



中華民國八十七年五月 創刊

臺灣腎臟護理學會會訊

發行人：楊素真

總編輯：溫玉嬌

主編：黃玉瑩

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



大家好，

疫情期間不分醫院、診所，全國受到很大的衝擊，無論是感染管制、動線及人員等都出現了重大的改變，去年大家最關心的是津貼申請及給付，衛福部也召開幾次會議，應該都有正面回覆。Covid-19 看起來出現一個長尾效應，但是隨著國門開啟防疫鬆綁，各機構又要開始新的作業與挑戰，無論政策如何轉變大家仍應做好規範維持團隊正常運作。

這次會訊主題是醫病共享決策，已經實施一段時間，也是最近常被提到的 patient engagement，無非都是希望病人能積極參與自己的醫療保健，包括對治療方案的理解、醫學知識的學習、以及主動參與醫療決策的過程，落實以病人為中心確保病人能夠清楚地瞭解醫療措施，支持醫病共同決策，幫助病人做出明智的決定。

2 月份舉辦腎臟安寧研習會，推動透析安寧緩和治療是需要團隊合作，透過本次課程實務經驗分享，讓照護團隊確保病人在最後階段；能夠獲得適當的緩和性治療減輕病痛，腎臟疾病的安寧照護，對病人和家屬都是極大的挑戰，醫療團隊應該提供相應的支持和關懷，幫助他們渡過最艱難的時刻。

感謝會員委員會協助整理這二個貼進實務的主題，祝福大家闔家平安。

理事長 楊素真 敬上

感謝捐款

陳秋惠 10,000 元整

游明欽 2,000 元整



面臨人生重要醫療決策選擇時，要怎麼做決定？

66 歲的徐先生為糖尿病腎病變患者，在腎臟內科門診持續追蹤治療，隨著疾病的進展，恐近期需面臨洗腎的準備。徐先生看診後總是獨自一人到衛教室，頭低垂眉頭緊皺，幾次接觸後感受到衛教師的關心，不多話的他娓娓訴說：「只有洗腎這條路，沒有其他選擇了嗎？」壯碩的身軀攤坐在座椅，表情滿是懊惱與沮喪。自認為年事已高，原想放棄治療，經過「醫病共享決策 (Shared Decision Making, SDM)」的執行，在連繫家人的陪同下，充分了解末期腎衰竭的治療模式後，找到對自己最適宜的治療方式。

「共享決策」(Shared Decision Making, SDM) 這個名詞最早是 1982 年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，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。

台灣自 2016 年正式將「醫病共享決策」觀念納入新制醫院評鑑條文，同年由醫療品質策進會(醫策會)針對各醫院與醫療人員擬定 SDM 推動重點主題，隔年醫策會則委託醫療院所開發多部全國公版決策輔助工具，如慢性腎臟病的腎臟替代療法及選擇洗腎或安寧緩和療護兩種決策輔助工具，則委由本照護團隊開發製作。透過此次會訊分享團隊執行之策略及案例，望能拋磚引玉，落實以病人為中心之末期腎臟病照護。



高雄醫學大學附設中和紀念醫院 腎臟內科
蕭仕敏 腎臟衛教師

落實病人參與治療的選擇權

高醫腎臟內科自 2016 年起即積極推動醫病共享決策，針對疾病及特色設定與執行 SDM 三個主題：「面對末期腎臟病，我應該選擇哪一種治療方式?」、「面對末期腎臟疾病，我應該選擇洗腎或安寧緩和療護?」、「我有腎臟病，面對降血磷藥物，我的選擇有什麼?」。以「面對末期腎臟病，病人治療模式選擇」為例，我們做了什麼安排？有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第五期或已接受首次透析病人經醫師評估說明，啟動地點為腎臟科門診及病房，醫師會開立「面對末期腎臟病，我應該選擇哪一種治療方式?」SDM 處方單；

急診若收治急迫進入透析病人，待其狀況穩定後，由腎臟內科主治醫師評估是否啟動 SDM。如果是年老衰弱或合併多種共病的病人，照護團隊則會啟動另一題「面對末期腎臟疾病，我應該選擇洗腎或安寧緩和療護?」的 SDM。病人及家屬可於當次門診後至腎臟衛教室進一步諮詢與了解，或先返家後掃描 QR code 連結影片資訊與家人共同了解與溝通，等到下次看診時，再與醫療團隊共同討論；而病房照會的 SDM 會於當次住院中執行完成。

優化執行成效

1. 本照護團隊將 SDM 概念導入腎臟替代療法，推動 SDM 醫院實踐與優化過程如下圖一。



圖一 RRT 之醫病共享決策臨床導入與優化過程 (醫療品質雜誌，第 14 卷第 1 期)

2. 門診腎臟科醫師開立之 SDM 處方，於病人下次看診時會自動帶入 SDM 回覆選項，讓醫師及照護團隊可以跟病人討論深思熟慮後的決定，確認病人了解並完成 SDM 選擇。
3. 照護團隊自啟動腎臟替代療法選擇的 SDM 中收案 172 位病人，發現個案由啟動 SDM 至確認透析治療選項並建立管路之天數為 76.8 ± 87.1 天，搭配本院資訊系統 eGFR 軟體預測 CKD 第五期未來 3-6 個月 eGFR 下降速度，故建議啟動時機設定為 CKD 第五期，以讓病人及家屬有足夠的深思熟慮期做出治療決定。
4. 醫策會醫療機構 SDM 優化活動「腎臟病主題」，本院 2018-2020 年均為成果分享暨實地參訪之醫療院所。
5. 2021 年醫策會-醫病共享決策(SDM)醫療機構實踐運動，照護團隊榮獲醫學中心【臨床運用組】優秀團隊獎。
6. 高醫醫品病安中心配合院方政策，每月監測各科啟動 SDM 題目及件數，每季 監測 KPI 完成率指標，各科品安長會於年度品安月會報告執行現況，並適時調整 KPI 指標。
7. 目前高醫網站首頁已建置體系『醫病共享決策平台』專區，讓使用者可以更方便使用相關溝通工具，期望民眾或病人能透過 SDM，經由醫療專業人員提供的 實證資訊及引導說明，積極參予自己及家人的醫療決策過程，強化醫病溝通，提升醫療照護品質與病人安全。



高雄醫學大學附設中和紀念醫院 血液透析中心
宋藝君 護理師

緣起

2005 年，一位已透析八年的七十多歲奶奶，C 肝帶原者，疾病進展至肝硬化，除了腹水、身體虛弱之外，一次跌倒後，每周三次到院透析成了

一件”即痛”又”苦”的事。在正規醫療處置外，沒人思考過什麼才是奶奶想要的生活方式，直到她自己說出”不想洗了”！面對病人這樣的要求，對團隊而言無疑是個衝擊；我們不知道該提供什麼照護對病人才是有利的？針對不施予透析與/或撤除透析議題進行文獻搜尋後，考量種種因素後，病人繼續在身心極不舒適的情況下接受透析，直至死亡。

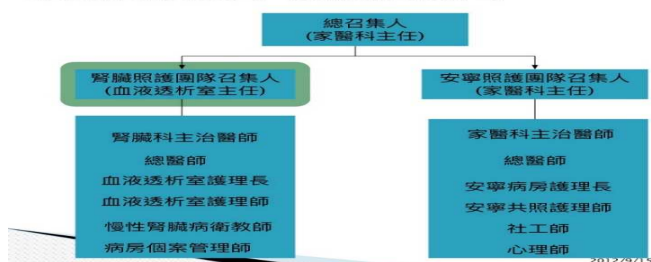
行動

2009 年，八大非癌末期開始納入安寧療護，本科於 2011 年由黃尚志醫師起草，組織跨團隊末期腎病安寧療護小組(如圖)，分別於門診與血液透析病人針對符合條件者進行收案。

依安寧照護指引內容，末期腎病安寧照護的對象為：慢性腎臟病第 4, 5 期，或已接受腎臟替代療法病患，經原腎臟照護團隊評估可能在近期內死亡，或病人自主的決定下不願意繼續接受透析，且同時合併下列疾病狀況之一，即不適合接受腎臟替代療法；長期使用呼吸器、嚴重感染性疾病、惡病質或嚴重營養不良危及生命者、惡性腫瘤末期患者、因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者均可收案。當病人 (1) 只有有限的生命(2) 生活品質差(3) 洗腎無法解決病人的疼痛(4) 合併進行性無法治癒的疾病 (癌症、嚴重失智、AIDS...) (5) 病人不願再繼續承受透析過程的痛苦 (躺 4 小時、穿刺、低血壓...) (6) 執行有技術上的困難(無法配合、無血管通路)，即是開始討論撤除或不施予透析治療的時機。

計畫執行之初，由透析護理師與 CKD 衛教師各一位接受完整安寧療護訓練課程，於臨床實務實習後，分別於門診與透析室針對符合個案進行評估，並依流程(如圖)進行安寧介入。

末期腎病安寧療護組織圖



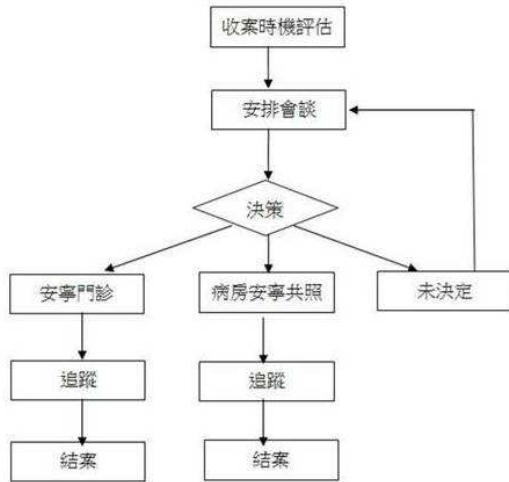
透析安寧收案流程圖

收案時機:

1. 病人或家屬主動提出
2. 醫護人員評估需安寧介入
3. 重大病情變化; 癌症轉移, 疼痛無法控制, 透析執行困難, 無血管通路.....

安寧會議:

參與人員, 時間, 地點



109 年導入 SDM 於常規透析病人, 由門診系統啟動收案, 未啟動 SDM 者經安寧小組評估收案。109 至 111 年共收案 10 位(門診 SDM 啟動安寧決策 2 位, 住院中接受安寧共照 5 位, 血液透析室評估會談後轉安寧門診 2 位, 後續採居家安寧照護), 1 位病人雖然已收案, 但在討論過程中因病情迅速惡化過世。

末期腎病安寧小組之成立, 期望病友在疾病末期能得到良好的安寧照護, 且透過透析安寧概念的推廣, 減輕病人痛苦與無效醫療的支出。回顧過去的執行狀況, 總感慨安寧的介入太遲, 常反思病人在最後階段是否得到足夠的安寧照護, 至於是否提早終止無效的透析治療, 倒不是那麼重要了。108 年病人自主權利法開始實施, 本科透過 ACP(advance care plan)工作坊, 讓更多同仁參與單位安寧相關工作, 在血液透析系統資訊化協助下, 由主護護理人員篩選需安寧介入名單, 由安寧種子成員依收案流程進行介入。

安寧工作是有溫度的, 需能被感動的人(陪著個案(一) 流淚)才能拿到這把鑰匙(同理心), 開啟安寧議題的對談, 透析室護理人員長期密切地與病人及家屬相處, 最能深刻了解病友與家屬的需求和問題, 可觸及他(她)們內心的想望, 提供個別化適切的安寧照護, 在善終的最後一哩路上, 陪伴病友與家屬都能完成四道人生(道愛道謝道歉道別)與身、心、靈的平安達生命之圓滿。



高雄醫學大學附設中和紀念醫院 腎臟內科

陳慈徽 腎臟衛教師

計劃性開始透析

一、個案簡介

倪先生, 56 歲, 離婚, 高職畢業, 自行創業當老闆, 經濟獨立, 抽菸一天 15 支, 菸齡 38 年; 有一位論及婚嫁的女友, 平常休閒活動會利用假日與友人打高爾夫球, 主要決策者為自己。

二、過去病史

已知糖尿病 10 年, 規則於居家附近家醫科診所就診, 因工作因素於 2020 年 1 月遷移至中部, 因工作業務繁忙便無規律回診。

三、現在病史

2021 年 4 月因運動後會喘、視力模糊、雙下肢水腫至南部某醫學中心腎臟科門診求治, 4 月 15 日血色素(Hgb):8.6g/dL、尿素氮(BUN):74.4 mg/dl、肌酸酐(Cr):7.71 mg/dl、糖化血色素(HbA1C):13.8%, GFR:7.27 ml/min/1.73m², 經醫師診斷為慢性腎病第五期, 並建議儘早接受透析前的準備。

四、護理照護過程及計劃

因個案缺乏透析相關知識、營養飲食攝取原則資訊不足、對決策感到不確定而產生抉擇衝突, 及極大的心理衝擊。身為腎臟衛教師經多次門診及電訪個案評估確立健康問題並擬定護理計劃如下:

(一) RRT 抉擇衝突

1. 考量個案健康識能以多語言的影片及「面對末期腎臟病, 我應該選擇哪一種治療方式?」作為輔助衛教工具 (Patient Decision Aid, PDA), 逐一將不同治療優缺點之比較資訊提供給個案, 再歸納個案在意項目及程度的評估評值對醫療選項的認知, 最後讓個案及家屬依照對自身的影響與期待做出符合偏好的決定。2. 過程中澄清個案對透析的錯誤訊息但不批判, 同理個案的感受, 於每次衛教結束前預留 5~10 分鐘讓個案發



★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 111 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。

問。3. 安排實地至腹膜透析室觀看病友換液過程和血液透析室的上針情形，藉由腎友示範及共同交流，讓個案及家屬更認識透析流程。4. 分享成功案例及病友經驗分享，讓病人獲得足夠的認知及 5. 適當提供醫護團隊的建議。

二) 缺乏自體動靜脈瘻管術後傷口照護知能

動靜脈瘻管是透析病人的第二生命線，及早建立血管通路有助

於將來計劃性開始透析之準備，術後教育個案注意以下事項：1. 傷口勿碰水。2. 注意瘻管感染徵兆如紅、腫、熱、痛，需應立即就醫。3. 手術後約三至五天，可進行握球運動以增進血流量和加速瘻管的成熟。4. 瘻管手臂禁採血和量血壓、勿提重物等，以防出血或損害血管。5. 讓個案了解戒菸之重要性及，提供戒菸資源管道以鼓勵戒菸。

三) 對腎臟病後期營養相關知識不足

腎臟病後期個案營養重點為低蛋白、限鉀及限磷飲食。1. 轉介營養師共同擬定個案飲食計畫，調整三餐食物種類份量。2. 高血鉀易引起心律不整，可透過烹煮方式減少食物中的鉀含量。3. 高血磷會導致鈣化和血管損傷，應指導病人及家屬閱讀營養標示及煮沸各種食物促進磷釋出。4. 配合正確服用降磷結合劑磨粉或咬碎與食物併服以達降磷效果。

這是一位糖尿病腎病變的個案，面對疾病末期他選擇血液透析作為治療首選，並接受了動靜脈瘻管手術，也加入「慢性腎臟病整體照護計畫」定期接受多專業的評估與衛教，有效延緩慢性腎病病情進展，最終接受計劃性開始透析，免除首次透析須置放臨時導管的風險。

112年度活動計畫

月份	主題	場次 (暫訂)
2	慢性腎臟病繼續教育研習會	2/12 線上
3	第九屆第二次會員代表大會	3/12 永和耕莘醫院國際會議廳
2 3	安寧研習會_實體	2/19-亞東醫院國際會議廳
		3/5-高榮第二會議室
		3/19-澄清中港院區國際會議廳
4	透析護理主管研習營_實體	4/16-澄清中港院區國際會議廳
5	透析血管通路照顧研習會	5/7 線上
7~8	腹膜透析護理進階課程	7~8 月線上