

表1 本组护理人员各种护理操作前后手卫生依从情况(n=45)

操作项目	操作前手卫生依从		操作后手卫生依从	
	人数	百分率(%)	人数	百分率(%)
吸氧	8	18	10	22
胎心听诊	10	22	12	27
晨间护理	15	33	19	42
静脉(肌内)注射	16	36	20	44
会阴擦洗	16	36	41	91
插导尿管	18	40	42	93
灌肠	18	40	44	98
宫口检查	19	42	44	98

表2 影响产科护理人员手卫生执行情况的原因

原因	人数	百分率(%)
工作繁忙,顾不上洗手	21	47
操作给患者及护理人员带来的危险并不大	11	24
对患者的治疗及护理优于洗手	10	22
担心反复洗手会伤害皮肤	9	20
认为戴手套可以代替洗手	8	18
不是传染病,没必要严格	6	13
反复洗手麻烦	5	11

新生儿发生院内感染,故护理人员的手卫生尤为重要。

有资料表明,中国内地医院院内感染发生率约为8%,每例院内感染患者平均住院时间延长14d,花费增加6542元,全国每年因医院感染造成的直接经济损失超过150亿元。多数医院感染是由致病菌在患者之间或患者与医护人员之间的交叉感染引起的。医护人员的手是病原菌最主要的传播媒介<sup>[3]</sup>,在外源性医院感染中经手引起的直接或间接感染占首位。文献<sup>[4]</sup>报道,由医护人员手传播细菌造成医院感染占所有原因的30%。研究<sup>[5]</sup>表明,1名护理人员手上的细菌数可高达 $(3.9 \times 10^4 \sim 4.0 \times 10^6)/\text{cm}^2$ 。护士与患者接触最为密切,有资料<sup>[6]</sup>表明,加强医护人员洗手可降低50%的医院感染率,故必须加强护理人员的手卫生执行情况。建议加强护理人员职业道德教育与素质教育,使护理人员在各种护理操作中自觉履行自己的职责,严格执行手卫生,恪守医德基本原则,强化慎独精神及自身责任感<sup>[7]</sup>,同时与年终考核、奖惩相结合,以提高产科护

理人员手卫生意识。

### 3.2 产科护理人员手卫生执行情况及影响因素

本调查结果显示,产科护理人员在进行各种操作后的手卫生执行情况好于操作前。此外,护理人员手卫生依从性差的主要原因是工作繁忙,工作量大,占47%,其次是护理人员认为操作给患者及护理人员带来的危险并不大,排在第3位的原因是22%的护理人员认为对患者的治疗及护理优于洗手,甚至部分护理人员认为戴手套可以代替洗手。说明护理人员对清洁和消毒的指征缺乏正确的认识,护理人员手卫生行为有待规范,预防医院感染的知识培训工作有待加强。另外,可使用快速手消毒剂提高护理人员手卫生的依从性。使用快速手消毒剂节省时间、携带方便、对皮肤刺激小,能有效地提高护理人员的手卫生依从性。医院目前洗手常用的是肥皂或洗手液,用流动水洗手,只有清洁作用,无杀菌作用,通过洗手机械揉搓可减少手部暂居菌,而快速手消毒剂主要成分是乙醇,乙醇对革兰氏阳性菌和阴性菌均有良好的抗菌作用,以含乙醇为主的手消毒剂可以快速有效地降低皮肤表面暂居菌和一部分常驻菌<sup>[8]</sup>。可将快速手消毒剂挂在治疗车和护理车上,这样护理人员在操作前后和连续性操作时就很容易完成消毒的要求。医院感染管理科应加强护士认知行为教育,提高护士对手卫生重要性的认识,进而提高护士对手卫生的依从性。

### 参 考 文 献

- [1] 孙伯英,吴修荣.影响医务人员手卫生行为相关因素的研究[J].中华医院感染学杂志,2010,20(9):1276-1279.
- [2] 王利,府伟灵,陈晓,等.医院感染引发医疗纠纷防范探讨[J].中华医院感染学杂志,2003,13(6):561-563.
- [3] Rickard NAS. Hand hygiene:promoting compliance among nurses and health workers[J].Br J Nurs,2005,13(7):404-410.
- [4] 游建萍,黄庆,府伟灵,等.手卫生所致医院感染的预防和控制措施的探讨[J].中华医院感染学杂志,2005,15(14):426-427.
- [5] 王咪咪.医护人员的手卫生的研究进展[J].浙江预防医学,2007,19(16):65.
- [6] 沈春丽.护理人员洗手情况调查[J].护理研究,2004,18(10):1718-1719.
- [7] 张莉.护理人员手部卫生现状调查与干预措施[D].天津:天津医科大学,2008:36.
- [8] Kramer A,Rudolph P,Kampf G,et al. Limited efficacy of alcohol-based hand gels[J]. Lancet,2002,359(9316):1489-1490.

(本文编辑 马云会)

## • 相关链接 •

## 国际标准化心脏死亡器官捐献分类简介

按照1995年和2003年修订的Maastricht标准,标准化心脏死亡器官捐献分为5大类:

- 一、M—I:入院前已经宣告死亡,但时间不超过45分钟。
- 二、M—II:于医院外发生心脏停搏,急诊入院后经心肺复苏10分钟无效,宣告死亡。
- 三、M—III:受到严重的不可救治性损伤,通常为毁灭性

ICU中有计划地撤除生命支持和治疗,主要手段为终止呼吸机人工通气给氧,使心脏缺氧而停搏及残余脑细胞彻底失活,等待死亡的发生。

四、M—IV:脑死亡判定成立后、器官捐献手术之前所发生的非计划性、非预见性心脏停搏。

五、M—V:住院病人的心脏停搏(2003年新增标准)。主要