

〈我沒有看見導尿管〉

小時候我有一個長得很漂亮的表姐在彰化基督教醫院當護士，她經常會來我家拜訪。她說護士的職責是「首先，不要傷害病人（醫師誓詞的第一句話），然後才是幫助病人」，這一個經驗是讓我想當醫生的初衷之一。

我在高雄醫學院當見習醫生時，有一次在醫院的牆上看見 1956 年李石樵繪製的一幅油畫「切膚之愛」-描述 1928 年彰基創辦人英國的蘭大衛醫師割下妻子連瑪玉的皮膚移植到周金耀小弟身上的故事。

後來我聽見一個動人的故事：主治醫師帶著一群學生查房，病人正在睡覺。主治醫師叫大家安靜地等待，並悄聲問：「你們看見了什麼？」「一個老人，身上有靜脈點滴、鼻胃管和留置性導尿管」，主治醫師說：「我沒有看見花、卡片、家人、朋友、食物」。

有一次我帶的醫療團隊遇見一位急性腎傷害（AKI）的歐吉桑。住院醫師想要幫他放留置性導尿管，我請他說置放的目的，他說：「篩檢下泌尿道阻塞、監測尿量」，我說：「下泌尿道阻塞的診斷是用超音波看是否有水腎、膀胱漲尿，至於監測尿量則是一個假議題。留置性導尿管的適應症是急/慢性下泌尿道阻塞、急/重症、昏迷、癱瘓、極度虛弱、手術、尿失禁（最後的方法），間歇性導尿的適應症是神經性膀胱障礙」。

大約一半的 AKI 病人是少尿： $< 400 - 500 \text{ mL/天}$ ，包括罕見的無尿（ $< 50 - 100 \text{ mL/天}$ ，兩側完全泌尿道阻塞、兩側完全腎動脈阻塞、休克、腎皮質壞死、某些快速進行性腎絲球腎炎）；一半是非少尿。無論是少尿或非少尿，都不需要放導尿管來監測尿量。至於非少尿本來就不需要放，少尿也不會因為放了而變成非少尿，除非有下泌尿道阻塞。

泌尿道感染（UTI）是最常見的院內感染，其中大部分都與使用長期導尿管有關（CAUTI）。每天有 3 - 10% 的留置性導尿病人發生菌尿症，其中有 10 - 25% 變成 CAUTI。

CAUTI 的診斷標準是尿液培養的細菌至少 10^3 CFU/mL 加上排除其他地方的感染，而且有「系統性感染、敗血症、發燒、發冷、新的低血壓」或「急性肋脊柱三角區痛、恥骨上痛」或「導管有膿性分泌物、急性睪丸或副睪或攝護腺疼痛 + 尿液培養的單株或多株細菌至少 10^5 CFU/mL 。

如果導管置放已經大於二週，就要改放新導管再做培養。最好能先移除導尿管

再取中段尿做尿液培養，或從新的導尿管做尿液培養。如果做不到，那麼就從導尿管的採樣口（而非尿袋）取樣。無症狀者不要做尿液培養（無症狀性菌尿症不要治療），除非懷孕、要做會造成血尿的泌尿道步驟。

老人有急性意識障礙/急性生活功能異常時，不要常規做尿液培養，除非有「系統性感染、敗血症、發燒、發冷、新的低血壓」、腰痛、恥骨上痛或下泌尿道症狀。

UTI 組合式照護（避免導尿管、早期移除導尿管、無菌技術、標準流程）能預防 CAUTI，但是抗生素不能。

「明智選擇運動」不建議只是為了方便，就置放導尿管。我們千萬不要讓留置性導尿管變成一個笑話：「導尿管的唯一目的是防止病人任意走動」。

希望下一次主治醫師查房時能說：「我沒有看見導尿管」。