



臺灣腎臟護理學會會訊

中華民國八十七年五月 創刊

發行人：楊素真

總編輯：方秀惠

主編：楊春紀

秘書：江美英

發行所：臺灣腎臟護理學會

行政院新聞局出版事業登記證 局版北字誌字第 2122 號

出版址：台北市大同區南京西路 155 巷 9 號 6 樓之 1

電話：02-25558252

傳真：02-25554553

網 站：www.tnna.org.tw

電子郵件：tnna.member@tnna.org.tw



各位親愛會員，平安！

本期會訊以末期腎臟疾病的 SDM 治療方式選擇，再以末期腎臟疾病常見蛋白質熱量耗損簡介，最後進入安寧緩和醫療評估指引為篇幅，從進入透析一開始的選擇到最後的善終意願，讓病人尚未開始透析前就能意識到疾病過程及最終的選擇，對病人、家屬及醫護人員甚至於醫療資源都有相當程度的助益，感謝參與人員的努力。

2019 年 12 月嚴重特殊傳染性肺炎

(COVID-19)帶給世界很大的難題，目前似乎沒有一個標準的防疫策略指引，各國防疫各自為政。我們則堅持選擇高規格防疫的

「SARS 派」，有經歷過 SARS 的前輩一定不陌生；甚至會有驚恐的氛圍。透析機構無論是透析診所至醫學中心一直都堅守著感染管制原則，避免病人交叉感染，才讓大家在有任何疫情時都能化險為夷，不至於讓血液透析中心陷入危機。

COVID-19 對老人、慢性病患、長期服用類固醇、免疫抑制劑者風險高，透析病人似乎很難置身度外，當第一例透析個案出現，所有的透析中心都應該知道不能等閒視之，所有機構都應以保護工作人員為優先，堅守高規格感染管制原則，保護自己就是保全我們的醫療體系，我們極力防堵若疫情仍然持續，減害就迫在眉睫，用時間換取更多治療的空間，大家勢必要有作戰的決心了。

防疫期間腎臟護理學會的所有活動亦順延，讓所有人員以防疫優先，並期待大家不分彼此；互相分享訊息、互相支持、鼓勵共渡難關，在此再次向所有堅守崗位的第一線人員致敬，大家辛苦了。祝福大家身體健康、一切平安、順心

理事長 楊素真 敬上

2019年11月衛生福利部中央健保署發放的慢性腎衰竭(尿毒症-國際疾病編碼：已將尿毒症的疾病名稱更改為：末期腎疾病)必須定期透析治療者重大傷病有效領證統計-已達到八萬五千七百八十人，台灣每年的洗腎人數每年不斷成長！對末期腎疾病病人來說，維持飲食中蛋白質和熱量攝取需求相對重要，若沒有好好注意飲食、運動、藥物三方面的控制，病人進入第五期腎臟功能衰竭時，即必須面對洗腎的透析方式選擇。很多病人會逃避不願意面對。因此讓病人能對透析治療方式充分瞭解，藉由SDM(醫病共享決策)方式；讓病人選擇適合自己的透析模式，提早心理準備能事先準備瘻管或植管開刀，才不會病人拖到鉀離子上升甚至肺水腫；呼吸喘入院才緊急開始插管透析，不但增加醫療成本支出，同時病人也必須增加更多的痛苦折磨。

同時洗腎是一條漫漫長路；猝死是透析病人死亡最常見的原因，我們應該要尊重人的善終意願，在病人尚未開始透析前就應該探詢，這樣病人才不會在意識不清、甚至在疾病末期家屬還在『救～不救』；是否還要『洗腎』或『不要洗腎』中掙扎。因此教導病人及家屬勇敢面對疾病、做適合的選擇，正向的面對生死的議題，是身為醫療人員的我們責無旁貸的責任。



彰化基督教醫院 藥學部
王奕山 藥劑師

蛋白質熱量耗損(Protein-energy wasting; PEW)常見於慢性腎臟疾病(chronic kidney disease; CKD)的患者，且與不良臨床結果有關聯。主要成因是體內蛋白質儲存和營養物熱量減少的一種狀態。這種異常情形通常與代謝壓力造成相關功能失調有關。由於腎臟病需嚴格限制蛋白質造成營養素攝取下降、加上身體的發炎細胞和激素增加、內分泌失調所造成的維生素D缺乏、副甲狀腺素過高、糖尿病、胰島素抗性、睪固酮減少、罹患多重疾病等因素，造成蛋白質熱量耗損；而這些也會造成慢性腎臟病人的體重減輕、身體質量指數下降、血清白蛋白下降、體脂肪下降、心血管疾病、動脈粥狀硬化、肌肉減少症、生活品質下降、以及住院率跟死亡率上升，進而導致預後不好。

根據國際腎臟營養與代謝學會(International

Society of Renal Nutrition and Metabolism ; ISRAM)

於2007年所訂出的蛋白質熱量耗損之診斷標準，血清生化指標、身體質量、肌肉質量、膳食攝取量四大項中符合三項即可視為蛋白質熱量耗損。對於慢性腎臟疾病的膳食營養建議，口服營養補充劑應每天給與兩到三次，最好是在主餐後一小時補充，可以提供每天額外7~10 kcal/kg的熱量和每天0.3~0.4g/kg的蛋白質，有可能達到每日的建議攝取量。腸道營養可用最少的水分來提供足夠營養，這與較少發生感染併發症相關並且比靜脈營養明顯更便宜。住院患者如果不能經由口補充，可經由鼻胃管餵食達到營養的攝取目標。一些如果有胃輕癱的病史或者不能忍受胃部灌食患者，可以考慮將管路放至小腸(十二指腸或是空腸)部位或是空腸造口。與攝取相同熱量相比，全靜脈營養還需要更多的水分來滿足卡路里和蛋白質的需求。因此全靜脈營養應侷限於那些無法接受腸道營養的患者。在CKD早期階段，會有肌肉功能，運動表現和身體活動異常發生，且隨著末期腎臟疾病進展而急遽下降。因此維持肌肉質量也是CKD病患所必須注意的，可藉由運動來增加胰島素生長因子的肌肉含量，提高肌肉的氧化能力，增加肌肉幹細胞數量。另外運動可以刺激肌肉生長及減少分解。因此鼓勵運動、抗氧化和/或生物生態學等間接介入策略，或如標靶抗細胞因子

療法(Stenvinkel)具有直接抗發炎作用。其他如營養抗氧化劑，長鏈 ω -3 脂肪酸和 cholecalciferol (vitamin D3)也具有抗發炎作用。Pentoxifylline 是一種具有抗發炎作用的藥物，在 CKD 患者中服用可以改善蛋白質分解，同時與平衡的氨基酸混合物結合，增加合成代謝作用。

由於蛋白質在全身體內平衡的代謝和功能重要性，所以保持肌肉質量是慢性腎臟病患者 PEW 管理的最終目標。在正常條件下，蛋白質合成代謝取決於營養素的可用性，尤其是氨基酸，因此維持飲食中蛋白質和熱量攝取需求相對重要。

柒、參考文獻：

1. Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple J, *et al.* A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease. *Kidney Int* 2008; 73: 391-8.
2. Ikizler TA, Cano NJ, Franch H, *et al.* Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int* 2013 May 22. Doi : 10.1038/ki.2013.147.
3. [Jadeja](#) YP. and Kher V: Protein energy wasting in chronic kidney disease: An update with focus on nutritional interventions to improve outcomes. *Indian J Endocrinol Metab.* 2012 Mar-Apr; 16(2): 246–251.
4. Cano NJ, Aparicio M, Brunori G *et al.* ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: adult renal failure. *Clin Nutr* 2009; 28: 401–414.
5. Kopple JD, Wang H, Casaburi R *et al.* Exercise in maintenance hemodialysis patients induces transcriptional changes in genes favoring anabolic muscle. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 2975–2986.
6. Stenvinkel P. Can treating persistent inflammation limit protein energy wasting? *Semin Dial* 2012; 26: 16–19.
7. Stubbs JR, Idiculla A, Slusser J *et al.* Cholecalciferol supplementation alters calcitriol-responsive monocyte proteins and decreases inflammatory cytokines in ESRD. *J Am Soc Nephrol* 2010; 21: 353–361.
8. Perkins RM, Aboudara MC, Uy AL *et al.* Effect of pentoxifylline on GFR decline in CKD: a pilot,

double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Am J Kidney Dis* 2009; 53: 606–616.



台東馬偕紀念醫院血液透析中心 腎臟科
蕭嘉瑩 醫師

生命，是喜悅的。疾病，在醫院裡隨處可見。在我們還年輕的時候，我們首要學習的，是要如何治療疾病。但隨著年齡增長，看了許多的疾病與死亡，慢慢的建立我們對於人生的價值觀。隨著我們進入腎臟照護的行業，看了更多因為需要洗腎才能延續生命的患者，我們對於透析這個治療，應該會有更多的反省與思考。

根據美國腎臟資料庫之報告顯示全球 ESRD 發生率及盛行率，台灣均居第一位。隨著全民健保的制度，讓我國的醫療可近性與可獲得性皆為全世界首屈一指。也隨著我們高水準的照顧，透析患者的存活率也隨之上升。在我所照護的病人，有跑遍國外做生意的大老闆，有順利完成大學學業出國前往日本畢業旅行的小男孩，也有在電視上家喻戶曉的演藝人員。他們在生活上的努力，也都成為我在鼓勵面臨透析患者猶豫不決時的好例子。但是有部分患者，特別是意識不清、疾病末期(癌末、器官衰竭)，若合併有腎臟衰竭需透析時，家屬往往可以理解病情，並且同意不進行透析，或是中止透析療程。

根據本院與國外的研究，猝死是透析病人死亡最常見的原因。其比率約佔所有死亡之五分之一至四分之一。而隨著年齡增加，猝死的機會也隨之增加。另外，因心律不整導致病患猝死的比率為最高。當常規透析患者年紀大、共病多、症狀困擾多、多需依賴家庭照顧時，相較於其他疾病族群(如癌症)之死亡率更高。但即使如此，相

較於美日，我國的預立醫療指示或是 DNR 醫囑皆較低。可能原因是傳統觀念，晚輩往往不知如何開口與長輩討論生死大事，認為討論死亡是不祥的。又或是礙於其他人的眼光，認為「不積極救治」，是不孝的行為。於是乎在眾人的眼光與傳統觀念之下，患者平白折騰了更多時日。有的時候，無論醫療如何救治，患者終究離去，而有的時候，患者沒有了意識，但是拖著一身皮囊，需要長期照顧下，給家庭帶來的負擔。

根據本國生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引，認為對於慢性腎臟病人的善終意願，應在病人尚未開始透析前就探詢。對於大部分人而言，生命的善終是指沒有身體上的痛苦和自然死亡，但更廣義的說，善終還包含有時間和親人相處、道謝、道別，以及不構成親人的負擔。對於患者來說，由醫師開啟這個話題，似乎是比較能夠接受的，但是最好的時機點，必須要審慎評估，視個別狀況以及在建立起良好的醫病關係之後，在適當的時機提出，以免讓患者焦慮或是對於透析失去信心與希望。

在以往，提及死亡可能是非常大逆不道的行為。但隨著觀念的改變，社會氛圍的變化，死亡這件事情，已經是醫學界以及社會開始重視的一環。如何幫助我們的病人，認知與推廣如何勇敢面對疾病、面對生死，會是身為醫療人員的我們，很重要的一個課題。



台東馬偕紀念醫院 血液透析中心

侯佩賢 護理師

台灣末期腎臟病發生率為每百萬人人口 476 人；盛行率為每百萬人人口 3317 人均為全世界第一 (USR, 2017)，目前台灣洗腎人口已達 8 萬 5 千多人 (健保署, 2018) 卻只是冰山一角；而潛在的慢性腎臟病確有約 32 萬人 (健保署, 2017)。

常常聽到病人來到門診衛教室，主訴腳腫、尿尿有泡泡，是不是腎臟壞掉了？確實，由於慢性腎臟病維持飲食中蛋白質和熱量攝取需求相對重要；若沒有好好飲食、運動、藥物好好控制；最後就會進展到透析治療(也就是俗稱的洗腎)往往民眾對於【腰子壞掉】非常恐懼。其實慢性腎臟病早期是沒有任何症狀的，很多病人都是下肢水腫、喘，以為只是感冒來就醫，後來發現腎臟已經有相當程度的損壞了。此外，門診病人也不乏有本身罹患慢性腎臟病病人，因為擔心來醫院就診，醫師告知要進行洗腎，而不來醫院尋求其他治療方式；例如服用中、草藥，往往累積毒素及鉀離子很高，而有生命危險，直接送入加護病房緊急插管進行透析。目前各院所努力積極推動慢性腎臟病防治工作，因此本院衛教師亦以專案介入改善方案，增加彈性的衛教時間、製作 Q 版造型之透析教材模型及 SDM 治療方式選擇影音衛教影片；SDM 治療方式選擇簽署宣導單張及海報、製作 QR code 條碼之衛教單張、SDM 執行治療方式選擇簽署作業標準…等，讓病人及家屬瞭解末期腎臟病疾病的進展及治療的方式，進一步讓病人接受疾病的進展及事先選擇適合自己的治療方式；經過醫護共同努力病人治療方式選擇簽署率提升，不但慢性腎臟病病人不需要臨時進行緊急插管進行透析；同時節省醫護人力及健保費用支出的浪費，病人也可以避免第二次傷害。



台東馬偕紀念醫院

Taitung MacKay Memorial Hospital

提升末期腎臟病人治療方式選擇簽署率

侯佩賢護理師、楊春紀護理長



前言

腎炎、腎病症候群及腎病變為國人十大死因第九名，目前台灣洗腎人口已達8萬3千多人，而潛在的慢性腎臟病確有約32萬人。當慢性腎臟病第五期病人進入需要接受透析治療時，若病人沒有提早抉擇治療方式，病人必須緊急放置暫時性血液透析導管以進行治療，不但增加醫療成本，並增加病人的痛苦。本院目前積極推動慢性腎臟病防治工作，對於末期腎臟病人，會進行透析治療方式選擇之護理指導讓病人及家屬瞭解末期腎臟病疾病的進展及治療的方式，與醫護人員共同參與討論醫療決策，進一步讓病人選擇一個適合自己的治療方式是很重要的，故引發推動本專案之動機，期盼藉此專案分析原因並提出改善措施，提升末期腎臟病人治療選擇簽署率，以保障病患的權利，並增進末期腎臟病病人的照護品質。

現況分析

為了提升單位末期腎臟病人治療選擇簽署率，於2018年6月1日~2018年6月30日，對末期腎臟病人返診共30位，進行末期腎臟病人治療方式選擇認知值；並成立專案小組，執行末期腎臟病治療方式選擇之原因調查，綜合現況分析後，歸納繪製出特性要因圖如下：



問題及導因確立

根據上述現況分析結果，確立主要問題為：

- 一、缺乏彈性預約衛教時間機制。
- 二、衛教方法不夠多元化。
- 三、沒有SDM治療選擇簽署作業標準流程。
- 四、沒有SDM相關教育訓練課程。

專案目的

因目前末期腎臟病治療方式選擇簽署率缺少參考相關文獻，跨團隊小組討論後，訂定治療選擇簽署率由原本的10%提升為15%，作為此專案的目標值。

表二、慢性腎臟病人治療方式選擇簽署率過低的解決方案及矩陣分析

主要原因	解決方案	可 行 性	效 益 性	重 要 性	總 分	採 行
1. 缺乏彈性完成衛教之機制	1. 增加彈性的衛教時間	30	30	30	90	√
	2. 增加夜間衛教指導時間	28	19	18	65	
	2. 衛教方法不夠多元化	30	30	30	90	√
	1. 製作 Q 版人型之透析教材模型	30	30	30	90	√
	2. 製作 SDM 治療選擇影音衛教影片	30	30	30	90	√
	3. 製作 QR code 條碼之衛教單張	30	30	30	90	√
3. 沒有SDM治療選擇簽署作業標準流程	4. 製作 SDM 治療選擇簽署宣傳單張	29	30	30	89	√
	5. 製作 SDM 治療選擇簽署宣傳海報	30	30	30	90	√
	6. 安排團體衛教，請病人分享簽署經驗	24	24	27	75	√
	1. 制訂 SDM 治療選擇簽署意願記錄表	27	24	24	75	√
	2. 制訂 SDM 治療選擇簽署作業標準流程	30	30	30	90	√
	3. 增設獎勵措施	24	26	28	78	√
4. 沒有SDM治療選擇簽署相關教育訓練	1. 舉辦護理人員 SDM 教育訓練課程	28	26	28	82	√
	2. 執行 SDM 教育訓練滿意度調查	26	26	28	80	√

結果與討論

註：決策矩陣圖給分說明：5 分表非常同意；3 分表普通；1 分表非常不同意

本專案實施之後，有效的將末期腎臟病人治療方式選擇簽署率由10%，提升至簽署率17%，達專案設定目標值。在專案實施過程中，不但提升了末期腎臟病人治療方式選擇認知，且也漸漸改變病人接受衛教的行為模式，專業的醫護人員有責任提供慢性腎臟病患正確的衛教資訊及幫助病患選擇最适合自己的透析模式，專案小組也運用SDM策略做到充分告知選擇、確認溝通、同理尊重，提升末期腎臟病病患治療選擇簽署率，並增進末期腎臟病病人的照護品質，也為有限的健保醫療資源而努力，以獲得雙贏之醫療照護。

各委員會訊息



★編輯委員會

「臺灣腎臟護理學會雜誌」投稿

歡迎會員踴躍投稿至本會雜誌，稿件類型包括：研究論文、行政專案、個案報告。投稿相關資訊可至本會網站，點選『學會刊物→臺灣腎臟護理學會雜誌』查閱、下載。
107年起雜誌改為全面線上閱讀。

★會員委員會

敬請繳納109年度常年會費，以確保會員權益及會務之推展。

個人基本資料如有變動，請務必更新您的會員資料，以利會務的傳達。

資深及優良腎臟護理人員獎勵申請至8月31日止，請會員把握機會踴躍申請。

★護理專業發展委員會

護理創新競賽獎勵申請至9月30日止，請會員把握機會踴躍投稿。



109年度活動計畫

月份	主題	場次 (暫訂)
4	腎臟照護法律議題研習會	4/12-台北市立聯合醫院忠孝院區
		4/19-澄清中港院區國際會議廳
		4/26-高榮第二會議
5	第七屆第二次會員代表大會	5/24-台北市立聯合醫院忠孝院區
6	109年醫療院所透析單位急性B、C型肝炎防治教育訓練	6/14-高榮第一會議室
		6/21-北榮介壽堂
		7/5-羅東聖母醫院11樓大禮堂
		7/19-中榮第一會議室
7	腹膜透析護理進階課程—	7/12-台北市立聯合醫院忠孝院區
10	血管通路評估與照護研習會	10/18-台北市立聯合醫院忠孝院區
		10/25-澄清中港院區國際會議廳
		10/25-高榮第二會議