

亞特蘭大遊記

參加第三屆國際性院內感染研討會

邱蘭芳 副護理長

筆者在一個偶然的機會中，得知『第三屆國際性院內感染研討會3rd International Conference on Nosocomial Infections』於1990年7月底在美國喬治亞州亞特蘭大城舉辦，此次會議不僅是每隔十年召開一次，更是由美國疾病管制中心(Centers for Disease Control)所主辦。為能參加此大會，觀摩他人之長處、肯定自己，同事們鼓勵我投稿試試運氣，很幸運的五月初，該審核小組回覆已接受筆者所投的文章，並安排在八月一日下午以壁報方式發表，雖然不意外，但仍無法不興奮及慌張。

在資料整理及壁報的製作過程中，除感謝感染管制小組各成員的全力支援外，更要感謝王永衛醫師對文章的修改，電腦的幫助，張雲華醫師對統計的協助，使筆者能順利完稿。因院方對院內感染的重視，筆者赴美參加會議之旅費及報名費均由醫院支付。

雖有多次出國經驗，七月二十九日隻身踏入中正機場時，仍有種無助、被遺棄

的感覺，深怕到不了目的地，更怕我們的工作無法受到他人的肯定，沒有收穫的徒勞而返。經過幾次的轉機，長程的勞累，總算順利的到達目的地，住進預定的飯店也向大會報了名。

本次會議參加人數約兩千餘人，除美國本地外，另有來自三十餘國之兩百多名外賓參加，可見此次會議受重視的程度。亞洲方面有香港、印尼、日本及我國的代表，臺灣有筆者與王永衛醫師參加。報到當晚，主辦單位特舉行酒會，讓與會人士在會前先作溝通、認識，筆者頻頻受到他國詢問有關臺灣感染管制的發展，相比較下我們並不遜色，加上得知筆者有論文發表，對臺灣的感染管制更是刮目相看。

參與大會之各國人士，多為實際參予院內感染管制之人員，除各院感染管制委員會之醫師、護士、醫檢師、流行病學家、藥師外，還有醫院之行政主管人員，這些代表在感染管制工作上，工作經驗至少有五年以上，甚至超過二十年，流動性小，這現象與國內相差頗大。

一連數天的會議中，除邀請感染管制專家、學者作專題演講外，並有口頭及壁報的論文發表，計二十八個主題，一百七十篇論文，分成四個會場進行討論，篇篇內容精采。無論是上台作口頭報告或是以

作者簡介：私立台北醫學院護理助產專修科畢，曾任台北榮總感染管制護理師，現任台北榮總感染科病房副護理長

壁報展示，論文發表者均使出渾身解數，除要完整的表達訊息外，更是希望自己的研究無懈可擊。其中凡是有關感染羣突發的偵測，會場更是座無虛席，與會人士不僅是希望由講者那兒得到經驗，同時也頻頻發言提供自己的一些經驗作為參考，討論的欲罷不能。但礙於時間的限制，只能選擇感興趣的主題參加，深感遺憾。

今年大會的討論重點略述如下：

一、感染管制：昨日、今日、明日

首先學者對1970、1980年所舉行之大會作一整體性的介紹，讓未能參加兩次會議者能了解過去二十年來感染管制的發展及方向；然後對目前各部位之感染管制與預防作一簡介。

二、問題的判定與結果的預測

對於院內感染，中外皆同，院內感染的菌種以綠膿桿菌 (*P. aeruginosa*) 占首位，而 *K. pneumoniae* 則有往下降的趨勢；MRSA和 *C. albicans* 引起的感染，近幾年來不斷的增加，這些菌種與抗生素的廣泛使用有關，所以各醫院應訂定抗生素之使用政策，避免抗生素濫用，導致具多種抗藥性細菌的產生。雖然引起院內感染羣突發的菌種不難被確定，但往往因時效未掌握或技巧不夠，常在羣突發過後仍無法確立感染源，這也是與會人士之共同困擾。

三、降低高危險群病人之院內感染

老年病房、加護病房及新生兒中心的病人均為高危險羣，引起院內感染的比率高，造成感染羣突發的機會也比一般病房高，能減少這些單位的感染，便能降低一

大部份的院內感染；外科傷口感染雖然不是占院內感染的第一位，但在防治工作成效上比泌尿道感染來得大，以RF (Risk Factor) 作為指標，早期偵測出問題所在，避免籠統的分析解釋，可節省管制工作上人力、物力的浪費。

四、工作人員的防護

因HIV感染的恐懼，血液、體液隔離為今日醫院工作的防護重點，針頭及尖銳物品的妥善處理亦可減少工作人員受感染的危險性；在大會上除一再強調隔離技術著重於所謂的Universal Precautions外，針頭更是不宜再套回針套內。

五、九十年代感染預防的挑戰

目前各院均有完善的院內感染監視系統，為了要達到更有效及最具經濟效益之感染管制工作，在會議最後一天裡美國疾病管制中心、美國醫院學會、感染管制學會、外科感染協會與參加人員，共同為下十年度訂下了五項目標，其特點在於以預防感染取代控制感染的工作，此五項目標為：

1. 利用電腦輔助人腦，作全院性的院內感染調查，以節省人力的花費。

2. 院內感染的重點放在外科傷口感染的預防，用病人潛在的危險因素 (Patient risk factors) 作為指標，以取代傳統的外科傷口分類 (Wound Classification) 來計算感染率，如此各科之間，乃至各醫院間可相互比較感染率，找出各科、各院的不同性，亦可早期偵測出問題嚴重的單位，節省人力、物力的浪費。

3. 以住院人日數及平均住院天數為計算院內感染率的分母，取代傳統以出院或

入院人數為分母的計算方式。

4. 院內感染及感染管制之在職教育，除現行在醫院中之定期、不定期推展外，應延伸至各醫學院、護理學校之在校學生，使其在實習時或畢業到醫院服務時，能配合醫院的政策。

5. 對HIV 感染，工作人員應著重在隔離技術的執行，另外也期待疫苗的發明。

此次大會每十年才召開一次，短短五天會議雖無法令人盡興，亦無法解決許許

多多的感染管制問題，但卻為大家現有的工作做了肯定，為未來十年畫下了藍圖，更為大家提供了資源。筆者能趕上此盛會實屬有幸，深感感染管制工作不只是從事者的投入，更需要院方全力的配合，才可達到降低院內感染的目標。同時筆者亦鼓勵從事感染管制工作人員踴躍參加國際性會議，更應積極的爭取論文發表機會，與同業者一起分享工作之甘苦。

續第4頁

(尤其是午後)、咳嗽、不適、不明原因之體重減輕等，應儘速找感染科或胸腔科醫師診療。

<參考資料>；

1. American Thoracic Society: Control of Tuberculosis. Am Rev Respiratory Dis 1983; 128: 336-42.

2. Sherertz RJ et al: Infection Control Aspects of Hospital Employee Health. in Wenzel RP (Ed): Prevention and control of Nosocomial infections. Baltimore: Williams & Wilkins. 1987: 175-204.

本期問題係由長庚醫院感染科呂學重主任回答。呂主任係台北醫學院醫學系畢，美國維吉尼亞大學醫院流行病學碩士。現任長庚醫院院內感染控制委員會主席，並擔任行政院衛生署院內感染控制諮詢小組召集委員。