

末期腎臟病的安寧緩和照顧

鄭志雄^{1,2}，徐國雄¹

台中榮總腎臟科¹，中山醫大醫研所²。

現代醫師有讓病人善終的責任。但慢性病人的末期照顧面臨很多的障礙，其中最大的障礙就是醫師不願意面對病人面臨死亡的告知，以及病人不願意面對慢性病末期的事實，大部分的病人不瞭解慢性病(如尿毒症)也像癌症一樣有末期及臨終期。病人對預期壽命(餘命)毫無概念，美國腎臟病透析登錄會報告，血液透析病人五年的存活率大約為33%遠低於某些癌症，如果轉換為預期壽命的話，一個二十歲病人開始血液透析的餘命大約為十五年，而六十歲以上開始血液透析的餘命大約為三年左右，但大部分的病人及家屬以為血液透析就可以解決所有的問題，而漠視的血液透析是步上生命末期的事實。

所以，慢性病患的末期照顧比癌症的末期照顧困難，慢性病人末期的照顧需要更大的關懷與愛心，最好有如德蕾莎修女在印度照顧瀕死病人的精神，無私的奉獻才能夠把工作做好。末期病人安寧緩和照顧可改善病人的生活品質，以及照顧病人及家屬面對死亡時的精神社會與心靈的問題，使病人得以善終，使家屬面對失去親人的失落感得到最終的解決。

目前健保對慢性病人的安寧緩和照顧已有給付，所以轉介病人到安寧緩和照顧正是時候，至於哪些病人需要轉介至安寧緩和照顧是沒有明確的規定。主要是可以預期死亡的病人，或長期忍受嚴重的症狀而無法改善者。依照美國國家腎臟科醫學會的建議末期腎臟病的安寧緩和照顧有四大核心(1)

1. 高級照顧計畫
2. 病人及病人家屬精神、社會、靈性的照顧
3. 倫理問題-終止透析治療
4. 疼痛與症狀的處理

一、高級照顧計畫(Advance care plan)

當病人意識清楚時候，病人與家屬，醫護人員以及相關醫療人員進行座談與溝通，主要的議題是瞭解病人對未來醫療照顧的期待與決定(例如不施行急救術 DNR 或中斷血液透析的觀點)，一旦病人失去知覺意識時能夠依照病人的期待去進行醫療照顧。高級照顧計畫包括三大要素：一、文件的簽署，例如依照病人的意願是否簽署不施行急救術的同意書或終止透析的時機；二、參與人員主要以病人家屬為主，而非討論醫病關係；三、目的是讓病人及病人家屬透過高級計畫照顧去準備死亡的來臨，增強家族的力量，以減少家屬面對病人死亡的失落感。

二、病人及病人家屬精神、社會、靈性的照顧

當醫師告知病人將面臨死亡期時，病人會有不同的心理反應包括憤怒、憂鬱、拒絕等精神反應，安寧緩和照顧醫療人員可經由諮詢給予病人正向的幫助，使病人能夠正面的面對生命的末期。同時，安

寧緩和照顧醫療人員可以幫助家屬將要面臨失去親人的痛苦。這是需要專業的醫療團隊的合作，才能使病人不但能夠安穩的面對死亡期，也能夠在面對死亡時提升精神與靈性的層面，這是需要專業的知識與專業的諮詢，才能夠完成精神與靈性上的提升。

三、倫理問題-終止透析治療 (2)

倫理問題主要是終止透析治療的時機，基本的原則以病人的自主權利為主，最重要以尊重病人的意願與自決權為第一考量。當病人意識不清失去自決權時，病人的法律代理人可以決定是否終止透析治療。有關終止透析治療在美國腎臟醫師學會與美國腎臟科醫學會都有明確的臨床指引如下：

(一) 病患意識清楚有其決定能力狀況下並完全的諮詢時在自由意志下決定終止透析治療

(二) 病患意識不清但在意識清楚時候有口頭或書面決定終止透析治療

(三) 病患意識不清無決定能力狀況下其法律代理人決定終止透析治療

(四) 病患患有嚴重及不可逆的神經傷害例如缺乏-思考, 感覺, 有意識的行為及對自我及環境的認知。

法律問題—我國有關終止透析治療沒有明文的規定，如果病人家屬同意終止透析治療可視同為末期病患拒絕急救，可引用安寧緩和醫療條例第三條第三款：「心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。」同意書上的其他救治行為，加上終止透析治療。

四、疼痛與症狀的處理 (3, 4)

1. 疼痛

慢性腎臟病病患在末期時疼痛的發生率非常高，在文獻上可達到 50%~60% 的發生率。但在我國沒有文獻上的報告，臨床上的病患在末期時疼痛的經驗並不多，主要可能是因為病人未告知醫護人員，也有可能病人的疼痛或不舒服感並不是來自腎臟病本身，所以沒有告知腎臟科醫師，也有可能是病人害怕長期服用止痛劑會導致上癮或害怕止痛劑的副作用。

1 疼痛的種類

- A. 神經性的疼痛：神經性疼痛的原因很多，末期腎臟病的病人一如其他病人也會罹患周邊神經疼痛或中央神經疼痛-例如周邊血管狹窄導致的疼痛等。神經性的疼痛症狀以針刺、電刺及陣發性的疼痛，有些病人對於嗎啡類的止痛劑的效果很好，有些病人可能需要合併其他止痛劑，才能達到鎮痛的效果。
- B. 傷害性的疼痛，這是由於病人的組織性傷害導致的疼痛，例如傷口發炎造成的疼痛，或多囊性腎臟病囊腫發炎的疼痛等都是屬於傷害性的疼痛。傷害性的疼痛是以劇烈性的疼痛或陣痛表現出來，傷害性的疼痛必須找出傷害的位置或造成傷害性疼痛的原因給予處理。

2 疼痛的評分與處理 (5)

對於腎臟病末期病患的疼痛處理，一般使用世界衛生組織建議的 VAS (visual analogue scale) 1-10 疼痛評分及三階段療法為主。

第一階段疼痛分數 1-4 分可使用非嗎啡類藥物或同時合併輔助治療

1. 非嗎啡類藥物有醋氨酚 (Paracetamol) 及非固醇類抗發炎止痛劑 (NSAID)

2. 輔助治療的藥物如下

1. 抗憂鬱藥物例如三環抗鬱劑 (tricyclic antidepressants)
2. 抗抽搐藥物如抗癲癇藥 (gabapentin、clonazepam、carbamazepine)
3. 鎮痛貼片如 Capsaicin 貼片或 NSAID 貼片

第二階段疼痛 5-6 分可使用嗎啡類藥物或同時合併輔助治療

1. 可待因及其衍生物

(Codeine, Oxycodone, Hydrocodeine, Dihydrocodeine) 一般而言可待因 Codeine 不建議慢性腎臟病患使用，因為長期使用會累積造成神經毒性，若一定要使用可將劑量減半使用。

2. 特拉瑪竇 (Tramadol) 相對而言 Tramadol 比較建議用於慢性腎臟病患，但仍需注意其副作用例如神智不清或其鎮定效果，使用時要減少劑量，在血液透析病患一天可給予 50mg 或同時加上輔助治療的藥物或非嗎啡類藥物。

第三階段疼痛 7-10 分使用嗎啡或嗎啡類藥物或同時合併輔助治療

1. 嗎啡 (Morphine) 因為其具有神經毒性不建議病人慢性長期使用，此建議在腎臟病末期的病人或臨終期的病人使用嗎啡以減輕症狀

2. 吩坦尼貼片 (Fentanyl)，吩坦尼有注射藥物及貼片劑機，不需要減少劑量同時貼片使用方便，是很好的止痛藥

物。25mcg/h 的 Fentanyl 貼片服用 24 小時，相當於 135mg 劑量的嗎啡。吩坦尼貼片使用方便但必須注意其副作用。

3 建議疼痛評估和管理

1. 評估及詢問疼痛的規則性，評估全身系統疼痛的位置
2. 相信病人及家屬有關疼痛的敘述
3. 選擇對病人及家屬適當的疼痛治療方法
4. 在一定時間內給予合理及協調的疼痛治療
5. 鼓勵病人及家屬，使疼痛治療能達到最好的效果
6. 物理檢查

2. 氣喘

透析病人很容易發生氣喘主要原因是水份太多造成肺水腫或肋膜積水，如果病人合併有心臟衰竭更容易造成肺水腫，其他氣喘的原因包括酸中毒、肺炎等。

治療的方法包括

1. 脫水是洗腎過程中只脫水而不使用透析液
2. 給予氧氣
3. 讓病人呈現半坐臥的姿勢
4. 嗎啡類藥物可以減少病人氣喘的痛苦，最好使用吩坦尼貼片。

3. 皮膚搔癢

皮膚搔癢是慢性腎臟病最常見的問題，文獻上報告可高達 60% 以上的病人都有皮膚搔癢的症狀，病人的皮膚搔癢可能是局部性或全身性的，當病人皮膚搔癢是晚上發生時症狀更為嚴重，因為同時會影響睡眠品質造成睡眠障礙，有時血液透析過程中也會造成搔癢的發

生。

發生皮膚搔癢的原因有繼發性副甲狀腺功能亢進症，高磷酸鹽血症，高血鈣磷沉積，皮膚乾燥，透析不足，缺鐵性貧血，對血液透析中的管道或人工腎臟發生過敏反應。

尤其末期腎臟病人搔癢的問題很難處理。皮膚搔癢的治療比較困難，有些病人經由充份透析治療，改善高血鈣，改善高血磷及改善繼發性副甲狀腺功能亢進症，減少皮膚搔癢的程度或發生次數。藥物的療效不大，目前有抗組織胺接受器之拮抗藥物(Histamine-H1 receptor antagonist)，及血清素接受器之拮抗藥物(serotonin 5-HT₃ receptor antagonist)例如 ondansetron。

4. 睡眠障礙

睡眠障礙是血液透析病人常見症狀之一，研究發現有些腎臟衰竭病人的睡眠障礙是屬於特定原發性的睡眠障礙如睡眠呼吸中止症候群(sleep apnea syndrome)，下肢靜止不能症候群(periodic leg movement disorder)，不寧腿症候群(restless legs syndrome)。

睡眠障礙的治療優先解決睡眠障礙的潛在原因如病人的疼痛，皮膚癢，憂鬱症，貧血等症狀。其次治療特定原發性的睡眠障礙，最後可使用鎮定藥物或安眠藥物治療睡眠障礙，安眠藥物最好使用短效型以避免造成病人日夜顛倒的情況出現。

5. 便秘

腎臟衰竭病人便秘的原因是多重原因造成的，最常見的原因是服用降磷藥物

或降鉀藥物造成，同時因為減少鉀的吸收所以食物中植物纖維攝取較少容易造成便秘，其他原因包括活動能力減少水份限制都是造成便秘的原因。

透析病人便秘是非常痛苦的症狀，治療可使用軟便劑或輕微的瀉藥以治療便秘。

6. 噁心與嘔吐

噁心嘔吐主要是慢性腎衰竭主要的症狀，與尿毒素有關，一部分的病人是因為洗腎過程中低血壓或電解質不平衡造成的，另一部分病人是因為胃排空時間延長導致噁心的胃輕癱(gastroparesis)症狀，糖尿病的病人比較容易發生糖尿病的胃輕癱(Diabetic gastroparesis)而容易造成噁心嘔吐。

治療包括抗吐劑及改善腸道蠕動的藥物如 Metaclopramide、prochlorperazine、ondansetron。

7. 憂鬱症

慢性腎臟病人中 25%有輕度鬱症(Subsyndromal depressive symptoms)，5% -22%有重度憂鬱症(major depressive)。這可能是由於慢性腎臟病人高血清素造成的，但大部分的病人都沒有被診斷出來。

給予病人及家屬心理社會的支持，精神支持，靈性上的支持可減少病人的憂鬱情況，對於末期腎臟病患來說使用抗憂鬱的藥物可能為時已晚。

8. 神經病變

慢性腎臟病人神經病變主要是因為尿毒素造成，以周邊神經症狀為主可分為三大類：

- (1) 運動神經病變會造成肌肉的萎縮，肌陣攣(myoclonus)及肌肉痲痺等症狀
 - (2) 感覺神經病變會造成燒灼感、疼痛等症狀。最嚴重的症狀為不寧腿症候群 (restless legs syndrome)，這可能與低副甲狀腺素，貧血或透析不足有關，但目前不寧腿症候群沒有好的解決辦法。
 - (3) 糖尿病神經病變及糖尿病腸病變，糖尿病的腸病變不但以噁心嘔吐表現，有些病人是以慢性腹瀉或便秘為表現症狀，有時候病人是以無痛的腹瀉表現，造成糖尿病腸病變的原因可能與腸道蠕動變慢或腸道細菌增生有關。
4. Brown E, Chambers EJ, Eggeling C. End of life care in Nephrology From advanced disease to bereavement. Oxford University Press 2007.
 5. Barakzoy AS, Moss, AH. Efficacy of the World Health Organization analgesic ladder to treat pain in end-stage renal disease Am Soc Nephrol 2006;17: 3198-203.

建議參考資料：

1. Moss AH, Holly JL, Davison SN, Dart RA, German MJ, Cohen L, Swartz RD. Core curriculum in nephrology : Palliative Care. Am J of Kid Disease 2004;43:172-185.
2. Shared Decision Making in appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Washington, DC, Renal Physicians Association and American Society of Nephrology, 2000.
3. Germain MJ, Cohen LM, Davison SN. Withholding and withdrawal from Dialysis What we know about how our patients die. Seminar in Dialysis 2007;20:195-199.