

111 年度透析院所訪視說明會及 email 提問

第一章

Q：1.2.1 緊急沖洗設備：每一層樓均有蓮蓬頭或噴灑之設備，若廁所沒有蓮蓬頭如何處理？

A：此項目主要是每一層樓有蓮蓬頭或噴灑之設備，非侷限於何處。

Q：1.3.1.2 病人安全，透析室停水、停電時，轉介後之追蹤。有問到一年內曾停水、停電，若勾“是”(全台大停電)，但病人無轉介安置，請問這題如何勾選評分？

A：全台發生非個別情形，請依各院的所在區域或各院情形曾發生停水、停電，若一年內都未發生此狀況，則請在自評表勾“無”，並註明無轉介安置。

第二章

Q：2.2.6 的評量說明，透析病人之定期檢驗(查) (B)每 3 個月一次之檢驗：BUN(透析後) 請問 BUN 透析後為何會特別列在每三個月驗呢？大部分院所應該都是每月驗，才能驗 URR, Kt/V

A：同意 BUN (透析後) 移至(A) 每個月一次之檢驗

Q：2.2.6 的評量說明，(E)必要時需要檢查：Anti-HIV (需告知病人必要性)、Al。(院所來信提問) 請問必要時需要檢查：Al，目前大多院所應該是每年固定驗，不知道還有沒有每年檢查的必要性？現在的 RO 設備很普及，水質應該都比以往進步很多，又加上評鑑已經規定每年都已經規定水質檢查要有 20 多項重金屬 (包含鋁)，現在在台灣洗腎應該很難因為水質裡面的鋁過多造成血鋁過高，以前看過的 Al 太高幾乎都是因為胃腸問題，在外面長期吃制酸劑胃乳片造成的，和洗腎無關，沒有洗腎的人長期吃制酸劑也可能會有此問題

A：必要時需要檢查：Al，對於透析不活動性骨病變的原因鑑別診斷、2nd hyperparathyroid before OP 前的 DFO test- 血中的 Al 有其角色

Q：CT ratio 測量方法？(院所來信提問)

方法 A 和方法 E，是不是算是一樣的方法？

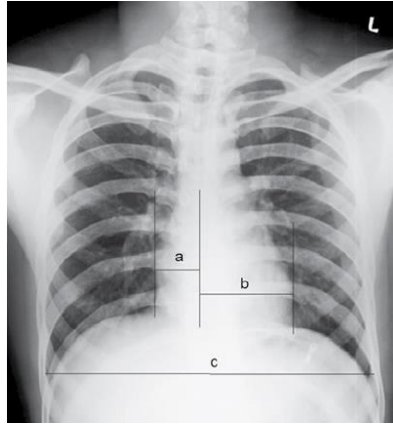
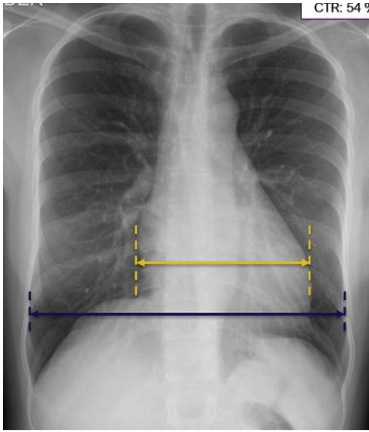
心臟的最大徑的測量方法，不就正是方法 E 的測量法嗎？

另外方法 D 的說明：CTR 最小→應該是最大？

1.方法 A 和方法 E 不一樣

方法 A

方法 E



2, D 的說明：.....-特性：1.心臟最大徑可正確量得。2.所得心臟為實際最大徑，而胸廓又非最大徑，故 CTR 最小→而胸廓又非最大徑，故 CTR 最大 (修正)

Q：2.2.2.1 Hb 大項

請問 Hb 各個平均值的佔比百分比是多少，因只有小於 8g/dl 有佔比為 10%以下，那其餘範圍的要如何知道得分？

A：TSN 年度報表(如下) 為院所檢驗報告輸入後即可得 依此為計算標準

6-1. 血比容值 (Hb) :: 95 人

平均值：10.82 ± 1.40 標準差 (參與分析之病人總數：95，受檢率：100.00%)

Hb 分佈 < 8 g/dL	2 人	2.11 %
Hb 分佈 8 - 8.5 g/dL	2 人	2.11 %
Hb 分佈 8.5 - 9.0 g/dL	7 人	7.37 %
Hb 分佈 9.0 - 9.5 g/dL	4 人	4.21 %
Hb 分佈 9.5 - 10.0 g/dL	9 人	9.47 %
Hb 分佈 10.0 - 10.5 g/dL	13 人	13.68 %
Hb 分佈 10.5 - 11.0 g/dL	3 人	3.16 %
Hb 分佈 11.0 - 12.0 g/dL	37 人	38.95 %
Hb 分佈 ≥ 12.0 g/dL	18 人	18.95 %

Q：2.2.3.1 "Ca、P 乘積"，在 2017-KDIGO-CKD-MBD 已被移除(Guideline 3.1.5)；2.2.3.1 "Ca 平均值是否在 8.5-10.5 mg/dL 之間"，2017-KDIGO-CKD-MBD 4.1.3 也已修正。今年已經 2022 年，不知道學會並未跟隨 KDIGO 修正的立論基礎為何？

A：(1) 2017&09 KDIGO Recommendations Ca, P, control in dialysis pt 均以 normal range 為建議；2003KDOQI Recommendations Ca 8.5-9.5 mg/dl, 可參考台灣慢性腎臟病和病症的整理(請參考臺灣慢性腎臟病臨床診療指引第 414, 424, 427 頁)；(2) CaXP 跟血管,軟組織的鈣化沉積機率有關；綜合以上，評量條文兼顧週中抽血或不同時間點抽血結果差異並未有較嚴格,令院所做不到的地方

第四章

Q：4.1.1.1 一年內至少參加國內外腎臟相關學術研討會二次，且有論文發表，請問是只能參加腎臟醫學會主辦的活動才算嗎？

A：指的是腎臟相關研討會，學會主辦或非學會主辦都列入。

第五章

Q：5.1.3.1 細菌培養檢測內毒素每年至少一次，請問是包括洗腎機台也要驗嗎？還是只有 RO 水？

A：學會 3 月 23 日發出給各院所細菌培養問卷調查結果，今年先依各院所能達到最基本、最容易可執行的 RO 水檢測為目標。爾後再討論是否加入透析機台的檢測。

Q：5.1.6 透析器重複使用之消毒過程(僅有重複使用透析器之血液透析)

不知上次評鑑，全台灣還有透析院所還在用重複使用人工腎臟嗎？如果沒有，是否未來就可以刪除此部分的說明減少篇幅呢？

A：上次 106-107 年透析實地訪視仍有少數院所重複使用人工腎臟，透析醫療事務委員會會議決議今年訪視評量表保留此項目，屆時今年訪視時現場再確認。

Q：5.4.2.1 ICU 固定式 RO 造水機各取樣點已取樣，床邊出水口為何還需每季檢測一次？

A：於評量標準說明「5.1.3.1 傳統 RO 系統」條文內容中有提到細菌培養的取樣點包含 1. RO 系統取樣點至少每月檢測一次。 2. 所有透析機台之透析液每季需至少檢測一次。依據此精神我們建議 ICU 床邊出水口每季檢測細菌培養。

Q：5.1.2.1 評量標準說明 2.2(C)建議串連兩組活性碳過濾器，惟醫療器材需有醫療器材許可證，加裝"串連兩組活性碳過濾器"，如許可證內未有許可，即違反藥事法第 84 條，未經核准擅自製造或輸入醫療器材者，處三年以下有期徒刑，得併科新台幣十萬元以下罰金。(院所來信提問)

A：請依照法規，委託擁有「透析用水之淨化系統」醫療器材許可證之廠商施作。醫療器材管理辦法中「透析用水之淨化系統」僅規定包含碳過濾器，合格廠商許可證中理應不會詳細規定串連或不可串連過濾器等施作方式，如有，請提供資料供學會參考。

參考資料：

1. 醫療器材管理辦法

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0030054>

附件一，透析用水之淨化系統描述

H.5665 透析用水之淨化系統 (Water purification system for hemodialysis)

透析用水之淨化系統是血液透析系統共用以除去水中有機、無機物及微生物污染，此水是用來稀釋濃縮透析物以製成透析物者。此器材的一般型包括水質軟化劑、沈澱過濾器、碳過濾器及水蒸餾系統。

2. 衛生福利部於 107 年公告

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-40409-1.html>

Q：5.1.2.4 專人負責 RO 水管理，每日抄表檢視人員需要有專業背景嗎？

A：主要目的是每日正確抄表紀錄及管理，並無要求規定資格。

Q：5.2 病歷管理，若已完全是電子病歷，無紙本病歷，則 5.2.1.1、5.2.2.1 要如何評分？另外建置電子病歷過渡階段，一半電子病歷，一半紙本病歷，此項目如何評分？

A：(1)完全是電子病歷，請記得勾“是”以電子病歷呈現，5.2.1.1、5.2.2.1 則可忽略。
(2)過渡階段的則請勾“否”，以紙本呈現為主。

Q：5.3.1.2 緊急災害應變，對已發生之危機事件能切實檢討並有效改善；若沒有發生危機事件，此題該如何執行評分？

A：若真的未發生危機事件，則自評表註明“無”。

第六章

Q：6.6.1 透析患者若有停止透析後門診追蹤再發現需透析.那符合 A 嗎？請問病人洗半年後才停止透析，算脫離率嗎？腎臟移植算終止透析？

A：有協助病人重新再次申請重大傷病卡，等於重新評估是否脫離透析的可能性符合 C。
另外若協助 AKI 病人脫離透析，或輔導多重疾病的病人接受安寧緩和醫療，或病人透析半年後停止透析，亦算脫離率，有紀錄名冊可以符合 A。腎臟移植也算終止透析。

其他

Q：請問實地訪視-需準備幾個年度與章節內容有關的佐證書面資料

A：主要依 2021 年照顧品質報表為主，但院所也可自行呈現各年度透析醫療品質現況趨勢，惟請務必詳列各年度資料，以便讓評量委員能一目了然。

Q：C 肝 RNA 是否有建議幾年做一次？C 肝治癒一定需附完治診斷書嗎，但是有的病人不願到醫院拿 RNA 陰性診斷證明書，如何佐證資料？每 3-4 年 C 肝 RNA 檢驗費用都是病人自費嗎，還是健保給付？

A：(1)目前未強制建議多久執行一次，但依衛福部 C 肝消除計畫，希望每 4 年再檢驗一次 RNA
(2)不一定要陰性診斷書，但至少要有 RNA 陰性報告備查。
(3)可以健保給付，已開放非肝膽腸胃科醫師可以開立，但建議病歷需紀錄有開立 RNA 檢驗。

Q：HCV 陽性病人的“集中管理”定義是什麼？是否同一區域不能同時有陰性病人？

A：(1)依照疾管署公告「醫療機構血液透析感染管制措施指引」，所謂「集中照護」係指將 C 型肝炎病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護；或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。
(2)另外依據指引說明 C 型肝炎病毒抗體陽性且未經抗病毒藥物治療之透析病人，若連續兩次檢測且相隔 24 週以上，均無 C 型肝炎病毒檢出(檢驗試劑檢測下限須≤50 IU/ml)，並由醫師開具診斷證明書，連同相關檢驗資料，一併提供給透析單位參考者，可比照一般病人，不需採以集中照護進行透析治療。

Q：工作人員不可同時照護 B 型肝炎病人和對 B 型肝炎病毒不具免疫力的病人(HBV susceptible patient)，但評量表並無評分，所以只是建議？

A：訪視評量說明 1.2.3 隔離措施，第 5 點工作人員不可同時照護 B 型肝炎病人和對 B 型肝炎病毒不具免疫力的病人，增加「建議」文字。

Q：若有檢驗 anti-HBc，且 anti-HBs 與 anti-HBc 皆為陽性者，可不需每年做 B 型肝炎相關檢測。

A：雖然 B 型肝炎檢驗及治療越來越多元，但 anti-HBs 與 anti-HBc 無法代表 HBsAg，所以仍須每年一次 B 型肝炎相關檢測。

Q：目前所用的 heparin 皆由廠商原裝泡製如同 n/s500c.c,當日由護理人員抽取使用,那還需要標示嗎？那麼空桶還要記錄量了嗎？空桶有領有核可的回收商做回收，會有三聯單紀錄,這個算嗎？

A：肝素抽取使用要標示，另外為確保空桶不被拿去作為其他使用，空桶回收最好有進出的紀錄，若回收商給予三聯單紀錄作為書面記錄更好。

Q：Heparin 使用的 20cc 空針上，可以只標示 H，這樣可以？

A：請貼標籤清楚 Heparin，勿縮寫。