

疥瘡感染群突發之調查

陳孟娟 王永衛

台北榮民總醫院醫院感染管制委員會

民國83年7月，某醫學中心神經外科病房發現有17位個案（含一位病患及十六位護理人員）感染疥瘡，該事件發生後，感染管制人員立即展開調查工作及必要之管制措施，管制措施包括對該單位之所有病患與工作人員予以20% benzyl benzoate lotion治療，照護感染病患時採接觸隔離措施，如加強洗手、穿隔離衣、戴手套等。此群突發之發生，可能由於診斷之延遲及未適時採取適當隔離措施所致，經採取適當的治療及防護措施後，該單位未再發現任何新的疥瘡個案。

前 言

疥瘡是具有傳染性的皮膚疾患，臨床上最主要症狀是皮膚發疹及劇癢，此乃疥蟲(*Sarcoptes scabies*)寄生於皮膚所致。其傳染途徑以密切接觸傳播為主，如親密的身體接觸，或接觸到被污染之毛巾、床褥、衣服、被單…等。在我國並未列入法定及報告傳染病之提報，以防疫的角度上來看，或許較不是國人注意的焦點。但疥瘡感染群突發仍是國內外醫院感染管制人員須面對之問題，繆氏[1]提到國內某家教學醫院因一名骨科病患感染疥瘡，而引發之群突發，共有六名病患、三名護士及看護受到感染，經有效防治後，其群突發方得以控制，就是一個實例。本篇乃是國內某醫學中心針對另一個疥瘡感染群突發所作之處理與建議，提出報告與讀者分享經驗。

群突發之調查

某醫學中心神經外科病房共有四十

床，每月平均住院人數為四十位，工作人員中護理人員有十七位、行政助理一位、護理助理員一位。該單位護理長於七月份起即發現有護理人員反應皮膚出現癢及紅疹情形，起初以為是個別問題未即時理會，直到陸續接到多位護理人員抱怨她們的皮膚亦出現類似情形，遂警覺到問題之嚴重性，懷疑或有感染之流行，故於民國83年7月22日電話聯繫醫院感染管制委員會工作人員作進一步處理。

根據此異常情形，負責該單位之感染管制工作人員即展開調查，發現該病房之護理人員於七月初皮膚就出現癢及紅疹，至民國83年7月23日為止，十九位工作人員中有十六位四肢、軀幹、前胸、及腹部有癢與紅疹，其中三位護理人員已經皮膚科診斷確定為感染疥瘡，正以20% benzyl benzoate lotion治療，其餘有疑似症狀之工作人員亦已陸續就診中。另外有一位病患受到感染，該病患因脊椎室管膜瘤入院治療，於民國83年7月4日主訴背部會癢及有紅疹，在民國83年7月15日會診皮膚科診

斷疥瘡，此時該病患患部已包括腋下及腹部等處，同樣以20% benzyl benzoate lotion 治療。

同時間亦發現該病房感染來源，是來自一位星細胞瘤入院治療的33歲女病患，在民國83年6月15日其左後背有紅疹，會診皮膚科診斷為紅色粟粒疹，以calamine lotion 治療。但病患其後背、前臂、左肩仍持續著有紅疹及小水泡，故於民國83年6月23日與民國83年7月8日會診皮膚科診斷為毛囊炎，以zinc oxide 治療；症狀仍未改善，故於民國83年7月18日再會診皮膚科後，診斷為疥瘡，並開始以20% benzyl benzoate lotion 治療，治療後病患症狀有明顯改善。只是這期間，指標個案之母親在照顧該指標個案時有出現類似症狀，也讓該病房一位病患及十六位護理人員受到感染，其傳染途徑可能是經由直接接觸傳染，因為十六位護理人員均曾直接照顧指標個案，所幸在問題確認後處理得宜，群突發不再蔓延。

建議及處理

在醫院感染管制委員會作相關之流行病學調查與確認指標個案之同時，即建議該病房配合採取各項防治措施。由於病房中除了護理長、行政助理不直接照顧病患外，護理人員幾乎無一倖免；而疥瘡潛伏期少為三天，長則為四至六星期（平均為二至六星期）〔2、3〕，因此考慮該病房所有病患及工作人員或已暴露在感染之危險，故建議該病房所有病患及工作人員自頸部以下使用20% benzyl benzoate lotion 擦拭全身至少三天，並由感染管制工作人員直接與藥劑部總藥師聯絡，以專案申請

方式，請病房直接從藥局直接領用，避免花費看診時間。另用藥時，其注意事項包括(1)第一天用肥皂洗澡，清潔皮屑後，以棉籤沾藥水，自頸部以下到腳底全身塗抹約十分鐘後，將原來的內衣褲穿上（身上之藥水切勿洗去）。(2)第二天依照同樣方法沐浴、塗抹藥水，十分鐘後將原來的內衣褲穿上（身上之藥水切勿洗去）(3)第三天依照同樣方法沐浴、塗抹藥水，而後將內衣褲、床單、被單等用熱水清洗消毒。《此治療方式乃該醫學中心皮膚科建議》(4)治療三天後，皮膚仍會癢，可使用止癢劑治療。另外針對六月份曾至該病房之工作人員（含實習醫師、住院醫師、護理人員、行政助理、護佐…等）及暴露於該疾患之病患與工作人員的家屬建議均予預防性用藥。

工作人員照護感染病患時應採接觸隔離措施，穿上隔離衣與戴手套，照顧病患前後須徹底洗手。被感染之工作人員，接受治療二十四小時內不直接照顧病患；若排班困難，照顧病患時則應穿隔離衣、戴手套。

流行期間病房應限制家屬及訪客探視時間，家屬與訪客探視病患時，須穿上隔離衣及戴手套。住宿舍之工作人員，請勿接觸他人之衣物與床單，其衣物與被單類應使用攝氏50度以上熱水清洗十分鐘〔4〕或用袋子密封靜置二星期〔5〕。病患的衣物及被單更換時，該衣物及被單等須以傳染性布單處理，以雙層（內層為特製感染性污衣隔離袋，外層為黃色印有“感染性事業廢棄物”塑膠袋）包裝法送洗；或以塑膠袋密封靜置二星期。另醫院中病患之床墊不易清洗與日曬處理，故建議亦以塑膠袋

密封靜置二星期。病房更衣室之工作服則洽請洗衣工廠個別處理。

討 論

診斷延誤與未適時採取適當隔離措施是導致本次群突發之主因。根據Bernstein與Mihan描述1972年美國加州的一所醫院，因為一位最初診斷為紅斑性狼瘡之病患，引起37名醫師、護理人員及家屬受到疥瘡感染〔6〕。又Gooch等人亦提到美國密西根一所558床的區域教學醫院，有38名員工及其家屬得到疥瘡，結果發現是由一位入院時有不明原因的皮膚炎之90歲老太太所引起的〔7〕。上述之院內群突發指標個案，皆是其他感染個案陸續發生後才確認診斷，可見診斷不易，加上疥瘡之潛伏期長，更增加傳播的危險性。這次疥瘡流行之指標個案，其症狀出現後，經過四次的皮膚專科會診才確認診斷，幾近一個月未確認診斷的時間裡，所有直接照顧病患之護理人員並未考慮工作單位潛伏著感染來源，亦不甚明瞭疥瘡傳染的特性，在在顯示對此疾患之認知不足，加上警覺性不夠，故未適時採取適當防護措施，因而導致此次感染群突發之發生。

值得注意的是依目前國內醫院中病患之照護，家屬扮演著極重要的角色，何況疥瘡之傳染係以接觸傳播為主，病患家屬若認知不足，稍一不慎亦容易造成感染群突發，故針對病患家屬作適當之衛教是絕對必要的，不可等閒視之。

在廣泛實施全面性防護措施(universal precaution)〔8〕的年代，或許有些人以為可自動預防疾病的傳播。其實不然，巴西一

家以心臟手術聞名的醫院，雖實施全面性防護措施多年，卻仍然發生院內疥瘡群突發，總共有278位工作人員受到感染，包括洗衣房工作人員、護理人員、實驗室人員、清潔人員、見習生；損失的工作時數為每人5.31天〔9〕。此次發生群突發之醫學中心雖然也實施全面性防護措施，並配合採用疾病類別隔離法〔10〕，卻依然無法避免群突發，可能與現階段一直強調經血液體液傳播，如愛滋病、B型肝炎、C型肝炎等疾病之預防，或而忽略其他傳染病之重要性，因此防範『院內疥瘡群突發』，應該加強醫院每位工作人員對疥瘡之認知，藉此提高工作人員之警覺性，除了有助於保護自己，更能確保病患與工作人員健康與安全。

參考文獻

1. 繆偉傑：疥瘡群突發之防治。感控通訊1993;3(2):1-4.
2. Hayden JR, Caplan: Epidemic scabies. Arch Dermatol 1971;103:168-73.
3. Blumenthal DS, Taplin D, Schultz MG: A community outbreak of scabies. Am J Epidemiol 1976;104:667-72.
4. Parish LC: Scabies again. Int J Dermatol 1975;14:115-6.
5. Estes SA: Diagnosis and management of scabies. Med Clin North Am 1982;66:955-63.
6. Bernstein B, Mihan R: Hospital epidemic of scabies. J Pediatr 1973;83:1086-7.
7. Gooch JJ, Strasius SR, Beamer B, et al: Nosocomial outbreak of scabies. Arch Dermatol 1978;114:897-8.
8. Centers for Disease Control: Update: universal precaution for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other blood-borne pathogens in health-care settings. MMWR 1988;37:377-92.
9. Pasternak J, Richtmann R, Ganme APP, et al: Scabies epidemic: price and prejudice. Infect Control Hosp Epidemiol 1994;15:540-2.
10. Garner JC and Simmons BP: Guideline for isolation precautions in hospitals. Infect Control 1983;4:245-325.