# 第十部分感染管理工作制度

## 医院感染管理委员会会议制度

一、每年至少召开二次会议，讨论研究医院感染管理上存在的问题，并着重落实解决2-3项目重点或难点问题，遇到紧急情况随时召开会议，讨论处理措施应急方案。

二、会议由感染管理委员会主任主持。

三、每位参加会议的委员必须签到，如有特殊情况不能参加的，须提前向委员会主任请假。

四、出席人员不得少于委员会总人数3/4;

五、委员会秘书负责进行会议记录，会后由感染管理科负责写出会议纪要，并向有关部门通报。

## 预防重点部位医院感染的管理制度

一、呼吸机相关性肺炎

（一）严格掌握气管插管或适应证，使用呼吸机辅助呼吸的患者应优先考虑无创通气。

（二）如无禁忌证，应将床头抬高约30。

（三）对建立人工气道患者，应严格执行无菌技术操作规程：

（四）吸痰时应严格遵循无菌操作原则吸痰前、后医务人员应做手卫生．

（五）重复使用的呼吸回路管道、雾化嚣达到灭菌-A高水亚消毒要求+每周更换1-,2次有明显分泌物污染时应及时更换，

（六）螺纹管冷凝水应及时倾倒，不可使冷凝水流向患者气道：湿化器蕊加水应使用无菌用水，每天更换。

（七）定期进行病原学检查合理用抗菌药物。

（八）每日停用镇静剂，评估是否撤机和拔管，减少插管天数。

（九）有呼吸机相关性肺炎的监测、分析与反馈。

二、导管相关皿流感染

（一）严格执行留置血管内鼻管的适应瘟。

（二）患疖肿、湿疹等皮肤病或意感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当进行置管操作。

（三）置管时严格执行无菌技术操作规程，遵守最大限度的无菌屏障要求。

（四）置管使用的医疗器械、器具等医疗用品和各种敷料必须达到灭菌水平

（五）尽量使用无萄透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖．

（六）定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换间隔时间为无菌纱布为1次／2天，无菌透明敷料为1-2次／周，如果纱布或敷料出现潮湿、松动、可见污染对应当立即更换。

（七）保持导管崖接端口的清洁，注射药物前，应当用75%酒精或含碘消毒剂进行消毒待干后方可注射药物。如有血迹等污染时，应立即更换。

（八）紧急状态下的置管，若不能保证有效的无萄原则，应当在48小时内尽快拔除导管，更换穿刺部位后重新进行置营，并作相应处理。

（九）怀疑思者发生导管相关感染，或者患者出现静脉炎、导管故障时．应当及时拔除导管。必要时应当进行导管尖端的微生物培养。

（十）医务人员应当每天i#保留导管的必要性进行评估不需要时应当尽早拔除导管。

（十一）有导管相关血流感染的监测、分析与反馈

三、导尿管相关尿路感染

（一）严格执行留置导尿管的适应症。

（二）留置导尿管时严格遵循无菌操作技术原则，保持最大的无可屏障，动作要轻柔．避免损伤尿道粘膜，采用密闭式引流装置。

（三）妥善固定尿管，避免打折、弯曲．保证集屎袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。

（四）保持屎液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹胡引流管，防止屎液逆流。

（五）不应常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行祷胱冲洗或灌注以预防屎路感染。

（六）保持尿道口清洁，留置导尿管期司，应当每日清j吉或冲洗尿道口。

（七）定期进行病原学检查，留取小量尿标本时．应消毒导尿管后，使用无菌；主射器抽取标本送检。

（八）思者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管并留取尿液进行微生物病原学检测。

（九）每天评估留置导尿管的必要是尽可能缩短留置导尿管时间。

（十）对长期留置导尿管的患者，拔除导尿管应当训练膀胱功能。

（十一）医护人员在维护导尿管时严格执行手卫生

（十二）每天评估留置导尿管的必要性尽可能缩短蓄置导尿管时间。

（十三）对长期留置导尿管的愚者+拔除导尿管时，应当训练膀胱功能。

（十四）医护人员在雏护导尿管时，要严格执行手卫生：

（十五）有导尿管相关尿路感染的监测、分析与反馈。

四、手术部位感染

（一）择期手术病人尽量缩短术前住院曰应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

（二）有效控制糖尿病患者的血糖水平。

（三）正确准备手术部位皮肤．彻底清障手术切口邵位和周围皮肤的污染。术前备皮应当在手术当日进行确需去除手术部位毛发时，应当使用不损伤皮肤，避免使用刀片刮除毛发。

（四）如需预防用抗菌药物日可，手术患者皮肤切开前30分钟-2小时内或麻醉诱导期给予合理种类和合理剂量的抗菌药物。需要做肠道准备的患者还需术前一天分次、足剂量给予非吸收性口服抗菌药物。

（五）保证使用的手术器械、器具及物品等达到灭菌水平。

（六）手术中医务人员严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。．

（七）术中保持患者体温正常，防止低体温。

（八）对于需要引流的手术切口，术中应当首选密闭负压引流，并尽量选择远离手术切位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。

（九）为患者换药时，严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。

（十）术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。

（十一）有手术乱位感染的监测、分析与反馈。

## 纤维支气管镜室感染管理制度

一、设诊疗室和清洗消毒室根据工作需要+配备相应的内镜及清洗消毒设备，配备空气消毒设施清洗消毒室应保持良好的通风。

二、保持各区的清洁，诊疗室、清洗消毒室操作结束后严格终末消毒。

三、从事纤维支气管镜诊疗和清洗消毒工作的医务人员应当具备内镜清"-消毒方面的知识接受相关的医院感染管理知识培训严格遵守有关规童制度。

四、进行纤维支气管镜诊疗时，医护人员应采取标准预防措施，戴好口罩、帽子、手套等防止呼吸道疾病的感染。

五、工作人员清洗和消毒内镜时，应穿戴必要的防护用品，包括工作服、防渗透围裙口量、帽子、手套等。

六、凡穿破粘膜的内镜Ⅲ件，如活检钳等必须一用一灭菌。如采用2。I碱性戊二醛浸泡10小时灭菌．灭菌后应当用无菌水彻底冲洗，再用无菌纱布擦干按无菌物品储存要求进行借毒。

七、使用后的纤维支气管镜必须按照：内镜清洗消毒技术操作规范》的清洗消毒流程进行高水平消毒，禁止使用非流动水对内镜进行清洗。

八、每日诊疗工作开始前必须对当日拟使用的纤维支气管镜进行再次消毒后万可用病人诊疗。

九、内镜及附件的清洗、消毒或者灭菌时间应当使用计时器控制。

十、纤维支气管镜室应当做好内镜清冼消毒的登记工作。

十一、每日诊疗工作结束，用75%的乙醇对消毒后的内镜各管道进行冲洗、干燥储藏于专用洁净柜内，储镜柜内表面每周清洗消毒一次。

十二、每日监测使用中的消毒剂的有效浓度，记录保存，低于有效浓度应立即更换。消毒剂使用的时间不得超过产品说明规定的使用期限。

## 呼吸机及其附件清洗消毒管理制度

一、清洗消毒原则

按照呼吸机说明书可拆卸清洗消毒的部件应该按照要求进行清洗和消毒。

（一）临床备有0王吸机的科室，呼吸机外置回路及附件的清洗消毒工作必须交消毒供应量完成。

（二）外置回路附件应一人一用一消毒水消毒。

（三）清洗前应仔细捡查管道内有无痊痂、血迹、油污厦其它污物。

（四）消毒前应尽可能将连接部分彻底拆卸拆卸后应立即送清洗、消毒。

（五）医务人员清洗消毒日可在做好防护的前提下遵循先彻底清洁，再消毒的程车，

（六）对朊毒体、气准坏疽及宪发五明原因的病厚体病人肛吸机管路应按先消毒后清洗，再消毒的程序。

（七）特殊感染患者使用过的呼吸札管路（包括艾滋病、结核、乙肝、VRSA等多重耐药匿喜

柒等）应单独进行清洗消毒。

（八）呼吸机各部件消毒后+应干燥保存备用，保存时间不能超过一周：超过者应重新消毒。

二、呼吸机各部位的清洗和消毒方涪

（一）呼吸机的外表面、包括界面、键盘、万向臂桨、电塬线高压气源管路等，

用清洁湿润的纱布擦拭每日一次污染严重和呼吸机用生消毒酊，须用75%医用精挥拭照

撞屏式操作面板，擦拭时应避免液体进入呼吸机内部。

（二）呼吸机外置回路

包括啐吸机呼吸管路、螺纹管、湿化器、集水杯、雾化器等。

1医务人员茁青洗消毒前应穿戴必要的防护用品如口置、帽子、手套、防溅屏、防护镜竺。

2医务人裁手套将呼吸外置回路的部件完全拆卸仔细检查管道内有无痰痂、血渍及其他jj

物残留。

3先用水冲洗旺吸机的管路及附件，然后置于酶液的水槽中浸泡，时间根据清洁剂使用说明书），后用专用刷彻底清洁干净，再用水清洗。

4将洗净的管路及附件置于含有效氯iOOOrng/L的消毒液甲浸泡30-45min．特砾感染置于含有效氯2000~.5000mg/L的消毒液中，浸泡时要将冀全部浸泡在消毒液中管堵不应有死弯，由室物品腔内不应有气泡存在。

5朊毒体、气性坏癌厦突发不明原目的病原体病人用后的呼吸机管路的消毒按“朊毒体、气性坏疽及突发不明原因的病原体污染器械、器具和物品清洗消毒SOP“处理。

6消毒后的管路和配件，用蒸馏水或纯化水彻底冲洗。

7呼吸机外置回路消毒完成，经干燥处理后，装入消毒后的整理箱中备用．保存期乃7天7天后重新消毒+整理箱同时消毒。

8消毒后的备用管道按要求组装后，用无菌纱布将各管道头终端包好防止污染。盖上呼吸机罩，出示“已消毒’标识．并注明消毒日期。

（三）呼吸机内置回路

由工程师定期保养维修，时间按照厂商的要求而定。

1定期更换呼吸机的皮囊、皮垫、细菌过滤器等。

2呼吸机每工作1000小时，应全面进行检修及消耗品的更换并将每一次更换的消耗名称和更换时间进行登记，建立档案。以备核查。

（四）其它特殊部件

1呼吸机王机或空气压缩机的空气过滤网，需每日清洗以防灰尘堆积造成细菌繁殖。

2呼吸机内部可拆卸的呼气管路应根据各厂商提供的弗去进行清洗消毒。

3可拆卸的流量传感器各种呼吸机的流量传感器应根据厂家的要求进行严格更换、清洗消毒。

4呼吸机入端或呼出端的细萄过滤器、供气模块滤网、冷却风扇过滤器、防尘网等部件可根据厂家要求或按需进行清洗更换。

经过消毒、装机、检测、校正后的呼吸札处于完好的备用状态，需套上防尘量并在显著位置挂上标明“备用状态”字样的标牌．放置在；青洁、整齐、通风的房间内，随时准备应用于临床。

三、消毒效果监测

（一）含氯消毒剂现用现配，每日进行有效浓度监测1次，有记录。

（二）每次清洗、消毒均按要求记录。

（三）感染管理科定期对呼吸机外置回路白勺消毒效果进行监测，遇特殊情况厦时监测。合格标准为≤20cfu/iOOcm2不得检出致病菌。

## 外来手术器械清洗消毒管理制度

一、外来医疗器械是指由匡疗器械公司租借或免费提供给医院可重复使用的医疗器械u

二、所有外来医疗器械必须交由我院供应室统一清洗、消毒与灭菌。

三、为了保证手术按时进行，保证器械的清洗消毒与灭菌过程-手术医师应根据手术安排提前联系器械公司工作人员按规定日\_间将外来医疗器械进至供应室、择期手术、急诊手术分别送选供应宣的时问另行通知）

四、供应室严格按WS310. 2-2U09《压院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》的要求对外来器械进行清洗、消毒、灭菌，并保证按时提供手术器械。

五、灭菌方式首选压力蒸汽灭菌不能耐高温的器械采用低温等离子灭菌

六、供应室按WS310 0-2009《匡院消毒供应中心第3部分·清沅消毒及灭菌效果兰蕊标建的要不对外来医疗器械进行淆洗消毒及灭菌效果的监测-各项监；则合格后方可交付手术室使用。

七、供应室应对所有外桌医疗器械及植人物进行可追溯管理-记录每套外来医疗器械匣撬入物的清洗，消毒灭菌、监测及应用等相关信恩，以便随时跟踪和查询‘

八、匡护人员在4,使用外来医疗器械厦植^物前，应检查其包装酌完好性包内化堂指示物否合格，器械是否洁净等，台格后方可使用。

九、供应室、麻醇科与器械公司工作人员z间应严ti各器械交接手续，查对无误后进行登记双方签字，记录完整。

十、任何科室和个人不得擅自使用未经我院供应室清洗、消毒灭菌的外亲匡厅器械及植入物如违反此规定，由此产生的一切后果由使用科室及当事人负责’

## 空气消毒机使用管理制度

一、空气消毒机的使用

（一）安装、使用和维护消毒机z前，科室必须仔细btl#it使用说明书》 必须掌握嘎产品的适用环境、使用体积、工作环境条件与保养维护：

（二）14室应有专人负责消毒机的保养和维护消毒机的使用人员须认真学习每台消毒机的《使用说明书》．并按要求操作。

（三）消毒机严禁超范围使用，包括适用环境、适用体积：若温度、湿度等不在标准工作环境条件内直改变消毒方法。

（四）使用消毒机时，注意房间的密-]性。应关闭门富尽可能减少室r人员数量，严禁用于易燃易爆场所。

（五）消毒机周围空间应尽量避免有物体阻挡，以保持空气流动畅通功能在有人的场所严禁开启。

（六）注意室内物体表面的清洁卫生，空气消毒机仅对生气消毒有效如果室内".表有较多的灰尘．消毒机工作日寸将会产生二次扬尘，因此消毒前应对物表进行清洁消毒。

（七）保持消毒机清洁干燥．机器外壳定期用涅拣布擦拭，严禁用酒精等易燃物擦拭，

（八）消毒机工作时，严禁物体或手接近消毒机进、出风口消毒}上方应无任何遮盖物。

（九）使用过程中注意观察消毒机功能显示灯变化，如果指示灯异常或报警应及时与后勤基建科或售后服务人员联系。机器掘警时请勿私自拆装请尽快与售后人员联系。

二、空气消毒机的清洗、维护

（一）机器使用中的清洗和维护由售后人员负责，每3-6个月1次，普通手术室、ICU和儿科等科室使用频率高可增加清洗次数，由后勤基建科负贵联系售后服务人员。

（二）使用科室要建立空气消毒机清洗、维护登记本，售后人员清洗维护后科室工作人员要认真检查-清洗、维修质量-合格后双方签字，并详细记录清洗、维修项目、时间、清洗人员等，保存备案。

## 紫外线照射灯使用管理制度

一、严格按要求做好消毒登记和强度监测。

二、室内安装紫外线消毒灯30w紫外线消毒灯，在im处的强度>70uw/cm2）的数量为平均每柏不少于1 SW照射时间不少于30min。

三、灯管表面应每周用95Y0酒精擦拭1-2次，除去上面的灰尘以免影响紫外线穿透刀。

四、在消毒室内空气时t房司应保持清洁、二爆，空气甲不要葛灰尘及水雾，

五、紫外线无法穿透排泄物、分泌物，亦不能照射到被遮挡的阴暗处只有直接照射万能遮到消毒的目的，因此要定时翻动消毒物品。

六、定期对紫外线强度进行监测，普通30w直管紫外灯新灯照度值≥90 uw/crr.2为合格使用中的紫外灯≥70 uW，cm2为合格紫外线辐照强厝值小于<70。lw/cm2时必须更换。

七、辐照度计测定时，先开启紫外灯5min后，将测定波长253. 7nm辐照计探头置于被隹灯管垂直距离im的中央处，待仪表指针稳定后，指针所指示的数据即为该灯管的辐照强度。

八、指示卡测定时也先开启紫外灯5min后，将指示卡有图案-面利向紫外灯著垂直灯管中翼1m处，照射，将指示卡上的光敏色块与标准色块进行比较读出辐射强度。

九、定期按空气和物表消毒教果监测原则进行生物学监测

十、辐照计必须在计量部门检定的有效期内使用：指示卡应获得卫生郡许可批件，并在有度期内使用。

## 多重耐药菌监测管理制度

常见多重耐药菌包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌<MRSA)、耐万古霉素肠球菌( VRE，、产超广谱B一内酰胺酶( ESBLs)细菌、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌tCREj（如产1型新德里金属B一内酰胺酶[NDl/l-l]或产碳青霉烯酶[KPC]的肠杆菌科细菌j、耐碟青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌( CR-AB)、多重耐药／泛耐药铜绿假单胞菌(MDR/PDR-PA)和多重时结核分枝杆菌等。

一、多重耐药菌的监测、报告

（一）临床科室

1、各科室医师对感染性疾病患者，尤其是长期收治在ICU的患者，甄接受过厂谱抗药物治疗或抗菌药物治疗效果不佳的患者，留置各种管道以及合并慢性基础疾病的患者等高危人群，应及时送检相应的病原学标本，并追踪检验结果，及时发现、里期谚断多重耐药菌感染或定植患者

2、多重耐药萄感染属于医院感染散发病例应于24小时内填表报告感染管理科，

3、短时间内同一病区发现3倒多重耐药萄感染患者，不疑与医院感染有关，应及时报告感染管理科

（二）检验科

细菌室检出多重耐药菌后，应立即通知相应J缶床科室主任或者王管医师及感染管理科,多重而药菌应在检验报告单上进行标注．荠在“云甫省中医医院多重耐药菌监；别月报表’上登记

（三）感染管理科

根据检验科细菌室的报告及时到科室指导消毒隔离工作，并督促检查各项措施自落实情况。

二、控制措施

(一)采取隔离措施

1、对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者在标准预防的基础上实施接触隔离措施。

2、尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。没有条件实施单间隔离时，应当进行床旁隔离，在病历夫内页粘贴蓝色接触隔离标识，不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留置各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安置在同一房间。

3、医务人员对患者实施诊疗护理操作时．应将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。

4、多重耐药菌感染或者定植患者转诊Z前应通知接谚的科室，采取相应隔离措施。

5、患者隔离期间要定期监测多重耐药菌感染情况，直至临床感染症状好转或治愈方可解除隔离。

（二）加强医务人员手卫生

1、医务人员在直接接触患者前后、进行无菌技术操作和侵入性操作前，接触患者使用的物品或处理其分泌物、排泄物后，必须洗手或使用速干手消毒剂进行手消毒，

2、接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、血液、体液、分泌物、排泄物时，应当戴手套必要时穿隔离衣，完成诊疗护理操作后，要及时脱去手套和隔离衣进行手卫生。

（三）诊疗器械的消毒

与患者直接接触的椐关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计体温表等要专人保管，消毒处理。床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后消毒。

（四）遵守无菌技术操作规程

医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是在实施各种侵入性操作耐-互互稆执行无菌技术操作和标准操作规程有效预防多耋耐药菌感染。

（五）加强清洁和，消毒工作

1、加强对多重耐药苗感染患者或定檀患者诊疗环境的清洁消毒工作对医务人员和患者频繁接触的物体表面，如，u电监护仪、微量输液泵、呼啦机等匡疗器械的面瓶或旋钮表面听诌嚣计算机键盘和鼠标、电话等采用75\*酒精擦拭消毒，患者周围环境物体表面用含氯：消毒擦拭消毒，被患者血液、体液污染耐应立即消毒。

2、病区出现多重菌感染暴发或者疑似暴发时，应增加清洁消毒频次。在多重菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，按照医疗废物有关规定进行处置和管理。

(六)合理使用抗菌药物

医务人员认真落实抗菌药物临床合理使用的有关规定，严格执行抗菌药物临床使用原则，切实落实抗菌药物的分级管理，正确、合理地实施个体化抗菌药给药方案。药物检测结果，合理选择抗菌药物，严格执行囤术期抗菌药物预防引吏用的相关规定，避免因抗盖药物使用不当导致细菌耐药的发生。

三、多重耐药茴的监测反馈

感染管理科、检验科加强对多重耐药菌能监测，每季度联合i向全院公布一次临床常见菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等

四、监督检查

感染管理科定期对临床科室多重耐药菌控制措施的落宴情况进‘于监督检查，对发现虻问题进行反馈、指导。建立多部门合作的管理机制

感染管理科、检验科、药学部、各临床科室共同参与多重耐药菌医院感染的预防与控制管理工作，由感染管理科牵头，每季度召开一次联席会议，分析评估我院多重耐药菌检出的趋势、分布情况及医院感染预防与控制工作中存在的问题和改进措施，以达到持续质量改进：

六、责任追究

感染管理科、检验科、药学部、各临床科室分工协作，职责明确，感染管理科、检验科、蓊学部、各临床科室负责人为多重耐药菌医院感染预防与控制工作的责任人，负责科室相应工作的落实，任一环节工作落实不到位造成多重耐药菌医院感染暴发，将追究责任部门负责人的责任。

## 多重耐药菌管理定期联席会制度

一、联席会每季度召开一次，由感染管理科牵头，检验科、药学部、医务科、护理郡及发生多重耐药菌感染多的科室负责人参加。

二、各部门反馈多重耐药菌监测及医院感染预防控制措施落实情况，对存在的问题进行分析反馈，并制定出各部门的整改措施，以达到持续质量改进。

1. 根据临床监测工作开展情况，制定多重耐药菌预防与控制相关知识培训。
2. 相关部门负责人应积极参加会议及培训工作，无故部参加者与医院护±长以部门绩效考核挂钩。