

新生醫護管理專科學校
112學年度第2學期護理學實習作業
案例分析作業
照護一位多發性神經病變個案之護理經驗

班級：護理 X_年X班
姓名/學號：xxx/109xxxx
導教師：xxx
實習期間：1xxxx
實習醫院：xx醫院

目 錄	頁碼
壹、前言	1
貳、護理過程：	1
一、個案基本資料	1
二、家庭樹：	2
三、疾病史：	2-7
四、護理評估：	7-11
五、護理問題一覽表	11
參、護理計畫	12-13
肆、結論	13
伍、參考文獻	13

案例分析作業格式

壹、前言：

多發神經病變是一種後天亞急性或慢性周邊神經病變，在病理及生理學的檢查上呈現發炎反應及脫髓鞘變化等特徵。發生率為每十萬人有1.9至7.7人，好發於40至60歲，男性稍多（汪、李，2020）。本疾病通常造成患者感覺異常、疼痛、全身肌肉無力症狀，深肌腱反射消失，嚴重者甚至會出現呼吸衰竭的情形（歐等，2019）。目前致病原因及機轉尚不清楚，但經由神經切片的病理表現及患者對免疫療法的反應等證據顯示，此病可能是透過不正常的免疫反應造成（汪、李，2020）。肢體麻木及無力，為神經科聽床上常見之症狀，可能的疾病眾多，從中樞神經病灶到周邊神經系統疾病都有可能。中樞神經系統疾病包括腦中風、腦腫瘤、脊髓病變等；而周邊神經系統疾病包括糖尿病、遺傳性疾病、自體免疫疾病、惡性腫瘤或發炎性疾病導致的多發性神經病變等（鄭等，2020）。本個案因多發神經病變入院，導致四肢麻木、雙腳較無力已持續半年，照護期間發現個案有潛在危險性感染、潛在危險性跌倒、睡眠型態續亂、潛在危險性體重過重、焦慮，故引發筆者照護動機，期望透過復健及藥物治療可減少麻木及無力感，以維持個案最大自我照顧能力。

貳、護理過程：

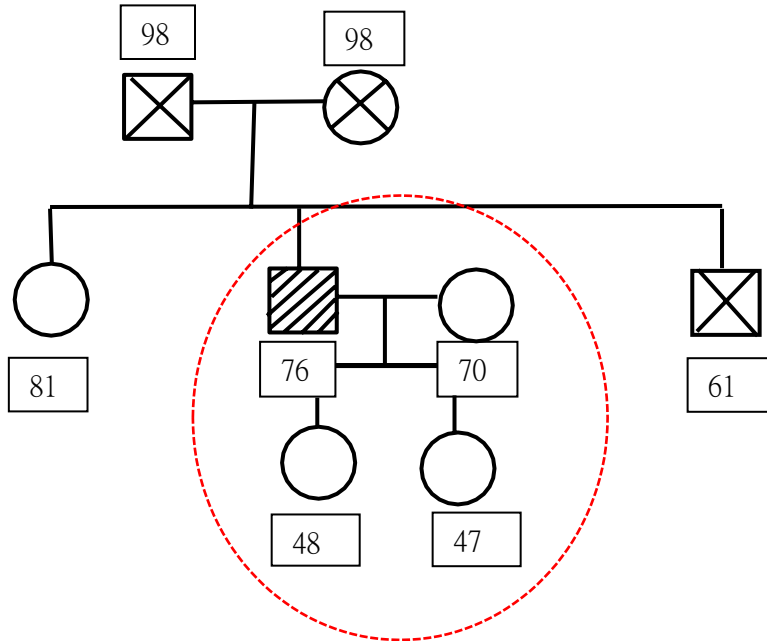
一、個案基本資料

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. 姓名：陳○村 | 8. 語言：國語/閩南語 |
| 2. 床號：16 | 9. 職業：無 |
| 3. 性別：男 | 10. 婚姻狀態：已婚 |
| 4. 年齡：76歲 | 11. 身高：169公分 體重：71_公斤 |
| 5. 診斷/手術： | 12. 住院日期：2024年01月07日 |
| (英文) Cervical root disorders ,not elsewhere classified/Polyneuropathy unspecified | |
| (中文) 頸神經根疾患，他處未歸類處/多發神經病變 | |
| 6. 教育程度：大專 | 13. 出院日期：2024年01月16日 |

7. 宗教信仰：無

14. 護理期間：2024/01/08~2024/01/12

二、家庭樹



三、疾病史：

(一) 過去病史：左心室肥大（2005）、心律不整（2005）、良性前列腺肥大（2020）、左腕關節置換術（2021）

(二) 此次住院經過：因四肢遠端麻木6個月。主訴無力和腰部酸痛，尤其是彎腰時。至骨科門診就診，由於懷疑頸椎脊髓神經根病，轉至神經科。頸部核磁共振攝影顯示因脊椎病導致第4頸椎-第7頸椎狹窄，實驗室數據均在正常範圍內。依醫囑給予pregabalin及 etoricoxib用藥，他的症狀也難以康復。2023年12月29日也進行了神經傳導速度，報告顯示多發性神經病變。在多發性神經病變的初步診斷下，疑似慢性脫髓鞘多發性神經炎，2024年1月7日他被收入我們病房接受進一步評估和治療。

(三) 治療過程：2024年1月7日因四肢麻木、雙腳較無力已持續半年而入院，左腳較右腳無力，麻木無力感已影響行走，1月8日做了體液細胞檢查-C.S.F.（脊髓液）、胸部X光顯示肺紋增加、心電圖顯示竇性節律，1月10日追蹤電腦斷層一

頭部-無造影劑，依醫囑服用緩解神經痛藥物，1月9日個案因ESR升高，依醫囑給予類固醇一天一次靜脈滴注。1月11日個案主訴四肢麻木及雙腳無力感有改善，只剩腳底及手掌有點麻木感，能下床活動。至病房外走廊練習步行且四肢麻木及雙腳無力感已消失，生命徵象穩定，MP:四肢肌力皆為5分，經醫生評估後，於1月16日出院。

【實驗室及檢查結果】

(一)檢驗值：

1. 血液(全血球計數)

項目	正常值	結果	分析
		日期	
		1/8	
WBC 白血球	4.00-10.80 ³ 10 / μ L	5.20 ³ 10 / μ L	1. 過高：情緒性壓力、細菌感染、白血病、敗血症、組織壞死、急性出血或溶血及懷孕 2. 過低：感染（病毒、立克次體）、造血功能障礙、骨髓抑制、再生不良性貧血、自體免疫疾病、肝硬化、甲狀腺功能低下 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
HGB 血色素	11.5- 15.5g/dL	13.5 g/dL	1. 過高：真性紅血球增多症、心輸出量減少、肺部氣體交換不良、燒傷或脫水 2. 過低：貧血、失血、白血病、懷孕或營養不良 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
PLT 血小板	130-400 ³ 10 / μ L	172 ³ 10 / μ L	1. 過高：真性紅血球增多症、貧血、肝硬化、膠原病、運動、骨折、癌症、慢性骨髓性白血病、骨髓增生、多發性骨髓瘤、骨髓纖維化、脾臟切除、手術後、懷孕、產後 2. 過低：病毒感染、肝脾腫大、再生不良性貧血、惡性貧血、血小板減少性紫斑、自體免疫疾病、heparin 等藥物干擾 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
NEUT 嗜中性多核球	40.7-74.0 %	52.1%	1. 過高：細菌感染、盲腸炎、藥物中毒或新陳代謝疾病 2. 過低：病毒感染、細菌感染或因藥物使骨髓製造白血球功能產生問題 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
LYMPH 淋巴球	19.0-48.0 %	31.7%	1. 過高：病毒感染、梅毒、急性感染，如傳染性單核球增多症、結核病，慢性、急性淋巴性白血病 2. 過低：淋巴肉瘤、接觸放射線、何杰金氏症、免疫機能障礙和使用腎上腺皮質激素者 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內

2. 生化

項目	正常值	結果	分析
		日期	
		1/8	
BUN 血液尿素氮	9-23 mg/dL	15.5 mg/dL	1. 過高：急慢性腎功能障礙，包括急慢性腎炎、重症腎盂腎炎、心臟衰竭、休克、燒傷、脫水。 2. 過低：肝硬化、懷孕初期或飢餓、營養不良 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
CRE 肌酸酐	0.7-1.3 mg/dL	0.90 mg/dL	1. 過高：腫瘤、結石、腎絲球疾病、間接導尿或月經 2. 過低：可能是肌肉質量減少、發炎或營養不良。 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
Na 鈉	132-146 mmol/L	141 mmol/L	1. 過高：鈉鹽攝入過多、嚴重脫水、大量出汗、高熱、燒傷、糖尿病性多尿、腎上腺皮質功能亢進、原發性或續發性醛固酮增多症及腦下垂體腫瘤 2. 過低：腎皮質功能不全、腎盂腎炎所因起的腎臟鈉流失。腎小管再吸收功能減低，導致尿鈉排出增多 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
K 鉀	3.5-4.5 mmol/L	3.7 mmol/L	1. 過高：腎功能衰竭、尿排泄障礙、嚴重溶血及感染、燒傷、組織缺氧、心臟功能不全、呼吸障礙、休克 2. 過低：原發性或續發性醛固酮增多症、庫欣氏症候群、頻繁嘔吐、腹瀉、血液透析、糖尿病酮酸中毒 3. 個案分析原因：個案此數值正常範圍內
CRP C反應性蛋白	<0.5 mg/dL		1. 過高：惡性腫瘤、燒傷、外傷、手術後、心肌梗塞 2. 過低：使用類固醇類或非類固醇類抗發炎藥物 3. 個案分析原因：

3. 尿液鏡檢

項目	正常值	結果	分析
		日期	
UPH 尿液酸鹼值	5-9		1. 過高（鹼性尿）：可能為泌尿道感染、代謝性或呼吸性鹼中毒、進食大量的蔬果或使用重碳酸氫鈉及檸檬酸鉀藥物 2. 過低（酸性尿）：低血鉀、鹼中毒、糖尿病、多吃肉類代謝性或呼吸性酸中毒、飢餓、苯酮尿症、高蛋白飲食或使用抗壞血酸藥物 3. 個案分析原因：
UWBC 尿液白血球	0-5/HPF		1. 過高：泌尿道細菌感染、發炎、性病、攝護腺發炎、癌症、腎機能異常 2. 個案分析原因：
URBC 尿液紅血球	0-5/HPF		1. 過高：尿路結石、腎臟發炎、泌尿道感染、泌尿道腫瘤或月經 2. 個案分析原因：
UBACT 尿液檢查細菌	(-)/HPP		1. (+)：泌尿道細菌感染 2. 個案分析原因：
UGLU 尿液葡萄糖	(-) mg/dL		1. (+)：糖尿病、內分泌失調、感染、燒燙傷病人、懷孕、嚴重肝病或腎小管損傷均會上升

			2. 個案分析原因：
--	--	--	------------

4. 糞便鏡檢

項目	正常值	日期	分析
STOB 糞便潛血反應檢查	Negative 陰性		1. (+)：腸胃道出血或結腸直腸癌 2. 個案分析原因：

(二)其他檢查：

日期	項目	結果	中譯文
1/8	Chest view (胸部X光攝影)	increased of lung marking	肺紋增加
1/8	EKG (心電圖)	sinus rhythm	竇性心律
1/8	體液細胞檢查- C. S. F. (脊髓液)	The smear shows a few of bland degenerative cells.	塗片顯示一些溫和的 退化性細胞。
1/10	電腦斷層-頭部- 無造影劑	No obvious organic lesion based on this study. Small or acute infarct may not be evident on CT, suggest MRI	根據本研究，無明 顯的器質性病變。 電腦斷層攝影顯示不 明顯小的或急性梗 塞，建議核磁共振影 像檢查

(三)會診紀錄 (英文及中文)

住院期間尚無會診

(四)藥物治療

藥名	用法 (劑量/途徑/頻率)	藥理機轉	作用	副作用及注意事項	個案用藥目的
Mecomin Capsules (B12)	1粒 (500mcg) /PO/QD 1粒(500微 克)/口服/每 日一次	此藥品為B12的一 種，可以幫助促進 神經細胞內的核酸 蛋白	末梢性神經障礙、 維生素B12缺乏之 巨紅芽球性貧血	皮膚發疹、噁 心、食慾不振	末梢性神 經障礙

<p>桃醫藥劑科 Mecomin Capsules 0.5mg (Mecobalamin) 「利達」美可敏膠囊0.5毫克(甲鈷胺明)</p> 					
<p>Lexinping Capsule 桃醫藥劑科 Lexinping Capsule 30mg (Duloxetine) 「台裕」樂心平膠囊30毫克</p> 	<p>1粒(30mg) /PO /QD 1粒(30毫克)/口服/每日一次</p>	<p>阻斷中樞神經之血清素與正腎上腺的再吸收</p>	<p>重鬱症、糖尿病周邊神經痛</p>	<p>口乾、嗜睡、便秘</p>	<p>多發神經病變/緩解神經痛</p>
<p>Nexium Tablet 桃醫藥劑科 Nexium Tablet 40mg(Esomeprazole) 「阿斯特」耐迪恩錠</p> 	<p>1粒(40mg) /PO /QD 1粒(40毫克)/口服/飯前每日一次</p>	<p>為弱鹼藥物，會在胃之壁細胞內之細胞內小管，高度酸性環境下集中，並轉化成活性型，其可抑制酸幫浦：$H^+ - K^+ - ATP$ 酵素。其對基礎之胃酸分泌及刺激下之胃酸分泌，均有抑制效果</p>	<p>胃食道逆流性疾病-糜爛性逆流性食道炎之治療；與適當之抗菌劑療法併用，以根除幽門螺旋桿菌，及治療-由幽門螺旋桿菌引發之十二指腸潰瘍；治療NSAID相關之胃潰瘍的治療。</p>	<p>腹痛、腹瀉、嘔吐</p>	<p>治療NSAID相關之胃潰瘍的治療→保護腸黏膜</p>
<p>Biso Tablet 桃醫藥劑科 衛署藥製字第045348號 Biso F.C. Tablets 5mg (Bisoprolol Fumarate 5mg) 「健奮信元」百適歐膜衣錠5毫克</p> 	<p>1粒(5mg) /PO /QDPC 1粒(5毫克)/口服/飯後每日一次</p>	<p>高度心臟選擇性之β-1腎上腺素接受體阻斷劑，阻斷β1受體可降低心收縮力、心跳速率，減少周邊血管阻力，進而降低血壓和心肌需氧量。另外本藥也藉由阻斷腎素-血管張力素，減少體內水分和降低血管壓力。</p>	<p>狹心症、高血壓、穩定型慢性中度至重度心衰竭</p>	<p>倦怠、眩暈、輕微頭疼</p>	<p>高血壓</p>
<p>Etor Tablet</p>	<p>1粒(60mg) /PO /QD 1粒(60毫克)/口服/每日一次</p>	<p>類固醇抗發炎藥(NSAID)，具有抗發炎、鎮痛及解熱的作用。對COX-2的抑制有高度選擇性，所以比起非選擇性的NSAID，較不會有胃</p>	<p>骨關節炎(OA)與類風濕性關節炎(RA)之表徵與症狀的急慢性治療、治療急性痛風性關節炎、治療原發性經痛、治療僵直性</p>	<p>虛弱無力/疲倦、眩暈、胃灼熱</p>	<p>多發神經病變</p>

		<p>損害和出血問題。</p>	<p>脊椎炎、治療牙科手術後疼痛、治療婦科手術後疼痛。</p>		
	<p>1粒 (75mg) /PO /HS 1粒 (75毫克) /口服/睡前一次</p>	<p>是 GABA 的結構衍生物，但 pregabalin 並不作用在 GABAA、GABAB 或 benzodiazepine 接受器上，不被代謝成 GABA 或是 GABA 拮抗劑，因此不影響 GABA 的吸收與降解。</p>	<p>帶狀疱疹後神經痛。成人局部癲癇的輔助治療。纖維肌痛。糖尿病周邊神經病變所引起的神經性疼痛。脊髓損傷所引起的神經性疼痛</p>	<p>水腫、頭暈、嗜睡</p>	<p>多發神經病變/緩解神經痛</p>
	<p>1粒0.5mg/PO / HSPRN 1粒 (0.5毫克) /口服/睡前需要時給予</p>	<p>作用於大腦皮質及邊緣系統GABA受體，使突觸後細胞膜上之 Cl-channel open，降低神經興奮性</p>	<p>焦慮狀態</p>	<p>思睡、倦怠、失憶</p>	<p>個案有失眠問題，使用此藥物可幫個案入睡</p>

四、護理評估
整體性健康問題評估

※依住院前/後進行主、客觀資料的呈現，加註日期

(一)生理層面

1. 感覺：

主觀：1/8個案主訴：「聽力正常，雙眼有老花眼，平時看電視時會配戴老花眼鏡，平時很常戴。」、「我對新的事物有很大的好奇心，肯學習也能享受學習過程，朋友認為我辦事效率高又學得快、記憶力良好。」、「目前身體沒有任何不舒服或疼痛。」評估個案意識清 (GCS:E4M6V5)，瞳孔大小：右：2.5mm (+)，左：2.5 mm (+)，雙眼對光有反應。

結論：本層面無相關護理問題

2. 運動：

1/8個案主訴：「我以前身體非常好，常去池場海釣，自從半年前因四肢麻木、雙腳較無力後，就很少外出，只能在家步行，無法跑步。」、「剛入院時，左腳比右腳無力、麻木感，下床站不穩，一直

躺著。」、「經藥物治療後，四肢無力麻木感有改善。」評估個案肌力：左右上肢5分、左下肢4分、右下肢5分，活動步態不穩。以ADL評估日常生活功能，移動肢體：15分、洗澡：5分、穿衣：10分、個人衛生：5分、排便控制：10分、排尿控制：10分、進食：10分、如廁：10分、共得75分，屬完全獨立，個案日常生活可自理，無打石膏或使用輔具。

結論：本層面有相關護理問題（潛在危險性跌倒/與雙下肢無力、步態不穩相關）

3. 營養代謝型態：

1/8個案主訴：「住院前後口味偏重，因為我比較喜歡吃鹹一點。」、「住院前飲食種類及量不固定，常吃外食及油炸食物，住院後都是我女兒煮給我吃，大多都是白飯、蔬菜、魚肉，每天喝水約2000cc。」、「胃口良好，沒有噁心感或嘔吐、沒有口腔潰瘍現象。」、「很喜歡吃海鮮，沒有很討厭吃的食物。」、「因為我有老花需要定期服用葉黃素，一天一顆。」、「過去半年來體重無太大變化。」、「沒有吞嚥、咀嚼、自行進食上的困難，下排牙齒有兩顆假牙。」評估個案食量正常，飲食種類為普通飲食，進食及消化情形正常。身高169公分，住院期間體重71公斤，身體質量指數（BMI）=24.8kg/m²，理想體重為56.07~68.53公斤。口腔黏膜完整，牙齒無缺牙、下排牙齒有兩顆固定假牙。腸蠕動：22次/分。檢驗值：WBC值5.20 $10^3/\mu\text{L}$ 、RBC值4.55 $10^3/\mu\text{L}$ 、PLT值172 $10^3/\mu\text{L}$ 、Ib值13.5 g/dL、Hct值39.3%。

結論：本層面有相關護理問題(潛在危險性體重過重/經常吃外食及油炸食物)

4. 排泄型態：

1/8個案主訴：「住院前後皆可自行如廁，小便正常，住院期間約每3-4小時解尿一次，每次量約300ml至350ml，呈清澈黃色。」、「五年前有前列腺肥大，沒有排尿困難的情形，沒有解尿疼痛，定期服用藥物控制。」、「排便時間固定早上九點、每日一次、顏色為棕色、軟硬度適中，不須使用軟便劑或灌腸。」觀察個案大便顏色呈棕色。可自解尿，無排尿困難之情形，尿液顏色呈清澈黃色。**結論：本層面有無相關護理問題**

5. 體液電解質：

1/8個案主訴：「平時不易感到渴或流汗，晚上腳不會抽筋。」、「起來的時候，不會感到頭暈。」觀察個案每日飲水量：約2000cc。IV量：200ml/day，體重維持71公斤，皮膚飽滿度正常，無壓瘡、破皮，四肢無凹陷性水腫。觀察個案體溫：36.2°C、脈搏：66次/分、呼吸：20次/分、血壓：130/76mmHg。檢驗值：Hct值39.3%、Na值141 mmol/L、K值3.7 mmol/L、BUN值15.5 mg/dl、Cr值0.90mg/dL。評估個案四肢麻木、雙腳無力存較改善，可下床走動。

結論：本層面有相關護理問題（潛在危險性跌倒/與雙腳無力相關）

6. 循環：

1/8個案主訴：「活動前後不會出現呼吸困難、肢體無力、疲倦等。」、「二十年前被診斷出左心室肥大及心律不整，有持續服用心血管藥物並定期回診。」觀察個案體溫：36.2°C、脈搏：66次/分，呈規則，心尖脈與脈搏為一致性、血壓：130/76mmHg，呼吸平順、活動前後無呼吸困難、疲倦等情形。1/9觀察個案血循良好，末梢溫度溫暖，外觀無蒼白，無頭暈、眩暈、末梢冰冷、周邊水腫的情形。1/9EKG：竇性節律。

結論：本層面有相關護理問題（潛在危險性跌倒/與服用心血管藥物副作用相關）

7. 呼吸：

1/8個案主訴：「沒有抽菸，平時很少感冒，幾乎一整年都不會感冒。」、「沒有端坐呼吸、呼吸困難、持續咳嗽、咳血、呼吸喘、濃痰的情形。」觀察個案呼吸順暢、規則、17次/分，無使用呼吸輔助肌的情形。無杵狀指、指甲發紺，胸廓外形兩側對稱，呈橢圓形，血氧濃度：97%，CXR：肺紋增加。

結論：本層面無相關護理問題

8. 皮膚：

1/8個案主訴：「半年內沒有皮膚、指甲、毛髮方面之變化。」、「每天洗澡過後，會將乳液均勻塗抹在皮膚上。」、「沒有任何皮膚異常、傷口癒合速度快。」觀察個案皮膚外觀完整、溫暖、有彈性、濕度正常。指甲顏色粉紅、甲面有光澤甲面上無異常斑點，指甲對稱，不偏斜，無凹陷或末端向上翹起的現象。毛髮顏色黑中帶白、稀疏、分佈均勻。皮膚飽滿度正常，無壓瘡、破皮，四肢無凹陷性水腫、無特別味道及分泌物。1/8依醫囑執行體液細胞檢查-C.S.F.，觀察個案腰椎穿刺傷口處乾淨無血腫的情形。

結論：本層面有相關護理問題（潛在危險性感染/腰椎穿刺傷口相關）

9. 睡眠：

1/8個案主訴：「我覺得精神很好，平時約晚上11點就寢，清晨5-6點起床，平日睡眠平均6-7個小時。」、「住院前不需使用安眠藥即可入睡。」、「在醫院都睡不著，因為隔壁床的呼吸聲很大聲，所以需要吃安眠藥入睡，沒有睡眠中斷情形，經常作夢，沒有睡中驚醒的情形。」觀察個案無倦怠、打呵欠，無黑眼圈、嗜睡情形，與人交談注意力集中。

結論：本層面有相關護理問題（潛在危險性跌倒/使用安眠藥相關）、（睡眠型態混亂/與環境吵雜相關）

10. 性與生殖：

1/8個案主訴：「我已經結婚，還有兩個女兒。」

結論：本層面無相關健康問題

(二)心理層面：

1/9個案主訴：「我是個獨立自主，不喜歡麻煩別人，平時不太想麻煩或依賴他人，能自己處理就自己處理。」、「我對自己感到滿意，不想做任何改變。」、「我一開始對於健康問題很緊張、害怕，恐懼，心想為何是我得到這個疾病，但後來願意積極接受治療。」、「我的脾氣很好，很少生氣，對於健康問題的處理態度是採積極面對。」

2. 認知能力：

1/9個案主訴：「我的健康情形一向還好，平時每周日會去爬山一次，除了下兩天不會去，都會定期去爬山。」、「沒有使用煙、酒，最近一個月有定期服用心血管藥物，大概一天一次。」、「平時口味較重，也好吃炸食，我也知道這樣的飲食習慣對身體很不好，但就是改不過來。」、「我也知道飲食習慣可能是造成自己健康問題的原因。」、「一開始得知有這個健康問題是很緊張、不知所措的，但是想要擁有一個健康的身體，去過剩餘的人生，所以就選擇積極就醫治療。」、「過去對自己健康問題一向採積極就醫治療，遵行醫生的醫療處置，沒有困難或不便的地方。」規察個案思考型態正常，JOMAC正常，說話型態有條理、有通料，教育程度為大專畢業，理解力良好，學習能力快速，閱讀力正常。

3. 調適及壓力處理：

1/9個案主訴：「作決定的方式很果斷，不會猶豫不決。」、「很少感覺壓力或緊張，平時會去池場海釣去抒發壓力及緩解緊張，非常有效，不須藉助煙、酒、藥物。」、「有強大的支持系統、可以跟家人及好友面對住院所遇到的壓力。」、「過去沒有遇到過重大變故。」觀察個案眼神堅定、面帶微笑、情緒平穩。

結論：本層面有相關護理問題(焦慮/緊張)、(潛在危險性體重過重/經常吃油炸食物)

(三)社會文化層面：

1/12個案主訴：「有同住者，和妻子及兩位女兒居住，跟家人關係和諧。」、「平時與大女兒最親近，有困難或有高興事情時一向找大女兒談。」、「平時妻子比較依賴我、有困難或有高興事情時一向找我分享。」、「平時家庭中都是我在作決定，家中的問題會以我的意見去做處理。」、「對家庭負責，是主要的經濟來源。」、「有幾位要好之朋友，都是在池場海釣認識的。」、「退休以前是軍人，工作場所的氣氛良好，與鄰居的關係很好。」、「我生病之後，每天會接到1-2通電話是朋友或家屬打來的問候。」觀察個案使用語言國語、閩南語，溝通方式為語言、表達與理解能力良好、與人互

動情形良好、住院時訪客有案女及案妻、兩位好友、個案與家人好友關係密切，與同病室及醫護人員的關係良好，個案衣著外觀整潔及乾淨、態度良好。無服用酒精煙草、興奮劑之嗜好。教育程度為大專，退休之前職業為軍人屬高社會經濟地位。

結論：本層面無相關護理問題

(四)靈性層面：

1/12個案主訴：「生活上的力量就是看到家人幸福的生活著，生活的意義是能有健康平安的身體。」、「沒有宗教信仰習慣，家中也沒有人信仰宗教。」、「我生病之後，我覺得要更加愛護自己的身體，也下定決心要改變自己的飲食習慣。」、「我對健康的信念的定義是身體及情緒都保持在健康的狀態，也會透過飲食及運動使自己變得更健康。」、「我對未來的計劃是能環遊世界，保持健康的身體。」觀察個案環境中無與宗教相關的物件或活動，住院期間，無需有宗教人員來訪或持續進行相關儀式，無出現任何靈性需求或困擾的行為。

結論：本層面無相關護理問題

五、護理問題一覽表：

排序	健康問題	導因
1	潛在危險性感染	與腰椎穿刺傷口相關
2	潛在危險性跌倒	與雙下肢無力、步態不穩、服用心血管藥物、使用安眠藥的副作用
3	睡眠型態混亂	與環境吵雜相關
4	潛在危險性體重過重	經常吃外食及油炸食物
5	焦慮	緊張

參、護理計畫：

潛在危險性跌倒/與雙下肢無力、步態不穩、服用心血管藥物、使用安眠藥的副作用
(照護期間)

主客觀資料	目標	護理措施	評值
<p>1/8 S1：「我以前身體非常好，常去池場海釣，自從半年前因四肢麻木、雙腳較無力後，就很少外出，只能在家步行，無法跑步。」</p> <p>1/8 S2：「剛入院時，腳比右腳無力麻木感，床站不穩，一直躺著。」</p> <p>1/8 S3：「在醫院都睡不著，因為隔壁床的呼吸聲很大聲，所以需要吃安眠藥入睡。」</p> <p>1/8 S4：「二十年前被診斷出左心室肥大及心律不整，有持續服用心血管藥物並定期回診。」</p> <p>1/8 01：個案年齡：</p>	<p>1. 1/10個案能說出預防跌倒的方法3項。</p> <p>2. 照護期間個案無跌倒發生。</p>	<p>1-1 為病人做環境介紹，以熟悉環境的擺設。</p> <p>1-2 休息或睡眠時需將兩側床旁欄杆拉起。</p> <p>1-3 日常生活用品可放個案伸手可及處，以利拿取。教導個案呼叫鈴之使用方法，並將呼叫鈴放置於個案可拿到的位置。</p> <p>1-4 個案有服用心血管藥物每次下床前、後予觀察有無姿勢性低血壓徵象如：臉色蒼白、盜汗、暈眩等。</p> <p>1-5 教導採漸進式下床，先抬高床頭，坐至床旁靜坐5~10分鐘，此時可將雙腳踩地，試試腳底是否可踩穩。站立起來，下床走動。</p> <p>1-6 地板在乾燥時才能行走。</p> <p>2-1 維持病人單位的照明，陪客床收起成陪客椅，維持走道通暢及地面清潔乾燥。</p> <p>2-2 每日做坐式抬腳運動，訓練大腿肌力，每次10分鐘，每天早晚各一次。</p>	<p>1/10個案能夠正確說出執行預防跌倒之措施3項，包括休息或睡眠時需將兩側床旁欄杆拉起、採漸進式下床、以及地板在乾燥時才能行走。</p> <p>1/12照護期間個案無發生跌倒情形，評估個案四肢肌力為5分，活動步態平穩，照護期間無跌倒之情形。</p>

<p>76歲。</p> <p>1/8 02：評估肌力： 左右上肢5分、左下肢 4分、右下肢皆5分， 活動步態不穩。</p> <p>1/8 03：依醫囑服用 心血管藥及安眠藥</p>		<p>2-3 坐著時可以左右腳抬腳腳背上下輪 流，強化膝關節肌力群，運動：左腳抬 起來→腳背朝上壓5秒→腳背朝下壓5秒 →換腳做相同的動作，每日做十次，一 天三次，每次十分鐘。</p> <p>2-4 教導個案活動中穿著合身衣褲，以 免衣褲太大造成絆倒及鞋子要大小合 適、防滑。</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

肆、結論

本篇個案報告討論的是一位多發性神經病變，個案因四肢麻木、雙腳較無力而入院接受藥物治療，在第五天雙腳麻木無力感消失後就開始接受步行復健，看到個案狀況變得越來越好，讓我感到驚喜及滿滿成就感。多發性神經病變在臨床上因症狀表現不明顯且發生率不高，導致即時診斷困難，往往經轉診至神經專科才得以診斷，而延誤治療，可能導致較差的疾病預後，甚至造成不可逆的神經功能傷害，嚴重會影響病人的生活品質，若出現感覺異常、疼痛、全身肌肉無力症狀，深肌腱反射消失等症狀，要盡早至神經科就診治療，免得發生不可回復的傷害。

伍、參考文獻

- 汪千涵、李庭蕻（2020）．物理治療介入對於慢性炎症性脫髓鞘性多發神經病變患者功能恢復之成效：個案報告．*物理治療*，45（3），225-233。https://doi.org/10.6215/FJPT.202009_45（3）.0004
- 歐宗益、郭啟中、傅元聰、莊佳穎（2019）．中西醫結合治療急性發炎性脫髓鞘性多發神經根神經炎：病例報告．*中醫藥研究論叢*，22（2），193-202。https://doi.org/10.6516/TJTCM.201909_22（2）.0019
- 鄭鈴、朱耀棠、馮偉雄（2020）．亞急性漸進雙下肢肢體麻木表現之慢性脫髓鞘多發性神經炎．*內科學誌*，31(1) 49-56。https://doi.org/10.6314/JMT.202002_31(1).08