



台灣基層透析協會

本會宗旨：

關懷透析病患，提升透析品質，維護透析診所與病患的權益，協助政府制定相關醫療政策及推行健康保險制度。

透析週報 週四出刊 第三十五期 103.1.9

發行人 鄭集鴻 理事長

學術編輯 張智鴻

聯絡人:靳國慧

電話:0933118495

傳真:03-5351719

e-mail:dialysis98@gmail.com

法律顧問：黃清濱律師

電話：04-23205577

最新消息：

☆腎臟醫學會將於 103.1.11 召開第二次理監事會議，會中將討論修正「慢性腎臟

病患照護品質提升計劃」，基層透析協會提出一修正版本，請大家參考。根據文獻

，慢性腎臟病照護無法降低洗腎發生率，我們將原計劃分為兩個主題，一是「慢性

腎臟病患照護品質提升」，另一是「穩定透析發生率」，這樣才符合運作邏輯。

另外，提高 CAPD 占率與慢性腎病照護品質無關，將此目標刪除。

衛福部原版本

慢性腎臟病患照護品質提升計畫」之具體目標與策略

具體目標	策略	權責單位
<p>➤ 降低洗腎發生率年成長-2%。</p> <p>具體目標值： 10年目標為台灣透析發生率於世界排名前5名之外。</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 加強腎臟病篩檢、宣導教育及三高危險因子之控制2. 研訂台灣本土的慢性腎臟病臨床診療指引及腎毒性藥物用藥指引3. 擴大執行Early_CKD 整體照	<p>主辦：國健局 協辦：健保局及台灣腎臟醫學會。</p> <p>主辦：國衛院、健保局 協辦：國健局、台灣腎臟醫學會</p>

具體目標	策略	權責單位
	<p>護收案至 CKD1-3 期</p> <p>4. 糖尿病試辦方案病患需定期檢驗血清肌酸酐，並要求參與醫療院所加強配合計算 eGFR</p> <p>5. 繼續強化 Pre_ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫</p> <p>6. 加強審查洗腎之重大傷病證明之核發及執行衛教治療模式之告知</p> <p>7. 建立告知末期病人選擇合適性治療機制</p>	<p>主辦：健保局 協辦：國健局、台灣腎臟醫學會及醫師公會全聯會。</p> <p>主辦：健保局 協辦：台灣腎臟醫學會</p> <p>主辦：健保局 協辦：台灣腎臟醫學會</p> <p>主辦：健保局 協辦：台灣腎臟醫學會</p> <p>主辦：醫事處 協辦：國健局、健保局及台灣腎臟醫學會</p>
<p>➤ 腎臟移植人數五年達 15% 成長。</p> <p>(依 99 年腎臟移植人數 288 例推估，其中，死後捐贈 190 例，以每年 3%、6%、9%、12%、15% 成長推估，分別為 196、201、207、213、219 例及活體捐贈，考量親等限制，以每年維持 80 例計。)</p>	<p>1. 持續辦理器官捐贈宣導工作，並強化與宗教團體之合作</p> <p>2. 器官捐贈同意書」納入「醫院住院須知參考範例」</p> <p>3. 整合器官勸募網絡之可行性與適切性</p> <p>4. 建立透析照護團隊之器官勸募機制</p> <p>5. 提升參與腎臟移植醫院能力及品質</p>	<p>主辦：醫事處 協辦：台灣移植醫學學會及台灣腎臟醫學會</p> <p>醫事處</p> <p>主辦：醫事處 協辦：台灣移植醫學學會及台灣腎臟醫學會</p> <p>主辦：醫事處 協辦：台灣移植醫學學會及台灣腎臟醫學會</p> <p>主辦：醫事處 協辦：台灣移植醫學學會及台灣腎臟醫學會</p>
<p>➤ 透析病患五年存活率高於歐盟 3%。</p> <p>具體目標值： (一)20~44 歲五年存活率為 88.16%。 (二)45~64 歲五年存活率為 62.1%。</p>	<p>1. 運用醫療發展基金預算支應「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」</p> <p>2. 定期監測醫療服務品質</p>	<p>醫事處編列預算、健保局執行。</p> <p>主辦：台灣腎臟醫學會 協辦：健保局</p>
<p>➤ 五年內腹膜透析人數</p>	<p>1. 建立告知新洗腎病人治療模</p>	<p>台灣腎臟醫學會、健保局</p>

具體目標	策略	權責單位
<p>占率達 13%。</p> <p>具體目標值： 100 年 6,112 人(9%) 101 年 6,898 人(10%) 102 年 7,825 人(11%) 103 年 8,809 人(12%) 104 年 9,849 人(13%)</p>	<p>式之機制</p> <p>2. 探討腹膜透析失敗之解決策略</p> <p>3. 加強醫護人員腹膜透析進階教育在職教育</p> <p>4. 檢討腹膜透析支付標準合理調整</p>	<p>台灣腎臟醫學會</p> <p>醫事處</p> <p>健保局</p>

提案修正版

(1) 慢性腎臟病患照護品質提升計畫」之具體目標與策略

1. 繼續強化 Pre_ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫
2. 穩定透析病患五年存活率
 1. 增加透析預算
 2. 運用醫療發展基金預算支應「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計劃」
 3. 定期監測醫療服務品質

(2) 穩定洗腎發生率

具體目標值：10 年目標為台灣透析發生率不再上升

1. 加強腎臟病篩檢、宣導教育及三高危險因子之控制
2. 研訂台灣本土的慢性腎臟病臨床診療指引及腎毒性藥物用藥指引
3. 擴大執行 Early_CKD 整體照護收案至 CKD1-3 期
4. 糖尿病試辦方案病患需定期檢驗血清肌酸酐，並要求參與醫療院所加強配合計算 eGFR
5. 加強審查洗腎之重大傷病證明之核發及執行衛教治療模式之告知
6. 建立告知末期病人選擇合適性治療機制
7. 預防早產兒
8. 腎臟移植人數五年達 15% 成長.
9. 強化台灣食品安全及加強糖份、鹽份、食品添加物監控

(3)、臨時動議

將 PD 佔率排除醫院評鑑外

☆會員反應，有診所惡意挖角有合約的透析護理人員，為維持基層透析形象，避免惡性競爭增加營運成本，請大家不要這樣做。

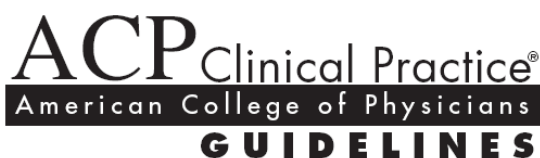
學術專欄：

Clinical Guidelines | 3 December 2013

Treatment of Anemia in Patients With Heart Disease: A Clinical Practice

Guideline From the American College of Physicians FREE

Ann Intern Med. 2013;159(11):770-779-779.



Summary of the American College of Physicians Guideline on Treatment of Anemia in Patients With Heart Disease

Disease/Condition	Anemia and heart disease
Target Audience	Internists, family physicians, and other clinicians
Target Patient Population	Adult patients with symptomatic CHF (with or without reduced systolic function) or CHD (acute coronary syndrome, postacute coronary syndrome, or a history of MI or angina) and anemia or iron deficiency
Interventions	Red blood cell transfusion, ESAs with or without iron (including erythropoietin and darbepoetin), and intravenous iron
Outcomes	Mortality (all-cause and disease-specific); cardiovascular events (MI, CHF exacerbation, arrhythmia, or cardiac death); exercise tolerance (any metric, most commonly NYHA class, 6-min walk test); quality of life; hospitalization (all-cause and disease-specific); and harms, including hypertension, venous thromboembolic events, and ischemic cerebrovascular events
Benefits of Treatment	Red blood cell transfusion: no benefits shown when comparing liberal to restrictive transfusion ESAs: no benefit Intravenous iron: increased exercise tolerance, improved quality of life
Harms of Treatment	Red blood cell transfusion: adverse events potentially associated with red blood cell transfusions, such as fever, transfusion-related acute lung injury, and congestive heart failure ESAs: hypertension and venous thrombosis Intravenous iron: no harms identified but sparsely reported
Recommendations	<i>Recommendation 1: ACP recommends using a restrictive red blood cell transfusion strategy (trigger hemoglobin threshold of 7–8 g/dL compared with higher hemoglobin levels) in hospitalized patients with coronary heart disease. (Grade: weak recommendation; low-quality evidence)</i> <i>Recommendation 2: ACP recommends against the use of erythropoiesis-stimulating agents in patients with mild to moderate anemia and congestive heart failure or coronary heart disease. (Grade: strong recommendation; moderate-quality evidence)</i>
High Value Care	Current evidence does not support the benefit of liberal blood transfusions in patients with asymptomatic anemia and heart disease. Therefore, the ACP does not support the liberal use of blood transfusions in the management of mild to moderate anemia in patients with cardiovascular disease. The probability that transfusion may be beneficial is higher in patients with lower hemoglobin levels (<7 g/dL) and lower in less anemic patients (hemoglobin >10 g/dL) (67). The ACP does not support the use of ESAs for treating patients with mild to moderate anemia and heart disease because the harms outweigh the benefits for these patients.
Clinical Considerations	Patients with heart disease may have anemia because of iron deficiency, use of ACE inhibitors, renal insufficiency, and poor nutrition. Presence of anemia is associated with increased mortality and morbidity. However, it is uncertain if anemia is an independent risk factor for poor outcomes or if it is a marker of more severe illness. The impact of oral administration of iron and how it compares with IV iron for treating anemic patients with heart disease is unknown.

心臟科患者若是心臟科住院回來，常常血箱就被加滿了，就像到了加油站之後，加滿油一樣。之前，有個不成文的做法，就是輸到 Hb 達 10 g/dl，這樣心臟才會穩定。

然而，因為輸血的併發症問題，現在逐漸對輸血保守，下修至 Hb 7-8 g/dl 時，心臟病患者才考慮輸血。而且，若是無腎臟病，也不建議用 ESA(EPO)。(上面是最新的 ACP guideline)

另外，要向廣大的透析先進們請教，若是門診透析患者，貧血至輸血的程度或急切度，但是患者又不想至醫院做胃鏡或是大腸鏡診斷，只想採取保守性治療，門診透析可以申請輸血費用嗎？因為，問了一些學長們的做法，就是停用一週的 ESA(EPO)，把這費用當作輸血成本來使用了，因為聽說門診透析不能申報輸血費用？也有讓家屬自己去捐血中心自己出錢買患者所需要的血液，然後，送至檢驗所核血，當然，診所就可以不停打 ESA。

有先進們可以分享如何門診透析申報輸血費用嗎？診斷碼？處置代碼？先感謝了。

(請回覆至 email: jihonc@gmail.com 張智鴻醫師，我再分享給大家)