

這篇文章將探討進階慢性腎臟病（Advanced CKD）患者在面臨腎功能衰竭時，除了傳統腎臟替代治療以外的一項醫療選擇：保守腎臟管理（Conservative Kidney Management, CKM）。

末期腎病與治療選項的範疇

進階慢性腎臟病通常指慢性腎臟病第四期與第五期，隨著疾病進展，患者生理、心理與生活功能受到的影響會逐漸加劇。在此階段，若腎功能已受損至若無介入治療則難以維持生命的程度，臨床上常被稱為末期腎病（End-stage renal disease, ESRD）或腎衰竭。患者在此轉折點通常面臨多種治療路徑的抉擇：移植、透析或是保守治療。

首選是預後最佳的腎臟移植，然而許多高齡或具備多重共病的患者並不符合移植條件，或是環境資源有限而不允許。若無法移植，傳統的標準治療是血液透析或腹膜透析，旨在透過人工方式清除體內尿毒素與多餘水分。然而，隨著醫療實證的累積，臨床界逐漸認識到，透析並非對所有患者均能帶來生存或品質上的淨效益。與之相對，不進行透析的「保守腎臟管理（CKM）」，或稱「保守性內科治療」，為一項強調以患者價值觀為核心、專注於症狀緩解與生活品質的積極替代路徑。

保守腎臟管理是什麼？

保守腎臟管理的核心並非放棄治療，而是將醫療重點從「取代器官功能」轉向「保存剩餘腎臟功能、緩解痛苦與全人照護」，透過內科藥物治療以延緩疾病進展，並積極處理貧血、水腫及電解質失衡等併發症。

CKM 強調對尿毒症症狀進行規律且系統性的評估，針對患者常見的疼痛、嚴重疲勞、皮膚搔癢與呼吸困難等高負擔症狀，提供精確的藥物與非藥物治療。除了生理需求，CKM 更整合了社會、心理與靈性關懷，協助患者應對因疾病進展產生的焦慮與恐懼。預立醫療照護諮商（Advance care planning, ACP）與預立醫療決定（Advance directive, AD）也屬 CKM 重要的一環，旨在確保患者在意識清醒時，能與家屬及團隊討論並記錄其對於未來惡化時的醫療意願。

此外，CKM 提供針對急性尿毒惡化的危機指引（Crisis guidance），指導家屬應對如食慾喪失或意識改變等徵兆，以避免不必要的急診住院，並最終無縫銜接至臨終照護（End-of-life care），確保患者在熟悉環境中獲得尊嚴與舒適。

透析治療與保守治療的權衡比較

在決策過程中，醫療團隊必須提供透明的資訊，協助患者權衡透析與 CKM 之間的利弊。從生存數據來看，透析對年輕患者有顯著優勢，但對於 75 歲以上且伴隨嚴重共病的族群，兩者的生存率表現非常相近。根據 Foote 等人 (2016) 所做的系統性回顧與統合分析，老年末期腎病患者接受透析的 1 年存活率約為 73.0%，而接受保守治療者約為 70.6%，兩者差異不大。而當患者年齡超過 80 歲或 75 歲且合併多重共病時，開始透析則幾乎無法帶來生存助益。

除了生存時間，「生活品質」與「在家時間」是更關鍵的衡量指標。Montez-Rath 等人 (2024) 的研究指出，雖然透析可能讓老年患者平均延長約 78 天的壽命，但代價是患者待在家的時間平均減少了 15 天，其餘時間多花在頻繁往返透析中心、處理血管通路併發症或因感染、血壓波動導致的就醫。透析治療帶來的生理負擔，如透析後的極度疲勞、抽筋、暈眩，往往會抵消其延長生命所帶來的潛在助益。

此外，對於身體虛弱的長者，起始透析往往伴隨著功能與認知狀態的快速退化。選擇 CKM 的患者雖然在生命長度上可能較短，但通常能維持更穩定的功能狀態直至臨終前，且其症狀緩解的滿意度與在家離世的比例普遍較高。

適合採取保守腎臟管理的族群

根據實證指引，保守腎臟管理適合以下幾類族群：

1. **高齡且具多重共病者：**特別是 75 歲或 80 歲以上，且患有缺血性心臟病、進階心衰竭或惡性腫瘤等疾病的患者，透析對其存活效益極低。
2. **嚴重功能受損或衰弱（Frailty）患者：**對於日常活動高度依賴他人，且預期透析後功能將進一步退化的衰弱長者，CKM 能避免過度的醫療介入。
3. **失智症患者：**患有中重度失智症者在透析過程中可能因無法配合、抓拔針頭而產生危險，且透析難以改善其生活品質。
4. **重視生活品質勝過長度者：**明確表達希望維持獨立性、避免頻繁就醫，並希望在舒適與熟悉環境中度過餘生的患者，CKM 是其合理的權利選項。
5. **預後不良者：**當醫師評估患者一年內死亡的可能性高（如透過「驚訝問題」評估），CKM 應被視為優先討論的合適路徑。

總結

保守腎臟管理並非放棄，而是一種針對特定族群所設計的、具備高度專業性的積極醫療計畫。它讓醫療回歸到以「人」而非「器官」為中心的本質，確保了不適合透析的患者依然能獲得高品質的症狀控制與心理支持。透過跨專業團隊的共同決策，CKM 賦予患者在面對生命終點時，能以符合其價值觀的方式，保有尊嚴地走完生命的最後一程。

參考資料

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314.
2. Gelfand et al. (2020). Kidney supportive care: core curriculum 2020. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(5), 793-806.
3. Foote, C. et al. (2016). Survival outcomes of supportive care versus dialysis therapies for elderly patients with end-stage kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Nephrology*, 21(3), 241-253.
4. Verberne, W. R. et al. (2016). Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4), 633-640.
5. Montez-Rath, M. E. et al. (2024). Effect of starting dialysis versus continuing medical management on survival and home time in older adults with kidney failure: a target trial emulation study. *Annals of Internal Medicine*, 177(9), 1233-1243.

作者資訊



- 姓名：盧廷碩
- 學歷：中國醫藥大學中醫學系
- 現職：臺北榮民總醫院家庭醫學部住院醫師
- 專長：家庭醫學、預防醫學、公共衛生