

|  |  |
| --- | --- |
| **文件名称** | **手卫生管理制度** |
| **文件编号** |  | **页数/总页数** |  |
| **制定部门** |  | **版本号** |  |

**1.目的**

清除手部的致病菌，减少相关感染风险。

**2.适用范围**

全院所有员工、患者和来访者。

**3.定义**

 3.1 手卫生：为医务人员洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

 3.2洗手: 医务人员用肥皂(皂液)和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑部分致病菌的过程。

3.3 卫生手消毒：医务人员用速干手消毒剂揉搓双手，以减少手部暂居菌的过

程。

3.4 外科手消毒：外科手术前医务人员用肥皂(皂液)和流动水洗手，再用手消

毒剂清除或者杀灭手部暂居菌和减少常居菌的过程。使用的手消毒剂可具有持续抗菌活性。

**4.工作程序**

***4.1手卫生5时刻：***

接触患者前；

执行清洁/无菌操作技术前；

可能接触患者的体液之后；

接触患者后；

接触患者周围环境后。

具体内容参考附件4：洗手5时刻指南。***﹙ME.1﹚***

***4.2执行手卫生的步骤：六步洗手法见附件7﹙ME.1﹚***

4.3***洗手要求：***

***4.3.1使用肥皂液和流动水洗手：***

***4.3.1.1保持衣服远离水槽和防止被水溅到。***

***4.3.1.2尽可能少佩戴首饰，接触高危患者时不戴假指甲或指甲套，剪短指甲。***

***4.3.1.3以清水湿润整个手部后，取肥皂或洗手液与手心，并保持手部低于肘部。***

***4.3.1.4严格按照六步洗手法的程序洗手，时间至少15秒，手指和指尖充分涂满肥皂泡，用流动水冲洗手和手腕。***

***4.3.1.5用清洁纸巾擦干手。***

***4.3.1.6如不是非手触式水龙头可用纸巾或毛巾裹住水龙头将其关闭，并丢弃纸巾。***

***4.3.1.7避免使用过热水洗手，以减少患皮肤炎的风险。***

***4.3.2使用快速手消毒剂执行手卫生***

***4.3.2.1以手背压取适量快速手消毒剂于手掌之中。***

***4.3.2.2双手一起搓擦，按照六步洗手法的程序，至少30秒，确保双手和手指的所有部位均被擦到，直到双手自然干燥（约20-30秒）。***

***4.3.2.3当手部没有肉眼可见污染时，宜使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。但当手部有明显的血液、体液、分泌物时，应用肥皂（皂液）和流动水洗手。﹙ME.2﹚***

4.4外科手消毒：

4.4.1.遵循原则：

4.4.1.1洗手后消毒。

4.4.1.2不同患者手术之间，应重新进行外科手消毒。

 4.4.2 洗手的方法与要求：

4.4.2.1洗手之前应先摘除手部饰物，并按要求修剪指甲。

 4.4.2.2取适量肥皂液清洗双手、前臂和上臂下1/3。清洁双手时应注意指甲下的污垢和手部皮肤的皱褶处。

4.4.2.3流水冲洗双手、前臂和上臂下1/3。

 4.4.2.4使用消毒小毛巾或纸巾彻底擦干双手、前臂和上臂下1/3。

4.4.3.消毒的方法：

4.4.3.1外科常规手消毒方法：取适量手消毒剂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下1/3，并认真搓揉2-6分钟，用洁净流动水冲洗双手前臂和上臂下1/3，无菌毛﹙纸﹚巾彻底擦干。

4.4.3.2外科免冲洗手消毒方法：取适量免冲洗手消毒剂抹至双手的每部位、前臂和上臂下1/3，并认真搓揉直至消毒剂干燥。

4.5执行手卫生的注意事项：

4.5.1定期修剪指甲，保持尖端不要超过0.5 ㎝﹙不超过手指尖端﹚。

 4.5.2手腕以下不佩戴戒指、珠宝等手部饰品。

 4.5.3不涂指甲油或戴假指甲。

4.5.4手部皮肤表面若有伤口，应妥善处理。

4.6管理要求：

***4.6.1手卫生设施配备要求及注意事项，详见附件5：手卫生设施配备指南。﹙ME.3﹚***

***4.6.1.1*全院统一标示：包括六步洗手法图、洗手5时刻、快速手消毒液使用方法。**

4.6.1.2洗手设备齐全：包括洗手台、肥皂或皂液、擦手纸及垃圾桶。

4.6.2各部门要求：

4.6.2.1使用科室要求：

 4.6.2.1.1对手卫生相关设备设施的正常运行进行日常评估，如有损坏及时报修总务部门。

4.6.2.1.2开启的快速手消毒液应标示有效日期和失效日期。快速手消毒液开启后使用有效期限为一个月。

 4.6.2.1.3非一次性的洗手液容器，在每次溶液用完后，应清洗消毒容器后再进行洗手液的分装，并标明分装日期和失效期。清洗和消毒应有记录。分装容器内洗手液使用有效期限为一个月。

 4.6.2.2 安装、维修科室的要求：

4.6.2.2.1洗手设备设施的安装和维修由总务处负责，保证设备正常运行。

 4.6.3监测要求：

4.6.3.1手部细菌学监测：每季度对重点部门包括ICU、新生儿室、婴儿室、器官移植病房、血液透析病房、手术室、产房、导管室医护人员的手进行1次细菌学监测。

4.6.3.2医院感染质控中心每月开展手卫生依从性督查和洗手正确性评估。

 4.6.3.3 医院感染质控中心将手卫生依从率纳入年度医院感染风险性评估内容，根据评估结果开展提高手卫生依从性的项目。

 4.6.4结果反馈的要求：

 医院感染质控中心定期将手部细菌性监测、手卫生依从性、洗手正确性评估结果汇入医院感染月报内容，反馈给主管领导和全院各科室，并将结果纳入绩效考核评估内容，反馈给医院管理研究室。

 4.6.5 培训要求：

 4.6.5.1医院感染质控中心负责培训计划和内容的拟定。

 4.6.5.2教育处负责对计划进行实施和培训效果进行评估。

 4.6.5.3各临床、医技、管理各科室按照计划执行手卫生培训工作。

**5.支持性文件**

《医务人员手卫生规范》

**6.表单、记录单**

6.1医务人员手卫生依从性观察表：附1

6.2医务人员手卫生正确性督查表：附2

6.3医务人员手卫生依从性及正确性评估表：附3

6.4洗手5时刻指南：附4

6.5手卫生设施配备指南：附5

6.6手卫生方案：附6

6.7 六步洗手法图解：附7

附1：医务人员手卫生依从性观察表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科别 |  | 观察日期 | 年月日 |
| 被观察人代码 |  | 观察起止时间(24小时制) | 时分至时分 |
| 洗手机会 | 洗手时刻 | 洗手行动/步骤 | 洗手机会 | 洗手时刻 | 洗手行动/步骤 | 洗手机会 | 洗手时刻 | 洗手行动/步骤 |
| 1 | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 1 | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 1 | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 |
| 2  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 2  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 2  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 |
| 3  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 3  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 3  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 |
| 4  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 4  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 4  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 |
| 5  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 5  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 | 5  | □1接触病人前□2执行清洁/无菌操作技术前□3接触病人体液风险后□4接触病人后□5接触病人周围环境后 | 洗手行动□干洗手□湿洗手□没有洗手洗手步骤□正确□不正确 |

注： 1.医师 2. 实习医生 3.护士 4.实习护士 5.医技 6. 检验 7.保洁

8.其它（包括后勤、餐饮等人员）

表2：医务人员手卫生正确性督查表

|  |
| --- |
| 科室：查核者: 被查核者身份代码：观察日期: 开始时间: AM / PM结束时间: AM / PM  |
| 时机 | 1.接触病人前 2.执行干净/无菌操作技术前 3.暴露病人体液风险后4.接触病人后5.接触病人周围环境后 |
| 时机□1□2□3□4□5 | 手部清洁方式 | 搓揉步骤、时间及使用擦手纸 | 时机□1□2□3□4□5 | 手部清洁方式 | 搓揉步骤、时间及使用擦手纸 |
| □使用肥皂/液态皂□使用消毒性液态皂□使用干洗手□仅更换手套，未洗手□只冲水□未洗手□指甲过长(大于0.5公分)□配戴手饰 | 搓揉* 正确
* 不正确

时间\_\_\_\_\_秒使用擦手纸* 有
* 无

无需要(限干洗手) | □使用肥皂/液态皂□使用消毒性液态皂□使用干洗手□仅更换手套，未洗手□只冲水□未洗手□指甲过长(大于0.5公分)□配戴手饰 | 搓揉* 正确
* 不正确

时间\_\_\_\_\_秒使用擦手纸* 有
* 无

无需要(限干洗手) |
| 时机□1□2□3□4□5 | 手部清洁方式 | 搓揉步骤、时间及使用擦手纸 | 时机□1□2□3□4□5 | 手部清洁方式 | 搓揉步骤、时间及使用擦手纸 |
| □使用肥皂/液态皂□使用消毒性液态皂□使用干洗手□仅更换手套，未洗手□只冲水□未洗手□指甲过长(大于0.5公分)□配戴手饰 | 搓揉* 正确
* 不正确

时间\_\_\_\_\_秒使用擦手纸* 有
* 无

无需要(限干洗手) | □使用肥皂/液态皂□使用消毒性液态皂□使用干洗手□仅更换手套，未洗手□只冲水□未洗手□指甲过长(大于0.5公分)□配戴手饰 | 搓揉* 正确
* 不正确

时间\_\_\_\_\_秒使用擦手纸* 有
* 无

无需要(限干洗手) |
| 设备设施 | 1.洗手液﹙干燥肥皂﹚：有无 2.擦手纸：有无3.非手触式水龙头：有无 |
| 快速手消毒液 | 1.是否标明使用日期：是否2.是否过期使用：是否 |

注：1.医师 2. 实习医生 3.护士 4.实习护士 5.医技 6. 检验 7.保洁

8.其它（包括后勤、餐饮等人员）

附3：医务人员手卫生依从性及正确性评估表

| 医院内部稽核结果 | 洗手机会数(T) | 洗手行动/步骤 | 手卫生遵从率 | 手卫生正确率 | 时机数（观察次数）统计 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病房单位(科别) | 执行干洗手次数(A) | 干洗手步骤确实次数(B) | 执行湿洗手次数(C) | 湿洗手步骤确实次数(D) | 时机一、接触病人前 | 时机二、执行清洁/无菌操作技术前 | 时机三、暴病人体液风险后 | 时机四、接触病人后 | 时机五、接触病人周围环境后 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附4：洗手5时刻指南

1.时刻1：接触患者前

指发生在接触患者的「完整皮肤和衣物」之前，为了防止微生物从照护区传播给病人，保护患者免受微生物移生及因医护人员双手所带来的微生物造成患者的感染。

|  |  |
| --- | --- |
| 何时 | 范例 |
| 以任何形式接触患者 | 握手、触摸小孩的前额 |
| 任何个人照护活动 | 协助患者移动、沐浴、穿衣、梳头发、戴眼镜、吃饭 |
| 任何非侵入性的评估与治疗 | 测量脉搏、血压、血氧饱和度、体温、胸部听诊、腹部触诊、测量心电图、执行治疗等 |

2.时刻2：执行清洁/无菌操作技术前

指执行可能将病原体直接带入病人体内的风险的照护活动，发生在执行与「粘膜或受损皮肤接触的照护活动」之前，故需预防微生物传播至病人或从病人身上转移到另一部位。

|  |  |
| --- | --- |
| 何时 | 范例 |
| 准备食物、药物无菌物品之前 | 针剂、鼻导管送食 |
| 执行任何与粘膜或受损皮肤接触的评估、治疗或照护活动 | 给病人刷牙、喂饭、伤口换药、烫伤包扎、口腔、鼻子、耳朵检查、执行阴道及肛门检查 |
| 执行可能会接触病人粘膜的给药时 | 滴眼药、给予阴道/肛门塞剂 |
| 将针剂插入病人皮肤或侵入性医疗设备 | 静脉穿刺、测量血糖、血氧浓度、皮下或肌肉注射、针灸 |
| 插入或打开侵入性管路时 | 执行任何包含下列物品的程序时﹙氧气鼻导管、鼻饲管、气管内管导尿管、静脉导管、引流管、吸痰管、造瘘管等结肠﹚ |

3.时刻3：可能接触患者的体液之后

接触患者的体液暴露风险发生在「任何可能接触患者的体液的事件」之后，洗手的目的是为了要保护医护人员避免被来自病人的微生物易位或感染，及避免照护区被微生物污染或潜在传播。

|  |  |
| --- | --- |
| 何时 | 范例 |
| 执行清洁/无菌操作技术后 | 喂食、滴眼药、伤口换药、包扎、静脉穿刺、测量血糖、鼻导管送食、皮下或肌肉注射等 |
| 在任何可能暴露病人的体液风险的事件之后 | 移除任何的覆盖物后﹙如敷料、纱布、等﹚、接触病人用过的器物﹙如尿壶、便壶等﹚、清洁假牙、接触引流管外面、接触体液﹙如1.血液、尿液、粪便、呕吐物、唾液、粘液、精液、泪液。2.任何渗漏液，如胸腔积液、脑脊液、腹水、滑膜液、羊水等。3.任何从人体抽取出的组织、胎盘、细胞学样品、器官、骨髓等﹚。 |

4.时刻4：接触患者后

指发生「接触完病人，要离开病人区」的时候，目的是保护医护人员避免被来自病人的微生物移生或潜在性感染，及避免照护区被微生物污染或潜在传播。

|  |  |
| --- | --- |
| 何时 | 范例 |
| 以任何形式接触病人后 | 握手、触摸小孩后 |
| 任何个人照护活动后 | 协助患者移动、沐浴、穿衣、梳头发、戴眼镜、吃饭后 |
| 任何非侵入性的评估与治疗后 | 测量脉搏、血压、血氧饱和度、体温、胸部听诊、腹部触诊、测量心电图、执行治疗后 |

5、时刻5：接触患者周围环境后

发生于「只接触病人的周围环境，没有接触病人」的时候，因为病人自身的微生物可能移生至病人的周围环境，为了要保护避免被来自病人的微生物移生或潜在性感染，及避免照护区被微生物污染或潜在传播。

|  |  |
| --- | --- |
| 何时 | 范例 |
| 只接触病人的周围环境，没有接触病人 | 病人周围环境包括：床档、床旁桌椅、柜子、枕头、输液架、呼叫器等。 |

附5：手卫生设施配备指南

1.手卫生的目的

除去手上的污垢，净化或预防双手污染及皮肤的感染，并且可减少患者和医务人员之间的相互感染及避免致病菌的传播，且尽可能除去存在于皮肤上的微生物，其最终目的是保护患者，也保护医疗照护者。实验证明，使用酒精性干洗手液进行手卫生，在清洁效果、使用时刻、花费时间、对皮肤的影响、安全性考量及洗手依从性等方面，均比使用肥皂或液态皂进行湿洗手的效果为佳。因此WHO推动的医护人员手卫生运动，强调医护人员在手部无明显污染时，优先使用酒精性干洗手液清洁手部；为避免酒精性干洗手液的产品酒精浓度不足，可能影响医护人员执行手部的效果，但酒精浓度大于80%，则可能因水分不足而影响蛋白质变性效果，因此建议医疗机构购买酒精性干洗手液时，选择酒精成分符合规定的干洗手液产品。

 2.手卫生设备的设置

为提高手卫生设备的可行性，WHO同时宣传倡导在照护点普遍设置或随身携带酒精性干洗手液的方式，如每床放置一瓶酒精性干洗手液、换药车等工作车都应放置，达到符合在照护点伸手可及应有酒精性干洗手液的目标。目前国内手卫生设备的设置原则如下：

 2.1 酒精性干洗手设备：

 2.1.1透析室、口腔门诊、新生儿室、内外科ICU、手术室等重点部位每床放置一瓶酒精性干洗手液。

 2.1.2单人病房每病室放置一瓶酒精性干洗手液

 2.1.3单位内工作车﹙治疗车、急救车、换药车等﹚备有功能使用正常的酒精性干洗手液。

 2.2湿洗手设备

 2.2.1内科、外科、感染科ICU、每2床或2个隔间至少设有一洗手台。

 2.2.2单间病房需有一洗手台。

 2.2.3门诊诊室尽可能每间设有洗手台，若有空间设置困难者，且具有公共通道者可设共用洗手台。

 2.3酒精性干洗手液设备安全性考量：考量酒精性干洗手液属可燃性物质，须将其放置于远离电源、高温或可燃物，依据国家化学危险物品的管理规定，酒精性干洗手液在常态性设置的消防安全方面，有以下考虑：

 2.3.1远离电源插座或开关。

2.3.2远离加热设备、远离火源，且远离明火1 米以上。

附6：手卫生方案

一、设备设施

（一）感应式手消毒器

1、安装位置：临床各科室病房门口、治疗室、医生办公室、护士站。

2、效果监测：医院感染质控中心每天随机选三台机器，进行监测。

3、使用维护：使用科室护士长负责安排人员每天对消毒器外部擦拭消毒；根据医院感染质控中心的监测结果，青元盛康公司负责对容器更换清洗消毒。

4、消耗量统计：医院感染质控中心负责与后勤库房确认各科室每月消耗量，结合床位数，纳入科室手卫生评价指标。

（二）压嘴式快速手消毒剂

1、安装位置：临床、医技各科室治疗车，床单元，操作床/台旁，电梯、窗口单位等公共区域。

2、使用要求：开启后使用期限为30天。

3、消耗量统计：医院感染质控中心负责与后勤库房确认临床各科室每月消耗量，结合床位数，纳入科室手卫生评价指标。

（三）携带式快速手消毒剂

1、领用标准：临床、医技各科室每人每月1瓶，管理、后勤各科室每人每两月1瓶，由后勤库房负责统一发放。

2、使用范围：随身携带，用于在没有感应式或压嘴式手消毒剂的情况下进行手卫生。

（四）流动水洗手

全院各科室使用皂液洗手，原则上不允许使用固体肥皂洗手，如需使用，必须将皂盒悬挂，每天进行清洗，保持皂盒内清洁无积水。

（五）干手设施

在流动水洗手设施处配备医用擦手纸巾，各科室不再使用小毛巾作为干手设施。

二、培训

（一）医院感染质控中心负责对每年新上岗职工做手卫生规范培训。

（二）临床、医技各科室每两个月进行至少1次集中的手卫生培训，由护士长或指定人员负责，有培训记录。

（三）临床各科室负责对住院患者及家属进行手卫生宣教，由护士长和责任护士负责。

三、评估考核

（一）医院感染质控中心专职人员负责对临床科室医务人员进行为期一周的手卫生依从性的调查，保证每科室每月调查至少一次。

（二）医院感染质控中心拟于2015年11月在全院范围内举办手卫生技能比赛。

（三）将医务人员手卫生依从性纳入病人满意度调查表，结合院感专职人员对各科室的手卫生依从性观察结果、手卫生产品消耗量，评估各科室年度手卫生依从性。

附件7：六步洗手法

A.1 在流动水下，使双手充分淋湿。

A.2 取适量肥皂(皂液)，均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。

A.3 认真揉搓双手至少15秒钟，应注意清洗双手所有皮肤，包括指背、指尖和指缝，具体揉搓步骤为：

A.3.1 掌心相对，手指并拢，相互揉搓，见图A.1。

A.3.2 手心对手背沿指缝相互揉搓，交换进行，见图A.2。

A.3.3 掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓，见图A.3。

A.3.4 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行，见图A.4。

A.3.5 右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行，见图 A.5。

A.3.6 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行，见图A.6。

A 4 在流动水下彻底冲净双手，擦干，取适量护手液护肤。

