

出國報告（出國類別：開會）

2025 國際尿失禁防治協會暨阿聯酋泌
尿外科醫學會聯合年會（ICS-EUS 2025）
出國報告

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院

姓名職稱：郭人豪 PGY 住院醫師

派赴國家：阿拉伯聯合大公國

出國期間：2025/09/16 ~ 2025/09/21

報告日期：2025/10/27

摘要

本人於 2025 年 9 月 16 日至 21 日赴阿拉伯聯合大公國阿布達比，參與國際尿失禁學會（ICS-EUS 2025）年會並進行口頭報告之經驗與成果。口頭報告主題為「以術前尿動力學參數預測攝護腺去阻塞手術後首次拔尿管（TWOC）成功與否」，呈現以膀胱收縮不足(DU)與膀胱出口阻塞程度(BOO)為核心的風險分層模式，證實去阻塞手術後 DU 與低 BOO 為 TWOC 失敗之獨立預測因子，且高 BOO 與保留收縮力者即便術前餘尿偏高仍可安全提早拔管。會議期間除完成報告與專家討論，並參與男性下泌尿道症狀、尿路動力學、保守治療與神經調控等議程，了解多中心前瞻研究構想。期望返國後將把會議所學轉化為臨床決策與病人衛教，以提升病人安全與照護品質。

關鍵字：國際尿失禁學會（ICS）、功能性泌尿學、尿管移除（TWOC）

目次

目的.....	P.1
過程.....	P.2
心得.....	P.3
建議事項.....	P.5

目的

（一）學術發表：以口頭報告形式呈現本團隊在攝護腺去阻塞手術後首次拔管（TWOC）風險分層之研究成果，交流尿路動力學在臨床決策中的應用，獲取同儕回饋以利後續修訂與投稿。

（二）專業精進：系統性參與男性下泌尿道症狀、膀胱出口阻塞治療、保守治療與神經調控相關之重點場次，更新國際最新實證與治療趨勢。

（三）學術連結：與國際專家（含泌尿、復健、護理與工程領域）建立合作，探討多中心研究與課程交流。

（四）臨床轉譯：將會議所學回饋本院臨床流程。

過程

（一）會前準備與報名

1. 會議註冊：以「住院醫師／生涯早期專業人員」身分完成註冊（Residents / Early Career Professionals）。
2. 研究資料：準備國際尿失禁學會（ICS）摘要、投影片與問答重點。
3. 行前簡報彩排：針對口頭報告進行多次演練，包含投影片調整、時間控制、可能提問與答覆。

（二）會場報到與口頭報告

1. 會場：阿布達比國家展覽中心（Abu Dhabi National Exhibition Centre，ADNEC）。
2. 場次：2025 年 9 月 18 日（週四）A1 會議室「泌尿學一：男性下泌尿道症狀與前列腺增生／阻塞治療」口頭報告。
3. 時段與題號：10:00 – 10:07，第 9 號。
4. 題目：術前泌尿動力學參數於預測攝護腺去阻塞手術後首次拔管失敗之角色（Predicting Initial Trial Without Catheter Failure After Prostate Deobstruction Surgery: The Role of Preoperative Urodynamic Parameters）。
5. 報告重點：以逼尿肌收縮指數（BCI）與阻塞指數（BOOI）建立首次拔管試驗（TWOC）風險分層；逼尿肌收縮不足（DU，勝算比 OR=2.77）與低度出口阻塞（低 BOO，OR=2.88）為獨立風險因子；對於高 BOO 且無 DU 者，可考慮提前拔管（即使術前殘餘尿量 PVR ≥ 300 mL）。
6. 與談與回饋：同場研究聚焦良性前列腺增生之微創治療趨勢（如水汽消融 Rezūm、鉬銻雷射核切 HoLEP 等）與導尿照護；與會者多肯定以泌尿動力學指標優化拔管策略的可行性。

（三）參與之重點議程

1. 會前工作坊（9/17）：基礎泌尿動力學、出口阻塞情境下之逼尿肌低／過度活動、反覆性尿道感染與研究倫理等，強化尿路動力學實作、男性下泌尿道症狀（LUTS）評估與治療策略，以及臨床研究的倫理架構。
2. 主題場次（9/18-9/20）：下泌尿道之損傷機轉（專題演講）、男性應力性尿失禁（SUI）治療新趨勢、保守治療長期追蹤等，更新介入與復健並行之跨專業照護模式。
3. 區域合作：中東地區泌尿腫瘤與功能性泌尿學整合議題，作為未來交換課程與聯合研究之參考。

心得

（一）口頭報告後與會者交流之心得

1. 現場回饋的核心重點：多位與談者與與會者肯定以尿路動力學參數建構首次拔管試驗（TWOC）風險分層的臨床價值，尤其以逼尿肌收縮指數（BCI）與阻塞指數（BOOI）作為可操作門檻，能把「是否拔管」由經驗判斷轉為標準化決策。
2. 方法學與可外推性：問答聚焦於：（1）病例納入是否造成選擇偏倚；（2）收縮不足（DU）與出口阻塞（BOO）的切點是否需依年齡或前列腺體積調整；（3）多變量模型是否完成校準與決策曲線分析。
3. 臨床轉譯的細節建議：與會者建議在結局上，除 TWOC 成功／失敗外，加入再置管率、泌尿道感染（UTI）發生率、住院日數、導尿天數、病人回報結局（PROMs）等，較能貼近病人與醫療系統的價值。
4. 多中心合作與網絡
 - ① 提供並協作外部驗證資料集；
 - ② 建立前瞻性登錄所需的資料字典與最小登錄項目（如 BCI、BOOI、PVR、導尿策略、PROMs）；
 - ③ 探索人工智慧／機器學習輔助的即時拔管決策工具。
5. 個人簡報精進：圖像化決策流程的重要性；呈現一頁式臨床流程圖與關鍵門檻值，並備妥備用投影片（方法學細節、敏感度分析、亞群分析），以提升問答時間的即時說服力。

（二）參與完整 ICS 會議之整體心得

1. 跨專業的深度整合：本會議一大特色是醫師、護理、復健、工程跨域合作。從工作坊到主題場次，無論檢查品質管控、男性下泌尿道症狀／前列腺增生治療、骨盆底復健或神經調控與保守治療，皆強調以病人為中心的路徑與團隊分工。這讓我更確信：臨床決策非單一醫師可獨立完成，必須同步整合團隊流程、復健介入與衛教的全流程設計。
2. 尿路動力學檢查的標準化與品質：多場次強調量測過程的重要性，包括灌注速率、導尿管規格、基線穩定、咳嗽測試、運動偽影辨識等；建立品質檢核表與內部稽核機制。
3. 治療趨勢的平衡思維：就前列腺阻塞（BPO）之內科與手術策略，以及收縮不足（DU）患者的拔管風險，不同國家在術前評估與時點安排各有差異。會議提醒我們在解除阻塞與保護逼尿肌間取得平衡：對高 BOO、收縮力保留者，鼓勵提早拔管以縮短住院日數；對 DU 或低 BOO 者，採延後拔管＋間歇性導尿並加強感染預防與追蹤。此思維與我們的分層策略相互呼應。
4. 病人端指標與真實世界資料：多個團隊分享病人回報結局（PROMs）與真實世界資料在方案評估中的角色，強化我在後續計畫中納入 PROMs、再入院率與成本指標的決心，也有助對醫院管理階層溝通價值導向照護。

5. 新興技術與教育：在新興議題上，會議探討可攜式或貼近日常情境的檢查技術、訊號自動化判讀、神經調控與保守治療的整合等前沿方向；在教育上，ICS 以模擬情境訓練拔管流程與併發症處理，對醫師教學極具實用性。



建議事項

- 確認逼尿肌收縮指數與膀胱出口阻塞指數之門檻，並列出尿路感染、使用抗凝血藥、神經性膀胱等例外情境。
- 灌注速率、導尿管規格、基線是否穩定、咳嗽測試、偽影辨識、報告完整性等必核項
- 樣本流程、納排標準、敏感度分析、亞群分析（高 BOO 無 DU／低 BOO 伴 DU）
- 會後整理演講筆記、流程圖和 table

