

產中高危險照護

Ching-Yu Cheng, PhD, RN

School of Nursing

Email: chingyutmu@tmu.edu.tw

Objectives

- After the class, students can understand
 - Dysfunctional labor
 - Induction labor
 - Disposition of fetus
 - Cesarean section
 - Abnormalities in placenta and umbilical cord
 - Amniotic fluid embolism
 - CPD
 - Assisted labor

功能不良性分娩

- 子宮收縮異常
 - 低張性子宮收縮
 - 即10分鐘內子宮收縮次數少於2-3次，或收縮壓力 $< 10\text{mmHg}$
 - 多發生於活動期

功能不良性分娩

- 子宮收縮異常
 - 低張性子宮收縮
 - 子宮過度擴張，使用減痛劑或麻醉
 - 鼓勵活動，運用其他減輕疼痛技巧以減少使用止痛劑之機會
 - 可能需予引產

功能不良性分娩

- 子宮收縮異常
 - 高張性子宮收縮
 - 宮縮強且疼痛但為無效宮縮
 - 多發生於潛伏期
 - 可能原因有焦慮、枕後位

功能不良性分娩

- 子宮收縮異常
 - 高張性子宮收縮
 - 予補充液體
 - 可能使用鎮靜劑如Demerol, morphine
 - 教導放鬆以減緩焦慮感
 - 建議待產婦下床活動或翻身以協助矯正胎位

功能不良性分娩

- 子宮收縮異常
 - 不協調性子宮收縮
 - 子宮多處同時收縮或各自收縮
 - 可能因過早使用麻醉劑、胎頭骨盆不相稱、或胎位不正等造成

功能不良性分娩

- 急產 (precipitate labor)
 - 子宮收縮至胎兒娩出時間 < 3小時；初產婦若子宮頸闊真每小時大於5公分，或經產婦每小時10公分
 - 可能有子宮收縮強度及頻率皆增加，或是僅收縮頻率增加等兩種形態

功能不良性分娩

- 急產 (precipitate labor)
 - 由於生產速度過快，容易造成產道撕裂傷、產後出血、胎兒缺氧及酸血症等問題

功能不良性分娩

- 護理

- 鼓勵採左側臥休息
- 建議每2小時排空膀胱
- 監測宮縮、胎心率、子宮頸變化、輸入輸出量、及感染徵象
- 急產者建議張口哈氣，避免向下用力，且不可將胎頭推入產道
- 提供待產婦及其家屬心理支持
- 監測有否產後出血

引產

- 禁忌症
 - 胎頭骨盆不對稱
 - 嚴重胎兒窘迫
 - 胎兒未成熟
 - 前置胎盤
 - 胎盤早期剝離
 - 多胞胎或羊水過多
 - 古典式剖腹產史
 - 生殖器疱疹活動期

引產

- 適應症
 - 過期妊娠
 - 懷孕內科合併症
 - 妊娠高血壓
 - 胎兒死亡
 - 絨毛羊膜炎
 - 早期破水

引產

- 條件：母親子宮頸準備度夠（初產婦Bishop 9分以上或經產婦5分以上）
- 胎兒肺成熟
- 骨盆條件符合

引產

- Bishop scoring system

	0	1	2	3
子宮頸擴張程度 (cm)	0	1-2	3-4	5-6
子宮頸變薄程度 (%)	0-30	40-50	60-70	80
胎兒先露部高度	-3	-2	-1-0	+1-+2
子宮頸堅硬度	堅硬	中	軟	-
子宮頸位置	後	中	前	-

引產

- 方式
 - 人工破水 (Artificial Rupture of Membranes, AROM)
 - 為引產方式中常用且有效之方法
 - 破水後須於24小時內將胎兒娩出
 - 可能造成之併發症為臍帶脫垂及感染

引產

- 方式

- 催產素注射

- 藥物：一般為靜脈注射oxytocin
 - 可直接刺激子宮肌肉，使子宮產生節律性收縮
 - 懷孕愈久之子宮愈敏感

引產

- 方式

- 催產素注射

- oxytocin可促使乳汁排出，但大劑量（ ≥ 20 mU/min）使用時可能會有抗利尿作用（造成水中毒）及高血壓現象
 - 須注意輸入輸出量與生命徵象

引產

- 方式

- 催產素注射

- 停用時機

- 胎心音出現晚期減速或不定型減速、心搏過緩、或胎便染色等
 - 待產婦子宮頸仍未完全擴張時宜小心使用
 - 子宮出現有高張力宮縮時（收縮 > 90 秒，休息間隔 < 2 分鐘，休息時內壓 > 20 mmHg，或胎心音顯著減速）應減緩注射或停藥

引產

- 方式
 - 前列腺素使用
 - 前列腺素E₂ (dinoprostone)
 - 陰道塞劑
 - Bishop 4分以下可用於引發使子宮頸擴張及變薄

引產

- 方式

- 前列腺素使用

- 前列腺素E₁ (misoprostol, cytotec)
 - 可為陰道塞劑
 - 因其能引發子宮收縮及使子宮頸擴張及變薄而用於引產
 - 副作用包括發燒、嘔吐、腹瀉；有青光眼、嚴重肝腎疾病、或氣喘者小心使用

引產

- 方式
 - 若須同時使用PGE₁及Oxytocin，於陰道塞入cytotec後4小時平躺或微側臥，並監測生命徵象

引產

- 護理

- 監測生命徵象、胎心率、子宮收縮狀況、子宮頸變化、輸入輸出量、藥物反應
- 確定胎位
- 視需要給予氧氣
- 心理支持

異常胎位及胎產式

- 枕後位

- 問題：臍帶脫垂的機會增加、子宮頸擴張慢及胎頭下降慢、頭骨重疊及產瘤形成、產婦下背部疼痛增加

異常胎位及胎產式

- 面產式

- 一 常見原因

- 經產婦子宮鬆弛
 - 羊水過多
 - 早產
 - 胎兒畸形
 - 狹窄骨盆
 - 前置胎盤

異常胎位及胎產式

- 面產式

- 若為前位且無cephalopelvic disproportion (CPD)則可自然產（胎頭伸展屈曲步驟與頭位者相反，可能須使用產鉗輔助）
- 若為後位須以剖腹產

異常胎位及胎產式

- 肩產式

- 經產婦36週後或初產婦38週後，在羊膜破裂前，可採外旋轉術（External Cephalic Version, ECV），禁忌症有前次剖腹產並有結痂、高血壓、計畫採剖腹產、已破水、多胞胎、孕期出血

異常胎位及胎產式

- 臀產式

- 可能原因

- 早產（臀位大多在32週轉為頭位）
 - 羊水過多
 - 腿伸直使得區幹部彎曲而停止旋轉
 - 多胞胎
 - 子宮下段被阻擋（如肌瘤與前置胎盤）
 - 胎兒畸形（如水腫）

異常胎位及胎產式

- 臀產式
 - 主要死亡原因為臍帶脫垂
 - 可於33週開始執行外旋轉術，生產最好不拖過41週

異常胎位及胎產式

- 護理

- 監測產程進展
- 促進舒適，故予背部按摩或側臥
- 監測胎心音、注意臍帶脫垂及胎兒窘迫現象
- 教導深呼吸及放鬆技巧
- 補充體液並每2小時排空膀胱
- 產後注意會陰裂傷之處理、觀察出血及感染之問題發生

剖腹產

- 適應症
 - 胎兒窘迫現象
 - 前置胎盤
 - 胎盤早期剝離
 - 產程過長
 - 臍帶脫垂
 - 胎位不正
 - 胎頭骨盆不對稱
 - 前次剖腹產
 - 胎兒過大
 - 疱疹活動期

剖腹產

- 手術方法
 - 古典切開術
 - 直式切開，常用於緊急手術時

剖腹產

- 手術方法

- 橫式切開術

- 低位以橫式切開
 - 由於切開下段較薄之子宮壁，故失血量較少
 - 由於肌原纖維較少，故下胎懷孕時子宮破裂的危險較低

剖腹產

- 護理

- 手術前依一般外科手術前護理程序，監測胎心音、準備保溫箱與新生兒急救設備等
- 一般外科手術中護理
- 新生兒立即護理
- 於胎兒娩出時，給予Pitocin及Ergonovine等藥物以促使子宮收縮，但若產婦有高血壓或心臟病不可使用Ergonovine

剖腹產

- 護理

- 手術後1小時內宜每15分鐘評估子宮收縮情形及惡露流出狀況
- 脊髓麻醉者須平躺6-8小時
- 給予止痛劑以減輕疼痛
- 鼓勵使用束腹帶並下床活動
- 並教導減輕腹脹之方法
- 拔除導尿管後4-6小時須自排尿
- 若無尿意或排出困難，則應先予誘尿

胎盤及臍帶問題

- 植入性胎盤
 - 胎盤植入子宮肌肉層
 - Placenta accreta, increta, percreta

胎盤及臍帶問題

- 臍帶脫垂
 - 診斷：胎心音變異性減速
 - 處理及護理
 - 監測胎心音
 - 採垂頭仰臥、或仰臥但臀部墊高以減少臍帶受壓程度

胎盤及臍帶問題

- 臍帶脫垂

- 處理及護理

- 給予氧氣
- 以無菌技術自陰道將胎頭移開（絕不可嘗試將臍帶推回），以減少臍帶壓迫
- 若臍帶脫出陰道，則使用溫的生理食鹽水紗布覆蓋臍帶
- 儘速分娩胎兒

羊水栓塞

- 羊水（包括其內物質，如胎便、胎脂、胎毛、胚胎細胞等）進入母親循環系統，會迅速造成母親呼吸困難及低血壓，接著發生心肺衰竭
- 發生率極低但致死率極高
- 可能因羊膜或絨毛膜破損（如胎盤早期剝離）、子宮或子宮頸血管張開、有壓力迫使羊水進入母體

羊水栓塞

- 評估

- 病史：急產史、胎盤早期剝離徵象

- 生理檢查

- 呼吸窘迫：呼吸困難、胸痛、發紺、失去意識、肺水腫
- 循環衰竭：嚴重缺氧、嚴重低血壓、DIC
- 凝血異常：大出血、淤血

羊水栓塞

- 處置
 - 靜脈輸液（若血壓穩定，不給輸液以免導致肺水腫）
 - 休克處理等

胎頭骨盆不對稱

- 原因
 - 骨盆入口狹窄
 - 坐骨棘連線 < 10 公分
 - 坐骨結節間徑 < 8 公分

胎頭骨盆不對稱

- 處理及護理
 - 監測產程進展、及胎心音
 - 使待產婦採坐姿或蹲距姿勢以增加骨盆徑

使用產鉗或真空抽吸

- 必要條件
 - 無胎頭骨盆不對稱
 - 先露部固定
 - 已破水
 - 子宮頸完全擴張
 - 排空膀胱

使用產鉗或真空抽吸

- 低位產鉗使用於胎頭已可在會陰部看見時
- 中位產鉗為胎頭在坐骨棘時，通常須旋轉胎頭至枕前位
- 當可見胎頭，可於母親向下用力時以輕微壓力抽吸

Summary

- 功能不良分娩的護理包括鼓勵採左側臥休息; 建議每2小時排空膀胱; 監測宮縮、胎心率、子宮頸變化、輸入輸出量、及感染徵象; 急產者建議張口哈氣，避免向下用力，且不可將胎頭推入產道; 提供待產婦及其家屬心理支持; 監測有否產後出血
- 引產之護理包括監測生命徵象、胎心率、子宮收縮狀況、子宮頸變化、輸入輸出量、藥物反應; 確定胎位; 視需要給予氧氣; 心理支持

Summary

- 異常胎位及胎產式之護理包括監測產程進展; 促進舒適, 故予背部按摩或側臥; 監測胎心音、注意臍帶脫垂及胎兒窘迫現象; 教導深呼吸及放鬆技巧; 補充體液並每2小時排空膀胱; 產後注意會陰裂傷之處理、觀察出血及感染之問題發生

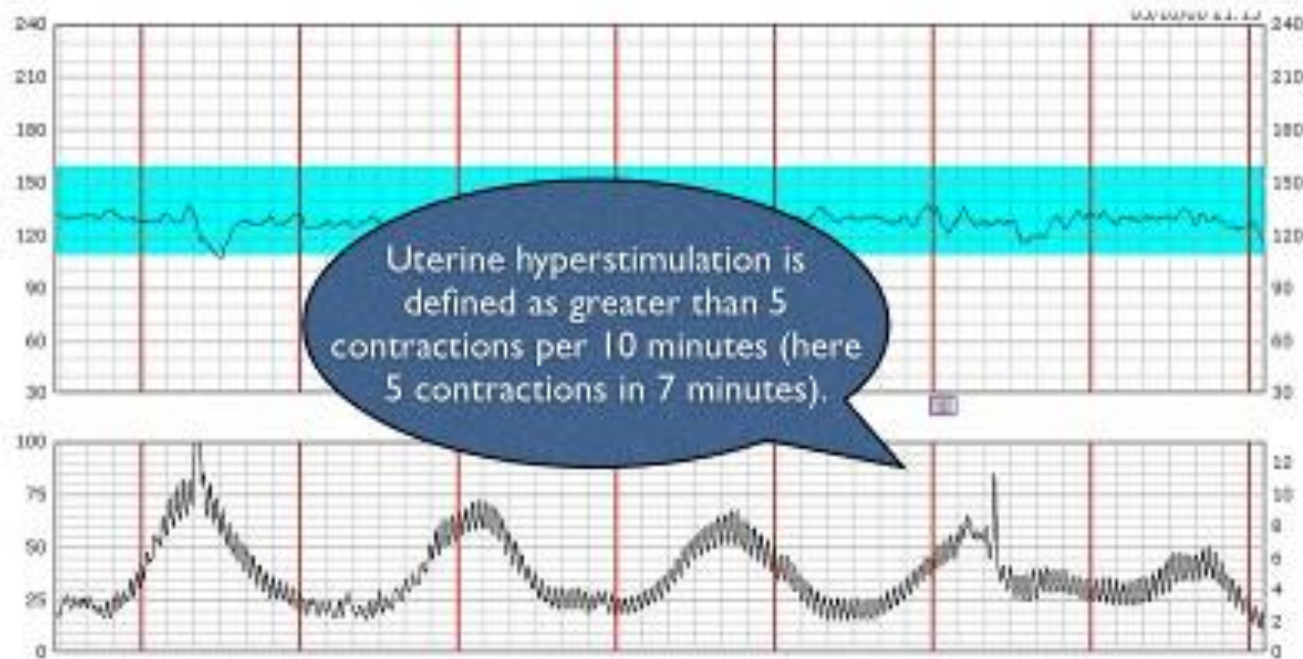
Summary

- 剖腹產後護理包括手術後1小時內每15分鐘評估子宮收縮情形及惡露流出狀況；脊髓麻醉者須平躺6-8小時；給予止痛劑以減輕疼痛；鼓勵使用束腹帶並下床活動；並教導減輕腹脹之方法；拔除導尿管後4-6小時須自排尿；若無尿意或排出困難，則應先予誘尿

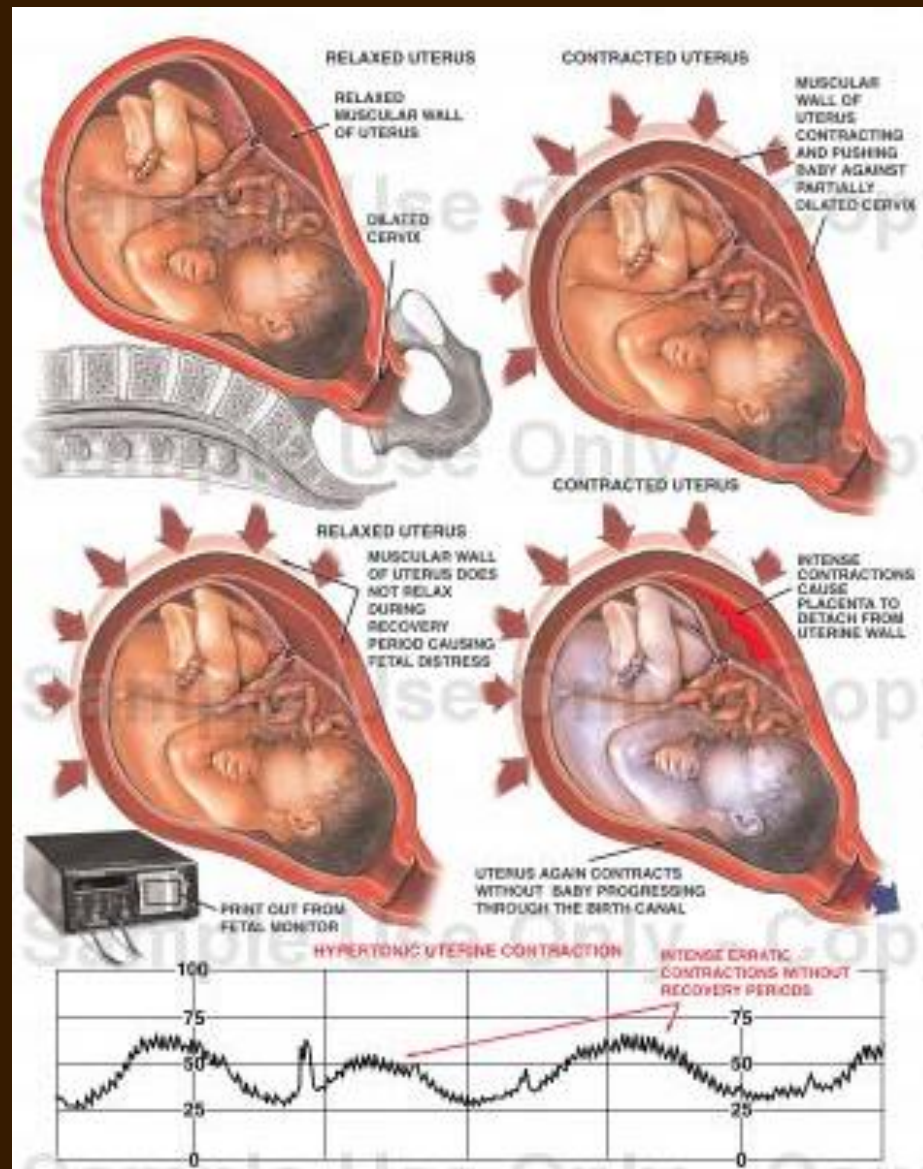
Summary

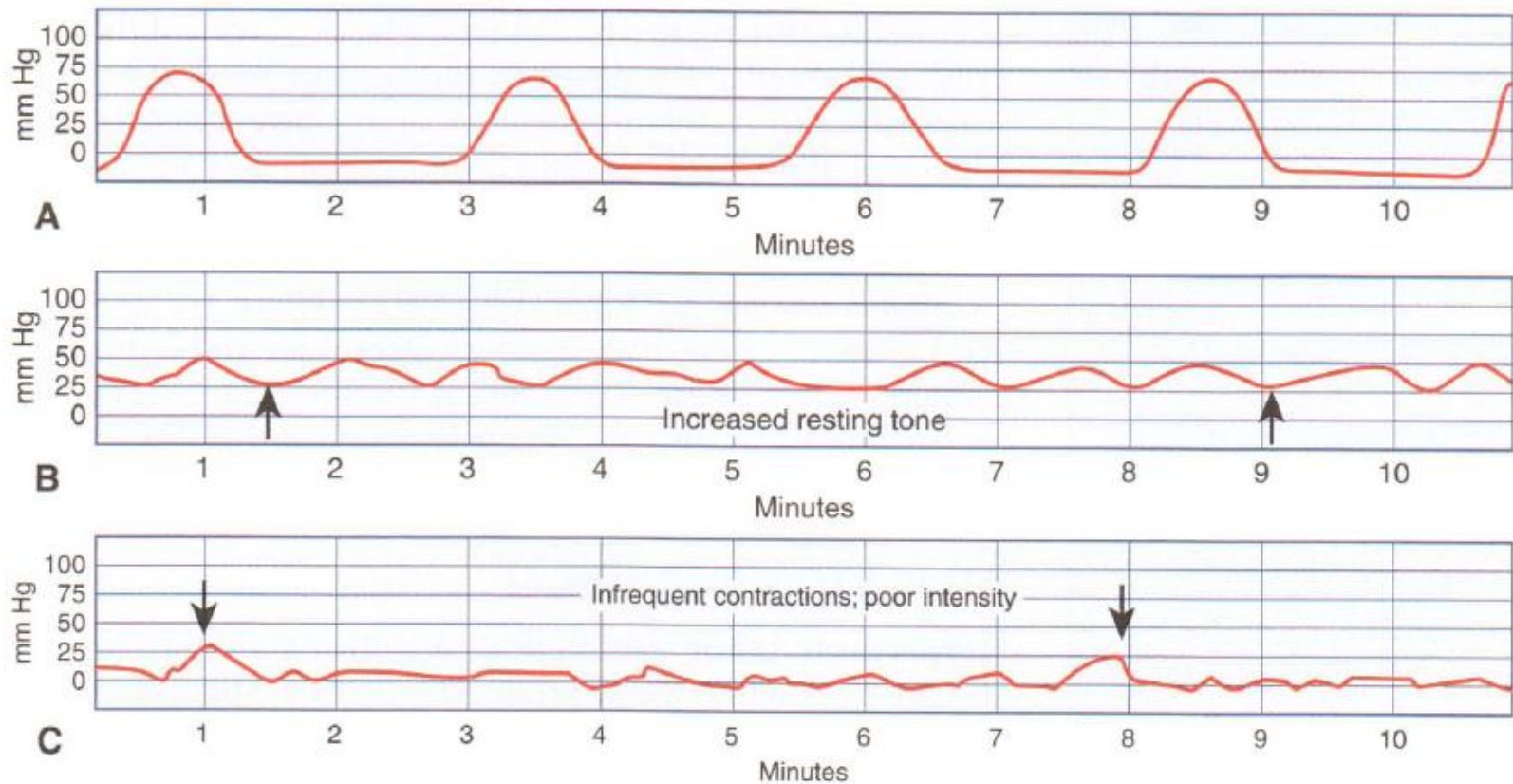
- 使用產前或真空抽吸之必要條件包括無胎頭骨盆不對稱; 先露部固定; 已破水; 子宮頸完全擴張; 排空膀胱

Uterine Hyperstimulation



Hyperstimulation of the Uterus and Hypertonic Uterine Contractions with Placental Detachment

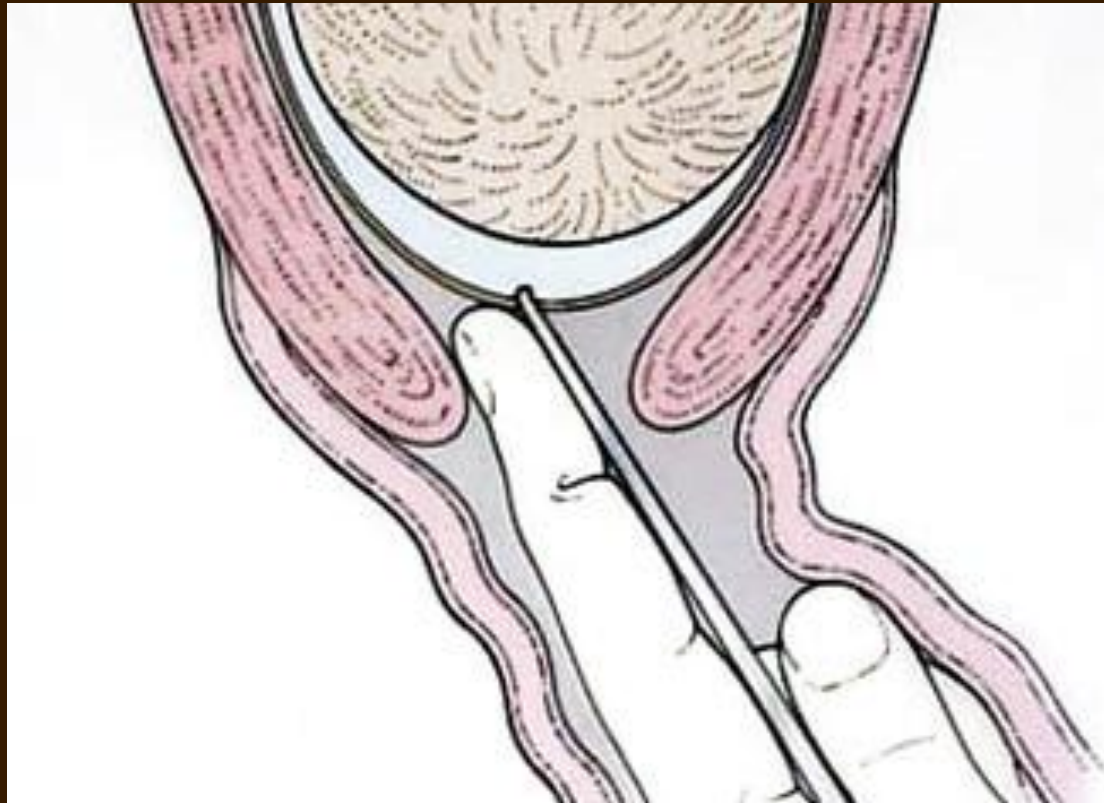




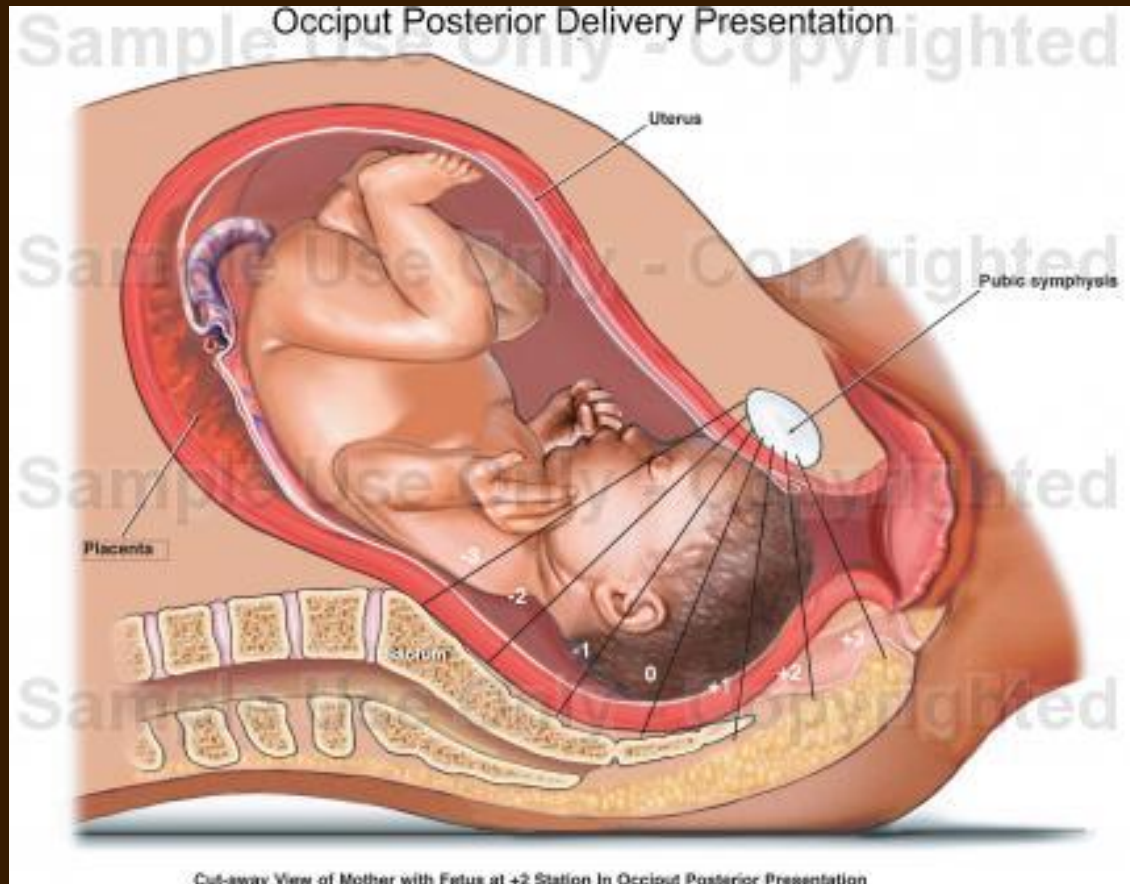
AROM



AROM



枕後位



枕後位



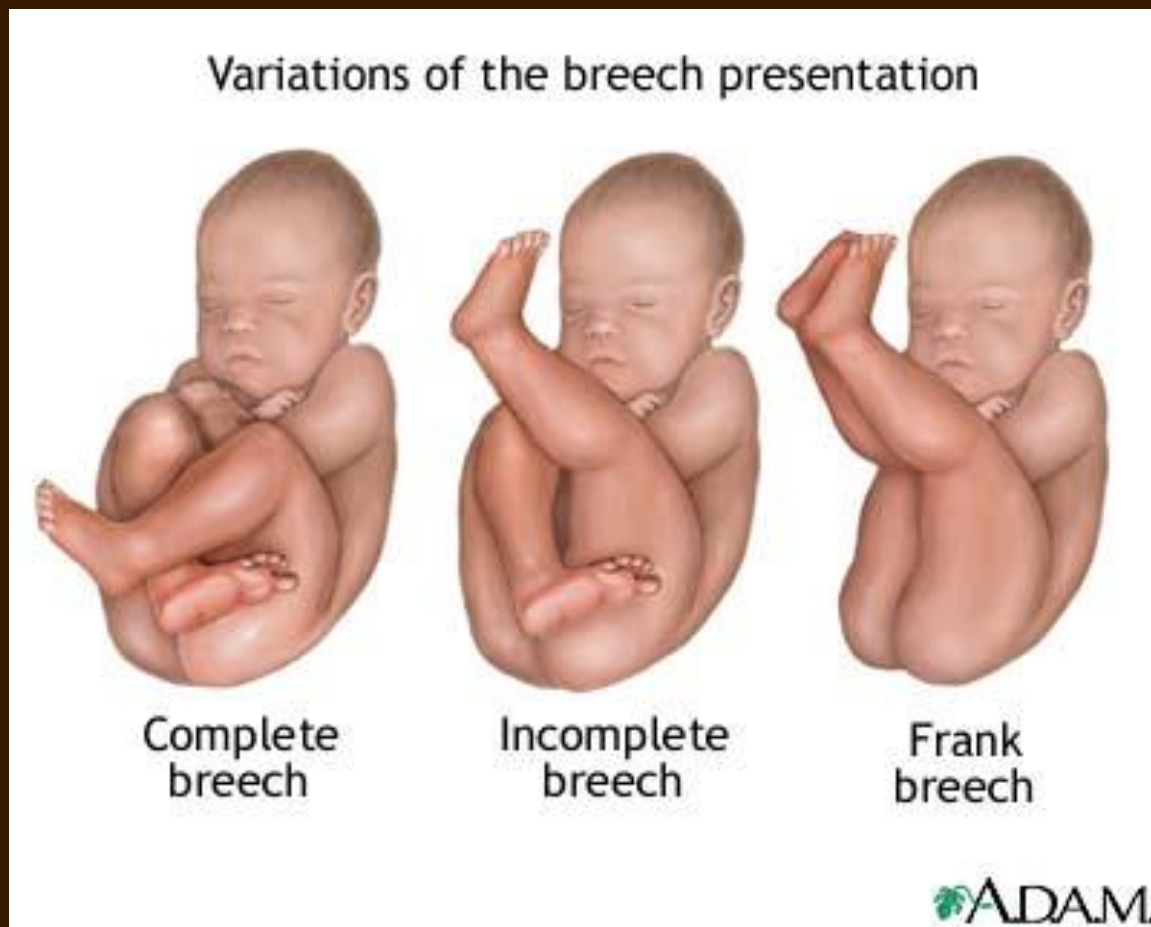
面産式



面產式



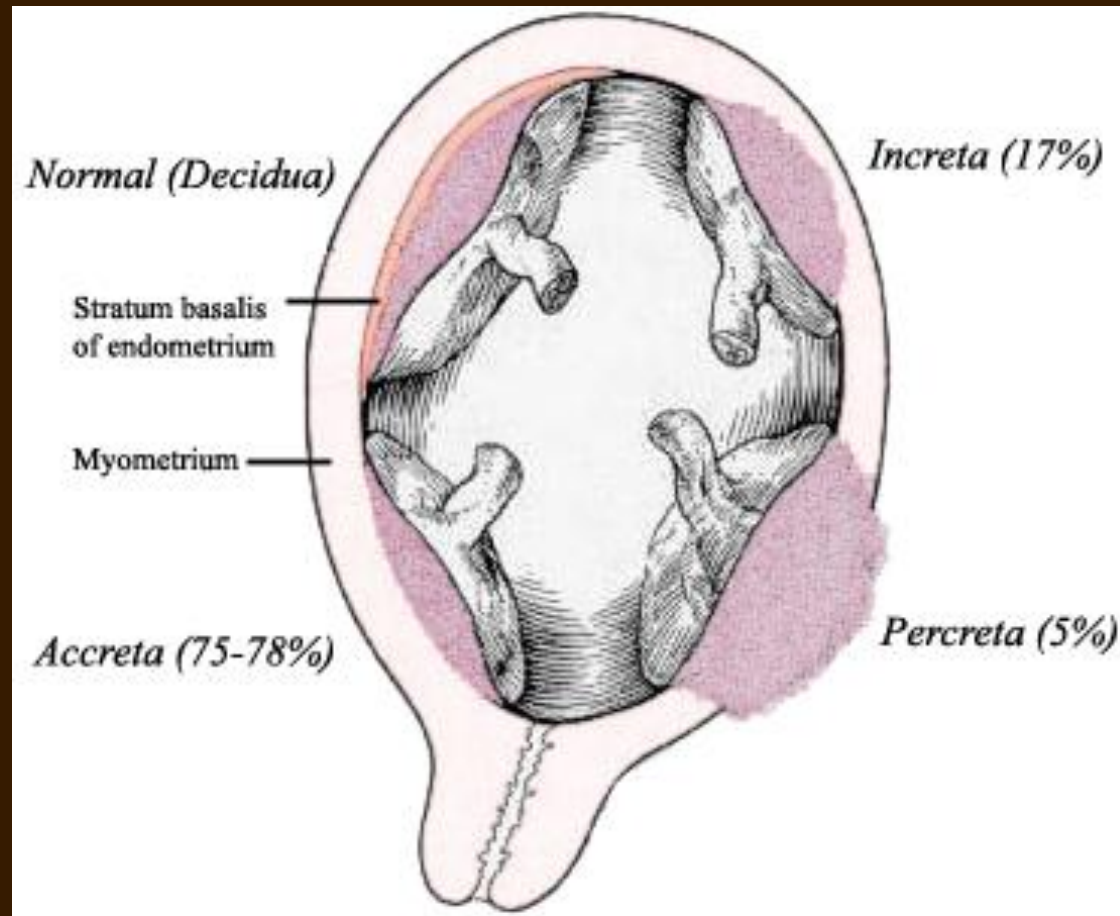
肩產式及臀產式



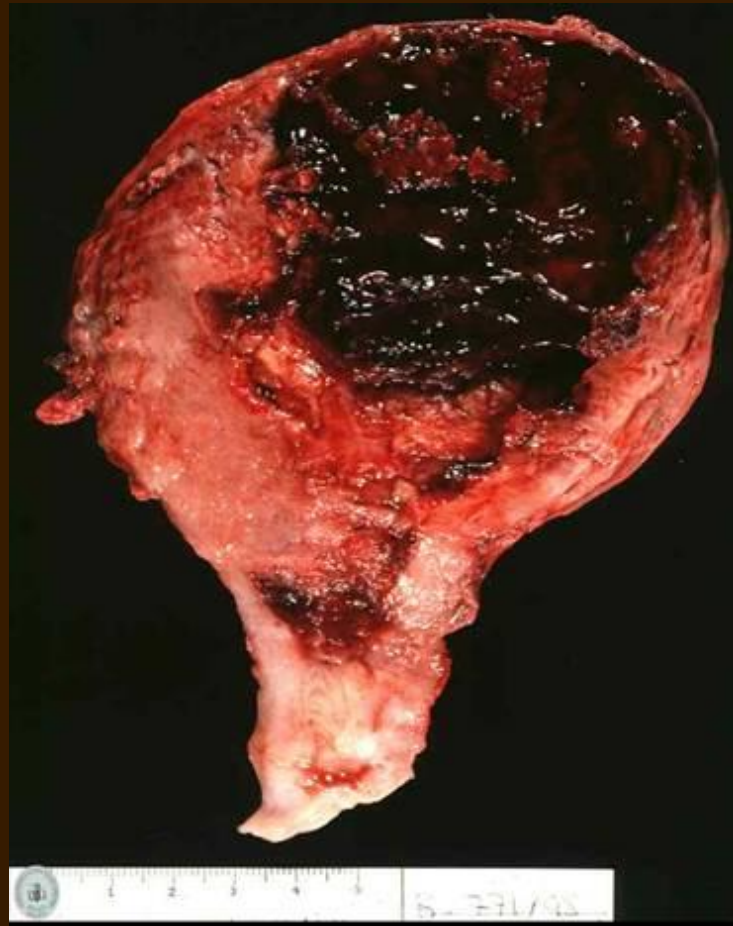
肩產式及臀產式



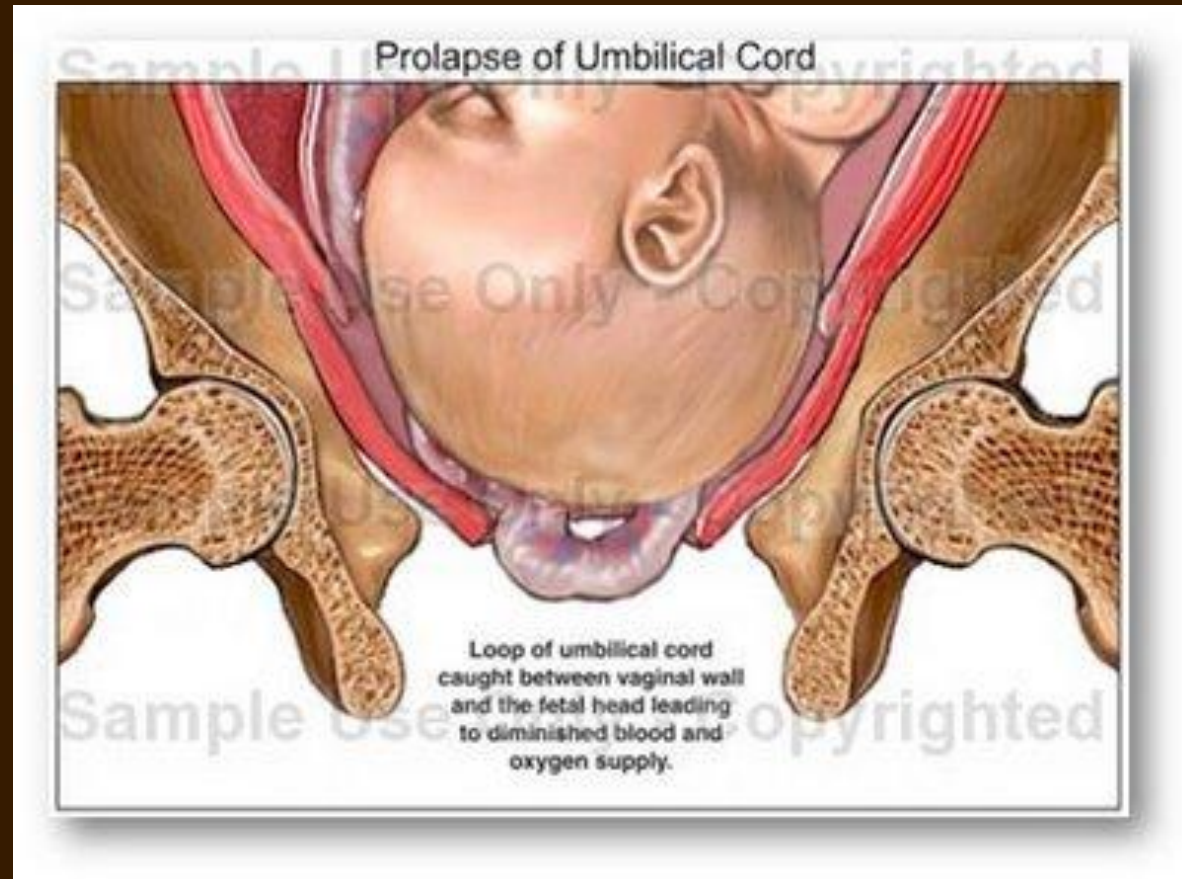
Abnormal Placenta



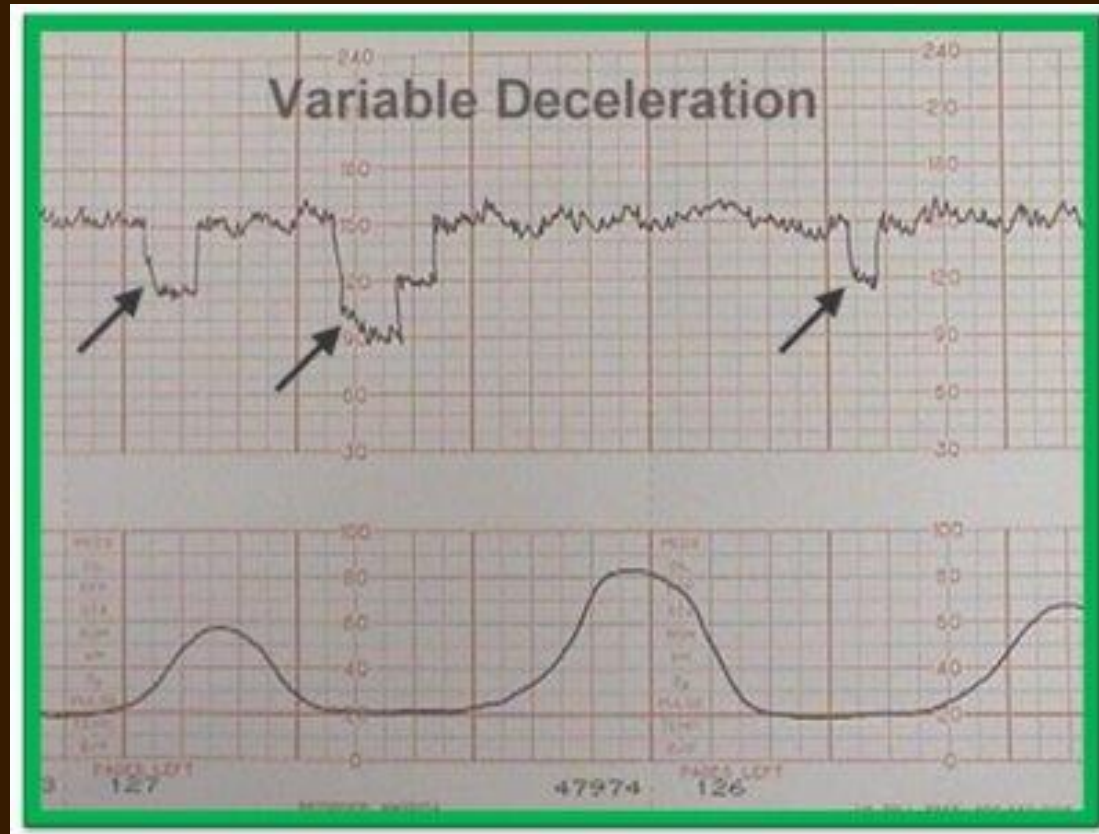
Abnormal Placenta



臍帶脫垂



臍帶脫垂



Forceps Delivery



Forceps Delivery



Vacuum Delivery



Vacuum Delivery



Summary page

- Dysfunctional labor
- Induction labor
- Disposition of fetus
- Cesarean section
- Abnormalities in placenta and umbilical cord
- Amniotic fluid embolism
- CPD
- Assisted labor