

编者按：抗菌药物在人类战胜各种感染性疾病的过程中发挥了关键作用，但日益突出的多重耐药菌（MDRO）问题已给临床抗感染治疗带来了严峻挑战。如何有效减缓 MDRO 的产生，阻断 MDRO 传播，已引起医学界、政府与社会的广泛关注。为加强 MDRO 的医院感染管理，有效预防和控制其在医院内的产生和传播，保障患者的安全，众多专家参与完成了《多重耐药菌医院感染预防与控制中国专家共识》。共识旨在规范和指导我国 MDRO 医院感染的防控，提高我国 MDRO 感染防控水平。（中国感染控制杂志 .2015,14:1）

多重耐药菌医院感染防控中国共识发布

多重耐药菌监测、注意手卫生、合理使用抗菌药以降低医院感染

▲本报记者 苏宁宁

多重耐药菌监测是预防医院感染的重要部分

MDRO 指对通常敏感的常用的 3 类或 3 类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。临床常见的 MDRO 有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌、耐万古霉素肠球菌、产超广谱 β -内酰胺酶肠杆菌科细菌、耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌等。

医院内 MDRO 的传播源包括生物性和非生物性传播源。MDRO 感染患者及携带者是主要的生物性传播源。被 MDRO 污染的医疗器械、环境等构成非生物性传播源。传播途径呈多种形式，其中接触（包括媒介）传播是 MDRO 医院内传播的最重要途径；咳嗽、空调出风及其他产生飞沫或气溶胶的操作也可导致 MDRO 传播风险。

MDRO 感染的危险因素主要包括：老年、免疫功能低下、侵入性操作、

近期接受 ≥ 3 种抗菌药物治疗、既往多次或长期住院以及 MDRO 定植或感染史等。

MDRO 医院感染的危害主要体现在：感染患者病死率高、住院时间和重症监护病房时间延长、治疗费用增加、抗菌药物不良反应的风险增加以及成为传播源。

MDRO 监测是医院感染防控措施的重要组成部分。常用的监测方法包括日常监测、主动筛查和暴发监测。

共识指出，除科学研究需要，不建议常规开展环境 MDRO 监测，仅当有流行病学证据提示 MDRO 的传播可能与医疗环境污染相关时才进行监测。环境标本的采集通常包括患者床单位，手频繁接触的部位，可能接触患者的医护、陪护、清洁等人员的手等。



- ☆ 日常监测：包括临床标本和环境监测；
- ☆ 主动筛查：通过对无感染症状患者的标本（如鼻拭子、咽拭子等）进行培养、检测，发现定植者；
- ☆ 暴发监测：重点关注短时间内一定区域患者分离的同种同源 MDRO 及其感染情况。

感控绝不是感染科“一家事”

作为共识组专家，复旦大学附属中山医院感染性疾病科胡必杰教授直言，“我国公众对感染病防治知识的匮乏，与崛起的大国形象和国民素质很不相称，亟待重视。”

“临床中，抗菌药物的合理使用和有效管理，为什么这么难？”胡必杰教授解释，因为抗菌药物临床应用很复杂，感染疾病谱、病原菌耐药性、感染宿主的状态、抗菌药物供应等均在不断变化。

如果做到感染的有效控制，首先需确定引起医院感染的可能危险因素；其次进行干预，包括改变流程/方法、引进新技术减少或控制危险因素；最



胡必杰 教授

后才能实现预防和降低医院感染的发生。

胡必杰教授深刻体会到，“医院感染预防与控制，实际上是一门技术活、良心活。”他呼吁，我国抗菌药物管理，从粗放的限制到精准的科学，一定需要有多方面技术支撑！

新闻速递

我国流感成年住院患者抗病毒药物使用不足

近期，中国疾病预防控制中心传染病预防控制处冯录召等对我国 10 省（市）流感成年住院病例进行了分析，发现病例主要集中在 ≥ 65 岁组，流感疫苗接种率极低、抗病毒药物使用不足。（中华流行病学杂志 .2015, 36:216）

研究于 2009 年 12 月至 2014 年 6 月在中国 10 省（市）纳入 3 071 例严重急性呼吸道感染（SARI）患者，其中实验室确诊 240 例（7.8%）。结果发现，病例平均年龄为 63 岁， ≥ 65 岁老年人占 47.1%。144 例（60.0%）患有至少 1 种慢性基础性疾病，流感病例肺气肿比例（7.9%）高于非流感病例（3.8%），差异有统计学意义。

此外，19.4% 的流感育龄妇女为孕妇，240 例流感病例中仅有

1.1% 在过去一年接种过流感疫苗。流感住院病例中咽痛、呼吸困难所占比例高于非流感住院病例。17.5% 的流感病例收入重症监护室治疗，与非流感住院病例间的差异无统计学意义（ $P=0.160$ ）。

23.1% 的流感病例在发病后使用了抗病毒药物治疗，高于非流感住院组（4.8%），差异有统计学意义（ $P<0.001$ ）。流感住院病例中 41.5% 出现并发症，病毒性肺炎比例明显高于非流感组（ $P<0.001$ ）。

危险因素分析显示，发病入院时间 >7 d、患有哮喘、免疫抑制疾病、怀孕是流感重症的危险因素。

鉴于此，冯录召建议，应推荐孕妇、老年人、慢性病病例等高危人群每年进行流感疫苗预防接种，流感住院病例应及早应用抗病毒药物。

手卫生有效切断主要传播途径 降低院内感染率

手卫生能有效切断主要接触传播途径之一的经手传播病原体，降低患者医院感染发病率。共识指出，应按世界卫生组织（WHO）提出的 5 个时刻实施手卫生，即医务人员

在接触患者前、实施清洁/无菌操作前、接触患者后、接触患者血液/体液后以及接触患者环境后均应进行手卫生。手卫生方式包括洗手和手消毒。当手部有肉眼可见的污染物时，

应立即使用洗手液和流动水洗手，无可见污染物时推荐使用含醇类的速干手消毒剂进行擦手。

在安置 MDRO 感染/定植患者应尽量单间。无单间时，可将相同感染/

定植患者安置在同一房间。此外，隔离房间或隔离区域应有隔离标识，并有注意事项提示。隔离房间诊疗用品应专人专用。医务人员对患者实施诊疗护理操作时应采取标准预防。

合理使用抗菌药延缓和减少 MDRO 产生

共识指出，抗菌药物选择性压力是细菌产生耐药性的主要原因，合理、谨慎地使用抗菌药物可减轻抗菌药物选择性压力，延缓和减少 MDRO 的产生。对此，共识提出了抗菌药物合理应用的原则。

首先，要严格掌握应用指征，根据患者症状、体征及血尿常规等初步诊断为细菌性感染者；以

及经病原学检查，确诊为细菌性感染者，方有指征应用抗菌药物。由真菌、结核分枝杆菌等病原微生物所致的感染亦有指征应用抗菌药物。而缺乏上述感染证据，以及病毒性感染者均无指征应用抗菌药物。

其次，应尽早实施目标性治疗，即尽量在抗菌治疗前及时留取相应合格

标本送病原学检测，尽早查明感染源，争取目标性抗菌治疗。

另外，还需正确解读临床微生物检查结果。由于细菌耐药监测数据可能高于临床实际情况，需遵循以循证医学证据为基础的感染诊治指南，结合患者实际情况作出客观分析，合理选择抗菌药物治疗方案，减少广谱抗菌药物的

应用或联合使用抗菌药物。

此外还需根据抗菌谱、抗菌活性、药物经济学及药物药代动力学/药效动力学特点选择合适的抗菌药物、剂量、给药间隔、给药途径以及疗程。优先选择窄谱、高效、价廉的抗菌药物，避免无指征联合用药和局部用药，尽量减少不必要的静脉输注抗菌药物。