



應否接受安寧緩和醫療？

末期腎臟病患者及家屬最難的抉擇

文／血液透析室主任 林信宏
腎臟科研究醫師 朱書緯·血液透析室技術組長 楊凱玲

63歲的許先生，有高血壓及痛風病史，2002年因尿毒症開始了洗腎（血液透析）生涯。每週二、四、六，他都遠道開車到本院接受透析治療，每次到了血液透析室也總是很熱情地和醫護人員打招呼，並協助其他腎友鋪床。有時護理人員問他開車開那麼遠，會不會太累？他總是開朗地笑著回答：「不會啦，去其他地方洗我也不習慣，而且這裡的醫生、護士把我照顧得很好，又很親切，再遠我都要繼續在這裡洗腎。」

就這樣，許先生在本院接受血液透析超過了10個年頭。數月前，他在本院做例行健康檢查時發現並確診為肺癌，接受了化學藥物治療，但肺癌仍快速惡化。本來活動自

如的他變成需要由太太陪同及坐輪椅就醫，臉上熱情有朝氣的笑容也消失了，眼看他逐漸變得虛弱昏睡，我們的內心滿是不捨與糾結。對於既有尿毒症又罹患了肺癌的他，醫護團隊還可以給他一些什麼幫忙呢？能不能讓他減少痛苦且有尊嚴地走完人生最後一段路？

末期腎衰竭又合併重症，患者何去何從？

隨著時代的變遷與醫學的進展，近幾年來強調以人為本的全人醫療成為社會關注的醫療議題，安寧緩和醫療在各方努力下，逐漸能讓大眾接受。在強調科學的醫療之外，安寧緩和醫療能提供不能治好的重症或臨終患者更完整的身心靈照護。

長期需要接受透析治療的腎友們是一個很特別的族群，如果沒有接受腎臟移植，隨著年齡逐漸老去，罹患心血管、腦血管疾病、感染症、腦部功能退化，甚至癌症的機率都比一般人來得高。醫護人員雖能協助他們做好足量透析與加強平日的身體保養，但當他們必須面對另一個無法治癒的重症與即將來臨的生命終點，繼續積極的透析醫療，是否對他們的人生真的有利？該怎麼做才是最好的安排呢？

不開始透析或停止透析？應尊重病人意願

在美國，末期腎臟衰竭的安寧療護，其濫觴始於1991年所提出的建議，亦即在特定狀況下，醫療團隊應該停止血液透析，而由安寧療護接手以達到對患者的最大益處。美國腎臟醫師協會（PRA）和美國腎臟醫學會（ASN）1999年正式提出了關於安寧緩和醫療及停止透析的建議，此為世界先驅。其後，因老年患者快速增加，此一指引有些更新（註1），要旨包括：醫療團隊必須與患者及家屬建立起良好的信賴關係，並共同決定是否繼續或停止透析治療。參與決定的成員，可以只有透析室的醫師和患者，也可以多到整個醫療團隊以及患者的親密朋友。若是患者失去自行決定的能力，則應納入其法定代理人。

此外，對於所有急性腎衰竭、慢性腎臟病第4期與第5期，以及末期腎衰竭將面臨透析的患者，都應充分告知其診斷、預後及所有治療方法的利與弊，包括現有可選擇的透析方式、只進行暫時（短時間）的透析、停止或不開始透析而直接進入安寧緩和醫療。只要患者擁有可自行決定的能力，所有決定

都必須尊重其自主意願。醫療團隊應該充分評估患者的預後，並在病況出現改變時，隨時進行討論，修正決定，尤其是當患者即將面臨生命終點時，更要充分因應。當成員對決定有所衝突，應積極瞭解並加以解決，取得共識。

當決定不做透析治療，安寧療護即可接手

該指引亦建議在下列4種情況下，可明確停止或不開始透析：1.患者有自行決定的能力，在充分告知上述事項後，明確表示不願接受或停止透析；2.患者已永久喪失決定能力，但之前留有明確拒絕透析之口頭或文字簽署的法律文件；3.患者已永久喪失決定能力，而法定代理人決定拒絕透析；4.患者遭受不可逆的、全面性的神經功能喪失（如：中風或癱瘓症），顯示喪失想法、感覺、有目的的活動，以及對自身和環境的認知感。

而對下列族群，基於預後過差和安全性考量，可考慮停止或不開始透析：1.患者的狀況無法適應透析，像是無法配合（如：癱瘓性患者會自行拔除針頭），或是處於不穩定的狀態（如：無法矯正的血壓過低）；2.其他非腎臟相關疾病，（如：肺臟、肝臟及心臟），皆已進展至末期病程，透析無法有意義的延長其生命；3.慢性腎臟病第5期且年齡75歲以上的老人，同時合併了未來病況不樂觀、合併症過多、嚴重功能喪失、嚴重營養不良。但，**最重要的附加建議是：對所有終止或決定不開始進行透析的患者，安寧療護都應該要積極接手，以保障患者在生命最後旅程的最大權益。**

腎衰竭患者接受安寧療護，台灣現行規範

在台灣，雖然安寧療護已在2000年通過法律正式上路，但遲至2009年，急慢性腎臟病及末期腎衰竭才被納入非癌症的安寧療護範疇。整體而言，此部分仍處於起步階段，不論是大眾甚至是醫護人員都仍有些許的困惑和不確定感。可幸的是，醫界已對此積極討論，凝聚共識，並進一步研擬規範中。

目前台灣對腎臟安寧療護的對象包括：

- 1.有接受任何形式腎臟替代療法的急性腎衰竭患者；
- 2.所有慢性腎衰竭第4、5期及末期腎衰竭患者，無論是否有接受透析治療；
- 3.患者因嚴重尿毒症，經醫療團隊評估將於不久後離世者；
- 4.患者在清醒時自主決定拒絕治療；
- 5.其他不適合透析的狀況，包括有其他器官衰竭並危及生命、長期依賴呼吸器、嚴重感染危及生命、惡病質及營養不良危及生命、末期癌症等危及生命的情形，同時出現於一位生活嚴重失能且需長期受他人照護的患者。

如何面對困難的抉擇？簡要流程提供協助

台灣的研究機構曾在2013年發表了一篇關於目前腎臟安寧療護現況報告（註2），報告中指出，至2009年為止，全台血液透析人口有近1/5為75歲以上的老人，而最後終止透析的患者，只有不到半數曾接受安寧療護。或許是台灣的民情文化直接或間接造成了這樣的現象，國外的醫療決策通常是以病患個人決定為主，而台灣則多是整個家族做決定，且常會要求醫護人員對患者隱瞞病情，親屬子女多視安寧療護為不孝的行為，即使醫護人員對於腎臟安寧療護亦不甚熟悉，擔心醫療糾紛，視停止透析等於放棄治療或造成整個治療的失敗，這些反映了許多值得省思的問題。

研究機構亦建議了一個簡要的流程，幫助醫師與患者或其親屬共同面對考慮停止透析的狀況。首先評估患者目前的身體病況，接著確認患者是否有預立醫囑，隨之檢視嚴重病況是否仍有可逆轉的機會，再來則是由主治醫師考慮召集多科專家（包括腎臟科、患者喪失身體重大功能的其他科別、營養科等）進行治療目標的研議。最後，也是最重要的，醫療團隊和患者或家屬充分溝通討論，確認實際可行的治療目標與模式。

若是停止透析的決定仍不確定，可嘗試短期的暫時性透析，密切觀察。若對於原發病或共病症的治療成效仍舊不好，患者已逐漸邁向生命終點，則可考慮停止透析，改由安寧療護接手，避免延長患者受苦的時間，而能有尊嚴地走完人生最後一段路。

秉持以病人為中心的信念，讓生命更美好

總之，關於末期腎臟病與透析患者的安寧緩和醫療，台灣雖起步較晚且仍有很長的一段路要走，但「千里之行，始於足下」，相信在以病人為中心的共同信念下，加上醫病間不斷的努力與溝通，未來我們一定可以達成「以人為本」的全人醫療，讓生命更加美好。🕒

參考資料：

註1：Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis Clinical Practice Guideline Second Edition Rockville, Maryland, October 2010, the Renal Physicians Association

註2：Withdrawal from long-term hemodialysis in patients with end-stage renal disease in Taiwan Chun-Fu Lai, et al National Taiwan University Hospital Journal of the Formosan Medical Association 2013, April