DOI: 10.3969/j.issn.1671 – 9638.2014.11.018

标准·规范·指南

[编者按]　今年本刊已经介绍过 2014 版的英国 NHS 医院预防医院感染循证指南，现在呈现在读者面前的是 2014 更新版《美国急性病医院预防医院感染策略纲要》。这两个指南都是基于循证医学证据更新的，各有特点。2014 更新版《美国急性病医院预防医院感染策略纲要》包括导尿管相关尿路感染(CAUTI)预防策略、艰难梭菌感染(CDI)预防策略、预防手术部位感染的策略、中心静脉导管相关血流感染(CLABSI)预防策略、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)预防策略、呼吸机相关性肺炎(VAP)预防策略、手卫生预防医疗机构相关感染策略。这 7 个策略由美国医院流行病学会(SHEA)、感染病学会(IDSA)、医院协会(AHA)、感染控制与流行病专业人员协会(APIC)，以及疾病预防控制中心(CDC)、医疗卫生改善研究院(IHI)、儿科感染病学会(PIDS)、重症医学学会(SCCM)、医院药学协会(SHM)、外科感染协会(SIS)等有关协会组织参加的联合委员会共同制定。

美国急性病医院预防医院感染策略纲要(2014 更新版) I

刘思娣　译，吴安华　校
(中南大学湘雅医院，湖南 长沙　410008)

[关　键　词]　急性病医院；导尿管相关尿路感染；艰难梭菌感染；医院感染；感染控制；循证医学；标准；规范
[中图分类号]　R192　　[文献标识码]　E　　[文章编号]　1671 – 9638(2014)11 – 0702 – 03

自从 2008 年 10 月发表关于“急性病医院(acute care hospital)预防医院感染策略纲要”以来，已经取得重大的进展。2009 年，美国卫生与人类服务部(HHS)颁布了一项国家医院感染(HAI)行动计划，该计划旨在预防急性病医院中的中心静脉相关血流感染(CLABSI)、导尿管相关尿路感染(CAUTI)、手术部位感染(SSI)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)血流感染和艰难梭菌感染(CDI)。2011 年，美国医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)要求急性病医院通过疾病预防控制中心(CDC)的国家医疗安全网(NHSN)，报告特定类型医院感染数据，目的在于得到其最新的年度完整数据，极大地扩大了对医院的监测信息。同时在 2011 年，美国卫生与人类服务部(HHS)发起一项名为“更好的服务，更低的费用”活动，旨在提高医疗服务的质量、安全、可支付性。根据国家医疗安全网收集的医院感染监测数据，在过去几年，预防 CLABSI 和 SSI 已经取得了实质性进展。

医院流行病学的不断发展和科学研究的实现，使我们提高了对有效预防医院感染策略的理解。尽管有很多有利因素，但医院感染预防策略只影响到 1/25 的住院患者，因此导致了惊人的医院感染发病率、死亡率和额外的医疗费用。在推荐方法和具体实践之间存在一定的差距。

以下是 2014 年急性病医院医院感染预防策略最新纲要的摘要。推荐方法的分类标准(基本方法与特殊方法)和证据质量等级见表 1。每一种预防感染的推荐方法都有证据质量分级(高级 = Ⅰ，中级 = Ⅱ，低级 = Ⅲ)，表 1 改编于推荐分级的评估、制定和评价(GRADE)系统以及加拿大预防保健工作组的使用标准。

CAUTI 预防策略

Ⅰ　预防 CAUTI 的基本方法：推荐给所有急性病医院

A　为预防 CAUTI 提供规范的程序

1. 提供并实施以证据为基础的指南，指导导尿管使用、置入和维护(Ⅲ级质量证据)。

2. 确保只有接受过培训的专业人员才能置入导

[收稿日期]　2014 – 09 – 17
[作者简介]　刘思娣(1989 –)，女(汉族)，湖南省祁阳县人，研究生，主要从事感染病学研究。
[通信作者]　吴安华　　E-mail: dr_wuanhua@sina.com

医脉通 medlive.cn　guide.medlive.cn

尿管(Ⅲ级质量证据)。

3. 确保置入导尿管无菌技术必需的物品供应(Ⅲ级质量证据)。

4. 在患者病历中记录如下信息:处方医生、置入导尿管指征、导尿管置入时间(日期)、置管人员、置管记录、导管每日状态及护理记录、导尿管拔除时间(日期)。记录拔除导尿管的标准和持续留置导尿管的理由(Ⅲ级质量证据)。

5. 确保有足够经验丰富且训练有素的人员和技术资源进行导尿管使用和结局的监测(Ⅲ级质量证据)。

表 1 证据质量的分级

级别	定义
高级	非常确信真实的效应值接近效应估计值。证据被认为是高质量的,有广泛而无主要局限性的研究支持证据;研究之间存在的差异性小,摘要估计有窄的可信区间。
中级	对效应估计值有中等程度的信心。真实值有可能接近估计值,但仍存在二者大不相同的可能性。证据被认为是中等质量的,只有小部分并且有些局限性但不是主要缺点的研究支持证据;研究之间存在的一些差异性,摘要估计有较宽的可信区间。
低级	对效应估计值几乎没有信心,真实值很可能与估计值大不相同。证据被认为是低质量的,支持证据的研究存在主要缺点;研究之间存在重要差异性,摘要估计有很宽的可信区间,或者没有严格的研究,只是专家的共识。

B 按照医疗机构风险评估或法规要求,对 CAUTI 实行监测

1. 基于风险评估基础确定需要监测的人群,需要考虑导尿管的使用频率和潜在风险(如手术类型、产科、重症监护;Ⅲ级质量证据)。

2. 使用标准定义,如国家医疗安全网(NHSN)CAUTI 定义,确定患者是否存在 CAUTI(分子数据;Ⅲ级质量证据)。

3. 收集监测人群或护理单元内所有患者的导尿管使用天数和患者住院日(分母数据,Ⅲ级质量证据)。

4. 计算目标人群中 CAUTI 感染率和标准化后感染率(SIR)(Ⅲ级质量证据)。

5. 发现病例的监测方法经过验证并在所在机构是合适的(Ⅲ级质量证据)。

6. 考虑按监测单位提供反馈资料(Ⅲ级质量证据)。

C 提供教育和培训

1. 向医务人员进行预防 CAUTI 相关知识的教育,包括:导尿管置入、护理、维护以及留置导尿管替代方法,导尿管的置入、维护、拔除的程序(Ⅲ级质量证据)。

2. 评估医务人员使用、护理和维护导尿管的能力(Ⅲ级质量证据)。

D 正确置入导尿管

1. 只有合适指征时才进行导尿管插管,并且留置时间要合理,拔管要及时(Ⅱ级质量证据)。

2. 考虑使用其他方法代替留置导尿管,如间歇性导尿术(Ⅱ级质量证据)。

3. 在导尿管置管前以及任何与导尿管及置管部位有关的操作前后应立即进行手卫生(依照 CDC 或者 WHO 发表的指南)(Ⅲ级质量证据)。

4. 使用无菌技术和无菌器材进行导尿管置管操作(Ⅲ级质量证据)。

5. 使用无菌手套、铺巾、医用棉球;用消毒或无菌溶液清洁尿道口,置管时使用一次性独立包装的润滑剂(Ⅲ级质量证据)。

6. 最好使用能满足需要的孔径较小的导尿管,最大限度降低尿道损伤(Ⅲ级质量证据)。

E 留置导尿管的恰当护理

1. 留置导尿管后应妥善维护,防止导尿管移动和牵引尿道(Ⅲ级质量证据)。

2. 保持无菌、密闭的尿液引流系统(Ⅲ级质量证据)。

3. 如果无菌技术无法保证、导尿管连接断开或者发生渗漏,使用无菌技术和无菌器材替换原来的导尿管及尿液收集系统(Ⅲ级质量证据)。

4. 如果需要少量的新鲜尿液进行检验,用消毒剂消毒采样点后,用无菌注射器从采样点采集尿液标本(Ⅲ级质量证据)。

5. 如果需要大量尿液进行特殊检验,直接从引流袋无菌采样(Ⅲ级质量证据)。

6. 保持引流系统通畅(Ⅲ级质量证据)。

7. 日常卫生是很有必要的,没有必要每日使用消毒剂清洁尿道口(Ⅲ级质量证据)。

Ⅱ 预防 CAUTI 的特殊方法

1. 完善全院性采用一种或多种方法确定和拔出不必要留置导尿管的计划(Ⅱ级质量证据)。

2. 制定术后尿潴留管理规范,如护士决定使用间歇性导尿及膀胱超声扫描(Ⅱ级质量证据)。

3. 建立分析和报告导尿管使用数据及导尿管使

guide.medlive.cn

用不良事件的系统(Ⅱ级质量证据)。

艰难梭菌感染(CDI)预防策略

Ⅰ　CDI 预防和监测的基本方法：推荐给所有急性病处理医院

1. 提倡合理使用抗菌药物(Ⅱ级质量证据)。

2. 将 CDI 患者安排在单间并实施接触隔离(手卫生：Ⅲ级质量证据；手套：Ⅱ级质量证据；隔离衣：Ⅲ级质量证据；单间：Ⅲ级质量证据)。

3. 确保使用物品和环境的清洁、消毒符合要求(使用物品：Ⅲ级质量证据；环境：Ⅲ级质量证据)。

4. 建立基于实验室的预警系统，能为感染防控和临床医生及时提供最新诊断 CDI 患者的信息(Ⅲ级质量证据)。

5. 进行 CDI 监测和分析，并报告 CDI 数据(Ⅲ级质量证据)。

6. 对医护人员、护工和医院管理人员进行 CDI 防控知识的教育和培训(Ⅲ级质量证据)。

7. 对患者及家属进行 CDI 预防教育(Ⅲ级质量证据)。

8. 监测 CDC 或 WHO 推荐的手卫生和接触隔离的依从性(Ⅲ级质量证据)。

Ⅱ　预防 CDI 的特殊措施

A　最大限度降低医护人员传播艰难梭菌的方法：推荐给所有急性病医院

1. 加强防控措施依从性的评估(Ⅲ级质量证据)。

2. 发生 CDI 暴发或 CDI 感染率增加的区域，必须在离开患者房间时用皂液和流动水洗手(Ⅲ级质量证据)。

3. 在患者腹泻期间坚持接触隔离(Ⅲ级质量证据)。

4. 患者转变为无症状时，应延长隔离时间直至出院(Ⅲ级质量证据)。

B　最大限度降低环境中艰难梭菌传播的方法

1. 评估房间的清洁是否符合要求(Ⅲ级质量证据)。

2. 用环境保护机构批准的含氯消毒剂或其他杀芽孢消毒剂清洁和消毒环境。如果确定要使用次氯酸制剂处理，则须协调环境清洁消毒服务部门(Ⅲ级质量证据)。

C　其他减少 CDI 风险的方法

1. 实施抗菌药物管理(Ⅱ级质量证据)。

摘译自：Yokoe D S，Anderson D J，Berenholtz S M，et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals：2014 updates [J]. Infect Control Hosp Epidemiol，2014，35(8)：965－977.

(本文编辑：任旭芝)

(上接第 697 页)

本例病例同时感染 HIV、梅毒、结核、PM，由于合并的多重机会性感染疾病相互影响，互为因果，致病程进展加快，为临床诊疗带来困难。因此，在诊断和鉴别诊断上要有的放矢，尽早完成病原学检查，防止漏诊和误诊，以利于临床及时、合理地治疗，改善预后，提高患者生存率。

参 考 文 献

[1] 曹韵贞，卢洪洲. 名医会诊艾滋病 [M]. 上海：上海文化出版社，2006：43，47，57.

[2] 陈品儒，马志明，萧芃，等. 艾滋病合并结核病 87 例临床分析 [J]. 医学综述，2010，16(9)：1435－1437.

[3] 吴丽娜. 性传播疾病的实验室检查及临床意义 [J]. 中国实用乡村医生杂志，2009，16(8)：16－17.

[4] 张京姬，孙丽君，高清荣，等. 梅毒合并 HIV 感染 41 例临床分析 [J]. 山东医药，2010，50(1)：83－84.

[5] 袁珍珍，郭英军. 591 例梅毒及梅毒患者中 HIV 感染的分析 [J]. 中国麻风皮肤病杂志，2012，28(12)：896－897.

[6] 唐秀文，张晶. 2350 例艾滋病患者血液培养病原体和药敏结果分析 [J]. 广西医学，2010，32(7)：782－785.

(本文编辑：任旭芝)

guide.medlive.cn