

预防保健科工作职责

一、预防保健科在院长领导下，由预防保健科长负责工作的计划、组织和实施，在有关科室协助下完成预防保健任务。

二、预防保健工作的范围与任务：

1. 负责本院职工的医疗保健工作，定期进行体格检查，做到无病早防，有病早治，提高职工的健康水平。

2. 负责做好院内传染病疫情报告和登记上报工作，做到准确及时，不漏报、重报和迟报。

3. 开展多种形式的预防疾病卫生宣传教育，定期检查、督促、布置、指导各病区的卫生宣教专栏的工作。

4. 负责督促检查家庭病床的访视工作，并管理好家庭病床病案。

5. 协助有关部门开展划区范围内的妇幼保健工作，进行儿童、妇女疾病的普查普治以及儿童预防接种等工作。

6. 负责指导划区范围内的多发病、传染病的预防工作。对划区范围内的基层卫生技术人员进行业务培训和必要的技术指导，积极提高防病治病的技术水平。

三、体格检查工作

1. 体格检查的对象和检查时间：

(1) 本院新调入的工作人员体格检查随时进行。

(2) 本院职工每2年体格检查一次，检查时间及检查项目由预防保健科决定。

(3) 炊事员、保育员每半年体格检查一次，检查项目及时间由预防保健科决定。

(4) 幼儿园儿童每半年体格检查一次，由幼儿园保健人员组织实施。

2. 体格检查的方法与步骤：

(1) 大批体格检查：①根据上级规定的体检要求统一布置任务，确定各科检查项目，并做好物资准备。②根据检查室的布置顺序及分布，作好指示路标，并安排专人指挥调度，必要时请原单位派人协助。③将受检人员分成小组，指定组长带领按规定的检查顺序前往各检查室受检。④检查医师应事先熟悉各检查项目的检查要求和检查结果的记录方法，以及检查结果评定标准。⑤体检时，按体检表或上级规定的项目进行病史询问及体格检查，并填入适当栏内，于规定位置签全名。⑥检查完毕后，由医师及时作出健康状况的结论，或提出疾病防治的意见，交原单位参考并作好统计工作。

(2) 少数人员的体格检查：①可视门诊医疗任务情况，限额或预约逐日或隔日进行。②临时个别特殊情况的体格检查，可随时进行。③一般检查项目及方法同前。

3. 体格检查结果的评定：

(1) 健康：体检项目各项指标均在正常范围。

(2) 基本健康：体检项目有某项轻度异常，但不影响工作能力，或只需经一般的医疗预防措施，即能恢复和保持工作能力。

(3) 疾病诊断：根据体检项目异常情况，给予明确诊断，并建议作相应治疗。

四、卫生宣传教育工作

1. 卫生宣传教育工作，根据各种常见疾病的季节、对象，安排宣传内容。

2. 宣传教育方式：可采用幻灯、图片、黑板报、标语、宣传橱窗、广播、演讲、开座谈会等方式进行。

3. 宣传教育时间：可在患者候诊时、随诊时、住院时进行个别指导，必要时

进行家庭访视。

4. 宣传教育内容：

(1) 宣传内容应结合爱国卫生运动委员会的要求，并配合季节性多发病、地方病进行宣传。

(2) 一般卫生常识和常见疾病的防治知识可组织各科医师、护士撰稿，随时选用。

(3) 配合主管部门的中心任务进行宣传。

五、预防接种

1. 卡介苗。初种时间：初生婴儿；复种时间：满7岁儿童。

2. 脊髓灰质炎糖丸活疫苗。初服：出生满2足月婴儿开始服苗，连服3次，每次相隔1个月；加强：满1~2周岁、4周岁各服1次。特殊情况另行通知。

3. 百白破菌苗（百日咳、白喉、破伤风）。初种：出生满3个月幼儿开始接种，连续3次，每次相隔1个月；加强：1~2周岁接种1次，7周岁接种1次。

4. 麻疹活疫苗。初种：8足月幼儿；复种：7足岁儿童；补种：学龄前儿童接种史不明，无记录可查者。

5. 乙脑、流脑疫苗，均属季节性接种。乙脑：春季接种；流脑：秋冬季接种。

6. 乙肝疫苗。初生婴儿及肝功能检查各项指标正常且抗体阴性者均可接种。

感染监测管理制度

一、监测的具体目的：

1. 掌握医院感染管理的现状，如医院感染发病率、感染高发科室、感染部位分布、医院感染病原微生物及其耐药谱、消毒灭菌效果等。

2. 开展前瞻性调查，可早期发现暴发流行苗头，防患于未然。

3. 评价医院感染控制措施的效果，包括灭菌、消毒、隔离措施效果评价，一次性医疗用品灭菌、消毒质量评价。
4. 动态监测医院感染病原微生物变迁、细菌耐药谱变迁，结合抗生素合理使用的监测，合理调整临床用药结构，加强对抗生素的管制，指导临床合理用药。
5. 根据全面综合性监测的资料信息反馈，为开展目标性监测奠定基础。
6. 充分利用监测的资料信息，开展科研工作，如医院感染微生物的质粒图谱分析及耐药机理研究，选择性去污染在预防内源性感染发生中的作用，医院感染危险因素逐步多元回归分析等，这对提高医院感染管理科研水平、管理水平将起积极的作用。

二、监测类型：

1. 全面综合性监测；对医院内所有住院病人和工作人员的医院感染及相关危险因素(环境、各种侵袭性操作等)进行全面系统监测，以全面了解医院内感染现状、管理现状，揭露问题，暴露矛盾，才能解决矛盾。
2. 目标性监测在全面综合性监测的基础上，掌握医院感染高发科室、高发部位以及高危因素等情况后，将有限的人力、物力用在迫切需要解决的医院感染的难点、热点问题上，以达到控制和预防感染的目的。常采用的监测有：对高危因素的部门的监测，按科室顺序的轮转式监测，以及按感染的重要性、造成经济损失的多少采取的从优监测，如美国 SENIC 将医院感染高发部位——泌尿道感染列为从优监测项目。

三、监测方法：

1. 明确意义；反复深入进行医院感染知识宣传教育，明确医院感染监测工作的意义，熟悉监测的内容、方法、步骤，动员医务人员主动参与医院感染的

监测与控制工作。

2. 统一标准；临床各科医务人员认真学习《医院感染诊断标准》，做到人手一册，对有争议的医院感染诊断，医院感染管理专职人员参与讨论，给予指导，严格按照统一的医院感染诊断标准申报。

3. 人员落实；每一个医院成立医院感染三级监测网络，科室一级设有相对固定的监控医师、监控护士，负责本科室、病区的医院感染病例与疑似医院感染病例的申报工作。

4. 感染病例登记与发现；医院感染科专职监控医师、护士深入病房核实各科申报的感染病例后，填写医院感染病例登记表，并进一步对分管病区住院病人进行前瞻性调查，3~5天为一周期，检查每一个病人，查阅每一份病历及护理记录，填报细菌学检验结果。

院内感染管理制度

一、为认真贯彻执行《中华人民共和国传染病和防治法》，《中华人民共和国传染病和防治法实施细则》及《消毒管理办法》的有关规定，医院成立院内感染控制委员会，全面领导院内感染管理工作。

二、建立健全院内感染监控网，以医院住院患者和工作人员为监测对象，统计住院患者感染率。

三、感染管理办公室医护人员定期或不定期深入各科病房及重点科室工作，做空气、物体表面、工作人员手的微生物学监测，督促检查预防院内感染工作。

四、定期或不定期进行院内感染漏报率的调查，督促病房如实登记院内感染病例，杜绝漏报。

五、分析评价监测资料，并及时向有关科室和人员反馈信息，采取有效措施，

减少各种感染的危险因素，降低感染率，将院内感染率控制在10%以内。

六、经常与检验科细菌室保持联系，了解微生物学的检验结果及抗生素耐药等情况，为采取相应措施提供科学依据。

七、加强院内感染管理的宣传教育，宣传院内感染监测工作的意义和监测知识，提高医护人员的监控水平。

八、拟定全院各科室计划并组织具体实施。

九、协调全院各科室的院内感染监控工作，提供业务技术指导和咨询。

十、对广大医务人员进行预防院内感染知识的培训和继续教育，做好有关消毒、隔离专业知识的技术指导工作。

院内感染监测登记报告制度

一、认真贯彻执行国家卫生部院内感染控制标准及有关规定，建立健全院内感染病例的发现、登记、报告、分析、反馈系统。

二、临床各科医师，要熟悉院内感染分类诊断标准，并不断加强有关院内感染的基础理论学习，不断提高院内感染控制的水平。

三、发现院内感染病例或暴发流行时，应立即按规定程序报告，及时进行隔离治疗，采取相应的防范措施。

四、院领导每周深入科室，督促检查院内感染病例报告执行情况，将院内感染控制在8%以内。

五、感染病例调查表，由各科住院医师填写，兼职医师、护士、专职人员负责核对，共同完成。填写院内感染病例登记表时，应字迹清楚，项目齐全。

感染病例报表由兼职医师每周星期一报感染办公室。

六、感染病例的报告应做到不漏报、不错报。

院内感染监测制度

一、对高危区如手术室、新生儿室、烧伤病房、产房、婴儿室、供应室无菌间、治疗室、换药室的空气细菌，每月监测一次。

二、对各个科室使用的消毒液，有效成份含量及细菌污染量，每月监测一次。

三、对各个科室使用中的紫外线灯强度，每季度监测一次。

四、对各重点病房及治疗室物体表面和医护人员的手污染细菌，每月监测一次。

五、对供应室、手术室等压力蒸汽灭菌，每锅均用化学指示剂监测，并有记录，每季度用生物指示剂监测一次。

六、对婴儿室、儿科病房的物体表面和医护人员的手沙门氏菌污染状况，每月监测一次。

七、对一些特殊科室如烧伤病房、新生儿室，产房的化脓菌（金葡菌、绿脓杆菌、乙型链球菌），每月监测一次。

八、对接触血、脓液的器械或物品，每月监测残留血 HBsAg

九、对无菌物品，每季度作一次无菌检验。

十、对院内感染病例调查情况，每月汇总一次。对无菌切口感染情况，每月汇总一次，并进行分析。

十一、对一人一针一管一消毒，空针用过双消毒情况，每月调查一次。

十二、对无菌器械消毒情况，每月调查一次。

易感人群监测制度

一、易感宿主：易感宿主即指易感人群，系指患有各种严重基础疾病、机体免疫功能低下的一类病人。易感人群大致有以下几种情况：1. 年龄、生理特点

(1) 新生儿、婴幼儿及老年人(大于 60 岁病人)，前者因机体免疫功能尚未发

育成熟，抗感染能力低下，极易获得院内感染，综合医院中曾有报道，新生儿感染人数占全院 34.2%。在全国医院感染暴发流行事件中，70%以上是新生儿、婴幼儿。

(2) 大于 60 岁老年人群各器官、组织生理功能衰退，全身生理防御机能低下，极易导致院内感染，有人对大于 60 岁的 1600 例住院病人医院感染情况进行调查，发现患病率高达 28.4%，相当于医院感染发病率 3~4 倍。

2. 基础疾病(原发疾病)

(1) 造血、淋巴系统疾病(如各类白血病、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤等)、各种癌症、肾功能不全、肝硬化、糖尿病等疾患都直接影响到患者体液及细胞免疫功能，导致机体抗感染能力下降。

(2) 脏器移植病人中，国外资料报道，肾移植有 35% 的人并发尿路感染；心脏移植病人约有 56% 的人先后出现 1~2 种医院内感染；骨髓移植病人感染率更是惊人，此类病人发生感染是综合多因素而导致的。

3. 侵袭性诊疗操作；包括手术、内窥镜检查、动静脉置管、留置导尿、气管切开、人工呼吸机应用、血透、穿刺、引流等均可直接破坏人体的局部和全身免疫屏障，为细菌进入人体、血、器官、组织内创造有利条件，细菌污染的器械更可直接将病原微生物种植于人体内，可直接导致感染。

4. 抗生素的大量使用；目前我国抗生素的使用率远远高于发达国家，广谱、联合用药情况普遍存在，其结果使正常存在于人体体表、消化道内的正常菌群生态平衡破坏，导致内源性感染。

二、监测措施：

1. 易感人群是我们从事医院感染研究的重点对象，应强化监测、保护措施。

2. 诊疗过程中采取严格灭菌、消毒、预防隔离措施。

3. 合理使用抗生素，综合治疗，提高患者免疫防御机能，保护人体正常微生物群的生态平衡，达到最大限度控制、减少内源性感染发生的目的。

感染高危因素监测制度

医院内感染(内源、外源性感染)有下列几种高危险因素：侵入性诊疗操作、免疫抑制治疗(化疗、放疗、激素等)、抗生素大量应用。

一、侵入性操作

侵入性诊疗器械破坏了局部免疫屏障，为感染打开了门户，如泌尿道插管、动静脉插管等进入无菌组织、器官内进行治疗，一旦导致感染，即产生严重后果，故这些诊疗器械属高危器械。而一般呼吸道、消化道内窥镜检查如纤维支气管镜、胃镜、肠镜等均进入粘膜、上皮细胞完整的空腔脏器内进行诊疗工作，引发感染危险性相对较低一点，故属中危器械。但如诊疗中实施活检、肿瘤、息肉摘除术、电灼术，则应归于高危器械，这些诊疗操作已损伤粘膜乃至肌层，使器官组织的完整性破坏，也损伤了局部免疫防御机制，为此，感染危险性也随之增加。

侵入性诊疗操作中，尤其透析术、动静脉插管、引流术、内窥镜检查、泌尿道插管、气管切开、人工呼吸机应用等，极易引起医院内感染。由于消毒、灭菌不严，无菌操作观念不强，常伴细菌污染或因有开放性创口、创面而易招致细菌定植。在机体全身、局部抗感染免疫机能低下的情况下，更易发生各部位感染。对各项侵入性操作需开展现患率监测，以便客观地判定某些操作感染发生的危险度。如要全面客观地评价各项侵入性操作医院感染的相关危险性，则应采取逐步回归统计学分析方法才能得出令人信服的结论。

二、免疫抑制治疗

恶性肿瘤疾病如各种实体瘤、血液、淋巴系统恶性肿瘤等，免疫应答过度表

人及脏器移植病人等，均需要接受各种免疫抑制疗法，如放射治疗（直线加速器、钴 60 等）、化学治疗（细胞毒药物、抗细胞代谢类药物等）及激素治疗等。这一类治疗的共同弊端即为对机体抗感染免疫机能的严重损伤，如放疗、化疗对骨髓造血功能及网状内皮系统吞噬功能抑制，使周围血中性粒细胞、巨噬细胞减少、抑制其抗体产生；杀伤增殖迅速的正常上皮细胞，尤对肠道粘膜柱状上皮的损伤，导致肠壁粘膜上皮坏死、溃疡出血，破坏了正常肠道抗细菌定植的免疫、机械屏障作用，为细菌易位洞开了门户，成为内源性感染发病机理。

类固醇类激素应用，尤其大量、持续应用，抑制正常肾上腺皮质功能，并促使肾上腺激素分泌降低，降低血管的通透性，抑制细胞吞噬作用，使 T 细胞功能衰退，封闭淋巴因子、抗体的产生，从而抑制机体对炎症应答反应，抑制抗体及干扰素的活性。

三、抗菌药物应用：抗菌药物使用不当、滥用，与人体正常微生态失衡导致内源性感染密切相关。

感染病原微生物监测制度

一、监测意义：

1. 掌握医院感染病原微生物资料，对医院感染的监测、控制起到指导作用。
2. 客观评价灭菌、消毒效果。
3. 寻找感染源、感染环节，揭示传播途径，剖析感染的高危因素，是保护易感人群的重要依据。
4. 在控制暴发流行中起了主导作用。
5. 监测医院感染菌株动态变化及耐药谱相应变迁，是指导、评价抗生素合理

二、病原体特点:

1. 医院感染病原微生物包括革兰氏阳性或阴性需氧菌、厌氧菌及真菌、病毒、支原体、原虫等病原体，但 90%以上为条件致病菌(机会病原体)，极大部分是原来人体正常的微生物群。
2. 医院感染病原微生物中革兰氏阴性菌占优势。
3. 革兰氏阴性细菌中以大肠埃希氏菌、葡萄糖不发酵阴性菌(铜绿假单胞菌)占极大多数，按菌株数量排列名列一、三位。
4. 真菌、厌氧菌的感染率正在增多，真菌中几乎 60%~80%的为白色念珠菌。白色念珠菌在正常人体的口腔、肠道、*****中存在，只有当广谱抗生素长期使用，机体免疫力下降时才导致菌群失调出现白色念珠菌感染。厌氧菌以类杆菌、消化球菌、梭菌检出率增加。
- 5.L 型细菌感染: 医院感染病原菌在机体感染后，受到体内吞噬细胞、溶菌酶、补体、胆汁、尿素等的作用，接受大量抗生素治疗诱导，又受外环境中各种消毒液的影响下，均可使其细胞壁缺损、丢失，形成 L 型菌，成为重症感染、L 型菌所致败血症的误诊的主要原因，也是反复发作慢性感染患者中常见的一种耐药性极强的特殊形式的菌型感染。

三、病原微生物监测任务:

1. 提高病原学监测的质量;

(1) 提高标本送检率。

临床医生必须在治疗前做到有样必采，并要求达到正确采样，尤在怀疑厌氧菌感染时更为重要。

(2) 标本的正确采集与运送。检验科技术人员深入临床第一线指导临床医师对

(3) 提供快速、准确的病原学诊断及药敏试验结果。大力推广先进的微生物检验技术，减少繁重的人工劳作，广泛应用自动、半自动微生物鉴定系统和药敏测试仪，采用微量峰值法药鉴定，能准确测出 MIC，此外应用 DNA 扩增仪，能作出早期鉴定，对危重病人可采用“分级报告”方法，先报细菌涂片，初步培养，日后再报告完整的细菌鉴定和药敏结果。

2. 微生物鉴定信息及时反馈。建立细菌耐药性定期监测信息反馈制度，定期按地区、医院不同级别通报各自的医院感染菌株及耐药谱情况，指导临床合理用药，改变经验用药的盲目性。

3. 对医院感染暴发流行的预测、报告和防患于未然。较短时间内在同一病区或于某一病人群体中连续发生数例同源病原体的医院内感染，称为医院感染的暴发，如其发生率超过本底感染发生率的 3 倍，称为暴发流行。

医院感染暴发流行不像甲肝、霍乱等那样有典型传染特征，因此，病区监控人员难以早期发现，但病原微生物检验人员熟悉全院各病区医院感染病原微生物的分布和变化。常见感染病原体短时增多、新的耐药菌株出现以及罕见感染病原体的发现，必须进行流行病原体同源性鉴定，一般采用表型鉴定血清、噬菌体、耐药谱、细菌素等)，如有条件，开展质粒图谱、核酸内切酶图谱、核酸探针等基因分型方法鉴定，达到快速、特异诊断，对某些不易培养或费时很长的病原体，如病毒、厌氧菌等也不失是一种有效的方法。

4. 协作开展医院感染专题研究，提高学术研究水平及医院感染管理水平。

(1) 在全面综合性监测的基础上，逐步转入目标性监测，针对感染重点科室、多发部位的感染进行研究。

(2) 要结合临床开展肠道正常菌群的动态监测，研究侵入性操作对肠道微生态

药在预防医院感染中的价值，选择性消化道去污染治疗在预防医院感染中的意义等。

抗菌药物合理使用监测制度

抗菌药物广泛使用，破坏了人体内正常存在的微生物群与宿主(人体)的生态平衡，导致正常微生物群在定量、定位方面的生物学行为改变，由原不致病的或在特定条件才致病的机会病原体成为致病的病原体，引发内源性感染。

为规范抗菌药物的使用管理，特制定本监测制度，请各临床医师遵照执行。

一、抗菌药物使用率监测：高抗生素使用率是抗生素不合理使用的标志之一。世界卫生组织(WHO)倡导的抗生素使用率为 20%~30%，本院要求抗生素使用率控制在 20%~30%以内。

二、抗菌药物使用合理性的监测：针对医院的抗生素使用率，从适应症、剂量、疗程、预防用药等方面分析，揭示不合理使用的原因及程度，可作为教育医务人员的资料。

三、外科系统科室预防用药监测：对临床抗生素使用监测，还需从治疗用药、预防用药两大部分监测分析。目前抗生素预防应用中存在不少问题，尤其在外科，术后预防用药几乎占 100%，对药物的选择、剂量、疗程、联合用药指征的监测分析，发现不少弊端。不少临床医生试图用抗生素来弥补手术操作中的缺陷。术后盲目、长期给药只会起到破坏宿主与正常菌群的生态平衡的作用，增加内源性感染的机会。因此，应对之进行严格监测，尽量避免使用抗菌药物。

四、根据医院感染病原菌、药敏谱监测临床用药的合理性；

1. 社会感染与医院内感染的患者，各部位常见病原菌、药敏谱不一，即使同

临床经验用药无可非议，但当细菌培养出来后，应该及时修正用药方案。

2. 院内各病区所收治的病种不一，病情轻重程度不一，用药习惯不一，既往用药史不一，因此医院内甚至病区内医院感染菌种、株、耐药谱也不完全一致，对此也应进行监测。

3. 根据所检出的相应的病原菌及药敏谱，应监测临床各科用药方案的正确性、合理性。

感染控制制度

一、消毒：指采用物理、化学方法杀灭或消除外环境或传染媒介上除芽孢以外的病原微生物及其他有害微生物，达到无害化的一种方法。灭菌：指采用物理、化学方法杀灭一切微生物的措施。

二、清洁工作规定：主要运用物理清除、洗涤、去污的方法，清除病原微生物环境储源，去除物体表面的大部分细菌及潜在的病原微生物，保持洁净、干燥的环境，切断传播途径，避免发生因接触被病人病原体污染的地面、墙面及病房内的物品而产生的接触性感染，或因病人分泌物、排泄物、血液、体液形成气溶胶固体、液体、微粒产生空气传播。

1. 医疗器械(设备)的清洁、除污：

采用清洁消毒剂清除其表面的血液、粘液等有机物及大部分病原微生物，确保消毒、灭菌质量。清洁措施十分重要性，因为各类消毒剂无论高水平、低水平消毒，其消毒效果都将受到有机物污染的影响。

2. 废弃物的处置不容忽视：医院内废弃物有生活垃圾及医疗污物，主要为后者。诊疗、护理和卫生处置而产生的病人的血、体液、分泌物、排泄物、检验标本、污染敷料、布类制品、针筒、输液器、引流管(袋)、各种导管、一

的外用盐水，成为传染疾病的主要传染源，不妥善处理将导致医院内感染的暴发流行，带来严重的社会公共卫生问题。因此，必须严格执行医院感染管理规范。

(1) 医疗污物分类、统一收集。

(2) 初步浸泡消毒、全封闭运送，防止医源性污染，尤其是病人血液、体液、排泄物的污染，根据传染性及其危害性，分门别类装袋。对尖锐金属一次性医疗器械，有条件的可用耐刺容器密封标记说明。传染病及特异性感染病人的敷料、布类尤其要保证消毒效果。

(3) 焚烧：大多数固体废物可以焚烧，对一次性塑料制品如注射器、输液器则必须毁形。病区液体废物应集中定时运出，加入一定比例的漂白粉或含氯制剂消毒后倒入化粪池。

三、正确选择灭菌、消毒方法：

1. 高危医疗物品：首选压力蒸气灭菌，尤其是手术器械、内窥镜、呼吸机的部分金属部件、口腔科器械。如不能耐受高压的，可采用干热灭菌，如锐利器械、刀、剪、玻璃器皿。如不能耐受高压、高温消毒的，则可采用低温灭菌，如生物制品、各类导管、人造血管、人造瓣膜等。如条件设备限制，也可选择高效消毒剂如 2% 戊二醛。

2. 中危医疗物品：选择高效消毒剂，如纤维内窥镜、体温表等的消毒。

3. 低危医疗物品：采用中效、低效消毒剂，但有传染病病原体污染可疑时需按十危医疗物品处理。对全院的侵入性诊疗操作器械根据检查部位、对人体损伤程度及感染后导致的后果分类建档，并确定相应的灭菌消毒方法及具体消毒剂选用、消毒时间、消毒液更换时间，采取轮转式监测灭菌消毒质量，

并记录在案。

四、确保灭菌、消毒质量；开展灭菌消毒质量监测并非可绝对保证灭菌消毒效果，监测的质量受许多因素影响，如不排除诸多干扰，灭菌消毒质量监测就会失控。

1. 各种检测的试剂、指标剂质量的论证：要注意察看生产日期、有效期、批号、产地，不用即将过期的产品，否则会出现假阴性。

2. 灭菌效果质量监测；生物指示剂是压力蒸气灭菌最可靠的灭菌效果检测手段，而我们常规只是1~3个月检测一次，有人作同步检测对照，化学指示剂(管)与生物指示剂对比存在2.5%的漏查率。作为灭菌效果监测的化学指标卡(管)产地不同，批号不同，其质量也不一致，我们曾将二个不同生产企业的化学指示卡(管)放入测试包，在预真空压力灭菌器中，进行对照研究，并同时放置留点温度计。当留点温度计指示最高温128℃时(未达到灭菌温度)，某厂家的化学指示卡未转变成标准黑色，而呈浅黑发亮色彩，提示灭菌未达标，蒸气质量存在问题，也可能有冷凝气团存在，影响灭菌质量，但另一厂家的化学指示管却结晶完全，显示达到灭菌要求。诸如此类，不同产地的消毒液监测卡会对测试效果产生不同影响。紫外线物理灭菌，常采用紫外线辐射强度监测仪，通常每年都要计量部门检验以保证监测质量。此外，对紫外线强度监测仪的维护，及时清除表面尘埃也很重要。某市防疫部门对市、县、区级医院自我检测结果差异很大。压力蒸气灭菌器的阀门、仪表、管道检测标准也同样重要，稍有疏忽也将严重影响灭菌质量。

3. 使用中灭菌物品再污染问题；对使用中的无菌器械的灭菌效果监测：如持物钳(敷料钳)、长镊子等，即使用压力蒸气灭菌容器干燥保存，有人监测12小时细菌已严重污染，包括手术进行中对灭菌器械的监测也发现有88.89%的

细菌污染，带血者更甚。也有用新洁尔灭等消毒液保存的，但这种本身低效的消毒液，再在容器放入纱布，使消毒液中洁尔灭浓度大大降低，极易造成灭菌器械两次污染。有人对使用中的生理盐水棉球监测，发现 30%左右的有细菌污染，污染细菌成千上万，甚至无法计数。使用中的消毒液细菌超标率随着使用时间及浸泡消毒物品性质及频率(如浸入性操作器械污染强)不一，难以保证灭菌消毒效果，两次污染机会大大增高。

4. 灭菌物品贮存；即使是灭菌质量可靠的医疗用品，如果不很好地贮存，也会带来污染。供应室、手术室灭菌物品贮放，应按 II 类环境要求贮放，环境要求洁净、干燥，最好有层流设施，南方相对湿度大，必要时可配备除湿器。紫外线灭菌设施应进行空气消毒，物体表面要用消毒液擦拭，工作人员穿隔离衣，戴口罩、帽子，如果环境潮湿、尘土飞扬、屋顶渗漏、流程有逆流，贮存灭菌物品必将会被污染，即使存放在有效期内的物品，仍可发现灭菌物品外包装上有霉斑出现。

重症监护病房感染管理制度

一、适用范围：重症监护病房(ICU)是危重病人密集的场所，患者免疫力低下，环境污染、侵入性操作较多，激素、抗菌药物大量使用，极易发生医院内感染(外源性与内源性感染)。ICU医院感染以肺炎和动静脉插管引起的败血症为主，最常见的感染病原菌有肠杆菌属、克雷伯杆菌属、铜绿假单胞菌和表皮葡萄球菌。

二、管理重点：ICU的医院感染监测和控制重点是环境卫生管理、各种侵入性操作及抗菌药物的使用。

三、环境卫生管理：

1.ICU 在建筑设计中应使其与麻醉、手术科室相毗邻，并形成相对独立的

单位，室内严格划分清洁区和污染区，并设隔离间，用于特殊感染病人的治疗。

2. 工作人员的衣裤应与其他临床科室不同，以便于区别。

3. 严格限制人员进出，无论是管理人员、工作人员，还是探视者、参观者，出入 ICU 时都应更换衣、鞋、帽，并认真洗手。

四、侵入性器械监测与管理：

1. 呼吸管道的侵入性操作包括氧气吸入、雾化吸入、气切、人工呼吸机使用等。ICU 病人因治疗需要常需进行气管插管、气管切开术，呼吸机的使用频率几乎是全院之最。

(1) 应对所有与呼吸有关的医疗器械及物品都应进行监测，包括备用和使用中的监测，如湿化瓶、湿化液、存放湿化液的瓶子、吸氧管、吸痰管、呼吸机管道、集水器、呼吸机等；

(2) 呼吸机管道每 2 日要进行更换消毒，雾化器和呼吸机应用的灭菌蒸馏水，应每日更换 1 次，开瓶 24 小时后，未用的部分应当丢弃；

(3) 所有有关器械均应进行有效的消毒(使用中、高效消毒液)。

2. 在 ICU 的病人常规接受多种置管治疗，如动静脉置管、泌尿道插管及术后的各种引流管。

(1) 应选用全封闭无菌集尿袋，并将引流管、集尿袋放在能确保尿液不断自由地向下引流的位置，留置导尿前后常规对尿液作细菌定量培养和药敏试验，以期发现无症状性菌尿；

(2) 应严格掌握各种侵入性操作的适应症，在置管时要严格执行无菌操作；

(3) 要进行严密监测，主要是监测患者临床症状及体征，如是否有感染先兆，一旦有感染发生，能拔管者应尽量拔管，无法拔管的要进行合理有效的抗菌

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/066014225104010100>