

## 精神科腹瀉個案群聚之處理經驗談

精神科腹瀉個案群聚之處理經驗談

鄧小萍<sup>1</sup> 林明澧<sup>4</sup> 王月卿<sup>2</sup> 李新民<sup>3</sup> 王作仁<sup>1</sup> 羅錦達<sup>1</sup>

衛生署八里療養院<sup>1</sup> 感染管制委員會<sup>2</sup> 護理科<sup>3</sup> 一般精神科<sup>4</sup> 台北榮民總醫院感染管制室

### 前 言

精神科病患經由精神科治療約有 1/3 病人可恢復正常生活，但仍有 2/3 的病人會發展成慢性精神病患。根據 1984 年美國精神科醫學會專案委員會報告(A Task Force Report of the American Psychiatric Association)，慢性精神病患在功能障礙上區分為 7 個構面，病人須符合 3 項或 3 項以上之功能

障礙，分別是 1.個人衛生及自我照顧(personal hygiene and self-care)能力差、2.無法自我管理(self-direction)、3.人際關係(interpersonal relationship)差、4.社交處理(social transactions)、5.表達語言能力差、6.學習能力差、7.娛樂安排能力差[1]，由功能障礙上可了解，慢性精神病患者其認知差異及功能之退化等等，若一旦有生理不適，例如：發燒、腹瀉等等情形，常無法立即主動表達獲得協助及處理，此是與一般科別病患不同之處。多數男性對個人衛生較不注重，尤其慢性精神病患者其生活功能多已退化，個人衛生及住房單位整理多顯草率，予以個別生活指導，也多只是簡單應付，草草了事，認知上亦認為沒關係或口頭表示這樣已經可以了，需不斷提醒及教導才會有些微行為上改變，例如：洗手、用餐衛生習慣、洗衣等等。腹瀉、嘔吐可能是因食物不潔、微生物或化學物質污染等原因造成，是臨床上常見的症狀，如同發燒一樣是人體對抗外來物質自我防衛機轉之一，當有個案發生時應做適當隔離防護措施，直至排除其傳染性的可能；在精神科病人的自我照顧能力及遵從性差，在精神科病房或精神科療養院要如何落實感染管制是一大挑戰。

### 實例調查過程

#### 背景介紹

本院為精神科專科教學醫院，有 414 床，分別為 2 個急性病房及 8 個慢性病房，慢性病房每病房病人數 48 人；某慢性病房工作人員的配置為醫護人員約為 7 人(醫師 1 人、護理人員 6 人)，白班 1-2 人、小夜班 1 人、大夜班 1 人。平均佔床率 87.5%。

本院檢驗室設備無法進行細菌培養，未與院外檢驗所或其他綜合醫院進行長期簽約合作，僅有臨時連絡送驗，檢驗人員正常上下班，下班後時間改為待命。病患伙食外包，由 2 家合格廠商承包，伙食分兩區供給，每區每月輪流由不同廠商供伙，營養師正常上下班，需要時可電話聯繫。

#### 事件經過

93 年 9 月 25 日(星期六)下午 8 點接獲值班護理長反應，某慢性病房自 93 年 9 月 25 日清晨陸續發現有數位病患有發燒及腹瀉之情形，其他病房皆未有病患出現類似情形，經收集個案資料，此病房有 48 位患者，共有 6 位病患陸續出現發燒及腹瀉，且當日值班醫師於隔天出現發燒、腹瀉情形，白班並未有個案抱怨腹瀉發燒，直至小夜班病患才陸續來告知護理人員。

## 資料收集

93年9月25日接獲電話後至該病房收集資料(表一)，包括住院病患名單、病歷資料、患者間及醫護同仁間之接觸情形、院外適應治療資料、便當之內容物。發現過去此病房並未出現多位病患腹瀉及發燒情形，此次病房6位病患與另4個病房進食相同公司之便當，其他病患皆未出現類似症狀。

### 1. 病患基本資料

6位病患中，2位住同房(圖一)，會於公共空間活動，例如：客廳或活動室等，除此6位病患鮮少有互動，大多獨處。其中2位病患有長期服用軟便劑(MgO)，但過去服用期間皆未出現過腹瀉情形。

6位病患近兩週皆未有院外適應治療(外宿)，或與家人接觸，也未出現上呼吸道症狀，但有2位曾主訴有肌肉酸痛情形。初判可能是病患個人衛生較差，且如廁完畢洗手草率，所有病患予以退燒、止瀉藥物服用，93年9月26日後未再出現發燒、腹瀉情形。

### 2. 餐飲資料

本院因由2家承包伙食且有留餐2日的常規，經收集9月24日便當之菜色，其內容如表二，惟後來發病的住院醫師並未有使用相同的伙食，雖無法排除是食物不潔引起的，但病毒感染引起的群聚可能性較高。

### 3. 醫護人員之觀察

工作人員照護病患前後洗手執行率差。

### 4. 實驗室診斷結果

6位病患於9月26日予以採檢進行糞便培養，但臨床症狀均改善，因非合約之委託檢驗所無法來收取，故置於冰箱4-8°C冷藏直至9月28日才送驗，10月12日結果送回，未分離出致病菌；於9月27日送檢2個便當(素食1個、葷食1個)至非合約之委託檢驗所，亦至10月12日才有報告送達本院，分離出大腸桿菌、金黃色葡萄球菌、沙門氏菌等，顯示病患及餐食送驗流程及採檢均有延遲情形，故無法判定二者的相關性。

## 初步感染控制措施及建議

於9月25日接獲通報後立即提供相關感染管制措施。

### 對工作人員的衛教

針對病房的醫護人員及清潔人員加強感染管制之教育宣導，並確實執行以下感控措施：

1. 接觸污染物品及衣物時須戴手套，脫去手套時仍應洗手。
2. 接觸病患前後皆須洗手。
3. 未查明原因前，採呼吸道防護及腸胃道防護為處理原則。
4. 工作人員接觸病患均須戴外科口罩。
5. 若有污染之被單、衣物則置入感染性污衣袋中。
6. 隨時觀察病患腹瀉及發燒之情形、臨床症狀，紀錄並告知醫師。
7. 每日清潔人員予以環境消毒(使用0.06%漂白水擦拭地板、手把、桌面、椅子等)，注意清潔人員泡製漂白

水之正確性。

8. 醫護人員及病患均需列管追蹤，若有發燒及腹瀉症狀新個案，通知醫師及感控小組。

### 對病人的衛教

加強病患日常生活習慣(例如：洗手等)及教導感控配合事項，以簡單之衛教方式，使個案確實遵守，防止感染擴散，衛教如下：

1. 感染個案予以禁食。
2. 加強衛生教育，飯前、飯後、如廁後、摸口鼻後要立即洗手。
3. 未查明原因前以呼吸道防護或腸胃道防護為處理原則，感染個案要求戴上外科口罩，並施行接觸隔離。
4. 感染個案集中於同一房間照護(恰好 6 人一室)。
5. 活動空間作區隔：將感染個案集中活動區，未感染個案集中於客廳。
6. 挪出其中一間廁所供腹瀉感染個案使用，並於門上貼「腹瀉專用」的標示。
7. 告知腹瀉病患，若如廁後告知清潔人員或護理人員，由工作人員倒入 0.6%漂白水 20 分鐘後再將排泄物沖掉(不讓病患自行使用是因漂白水若置放廁所，可能會有精神症狀較不穩定之病患拿來飲用或自殺)。
8. 加強食物及飲水衛生管理，尤其衛教勿喝生水，需煮沸才可飲用。
9. 與他人說話時，保持適當距離，勿貼近。
10. 便當若置放室溫下超過規定時間(夏天 2 小時，冬天 3 小時)即不再食用[2]。
11. 食品在食用前注意保存期限，過期即不再食用。

### 感染管制措施執行結果追蹤

#### 工作人員的執行結果追蹤

經由多次對工作人員教導及衛教，之後至病房實地觀察及利用訪談，其感染管制之執行如下：

1. 所接觸病患之工作人員(1 位醫師、6 位護理人員)列入追蹤，未有出現腹瀉、發燒之症狀。
2. 所有工作人員皆可於接觸病患後洗手，並養成洗手習慣，並於上班時戴上外科口罩，尤其是有呼吸道感染症狀之人員，已將洗手及防護措施列入常規監測，並確實執行。
3. 針對腹瀉患者之排泄物所沾污之床單等，皆會使用感染污衣袋傳送至洗衣房。
4. 醫護人員皆可按照不明原因發燒流程來處理病患。
5. 工友已熟悉環境消毒之方法，尤其針對腹瀉個案所使用過之廁所其消毒，可正確執行。

#### 病人的執行結果追蹤

對於精神病患之感染管制措施，需多次、重複的衛教及提醒，不斷的關心及追蹤正確性，其感染管制之執行如下：

1. 42 位列入追蹤病患皆未出現發燒、腹瀉情形。
2. 病患於三餐前，會於提醒下完成洗手，少數被動病患，則予以陪伴下完成。
3. 病患若有呼吸道或腸胃道等症狀，會主動告知醫護人員或於醫護人員發現時予以戴上外科口罩及加強洗手。
4. 予以團體衛教戴口罩及洗手等相關課程時，可全程參予，並回覆示教，以學習戴口罩及洗手正確性及注意事項，但仍有少數病患因精神症狀明顯或退化，以致需多提醒、教導及協助，無法主動完成。

## 結 語

住院發生的腹瀉不一定是感染所引起的，只有 1/3 的病患證實為感染所引起的、1/4 的病患可歸咎於醫源性的、1/5 的病患有其他因素、其餘 1/4 根本查不到原因[10]。感染性腹瀉由於醫院設備各有差異，能檢查出的病原菌也不大相同，大體而言，成人以 *Clostridium difficile* 為首，其他如：*Salmonella* spp.、*Shigella* spp.、*Campylobacter* spp.、*Yersinia* spp.、侵犯性的 *Escherichia coli* 等也有少數報告。約 56% 的院內感染腹瀉源自於間接性傳播、22% 是直接傳播、剩餘 22% 不明原因[11]。[附表一](#)為腸道感染微生物的簡介[3-10]。

89 年 4 月至 93 年 6 月之疫情報導當中，有 3 篇桿菌性痢疾爆發流行調查，分別位於國小、山地鄉、安養院，其感染皆因人與人相互接觸造成傳染，尤其安養院中病患之交互感染，與環境及衛生習慣有關，病患特性與精神科療養院極為類似。

本院此次腹瀉個案疑似增加之調查，還未查明感染源前，先以呼吸道及腸胃道之感管措施一併介入，個案在短時間內症狀緩解，感染情形稍獲控制，但卻有許多該檢討之處，因屬於精神科醫院，往常對感染性疾病的了解並不多，護理人員無法於第一時間發現腹瀉及發燒個案，直待病患前來告知才處理，顯示護理人員警覺性及觀察力之不足，在人力缺乏情形下，要落實感染控制觀念更重要。

醫護人員洗手及戴口罩的遵從性不高，可能原因是大多數人認為於精神科照護上較少接觸血、體液等感染性物質，戴口罩及洗手等基本感染管制觀念較低。再者本院此次腹瀉個案疑似增加，針對上述醫護人員警覺性不高及洗手等基本防護遵從性低的問題，應加強在職教育，本院自 93 年 10 月起聘任台北醫院感染科醫師指導本院感控業務，並定期每 3 個月一次針對全院同仁進行感控在職教育，期望增加醫護人員專業判斷能力，儘早通報異常感染。

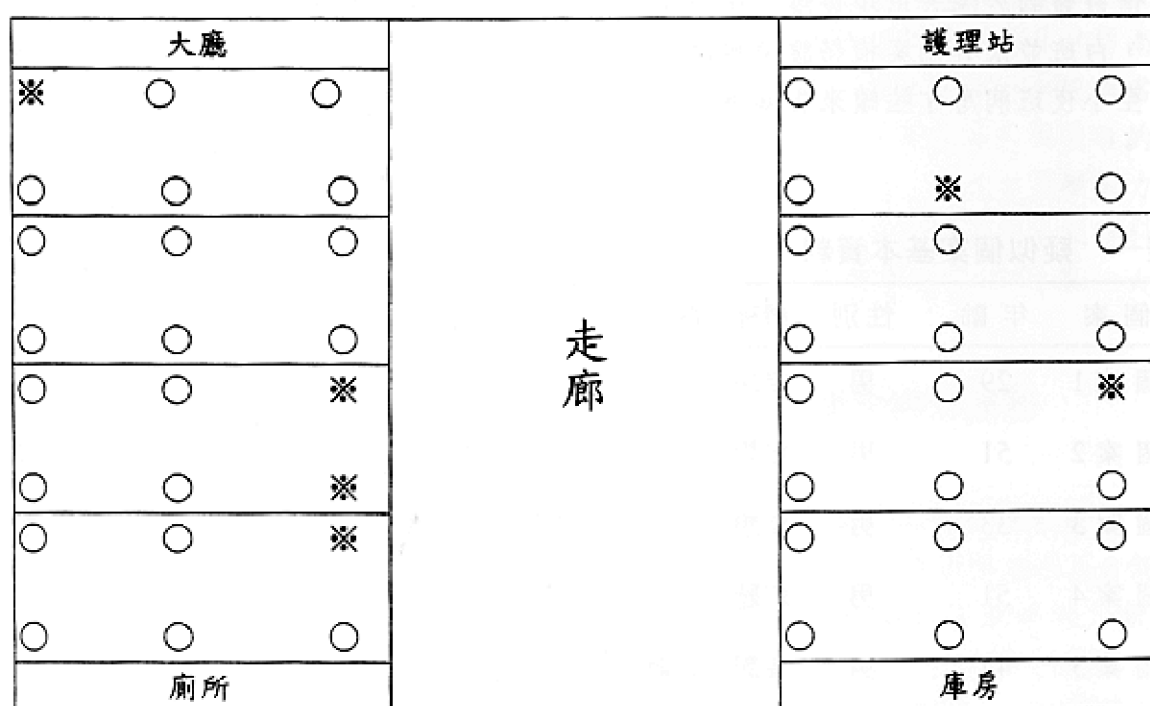
調查採檢及後續檢體傳送亦是本院在群突發調查的限制，已針對非合約實驗室及本院特性建立傳送檢體的流程。本院此次群突發調查處理之所以能控制最重要是基本的感控措施的落實。

經由腸胃道的傳染疾病種類雖多，特性不盡相同，但一般的注意及防範通則是一樣的，其中以洗手為最簡單經濟而且也是最有效的方法[3]。對規模較小的醫院或療養院來說，因無法完全配置有實驗室診斷，洗手、隔離等感染管制措施更顯重要，若初步感染管制措施介入後可將群突發控制住，表示可能是我們考慮到的致病菌，若無法將疫情控制，則若有實驗室則可配合做出診斷，另亦可向衛生局或疾病管制局尋求協助，盡快找出群突發原因及得以控制。

經過此次事件亦讓院方加強對感染控制觀念之落實，醫護人員也漸漸的進入情況，且感控小組及感染管制委員會，也制訂群突發及檢體送檢等之標準流程，建立更周全之感染管制流程，預防院內感染之發生。

表一 疑似個案基本資料

個案	年齡	性別	精神症狀	身份	發病日	症狀
個案1	29	男	妄想、幻聽	精神分裂症病患	9/25	發燒、腹瀉
個案2	51	男	妄想	精神分裂症病患	9/25	發燒、腹瀉
個案3	33	男	妄想	精神分裂症病患	9/25	發燒、腹瀉
個案4	51	男	幻聽	精神分裂症病患	9/25	腹瀉
個案5	44	男	妄想、幻聽	精神分裂症病患	9/25	腹瀉
個案6	29	男	妄想、幻聽	精神分裂症病患	9/25	腹瀉
個案7	30	男		值班醫師	9/26	發燒、腹瀉



圖一 501 病房平面圖與感染個案床位分布  
※為感染個案

表二 便當內容物

餐別	種類	個案數	內容
午餐	葷	5	雞腿、蒸蛋、香酥鹹魚、青菜、味噌湯、水果
	素	1	魯素雞腿、蒸蛋、筍乾、魯梅干菜、三色蝦仁、青菜、水果
晚餐	葷	5	叉燒肉、芹菜炒豆干、薯餅、青菜貢丸排骨湯
	素	1	素肉、芹菜炒豆干、薯餅、青菜、木鬚肉
夜點心		6	鋁箔包牛奶 1 瓶

附表一 腸道感染微生物簡介

致病菌	潛伏期	簡 介
腸炎弧菌 ( <i>Vibrio parahaemolyticus</i> )	15-17 小時	主要經海鮮感染人類，喜愛鹼性環境，引起突發性大量急性水瀉一天可達 15 次以上。
金黃色葡萄球菌 ( <i>Staphylococcus aureus</i> )	30 分鐘-8 小時	好氧之革蘭氏陽性球菌，大於十萬個細菌體即可引起腸胃道症狀，引起食物中毒，一般 A 型腸毒素最常見。
仙人掌桿菌 ( <i>Bacillus cereus</i> )	嘔吐型：1-6 小時 腹瀉型：6-24 小時	好氧革蘭氏陽性桿菌，具有芽孢，最常存於米飯而造成食物中毒。
沙門氏菌 ( <i>Salmonella spp.</i> )	8-48 小時	常致沙門氏桿菌群突發，一百萬至一千萬個細菌即可引起急性腸炎。
肉毒桿菌 ( <i>Clostridium botulinum</i> )	2 小時至 8 天	厭氧革蘭氏陽性桿菌，具有芽孢，會造成食物中毒，為已知毒性最強之神經性毒性物質，可引起神經麻痺。
致病性大腸桿菌 (pathogenic <i>Escherichia coli</i> )	6-26 小時	腸道革蘭氏陰性桿菌，某些菌會造成腸道組織之電解質不平衡。
志賀氏菌屬 ( <i>Shigella spp.</i> )	1-7 天	革蘭氏陰性桿菌，糞口傳染，引發感染只要 10-200 個志賀菌即可，其引起的桿菌性痢疾 (Shigellosis) 是一種高度傳染性腸胃道疾病。
困難梭狀桿菌 ( <i>Clostridium difficile</i> )	10-12 小時	厭氧革蘭氏陽性桿菌，具有芽孢，存動物及人腸道中。
類諾瓦克病毒 ( <i>Norwalk-like virus</i> )	12 至 48 小時	糞口傳染，成人多出現腹瀉，症狀持續 12-60 小時
輪狀病毒 ( <i>Rotavirus</i> )	1-3 天	排出病毒可於手上存活至少 4 小時，常造成院內群突發。

註：摘自參考文獻 [3-10]。

#### 參考文獻

1. 鍾信心，周照芳：精神科護理學(第四版)。台北：華杏出版股份有限公司。1997:459-70。

2. 賴玫娟：感染管制實務(第一版)。台北：藝軒圖書文具有限公司。2003:614-37。
3. 李智隆，邱秀櫻，蔡金來：台灣地區細菌性食品中毒之探討。疫情報導 2003;19:587-94。
4. 林金絲：腸炎弧菌。院內感染控制雜誌 1997;7:299-302。
5. 林金絲：醫院感染與環境監視。台北：藝軒圖書出版社。1998:129-33。
6. 林明滢：引起食物中毒之微生物介紹。台北榮總檢驗報導。1990;9(6):5-7。
7. 陳伯彥：院內感染病毒性腸胃炎。院內感染控制雜誌 1999;9:112-20。
8. 李祥吉，陳光爐，蔡金來等：境外移入感染宋內志賀氏菌巴里島旅遊案件之分子流行病學調查。疫情報導 2004;20:55-73。
9. 李以彬：類諾瓦克病毒。疫情報導 2002;18:621-7。
10. 丘秀慧：輪狀病毒的院內感染。感控雜誌 2002;12:234-6。
11. McFarland LV: Epidemiology of infectious and introgenic nosocomial diarrhea in a cohort of general medicine patients. Am J Infect Control 1995;23:295-305.