

## 试论输入性医院感染

### Evaluation on afferent nosocomial infection

汪能平(WANG Neng-ping)

(南方医科大学南方医院, 广东 广州 510515)

(Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China)

【关键词】 医院感染; 输入性医院感染; 监测; 管理

【中图分类号】 R181.3<sup>+</sup>2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1671-9638(2008)06-0365-02

在医院感染监测过程中, 有时会遇到少数感染病例由于在获得及发生感染的地点与时间上和人们熟知的医院感染定义在字面上不完全吻合, 即发生在本医疗机构之外, 而常被否定其医院感染的诊断, 并被排斥在医院感染管理之外, 直至引起暴发。几年来, 我们经过仔细地调查, 对被排除医院感染的病例进行了客观地分析, 其中不乏应认定为输入性医院感染(Afferent nosocomial infection)者。面对此种情况, 为提升对医院感染的控制和管理水平, 有必要复习与强调涉及输入性医院感染的几个问题。

#### 1 什么是输入性医院感染?

像传染病有输入性病例一样<sup>[1-2]</sup>, 医院感染同样也有输入性病例问题。当患者在甲医疗机构获得医院感染, 因治疗的需要而转入乙医疗机构, 其发生的医院感染亦随原有基础疾病一起进入乙医疗机构, 或者在转入乙医疗机构 48 h 内出现医院感染, 而医院感染的获得与乙医疗机构无直接关联者, 则应视为输入性医院感染。

某院骨科自外院转入一例右侧胫腓骨粉碎性骨折合并创面与局部软组织感染患者, 入院当日采集的分泌物标本培养出鲍曼不动杆菌, 该菌除对头孢哌酮/舒巴坦(舒普深)“中介耐药”外, 对其他用于药敏试验的所有抗菌药物均“耐药”。所转入的医疗机构对这位伴有感染的患者在管理上并未予以应有的关注, 科室医护人员并未按医院感染的要求加以

管理。结果在该病区先后发生 4 例同一病原菌并具有同样耐药特征的创面感染。此事例再次提醒我们, 无论是在本单位获得的, 还是外单位转入的医院感染患者, 都同样具有感染性, 同样可能传播感染。此点在任何时候都不能忘记, 在管理与控制上均应按要求完全落实。

在《医院感染诊断标准(试行)》中, 关于“医院感染定义的说明”指出, 本次感染直接与上次住院有关则属于医院感染<sup>[3]</sup>。按此说明, 如果患者两次入住在两个不同医疗机构的话, 上次住院时获得医院感染, 经过一个适当的潜伏期后发病, 假如其潜伏期较长, 而在本次住院时则容易淡化和上次住院的联系。对本次入住的医疗机构来说, 就是输入性医院感染。在输血相关性医院感染(如艾滋病、丙型肝炎与乙型肝炎)中较常遇到。几年前, 一位患丙型肝炎的女患者入住我院后, 经询问病史注意到, 此次患病前 5 个月曾因接受子宫切除术在某区级医院输过新鲜血 400 mL, 后经追踪调查, 2 位供血者中有一位为丙型肝炎病毒(HCV)感染者。可见, 前一医院是患者获得 HCV 感染的场所, 后一医院是诊断与收治丙型肝炎患者的场所。从医院感染管理的角度看, 对后一医院而言, 这应是一例输入性医院感染。

同样, 在同一医疗机构内, 发生医院感染的患者由甲科转入乙科, 对乙科而言, 亦应视为输入性医院感染。某院内分泌代谢科救治一例高渗性昏迷糖尿病患者, 4 天后并发耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎, 遂转至呼吸内科治疗。对呼吸内科而言, 此例患

【收稿日期】 2008-07-23

【作者简介】 汪能平(1934-), 男(汉族), 湖南省长沙市人, 教授。1956 年毕业于大连医科大学(原大连医学院)医疗系, 毕业后先后在第四军医大学及第一军医大学(现南方医科大学)南方医院工作, 52 年来一直从事急性传染病与感染性疾病的临床、教学与科研工作。1988 年开始从事医院感染监测、控制与管理至今。

【通讯作者】 汪能平 E-mail: wangnp1934@21cn.com

者应判定为输入性医院感染,其获得感染的科室为内分泌代谢科。

## 2 提出“输入性医院感染”的意义

当患者获得或发生医院感染的场所与发生感染后的逗留场所不在同一医疗机构,对后一医疗机构而言,即为输入性医院感染。如果要计算医院感染发生率,其应该纳入获得医院感染的原医疗机构(或临床科室)计算,而不应纳入所逗留的医疗机构中计算;如果从医院感染管理角度来讲,当前的逗留场所应该同在本医疗机构发生的医院感染一样,按同样的程序与要求实施医院感染管理,不可出现管理缺位现象。经验表明,由耐药菌引起的输入性医院感染病例尤需加强管理,以控制第二代医院感染病例及其暴发。

## 3 正视认识上的不足,主动弥补管理上的缺失,有利于不断提升监测与管理质量

从医院感染全局上看,输入性医院感染所占比例虽少见,容易被医院感染专职人员“另眼相看”,但它在医院感染管理与控制上的缺失却不能忽略。首先要认识到输入性医院感染的客观存在,在各级医疗机构中,在转院或转科过程中,把存在医院感染的患者转出或转入都是不可避免的。在交接患者病情时,一定要交接有无医院感染(包括感染由何种病原微生物引起,主要感染部位在哪里),使接受患者的医疗机构和/或有关科室继续做好相应治疗与管理,以防止感染扩散与传播。那种认为输入性病例只是个别的案例,对全局性管理的影响有限,可以忽略不计的想法是错误的。

要强调在报告医院感染病例时,如系输入性病例亦应报告,不过在报告时一定要注明其获得场所

或可能的获得感染场所,在统计时则不宜计入当前所逗留的科室(或医疗机构)。而在管理上要与对待本机构或本科室获得的医院感染病例一样,建立能包罗输入性医院感染病例的管理程序,做到管理上能全方位覆盖,不留空缺,以保持高质量的医院感染管理水平。

将输入性医院感染病例纳入管理,是主动完善管理程序,适应患者在不同医疗机构中流动必须应对的客观实际,有利于控制医院感染的扩散或流行。如果既往已做好输入性医院感染病例的监测与管理,今后保持此程序即可;如果既往尚未开展输入性医院感染病例的监测与管理,则应创造条件,果断弥补这一缺失。

至于输入性医院感染病例是否需要专门列项加以统计,视不同医疗机构在管理上的需要而定。个人认为,把输入性医院感染病例混杂到整个医院感染病例之中,不利于评价医院感染控制和管理的效果。至少先应在统计中加以说明,并在计算相关的“率”时予以剔除(注意:由输入性医院感染病例传播而在本医疗机构发生的第二代病例仍应纳入统计之中)。要防止过宽认定输入性医院感染病例,人为降低与医院感染相关的“率”,形成某种假象。

以上认识不可能客观与全面,仅为进一步讨论抛砖引玉而已!

## [参考文献]

- [1] 何耀,姜勇,邢玉斌,等.北京市某医院传染性非典型肺炎医院内感染传播途径的初步调查[J].中华流行病学杂志,2003,24(7):554-556.
- [2] 竺小春,王勇.一例输入性恶性疟和间日疟混合感染病例调查分析[J].中国媒介生物学及控制杂志,2008,19(1):16.
- [3] 徐秀华.临床医院感染学[M].修订版.长沙:湖南科学技术出版社,2005:156.

(上接第 422 页)

难以提高疗效;另外, $\beta$ -内酰胺类抗生素为繁殖期杀菌剂,其与抑菌剂林可类药的联合应用会产生相互拮抗作用,影响药效。

## [参考文献]

- [1] 国家卫生部,国家中医药总局,总后勤部.关于实施抗菌药物临床应用指导原则的通知[S].北京,2004.
- [2] 沈燕君,周惟,许兆军,等.综合性医院围手术期抗菌药物临床应用调查[J].中华医院感染学杂志,2006,16(2):201-203.

- [3] 史占军,张亚莉,景宗森,等.规范化与长期应用抗菌药物预防术后伤口感染的效果对比[J].中华医院感染学杂志,2003,13(1):57-59.
- [4] 左笑从,刘世坤,谢冰玲.230例腹腔镜胆囊切除术患者应用抗生素的成本-效果分析[J].中国药房,2001,12(6):334.
- [5] 周月红,张继明.骨科围手术期抗菌药物预防使用的调查[J].中华医院感染学杂志,2006,16(10):1154-1156.
- [6] 中华人民共和国卫生部.关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知[S].北京,2008.
- [7] 古东东,潘涛,徐武夷.重视围手术期抗菌药物合理应用[J].中华医院感染学杂志,2004,14(1):74-76.