

# 广东省卫生健康委员会

特急

粤卫办医函〔2019〕21号

## 广东省卫生健康委办公室关于印发广东省 血透中心（室）感染防控指引的通知

各地级以上市卫生健康局（委），部属、省属驻穗医药院校附属医院，委直属医院，省疾病预防控制中心、省卫生监督所，省医院感染管理质控中心、省血液净化医疗质量控制中心：

为进一步加强血透中心（室）的感染防控工作，确保医疗安全，我委组织省医疗机构感染预防与控制专家组、省血液净化医疗质量控制中心制定了《广东省血透中心（室）感染防控指引》，现印发给你们，请遵照执行。

附件：广东省血透中心（室）感染防控指引



广东省卫生健康委办公室

2019年7月10日

附件

## 广东省血透中心（室）感染防控指引

### 一、组织管理

（一）建立血透中心（室）医疗机构感染防控管理团队。

成立医疗机构内感染防控管理小组，小组成员由科室负责人、护士长、感控医生、感控护士等组成。

（二）制定医疗机构内感染防控管理与培训制度。

制定医疗机构内感染防控小组管理制度，明确小组成员职责与分工。制定和落实医疗机构感染防控知识培训计划，包括血透中心（室）结构布局、隔离消毒、水质监测、空气与物表监测、个人防护、手卫生、传染病管理、医疗废物处置等，保存相应的培训及考核记录。

（三）加强自查。

每季度开展院-科两级自查，院级自查有记录、反馈，科室每季度开展自查。针对院-科两级自查发现的问题有总结、分析、整改、评价。

### 二、结构布局

血透中心（室）合理布局，清洁区和污染区及其通道必须分开。必须具备的功能区包括清洁区（医护人员办公室和生活区、水处理间、配液间、清洁库房）、半清洁区（透析准备室）和污染区。污染区包括透析治疗室（分别设立阴性治疗区和/或乙肝、丙

肝、梅毒等各类阳性治疗区)、候诊室、污物处理室等。

### 三、人员配置与资质

#### (一) 医生。

#### 1. 医疗机构血透室。

血透室负责人必须具备透析专业知识和血液透析工作经验。三级医院血透室的负责人应当由具备副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任，二级医院及其他医疗机构血透室的负责人应当具有中级以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。

血透室至少有2名执业医师，其中至少有1名具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格，其余医师应具有3个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历。20台血液透析机以上，每增加10台血液透析机至少增加1名执业医师。

#### 2. 独立透析中心。

独立透析中心负责人必须由固定的具有副高级职称及以上专业技术职务资格，且有5年以上血液透析工作经历的专职医师担任。

至少有2名具有执业医师资格的中级以上专业技术职称的医生，其中1名必须固定注册在本机构，且从事血液透析工作3年以上；1名固定或多点执业于本机构，且具有至少6个月以上在三级医院血液透析工作经历或者培训经历。每增加20台血液透析机至少增加1名固定注册在本机构的具有3年以上血液净化工作经历执业医师。

## （二）护士。

### 1. 医疗机构血透室。

应设置护士长或护理组长负责各项规章制度的督促落实和日常管理，应当具备一定透析护理工作经验。三级医院护士长应由中级以上专业技术职务任职资格；二级医院及其他医疗机构护士长或护理组长应当具有初级（师）以上专业技术职务任职资格。

护士具有至少3个月以上在三级医院血液透析工作经历或者培训经历。护士配备应根据透析机和患者的数量及透析室布局等合理安排，每个护士每班最多同时负责5台透析机的操作及观察。此外，每台CRRT机至少配备2名护士，每个护士每班最多同时负责2台CRRT机的操作及病人观察。

### 2. 独立透析中心。

护士长应当具有中级及以上专业技术职务任职资格，并从事血液透析护理与管理工作至少3年。至少有1名注册护士具有中级及以上专业技术职务任职资格，经过血液净化专科护士培训，并从事透析护理工作3年以上，其余护士必须具有3个月以上在三级医院血液透析工作经历或者培训经历。

每台血液透析机至少配备0.4名护士，每个护士每班最多同时负责5台透析机的操作及病人观察。

## （三）技师。

医疗机构血透室20台透析机以上的血透室应至少配备专职技师1名。独立透析中心应至少配备专职技师1名。技师需要具有中

专及以上学历，3个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历，具备机械和电子学知识及一定的医疗知识。

#### (四) 保洁员。

血透中心（室）应根据环境消毒隔离需求至少配置一名保洁员。建议每10台机器至少配置一名保洁员，并定期培训和考核，确保保洁员按科室要求规范操作，保障科室环境的整洁卫生。

### 四、人员管理

#### (一) 工作人员管理。

1. 应建立医务人员健康管理制度，如定期体检制度。
2. 工作人员上班时穿工作服（每日更换）、穿室内鞋，操作时加戴口罩、帽子、执行手卫生，为隔离患者操作需穿围裙，离开隔离区时须脱去围裙、手套。
3. 工作人员出现呼吸道感染、腹泻、皮肤感染等感染性疾病须及时就诊，科室根据病情需要做好排班调整，需要接触患者前须严格佩戴口罩、手套。
4. 每名护士每班负责照护的血液透析患者人数不超过5人，且相对集中、相对固定，HBsAg（+）和抗-HCV（+）患者的护理人员不能同时护理HBV和HCV易感者。
5. 工作人员须掌握职业暴露后的应急处理流程与上报流程。
6. 落实“全国血液净化病例信息登记系统”（[www.cnrds.net](http://www.cnrds.net)）的患者病例信息登记。用户名和密码向广东省血液净化质控中心（[zhikongzhongxin@126.com](mailto:zhikongzhongxin@126.com)）索要。

## （二）患者管理。

1. 建立患者档案。有血源性传播疾病的患者要在排班表、病历及相关文件中进行明确标识。

2. 初次透析或由其他透析中心转入的患者进行乙肝、丙肝、梅毒等感染指标的相关检查，每半年复查1次。对怀疑感染HBV或HCV，但标志物检测阴性者，应1-3个月后复查。当血液型传播病原体感染标志物初次检测阴性，再次检测呈阳性时，应报告院感科。

3. 乙肝、丙肝、梅毒感染患者在各自隔离透析治疗间或区进行专机透析，室内各种物品专用，护士相对固定。

4. 预检分诊时发现患者有不明原因发热、腹泻、呼吸道感染、麻疹、水痘、疥疮、皮疹等感染性疾病，根据具体情况转诊感染科或单间隔离透析。

5. 急诊患者在过渡区透析，待血源性传播病原体感染标志物检测结果明确后再做安排。

## 五、手卫生设施与要求

（一）各区域配备有手卫生设施。设置感应式水龙头，且功能良好。

（二）洗手池应设有洗手液、擦手纸，张贴六步洗手图、标准预防指引。洗手池每日至少使用500mg/L含氯消毒剂刷洗一次。

（三）治疗车、床单位处设有快速手消毒剂，并确保在有效期内。

(四) 接触患者前后、进行无菌操作前、接触血液或体液前、接触隔离的患者及其周围区域后，必须执行手卫生。

## 六、无菌物品、耗材与用药管理

(一) 针头禁止共用；注射器不同病人间不得共用，同一病人同一瓶（袋）连续加药可共用。置换液补液管须一人一用一更换。

(二) 抗菌药物、注射用水、生理盐水、肝素盐水、低分子肝素等药物禁止共用。

(三) 抽出的药液和配制好的静脉输注用的无菌液体，放置时间不应超过2小时；启封抽吸的各种溶媒不应超过24小时；开封后备用的注射器等须置于无菌盘内，无菌盘4小时更换1次。

(四) 无菌棉球、纱布等灭菌包一经打开，使用不应超过24小时，无菌持物钳使用时间不应超过4小时。

(五) 各种消毒剂及浓缩液开启后注明开启日期与有效日期，并在有效期内使用。

(六) 有透析器的提取使用流程与登记制度，透析器的入库、出库及使用后处理均有记录，且数量相符。

## 七、透析治疗室消毒隔离

(一) 空气。每班通风1-2次，每次不少于30分钟。不建议对空气进行常规消毒，如需消毒，可开启空气净化消毒设备进行连续性消毒，无人情况下，可选用紫外线照射消毒。

(二) 地面。每班透析结束后用 500mg/L（明显的血液、体

液污染时用 2000mg/L) 含氯消毒剂拖拭。

(三) 物表。床栏、记录台、椅子、治疗车等物表每班透析结束后用 500mg/L 擦拭消毒。

(四) 用品。床单、被套、枕套等物品一人一用一更换，床垫、被芯、枕芯有体液、血液污染时，应消毒。每位特殊感染患者（疥疮、多重耐药菌感染患者等）使用后的床垫、被芯、枕芯等应消毒。

(五) 透析机外部。每日清洁擦拭透析机机箱的外部表面和带有底轮的机座，每周彻底清洁擦拭透析机的所有物体表面，清洗空气过滤网。隔离透析患者每次透析结束后，用 $\geq 500\text{mg/L}$  含氯消毒剂（或机器规定使用的消毒剂）按上面、前面、侧面的顺序进行擦拭（当受到明显血液污染时，先擦拭清洁干净后再消毒），再用清水擦拭。

(六) 透析机内部管路。每次透析结束后进行内部管路消毒（根据透析机供应商建议选用消毒方式与消毒剂）。每月对设备消毒剂进行检测，包括消毒剂的浓度和设备消毒剂的参与浓度等。透析治疗中如果血液污染到透析机，应立即消毒。每次透析治疗结束后应拆除所有的管路系统，仔细检查每个压力传感器是否干净，确认无任何异物或血渍等污物黏附，并使用消毒剂擦拭操作人员手接触的部位，如按键、旋钮泵门等。

(七) 非隔离区的除颤仪、心电图等接触患者的部位每位患者用后应进行消毒，血压计袖带、听诊器治疗车等应每天清洁，

被污染时应及时清洁与消毒。隔离区的除颤仪、心电图等接触患者的部位每位患者用后应进行消毒，血压计袖带、听诊器治疗车等应每次消毒。使用 500mg/L 含氯消毒剂或 1000mg/L-2000mg/L 季铵盐消毒液擦拭消毒（隔离区与非隔离区禁止混用）。

（八）不同区域的透析机、治疗车等应有标识，隔离区与非隔离区禁止交叉使用。

## **八、水处理系统与透析液使用及配制管理**

（一）水处理间和配液室独立、上锁，无关人员禁止入内。

（二）建有水处理及配液系统管理档案，至少包括日常工作记录、消毒和冲洗记录、问题和维修记录等，工程师按要求做好水处理系统维护、保养与设备更换记录。

（三）定期（根据水质检测结果以及供应商要求制订适宜周期）对反渗透机和输水管理路进行消毒（化学消毒须检测消毒液残留浓度），并有记录。

（四）浓缩液配制或开启后的保存时间：A 液不超过 7 日，B 液不超过 24 小时。

## **九、清洁工具与医疗废物管理**

（一）擦拭物体表面的抹布，每个透析单元一用一更换（隔离区与非隔离区须使用颜色区分），擦拭地面的地拖与桶各隔离区须专用，有明显区域标识。

（二）抹布、地拖、地拖桶消毒使用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟，清水冲洗后分开挂放晾干。

(三) 医疗废物桶有标识、加盖。患者产生的废物使用双层黄色垃圾袋收集打包后按感染性废物处理。

(四) 盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时, 应当使用有效的封口方式, 使包装物或者容器的封口紧实、严密, 医疗废物包装物或者容器贴标签, 标签内容包括垃圾类别、产生部门、产生日期、重量等。

(五) 建立医疗废物交接台账, 交接医疗废物时称重, 双方确认签名, 医疗废物交接登记重量与袋数, 无漏项, 字迹清晰, 数字要大写。登记本保存 3 年。

(六) 设有血袋收集桶和血袋交接记录。

## 十、感染监测

(一) 感染病例监测。

执行预检分诊工作, 发现患者有不明原因发热、腹泻、呼吸道感染、麻疹、水痘、疥疮、皮疹等感染性疾病, 根据具体情况做好转诊或隔离工作。室内如果短时间内出现三例及三例以上临床症状相似、怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例, 立即报告医院感染管理部门。

(二) 环境卫生学监测。

按 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》, 至少每季度对物体表面、医务人员手和空气进行消毒效果监测, 空气平均菌落数 $\leq 4\text{cfu}/(5\text{min}.9\text{cm}^2)$ , 物表平均菌落数 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ , 工作人员手细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ , 结果超标时, 需查找原因做好

改进工作后重新采样监测。

### （三）透析用水监测。

1. 反渗水和透析液细菌计数：每月监测， $< 100\text{cfu/ml}$  为合格，当结果  $> 50\text{cfu/ml}$  时，应该干预。

2. 反渗水和透析液内毒素：每季度监测，反渗水  $< 0.25\text{EU/ml}$  为合格，当结果  $> 0.125\text{EU/ml}$  应干预；透析液  $< 0.5\text{EU/ml}$  为合格，当结果  $> 0.25\text{EU/ml}$  应干预。

3. 置换液细菌计数：每月监测， $< 1 \times 10^{-6}\text{cfu/ml}$  为合格。

4. 置换液内毒素：每季度监测， $< 0.03\text{EU/ml}$  为合格。

5. 制定“反渗水与透析液细菌、内毒素超标处理流程”，以上结果不达标时须及时执行停机和做好复查工作，建议 3 次复查结果合格后机器方能启用，科内开展原因分析，写出整改措施。

### （四）残留消毒剂监测。

透析设备与复用透析液容器消毒剂的残留量：过氧乙酸  $< 1 \times 10^{-6}$ ，总氯  $< 0.1\text{mg/L}$ 。



公开方式：依申请公开

---

校对：医政医管处 李俐辉

(共印 8 份)

