

# 中医院门诊医务人员手卫生依从性现状调查

陈 红<sup>1</sup>, 宁亚利<sup>2</sup>, 孙 薇<sup>3</sup>

(西安市中医医院: 1. 医院感染控制办公室; 2. 护理部; 3. 门诊部 710001)

**摘要:**目的 调查门诊医务人员手卫生执行情况, 探讨有效的手卫生执行措施, 降低医院感染发生率。方法 抽取 222 名门诊医务人员作为调查对象, 观察各专业医务人员手卫生执行率和手卫生方法的正确率, 比较分析门诊各专业、各科室医务人员手卫生依从性。结果 不同专业间门诊护士手卫生依从性最高(51.68%), 医技人员手卫生依从性较低(25.77%); 不同科室间比较; 儿科手卫生依从性最高(52.27%), 其次是口腔科(52.08%), 而针灸科、内科诊室及辅助科室人员手卫生依从率较低, 分别为 28.34%、28.21%、26.79%; 操作后较操作前手卫生依从性高, 医务人员在接触患者血液、体液后的手卫生执行最好, 依从率为 100%, 其次为接触患者黏膜、破损皮肤后, 依从率为 83.05%。结论 手卫生制度是防止医院感染最重要的措施之一, 有效的监督对于确保医务人员手卫生的落实非常重要, 应从制订规范、加强培训教育、督导检查及完善相应的配套设施等方面保障医务人员的手卫生依从性。

**关键词:** 门诊部, 医院; 医务人员; 洗手

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.36.020

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)36-3685-03

手卫生是预防医院感染尤其是预防接触传播疾病最重要、最简便、最经济和最有效的方法<sup>[1]</sup>。因此, 手卫生受到全世界的高度关注。为了解本院门诊医务人员手卫生依从性, 特对门诊各科室医生、护士进行调查, 现将调查结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 调查对象** 以门诊各科室医务人员作为调查对象, 本次共调查医务人员 222 名, 其中医生 91 名(高级职称 44 名, 中级职称 35 名, 初级职称 12 名), 护士 76 名(高级职称 2 名, 中级职称人 55 名, 初级职称 19 名), 医技人员 55 名(高级职称 4 名, 中级职称 13 名, 初级职称 38 名)。

**1.2 调查方法** 由控感办专职人员到所调查科室, 采取随机观察医护人员在 30 min 内, 诊疗或操作前、后应该洗手或手消毒的次数和实际洗手或手消毒的情况, 洗手和手消毒的方法是否正确。洗手和手消毒指征及方法依据 2009 年版卫生部《医疗机构医务人员手卫生规范》的要求, 进行记录。每个科室连续观察 5 d。手卫生的依从率为医务人员实际手卫生次数与应该手卫生次数的比例。手卫生包括用流动水洗手和用速干手

消毒剂消毒双手。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 率的比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 手卫生依从率分析** 共观察各类操作 372 次, 应洗手 744 次, 实际洗手 284 次, 平均依从率为 38.17%, 操作后的手卫生依从率为 51.07%, 较操作前(25.27%)高, 差异有统计学意义( $\chi^2 = 52.49, P < 0.01$ )。不同专业医务人员手卫生依从性不同, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 护士平均手卫生依从率最高(51.68%), 明显高于医生(31.76%)和医技人员(25.77%), 见表 1。

**2.2 不同科室医务人员手卫生依从性比较** 不同科室医务人员手卫生依从性比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 儿科手卫生依从率最高, 达 52.27%; 其次是口腔科(52.08%)、急诊科(44.44%)和外科诊室(43.22%), 而针灸科、内科诊室及辅助科室人员手卫生依从率较低, 见表 2。

表 1 不同专业医务人员手卫生依从率比较

医务人员	操作前			操作后			平均依从率 (%)	$\chi^2$	P
	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)			
医生	126	21	16.67	126	59	46.85	31.76	26.46	<0.01
护士	149	58	38.92	149	96	64.43	51.68	19.40	<0.01
医技	97	15	15.46	97	35	36.08	25.77	10.78	<0.01
合计	372	94	25.27	372	190	51.07	38.17	52.49	<0.01

表 2 不同科室医务人员手卫生依从率比较

医务人员	操作前			操作后			平均依从率 (%)	$\chi^2$	P
	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)			
内科诊室	78	15	19.23	78	29	37.18	28.21	6.21	<0.05
外科诊室	59	19	32.20	59	32	54.23	43.22	5.84	<0.05
妇科诊室	32	7	21.88	32	16	50.00	35.94	5.50	<0.05
儿科	43	17	39.53	43	28	65.2	52.27	5.64	<0.05

续表 2 不同科室医务人员手卫生依从率比较

医务人员	操作前			操作后			平均依从率 (%)	$\chi^2$	P
	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)			
急诊科	27	7	25.93	27	17	62.96	44.44	7.50	<0.01
针灸科	30	6	20.00	30	11	36.67	28.34	2.05	>0.05
口腔科	24	8	33.33	24	17	70.83	52.08	6.76	<0.01
检验科	33	5	15.15	33	17	48.48	31.82	8.45	<0.05
辅助科室	46	10	12.5	46	23	41.07	26.79	7.97	<0.01
合计	372	94	25.26	372	190	51.07	38.17	52.49	<0.01

**2.3 不同操作类型医务人员手卫生依从性比较** 不同操作类型医务人员手卫生依从性比较, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 86.261, P < 0.01$ )。医务人员在接触患者血液、体液后的手卫生执行最好, 依从率为 100%, 其次为接触患者黏膜、破损皮肤后, 依从率为 83.05%, 二者比较, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 4.514, P < 0.01$ ), 见表 3。

**2.4 手卫生方法合格率分析** 各类医务人员手卫生合格率见表 4, 手卫生方法不合格原因分析见表 5。

表 3 不同操作类型医务人员手卫生依从率

操作类型	应洗手(次)	实际洗手(次)	依从率 (%)
接触患者未破损的皮肤后	176	40	22.72
接触患者血液、体液后	68	68	100.00
接触患者黏膜、破损皮肤后	59	49	83.05
接触患者使用过的物品、物表后	32	11	34.38
脱手套后	37	22	59.46
合计	372	190	51.07

表 4 医务人员手卫生方法合格率

医务人员	操作前			操作后		
	洗手(次)	合格(n)	构成比 (%)	洗手(次)	合格(n)	构成比 (%)
医生	21	13	61.91	59	41	69.49
护士	58	48	82.76	96	86	89.58
医技	15	4	26.67	35	18	51.43
合计	94	65	69.14	190	145	76.32

表 5 医务人员手卫生方法不合格构成比[次(%)]

不合格原因	应洗手(次)	操作前不合格	操作后不合格
开关水龙头方法不对	21	7(33.33)	14(66.67)
揉搓时间不够	27	16(59.26)	11(40.74)
揉搓方法不对	14	8(57.14)	6(42.86)
干手方法不对	12	7(58.33)	5(41.67)
合计	74	38(51.35)	36(48.65)

### 3 讨论

本次调查结果显示本院门诊医护人员手卫生依从性较低, 仅为 38.17%, 低于韩黎等<sup>[2]</sup>报道的 40.00%~50.00%, 稍高于李六一等<sup>[3]</sup>报道的 30.20% 的比例。在观察到的手卫生操作中, 门诊护士平均手卫生依从率最高(51.68%), 医生手卫生

依从率较低, 最低的是门诊医技人员, 考虑原因可能与认知不足和思想重视不够以及忽略不可见的隐性交叉感染的危险性有关; 而护士平时接受预防与控制医院感染知识的培训较多, 与患者的体液、血液、分泌物直接接触的机会多, 消毒隔离和防护技术随时贯穿在工作之中, 因此手卫生意识较强。调查还发现, 一些门诊医生和医技人员脱手套后不洗手, 极易造成交叉感染, 存在医疗安全隐患, 提示今后在手卫生的培训和督导检查中医技人员和医生是重点对象。

门诊科室之间比较, 儿科手卫生依从率最高(52.27%), 其次是口腔科、急诊科, 而针灸科、内科诊断及辅助科室人员手卫生依从率较低, 主要原因: (1) 儿科患者为医院感染的高危人群, 就诊患儿多极易引起交叉感染, 又是医院感染监测的重点人群, 科室医护人员手卫生意识较强; (2) 外科科室和急诊科医护人员经常会接触到患者的血液、体液、分泌物等可见污物, 接触患者破损的皮肤或黏膜, 自我保护意识比较强, 因此, 手卫生依从性较高; (3) 内科科室、辅助科室医务人员由于经常接触不到患者血液、体液、分泌物等可见的污染物, 不能充分认识潜在的病原菌传播, 手卫生依从性较差; (4) 针灸科医生由于受传统中医观念影响, 认为接触的是患者完整的皮肤, 从古至今一根银针治好了千千万万的患者, 从未听说引起感染, 而忽视手卫生; (5) 检验科人员因为戴手套的原因, 认为手套可以保护自己不被污染, 而对手卫生的重视程度不够。

本次调查发现医务人员在接触患者后手卫生方法合格率明显高于接触患者前, 分别为 51.07% 和 25.27%, 与国内许多报道一致<sup>[4-6]</sup>。说明医务人员更注重自身的防护, 而忽略通过医护人员手向患者传播病原菌的可能途径。提高手卫生的依从性固然重要, 但也要注意手卫生方法是否正确<sup>[7-8]</sup>。本次调查门诊医务人员手卫生方法不合格原因主要与揉搓时间不够 (<15 s) 和揉搓方法和洗手方法不正确有关。护士和医生手卫生方法的掌握相对较好, 医技人员手卫生方法掌握较差, 提示在以后手卫生的培训中, 不仅要提高医技人员手卫生的意识, 更要掌握如何正确洗手和手消毒, 因为他们接触患者的次数并不比医生、护士少, 尤其是检验人员接触患者体液、血液的机会相对较多, 因此, 他们在维持环境清洁方面也起着至关重要的作用, 需经常指导和督促他们正确洗手。

有效的监督对于确保医务人员手卫生的落实非常重要<sup>[9-10]</sup>。为提高医务人员手卫生的意识, 自觉执行手卫生制度, 本院除加强手卫生的监督、检查外, 已将门诊医务人员手卫生执行率纳入科室质量考评的范围, 以增强临床科室的重视程度。采取奖罚措施, 并且在日常检查中强调和督导医务人员执行手卫生, 从而使医务人员在自觉与不自觉中养成手卫生的习惯, 逐步提高手卫生的依从性。因此, 在以后的宣传教育中除

了要强调手卫生的依从性外,还要多注意强化手卫生的方法和手卫生的时机,考核手卫生指征的掌握,促进医务人员正确执行手卫生,从而达到预防和控制医院感染的目的。

参考文献:

[1] 黄辉萍,连美玉,秦维霞.综合医院医务人员手卫生依从性现状调查[J].中华医院感染学杂志,2010,20(21):3344-3346.  
 [2] 韩黎,朱士俊,郭艳红,等.中国医务人员执行手卫生的现状调查[J].中华医院感染学杂志,2006,16(2):140-142.  
 [3] 李六一,赵艳春,贾建侠,等.医务人员执行手卫生的现状调查与分析[J].中国医学科学院学报,2008,30(5):546-549.  
 [4] 庄增妮,陈萍.医务人员手卫生监测及改进措施探讨[J].西南军医,2010,12(2):354-354.  
 [5] 邢娟,桂斯卿,冯波.ICU 医务人员手卫生认知与影响依

从性因素的调查研究[J].护理研究:中旬版,2011(6):1533-1535.

[6] 朱丽辉.医务人员手卫生执行率和知识水平调查[J].中国现代医学,2011,21(11):1444-1448.  
 [7] 朱晓萍,李亚,唐嘉.乡镇卫生院医务人员手卫生执行现状调查[J].重庆医学,2010,39(12):1619-1620.  
 [8] 周细坤,陶宏坤.基层医院医务人员手卫生依从性的现状与医院感染管理[J].中华医院感染学杂志,2009,19(19):2588-2589.  
 [9] 陈萍,刘丁,陈伟.医院获得性肺炎发病情况与危险因素动态研究[J].重庆医学,2006,35(17):1554-1556.  
 [10] 侯铁英,江飞舟,张友平,等.提高医护人员手卫生依从性的干预方法研究[J].中华医院感染学杂志,2010,20(11):1576-1578.

(收稿日期:2011-07-09 修回日期:2011-09-15)

· 经验交流 ·

## 根本原因分析法在医院感染病例错报中的应用

成 瑶,刘 丁,黄庆宁,方清永

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所感染监控中心/重庆市医院感染控制中心,重庆 400042)

**摘要:**目的 分析医院感染病例错报原因,探讨提高病例上报准确率的方法及对策。方法 采用根本原因分析法(RCA),对 413 例确定为错报的医院感染病例进行原因分析。结果 医院感染培训不够、临床医生认识不足及观念不正确是造成医院感染病例错报的根本原因。结论 RCA 是减少医院感染病例错报的有效保证。

**关键词:**医院感染;疾病报告;原因分析

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.36.021

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)36-3687-02

本院医院感染监控中心针对临床医生上报医院感染病例不及时、漏报率居高不下的现象,建立了病例实时上报电子系统,提高了临床医生医院感染病例上报的积极性。但在上报病例中出现一些错报现象。本文应用根本原因分析法(root cause analysis,RCA)探讨分析上报病例的错报原因。RCA 是一种回溯性分析工具,用来挖掘制度和过程中可改善的部分,找出发生问题的根本原因,并制订改善方案和控制措施,以减少将来人为错误的再发生<sup>[1]</sup>。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 资料来源于 2010 年 7 月至 2011 年 6 月本院临床医生上报的 1 207 例医院感染病例。

**1.2 方法** 按照中华人民共和国卫生部 2001 年颁布的《医院感染诊断标准(试行)》,对本院临床医生通过军卫一号、感染监控时实上报系统所报医院感染病例进行诊断,并找出错报病例;按照 RCA 的 4 个阶段对找出的错报病例进行分析。

**1.2.1 成立 RCA 小组与资料收集** (1)成立 RCA 小组:由 3 名成员组成,其中感染监控护士、流行病学医师、检验师各 1 名。主要特点是一线工作人员专业知识强,并具有流行病学调查经验、态度客观、优秀的分析技巧等。(2)资料收集:小组成员通过病例查阅、现场查看、临床沟通等方式收集所确诊的医院感染错报病例。(3)界定问题:病例错报不仅会影响医院感染率,还会对医院感染暴发产生误导。因此,运用医院感染诊断标准将每例错报病例进行还原。

**1.2.2 找出近端原因** 医院感染病例错报往往呈现多种因素,此步骤最重要的工作是找出与发生错报最直接相关的原因。

**1.2.3 确认根本原因** 对错报病例的发生进行更深层次的探索和挖掘,以确定发生问题最根本的原因。

**1.2.4 制订和执行改善措施** 根据造成错报的根本原因制订具体的可操作性的改善措施,并严格执行。

### 2 结 果

**2.1 近端原因分析** 在医院感染上报的 1 207 例病例中,错报病例 413 例,错报率为 34.22%。其中社区感染报告为医院感染的病例为主要错报原因,占 28.57%(表 1)。采用“鱼骨图”找出近端原因,见图 1。

表 1 医院感染错报病例汇总表

错报病例类别	错报(n)	构成比(%)
社区感染	118	28.57
时间界定不清	94	22.76
疾病并发症	85	20.58
细菌定植	46	11.14
标本污染	39	9.44
感染部位判断不准确	16	3.87
无感染	15	3.63