

人感染致病性禽流感应急演练存在问题与对策^{*}

甄世祺¹, 王民生¹, 鲍昌俊¹, 袁家牛², 张寄宁²

基层卫生机构直接面对突发疫情,在疾病防制的体系中发挥着重要的作用^[1,2],其应急能力直接关系到防病工作的成败,评价各级卫生部门防病应急能力,尤其是针对应急演练过程和结果进行评估,相关文献报道较少^[3,4]。为此,我们制订了《江苏省人感染高致病性禽流感应急处置评价标准》,并应用该标准对全省 13 个县(市、区)级卫生机构处置人感染高致病性禽流感疫情的应急演练过程进行评价。结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 在全省 13 个省辖市中各选 1 个控制人感染高致病性禽流感工作的重点县(市、区)作为应急演练评估的对象,编号为 1-13。

1.2 方法

1.2.1 制订人感染高致病性禽流感应急处置评价标准 组织疾病控制、医疗、感染控制、消毒杀虫等专业的专家按照卫生部《人感染高致病性禽流感应急预案》规定的报告和处置程序,经过讨论制订了全省应急演练的评价标准(试行),以该标准作为应急演练评价的依据,考核的重点是基层医疗机构和疾病控制机构在患者接诊、转运,疾病控制机构接报后的处理和定点医院收治治疗的 4 个过程是否符合国家应急预案要求。

1.2.2 应急演练评价 应急演练评估前,组织参加评估的疾病控制、医院感染控制等专家培训评估的尺度和标准,规范评估的程序和方法。从各评估县(市、区)中随机选择 1 家乡镇卫生院作为疫情的发生地,模拟从乡镇卫生院发现 1 名不明原因肺炎病人(疑似人感染高致病性禽流感病例)到转诊到县(市、区)定点医院的全过程,评估组在现场按照评估标准对演练的全过程进行考察和评分,评估内容为乡镇医疗卫生机构的预检分诊、疫情报告和初步处置;急救中心(站)转运患者的反应速度和操作规范;县级疾控中心接报后的应急反应、现场流调、采样送检和疫情报告;定点医院收治医院的应急准备、诊疗流程和要点及各环节的有机衔接、个人防护和疫点消毒等。

1.2.3 人感染高致病性禽流感应急处置评价标准内容 共分为 4 个一级指标:基层医疗机构接诊(30 分)、患者转运(15 分)、疾病预防控制机构接报后的处理(30 分)、收治医疗机构的应急处置(25 分);细分为 16 个二级指标和 39 个三级指标,内容覆盖了人感染高致病性禽流感疫情应急处置演练的全过程。

1.2.4 评分结果的判定 各市得分率是一级指标实际得分与该部分指标分值的百分比,代表该市在一级指标部分应急处置能力水平;二级指标平均得分率是各市平均得分与该二

级指标分值的百分比,综合反映各市对该考核项目的应急能力。得分率在 90% 以上为符合要求,80% 以上为基本符合,80% 以下为亟需加强和改进。

1.3 统计分析 采用 Excel 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 基层医疗机构应急接诊 评估乡镇卫生院应对人感染高致病性禽流感疫情的应急处置能力,各市的平均得分率为 78.46%,其中预警分诊指标的得分率最低,为 68.08%,反映出基层乡镇卫生院多数没有严格执行预诊分诊制度。终末消毒项目的平均得分率为 74.04%,属亟需加强和改进;初步流调与采样送检和报告与转诊指标的各市平均得分率分别为 83.97% 和 87.31%,属基本符合。各地得分的差距比较大,最低得分 17 分,最高 28 分,其中有 7 个市的得分率低于 80%,属亟需加强和改进,说明基层医疗机构的接诊情况与预案的要求差距较大。

2.2 患者转运 该部分指标评估各基层卫生院在患者转运过程中是否符合禽流感应急处置的要求。应急响应指标的平均得分率为 87.95%,其中对转运车辆的终末消毒得分率最低,为 84.62%,并出现零得分,说明各地转运人员对应急预案的要求不明确,尤其是对转运传染病人的消毒意识薄弱。各地卫生院对病人的应急响应和转运病人环节的平均得分率分别为 89.9%、86.15%,为基本符合,各地基层卫生院在通讯联络、车辆的硬件设施等评估指标各市均能达到要求。该部分指标有 4 个市的得分率低于 80%,需加强和改进,各地在患者转运过程中操作也不够规范。

2.3 疾病预防控制机构接报后的应急处理 该部分指标评估县级疾病机构对人感染高致病性禽流感疫情的应急处置过程。包括疾病控制机构接到报告后的快速反应、现场流行病学调查(是否有专用调查表,调查对象、内容、方法符合要求等)、疫点消毒、采样送检、疫情报告过程。各市的平均得分率为 88.33%,其中现场流行病学调查的得分率最低,为 84.62%。疫情报告环节的得分各市均为满分,各地疫情的网络直报均达到预案的要求。有 2 个市的得分率低于 80%,存在问题的环节是采样送检和现场流行病学调查不符合预案的要求。

2.4 收治医疗机构的应急处置 评估定点医院收治医院对人感染高致病性禽流感疫情的应急处置过程。各市的平均得分率为 86.62%,其中个人防护的得分率最低,为 65.38%。为亟需加强和改进的项目,各市的得分差别也比较大,医务人员对个人防护的细节操作达不到要求;在应急反应、应急处置、诊疗要点评估结果为基本符合。其中得分率最低分别为 76.00% 和 64.00%,主要问题是个人防护和应急处置不符合要求,也说明收治医院的一定应急反应能力存在较大差距。

*基金项目:江苏省预防医学科研基金(Y2006034)

作者单位:1. 江苏省疾病预防控制中心应急办,南京 210009;

2. 江苏省卫生厅应急办

作者简介:甄世祺(1974-),男,内蒙古乌拉特前旗人,主管医师,博士在读,主要从事劳动与环境卫生研究。

3 讨论

开展应急演练是提高应急能力的重要手段^[5-10],通过人感染高致病性禽流感疫情演练综合评估,客观、科学地反映了日常应急管理工作的开展情况,也暴露出各级卫生系统在应对突发疫情过程中存在的问题和不足:(1)基层医疗机构是禽流感防治工作的薄弱环节,通过本次演练发现预诊分诊的关键环节普遍存在问题,而且基层医务人员的应急意识普遍较弱,对突发公共卫生事件的重视程度不够;日常培训不到位,医务人员对禽流感等传染病防治知识缺乏了解,对应急预案不熟悉,对诊断标准不清楚,不能规范地按照流程处理突发事件;对传染病报告的法定的职责认识不足,遇到病人难以及时发现和上报。(2)各级疾病控制机构的应急能力存在很大差距,各地水平不均衡,基层疾病控制机构(乡镇防保所和县级疾病预防控制中心)的日常应急管理水平较低,应急准备不充分,专业技术人员缺乏;应急处置不规范,各地应急处置能力相差比较大;应急装备不足、应急检验能力差,基层疾病控制机构开展病原微生物检测的能力有限,人力和物力均不能满足要求。

对策:(1)加强应急培训和演练,加强卫生应急队伍建设,规范处置程序,提高专业技术人员的知识水平,强化实战经验

和应对的能力。(2)提高应急储备物资和设备的数量和质量,提高应急队伍的装备水平和实验室应急检测的能力。(3)加强评估和考核,对各级卫生机构的应急培训、物资储备和装备、应急检测、报告等工作情况,制定考核标准,实施定期考核。

参考文献

- [1] 卫生部.十年减灾工作情况[J].中国减灾,2001,11(1):5-8.
- [2] 李立明.21世纪中国疾病预防与控制面临的挑战与任务[J].中华流行病学杂志,2001,22(1):5-6.
- [3] 陈伟,曾光.洪灾地区县级疾病预防控制机构救灾防病应急能力的综合评价[J].中华流行病学杂志,2006,27(2):112-116.
- [4] Neil R Britton. A new emergency management for the new millennium[J]. Australian Journal of Emergency Management, 2002, 1: 60.
- [5] 陈军华,吴群红,郝艳华,等.黑龙江省疾病预防控制中心应急能力建设分析[J].中国公共卫生,2006,22(10):1253-1254.
- [6] 徐凌忠,孙辉,王建新,等.威海市疾病预防控制中心装备与检验能力分析[J].中国公共卫生,2004,20(12):1535.
- [7] 潘先海.威海市疾病预防控制中心装备与检验能力分析[J].中国公共卫生,2004,20(10):1260.
- [8] 邓云峰,郑双忠,刘铁民,等.城市应急能力评估体系研究[J].中国安全生产科学技术,2005,1(6):33-36.
- [9] 薛澜,张强,钟开斌,等.危机管理[J].北京:清华大学出版社,2003.

收稿日期:2007-04-24

(孔敏学编辑 宋艳萍校对)

文章编号:1001-0580(2007)11-1387-02

中图分类号:R 378.2

文献标志码:A

【调查研究与分析】

医院内感染肠杆菌科细菌分布及耐药分析*

褚云卓, 年华, 欧阳金鸣, 王倩, 邓宇欣

革兰阴性杆菌尤其是肠杆菌科细菌在医院感染中所占比例虽有所下降,但仍占主导地位。产超广谱β-内酰胺酶的大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌医院内感染暴发流行多有报道,易产头孢菌素酶(Ampc)的肠杆菌在医院感染中也较常见^[1],增加了医院感染的预防和治疗难度。本文对我院2005年10月~12月3个月中分离的肠杆菌科细菌分布与耐药情况分析如下。

1 材料与方法

1.1 材料 (1)菌株来源:2005年10月~12月中国医科大学附属第一医院同一患者同种标本分离出的第1株肠杆菌科细菌共166株。(2)仪器:BACTEC9120血培养仪(美国BD公司);VITEK2细菌鉴定仪(法国生物梅里埃公司)。

1.2 方法 (1)药敏试验:采用VITEK2系统AST-GN10板条(法国生物梅里埃公司);头孢哌酮/舒巴坦(辉瑞公司提供的舒普深)的最低抑菌浓度(MIC)测定用微量稀释法。结果判定采用头孢哌酮的折点,按美国临床实验室标准协会(CLSI)2005版标准进行判定^[2]。

1.3 统计分析 细菌菌谱及耐药性分析应用WHONET 5.3软件。

2 结果

2.1 肠杆菌科细菌的科室分布 3个月中,共分离肠杆菌科细菌166株,其中外科重症监护室(ICU)32株,神经内外科28株,移植科25株,肿瘤内科12株,泌尿内科和普外科各8株,消化科7株,泌尿外科6株,风湿免疫、呼吸、血液和感染科各5株,内分泌、皮肤、介入和肿瘤外科各3株,烧伤、干诊、妇科、循环科各2株。

2.2 非发酵革兰阴性杆菌的标本分布(表1)

表1 肠杆菌科细菌在标本中的分布

标本种类	大肠埃	肺炎克	阴沟肠	产气肠	其他肠	其他克	沙雷	变形杆	枸橼酸	沙门	合计
	希菌	雷伯菌	杆菌	杆菌	杆菌属	雷伯菌	菌属	菌属	杆菌属	菌属	
血	15	8	0	0	4	0	0	0	0	3	30
痰	5	35	4	3	1	4	8	2	4	0	66
尿	43	0	1	0	0	0	0	1	1	0	46
脓汁	3	2	1	0	1	0	1	6	0	0	14
分泌物	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	5
胸腹水	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	6
合计	71	45	6	3	6	5	10	11	6	3	166

2.3 主要肠杆菌科细菌耐药与范围(表2~4) 71株大肠埃希菌和45株肺炎克雷伯菌中,产超产谱β-内酰胺酶的菌株分别为18株和12株,占检出菌株的25.4%和26.7%。

*基金项目:辽宁省教育厅课题基金(05L528)

作者单位:中国医科大学附属第一医院检验科,沈阳110001

作者简介:褚云卓(1969-),女,辽宁沈阳人,副教授,学士,研究方向:细菌耐药表型及基因型研究。