

新生醫護管理專科學校

護理科實習作業

作業名稱：案例分析 第二版

題 目：照護一位婦女自然產後合併自覺性

乳汁不足之護理經驗

實習醫院：

實習科別：產科護理學

指導老師：

班 級：502

學 號：

姓 名：

實習期間：111/10/17-111/11/06

一、孕產婦簡介

(一)基本資料

1. 床號：311B	2. 姓名：000
3. 年齡：23歲	4. 診斷：Pregnancy 36+2weeks in labor 懷孕36+2週自然分娩
5. 孕產史：G1P1A0	6. 預產期：111/11/12
7. 入院日期：111/10/17	8. 生產日期：111/10/17
9. 教育程度：大學	10. 宗教信仰：無
11. 婚姻狀況：已婚	12. 職業：物流員工
13. 籍貫：台灣	14. 慣用語言：國語
15. 主要照顧者：婆婆	16. 護生照顧時間：111/10/18-111/10/20

(二)入院過程：

111/10/17 22:35由婆婆陪同步入待產室，G1P0，主訴中午12點開始感到約15分鐘一次陣痛，尚可忍受，現感到3分鐘一次陣痛且難以忍受，有少量鮮紅色出血，體溫：36.2°C、脈搏：78次/分、呼吸：18次/分、血壓：122/78mmHg；胎心音：130-178次/分，為明顯變異性，無減速；無壓力試驗宮縮持續時間60-90秒、間隔時間1分15秒-2分30秒；內診子宮頸擴張7-8公分、軟而薄、胎頭高度漂浮至固定、胎兒產位：左枕前位。111/10/17 23:46自然分娩出一位男嬰，2320gm，身長：49cm，Apgar score為9分轉10分，111/11/18 00:30至恢復室休息，生命徵象穩定，意識清楚，子宮收縮硬，宮底位於臍下一橫指，惡露量中無血塊，會陰傷口無紅腫、水腫、瘀斑、分泌物，縫合邊緣完整，於02:35入病房，產後第一次解尿時間於111/10/18 05:10、第二次07:25，評估解尿後無膀胱脹、解尿順暢、無疼痛及灼熱感。產後子宮復舊良好，無產後出血，會陰傷口癒合良好，產後恢復良好，於111/11/20經醫師評估後許可出院。

(三)生產狀況：

於111/10/17 12:00陣痛開始，23:15子宮頸口全開，23:46胎兒娩出，23:48胎盤由希氏法完整娩出、胎盤重量：460gm，總產程耗費時間11小時48分鐘，自然產下一位男嬰，有行會陰切開術，會陰修補縫線3-0 vicry壹條，總失血量（含羊水）100ml。寶寶出生身長：49cm、體重：2320gm、頭圍：32cm、胸圍：27cm、腹圍：25cm、肛溫：37.7°C，吸出黏稠量中，臍帶繞腳壹圈，皮膚外觀四肢皆正常，無多指缺指及併指，無頭血腫和產瘤、小耳、蒙古斑、血管瘤，出生時無胎便吸入及胎便染色。

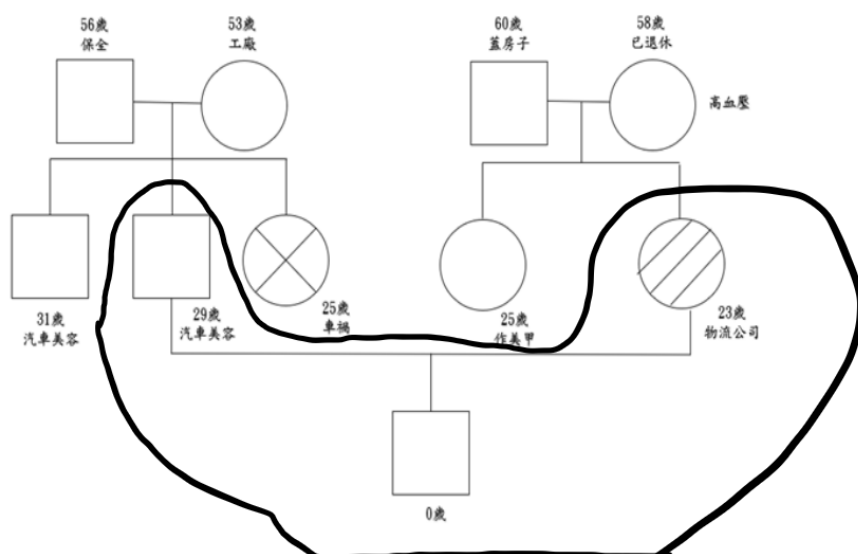
Apgar score

項目/分數	0分	1分	2分	第一分鐘	第五分鐘
Activity肌肉張力	軟弱無力	四肢微彎曲	良好	2	2
Pulse心跳速率	無心跳	<100次/分	>100次/分	2	2
Grimace氣道抽痰鬼臉反射 請抽清咽喉後做	時無反應	皺眉、蹙眉	咳嗽、打噴嚏	2	2
Appearance皮膚顏色	全身發紫或蒼白	軀幹紅、四肢發紫	全身紅	1	2
Respiration呼吸速率	無呼吸	哭聲虛弱或呻吟	哭聲強健	2	2
總分				9	10

(四)過去病史：

產婦於國小3年級癲癇第一次發作，就醫後規則服藥至國小6年級，期間無再發作，經醫師評估許可減藥至停藥，停藥後至今無再發作；最近一次住院因10/5感到下腹悶痛、肚子緊繃、陰道一點點出血，10/6-10/15於宋俊宏婦幼醫院安胎10日，使用安胎藥yutopar 1# TID po.。無手術及過敏史。

(五)家族史：



二、孕產婦評估(45%)：

(一)檢查或檢驗(5%)

評估項目	產婦情形	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
產前檢驗： ABO type ABO血型	B	檢驗正常值：(+) 檢驗目的：檢測母體與胎兒血液相容性。 妊娠相關學理： 1. Rh(-)：做抗體濃度檢查，若母子Rh因子不合，可及早發現及處理 2. 孕婦Rh(-)、胎兒父親Rh(+)，或曾接受Rh(+)輸血，在妊娠28週時再做間接昆氏試驗，檢查抗體濃度，必要時於產後注射預防性Rh(D)免疫球蛋白 (王淑芳，2020)。	產婦為B型Rh(+), 不會因血型不合或Rh因子不合而造成胎兒溶血風險，無健康問題。
Rh D Rh因子	(+)		
HbsAg Hbs抗原	(-)	檢驗正常值：(-) 檢驗目的：檢測b型肝炎 妊娠相關學理： HbsAg：1. 作為B型肝炎疫苗有效性之評估。2. 感染急性B肝後，HBsAb出現、HBsAg消失，作為痊癒與否指標。3. 表面抗原抗體HBsAb \geq 10.00 mIU/mL，表示人體對B肝病毒感染具保護能力。	產婦無Hbs抗原，且不是帶原者，施打b肝疫苗有效，對B肝病毒感染具保護力，無健康問題。
HbeAg Hbe抗原	(-)		產婦無Hbe抗原，且病毒不會複製、無傳染力、無急慢性肝炎，無健康問題。

評估項目	產婦情形	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
		<p>HbeAg：1. B肝病毒複製時產生的一種小段游離形式胜肽。2. 急慢性B型肝炎時，血中的HBeAg數值會上升。</p> <p>3. HBeAg(+)表示病毒複製活躍，血液具高度傳染力。HBsAg(+)不論e抗原氏陽性還陰性之新生兒，應於出生24小時內盡速注射一劑b肝免疫球蛋白和b肝疫苗第一劑（王淑芳，2020）。</p>	
<p>HIV 人類免疫缺乏病毒篩檢</p>	<p>(-)</p>	<p>檢驗正常值：(-) 檢驗目的：檢測產婦有無感染人類免疫缺乏病毒。妊娠相關學理：我國全面由婦產科提供孕婦自願（非強制性）免費快篩。越早篩檢越有利於安排後續治療及決定生產方式。建議在第一次產檢執行（12週前）。陽性孕婦在生產前或嬰兒產下時立即投藥，都有很好的預防效果。陣痛及破水前施行剖腹產可降低愛滋母子垂直感染率（王淑芳，2020）。</p>	<p>產婦無感染人類免疫缺乏病毒且新生兒無垂直感染之風險，無健康問題。</p>
<p>VDRL 梅毒血清試驗</p>	<p>(-)</p>	<p>檢驗正常值：(-) 檢驗目的：檢測產婦是否有梅毒感染。妊娠相關學理：梅毒可經由胎盤傳染給胎兒，引起先天性梅毒兒、早產、流產、死胎。感染時必須於妊娠16週前治療。陽性時應進行梅毒螺旋菌血球凝集試驗>1:80可確定陽性。孕婦之性伴侶應同時接受檢查及治療（王淑芳，2020）。</p>	<p>產婦無感染梅毒且新生兒無垂直感染之風險，無健康問題。</p>
<p>Rubella IgG 德國麻疹病毒抗體IgG</p>	<p>(+)</p>	<p>檢驗正常值：效價>1:10表示有免疫力；<1:10表示無免疫力。</p>	<p>產婦已有德國麻疹抗體，對病毒具免疫力，可能已感染過或接種</p>

評估項目	產婦情形	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
		<p>檢驗目的：檢測德國麻疹的免疫力。</p> <p>妊娠相關學理：妊娠首3個月感染，胎兒高達90%的機率受到感染，25%以上產出先天性德國麻疹症候群，越早感染，引起的缺陷越嚴重。20週後感染，產生畸型機率很低。無免疫力者於產後盡速接種麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，建議注射後4週內勿懷孕（王淑芳，2020）。</p>	過疫苗，新生兒無垂直感染導致先天性畸形風險，無健康問題。
GBS 乙型鏈球菌 篩檢	(-)	<p>檢驗正常值：(-)</p> <p>檢驗目的：篩檢產婦有無感染乙型鏈球菌。</p> <p>妊娠相關學理：妊娠35-37週篩檢，放入陰道口及肛門口，陽性者於待產時給予預防性抗生素，可降低感染機率（王淑芳，2020）。</p>	產婦無感染乙型鏈球菌，不會經由產道感染新生兒，無健康問題。
WBC 白血球	$18.1 \times 10^3 / \text{ul}$	<p>檢驗正常值： 4500-11000/ul</p> <p>檢驗目的：檢測產婦是否感染。</p> <p>妊娠相關學理：懷孕及生產時微升高，也可能達15000/ul。如升高很多，且有發燒，應懷疑感染（王淑芳，2020）。</p>	產婦懷孕時白血球微升高屬正常，且無發燒及惡寒情形，此為妊娠生理性白血球增高，無健康問題。
RBC 紅血球	$4.07 \times 10^6 / \text{ul}$	<p>檢驗正常值：420-540萬/ul</p> <p>檢驗目的：檢測產婦有無妊娠生理性貧血。</p> <p>妊娠相關學理：妊娠時血漿和紅血球都會增加，但妊娠初期血漿增加較多；妊娠末期，紅血球平均壽命會縮短，導致血比容和血紅素降低（王淑芳，2020）。</p>	產婦於妊娠末期，紅血球平均壽命會縮短，導致血比容和血紅素降低。但產婦血紅素值正常，無妊娠生理性貧血，不須予以處置，無健康問題。
Hb 血紅素	12.1g/dL	<p>檢驗正常值：10-14g/dL</p> <p>檢驗目的：檢測產婦有無</p>	產婦無妊娠生理性貧血也無生理不適，不須

評估項目	產婦情形	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
		<p>妊娠生理性貧血。</p> <p>妊娠相關學理： Hb<10.5g/dl或hct<30% 應懷疑貧血。妊娠時血漿和紅血球都會增加，但妊娠初期血漿增加較多；妊娠末期，紅血球平均壽命會縮短，導致血比容和血紅素降低（王淑芳，2020）。</p>	予以處置，營養狀況可，無健康問題。
MCV 平均紅血球 體積	93.6fL	<p>檢驗正常值：80-94fL</p> <p>檢驗目的：檢測有無海洋性貧血帶原。</p> <p>妊娠相關學理： 1. MCV<80fL或 MCV<25pg時，配偶應做血液檢查 2. 雙方MCV都異常，需做海洋性貧血之基因檢測，若為同型（α或β型）帶因者，則每一子女有1/4機會成為重型海洋性貧血患者（王淑芳，2020）。</p>	產婦無妊娠生理性貧血，無因缺氧造成代償，使平均血球體積增加、無海洋性貧血帶原，無健康問題。
PLT 血小板	291x10 ³ /ul	<p>檢驗正常值：15-40x10³/ul</p> <p>檢驗目的：檢測產婦自發性出血或凝血功能異常。</p> <p>妊娠相關學理：血小板變化量不大，凝血成分纖維蛋白原增加50%，第7.8.9.10凝血因子增加可能受雌性素影響，預防胎盤排出時發生大出血（王淑芳，2020）。</p>	產婦無自發性出血、凝血功能異常之風險，無健康問題。

(二)臨床用藥(5%)

藥物名稱/劑量 /途徑/時間	作用機轉	副作用及 注意事項	產婦為何用此藥
Keflex 1# PO QID	機轉：抑制細菌細胞壁的合成。	副作用：噁心、嘔吐、腹瀉。	預防會陰傷口感染

藥物名稱/劑量/途徑/時間	作用機轉	副作用及注意事項	產婦為何用此藥
	作用：葡萄球菌、鏈球菌、腦膜炎雙球菌、肺炎雙球菌引起之感染症、殺菌。	注意事項：服用後可能有假性糖尿反應，可用Clinistix試劑則不生此現象，青黴素過敏患者 Cephalexin有好之耐受性，應注意交互過敏反應，腎功能降低時應減量服用。對頭孢子菌素類抗生素過敏者禁用。	
Scanol 1# PO QID	機轉：作用於中樞神經，提高疼痛閾值、作用在熱調節中樞，造成血管擴張、消炎弱。 作用：止痛、退燒、抗炎。	副作用：噁心、嘔吐、厭食。 注意事項：服用勿飲酒，以免造成肝損害。每日服用劑量勿超過4000 mg (8錠)，過量會引發肝毒性。	緩解會陰傷口疼痛
MgO 1# PO QID	機轉：少劑量為制酸劑，大劑量為輕瀉，使糞便稠度變稀，排泄次數增加 作用：緩解胃不適、灼熱感，十二指腸潰瘍、食道炎、胃炎引起之胃酸過多。	副作用：腹痛、腹瀉 注意事項：如有慢性胃痛、胃灼熱感，應先就醫確定診斷再行服用制酸劑。	預防Keflex、Scanol、Naproxen、Ergonovine之副作用造成的胃部不適
Ergonovine 1# PO QID	機轉：作用於 α 腎上腺素、多巴胺、血清素受體，增加子宮平滑肌收縮強度、頻率、張力。 作用：促進子宮收縮，減少出血量。	副作用：噁心、嘔吐、高血壓。 注意事項：在胎兒完全產出之前勿使用。給藥前應監測血壓，高血壓者勿用。	促進子宮收縮，減少產後出血。
Naproxen 1# PO BID	機轉：非類固醇類抗炎劑，抑制前列腺素合成。 作用：解熱、鎮痛、抗炎。	噁心、胃灼熱、食慾不振。 注意事項：有嚴重消化性潰瘍者應小心使用。進行冠狀動脈繞道手術14天內禁用。	緩解子宮收縮痛

(三)產後身體心理評估(35%)

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
1. 生命徵象	10/18 02:35 BT:37.9°C 03:35 BT:37.1°C 09:00 BT:37.1°C。 Pulse:81次/分。 RR:17次/分。 BP:135/84mmHg。 10/19 09:00 BT:36°C。 Pulse:75次/分。 RR:17次/分。 BP:105/70mmHg。 10/20 09:00 BT:36.8°C。 Pulse:75次/分。 RR:13次/分。 BP:107/70mmHg。	<p>體溫：產後最初的24小時體溫會短暫上升至38°C，是因生產時肌肉過度用力、脫水及荷爾蒙改變所致，24小時後體溫應回復為正常範圍內，若連續兩天體溫上升至38°C為產後感染，產後2~3天，乳房充盈也會導致體溫上升的脹奶熱，不超過24小時。有些婦女會在分娩過程或產後即出現寒顫，是因為血管收縮及舒張不穩定的結果，若沒有發燒則不具臨床意義，給予保暖或食用熱飲，可解除寒顫。</p> <p>脈搏：正常產後婦女脈搏應維持50~90次/分鐘，產後6~10天心臟負荷減小、心輸出量增加，子宮收縮可能發生產後心搏過緩，若每分鐘在50~70次之間可視為正常。</p> <p>呼吸：正常產後婦女呼吸應維持16~24次/分鐘，產後因子宮縮小，腹壁鬆弛，故多為腹式呼吸；產後血壓會先上升，為過渡反應，數天內會回復正常，若血壓降低可能是因骨盆內壓力降低或產後大出血導致，血壓上升可能與子癩前症、使用宮縮劑或血管加壓劑有關(孫惠玲、陳嘉琦，2020)。</p>	產後入病房時體溫略微上升(正常：36~37.5°C)，可能因生產過度用力、脫水、賀爾蒙改變引起，在正常變化範圍內，持續觀察體溫無再升高情形，表示無感染徵象。脈搏、呼吸、血壓皆於正常範圍內，評估後無健康問題。
2. 子宮復舊	10/18子宮硬呈球狀，宮底於臍下一橫指，位置居中。子宮收縮在翻身或起身下床時較痛，躺床後一段時間能緩解，像是嚴重的經痛，在肚臍周圍，疼痛指數約5分。 10/19子宮硬呈球狀，宮底於臍下一橫指，位置居中，起身下床時較	產後3~6週回復到未懷孕時的大小與形狀，這種變化稱為子宮復舊。若無法回復到未懷孕時的大小與形狀，或需要更長的時間回復稱為復舊不全。子宮重量在產後約900~1200g，1週後約下降至500g，約產後6週回復至懷孕前的50g。當胎兒、胎盤娩出後，子宮底的位置約在恥骨聯合與肚臍連線中	產後持續按摩子宮，使子宮硬呈球狀，表示子宮收縮良好，位置居中表示無膀胱脹，排尿順暢，每天約下降1橫指表示子宮復舊良好。因子宮收

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	<p>痛，躺床後一段時間能緩解，像是嚴重的經痛，在肚臍周圍，疼痛指數約4分。</p> <p>10/20子宮硬呈球狀，宮底於臍下兩橫指，位置居中，起身下床時較痛，躺床後一段時間能緩解，像是嚴重的經痛，在肚臍周圍，疼痛指數約3分，疼痛感已緩解許多。</p>	<p>點，產後12小時上升至肚臍上1公分或肚臍位置，以後每天約下降1-2公分(1橫指)；產後10-14天，子宮已下降至骨盆腔，在腹部已無法觸摸到子宮底。產後若子宮底位置偏高且偏離中線，需考慮產婦是否有膀胱脹，因此時子宮韌帶伸展，脹滿的膀胱可能將子宮推向一側或向上推。子宮復舊是因產後子宮收縮及胎盤剝離後，血液中的雌性素與黃體素下降，蛋白水解酶釋出，子宮肌肉細胞發生自體溶解，子宮壁的蛋白質被分解吸收，肌肉細胞的體積、重量減少，而非細胞數目減少，這種變化使子宮逐漸回復到未懷孕時的大小與形狀。適時給予子宮按摩、產後哺餵母乳，可刺激腦下垂體後葉釋放催產素，促進子宮收縮，加速子宮的復舊(孫惠玲、陳嘉琦，2020)。</p>	<p>縮引起急性疼痛。</p>
3. 惡露	<p>10/18惡露量中、色鮮紅、無血塊、無臭味，媽媽除了晚上休息，白天約2-3小時換一次產產褥墊。</p> <p>10/19惡露量中、色鮮紅、無血塊、無臭味，媽媽除了晚上休息，白天約2-3小時換一次產產褥墊。</p> <p>10/20惡露量中、色鮮紅、無血塊、無臭味，媽媽除了晚上休息，白天約2-3小時換一次產產褥墊。</p>	<p>產後子宮蛻膜剝落的碎片組織，自陰道排出體外稱為惡露，主要成分包含血液、蛻膜組織、陰道上皮細胞、黏液及淋巴組織。</p> <p>惡露與月經類似，有血腥味，起初量多、顏色鮮紅，逐漸轉為深紅、粉紅、米黃、清澈，分泌量也漸減少而停止。整個產後期約會排出225ml的惡露。惡露量評估以1小時在產褥墊上留下的痕跡為準，微量(<1吋)、小量(<4吋)、中量(<6吋)、大量(完全浸透)</p> <p>1. 紅惡露：產後最初3天陰道排出多量、鮮紅色、像血一樣且含少量血塊的惡露，內含上皮細胞、紅血</p>	<p>產後3天惡露皆鮮紅色為紅惡露，中量、無血塊表示無產後大出血風險，血腥味、無惡臭表示無感染，每2-3小時能如廁更換產褥墊一次，個人衛生習慣良好，觀察惡露有正常排出，經評估無健康問題。</p>

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
		<p>球、白血球、蛻膜碎片，有時還有胎便、胎脂、胎毛。</p> <p>2. 漿惡露：產後第3-10天排出，持續4-10天，呈漿液狀，為粉紅色或棕色分泌物，內含紅血球、白血球、蛻膜碎片、子宮黏液和大量微生物。</p> <p>3. 白惡露：產後10天後排出，持續時間可能延至產後2-3週，呈黃白色分泌物，內含白血球、上皮細胞、子宮黏液、脂肪、膽固醇結晶和細菌。</p> <p>如持續紅惡露或紅惡露再現，可能是子宮復舊不全或晚期產後出血徵象。哺餵母乳及子宮收縮會增加惡露排出；經產婦惡露量多於初產婦，自然產惡露多於剖腹產(孫惠玲、陳嘉琦,2020)。</p>	
4. 會陰傷口	<p>10/18 會陰部傷口乾淨、無紅腫、無水腫、無瘀斑、無分泌物、縫合邊緣完整，傷口約2公分，有痔瘡。大小便、坐著的時候較痛(刺痛)，需較長時間慢慢排尿、排便，走路會較慢才不會牽扯傷口，躺著不動時能緩解，疼痛指數約5分。</p> <p>10/19 會陰部傷口乾淨、無紅腫、無水腫、無瘀斑、無分泌物、縫合邊緣完整，傷口約2公分，有痔瘡。大小便、坐著的時候較痛(刺痛)，需較長時間慢慢排尿、排便，走路會較慢才不會牽扯傷口，躺著不動時能緩解，疼痛指數約4分。</p> <p>10/20 會陰部傷口乾淨、無紅腫、無水腫、</p>	<p>會陰位於陰唇繫帶與肛門之間，生產時胎頭先露部位的壓迫，使會陰肌肉過度伸展，導致水腫、瘀斑、裂傷，或醫師為預防會陰撕裂傷而先行會陰切開術，所以產後婦女有會陰撕裂傷或會陰切開傷口的腫脹、疼痛，約產後1週腫脹及疼痛逐漸消失(孫惠玲、陳嘉琦,2020)。</p> <p>評估會陰傷口癒合情形，發紅R(redness)、水腫E(edema)、瘀斑E(ecchymosis)、分泌物D(discharge)、密合度A(approximation)(陳嘉琦、蔡照文,2020)。</p> <p>剖腹產種類：</p> <p>1. 子宮下段剖腹生產(低位橫切法、比基尼刀法)目前最常用，於恥骨陰毛之際以橫切方式切開腹壁、皮下組織及子宮下段</p> <p>2. 子宮上段</p>	<p>因懷孕生產時壓迫肛門血液循環導致痔瘡產生。會陰部傷口乾淨、無紅腫、分泌物表示傷口無感染，無水腫、瘀斑表示會陰肌肉無過度伸展，縫合邊緣完整、傷口約2公分，表示會陰傷口癒合良好。</p> <p>因自然產後會陰傷口造成急性疼痛、皮膚完整性受損。</p>

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	無瘀斑、無分泌物、縫合邊緣完整，傷口約2公分，有痔瘡。大小便、坐著的時候較痛（刺痛），需較長時間慢慢排尿、排便，走路會較慢才不會牽扯傷口，躺著不動時能緩解，疼痛指數約3分。	剖腹生產（古典式剖腹生產、帝王切開術），垂直切開腹部皮膚與子宮上段，傷口較大較少採用（陳嘉琦、蔡照文，2020）。	
5. 下肢	<p>10/18雙下肢皮膚無色素沉著、皮膚溫暖呈粉紅色、無感覺異常及刺麻感；雙下肢脛骨、內踝、足背無凹陷、水腫；雙下肢霍曼式徵象為陰性，無疼痛感。</p> <p>10/19雙下肢皮膚無色素沉著、皮膚溫暖呈粉紅色、無感覺異常及刺麻感；雙下肢脛骨、內踝、足背無凹陷、水腫；雙下肢霍曼式徵象為陰性，無疼痛感。</p> <p>10/20雙下肢皮膚無色素沉著、皮膚溫暖呈粉紅色、無感覺異常及刺麻感；雙下肢脛骨、內踝、足背無凹陷、水腫；雙下肢霍曼式徵象為陰性，無疼痛感。</p>	<p>視診下肢皮膚顏色，是否有腫脹、疼痛或靜脈曲張，再觸診皮膚溫度，是否有發紅或發熱，並以手指按壓骨突處（脛骨、內踝、足背）檢查是否水腫</p> <p>霍曼式徵象測試是否有血栓靜脈炎或深層靜脈栓塞，請產婦腿伸直，護理人員一手固定膝窩，一手握其足背，腳板向背側彎曲，拉長腓腸肌使壓迫深層靜脈，如腓腸肌有疼痛則霍曼視徵象為陽性（陳嘉琦、蔡照文，2020）。</p>	產婦雙下肢皮膚溫暖呈粉紅色、無感覺異常及刺麻感表示，下肢循環良好、無水腫及靜脈曲張，雙下肢霍曼式徵象為陰性、無疼痛表示無血栓靜脈炎，經評估無健康問題。
6. 乳房	<p>10/18乳房皮膚完整平滑、色澤均勻、無充血腫脹、觸診軟、無脹痛、硬結，乳頭短，無破皮及凹陷，有乳汁分泌、微量不足以構成一滴。</p> <p>10/19乳房皮膚完整平滑、色澤均勻、無充血腫脹、觸診軟、無脹痛及硬結，乳頭短，但無破皮及凹陷，有乳汁分泌、量約3滴，但不足1c.c.</p> <p>10/20乳房皮膚完整平滑、色澤均勻、無充血</p>	<p>產後3-4天乳房會充盈，覺得乳房堅硬、腫脹、發熱及壓痛，乳房外觀會變紅、緊，感覺皮膚光滑，這是由於乳房內血液及淋巴液流量增加造成充血所致。乳頭如有裂傷、疼痛可能是哺乳方式不正確；如乳頭受刺激未突起，可能是乳頭凹陷（陳嘉琦、蔡照文，2020）。</p> <p>產後因胎盤娩出及黃體素濃度快速下降，刺激腦下垂體前葉分泌泌乳素，使泌乳細胞開始分泌乳汁。早期吸允、高頻率吸允、依嬰兒需</p>	乳房無脹痛、硬塊表示無乳腺炎，乳房軟、無充血腫脹表示無靜脈鬱滯，乳頭皮膚完整表示無乳頭破裂，經評估無健康問題。

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	腫脹、觸診軟、無脹痛及硬結，乳頭短，但無破皮及凹陷，有乳汁分泌、量約3滴，但不足1c.c.。	求哺餵，使乳汁經常移出或排出，乳汁就會製造越多。夜間濃度較高，可藉由夜間不斷的親餵，維持充足的乳汁。具鬆弛作用，能維持母親良好的睡眠（沈滿華，2020）。	
7. 哺餵情形	媽媽為初產婦，於10/18指導前對於哺乳知識缺乏，媽媽表示：「不知道要怎麼抱寶寶，有奶就餵，沒奶就喝奶粉。」觀察媽媽手呈<字型擠奶，並用指尖擠壓乳暈及乳頭，且擠不出乳汁，於住院期間無去嬰兒室探視寶寶、親餵，抱寶寶模型時未支托頭部及手懸空，但10/19於病房中經指導下有手擠乳3次，並可回復示教。10/20觀察媽媽手擠乳姿勢正確，使用寶寶模型教導媽媽抱寶寶姿勢及正確含乳姿勢，並可回復示教。	<p>哺餵母乳好處：1. 減少母親罹患乳癌、卵巢癌、骨質疏鬆。2. 乳清蛋白成分、不飽和脂肪酸多，易消化吸收。3. 內含免疫球蛋白IgA，增強寶寶免疫力。4. 預防寶寶過敏反應。5. 促進寶寶腦部發育。6. 嬰兒吸允媽媽乳頭，可刺激催產素分泌，促進子宮收縮，減少產後出血。7. 消耗脂肪，每天約可消耗400-600大卡。8. 泌乳素會抑制雌性素，可抑制排卵，調整懷胎間隔。9. 皮膚的接觸可強化親子依附</p> <p>哺餵姿勢：搖籃式、橄欖球式、改良式搖籃式。</p> <p>正確姿勢：1. 母親頭頸部、腰背部須有枕頭達支撐之效。2. 媽媽與嬰兒面對面，嬰兒腹部貼緊母親腹部，嬰兒的頭靠近媽媽乳房，母親以手支撐寶寶的頭頸部、臀部呈一直線。3. 用母親乳頭刺激嬰兒上嘴唇，嬰兒口張開時，微抬嬰兒下巴，鼻子與乳房間留空間，讓嬰兒可呼吸。</p> <p>正確含乳：1. 嘴巴張大。2. 頭微後仰，下巴靠向乳房。3. 額頭及鼻子遠離乳房，與乳房形成倒三角形。4. 下嘴唇外翻。5. 上方乳暈露出較多。6. 口完全封閉呈真空狀態。7. 吸允時兩頰圓鼓，沒有嘖嘖聲。8. 乳頭不會感到疼痛。9. 看見明顯吞嚥動作，看見太陽穴有擺動。</p>	手擠乳、哺餵、抱寶寶姿勢皆不正確，且擠不出乳汁、哺乳知識不足有自覺性乳汁不足此健康問題，經指導、衛教後能正確說出母乳哺餵的好處、回復示教手擠乳、抱寶寶姿勢。

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
		<p>寶寶飢餓表現：舌頭伸出、舔嘴、主動尋乳反應、扭動身體、用力吸允、哭鬧。</p> <p>飽食表現：含著媽媽乳頭安詳地睡著(沈滿華,2020)。</p>	
8. 消化系統	<p>媽媽表示：「孕前及孕期一天大便一次，有時候兩天一次，黃棕色條狀便；食慾在孕前及孕期都一樣，沒有噁心嘔吐，也無食量增加，孕期胖了8公斤，我們家人本來就都瘦瘦的。」</p> <p>10/18 腹部視診皮膚完整、有黑中線，觸診子宮體硬、其他位置柔軟，叩診四象限皆為鼓音。會陰部視診肛門口有痔瘡。今日未解便，經腹部評估無腹脹情形。</p> <p>10/19 腹部視診皮膚完整、有黑中線，觸診子宮體硬、其他位置柔軟，叩診四象限皆為鼓音。會陰部視診肛門口有痔瘡。今日解便一次，為黃棕色條狀便。</p> <p>10/20 腹部視診皮膚完整、有中線，觸診子宮體硬、其他位置柔軟，叩診四象限皆為鼓音。會陰部視診肛門口有痔瘡。</p>	<p>生產時因產婦能量消耗及體液流失，產後普遍會感到飢餓和口渴，如生產中無全身麻醉及嘔吐，可給予清淡飲食及喝大量的水。產後因腹內壓下降且腸道肌肉張力降低，產後數天腸蠕動會減慢，加上產程中很少進食固體食物，或有使用麻醉藥物，所以第一次排便時間可能會延後，也可能因會陰切開或會陰撕裂傷之傷口及痔瘡、剖腹傷口疼痛使產婦不敢用力解便(孫惠玲、陳嘉琦,2020)。</p> <p>手術要等排氣後才可進食，因為會打麻醉藥物，怕腸子尚未蠕動，進食會引發腹脹、嘔吐、腸阻塞，進而引發合併症。(李等,2016)</p>	<p>產前、產後飲食無太大改變，什麼都可以吃也無禁忌表示食慾良好，產後沒有因痔瘡和會陰傷口導致排便不順，觀察個案時常補充水分及午餐都會吃蔬菜，消化、排便情形良好，無便秘情形，腹部視診有黑中線為色素沉著屬正常現象，於產後6-12個月恢復，觸診、叩診皆為正常，無皮膚破損、脹氣，經評估無健康問題。</p>
9. 泌尿系統	<p>媽媽表示：「孕前一天尿尿大概5-6次，量正常、顏色黃、清澈，懷孕末期因寶寶擠壓至膀胱，所以尿尿變比較多次，一天大概8-10次，無憋尿或尿失禁。」</p> <p>10/18產後第一次解尿於05:10，解尿順暢、量中、無灼熱及疼痛感；產後第二次解尿於</p>	<p>陰道生產過程中膀胱受胎頭壓迫，極易受創傷，而造成膀胱神經功能受損，降低對尿液壓力的敏感度，而發生排尿不完全或尿瀦留，產後6-8小時需特別注意，觀察產婦是否自解小便。第一次下床如廁時，因姿位改變，易出現頭暈、臉色蒼白、姿位性低血壓，協助採漸進式下床。產後如尿瀦留</p>	<p>產後在常規時間內解第一次尿，沒有因胎頭壓迫膀胱而膀胱敏感度降低，之後的每2-3小時觀察產婦能自行下床至廁所解尿。排尿時順暢、量中表示</p>

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	<p>07:25，解尿順暢、量中、無灼熱及疼痛感。今解尿共8次，解尿順暢、量中、無灼熱及疼痛感。</p> <p>10/19今解尿共8次，解尿順暢、量中、無灼熱及疼痛感。</p> <p>10/20解尿順暢、量中、無灼熱及疼痛感，能2-3小時按時排空膀胱。</p>	<p>則泌尿道感染機率高，感染特徵為頻尿、排尿有燒灼及疼痛感，脹滿的膀胱可能使子宮移位致身體一側，易造成子宮收縮無力，進而造成子宮出血。產後最初12-24小時，腎臟為了排除懷孕時細胞外液滯留多餘的水分，會有產後利尿的現象，排尿量大增可達2000-3000ml/天，持續至產後3週或體內電解質和水分達平衡。子宮復舊自體溶解現象，產後1-2天會有蛋白尿，如持續1週以上應懷疑子癲前症的可能性（孫惠玲、陳嘉琦，2020）。</p> <p>自然產後尿瀦留原因在分娩過程中，胎兒對膀胱三角曲壓迫造成黏膜水腫，同時產後膀胱肌、腹肌、盆底肌肉鬆弛，易發生尿瀦留；麻醉或會陰、陰道撕裂傷，也可導致排尿困難。沒有及時督促產婦產後及早解小便，也沒有按時檢查子宮收縮及膀胱充盈情況，也是發生尿瀦留因素之一。誘尿使用至少5瓶水沖洗會陰部、聽流水聲，促進排尿（楊有蓮，2009）。</p> <p>剖腹產前放置尿管的目的，為了避免手術中膀胱脹大，而影響手術的進行，及預防膀胱受傷，術後未及時將尿管移除，考量媽媽臥床、傷口疼痛、下床如廁不便，或術後排尿困難，需重新放置尿管，增加感染率。於術後6小時可拔除尿管，但先評估能坐起、站起皆不會頭暈，順利步行至廁所也無頭暈，才能拔除尿管自行解尿，解尿第一次須告知護理人員，評估尿量、顏色、</p>	<p>膀胱神經功能良好，無疼痛及灼熱感表示無泌尿道感染，經評估無健康問題。</p>

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
10. 活動與休息	<p>10/18媽媽表示：「懷孕後都照常上班，但有減少提重物，後來肚子越來越大，走路也就變得比較累，精神上是都沒變。產後第一次下床走路頭不會暈，只是走比較慢。」觀察媽媽能從病房走至廁所，無須攙扶。</p> <p>10/19媽媽表示：「現在都10-11點就睡覺，早上7點醒來，不會失眠、可以一覺到天亮，都很早睡，所以不會覺得很累。」與媽媽會談及衛教時精神佳、注意力可集中，觀察媽媽無午休習慣，今日可從病房走至5樓嬰兒室上課。</p>	<p>有無灼熱及疼痛感 (李耀泰、陳福民、郭宗正,2016)。</p> <p>第一次下床時，因姿位改變，易出現頭暈、臉色蒼白、姿位性低血壓，協助採漸進式下床(先坐起後無頭暈不適，再慢慢站起來，旁邊需有人陪同)。</p> <p>產後運動目的:增強腹部肌肉張力，恢復美好身材、促進子宮收縮及子宮復舊，減少產後出血、促進骨盆底肌肉收縮，增加陰道口、尿道口肌肉張力，預防子宮脫垂、促血液循環，助傷口癒合及預防血栓靜脈炎、促腸蠕動，防便秘。運動前穿寬鬆衣物，選擇硬板床，運動時採漸進方式，由輕度開始，依個人忍受程度逐漸增加時間及運動量(量力而為)，如有不適應立即停止。</p> <p>運動項目:產後第一天可做深呼吸運動、凱格爾式運動(促骨盆底肌肉收縮)，產後第二天:胸部運動，產後4-5天:骨盆搖擺運動(增加腰背肌肉張力)、軀幹扭轉運動、頸部運動(增強腹肌張力)，產後1週能做:屈腿運動、抬腿運動，產後2週能做:仰臥起坐、膝胸臥式(陳嘉琦、蔡照文，2020)。</p>	<p>產婦精神佳、注意力集中、每天睡滿8小時且無失眠及早醒，表示睡眠情形良好，能得到足夠的休息。下床活動無頭暈、步態不穩，表示無姿位性低血壓，能自理日常生活瑣事，經評估無健康問題。</p>
11. 母性角色達成情形	<p>媽媽現23歲，表示：「在懷孕過程中，因為什麼都不知道，有在youtube上面看怎麼照顧寶寶的影片，但沒有去上媽媽教室。」</p> <p>10/19媽媽有至五樓嬰兒室上育嬰課程，教導媽媽手擠乳及抱寶寶姿勢，媽媽能被動學習，</p>	<p>默瑟(Mercer)</p> <p>1. 期待階段:在懷孕期間會試著模仿其他孕婦的行為，尤其是自己的母親;或從書籍、雜誌蒐集相關資料，學習為人母之道。</p> <p>2. 正式階段:新生兒出生初期，產婦仍會模仿別人照顧新生兒，以別人所期待的方式扮演母性角色，以符合社</p>	<p>因媽媽在住院期間有至五樓嬰兒室上育嬰課程，並學習手擠乳及抱寶寶姿勢，會學習如何照顧新生兒，以別人以別人所期待的方式扮演母</p>

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	並於指導下回復示教。	<p>會期望。</p> <p>3. 非正式階段:產婦會統整照顧新生兒的方式,自行決定執行母職,開始發展自己認為較適宜的母性行為及母性角色。</p> <p>4. 個人階段:已完全進入母性的角色,對為人母的觀念習以為常(孫惠玲、陳嘉琦,2020)。</p>	性角色,經評估屬正式階段
12. 心理變化與調適	10/19媽媽表示:「產後這幾天先休息,回家再擠奶,有小孩後變得比較累和負擔較重。」觀察媽媽注意力在自己身上,顯得被動擠奶、之後寶寶如何照顧這塊,覺得這幾天休息還是最重要的,等回家再擠奶、照顧寶寶,現階段於護生指導時才有學習行為。	<p>依魯賓對產後母親行為的研究,產後婦女心理變化與調適分為三期。</p> <p>接受期:產後2-3天內,將注意力集中在自己身上,較關切自己的需要,顯被動、依賴,會依照別人的指示,不願自己做決定,也喜歡與人分享生產的經驗和感受,護理人員和家屬可扮演傾聽者。應注重營養及休息的需要,提供安靜及舒適的環境。</p> <p>緊執期:介於依賴和獨立之間,於產後3-10天,由被動轉為主動,尤其關心新生兒的需要,並擔心自己是否有做為好母親的能力,開始積極尋求別人的意見及有關資料,學習照顧新生兒的動機強,提供有關照顧新生兒的知識及護理。</p> <p>放手期:產後第7天開始,接受新生兒是一個獨立個體的事實。母子雙方須有時間相互認識、熟悉,適應、協調,並獨立扮演新角色(孫惠玲、陳嘉琦,2020)。</p>	觀察媽媽注意力放在自己身上,顯被動學習,著重休息及做自己的事,表示注意力集中在自己身上,較關切自己需要,顯被動、依賴,會依照別人的指示,屬接受期。
13. 產後情緒	10/18 媽媽表示:「心情很好可以不用再忍受寶寶踢肚子的疼痛也不用再挺著大肚子走來走去,很期待自己可以趕快出院去月子中心跟寶寶在一起,雖然先生因	產後情緒低落:多發生於產後3-4天內,是一個過渡階段,臨床症狀包括:情緒不穩、憤怒、抑鬱、沮喪、睡眠障礙。一般認為引發產後情緒障礙的主因是賀爾蒙濃度的變化,缺乏支持性環	產後情緒穩定,會談時會微笑,無情緒不穩、憤怒、抑鬱、沮喪、睡眠障礙,愛丁堡分數正

評估項目	產婦情形 (評估日期)	學理依據 (標明文獻出處)	產婦情形與 學理比較 有何健康問題
	<p>為工作沒辦法在旁邊，但是坐月子時就可以來陪伴我了，期待先生看到寶寶後的喜悅。」此會談中觀察個案表情及情緒上喜悅、歡喜、快樂，沒有負面情緒或是緊張、自卑等。</p> <p>10/19 媽媽表示：「10/20 出院很開心期待，住院期間不會覺得壓力、在生活方面上都吃得好、睡的充足且很開心寶寶的到來。」</p> <p>愛丁堡分數：2 分</p>	<p>境和安全感也是潛在因素之一。產後的疲憊、不適、過度刺激、照顧新生兒的挫折感，也是不可忽略的因素，稱為「嬰兒憂鬱期」，通常只需家人及朋友多給予照顧、關心及支持即可恢復，建議產婦多給自己一些喘息休息的機會，並適時向家人及親朋好友說出心中感受，尋求他人的幫忙，並多與其他產婦分享彼此的經驗與心情感受。通常於數天內自行痊癒，但如果症狀持續惡化，可能會進一步形成產後憂鬱症。</p> <p>產後憂鬱：產後4週最關鍵，症狀包括：自認沒有價值、失去控制感、對事物缺乏興趣，當症狀持續達2週以上時，應立即尋求協助，可至婦產科、家醫科或身心科予以諮詢及治療，但當開立抗憂鬱藥時，需考慮是否哺餵母乳而謹慎用藥。</p> <p>產後精神病：通常在產後2週內發生，可發展成雙向情緒障礙症或鬱症，症狀包括：情緒激動不穩定、哭泣、失眠、個性行為改變、妄想、幻覺、殺嬰行為，應積極接受治療，以免造成無法挽回的後果(孫惠玲、陳嘉琦，2020)。</p>	<p>常，此項目無健康問題。</p>

三、護理計畫(25%)：

(一)列出所有健康問題與導因，並排出優先順序(5%)

序位	健康問題	導因
#1	急性疼痛	會陰傷口、產後宮縮引起
#2	皮膚完整性受損	會陰傷口
#3	自覺性乳汁不足	缺乏哺乳知識及泌乳反射不佳 (親餵次數不夠及未規律執行手擠乳)

護理措施與評值

(二)書寫一個以上主要的健康問題之護理計畫，格式如下(20%)

相關資料	健康問題/ 導因	護理目標	護理措施	評值
<p>10/18 09:00 S1:「擠不出奶就不餵，擠得出來就餵，想到才擠一下。」 S2:「現在沒有感覺脹奶，等脹奶在擠吧。」 S3:「我不會擠奶、我也不知道怎麼抱寶寶。」 10/18 O1: 觀察病房內無針筒、奶瓶，媽媽也沒有去嬰兒室哺餵母乳 O2: 觀察媽媽手擠乳姿勢錯誤，使用指尖去擠乳頭、姿勢僵硬，且擠不出乳汁。 O3: 觀察媽媽於指導前，抱寶寶模型時頭與頸部無給予支托。</p>	<p>自覺性乳汁不足/缺乏哺乳知識及泌乳反射不佳(親餵次數不夠及未規律執行手擠乳)</p>	<p>1. 10/18 16:00 產婦能每3-4小時正確執行手擠乳。 2. 10/18 於衛教後產婦能正確說出並做出「一、面、貼、支。」之技巧。 3. 10/18 衛教後產婦能使用寶寶教具執行正確抱寶寶的姿勢至少一項。</p>	<p>1-1. 徹底的洗手。 1-2. 舒服的站或坐著，將奶瓶或針筒靠近乳房。 1-3. 大拇指及食指呈C字型，與乳頭呈一直線。將大拇指及食指輕輕地往胸壁內壓，以擠壓、放鬆的方式擠乳。 1-4. 正確的擠乳方式，不該讓乳房感覺疼痛；如果會痛得話，表示技巧有誤，需重新調整大拇指與食指的位置。 1-5. 避免以手指摩擦或在皮膚上滑動，會對皮膚造成拉傷。 1-6. 單邊乳房至少擠3~5分鐘，直到奶流變慢再擠另一側。反覆數次直到乳汁再也不流出為止(劉瑩娟，2017)。 1-7. 鼓勵規律3-4小時手擠乳，增進泌乳反射。 2-1. 「一」：讓寶寶的頭、頸、身體呈一直線。 2-2. 「面」：讓寶寶面對乳房。 2-3. 「貼」：抱住寶寶的屁股和腰貼近自己，寶寶順勢抬頭含上乳頭後，確保寶寶的下巴緊貼乳房。 2-4. 「支」：善用枕頭或哺乳枕讓寶寶的頭和屁股得到支托(沈滿華，2020)。 3-1. 搖籃式抱法 讓嬰兒的頭在母親手肘，以母親前臂支撐嬰兒的身體。讓嬰兒的肚子緊貼母親的胸腹，一隻手經由母親腋下繞到母親背後，一隻手放在母親的胸前。 3-2. 橄欖球式抱法 像是抱橄欖球一樣，協助母親利用枕頭把嬰兒墊高，以靠近乳房。幫助</p>	<p>1. 10/18 16:00 產婦可達成每3小時手擠乳一次、姿勢正確、有乳汁分泌約3ml，並說出：「一邊要擠15-20分鐘以上。」 2. 10/18 產婦能用寶寶模型做出：「讓寶寶頭、脖子、屁股呈一直線，讓寶寶面對乳房，讓寶寶的下巴貼近乳房，我的手要支托寶寶的頭、脖子、屁股。」 3. 10/18 母乳衛教後產婦能使用寶寶模型正確執行橄欖球式及搖籃式。</p>

相關資料	健康問題/ 導因	護理目標	護理措施	評值
		4. 出院前產婦能至嬰兒室哺乳每日至少三次。	<p>母親用手掌及腕部托住嬰兒的頭，以整個手臂支撐嬰兒身體，或以手臂及手肘輕輕的把嬰兒夾在腋下，嬰兒的腳就會在母親的腰或背後。</p> <p>3-3. 修正橄欖球式抱法似橄欖球式的抱法，但是讓嬰兒的身體橫過母親的胸部，吸對側乳房(沈滿華，2020)。</p> <p>4-1. 告知媽媽母嬰接觸的好處，如：可幫助寶寶人格正向發展，使寶寶得到安全感，也可促進媽媽乳汁分泌。</p> <p>4-2. 告知早期吸吮、高頻率吸吮及越依嬰兒需求哺餵，使乳汁經常移出(排出)，乳汁就會製造越多(沈滿華，2020)。</p> <p>4-3. 鼓勵親餵，向母親說明他可以製造足夠的奶水哺餵嬰兒，加強其哺餵母乳的意願和決心(沈滿華，2020)。</p> <p>4-4. 告知媽媽嬰兒室提供 24 小時開放餵母乳，鼓勵媽媽依嬰兒及漲奶需求隨時哺餵(洪麗專、萬美麗，2020)。</p>	4. 產婦於 10/19 08:30、16:30 及 20:30 有至嬰兒室親餵母乳。

四、討論、結論與心得(10%)

本文為照護一位婦女自然產後合併自覺性乳汁不足之護理經驗，運用觀察、會談、產後評估、病歷翻閱，發現其有急性疼痛、皮膚完整性受損、自覺性乳汁不足健康問題，針對自覺性乳汁不足護生依個別性進行護理指導，增加其哺乳知識及抱嬰兒技巧，持續給予鼓勵使產婦可以表達內心感受，進而能正向面對哺乳問題。為了增加其哺乳知識，護生透過書籍及文獻查詢相關資料，指導個案正確執行技巧，提升個案手擠乳技巧、抱嬰兒的正確姿勢。目前健保制度下，自然生產後住院僅三天，在住院期間提供的衛教與產婦學習成效，深深影響日後的母乳哺餵率，當產婦又為初產婦時且懷孕時無上相關課程，只有在住院期間才開始學習，短時間內能達到的正確率較低，增加母乳哺餵的困難度。

此次於短時間內教會產婦手擠乳、抱寶寶的姿勢，且產婦能正確執行。若能於產前提供更完善的衛教資訊，使產婦能更早做好哺乳準備，護理人員在產後初期即能教導產婦使用手擠乳實際操作，不僅能刺激乳腺、增加乳汁，又能減輕其日後脹奶機會，避免產婦因知識缺失而降低哺餵母乳之意願，進而提升臨床護理品質。建議臨床上可於產前門診開始指導產婦及準爸爸哺乳之知識及技巧，並製成衛教單張及數位學習網方便使產前開始學習，讓產後的婦女對於手擠乳技巧更上手，也讓護理人員在教導產後媽媽及爸爸擠乳時能更快速。

五、參考文獻(5%)

- 王淑芳 (2020)· 妊娠期的診斷與評估· 於周汎濤總校訂, *產科護理學* (四版, 29-32頁)· 永大。
- 沈滿華 (2020)· 母乳哺餵· 於周汎濤總校訂, *產科護理學* (四版, 3-34頁)· 永大。
- 李耀泰、陳福民、郭宗正 (2016)· 剖腹產之快速復原照護路徑· *台灣醫學*, 20 (1), 91-95。
[https://doi.org.10.6320/FJM.2016.20\(1\).12](https://doi.org.10.6320/FJM.2016.20(1).12)
- 洪麗專、萬美麗 (2020)· 緒論· 於周汎濤總校訂, *產科護理學* (四版, 11-27頁)· 永大。
- 孫惠玲、陳嘉琦 (2020)· 產後期的生理及心理變化· 於周汎濤總校訂, *產科護理學* (四版, 4-20頁)· 永大。
- 陳嘉琦、蔡照文 (2020)· 產後期的評估與護理· 於周汎濤總校訂, *產科護理學* (四版, 4-23頁)· 永大。
- 楊有蓮 (2009)· 正常產後尿瀦留致產後出血臨床分析· *現代中西醫結合雜誌*, 35, 4384-4385。
- 劉瑩娟 (2017)· 協助一位初產婦成功親餵的護理經驗· *彰化護理*, 24 (2), 36-47。
<https://doi.org.10.6647/CN.24.02.10>

【BREAST 母乳哺餵評估單】 附件二(10/18 尚無親餵母乳)

哺乳順利之表現	哺乳困難之表現
BODY POSITION 身體姿勢	
母親身體放鬆、舒適 寶寶身體貼緊母親，臉朝向乳房 寶寶頭頸與體成一直線 寶寶下巴貼著母親乳房 寶寶臀部受支托	母親身體僵硬，身體傾向寶寶 寶寶身體離開母親 寶寶頸部扭轉 寶寶下巴沒有貼著乳房 母親只拖住寶寶的頭和肩膀
RESPONSES 反應	
寶寶肚子餓時臉會朝向母親乳房 寶寶會尋找乳房 寶寶會以舌頭探索乳房 寶寶接觸乳房時平靜清醒 寶寶會持續含住乳房 有噴乳表現(漏乳、子宮收縮)	對乳房無反應 看不到尋乳反射 寶寶對乳房興趣 寶寶哭鬧或煩躁 寶寶一直鬆開乳房 無噴乳表現
EMOTIONAL BOUNDING 情感交流	
穩定並有自信的撫抱 母親與寶寶有臉對臉的注視 母親給予很多撫摸	神經質或無力的抱寶寶 沒有眼神的接觸 搖晃或重拍寶寶
ANATOMY 解剖	
餵奶後乳房變軟 餵奶後乳頭凸出有彈性 乳房皮膚看起來健康 餵奶時乳房看起來圓圓的 乳頭皮膚完整，乳頭不痛	乳房腫脹 乳頭偏平或凹陷 乳房皮膚發紅或有皺摺 乳頭破皮，乳頭痠痛 乳房皮膚有破損
SUCKLING 含乳房	
嘴巴張很大 下唇外翻成 < 形兩頰圓鼓 寶寶嘴唇上方含乳暈較多 慢慢深吸奶，並有間隔休息 可看到或聽到吞嚥聲	嘴巴張不夠大 下唇內翻 看不到舌頭 寶寶下嘴唇含乳暈較多 只有快速吸吮動作 聽到啪打聲
TIME 時間	
寶寶吸吮一側乳房至少 15 分鐘以上 自己鬆開乳房	母親將寶寶抱離開乳房，一側乳房只吸吮幾分鐘對換邊

愛丁堡產後憂鬱症評估量表 附件三

請您評估過去七天內自己的情況（非今天而已）

1. 我能看到事物有趣的一面，並笑得開心
0 同以前一樣 1 沒有以前那麼多 2 肯定比以前少 3 完全不能
2. 我欣然期待未來的一切
0 同以前一樣 1 沒有以前那麼多 2 肯定比以前少 3 完全不能
3. 當事情出錯時，我會不必要地責備自己
3 大部分時候這樣 2 有時候這樣 1 不經常這樣 0 沒有這樣
4. 我無緣無故感到焦慮和擔心
0 一點也沒有 1 極少有 2 有時候這樣 3 經常這樣
5. 我無緣無故感到害怕和驚慌
3 相當多時候這樣 2 有時候這樣 1 不經常這樣 0 一點也沒有
6. 很多事情衝著我而來，使我透不過氣
3 大多數時候您都不能應付 2 有時候您不能像平時那樣應付得好
1 大部分時候您都能像平時那樣應付得好 0 您一直都能應付得好
7. 我很不開心，以致失眠
3 大部分時候這樣 2 有時候這樣 1 不經常這樣 0 一點也沒有
8. 我感到難過和悲傷
3 大部分時候這樣 2 相當時候這樣 1 不經常這樣 0 一點也沒有
9. 我不開心到哭
3 大部分時候這樣 2 有時候這樣 1 只是偶爾這樣 0 沒有這樣
10. 我想過要傷害自己
3 相當多時候這樣 2 有時候這樣 1 很少這樣 0 沒有這樣

=====
各項目為 0-3 分，總分 30 分。

總分 9 分以下，絕大多數為正常。

總分 10-12 分，有可能為憂鬱症，需注意及追蹤並近期內再次評估或找專科醫師處理。

總分超過 13 分，代表極可能已受憂鬱症所苦，應找專科醫師處理。

資料來源／衛生福利部國民健康署