

مطالب آموزشی کنترل عفونت

✓ عفونت بیمارستانی

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که :

1- حداقل 48-72 ساعت بعد از پذیرش در بیمارستان ایجاد شود.

2- در زمان پذیرش ، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.

3- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد با توجه به اینکه بیشتر از 80٪ عفونتهای بیمارستانی را عفونتهای ادراری ، زخم های جراحی ، تنفسی ، خونی ، مننژیت تشکیل می دهد، داده های مربوط به این پنج عفونت از تمامی بیمارستانها جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد، لازم به ذکر است در کلیه موارد تشخیص و تایید عفونت توسط پزشک الزامی است.

علائم: عفونت تنفسی - عفونت ادراری - عفونت محل جراحی - عفونت خونی

- مننژیت

❖ عفونت محل جراحی:

عفونت مربوط به عمل جراحی که طی 30 روز بروز کرده باشد در صورتی که

هیچ جسم خارجی (implant) در محل قرار داده نشده باشد، یا طی سه ماه

بروز کرده باشد در صورت وجود (implant) .

علائم:

✓ ترشح چرکی از محل برش

✓ حساسیت محل

✓ قرمزی - تورم - درد

✓ تب بالای 38 درجه

❖ علائم عفونت تنفسی:

✓ افزایش ترشحات خلط

✓ بی ثباتی استرنوم

✓ تنگی نفس

✓ رال / صداهای تنفسی برونکیال

✓ سرفه

✓ هموپتزی

✓ ویزینگ

❖ علائم عفونت ادراری:

✓ اولیگوری (کمتر از 20 سی سی در ساعت)

✓ تکررادرار (frequency)

✓ سوزش ادراری (disuria)

✓ فوریت ادراری (urgency)

❖ عفونت خونی یا سپسیس:

✓ دمای بالای 38 درجه یا کمتر از 36 درجه سانتیگراد

✓ افت فشار (فشار سیستولیک 90)

✓ اولیگوری کمتر از 20 سی سی در ساعت

✓ تاکی پنه و تاکی کاردیا

5 موقیعت بهداشت دست طبق پروتکل WHO

✓ 1- قبل از تماس با بیمار

✓ 2- بعد از تماس با بیمار

✓ 3- بعد از انجام هر پروسیجر آسپتیک و تمیز

✓ 4- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

✓ 5- بعد از تماس با خون و مواد ترشچی و آلودگی واضح در دستها و

بعد از درآوردن دستکش Hand Washing الزامی است .

مدت زمان شستن دست

مدت زمان شستن دست با آب و صابون: 40 - 60 ثانیه

مدت زمان شستن دست با مایع هندراب: 20-30 ثانیه

مدت زمان اسکراب جراحی: 3-5 دقیقه

انواع احتیاط

1- احتیاط استاندارد

2- احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری

1- احتیاط استاندارد Standard Precautions

• احتیاط های استاندارد باید هنگام مراقبت از:

- تمام بیماران بستری در بیمارستان بکار گرفته شوند.
- شامل: شستن دستها، استفاده صحیح از دستکش، استفاده از وسایل حفاظت فردی، رعایت موازین تزریق ایمن، دفع صحیح پسماندها، استفاده مناسب از سفتی باکسها، پیشگیری از نیدل استیک، رعایت آداب سرفه و ...

2- احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری

بر اساس نوع بیماری احتیاطات مربوطه متفاوت خواهد بود

انواع ایزولاسیون:

- ✓ ایزوله تنفسی (هوائی)
- ✓ ایزوله قطره ای
- ✓ ایزوله تماسی

ایزوله تنفسی انتقال ویروسها از طریق هوا

❖ بیماریهای منتقله از راه تنفس:

- ✓ سل ریه یا حنجره
- ✓ سرخک
- ✓ آبله مرغان یا زونای منتشر

□ مهمترین وسیله حفاظتی: ماسک N95

اصول مقابله با بیمارهای تنفسی

ایزوله کردن بیمار
استفاده از ماسک فیلتردار N95
بسته بودن درب اتاق بیمار
رعایت بهداشت دست

ایزوله قطره ای

انتقال ویروسها از طریق ترشحات و قطرات
❖ بیماریها بیماریهای منتقله از راه قطرات شامل:

اوربون
مننژیت

تب سرفه و ارتشاح ریوی
کوروناویروس

ابولا
آنفلوانزا

□ مهمترین وسیله حفاظتی: ماسک، عینک، گان

اصول مقابله با بیمارهای منتقله از راه قطرات

بستری بیمار در اتاق ایزوله

استفاده از ماسک، عینک، گان مخصوص بیمار

رعایت بهداشت دست

در صورت نبود اتاق ایزوله می توان بیماران را به صورت ((کوهورت)) بستری کرد.
فاصله بین دو بیمار در ایزوله قطره ای کمتر از یک متر نباشد.

ایزوله تماسی

انتقال ویروسها از طریق تماس

بیماریهای منتقله از راه تماس:

هرپس سیمپلکس، سرخجه، زرد زخم.

شیگلا، آبله و زونا.

هپاتیت A، بیماریهای گوارشی .

زخمهای ترشح دار عفونی.

مهمترین وسیله حفاظتی : دستکش - بهداشت دست

اصول مقابله با بیمارهای منتقله از راه تماس

بستری بیمار در اتاق ایزوله.

درب اتاق بیمار می تواند باز باشد

استفاده مناسب از دستکش

حفاظت فردی

مراحل پوشیدن وسایل حفاظت فردی

1. شستن دست

2. پوشیدن گان

3. ماسک

4. عینک یا شیلد محافظ

5. دستکش

مراحل بیرون آوردن وسایل حفاظت فردی

(ابتدا آلوده ترین وسیله را بیرون بیاورید)

- دستکش
- شستن دست
- عینک یا شیلد محافظ صورت
- گان
- شستن دست
- ماسک
- شستن دست

مواجهات شغلی (نیدل استیک-تماس با ترشحات)

1- فرو رفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی

2- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار روی:

✓ بریدگی های بازدر سطح پوست

✓ ملتحمه (چشم ها)

✓ غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)

✓ گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

✓ بیشترین علت نیدلینگ زمان recap کردن است.

✓ recap کردن ممنوع است مگر در موارد خاص مانند ABG:

✓ کاور سرنگ بر روی سطح صاف قرار گرفته و یک دستی نیدل سرنگ وارد کاور می شود.

اقدامات اساسی زمان مواجهات شغلی

1. شستن با آب و صابون فراوان به مدت 3-5 دقیقه.
2. عدم فشار و دستکاری موضع نیدلینگ شده.
3. بررسی سوابق بیمار (رفتارهای پرخطر، استفاده از مواد مخدر و ...)
4. گرفتن خون از بیمار و خود فرد و ارسال به آزمایشگاه.
5. بررسی سوابق واکسیناسیون و تیتراژ آنتی بادی خود و اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی.

اقدامات پروفیلاکسی در مواجهه با بیمار HBS مثبت

- اگر تیتراژ بالای 10 باشد نیازه اقدام خاصی نیست.
- اگر تیتراژ چک نکرده در اسرع وقت نیاز به چک تیتراژ آنتی بادی دارد.
- در صورت پایین بودن تیتراژ باید آپول ایمونوگلوبولین بزند.

در حالت عادی واکسیناسیون هیپاتیت ب در بازه ۱۰ ماهه و شش ماه تزریق می شود و دوماه بعد از آخرین تزریق تیتراژ آنتی بادی چک می شود. که هماهنگی با

سوپروایز کنترل عفونت با آزمایشگاه پرسنل بصورت رایگان تیترانتی بادی هپاتیت B چک می کنند.

مواجهه با بیمار HCV مثبت

- 5 اقدام اولیه انجام شود.
- 2 هفته بعد جهت چک آزمایش PCR به انتقال خون مراجعه کند.

پروویلاکسی ندارد

اقدامات پروویلاکسی در مواجهه با بیمار HIV مثبت

- در صورت مواجهه با بیمار HIV مثبت درمان دو داروئی شروع می گردد که شامل:
 - داروی تنوfoویر و دولوتگراویر است که در واحد کنترل عفونت موجود است.
 - بصورت STAT داده می شود.
 - جهت انجام آزمایشهای تکمیلی به مرکز بهداشت لاوان ارجاع داده می شود.
 - لازم به ذکر است شروع داروها با تائید پزشک کمیته کنترل عفونت خواهد بود. GOLDEN TIME مصرف داروهای HIV یک تا هشت ساعت هست که تا ۷۲ ساعت می شود مصرف کرد.

• واکسیناسیون کادر درمان

- کارکنان باید بر اساس آخرین ویرایش برنامه و راهنمای ایمن سازی ، واکسن دریافت کرده باشند.
- در صورت عدم تزریق و یا تکمیل واکسیناسیون، حتما اقدام شود.

- در صورتیکه سطح HBS AB کمتر از 10 باشد فرد باید واکسن هپاتیت B (0،1،6 ماه) را طبق پروتکل آن دریافت کند .
- 2-3 ماه پس از پایان سه نوبت تزریق مجدداً تیتراژ چک شده و به اطلاع واحد کنترل عفونت رسانده تا راهنمائیهای لازم انجام شود
- **وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر حسب نوع استفاده به سه گروه تقسیم می شوند.**

• 1-وسایل حیاتی (Critical)

• 2- وسایل نیمه حیاتی (Semi critical)

• 3-وسایل غیر حیاتی (Non critical)

• **وسایل حیاتی (Critical)**

- وسایلی هستند که هنگام کاربرد آنها در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می باشند مثل چاقوهای جراحی، سوزن های تزریق و بخیه ، کاتترهای عروقی و ... این وسایل باید سترون سازی شوند

2. وسایل نیمه حیاتی (Semi critical)

- وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن یا پوست آسیب دیده می باشند مانند کاتترهای اداری، اسپکولوم های معاینه زبان یا بینی ، بانداژها و ... این وسایل باید ترجیحا سترون سازی شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز جهت آنها قابل قبول است

3. وسایل غیر حیاتی (Non critical)

- وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند مانند گوشی پزشکی ، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون و ... سطوح و محیط بیمارستانی ، کف زمین و دیوارها در این گروه قرار میگیرند، این وسایل باید شستشو یا گندزدایی سطح پائین شوند.

• ضد عفونی کننده ها و گند زداها

- از آنجائیکه باکتریها ، قارچها و سایر عوامل میکروبی با شستشو با آب ساده از بین نمی روند و در بیمارستان نیز به علت وجود بیمارانی با پاتوژنهای مختلف نیاز دارد که از مواد ضد عفونی کننده و گندزدا

جهت از بین بردن این عوامل بیماریزا و پاکسازی دستها ، سطوح ،
تجهیزات ، کف و... استفاده شود.

• سه روش برای از بین بردن آلودگی ها وجود دارد:

• شستشو

• ضد عفونی

• استریل کردن

• روشهای از بین بردن آلودگی

❖ شستشو (Cleaning):

✓ برطرف کردن کلیه مواد اضافه نظیر گرد و غبار، خون ، مخاط و... از
روی وسایل که اغلب با استفاده از آب و یک نوع ماده صابونی انجام
می گیرد.

❖ گندزدایی (Disinfection):

✓ برطرف کردن بسیاری یا همه میکرو ارگانیسم های پاتوژن نظیر
باکتری های زایا، قارچ ها، انگل ها و ویروس ها به جز
اندوسپورباکتری ها از روی وسایل می باشد.

❖ استریل کردن (sterilization) :

وسایلی که برای اندامهای داخلی و پروسیجرهای حیاتی به کار برده می شوند
و نیاز به اتوکلاو کردن دارند. (مانند: ستهای و لپکهای جراحی، پیچ و
پلاکهای ارتوپدی، ستهای کوچک داخل بخشها و ...)

1- شستشو

- آلودگی برخی وسایل بوسیله آب و صابون برطرف می شود مانند:
- کاف فشارخون
- **Bed pan**
- ویلچر و
- لازم به ذکر است در صورت آلوده بودن به خون و ترشحات و یا مورد استفاده برای بیماران ایزوله باید حتما با مواد ضد عفونی سطح بالا یا متوسط گندزدائی شوند.

2- گندزدایی و ضد عفونی کردن

مواد ضد عفونی کننده سه دسته هستند:

1. HIGH .LEVEL (سطح بالا) که استریزاسیون سرد هست
2. INTERMEDIATE .LEVEL (سطح متوسط) گندزدایی
3. LOW. LEVEL (سطح پائین) گندزدایی

انواع ضد عفونی کننده ها

HIGH LEVEL

- از بین برنده تمامی پاتوژن ها و اکثر اسپورها(بین 12-3 ساعت)
- موارد استفاده شامل:(استرانیوس و کورسلکس ردی تو یوز و آب ژاول از این دسته هستند)
- آندوسکوپیها
- برونکوسکوپ
- آمبوبگها
- ماسکهای تنفسی
- بلید های لارنگوسکوپ

INTERMEDIATE LEVEL

- در صورت استفاده صحیح مایکوباکتریها(سل)،باکتریهای مقاوم و ویروسها و اکثر قارچها را از بین می برد.
- اما روی **اسپور** باکتریها اثری ندارد.
- خانواده **یدها و الکل** از این دسته هستند.
- مواد ضد عفونی کننده صنعتی که شرکتهای مختلف ارائه می دهند بر پایه مواد فوق و سایر مواد هستند.
- ترالین پورتکت 2٪ مورد مصرف در بیمارستان در این دسته قرار دارد.
-

LOW. LEVEL

- برخی قارچها و تعدادی از ویروسها را در زمان 10 دقیقه از بین می برد.

- مایع صابون ،پودرهای دستی از این قبیل مواد هستند.

3-استریل کردن

برخی ابزار و لوازم پزشکی مورد مصرف بیمار باید در اتوکلاو استریل شوند مانند:
وسایلی که وارد فضاهای استریل و عروق می شوند.

✓ستها.

✓لیکها.

✓پیچ و پلاکهای ارتوپدی.

✓بلیدهای لارنگوسکوپ (از ضد عفونی سطح بالا نیز می توان استفاده کرد).

✓آمبوبگها (از ضد عفونی سطح بالا نیز می توان استفاده کرد).

✓

What is RE CALL? سیستم Re call (بازخوانی)

- یکی از سنجه های ایمنی بیمار در خصوص استفاده صحیح از لوازم استریل جهت پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی است که نیازمند بررسی 5 آیتم است.

- پنج آیتم مندرج بر روی لوازم و ستهای استریل

کلیه اقلام استریل را قبل از استفاده از نظر آیتمهای زیر بررسی کنید:

1. نام و نام خانوادگی فرد بارگذار کننده(اول نام و اول

خانوادگی فرد بصورت انگلیسی درج می شودمثلا: Z.A

2. تاریخ استریل وسیله

3. تاریخ انقضاء استریل

4. شماره اتوکلاو

5. سیکل اتوکلاو

*چک 5 آیتم و بررسی ظاهر پک استریل .

*باز کردن پک استریل .

*ارزیابی اندیکاتور داخل پک استریل از نظر تغییر رنگ

صحیح.

*در صورت اطمینان از استریل بودن استفاده از پک استریل.

*چسباندن اندیکاتور بر روی فرم مخصوص نصب اندیکاتور.

*جهت پیشگیری از مشکلات قانونی **حتما** اندیکاتور بر روی

فرم مخصوص در پرونده چسبانده شود.

*اگر به هر دلیلی ظاهر پک مشکل داشت .

*یا اندیکاتور تغییر رنگ صحیح نداده بود .

*یا پک خیس بود .

*باید به واحد CSSD برگردانده شود. تا مسئول شیفت

CSSD به کلیه بخشها در خصوص اعلام مشکل در سیکل

اتوکلاو و یا خرابی اتوکلاو اطلاع دهد و کلیه ستها را از بخشها

جمع آوری کرده و به CSSD عودت داده شود.

نحوه صحیح کشت گیری

درمبانی کنترل عفونت یکی از مهمترین کارهایی که باید انجام دهیم این است که منبع عفونت مشخص شود باید بتوانیم خوب نمونه گیری را انجام دهیم و نمونه صحیح به آزمایشگاه فرستاده شود تا بتوانیم به نتیجه ای که از جواب کشت به دست ما می رسد اعتماد کنیم و در درمان بیمار استفاده کنیم . از زمانی که دستور پزشک نوشته می شود تا زمانی که آزمایش به آزمایشگاه فرستاده می شود سیستم انتقال ، فرستادن از بخش جز مراحل قبل از آنالیز هستند مهمترین افراد در قسمت قبل از آنالیز پزشک و پرستار هستند. اصول اولیه قبل از ارسال باید حتما رعایت شود .

کشت خون :

چگونگی ارسال نمونه - نحوه گرفتن نمونه و زمان فرستادن نمونه کشت خون خیلی مهم است که چه موقع نمونه را ارسال کنیم قبل از شروع آنتی بیوتیک کشت خون باید گرفته شود. اگر قرار بر این شد که دو یا سه تا نمونه خون ارسال کنیم باید از سه قسمت مختلف گرفته شود

- از بتادین ، الکل معمولی یا کلروهگزیدین استفاده میکنیم روی پوست باید 1 تا 2 دقیقه بگذاریم خشک شود

- باید بدون تعویض نیدل خون را وارد ویال بریزیم.

- اگر سر تیوب را استریل باز کنیم نیاز به بتادین و پنبه الکل نمی باشد .

- اگر از سایت دبل لومن یا تریپل لومن گرفته می شود 5 تا 10 سی سی از خون را دور ریخته بعد سمپل میگیریم و بعد از رگ محیطی بیمار همزمان سمپل گرفته شود . باید قبل اینکه بیمار لرز بگیرد کشت خون گرفته شود .

- اگر زمانی کشت خون گرفته شد و ارسال نشد تا فردا صبح می توان در دمای اتاق نگهداری شود و نیاز به گذاشتن در یخچال نمی باشد . طی 24 ساعت باید فرستاده شود .

- اگر زمان جهت ارسال کشت خون نداشته باشیم همزمان از سه سایت مختلف به فاصله نیم ساعت کشت خون گرفته و ارسال شود .

کشت CSF:

CSF در سه تیوب جهت pr.suger و کشت و آنالیز - cell count به آزمایشگاه ارسال می شود.

CSF در یخچال نباید نگهداری شود.

نحوه گرفتن نمونه کشت از زخم

هرگز بلافاصله بعد از برداشتن پانسمان از ترشحات سطح زخم نمونه برداشته نشود بلکه بصورت زیر عمل کنید:

1- ابتدا دست ها را شسته و وسایل حفاظت فردی مناسب (بستگی به

نوع زخم گان ، محافظ چشم,.... ,) بپوشید.

2- دستکش غیر استریل پوشیده و پانسمان قبلی را از روی زخم

بردارید.

3- دستکش را در آورید و دست ها را بهداشتی کنید.

4- دستکش استریل بپوشید.

5- ناحیه را با نرمال سالین بشوئید و اجازه دهید تا خشک شود. (اگر

قبلا پماد یا محلول آنتی بیوتیک روی زخم مالیده شده است، چند

ساعت قبل از انجام کشت آنرا با نرمال سالین از روی زخم پاک کنید.)

6- بهتر است ابتدا دبریدمان سطحی انجام شود. (به علت کلونیزه

شدن میکروب ها ، بررسی ترشحات سطحی زخم فاقد ارزش می باشد)

7- سواپ استریل را به صورت دورانی به قاعده زخم کشیده، آنرا به

داخل ظرف استریل انداخته (سر سواپ را که با دستها آلوده شده

بشکنید) و در ظرف را ببندید.

8- برای زخم های وسیع می توان از چند سواپ استفاده کرد یا یک

سواپ به صورت مارپیچ به قاعده زخم بکشانید.

9- نام و نام خانوادگی بیمار و بخش بستری و تاریخ و محل دقیق

نمونه گیری بروی تیوب ثبت شده، **در کمتر از 2 ساعت و در دمای اتاق**

به آزمایشگاه ارسال گردد.

نکته 1: بیماری که با عفونت زخم به بیمارستان مراجعه می کند، بایستی

قبل از شروع آنتی بیوتیک تراپی کشت از زخم ارسال شود.

نکته 2: در صورتیکه امکان آسپیراسیون ترشحات باشد، پس از آسپیره

کردن ترشحات سر سوزن را با یک دست recap کرده (به علت احتمال بی

هوازی بودن) و سپس سریعاً " به آزمایشگاه ارسال شود و یا ترشحات را در

شیشه استریل ریخته و ارسال شود و حتماً روی شیشه نوع نمونه مشخص

شود.

کشت از ادرار بیمار:

کار گذاری کتتر ادراری

- جهت پیشگیری از ابتلا به عفونت ادراری در بیمار دارای کتتر ادراری می بایست:
- کار گذاری کتتر ادراری به روش استریل انجام شود. (ابتدا بهداشت و سپس با دستکش غیر استریل شستشوی ناحیه پرینه بیمار با استفاده از سرم شستشو از بالا به پایین و بعد شستشو با بتادین و مجددا شستشو با سرم نرمال سیلین از بالا به پایین انجام شود و با پوشیدن دستکش استریل کتتر گذاری انجام شود) بهداشتی کردن دست ها بلافاصله قبل و بعد از وارد کردن کاتتر های ادراری انجام شود.
- بعد از کارگذاری کاتتر یا فولی ، به صورت کامل به ران fix شود تا از جابجایی و کشیده شدن جلوگیری شود و تاریخ نیز ثبت شود.
- سوند فولی داخلی تنها در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت، انسداد) تعویض شود. کتتر فولی خارجی هر 48 ساعت یکبار تعویض شود.

- یورین بگ فقط در صورت نیاز تعویض شود، در صورت پر شدن $2/3$ کیسه تخلیه شود و شیر تخلیه نباید روی زمین قرار بگیرد. کیسه همیشه پایین تر از سطح مثانه قرار داشته باشد.
- یورین بگ به صورت منظم با استفاده از یک ظرف تمیز جداگانه برای هر بیمار تخلیه شود.
- شست و شوی پرینه با آب و صابون (و نه مواد آنتی سپتیک) در هر شیفت توسط کمک بهیار انجام شود و در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- کاتتر ادراری به صورت روتین برای بیماران نیازمند عمل جراحی یا بعد از عمل جراحی استفاده نشود و در صورت وجود اندیکاسیون در عرض 24 ساعت برداشته شود و در صورتی که بیمار سوند فولی داشت در بخشهای ویژه تلاش برای D/C کردن انجام شود و در بخشهای بستری فرم مربوط به کتتر ادراری که در ابتدای کار دکس گذاشته می شود تکمیل گردد.

نحوه ارسال نمونه کشت ادرار

شرایط آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه :
 در مواردی که بیمار سوند ادراری ندارد، بهترین نمونه اولین ادرار صبحگاهی است که حداقل به مدت 8 ساعت داخل مثانه باقیمانده و تغلیظ شده باشد. در غیر اینصورت، میتوان از نمونه های ادرار تصادفی استفاده نمود.

ابتدا شستشوی ناحیه پرینه با آب و صابون و دور ریختن حجم ابتدای ادرار و تخلیه حجم میانی در ظرف کشت ادرار انجام می شود، حجم پایانی ادرار نیز دور ریخته میشود.

در نمونه ادرار تصادفی، بیمار ترجیحا باید از آشامیدن آب و مایعات اضافی به منظور تولید ادرار خودداری نماید؛ زیرا این امر موجب رقیق شدن ادرار و کاهش تعداد باکتری می شود.

بیمار نباید در 48 ساعت گذشته آنتی بیوتیک مصرف کرده باشد، مگر با تجویز پزشک معالج.

در بیمارانیکه سوند ادراری دارند:

در صورتیکه سوند ادراری دارای پورت جداگانه مخصوص نمونه گیری دارد ، محل پورت را با الکل 70٪ ضد عفونی نموده و با سرنگ نمونه گیری انجام شده و در ظرف استریل مخصوص کشت ادرار ریخته می شود. در صورتیکه سوند ادراری بدون پورت مخصوص نمونه گیری است برای نمونه گیری سوند را قبل از محل اتصال به لوله کیسه ادراری با یک پنس یا وسیله مشابه مسدود نموده، حدود نیم ساعت بعد محل اتصال را با الکل تمیز می کنیم و لوله کیسه ادرار را جدا و و پس از خروج مقدار ادرار، باقی نمونه را در ظرف استریل جمع می کنیم.

توجه :

- 1-** نمونه گیری ادرار نباید از کیسه سوند ادراری صورت گیرد.
- 2-** نمونه گیری و کشت از نوک کاتتر فولی قابل قبول نیست.

• **نمونه گیری با سوند نلاتون:** ابتدای مجرای ادرار را با آب و مایع صابون می شوئیم و پس از سوند گذاری ابتدای ادرار را دور ریخته و از وسط ادرار نمونه گیری می کنیم.

نمونه گیری در مواردیکه بیمار سیستمستومی دارد: پس از تمیز کردن **opening Stoma** با الکل، نوک کاتتر را به آرامی و به عمق 2.5 تا 5 سانتی متر فرو می بریم و صبر می کنیم تا ادرار به آرامی خارج و در ظرف نموده برداری جمع گردد.

10- توجه: هرگز نباید از **bag stoma** نمونه گیری کنید.

نمونه کشت ادرار در کمتر از 2 ساعت و در دمای اتاق به آزمایشگاه ارسال گردد.

کاهش بروز عفونت های بیمارستانی ناشی از لوله ادراری داخلی

بیماران بستری در ICU

- در صورتی که بیمار هوشیار می باشد و دستور چک **Intake & Output** را دارد **Int-foley** به **Ext-Foley** تبدیل می شود.

- در صورتی که بیمار هوشیار نمی باشد و دستور چک **Intake & Output** دارد **Int-foley** فیکس باشد (در این بیماران در صورت عدم وجود مشکل نورولوژیک و با دستور پزشک معالج **Int-foley** می تواند به **Ext-Foley** تبدیل شود.)

بیماران بستری در بخش و اورژانس

1- به محض ورود بیمار به بخش، پرستار نیاز بیمار به داشتن Int-foley را با پزشک بررسی کرده و در صورت نداشتن مشکل و اجازه پزشک، لوله ادراری Train و در صورت داشتن Sense لوله ادراری DC شود و تا 24 ساعت هر 2 ساعت بیمار از نظر Output بررسی شود (داشتن Self-Void بعد از DC شدن Int-foley بسیار مهم است).

2- در صورتی که لوله ادراری بیمار Train شد ولی بیمار Sense نداشت به پزشک اطلاع داده شود تا دستور DC Int-Foley و Catheterization با Frequency مشخص در پرونده بیمار مکتوب شود (مانند بیمار Cord Injury). در این بیماران از زمان بستری تا ترخیص آموزش نحوه انجام Catheterization بصورت عملی به بیمار و همراه ایشان داده شود.

3- جهت بیماران دارای تراکتوستومی هوشیار همانند بند 2 اجرا شود.

یادآوری

- Int-foley فقط مختص بیماران Unconscious می باشد.

- در این مرکز هیچ بیماری با Int-foley ترخیص نمی شود مگر با دستور پزشک معالج و OPD F/U یورولوژی

- نظارت و انجام مراقبت از پوست در بیماران دارای Ext-Foley در هر شیفت الزامی می باشد.

- آموزش نحوه Catheterization بر عهده پرستار بیمار می باشد. (در صورت ناهمگن بودن پرستار با بیمار، با هماهنگی سوپروایزر پرستار همگن معرفی شود).

-به کلیه بیماران با اختلال هوشیاری یا تراکئوستومی قبل از ترخیص آموزش کامل **Catheterization** توسط پرستار بیمار داده شود و اثربخشی آموزش در مدت بستری توسط سرپرستار و پرستار بیمار چک شود. گندزدایی وسایل زیر به این ترتیب انجام می گردد.

آمبو بگ:

پس از جدا کردن قطعات آن با آب و دترجنت شستشو و سپس در طبقه پایین جا ظرفی واقع در اتاق کثیف قرار می دهیم بعد از خشک شدن به مدت ۲۰ دقیقه در محلول (high level) غوطه ور کرده و پس از آبکشی در طبقه بالا قرار می دهیم سپس آمبو بگ برای خشک شدن با air jet در طبقه سوم بین ICU5-6 انتقال و فقط داخل محفظه آمبو را با air jet خشک می کنیم.

لارینگوسکوپ:

در هر شیفت قبل از چک درستی لارینگوسکوپ دستهایمان را هند راب می کنیم در هر بخش طبق برنامه ی خود بخش هفته ای یک بار لارینگوسکوپ داخل محلول (high level) غوطه ور می شود (فقط به مدت ۲۰ دقیقه) قبل از غوطه وری باطری آن را جدا و در صورت جدا شده لامپ آن را نیز جدا می کنیم.

ستهای پانسمان:

پس از آبکشی در اتاق کثیف بخش برای استریزاسیون به CSSD ارسال

می گردد

جهت گندزدایی سایر وسایل به اطلاعات بیمارستانی فولدر بهداشت محیط -

مستندات اعتبار بخشی - کتابچه بهداشت محیط - کتابچه گندزدایی تجهیزات

پزشکی ۹۷ مراجعه نمایید.

انواع واکسیناسیون

هاری چیست؟

هاری بیشتر بیماری حیوانات است. انسان ها زمانی به این بیماری مبتلا می شوند که

توسط حیوان آلوده گاز گرفته شوند. ابتدا نشانه ای وجود ندارد. پس از چند هفته، یا

چند ماه از گاز گرفتگی، هاری می تواند باعث ایجاد درد، خستگی، سردرد، تب و

تحریک پذیری شود. به دنبال این نشانه ها، حمله، توهم و فلج روی می دهد هاری

انسانی همیشه کشنده است .

حیوانات هار به خصوص خفاش، شایع ترین منبع عفونت هاری انسانی در ایالت

متحده است .راسو، راکون، سگ، گربه، گرگ صحرائی، روباه و سایر پستانداران نیز می

توانند این بیماری را منتقل کنند .

برنامه زمانی تزریق واکسیناسیون هاری:

در روزهای صفر ، سوم، هفتم و چهاردهم. واکسیناسیون انجام شود فرد همچنین باید هم زمان با دوز اول، واکسن دیگری به نام ایمنوگلوبین هاری را دریافت کند .

1) تقسیم بندی از لحاظ نحوه مواجهه با حیوانات

گروه I شامل:

- لمس کردن
- غذادادن به حیوانات مشکوک
- لیسیدن پوست سالم توسط حیوان مشکوک
- اقدام لازم : فقط شستشو با آب و صابون حداقل 15 دقیقه

گروه II شامل :

- گاز گرفتن پوست
- خراشیدگی کوچک و کم
- ساییدگی بدون خون ریزی
- اقدام لازم : درمان موضعی زخم ها شامل شستشوی حداقل 15 دقیقه برای هر ضایعه ، ضد عفونی کردن همه زخم ها و تزریق واکسن

گروه III شامل:

- گزیدگی و خراشیدگی های منفرد و یا متعدد عمیق پوست حداقل دیدن خون در ضایعات
- لیسیدن پوست آسیب دیده (قدیم و جدید) به هر دلیل

- آلوده شدن غشای مخاطی (شامل چشم، پلک، دهان، بینی، ناحیه تناسلی و مقعد) با بزاق حیوان مشکوک (مانند لیسیدن)
- هر نوع جراحی در سر، صورت، گردن، دست (نوک انگشتان تا مچ دست) و ناحیه تناسلی
- هر نوع گزش توسط حیوان محتمل و قطعی مبتلا به هاری
- مواجه (تماس) با خفاش، گزش یا خراشیدگی توسط خفاش
- افراد مبتلا به ضعف شدید سیستم ایمنی ارثی و یا اکتسابی (ابتلا به بیماری و یا مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی)
- اقدام لازم: شستشوی کامل زخمها (شامل هر زخم حداقل به مدت 15 دقیقه) ضد عفونی کردن زخمها، تزریق واکسن و تزریق ایمونو گلوبولین اختصاصی (سرم ضد هاری)

2) روشهای واکسیناسیون پیشگیری از هاری:

دو روش زیر به عنوان تنها روشهای مورد تایید واکسیناسیون پیشگیری از هاری پس از تماس مورد تایید است

1-روش عضلانی: روش 4 نوبت و 4 تزریق عضلانی (در هر نوبت یک تزریق عضلانی) در روزهای صفر-3-7-14 در صورتی که پس از گذشت 10 روز از زمان گزش عامل گزش (سگ و یا گربه در دسترس) زنده و فاقد هر گونه علائم بالینی دال بر بیماری باشد، نوبت چهارم (روز 14) تزریق نمی شود.

2- روش اینتر ادرمال : 3 نوبت و در هر نوبت 2 تزریق اینتر ادرمال (حجم هر

تزریق 0/1 میلی لیتر) در دو عضو مختلف، در روزهای صفر، 3 و 7

3- ایمنو گلوبولین اختصاصی ضد هاری (سرم اختصاصی ضد هاری)

- سرم اختصاصی ضد هاری، فقط یک بار و در اولین زمان ممکن پس از

گزش (در افراد حائز شرایط دریافت ایمنوگلوبولین) تجویز گردد.

- سرم اختصاصی ضد هاری نباید پس از گذشت 7 روز از تزریق اولین دوز
واکسن تجویز گردد.

- حداکثر مقدار سرم اختصاصی ضد هاری انسانی 20 واحد به ازای هر کیلو
گرم وزن بدن می باشد .

- حجم مورد نیاز فقط در اطراف و عمق ضایعات تا حد امکان تزریق گردد.

واکسیناسیون هپاتیت B

در فاصله زمانهای صفر، یک ، شش ماه انجام می گردد.

تست PPD جهت تشخیص سل

جهت انجام تست PPD حدود 0.7 سی سی از محلول PPD داخل جلدی برای بیمار
تزریق می شود

و بین 72- 48 ساعت بعد از تزریق خوانده می شود ، دور ناحیه تزریق حتما دایره
کشیده شود و ساعت و تاریخ زده شود.

لیست بیماریهای واگیر و سندرملهای تحت مراقب

(بلافاصله و آنی گزارش) کمتر از ۶ ساعت

هاری - آنفلوآنزای پرندگان - تولارمی - طاعون - وبا - سیاه زخم تنفسی - بوتولیسم
زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - تب های خونریزی دهنده - کورونا - تیفوئید مقاوم به
درمان - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها (طغیان یا اپیدمی)

(گزارش فوری) کمتر از ۲۴ ساعت

-سرفه سیاه - ریوی سل - ماکولوپاپولر جلدی بثورات و تب - حاد شل فلج
-دیفتری

بدنبال بیمارستان در بستری - مننژیت - مادرزادی سرخجه سندرم - کزاز
جذام - زرد تب - راجعه تب - دانگی تب - خونی اسهال - مالاریا - واکسیناسیون
- شیستوزومیازیس - بالغین کزاز - جلدی زخم سیاه

(گزارش هفتگی)

سایر انواع سل - انواع هپاتیت های ویروسی - تیفوئید - بروسلوز - کالاآزار
جلدی واحشایی - شیگلوزیس - سفلیس - سوزاک - *HIV/AIDS* - کیست
هیداتیک - توکسوپلاسموزیس - فاسیولیازیس - لپتوسپیروزیس - پدیکلوزیس و

گال - هپاتیت نوع A

• هر سوالی در خصوص موارد بالا و سایر موارد عفونتهای بیمارستانی در

خدمتتان هستیم.

فيضي - سوپروايزر كنترول عفونت