

創刊日期：1984 年 12 月 15 日
出版機關：行政院衛生署疾病管制局
發行人：張峰義
總編輯：賴明和
執行編輯：吳麗琴、劉繡蘭
電話：(02) 2395-9825
地址：臺北市中正區林森南路 6 號
網址：<http://teb.cdc.gov.tw/>
文獻引用：
[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2010;26:[inclusive page numbers].

2005 年藥癮新增感染人數達到高峰，佔當年度新感染者 72.5%，而後因政府大力推動減害計畫後，藥癮新增感染人數已逐漸趨緩。2008 年新增感染者中，不安全性行為佔 76.9%，注射成癮性藥物共用針具佔 21.7%，顯見因不安全性行為而感染愛滋病毒比例目前已遠大於藥癮愛滋。

國外研究指出，愛滋病毒感染者在感染後常會有憂鬱、自責、罪惡感、社交隔離的情形，且在生理、社會心理上將面臨許多的不確定因素，影響其生活甚鉅[2-3]。

國內自 1998 年引進雞尾酒療法後，感染者的存活期已大為延長。若感染者因無法做好自我健康管理，而未規則服藥易產生抗藥性[4]，加以愛滋病毒變異快速，且相關併發症複雜，愛滋病毒將持續蔓延。

1992 年美國疾病管制中心，發展「預防個案管理」(Prevention case management, PCM)，其藉由衛教及降低危險行為之行為介入，以避免愛滋病毒的傳播[5-6]。亦有研究顯示透過門診定期衛教可降低感染者不安全性行為的次數[7]。

衛生署疾病管制局於 2005-2006 年試辦「愛滋病毒感染者行為治療醫療給付試辦計畫」，2007 年擴大辦理「愛滋病個案管理師試辦計畫」，共 18 家醫院加入本計畫，並於 2008 年起修正為「愛滋病個案管

理師計畫」，目前加入計畫醫院共 24 家，51 位個案管理師，本計畫目的在提供愛滋感染者個案管理服務，除提昇醫療照護效果，同時建立感染者自我健康管理機制，鼓勵醫療院所確實負擔感染者輔導照護及衛教諮詢之責任，亦期藉此連結社政單位與醫療服務體系的支援網絡，以提供弱勢者收容、收養單位具體的後援機制，亦可逐步提高感染者就醫率進而提昇感染者安全行為執行率，避免再次傳染，遏止愛滋蔓延。

在本計畫中，個案管理師透過收案及每 3 個月定期追蹤諮詢服務之過程，提供愛滋病毒感染者生理、心理及社會三方面的衛教與諮詢服務，輔導其進行自我健康管理，並建立社會支援網絡(衛生醫療資源、民間團體、社政支援、工商資源等)，協助其獲得必要的支援。

材料與方法

- 一、研究對象：本研究以 2007-2008 年間初次收案者為對象，共計 4,672 人。
- 二、資料來源：資料來源為本局「慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統」及健保局提供之愛滋醫療費用申報資料。
- 三、研究目的：
 - (一) 瞭解研究對象之基本人口學變項及就醫情形之現況。
 - (二) 探討研究對象之行為改變情形。

結果

一、收案分析

(一) 收案情形

在 2007-2008 年間初次收案共計 4,672 人，其中 2007 年收案 2,585 人(55.3%)，2008 年收案 2,087 人(44.7%)，另於當年度新診斷且收案者，2007 年共 580 人，2008 年 712 人(表一)。2007-2008 年新增感染者中為個案管理醫院通報者共 1,402 人。

表一、個案初次收案情形 (N=4,672)

	人數	%
收案年度		
2007年	2,585	55.3
2008年	2,087	44.7
當年度通報且收案者		
2007年新通報且於2007年收案	580	44.9
2008年新通報且於2008年收案	712	55.1

(二) 收案日距

分析初次收案日期距離通報日期的時距，以1個月內者比例最高(1,003人，21.5%)、其次分別為5年以上(845人，18.1%)、2~3年(770人，16.5%)、1~2年(765人，16.4%)(表二)。

表二、初次收案日期距離通報日期的時距 (N=4,672)

時距	人數	%
1個月內	1,003	21.5
1個月~半年	352	7.5
半年~1年	266	5.7
1~2年	765	16.4
2~3年	770	16.5
3~4年	464	9.9
4~5年	207	4.4
5年以上	845	18.1

(三) 收案與未收案就醫情形

2007年新通報且未於通報日期一年內死亡者，共1,870人，其中危險因子為性行為者共1,144人，藥癮行為者共710人，但因藥癮行為個案常會因入獄而中斷就醫，影響本研究結果，故僅以性行為者分析。比較2007年新通報個案距離通報日期一年內門診就醫情形，發現收案者就醫較積極，就醫4次以上(79.3%)比未收案者(55.2%)高二成(表三)。

表三、2007年新通報個案距離通報日期一年內門診就醫情形 (N=1,870)

距離通報日期一年內門診就醫情形	2007年新通報且未於通報日期一年內死亡者 (危險因子為性行為)			
	於2007年收案者		迄2009/6/30未收案者	
	人數	%	人數	%
就醫次數0次	2	0.4	118	23.2
就醫次數1次	19	3.9	46	9.0
就醫次數2次	34	7.0	33	6.5
就醫次數3次	45	9.3	31	6.1
就醫次數4次及以上	383	79.3	281	55.2
總計	483	100	521	100

基本人口學分布方面，男性4,237人(90.7%)，女性435人(9.3%)，年齡層分布上，20-49歲即佔了9成，教育程度方面，以高中(1,406人，30.1%)最高，婚姻狀況方面，則以未婚(3,443人，73.7%)最高，工作性質方面，以無業(1,226人，26.2%)最高。

比對本局資料庫發現初次收案個案之危險因子，以同性間性行為所佔比例最高(1,853人，39.7%)，其次為靜脈藥癮者(1,371人，29.4%)、異性間性行為(1,079人，23.1%)。

二、行為改變

本計畫研究對象4,672人，針對其中至2008年底曾完成個管複診資料者共4,045人，進行下列分析：

(一) 性行為

分析個案性行為改變情形，比較初次收案與最近3個月的追蹤複診，有固定性伴侶的比例由61.1%升至76.6%；發生性行為時有告知性伴侶本身感染愛滋病的比例由53.1%升至65.6%(表四)。

表四、個案性行為改變情形

	初次收案 最近 6 個月 有性行為者 (n=1,954)		複診追蹤 最近 3 個月 有性行為者 (n=1,092)	
	人數	%	人數	%
有固定的性伴侶嗎				
沒有	756	38.7	253	23.2
有	1,193	61.1	836	76.6
不詳	5	0.3	3	0.3
發生性行為時有否告知性伴侶本身愛滋感染情形				
沒有	885	45.3	361	33.1
有	1,038	53.1	716	65.6
不詳	31	1.6	15	1.4

(二) 藥癮行爲

曾使用成癮性藥物者在使用成癮性藥物方面，比較其初次收案與最近 3 個月的複診追蹤情形，已加入清潔針具計畫者的比例由 28.2% 升至 32.6%，已加入替代療法計畫者的比例由 71.3% 升至 82.4% (表五)。

表五、個案曾使用/吸食/注射過成癮性藥物行爲

	初次收案 最近 6 個月曾使 用/吸食/注射過 成癮性藥物者 (n=755)		複診追蹤 最近 3 個月曾使 用/吸食/注射過 成癮性藥物者 (n=426)	
	人數	%	人數	%
個案是否已加入 清潔針具計畫				
沒有	443	58.7	258	60.6
有	213	28.2	139	32.6
不詳	99	13.1	29	6.8
個案是否已加入 替代治療				
沒有	123	16.3	49	11.5
有	538	71.3	351	82.4
不詳	94	12.5	26	6.1

(三) 服藥行爲

比較就醫與服用雞尾酒療法情形方面，初次收案與最近 3 個月，按時就醫的比例由 60.9% 提升至 87.6%，按時服藥的比例由 31.5% 提升至 51.0% (表六)。

表六、個案就醫與服用雞尾酒療法情形

	初次收案 (n=4,045)		最近 3 個月 複診追蹤 (n=4,045)	
	人數	%	人數	%
就醫情形				
不合作	83	2.1	107	2.7
四處看診	15	0.4	11	0.3
想到時才來	372	9.2	361	8.9
按時就醫	2,463	60.9	3,545	87.6
本次初次就醫	1,108	27.4		0
不詳	4	0.1	21	0.5
服用雞尾酒療法情形				
按時服藥	1,274	31.5	2,061	51.0
有時忘記服藥	490	12.1	190	4.7
不關心服藥	96	2.4	65	1.6
拒服藥	46	1.1	51	1.3
尚未開始服藥	2,102	52.0	1,649	40.8
不詳	37	0.9	29	0.7

討論

根據以上資料以及執行本計畫時所發現，提出探討分析如下：

- 一、比較 2007 年新通報個案距離通報日期一年內門診就醫情形，發現未收案者，在通報一年內仍有 23.2% 未就醫，而收案者，僅有 0.4% 未就醫，顯見本計畫在協助就醫上有其重要性，並應於未來加強新通報感染者之收案管理，以提升其規則性就醫。
- 二、透過 2007 年新通報個案距離通報日期一年內門診就醫情形，亦發現在加入個管計畫中之新通報個案仍有約 4% 就醫

次數未達 2 次，因本計畫於 2007 年開始執行，未來可持續分析以了解個案就醫次數低的原因，並可透過教育訓練提升個案管理師在建立關係上的能力，以減少其管理個案的流失。

- 三、初次收案個案與目前我國感染者年齡層分布比例，大致上呈現相同的比例，唯 20-29 歲收案比例略低於同年齡層感染者之比例，若能透過本計畫收案，儘早讓此年輕族群建立規則就醫的行為模式及自我健康照護的行為，除可避免抗藥性的發生，亦可藉由本計畫之定期衛教諮詢，降低不安全行為的發生。
- 四、雖然初次收案日期距離通報日期的時距，以 1 個月內者比例最高 (1,003 人，21.5%)，然而 2007 年及 2008 年新增感染者數分別為 1,934 人及 1,750 人，其中為個案管理醫院通報者為 1,402 人，因此可透過增加個案管理醫院數及鼓勵醫院收案管理新感染者等方式，以增加新通報個案的管理人數，減緩新通報個案面對感染愛滋病毒的心理衝擊。
- 五、藉由定期之衛教諮詢，比較個案在初次收案及最近 3 個月的複診追蹤，在性行為及藥癮行為次數上均有減少的情形，且有性行為個案在固定性伴侶的比例上從 61.1%提高至 76.6%外，對於性伴侶的告知亦從 53.1%提升至 65.6%，在藥癮行為上，參加清潔針具及替代療法計畫也稍有提升；比較就醫與服用雞尾酒療法情形方面，按時就醫的比例由 60.9%提升至 87.6%，按時服藥的比例由 31.5%提升至 51.0%。

結論

由於個案管理師計畫兼顧防疫及提升醫療照護品質，對於特定個案，可透過鼓勵收案管理，減緩其心理衝擊，協助個案建立規則就醫模式避免抗藥性的產生，並藉由定

期之衛教諮詢以增加安全行為的執行，持續其自我管理，避免再次傳染或感染，遏止愛滋之蔓延。

此外，除了收案管理之個案外，本計畫亦提供個案之接觸者篩檢，藉由篩檢及其前後諮詢之過程，對高危險族群進行衛教服務，減少其高風險行為，並於 2009 年計畫中，鼓勵執行醫院進入社區，至高危險族群聚集處所，提供外展篩檢服務，並於校園同志社團進行篩檢及衛教，以擴大本計畫服務範圍。

目前我國之個案管理師計畫仍屬發展階段，除了逐步修正計畫內容，以提供更適切的服務，由於個案管理師是第一線的實務工作者，若可透過教育訓練、督導及支持系統，加強個案管理師之自我覺察與運用社會資源能力，則更能提供適切的衛教諮詢與社會資源之連結。

參考文獻

1. Taiwan CDC. The Statistics of HIV/AIDS. Available at http://www.cdc.gov.tw/sp.asp?xdurl=disease/disease_content.asp&id=2215&mp=1&ctnode=1498#7
2. Kemeny ME, Weiner H, Taylor SE, et al. Repeated bereavement, depressed mood, and immune parameters in HIV Seropositive and seronegative gay men. *Health Psychology* 1994;13:14-24.
3. Brashers DE, Neidig JL, Russell J. A. et al. The medical, personal and social causes of uncertainty in HIV illness. *Issues in Mental Health Nursing* 2003;24:97-522.
4. Taiwan CDC. Guidelines for diagnosis and treatment of HIV/AIDS. 2008. Available at <http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/83241619571.pdf>
5. CDC. HIV prevention through case management for HIV-infected persons

- selected sites, United States, 1989-1992. MMWR 1993;42:448-9,455-6.
6. CDC. HIV prevention case management: Literature review and current practice. Department of Health and Human Services.1997.
7. Fisher JD, Fisher WA, Cornman DH, et al. Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduces unprotected sexual behavior among HIV-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2006;41:44-52.

台灣首例符合 Brighton Collaboration 診斷定義之 Guillain-Barré syndrome 病例報告

鄒宗珮^{1,2}、陳長江³、郭璨銘³、黃婉婷⁴

1. 衛生署疾病管制局第二分局
2. 衛生署疾病管制局衛生調查訓練班
3. 衛生署新竹醫院
4. 衛生署疾病管制局疫情中心

摘要

我國自民國 98 年 11 月 1 日開始施打 H1N1 新型流感疫苗以來，疾病管制局除了動員公衛及醫療體系進行接種作業所需相關整備，對於施打疫苗後不良事件的監測更是確保人民健康及疫苗安全不可或缺的一環。在各種被通報及監測的不良事件中，由於過往疫苗接種的經驗及疾病本身病理生理學的特殊性，又以神經系統相關的不良事件——尤其是 Guillain-Barré syndrome (GBS)——最為人所關注。

本病例報告敘述我國首例施打 H1N1 新型流感疫苗後發病並經判定為符合 Brighton Collaboration 診斷定義，於疫苗接種後時序發生之 GBS 個案，然此個案定義

並不隱含其神經疾病與疫苗接種有因果關係，亦不代表該疾病為疫苗所引起。同時簡介 Brighton Collaboration 監測疫苗接種後神經系統相關不良事件使用之監測病例定義。

關鍵字：新型流感疫苗，疫苗不良事件，Guillain-Barré syndrome

前言

Guillain-Barré syndrome (GBS) 是一種急性周邊神經系統病變，也是在已開發國家造成急性無力肢體麻痺最常見的原因。臨床表現包括程度不一的肢體無力、感覺異常及自主神經系統異常，依神經系統受影響的部位又可進一步區分為數種類型，包括 Fisher syndrome (FS)、acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP)、acute motor axonal neuropathy (AMAN) 及 acute motor and sensory neuropathy (AMSAN) 等。各國統計之發生率多介於每年每 10 萬人 1 到 4 例間，且發生率隨年齡增加而上升[1, 2]。造成 GBS 的機轉，目前認為是由於人體產生攻擊周邊神經系統的自體免疫抗體所致；自體免疫抗體可在各種刺激後產生，特別是病毒或細菌感染。據統計，約三分之二的 GBS 患者在發病前數天至數週曾有感染性疾病病史，其中又以 *Campylobacter jejuni* 感染最常見，其他包括流感病毒、黴漿菌、Epstein-Barr 病毒及巨細胞病毒等感染也曾被指出可能和 GBS 有關[3]。

關於接種疫苗與 GBS 相關性之研究，起因自 1976 年美國針對豬流感 (A/New Jersey/1976) 流行之大規模疫苗接種計畫。在 1976 年 10 月至 12 月間，全美國共有超過 4500 萬人接種豬流感疫苗，後續監測則發現有超過 500 名患者於接種疫苗後診斷 GBS 被通報。世代研究發現接種者於接種後 6 至 8 週內 GBS 發病危險性為未接種者之 6 至 8

倍，該接種計劃也因而中止[4]。然而除此大規模流行病學研究之證據外，對於 1976 年豬流感疫苗造成 GBS 之真正機轉仍然不明，後續關於其他季節性流感疫苗是否會造成 GBS 發病危險性增加的流行病學研究也沒有一致結論[5-7]。爲了使全世界流行病學家在監測疫苗接種不良事件時，對各不良事件的認定有統一的標準，以增加不同監測資料之可比較性，由來自各國之流行病學、公共衛生、藥學及醫學等專家在 2000 年間成立非營利性之 Brighton Collaboration[8]，在近年間制訂了許多關於疫苗接種不良事件的操作型定義，目前漸被世界上大多數臨床試驗及上市後監測系統所採用[9]。

我國針對此次新型流感疫苗接種之不良事件監測，包括被動監測及主動監測兩部份。被動監測乃由民眾或醫療機構直接向衛生單位通報任何於接種疫苗後發生，無法排除與疫苗相關之不良事件。主動監測則勾稽接種紀錄及健保資料庫之特定診斷碼，計算於疫苗接種後產生包括神經病變(含 GBS)、心臟病變、腦中風、嚴重過敏、自然流產、死胎等診斷之機率是否高出對照組。對於嚴重不良事件及特殊關注不良事件(如 GBS、中樞神經系統免疫疾病、抽搐或痙攣、腦脊髓膜炎、顏面神經麻痺、嚴重過敏反應、血管炎等)，則於接獲通報後調閱病歷以確定診斷。

疾病管制局於民國 99 年 1 月 5 日接獲通報一例疑似接種新流感疫苗後死亡個案，且於病歷記載有 GBS 診斷。本文簡述此一病例，並介紹利用 Brighton Collaboration criteria 評估疫苗接種後 GBS 診斷的程序。

病例簡介

個案爲一名五十四歲男性，有糖尿病、慢性腎臟疾病、高血壓、冠狀動脈心臟病史，並於民國 98 年 8 月間因末期腎臟疾病開始接受規則血液透析治療。民國 98 年 11 月 18 日因重大傷病身份接種新型流感疫

苗，接種當日無不良反應。

接種後約兩天，個案出現雙膝疼痛、下背痛及雙腿無力現象，於同年 11 月 24 日至 12 月 15 日間因發燒及上述症狀住院治療。住院期間血液培養爲 methicillin 抗藥性金黃色葡萄球菌 (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA) 陽性，因菌血症原因不明給予抗生素治療。神經症狀方面則予以安排脊椎核磁共振，發現在第三/四節及第四/五節腰椎間有椎間盤突出，第八至十一節胸椎有疑似血管瘤(hemangioma)之影像變化，隨即照會神經內科、骨科及神經外科醫師會診。11 月 30 日神經內科醫師會診之神經學檢查包括肌力、深肌腱反射 (deep tendon reflex) 等並無異常，診斷爲腰椎椎間盤突出及肌筋膜疼痛 (myofascial pain)。骨科及神經外科會診亦顯示相同結論，由於不符合手術治療之適應症，病患於完成抗生素治療病情穩定後即返家休養。

個案於民國 98 年 12 月 21 日返門診，主訴仍爲下背痛。12 月 24 日因發燒再度入院，血液培養仍持續爲抗藥性金黃色葡萄球菌陽性，同時併有左前臂動靜脈瘻管感染併皮下膿瘍形成。由於此次住院同時有全身(特別是雙下肢)無力之主訴，故於入院隔日即再度照會神經內科評估。12 月 25 日神經學檢查紀錄顯示個案眼球運動及顏面神經均無異常，但雙上肢肌力爲三至四分，雙下肢肌力爲三分(正常應爲五分)，雙側上下肢深肌腱反射均消失，但雙側腳底反射 (Babinski sign) 正常。神經科醫師之臆診爲 GBS 或糖尿病神經病變 (diabetic neuropathy)，醫囑安排神經傳導檢查。12 月 30 日進行上下肢運動神經傳導速度測定、感覺神經傳導速度測定、F 波及 H 反射檢查。個案於雙側上肢 (尺神經、正中神經) 及下肢 (腓神經、腓腸神經) 均無法測得感覺神經電位。雙側正中神經、脛神經及右側尺神經之動作電位下降，左側尺神經及雙側腓神經則無法測得動作電位。雙側正中神經、腓神經及左側尺神經

均無法測得 F 波，雙側脛神經及右側尺神經則有 F 波傳導延遲之現象(prolonged F-wave latencies)，同時雙側脛神經 H 反射均消失。根據神經傳導檢查結果研判個案具有脫鞘型多發性感覺及運動神經病變，與 GBS 之神經電生理變化相符。

後續病程記錄中記載個案神經學症狀並無明顯恢復或惡化，可在家人攙扶下短暫步行，但肌力及反射仍異常。由於 GBS 診斷日至個案主訴發病日已超過一個月，故未進行腦脊髓液檢查，亦未給予血漿置換術治療，僅給予復健等支持療法。住院期間進行多次血液電解質檢查，包括鈉、鉀、鈣及磷離子均在正常範圍內。

個案於民國 98 年 12 月 24 日至 99 年 1 月 2 日住院間狀況穩定，接受抗生素治療菌血症。然在 99 年 1 月 3 日下午突然失去意識、呼吸中止及休克，經急救後轉入加護病房。因在積極治療下，生命徵象仍未見好轉，家屬於同日申請自動出院，個案於當晚過世。主要出院診斷為猝死、GBS、左前臂動靜脈瘻管感染併皮下膿瘍形成及抗藥性金黃色葡萄球菌菌血症。

Brighton Collaboration 關於接種疫苗後 GBS 個案之監測定義

Brighton Collaboration 於 2005 年成立的 GBS 工作小組在 2009 年發表了正式版的接種疫苗後 GBS 個案監測定義及指引[9]，除介紹 GBS 外，尚包括臨床個案定義，及疫苗接種不良事件監測系統該如何對此類個案進行資料收集和分析等三大部份。制定此一個案定義之目的並非協助臨床診斷或治療，而是希望不良事件監測系統在判定通報個案是否為 GBS 時，能有一兼具敏感性及特異性的統一標準，以使後續資料分析更加精確與可比較。同時此個案定義並不隱含與疫苗接種有因果關係，診斷確定強度越高，也不代表因果相關性越高；亦即，符合定義的通報個案僅代表其為一符合國際標準定義於疫苗接種後時序發生之 GBS 確診個案，並不代表其神經疾病為疫苗所引起。

和所有 Brighton Collaboration 的疫苗接種後不良事件定義相同，GBS 的診斷確定強度也分為四個等級 (level 1 - 4) (表)，其中 level 1 - 3 是診斷確定強度依次減弱的確認 GBS 個案，level 4 則僅為通報個案而非診斷

表、Brighton Collaboration 對於 GBS 之臨床個案定義

診斷條件

- (A) 雙側肢體低張性無力 (Bilateral AND flaccid weakness of the limbs)
- (B) 無力之肢體深肌腱反射下降 (Decreased or absent deep tendon reflexes in weak limbs)
- (C) 病程單一，且發病至神經症狀最嚴重之時間間隔介於 12 小時至 28 天，並在此後達到臨床穩定狀態 (Monophasic illness pattern AND interval between onset and nadir of weakness between 12 hours and 28 days AND subsequent clinical plateau)
- (D) 符合 GBS 之神經電生理檢查變化 (Electrophysiologic findings consistent with GBS)
- (E) 腦脊髓液檢查有細胞蛋白分離現象(腦脊髓液蛋白質濃度超過標準，且白血球數小於 50/ul)(Cytoalbuminologic dissociation)。
- (F) 無其他替代診斷(Absence of an identified alternative diagnosis for weakness)。

診斷確定強度

- Level 1: 符合(A)至(F)所有條件。
- Level 2: 符合(A)、(B)、(C)、(F)，及(D)或(E)中任一項。
- Level 3: 符合(A)、(B)、(C)、(F)。
- Level 4: 不符合 level 3 條件之所有通報個案。

確認個案。世界衛生組織為監測 H1N1 新型流感疫苗與 GBS 間之相關性，與歐美先進國家合作建立國際 GBS 個案登錄系統，參與各國在監測進行期間，每例 GBS（無論有無施打 H1N1 新型流感疫苗）均經由標準化個案收集表收集病程與就醫資料。個案收集表中各個不同的資料項目，各自有其建議採用的資料來源 (preferred data sources)，包括病程紀錄、會診紀錄、出院病歷摘要等，例如神經學檢查結果最好由神經科醫師之會診紀錄、病程紀錄或復健紀錄取得，以確保高可信度。

填寫個案收集表的第一步，首先需確定個案病歷上確曾出現 GBS 診斷，其次是排除其他可能診斷，常見的包括電解質異常(高鎂血症、低磷血症或因鉀離子濃度異常導致之肌肉病變)、藥物引起之神經病變、重症神經或肌肉病變(critical illness neuropathy or myopathy)及血管炎等。神經學檢查則需依序填寫四肢肌力、深肌腱反射、腦神經症狀等記錄，同時強調必需填寫病程中最嚴重之情況。由於發病至神經症狀最嚴重之時間間隔為區別 GBS 與其他脫鞘周邊神經病變之重要依據，個案收集表之設計提供了標準化發病日判斷的方法：若病歷上有記載特定發病日期，則以該日期作為發病日；若無法獲知明確的發病日期，則統一將「一至兩週」定義為 11 天，「數週」定義為 21 天，「數月」定義為 120 天；對於最嚴重症狀產生的時間，則強調自發病日算起至少需有 28 天的觀察時間才可下結論。最後則需填寫相關檢查記錄，包括腦脊髓液檢查、神經電生理檢查及影像檢查等。與 GBS 診斷相符之神經電生理檢查異常包括動作電位下降、F 波傳導延遲、運動神經傳導延遲或運動神經傳導速率下降之任一項。

討論

在監測神經系統相關之疫苗不良事件時，由於其臨床表現多元、病程長且鑑別診斷眾多，需仰賴第一線醫師的高警覺性及神經科醫師的臨床經驗才能正確診斷。又由於神經系統疾病造成之感覺或運動相關症狀常影響患者日常生活功能，加以恢復時間及恢復程度難以預期，一旦有疑似事件發生，極容易影響民眾接種疫苗之意願。因此，如何在最短時間內釐清診斷並藉由完整監測資料回答關於其與疫苗相關性的疑問，是當務之急。

我國新型流感疫苗接種之不良事件監測，每日通報資料均由疫情中心統一彙整。具有 GBS 診斷之通報個案則由個案戶籍所在地分局防疫醫師直接前往醫院調閱病歷並與主治醫師、神經科醫師討論，務求詳實了解個案病史、病程，並根據標準化個案收集表判定診斷強度，以做為後續資料分析之依據。

本個案於接種新流感疫苗後於民國 98 年 11 月 20 日起產生神經學症狀，神經學檢查顯示有雙側低張性無力(符合表之條件 A)併四肢深肌腱反射下降(符合表之條件 B)。個案之神經學症狀至 98 年 12 月 24 日住院前(發病 28 天內)已達臨床穩定狀態(符合表之條件 C)，且有動作電位下降或消失、F 波傳導延遲等符合 GBS 之神經電生理檢查變化(符合表之條件 D)。個案之脊椎核磁共振檢查雖顯示椎間盤突出及胸椎疑似血管瘤，但無法完全解釋病患同時產生之上下肢無力症狀，血液電解質包括鈉、鉀、鈣及磷離子均在正常範圍內，故可初步排除其他診斷(符合表之條件 F)，但缺乏腦脊髓液檢驗結果(不符合表之條件 E)。綜上所述，判定本個案為一符合國際標準定義於疫苗接種後時序發生，診斷強度為 level 2 之 GBS 確診個案。然此個案定義並不隱含其神經疾病與疫苗

接種有因果關係，亦不代表該疾病為疫苗所引起。

結論

在疫苗可預防疾病發生率及個案數大幅下降時，大眾轉而將注意力集中於接種後不良事件。針對此次新型流感疫苗接種，我國關於接種後不良事件之通報與監測均比照國際標準，並每週定期公佈資料[10]。由於嚴重不良事件十分罕見，標準化的接種後不良事件定義除有利於各國監測資料間之比較外，也提供了匯整不同來源資料並進行大量分析的機會。這些國際合作、持續的監測能提供更多、更完整的疫苗安全性相關資訊，提供民眾更好的保護。

參考文獻

1. Vucic S, Kiernan MC, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome: an update. *J Clin Neurosci* 2009;16:733-41.
2. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2005; 366:1653-66.
3. Haber P, Sejvar J, Mikaeloff Y, et al. Vaccines and Guillain-Barré syndrome. *Drug Saf* 2009;32:309-23.
4. Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ, et al. Guillain-Barré syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976--1977. *Am J Epidemiol* 1979; 110:105-23.
5. Hughes RA, Charlton J, Latinovic R, et al. No association between immunization and Guillain-Barré syndrome in the United Kingdom, 1992 to 2000. *Arch Intern Med* 2006;166:1301-4.
6. Juurlink DN, Stukel TA, Kwong J, et al. Guillain-Barré syndrome after influenza vaccination in adults: a population-based study. *Arch Intern Med* 2006;166:2217-21.
7. Haber P, DeStefano F, Angulo FJ, et al. Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination. *JAMA* 2004;292: 2478-81.
8. Brighton Collaboration. Available at:<http://www.brightoncollaboration.org>
9. Guillain-Barre syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Available at: http://www.brightoncollaboration.org/intranet/en/index/document_download.regdown.html/GBS%20FINAL.pdf?qualident=MainContentPar.0001.RegDownloadDocuments.60522.DownloadFile
10. Weekly summary on monitoring of vaccine adverse event associated with novel influenza A (H1N1) vaccination. Available at: <http://www.h1n1.gov.tw/lp.asp?ctNode=1547&CtUnit=823&BaseDSD=7&mp=170>