



国家儿童区域医疗中心(西北)
西安交通大学 附属儿童医院
陕西省儿童医学中心
西安市儿童医院

当“标准”遇上“临床”

妇儿感控困惑面对面与解决方案

张海金

2026.9.9



目录

C O N T E N T S

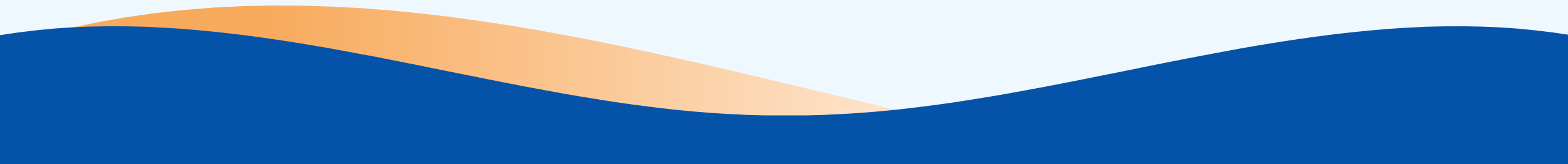
01 引言

02 困惑与解决方案

03 落地实践的过程

04 下一阶段重点工作

05 总结与展望



PART 01

引言

2026，开启妇儿感控的“标准元年”

引言

2026，妇儿感控的 “标准元年”

这不仅是行业发展的里程碑节点，更是妇儿感控从经验管理迈向标准化、精细化的全新起点。政策的完善与标准的落地，将为守护母婴安全构筑起更为坚实的防线，引领妇幼健康事业迈入高质量发展的新征程。

2025年7月30日——14项标准集中发布

01 政策背景与权威发布



发布时间

2025年7月30日
国家卫健委发布

实施时间

2026年2月1日
全国正式实施

历史意义

中国感控史
发布最密集之年

02 妇儿机构密切相关的核心标准

WS/T 859-2025

新生儿病区医院感染
预防与控制标准

★ 行业首创：首部新生儿感控专项标准，填补空白

WS/T 524-2025

医院感染暴发
控制标准

★ 重磅升级：全面替代2016版，强化暴发应急处置

WS/T 857-2025

医院感染病例判定
标准：通用原则

★ 统一标尺：首次规范判定标准，解决界定难题

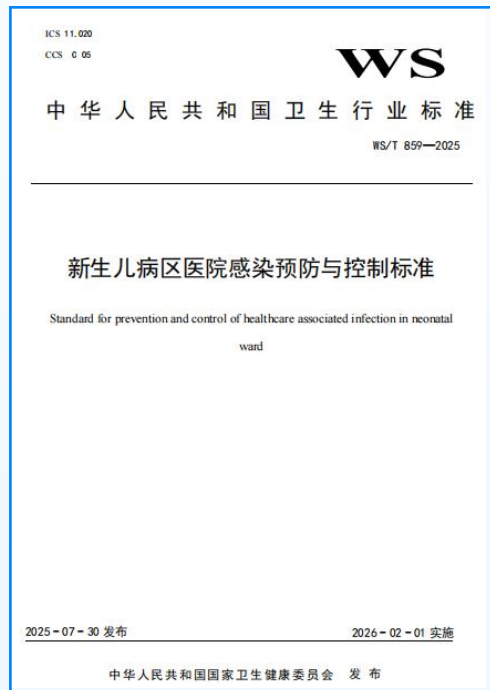
WS/T 860-2025

重点部门感染预防
与控制通用标准

★ 管理大纲：覆盖产房、新生儿病房等关键区域

标准已来，重在落地

从“纸面”的规范条文到“地面”的真实执行，标准落地的过程中究竟面临哪些挑战？本报告将围绕四个核心维度，剖析现状、寻找破局之道。



01 过程 · 实践回顾

复盘标准推行的全流程，梳理从认知、试点到推广的关键节点与真实经历。

02 困惑 · 痛点剖析

直面硬件设施限制、人员行为惯性及监测能力不足等阻碍落地的现实难题。

03 对策 · 破局路径

从管理机制优化、技术手段赋能、全员培训宣贯等维度，构建系统化解解决方案。

04 方向 · 未来展望

明确标准化建设的具体内容，规划下一阶段的重点任务与持续改进方向。

PART 02

困惑与破局之道

标准落地过程中的现实卡点和解决方案

落地中的困惑卡点

—— 我们卡在哪里？四大核心痛点深度剖析

卡点 1 | 硬件短板

老病区空间设施，难以快速匹配新标准

卡点 2 | 协同壁垒

跨科室联动不足，主动风险防控难落地

卡点 3 | 边界模糊

新概念理解不一，执行尺度难以统一

卡点 4 | 知行分离

人员固有习惯难改变，知易行难

现实困境：新标准对新生儿病区硬件提出更高要求，但老旧院区建筑格局固化，改造涉及结构拆改与管线迁移，工期长、费用高，基层医院普遍面临资金、空间、人力三重制约，难以一步到位。

标准要求	现实差距	卡在哪？
设置独立隔离室与过渡间	现有房间数量不足，无预留改造空间	建筑格局已定，结构拆改成本极高
洗手设施配置必须达标	管道井位置固定，无法就近增设点位	涉及整层给排水改造，工程量巨大
洁污流线 with 医患区域严格划分	病区面积狭小，物理空间分区困难	床位扩张需求与感控标准难以兼顾

硬骨头，啃不动，但不能不啃 —— 关键是怎么啃

解决方案

01 分步分区

- 先设立独立区域
- 单独隔离室纳入远期规划

02 流程优化

- 调整人员排班，特殊患者特殊管理
- 减少人员跨区域流动

03 行为干预

- 适当调整手卫生范围及频次
- 环境物表的清洁消毒顺序

04 向上管理

- 感控数据折算经济效益
- 争取获得远方认可支持

不求一步到位，但求日进一步 —— 用时间换空间，用管理补硬件，用数据赢支持。

跨部门协同，职责边界模糊



涉及医疗、护理、后勤、设备、信息等多领域，部门间职责交叉点多，易出现推诿扯皮现象。

沟通机制缺失，信息传递不畅



缺乏常态化的沟通渠道与议事规则，信息传递滞后，问题响应效率低下，难以形成合力。

感控科“单打独斗”，推动力弱



仅靠感控科单向推动，缺乏全院层面的统筹，难以调动各部门的主动性与资源支持。

案例——NICU扩建风波 “各说各话” 的四角困局

项目背景：医院启动NICU扩建工程以应对新生儿救治需求。设计初稿完成后，因涉及医疗安全、工程可行性、护理效率与临床收治的多重诉求冲突，四方陷入“谁都有理、互不让步”的协调僵局，三次专题会议均未达成共识。

01 院感办 · 安全红线

诉求：至少2间隔离室+过渡间

理由：不同病原体需物理硬隔离，新转入患儿必须经过过渡观察，杜绝交叉感染风险。

02 基建科 · 工程现实

诉求：维持1间隔离室现状

理由：楼体结构已定型，增建涉及墙体拆改与新风系统重构，工期将被迫延长3个月以上。

03 护理部 · 效率与安全

诉求：调整护士站消除视野死角

理由：现有设计导致夜间单人值班无法覆盖最内侧暖箱，存在巡视盲区，增加医疗风险。

04 临床科 · 收治刚需

诉求：确保普通床位数量不减

理由：年底为患儿就诊高峰，若过多空间用于隔离，将严重挤占常规救治空间，影响接诊。

方案一：三维评估框架——拿什么统一共识？

评估方案	标准合规性	临床必要性	资源可行性	综合判定
方案A 2间隔离室	★★★★★ 完全合规	★★★★★ 双病原体隔离	★★☆☆☆ 成本高/工期长	标准最优 资源不可行
方案B 1隔+1过渡	★★★★☆ 基本合规	★★★★☆ 覆盖多数场景	★★★★☆ 成本可控	☑综合最优
方案C 仅1间隔离室	★★☆☆☆ 混住风险高	★★☆☆☆ 无法分区	★★★★★ 成本最低	✖否决

评估核心原则

严守“应”的合规红线，对“宜”的条款结合资源与临床需求灵活评估。摒弃单一维度的本位主义，用三维标尺实现跨部门价值对齐。

方案二： 五步协作流程——分歧怎么裁决？

步骤	环节	责任主体	关键动作与产出
01	发起议题	问题发现方	提交书面议题，附行业标准依据及初步整改建议草案。
02	多维评估	相关科室并行	出具“三维评估表”：合规性意见+临床可行性+资源支持度。
03	最终裁决	控感委/院长	综合权衡，明确“红线要求”与“弹性妥协空间”，一锤定音。
04	协同执行	主责科室牵头	制定落地计划，跨科室资源调配，按节点推进实施。
05	闭环追踪	控感办	全流程进度监控，效果验收与复盘，确保问题彻底解决。

方案三：机制固化——用“三个一”让协作不卡顿

01 一个牵头人：明确责任主体

执行动作：

重大项目必须指定唯一牵头人

牵头人优选院感委员会成员或科室感控小组组长，确保专业权威与高效执行。

02 一套议事规则：规范决策流程

执行动作：

建立院感委员会月度例会制

凡涉及资源投入、流程变更的协作事项，必须上会审议并形成书面决议。

03 一张追踪表：狠抓落地闭环

执行动作：

建立协作任务追踪表

明确“责任人、完成时限、当前状态”，实行每月进度通报与动态更新。

三策闭环——从“各说各话”到“合力攻坚”



01 三维评估框架·对话的“通用语言”

打破“各说各话”的壁垒，建立“标准+临床+资源”的统一决策基准，让跨部门沟通拥有共同的价值标尺与判断逻辑。

02 五步协作流程·执行的“清晰路径”

规范“发起→评估→决策→执行→追踪”全链路动作，明确各节点权责，解决职责不清与分歧无裁决痛点，实现协作过程的有序推进。

03 机制固化·体系的“稳定保障”

通过“关键角色定责+三项核心制度”落地，将协作规则制度化、常态化，告别“人治”式协调，确保体系长效稳定运转。

现实困境：标准中“宜”“应”“必须”等不同层级表述，导致执行力度难以统一量化

- 4.1.3 诊疗区应设置独立的隔离室/区，感染同种病原体的患儿可安置于一室
- 4.1.4 宜设置过渡间/区，安置尚未排除感染的新转入患儿

——《新生儿病区医院感染预防与控制标准》

临床落地中的三大执行争议与现实困境

“独立”的边界究竟在哪？

“独立隔离室”缺乏量化细则：是必须带独立卫生间的物理隔离，还是仅用屏风分隔的区域？检查判定无据可依，导致执行标准因人而异，极易引发分歧。

“宜”不算违规吗？

“宜”的条款缺乏强制力，当床位紧张无法设置过渡间时，“条件许可”由谁判定？院感要求与临床现实的博弈，让标准落地陷入“无法执行”的僵局。

资源不足时如何抉择？

单间隔离室遇到多种耐药菌患儿同时入院时，标准未明确优先级。严格执行分室隔离与现实承载力的矛盾，让医护面临合规与救治的两难抉择。

方案——细则化、本地化、培训化

01 细则化：给原则装上“刻度”

4.1.3 “独立”隔离室→我们明确：独立房间+独立洗手+专用物品+卫生指标+弹性替代方案

02 本地化：院标底线，一科一策落地

4.1.4 “宜设”过渡间→各科室因地制宜：有空间者设独立过渡间 / 空间紧张者指定末端病房可转换 / 无空间者走廊隔帘

03 培训化：用场景训练“盘活”标准

采用情景演练模式：2名多重耐药菌感染患者，只有一间隔离病房，如何安置？

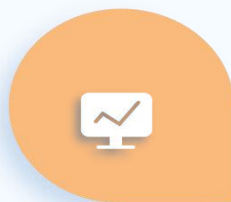
核心思路：把“模糊地带”变“清晰规则”，检查有据可查，执行有章可循，质控有尺可量。

现实困境

标准明确要求：医务人员实施手卫生的范围应覆盖婴儿空间。但改变固有习惯最难，侥幸心理与形式主义惯性依然存在，让制度执行打折扣，成为院感防控的潜在隐患。

01 手卫生不规范

知道“两前三后”要洗手，忙起来直接戴手套就上。



02 操作流程简化

知道标准流程有五个步骤，赶时间只做三步



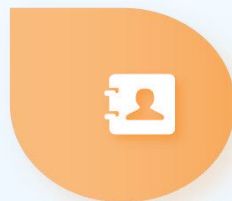
03 记录不及时

知道“做后即记”，先忙别的回头再补，一补就漏



04 风险评估走过场

知道入院要评估，忙起来“看一眼就过”，不按清单逐项核对



解决方案：数据反馈 → 上行下效 → 标杆引领 → 习惯强化

01 数据说话，打破侥幸

微生物采样结果同步至科室，用直观数据替代口头提醒

02 领导带头，上行下效

科主任、护士长率先垂范，扩大手消毒范围与时机，形成 "头雁效应"

03 柔性引导，正向激励

设立 "感控之星"，公开表扬规范执行的标杆人物，营造争先氛围

04 反复强化，形成本能

晨会每日推送感控小知识，将防控要求融入日常细节，变 "刻意遵守" 为 "肌肉记忆"

PART 03

落地实践过程

回顾推进标准落地的关键节点与执行全貌

落地实践的过程

我们经历了什么

01 学标准

让全员先知道“标准是什么、为什么重要”

02 定方案

把“上级标准”转化为“我的标准”，解决“拿来主义”导致的水土不服

03 推落地

让标准从纸上走到行动上，解决“知易行难”的痛点

04 见实效

用事实证明标准落地的价值，让成效说话，从而让坚持成为自觉

第一步——从“学标准”到“对标准”

精准识别问题，锚定整改方向

关键标准条款	当前实际现状	差距判定与整改重点	对标
婴儿空间概念	实施手卫生的范围未覆盖婴儿空间	需强化培训，将婴儿空间纳入手卫生范围	未覆盖
手卫生消毒范围	工作人员手前臂进入暖箱操作，卫生手消毒不足以满足目前工作防控要求	手前臂污染风险较大，应扩大消毒范围	自我加码
患儿终末消毒	患儿在院内医技科室检查未更换包单等织物	梳理流程要素，扩大终末处置的适用范围	自我加码

第二步——从“对标准”到“定方案”

拆解方案细则

明确婴儿空间

- 直接接触部分
与婴儿身体直接接触的物品，
包括：婴儿床/暖箱/包被
- 间接接触部分
通过导联线或管路与婴儿身体
间接接触的仪器设备表面，包
括：心电监护仪/脑功能监测仪/
输液管路/体腔引流管路

厘清扩大手消毒范围

- 谁来做
凡是进入暖箱操作的工作人员
必须执行扩大手消毒
- 怎么做
在执行卫生手消毒/洗手过程
中揉搓范围增至前臂，要求旋
转揉搓

细化扩大终末消毒流程

- 患儿完成外出检查返回病区时，
不应直接推床进入病区公共区域
- 应在过渡间/区或指定的处置区
域进行交接
- 在此区域完成患儿状态的初步评
估及包单、织物的更换

第三步——从“定方案”到“推落地”

培训- 接口- 督导，构建标准落地实施路径

01 培训先行

不只停留在“讲标准”的表面，更深入“讲为什么”。让医护人员理解每一条规范背后科学依据与临床价值，让标准内化为职业习惯。

02 接口驱动

专攻科室与科室之间的协作环节，如床旁超声/床旁心电图/会诊人员等相关接口科室的工作人员行为管理。

03 督导常态化

将标准执行情况与绩效考核直接挂钩。坚持奖惩分明，以制度的刚性约束和正向激励，保障方案落地不走样。

第四步——从“推落地”到“见成效”

我们的阶段性成效

01. 新生儿病区**婴儿空间**手卫生依从性

实施前48% → 实施后 93%

▲ **45%** 医护行为习惯化，从“要我做”到“我要做”

02. 外出检查**包单织物**更换率

实施前 15% → 实施后 98%

▲ **83%** 清洁流程标准化，彻底杜绝“经验主义”

03. 手消毒**扩大范围**执行正确率

实施前 0% → 实施后 85%

▲ **85%** 院感防控零容忍，落实“强化手卫生”

04. 新生儿**腹泻日**感染发病率

实施前 2.6‰ → 实施后 0.8‰

▲ **69.2%** 每 1000 个住院日减少 1.8 例肠道感染

PART 04

下一阶段重点工作

明确目标任务，规划未来的实施路线图

接下来的重点工作

基础框架已跑通，下一步聚焦三件事

01 体系深化

核心动作：基于运行数据动态迭代风险清单，优化评估指标。

预期产出：实现隐患全覆盖。

02 数据驱动

核心动作：建立“监测-分析-反馈-改进”闭环。

预期成果：形成可视化月度数据简报，推动科室质量持续改进。

03 能力内化

核心动作：主任护士长牵头组织，采取多种培训方式。

考核指标：确保全员考核通过率 $\geq 90\%$ 。

方向一：体系深化——让风险清单“活”起来

核心痛点：病区环境与诊疗模式动态变化，静态风险清单无法持续匹配临床实际风险场景。

01 动态新增风险项

基于运行数据、不良事件根因分析及新技术引入，及时补充新发现的潜在风险点，填补监控盲区。

02 动态调整风险等级

根据风险发生概率和后果严重程度的变化，实时升降风险等级，确保管理资源向高风险项倾斜。

03 清理冗余低风险项

移除已通过标准化措施有效控制的低风险项，避免清单冗长臃肿，提升执行效率与依从性。

风险评估实施路径

每月汇总监测数据形成趋势报告；每季度召开跨部门评审会，结合一线反馈修订清单，发布迭代版本。

方向二：数据驱动——让数据“开口说话”

核心痛点：当前数据存在“抓而不用”的现象，往往只做简单的统计罗列，却缺乏深度分析。这些数据如同“陈列品”般被束之高阁，未能成为指导临床决策和改进的“导航仪”。

01 核心感染指标

重点监测医院感染发病率、CLABSI（中心静脉导管相关血流感染）、VAP（呼吸机相关性肺炎）等核心指标

02 关键过程指标

紧盯手卫生依从性、防控措施落实依从性、导管使用率

数据闭环改进链路

数据采集



趋势分析



风险预警



根因排查



干预改进



效果再评

方向三：能力内化——让规范成为本能

核心痛点：面对新员工入职、岗位轮换与知识快速迭代，传统的一次性培训难以解决长期的能力断层问题。唯有将安全规范内化为职业本能，才能构建起持续稳固的安全防线。

01 工具实操规范

风险评估清单、操作清单的使用方法

02 临床数据素养

医院感染数据解读与质量指标分析

03 典型案例复盘

精选典型真实案例，组织全科深度复盘讨论

拒绝形式化培训，让能力成为本能，让规范融入日常，真正筑牢安全防线。

三件事，一个闭环

体系深化

关键动作：建立医院感染风险识别动态清单机制把标准条款拆解为本院可执行的制度、核查表，持续优化感控工具，

数据驱动

关键动作：搭建院感核心指标监测体系，用数据去挖掘感控措施执行不到位的根因。



能力内化

关键动作：开展常态化院感技能培训，把标准的要求内化为医务人员日常操作行为。

没有体系，数据就失去了附着的骨架；没有数据，改进就失去了科学的方向；没有能力，一切规划都只是空中楼阁。三者同步推进，方能形成管理的正向闭环，缺一不可。

PART 05

总 结

在探索中沉淀经验，在前行中持续成长

总结

四大困惑

- 硬件改造与设施升级的现实难题
- 跨科室多部门协同机制的缺失
- 对标准规范理解与执行的偏差
- 医护人员行为习惯的长期固化

四大措施

- 三维评估框架
- 五布协作流程
- 立足现状，不贪大求全
- 执行必闭环，隐患必追踪

三大方向

- 运用风险清单动态迭代进行体系深化
- 数据驱动质控指标的监测与改进
- 全员能力的常态化提升



➤ **标准·不妥协**

➤ **临床·不脱节**

➤ **对话·不止步**



国家儿童区域医疗中心(西北)
西安交通大学 附属儿童医院
陕西省儿童医学中心
西安市儿童医院

敬请批评指正

感谢聆听

汇报人：张海金

zhanghaijin16@163.com