

多重耐药菌医院感染防控多部门联合干预模式的应用

龙丽洁 黄沛娃

(清远市中医院, 广东 清远 511500)

【摘要】 目的: 分析讨论在医院多重耐药菌感染防控中开展多部门联合干预模式的具体效果和实际价值。方法: 选取清远市中医院2017年1月至2018年12月收治各科患者100例, 根据入院先后将其均分为两组, 每组50例。对照组实施常规预防防控模式; 观察组实施多部门联合干预模式。比较两组患者干预情况和用药情况。结果: 观察组和对对照组医护人员疾病知晓率、医疗环境消毒达标率、医护人员手卫生合格率和多重耐药菌感染率分别为(78.00%, 90.00%, 96.00%, 18.00%)和(46.00%, 66.00%, 82.00%, 36.00%), 观察组明显优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组和对对照组一联、二联、三联用药情况分别为(64.00%, 28.00%, 8.00%)和(30.00%, 46.00%, 24.00%), 观察组明显优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在医院多重耐药菌感染防控中进行多部门联合干预模式预防可提升医护人员专业知识, 使医疗环境达标, 降低感染发生。

【关键词】 多重耐药菌感染; 医院感染防控; 院内感染

【中图分类号】 R 197.323 **【文献标识码】** B

医院感染是常见现象, 由于多种病原体交叉感染, 院内感染已经成为临床热议话题。目前医院感染的主要病原菌是多重耐药菌(multiple resistant bacteria)感染, 如鲍曼不动杆菌、万古霉素肠球菌、超广谱 β -内酰胺酶、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌等^[1]。为了有效控制多重耐药菌感染, 防止重度院内感染, 加强院内多重耐药菌的管理意义重大。在调查研究显示^[2], 常规预防防控模式的效果逐年下降, 而且细菌耐药性有逐年上升趋势。因此, 临床上提出多部门联合干预模式, 在感染预防中起到重要作用。本研究在医院多重耐药菌感染防控中开展多部门联合干预模式, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取100例本院各科收治患者, 将其作为本研究对象, 所有患者于2017年1月至2018年12月在本院接受感染防控, 根据入院先后将其均分为对照组和观察组, 每组50例。其中, 对照组男患者和女患者人数比为36:14, 年龄28~71岁, 平均年龄(49.5 \pm 4.8)岁, 疾病类型: 肿瘤11例, 心脑血管疾病10例, 慢性阻塞性肺疾病6例, 多发伤4例, 脑外伤9例, 呼吸衰竭7例, 肺部感染3例; 观察组男患者和女患者人数比为34:16, 年龄26~72岁, 平均年龄(49.4 \pm 4.7)岁, 疾病类型: 肿瘤10例, 心脑血管疾病12例, 慢性阻塞性肺疾病4例, 多发伤5例, 脑外伤8例, 呼吸衰竭7例, 肺部感染4例, 两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施常规预防防控模式。开展日常细菌防护措施, 保证治疗等过程在无菌条件下进行; 保持患者清洁等。

1.2.2 观察组 实施多部门联合干预模式。具体包括: (1) 按照临床规定进行无菌操作, 合理置入引流管、导尿管、深静脉置管、气管插管、气管切开等操作, 全面防止污染。

(2) 严格进行消毒和隔离, 必要时进行单间隔离。(3) 在护理诊疗过程中, 在接触患者分泌物、引流液、伤口、黏膜等时, 要佩戴无菌手套, 穿着隔离衣。(4) 加强医院病房内环境卫生消毒。每天对患者进行消毒和清洁, 用500 mg \cdot L⁻¹含氯消毒剂对患者进行擦拭消毒。(5) 根据药敏实验结果给予患者合适抗感染药物, 严格掌握用药指征。

(6) 遵循洗手卫生, 在摘除手套后, 接触患者血液、体液等要按照临床标准进行手卫生管理。(7) 多部门联合干预: 由微生物室、临床药学科、院感科、临床科室等综合进行细菌感染预防工作, 院感科进行细菌感染预防指导, 微生物室进行化验和药敏实验, 并且及时汇报给院感科和临床科室, 临床药学科负责进行临床用药指导。

1.3 观察指标

比较两组患者干预情况和用药情况。干预情况^[3]: 包括医护人员疾病知晓率、医疗环境消毒达标率、医护人员手卫生合格率和多重耐药菌感染率。用药情况^[4]: 包括一联用药、二联用药和三联用药。

【收稿日期】 2020-07-22

【作者简介】 龙丽洁, 女, 副主任护师, 主要研究方向是医院感染管理。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预情况比较

观察组和对照组医护人员疾病知晓率、医疗环境消毒达标率、医护人员手卫生合格率和多重耐药菌感染率分别为 (78.00%，90.00%，96.00%，18.00%) 和 (46.00%，66.00%，82.00%，36.00%)，观察组明显优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者干预情况比较 (n = 50, n (%))

| 组别 | 医护人员疾病知晓 | 医疗环境消毒达标 | 医护人员手卫生合格 | 多重耐药菌感染 |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 对照组 | 23(46.00) | 33(66.00) | 41(82.00) | 18(36.00) |
| 观察组 | 39(78.00) ^a | 45(90.00) ^a | 48(96.00) ^a | 9(18.00) ^a |

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者用药情况比较

观察组和对照组一联、二联、三联用药情况分别为 (64.00%，28.00%，8.00%) 和 (30.00%，46.00%，24.00%)，观察组明显优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者用药情况比较 (n = 50, n (%))

| 组别 | 一联用药 | 二联用药 | 三联用药 |
|-----|------------------------|------------------------|----------------------|
| 对照组 | 15(30.00) | 23(46.00) | 12(24.00) |
| 观察组 | 32(64.00) ^b | 14(28.00) ^b | 4(8.00) ^b |

与对照组比较，^b*P* < 0.05

3 讨论

医院感染问题一直是临床热议话题，通过有效预防和控制，如采用目标性监测、消毒隔离、手卫生监测、有效监督等措施，可以控制院内感染发生。但想要取得优异控制效果，无法通过单一方法以及单一部门完成，而是需要医院多个部门进行积极配合，各个人员相互配合。多重耐药性一般指同时对多种常用抗微生物药物发生的耐药性，主要机制是外排膜泵基因突变，其次是外膜渗透性的改变和产生超广谱酶，导致其出现的主要原因是抗菌药物的不合理使用和滥用，而且我国抗菌药物滥用现象严重，需要进行全面控制。目前多重耐药菌感染一般指 β-内酰胺类、氨基糖苷类和红霉素类三种，此外常见的是超过三类抗菌药物耐药的菌落感染^[5]。其中，较为常见的菌种有耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌，一般出现在皮肤表面、血液系统、手术切口、呼吸系统等，可以通过多个途径进行院内感染和扩散，经常会重症监护室、新生儿病房中爆发。在正常情况下，由于染色体介导而形成的耐药菌株往往存在一定缺陷，导致无法快速增殖或被某种

药物可以完全杀灭。但通过质粒介导产生的耐药菌株和敏感菌相同，可快速生长繁殖。但以上两种耐药菌只会出现在少数细菌中，整体危害性有限。只有敏感菌因抗菌药物选择性压力而出现大面积杀灭后，耐药菌才会出现大量增殖，并且快速成为优势菌，导致各种类型感染出现^[6]。

据相关文献资料研究显示^[7-8]，(1)通过多部门联合干预协作机制能够保证各个部门、科室信息交流流畅性，实现资源共享。感染控制科室形成多方面专业化管理，将诊疗对策和医疗资源进行最大程度整合，将质量控制系统不断提升专业水平，实现控制多重耐药菌院内感染。医院提供监控信息平台，对多重耐药菌检出情况进行了解，对耐药趋势、抗菌药物的使用率进行有效控制。同时还要对院内感染发生情况进行统计，对微生物标本送检情况有效监控。多部门联合干预模式具有一定针对性，能够提升各部门工作效率和工作质量。(2)多部门联合干预模式的有效实施可以进行不断改进，使其完善。通过实施多部门联合干预模式，增加微生物预防管理措施效率，但在人员信息管理上有一定不足，通过相关规定等工作制度进行多部门联合干预模式改善，及时修正检查流程，使工作环节联系更加紧密，使制度的操作性更强。采用多部门联合干预模式后，临床多重耐药菌感染防控落实在实处，并从多方面提升依从性。本研究表明：随着多部门联合干预模式的应用，本院卫生环境符合标准，感染发生率明显下降。

综上所述，在医院多重耐药菌感染防控中进行多部门联合干预模式预防可提升医护人员专业知识，使医疗环境达标，降低感染发生，效果显著。

[参考文献]

- (1) 张萌, 张辉文. 某三甲医院多重耐药菌感染现状及集束干预效果 (J). 中国感染控制杂志, 2017, 16(2): 169-172.
- (2) 徐长妍, 陈玉坤, 李妍艳, 等. 监测-培训-计划干预模式对 I 类切口手术围术期抗菌药物应用的影响研究 (J). 中华医院感染学杂志, 2017, 27(7): 1634-1637.
- (3) 李红梅, 吴焕卿, 赵春霞, 等. 多部门联合干预模式在多重耐药菌医院感染防控中的作用 (J). 中国当代医药, 2015, 22(1): 179-181.
- (4) 刘祎. 手术室“零缺陷”护理干预模式对术后肺部感染率的影响 (J). 中国医药导报, 2015, 12(10): 166-169.
- (5) 窦勤玲, 闫文婷, 孙月, 等. “分层递进式”综合干预对出院白血病患者感染的防控效果 (J). 中国医药科学, 2018, 8(21): 92-95.
- (6) 许绵绵, 杨茵茵, 林美华, 等. 核心制度关键指标干预对心内科住院患者医院感染的防控效果 (J). 中华医院感染学杂志, 2017, 27(5): 1175-1178.
- (7) 付燕. 综合干预模式在重症医学科医院感染预防控制中的应用 (J). 齐鲁护理杂志, 2014, 20(19): 124-125.
- (8) 徐祥浓, 李光, 杨天明, 等. 多重耐药菌医院感染防控中多部门联合干预的效果观察 (J). 临床医学工程, 2016, 23(7): 967-968.