

一位米勒費雪症候群病人重症照護經驗

陳詩婷^{1、2}、洪千雯^{1、2}、張雅芳¹、梁天麗²

彰化秀傳紀念醫院 護理部¹、弘光科技大學 護理系(所)²

摘要

本文是探討一位罹患米勒費雪症候群的女性個案，因急性周邊神經病變導致突發性肢體無力，入住加護病房行血漿分離術之照護經驗。護理期間自2020年4月9日至2020年4月20日，運用Gordon十一項健康功能評估，藉由會談、觀察、理學檢查及病歷收集資料，期間個案因急性發作導致呼吸肌無力清除分泌物、肢體失去自主控制力、對病情預後不確定感、以及中斷收入影響經濟，造成一連串身心衝擊。經資料收集分析後，確立個案有呼吸道清除功能失效、身體活動功能障礙、焦慮等健康問題。照護過程中，藉由加強橫膈肌及咳嗽功能訓練，高頻胸壁震盪治療等，達有效咳痰能力，協同復健團隊共擬復建計畫，執行平衡訓練及眼球運動，運用跨團隊中醫會診及早介入方式，改善肌肉控制力。在心理照護方面，透過提升疾病認知，宗教支持及轉介社工尋求社會資源，強化心靈照護，改善焦慮之問題。經由此照護經驗了解，根據病人神經功能侵犯程度擬定不同時期的照護與復健計畫是重要的，需依受限的加護病房環境找出應變之道，鼓勵個案持續復健，以降低臥床期間肌力流失，進而提升及延續復健品質，期望此經驗可提供未來護理人員照顧此類個案之參考。（澄清醫護管理雜誌 2024；20（3）：71-81）

關鍵詞：米勒費雪症候群、呼吸道清除功能失效、身體活動功能障礙、焦慮

通訊作者：梁天麗

通訊地址：臺中市沙鹿區臺灣大道六段 1018 號

E-mail：tienli@sunrise.hk.edu.tw

受理日期：2023年9月；接受刊載：2024年1月

前言

米勒費雪症候群（Miller Fisher syndrome, MFS）是急性感染造成自體免疫攻擊週邊神經，使得神經傳導訊息無法傳遞之疾病。MFS為格林巴瑞氏症候群（Guillain-Barré Syndrome, GBS）罕見的變異型態，佔台灣GBS病例18%至19%，發病率約百萬分之一到二，好發於中年期[1,2]。該疾病在急性期往往因不易診斷而延誤治療時機，且存有復發風險，若合併吞嚥困難、呼吸衰竭及自主神經失調，皆會使病程延長，不僅可能引發永久性損傷，甚至增加死亡風險[2]。除生理功能障礙之外，病人面對失去身體的控制感，日常生活需依賴他人，甚至威脅生命，極易產生不確定感及焦慮的負面情緒，尤其此疾病病程多變，病情嚴重時會安排住進加護病房進行密切監測[1]，此時病人會因為陌生環境以及加護病房代表的疾病嚴重性意義而出現明顯的恐懼，護理人員應主動觀察病人於加護病房住院時的身心問題，處理疾病所帶來的焦慮感，使其在重症單位感到有安全感，以利後續執行治療與照護措施。

本文個案初次診斷MFS，面臨疾病產生的突發性呼吸肌與肢體無力、對於疾病認知不足與預後不明、收入中斷等原因，造成身心衝擊而出現焦慮，加上該疾病特殊性，引發筆者欲進一步探討的動機，期望未來照護此類個案時，能提供更符合個別性與人性化的照護，進而將此經驗提供醫療人員做為臨床照護之參考。

文獻探討

一、米勒費雪症候群概述

MFS是一種急性感染造成自體免疫攻擊周邊神經之病變，典型臨床症狀為眼肌麻痺、共濟失調及深部肌腱反射消失，一般是根據臨床症狀、神經電生理檢查及腦脊髓液檢查做為診斷標準[1,2]。MFS初始症狀為複視、行走困難及平衡障礙，部分病人會合併肢體無力並蔓延臉部肌肉，產生奇特的表情，嚴重的步態障礙，使30%病人無法獨立行走[1,2]。少數情況下，疾病進展出現MFS/GBS重疊症狀，影響自主神經功能失調，導致心律不整、血液動力學不穩定，甚至合併吞嚥困難及呼吸衰竭，其中20%至30%需面臨氣管內插管及需要機械式呼吸輔助[1,2]。因著病情變異性大，一般需至重症加護病房予以密切監測及提供支持治療，並預防病人呼吸衰竭[1,3]。此疾病病程進展於4週甚至更短時間達到高峰，平均恢復時間為8週至12週，大多數人於6個月內完全康復，部分病人可能殘留症狀，死亡率低於5%，復發機率11%至14%[1,3]。

MFS治療方向為免疫及支持性治療，免疫治療以血漿分離及靜脈注射免疫球蛋白最具療效，主要是移除自體抗體、免疫複合體及細胞毒素等致病物質，達恢復神經功能[4,5]。支持性治療以減少神經功能損傷，提供良好的心肺支持，避免因呼吸衰竭造成永久性腦損傷為目標[5]。MFS病人需長時間和高強度的物理治療以恢復功能，康復取決於許多因素，包括發病時神經功能缺損的嚴重程度、病人的年齡、併發症、以及病人的動機[1]。因此若能於加護病房及早進行物理及職能治療，不僅可在短時間內增強肌耐力，預防併發症，對於病人的復健成效也有顯著的提升[1]。此外，若能於疾病早期合併中醫治療，對於急性期及緩解期也有明顯改善[6]。

二、米勒費雪症候群病人生理照護

因MFS會引起呼吸肌功能喪失，支持性治療最重要為避免呼吸衰竭造成永久性腦損傷，因此照護上需監測呼吸型態、呼吸音、痰液性狀、咳嗽及吞嚥反射，並觀察有無低血氧與末梢發紺等缺氧徵象[1]。若病人無法執行有效咳嗽或改變臥姿，須落實每兩小時協助翻身、拍背及姿位引流，輔以高頻胸壁震盪治療後予抽吸分泌物，以降低肺炎發生

率[7,8]。此外需注意吸入氧氣的溼度與溫度，必要時配合加熱式潮濕器，預防分泌物乾燥，而影響纖毛排除分泌物能力。可藉由放置重物於病人的髂嵴與劍突間，直接加阻力於橫膈肌肉上執行橫膈肌呼吸訓練[9]，協助咳嗽功能訓練，採高坐臥姿，執行深呼吸後閉氣約三至五秒，採短促有力的咳嗽，以利痰液有效排出，亦可藉由肺部復健，採高坐臥姿，雙手向外平行伸展180度並搭配深呼吸，以維持胸腔活動度促進肺擴張[9]。

復健治療介入方面，針對MFS病人肢體協調及眼球轉動困難，強調平衡、步態、協調及眼球運動訓練。於急性期，病人首要面臨肌無力及日常活動能力不足，及早會診復健師共擬復健計畫，維持四肢關節活動度訓練，待其肌力逐漸增加，強化軀幹穩定性、功能活動、協調及行走能力訓練，如：坐姿平衡，獨立翻身坐起，從坐姿到站姿的平衡。針對眼肌麻痺復健，方法為遮單眼並凝視前方，快速往麻痺反方向轉頭約30至45度，利用刺激前庭視覺反射運動，以誘發眼球橫向位移[10]。此外應在疼痛可耐受的情況下逐漸增加低阻力肌肉和耐力訓練，防止繼發性併發症，以上措施建議協同護理人員及家屬共同參與，維持並延續復健品質[1,10]。

三、重症單位病人心理照護

文獻指出病人在重症單位期間經常暴露在壓力下，造成生理與心理上的衝擊，心理常見的反應為憂鬱、焦慮，甚至出現創傷後壓力異常，這些問題恐持續數週、數月，甚至數年[11]。米勒費雪症候群是一罕見疾病，其急性期症狀變化大，常須入住加護病房予以密切監測與治療，病人常因多重因素產生焦慮害怕的情緒，例如須面對多種侵入性治療的不適、非預期之病情變化、被迫與家人分離、對於陌生環境產生的不安等，都會使病人於治療過程中會產生高度焦慮感[12]。

一篇針對12名內科加護病房病人住院過程經驗感受的研究指出，病人於加護病房期間，主責護理人員的言行及特質，皆會影響病人住院經驗感受，除了專業照護能力，病人更在乎護理師是否能友善溝通、尊重及提供安全感[12]。護理照護的連續性是使病人感到安全的重要因素之一，信任與感到安全在整個重症病人照護的過程中扮演重要的角色，

重要他人的出現也能提供病人在急重症單位住院期間的心理安定，病人經常會記得親人的出現，可增加病人的舒適感[13]。文獻亦指出護理人員若能扮演促進病人及家屬達共識之協助者角色，主動促進與醫療團隊間溝通、提供健康照護資訊，皆有助於消弭病人與家屬的緊張感[14,15]。

文獻指出病人及家屬面對疾病束手無策時，會期望藉由宗教力量以獲得平靜[12]，宗教有助於人們因應壓力，特別是面對疾病或死亡威脅時，強而有力的信念及宗教儀式行為，能帶給病人新的目標與方向，多數病人期待醫療人員能理解宗教對他們的重要性，而護理人員為第一線提供協助者，可藉

由允許並尊重病人自身的宗教儀式予以靈性層面的支持與照護，轉化病人的受苦經驗，增加面對疾病的調適能力[16]。

護理過程

一、個案簡介

潘女士59歲，國小畢業，信仰佛教，溝通以國台語為主，育有一男一女，案子長年於國外工作，案女已婚，為家庭主婦，住院期間主要照顧者為案女，個案與案夫同住，以經營早餐店為主要收入來源，平常無菸酒習性及過敏史，本身患有痛風，長期服藥控制。

二、入院治療過程

- 2020/4/6 個案意識清楚，因右眼瞼下垂、步態不穩、下肢肢體無力麻木至急診求治，四肢肌力4分，追蹤腦部電腦斷層及核磁共振皆無異常，建議住院檢查。
- 2020/4/9 主訴複視及視力模糊、雙側眼外肌麻痺、肢體漸進式無力。評估肌力：上肢4分、下肢降至3分，深部肌腱反射：肱二頭肌及肱三頭肌1價、股四頭肌及跟腱無反射。因高度懷疑MFS，安排腰椎穿刺檢查，結果顯示腦脊髓液蛋白質及細胞比值異常，追蹤神經電生理檢查顯示。1.運動神經：腓骨神經、脛骨神經軸突病變且動作電位輕度降低；2.感覺神經：雙側腓腸神經、尺骨神經、正中神經軸突病變且動作電位輕度延長，確診MFS，轉加護病房，於右鼠蹊放置雙腔靜脈導管，於4/9、4/11、4/13、4/15、4/17行血漿分離術，共五次療程。
- 2020/4/10 1.會診中醫及復健科醫師，召開跨領域團隊醫療會議。
2.開立家庭會議說明治療方向。
- 2020/4/11 1.胸部X光顯示雙下肺葉肺輕微浸潤，呼吸淺快且使用呼吸輔助肌，原使用氧氣鼻導管2L/min，血氧濃度降至92%至93%，改以Venturi Mask FiO₂：28%使用，舌頭後倒且自咳能力差，經評估放置6.5mm Nasal Airway。
2.評估個案四肢肌力降至3分，喝水偶爾有嗆咳情形，預防肺吸入放置鼻胃管。
- 2020/4/13 舌頭後倒改善，故移除Nasal Airway。
- 2020/4/16 胸部X光顯示肺浸潤較改善，血氧濃度維持96%至98%，痰液由黃色黏稠，改善至白色微稠，改以鼻導管3L/min使用。
- 2020/4/18 血漿分離術療程結束，評估四肢肌力4分，病情無持續惡化，移除右鼠蹊雙腔導管。嘗試由口進食無嗆咳情形，移除鼻胃管。
- 2020/4/20 氧氣鼻導管2L/min使用，血氧達98%至100%。評估意識E4M6V5，雙眼瞳孔3.0mm對光有反應，雙側眼球可橫向位移，肱二頭肌、肱三頭、股四頭肌及跟腱深部肌腱反射1價，四肢肌力改善至4分，日常生活活動量表由30分改善至55分，轉至一般病房繼續照護。
- 2020/4/29 病情改善出院，復健治療轉為門診模式。

護理評估

照護期間自2020年4月9日至4月20日，筆者運用Gordon十一項健康功能評估進行評估，經由會

談、觀察、理學檢查及病歷收集資料，確立個案護理問題，訂定護理計畫及目標，給予適當護理措施，並評值其成效。

一、健康認知與健康處理型態

個案為59歲女性，無家族性遺傳病史、無手術、過敏及菸酒史，有痛風病史，於門診定期追蹤及服藥控制。自訴平日健康狀態普通，擔心身體隨著年紀老化出現無法預期的疾病，平日於公園與鄰居散步運動。住院期間能遵從醫護人員指示。

二、營養代謝型態

身高156公分，體重51公斤，腹圍85公分，BMI 20.9kg/m²，屬健康體位，計算每日所需熱量為1,600大卡/天。4月10日檢驗數據Hb：13.2g/dL、Na：137mEq/L、K：3.8mEq/L、BUN：10mg/dL、Cr：0.56mg/dL、Albumin：3.1mg/dl，個案飲食為軟質飲食1,600卡，4月11日表示：「喝水有時會噎到」，經醫師評估為避免吸入性肺炎，預防性放置鼻胃管，經營養師調配為高蛋白1,600卡/天灌食，護理期間，聽診腸蠕動音16至25次/分鐘，觸摸腹部柔軟，消化佳且無嘔吐及腹瀉情形，口腔黏膜完整。4月9日至17日於右股靜脈放置雙腔導管，照顧期間傷口皆無紅腫熱痛，4月10日體溫36.8°C，抽血報告WBC：1,1703/ μ L，4月14日體溫36.3°C，抽血報告WBC：9,753/ μ L。由於個案侵入性導管留置，造成免疫第一道防線-皮膚受損，經評估確立潛在危險性感染之護理問題。

三、排泄型態

住院期間每日排便一至兩次，4月9日至23日存留導尿管留置，其每日尿量約1,500至2,000ml，呈黃色清澈，排尿排便正常。

四、運動與活動型態

平日生活自理，平日於公園與鄰居散步話家常。（一）呼吸型態評估：4月10日個案表示：「咳痰要比以前費力，而且咳到喉嚨痛」，觀察可自咳痰液，呈量少，質地黃稠，4月11日呼吸淺快，呼吸次數25至30次/分，使用呼吸輔助肌，聽診雙側呼吸音呈濕囉音且咳嗽伴隨痰音，追蹤胸腔X光顯示雙下肺葉輕微浸潤，原使用氧氣鼻導管2L/min，血氧濃度降至92%至93%，改以Venturi Mask FiO₂：28%使用。個案舌頭後倒且自咳能力變差，需每2小時協助抽痰，依醫囑放置6.5mm Nasal airway，咳嗽時臉部漲紅並手指喉嚨，做出需抽痰手勢。由於個案呼吸肌無力無法有效清除

痰液，經評估確立呼吸道清除功能失效之護理問題。（二）肢體運動及神經功能評估：4月9日評估12對腦神經及其症狀，CN II：視力模糊及複視；CN III、IV、VI：右眼瞼下垂、眼外肌運動受限，造成眼球轉動困難。評估小腦功能及其症狀，手指至鼻尖至手指測試，顯示辨距障礙。評估深部肌腱反射，肱二頭肌及肱三頭肌1價；無股四頭肌及跟腱反射。評估肌力：上肢4分、下肢3分。日常生活活動量表 30分，觀察精細動作受限，如：無法平穩握湯匙，需由護理人員協助翻身及穿衣。4月10日個案表示：「手腳沒力，穿衣服跟洗澡都要別人幫忙，覺得不好意思」，4月11日評估個案四肢肌力降至3分，個案表示：「手腳很麻，翻身也很吃力，連坐在床上都坐不穩」、「眼睛睜不太開，看人也很模糊」，於會客時間，觀察家屬用手撥開個案眼皮對視。由於個案肌肉協調能力障礙，及肌肉力量控制力減少，經評估確立身體活動功能障礙之護理問題。

五、睡眠休息型態

個案於加護病房期間意識清楚，觀察個案無精神不濟，於關燈及拉起圍簾時，觀察個案可閉目休息，一天約睡眠6至8小時。

六、認知感受型態

個案意識E4M6V5，JOMAC測試無異常。4/9評估三叉神經：左臉感覺異常。4月11日個案表示：「雙腳麻痛，還可忍受，不需要止痛藥物」，評估疼痛2分。協助翻身拍背時有皺眉及呻吟，經休息可緩解。平時休息，表情無皺眉及肌肉緊繃。

七、自我感受與自我概念型態

4月9日醫師診視個案時，個案詢問：「醫生你說這病很罕見，會不會沒救？」，護理人員協助個案翻身時，個案難過表示：「現在連翻身都靠別人，要跟過去一樣正常生活可能難了」。執行血漿分離術治療時，觀察個案表情凝重且反覆確認護理師每一步驟目的及用意。4月10日個案神情焦慮，主訴對於病情預後及家中經濟感到煩心。於醫師病情解釋，觀察個案擔憂的表示：「下半輩子我只能當一個跛腳坐輪椅」、「也不知道這個病要拖多久，早餐店才剛貸款，現在又多一筆醫藥費」、「平常在佛教修行，以後沒機會跟大家一起去了，

怎麼辦？」。4月11日個案向護理人員傾訴：「我實在是想不通為什麼我會得這個病，我這輩子也沒做什麼失德事情」。4月12日個案詢問護理人員：「小姐你以前看過這種病嗎？……躺在這裡更容易胡思亂想，這種病不像感冒，吃藥休息就可以改善」。4/15觀察社工與個案談及家庭經濟時，個案情緒焦慮、拭淚且發出啜泣聲。個案對於病情進展及家中經濟問題感到擔憂，會不斷反覆詢問病情且頻繁叫喚護理人員協助，經評估確立焦慮之護理問題。

八、角色與人際關係型態

個案為59歲女性，育有一男一女，與案夫同住，共同經營早餐店為主要收入來源，主要決策者為個案，若遇任何問題時，會與案夫及案女共同討論，並一同閉目祈禱，觀察家庭支持系統良好。

九、性與生殖型態

個案已婚，育有一男一女，已停經。照護期間觀察會陰部外觀正常且無異常分泌物，無生殖系

統方面病史，討論性相關問題時，顯得羞澀回答。

十、因應與壓力耐受型態

4月10日個案表示：「面對人生大事，除了家人，也會跟佛教朋友討論。」平日藉由爬山、散步及修行紓壓。4月11日護理人員協助翻身時神情顯焦慮，經詢問表示對病情預後及家中經濟感到擔憂，經評估確立個案有焦慮護理問題。

十一、價值與信念型態

個案平日在佛教修行，4月11日個案表示：「雖然無奈，但這輩子還沒修行夠，不能這樣離開。」觀察會客時間，修行的親友會前往探視，於夜間入眠亦聆聽佛教音樂緩解心中徬徨。

問題確立與護理計畫

綜合上述護理評估，確立個案存在四項健康問題：呼吸道清除功能失效、身體活動功能障礙、焦慮、潛在危險性感染，因篇幅限制，依個案健康需求程度之優先順序，呈現主要三項問題並擬定護理計畫，詳述如下。

一、呼吸道清除功能失效/與呼吸肌無力導致無效咳嗽有關（2020/4/10-4/20）

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/10個案：「咳痰要比以前費力，而且咳到喉嚨痛」。</p> <p>O1：4/11呼吸次數25至30次/分，使用雙肩呼吸輔助肌，原氧氣鼻導管2L/min使用，血氧濃度降至92%至93%，改以Venturi Mask FiO₂：28%。</p> <p>O2：4/11聽診雙側呼吸音呈濕囉音，且咳嗽伴痰音。</p> <p>O3：4/11胸腔X光顯示雙下肺葉輕微浸潤。</p> <p>O4：4/11舌頭後倒且自咳能力變差，需每兩小時協助抽痰。</p> <p>O5：4/11個案咳嗽時，臉部漲紅並手指喉嚨，做出需抽痰手勢。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 4/18前個案能執行有效咳嗽，將痰液咳至口腔。</p> <p>2. 4/20前個案呼吸次數能維持每分鐘10至20次，氧氣鼻導管3L/min，血氧濃度大於98%。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 4/10-4/20每2小時記錄生命徵象，並觀察個案呼吸型態，若有發紺及缺氧徵象，立即告知醫師予以處置。</p> <p>2. 4/10-4/20依個案狀況，每2小時或個案提出需求時，給予協助翻身，並於翻身時加強胸腔叩擊。</p> <p>3. 4/10-4/20每班紀錄水份輸入輸出量，觀察痰液黏稠度，於醫師查房向其報告，以作為靜脈輸液量之依據。</p> <p>4. 4/10-4/17於抽痰前告知目的，給予心理準備時間，並表示會輕柔及搭配Xylocaine Jelly 2%使用以減緩疼痛，於抽痰後，使用消炎喉噴劑，每次噴4至8下以緩解咽喉疼痛，並以同理心回饋個案的辛苦及配合。</p>

一、呼吸道清除功能失效/與呼吸肌無力導致無效咳嗽有關 (2020/4/10-4/20) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. 4/10-4/17抽痰過程中觀察記錄痰液量、性狀及自咳能力，於每日早上醫師查房向其報告，以作為用藥依據。 6. 4/11評估個案舌頭後倒、自咳能力變差，且抽痰管不易深入抽吸，向醫師報告，經評估後依醫囑放置6.5mm Nasal airway。 7. 4/12-4/17於08：30及13：30灌食前，依醫囑搭配姿位引流，給予高頻胸壁震盪治療，每日2次，每次進行30分鐘。 8. 4/14-4/15於10：30及15：30灌食後1小時，評估個案消化情形，予放置1,000ml生理食鹽水袋於橫膈肌肉上，執行橫膈肌呼吸訓練，並告知訓練目的，每日2次，每次進行60分鐘，並觀察其反應。 9. 4/16-4/17於10：30及15：30協助個案採高坐臥姿，指導深呼吸並閉氣約3秒，雙手放置腹部，利用腹部力量短促有力的有效咳嗽，每日2回，每回進行5次。 10. 4/18-19於會客時間，協同復健師及家屬，協助個案採高坐臥姿，指導雙手向外平行伸展180度並搭配深呼吸，維持5至10秒，以促進肺擴張。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/12舌頭後倒較為改善，且抽痰管可全入抽吸痰液，觀察痰液量變多，質地維持黃稠，經告知醫師後，予Acetylcysteine 1pack PO BID調整至1pack QID，並增加類固醇及支氣管擴張劑使用。 2. 4/13協助個案翻身拍痰後，給予喉噴劑，個案表示：「沒什麼力氣咳痰，拍背後比較好咳」，「噴藥後，喉嚨比較不會痛，也比較敢咳痰」，觀察舌頭無後倒，經醫師評估後移除Nasal Airway。 3. 4/15 1,000ml生理食鹽水袋置於腹部易滑落，無法加壓於正確位置，予調整為半坐臥姿，並搭配床單繫於腹部固定後較為改善，並完成為期2日訓練。 4. 4/16胸部X光顯示雙側下肺葉肺浸潤改善，聽診呼吸音仍有喘鳴音及濕囉音，血氧濃度維持96%至98%，呼吸維持10至20次/分，痰液由黃色黏稠改善至白色微稠，由Venturi Mask FIO₂ 28%，調整為氧氣鼻導管3L/min使用。 5. 4/17個案回覆深呼吸咳嗽示教，仍無法將痰液完全有效咳出，仍需協助抽痰，鼓勵個案持續訓練。 6. 4/18觀察個案咳嗽時，雙手可自行放置腹部，並將痰液咳至口腔，再由手持牙科抽吸接管抽吸，觀察痰液量中，質地白稠。個案表示：「現在咳痰好咳多了，不像以前需要很用力」，評估雙上肢肌力4分，於會客時間，可執行雙手水平伸展180度，並搭配深呼吸。 7. 4/20呼吸次數10至15次/分，無使用呼吸輔助肌，無痰音，氧氣鼻導管2L/min使用，血氧達98%至100%，肢體末梢溫暖無發紺，轉一般病房照護。

二、身體活動功能障礙/與神經病變導致肢體無力及眼球轉動受限有關 (2020/4/9-4/20)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/10個案：「手腳沒力，穿衣服跟洗澡都要別人幫忙，覺得不好意思。」 S2：4/11個案：「手腳很麻，翻身也很吃力，連坐在床上都坐不穩。」 S3：4/11個案：「眼睛睜不太開，看人也很模糊。」</p>
----------------------	--

二、身體活動功能障礙/與神經病變導致肢體無力及眼球轉動受限有關（2020/4/9-4/20）（續）

<p>主/客觀 資料</p>	<p>O1：4月9日評估12對腦神經及其症狀，CN II：視力模糊及複視，CN III、IV、VI：右眼瞼下垂、眼外肌運動受限，造成眼球轉動困難。</p> <p>O2：4/9測試小腦功能，Finger-nose-finger：dysmetria（辨距障礙）。</p> <p>O3：4/9肱二頭肌、肱三頭肌深部肌腱反射：1價，膝蓋及跟腱深部肌腱反射消失。</p> <p>O4：4/9上肢肌力4分，下肢肌力3分，評估日常生活活動量表30分。</p> <p>O5：4/9精細動作受限，如：無法平穩握湯匙，需由護理人員協助穿衣。</p> <p>O6：4/11於會客時間，觀察家屬用手撥開個案眼皮對視。</p>
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/10個案可說出復健之重要性至少兩項。 2. 4/16協助下維持坐姿至少5秒。 3. 4/20前個案能雙側眼球橫向位移。 4. 轉出加護病房前，個案日常生活活動量表能達50分。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/9-4/20護理人員每2小時評估並記錄個案四肢肌力。 2. 4/9向個案說明執行復健目的及重要性，如：增進平衡感、減少神經後遺症、早日恢復日常生活功能。 3. 4/10-4/20於針灸前與中醫師討論個案肌力恢復程度，以供針灸穴位調整，並安排中醫師於會客時間病情解釋。 4. 4/10-4/12由筆者及復健師，於10：30執行手、腳關節（手肘、手腕、肩、膝、踝）彎曲及伸展的被動關節運動，每一關節執行10次，每次維持5至10秒。 5. 4/10-4/14於10：30及14：30由筆者協助個案遮住左眼，並凝視前方點滴架，快速轉動頭部至左側及右側各30至45度，促使眼球運動，每日2回，每回左右兩側各執行20次。 6. 4/13-4/15於10：30及14：30由筆者及復健師，協助個案採坐姿且雙手向前及左右伸展以訓練坐姿平衡，每日2回，每回10分鐘。 7. 4/16-4/17於10：30及14：30，協同復健師及家屬，協助個案於床邊坐起，雙腳踩穩地面維持5至10秒，並請案女站於個案正面，避免跌倒。 8. 4/17-4/20協助完成日常活動： <ol style="list-style-type: none"> （1）於喝水時，由筆者握住水杯，協助個案用手握住吸管喝水。 （2）請家屬準備質地輕且握柄大的湯匙，於個案三餐進食時，練習使用湯匙盛飯並放進口中。 （3）準備牙科抽吸接管置於床邊，於咳痰及有口水時，自行抽吸口腔痰液及口水。 （4）床上洗澡時，拿毛巾讓個案自行擦拭臉部及頸部，並給予時間練習穿脫衣服。 （5）盥洗時，提供溫度適宜毛巾，協助個案手持毛巾擦拭臉部及頸部。 9. 4/10-4/20 14：30，個案回覆示教每日復健動作，並由筆者在旁確認並指導復健動作正確性。 10. 4/10-4/20於復健前10分鐘，予熱毛巾熱敷肢體，並搭配乳液，由肢體末梢往心臟單方向按摩以減緩肌肉緊張，復健後引導個案說出肢體感覺，並與醫師討論Piroxicam緩解肌肉痠痛凝膠使用。 11. 4/10-4/20於每次復健後給予口頭鼓勵，增加正向自信心，如：辛苦了，比昨天更進步！

二、身體活動功能障礙/與神經病變導致肢體無力及眼球轉動受限有關（2020/4/9-4/20）（續）

護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/10個案表示：「早點復健才不會留下後遺症，我也可以早點回去工作。」 2. 4/14 14：30個案回覆示教坐姿平衡，進行5分鐘後表示疲憊而暫停進行。 3. 4/16 10：30個案可於筆者協助下，於床邊維持坐姿7秒，並在復健師協助下且雙手向前及左右伸展達5分鐘。 4. 4/17個案上肢肌力4分、下肢肌力3分，協助站姿時，雙手可放置復健師腰部，主訴：「雙腳有點麻，快站不住了」，僅維持3秒。 5. 4/19個案四肢肌力4分，服藥時可手持吸管並放置於口腔飲水。床上沐浴時，可持毛巾擦拭臉部及會陰，並在協助下可雙手穿過衣袖。 6. 4/19於會客時間，個案在案女陪同下，完成翻身坐起，於床邊維持坐姿7秒，並完成站姿達5秒。 7. 4/20協助個案尿布更換時，個案可雙手出力拉住床欄。 8. 4/20個案雙側眼球可橫向移動並追視筆者手中湯匙，評估深部肌腱反射：肱二頭肌、肱三頭肌、膝蓋及跟腱1價，評估肌力：四肢改善至4分，日常生活活動量表由30分改善至55分，轉一般病房照護。
-------------	---

三、焦慮/與疾病預後不確定感，及肢體無力導致中斷工作收入有關（2020/4/9-4/18）

主/客觀資料	<p>S1：4/9個案：「醫生你說這病很罕見，會不會沒救。」</p> <p>S2：4/9個案：「現在連翻身都靠別人，要跟過去一樣正常生活可能難了。」</p> <p>S3：4/10醫師病情解釋時，個案焦慮表示：「下半輩子我只能當一個跛腳坐輪椅。」</p> <p>S4：4/10個案：「也不知道這個病要拖多久，早餐店才剛貸款，現在又多一筆醫藥費。」</p> <p>S5：4/10個案：「平常在佛教修行，以後沒機會跟大家一起去了，怎麼辦？」</p> <p>S6：4/11個案：「我實在是想不通為什麼我會得這個病，我這輩子也沒做什麼失德事情。」</p> <p>S7：4/12個案：「小姐你以前看過這種病嗎？……躺在這裡更容易胡思亂想，這種病不像感冒，吃藥休息就可以改善。」</p> <p>O1：4/9執行血漿分離治療時，個案表情凝重且反覆確認護理師每一步驟目的及用意。</p> <p>O2：4/10觀察個案神情顯焦慮，經關心詢問表示對病情預後及家中經濟感到擔憂。</p> <p>O3：4/15觀察社工與個案談及家庭經濟時，個案情緒焦慮、拭淚且發出啜泣聲。</p> <p>O4：住院期間，個案反覆詢問病情且頻繁叫喚護理人員協助。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/12個案能主動表達焦慮的原因，並自訴焦慮感減輕。 2. 4/18個案能說出對疾病的進展感到有希望。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安排固定之主責護理師照護個案，增強其心理安全感。 2. 4/9告知個案及案女可預先寫下問題，於每天會客時間詢問醫師。 3. 4/9利用MFS衛教單張，說明疾病致病原因、病程進展及治療計畫，並於執行治療前給予說明護理處置及過程，減少不安感。 4. 4/9於衛教後，引導個案主動說出對疾病了解程度，並鼓勵個案說出對疾病及預後的疑慮，可再次釐清以提供正確資訊。

三、焦慮/與疾病預後不確定感，及肢體無力導致中斷工作收入有關（2020/4/9-4/18）（續）

	<ol style="list-style-type: none"> 5. 4/11-4/18依據個案肌力狀況，讓其參與不同程度自我照護，配合所給予的復健項目，如：可決定臥位姿勢、可決定進食的餐具及時間。 6. 4/13-4/18床上沐浴時，詢問個案是否需協助完成或自行擦拭，並指導漸進完成穿脫衣服，若個案能完成，給予稱讚。 7. 4/14由主治醫師、中醫師、復健科醫師、營養師及社工於會客時間後，召開家庭會議，說明目前病程進展及後續治療方向。 8. 4/14會診院內社工，並與案女及案夫訂定於4/15 10：30會客時間後進行會談，評估個案家庭經濟及提供社會資源諮詢。 9. 4/14於案女提出要求後，彈性延長個案會客時間15分鐘，並協助拉起圍簾，安排獨立隱私的空間，讓修行團體的親友輪流探訪。 10. 4/14案女拿平安符、佛像及宗教音樂來院，協助將佛像懸掛於床頭、平安符黏貼於個案衣服、宗教音樂置於枕頭下播放，以提供心靈支持及慰藉。 11. 4/16運用同理心引導個案說出面對疾病心路歷程，藉由輕拍肩膀、遞上衛生紙提供拭淚等非語言動作，表達對個案情緒上的支持。 12. 4/16筆者主動分享宗教帶給自身體會，以及家人面臨疾病的歷程，並引導個案分享宗教團體帶來的意義與體悟，透過彼此交流回饋，增加對生命的期待。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/9透過MFS衛教單張說明，個案表示：「每次醫師解釋得很快，有文字說明的會比較清楚。」 2. 4/14於會客時間，修行團體親友探視時，觀察個案與親友一同閉目祈禱，會客結束，個案眼眶泛紅與筆者分享：「我的人生不是來受苦的，不能在這裡倒下！」。 3. 4/15夜間關燈時，個案主動要求，將宗教音樂放置於枕頭下播放，表示：「聽了覺得心中比較平靜。」。 4. 4/16筆者分享宗教帶給自身體會，個案回饋：「年紀輕輕就知道修行，不簡單」，「因為這一場病，我懂得懺悔與珍惜，這是我人生的淬鍊。」 5. 4/18社工向個案表示符合急難救助金資格，個案表示：「非常謝謝你們的幫忙，能減輕一點負擔。」 6. 4/18協助個案尿布更換時，個案可雙手出力拉住床欄，並表示：「跟入院那天有差耶，辛苦是值得的！」

討論與結論

本文是探討一位患有MFS女性個案，因突發的疾病住進加護病房，引發一連串身心反應的護理經驗，期間個案出現呼吸道清除功能失效、身體活動功能障礙及焦慮等護理問題，筆者參考過往學者文獻，藉由橫膈肌呼吸訓練、咳嗽功能訓練及高頻胸壁震盪治療，使個案的呼吸與自咳能力獲得改善。在肢體復健部分，協同物理治療師加強軀幹穩定

性、活動功能訓練及眼球運動，有效改善坐姿平衡及促使眼球橫向移動，此與張等（2017）[10]學者所提及物理治療介入能加強病人身體穩定、協調能力與日常活動功能等成效相符。

重症單位步調快速，強調維持生命的重要性，常無法顧及病人的心理需求，加護病房為封閉的照護場所，病人被迫與重要親人分離，皆會增加其孤寂與焦慮感，在心理照護部分，學者[15,16]於文獻中提及，當護理人員主動提供健康照護資

訊，與醫療團隊主動溝通協調時，將有助於消弭病人與家屬的緊張感，此與本文藉由強化個案疾病認知，給予適時的引導與說明，明顯看見個案對病情治療的感受由質疑轉變為接受的結果相符。在宗教信仰部分，筆者透過分享自身信仰及生命體會，及允許家屬安排修行親友探視，完成祈禱儀式，使個案感受到受苦帶來的生命的意義，個案回饋：「因為這一場病，我懂得懺悔與珍惜，這是我人生的淬鍊」，此經驗佐證了林（2018）[12]以及楊、蕭（2019）[16]等學者提及當病人面對疾病的衝擊時，期望借助宗教力量以獲得救贖之冀望心情，亦企盼醫療人員能理解宗教對於他們的重要性，強而有力的信仰有助於轉化病人受苦經驗之論點一致。

罕見疾病的照護經驗讓筆者發現護理師於重症單位扮演醫師、家屬及病人間重要溝通協調角色，陪伴與傾聽是極為重要的。本文個案處於急性期疾病階段，治療方向著重於維持生命徵象及提供良好的心肺支持，隨著神經功能恢復及肌力改善，礙於加護病房所能提供的輔具及設備有限，加上個案身上存留的管路眾多，因而限制了個案早期下床復健的機會，但照護團隊仍以床邊復健及減少併發症訓練而努力，建議未來照顧此類病人，可運用遠端肢體負重，搭配抬腿運動以強化肌耐力及軀幹控制，透過背肌及腹肌訓練強化站立肌群，拋接球訓練以增加手眼協調等復健項目，此外仍需密切與復健團隊依病人疾病個別性調整復健介入方案，進而延續及提升復健品質。

參考文獻

1. Rocha CF, Morrison EH: Miller fisher syndrome: In: StatPearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing, 2022. 33-57.
2. Snyder LA, Rismondo V, Miller NR: The Fisher variant of Guillain-Barré syndrome (Fisher syndrome). *Journal of Neuro-Ophthalmology* 2009; 29(4): 312-324.
3. Ooi ST, Ahmad A, Yaakub A: Recurrent miller fisher syndrome. *Cureus* 2022; 14(6): e26192.
4. Liu S, Dong C, Ubogu EE: Immunotherapy of guillain-barré syndrome. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2018; 14(11): 2568-2579.
5. Vriesendorp, FJ: Guillain-Barré syndrome in adults: treatment and prognosis. UpToDate. 2020.
6. 王政結：米勒費雪症候群（Miller Fisher Syndrome）中醫治療。北台灣中醫醫學雜誌 2011；3（1）：41-48。
7. 黃卓禕、劉苡羚、謝慧觀 等：肌肉無力病人使用負壓呼吸器輔助拔管之成效。呼吸治療 2019；18（1）：143-144。
8. 謝旻凌，林建中：高頻胸壁壓縮的臨床效益。呼吸治療 2016；15（2）：15-24。
9. 洪淑芬、葉惠慈、楊黛芬 等：提升呼吸器依賴病人肺部復健運動執行率之方案。馬偕護理雜誌 2016；10（1）：33-46。
10. 張瑋玲、廖淑芬、陳柏亦 等：米勒費雪症候群病人物理治療介入之臨床效果-個案報告。物理治療 2017；42（4）：306-315。
11. 李佳純、馮翠霞：急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群。護理雜誌 2020；67（3）：23-29。
12. 林俐伶：以質性研究探討內科加護病房病人住院過程之經驗感受。台灣：高雄醫學大學。2018。Retrieved from <https://bit.ly/48qzYwV>
13. Olsen KD, Nester M, Hansen BS: Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* 2017; 43: 61-67.
14. Ahluwalia SC, Schreiber-Baum H, Prendergast TJ, et al.: Nurses as intermediaries: how critical care nurses perceive their role in family meetings. *American Journal of Critical Care* 2016; 25(1): 33-38.
15. Gill M, Bagshaw SM, McKenzie E, et al.: Patient and family member-led research in the intensive care unit: a novel approach to patient-centered research. *PLoS One* 2016; 11(8): e0160947.
16. 楊馥璟、蕭真真：初探靈性評估在跨領域團隊合作照護中的角色。彰基醫療健康防治季刊 2019；35：25-28。

Nursing Care Experiences in the Intensive Care Unit for a Patient with Miller Fisher Syndrome

Shih-Ting Chen^{1,2}, Chien-Wen Hung^{1,2}, Ya-Fung Chang¹, Tien-Li Liang²

Department of Nursing, Show Chwan Memorial Hospital¹;

Department of Nursing, Hung Kuang University²

Abstract

This study reports the nursing experience of a female patient diagnosed with Miller Fisher syndrome who experienced sudden limb weakness owing to acute peripheral neuropathy and underwent plasmapheresis in the intensive care unit (ICU). The nursing period extended from April 9 to 20, 2020. Data were collected through interviews, observations, physical examinations, and a review of medical records, and Gordon's Eleven Functional Health Patterns was used for assessment. During this period, the patient experienced an acute episode, which led to a series of physical and psychological impacts including ineffective clearance of respiratory secretions owing to respiratory muscle weakness, loss of autonomous control of limbs, uncertainty about disease prognosis, and economic distress due to interrupted employment. Data analysis identified several health issues including ineffective airway clearance, mobility impairment, and anxiety. The care process involved strategies such as diaphragm strengthening and cough function training and using high-frequency chest wall oscillation for effective sputum clearance. A collaborative rehabilitation plan including balance and eye movement training was developed with the rehabilitation team. Early interventions with cross-team collaboration, including traditional Chinese medicine consultations, were implemented to enhance muscle control. Psychological care focused on increasing disease awareness, providing religious support, and involving social workers to access social resources to enhance the patient's mental well-being and address anxiety. This care experience highlights the importance of tailoring care and rehabilitation plans to the different phases of the disease and degrees of nerve function involvement. Adapting strategies within the constraints of the ICU and encouraging continuous rehabilitation are crucial to reduce muscle strength loss during bed rest, thereby enhancing and extending the quality of rehabilitation. The patient's experience regarding nursing care can serve as a valuable reference for healthcare professionals to manage similar cases in the future. (Cheng Ching Medical Journal 2024; 20(3): 71-81)

Keywords : *Miller Fisher syndrome, Ineffective airway clearance, Mobility impairment, Anxiety*

Received: September 2023; Accepted: January 2024