

某精神醫療機構院內感染收案經驗談

鄧小萍¹ 林慶豐¹ 王月卿² 戴萬祥^{1,3} 馮美玉⁴ 林明滢⁵

衛生署八里療養院¹ 感染管制委員會² 護理科³ 社區精神科

⁴衛生署玉里醫院 感管制中心 ⁵台北榮民總醫院 感染管制室

國內各綜合醫院參照美國疾病管制局所訂定之院內感染定義來作收案，但國內各精神醫療機構無一致院內感染收案，及大多療養照護機構內並無細菌培養設備之下，不易判定是否院內感染個案，形成多家療養院出現無院內感染個案或數據偏低，於醫院評鑑或衛生局考核時被列為缺點，此情況大部份精神醫療機構從事感染控制伙伴們心中的痛。有鑑於此，依據精神醫療機構之特性及實務經驗，分享精神醫療機構內感染收案經驗，並提供精神醫療機構院內感染症狀表，供感控人員參考，期待衛生主管

機關能邀請感染控制及精神科專家制定較適合精神醫療機構內的感染收案定義、監測標準及相關可參考之數據，來預防及降低院內感染或群突發之發生，積極推動精神醫療機構感染管制，進而提昇醫療品質及效能。

前 言

國內感染控制的發展從 1985 年起至今已近 20 年，目前已發表的文章大部份以急性醫療機構為主，極少有精神科感染控制相關的文章，搜尋從 1966 年至 2006 年

Medline 的醫學文獻，也僅找到 3 篇與精神科相關，Loving P 等人於 1992 年發表針對 284 家精神科醫院進行院內感染監測相關的調查，其中僅 38% 是參照美國疾病管制中心(Centers for Disease Control and Prevention; CDC)於 1988 年公佈的院內感染定義，有 63% 的醫院年感染率介於 0-0.35%，中位數為 0.05% (平均值為 0.06，標準差 0.07) [1]；1999 年 Almeida RC 等人，依照長期照護機構之院內感染定義，於巴西公立精神科醫院所調查的院內感染，其感染密度為 6.70/00，55.6% 屬於呼吸道感染，38.9% 為五官部位感染，皮膚軟組織感染佔 5.6% [2]；2001 年 Maine B 等人發表，參照美國疾病管制局於(CDC)1988 年公佈 8 個院內感染定義，1994 年至 1996 年針對短期藥酒癮行為矯正機構進行院內感染調查，此期間共有 85,394 住院人日，其感染密度為 3.90/00，其中 6.40/00 為小孩、3.20/00 為青少年、3.90/00 為成人、1.90/00 為成人濫用毒品患者；依感染部位區分，以五官部位感染佔第一位，為 1.70/00，第二位則是皮膚軟組織為 1.10/00，而下呼吸道感染佔第三位為 0.40/00 [3]。目前本院是參照長照機構之院內感染定義進行調查，2005 年的年感染密度為 1.480/00，院內感染部位的分佈，依次序為呼吸道感染中的『一般感冒症候群』為最高，感染密度是 1.440/00，其次為腸胃道感染為 0.030/00，第三位則是皮膚及軟組織感染有 0.010/00。雖然精神醫療機構內較不易有院內感染發生，但其住民屬人口密集，且因精神障礙者對於衛教及政策之推行也較為困難，若感染一旦發生，較容易產生群聚且嚴重，疫情也不易控制。

就現況來說，精神醫療機構與急性醫療機構感染之不同在於：1.病人都是精神心理疾病來住院的，而不是生理疾病。2.多為慢性病人且住院時間長。3.病人個人衛生較難遵從及衛教不易，使發生交互感染的機會增加。4.無臥床病人，沒有使用呼吸器，極少使用導尿管，與長期照護機構的病人屬性不同。5.病人亦很少接

受靜脈注射，僅有少數病人固定每月或兩週施打肌肉注射長效針。6.醫療感染性廢棄物較少，僅是棉棒、棉球、紗布等。7.精神科醫院若發現病人患有傳染病，除採適當隔離措施外，多數會將病人轉至綜合醫院進行治療，待傳染性疾病已治癒後才會再轉回精神科醫療機構。8.精神科醫院很少使用抗生素，若使用亦是第一線口服抗生素。9.缺少檢驗室、X光檢查等設備或較為簡易。10.檢體很少需要進行微生物培養，若需要時也是將檢體送至代檢的檢驗室檢驗，因報告結果傳達緩慢，相對的實驗室結果確認較易延誤。11.醫療照護人員對傳染性疾病的症狀評估及病程記錄不完整，且警覺性不高。12.依 2001 年 Maine B 的調查及本院的經驗，精神醫療機構的院內感染部位的分佈與急性醫療機構亦是南轅北轍。

精神醫療機構院內感染判定特性有以下幾項，1.指在住院期間得到的感染，但不包括入院時即有的或已潛伏的感染、院外適應治療期間得到的感染。2.院內感染的判定資料，主要來自臨床病情的演變，很少有檢驗室的報告或診斷性的檢查。3.大部份的院內感染是由醫師依臨床症狀來認定。

院內收案實務探討

目前依照長照機構之院內感染收案定義收案時，常遇到許多的疑問及疑慮，因為各感染部位收案定義中，皆有將惡化的心智或功能改變納入收案條件中，但因精神科病人本身即是精神障礙就醫，故常有惡化的心智或功能改變，與長照機構不同，故不列入收案考慮。

一般感冒症候群/咽喉炎之收案於實務上，不一定要有發燒症狀，而臨床症狀必須是新產生的且必須排除為過敏原所引起的症狀。依本院經驗，上呼吸道感染是最常見的院內感染，筆者曾與其他精神醫療機構的感控人員討論，收案時常會為復發及幾項症狀才收案而疑惑，請教過幾位臨床內科醫師，評估上呼吸道感染之原則，一般感冒症候群/咽喉炎院內感染收案定義條件中，二個症狀即會診斷為感冒。個案若上次感染已痊癒，再經過疾病潛伏期天數再發生時，應列入收案。

泌尿道感染的收案只限於有症狀的泌尿道感染，而尿液培養並不是收案的必要條件，雖然精神醫療機構病人極少會有置放導尿管，但仍有發生的機會，因此其收案定義仍建議保留。

精神醫療機構病人少有靜脈注射等治療，發生血流感染的機會幾乎為零，另外全身性感染亦很罕見，主要原因是當病人未發生此類感染之前，即會被轉至綜合醫院進行治療，故不列出，為了配合『人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項』，新增『不明原因發燒』的院內感染定義，於實務上，若發燒病人可確診為肺炎則依『呼吸道感染/肺炎』收案，若無法找出原因則歸為『不明原因發燒』。

另外配合通報衛生局及社會局的相關規定，1.符合本定義的呼吸道感染/類流行性感冒及咳嗽持續 3 週，須立即通知衛生局及社會局；但持續咳嗽超過 3 週而原因可確定（如患有慢性肺疾、感冒、服用藥物等），則不須通知衛生局及社會局。2.符合腸胃道感染收案者須立即通知衛生局及社會局，而腹瀉症狀若可確定因素(如服用藥物、管灌食、患有腸道慢性病導致腹瀉及原慢性腹瀉等)或經醫師排除法定腸道傳染病者，則不須通知衛生局及社會局。3.發燒原因不確定，相同 10 天內有 3 人(含 3 人)或以上，被認定為『群聚事件』，須立即通知衛生局及社會局。

由於精神醫療機構的臨床照護人員與住民朝夕相處，最容易發現病患的臨床症狀，考量到發現院內感染個案的時效性及方便醫療照護人員對病患的症狀評估、與病程記錄的完整性，因此筆者設計簡易的『院內感染症狀表』(表一)，提供各醫療機構之精神科由臨床照護人員協助記錄。

為配合疾病管制局的通報，病患與感染症相關的症狀依『精神醫療機構院內感染症狀表』內容，由臨床照護人員提供，而各醫療機構之感染管制人員則需另外再收集以下資料，分別為病房、床號、姓名、病歷號、身分證字號、出生日期、性別、感染日期、入院診斷、出院日期、診斷醫師、抗生素使用類別及期限、院內感染診斷、相關檢驗資料、相關危險因子、收案感控人員、感控醫師、照護護理人員等資料。

結 論

有效的院內感染監視及感染管制可減少急性照護機構約 30% 的院內感染[9]。精神病人在機構如同住民，病人型態及環境等與綜合醫院多有不同，所以在舒適與感染管制措施間必須達到平衡。臨床照護的護理人員應以主動的態度並考量時效性來進行院內感染監測，依據病人症狀及時通報感染控制小組，而感控護理師也應主動進行走動式衛教宣導。經了解目前各家療養院所使用之院內感染收案定義並不一致，且多參照疾病管制局訂定之急性醫療機構院內感染定義。然而，目前大多數精神醫療照護機構內並無細菌培養設備之下，根本很不容易判定是否為院內感染個案，造成多家療養院出現無院內感染之情況於醫院評鑑或衛生局查核列為缺失。故筆者認為若以急性醫療機構定義來監測精神醫療機構是較不合適的，應發展出一套屬於精神科醫療機構之院內感染監測系統，並制定相關感染管制措施，來提高精神醫療機構內的照護品質，保障病人的權益。有鑑於此，筆者認為擬訂較適用於精神科院之院內感染收案定義是有其必要性及迫切性。

台灣地區精神醫療機構感染管制問題，最近才被重視[4,5,6,7,8,10,11]包括 95 年新擬定的精神科新制評鑑、醫院督導考核等，作者以拋磚引玉的方式提供實務經驗，供讀者參考，因經驗不夠完整，一些疑問尚請衛生主管機關邀請感染控制及精神科專家可否參照本文為架構，制定出符合精神醫療機構之院內感染定義，建立正確的院內感染監控系統，以避免機構內感染或群突發之發生。也希望未來國內能建立精神醫療機構的院內感染報告、監測標準及相關可參考之數據，讓精神醫療機構及衛生行政單位能正視感染管制在精神醫療機構內之重要性，積極推動精神醫療機構感染管制，進而提昇精神醫療機構在院內感染管制工作的品質及效能。

表一 院內感染症狀表

病房：_____ 床號：_____ 姓名：_____ 病歷號：_____

感染部位	勾選以下感染症狀，傳送至感控室							
呼吸道感染	症狀	<input type="checkbox"/> 流鼻水或打噴嚏	<input type="checkbox"/> 鼻塞	<input type="checkbox"/> 喉嚨痛、聲音沙啞或吞嚥困難	<input type="checkbox"/> 乾咳	<input type="checkbox"/> 淋巴腫大	<input type="checkbox"/> 頸部腺大痛	<input type="checkbox"/> 診斷 斷道 呼吸 感染
		<input type="checkbox"/> 發燒 (耳溫超過 38 °C)	<input type="checkbox"/> 寒顫	<input type="checkbox"/> 有新產生的頭痛或眼睛疼痛	<input type="checkbox"/> 有新產生的乾咳或次數增加	<input type="checkbox"/> 喉嚨痛	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 診斷 斷感 類流
		<input type="checkbox"/> 肌肉痛	<input type="checkbox"/> 身體倦怠或食慾減退					
		<input type="checkbox"/> 新增咳嗽或次數增加	<input type="checkbox"/> 新產生的痰或量增加	<input type="checkbox"/> 胸肋膜痛	<input type="checkbox"/> 肺部有囉音或肺部有鈍音	<input type="checkbox"/> 呼吸 急促	<input type="checkbox"/> 肺部	<input type="checkbox"/> 診斷 斷 肺炎
腸胃道感染	症狀	<input type="checkbox"/> 腹瀉	<input type="checkbox"/> 水瀉	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 反胃	<input type="checkbox"/> 腹部 疼痛	<input type="checkbox"/> 腹部 疼痛	
	頻率 (次/天)							
	使用藥物	<input type="checkbox"/> 軟便劑	<input type="checkbox"/> 抗生素	<input type="checkbox"/> 膽囊疾病				
軟組織感染 皮膚及	症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 (耳溫超過 38 °C)	<input type="checkbox"/> 腫	<input type="checkbox"/> 紅	<input type="checkbox"/> 腫	<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 壓痛	
		<input type="checkbox"/> 水泡皮膚疹	<input type="checkbox"/> 丘疹	<input type="checkbox"/> 皮膚發癢	<input type="checkbox"/> 漿液性分泌物			
五官部位感染	症狀	<input type="checkbox"/> 兩眼或單眼有膿樣分泌物	<input type="checkbox"/> 結膜發紅持續 24 小時	<input type="checkbox"/> 雙耳或單耳有新分泌物流出	<input type="checkbox"/> 耳朵發紅	<input type="checkbox"/> 耳朵 疼痛		
		<input type="checkbox"/> 口腔或口腔周圍感染	<input type="checkbox"/> 新發生的鼻竇發炎					
泌尿道感染	症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 (耳溫超過 38 °C) 或寒顫	<input type="checkbox"/> 尿道燒灼感、頻尿或急迫感	<input type="checkbox"/> 上恥骨或腰部疼痛	<input type="checkbox"/> 尿液的特性改變 (新的血尿、惡臭的、沉澱物的量) 或檢驗報告 (新的膿尿或鏡檢下血尿)	<input type="checkbox"/> 診斷 斷感 尿道	<input type="checkbox"/> 尿道 斷尿 感染	

致 謝

感謝幾家公私立療養院所感控人員幫助及參與，提供資料及協助評估其此定義之適用性，才能順利整理出此資料，以供大家參考。

參考文獻

- 1.Loving P, Porter S, Stuijbergen A, et al: Surveillance of nosocomial infection in private psychiatric hospitals: an exploratory study. Am J Infect Control 1992;20:149-55.
- 2.Almeida RC, Pedrosa RP: Nosocomial infection in long-term care facilities: a survey in a Brazilian psychiatric hospital. Revista do Instituto-de Medicina Tropical de Sao Paulo 1999;41:365-70.
- 3.Maine B: Descriptive study of nosocomial infections in a short-term inpatient behavioral health setting. Am J Infect Control 2001;29: 275-80.
- 4.疾病管制局：人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項(2006/4/27 修訂)
. http://iss.cdc.gov.tw/公告_data/IRS/人口密集機構注意事項.doc.
- 5.疾病管制局：人口密集機構感染控制措施指引(2006/6/6 修訂).http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=3165.
- 6.疾病管制局：精神科醫院(療養院)感染控制措施指引(2006/6/6 修訂).http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=3168.
- 7.疾病管制局：醫院以外人口密集機構腸胃道之感控措施指引(草案)
(2006/6/6 修訂).[http://www.cdc.gov.tw/file/38911_6441666667_醫院以外人口密集機構腸胃道之感控措施指引\(草案\).pdf](http://www.cdc.gov.tw/file/38911_6441666667_醫院以外人口密集機構腸胃道之感控措施指引(草案).pdf).
- 8.賴玫娟，王華恭，曾寶慧等：人口密集機構感染控制措施指引。感控雜誌 2005;15:256-60。
- 9.Public Health Focus: Surveillance, prevention, and control of nosocomial infections. MMWR 1992;41:783-7.
- 10.曲佩芬，李聰明：長期照護機構之重要一環院內感染管制。感控雜誌 2002;12:118-27。
- 11.賴玫娟：感染管制實務(第一版)。台北：藝軒圖書文具有限公司。2003:317-48。