



# 臺灣腎臟護理學會會訊

發行人：鄒海月      總編輯：江慧珠      主編：廖淑修、陳乃榕      秘書：何慈雯、周郁潔  
 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：台北市南京西路 6 號 7 樓      電話：02-25651932、25651910      傳真：02-25651932  
 網 站：www.tnna.org.tw      電子郵件：nnaroc67@giga.net.tw      tnnanew@ms51.hinet.net

## 會務動態



### 理事長的話

鄒海月

各位親愛的會員們，大家平安！

隨著臺灣透析人口比率逐漸升高，建立透析作為標準、提升血液透析及腹膜透析的照護品質是專業護理人員努力的目標。

學會多年來曾舉辦數次研習會討論透析的技術，但有鑑於目前國內各透析院所並無統一的透析技術標準可作為臨床作業之規範，故自今年八月開始學會將結合全國三十多家相關院所，以實證研究方法來瞭解各項技術中有爭議性的步驟，以研究結果澄清及統合各項透析技術標準，預期於明年度可完成腎臟護理臨床作業規範，制定臨床透析技術標準，並將印製成冊及製成教學光碟，提供臨床護理工作之參考。

目前以學會之預算經費所辦理之一系列實證研究工作坊已於8/28日完成第一次的討論，並即將於9/11日進行第二次的研習。目前共提出十二項研究問題進行討論，分別是：二種結束血液透析方法對動靜脈瘻管失敗率的比較、不同血液透析穿刺方法（逆向、順向）對病患血液動力學（再循環率）影響之比較、透析中由肝素管給鐵劑效果之探討、腹膜透析病患導管出口肉芽組織生成之情形及其影響因素—以醫學中心為例...等題目，感謝全國各地工作伙伴們貢獻大家的專業知識及熱心的參與，期望在大家共同的努力下能完成預定的目標。

近日來颱風肆虐造成多處災害，使得我們的家園遭受無情的破壞，祈願各位在照護病患之餘，也能自我保重，一起為臺灣加油！

## 交流小站

秘書處

一、本會將自 93 年 7 月 1 日起停發公務人員終身學習認證「研習會時數紙本認證條」。

1. 公務人員終身學習紀錄於 93 年 7 月 1 日起全面實施電子化學習護照，停用原紙本學習護照。
2. 本會亦自 93 年 7 月 1 日起不再於研習會中發給時數認證條，一律由本會在研習會結束後，依據出席情況，詳實登錄學習時數，請學員自行於公務人員終身學習網站上查詢。
3. 請具公務人員身份之護理同仁務必先行至公務人員終身學習網站上登錄成為會員，本會始可登錄時數，學員亦可查詢。公務人員終身學習入口網站：<http://lifelonglearn.cpa.gov.tw/>
4. 本辦法依行政院人事行政局 93 年 7 月 2 日局考字第 09300629761 號函辦理。

### 二、感謝

台灣費森尤斯醫藥股份有限公司贊助壹萬元整。  
王念慈贊助壹仟零伍拾元整。

### 感謝以下學員熱情參與實證研究工作坊

馮英鳳、余美玲、徐瑞琴、邱宜惠、廖珮雯、邱小鳳、陳淑麗、康宜靜、邱梨淑、詹慧珠、許嘉芳、張淑芬、林美珍、車憶敏、謝美珠、溫玉玲、黃嫩華、詹淑貞、王卿凌、李雅雯、陳春美、張小平、周學智、姜靜穎、劉鳳玲、高依芳、黃月妍、方美淑、梁嘉文、梅聖忠、游淑貞、高玉貞、陳淑娟、丘周萍、鍾瑞惠、黃千郁、吳淑榕、林新茹、黃鳳琴、林文綾、王春葉、劉秀芬、吳玲玲、葉秀棉、王麗萍、王美玉、蔡秋月、楊麗芬、鄒富美、林妍涓、蕭彬吾、翁淑滿、王嬋婷、蔡蕙菁、陳虹如、顏瓊鑾、江慧珠、江杏珠、周麗華、莊雪芳、陳美鶯、許錦惠（名單按組別順序排列）

有感於工商社會日趨發達社會競爭大，人們的工作壓力大，相對的精神心理層面也受影響，造成憂鬱症患者日益增多，故此次編輯主題也跟隨趨勢來探討「血液透析患者於憂鬱症之處置」。另有兩篇工作心得分享與法律小常識及快樂天使工作車創意製作等與各位分享。

腎臟護理學會是各位透析護理人員的園地，歡迎各位踴躍投稿，無論是臨床工作經驗心得分享或是小創意個案報告輕鬆小品……等，皆可投稿與大伙分享妳的經驗與心得，何嘗不是在自我肯定呢？



## 血液透析患者 合併憂鬱症之醫療處置

台北台安醫院  
血液透析室 陳乃榕

### 前言

台灣憂鬱症防治協會理事長李明濱指出，目前門診約有五成左右的病患直接或間接與憂鬱症有關，根據世界衛生組織的研判，到了二〇二〇年，憂鬱症名列第二位，僅次於癌症，盛行率將近七%（憂鬱症防治協會，2004，8月10日）。

經統計內科病患合併末期腎病變大約 10% 有精神病變，但有可能低估了在整個末期腎病變發生的範圍內，每 500 位透析患者約有 1 位自殺傾向（Kimmel & Levy, 2001）。

在血液透析初期，因血清中電解質的急劇變化而引起「透析性平衡不全症候群」，而產生頭痛、噁心、嘔吐、不安、興奮、瞻望、精神錯亂、昏睡、抽筋等急性腦症狀，造成病人對血液透析感到焦慮、不安及悲觀；而中、長期病患因必須面對社會回歸、身體疲累、家庭生活等壓力，產生焦慮或憂鬱症狀，以下就幾個特殊症狀和治療分別描述：

### 解釋憂鬱

當人們遭遇到痛苦的、失敗的事情、不能解決的、或是面臨極大壓力的事情時，常會說自己很憂鬱，通常憂鬱和一般的悲傷有所區別，憂鬱會持續較長的時間、會影響日常作息、痛苦的感受較為強烈、具有破壞的情緒無法復原（但悲傷經過一段時間後會復原）（Preston, 1989/2000）。

憂鬱的感覺除了沮喪、絕望外，有許多憂鬱症的患可能會對工作和休閒活動失去興趣，甚至對先前喜歡的事務感到厭惡，沒有食慾而導致體重下滑、性慾減低在憂鬱症患者中也很常見，全身無力、疲勞，有些看起來行動遲緩、躁動不安，許多患者容易覺得愧疚而自責，常有自我了斷以謝天下的想法。嚴重的可能有精神病變的幻覺或妄想（方、陳、陳，1998）。

### 「憂鬱」的影響有哪些

憂鬱症是高度主觀性、相對性、不一致性且偶發性的一種現象。所以要直接探測憂鬱，是很不容易的。實物上，常見的觀察重點，包括：「認知」、「情緒」、「思想」、「語言」、「知覺」、「行為」、「驅力」、「病識感」、「生理症狀」等影響因素。當憂鬱來臨時，這幾個面向通常會有所改變，有的一旦出現，就很容易著走上自殺之路（陳，2004）。

陳（2004）指出在臨床中最常的是慢性老年病患，尤其是久病臥床的老人病患特別容易因為潛在的憂鬱而自殺，但人們卻往往將他們的憂鬱視之為老化的跡象，而無法及時處理。

### 診斷與鑑別診斷憂鬱症

目前主要採用美國精神醫學會出版的精神疾病診斷統計手冊第四版（Diagnosis and Statistical Mental Disorder, Fourth Edition）（DSM-IV）或世界衛生組織所編撰的國際診斷分類標準（International Classification of Diagnosis），目前為 ICD-10。

在血液透析病患中，其身體發生症狀如失眠、疲倦無力、胃口變差、體重減輕的部份診斷相通性高且不易區分（范、龍，1998）。在加上常見其他合併症，例如：紅斑性狼瘡、副甲狀腺機能亢進、癲癇，此類病患常服用高血壓治療藥物、鈣離子通道阻斷劑、抗精神病藥物、抗癲癇藥物等表現副作用與憂鬱症的症狀類似，故臨床上先做鑑別以排除次發性憂鬱症是很重要的（劉、黃，2002）。

### 生物性治療

#### 1. 藥物療法

翻開人類歷史，我們發現酒曾被許多人嘗試治療其憂鬱症。但事實告訴我們，其效果是「借酒澆愁，愁更愁」，鴉片也曾被嘗試過，其結果和酒一樣，不但不能治憂鬱症，而且還會惹上成癮的麻煩。1950 年代初期以叫做 iproniazid 的藥治療結核病時，雖然對結核病沒有療效，卻發現它能提升心情，及將之用來治療憂鬱症，它就是所謂單胺氧化酶抑制劑（monoamine oxidase inhibitor, MAOI）類抗鬱藥的第一個藥（林，2002）。

三環或四環類抗鬱劑常被當作是第一線使用的藥物，以協助病患改善憂鬱情緒、增強動機、鎮定及抗焦慮。但由於此藥物之間反應複雜、藥物副作用及作

用強，再加上末期腎病變病患本身缺乏正常的藥物排泄管道，導致藥物代謝慢及血中濃度難監控。

故建議當血液透析病患需要用傳統的抗鬱時藥量應維持每日 10mg 至 30mg imipmine 或相當劑效藥物以內，並注意用藥後反應。非典型抗鬱劑 fluoxetine，化學結構與傳統三環或四環抗鬱劑不同，口服吸收良好，主要由肝臟代謝，約二週後血液中藥物濃度逐漸達到穩定狀態（范、龍，1998）。此藥物無論在正常腎功能或血液透析病患上，都無代謝問題，建議維持每日 20mg 劑量（Kimmel & Levy, 2001）。

## 2. 電痙攣療法

林（2002）提出電痙攣療法一直被醫界認定是治療憂鬱症的最佳方法，不但療效優於抗鬱藥，而且療效迅速。所以對那些嚴重憂鬱症狀且自殺危險高的病人，電痙攣療法應優先考慮。

可惜不少人對此療法有誤解或偏見，而排斥此優良療法。其實在醫院執行的標準療程，此治療的安全性高於藥物療法，電痙攣療法是在被麻醉的情況下進行。其執行以每週 2 到 3 次電療為例行方式，通常 6 至 10 次可見改善。此療法最長見的副作用是頭痛。但多數人是可忍受的。

## 運動戰勝憂鬱

The Cooper Institute for Aerobics Research 是一個世界性的教育研究組織，研究組織團隊深信運動可以提供比傳統治療更好效果，利用三年的時間，限制其他藥物或諮詢治療，只指運動當成唯一的治療方式，運用在憂鬱症的病患上，企圖找到運動對憂鬱症的治療效果。結果顯示，運動確實幫助身體的防禦系統，以對抗憂鬱症，並且減少 50% 的復發。開始從事簡單的散步或慢跑，每週三次，兩個月後，有運動的人明顯感覺比較好。

雖然運動只能當成一種治療的輔助工具，但是對於輕微到中度憂鬱的患者，給予有規劃的身體活動治療，和一般心理治療或抗憂鬱治療一樣有效，若運動結合的治療會更有效，規律的運動習慣可以產生心理層面的效益，像是提升心情、自尊、自信和認知功能（陳，2003）。

此外，接受運動治療的病患應事先作過嚴格的體檢，特別是血液透析患者合併有心肺疾病，應有心臟呼吸相關的專科醫師作要的檢測，否則不可隨意接受運動治療。有些患者常以藥物與運動配合治療，應需注意藥物所產生的副作用，確實掌握以策安全。

## 人際關係心理治療

憂鬱症是一個會帶來嚴重後果的心理疾患，從個人受苦，到人際與工作上的損失，乃至於嚴重的自殺，都是極大苦痛。人際關係心理治療，它獨特之處在於主要針對憂鬱症而設計而且是根據心理學對憂的實証研究結果所發展出來，謝（2002）提出引發憂鬱的四大原因包括哀傷反應、人際衝突、角色轉換及人際缺陷。

人際關係治療技巧包含一、開啟晤談二、鼓勵情緒表達三、澄清四、溝通分析五、問題解決六、行為

改變技巧等六類共通治療技巧。

## 建議家屬參與憂鬱症支持團體

透過團體互動與討論的方式可提升家屬對於憂鬱症的認識，增進家屬情緒調節及問題解決的能力，並協助家屬找尋更有效因應憂鬱症家人憂鬱行為的方式，以協助憂鬱症家人的社會適應，且避免自我傷害行為之發生。

## 結論

必須注意的是，精神疾病必須長期治療，持續投藥，且不論是哪一種精神疾病，越早發現治療及癒後的狀況越佳，所以千萬不要諱言忌醫。

如前所言，血液透析患者合併精神疾病的起因複雜，並非單一因素，目前科學家透過各種研究以及藥物的開發等，以求治療病患，家人及醫護人員必須給予持續的支持、鼓勵，大家共同來幫助精神病患走出陰暗角落。

## 參考文獻

- 方麗華、陳昭安、陳純誠（1998）·憂鬱症的治療·台灣醫學，2（4），456-463。
- 范樂郡、龍佛衛（1998）·血液透析患者合併憂鬱症之治療·台灣醫界，41（6），33-34。
- Preston, J.P. (2000) 戰勝憂鬱，窗外依舊有藍天（葉淵萍譯）·台北：台灣實業文化。（原著發表於 1989）
- 林信男（2002）·憂鬱症的生物性治療·學生輔導（80），60-67。
- 謝碧玲（2002）·憂鬱症的生物性治療·學生輔導（80），60-67。
- 劉弘仁、黃正平（2002）·老年憂鬱症·臨床醫學，49（4），227-233。
- 陳美芳（2003）·運動戰勝憂鬱·雲科大體育，6（6），51~58。
- 陳俊欽（2004）·憂鬱與憂鬱症·台北：健康文化叢書。
- 憂鬱症防治協會（2004年8月10日）·<http://www.data.rog.tw/1.htm>。
- Kimmel, P.K., & Levy, N.B. (2001) .Psychology and Rehabilitation .In J.T. Daugirdas, P.G. Blake, & T.S.Ing (3<sup>rd</sup> ed.), Handbook of Dialysis (pp:413-419).philadelphia.

## 工作心得分享

護士除了在拿藥時要三讀五對與事事求是，愛心、耐心、專心與小心再加上對老闆的盡心外，還再加上以下這五原則，那我想在你的人生舞台上一定非常得心應手、百戰百勝，故在此與各位共勉之。

五原則：詢問 - 不恥下問、瞭解 - 明白再做  
執行 - 安排追蹤、檢查 - 確實檢驗  
責任 - 重視時效

安德聯合診所血液透析室  
廖淑修護理長 提供



## Q B Q！問題背後的問題～ 一書予我心的啟迪

高雄長庚紀念醫院  
血液透析室 郭麗雀

當初得知由我負責並推動 5S，心中不免嘀咕：「工作量已這麼大，新的方案一推，大伙兒一定又是一陣譁然不悅，我又該如何著手呢？」到書店去找尋相關書籍的同時，發現了這本書「Q B Q！問題背後的問題」，讓我不僅完成使命，且為我的工作態度和心靈帶來一番新的啟發。

「5S」要在兩單位間作競賽時，心中默想：過去許多工作上的表現好像都不盡理想，自然就不被看好我們已做到的；難道今日我們連個環境整頓的工作也無法做得比別人好嗎？或許正因為這不服輸的榮譽感，激我卯起來—Just Do It！只為我想改變別人看待我們的眼光。

以往碰到難題會用較鴛鴦的心態去迴避它，所呈現的成果自然無法令人滿意，又怎能妄想別人能給多好的評價呢？直到我閱讀「Q B Q！」一書，作着米樂在前言即強調：「做一個有擔當的人。」其實，這不正是我們所忽略的成敗關鍵—「做事的態度」嗎？

醫療單位的環境本來就該重視整齊、清潔、明亮。也許，我們原本已有注意，只是標準低了些。因為我的心切、心急，硬是將標準一下子拉得這麼高，似乎忽略了同事們的感受，確實是辛苦各位同仁！若有抱怨也是必然。而我的目標既已如此明確，就該為自己及團隊作更好的選擇。於是將書中部分精神實踐於我要推行的 5S 上，例如：「我該如何解決問題？」、「我如何盡自己的力量推動這項計畫？」、「我該做哪些事，來一肩扛起眼前的成敗責任？」。

在我們的護理「團隊」中，經常聽見因為「別人」沒有「把份內的事做好」而起爭執抱怨，這樣分化區隔與彼此對抗，其實只有內耗組織裡的工作士氣，不是嗎？如果，「團隊」裡「每一個人」都能真誠地正視問題、虛心地檢討個人缺失、並運用有限支援改善現狀、以及「我該如何盡自己的力量，支持我們的團隊」，這樣的信念才能提升組織的生命力。也就是說：「凡事反求諸己，才是最有效益的做法。」這便是我樂於推薦這本書的主因。

評比結果揭曉，比起前晚為了 5S 失眠一夜，現在的狀況倒像是贏了一場球賽，既筋疲力竭，卻又興奮無比！也因為這本書的主旨強化我「對的想法」，進而讓我產生更新的創意，更穩健的行動力，作出更有效益的抉擇，連帶也為自己換來尊嚴及成就感。

5S 初步所呈現的成果，絕非我一個人能獨自完成。從一開始的摸不著頭緒、不清楚從那兒著手，到現在已在大家的努力下步上軌道，未來仍需繼續努力向前行駛，因為我們都同在一列車上，期盼我們一路能盡心、順心！感謝大家！

從老闆肯定的目光中，同時也看見自己肩上的責

任！這使我對自己有更深的期許：要把份內的工作做得更好！讓這個動機在個人成長上或工作崗位上，能引起良性循環。

書末提到：「學習並不是出席，也不是聽或讀，學習也不只是知識的獲得。事實上，學習是將『知道的』轉化為『行動』；所以，學習是一種改變。」我已為「改變」做好準備！並將付諸「行動」！



### 法律專欄

#### 主題：當醫囑不合適時該如何處理

面對醫師的電話醫囑，當班護士擔心沒有書面醫囑或是醫師在場，是否會有法律責任呢？諸如此類的問題該如何處理？以下相關法律條文提供大家參考：

#### ◎關於醫師為處方或醫囑時，相關之法律規定

**醫師法～第 11 條：**醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。

前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。

**醫師法～第 13 條：**醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：一、醫師姓名。二、病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。

#### ◎關於非具醫師資格者擅為醫療處方或用藥之法律規定

**醫師法～第 28 條：**未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。

二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。

三、合於第十一條第一項但書規定。

四、臨時施行急救。

**藥事法～第 102 條：**醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。