



## اصول کنترل عفونت در بخش ویژه

به صورت تقریبی می‌توان گفت که بیش از ۲۵ درصد مرگ و میرهای بیماران ما در بخش مراقبت‌های ویژه مربوط به عفونت‌ها است.

بیمارانی که وارد بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌شوند از نظر ایمنی بدن در سطح پایین‌تری قرار دارند و احتمال اینکه عفونت‌ها به بیماران سرایت کند؛ بسیار بالا است.

## ۱- ساختار فیزیکی بخش

- طراحی بخش
- فضای بخش
- تهویه

## ۲- مسایل مربوط به پرسنل

## ۳- مسایل مربوط به بیماران بستری

# ۱- ساختار فیزیکی

## فضای بخش

- وجود فضای کافی بین تخت ها ۲,۵ تا ۳ متر برای رسیدگی پرسنل به بیماران و پیشگیری از انتقال عفونت متقاطع
- وجود اتاق مجزا و در صورت عدم وجود اتاق مجزا پارتیشن بندی مناسب
- در صورت بازبودن بخش، ایجاد اتاق ایزوله
- اختصاص فضای مناسب جهت دارو- انبار- محل زباله و مواد ضد عفونی کننده
- اتاق تمیز- اتاق کثیف
- سرویس بهداشتی خارج از بخش

## تهویه

- نوع تهویه باید از طریق سیستم مرکزی صورت گیرد و ارزیابی بطور مرتب انجام گردد.
- پنجره ها بسته باشد.

## نکات

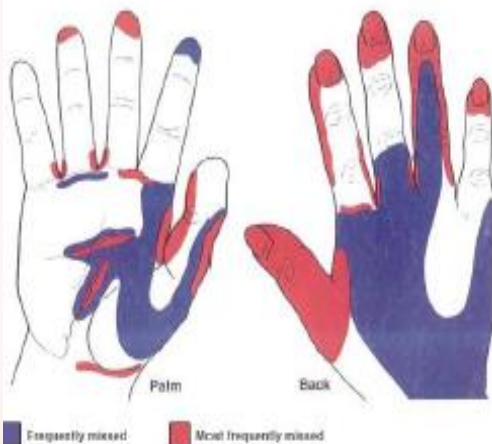
- حضور همراه ممنوع است.
- رفت و آمد کنترل گردد و محدود شود.
- کسانی که وارد می شوند علامت عفونت نداشته باشند. (بهداشت دست- خارج کردن لباس خارج بیمارستان و روپوش )

## ۲- مسایل مربوط به کارکنان بخش های ویژه

### بهداشت دست - بهداشت دست - بهداشت دست

- نصب روشویی و دیسپنسر در ورودی بخش جهت رعایت بهداشت دست
- به ازاء هر ۱ تخت یک روشویی
- در هر یونیت بیمار یک دیسپنسر
- طبق استاندارد سازمان بهداشت جهانی محلول پایه الکلی ۷۵ درصد ایزوپروپانول و یا ۸۰ درصد اتانول





|                    |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ چه وقت؟<br>هر ۱۱ | قبل از تماس با بیمار دستهایتان را تمیز کنید<br>برای محافظت بیمار در مقابل میکروارگانیسم های دست شما                                                                                   |
| ۲ چه وقت؟<br>هر ۱۱ | قبل از اقدام به کار آسپتیک دست هایتان را تمیز کنید<br>برای محافظت بیمار در مقابل میکروارگانیسم های موجود در بدن خود بیمار                                                             |
| ۳ چه وقت؟<br>هر ۱۱ | بلافاصله بعد از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از بر آوردن دستکش هایان را تمیز کنید<br>برای محافظت خودتان و محیط بهداشتی درمانی در مقابل میکروارگانیسم های موجود در بدن بیمار         |
| ۴ چه وقت؟<br>هر ۱۱ | پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایان را تمیز کنید<br>برای محافظت خودتان و محیط بهداشتی درمانی در مقابل میکروارگانیسم های موجود در بدن بیمار                                  |
| ۵ چه وقت؟<br>هر ۱۱ | بعد از تماس با هر یک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایان را تمیز کنید<br>برای محافظت خودتان و محیط بهداشتی درمانی در مقابل میکروارگانیسم های موجود در بدن بیمار |

تماس با بیمار و وسایط  
در اطراف بیمار



World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safe Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

## استفاده صحیح و به موقع از تجهیزات حفاظت فردی

### ➤ پوشیدن دستکش

دستکش استریل: رعایت شرایط استریل در انجام پروسیجرهای آسپتیک  
دستکش غیر استریل: دارو دادن – خالی کردن کیسه ادرار بیمار

➤ گان) در صورت تماس با ترشحات و در صورت آلوده شدن تعویض  
شود)

➤ اپرون پلاستیکی در صورت تماس با مایعات آلوده

➤ ماسک



➤ آموزش اصول عمومی کنترل عفونت (بهداشت دست- دفع اجسام نوک تیز- تزریق ایمن و ...)

➤ آموزش اصول اختصاصی بخش ویژه ( ساکشن - مراقبت از زخم و انتقال خون و مقاومت های انتی بیوتیک و آموزش مداوم خدمات بخش در نحوه ضد عفونی تجهیزات سطوح و رقیق سازی مواد ضد عفونی کننده )

• پرسنل بخش ویژه باید بر علیه هپاتیت B واکسینه شده باشند

## ۳- مسایل مربوط به بیمار

### الف- مسایل مربوط به خود بیمار

- جداسازی بیمارانی که مدت طولانی در بخش ویژه بستری هستند
- جداسازی بیماران مبتلا به ارگانیزم مقاوم در اتاق مجزا
- ثبت و پیگیری مقاومت های آنتی بیوتیک
- انجام کشت به منظور مراقبت و نظارت بر روند مقاومت ها
- رعایت نکات مهم در مراقبت از بیمار جهت جلوگیری از عفونتهای تنفسی- ادراری
- بهداشت عمومی بیمار ( بهداشت پوست- بهداشت دهان و ... )

## ب-مسایل مربوط به تجهیزات و لوازم مورد استفاده در بخش

### ونتیلاتور

- استفاده از ست یکبار مصرف و تعویض در صورت ایجاد اختلال عملکرد نه زودتر
- در صورت عدم دسترسی به ست یکبار مصرف ، به مدت ۳۰ دقیقه حداقل دمای ۷۶ درجه سانتی گراد استریل گردد (بدون ضدعفونی خطر باسیل گرم منفی)
- تعبیه فیلتر در مسیر دم و بازدم

### کاتتر ساکشن

- استفاده از کاتتر به صورت یکبار مصرف
- ساکشن بسته با پوشش در صورت آلودگی یا عدم کارایی تعویض شود (تا ۲۴ ساعت)

### لوله تراشه

## آمبوبگ

- ضد عفونی شوند - استریل - ضد عفونی سطح بالا (غوطه وری) سپس شستشوی کامل و خشک نمودن (بر بالین هر بیمار INT یک آمبو گذاشته شود)

## ماسک اکسیژن

- یکبار مصرف - شستشو شود در الکل به مدت ۱۰ دقیقه - یا کلر PPM ۵۰۰ سپس آبکشی کامل و خشک گردد.

## لارنگوسکوپ

- نگهداری در دیش در دار
- شستشو و ضد عفونی با محلول سطح بالا

## بطری ساکشن

- بطری هر ۲۴ ساعته عوض شود.
- بطری با برس ظریف بطور کامل شستوشو شود.
- اتوکلاو شود یا داخل مواد ضد عفونی کننده سطح بالا غوطه ور گردد. سپس آبکشی و خشک شود.
- بطری بصورت خشک نگهداری شود

## محفظه آب اکسیژن

- شستشوی روزانه (پس از بستن مسیر اکسیژن )
- استفاده از آب مقطر
- استفاده از الکل جهت ضد عفونی مانومتر

## نظافت بخش ICU

- تمامی سطوح بطور مرتب ضدعفونی شود
- پاک کردن و ضدعفونی تخت پس از ترخیص بیمار
- برنامه ریزی جهت تمیز نمودن بخش هر ۱ تا ۲ هفته بطور کامل

# شایعترین عفونت ها در بخش ویژه

عفونت های تنفسی  
(VAP)

عفونت های ادراری  
(UTI)



# راهکارهای جلوگیری از پنومونی همراه با ونتیلاتور (VAP)

- در صورت امکان از لوله گذاری جلوگیری کنید
- از تهویه فشار مثبت غیر تهاجمی استفاده کنید



(NIV)

- لوله گذاری از طریق بینی به جای دهان

## آرام بخش را به حداقل برسانید

- بیماران را بدون آرام بخش در هر زمان ممکن مدیریت کنید.
  - ترجیحاً از عوامل و راهکارهای دیگری غیر از بنزودیازپین ها برای مدیریت بیمار آژیته استفاده کنید مانند: مسکن ها برای درد بیمار - اطمینان دهی - داروهای آنتی سایکوتیک - پروپوفول
- روزانه آرام بخش را قطع کنید (آزمایش های بیداری خود به خود)



- بیمار در وضعیت نیمه نشسته باشد. (۳۰ تا ۴۵ درجه)



• آزمایش روزانه تنفس خود به خودی را بدون آرام بخش انجام دهید.

• ارزیابی روزانه آمادگی برای خروج لوله تراشه



• تحرک اولیه را تسهیل کنید.

مدت اقامت را کم میکند و میزان بازگشت به عملکرد مستقل را بالا می برد

•مدار ونتیلاتور را فقط در صورت آلودگی ظاهری یا خراب بودن تغییر دهید



- هرچه زودتر سند معده خارج گردد.
- از اتساع معده جلوگیری گردد. (پیشگیری از زخم پپتیک در بیماران پرخطر)
- ساکش ترشحات زیر گлот
- درناژ ترشحات بالای حلق
- آموزش تنفس عمیق
- مراقبت روزانه دهان با کلرهگزیدین
- پیشگیری از ترومبوز وریدی عمیق

# پیشگیری از عفونت ادراری



(۱) سوند ادرار را فقط در مواقع ضروری برای مراقبت از بیمار قرار دهید و نیاز به سوند را روزانه ارزیابی کنید.



(۲) روشهای دیگری را برای مدیریت مثانه ، مانند سوند شدن متناوب ، در صورت لزوم در نظر بگیرید



(۳) بهداشت دست را بلافاصله قبل از قرار دادن سوند و قبل و بعد از هرگونه دستکاری در محل رعایت نمایید.



(۴) طبق روش آسپتیک سوند را وارد کنید



(۵) از تجهیزات استریل (دستکش استریل ، پارچه و اسفنج) ؛ یک محلول استریل یا ضد عفونی کننده و یک بسته یکبار مصرف استریل از ژله روان کننده برای تعبیه استفاده کنید.



(۶) از کاتتر سایز مناسب که مطابق با مجرا باشد ، استفاده کنید تا تروما مجرای ادرار به حداقل برسد





۷) کیسه جمع آوری را همیشه پایین تر از سطح مثانه نگهدارید و کیسه را روی زمین قرار ندهید.

۸) سوند و کیسه را از لرزیدن دور نگهدارید.



۹) کیسه را به طور مرتب با استفاده از یک ظرف جمع آوری جداگانه برای هر بیمار خالی کنید. از تماس سر محل تخلیه به ظرف جمع آوری خودداری کنید.





۱۰) از حرکت و کشش سوند درمجرای ادرار جلوگیری کنید.



۱۱) رعایت اصول استریل و سیستم مداوم بسته را حفظ کنید.



۱۲) در هنگام لیک سیستم و یا تصمیم به تعویض کاتتر و سیستم جمع آوری از روش آسپتیک استفاده کنید.



۱۳) بعد از تمیز کردن محل اتصال با مواد ضد عفونی کننده ، نمونه را با کشیدن ادرار از محل نمونه برداری با یک سرنگ / استریل جمع آوری کنید.



۱۴) به منظور جمع آوری میزان بیشتری از حجم ادرار جهت تجزیه و تحلیل نمونه نمونه برداری از کیسه ادراری صورت می گیرد.



۱۵) بهداشت روزمره انجام شود.  
تمیز کردن محل ورود سوند و پرینه ( محلولهای ضد عفونی غیر ضروری است- نرمال سالین کافیست)

# خلاصه برنامه های پیشگیری

جلوگیری از قرار  
دادن سوند

نگهداری استریل

برداشتن کاتتر  
زودرس

# راهنمای حفاظت فردی برای پرسنل در بخشهای ویژه (در کوید-۱۹)

(۱) با توجه به احتمال بسیار زیاد انتقال بیماری به پرسنل و پزشکان در بخش مراقبتهای ویژه در اثر قرارگرفتن در معرض ترشحات راه هوایی تمام پرسنل و پزشکان باید قبل از ورود به بخش از لباس محافظ سرتاسری همراه ماسک N95 - شیلد محافظ صورت و دستکش جراحی استفاده نمایند  
با لباس محافظ از بخش خارج نشوند .

(۲) در حد امکان از رفت و آمد غیر ضروری به بخش مراقبتهای ویژه جلوگیری شود و از انتقال بیماری برای انجام گرافی یا پروسیجرهای تشخیصی و درمانی خودداری شود.

۳) برای تغذیه و استراحت پرسنل و پزشکان فضای مناسبی در خارج بخش مراقبتهای ویژه در نظر گرفت.

۴) به منظور جلوگیری از خستگی پرسنل و کاهش تماس با بیمار کوید-۱۹ شیفت ۸ ساعته و حداکثر شیفت ۱۲ ساعته در نظر گرفته شود.

۵) با توجه به محدودیت تعداد اعضای هیئت علمی گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه شیفتهای بصورت ۱۶ ساعته در روزهای عادی و ۲۴ ساعته در روزهای تعطیل خواهد بود.

۶) در صورت نیاز تهویه غیر تهاجمی از ماسک دهان و بینی ویا HELMET فیلتر دار استفاده شود

۷) در صورت نیاز به انتوباسیون برای کاهش احتمال انتشار ترشحات تنفسی می بایست انتوباسیون بصورت RSI با استفاده از گلایدوسکوپ انجام شود.



- RSI:Rapid sequence Intubation

## انتویاسیون سریع

- این تکنیک جهت انتویاسیون بیمارانی به کار می رود که NPO نیستند و در معرض خطر آسپیراسیون محتویات معده به ریه قراردارند . این تکنیک شامل پره اکسیژنه کردن بیمار بمنظور فراهم آوردن مدت زمان ایمن جهت آپنه قبل از انتوباسیون و سپس تجویز یک داروی سداتیو قوی ومتعاقب آن تجویز یک شل کننده عضلانی سریع الاثر همانند سوکسnil کولین ونهایتاً لوله گذاری داخل تراشه می باشد.



۸) برای دستگاه ونتیلاتور ست یکبار مصرف با فیلتر HEPA در ابتدای لوله  
دمی و انتهای بازدمی و HME در ابتدای لوله تراشه استفاده شود و ساکشن  
لوله تراشه یا تراکئوستومی با CLOSED SUCTION انجام شود.



موفق و سلامت باشید

