

1990年英國倫敦

第二屆醫院感染協會國際會議紀實

呂學重 醫師

作者簡介：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及感染科主任，並擔任行政院衛生署院內感染控制諮詢小組召集委員。

本人榮幸經行政院衛生署推薦，於79年9月1日赴英國倫敦參加1990年第二屆醫院感染協會國際會議(The Second International Conference of the Hospital Infection Society)，於9月1日搭乘中華航空公司之班機，經香港轉搭英國航空公司之班機，前往開會地點英國倫敦Kensington市政廳，會後即搭機返國。

1990年第二屆醫院感染協會國際會議是由英國醫院感染協會主辦，此次會議邀請英、美、歐洲、澳洲等學者作有關院內感染之特別演講，並有部分人士參與論文發表。此次會議我國僅本人一人參加。

大會會議議程同時段內含多項，本人就任務所需選擇參加議程如下。

一、有關醫院院內感染的花費

1. 英國Cooke EM醫師指出以英國之感染管制制度評估，以病例及對照組研究顯示病人感染院內感染將增加八天之延長住

院天數，證實院內感染確實增加住院費用。

2. 曾在香港中文大學醫院服務之醫師指出在香港以盛行率調查方式作病例對照組研究也證實延長住院天數一倍(23天)，死亡率增加7%。經三年之感染管制計劃，該醫院院內感染率由9%降為6%，每年節省抗生素費用約28萬美元。

3. 德國醫師發人深省地指出：重視感染管制，但應避免額外花費。不妨將重點擺在高危險群病患，例如加護病房、心臟血管外科手術單位、器官移植單位等。應避免不必要之消毒步驟，例如病房全面噴消毒霧劑、地板、廁所、馬桶、浴室蓮蓬頭、浴缸、洗臉池、床、早產兒保溫箱。而手術刷手後消毒超過三分鐘，使用紫外線燈消毒，使用所謂消毒墊(Disinfecting mats)，有些護理措施譬如小兒加護病房護士需另加外袍，都是不實際的。另外他也積極呼籲減少使用化學消毒劑，限制使用用後即丟之醫療用品，減少pvc醫療產品如輸注袋、鞋套、輸液導管，各種器械之消毒改用高溫高壓消毒，例如呼吸治療儀器之消毒，及增加醫療器械重複使用，例如血管攝影導管、輸氧導管、氣管插管、氧氣面罩、胃管灌食注射器，如此不但減少醫療廢棄物之量、也減少化學消毒劑殘存對環境造成污染，大量減少國家

以後處理所需花費的經費。其建議非常值得身處地域狹小的我們深思。

二、有關感染控制政策及標準

英國方面：衛生部及一些醫療組織，起草撰寫與病患有關及實驗室有關之感染控制指引，內容主要是建議性提供各有關醫療機構參考。

美國方面：由美國疾病管制中心撰寫指引，由1980年開始陸續完成導尿管引起尿路感染之預防、血流感染、外科手術傷口感染、肺炎、洗手及環境、隔離措施及醫療人員之感染管制之指引……等等。內容均以適當之研究或專家之建言為基礎。然而它並非強制要求各醫院遵行，只是提供醫療機構參考。

斯抗地那微半島：瑞典、丹麥、挪威等均由衛生部撰寫一般醫療措施手冊，由全國遵行。

三、愛滋病病毒與外科手術關係

外科病患帶愛滋病毒者之盛行率世界各地區不同。而外科醫師遭針或尖銳物刺傷而感染之比例為0.32%（2008個案例中6個引起感染），而遭血液濺到者則沒有人發生感染（至少有250個案例）。學者建議盛行率高之地區如美國某些地區，需對所有病患均採特別注意之感染管制，例如穿防水隔離衣、保護眼鏡、帶兩至三付手套，採避免受傷器械。而盛行率低之地區則從病史中、特別問卷中或愛滋病毒血清學檢查篩檢出高危險群病人再作額外感染管制措施。唯1990年8月在美國亞特蘭大醫學會議並不贊成作血清篩檢。

至於有愛滋病毒感染醫師是否會傳染給病患，觀察顯示不會。美國佛羅里達州一泌尿科醫師四百多個病患無人被感染，一外科軍醫679個手術病患及1125個作檢查病患無人感染，而一由非洲感染回來之外科醫師339個病患無人發病，其中76個作血清檢驗均為陰性。唯在Nashville城之外科醫師2160個病患中有一人血清被發現證實感染，只是此病人在手術時已被發現是毒品注射者，又有肺外結核，顯示未手術時已發病。美國至今則有一牙科醫師因為病患拔牙而發生愛滋病。而至1990年6月統計全美已有50名外科醫師及144名牙科醫師感染了愛滋病毒。

四、感染群突發之發現

1. 英國 Cook EM醫師指出，英國未將美式全醫院感染監視系統（即目前衛生署所要求者）列入優先執行項目，因此感染群突發較難被發現，不過英國許多醫院使用「警示菌種」監視系，如綠膿桿菌抗藥性革蘭氏陰性菌、抗藥性金黃色葡萄球菌等被培養出來時才作調查。此方式對疾病病程發展較慢、疾病症狀未明顯者、或不是警示菌種引起群突發，特別是早期時，無法被發現。調查55個醫院87%使用此法，只有7%使用美式全院調查法。
2. 英國 Burnie JP醫師發現念珠菌、黴菌感染在院內感染中逐漸重要。以 DNA Fingerprinting方式有助於確定是否為群突發。此外他指出群突發以加護病房發生次數最多，其次為新生嬰兒加護單位，再次為持續腹腔洗腎單位。控制的方法包括，嚴格避免交叉感染，應以

Hibisol 或 Povidine Iodine 取代 Hibiscrub 洗手。感染來源主要為手部或污染物品。

3. 美國疾病管制中心 Jarvis WR 醫師：從 1985 到 1990 年統計美國共有 53 個重要院內感染群突發，64% 之院內感染群突發因於細菌，11% 因於黴菌或病毒，7.5% 因於 Mycobacterium，其他則佔 1.2%。26% 與醫療器具有關，23% 與醫療執行技術有關，而 19% 與醫療產品有關。他的結論認為流行病學式的調查，對院內感染群突發之傳播模式調查助益甚大。

五、有關血流感染

美國 Wenzel RP 醫師：院內血流感染發生率約為 0.5-1% 的住院病人，為所有院內感染之 5 到 10%。粗略估計之死亡率約為 35%，但使用病例對照組方式研究真正因微生物而致死的為 25%。其中黴菌感染之粗略死亡率為 50%，而真正致死率為 35%。而此類使用病例對照組流行病學調查方式研究，尚可找出相關之危機因素及危機群體，更有助於院內血流感染之預防。

六、有關院內感染之資訊

不論在各醫院、各衛生單位甚至在全國方面，大家一致同意應全面電腦化。以英國「警示菌種」調查法，每天甚至隨時在電腦看板列印最新資料有助於臨床主任醫師、護理長及以上人員、供應中心主管等加強病患之隔離以避免交叉感染。電腦看板可同時顯示感染管制應注意之步驟，以提

醒工作人員。再者看板可列印群突發或流行數字上升情況，更具有警惕作用。

七、開發中國家的院內感染

以墨西哥為例其院內感染盛行率約住院病人的 15-40%，而該國衛生部仍無能力或未在此方面多下功夫。沙烏地阿拉伯對感染管制知識及計劃仍無足夠認知，此外缺水也甚影響醫療人員之洗手。

八、感染管制的教育

主要報告各國訓練計劃情形。

澳洲：由一醫院排二週課程負責訓練。當調查 62 家醫院發現接近百分之九十的醫院均送感染管制護士受訓。而且許多醫院要求必須受過此類訓練才能獲得感染管制工作。

奧地利：依訓練目的分為：(1) 訓練醫學生或其他醫護人員瞭解如何作感染管制。(2) 訓練感染管制專家，包括專門醫師及護士，頒與證書。(3) 感染管制專業演講，增加感染管制醫師、護士與其他醫護人員溝通。

加拿大：僅有一院內感染管制護士專業訓練課程由一大學提供，訓練期間一週。

美國：疾病管制中心 (CDC)，美國感染管制學會及許多大學醫院均提供訓練課程。唯美國仍缺乏提供訓練高級感染管制訓練課程之單位。

香港：Seto WH 醫師其研究則指出訓練病房內各護理組之領導者感染管制之重要性超過只到病房作一般性演講教學。

心得與建議

1. 此國際會議每三年舉辦一次，會中安排英、美及歐洲學者專家作感染管制新觀念、新作法演講，由此尤其可獲得以歐洲為主之感染管制觀念。行政院衛生署目前採取繼承美國式之感染管制作法，若能擷歐洲之長處加入研討，相信更能使我國全國感染管制作業系統更加完善，值得每次參加。
2. 有關感染管制政策，宜由行政院衛生署仿倣瑞典、丹麥等國統一制定全面推行。因此建議以國家名義向瑞典、丹麥、挪威等國索取手冊藍本以便參考，本人建議編列預算，成立專家小組撰寫之。
3. 德國醫師之觀念令人深省，我國之感染管制應及早注意，以減少醫療廢棄物所造成之後患公害。
4. 愛滋病在醫院可能造成之感染管制震撼，宜儘速加以研討。
5. 宜在國內舉辦感染管制國際研討會，邀請專家學者演講，對象則為全國各主要衛生主管、各類醫學院校校長、各類醫院院長或主管。以灌輸院內感染控制觀念於全國。

投稿簡則

1. 凡各衛生行政、醫療機構、學術團體熱心推動院內感染控制者，皆歡迎自由投稿。
2. 舉凡和院內感染控制相關之學術性稿件（包括各醫院簡單的研究報告--可不刊出醫院名稱）、院內感染控制新知、譯稿、臨床工作經驗及心得等，均歡迎來稿。
3. 稿件請註明作者姓名、服務單位、聯絡電話，以及簡單之個人介紹，包括學、經歷和現任職務。
4. 稿件字數請儘量維持在 1000 ~ 4500 字內。
5. 來稿請寄台北市愛國東路 100 號行政院衛生署防疫處收