

# 醫病共享決策於 Guillain-Barre' 氏症候群病人

林幼麗<sup>1,2</sup> 簡麗瑜<sup>2,3</sup> 廖洺鋒<sup>4,5</sup> 陳虹如<sup>3,6</sup>

**摘要：**Guillain-Barre' 氏症候群(Guillain-Barre's syndrome, GBS)在急性期的病程發展快速，醫療人員須盡早與病人討論，從血漿置換術及靜脈注射免疫球蛋白二種治療方式中作選擇，以減緩疾病惡化及提升病人的預後。本文旨在運用實證實務與醫病共享決策，以解決 GBS 病人治療選擇問題。以實證實務步驟，先形成臨床問題(PICO, 即 patient, intervention, comparison, and outcome)問題後，再進行文獻搜尋與評讀，評讀結果顯示，血漿置換術與靜脈注射免疫球蛋白二種治療方式，對於 GBS 失能程度和不良事件發生率無顯著性差異，因此在實證運用階段採用醫病共享決策，依據文獻結果製作決策輔助工具，並於 2020 年 6 月至 12 月，在北部某醫學中心神經內科病房，進行實證實務運用，並針對失能程度、不良事件、病人舒適度、住院天數及醫療花費進行成效評量。結果共有 42 位 GBS 病人參與，其中有 14 位病人選擇注射人類免疫球蛋白、28 位選擇血漿置換術，結果顯示選擇注射免疫球蛋白的病人，在失能程度及不良事件上，兩者無顯著差異( $p>0.05$ )，然而在舒適度、住院天數、及發生不良事件後的醫療花費成效上，注射免疫球蛋白的病人顯著優於血漿置換術者( $p<0.05$ )。本文提出一個透過實證實務合併醫病共享決策的方式，進行臨床實務運用經驗，作為臨床實務運用參考。建議未來研究可針對 GBS 病人治療舒適度、不良事件醫療花費進行大樣本探討，以提供更多實證結果，供臨床實務參考。

**關鍵詞：**Guillain-Barre' 氏症候群，實證實務，血漿置換術，靜脈注射免疫球蛋白，醫病共享決策  
(台灣醫學 Formosan J Med 2024;28:405-14) DOI:10.6320/FJM.202407\_28(4).0002

## 前言

Guillain-Barre' 氏症候群 (Guillain-Barre' syndrome, GBS)是臨床上罕見的急性神經疾病，由感染或免疫刺激所誘發的去髓鞘性周邊多發性神經病變。臨床上 GBS 疾病進展快速，末梢神經及其脊柱根部的神經系統遭受攻擊後，會造成快速由下肢往上肢發展的肌無力[1]，短期內即會導致病人四肢癱瘓及呼吸困難，危及生命，越早接受治療，可以儘早減緩疾病持續惡化及神經功能受損，因此病人往往須在短時間內進行治療決策。

目前 GBS 臨床上的治療方式為注射免疫球蛋白或血漿置換術[2]，病人在面對不同治療方式的抉擇，以及生命的威脅，不僅要考慮治療的療效，

也需要考慮經濟負擔、可能的不良事件等問題，造成病人身、心理各方面極大衝擊。因此醫療團隊須與病人共同參與討論，並作出適合病人的醫療決定，使得病人得到更好的醫療結果。

本文以實證步驟試圖解決 GBS 病人的治療選擇問題，由於在文獻搜尋與評讀的過程，發現高品質證據的文獻量少、文獻評讀結果也顯示，目前無單一有效治療方法可提供病人參考，再加上病人自主權的考量，因此導入醫病共享決策的概念進行臨床應用。實證照護雖有明確的 5 大步驟，但是不同病人對於臨床決策的偏好仍可能有很大差異[3]，因此在運用上，仍需要考量對病人自主權的尊重，此方面的運用較少在文獻中有實務上的論述，因此本文旨在以實證實務導入醫病共享決策之臨床應

<sup>1</sup>長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院護理部，<sup>2</sup>長庚科技大學護理系，<sup>3</sup>林口長庚紀念醫院護理部，<sup>4</sup>長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院神經內科部，<sup>5</sup>長庚大學醫學系，<sup>6</sup>長庚大學護理系

受文日期：2023 年 12 月 11 日 接受日期：2024 年 2 月 2 日

通訊作者聯絡處：陳虹如，林口長庚紀念醫院護理部，桃園市龜山區復興街 5 號。E-mail: q22079@cgmh.org.tw。

簡麗瑜，長庚科技大學護理系，桃園市龜山區文化一路 261 號。E-mail: lychien@mail.cgust.edu.tw

用，試圖解決 Guillain-Barre' 氏症候群病人的治療抉擇衝突問題。

本文同時提出當文獻中研究證據的結果無法協助臨床判斷時，可在實證實務轉譯的過程中，導入醫病共享決策概念，協助醫療團隊將實證實務的結果，進行合理的運用，也可使醫病之間達成醫療決策共識，並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

## Guillain-Barre' 氏症候群介紹和治療方式

Guillain-Barre' 氏症候群(GBS)是一種急性特發性多發性神經炎，是由自身免疫系統傷害周邊神經所引起的疾病，病程快速，造成對稱性神經肌肉癱瘓的多發性神經病變[4]，其發生率每 10 萬人約 1-2 例，而男性發生率大於女性，男女比例 1.5-2 : 1，約 85% 個案在治療後數月至 1 年可完全復原，死亡率約 5%[5]。初始症狀為漸進式雙下肢無力及刺麻，導致四肢癱瘓，2 週內約 20% 病人會因疾病進展造成呼吸功能障礙而併發呼吸衰竭、心律不整、血壓不穩定與尿滯留[2]。

由於 GBS 會引發急性發炎性脫髓鞘神經病變 (acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathies, AIDP)、急性運動軸突神經病變(acute motor axonal neuropathy, AMAN)、急性運動及感覺軸突神經病變(acute motor sensory axonal neuropathy, AMSAN)或 Miller Fisher 氏症候群 (Miller Fisher syndrome, MFS) [6]，這些神經病變會引發病人神經肌肉癱瘓，漸進式影響活動能力，並且隨著時間的進展，加重失能的風險，因此治療目標在加速神經復原、儘早減緩疾病持續惡化及神經功能受損，及避免永久性的傷害[7]，臨床上除了支持性症狀治療外，亦會選擇免疫療法包括血漿置換術(plasma exchange, PE)，或靜脈注射人類免疫球蛋白(intravenous immunoglobulin, IVIG) [1-2]，早期接受治療，60-80% 病人可於半年內恢復行走能力[4]。

血漿置換術(PE)又稱為血漿分離術，是將病人的血液經血漿置換器，利用過濾、吸著或沉澱等方式，去除體內細胞毒素、自體抗體及免疫複合物後，再補充新鮮冷凍血漿，或將過濾後的血漿輸回病人

體內，透過血液透析方式，置換血漿移除體內自體抗體及細胞毒素，以達到恢復神經功能的目的和減少失能程度[1,8]。PE 在治療前需先置放雙腔導管(double lumen)，隔天施行 1 次，1 個療程共 5 次，對於輕度 GBS 患者，2 次療程即可以改善症狀，嚴重患者至少需要 4 次療程才能改善神經學症狀，相對地管路置放越久，則增加管路感染風險[5,9]，可能也會有過敏、低血壓、心律不整、血栓和出血等問題[4,9]。

免疫球蛋白(immunoglobulin, Ig)又稱抗體，是協助身體對抗感染的蛋白質，由於 AIDP 可能發生在細菌或病毒感染後，刺激 T 細胞分化增生，經過數天至數週的潛伏期，所產生的抗體及細胞毒素會破壞周圍神經系統的許旺氏細胞(Schwann's cell)及髓鞘，誘導免疫反應攻擊末梢神經之髓鞘，導致髓鞘脫落；而急性運動軸突神經病變(AMAN)可能是病原菌感染後刺激抗體產生，作用在神經根及神經末端的軸突，造成軸突破壞及巨噬細胞的浸潤，引發神經病變[6]。靜脈注射人類免疫球蛋白(IVIG)是將抗體經由靜脈注射打入 GBS 病人體內，使其與病態性自體抗體進行結合及中和，並作用在巨噬細胞抗體恆定區接受器(Fc receptor)上，以阻斷自體抗體與巨噬細胞的結合，達到預防巨噬細胞的吞噬作用及細胞毒性作用，並抑制發炎物質釋放及分解病態性抗體的功能[10]。IVIG 治療可能有產生發燒、頭痛或無菌性腦膜炎的症狀，但這些副作用的發生率很低[1,11]。

總結國內外文獻可知，IVIG 及 PE 此兩種治療作用不同，各自有其優缺點，然而在治療過程、舒適度與費用上的考量，也可能會影響病人的選擇，因此醫療團隊必須與病人作充分的討論，協助病人選擇適合的治療方式。

## 醫病共享決策在臨床實證實務運用上的角色

醫病共享決策(shared decision making, SDM)的概念早在 1982 年被提出，在醫病共享決策的過程中，醫療人員提供實證訊息，協助病人了解醫療資訊，及提供治療照護選項，並引導病人表達自己的喜好或想法，協助病人做出醫療決定，不僅可促進

醫病之間的信任，也可以提升病人配合治療的遵從度[12-13]。有鑑於傳統的單向式醫病溝通模式常導致病人鮮少得到完整的資訊，也沒有選擇不同治療的機會，台灣近年來也開始興起 SDM 的推廣[14]。

SDM 分為資訊交換、商議、及決策三階段，過程中至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項[15]。SDM 是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策[16]。

SDM 不僅可促進醫病之間的信任、提升病人配合治療的遵從度[12]，也能提高病人自主性、減省不必要檢查、降低醫療費用、改善照護品質和滿意度[17-18]。研究證實在心臟科運用 SDM 可有效降低病人的抉擇衝突，以及提升病人對疾病的醫療知識[19]；在基層醫療中運用 SDM 搭配輔助工具，可有效降低急性呼吸道感染病人的抗生素使用、心房顫動及骨質疏鬆症病人的決策衝突(decision conflict)，以及憂鬱症、第 2 型糖尿病、及下背痛病人的治療滿意度，同時可提升醫療人員與病人的疾病知識[20]；此外，SDM 的運用也有效的在 COVID-19 疫情爆發期間提升 1.45 倍的疫苗接種率[21]。

GBS 病人在面對治療方式的抉擇，以及生命的威脅時，不僅要考慮治療的療效，也需要考慮可能的不良事件以及死亡率等問題，造成病人生、心理各方面極大衝擊。由於 SDM 可有效降低病人的抉擇衝突、增加醫療的滿意度[19,20]，因此在協助病人進行治療決策之時，可以透過 SDM 的運用，讓病人在充分的資訊下，獲得最合適的治療或照護方案的選擇權。

實證健康照護概念廣泛應用於醫療專業已經數十年，其內涵除了尋求目前研究文獻上的最佳證據，也必須整合臨床專家及病人的價值觀與期望。其中考量病人的價值觀與期望的實證運用經驗在文獻中較少見，而 SDM 強調與病人共同參與醫療

決策、及提供病人不同治療選擇機會的精神，恰可輔助實證照護中，需要考量病人價值觀與期望的內涵，也可解決實證文獻上尚缺乏高品質證據支持的問題。

本文分享以實證實務步驟試圖解決 GBS 病人的治療選擇問題過程中，導入醫病共享決策的概念進行臨床應用。期望本文的實證經驗分享，能提供臨床人員在解決類似實證運用問題的另一種參考途徑。

## 材料與方法

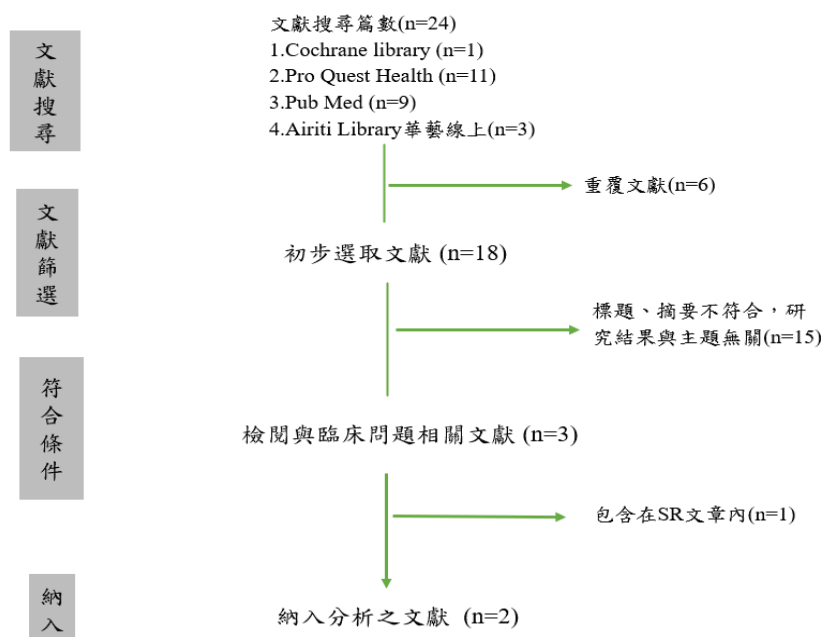
### 一. 實證護理導入醫病共享決策之臨床應用過程

#### (一) 形成臨床問題

本文以實證實務步驟解決 GBS 病人的臨床問題，始於 1 位 27 歲的吳姓女病人，感冒 1 週後出現雙下肢刺痛，入院檢查確診為 GBS。面對未知的預後與肢體日漸無力的恐懼感，導致生活頓然失去目標與方向，終日無助地哭泣。為了幫助吳小姐儘快接受治療，神經內科醫師緊急會診腎臟科醫師共同討論後，向病人解釋，治療方式包含血漿置換術及注射人類免疫球蛋白，須由病人自行選擇治療方案。面對突如其來的疾病與治療方案選擇，吳小姐焦慮及難過的表示：「突然說我是格林-巴利(Guillain-Barre') 氏症候群，我還不了解這個疾病，就要選擇是要放管洗血漿還是打免疫球蛋白，這兩種有什麼差別？」面對不同治療方式的抉擇，以及生命的威脅，造成病人生、心理各方面衝擊，不僅要考慮治療的療效、經濟負擔、可能產生的不良反應與花費等問題，因此本實證實務的臨床問題為「血漿置換術與注射人類免疫球蛋白，何者更適合作為 Guillain-Barre' 氏症候群病人的治療選擇」？綜上本實證實務的 P(病人；patient)為 Guillain-Barre' 氏症候群之病人，I(介入措施；intervention)為靜脈注射人類免疫球蛋白，C(比照；comparison)為血漿置換術，O(成效；outcome)的考量包含失能程度、不良事件及舒適度。

#### (二) 文獻搜尋策略與篩選過程

筆者依據實證五大步驟，先形成一個「PICO 問題」，再根據「PICO」及利用 MeSH term 功能找出可用之關鍵字，中文的關鍵字和同義字包括



圖一：文獻篩選流程圖

表一：Guillain-Barre'氏症候群治療方式和效果之文獻搜尋結果

作者/年	研究目的	研究結果	證據等級
Hughes et al. (2014)	以系統性文回顧暨統合分析探討 GBS 病人使用 IVIG 和 PE 治療成效。	IVIG 及 PE 在失能程度及不良事件成效上皆無顯著差異	I
Maheshwari et al. (2018)	探討 GBS 病人 IVIG 和 PE 治療的成本分析、失能程度、跟不良事件。	IVIG 及 PE 在失能程度及不良事件成效上皆無顯著差異；在處置費用、總金額與自費項目上，IVIG 費用顯著高於 PE。	II

Guillain-Barre'氏症候群、靜脈注射人類免疫球蛋白、血漿置換術、失能程度、不良事件、及舒適度；英文的關鍵字和同義字包括 GBS: Guillain-Barre Syndrome、acute inflammatory demyelinating polyradiculopathy、acute motor sensory、axonal neuropathy、IVIG: intravenous immunoglobulin、PE: plasma exchange、plasmapheresis、double filtration、disability、adverse event 及 comfortable，並搜尋 Cochrane library、Medline、ProQuest、Pub Med 和華藝線上圖書館等資料庫。以布林邏輯(Boolean Logic)，同義字以「OR」做聯集、PICO 之間以「AND」做交集，搜尋 2010-2020 發表的相關文獻，

其中並未找到有關舒適度的文獻。

文獻搜尋結果共 24 篇符合失能程度(disability scale)和不良事件(adverse event)的文獻，排除重複及不適用的文章後，證據等級較高的共有 3 篇，包含 1 篇系統性文獻回顧(systematic review, SR) [22]及 2 篇隨機對照試驗(randomized control trial, RCT) [8,23](文獻篩選流程如圖一)，而其中 1 篇 RCT 已於系統性文獻回顧中提及，故最後選擇評讀 2 篇(1 篇 SR 及 1 篇 RCT)(表一)，依據牛津大學實證醫學中心 2011 年的證據等級分類，各為第 1 級及第 2 級。

### (三) 文獻品質評析

實證實務第 3 步驟以 CASP 評讀表(Critical

表二：Hughes et al (2014)之文獻評讀結果

CASP 評讀項目	評讀分析	結果
1. 此回顧是否問了一個清楚、明確的問題？	本文探討 IVIG 和 PE 二者治療方式對 GBS 病人的失能程度和不良事件成效，明確定義問題，且符合 PICO。	是
2. 作者是否尋找適當研究型態的文獻？	搜尋 RCT 和 quasi-RCT 文獻。	是
3. 是否所有重要且相關研究都被納入？	明確寫出搜尋技巧，且有與該領域專家聯繫，取得已發表或未發表文章。	是
4. 作者是否有評估收納研究的品質？	作者使用 Risk of Bias (RoB) 評比工具進行 12 篇文獻的品質評估。	是
5. 如果作者將研究結果進行合併，這樣的合併是否合理？	此系統性文獻回顧最後合併 5 篇失能程度 RCT 進行統合分析；不良事件部分作者合併 4 篇有測量不良事件的文獻，故其合併是合理。	是
6. 這篇系統性文獻回顧的整體結果為何？	IVIG 與 PE 在失能程度發生率上，無顯著差異( $p=0.15$ , $>0.05$ )；在不良事件發生率上，也無顯著差異( $p=0.79$ , $>0.05$ )	是
7. 結果精準嗎？	失能程度的發生率 95%信賴區間為-0.25-0.20，不良事件的發生率 95%信賴區間為 0.94-1.23，皆不會過大。	是
8. 此研究結果是否可應用到當地族群？	這篇 SR 所呈現的治療方式皆是運用在 GBS 病人，與本文所設定的臨床情境相符，因此適用於台灣的病人。	是
9. 是否所有重要的臨床結果都被考量到？	此篇 SR 所呈現的結果包含失能程度和不良事件，與本文所設定的病人希望提供治療選擇所應考量的項目皆有考量到。	是
10. 付出的傷害和花費換得介入措施所產生的益處是否值得？	IVIG 較便利(靜脈管路)，病人可能較舒適，過敏少，但台灣健保不給付。PE 需會診腎臟科放置雙腔導管、病人可能較不舒適、會有感染、出血和栓塞等問題，但台灣健保可給付。	不明確

Appraisal Skills Progame checklists)作為評讀文獻品質之工具，評讀內容及結果如表二及表三所示。評讀結果顯示 RCT 文獻[8]的研究樣本數少(兩組僅各 23、17 位)、且未說明所使用的統計方法、基本屬性也僅有年齡、體重、跟開始治療時間，文獻的效度較差；而 SR 文獻[22]評讀結果顯示文獻的效度較佳，但在改善失能程度上 IVIG 與 PE 兩種治療之間無顯著差異，在不良事件上也無統計上顯著差異，然而，在評讀過程中，考量兩種治療方式的優點、傷害與花費時，可知在處置費用、總金額與自費項目上，選擇 IVIG 的費用顯著高於 PE 治療[8]，且 IVIG 是採用靜脈管路，住院天數較短、

病人可能舒適度較高；PE 需會診腎臟科醫師放置雙腔導管、病人可能較不舒適、但健保可給付，優點是否高過傷害須視病人的價值觀決定，因此透過文獻評讀，無法直接建議病人採行任一種方法，因此在實證實務第 4 步驟的臨床運用上，醫療團隊決定導入 SDM，協助病人依個別需求做治療決定。  
(四) 從實證到應用-醫病共享決策之導入

由於文獻評讀的結果，無法直接建議病人在 IVIG 與 PE 兩種治療方式中，採行任一種方法，因此在實證實務運用時，決定將 SDM 導入。進行實務應用前，與專科醫生及護理同仁共同討論後，制定 GBS 醫病共享決策輔助工具，該工具內容包含

表三：Maheshwari et al. (2018)之文獻評讀結果

CASP 評讀項目	評讀分析	結果
1. 此研究是否問了一個清楚明確的研究問題？	本文研究目的為探討 GBS 病人接受 IVIG 或 PE 治療後的失能程度，明確定義問題，且符合 PICO。	是
2. 受試者是否確實被隨機分派到不同組別？	作者說明以電腦軟進行隨機分派 IVIG 組或 PE 治療。	是
3. 是否所有參與研究的受試者都有納入結果中去分析？	收案時人數(兩組分別為 24 跟 16)與研究結果所呈現之人數相同，無流失樣本。	是
4. 受試者、提供措施者、測量結果人員是否「盲化」？	文獻中未提到有盲化，兩者治療方式明顯不一樣，受試者、提供措施者及測量結果，人員皆會知道受試者接受的措施為何，故我們判斷本研究非盲化。	否
5. 各組研究對象在一開始進入試驗時的基本特性是否相似？	二組研究對象的基本特性(年齡、體重、開始治療時間)是相似的( $p>0.05$ )。	是
6. 除了研究介入的差別，各組間其他的對待是否相等？	二組間的其他照護相等。	是
7. 介入措施的效果是否清楚呈現？	研究結果顯示在失能程度( $p>0.05$ )及不良事件發生率上，兩種治療方式無統計上顯著差異( $p>0.05$ )。在處置費用、總金額與自費項目上，IVIG 組費用顯著高於 PE 組( $p<0.05$ )。	是
8. 治療效果估計值的精確度是否呈現？	未呈現信賴區間，且研究樣本較小(兩組分別為 24 跟 16)，難以得知研究結果所蘊含的精確度訊息。	不明確
9. 研究措施的優點是否高過傷害和花費？	在處置費用、總金額與自費項目上，選擇 IVIG 的費用顯著高於 PE 治療。另，IVIG 優點是採靜脈管路，住院天數較血漿置換術短，但缺點是健保審核嚴格。優點是否高過傷害須視病人的價值觀決定。	不明確
10. 此研究是否可應用到你所在的族群/情境？	研究中樣本特性與 GBS 病人之基本屬性與治療選項的特質相似。此研究結果是可以應用在本院的住院病人。	是
11. 此介入措施的運用價值是否優於現存的其他任何措施？	IVIG 的運用價值是否優於 PE 須視病人的價值觀決定。	不明確

GBS 疾病簡介、治療方式和其優缺點、治療效果、風險及費用，於病人被診斷為 GBS 時提供參閱，由醫師提出 IVIG 及 PE 之實證資料，有不清楚之處適時予以澄清，再依據病人所提出的個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項，幫助病人及家屬盡早確認治療選項，並計畫從 2020 年 6 月至 2020 年 12 月，將實證結果運用於神經內科的住院病人，並針對治療結束後之失能程度、不良事件、病人舒適度、及住

院天數進行成效評量。

#### (五) 評估執行成效

自 2020 年 6 月至 12 月期間，共有 42 位使用決策輔助工具進行治療選擇，其中有 14 位 GBS 病人選擇注射人類免疫球蛋白(IVIG)，28 位選擇進行血漿置換術治療(PE)。由於樣本數較小，成效評估的統計方式採無母數檢定，類別資料如失能程度變化及不良事件以 Fisher 氏精確檢定(Fisher's exact test)、連續資料如舒適度及住院天數以 Mann-

表四：實證照護措施的執行結果分析

項目	血漿置換術(n=28)		注射人類免疫球蛋白(n=14)		P
	n (%)	Mean(SD)	n (%)	Mean(SD)	
失能程度變化					0.272 <sup>a</sup>
不變	28 (100.0)		11 (78.6)		
降低	0 (0.0)		3 (21.4)		
不良事件					0.593 <sup>a</sup>
有	3 (10.7)		1 (7.1)		
無	25 (89.3)		13 (92.9)		
舒適度		2.64 (0.78)		8.86 (0.36)	<0.001 <sup>b</sup>
住院天數		42.46 (9.05)		33.50 (9.07)	0.008 <sup>b</sup>
住院花費(萬)		31.03 (5.12)		32.89 (8.21)	0.101 <sup>b</sup>
不良事件花費(萬)		100.05 (20.99)		55.28 (15.55)	<0.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>: Fisher's exact test; <sup>b</sup>: Mann-Whitney U test

Whitney 氏 U 檢定(Mann-Whitney U test)進行兩組間差異統計分析。

在失能程度評值部分，以失能程度量表(disability scale) [24] 來評估 GBS 病人的疾病嚴重程度，結果呈現注射人類免疫球蛋白病人中，有 3 位失能程度狀況由 2 級降低 1 級，其餘病人皆維持原本失能級數，統計結果顯示，兩種治療方式在失能程度上無顯著性差異( $p=0.272$ )(表四)。在不良事件發生率部分，28 位血漿置換術治療中有 3 位發生不良事件(感染 2 件、靜脈栓塞 1 件)，發生率 10.7%，而 14 位注射人類免疫球蛋白有 1 位發生過敏，不良事件發生率 7.1%，統計結果顯示兩種治療在不良事件發生率上，無顯著性差異( $p=0.593$ )(表四)。

在舒適度部分，以數字評定量表(Numerical rating scale, 簡稱 NRS)進行測量，採 10 分量表，得分越高表示舒適程度越高。結果顯示 GBS 病人接受 PE 與 IVIG 的治療，在舒適程度上，選擇採用 PE 治療的病人平均舒適度為 2.64±0.78 分，IVIG 則為 8.86±0.36 分，IVIG 的舒適度顯著高於 PE( $p<0.001$ )。在住院天數部分，選擇 PE 與 IVIG 的住院天數分別是 42.46±9.05 天與 33.50±9.07 天，IVIG 的住院天數顯著低於 PE( $p<0.01$ )(表四)。

在住院花費部分，兩者無不良事件發生的情況下，PE 平均住院花費為 31.03±5.12 萬元，IVIG 為 32.89±8.21 萬元，兩者的住院花費未達顯著差異( $p=0.101$ )，但一旦發生不良事件，PE 平均花費約

需 100.05±20.99 萬元，IVIG 則為 55.28±15.55 萬元( $p<0.001$ )(表四)，以醫療花費而言，IVIG 具有住院天數較短、不良事件產生之醫療花費較少的優點。

導入 SDM 協助病人依個別需求做治療決定，推行後顯示，兩種治療方式在失能程度上和不良事件，均無顯著性統計上的差異，與文獻[8, 22]中所呈現的結果是相同的。然而，進一步分析病人舒適度、住院天數、及發生不良事件後的醫療花費，IVIG 顯著優於 PE。

再者，筆者於臨床上觀察到病人和家屬表示，GBS 醫病共享決策輔助工具，將艱澀困難的醫學常識以淺顯易懂的內容呈現，幫助他們了解 GBS 的治療差異，並且能夠參與治療決策，選擇適合自己之治療方案，有助於減輕面對醫療抉擇時的焦慮度。由此可知當實證文獻評讀後，無法提供有效或單一的臨床建議時，導入 SDM 可讓病人對治療選擇有更多的了解，幫助病人做出適合自己的治療決策。

## 討論與結論

實證實務在台灣已推行多年，有關實證實務運用的阻礙，研究多著眼於臨床人員或機構支持因素，如：工作繁忙、知識技巧不足、語言能力不足、機構提供支持不足等[25-26]，少數文獻提到文獻推論性不足也會造成臨床運用上的阻礙[26]，然而當醫療照護者克服了實證知識技巧問題，有能力搜尋實證文獻並完成評讀後，面臨現有的研究結果無法

提供明確的照護建議的阻礙，此時醫療照護人員該如何將實證結果進行臨床運用，則鮮少被討論。

本文試圖運用實證實務解決 GBS 病人決策困擾，GBS 由於疾病進展快速，越早接受治療，能儘早減緩疾病持續惡化及神經功能受損，因此病人必須在很短的時間內作治療決策，因而產生決策衝突。本團隊在搜尋實證文獻過程中發現，無法由現有文獻中提出具體可遵循的臨床解決方案，因此我們在實證實務運用的過程中，導入醫病共享決策的概念，協助 GBS 病人解決治療方式的抉擇困擾，SDM 的導入，不止輔助實證照護需要考量病人價值觀與期望的內涵，對病人自主權的尊重，也可解決實證文獻無法提供最佳治療方式的問題。

再者，本文進一步分析病人舒適度、住院天數、及發生不良事件後的醫療花費成效，結果顯示 IVIG 顯著優於 PE，由於此方面的運用實證證據較少，因此建議未來研究可針對 GBS 病人治療舒適度、不良事件醫療花費進行大樣本探討，以提供更多實證結果供臨床實務參考。

本文所提出的相關實證實務經驗，較少在文獻中有實務上的論述，因此當文獻中研究證據的結果無法協助臨床判斷時，建議在實證實務轉譯的過程中，可導入 SDM 概念，協助醫療團隊將實證實務的結果，進行合理的運用，也可使醫病之間達成醫療決策共識，並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

## 聲明

本文章內容之利益衝突：無。知情同意：無。受試者權益：非人體或動物實驗。

## 參考文獻

- Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FA, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol* 2019; 15:671-83.
- Shang P, Feng J, Wu W, et al. Intensive care and treatment of severe Guillain-Barré syndrome. *Front Pharmacol* 2021;12:608130.
- 陳杰峰、陳可欣、譚家偉：化知識為行動：GRADE 於系統性文獻回顧與臨床指引之應用。考科藍臺灣研究中心，2018。
- Nguyen TP, Taylor RS. Guillain Barre Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Feb 7.
- Estridge R, Iskander M. Understanding Guillain-Barré syndrome. *JAAPA* 2015;28:19-22.
- 張美惠、陳偉立、鄧新棠：Guillain-Barré 症候群之治療。藥學雜誌電子報 2010;26:26-32。
- Patel P, Darshil SD, Jani C, et al. Outcomes of patients presenting with Guillain-Barre syndrome at a tertiary care center in India. *BMC Neurol* 2022;22:151.
- Maheshwari A, Sharma RR, Prinja S, et al. Cost-minimization analysis in the Indian subcontinent for treating Guillain Barre syndrome patients with therapeutic plasma exchange as compared to intravenous immunoglobulin. *J Clin Apher* 2018; 33:631-7.
- Liu S, Dong C, Ubogu EE. Immunotherapy of Guillain-Barré syndrome. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14:2568-79.
- Brem MD, Jacobs BC, Rijs, WV, et al. IVIG induced plasma blasts inpatients with Guillain-Barré syndrome. *Ann Clin Transl Neurol* 2018; 6:129-43.
- 陳品蓉、徐雅含、黃永詮等：醫病共享於重症肌無力。台灣醫學 2021;25:118-22。
- 陳思穎、陳玠伊、彭靖舒等：醫病共享決策-以 Three talk model 為例。臨床醫學月刊 2018; 81:342-7。
- Ubbink DT, Damman OC, de Jong BA. Shared decision-making in patient with multiple sclerosis. *Front Neurol* 2022; 11:1-7.
- 李婉菱、張慈惠、黃嗣棻：醫病共享決策之概念與實務。台大護理雜誌 2021;17:5-13。
- 衛生福利部：醫病共享決策平台共享資源。台北：衛服部，2022。https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/xmdoc/cont?xsmsid=0M097527397785648684/ Accessed April 5, 2023.
- 李思潔、彭仁奎、黃獻樑等：緩和醫療之醫病共享決策。台灣醫學 2021;25:262-7。



17. 楊榮森、楊宗翰：醫病共享決策臨床實務與挑戰。台灣醫學 2020;24:652-8。
18. Marta MC, Manuel MD, Luciano M, et al. Evaluation of the use of shared decision making in breast cancer: International survey. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:2128-43.
19. Mitropoulou P, Grüner-Hegge N, Reinhold J, et al. Shared decision making in cardiology: A systematic review and meta-analysis. *Heart* 2022;109:34-9.
20. Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas, C, Delgado-Marroquín, MT, et al. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in primary health care: A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:e21389.
21. Scalia P, Durand MA, Elwyn G. Shared decision-making interventions: An overview and a meta-analysis of their impact on vaccine uptake. *J Intern Med* 2022;291:408-25.
22. Hughes RA, Swan AV, Van PA. Intravenous immune-globulin for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014:CD002063.
23. Diener HC, Haupt WF, Kloss TM, et al. A preliminary, randomized, multicenter study comparing intravenous immunoglobulin, plasma exchange, and immune absorption in Guillain-Barré syndrome. *Euro Neurol* 2001;46:107-9.
24. Koningsveld R, Steyerberg EW, Hughes R, et al. A clinical prognostic scoring system for Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol* 2007;7:589-94.
25. Clarke V, Lehane E, Mulcahy H, et al. Nurse practitioners' implementation of evidence-based practice into routine care: A scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2021;18: 180-9.
26. Paci M, Faedda, G, Ugolini A, et al. Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Qual Health Care* 2021;33:093p.

# Shared Decision Making for Patients with Guillain-Barre' Syndrome

Yu-Li Lin<sup>1,2</sup>, Li-Yu Chien<sup>2,3</sup>, Ming-Feng Liao<sup>4,5</sup>, Hung-Ju Chen<sup>3,6</sup>

**Abstract:** Guillain-Barré Syndrome (GBS) manifests with a rapid progression during the acute phase, an early decision is required to be made regarding the treatments between plasma exchange (PE) and intravenous immunoglobulin (IVIG) in order for the reduction in disease exacerbation and improvement of patient prognosis. This study aims to apply evidence-based practice with shared decision-making (SDM) to address the treatment selection dilemma in GBS patients. Employing evidence-based practice process, we formulated a clinical question with PICO, followed by a comprehensive literature search and critical appraisal. After appraisal, it is revealed no statistical significance was found between PE and IVIG for the disability progression and adverse event incidence in GBS. Therefore, SDM was employed during the application phase of evidence-based practices, and a patient decision aid based on literature was developed. From June to December 2020, this study was implemented in a neurology ward of a medical center in northern Taiwan. Outcome measures were conducted with disability progression, adverse events, patient comfort level, length of hospitalization, and associated healthcare expenditures. A total of 42 GBS patients participated, with 14 with IVIG and 28 with PE. Findings revealed no significance in disability progression and adverse event between patients with the two treatments ( $p > 0.05$ ). However, in terms of patient comfort levels, duration of hospitalization, and cost of adverse events patients, IVIG demonstrated a significant advantage over PE ( $p < 0.05$ ). This study proposes an integration of evidence-based practices with shared decision-making for practical clinical implementation, serving as a clinical reference. It is suggested that future research endeavors should focus on comprehensive exploration of patient comfort, and healthcare expenditures in a larger GBS patient research, contributing further empirical evidence for clinical decision-making.

**Key Words:** Guillain-Barre Syndrome, evidence-based practice, plasma exchange, intravenous immunoglobulin, shared decision making

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2024;28:405-14) DOI:10.6320/FJM.202407\_28(4).0002

---

<sup>1</sup>Department of Nursing, Taipei Chang Gung Memorial Hospital, Taipei; <sup>2</sup>Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology; <sup>3</sup>Department of Nursing, Linkou Chang Gung Memorial Hospital; <sup>4</sup>Department of Neurology, Linkou Chang Gung Memorial Hospital; <sup>5</sup>Department of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan.

Received: December 11, 2023

Accepted: February 2, 2024

Address correspondence to: Hung-Ju Chen, Department of Nursing, Linkou Chang Gung Memorial Hospital, No. 5, Fuxing St., Guishan Dist., Taoyuan, Taiwan. E-mail: q22079@cgmh.org.tw. Li-Yu Chien, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, No. 261, Wenhua 1st Rd. Guishan, Taoyuan, Taiwan.

E-mail: lychien@mail.cgust.edu.tw