

新时期医院评审中 医院感染管理要点及如何达标

吴安华 医学博士，教授
中南大学湘雅医院

一，为什么要进行医院评审？

- 是依法管理医院的需要
- 是提高医疗质量和医疗安全的需要
- 是医院发展的需要

评审目的与评审办法依据

- 为深化医药卫生体制改革，加强对医院的监督管理，逐步建立由卫生行政部门、行业协会、医疗保险机构、社会评估机构、群众代表和专家参与的医院质量监管和评审评价制度，促进医院加强内涵建设，保证医疗安全，持续改进服务质量，提高医院管理水平和服务效率，统筹利用全社会医疗卫生资源，充分发挥医疗体系整体功能，根据《医疗机构管理条例》，制定本办法。（总则第一条）

什么是医院评审？

医院评审是指医院按照本办法要求，根据医疗机构基本标准和医院评审标准，开展自我评价，持续改进医院工作，并接受卫生行政部门对其规划级别的功能任务完成情况进行评价，以确定医院等级的过程。

评审组织是指在卫生行政部门领导下，具体负责医院评审的技术性工作的专门机构。评审组织可以由卫生行政部门组建或是受卫生行政部门委托的适宜第三方机构。（总则第二条）

被动参与评审？

主动参加评审？

二、新时期医院新评审方案 设计基本原则

1, 从全目标(面面俱到)转为突出有限目标, 核心是质量、安全、服务、绩效、管理

A质量与安全: 作为有限目标的最基本要求

B服务: 重点由社会评估(问卷调查)

C绩效: 重实效、重经常性表现

D管理: 是我国医院的弱项, 需要加强

2, 评审方案设计思路导向

A 树立正确发展观

B 走内涵与外延结合之路

C 重内涵、质量和效益综合发展之路

D 必须改变单纯扩大医院规模 轻内涵建设

- 强调功能到位 淡化等级观念
- 强调适应需求 淡化机构设置
- 强调质量安全 不必面面俱到
- 强调综合能力 淡化个别重点
- 强调基础建设 淡化求新求尖
- 强调实际效果 淡化形式手段
- 强调管理经常有效 淡化突击包装
- 强调突发事件应急和偶发事件防范
- 强调措施与处理态度 淡化数量计较

符合建立
节约型社
会要求

3, 弱化政府行为 增强行业管理特色

具体实施：将由卫生行政部门负责

一般方法：授权中介组织操作，

由所在地实施评审 当地发证

4, 评审标准和方法适应国情及各地实际情况

科学、准确、适度、前沿性及适应性强,具备可操作性

卫生部通知

卫生部关于印发《医院评审暂行办法》的通知
卫医管发〔2011〕75号

为全面深化医药卫生体制改革，积极稳妥推进公立医院改革，进一步做好医院评审工作，保证医院评审的公开、公平、公正开展，根据《医疗机构管理条例》的有关规定，我部研究制定了《医院评审暂行办法》（以下简称《办法》）。现印发给你们，请参照本办法，制定本地区医院评审办法或实施细则，认真做好医院评审工作。

2011年9月21日

谁定标准

各级各类医院评审标准由卫生部统一制订。省级卫生行政部门可根据本辖区医疗卫生工作重点、医院管理实际，结合本地特点，遵循“内容只增不减，标准只升不降”的原则，适当调整标准并报卫生部备案。（总则第五条）

评审形式

医院评审包括周期性评审和不定期重点检查。周期性评审是指卫生行政部门在评审期满时对医院进行的综合评审。不定期重点检查是指卫生行政部门在评审周期内适时对医院进行的检查和抽查。
(总则第六条)

三级综合医院评审标准实施细则 (2011年版)

- 1、适用于三级综合性公立医院，其余各级各类医院可参照使用。
- 2、本细则共设置7章73节378条标准与监测指标。第一章至第六章共67节342条636款标准，用于对三级综合医院实地评审，并作为医院自我评价与改进之用；在本说明的各章节中带“★”为“核心条款”，共48项。第七章共6节36条监测指标，用于对三级综合医院的医院运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

评审标准与条款分类

- (一) 基本标准 适用于所有二级综合医院。
- (二) 核心条款 为保持医院的医疗质量与患者安全，对那些最基本、最常用、最易做到、必须做好的标准条款，且若未达到合格以上要求，势必影响医疗安全与患者权益的标准，列为“核心条款”，带有★标志。
- (三) 可选项目 主要是指可能由于区域卫生规划医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能由医院自行决定即可开展的项目。

第一至六章条款分布

章	节	条	款	核心条款 (★)
第一章 坚持医院公益性	6	31	33	4
第二章 医院服务	8	33	38	5
第三章 患者安全	10	25	26	4
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	27	163	379	27
第五章 护理管理与质量改进	5	30	53	2
第六章 医院管理	11	60	107	6
合计	67	342	636	48

表 3 第一章至第六章评审结果

项目类别	第一章至第六章基本标准			核心条款		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级
甲等	≥ 90%	≥ 60%	≥ 20%	100%	≥ 70%	≥ 20%
乙等	≥ 80%	≥ 50%	≥ 10%	100%	≥ 60%	≥ 10%

评审表述方式

评审采用A、B、C、D、E五档表述方式。

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

E-不适用，是指卫生行政部门根据医院功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目。

判定原则

判定原则

- 1、要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求。
- 2、要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

结果有来头，凡事有因果

标准条款的性质结果

评分说明的制定遵循P D C A循环原理，P即plan，D即do，C即check，A即action，通过质量管理计划的制订及组织实现的过程，实现医疗质量和安全的持续改进。



PDCA 循环及其特点

什么是PDCA循环?

PDCA 循环分为四个阶段



P(计划): 从问题的定义到制定计划

D(实施): 实施行动计划

C(检查): 评估结果

A(处理): 标准化和进一步推广

PDCA循环的八个步骤



步骤1. 分析现状，找出存在的质量问题

1.1 确认问题

1.2 收集和整理数据

1.3 设定目标和测量方法

步骤2. 分析产生质量问题的各种原因或影响因素

2.1 寻找可能的影响因素并验证

PDCA循环的八个步骤



步骤3. 找出影响质量的主要因素

3.1 比较并选择主要的、直接的影响因素

步骤4. 针对质量问题的主要因素，制定措施，
提出行动计划

4.1 寻找可能的解决方法

4.2 测试并选择

4.3 提出行动计划和相应的资源



PDCA循环的八个步骤 (2)



步骤 5. 实施行动计划

5.1 按照既定的计划执行措施 (协调和跟进)

5.2 收集数据

PDCA循环的八个步骤 (3)



步骤 6. 评估结果 (分析数据)

6.1 结果同目标相符吗?

6.2 每项措施的有效性如何?

6.3 哪里还存在着距离?

6.4 我们学到了什么?

确认措施的标准

确认新的操作标准

PDCA循环的八个步骤 (4)



步骤 7. 标准化和进一步推广

7.1 采取措施以保证长期的有效性

7.2 将新规则文件化：设定程序和
衡量方法

7.3 分享成果

7.4 重复解决方法（交流好的经验）

PDCA循环的八个步骤 (4)



步骤8. 提出这一循环尚未解决的问题，
把它们转到下一个PDCA循环

8.1 总结这一PDCA循环中尚未解决
的问题，把它们转到下一个PDCA循环

PDCA: 步步为先

8个步骤

ACT

7. 标准化和进一步推广
8. 在下一个改进机会中重新使用PDCA循环

CHECK

6. 评估结果 (分析数据)

DO

5. 实施行动计划

PLAN

1. 分析现状, 找出存在的质量问题
 - 1.1 确认问题
 - 1.2 收集和整理数据
 - 1.3 设定目标和测量方法
2. 分析产生质量问题的各种原因或影响因素
3. 找出影响质量的主要因素
4. 制定措施, 提出行动计划
 - 4.1 寻找可能的解决方法
 - 4.2 测试并选择
 - 4.3 提出行动计划和相应的资源



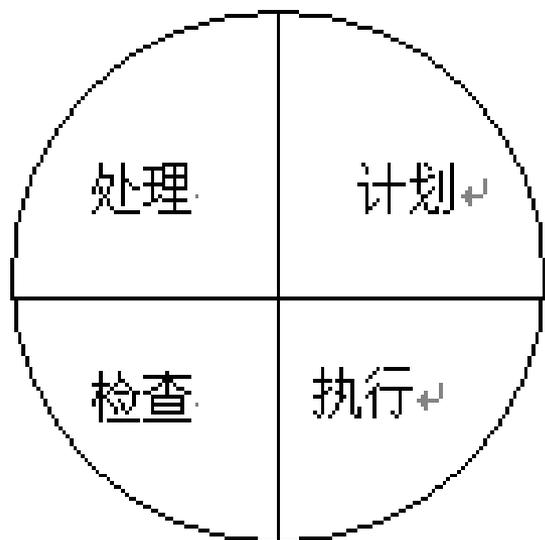


图 1 PDCA 循环的 4 个阶段

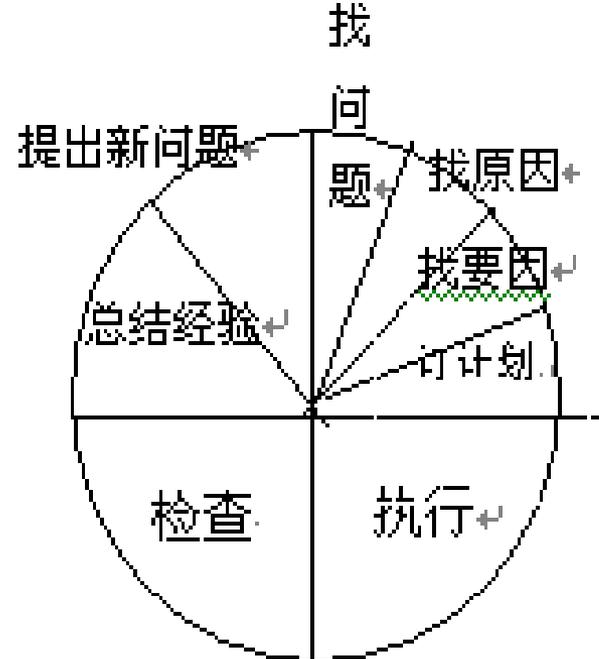


图 2 PDCA 循环的 8 个步骤

标准条款的性质结果

A	B	C	D
优秀	良好	合格	不合格
有持续改进，成效良好	有监管有结果	有机制且能有效执行	仅有制度或规章或流程，未执行
PDCA	PDC	PD	仅P或全无
???	???	???	???
	??	??	??

三、如何达到医院评审中的感 染管理要求

1, 健全组织, 落实医院感染 管理办法

- 医院感染管理办法
- 医院感染管理委员会
- 医院感染管理科
- 医院感染管理专职人员
- 临床科室医院感染管理小组

重在各个部门与各级人员按要求履职

4.19.3 按照《医院感染监测规范》，监测重点环节、重点人群与高危因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。

4.19.3.1

医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，开展目标性监测、全院综合性监测。

【C】

1. 医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。
2. 有医院监测计划，有目标性监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。
3. 每年开展现患率调查，调查方法规范。
4. 科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。
5. 室内质控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。

【B】符合“C”，并

1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。
2. 职能部门对数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪和分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。

【A】符合“B”，并

医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，其结果对医院感染预防及控制决策提供支持作用，并体现管理的成效。

2, 夯实基础, 落实标准与规范

- 医务人员手卫生规范
- 医院感染监测规范
- 医院隔离技术规范
- 消毒管理办法、医疗机构消毒技术规范
- 消毒供应中心管理规范、操作规范、监测标准
- 医院空气净化管理规范等

如何提高手卫生依从率？

- 重要性
- 现状（条件与依从性）
- 措施
- 效果
- 还有潜力吗？
- 遇到哪些困难？

五个关键环节

- 手卫生
- 医疗环境清洁消毒
- 医疗器械清洗与消毒供应
- 病例与环境监测
- 空气净化管理
- 隔离

3、擦亮眼睛，监测不走过场

- 病例报告与病例监测
- 环境卫生监测
- 清洁消毒灭菌效果监测
- 充分利用监测评价效果是重点

4.19.3.2

有重点环节、重点人群与高危险因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。(★)

**核心条款
是最基本
要求条款，
是门坎条
款**

【C】

1. 有针对重点环节、重点人群与高危险因素管理与监测计划，并落实。
2. 有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。
3. 手术部位感染(%)按手术风险分类，年手术量，切口感染率数据来源追踪。
4. 重症医学科导管相关性血源感染(CRBSI)千日感染率；呼吸机相关肺炎(VAP)千日感染率；尿路感染(UTI)千日感染率(工作量，感染率，数据来源追踪)。
5. 有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。

【B】符合“C”，并

1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。
2. 职能部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题及时反馈，并提出整改建议。

【A】符合“B”，并

1. 对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。
2. 医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析，满足临

4.19.3.3

有医院感染暴发报告流程与处置预案。

【C】

1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。
2. 有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。
3. 有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。
4. 按要求上报医院感染暴发事件。
5. 相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达到 100%。

【B】符合“C”，并

1. 根据医院感染暴发确定、指挥系统、重点科室、重点人员情况制定各类演练的脚本，并进行演练。
2. 有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。
3. 有医院感染暴发报告的信息核查机制。

【A】符合“B”，并

1. 对医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。
2. 有对存在问题采所取的改进措施和成效进行追踪。

4、抓住突破点做好手卫生

- 最简便
- 最有效
- 最基本
- 最经济
- 最难做
- 两个95%
- 涉及多部门多学科

人人皆知，个个都会

如何观察真实的手卫生依从率？

在患者安全目标、医院感染管理、重点科室要求中反复强调
手卫生

5. 落实基本措施，做好消毒灭菌

- 清洁很重要，尤其是环境清洁物品清洁
- 消毒很必要
- 灭菌很关键
- 个人防护不放松
- 如何落实到位？

假如我是评审员

<p>4.19.7 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。</p>	
<p>4.19.7.1</p> <p>根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒与隔离制度。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。 2. 有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。 3. 有保障重点部门落实消毒与隔离制度（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）落实措施，并执行。 4. 为医务人员提供合格的防护用品。 5. 相关人员知晓上述内容并落实。
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析，总结，提出改进措施。 2. 职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题，进行及时整改。
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>医院消毒与隔离工作制度落实到位，所有医务人员防护用品符合国家规定。</p>

<p>4.19.7.2</p> <p>有满足消毒要求的合格的设备、设施与消毒剂。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂。 2. 医用耗材、消毒隔离相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。 3. 定期对有关设备设施进行检测。 4. 定期对消毒剂的浓度、有效性等进行监测。 <p>【B】符合“C”，并职能部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管，对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析，有总结、反馈，及时整改。</p> <p>【A】符合“B”，并职能部门、药剂科联合对持续改进的情况进行追踪与成效评价，有记录。</p>
<p>4.19.7.3</p> <p>医院消毒供应的清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有清洗消毒及灭菌技术操作规范。 2. 有清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。 3. 相关人员知晓相关规范并执行。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报告。 2. 职能部门对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 物流管理实行全程信息化管理。 2. 质量达到相关规范，灭菌合格率 100%。

手术部位感染的预防

- 从1例或多例手术感染分析感染原因
- 哪个环节出了问题？
- 为什么会出问题？
- 就是没有预防用药吗？
- 还有哪些原因
- 采取哪些措施？
- 效果与评价

预防CLABSI

6. 突出工作重点，狠抓耐药菌管理

- 涉及多个方面，包括清洁消毒灭菌、耐药菌监测、隔离、手卫生、抗菌药物管理、多科室合作、效果评价等
- 非常强调多学科多部门协作推进。

多重耐药菌在哪里？

- 现状：多重耐药菌感染在哪里？什么部位感染？
- 如何发现多重耐药菌感染？谁？如何发现？
- 有无多重耐药菌感染传播？
- 如何防控多重耐药菌感染？
- 多部门协作,交班制度
- 效果及评价

4.19.5 贯彻执行《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)》，有多重耐药菌(MDRO)医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。

4.19.5.1

有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。

【C】

1. 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。
2. 有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。
3. 根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。
4. 有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)或耐万古霉素肠球菌(VRE)的控制措施。

【B】符合“C”，并

1. 有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。
2. 有职能部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查，根据监管情况采取相应改进措施。

【A】符合“B”，并

1. 多重耐药菌医院感染控制有效，抗菌药物使用合理。
2. 医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。

核心条款
是最基本
要求条款，
是门坎条
款

4.19.5.2

有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。

核心条款是最基本要求条款，是门坎条款

【C】

1. 有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。
2. 微生物室定期为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告。

【B】符合“C”，并

1. 有医院感染管理部门、微生物实验室（检验部门）、药剂科、临床科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。
2. 各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。

【A】符合“B”，并

1. 多部门合作机制有效，医院信息系统能够支持相关信息快捷获得。
2. 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。

4.19.5.3

有预防多重耐药菌感染措施培训。

核心条款是最基本要求条款，是门坎条款

【C】

对临床医务人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。

【B】符合“C”，并

有相关人员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，相关资料可查询。

【A】符合“B”，并

有对培训效果追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。

7, 重点预防四类感染与传染病

- SSI
- VAP
- CLABSI
- CAUTI
- 传染病医院感染

导尿管相关尿路感染预防的管理要求

1. 医疗机构应当健全规章制度，制定并落实预防与控制导尿管相关尿路感染的工作规范和操作规程，明确相关部门和人员职责。
2. 医务人员应当接受关于无菌技术、导尿操作、留置导尿管的维护以及导尿管相关尿路感染预防的培训和教育，熟练掌握相关操作规程。
3. 医务人员应当评估患者发生导尿管相关尿路感染的危险因素，实施预防和控制导尿管相关尿路感染的工作措施。
4. 医疗机构应当逐步开展导尿管相关尿路感染的目标性监测，持续改进，有效降低感染率。

置管前：感染预防要点

- (1) 严格掌握留置导尿管的适应征，避免不必要的留置导尿。
- (2) 仔细检查无菌导尿包，如导尿包过期、外包装破损、潮湿，不应当使用。
- (3) 根据患者年龄、性别、尿道等情况选择合适大小、材质等的导尿管，最大限度降低尿道损伤和尿路感染。
- (4) 对留置导尿管的患者，应当采用密闭式引流装置。
- (5) 告知患者留置导尿管的目的，配合要点和置管后的注意事项。

置管时：感染预防要点

- (1) 医务人员要严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手后，戴无菌手套实施导尿术。
- (2) 严格遵循无菌操作技术原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道粘膜。
- (3) 正确铺无菌巾，避免污染尿道口，保持最大的无菌屏障。
- (4) 充分消毒尿道口，防止污染。
- (5) 导尿管插入深度适宜，插入后，向水囊注入10—15毫升无菌水，轻拉尿管以确认尿管固定稳妥，不会脱出。
- (6) 置管过程中，指导患者放松，协调配合，避免污染，如尿管被污染应当重新更换尿管。

置管后：感染预防要点

- (1) 妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。
- (2) 保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。
- (3) 应当使用个人专用的收集容器及时清空集尿袋中尿液。清空集尿袋中尿液时，要遵循无菌操作原则，避免集尿袋的出口触碰到收集容器。
- (4) 留取少量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，使用无菌注射器抽标本送检。留取大量尿标本时（此法不能用于普通细菌和真菌学检查），可以从集尿袋中采集，避免打开导尿管和集尿袋的接口。
- (5) 不应当常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注以预防尿路感染。
- (6) 应当保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，应当每日清洁或冲洗尿道口。

置管后：感染预防要点

- (7) 患者沐浴或擦身时应当注意对导管的保护，不应当把导管浸入水中。
- (8) 长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或不慎脱出时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当立即更换导尿管。
- (9) 患者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。
- (10) 每天评估留置导尿管的必要性，不需要时尽早拔除导尿管，尽可能缩短留置导尿管时间。
- (11) 对长期留置导尿管的患者，拔除导尿管时，应当训练膀胱功能。
- (12) 医护人员在维护导尿管时，要严格执行手卫生。

导管相关血流感染预防的管理要求

1. 医疗机构应当健全规章制度，制定并落实预防与控制导管相关血流感染的工作规范和操作规程，明确相关部门和人员职责。
2. 医务人员应当接受关于血管内导管的正确置管、维护和导管相关血流感染预防与控制措施的培训和教育，熟练掌握相关操作规程。
3. 有条件的医疗机构应当建立静脉置管专业护士队伍，提高对静脉置管患者的专业护理质量。
4. 医务人员应当评估患者发生导管相关血流感染的危险因素，实施预防和控制导管相关血流感染的工作措施。
5. 医疗机构应当逐步开展导管相关血流感染的目标性监测，持续改进，有效降低感染率。

置管时：感染预防要点

- (1) 严格执行无菌技术操作规程。置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求。置管部位应当铺大无菌单（巾）；置管人员应当戴帽子、口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。
- (2) 严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手并戴无菌手套后，尽量避免接触穿刺点皮肤。置管过程中手套污染或破损应当立即更换。
- (3) 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。

置管时：感染预防要点

- (4) 选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。
- (5) 采用卫生行政部门批准的皮肤消毒剂消毒穿刺部位皮肤，自穿刺点由内向外以同心圆方式消毒，消毒范围应当符合置管要求。消毒后皮肤穿刺点应当避免再次接触。皮肤消毒待干后，再进行置管操作。
- (6) 患疖肿、湿疹等皮肤病或患感冒、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。

置管后：感染预防要点

- (1) 应当尽量使用无菌透明、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。
- (2) 应当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、可见污染时应当立即更换。
- (3) 医务人员接触置管穿刺点或更换敷料时，应当严格执行手卫生规范。
- (4) 保持导管连接端口的清洁，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，应当立即更换。

置管后：感染预防要点

- (5) 告知置管患者在沐浴或擦身时，应当注意保护导管，不要把导管淋湿或浸入水中。
- (6) 在输血、输入血制品、脂肪乳剂后的24小时内或者停止输液后，应当及时更换输液管路。外周及中心静脉置管后，应当用生理盐水或肝素盐水进行常规冲管，预防导管内血栓形成。
- (7) 严格保证输注液体的无菌。
- (8) 紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，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管，并作相应处理。

置管后：感染预防要点

- (9) 怀疑患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。
- (10) 医务人员应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。
- (11) 导管不宜常规更换，特别是不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管和动脉导管。

总结:手术前感染预防要点

- (1) 尽量缩短患者术前住院时间。择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。
- (2) 有效控制糖尿病患者的血糖水平。
- (3) 正确准备手术部位皮肤，彻底清除手术切口部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的方法，避免使用刀片刮除毛发。
- (4) 消毒前要彻底清除手术切口和周围皮肤的污染，采用卫生行政部门批准的合适的消毒剂以适当的方式消毒手术部位皮肤，皮肤消毒范围应当符合手术要求，如需延长切口、做新切口或放置引流时，应当扩大消毒范围。

总结:手术中感染预防要点

- (1) 医务人员接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应当进行手卫生。
- (2) 为患者更换切口敷料时,要严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。
- (3) 术后保持引流通畅,根据病情尽早为患者拔除引流管。
- (4) 外科医师、护士要定时观察患者手术部位切口情况,出现分泌物时应当进行微生物培养,结合微生物报告及患者手术情况,对外科手术部位感染及时诊断、治疗和监测。

8、咬住难点不放松，实施有效隔离措施

- 标准预防
- 个人防护
- 飞沫隔离
- 空气隔离
- 接触隔离
- 针对传染病
- 针对多重耐药菌

9、积极发挥信息系统在抗菌药物与耐药细菌管理中的作用

4.19.6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。

4.19.6.1

有抗菌药物合理使用的管理组织，有管理制度。

【C】

1. 有抗菌药物合理使用管理组织与制度。
2. 有抗菌药物分级管理制度及具体措施。
3. 有职能部门与相关部门共同监管的协作机制，各部门职责分工明确。
4. 开展抗菌药物合理使用相关知识培训和考核，有记录。
5. 相关人知晓抗菌药物分级使用的原则并落实。

【B】符合“C”，并

1. 有各科室使用抗菌药物的情况并定期公布，并有促进抗菌药物合理使用考核机制。
2. 职能部门对改进情况进行监督检查，并落实，对科室存在问题与缺陷改进措施的落实情况进行督导。

【A】符合“B”，并

1. 有信息化管理措施，提高管理效率和成效。
2. 抗菌药物合理使用管理组织，对抗菌药物合理使用有追踪与成效评价持续改进，效果明显。

4.19.6.2

有细菌耐药监测及预警机制,各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。

【C】

1. 有细菌耐药监测及预警机制,并定期(至少每季度)进行反馈。
2. 各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。
3. 有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。
4. 有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。

【B】符合“C”,并

1. 有上述细菌耐药监测变化趋势图。
2. 职能部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警,有干预措施。

【A】符合“B”,并

有多部门对细菌耐药情况联合干预措施,并有成效事实。

4.19.6.3

围术期抗菌药物的预防性使用规范。

【C】

1. 有围术期抗菌药物的预防性使用规定并落实。
2. 有 I 类手术预防性抗菌药物使用规范（品种选择、用药时机、术后停药时间等）明示。
3. 相关手术人员均知晓并执行。
4. 住院病历记录的预防性抗生素使用医嘱符合规定 $\geq 85\%$ 。

【B】符合“C”，并

1. 手术预防性抗菌药物选用符合规范要求。（参照第七章第三节）
2. 科室要对落实情况存在问题与缺陷改进措施。
3. 职能部门与药事管理组织，对落实情况进行追踪与评价，有整改措施。
4. 住院病历记录的预防性抗生素使用医嘱符合规定 $\geq 90\%$ 。

【A】符合“B”，并

1. 有多部门对围术期抗菌药物预防性使用联合干预措施。
2. 住院病历记录的预防性抗生素使用医嘱符合规定 $\geq 95\%$ 。

10、充分利用监测资料，持续 医院感染防控改进质量

4.19.8 医院感染管理组织对医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势进行监测；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。

<p>4.19.8.1 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。</p>	<p>【C】 1. 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。 2. 有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。</p> <p>【B】符合“C”，并 1. 医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记</p>
--	--

录或简报。
2. 定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议记录或简报。

【A】符合“B”，并
医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，有持续改进医院感染管理工作的事实案例。

<p>4.19.8.2 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。</p>	<p>【C】 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。</p> <p>【B】符合“C”，并 专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。</p> <p>【A】符合“B”，并 1. 将本单位的监测结果与省市医院感染质控中心发布本地区的医院感染监测信息比较分析报告。 2. 有促进医院感染感染管理水平提高的具体措施。</p>
--	---

医院感染防控贯彻在各科工作中

4.20.3 执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。

4.20.3.1

执行医院感染管理的相关制度与流程。

【C】

1. 有医院感染管理的相关制度。
2. 有传染病患者隔离制度与具体措施。
3. 有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。

【B】符合“C”，并

1. 职能部门和科室检查制度落实情况，对存在问题与缺陷有改进的措施。
2. 建立医院感染控制监测制度，收集感染控制指标，开展环境卫生学监测和感染病例监测。

【A】符合“B”，并

医院感染管理与相关职能部门对问题与缺陷改进情况进行追踪评价，持续改进有成效。

医院感染防控贯彻在各科工作中

<p>4.20.3.2 患者进入血液净化室前进行血液传播性疾病检测。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 有接诊制度，对所有初次透析的患者进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查，每半年复查1次。2. 乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒感染的患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离透析治疗区进行专机血液透析。3. 向患者及家属、授权委托人进行解释说明，签署血液透析知情同意书。 <p>【B】符合“C”，并有职能部门监督检查记录，科室对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并医院感染管理与职能部门对问题与缺陷改进情况进行追踪，评价改进成效。</p>
<p>4.20.3.3 医疗废物管理符合有关规定。</p>	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 按照《医疗废物管理条例》对医疗废物进行正确分类和处理。2. 废弃的一次性物品登记后进行毁形、焚烧处理。3. 废液排入污水处理系统。4. 定期对反渗透机和供水管路进行消毒和冲洗，有记录。 <p>【B】符合“C”，并职能部门定期监督检查，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并医院感染管理与职能部门对医疗废物管理进行追踪评价，有持续改进。</p>

四、医院感染管理自评

医院领导评

科室自评

科室互评

医院感染管理部门评

自我批评很重要

五、医院感染管理常用评价方法

- 望：看什么？
- 闻：听什么？
- 问：问什么？
- 切：找切入点，找切入点干什么？
- 追：系统追踪。横向发散，纵向发散，找薄弱环节和薄弱点。

五、医院感染管理常用评价方法

评价基本要素，如手卫生、环节清洁与消毒、物品清洁与消毒、院感培训、隔离、空气净化管理、医院感染监测、等等

评价防控效果，SSI、CLABSI、CAUTI、HAP、VAP、PPP、锐器伤、多重耐药菌、医院感染暴发、医疗废物管理、等等

六、准备评审需注意的几个问题

1、通过评审不是目标

评审是医院感染管理质量建设的重要过程，作为过程，应该留下痕迹，思想上的痕迹是转变观念，行为上的痕迹是改变规范操作，记录上的痕迹是数据。

医院感染管理质量建设才是目标！

2. 评审不是一阵风

- 必须克服应付思想和做法
- 着眼点应远一点，从基础做起、从每一个员工做起
- 从遵守国家法律法规标准规范做起

3. 通过评审有难度

医院感染管理线长面广点多，有难度！

如何克服医院感染管理的难度？寻找突破点，扎实做好每一件事，落实好每一个点，才能牵牢每一根线，覆盖每一个面，从实际出发，不摆空架子，讲求实效和持续改进。

4、坚持PDCA 坚持持续改进



如何达到评审要求

夯实基础

循序渐进

积累数据

评价效果

持续改进

改进设施

落实培训

提高依从

监督检查

脚踏实地

国家级医院评审员培训班（第三期）



谢谢