

# 一位抗磷脂抗體症候群高齡婦女 再次遭遇胎兒死亡之護理經驗

陳羿吟<sup>1</sup>、陳馥萱<sup>2</sup>、周佳慧<sup>2</sup>

澄清綜合醫院中港分院 護理部<sup>1</sup>、弘光科技大學 護理系<sup>2</sup>

## 摘要

本文探討了一位罹患抗磷脂症候群十餘年且有  
多次流產病史之 44 歲婦女，在妊娠 20 週胎死腹中，  
哀傷接受終止妊娠的照護經驗，照護期間為 2024  
年 2 月 15 日至 2 月 18 日。藉由身體評估、病歷查閱、  
會談及傾聽，並以 Gordon 十一項功能性健康型態  
進行護理評估，確立了三項主要護理問題：急性疼  
痛、情境性低自尊和哀傷，在疼痛處理方面，採取  
非藥物疼痛管理策略，如深呼吸、放鬆技巧與教導  
配偶執行熱敷與按摩，有效緩解子宮收縮引起之不  
適。針對情境性低自尊，透過建立安全的談話環境，  
引導個案回顧懷孕歷程的努力，並肯定其對胎兒的  
重視。哀傷照護方面，協助個案與配偶與孩子告別、  
保留胎兒腳印紀念，安排心理師與社工給予哀傷支  
持，並提供「伴侶悲傷日誌」促進夫妻雙向溝通彼  
此的失落。此護理經驗將能為未來照顧類似個案的  
護理參考。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（4）：  
63-72）

## 前言

生命的誕生承載著期待與喜悅，然而，胎  
兒死亡的悲劇仍無法避免，根據衛生福利部國民  
健康署數據顯示，2023 年總出生人數為 137,484  
人中，死產率達 1.36 % [1]。患有抗磷脂症候  
群（Antiphospholipid Syndrome, APS）的孕婦，血栓  
風險增加 6.26 倍，新生兒死亡率增加 1.5 倍 [2]。  
APS 造成流產及新生兒死亡，往往導致婦女自尊心  
降低及抑鬱等心理困擾，進一步加劇了她們的身心  
壓力 [3,4]。

本文個案為一位患有抗磷脂症候群的 44 歲初  
產婦，經歷了反覆流產及終止妊娠的創痛，卻在再  
次懷孕達 20 週時，因胎兒死亡而進行引產手術，  
引產過程出現的急性疼痛、哀傷及情境性低自尊等  
問題，引發筆者書寫動機，期望藉由整合護理措  
施，提供身心支持，陪伴其度過此哀傷歷程，並將  
此經驗做為日後照護類似個案的參考。

## 文獻探討

### 一、高齡妊娠與抗磷脂症候群

隨著年齡增加，女性的生育能力逐漸下降，  
不僅子宮內膜厚度變薄、胚胎著床率與臨床懷孕率  
降低，流產率亦顯著上升 [5]，40 歲以上女性流產  
率為 40% 至 50%，而 45 歲以上則高達 80% [6]。  
高齡婦女同時出現多種抗磷脂抗體（如抗膜聯蛋  
白 V、抗凝血酶原）陽性率的機率較高，APS 是  
一種自體免疫性疾病，患者體內會產生抗磷脂抗

關鍵詞：抗磷脂抗體症候群、高齡妊娠、胎兒死亡、  
哀傷

通訊作者：陳馥萱

通訊地址：台中市沙鹿區臺灣大道六段 1018 號

E-mail：caring07@hk.edu.tw

受理日期：2025 年 12 月；接受刊載：2026 年 3 月

體 (aPL)，誘發血小板聚集與內皮細胞損傷，最終導致動靜脈血栓風險上升，若血栓發生在胎盤，將造成胎盤功能不全及灌注不足 [4,7]，進而影響胎兒血氧與營養供應，APS 也與高血壓、子癇前症密切相關，最終造成早產、胎死腹中等併發症 [3,8,9]，患者整體流產率介於 34% 至 76%，其中早於 10 週的流產發生率約為 54% [10]。

APS 常基於修改的 Sapporo 診斷標準，包括反覆流產、子癇前症、死胎等臨床條件，與 aPL 抗體持續陽性兩次以上的實驗室證據，治療上，常使用低劑量阿斯匹林以及抗凝血劑，例如 Heparin 和 Warfarin [11,12]，以改善妊娠成功率並降低血栓風險 [10]，但儘管接受阿斯匹林合併抗凝治療後，活產率可自原本的 25% 提高至 70%，但仍有約三成妊娠存在不良結果 [2]。

## 二、抗磷脂症候群的身心層面影響與護理

對於 APS 患者而言，反覆流產和高風險妊娠可能帶來巨大的身心壓力，對高齡婦女而言，生育時間壓力與角色期待疊加，更可能使其陷入情緒困境 [13]。Kaneko 等人 [14] 建議應整合產科、風濕科、護理、心理與社工等專業，建構以家庭為中心的身心照護，提升母嬰安全。

在身體照護層面，需定期監測患者的血液指標和胎兒健康，及時通報異常情況 [7]，若需終止妊娠，應重視產婦的疼痛控制、出血與感染預防，在分娩過程中，應用非藥物疼痛管理 (Nonpharmacological Pain Management, NPPM) 是安全而有效的分娩疼痛緩解方式 [15]，不使用藥物或醫療介入來減輕或管理不適的各種技術與方法，如按摩、熱敷、水療、呼吸調整、音樂等策略 [16,17]，可減少產婦對藥物的依賴，降低藥物副作用風險，能有效減輕疼痛強度與焦慮情緒，並提升整體分娩經驗的掌控感與滿意度，並強化產婦參與感。

重複性懷孕失敗對夫妻而言是一場災難性的經驗 [18]，除了生理上的治療，在心理照護層面也非常重要，胎兒死亡的產婦承受著憂鬱、焦慮及創傷後壓力症候群 (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) [19,20]，這樣的哀傷情緒可能會持續一段

時間 [20]，患者易產生低自尊。當「胎兒死亡」發生後，照護重點應由醫療處置轉向整合心靈關懷與關係哀傷的全人照護 [21]，運用有效的照護措施，促進婦女的自尊感受及角色功能 [22]，醫護人員應建立信任關係，提供安靜、隱密的空間讓產婦宣洩情緒 [23-25]，促進夫妻間的溝通，表達感受與情緒 [22]；透過觀看遺體、製作腳印紀念、影片、相片、伴侶悲傷日誌寫作等儀式化的告別行為，可以幫助她們處理孤獨感，整合和接受失去嬰兒的現實 [26,27]，強化家庭支持並適時轉介心理師或支持團體 [21]。

## 護理過程

### 一、個案簡介

王女士，44 歲，G8P0SA5AA2，大學畢業，信佛教，多用國、台語溝通。結婚 20 年，與丈夫同住，丈夫 46 歲，為獨子，有傳宗接代壓力。個案從事幼教工作，先生為研發工程師，家庭經濟來源為夫妻兩人，住院期間照顧者為丈夫，主要決策者為夫妻共同討論。

### 二、過去病史

個案於 2005 年及 2007 年自然流產，2008 年因出現疲勞、皮膚瘀斑等症狀，經診斷為抗磷脂抗體症候群後規則就醫，長期服用 Warfarin 2.5mg 及 Aspirin 100mg QD 治療，2010 年與 2013 年懷孕後規律產檢，但皆在 12-13 週產檢的超音波發現胎兒已無心跳而終止妊娠，2015 年、2019 年與 2021 年則於懷孕初期約 8 週即早期自然流產。

### 三、此次入院原因及治療過程

此次為個案第 8 次懷孕，在 20 週時，於 2024 年 2 月 15 日清晨感到無胎動，急忙至醫院檢查，超音波發現胎兒已胎死腹中，故入院行終止妊娠。引產期間，使用 cytotec 25mg PO Q2H，子宮頸開 3 公分後，改用 D5S 500ml/bot+Oxytocin 2amp IVD pump keep 20cc/hr。於當天 17:49，娩出一名女嬰，體重 290 公克，阿帕嘉分數 (Apgar Score) 皆為 0，四肢外觀正常，個案生命徵象穩定，於 19:55 由產房轉至病房並給予退奶藥 Dostinex tablets 0.5mg 2 顆 PO stat，2 月 18 日出院。

## 護理評估

筆者於 2024 年 02 月 15 日至 18 日照護期間，藉由觀察、會談及查閱病歷等方式收集資料，並運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行護理評估，分析結果如下：

### 一、健康感受及健康處理型態

個案自覺健康狀況良好，無不良嗜好，罹患 APS16 年，對 APS 只能無奈接受，但仍能按時就醫、遵醫囑服藥，由於多次在懷孕 8 週以前流產，因此此次直至懷孕 12 週，認為狀況穩定後才開始定期接受產檢，但仍對孕期護理保持高度警覺，尤其關注胎動及產檢結果。

### 二、營養與代謝型態

個案身高 174 公分，孕前體重 65 公斤，身體質量指數（BMI）21.4，入院體重 68 公斤，孕期體重增加 3 公斤，為正常範圍，四肢皮膚完整、溫暖且彈性正常，口腔黏膜潤澤、無破損，指甲紅潤無發紺情形，懷孕前飲食習慣良好，產後恢復情況正常，家屬提供月子餐，個案均能完全食用。

### 三、排泄型態

個案平日約每 2 天解便一次，大便性質軟，解便順暢，無痔瘡。懷孕期間每日約排尿 8-12 次，解尿順暢，尿液呈黃色、清澈無沉澱物。

### 四、運動與活動型態

個案平時在幼兒園工作，與孩子互動甚覺耗費體力，故休閒以靜態為主。產後第一天即下床，步態平穩，日常盥洗能獨立完成。

### 五、睡眠及休息型態

個案平時睡眠時間約 8 至 9 小時，懷孕期間亦無失眠困擾，產後因宮縮疼痛及哀傷，夜間睡眠時數減少至 4 至 6 小時，日間探視時，個案多閉目休息且沉默不語，偶見打哈欠，顯示個案睡眠不足。此睡眠問題與待產疼痛及胎兒死亡的哀傷有關，故併入「急性疼痛」及「哀傷」的護理計畫中處理，藉由減輕疼痛、提供安靜休息環境、夜間減少不必要干擾、安排心理支持與情緒抒發，以改善睡眠狀況。

### 六、認知及感受型態

個案意識清醒具判斷力，聽力正常，近視 500

度，在判斷、定向感、近期記憶及遠期記憶皆正常，慣用語言為國台語，意識清醒，思考過程正常。個案過去只有流產經驗，因此對於此次引產的疼痛感到高度緊張與不安，不知道如何調節呼吸或放鬆，於 2/15 個案皺眉表示「我感覺肚子越來越緊，好像一陣一陣的壓過來，現在越來越痛不舒服了，跟流產時那種悶悶痛完全不一樣，我有點緊張，不知道自己能不能應付得了。」、「天哪！疼痛越來越強，我每次宮縮都痛到無法忍受，不知道自己能不能撐下去，我只想趕快結束這一切。」、「寶寶，快出來吧！媽媽真的受不了了，太痛了！」，客觀評估：血壓 130/85mmHg、心跳 88 次/分、呼吸 22 次/分；疼痛評估（NRS）初次評分為 5 分，隨產程進展上升至 10 分。觀察在宮縮期間個案的手抓床欄、身體維持側臥屈曲，並於疼痛高峰時出現過度換氣。經評估後有「急性疼痛 / 與子宮收縮及缺乏疼痛控制技巧有關」問題。

### 七、自我感受及自我概念

個案自述個性獨立自主，樂觀開朗，對自身外表感到滿意，並能接受懷孕前後的身材變化。在妊娠 20 週時，王女士已經感受到胎動，並更具體地想像與寶寶的未來，自覺此次懷孕期間已非常小心，很驚訝為何仍會胎死腹中，個案住院期間神情落寞，並常表達失去胎兒的哀傷，主訴：「我真的很難過，想到寶寶就心如刀割，對於寶寶的離開，我感到非常不捨。」、也自責：「雖然知道她已經走了，但我還是每天想到她，好像還能感覺到肚子裡有她的感覺。」，評估病人有「哀傷 / 與失去胎兒有關」的健康問題。

### 八、角色與關係型態

個案為 44 歲已婚女性，與丈夫感情深厚，家庭氛圍和諧，工作中與同事相處融洽，與娘家保持頻繁互動，經濟狀況良好，一直期望成為母親卻未如願，2/16 主訴：「我已經流產好幾次了…是不是我真的不能擁有自己的孩子？」、「每次想到寶寶，我就覺得自己讓先生和婆家很失望，懷疑自己是不是沒辦法當媽媽。」；2/17：「想要再試試看，但很害怕又會重蹈覆轍。」，經評估有「情境性低自尊 / 與懷疑自己是不是沒有辦法當母親有關」護理問題。

## 九、性與生殖型態

個案初經年齡 14 歲，月經週期正常，約 35 天，持續時間 6-7 天，量中，偶爾有輕微痛經，但可忍受。婚後因想生育故未避孕，發現懷孕後先生與個案都能視情況而調整性生活。

## 十、因應壓力與耐受性型態

個案平常不覺有太大壓力，面對壓力時，第一個訴說的對象是案夫。本次妊娠到 20 週卻仍是失敗，2/15 至 2/16 常見其哭泣，家屬表示：「她大部分時間躺在床上，看著天花板，一直掉眼淚。」，產後對家屬及醫護人員不愛搭理，2/17 主訴：「這次寶寶的離開讓我難以調適。」，經評估有「哀傷 /

與失去胎兒有關」護理問題。

## 十一、價值與信念型態

個案為佛教徒，平日會至廟裡拜拜，在引產過程中，隨身帶著護身符，相信宗教所論述之生死輪迴。雖然期盼著失去的寶寶能投胎再當她的小孩，但又擔心這樣的事件會再度發生，個案對此次事件發生感到人生的無常且認命。

## 問題確立、護理措施與評估

綜合以上護理評估，發現個案有以下護理問題：一、急性疼痛 / 與子宮收縮及缺乏疼痛控制技巧有關。二、情境性低自尊 / 與懷疑自己是不是無法當母親有關。三、哀傷 / 與失去胎兒有關。

### 一、體液容積過量 / 與腎臟衰竭導致水分無法移除、攝取過多水份有關 (8/13-9/10)

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主/客觀資料 | <p>S1：2/15 16：00「我感覺肚子越來越緊，好像一陣一陣的壓過來，現在越來越痛不舒服了，跟流產時那種悶悶痛完全不一樣，我有點緊張，不知道自己能不能應付得了。」</p> <p>S2：2/15 16：30「天哪！疼痛越來越強，我每次宮縮都痛到無法忍受，不知道自己能不能撐下去，我只想趕快結束這一切。」</p> <p>S3：2/15 17：10「寶寶，快出來吧！媽媽真的受不了了，太痛了！」</p> <p>O1：個案第一次引產，2/15 16：00宮縮頻率為20秒/5分鐘，子宮頸擴張2公分，心跳88次/分、呼吸：22次/分、血壓：130/85mmHg，NRS：5分。</p> <p>O2：2/15 16：30宮縮頻繁（15秒/3-4分鐘），子宮頸擴張4-5公分，NRS：10分，伴隨陰道出血。陣痛時個案表情痛苦、哭泣，緊抓床欄或握拳敲床，雙手捧腹、側臥屈曲並翻滾扭動，疼痛高峰時出現過度換氣。</p>                               |
| 護理目標   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案在第一產程期間，能應用至少2種非藥物止痛緩解技巧。</li> <li>2. 待產期間，個案主訴疼痛指數從NRS 10分降低至6分。</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 護理措施   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2/15待產期間，每15-30分鐘探視個案一次，主動關心產婦的身體狀況與情緒，解答產程相關問題。</li> <li>2. 2/15 13：00向個案解釋分娩過程及疼痛管理的技巧，並提供心理支持，以減輕其緊張與焦慮感。</li> <li>3. 指導案夫按摩技巧，協助案夫對個案腰部、尾骶骨、下背部、肩背部及四肢進行按摩，並提供擦拭汗水等舒適照護，在宮縮間歇期，與產婦交談及播放輕鬆音樂以幫助其放鬆心情。</li> <li>4. 2/15 16：00提供41-43°C的熱毛巾，教導案夫交替熱敷個案的肩部、背部及尾骶骨，每次熱敷20分鐘，幫助放鬆肌肉，促進血液循環，觀察個案的反應與效果，適時調整熱敷部位和方式。</li> <li>5. 協助個案嘗試側臥、半坐位、跪姿等待產姿勢，選擇出最舒適的姿勢，搭配拉梅茲呼吸方式並用枕頭等輔助工具提供支持，以減少產程中不適。</li> </ol> |

### 一、體液容積過量/與腎臟衰竭導致水分無法移除、攝取過多水份有關（8/13-9/10）（續）

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 護理措施 | <p>6. 2/15 17:00在陣痛時，指導個案深呼吸與放鬆技巧等非藥物疼痛管理（Non-pharmacological Pain Management, NPPM），並提醒保持節奏。</p> <p>7. 評估個案的疼痛管理效果，記錄疼痛評分變化。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 護理評估 | <p>1. 2/15 14:00在陣痛期間，個案應用NPPM，在案夫提醒下能側臥屈曲姿勢並進行深呼吸技巧；陣痛間歇時，案夫以柔和語氣交談分散注意力，並協助擦拭汗水與潤唇。經詢問個案表示：「側躺配合呼吸比較能忍耐，沒有像剛開始那麼慌。」</p> <p>2. 2/15 16:35案夫使用熱敷與按摩技巧，個案表示「熱敷與腰部、尾骶骨按摩後疼痛明顯緩解，感覺肌肉較放鬆，疼痛比較緩解。」</p> <p>3. 2/15 17:00案夫透過手機播放個案喜愛的輕音樂，幫助她放鬆心情，並協助個案採取她覺得最放鬆的側睡姿。</p> <p>4. 2/15 17:25個案主訴感覺放鬆，緊張情緒減輕，觀察個案在宮縮時，表現出更平穩的呼吸和穩定的情緒，能主動配合呼吸與放鬆技巧，並表示疼痛指數（NRS）從10分下降至6分。</p> <p>5. 2/15 22:30隨著引產結束且宮縮疼痛獲得有效控制，個案緊繃的身體得以放鬆，主訴：「肚子不痛了，身體覺得比較輕鬆，可以稍微睡一下。」</p> |

### 問題二、情境性低自尊/與懷疑自己是不是沒有辦法當母親有關（2024/2/15-2024/2/18）

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主/客觀資料 | <p>S1: 2/15「我的孩子…就這樣走了…我這個沒用的母親，現在還能為她做些什麼，才能讓她好好地走？」</p> <p>S2: 2/16「都是我不好，無法保護好這個孩子。」</p> <p>S3: 2/16「我已經流產好幾次了…是不是我真的不能擁有自己的孩子？」</p> <p>S4: 2/16「每次想到寶寶，我就覺得自己讓先生和婆家很失望，懷疑自己是不是沒辦法當媽媽。」</p> <p>S5: 2/17「這次寶寶的離開讓我難以調適，覺得是自己不夠好，才會這樣。想要再試試看，但很害怕又會重蹈覆轍。」</p> <p>O1: 個案患有APS 16年，長期以Warfarin 2.5mg及Aspirin 100mg QD治療。</p> <p>O2: 2/15個案已44歲，G8P0SA5AA2，此次因懷孕20週胎死腹中入院引產。</p> <p>O3: 2/16個案談話中，表情哀傷、眉間緊鎖、重複表達自責情緒。</p> <p>O4: 2/16討論胎兒後續處置事項時呈現低頭、眼神迴避等逃避行為。</p> |
| 護理目標   | <p>1. 2/17個案能說出至少一項自己在懷孕歷程中所做的努力。</p> <p>2. 2/18個案能表達其對胎兒關愛的自我肯定。</p> <p>3. 2/18個案能計畫未來。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 護理措施   | <p>1. 2/16-02/18期間，在個案的單人房中，營造安靜、私密、不受打擾的空間，引導個案表達對此次懷孕失落的情緒，並協助其回顧整段孕程中所付出的努力，肯定其母親角色的投入，即使孩子過世，仍是一位好母親。當個案表達自責、內疚時，給予陪伴與支持。</p> <p>2. 告知胎兒的死亡與其長期患有APS及高齡相關的複雜因素有關，並非其個人過失所致。</p> <p>3. 2/17社工師進房會談，協助個案釐清情緒反應，並引導與家人一同面對未來挑戰。</p>                                                                                                                                                                                                                              |

## 問題二、情境性低自尊/與懷疑自己是不是沒有辦法當母親有關（2024/2/15-2024/2/18）（續）

|      |                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 護理措施 | <p>4. 2/18由婦產科團隊與免疫風濕科召開家族會議，透過實體與線上方式與個案及其家屬進行討論，說明抗磷脂質症候群治療後活產率約70%，但仍有三成風險，目前醫療處置可有效降低懷孕風險，但仍無法完全避免妊娠失敗之可能性，需醫病雙方共同面對與配合。</p> <p>5. 2/18安排心理師引導個案宣洩，允許個案哭泣。</p> <p>6. 2/18引導個案返家後可透過佛教儀式尋求心靈慰藉，有助於其接受與放下自責，並肯定其透過此方式表達母愛。</p> |
| 護理評估 | <p>1. 2/17個案表示自己在這懷孕過程真的很努力，也盡力了，例如規律產檢、遵從醫囑服藥。</p> <p>2. 2/18個案主動提到「我想再試試」，詢問「未來還有什麼方式可以讓寶寶撐久一點？」及「如果再懷孕，醫生能幫忙做些什麼？」</p> <p>3. 3/20以電話追蹤聯繫個案與案夫，個案表示近期身體狀況穩定，並已與案夫商議後續決策：「我們已經想好下一步怎麼走，我們決定順其自然…。」</p>                          |

## 三、哀傷/與失去胎兒有關（2024/2/15-2024/2/18）

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主/客觀資料 | <p>S1：2/15「我真的很難過，想到寶寶就心如刀割，對於寶寶的離開，我感到非常不捨。」</p> <p>S2：2/16「這幾天晚上都睡不好，腦海裡一直浮現寶寶的樣子。」</p> <p>S3：2/16「雖然知道她已經走了，但我還是每天想到她，好像還能感覺到肚子裡有她的感覺。」</p> <p>S4：2/17「這次寶寶的離開讓我難以調適，覺得是自己不夠好，才會這樣。」</p> <p>S5：2/17「我還沒準備好跟寶寶告別，我一直覺得寶寶還在我身邊。」</p> <p>O1：2/15觀察個案大部分時間臥床，眼神黯淡，頻繁拭淚。</p> <p>O2：2/16家屬鼓勵個案多休息時，未予回應，眼神迴避。護理人員主動關心其身體狀況時，個案僅以簡短語句回應，表情木然。</p> <p>O3：2/17個案一提及為寶寶準備的衣物就會流淚。</p> <p>O4：2/17家屬表示，與個案過去流產經驗相比，此次死產造成其情緒反應顯著加劇，多數時間獨自臥床，無目標地注視天花板並持續流淚，並頻頻翻閱與胎兒相關的紀念物。</p> |
| 護理目標   | <p>1. 2/17個案能表達接受失去胎兒的情緒或想法。</p> <p>2. 2/18個案能說出與孩子告別的計畫。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 護理措施   | <p>1. 2/15胎兒引出前，與個案及配偶討論是否願意觀看或觸摸寶寶，事先說明胎兒可能的外觀，以協助個案建立心理準備，減少衝擊。</p> <p>2. 2/15胎兒娩出後，護理人員全程陪伴與傾聽，並尊重家屬選擇，於產檯上清潔遺體並輕柔包裹寶寶，以維持其尊嚴與完整，協助個案與配偶向胎兒告別，引導家屬透過言語，說出「寶寶，媽媽跟爸爸都很愛妳，希望妳在另一個世界平安快樂」及輕撫，以表達對寶寶的愛與不捨，經家屬同意，收集孕期超音波相片、協助製作胎兒腳印圖片，供留作紀念。</p> <p>3. 2/18鼓勵個案與配偶溝通彼此之悲傷，建議以「伴侶悲傷日誌」的寫作方式，抒發感受。</p>                                                                                                                                                                     |

### 三、哀傷/與失去胎兒有關（2024/2/15-2024/2/18）（續）

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 護理措施 | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 2/16產後入住單人病房，主動聯繫心理師進行哀傷諮詢，聚焦於哀傷調適、失落認知，同步協助與案夫彼此聆聽與支持，避免情緒隔閡。</li> <li>5. 鼓勵個案幫孩子決定喪葬流程，2/15聯繫靈安室人員，向個案及家屬說明喪葬事宜處理與火化流程，依照家屬信仰宗教，請佛教法師於靈堂前進行誦經儀式，並協助家屬完成哀傷告別儀式。</li> <li>6. 2/16-2/18，安排個別會談時段，引導個案談論與寶寶胎動出現的感受、為寶寶挑選衣物的經驗以及失去母親的深刻哀傷。</li> <li>7. 當個案出現哀傷情緒時以陪伴及聆聽運用輕撫背部、點頭、握手等非語言行為安撫個案情緒。</li> </ol>                                                                                                                                                                                                  |
| 護理評估 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2/16個案主動表達對胎兒後續處理的參與意願，並表示希望能「親自替寶寶選一份合適的告別方式。」</li> <li>2. 2/18個案與配偶在共讀「伴侶悲傷日誌」後進行對話，看著超音波相片、胎兒腳印圖片，細數懷孕及失去胎兒的感受，會談中個案表示：「以前我都覺得這是我一個人的責任，但今天聽他說他也很難過，我才覺得這是我們要一起面對的事。」</li> <li>3. 2/18個案於會談結束時向護理人員道謝：「這幾天真的謝謝你們一直陪著我，不然我真的撐不下去。」，評估個案日間發呆及打哈欠頻率減少，精神狀態略為好轉。個案主訴：「把心裡的話說出來，並為寶寶做好安排後，心裡比較安定了，晚上比較能睡一下，但我覺得我可能還需要一些時間。」</li> <li>4. 3/20電訪時，個案提及自己於農曆初一、十五至廟宇誠心上香祈福給寶寶，並說道：「這樣拜一拜，心裡會比較安穩，也覺得寶寶有收到我的心意。」個案提及：「有時看到朋友的孩子，還是會想，但現在比較不會一直哭，返家後會跟先生講開後，心裡會比較好過。」，個案返家後睡眠情形較住院期間穩定，夜間可維持約5-6小時睡眠。</li> </ol> |

## 討論與結論

本文探討了一位罹患抗磷脂症候群十餘年，且有多次流產經驗的婦女，在經歷妊娠 20 週仍胎死腹中後引產的護理經驗。於 2024 年 2 月 15 日至 2 月 18 日護理期間，透過 Gordon 十一項健康功能型態評估，確立了個案的主要護理問題包括「急性疼痛」、「情境性低自尊」和「哀傷」，針對急性疼痛，筆者運用深呼吸、放鬆技巧等非藥物疼痛管理（NPPM），及指導案夫進行熱敷與按摩降低其疼痛感受。在處理情境性低自尊方面，筆者每日營造安靜私密的環境，細心傾聽個案因失去胎兒而產生的自責、內疚及對自我能力的懷疑。運用同理心回應個案的負面情緒，在個案分享感受後給予積極的回饋，協助其確認自己對胎兒的愛及努力，並考

慮後續計畫。引導個案夫妻與胎兒道別、運用超音波相片、胎兒腳印圖片及「伴侶悲傷日誌」促進個案與其配偶雙向溝通彼此的失落，參與胎兒喪葬事項，藉此接受胎兒死亡事實及降低因自責造成的哀傷。由於產後住院時間僅三天，互動的機會有限，雖能應用電話聯繫，但因配偶工作異動搬遷至外縣市，後續也轉院就醫，因此無法繼續照護，但透過本次護理經驗，筆者深刻體認到產婦在妊娠終止後可能經歷長期的哀傷反應，未來應持續出院後的追蹤計畫，本院無專責個管師，建議未來設置具備周產期哀傷關懷訓練之專責個案管理師，擔任病人與醫療團隊之橋梁角色，提供連續性關懷、出院後追蹤規劃、轉介心理資源、協助家庭支持及心理衛教等，提升整體照護成效。

## 參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署：112年出生通報統計年報。2024。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=649&pid=18408>
2. Walter IJ, Klein Haneveld MJ, Lely AT, et al.: Pregnancy outcome predictors in antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmunity Reviews* 2021; 20(10): 102901.
3. Borisova AB, Lisitsyna TA, Veltishchev DY, et al.: Mental disorders and cognitive impairment in patients with antiphospholipid syndrome. *Terapevticheskii Arkhiv* 2020; 92(5): 92-103.
4. Gashi AM: Consequences of antiphospholipid syndrome in pregnancy - a review. *Romanian Journal of Rheumatology* 2023; 32(2): 49-55.
5. Marti-Garcia D, Martinez-Martinez A, Sanz FJ, et al.: Age-related uterine changes and its association with poor reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2024; 22(1): 152.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice Bulletin No. 200: Early pregnancy loss. ACOG 2018. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>
7. 柯瀟蓁、許敬暉、黃俊登 等：懷孕期間抗磷脂症候群之治療－病例報告。北市醫學雜誌 2021；18（2）：245-254。
8. Gorgulu V, Aktepe O, Şafak B: Investigation of antiphospholipid antibody syndrome markers in the etiology of recurrent miscarriage. *Medicine Science International Medical Journal* 2021; 10: 184.
9. Zloto K, Steinberg S, Lev S, et al.: Pregnancy outcomes in grand multiparity women with antiphospholipid antibodies. *American Journal of Reproductive Immunology* 2024; 92(5): e70013.
10. Murvai VR, Galiş R, Panaitescu A, et al.: Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a comprehensive literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2025; 25: 337.
11. Arslan E, Branch W: Antiphospholipid syndrome: diagnosis and management in the obstetric patient. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 64: 31-40.
12. Mayer-Pickel K, Nanda M, Gajic M, et al.: Preeclampsia and the antiphospholipid syndrome. *Biomedicines* 2023; 11(8): 2298.
13. Mathesan M, Ethirajan S: Triumph over adversity: a comprehensive case series on successful pregnancy outcomes in antiphospholipid antibody (APLA)-positive patients. *Cureus* 2024; 16(4): e59088.
14. Kaneko K, Ozawa N, Murashima A: Obstetric antiphospholipid syndrome: from pathogenesis to treatment. *Immunological Medicine* 2021; 45: 1-15.
15. Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR, et al.: Non-Pharmacological pain management in labor: a systematic review. *J Clin Med* 2023; 12(23): 7203.
16. Puspitaningdyah F, Sekali MPK, Eka NGA, et al.: Effectiveness of deep breathing relaxation and music therapy as a pain-reducing intervention in post caesarean section patients. *Advances in Health Sciences Research* 2021; 41: 1-5.
17. Tian Y: A review on factors related to patient comfort experience in hospitals. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 2023; 42(1): 125.
18. Giouleka S, Tsakiridis I, Arsenaki E, et al.: Investigation and management of recurrent pregnancy loss: a comprehensive review of guidelines. *Obstet Gynecol Surv* 2023; 78(5): 287-301.
19. Westby CL, Erlandsen AR, Nilsen SA, et al.: Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21(1): 782.
20. Mergl R, Quaat SM, Edeler LM, et al.: Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13(2): 2108578.
21. Kristvik E: "That was the chance we had." On ritual farewell events for children who die before being born. *Nordic Journal of Practical Theology* 2023; 40(1): 20-35.

22. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, et al.: Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal Death: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(11): 5587.
23. 林湘芸、馬悅華、蔡惠華 等：運用Swanson關懷理論照護周產期哀傷家庭之護理經驗。北市醫學雜誌 2019；16（3）：262-272。
24. 林詩婷、鄧雅芳、何艷如：照顧一位罹患抗磷脂質症候群初產婦產下死胎之護理經驗。嘉基護理 2022；22（2）：68-75。
25. Heazell A: Managing stillbirth: taking care to investigate the cause and provide care for bereaved families. *Journal of Perinatal Medicine* 2022; 50(6): 642-644.
26. Duarte MR, Torres A, Carvalho PS: Parental experiences of grief after pregnancy loss: systematic review of qualitative studies. *European Psychiatry* 2024; 67(Suppl 1): S235.
27. Oxlad MJ, Franke EF, Due C, et al.: Capturing parents' and health professionals' experiences of stillbirth bereavement photography: a systematic review and meta-synthesis. *Women Birth* 2023; 36(5): 421-428.

# Nursing Experience Caring for a Woman of Advanced Maternal Age with Antiphospholipid Syndrome who Experienced Recurrent Fetal Loss

Yi-Yin Chen<sup>1</sup>, Fu-Hsuan Chen<sup>2</sup>, Chia-Hui Chou<sup>2</sup>

Department of Nursing, Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital<sup>1</sup>;

Department of Nursing, HungKuang University<sup>2</sup>

## Abstract

This paper describes the nursing care provided to a 44-year-old woman with a >10-year history of antiphospholipid syndrome and multiple prior miscarriages. She experienced intrauterine fetal death at 20 weeks of gestation and underwent pregnancy termination while coping with profound grief. The care period spanned from February 15 to February 18, 2024. Data were collected through physical assessments, medical record reviews, patient interviews, and active listening. Gordon's 11 Functional Health Patterns guided nursing assessment, which identified three main concerns: acute pain, situational low self-esteem, and grief. Non-pharmacological pain management approaches were facilitated, including deep breathing exercises, relaxation techniques, and guidance for the patient's spouse to provide warm compresses and gentle massage. These measures helped relieve discomfort associated with uterine contractions. A safe and supportive environment was established to address situational low self-esteem, encouraging the patient to reflect on her efforts during the pregnancy and affirming her care, commitment, and emotional bond with the fetus. Grief support focused on helping the patient and her spouse say goodbye to their baby, including creating keepsakes such as fetal footprints. Psychological and social work support were also arranged. In addition, a "couple's grief journal" was introduced to encourage shared expression and communication of their loss. This case may provide a useful reference for nursing care in similar situations. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(4): 63-72)

**Keywords :** *Antiphospholipid syndrome, Advanced maternal age, Fetal death, Grief*

Received: December 2025; Accepted: March 2026