痛(spinal headache)發生，必要時可以抽取產婦的血液，直接打入原來入針處的硬膜外腔，這樣形成的血凝塊可以塞住洩露處(blood-patch therapy；硬膜外腔血液注入法)，防止脊髓液再度流出，效果相當顯著。

考量母體、胎兒的安全及產婦的滿意，各醫院所謂無痛分娩是以注射腰椎脊膜外腔止痛法為主（腰椎神經阻斷術——阻斷知覺神經，但仍保存運動神經功能，有效的控制產痛，免受疼痛的折磨，免受疼痛的折磨。特殊情形下可作脊椎止痛法或併用上述兩種方式）。目前健保並未給付無痛分娩項目，包括技術費、止痛藥及耗材必須自費，各院收費標準也有差異。

不適用情況：

1. 產婦背部受傷或感染
 2. 腰椎畸型或曾經手術過
 3. 產前出血、休克
 4. 某些產科急症
- 副作用：暫時性的發抖、低血壓、嘔吐，以及較少見的頭痛、腰酸背痛、感染、抽筋、藥物過敏或麻醉止痛不全的情況。
 - 在一個專業有經驗的麻醉醫師照顧之下，我們都會加以預防或做適當的處理及解決問題，產婦不用過於擔心。

注意事項：

1. 注射完麻醉針後，腹部的肌肉會失去知覺，在生產時母親不能夠用力推動嬰兒出世，生產時間比較長。
2. 麻醉藥會令下半身的血管放鬆，血壓下降，可能引致休克現象。
3. 當手術後，通常膀胱的肌肉暫時不能回復正常，所以母親有可能排尿障礙。

◇ 脊髓液從針窿漏出少許，會引致頭痛。

(七)生產流程

先在產檯上鋪設無菌治療巾，產婦進入產房後，請產婦自行移動屁股到產檯上擺好膀

膀胱截石臥位，產檯尾端的檯子拆解開，鋪設無菌區(Polysorb 縫線、2 支止血鉗、1 支線剪、2 支組織剪、1 支無齒鑷、1 支敷料夾、1 個 CD 碗、1 個彎盆、1 包紗布、1 支 20c.c 空針、2 支 3c.c 空針)，學姊抽取麻醉藥物 Xylocaine，產婦套上腳套，消毒會陰部(順序為：下腹部 -> 右邊大腿內側往外至大腿前半段 -> 左邊大腿內側往外至大腿前半段 -> 右邊陰唇由上往下消毒 -> 左邊陰唇由上往下消毒 -> 陰道由上而下至肛門口)，等醫生就位後，等產婦宮縮，醫生會請產婦憋氣用力，試著解大便，之後破水完，等宮縮時產婦憋氣用力，醫生按摩產婦會陰，注射 Xylocaine，剪開會陰，開始生產，等胎頭露出後，刷手護理師抽吸新生兒口鼻，胎兒完全娩出後記錄時間及觀察生殖器，抱至新生兒處理檯後，流動護理師幫產婦注射催產素 Methergin 促進子宮收縮，點滴加入 Pitocin 10 IU，縫合會陰傷口，移除治療巾，收拾用物，產婦移置病床，推回恢復室。

十五、C/S 生產

生產準備：更換衣服→shaving(乳腺~大腿上 1/3 處)→測 v/s→測胎心音→抽血和 on IV→準備產婦(戴手圈、手術帽、簽手術、麻醉同意書)→推進產房→麻醉→準備 c/s(給氧、準備無菌區)→雙手約束(生產過程中隨時監測 v/s)

適應症：1. 胎兒窘迫 2. 產程進展不良 3. 產前出血 4. 胎位不正 5. 臍帶脫垂 6. 催生失敗者 7. 前次剖腹產 8. 先前有子宮手術者 9. 胎兒先天不正常可治療者 10. 子癇前症 11. 胎兒體重小於 1500 公克 12. 骨盆畸形 13. 胎兒體重超過 4000 公克 14. 胎頭骨盆不對稱 (CPD) 15. 阻生性生產 (例如有子宮肌瘤或卵巢腫塊)

放置導尿管目的：

c/s 生產過程中，維持膀胱排空狀況，以避免手術中傷害到膀胱及膀胱脹滿影響宮縮情形。

生產流程

監測生命徵象後，請產婦成蝦米狀左側臥(促進子宮血液循環)，消毒後鋪上無菌洞巾，局部麻醉後請產婦平躺，開始架設無菌區，消毒後鋪設無菌治療巾，器械擺設完畢後，醫生先切開皮膚，切開腹內外斜肌，分開腹直肌，切開腹膜，切開子宮肌肉層，切開羊膜(此時羊水流出)，取出胎兒，胎盤娩出，清除子宮內殘留胎盤，過程中隨時抽吸血液及使用紗布捲吸取血水，若有沾黏問題，使用電燒法將沾黏部位分離，處理完畢後縫合子宮內

膜及肌肉層，再縫合子宮漿膜層，取出腹腔內紗布，以紗布清理腹腔積血，縫合腹膜，縫合腹直肌，縫合皮下組織，縫合表皮皮膚後消毒傷口貼上美容膠，包紮傷口，醫生會在子宮底加壓，清除子宮及陰道內惡露，固定導尿管後送至恢復室，清理由物。

➤ 剖腹產的傷口大小:以胎兒頭部大小為基準，約 11~13 公分。

➤ 直式傷口：即在肚臍下方正中的地方，直向的劃下一個約 15 公分左右的傷口。

優點:是若是手術中有任何意外的狀況便於將傷口加大，所以手術的範圍會比較清楚，

時間也比較快速，大多用在曾經有其他腹部手術，或者是剖腹生產要合併做其

他的腹部手術(例如子宮切除或是卵巢腫瘤等等)，或狀況緊急的情況下。

缺點:在美觀上較不好看，另外，由於疤痕拉扯承受比較大的壓力，所以直式傷口也比

較容易長疤痕組織，或產生腹部疝氣。

➤ 橫式傷口 (Pfannenstiel incision):此種方式是在腹部下方恥骨的上緣，也就是陰毛上緣的位置，橫向劃一個約 10~15 公分的傷口，有如一個微笑的標誌。

優點:較為美觀，另外也比較不容易產生腹部疝氣及疤痕組織。

缺點:傷口的視野會較為縮小，比較不適用於其他複雜手術或比較肥胖的病人。

十六、新生兒立即護理

目的：

1. 維持新生兒呼吸通暢
2. 保暖、避免體熱散失
3. 及時斷臍、預防感染
4. 給予全身身體評估

用物與設備

1. 新生兒處理台
2. 嬰兒床
3. 無菌包巾、小毛巾、Y 紗、紗捲、臍帶剪、無菌手套、8 號抽痰管或吸球、臍帶夾、75%酒精、95%酒精、棉棒、眼藥膏、Vit K1、1cc 空針、新生兒出生紀錄單等等、酒精棉片、量尺、體重計、手圈、印泥

步驟：

1. 首先把新生兒處理台的電源打開(因新生兒接觸冷空氣的物體會導致體溫散失)
2. 打開無菌包
3. 準備新生兒用物，以無菌方式把物品丟入無菌包巾內
4. 打開 75%酒精、95%酒精蓋或準備沾濕的棉棒(棉球)
5. 準備量尺、體重機、手圈、印泥、眼藥膏、Vit K1(本院眼藥膏及 Vit K1 在嬰兒室給予)
6. 戴上無菌手圈
7. 胎頭娩出、身體上未娩出時，以無菌抽痰管或抽吸球吸取口中分泌物，並注意有無其繞頸的情形
8. 新生兒完全分娩出後，應要第一次呼吸前將口中及咽喉得黏液吸出(預防吸物分泌物)
9. 確定新生兒出生時間與辨識性別(要大聲說出让產婦及醫生和另一位護理人員聽見)
10. 將新生兒報至新生兒處理台，若還有分泌物再繼續抽吸，應協助新生兒維持垂頭仰臥、頸部呈現伸展的姿勢，抽吸時間不得超過 15 秒、壓力不可超過 20mmHg。應觀察抽吸出來的顏色、量、性質
(本院在產房使用 8 號抽痰管，到嬰兒室才使用吸球)
11. 若新生兒沒有啼哭，要給予輕拍新生兒背部、足底，必要時給予氧氣(有利於新生兒肺部擴張)
12. 給予保暖(迅速擦乾新生兒身上羊水及血跡，新生兒體溫的散熱通常是由羊水蒸發所致。處理完基本常規後應立即包裹保暖)
13. 評估一分鐘及五分鐘的 Apgar score:

最低:0 分；最高:10 分

徵象	分數	0	1	2
心跳速度		無	每分鐘低於 100 次	每分鐘高於 100 次
呼吸速度		無	緩慢、不規則	呼吸規則有宏亮哭聲

肌肉張力	軟弱	身體為屈曲	四肢活動力佳
反射能力	無	抽吸時，皺眉臉 部表情痛苦	抽吸時，哭聲有力
皮膚顏色	藍色、蒼白	軀幹呈粉色、四 肢呈藍色	全身呈現粉紅色

*評估分數結果代表

7-10 分-新生兒狀況良好

4-6 分-心肺功能中度抑制，須清除新生兒呼吸道黏液

<4 分-新生兒處於非常危險的狀況，須馬上進行急救

14. 給眼藥膏-預防新生兒在通過產道時受到淋病雙球菌的感染，而導致淋病性結膜炎的發生（目前在嬰兒室執行）使用藥膏：四環黴素 (Tetracycline)、紅黴素 (Erythromycin)、地靈黴素 (Terramycin)，由內眥外塗上藥膏
 15. 注射 Vit K1-注射部位位於大腿中段外側股四頭肌處- Vit K1 的主要功能是催化肝臟合成凝血因子，新生兒在出生施打 Vit K1 不足會導致出血性疾病（目前在嬰兒室執行）
 16. 身體外觀初步評估-確定有無唇顎裂、胎記、尿道下裂、手腳多指、無肛症、頭血腫、檢查口腔內有無異物等等-有義務發先須馬上通知醫生
 17. 測量身長-先從新生兒頭(後囟門)→頸部→屁股→膝窩→腳跟，一般新生兒身長 47-53 公分。
 18. 測量頭圍、胸圍：
 - 頭圍：在新生兒齊眉經枕骨粗隆繞一圈的長度，一般頭圍 33-35 公分。
 - 胸圍：在新生兒乳腺經背後繞一圈的長度，一般胸圍為 30-33 公分。
- ★若頭圍小於胸圍極可能有小腦症，若頭圍比胸圍大 4 公分以上即可能有水腦或顱內壓上升的情形，應馬上告知醫生
- ★前後囟門
1. 前囟門: 菱形、比後囟門大、一般於 12~18 個月關閉
 2. 後囟門: 三角形、一般於 8~12 週關閉
- 前後囟門皆會因為胎頭受壓而變形，使頭骨有不對稱的現象。
 囟門凹陷表示脫水、短暫的哭泣用力會因暫時性顱內壓上升而使囟門凸出，為正常的表現。

★產瘤與頭血腫

- 1.產瘤: 出生時胎頭受壓使局部血管受壓且靜脈回流慢，導致骨膜上水腫，多見於難產或真空吸引生產者，其腫脹區域會遭過骨縫合線，於出生後 12 小時可被吸收。
- 2.頭血腫: 顱骨與骨膜間血管破裂導致血液聚積，可能為單側或雙側，為界線明顯的腫脹，腫脹並不會跨越骨縫合線，多見於頭產式生產者，在出生 1~2 天出現、2~3 週後才會消失。

19. 測量體重-新生兒體重平均 3400GM，若低於 2500GM 為低體重兒，高於 4000GM 為巨嬰

20. 觀察胎小便、大便是否已解-要記錄

21. 戴上手圈，寫上母親姓名及新生兒性別，出生日期時間

22. 蓋新生兒腳印-要確定 5 個腳趾頭及腳掌都需蓋清楚

23. 與媽媽執行皮膚接觸-建立親子關係，鼓勵產婦於產後 30 分鐘內給新生兒吸吮乳房

十七、臍帶護理

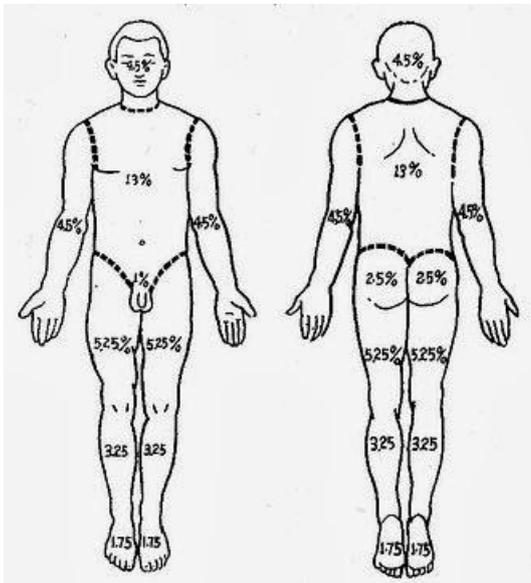
1. 在距離根部 1.5-2.5 公分處夾臍夾(距離太長臍帶不易乾燥；距離太短若需要插臍靜脈導管時無操作)(註：本院在 1 公分處夾臍夾)。
2. 斷臍前先墊紗布，斷臍應在 0.5~1 公分處夾上臍夾(若太靠近臍夾，可能造成脫落)。
3. 以小棉棒(棉球)沾 75%酒精在臍面消毒、在取 95%酒精，促進臍斷面乾燥(註：產房使用 95%酒精進行消毒乾燥；嬰兒室使用 75%酒精)。
4. 檢查是否 2 條臍動脈(藍色)1 條臍靜脈(紅色) 若只有 1 臍動脈表示新生兒可能泌尿生殖系統異常。
5. 取 Y 紗覆蓋臍帶後，使用紗捲固定

十八、恢復室

觀察一小時內產婦惡露量、宮縮情形並給予保暖，穩定之後送至病房。

燒燙傷分級表

	外觀	知覺	過程
第一度	輕度至重度的紅斑、皮膚受壓變蒼白、皮膚乾燥、細小且薄的水泡。	疼痛、感覺過敏、麻辣感，冷可以緩和疼痛。	不適會持續 48 小時，3 至 7 日內脫皮。
第二度	大且厚層的水泡蓋住廣泛的區域。水腫、斑駁紅色的底層、上皮有破損、表面上潮濕發亮、會滴水。	疼痛、感覺過敏、對冷空氣會敏感。	表淺的部份皮層燒傷在 10 至 14 日內癒合，深部的部份皮層皮膚燒傷需要 21 至 28 日，癒合的速度根據燒傷深度與是否有感染的存在而不同。
第三度	不同變化，如深紅色、黑色、白色、棕色、乾燥表面及水腫。脂肪露出、組織潰壞。	幾乎不痛、麻木的。	全層皮膚壞死，2、3 週後化膿且液化，不可能自然癒合，瘢痕引起畸形或失去功能，在焦痂下面，微血管叢生合成纖維細胞。



烤燈使用注意事項：

- *保持皮膚乾燥，促進局部血液循環，維持體溫
- *烤燈距病人皮膚 18-24 吋(45-60 公分)
- *位置-放置在床中間，不要直接照射皮膚記得隔著棉被烤，
- *時間:15-20 分鐘(病人覺得不冷了可以關掉)

十九、產後出血(PPH)：胎兒娩出後至產後 6 週內陰道大量出血。

項目分類	定義	發生原因	注意事項
早期產後出血	胎兒娩出後 24 小時內的出血，總出血量大於 500ml 或出血量超過其體重的 1% 以上。	子宮張力不全(子宮無力)為主因，其次是產道撕裂傷、胎盤碎片殘留和瀰漫性血管內凝血等。	以胎盤娩出後，產後 1~2 小時內最易發生出血，危險性也最大，故又稱『即刻性產後出血』。
晚期產後出血	胎兒娩出後 24 小時~6 週內。	胎盤碎片殘留為主因。	大多發生在第 6~10 天之間，故又稱為『遲發性晚期出血』。

二十、產房產後衛教單張

- 請於(:)以前下床解小便，下床之前先坐於床上 10 分鐘，頭部暈再下床，以免暈倒，第一次小便若解不出來或有解，請告知病房的護士。
- _____ 即可進食。
 請於頭不暈，先試喝開水，沒嘔吐即可進食。
- 產後二個禮拜之內不要吃麻油、人蔘、酒、生化湯、中將湯以免影響子宮收縮及傷口癒合，正常飲食即可。
- 請常常環形按摩子宮，並注意惡露量。
- 若有任何問題請詢問病房護士即可。

子宮擴張刮除術 D&C

手術方法

- 以固定擴陰器使陰道內子宮頸部分清晰可見。
- 以雙鉤將子宮頸往上往外牽引，使子宮頸口露出，並固定子宮。
- 以子宮探針探查子宮底深度。
- 子宮頸管擴張：以 Hegar 氏頸管擴張器，由 1 號開始，逐次擴張子宮頸直到大小適當為止，一般擴張至九至十二號。

5. 子宮內膜刮除：以刮宮器，按子宮的彎曲方向及探針所探出的深度，徐徐由子宮底往外刮除，並重複各個方向直到感覺到粗糙的子宮內膜面為止，在診斷性的子宮擴張刮除術需得先刮子宮頸，再刮子宮內膜，兩組刮出物不可混在一起。在治療性子宮擴張刮除術，於妊娠初期，可先用胎盤鉗挾破羊水袋，羊水流出後再移除胎盤，然後再行子宮內膜刮除。

574 侵入性醫療感染管制作業準

6. 取出刮宮器及雙鉤，將子宮頸及陰道消毒及清洗乾淨後取下固定擴陰器，手術即完結。

7. 刮出物必需送病理檢查，診斷性子宮擴張刮除術之子宮頸部份及子宮內膜刮出物需分別裝福馬林罐子內送病理科，早期妊娠之刮出物得先目測是否有絨毛部份。可取部份刮除物，放入清水中，更易見絨毛部份，若不見絨毛部份病理檢查也無，則得懷疑子宮外孕之可能性，須進一步追蹤及治療。

8. 術後病人得留在產房休息觀察直到穩定後才可回家

術中或術後，請選適當時機積極提問，並認真聽醫師和學姊的講解



門診海報張貼的地方

拿單位的膠帶把海報貼在外面就好了！

不用把裡面的紙抽掉！