

DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-9638. 2013. 04. 019

精神病住院患者医院感染分析与对策

Analysis and countermeasures on healthcare-associated infection in psychiatric patients

戴秋华(DAI Qiu-hua), 班春霞(BAN Chun-xia)

(上海市嘉定区精神卫生中心, 上海 201806)

(Mental Health Center of Jiading District in Shanghai, Shanghai 201806, China)

[摘要] 目的 了解精神病住院患者医院感染发病情况, 并探讨干预措施及效果。方法 回顾性调查分析 2009—2011 年某精神卫生中心住院患者病历资料。结果 2 715 例精神病住院患者, 115 例发生医院感染; 2009、2010、2011 年医院感染率分别为 6.77%、3.70%、2.34%, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 3 年期间急性病区与慢性病区总体感染率差异有统计学意义($P < 0.01$)。感染部位以下呼吸道(占 48.70%)居首位; 季节分布以夏秋季(占 71.30%)较多。结论 针对精神病住院患者医院感染特点及易感因素, 实施一系列干预措施是有效的。

[关键词] 精神病住院患者; 医院感染; 感染部位; 感染控制

[中图分类号] R181.3+2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-9638(2013)04-0307-03

本院是一所精神病专科医院, 2009 年成立了医院感染科, 配备了专职人员, 在 2009—2011 年期间根据医院感染实际情况针对性地采取了一系列干预措施, 使医院感染的发生得到了有效控制, 医院感染率总体呈下降趋势。现将本院 2009 年 1 月—2011 年 12 月发生的医院感染情况进行分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院共有 4 个精神病病区, 其中 2 个为急性病区, 2 个为慢性病区。对 2009 年 1 月—2011 年 12 月住院的 2 715 例患者, 根据卫生部 2001 年颁布的《医院感染诊断标准(试行)》进行监测、评估, 共诊断医院感染病例 115 例。

1.2 方法 填写医院感染病例登记表。对医院感染患者, 按不同年度、科室、性别、感染部位、发病季节、疾病种类等进行统计分析。

1.3 统计处理 对所收集的数据资料进行检查和校对后, 应用 SPSS 13.0 软件包进行统计分析和处理, 计数资料用率表示。检验水准 $\alpha = 0.05$, 双侧检验。

2 结果

2.1 医院感染率 2 715 例精神病患者发生医院感染 115 例, 医院感染率为 4.24%; 其中男性 84 例, 女性 31 例; 感染病例精神疾病的构成以精神分裂症多见, 占 80.00%, 器质性精神障碍占 9.57%, 情感性精神障碍占 7.83%, 神经症占 2.60%。

2.2 各年度医院感染率比较 见表 1。2009 年与 2010 年、2011 年医院感染率相比, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。各年度医院感染率的两两比较, 仅 2010 年与 2011 年医院感染率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 2009—2011 年医院感染率比较

年份	住院例数	医院感染(例)	感染率(%)	χ^2	<i>P</i>
2009	871	59	6.77	22.451	0.000
2010	947	35	3.70*		
2011	897	21	2.34*#		

*: 与 2009 年感染率比较, $P < 0.05$; #: 与 2010 年感染率比较, $P > 0.05$

[收稿日期] 2012-11-28

[作者简介] 戴秋华(1970-), 女(汉族), 上海市人, 主管护师, 主要从事医院感染管理研究。

[通讯作者] 戴秋华 E-mail: daiqiuhuaygk@163.com

2.3 医院感染科室分布 对急性病区与慢性病区 2009—2011 年 3 年的总体感染率作比较,差异有统

计学意义($\chi^2 = 27.812, P < 0.01$)。各年份急慢性病区感染率比较见表 2。

表 2 2009—2011 年急慢性病区医院感染率比较

年份	病区	住院例数	医院感染(例)	感染率(%)	χ^2	P
2009	急性	481	17	3.53	17.852	0.000
	慢性	390	42	10.77		
2010	急性	535	11	2.06	9.290	0.002
	慢性	412	24	5.83		
2011	急性	506	9	1.78	1.606	0.205
	慢性	391	12	3.07		

2.4 感染部位分布 感染部位以呼吸道为主。下呼吸道感染 56 例(48.70%),胃肠道感染 37 例(32.17%),上呼吸道感染 12 例(10.43%),泌尿系统感染 6 例(5.22%),皮肤感染 4 例(3.48%)。

2.5 医院感染季节分布 本组医院感染病例数分布以夏秋季为多,各季节分布情况如下:春季医院感染 17 例,占 14.78%;夏季医院感染 43 例,占 37.39%;秋季医院感染 39 例,占 33.91%;冬季医院感染 16 例,占 13.91%。

3 讨论

3.1 住院精神病患者医院感染易感因素 精神病患者是一个特殊群体,多采用群体封闭式管理,人员密集,相互接触较多,住院时间较长,易发生交叉感染^[1]。2010 年世博会期间本院患者陡增,为预防医院感染率的升高,感染控制人员在区疾病预防控制中心、卫生监督所、医院感染质量控制等专家指导下采取了一系列改进措施,医院感染率得到一定控制。

资料显示,急慢性病区医院感染率存在差异,慢性患者医院感染发生率较高。可能与慢性精神病患者年龄偏大、住院时间长,导致生理防御功能减退,免疫力下降^[2]有关。其次,精神科患者中以精神分裂症患者多见,尤其慢性患者呈退缩状态,缺少应有的主诉,生活疏懒,手卫生意识差,有的患者捡垃圾、喝生水,生活用品随意交叉使用等,造成医院感染机会相对较高。

本调查中,呼吸道感染占首位,与国内精神病院医院感染部位报道^[3]一致。有调查显示,封闭式管理的住院精神病患者吸烟率高^[4],考虑患者烟龄长,香烟质量差,集中吸烟易造成室内空气污染,增加呼吸道感染机会;另外,长期大剂量服用精神科药物后,可产生唾液增加,咳嗽、吞咽反射减弱等不良反

应,当患者处于深睡眠状态或进食、饮水时易发生呛咳而致口腔分泌物或残留食物误吸入呼吸道,导致吸入性肺炎^[5]。消化道感染率居第 2 位,可能与多数抗精神病药物会导致肠蠕动减弱、消化功能障碍,从而引起便秘,而反复使用导泻剂又是引发胃肠道菌群紊乱和感染的重要影响因素。

医院感染的发生以夏秋季较高,可能与本地夏季正值梅雨季节,气候闷热潮湿,有时空调使用不当易受凉;秋季温差大,又是肠道传染病高发季节,导致呼吸道和胃肠道疾病感染增多。

3.2 干预与护理措施 提高医护人员的业务素质,增强控制医院感染的工作责任心。聘请外院医院感染控制专家定期来院进行业务知识培训;每周查房,提高医务人员对医院感染疾病的诊断,准确观察病情变化,及时去除潜在感染因素,有效控制医院感染的发生。

加强环节管理。各病区把好家属会客关,首先对探视家属进行询问,如有无身体不适、感冒发热,做好手卫生宣教等,必要时谢绝会客;告知家属所带食品数量不宜过多,要保证质量,便于保存;责任医生、护士对家属做好宣教工作,患者疾病康复及时让其回归家庭和社会,尽可能缩短住院时间。

室内保持空气清新,定时开窗通风,活动室内安装空气净化器专人负责管理;对吸烟者做好健康宣教,吸烟有害健康。责任护士应加强患者的香烟管理,有上呼吸道感染者应强制戒烟,并使其远离吸烟环境^[6];患者频繁接触的物体表面,如水龙头、门把手、桌椅等定时清洁消毒;保持病区环境的整洁,将病区内所有垃圾桶更换成有盖的,及时倾倒垃圾,防止患者捡来吃;加强患者的基础护理,尤其对生活疏懒的患者,督促其勤洗澡勤更衣;根据气候的变化及时为患者加减衣被;使用空调季节,注意室温的调节,

匀作用 2 h 以上。生活污水每 10 L 加入含有效氯 10 000 mg/L 消毒液 10 mL, 混匀作用 2 h 后排入污水处理系统。

3 讨论

O139 型霍乱是继古典生物型霍乱、埃尔托生物型霍乱后发现的新型霍乱。1993 年我国新疆首次发生 O139 型霍乱, 以后在我国西南地区的四川、重庆屡有报道^[3-4]。由于 O139 型霍乱以轻型多见, 临床表现无明显三期临床病程, 泻吐严重, 大便或呕吐物为米泔水样, 伴有重度脱水的病例少见, 仅从临床方面很难与普通肠炎鉴别, 故极易漏诊^[5]。本例输入性 O139 型霍乱患者是食用了被 O139 型霍乱弧菌污染的水产品所致, 起初以感染性腹泻病(重型)收治于消化内科, 由于临床医生及微生物室及时发现、诊断和报告, 迅速转至感染性疾病科, 治疗得当, 抢救及时, 挽救了患者生命; 医院及时进行疫情直报, 为政府的果断决策提供了科学的依据, 强有力的行政措施为

诊疗、防控措施的实施提供了有力保障; 医院内暴露人群得到及时检测和隔离观察、预防用药, 及时保护了易感人群, 阻断了传播途径, 防止病原体向院外扩散; 加强病室消毒及终末消毒工作, 严格处置医疗废物, 防止病原体扩散造成环境污染, 避免引起疾病流行。本病例为霍乱患者的救治及应急处置积累了相关经验, 以期为临床医务人员提供参考。

[参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制司. 霍乱防治手册[M]. 5 版. 北京, 1999.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中华人民共和国卫生行业标准——霍乱诊断标准[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] 肖邦忠, 罗兴建, 关国辉, 等. 13 起 O139 型霍乱弧菌疫情分析[J]. 热带医学杂志, 2005, 5(3): 310-315.
- [4] 李元泽, 尹仲良, 杨汝沛, 等. 成都市温江区首起 O139 型霍乱疫情调查报告[J]. 现代预防医学, 2004, 31(2): 237-238.
- [5] 李显勇, 苏尊玮, 王蜀. 一起 O139 型霍乱暴发疫情的临床特征及流行病学调查[J]. 中国感染控制杂志, 2008, 7(5): 320-322.

(上接第 308 页)

及时为患者盖被, 避免受凉。

各病区设置 1 间隔离病室, 当精神病患者在住院期间出现发热、腹泻等症状或新入院患者在未得到各种检查报告时, 即入住隔离病室, 待疾病痊愈后或排除传染后解除隔离。

洗手是既易行又有效的医院感染控制措施, 应做好患者的手卫生宣教。患者服药前、发点心前和吃饭前集中统一洗手, 由护理人员协助监督; 便后洗手, 病区专门安排护工在卫生间门口负责督促。

确保食物新鲜, 不变质。病区内不留隔顿与隔夜饭菜, 不为患者代购熟菜, 瓜果清洗削皮后发放给患者; 每天清理患者的床头柜, 防止患者藏有变质的食品, 尤其是梅雨季节做好宣传与督查; 餐具由医院病区洗碗间专职人员负责统一管理, 做到每餐清洗消毒, 每周总消毒; 水杯由病区管理, 标记床号、姓名, 专人专用, 每日集中清洗消毒 1 次, 杜绝患者用饮料瓶喝水。

定期组织患者进行适当的户外活动, 如散步、晒太阳、做广播体操、打篮球和羽毛球等活动, 既促进胃肠道蠕动, 又可增强抗病能力; 同时食堂每天为患者

提供丰富的菜谱, 增加营养。

医院感染控制是一个多因素、多环节的工作, 任何一个因素未考虑到, 任何一个环节出了问题, 都会出现严重后果。3 年来, 我们通过实施上述干预措施, 使医院感染发生率总体呈下降趋势, 减少了住院精神病患者医院感染的发生, 确保了医疗安全。

[参考文献]

- [1] 吴建杰, 王晓君. 精神科医院感染相关因素探讨与对比分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(6): 647-649.
- [2] 龙岩, 刘德宝, 周婷. 2010 年医院感染现患率调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(21): 3284-3300.
- [3] 严素玲. 精神病专科医院医院感染调查与分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(7): 786.
- [4] 徐一玲, 胡惠平. 住院精神病人吸烟状况及对策[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2001, 22(3): 332-333.
- [5] 陆伟玲, 钱利, 李琼, 等. 精神科医院感染危险因素与干预对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(19): 4051-4052.
- [6] 万晓东. 住院精神病患者医院感染现患率调查分析[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(31): 1031-1032.