

## 《耐药菌医院感染预防控制制度》

多重耐药菌（mdro）已经逐渐成为医院感染的重要病原菌，主要包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（mrsa）、耐万古霉素金黄色葡萄球菌（vrsa）、耐万古霉素肠球菌（vre）、泛耐药的鲍氏不动杆菌〔mdr（pdr）-ab〕、铜绿

多重耐药菌（mdro）已经逐渐成为医院感染的重要病原菌，主要包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（mrsa）、耐万古霉素金黄色葡萄球菌（vrsa）、耐万古霉素肠球菌（vre）、泛耐药的鲍氏不动杆菌〔mdr（pdr）-ab〕、铜绿假单胞菌〔mdr（pdr）-pa〕和其他肠杆菌科细菌等，加强对多重耐药菌的医院感染管理，能有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，保障患者安全。有关预防控制制度如下：

### 一、多重耐药菌的监测、诊断与报告

1、诊断主要依赖于病原微生物的检验结果。临床科室应及时送检相应的病原学标本，及时发现、早期诊断。

2、微生物实验室检测到多重耐药菌株，应及时发出书面报告，在报告单上盖上“多重耐药菌株，请隔离”的红章，同时电话通知医院感染管理科或所在科室。

3、临床科室接到“多重耐药菌株”的报告或感染监控专职人员隔离反馈单后，立即报告科主任、护士长，采取相应的预防控制措施。如确诊为医院感染的，必须在24小时内填卡上报医院感染管理科。

4、医院感染管理科进行有关流行病学调查，当发现有多重耐药菌株医院感染暴发或流行可能时，立即向分管院长报告，进行有关相

应处置。

5、微生物实验室必须加强对多重耐药菌的监测，每半年向全院公布细菌耐药性监测分析。

6、医院感染管理科每季对医院感染多重耐药菌株分布情况进行分析并向临床科室反馈。

## 二、多重耐药菌医院感染的预防和控制

### （一）严格实施消毒隔离措施

1、首选单间隔离（如 *vrsa*），也可同种病原同室隔离，不可与气管插管、深静脉留置

导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置同一房间。隔离病房确实不足时考虑床边隔离，当感染较多时，应保护性隔离未感染者。

2、病员一览表有接触隔离标识；设置隔离病房时，应在门上挂接触隔离标识，防止无关人员进入；进行床边隔离时，在床栏上挂接触隔离标识；当实施床边隔离时，应先诊疗护理其他病人，*mdro* 感染病人安排在最后进行。

3、减少人员出入，如 *vrsa* 应严格限制，医护人员相对固定，专人诊疗护理，包括护工和保洁工。

4、严格遵循手卫生规范，接触患者前后及周围环境后、摘脱手套后、应立即洗手和/或卫生手消毒。

5、严格执行标准预防。诊疗护理病人时，除戴帽子、口罩外，有可能接触患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液和体液、引流液、分泌物、痰液、粪便时，应戴手套；可能污染工作服时穿隔离衣；可能产

生气溶胶的操作时，应戴标准外科口罩和防护镜或防护面罩。

6、加强诊疗环境的卫生管理。使用专用物品进行清洁和消毒，患者接触的物体表面、医疗设备设施表面，每班用 1000mg/l 含氯消毒剂进行清洁和擦拭消毒，抹布、拖布专用，使用后进行消毒处理；出现或者疑似有多重耐药菌医院感染暴发时，应增加清洁和消毒频次；被患者血液、体液污染之处应立即消毒；不能专用的物品如轮椅、担架等，在每次使用后必须经过清洗及消毒处理。

7、标本需用防渗漏密闭容器运送。

8、加强医疗废物管理。锐器置入锐器盒，其余医疗废物均放置双层黄色垃圾袋中，置入转运箱中，规范运送至医院医疗废物暂存地。

9、患者转诊之前应通知接诊科室，以便采取相应的接触隔离预防措施。

10、临床症状好转或治愈，连续两次培养阴性（每次间隔>24 小时）方可解除隔离，病人出院做好终末消毒处理。

11、凡有多重耐药菌感染的病人进行手术时，手术医生必须在手术通知单上注明，手术结束后按规定进行严格的终末处理。

12、如果采取以上控制措施，但传播仍然继续时，该病区应暂停收治病人，对环境进行彻底清洁消毒与评估。

## （二）加强抗菌药物合理使用管理

1、认真落实《抗菌药物临床应用指导原则》，根据细菌培养和药敏试验结果正确、合理使用抗感染药物。

2、严格按照权限开处方，联合用药以及使用万古霉素、广谱头

孢菌素、碳青霉烯类等必须严格掌握用药指征。避免由于抗菌药物的滥用而导致耐药菌的产生。

### 三、监督与考核

1、医院感染管理科定期对临床科室 **mdro** 控制措施的落实情况进行监督检查，对发现的问题进行反馈、指导，对 **mdro** 的患者进行追踪，直至解除隔离。

2、科室不执行或没有认真落实 **mdro** 控制措施而造成医院感染暴发或流行的，由科室承担相应的责任。

## 第二篇：多重耐药菌医院感染预防与控制制度 郑州有源中医院多重耐药菌医院感染预防和控制制度

### 1.重视和加强多重耐药菌的医院感染管理

指定“抗菌药物专家咨询小组”为“多重耐药菌感染管理专家队伍”，按《医院感染管理办法》和《消毒技术规范》的各项规定，针对院内多重耐药菌医院感染的各个环节，从医疗、护理、临床检验、感染控制等多学科的角度，采取有效措施，预防和控制多重耐药菌的传播。

### 2.建立和完善对多重耐药菌的监测（1）微生物实验室监测目标：

①**mrsa**（耐甲氧西林金黄色葡萄球菌）。②**vre**（耐万古霉素肠球菌）。

③**esbls**（产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶的细菌）。④**pdrab**（泛耐药的鲍曼不动杆菌）。

⑤耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌、肠杆菌科等。（2）诊断与报告：

诊断主要依赖于病原微生物学的诊断。因此，临床科室应及时送检标本，及时发现多重耐药菌，从而做好治疗、消毒、隔离等工作，以防止扩散、流行。①临床微生物实验室发现及时电话报告医院感染管理科及患者所在科室。②各病区医师或护士发现及时电话报告医院感染管理科。③医院感染管理科专职人员目标性监测时发现与诊断。

④发生多重耐药菌感染暴发时，按《医院感染管理办法》的规定进行报告。

### 3.预防和控制多重耐药菌的传播：（1）严格执行手卫生制度

医务人员直接接触患者前后、对患者实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或分泌物后、摘除手套后、接触患者使用过的物品后，都应当实施手卫生。手上有明显污染时，应当洗手；无明显污染时，可使用速干手消毒剂擦手。（2）严格实施消毒隔离措施：

①首选单间隔离，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。当感染较多时，应保护性隔离未感染者。隔离病房不足时，才可实施床边隔离，但不能与气管插管、深静脉留置导管、有开放性伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一房间。

②在隔离病房门口放置一警示牌禁止无关人员进入，并提醒进入者应注意预防隔离，出病房前洗手。

③必须进行接触隔离，在床头和病历卡上贴接触隔离标识，以提醒医务人员以及家属。④必须尽量减少与感染患者或定植患者相接触的医务人员数量。每班诊疗患者者为一个护士、一个医生，所有诊疗尽可能由他们完成，包括标本的采集。

⑤可能将与感染患者或定植患者的体液、血液、分泌物、排泄物接触时，应当戴手套，必要时穿隔离衣；当可能产生气溶胶的操作（如吸痰或雾化治疗等）时，戴标准外科口罩和防护眼镜；离开病房前脱去手套和隔离衣等置黄色垃圾袋中，洗手。⑥对于血压计、听诊器等应专用；其他不能专人专用的物品（如轮椅、担架、仪器设备），在每次使用后必须经过清洗及消毒（1000mg / l 含氯消毒剂）。

⑦如患者需离开隔离室进行诊断、治疗，应先电话通知相关诊疗单位，以便做好隔离准备，防止感染扩散。患者转送去其他科室时，必须有工作人员陪同，并向接收方交班应采取接触传播预防措施。用后的器械设备需清洁消毒。

⑧病室环境和医疗器械每天用 1000mg, l 含氯消毒剂清洁消毒一次，出现或疑似有多重耐药菌感染暴发时，应当加强清洁和消毒次数。抹布、拖把专用，并有隔离标志，使用过的抹布、拖把必须消毒处理。

⑨限制探视人群，嘱探视者执行严格的洗手或手消毒制度。

⑩连续 3 个标本（每次间隔>24h）均未培养出多重耐药菌，方可解除隔离。（3）严格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，特别是实施中心静脉置管、气管切开、气管插管、留置尿管、放置引流管等操作时，应当避免污染，减少感染的危险因素。

4.加强抗菌药物的合理应用：

（1）按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发[202x]38 号）

要求，严格执行抗菌药物临床应用的基本原则，正确、合理地实施抗菌药物给药方案，减轻抗菌药物选择压力。严格控制万古霉素、碳青霉烯类等抗菌药物的使用，以减少或延缓多重耐药菌的产生。（2）抗菌药物专家咨询小组成员进行会诊，指导抗菌药物合理使用。

（3）每季公布病原菌的检出情况及药敏结果，对耐药率>75%的药物予以暂停使用。

#### 5.医疗废物的处理：

医疗废物置黄色医疗废物专用袋中，锐器置锐器盒，贴上特殊感染标识，由专职人员集中收集后密闭送医疗废物存放处。

6.教育与培训：（1）医务人员：开展有关多重耐药菌感染及预防、控制措施等方面知识的培训，强化医务人员对多重耐药菌医院感染控制工作的重视，掌握并实施预防和控制多重耐药菌传播的策略和措施，保障患者的医疗安全。

（2）工人：进行面对面的现场指导与演示，主要是手卫生、消毒隔离知识。（3）患者与家属：进行耐心的说明，并告知洗手等消毒隔离措施的重要性，提供洗手设施或手消毒剂。

### 第三篇：多重耐药菌医院感染预防多重耐药菌医院感染预防 与控制技术指南 (试行)

多重耐药菌（multidrug-resistant organism, mdro），主要是指对临床使用的三类或三类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。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β-内酰胺酶(esbls)细菌、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌(cre)(如产I型新德里金属β-内酰胺酶[ndm-1]或产碳青霉烯酶[kpc]的肠杆菌科细菌)、耐碳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)和多重耐药结核分枝杆菌等。

由多重耐药菌引起的感染呈现复杂性、难治性等特点,主要感染类型包括泌尿道感染、外科手术部位感染、医院获得性肺炎、导管相关血流感染等。近年来,多重耐药菌已经成为医院感染重要的病原菌。为进一步加强多重耐药菌医院感染预防与控制,指导各级各类医疗机构做好多重耐药菌医院感染预防与控制工作,降低发生医院感染的风险,保障医疗质量和医疗安全,根据《医院感染管理办法》及有关规定,特制定本技术指南。

## 一、加强多重耐药菌医院感染管理

(一)重视多重耐药菌医院感染管理。医疗机构应当高度重视多重耐药菌医院感染的预防和控制,针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节,结合本机构实际工作,制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。

(二)加强重点环节管理。医疗机构要采取有效措施,预防和控制多重耐药菌的医院感染。特别要加大对重症监护病房(icu)、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等重点部门以及长期收治在icu的患者,或接受过广谱抗菌药物治疗或抗菌药物治疗效果不佳的患者,留路各种管道以及合并慢性基础疾病的患者等



重点人群的管理力度，落实各项防控措施。

（三）加大人员培训力度。医疗机构要加强对医务人员医院感染预防与控制知识的教育和培训。提高医务人员对多重耐药菌医院感染预防与控制认识，强化多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，确保医务人员掌握正确、有效的多重耐药菌感染预防和控制措施。

## 二、强化预防与控制措施

（一）加强医务人员手卫生。严格执行《医务人员手卫生规范》（ws/t313-202x）。医疗机构应当提供有效、便捷的手卫生设施，特别是在 icu、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等多重耐药菌医院感染重点部门，应当配备充足的洗手设施和速干手消毒剂，提高医务人员手卫生依从性。医务人员在直接

2 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。

（二）严格实施隔离措施。医疗机构应当对所有患者实施标准预防措施，对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施接触隔离措施，预防多重耐药菌传播。

1.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路在同一房间。隔离房间应当有隔离标识。不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留路各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安路在同一房间。多重耐药菌感染或者定植患者转诊之前应当通

知接诊的科室，采取相应隔离措施。没有条件实施单间隔离时，应当进行床旁隔离。

2.与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用，并及时消毒处理。轮椅、担架、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擦拭消毒。

3.医务人员对患者实施诊疗护理操作时，应当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。接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液、体液、引流液、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，并进行手卫生。

（三）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时，应当严格执行无菌技术操作和标准操作规程，避免污染，有效预防多重耐药菌感染。

（四）加强清洁和消毒工作。医疗机构要加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒工作，特别要做好 icu、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等重点部门物体表面的清洁、消毒。要使用专用的抹布等物品进行清洁和消毒。对医务人员和患者频繁接触的物体表面（如心电监护仪、微量输液泵、呼吸机等医疗器械的面板或旋钮表面、听诊器、计算机键盘和鼠标、电话机、患者床栏杆和床头桌、门把手、水龙头开关等），采用适宜的消毒剂进行擦拭、消毒。被患者血液、体液污染时应当立即消毒。

出现多重耐药菌感染暴发或者疑似暴发时，应当增加清洁、消毒频次。在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，应当按照医疗废物有关规定进行处路和管理。

### 三、合理使用抗菌药物

医疗机构应当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的基本原则，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物给药方案，根据临床微生物检测结果，合理选择抗菌药物，严格执行围术期抗菌药物预防性使用的相关规定，避免因抗菌药物使用不当导致细菌耐药的发生。

4 医疗机构要建立和完善临床抗菌药物处方审核制度，定期向临床医师提供最新的抗菌药物敏感性总结报告和趋势分析，正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。

### 四、建立和完善对多重耐药菌的监测

（一）加强多重耐药菌监测工作。医疗机构应当重视医院感染管理部门的建设，积极开展常见多重耐药菌的监测。对多重耐药菌感染患者或定植高危患者要进行监测，及时采集有关标本送检，必要时开展主动筛查，以及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。

（二）提高临床微生物实验室的检测能力。医疗机构应当加强临床微生物实验室的能力建设，提高其对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式的监测水平。临床微生物实验室发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，应当及时反馈医院感染管理部门以及相关临床科室，以便采取有效的治疗和感染控制措施。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。

临床微生物实验室应当至少每半年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，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。

第四篇：多重耐药菌的医院感染预防与控制首都医科大学附属北京天坛医院张跃巍

写在课前的话

多重耐药菌是医院感染和控制的重点，也是社会最近比较关注的话题，耐药菌的防控也越发重要。包括监测、分析来源，类型，以便制定相关控制治疗措施。通过本课程的学习，我们将知晓耐药菌防控的常见问题有哪些，明确耐药菌防控的内容和要求。

## 一、细菌研究发展史

### （一）百年细菌学史

细菌在 35 亿年前就存在于我们的地球之上。这么多年来和我们人类共生共存。

古希腊哲人德谟克利特曾经说过，肉眼看不到的微小生物会引起疾病。这种说法在 202x 多年前被人们斥为异想天开。因为当时人们根本无法去了解肉眼所看不到的世界，也不了解人为什么会得病。

从细菌学的发展史上，有几个重要的人物，他们为细菌学所作出了杰出的贡献。1665 年，英国的罗伯特·胡克用自己设计制造的显微镜观察的时候，发现在树木中的切片的有很多小室，状如蜂窝，称

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/057122113052006041>