

游永志

台北市立聯合醫院精神醫學中心(松德院區) 心身醫學科

精神醫療照護從門診、急診、加護病房、急性病房、慢性病房、復健病房、日間留院、社區復健中心、到康復之家自成一套涵蓋完整的醫療系統。精神病患是罹患心理與精神疾病並非身體疾病、併發感染症的情形並不常見、但是精神醫療機構的感染管制問題卻不容忽視。本文討論了精神醫療機構的特色、與慢性精神醫療機構在感染管制工作上的弱點，並就精神醫療的不同層面、如急診、加護病房與急慢性病房的感控工作重點、與常見的群聚感染類型、依照本院與友院的經驗提供相關資料與對策。最後對精神醫療機構感染管制工作的展望方面、以抗精神病藥物的進展與全民健保的方向，酒癮、毒癮與愛滋病的衝擊、及精神科與感染科的密切合作三個角度來思考，相信未來在衛生署、健保局與醫界的共同努力下，精神醫療機構的感染管制工作必能更上層樓。

前 言

台灣的精神醫療機構經過近 20 年來臨床精神醫學與精神藥物學的突飛猛進，目前精神病患所得到的醫療照護水平與整體生活品質的提昇，已經可以比美歐美日等先進國家，更難得的是台灣的精神醫療從精神科門診、急診、加護病房、急性病房住院、慢性病房住院、復健病房、日間留院、社區復健中心(工作坊、庇護工廠)，到康復之家(提供住宿)，已經建立了一套涵蓋完整的醫療系統。這是精神醫學與其他醫療科系間比較不同的地方。

現代化的精神醫療機構的院內感染率和一般以急性照護為主的綜合醫院比起來算是相當低，常見的院內感染部位與其比例也與之大相逕庭。一般精神科醫師普遍存在的觀念認為精神醫療機構的特色是：精神病人主要是以罹患心理與精神疾病，一般而言身體狀況相當良好，很少有臥床或需要使用侵入性醫療措施之情形，因此與長期照護機構的病人性質大不相同；除此之外，精神醫療機構亦很少有機會需使用抗生素且感染性醫療廢棄物大部份是棉棒、棉球，連紗布也很少使用，因此感控監測及防治措施與綜合醫院有極大的差異[1,2]。

以上觀念對於以收容慢性精神病患為主的中、小型精神科醫院而言，並無不當。然而，這種類型的精神醫療機構也相對存在著一些感染管制上的弱點：1.醫療照護人員對傳染性疾病的接觸較少，經驗較為不足，因此警覺性也可能相對比較差，因此一旦發生高傳染性院內感染，較容易發生群聚或疫情失控。2.慢性精神病人的自我照顧能力，學習能力與社會功能普遍退化，因此個人衛生習慣普遍較差，而且衛教效果也較差，因此一旦發生群聚感染時，病人順從衛教及接受隔離的配合度也相對較差，這對疫情的控制較為不利。3.慢性醫療機構普遍缺乏隔離單位，一旦發生群聚感染，病患不易確實隔離，加上多屬封閉式病房，傳染病容易在內部快速擴散。4.普遍缺少檢驗室，X光檢查設備，對於傳染性疾病的早期診斷上較為不利。由此可見，精神療機構，一般而言雖然較少發生院內感染，但是由於平常經驗較少，本身檢驗能力，隔離設備

較為不足，加上病人本身的特殊性，一旦發生高傳染性院內感染時，反而較容易產生群聚現象，甚至造成疫性失控。

精神醫療機構的感染管制工作

感染管制工作的基本要素並無所謂「精神科」與「非精神科」之分。感染管制的三個基本策略，包括行政管理，環境控制，與人員防護都要落實。就行政管理方面：1.要設立感染管制委員會，並確實運作。2.要訂定機構內感染管制工作手冊及年度工作計劃(目標)。3.指派專人負責院內感染管制工作。4.加強員工定期感控教育訓練。5.訂定咳嗽、發燒、腹瀉、皮疹之監測機制及標準作業流程，並確實執行。6.訂定傳染病應變計劃並定期演練。7.定期員工健康檢查及胸部 X 光篩檢。8.加強疫苗接種政策及執行。9.注意針扎或意外暴露事件之處理流程及追蹤。就環境控制方面：1.要維持機構內空氣正常流通。2.定期機構內、外環境清潔及消毒工作(冷卻水塔、蚊蟲、老鼠)。3.環境若遭污染要迅速正確處理。4.廢棄物依規定妥善處理。就人員防護方面：1.要建立全面防護(universal precaution)之正確基本觀念。2.確實遵守基本感控防護措施，包括洗手，戴口罩，戴手套，穿隔離衣之正確方式及時機。3.定期體檢並接受疫苗注射。4.平時備足防疫物資。

就精神醫療的各個不同層面來看，精神科急診雖然只有少數醫院在做，但卻是感控工作最重要也最棘手的環節。本院為台北地區精神醫療網之核心醫院，精神科急診病患雖然大多數(約 80%)屬於精神分裂症，情感性精神病，精神官能症，器質性精神病，但近四、五年來，酒精相關疾患(酒癮)，安非他命相關疾患，鴉片類藥物引起的相關問題等，有逐年增加的趨勢，目前約佔 15%-20%[3]。而這群病患合併肺結核，B 型肝炎，C 型肝炎，甚至愛滋病毒感染的可能性相當高。精神科急診的感控重點為：1.動線管理。2.篩檢發燒，咳嗽，腹瀉，皮疹之病人。3.特別注意酒癮，藥毒癮病人，老人及遊民。4.落實工作人員之基本防護措施。

至於精神科加護病房與急性病房之感控重點，則包括：1.入院前之身體疾病評估，包括發燒，咳嗽，腹瀉，皮疹等。在本院，已推行例行性「胸部 X 光及心電圖照會單」，多年(如表一)，所有住院病患在進入病房之前，都有內科醫師先行評估胸部 X 光片及心電圖，以進行必要之防護與隔離，頗具成效。2.感染症之早期偵測及通報。3.迅速隔離及環境控制，預防群聚感染。4.必要時集中管理或成立臨時隔離病房。5.加強醫護人員，工作人員，清潔工之感控基本觀念及其管理。6.訪客管理。常見的感染症以呼吸道(約 40%)，泌尿道(約 35-40%)，腸胃道(約 10%)為主[3]。

現代化的精神科慢性病房基本上可被視為「低傳染性病源區」，其感控重點在於：1.提昇病患之自我照顧能力，改善個人衛生習慣。2.感染症之早期偵測，迅速隔離。3.長期住院病患應定期篩檢(肺結核，糖尿病等)。4.定期接受疫苗注射(如流感疫苗)[4]。

至於精神科急、慢性病房中常見的群聚感染，本院的經驗與其他醫院的經驗頗為類似。較常見的有，1.呼吸道感染中的「感冒症候群」群突發感染[1]，但由於症狀輕微且快速痊癒，極少併發症，因此較容易被忽略。2.腸胃道感染之腹瀉群突發現象[5]，依照本院之經驗，冬季及夏季之發生率較高，常見的感染源為諾羅病毒及輪狀病毒[6]。3.A 型或 B 型流感群突發感染[7]，台灣主要之流行季節為冬季及初春時期，但夏季也有偶發個案。

其他感控相關問題還包括：1.工作人員，平常的自我健康管理，避免成為感染源。2.檢驗及微生物鑑定能力的提昇，必要時可以和其他合格的綜合醫院檢驗室或檢驗所長期合作。3.提升感控相關之人力與素質，定期接受教育訓練。4.強化群突發感染的處理能力，訂定傳染病應變計劃並定期演練。5.精神病人合併嚴重感染症之處置，因為精神醫療機構普遍缺乏負壓隔離病房或隔離單位，因此合併嚴重感染症之病患仍宜轉至專責醫院治療到無傳染之虞後，再轉回原醫院繼續治療。或在醫院內劃分出隔離區域作為非呼吸道感染症病患之收容場所。6.缺乏較適合慢性精神醫療機構的院內感染收案定義及監測標準，因為美國疾病管理局所訂定之院內感染定義及國內疾管局所訂定之長照機構之院內感染定義皆不適用於該類機構。未來期待主管機關邀請感控與精神科專家共同來制定。

精神醫療機構感染管制工作的展望

隨著社會結構，經濟能力的改善，現代醫學的進展，全民健保制度的普及，台灣地區的整体醫療水平在近20年來已有大幅度的提昇，精神醫學當然也不例外。

回顧過去，展望未來，精神醫療機構的感染管制工作將呈現何種面貌呢？在此提出幾個不同的角度來思考這個問題。1.抗精神病藥物的進展與全民健保政策的方向。傳統的抗精神病藥物常見的副作用，如錐体外症候群(EPS)，抗乙醯膽鹼作用等，除了造成病患的痛苦與生活品質的低落外，也間接增加某些感染症的機會，如吸入性肺炎，泌尿道感染等。新一代的抗精神病藥物沒有這些副作用，這對患者生活功能的改善及感染症的減少是一大福音，但是其中部份藥物與代謝症候群的因果關係已引起廣泛注意。未來在精神病患的照顧上，如何進一步提升其自我照顧能力，回歸社會，同時注意慢性病的預防，如糖尿病，高血壓顯得格外重要。據了解，健保局正在規劃及推動精神病患之垂直整合計劃，未來對精神醫療界的生態可能會有相當大的影響。2.酒癮，毒癮與C型肝炎愛滋病毒的衝擊。對於第一線處理這類患者的醫護人員來說風險日增，尤其是結核病的潛在威脅，更彰顯出平時感染管制工作的正確基本觀念及個人基本防護工作的落實有多麼重要。3.精神科與感染科的密切合作。拜專科醫師制度，醫院評鑑制度的建立與SARS的衝擊，一路走來，精神醫療機構的感控工作可說是由鬆散、貧乏逐漸走向制度化、專業化、精神科醫師對感控工作的重要性逐漸了解進而重視，然而術業有專攻，還是需要更多感染科專家的投入，給予寶貴的建議或進行專業合作，例如儘快建立一套適合慢性精神醫療機構的院內感染定義與監測原則、或是推行疾管局毒癮愛滋減害計劃、都需要精神科與感染科的密切合作。相信未來精神醫療機構的感染管制工作在衛生署、健保局與醫界的共同努力下必能共創新局。

結語

感染管制工作基本上是不分精神科與非精神科的，然而精神醫療在臨床醫學中的獨特性與近乎獨立性又是毋庸置疑的；因此必須從不同的角度來觀察、了解、研究及分析、進而建立一套比較適合本土精神醫療機構的院內感染管制基本原則與規範。

表一 精神科急性住院病人 X 光及心電圖照會單

預定收住院個案 X 光及心電圖照會單	
姓名：	_____先生 女士 病歷號：_____
OPD check list:	
<input type="checkbox"/>	1.TB 病史： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 未完治或不明
<input type="checkbox"/>	2.C-V 病史（高血壓、冠心病、中風）
<input type="checkbox"/>	3.發燒
<input type="checkbox"/>	4.咳嗽： <input type="checkbox"/> 未超過 2 週 <input type="checkbox"/> 超過 2 週
<input type="checkbox"/>	5.體重減輕
<input type="checkbox"/>	6.胸悶或胸痛
<input type="checkbox"/>	7.呼吸急促
<input type="checkbox"/>	8.呼吸困難
門診醫師簽章：	

CXR 結果及建議：	
EKG 結果及建議：	
內科醫師簽章：	

病房住院醫師簽章：	

參考文獻

- 1.鄧小萍，林慶豐，王月卿等：精神科腹瀉個案群聚之處理經驗談。感控雜誌 2005;15:146-50。
- 2.魏福全：精神科醫院感控的幾個問題。精神醫學通訊 2006;25:20-1。
- 3.台北市立療養院 1999-2003 年報。
- 4.行政院衛生署疾病管制局：結核病院內感染控制指引。2004 年 9 月出版。
- 5.鄧小萍，林明滢，王月卿等：精神科腹瀉個案群聚之處理經驗談。感控雜誌 2005;15:146-50。
- 6.施秀，王宗曦，江大雄等：類諾瓦克病毒引起的腸胃道院內感染及其感染管制措施。感控雜誌 2005;14:279-85。

7.黃美麗，賴芳足，林瑞鳳等：精神科病房 A 型流感群突發之調查及處理。感控雜誌 2007;17:137-43。

8.行政院衛生署疾病管制局：精神科醫院(療養院)感染控制措施指引。2006 年 6 月 6 日修訂。

9.疾病管制局：人口密集機構感染控制措施指引(2006 年 6 月 6 日修訂)。http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=3165