

多重耐药菌医院感染控制

- 一、多重耐药菌医院感染控制
- 二、特殊病原体医院感染紧急控制

一、多重耐药菌 (MDRO) 定义

- 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)、MRSCON—耐甲氧西林的凝固酶阴性的葡萄球菌、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌 (CR-AB)、AMPC—产头孢菌素酶株、PRSP—耐青霉素的肺炎链球菌、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。

- 耐甲氧西林的金_{xx}葡萄球菌(MRSA) 和耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌(MRCNS)、耐甲氧西林表皮葡萄球菌(MRSE)、耐万古霉素肠球菌(VRE), 产生超广谱 β 内酰胺酶(ESBL)的大肠杆菌、克雷伯菌、多重耐药的铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、嗜麦芽窄食单胞菌等, 临床上普遍使用的多种抗菌药物耐药, 所致感**困****难**, 病死率较高。这些耐药菌株分布广、传播**容****易**产生号发流行, 给临床治疗及医院感染**容****制**带来**困****难**

合理使用抗菌药物，预防耐药菌株的产生

- 1、实行抗菌药物控制，严格掌握适应证。流行病学调查表明，使用抗生素的种类、总剂量及疗程均与耐药菌株的检出率呈正相关。随着抗生素使用种类的增多，感染的危险性增大，联合用药或频繁更换抗生素易导致耐药菌产生，从而发生医院感染。因此，各级医生必须严格照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》及生部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》（卫办医发2008148号）的规定，按抗菌物的分级使用管理制度正确、合理地实施抗菌物给药方案，避免由于抗生素的滥用而导致耐药菌的产生。

- 2、重视病原学检查，合理使用抗菌药物。尽早准确确定致病菌，依药敏试验结果合理选用抗菌药物，根据药代动力学、药效学参数对时间/浓度依赖型的药物执行不同的给药方案，规范给药剂量途径间隔和疗程，尽早改用高效抗菌药物一使其在感染部位能达到防细菌突变的药物浓度
- 3、推行优化抗菌治疗策略。严重感染的患者主张初期选择能覆盖所有可能引起感染病原菌的应谱药物实施“中击”疗法，确保杀灭致病菌一然后尽早根据做结果选用针对性强，尽量窄谱的药物实施“降阶梯”一治疗

建立耐药监控体系，预防和控制耐药菌的传播

- 1、加强医院环境卫生管理。科室应当加强诊疗环境卫生管理，对收治多重耐药菌感染患者和定植患者的病房，应当使用专用的物品进行清洁和消毒，对患者经常接触的物体表面、设备设施表面，应每天进行清洁和擦拭消毒，出现或者疑似有多重耐药菌感染暴发时应当增加清洁和消毒频次。医疗用具如呼吸机、吸痰器、输单管道、血压计、体温表等固定使用，用后常规消毒。

- 2、严格实施消毒隔离措施。一旦检出有携带或感染耐药菌株的患者，应通知科室相关人员知晓，实施隔离措施。在病历贴上xx标签（警示作用），将患者置于单人间或将带有相同耐药菌株的患者安置在同一病房。若无条件可床边隔一尽量减少工作人员和病人病房的流动，限制和探视。绝对不能将多重耐药菌感染患者或者定植患者与气管插管患深静脉留置导管、有开放性伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一病室。
- 3、工作人员接触患者前后必须彻底洗手和消毒；戴口罩、帽，必要时戴手套，穿隔离衣。

- 4、病室内消毒，定时通风换气，保持室内空气新鲜。保持病房清洁，用含氯消毒剂擦拭门把手、电话机、床头、水龙头等，所用器械如呼吸机、雾化器等医疗器具应进行高水平消毒。床单、被褥等用紫外线或三氧机照射。
- 5、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气管切开、各种插管等侵袭性操作时，应当严格实施操作，减少感染的危险因素。各种插管满24小时后应进行评价，适时撤离。
- 6、病人的面一体液和被血液、体液污染的敷料一次性用品等所有废弃物均按医疗废物严格处理。病人出院时要做好终末消毒。

- 7、医务人员实施诊疗护理操作中，有可能接触多重耐药菌感染患者或者定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液和体液、引流液、分泌物、痰液、套便时，应使用手套，必要时使用隔离衣。完成对多重耐药菌感染患者或者定植的诊疗护理操作后必须及时脱去手套和隔离衣。

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/525233144130011301>