

# How to Increase the Importance of Primary Hospitals on Nosocomial Infection

Guimei Zhao

Dalian Medical University, Dalian, Liaoning, 116044, China

## Abstract

With the rapid development of modern medicine and the continuous improvement of diagnosis and treatment methods, the problem of nosocomial infection has become increasingly prominent. However, the poor conditions of primary hospitals, most medical staff do not pay enough attention to nosocomial infections, and inadequate environmental sanitation management, etc., have led to the rising rate of nosocomial infections, and have laid hidden dangers to medical disputes and medical safety. Analyze the main factors and characteristics of primary hospitals that easily induce nosocomial infections, and take effective and feasible preventive measures.

## Keywords

primary hospital; nosocomial infection; infection management

# 如何提高基层医院对院内感染的重视

赵桂梅

大连医科大学, 中国·辽宁 大连 116044

## 摘要

正现代医学的快速发展,诊疗手段的不断提高,医院感染问题日益突出。而基层医院条件差,大多数医务人员对医院感染不够重视,环境卫生管理不到位等,导致医院感染率不断上升,给医疗纠纷和医疗安全埋下了隐患。针对基层卫生院易诱发医院感染的主要因素及特点进行分析,并采取有效可行的预防措施。

## 关键词

基层医院; 院内感染; 感染管理

## 1 引言

医院内感染又称医院获得性感染或医院感染,其定义是发生在医院内的一切感染。医院内感染为患者在住院期间发生的感染,住院前获得的感染、住院时正值潜伏期或于住院后发病者不能作为医院内感染;反之,住院期内获得的感染,出院后才发病者,应为医院内感染。

据报道,英国估计每年约发生10万例医院感染,5000病例死亡,造成直接经济损失达16亿欧元;美国每年发生医院感染200万例,造成8万病例死亡,每年增加40亿美元的额外费用。医院感染造成的额外病死率达4~33%,病死率最高的是医院获得性肺炎。阿根廷一项研究显示,VAP、BSI(CA-BSI)、UTI分别增加病死率5%、25%、35%。发达国家的研究显示,每例医院感染造成费用增加1000~4500美元(平均1800美元),而且在儿科病房特别是NICU额外费

用高于1万美元。医院感染不仅使医疗工作者的工作负担加重、患者病死率提高、病床周转率降低、患者的痛苦增加,还加重了患者及社会的经济负担。

医院感染的研究对其预防和控制有重要意义,而基层医院又与人们的日常生活息息相关,因此,论文分析研究了基层医院的医院内感染现状,以提高基层医院对医院内感染的重视程度。

## 2 医院院内感染的危害

尽管人们对于医院感染知识的了解和预防措施的实施上有了很大的进展,医院感染的整体发生率依然很高。其危害主要包括以下几个方面:

第一,医院感染导致医院死亡率提高,由于医院感染的发生影响了病人的预后,病人的安全显然也会受到影响。第二,病人住院费用的增加:因为医院感染导致病人的住院日平均

延长 8.2 天,病人的直接费用增加。间接费用包括误工费、陪护费和因治疗感染额外使用的医疗资源(抗生素、隔离措施等),导致医疗费用的增长。既增加了病人的经济负担,又超出了医保政策,因此更容易产生医疗纠纷。第三,耐药菌株通过工作人员、出院病人或探视者等扩散到社区,导致社区易感人群的感染率增加。此外,医务工作者自身的健康也因医院感染受到威胁,由于医院感染,病人安全、医疗服务和医疗资源都因此产生了巨大的压力<sup>[1]</sup>。

### 3 造成医院院内感染的原因

#### 3.1 由交叉感染引起的医院感染

①病人入院时正处于某种传染病的潜伏期,入院后发病,此时病人就是该病的传染来源。与其同室居住的病人,就有被传染发病的可能,尤以呼吸道传染病为甚。如胃溃疡病人入院时正处于流行性感动的潜伏期,入院后发病,则同室病人即可感染流感。

②不同传染病,收容在同一病区,如果消毒、隔离不严,则易发生交叉感染。

③虽然一病室收容同一种传染病病人,但如果感染的病原体类型别不同,也会发生交叉感染,如病毒性肝炎、细菌性痢疾等。

④入院时诊断错误,如把一种传染病误诊为另一种传染病,也会发生交叉感染。如把猩红热病人误诊为麻疹,而入麻疹病房;把传染病误诊为非传染病,均可造成院内感染。

⑤住院病人或医院工作人员是病原携带者,患某种疾病的人,同时又是另一种疾病的病原携带者,如癌症病人携带肺炎克雷伯杆菌,可引起肿瘤病房内肺炎爆发。此类感染难以查明,因为很少对住院人做系统的带菌检查。医院工作人员若为结核、痢疾的病原体携带者,可引起住院病人感染、甚而爆发。

#### 3.2 条件致病菌感染

许多条件致病菌,如大肠杆菌、变形杆菌等,由于病人抵抗力降低,而造成自身感染。

#### 3.3 不合理使用抗生素及抗菌化学药物

近年来国内外医院应用抗生素品种繁多,数量大,导致抗药菌株增加,使用不合理的现象屡见不鲜,而造成院内感染。

①无明显指征用药:病人患一般伤风感冒,却使用抗生素治疗。外科病房不经任何化验证明,常使用抗生素预防。

②广谱抗生素局部应用,容易产生抗药菌株。

③用药配伍不当:如对病人使用抑菌剂红霉素或氯霉素的同时又使青霉素治疗。红霉素及氯霉素的抗菌机制主要是抑制细菌蛋白质的合成而抑制细菌的生长繁殖。青霉素为杀菌药物,其杀菌机制是干扰细菌细胞壁的合成,导致细胞破裂而死亡,故对繁殖旺盛期的细菌作用强,对静止期细菌作用弱。被红霉素或氯霉素抑制而处于静止期的细菌,对青霉素将产生耐药性。

④利用抗生素进行“心理”治疗或作试验诊断性应用。抗生素的使用与耐药性细菌的产生有明显的平行关系。应用某种抗生素的地方,就会出现对同样抗生素有耐药性的细菌。抗生素对机体影响也很明显。有些直接伤害防御机制,最显著的是粒细胞减少及骨髓再生障碍,其次抑制抗体产生和淋巴细胞转化等。有些间接导致代谢及免疫状态变化,如肝、肾、肠等器官机能障碍。有的影响正常菌群的生态平衡,从而降低机体抵抗力。

#### 3.4 医院管理不当

①探视制度不严:对探视者不加管理,随意出入病房,可由探视者带入污染食物、物品等而引起医院感染。

②医院内隔离、消毒制度执行不严格 如医疗器械消毒不彻底;医护人员接触污染物后不洗手消毒而又去处理其他病人;食品、食具被污染未处理等都容易发生医院感染。

### 4 医院感染管理工作存在问题 .

#### 4.1 医院领导重视不够

大多数基层医院领导认为医院感染管理是具备条件的、要创等级的、大医院才做的事;医院只要有病人就行,能发展就行。医院领导不参加任何院感知识培训,感染管理理念滞后,只是在有医院感染暴发时才忙于应付,事后又将医院感染工作抛于脑后,思想上并未引起高度重视。也不支持其他人员参加省市组织的培训,涉及消毒灭菌方面的投资不愿意花钱,认为医院感染只有投资无回报。

#### 4.2 医院感染管理组织机构不健全

大多数基层医院感染管理无专职人员,因兼职其它工作,职责不清、工作难到位,因此医院感染管理工作很难有效开展。而专职人员隶属混乱,工作被动,有由业务院长直接管理的,有由护理部管理的,但大多数基层医院属于二级科室,业务上接受医务部管理。业务院长分管全院医疗护理工作,十分

繁忙,很少有时间涉足感染管理科。如感染管理科长不主动汇报工作或不具有影响力,若再得不到领导的大力支持和授权,院感科很难对全院实施感染控制工作的技术指导、管理和监督。而二级以下(乡镇中心卫生院)医院的感染专职人员,有的挂在医务部、护理部、办公室等,开展工作的难度更大<sup>[2]</sup>。

### 4.3 专职人员结构组成参差不齐、管理水平偏低或缺失

据全国医院感染监测网资料显示,20世纪90年代以前我国医院感染监控专职人员以护士为主体,且以中初级人员为多,1998年以后,专职人员中高级职称达到69.7%,高级职称比例的增加,提高了专职人员的业务素质。但国内医学院校目前还没有开办医院感染控制专业课程,专职人员都是从临床或其它学科转行从事医院感染管理工作的,虽然大部分经过专业知识培训,但各地培训班师资力量悬殊,内容自定,没有统一的教程,很难满足不同层次专职人员的业务需求,工作中存在一定的盲目性;更不能规范指导行政后勤、医疗、护理等各方面正确开展相关院感工作,不能有效适应院感工作的需要;而且,对其它人员也缺少必要的培训。一些医院感染专职人员的编制、聘任迟迟不能得到落实,甚至消减人员,合并科室;开展医院感染监测、控制、管理所需的基本工作条件和设备得不到满足;职称晋升没有相应的专业,要回到原来从事的专业参加笔试、技能考试和答辩,致使各医院感染管理水平有很大差异。

### 4.4 医院感染报告意识不强、漏报率较高

发生了医院感染病例,却不在24小时内上报医院感染管理科,或已过数天才上报,呈报的医院感染病例报告卡填写不规范;部份临床医生对医院感染的诊断标准掌握不准确,对有侵入性如中心静脉导管医生对医院感染的诊断标准掌握不准确,对有侵入性如中心静脉导管的跟踪检查及病原学检查,对发生多重耐药菌感染的病例不按规范及时报告,造成较严重的漏检、漏报现象。

### 4.5 抗菌药物的不合理使用,监管不力

以追求经济指标为目的,加上院感科管理职能下降,不能有效指导和控制抗菌药物的使用,临床医生应用抗菌药物指征不严格,导致滥用现象普遍。同时对抗生素的毒副作用掌握不够,联合使用抗生素欠合理,给药方式不规范,预防用药过多,用药疗程过长,用药档次过高,忽视病原体检测

及细菌药物敏感试验检查;抗菌药物的不合理使用,造成相当一部份细菌耐药现象发生,给医院感染控制带来相当大的阻力。

## 5 对策

### 5.1 要树立“标准预防”理念

标准预防是医院所有医务人员和患者都应采取的一组感染预防措施。根据预期可能的暴露,需要选用合适的手套、隔离衣、口罩、护目镜等用具,并做好手卫生。基于标准预防的理念,我们要将所有的患者及环境中污染的物品与医疗器械均视为可能的传染源,而不仅仅是检测结果为阳性的患者。我们知道,很多疾病都有潜伏期,如HIV,通常潜伏期要持续4~6周左右,在此期间,抗体检测结果一般为阴性,但感染者处于感染急性期,传播风险大。

### 5.2 严格遵守无菌操作技术规范

临床操作应时刻牢记“一人一用一更换”的原则,严禁交叉和重复使用,同时在接触患者前后进行手卫生,执行有关侵入性操作时应佩戴手套。

①配药、皮试、胰岛素注射、免疫接种应严格做到一人一针一管,切不可只换针头而不更换注射器,尽可能减少多剂量用药,严禁用过的针头及注射器再次抽取药液;

②采集血标本、静脉输液穿刺时应做到一人一带一巾;

③超声探头应一人一用一消毒或使用隔离膜;

④手术床、产床上的所有织物应一人一换;

⑤新生儿沐浴用品应一人一用一消毒或专人专用;

⑥进行针灸时,非一次性的针具、火罐、拔罐、刮痧有关器具应一人一用一灭菌或消毒。

### 5.3 监管体系履行好职责

医院感染管理是当前医院管理的一项重大课题,医疗质量的好坏是搞好医院感染规范化管理的重要保证。各级管理人员应密切配合、相互协作,严格按《消毒隔离管理规范》执行,领导亲自抓好抓实,把医院感染工作提高到重要的议事日程,充分认识到感染管理的重要性,才能使院内感染工作落到实处。加强对院内感染管理工作的领导,首先要提高领导对院内感染管理工作的认识,参加院内感染管理工作相关知识的培训,只有领导高度重视,才能下狠心抓这方面的工作,才能提高大家的认识。

## 5.4 开展医院感染管理知识的全员培训

组织学习《医院感染管理规范》《消毒技术规范》《医疗废物管理条例》、《传染病防治法》等国家有关法律法规的要求,再结合医院实际情况,制定《医院感染管理制度》《消毒隔离制度》《医院感染发病率监测制度》《环境卫生学监测制度》《一次性医疗用品管理制度》、《法定传染病登记、报告制度》、《医疗废物管理工作制度》以及各科室重点部门的消毒隔离制度等。使大家在工作中有法可依,有章可循<sup>[1]</sup>。

不合理的使用抗菌药物是造成医院感染发生的主要原因之一,通过定期举办合理应用抗菌药物的讲座和培训,开抗感染研讨会,公布科室抗菌药物的应用品种、天数、金额,细菌耐药监测及不合理用药的典型病例进行讨论分析等多种形式,使医务人员严格掌握抗生素的剂量和疗效,避免产生耐药菌株。通过讲座和培训,提高全院医务人员合理使用抗菌药物的认识,促进医院合理用药整体水平的提高。

## 5.5 感染管理人员履行其职责

①感染管理人员要下到临床一线进行感染管理查房,对诊疗性操作实地查看。对新增的病例及发热的病人查明原因,切断传染源和传播途径,控制院内感染的爆发流行。

②感染管理人员深入临床各科室督导抗菌药物的应用,

合理使用抗菌药物,防止抗菌药物滥用。

③感染管理人员按《医院感染管理规范》要求定期对医护人员的手、操作台表面及婴儿室、产房、手术室、供应室、治疗室进行细菌培养,对内窥镜消毒液做有效浓度检测,及时向科室反馈信息。对灭菌包定期做细菌培养,灭菌物品不合格不得在临床使用,对检测不合格的科室协助查找原因,做出整改措施。

④感染管理人员要对医院清洁工做好医院感染知识的培训,督促清洁工做好病人出院的终末消毒工作。在日常清洁工作中疑似污染或者已经污染的地面墙壁等按消毒规范处理。对病室的门把手、水龙头等物品定期消毒处理,切断院内感染的途径,预防院内感染的发生。

⑤医疗废物严格按照要求进行归类、毁行、消毒、销毁等处理,杜绝乱扔或任意堆放、更不能外流。

## 参考文献

- [1] 孙淑梅,葛伟莲,李春英,孙燕,慕海容. 基层医院医疗废物管理流程与措施 [J]. 中华医院感染学杂志,2009(06).
- [2] 陆月娘,罗茜. 基层医院 ICU 病房院内感染的高危因素及预防措施 [J]. 中国社区医师 (医学专业),2011,13(032):170.
- [3] 朱俊昌,刘丽华. 新型冠状病毒肺炎疫情期间基层医疗机构医院感染防控对策 [J]. 中国社区医师,2020,36(31):187-188.