

如何提高洗手率？！

編輯部

洗手無庸置疑的是為預防病原菌的散播，以降低院內感染的發生，誠如大家所知，一般人手上會有暫時性菌叢(transient flora；大多為格蘭氏陰性菌，不易在皮膚上存活被認為是非移生菌)及固有性菌叢(resident flora；如 CoNS, *Corynebacterium*, *Propionibacterium*, *Acinetobacter* 或許還有一些 *Enterobacteriaceae*)，而洗手就為了減少這些手上的暫時性及固有性菌叢；另外依臨床上不同的醫療行為又將洗手分一般洗手及外科刷手，一般洗手的作用是洗掉肉眼看得見的髒污及減少手上的暫時性菌叢(例如：幫病人量血壓，換床單時可使用清潔劑洗手；作侵入性治療時，例如：置放留置針、插中心靜脈導管時以消毒劑洗手)，刷手顧名思義是手術前醫護人員的洗手，對於傳統的刷手時間建議為五分鐘，後續的每一台刀間的刷手時間可以較第一次短，但此一說法尚有一些爭議[1]。1999 CDC 預防手術傷口感染指引建議手術前刷手至少 2 分鐘的效用與傳統的 10 分鐘刷手效用是一樣的，但最好的刷手時間未知。

臨床上感染控制師比較擔心的是一般洗手於臨床上的執行率不高，根據國外的統計洗手於臨床上的執行率很少超出 40%[2]。在探討洗手的執行率之前，應該先了解何時該洗手？根據 CDC guideline 的建議下列情況下應該要洗手：1.照顧病人前後 2.病人間 3.侵入治療前 4.從髒到乾淨的醫療措施 5.移除手套後 6.其他[3]。而一般洗手要如何執行才算有效洗手？簡列洗手步驟如下：

一、潤濕手、取皂液

二、搓揉 10~15 秒

三、沖水

經過取皂、搓揉、沖水，再加上來回於洗手槽的時間，文獻指出平均洗一次手需耗費 61.7 秒，相較於酒精性消毒劑(alcoholic hand disinfection：AHD)可置放於床緣，需要時馬上可取得搓揉後即完成洗手，且只需 20 秒，這也難怪文獻上指出傳統洗手的執行率小於 40%，而以 AHD 洗手的執行率卻可高達 100%。使用 AHD 雖有其省時的益處但它只能用於手上未被血或其他物質沾污時，而它的一些缺點是我們在選用時必須考量的，如 AHD 缺乏殘存的抗菌效果及會留下黏黏的感覺，且容易使皮膚乾裂[4](皮膚乾裂將使手上易窩藏細菌且洗手時不易移除[1])。

因傳統洗手的執行率不高，Larson 等試著以 Green 等人提出的衛生教育診斷模式(PRECEDE Model; predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis)來探討其原因，將其措施分：1.素質要因(predisposing)：知識、態度、價值觀念(例如口頭、錄影帶教育)；2.使能要因(enabling)：技術及設備(例如水槽設備的裝置、使用自動給皂及給水時間的控制)；3.輔強要因(reinforcing)：同儕支持與回饋單位主管支持(例如將洗手率反應給病房由同事間互相監督)[3]。

讀者可以從上列三個方向評估自己醫院內促進洗手該從那方面採取措施最合乎經濟效益，有研究指出從教育方面著手可看到立即效益，但卻缺乏持久性，所以要定期教育措施方能有其效果，但可能是耗時也費錢的；另外一種藉由觀察病房洗手正確度將不正確率回饋給病房的方法，其起始效果不明顯但卻較持久[5]。另外 Wenzel 等建議要促進洗手可先建立角色模式 (role model)再以行銷的手法來推行，或藉由病人或病人家屬提醒醫護人員洗手(此一方法在國內可能因國情的關係較難實行)，文中提到可將洗手的觀念納入社會觀念中藉此產生社會壓力促進洗手[6]。

[譯者評]洗手！這個預防院內感染最簡單、最經濟的方法，在你我的提倡下，它實際在臨床上的執行率究竟如何？在什麼情況下該洗手？怎麼洗才是有效洗手？我們該如何監測它？如何提高洗手率？希望藉由文獻的探討使我們更有助力的推行洗手。因為增加洗手率並非只是個人因素，還包括硬體設備、同儕因素、醫院政策..等，若要促進洗手，應先將何時要洗手、如何有效洗手？明確的告知臨床人員，之後接著監測洗手率，若不高再進行評估不能確實執行的原因，再就現有資源評估應採用何種措施以促進洗手率。[王秀華摘評]

參考文獻

- 1.Larson EL: APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control* 1995; 23: 251-69.
- 2.Graham M: Frequency and duration of handwashing in an intensive care unit. *Am J Infect Control* 1990; 18: 77-81.
- 3.Larson EL, Bryan JL, Adler LM, Blane C: A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Am J Infect Control* 1997; 25: 3-10.
- 4.Voss A, Widmer AF: No time for handwashing!?! handwashing versus alcoholic rub: can we afford 100% compliance? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 205-8.
- 5.Moongtui W, Gauthier DK, Turner JG: Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thia health care workers. *Am J Infect Control* 2000; 28: 365-9.
- 6.Wenzel RP, Pfaller MA: Handwashing: efficacy versus acceptance. A brief essay. *J Hosp Infect*, 1991; 18: 65-8.