

Case Report

照顧一位多發性硬化症復發患者之護理經驗

江秀卿 蔡淑美*

中山醫學大學附設醫院 復健病房

多發性硬化症是一種中樞神經系統疾病，會造成視力喪失、肌肉無力等症狀，大多發生於年輕女性。本篇敘述一位39歲已婚婦女，經歷多發性硬化症三次的發病，期間曾經服藥自殺，之後至復健科病房行復健治療的照護經驗。筆者為個案之主護護理師，於2009年2月16日至3月23日護理期間，藉由直接照護、觀察、互動溝通，並運用Gordon十一項健康功能型態評估及個案討論等方式收集資料，發現個案的主要護理問題有：潛在危險性感染、身體活動功能障礙、慢性疼痛、潛在危險性自我殘害等四項。筆者針對問題原因，給予個別性護理措施，滿足其身心需求，並鼓勵表達自我。個案經由持續的照護，除護理問題獲得解決外，也能說出心裡的感受，勇敢面對自己未來的復健之路。希望藉由此篇護理經驗分享，提供臨床護理人員日後照護類似病患之參考。

關鍵詞：多發性硬化症、疾病復發、護理經驗

前言

多發性硬化症(multiple sclerosis)是一種侵犯中樞神經的自體免疫疾病，它會造成神經髓鞘及神經的破壞^[1]，造成肌肉無力等神經功能受損的症狀，女性罹患率是男性的兩倍，好發於20-40歲之間^[2]。在台灣屬罕見疾病，且易突發於青年時期，當發病後又恢復，讓病患及家屬燃起一線希望，但隨著再次發病，往往嚴重打擊著病患及家屬。本篇個案一年內歷經了三

次發病與恢復，身心承受極大煎熬，以致曾經選擇自殺，想就此結束生命。此次住院期間若沒有即時介入，個案可能會因再度想不開而自殺結束生命，因個案與筆者年紀相近，又同為人母，故引發筆者探討動機。照護期間筆者配合學理的應用，提供個別性的護理措施，讓個案敞開胸懷，放棄自殺念頭，與人能有正向互動，並藉由持續的復健，改善肢體活動程度、增強日常生活活動功能及減緩疼痛，另排尿問題引起的潛在性感染，也因完整的護理措施獲得解決，進而提升了個案的生活品質。

文獻查證

多發性硬化症的病變位於腦部或脊髓，會造成神經髓鞘的破壞^[3]，進而影到神經衝動的傳遞，當髓鞘再生後，神經功能缺損的症狀就會

* 通訊作者：蔡淑美

通訊地址：403台中市中港路一段23號

聯絡電話：04-22015111分機66801

電子信箱：csha714@csh.org.tw

消失，疾病進入緩解期，隨著病程反覆進展，當髓鞘完全被破壞時，就會造成永久性的功能喪失^[1]。其真正的致病原因不明，但較常出現在高緯度的國家，目前北美、北歐及澳洲南部是盛行率最高的地方，而台灣是屬於盛行率較低的地方^[4]。

引起多發性硬化症發病或惡化的危險因素，有：感染、創傷、情緒壓力、懷孕、疲倦、氣候冷而潮濕、體溫上升等^[1]。依侵犯的區域不同而有不等程度的症狀，常見的有肢體無力、感覺異常如麻木感、緊繃、腫脹或針刺感等、視力受損、痙攣、膀胱和腸道機能異常，如少尿、頻尿、尿失禁、尿滯留、排便失禁、便秘等，有些患者經反覆性的發病，會出現情緒不穩、焦慮、憂鬱、記憶力減退、注意力不集中、肢體疼痛等認知及心理問題^[4-6]。

多發性硬化症需安排腦部核磁共振來鑑別診斷，最典型的表現為腦部或脊髓中出現多發性的斑塊。治療方面，類固醇常用於治療急性期的症狀及預防復發，干擾素已被證實可以減少發病的次數，及延遲病程的進展，而血漿交換在早期使用的效果會較好^[4, 6-7]。

多發性硬化症的照護著重於維護病患執行日常生活活動的能力，協助安排物理治療和職能治療，來評估病患的肢體活動程度，再設計合適的輔具，配合適當的復健治療，以保留並加強殘存的運動功能^[6]。在能力可行的情形下，應鼓勵病患盡力去完成日常生活活動，以增加自信心，一些無法自行完成部份，可由照顧者來協助^[5]。有些病患會有肌肉痙攣的情形，每日需執行肌肉拉長動作和配合藥物來控制^[2]。當病患無力翻身時，應協助每兩小時翻身，並檢視皮膚有無發紅破皮情形，以預防壓瘡發生^[8]。每天至少執行全關節運動四次，以維持正常擺位避免關節攣縮情形^[9]。因有肢體活動障礙、視力障礙、感覺異常等症狀，故應避免單獨活動，預防跌倒。避免過度復健，應有充足的休息及睡眠。因體溫上升會干擾神經傳導，使病情惡化，故應保持涼爽的環境，避免在陽光下曝曬太久^[5, 10]。

有些病患會有麻木感、緊繃感、針刺感等不適，或有肌肉痙攣引起的疼痛感，除了每日可執行二次的肌肉拉長運動，也可協助局部冷敷及按摩來改善^[2, 8, 11]。當病患主訴疼痛及不適時，護理人員應耐心傾聽有關疼痛不適的感受，評估容易發生的時間、持續多久、性質等，與病患及家屬討論減輕疼痛不適的方法，如採舒適臥位、深呼吸、聽音樂、按摩、冥想或運動治療等，選擇執行後，評估病患的反應及效果，適時調整及改變方法，並給予心理支持^[9, 12]。

解尿困難是多發性硬化症病患常面臨的問題，因尿液解不乾淨易有泌尿道感染的問題^[4]，醫護人員應評估病患的膀胱功能，衛教每日飲水量約2500c.c，白天平均每小時約150c.c，晚餐後減少液體的攝取，以避免夜間排尿而影響睡眠品質。白天應三至四小時規則排尿，可用手壓迫膀胱協助排空，若餘尿量大於75c.c或醫師認為的安全量時，則應教導間歇性導尿來訓練膀胱^[9]，同時監測有無泌尿道感染^[2, 8]。

因活動量降低及神經受損因素，易有解便困難、便秘情形，應衛教攝取高纖飲食，每日攝取2500c.c液體，鼓勵維持規則運動，養成定時排便的習慣，利用餐後約三十至四十五分鐘的胃結腸反射，排便效果會較好^[2, 8-9]。

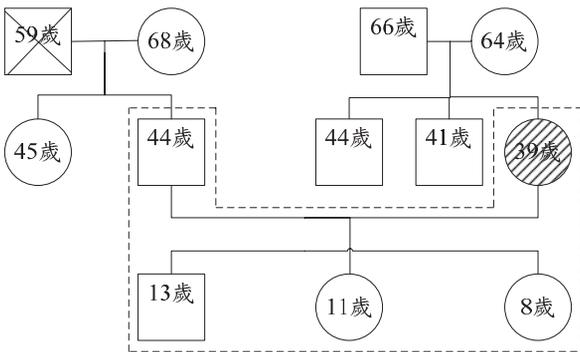
多發性硬化症病患常經歷多次的發病及緩解，長期憂心疾病復發，及面對每次復原程度的減退，病患認為治療成效有限，心理方面有焦慮、憂鬱、情緒不穩、無望感等問題，若沒有適時的給予支持，就容易產生自殺意念^[4, 13-14]。自殺行為是一種傳達痛苦消息的方式，若能及時關注，給予適度開導，自殺是可以防範的。護理人員應仔細評估病患有無憂鬱的過去病史及徵象，可預先給予抗憂鬱藥物及心理治療，亦可教導聽音樂、深呼吸、冥想、芳香療法等減壓技巧^[4, 8, 13]。護理過程中，當警覺到病患自殺意念時，應了解病患及家屬的想法及需求，以具體的行動回應病患及家屬^[15]，並應盡量安排相同的護理人員照護，以發展信任感，提供基本生理需求，經常探視陪伴，鼓

勵表達心理感受及引導情緒宣洩，以同理心支持、傾聽，勿讓病患過於激動而影響病情^[8-9, 15]。與病患會談時應提供安靜及隱私的環境，真誠的關心及尊重其感受，避免去評斷自殺行為。鼓勵家屬多予陪伴，給予心理支持，可建議家屬帶病患喜愛的東西或家人的照片，讓病患能感受到被關懷與重視，增強繼續生存的信念，達到防止自殺的成效，必要時可連絡社工提供社會資源及支持團體^[8-9, 11, 14, 16]。

個案簡介

基本資料

王小姐39歲，大學畢業，與丈夫同為高中老師，育有一子二女。無過敏史，無抽菸喝酒習慣，無過去病史及家族史。家族圖譜如下：



圖一：家族樹

求醫過程

2008年3月突然右眼視力模糊，至本院診斷為多發性硬化症，住院5天施打類固醇，症狀改善後出院重返職場。於5月22日左眼視力再次模糊甚至看不見，情緒不穩服下約100顆Prednisolone，送至本院急診部，辦理住院施打干擾素，症狀緩解後出院重返職場。2009年1月17日因解尿困難、全身無力、發不出聲再次入本院急診部，放置導尿管，神經內科病房施打干擾素，於1月23日出院返家繼續施打干擾素，但因肢體活動功能受限，故於2月16日至復健科住院。

個案評估

使用Gordon十一項健康功能型態評估，結果如下：

(一)健康認知與健康處理型態：

個案無抽菸喝酒習慣，沒有內科疾病史，因為擔任教職，生活作息規律，有服用保健食品的習慣，住院期間服用魚油、鈣片，經人介紹引用山竹果汁有益，每天晚餐後會喝30c.c。

(二)營養代謝型態：

個案身高153公分，入院體重46公斤，BMI值為20於標準範圍內，採普通飲食，無飲食禁忌及吞嚥困難情形，午餐由母親準備，早、晚餐由看護到外面購買，不會挑食。膚色正常，皮膚有彈性、無破損或水腫情形，嘴唇紅潤，口腔上排有固定式假牙，口腔黏膜無破損、無口腔疼痛問題。指甲床及眼瞼無蒼白情形，1月份住院期間血色素10.7-11.2 gm/dl，此次住院期間2月17日血色素10.8gm/dl。

(三)排泄型態：

個案於1月17日因解尿困難而放置導尿管，入院時導尿管仍存，2月16日尿液常規檢驗：白血球3-8個/每視野。協助綁住尿管2小時後有尿意感，尿液量為150c.c，主動要求醫師拔除導尿管，經醫師評估後於2月17日拔除後自解，第一次自解尿量50c.c、餘尿量70；第二次自解尿量230c.c、餘尿量115c.c；第三次自解尿量150c.c、餘尿量70c.c。個案會表達已解尿，由看護協助更換尿布，據看護表示個案每次的尿量都很少，大多在50-200c.c之間，有時候若覺得個案太久沒有解尿，就會協助以手壓迫膀胱方式讓個案解尿。住院期間服用軟便劑，每天都是看護在協助洗澡時給予肛門刺激後可解量中黃軟便，糞便潛血反應為陰性。評估後確立護理問題為：潛在危險性感染/與尿瀦留有關。

(四)活動與運動型態：

個案平時無特殊嗜好，沒有做運動

習慣。2月16日入復健科病房時，入院肢體功能活動評估：左上肢可往前抬高至水平，但無法抬至頭部，大拇指與食指可做側面的抓握，手指可部分伸直；左下肢無法做出踝關節之背曲；右上肢可自主做出肢體協同動作，但無法抬高至水平，手指可做出彎曲動作，但無法伸直；右下肢只有輕微的自主活動。徒手肌力測驗(Manual muscle test, MMT)：左上肢肌肉力量4分，左下肢肌肉力量4分；右上肢肌肉力量3分，右下肢肌肉力量2分。由看護準備好便當可自行以左手拿湯匙進食，沐浴、穿衣、大小便、上下床皆完全依賴，亦無法自行翻身。以輪椅代步活動，無法獨自坐穩，需綁上安全帶。無胸痛胸悶情形，早上、下午各有安排復健治療，在病房時看護也會協助肢體被動運動或按摩。評估後確立護理問題為：身體活動功能障礙/疾病造成活動功能受損。

(五)睡眠與休息型態：

個案生病前沒有睡眠問題，一天睡7-8小時，住院期間未服用鎮靜安眠藥物，每天約10點多入睡，早上7點起床，沒有午睡習慣，白天沒有精神倦怠、打瞌睡情形。

(六)認知與感受型態：

個案意識清楚，說話清晰，聽力正常，有近視情形，配戴眼鏡，溝通、理解能力、判斷力正常，記憶力完整。使用1-10分的疼痛指數評估，分數越高表示個案自覺疼痛程度越大，個案表示肢體麻痛情形在清晨起床時最明顯，程度可到達5分，會請看護幫忙按摩後緩解。住院期間時常向醫護人員表示肢體會麻痛，有Rivotril (0.5mg)1/2顆睡前服用。評估後確立護理問題為：慢性疼痛/與疾病導致神經受損有關。

(七)自我感受與自我認知型態：

個案於2008年5月22日左眼視力模糊甚至看不到，情緒不穩服用約100顆

Prednisolone，送至本院急診部。住院期間個案表示了解自己生了什麼病，會主動向醫護人員詢問自己服用哪些藥物。在2月20日吃晚餐時，看護發現原本幫個案把魚刺挑起來放在旁邊，但都被個案刻意吃下去並表示「我想看看把魚刺吞下去會不會死掉！」。與個案會談時，個案表示「病都不會好，有時覺得活著很痛苦、不知何時才能解脫」。評估後確立護理問題為：潛在危險性自我殘害/曾有自我傷害病史。

(八)角色與關係型態：

個案已婚育有一子二女，一家五口同住，住院期間丈夫下班後有空就會過來探視，但因還需要照顧小孩，故不會久待，個案父母原本住台南，個案生病後就住於個案家中，每天白天都到病房陪伴個案，直到下午六點才離開，互動情形良好，個案曾表示「我住在這裡，都不知道孩子過的怎樣」，住院期間，假日時個案丈夫會帶著孩子來探視，個案在小孩來探視時會有較多的笑容。

(九)性與生殖型態：

個案初經年齡14歲，懷孕三次，自然生產三次，月經週期約為30天，2/7有月經來，但至3/17月經未來，個案表示有時壓力大，月經週期就會延長，無生殖系統疾病。

(十)因應與壓力耐受型態：

個案平時情緒多表現平靜，對於住院中的檢查會問的比較仔細，也會跟家人討論還有哪些治療是對疾病有利的，以及要求會診中醫並服用科學中藥。住院期間個案曾有自我傷害舉動，會談時向護理人員表示：「病都不會好，有時覺得活著很痛苦、不知何時才能解脫」。

(十一)價值與信念型態：

個案信奉佛教，以前會到廟裡拜拜，覺得自己不會迷信，住院期間家屬會在病房中播放佛經及擺放佛書，個案也認為如

此可以尋求心靈上的慰藉。

問題確立、護理措施、結果評值

問題一：潛在危險性感染/與疾病造成尿瀦留有關(2009/2/17訂)

護理評估	主觀資料	2/17「我有尿液感，可不可以把尿管拔掉」。 2/17「我知道我有解尿，現在都尿在尿布裡面」。
	客觀資料	1.個案診斷為多發性硬化症。2.1/17因解尿困難放置導尿管，2/17要求拔除導尿管後，第一次自解尿量50c.c、餘尿量70；第二次自解尿量230c.c、餘尿量115c.c；第三次自解尿量150c.c、餘尿量70c.c。3.個案會表達已解尿，由看護協助更換尿布，據看護表示個案每次的尿量都很少，大多在50-200c.c之間，有時候若覺得個案太久沒有解尿，就會協助以手壓迫膀胱方式讓個案解尿。
護理目標		1.個案於2/20能說預防尿道感染的方法三項。 2.住院期間無尿道感染情形
護理措施		1.衛教每日飲水量為2000-2500c.c，晚上七點之後少喝或不喝水，以避免半夜想解尿而睡眠中斷。 2.衛教可多吃酸性食物，如梅子、柑橘類水果或服用蔓越莓錠以酸化尿液，預防尿道感染。 3.衛教看護於個案有尿液感時或固定每四小時及睡前，協助至廁所坐於便盆上解尿，並關門維護其隱私，勿催促個案，可用誘尿方式如聽流水聲、手握冰塊等，排尿後可請看護用手壓迫膀胱，協助膀胱排空。 4.衛教看護觀察尿液若有渾濁、含沉澱物、血絲或臭味等異常情形須告知醫護人員。 5.衛教個案及看護解尿後用衛生紙由前往後擦拭，維持尿道口清潔，個案如有解尿疼痛或燒灼感情形，須告知醫護人員。 6.監測生命徵象、血壓、白血球計數，注意有無發燒情形，依醫囑留取尿液檢驗，評估有無尿道感染情形。
護理評值		1.2/20個案表示預防尿道感染的方法有：每天喝2000c.c以上的水、食用蔓越莓錠、解尿後用衛生紙由前往後擦拭。 2.2/21觀察到個案每天會喝豆漿或鮮奶、湯、果汁及開水，飲水量在2000-2500c.c。 3.2/21個案表示「有時候想解尿但會來不及坐上便盆椅，就解在尿布上，有時超過四小時沒有解尿，看護就會幫我坐到便盆椅上，如果很久解不出來就會打開水龍頭、幫我壓膀胱，這樣就會解出來」。 4.3/10看護表示尿液有一些沉澱物，依醫囑留取尿液檢驗，白血球120-140個/每視野，血液白血球計數8600/mm ³ ，衛教加強飲水量2500-3000c.c，並開始服用蔓越莓錠。 5.3/19再次留取尿液檢驗，白血球3-4個/每視野。

問題二：身體活動功能障礙/疾病造成活動功能受損(2009/2/16訂)

護理評估	主觀資料	2/16「我的右手完全沒辦法拿東西，右腳也抬不起來，連坐都坐不穩」
	客觀資料	1.個案診斷為多發性硬化症，此次為第三次發作。2.MMT徒手肌力測驗：右手肌力3分，無法拿東西，右腳肌力2分；左手肌力4分，可拿較輕的東西，左腳肌力4分。3.以輪椅代步活動，看護協助沐浴、更衣、大小便處理，日常生活活動屬重度依賴。
護理目標	1.2/19個案能示範增加活動力的方法。 2.3/16個案四肢肌力能各增加一分。 3.出院前無關節攣縮及壓瘡情形。	
護理措施	1.鼓勵個案可坐在床上或輪椅上活動，減少躺床時間。增加使用右側肢體的機會，如吃飯時，左手拿湯匙，右手可以扶著碗；左手拿杯子時，右手可協助托住杯底。衛教看護及家屬不要急著幫個案做好每一件事，一些簡易的日常生活活動如刷牙洗臉等，可讓個案多嘗試幾次，多給予鼓勵，不要催促個案，應給予充足的時間完成，讓個案找到自己做事情的方法。 2.衛教個案及看護穿著寬鬆舒適的衣服，保持25-26℃涼爽室溫，避免暴露在陽光下高溫的環境太久，以免疾病復發。 3.教導看護協助個案上下床活動時，需採漸進式，預防跌倒。如躺著要下床時，應扶起坐約5-10分鐘後把床降至最低高度，輪椅使用煞車後置於床旁，再協助轉位至輪椅上。臥床時需拉起床欄，下床時需有人隨時陪伴，並給予預防跌倒衛教單張。 4.衛教看護在個案臥床休息時，每2小時應協助翻身，並觀察皮膚有無發紅、破損情形。 5.到復健室觀察個案是否有按時行復健活動，以維持及增強肢體肌力，密切與復健師保持聯絡，並注意病情進展與恢復程度。 6.衛教個案不要急於復健而過度勞累，應有充足的休息及睡眠。 7.若假日時間沒有安排復健，衛教看護協助全關節運動及肢體按摩，衛教個案可自行執行指關節、腕關節、膝關節、踝關節等屈曲、伸展運動，若右側肢體無力執行，可用左側肢體協助完成。 8.每日依醫囑按時服用Prednisolon 8顆，每星期一、三、五施打干擾素。	
護理評值	1.2/19個案示範執行指關節、腕關節、膝關節、踝關節等屈曲、伸展運動，左側肢體能協助右側完成，可臥床練習雙手舉棍運動。 2.2/19看護表示預防跌倒有：把床降到最低、轉位時輪椅使用煞車、下床活動時須隨時陪伴個案。 3.2/25每日睡前，看護會協助個案行肢體全關節運動約15-20分鐘，個案覺得肢體麻痛不舒服時會要求看護協助按摩，臥床姿勢維持太久，也會主動要求翻身。 4.2/27可按時至復健室練站、練坐、雙手舉棍、套杯等運動，因要求看護復健時間加長，夜間有肢體疼痛，要求看護按摩情形。 5.3/11用餐時間可用左手拿湯匙，右手扶著碗；喝水時用左手拿杯子，右手協助托住杯底。看護可協助坐上輪椅後，幫忙推進廁所，讓個案照著鏡子執行梳頭髮、刷牙、洗臉等，而看護在門外等候，不給予壓力。 6.3/16評估四肢肌力各增加一分，右手已可抬高至頭部，可拿較輕的東西，右腳已可抬起。 7.3/23出院前肢體關節無攣縮、身上無發紅、壓瘡情形。因復健需求轉往其他復健機構。 8.4/2電話訪問時家屬表示個案又再次發病，現在變成左側比右側肢體更無力，繼續復健治療中。	

問題三：慢性疼痛/與疾病導致神經受損有關(2009/2/18訂)

護理 評估	主觀 資料	2/18「小姐，我的手腳都會麻痛，在清晨起床時最明顯，會請看護幫我按摩後改善」。
	客觀 資料	1.個案為多發性硬化症，四肢乏力。2.個案表示肢體麻痛程度可到達5分，住院期間時常向醫護人員表示肢體會麻痛，有Rivotril(0.5mg)1/2顆睡前服用。
護理目標		2/21說出改善慢性疼痛的三種方法。出院前疼痛程度達3分以下。
護理措施		1.教導個案當覺得開始疼痛時，可行肢體活動，如雙手握拳、放鬆運動，或由看護協助被動運動及肢體按摩、冰敷，或改變姿勢來改善。 2.到復健室觀察個案復健進度及配合程度。 3.教導個案，當結束復健治療回病房時，可播放喜愛及放鬆心情的音樂，請家屬及看護與個案聊些輕鬆的話題或看電視，以轉移注意力。 4.與個案共同討論及評估疼痛控制效果。 5.按時服用睡前藥物Rivotril(0.5mg)1/2顆，並評值服藥後的疼痛改善程度。
護理評估		1.2/21個案在主治醫師查房時表示：「吃那顆睡前的藥比較不會痛，可不可以再加量」，醫師說明：「疼痛的緩解還是要靠多活動肢體來改善」。個案可以接受。 2.2/21個案表示改善疼痛的方法有：按摩、做運動及冰敷。 3.2/25觀察到個案能按時並配合復健師行各項復健活動。個案表示「白天時有做復健比較不會喊痛，如果會痛，自己會做運動，睡前看護也會幫我做肢體關節活動，在清晨起床時會比較痛，看護會先幫我翻身再按摩，大約按摩十分鐘左右就會有改善」。 4.3/20個案表示「我都有聽醫師的話，規則在做運動，現在不像以前痛那麼久了，不過在清晨的時候還是比較痛」，評估疼痛程度為2-3分。

問題四：潛在危險性自我殘害/曾有自我傷害病史(2009/2/20訂)

護理 評估	主觀 資料	2/20「我想看看把魚刺吞下去會不會死掉」、「病都不會好，有時覺得活著很痛苦、不知何時才能解脫」。
	客觀 資料	1.個案診斷為多發性硬化症，此次是第三次發作。2.曾在第二次發作時情緒失控，服下約100顆prednisolonec，由家屬送到醫院。3.2/20晚餐時看護發現，原本幫個案挑起的魚刺全被吞下去。
護理目標		1.個案能向護理人員表達自我感受。 2.個案能與他人有正向互動。
護理措施		1.勸導個案：自我傷害會讓家人更傷心，請個案站在父母角度來想，當父母面對子女自殺時的心情，以及站在夫妻及年幼子女的角度來想，大家都不想失去妳，疾病雖反覆發作，但仍可以經由復健治療恢復部分功能。 2.鼓勵個案及家屬表達自己的感受，說出壓力來源，讓家人之間能了解彼此的想法，讓個案能感受到被重視、被需要以及對家人應負的責任。 3.密切觀察個案情緒反應及行為，多予探視。盡量分配相同的護理人員，以取得個案的信任。準備與個案交談前預留充裕時間。交談時須耐心傾聽，適時給予支持並表達同理心，不要輕易給予保證。多利用與個案接觸的時間，如量血壓、給藥等，主動詢問有無不適及需要幫忙的地方，並盡力予以協助。

	<p>4. 衛教家屬、看護與個案溝通時，多給予關心，不要給個案太多壓力及責備，以平常心來說話、聊天，盡量多聊一些個案較有興趣的事。</p> <p>5. 提供安全的環境，窗戶使用安全鎖、不擺放刀子、剪刀等銳利物品、隨時須有人陪伴。</p> <p>6. 會診心理治療師與個案會談心理層面問題。 和醫師討論個案請假的可能性，家屬可向醫師提出請假需求，由醫師來評估並決定請假時數，讓個案能回家看看，提醒執行以往熟悉的角色及責任，或者由先生、小孩陪伴到外面走走、放鬆心情。</p>
<p>護理評值</p>	<p>1. 2/20 勸導後個案表示：「我最放心不下小孩，我知道剛才很傻，這樣做有可能只是讓喉嚨破一個洞，多痛的而已，不要告訴我爸媽，我以後不會這樣了」。</p> <p>2. 2/21 個案願意向心理治療師說出心理的感受，雖有哭泣情形，但接受心理治療師的會談。</p> <p>3. 2/22 由先生向醫師提出請假訴求，醫師答應若個案無特殊狀況發生，可以一星期請假一次，一次四小時。當天下午四點由先生代請假回家，七點半返回病房時，個案面帶微笑，表示：「下個禮拜我還要請假回家」。</p> <p>4. 2/25 個案表示：「我一生病，很多事都沒辦法照著計劃走，也不知道以後會怎樣，覺得聽聽佛經，可以讓我心裡有個寄託，比較不會有罪惡感」。</p> <p>5. 3/10 個案與父母及看護聊天時表示：「我現在進步很多，要認真的復健，我想再回去上課」。</p>

討論與結論

多發性硬化在台灣屬於罕見疾病，筆者在護理臨床工作已十二年，曾照護過的多發性硬化症個案也僅四、五位，但是對此疾病卻是印象深刻，他們都是年輕女性，因反覆發病住院，狀況一次比一次差。此個案已經歷三次的發作，之後輾轉來到復健科行復健治療，個案因感到治療成效有限，產生憂鬱、無望感而有自我殘害的行為，整個疾病發展過程與文獻是相符合的。筆者和個案同樣身為人母，也能體會個案心理所受的煎熬，個案住院期間經由筆者不斷的接觸、主動問候、聊天，讓個案能夠信任，進而敞開心房，說出傷害自己是不對的行為，以及說出想念孩子、想回家的心情，在經由醫師同意下，安排個案一個禮拜請假回家一次。在請假返病房後，可以明顯感受到個案心理得到滿足及安慰，促使有正向的行為，同時可配合護理措施改善肢體的活動程度、麻痛

感及泌尿道感染情形。筆者在照護期間感到限制與困難的是，因本身缺乏自殺照護相關的知識及溝通技巧，害怕在與個案會談中，表達錯誤而造成個案更負面的情緒反應，幸而心理治療師建議筆者與自殺病患溝通時，可直接討論自殺動機，若病患不願意談，也不會傷害到個案，因此讓筆者能順利與個案會談，故建議應將自殺防治相關的教育訓練課程納入臨床在職教育，增加溝通能力，並強化醫護團隊共同照護之機制，才能有效地降低自殺的發生率。

多發性硬化症個案需要長期的照護，出院後的照護問題是必會面臨的，臨床護理師應及早發現個案出院後的照護問題，教導家屬及個案居家的自我照顧，並轉介居家護理或社區照護系統，提供長期照護相關資訊以提昇個案之生活品質。此個案住院期間，筆者予轉介出院準備服務，提供居家照護及社會相關資源，包括復康巴士的聯絡方式等，並建議需進行門診復健，在4/2電訪時，得知個案目前仍持續復

健，會談過程中個案情緒平穩，無負面反應，筆者也予以正向之肯定與鼓勵，希望透過持續的關懷能讓個案放棄自殺念頭，與人能有正向的互動。

參考文獻

- 1.馮容芬、李蕙鈴、吳麗彬、周繡玲、袁素娟、胡月娟等：神經系統疾病之護理。成人內外科護理(三版)台北，華杏，2004；159-61。
- 2.Arlene LP, Suzanne ET：退行性神經功能失常病人之護理。拉克曼內外科護理學(賴裕和、林佳靜、廖媛美、鄭素月、林美良、鄭綺、楊莉婭、魏玲玲、方薇芸譯)台北，華杏，2002；493-7。
- 3.Sutton L: Multiple sclerosis. Nursing Standard 1998；12：7-13.
- 4.陳世彬、蔡清標：多發性硬化症。臨床醫學 2006；57：281-9。
- 5.傅家芸、李來涼：一位多發性硬化症患者出院準備服務的護理經驗。領導護理2005；6：58-66。
- 6.賴怡岑、陳文翔：淺談多發性硬化症-近年來病理、診斷與治療的回顧。當代醫學2007；34：791-9。
- 7.鄭奇殷、李昭德、邱百誼、林益彬：多發性硬化症-於急診室不易診斷之疾病。台灣醫界 2007；50：573-5。
- 8.溫沛琪、劉怡秀、韓玉蘭：照顧一位多發性硬化症患者之護理經驗。慈濟護理2004；3：77-85。
- 9.Gertrude KM, Elizabeth AM.：新臨床護理診斷(周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧譯)台北，華杏，2003；51-639。
- 10.Flensner G, Lindencrona C：The cooling suit case studies of its influence on fatigue among eight individuals with multiple sclerosis. Journal of Advanced Nursing 2002;37:541-50.
- 11.Currie R: Spasticity: A common symptom of multiple sclerosis. Nursing Standard 2001；15：47-55.
- 12.邱千蜜、邱燕甘：一位慢性疼痛個案對藥物依賴之護理經驗。長庚護理2007；18：285-92。
- 13.陳靜怡、黃惠玲、莊情惠：一位口腔癌接受重建手術後有自殺意念病患之護理經驗。長庚護理2010；21：109-117。
- 14.陳麗婷、吳月華、陳佳慧：一位長期呼吸器依賴而自我殘害之患者的護理經驗。2010；3：119-26。
- 15.曾雯琦：從關懷倫理重建自殺照護。護理雜誌 2006；53：14-7。
- 16.McCabe M：Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. Journal of Psychometric Research 2005; 59: 161-6.

Case Report

Nursing Experience for A Patient Suffering From Recurrence of Multiple Sclerosis

Hsiu-Ching Chiang¹, Shu-Mei Tsai^{2*}

Department of Rehabilitation Ward, Chung Shan Medical University Hospital

Multiple sclerosis is a disease of the central nerve system. It can result in vision loss and muscle weakness, and mostly occurs in young women. The article reports our 16th February to 23th March 2009 nursing experience caring for a 39-year-old woman who had a recurrence of disease and had attempted suicide prior to rehabilitation. Using Gordon health function to make the evaluation and case discussion, as well as observation, interview, and direct caring to collect information. She was found to have potentially dangerous infection, physical disability, chronic pain, and potential risk of self-mutilation. The writer provided with individualized nursing care to meet her physical and mental needs and encouraged the case to express herself. Through continuous care, she would accept and resolve her problems, become more resolute in facing her nursing problems. We became better at communication, express her feelings, and bravely face her path of rehabilitation in the future.

Keywords: multiple sclerosis, disease recurrence, nursing experience

* Corresponding Author: Shu-Mei Tsai
Address: No. 23, Sec. 1, Taichung Kang Rd., Taichung 403,
Taiwan.
Tel: 04-22015111 ext 66801
E-mail: csha714@csh.org.tw