



如以本篇文章之結論，則可大大縮短浸泡時間為 2 分鐘，臨床上之可行性亦相對增加，對內視鏡檢之感染防治不啻是一大突破。然而全民健保後之成本效益，及戊乙醛本身刺激性對工作人員的影響，仍需列入考慮的因素。筆者數月來正針對此題目進行探討，各位看官且再拭目以待。
(顏慕庸摘譯)

參考文獻

1. Hanson PJV, Bennett J, Jeffries

BJ, et al: Enteroviruses, endoscopy and infection control: an applied study. *J Hosp Infect* 1994; 27:61-7.

2. Martin MA, Reichelderfer M: Draft APIC guideline for infection prevention and control in flexible endoscopy. *Am J Infect Control* 1993;21:42A-66A.

3. 呂學重：感染管制(下)。台北：藝軒圖書出版社，1993:171-81。

護理之家老人的院內感染性肺炎

在老人護理機構內，肺炎的發生率大約為 3.3%。這種屬於院內感染的發生率，雖屈居第二位(第一位仍為泌尿道感染)，但是，卻是導致老人死亡的最大原因。根據一項死亡的解剖報告肺炎約占這些老人死亡原因的 33% 左右。在護理之家造成院內感染性肺炎的危險因子和一般醫院差不多，譬如，同時合併有糖尿病、慢性心肺疾病、惡性腫瘤、肝腎功能不全、營養不良或其他特殊因素：如接受氣切或氣管內插管、使用呼吸器、長期使用副腎皮質、制酸劑或抗生素等。至於意識障礙，使用催眠劑，住院日長短、長期鼻胃管灌食或有肌肉神經方面的疾病均是造成院內感染性肺炎的重要因素。根據多項統計，在老人的院內感染性肺炎中，有三項最重要的指標即血清白蛋白小於 3gm/dl，有

神經肌肉方面的疾病及病人接受氣管內插管等。

在護理之家的老人發生肺炎後，其臨床症狀時常是非典型性的，如不發燒或很少痰，因此光憑這些症狀要來臆測病人是否有肺炎時常不太可靠。一般常見的症狀有咳嗽(60-70%)、呼吸加速(75-80%)，其他胸痛或喘氣較少見。值得注意的是，以意識的改變來表現仍不少見，根據臨床的觀察，呼吸次數的增加在老人的肺炎相當地有意義，尤其是呼吸次數每分鐘大於 25 次以上時。這種現象可以在臨床診斷為肺炎前的 48 至 72 小時即可明顯看到。因此，在護理之家的老人，如具有肺炎的高危險因素時，細心觀察病人的呼吸次數而早做胸部 X 光檢查，是診斷院內感染性肺炎的最



好方法之一。

至於致病的病原體，根據老人肺炎病患中痰的培養發現，為數不少的病人均具有多種的致病菌。一般 *K. pneumoniae* 佔 40%，其他腸道性革蘭氏陰性菌佔 44%，*H. influenzae* 約佔 6%。至於革蘭氏陽性菌如 *S. aureus* 和 pneumococcus 約佔 50%，其他 *M. pneumoniae* 和 *Legionella* 等在護理之家的老人肺炎則較少見。診斷是否為肺炎有幾點需列入考量包括：

1. 病人的症狀是否由呼吸道感染而來且這種感染是否真正為肺炎。
2. 可能的致病原。
3. 是否有肺炎的合併症且肺炎的嚴重程度如何？

一般來講，病人的臨床症狀，檢驗室檢查加上胸部 X 光等，來診斷是否有肺炎大致上沒有問題，比較困難的是真正致病原的確定。除了痰的抹片、培養可作為參考外，臨床上醫生還是想知道真正的致病原，尤其是在對治療的反應不佳時。因此，目前有較複雜但較可靠的檢查，如特殊的檢體培養技術、新發展的血清檢查如 PCR，和以軟式支氣管鏡及使用菌落羣計數的保護性導管取樣和培養技術等。

在藥物的治療方面，抗生素的使用原則和一般醫院的院內感染性肺炎時一樣，只不過在抗生素的涵蓋範圍中，除了腸道性革蘭氏陰性細菌、厭氧菌和 *S. aureus* 外，對於 *H. influenzae* 和 pneumococcus 也需包括在內。這些抗生素在開

始使用時，可經由口服，以後再考慮是否需經由靜脈或肌肉注射，不管給藥的路徑為何，均需要考慮到這些老人的肝腎功能而適時地給予調整劑量，至於如何減少這些老人的肺炎發生，除了避免或改善以上所提各項危險因子外，疫苗的接種（如 pneumococcus, *H. influenzae*）也可以加以考量。

〔譯者評〕目前國內在慢性病房、護理之家甚至安養院於法令上尚不明朗化的同時，根據媒體報導和衛生單位的調查，不但在硬體設備上極少數可以合乎要求，在醫療品質和護理照顧的軟體上更見匱乏，很明顯的在以上所提的慢性病醫療或護理機構中，絕大多數均以老人病患為主體，套句西方古諺「肺炎是老人最特殊的敵人」，因此老人的院內感染性肺炎每年在這些機構的發生率必然不低，這點由日常門診、急診中可見部分肺炎病人均來自慢性療養和看護機構中可見一斑。在全民健康保險開辦之際，衛生單位一直強調急性和慢性病醫療機構需各自發揮其功能的同時，漸漸的，尤其以老人為主體的慢性病患羣，勢必移轉到各慢性醫療或護理機構。在這之前，衛生單位實在有必要對慢性醫療或護理機構進行了解和輔導，以及做必要的規劃和最基本的醫療或護理的品質的要求，如此方為全民之福。（李聰明摘譯）

參考文獻

1. Niederman MS: Nosocomial pneumonia in the elderly patient chron-



ic care facility and hospital consideration. Clin Chest Med 1993;

14:479-90.

amphotericin-B 溶液膀胱沖洗 用以治療黴菌尿症

白色念珠菌尿症 (candiduria) 或者更精確地說黴菌尿症 (funguria) 在過去 40 年來，已演變成一個常見，且診斷及治療上有許多爭議的課題。在臨床上以 amphotericin-B 溶液作膀胱沖洗已廣泛地被採用。然而，此療法的每一個細節如藥物濃度，連續性沖洗或者膀胱留置，以及治療期間等等，所根據的只是一些過去的臨床經驗而來。美國 Texas 大學醫學院的 Dr. Sanford 在 Clinical Infectious Diseases (1993) 發表一篇有關黴菌症治療方面的文章，對已發表的報告及治療建議的由來作了一番回顧，但仍舊建議為了對上述問題提供答案，應需要進一步做前瞻性雙盲試驗。Sanford 並且建議，以三路 three-way 導尿管放入 200ml 至 300ml 的 amphotericin-B 溶液，在膀胱內留置 60 至 90 分鐘，可能是最適當的治療法。此項療法如果有效，二日即可見效。適當的濃度仍未被確認，然而 5-10mg/l 似乎是適當的。

〔譯者評〕以 amphotericin-B 溶液作膀胱沖洗來治療黴菌尿症已行之多年。在內科住院醫師最常參考的 Manual of Medical Therapeutics 一書中建議採用 5-15mg amphotericin-B in 5 %

D/W 在膀胱內留置 20 至 30 分鐘，每天 3 至 4 次，使用 3 至 5 天或者也可採用每天 50mg amphotericin-B 於一公升的 5 % D/W 中，連續沖洗，每天一分升，使用 3 至 5 天。

此文一登出，立刻接到不少讀者投書，主編也破例地接受了二篇讀者投書，並請作者適當的回答 Sanford 的建議劑量遠低於一般在採用的劑量，乃根據一種尚未被證實的有關 amphotericin-B 會刺激泌尿道粘膜的說法影響；另外對於多少濃度可以殺黴菌也有不同的看法，這在在顯示需有更進一步的研究資料來證實具適當的濃度為何？

譯者曾在成大醫院看到一位病患因 amphotericin-B 膀胱沖洗而引起出血性膀胱炎 (hemorrhagic cystitis) 的例子，但是病房內卻有很多膀胱沖洗的個案。近來口服 fluconazole 已在台灣上市，在初步使用的結果似乎還不錯（此部份結果請參見 The Journal of American Medical Association SEA, supplement september 1993, vol 3, no. 6）正如 Sanford 所說的隨著短期低劑量使用 fluconazole 治療經驗的累積，希望將來有一天可以把 amphotericin-