

بررسی وضعیت آلودگی ژل های لوبریکنت مورد استفاده جهت تعییه کاتتر مجرای ادراری در بیمارستان های توحید و بعثت سندج در سال ۱۳۹۲

نیما فتاحی^۱، قباد مرادی^۲، نادر رش احمدی^۳

۱. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران.

۲. استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران.

۳. متخصص اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران (مؤلف مسؤول)، تلفن ثابت: ۰۸۷-۳۳۲۸۴۸۸۸، nrashahmadi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: %۵۰ از عفونت های ادراری کسب شده از بیمارستان ناشی از تعییه کاتتر ادراری میباشد. یکی از عوامل مهم در ایجاد عفونت ادراری عدم استفاده از مواد و روش های استریل در زمان نصب کاتتر ادراری میباشد، هدف این مطالعه بررسی فراوانی آلودگی ژل های لوبریکنت مورد استفاده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی از خرداد تا مردادماه سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. در روند اجرای این طرح ۱۰۰ نمونه از ژل های لوبریکنت غیر استریل از بخش های مختلف بیمارستان های بعثت و توحید سندج گرفته شد. متغیر پیامد در این مطالعه وضعیت آلودگی یا عدم آلودگی ژل بود. نتایج حاصل از این پژوهش وارد نرم افزار STATA11 شد. اهداف توصیفی با آماره های توصیفی و اهداف تحلیلی با آماره های تحلیلی مانند فاصله اطمینان، کای دو و لجستیک رگرسیون محاسبه شدند.

یافته ها: ۵۰ عدد از این نمونه ها (۵۰٪) از بیمارستان توحید و ۵۰ عدد دیگر (۵۰٪) از بیمارستان بعثت سندج اخذ شد. در بین کل نمونه های اخذ شده ۲۵ نمونه (۲۵٪) از نظر کشت میکروبی مثبت بودند. ۶۰ درصد پاتوژن های جدا شده از نمونه های مورد مطالعه سودومونا، انتروکوس و استافیلوکوکوس اپیدرمیس بودند.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که ۲۵٪ از ژل های لوبریکنت غیر استریل چند بار مصرف مورد استفاده در نصب کاتتر ادراری از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت می باشد. لذا پیشنهاد می شود که از این پس در روند نصب کاتتر ادراری از ژل های لیدوکائین استریل یکبار مصرف استفاده شود.

وازگان کلیدی: ژل لوبریکنت، آلودگی، کاتتر ادراری، عفونت ادراری.

وصول مقاله: ۱۵/۷/۹۳ اصلاحیه نهایی: ۹۳/۹/۹ پذیرش: ۹۳/۹/۲۳

مقدمه

تعبيه کاتتر مجرای ادراری یک روند بسیار شایع میباشد. به طوریکه سالانه بیش از ۲۴ میلیون کاتتر در ایالات متحده تعبيه میشود، کاتریزاسیون ادراری به عنوان چهارمین اقدام دردنایک در اورژانس شناخته شده است بطوریکه در مردان دردنایک از زنان میباشد (۱). یک توافق جامع بین پزشکان وجود دارد که چه در مردان و چه در زنان جهت کاهش درد و آسیب ناشی از کاتتر گذاری از ژل های لوبریکت استفاده کنند (۲). بر اساس گزارشات ۵ تا ۱۵ درصد از بیماران بستری در مراکز مراقبت طولانی مدت (۳) و ۲۵ درصد از بیماران بستری در مراکز نگهداری از بیماران حاد (۴) و تا ۸۸ درصد از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در طول مدت بستری به کاتتر ادراری نیاز پیدا میکنند (۵).

استفاده از کاتتر دائم با بیشترین ریسک عفونت های ادراری در بیماران همراه است ولی در مقابل، کاتترهای متناوب سبب کاهش میزان عفونت ادراری در این افراد می شود (۶). عفونت مجرای ادراری ناشی از کاتتر عبارت است از حضور باکتری در مثانه بیماری که کاتتر ادراری برای وی تعبيه شده است (۷). عفونت مجرای ادراری ناشی از سوند گذاری یکی از شایع ترین عفونت های بیمارستانی میباشد (۸) عفونت های مجرای ادراری مسئول ۴۵٪ از عفونت های کسب شده از بیمارستان است (۹)، ۵۰٪ از این عفونت های ادراری ناشی از نصب کاتتر ادراری میباشد. عوارض عفونی ناشی از استفاده غیر صحیح از کاتتر ادراری میتواند موجب ناخوشی، افزایش طول مدت بستری و افزایش هزینه های بیمارستانی میشود (۱۰).

ریسک ایجاد عفونت مجرای ادراری در بیماران دارای کاتتر مجرأ روزانه بین ۳ تا ۶٪ میباشد و در صورتی که کاتتر ادراری برای زمانی طولانی تر از یک هفته نصب شود بیش از ۵۰٪ بیماران در معرض ابتلا به عفونت مجرای ادراری قرار می گیرند (۱۱). عفونت ادراری ناشی از کاتتر گذاری می تواند علائم متعدد داشت، التهاب مجرای ادراری،

التهاب مثانه تا عوارض شدید مانند پیلونفربیت حاد، ایجاد آسیب کلیوی، ایجاد سنگ و باکتریمی را ایجاد کند و در صورتی که بدون درمان رها شود میتواند منجر به عوارض جدی و حتی مرگ شود (۸). سالیانه ۲ میلیون عفونت اکتسابی از بیمارستان در ایالات متحده رخ می دهد که ۹۰۰۰ مورد آن منجر به مرگ میشود (۱۲). عفونت ادراری ناشی از کاتتر به طور متوسط میزان بستری در بیمارستان را ۲/۴ تا ۴/۵ روز افزایش میدهد (۱۳). بر اساس مطالعه ای که در سال ۲۰۰۰ در کشور آمریکا انجام شد هر مورد عفونت ادراری ناشی از کاتتر گذاری ۶۷۶ دلار به هزینه های بیمارستانی می افزاید و در صورت تبدیل شدن به باکتریمی این مبلغ به بیش از ۲۸۳۶ دلار افزایش می یابد (۱۴) به طوری که در ایالات متحده سالیانه بین ۴۲۴ تا ۴۵۱ میلیون دلار صرف کنترل عفونت ادراری اکتسابی از بیمارستان می شود (۸). در کشور آلمان نیز سالیانه حدود ۲,۴ میلیارد یورو صرف درمان عفونت های اکتسابی از بیمارستان میشود (۱۵).

در مطالعه Hakuno و همکاران که در سال ۲۰۰۹ انجام شد تعداد ۲۰ نمونه از محلول ۰/۰۲% بنزالکونیوم که به عنوان لوبریکنت و ضد عفونی کننده در تعبيه کاتتر مجرای ادراری استفاده میشد از لحاظ آلودگی میکروبی مورد بررسی قرار گرفتند که در میان آنها ۱۲ نمونه (۶۰٪) از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت بودند. عوامل آلودگی هم شامل گونه های سودومونا، بورخولدریا و آتروموناس بود این نتایج نشان داد که این محلول مورد استفاده جهت تعبيه کاتتر مجرای ادراری مشکوک به آلودگی است (۱۶).

انجام کاتریزاسیون در شرایط غیر استریل نیز عامل خطر مهمی در ایجاد عفونت های ادراری است (۱۷)، همچنین در برخی راهنمایی های معتبر علوم پزشکی بیان شده که طی تعبيه کاتتر مجرأ باید از ژل های استریل و یکبار مصرف استفاده کرد (۱۸). علاوه بر این توصیه می گردد که از پاک کننده های ضد عفونی کننده جهت پاکسازی اطراف پیشابر اسفاده شود (۱۹). وقوع عفونت ادراری ریسک فاکتورهای

برای تک تک نمونه ها این پرسشنامه پر شد. متغیر پیامد در این مطالعه وضعیت آلودگی یا عدم آلودگی ژل بر اساس نتیجه کشت بود. در ضمن در این مطالعه ژل هایی که قبل از نمونه گیری جهت این طرح تحقیقاتی، توسط پرسنل بیمارستان باز شده بودند و مورد استفاده قرار گرفته بودند به عنوان مستعمل و ژل هایی که در این طرح تحقیقاتی برای اولین بار باز شدند و قبل از آن مورد استفاده قرار نگرفته بودند به عنوان غیر مستعمل در نظر گرفته شدند.

پژوهشگر با در دست داشتن محیط های براس (تایو گلیکولات) که در لوله های آزمایش استوانه ای سر بسته قرار داشت به تک تک بخش های بیمارستان های مذکور مراجعه میکرد و به ازای هر نمونه ژل از یک محیط جداگانه استفاده میکرد. پس از باز کردن سر لوله های آزمایش که حاوی محیط تایو گلیکولات بود بلا فاصله ژل های لوبریکنت که در تیوب های ۸۵ میلی گرمی قرار داشت به درون لوله آزمایش چکانده میشد و بلا فاصله سر محیط کشت بسته میشد، سپس نمونه های اخذ شده بلا فاصله از بیمارستان به آزمایشگاه منتقل می شدند. این نمونه ها پس از انتقال به آزمایشگاه به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه نگهداری می شدند، سپس نمونه ها در محیط کشت های شکلات، مکانکی و بلا داد کشت داده شدند و مجددا در دمای ۳۷ درجه قرار گرفتند. سپس در صورت رشد کردن باکتری، نمونه به محیط کشت افتراقی منتقل میشد تا نوع دقیق آن مشخص شود.

نتایج حاصل از این پژوهش وارد نرم افزار STATA 11 شد. اهداف توصیفی با آماره های توصیفی و اهداف تحلیلی با آماره های تحلیلی مانند؛ کای دو و لجستیک رگرسیون محاسبه شد. سطح معنی دار بودن داده ها در سطح (p)<0.05) محاسبه گردید.

متعددی دارد که یکی از آنها عدم استفاده از مواد و روش های استریل در زمان نصب کاتتر میباشد (۲۰).

با توجه به مشاهدات محققین ژل های لوبریکنت مورد استفاده جهت کاتتر گذاری در کلیه بخش های بیمارستان های توحید و بعثت سندج نه تنها استریل نیستند بلکه یکبار مصرف هم نمی باشند. با توجه به اهمیت عواقب ناشی از عفونت مجاری ادراری ناشی از نصب کاتتر ادراری و همچنین توصیه های فراوان راهنمایی مختلف علوم پزشکی مبنی بر استفاده از وسایل و تجهیزات تمام استریل در روند نصب کاتتر ادراری، تصمیم گرفتیم از کلیه ژل های لوبریکنت مورد استفاده در تعییه کاتتر مجرای ادراری در بیمارستان های توحید و بعثت سندج نمونه بگیریم و آنها را از لحاظ آلودگی مورد بررسی قرار دهیم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی از خردداد تا مردادماه سال ۱۳۹۲ در بخش های بیمارستان های توحید و بعثت سندج بر روی ۱۰۰ نمونه از ژل های لوبریکنت مورد استفاده جهت تعییه کاتتر مجرای ادراری صورت گرفت. با در نظر گرفتن دقت ۸ درصد و احتمال شیوع ۲۰ درصد و با استفاده از فرمول $\frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{E^2}$ = ۱۰۰ حجم نمونه مورد نیاز عدد برآورد شد. معیار ورود به مطالعه کلیه ژل های لوبریکنت غیر استریل چند بار مصرفی بود که جهت تعییه کاتتر مجرای ادراری استفاده میشوند، ژل های استریل و یا یکبار مصرف از مطالعه حذف شدند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. در زمان نمونه گیری از کلیه بخش های بیمارستان های مورد مطالعه به نسبت تعداد بیماران بستری ژل برای انجام آزمایش انتخاب می شد.

در روند این مطالعه پرسشنامه ای طراحی شد که شامل کد نمونه، تاریخ اخذ نمونه، تاریخ تولید ژل، مستعمل یا غیر مستعمل بودن ژل، بیمارستان و بخشی که نمونه از آنجا اخذ شده و مارک ژلی که نمونه از آن گرفته شده است، بود که

باکتریولوژیکی موردی یافت نگردید. ۱ مورد هم داده های کاملی نداشت و در آنالیز وارد نشد. در بین نمونه هایی که کشت شان مثبت بود بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به استافیلوکوکوس اپیدرمیس، پسودومونا و کورینه باکتریوم دیفتری بود.

نتایج

توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های مثبت به تفکیک نوع عامل آلودگی در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که در بین تمام نمونه های اخذ شده ۲۵ نمونه (۲۵٪) از نظر آزمایشات باکتریولوژیکی مثبت بودند، لیکن در آزمایش و کشت ۷۴ مورد از نمونه ها (۷۴٪) از نظر

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه های مثبت به تفکیک نوع باکتری

نوع باکتری	فراوانی	درصد (فاصله اطمینان)
استافیلوکوکوس اپیدرمیس	۹	۳۶(۲۰-۵۵)
پسودومونا	۵	۲۰(۸-۳۹)
کورینه باکتریوم دیفتریه	۳	۱۲(۴-۱-۲۹/۹)
انتروباکتریاسه	۲	۸(۲/۲-۲۴/۹)
استافیلوکوکوس ساپروفیتوس	۲	۸(۲/۲-۲۴/۹)
باسیلوس	۲	۸(۲/۲-۲۴/۹)
سایر گونه های کورینه باکتریوم	۱	۴(۰-۷-۱۹/۵)
انتروکوک	۱	۴(۰-۷-۱۹/۵)
کل موارد	۲۵	۱۰۰

معنی دار آماری وجود ندارد ($P > 0.05$) (جدول ۲). مقدار کای دو برای تعیین ارتباط بین زمان گذشته از باز شدن ژل ها و نتیجه کشت برابر با $0/300$ و مقدار $p=0.584$ بدست آمد که نشان دهنده عدم معنی دار بودن این دو متغیر می باشد. آزمون لجستیک رگرسیون نیز $OR=1/301$ و $p=0.585$ نشان داد که ارتباط معنی داری بین نتیجه کشت (متغیر وابسته) و مدت زمان گذشته از باز شدن ژل (متغیر مستقل) وجود ندارد.

بررسی ۱۰۰ نمونه ژل لوبریکت مورد آزمایش نشان داد که زمان باز شدن ۹۶ نمونه، مشخص و معلوم بوده است. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است مدت زمان گذشته از باز شدن ۳۹ مورد از این ژل ها (۴۰٪) کمتر از یک هفته و زمان گذشته از باز شدن ۵۷ مورد (۵۹٪) بیشتر از یک هفته بود. نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین مدت زمان گذشته از باز شدن ژل و مثبت شدن کشت، ارتباط

جدول ۲: نتایج توزیع کشت ژل لوبریکت براساس مدت زمان گذشته از باز شدن ژل ها

درصد(فاصله اطمینان)	مجموع	مدت زمان گذشته از باز شدن ژل ها	نتیجه کشت
۲۶(۱۸-۳۵/۶)	۲۵	بیشتر از یک هفته	کمتر از یک هفته
۷۳(۶۴-۸۱)	۷۱	۴۱	۳۰
۹۶	۵۷	۵۷	۳۹

بر حسب مارک ژل را ت Shan می دهد. بر اساس نتایج بدست آمده بیشترین درصد آلودگی میکروبی مربوط به مارک شماره ۲ (۴۰ درصد) بوده، در حالی که مارک شماره ۴ (۰ درصد) کمترین میزان آلودگی را داشته است.

نمونه های گرفته شده از نظر مارک ژل نیز مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. بر اساس این جدول بیشترین و کمترین نمونه های ژل لوبریکنت مورد استفاده به ترتیب شامل ژل شماره ۱ (۳۳ درصد) و ژل شماره ۵ (۸ درصد) می باشد. جدول ۴ نتایج کشت نمونه ها

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه های گرفته شده بر اساس مارک ژل

مارک ژل	فراوانی	درصد	فاصله اطمینان
ژل شماره ۱	۳۳	۳۲٪	(۲۴/۸-۴۴)
ژل شماره ۲	۲۸	۲۸٪	(۲۰-۳۷/۸)
ژل شماره ۳	۱۸	۱۸٪	(۱۱/۸-۲۶/۹)
ژل شماره ۴	۱۲	۱۲٪	(۷-۲۰)
ژل شماره ۵	۸	۸٪	(۴-۱۵)
مجموع	۹۹	۹۹٪	۱۰۰

جدول ۴: نتایج توزیع کشت نمونه ها بر حسب مارک ژل

مارک ژل	نتیجه کشت		مجموع
	منفی	مثبت	
ژل شماره ۲	۱۰٪۳۵	۱۸٪۶۴	۲۸
ژل شماره ۱	۹٪۲۷	۲۴٪۷۳	۳۳
ژل شماره ۵	۲٪۲۵	۶٪۷۵	۸
ژل شماره ۳	۴٪۲۲	۱۴٪۷۸	۱۸
ژل شماره ۴	٪۰۱	۱۲٪۱۰۰	۱۲
مجموع	۲۵٪۲۵٪۲	۷۴٪۷۵٪۸	۹۹

آلودگی میکروبی مثبت بودند از ژل های مستعمل گرفته شده بودند، بر اساس تعريف متغیرهای داده شده در این مطالعه، ۸۳ عدد از نمونه ها (۸۳٪) مستعمل بودند. ارتباط بین مثبت شدن نتیجه کشت و مستعمل یا غیر مستعمل بودن ژل ها با استفاده از آماره OR محاسبه شد. مقدار $OR=2/5$ بود که معنی دار نیست.

برای بررسی ارتباط بیمارستان و مثبت شدن کشت ژل لوبریکنت، مقدار آزمون کای اسکوپر با مقدار (۰/۴۰۴) نشان داد که مقدار $P=0/525$ بیشتر از ۵ درصد بوده است و بیان داشت که ارتباط معنی داری بین بیمارستانی که نمونه از آنجا گرفته شده و مثبت شدن کشت ژل لوبریکنت وجود ندارد.

وضعیت آلودگی نمونه ها بر حسب مستعمل و غیر مستعمل بودن ژل ها نیز مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده ۸۴ درصد نمونه های مثبت را ژل های مستعمل تشکیل دادند یعنی ۲۱ عدد از ۲۵ نمونه ای بی که از لحاظ

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه ۲۵٪ از ژل های لوبریکنت مورد استفاده جهت تعییه کاتتر مجرای ادراری در بخش های

ادراری شناخته شد (۲۲)، علاوه بر این در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۶ در کشور امریکا صورت گرفت پسودومونا و انتروکوک جز شایع ترین باکتری های جدا شده از عفونت های ادراری بیمارستانی بودند (۲۳). در مطالعه دیگر که در سال ۲۰۰۷ در کشور ترکیه صورت گرفت پسودومونا و انتروکوک و استافیلوکوک ها مجموعاً ۲۷ درصد از اگانیسم های جدا شده از عفونت های ادراری بیمارستانی را تشکیل دادند (۲۴) همان طور که در مقدمه اشاره شد عفونت مجاری ادراری شایع ترین عفونت بیمارستانی می باشد و ۸۰ درصد این موارد ناشی از تعییه کاتر مجرای ادراری است در نتیجه آلوده بودن ژل های لوبریکنت مورد استفاده در این روند می تواند نقش مهمی در ایجاد این عفونت ها داشته باشد. با مقایسه نتایج پژوهش های مذکور با نتایج این پژوهش می توان باکتری های مشترکی را بین عوامل عفونت ادراری بیمارستانی با عوامل ادراری در بیمارستان های سنتدج یافت که در این میان می توان به پسودومونا، انتروکوک و استافیلوکوک ها اشاره کرد و از آنجا که ژل ها در روند نصب کاتر مجرما مستقیماً با مخاط مجاری ادراری در تماس هستند، لذا آلودگی ژل ها می تواند یکی از دلایل ایجاد عفونت ادراری بیمارستانی باشد.

Hakuno و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ در کشور ژاپن به بررسی آلودگی موادی پرداختند که به عنوان لوبریکنت و ضد عفونی کننده در تعییه کاتر مجرای ادراری به کار می روند در این مطالعه ۶۰ نمونه بنزالکونیوم کلرید ۰/۰۲٪ و ۴۲ نمونه گلیسرین ۸۷-۸۴٪ حاوی بنزالکونیوم ۰/۰٪ بررسی شد، نتایج مطالعه نشان داد ۶۰ درصد از نمونه های محلول بنزالکونیوم کلرید ۰/۰٪ و ۱۱/۹٪ از نمونه های محلول گلیسرین ۸۷-۸۴٪ حاوی بنزالکونیوم ۰/۰٪ از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت بودند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه ما از لحاظ مثبت بودن آلودگی لوبریکنت های مورد استفاده جهت تعییه کاتر مجرما هموارا دارد علت

بیمارستان های بعثت و توحید سنتدج در سال ۱۳۹۲ از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت بودند. در این پژوهش ارتباط معنی داری بین مدت زمان گذشته از باز شدن ژل لوبریکنت با مثبت شدن نتیجه کشت یافت شد، از ۲۵ نمونه ای که مثبت شده بودند تعداد ۱۶ نمونه بیش از یک هفته و ۹ نمونه کمتر از یک هفته از باز شدن شان می گذشت این عدم معنی دار بودن ممکن است به خاطر دقت کم مطالعه ناشی از کم بودن حجم نمونه باشد. همچنین به دلیل حجم کم نمونه ها، تخمین با روش بواسطه نیز به عمل آمد، که در این حالت نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت ($P=0.585$). در پژوهش حاضر از ۵ مارک مختلف ژل های لوبریکنت استفاده شد که البته از ذکر نام ژل ها خودداری شده است نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۳۵ درصد از ژل های شماره دو، ۲۷٪ از ژل های شماره یک، ۲۵٪ از ژل های شماره پنجم، ۲۲٪ از ژل های شماره سه و هیچ یک (۰٪) از ژل های شماره چهار از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت بودند که این مسئله می تواند نشان دهنده تاثیر تغییر نوع لوبریکنت در کاهش آلودگی باشد که این یافته مطالعه ما با نتایج مطالعه Hakuno و همکاران هموارانی دارد به طوری که در آن مطالعه ۶۰ درصد از لوبریکنت های نوع اول آلوده بودند در حالی که فقط ۱۱٪ درصد از لوبریکنت های نوع دوم آلوده بودند.

۸ نوع پاتوژن مختلف از نمونه هایی که از لحاظ آلودگی میکروبی مثبت بودند جدا شد که شامل پسودومونا، انتروکوک، استافیلوکوکوس اپیدرمیس، استافیلوکوکوس ساپروفیتوس، کورینه باکتریوم، انتروباکتریاسه، و باسیلوس می باشد. در مطالعه ای که توسط لئون و همکاران در سال ۲۰۰۳ در واحد مراقبت های ویژه انجام شد، پاتوژن های جدا شده از بیمارانی که عفونت مجرای ادراری داشتند مورد مطالعه قرار گرفت و پسودومونا و انتروکوک پس از اشریشیا کولای بیشترین فراوانی را داشتند (۲۱). در مطالعه دیگر که در سال ۲۰۰۶ در کشور فرانسه صورت گرفت پسودومونا یکی از شایع ترین ارگانیسم های عامل عفونت

بود در حالی که عوامل آلدگی مطالعه ما شامل پسودومونا، انتروکوک، استافیلوکوکوس اپیدرمیس، استافیلوکوکوس ساپروفیتوس، کورینه باکتریوم، انتروباکتریاسه، و باسیلوس بودند که این اختلاف می تواند به دلیل متفاوت بودن محیط دو بیمارستان باشد. یکی دیگر از اختلافات مطالعه gailot با مطالعه ما این است که آن مطالعه پس از بروز پنومونی کلیسیلابی و به صورت گذشته نگر صورت گرفته که در نتیجه آن ژل ها به عنوان منبع آلدگی شناسایی شده اند در حالی که ما در این مطالعه از ابتدا به بررسی آلدگی ژل ها پرداخته ایم. این یافته که ژل های غیر استریل مورد استفاده در پروسیجرهای مختلف می تواند منبع آلدگی باشد توسط مطالعات دیگر هم تایید شده است (۲۵).

در مطالعه ای که توسط muradali و همکاران در سال ۱۹۹۵ در کانادا که به بررسی توانایی ژل های مورد استفاده در سونوگرافی به عنوان یک منبع برای عفونت های بیمارستانی پرداختند در این مطالعه ۲۵ محیط آگار را با باکتری استافیلوکوکوس اورئوس پوشاندند و سپس نصف هر محیط را با ژل های اولتراسوند پوشاندند و محیط ها را ۴۸ ساعت درون انکوباتور قرار دادند، نتیجه مطالعه نشان داد که ژل های اولتراسوند مورد استفاده هیچ خاصیت درونی باکتریوسیدال و باکتریوستاتیک ندارند و می توانند به عنوان یک محیط کشت برای باکتری عمل کنند. اشتراکات این مطالعه با مطالعه حاضر از دو جهت بود یکی این که ژل های مورد استفاده در مطالعه muradali مانند ژل های بررسی شده در مطالعه ما غیر استریل و چند بار مصرف بودند و دیگری این که گاهی در بیمارستان های بعثت و توحید سنتدج نیز در پروسیجرهای مختلف از ژل های اولتراسوند استفاده می شود (۲۶).

همان طور که در مقدمه نیز ذکر شد تعییه کاتر مجرای ادراری چهارمین پرسه در دنناک اورژانس می باشد به طوریکه در آقایان در دنناکتر از خانم ها می باشد (۱)، لذا علاوه بر آلدگی مستنه دیگری که در ارتباط با ژل های مورد استفاده در تعییه کاتر ادراری مطرح می باشد داشتن

این مسئله هم می تواند ناشی از غیر استریل بودن لوبریکنت های مورد بررسی در این دو مطالعه باشد. نتایج این دو مطالعه از لحاظ عوامل آلدگی نیز با هم مقایسه شدند به طوری که عوامل آلدگی بنزالکونیوم ۰٪۰۲ عبارت بودند از پسودومونا، بورخولدریا سپاسیا، و آئروموناس spp و عامل آلدگی کلیه نمونه های گلیسرین ۸۷٪۸۴ حاوی عبارت بود از باسیلوس و همان طور که در پاراگراف های بالاتر اشاره شد عوامل آلدگی لوبریکنت های مطالعه ما عبارت بودند از پسودومونا، انتروکوک، استافیلوکوکوس اپیدرمیس، استافیلوکوکوس ساپروفیتوس، کورینه باکتریوم، انتروباکتریاسه، و باسیلوس. با مقایسه این ها دیده شد که پسودومونا و باسیلوس از عوامل مشترک آلدگی لوبریکنت ها در این دو مطالعه می باشد. همان طور که مشاهده می شود در مطالعه hakuno با تغییر لوبریکنت از بنزالکونیوم کلرید ۰٪۰۲ به گلیسرین ۸۷٪۸۴ حاوی بنزالکونیوم ۰٪۰۲ درصد آلدگی و همچنین نوع عوامل آلدگی به شدت کاهش یافته است که این امر نشان دهنده اهمیت نوع لوبریکنت در کاهش آلدگی است (۱۶).

در مطالعه gailot و همکاران که در سال ۱۹۹۸ به دنبال ایجاد یک بروز ناگهانی پنومونی کلیسیلابی پس از ترخیص در بیماران بستری در یک بیمارستان زنان در فرانسه انجام شد، ۶ نفر از بزرگسالان و ۲ نفر از نوزادان به فاصله ۴۸ ساعت پس از ترخیص چهار پنومونی کلیسیلابی شده بودند که طی بررسی های صورت گرفته یکی از نکات مشترک در تاریخچه افراد بزرگسال و مادران نوزادها استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال بود که طی بررسی ها مشخص شد ژل مورد استفاده در این سونوگرافی ها منبع آلدگی بوده به طوریکه یک تجمع کلیسیلابی از آن کشت داده شد. یافته های این مطالعه با یافته های مطالعه ما از لحاظ آلدگی ژل های لوبریکنت مورد استفاده همخوانی دارد اما از اختلافات این مطالعه با مطالعه ما می توان به عوامل آلدگی اشاره کرد که در مطالعه gailot، کلیسیلا پنومونیه

نتیجه گیری

پیشنهاد می کنیم در راستای کاهش درد و آسیب ناشی از تعییه کاتتر مجرای ادراری و همچنین کاهش عفونت های ناشی از آلودگی ژل های غیر استریل چند بار مصرف، از این به بعد در بیمارستان های سنتدج جهت نصب کاتتر ادراری از ژل های لیدوکائین استریل یکبار مصرف استفاده شود چرا که علاوه بر استریل و یکبار مصرف بودن از خاصیت بی حس کنندگی نیز برخوردارند.

خاصیت ضد درد می باشد، در مطالعه Vaughan و همکاران که به طور آینده نگر در افراد بزرگسالی که تحت پروسیجرهای اورولوژی قرار می گرفتند، انجام شد، نتایج نشان داد که استفاده از لیدوکائین موضعی به جهت ایجاد بی حسی و کاهش درد بسیار موثر می باشد و مدت زمان لازم جهت اعمال اثر آن ۲/۷ دقیقه می باشد (۲۷). در مطالعه حاضر نیز ژل های لوبریکنت مورد استفاده در بیمارستان های سنتدج فاقد خاصیت بی حس کنندگی می باشد و بیمار درد زیادی را طی این پروسیجر تحمل می کند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از خانم دکتر ادیبه حسینی نسب و همچنین جناب آقای دکتر رشید رمضان زاده و آقیان حسین دره شیری و حمید لوا خمسه که در انجام آزمایشات ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

Reference

1. Willette P, Banks K, Shaffer L, Columbus and Cleveland OH. Visually guided male urinary catheterization: a feasibility study. *J Emerg Nurs* 2013;39:27-32.
2. Kyle G. Should lidocaine gel or lubricating gel be used for catheter insertion? *Nurs Times* 2009; 105:17.
3. Gammack JK. Use and management of chronic urinary catheters in long-term care: much controversy, littleconsensus. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:52-9.
4. Smith JM. Indwelling catheter management: from habit-based to evidence-based practice. *Ostomy Wound Manage* 2003;49:34-45.
5. Lorente L, Huidobro MS, Martín MM, Jiménez A, Mora ML. Accidental catheter removal in critically ill patients: a prospective and observational study. *Crit Care* 2004; 8: 229-233.
6. Chester H, Kirshblum S, Linsenmeyer T. Effects of theroutine change of chronic indwelling fully catheters in persons with spinal cord injury. *J spinal cord med* 2001;24:101-4.
7. Leone M, Garnier F, Avidan M, Martin C. Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units. *Microbes Infect* 2004;6:1026-32.
8. Jacobsen SM, Stickler DJ, Mobley HL, Shirtliff ME. Complicated Catheter-Associated Urinary Tract Infections Due to *Escherichia coli* and *Proteus mirabilis*. *Clin Microbiol Rev*. 2008;21:26-59.
9. Bjerklund Johansen TE, Cek M, Naber K, Stratchounski L, Svendsen MV, Tenke P. Prevalence of hospital-acquiredurinary tract infections in urology departments. *Eur Urol* 2007;51:1100-11.
10. Apisamthanarak A, Rutjanawech S, Wichansawakun S, Ratanabunjerdkul H, Patthranitima P, Thongphubth K, et al. Initial, inappropriate urinary catheters use in a tertiary care center: Incidence, risk factors, and outcomes. *Am J Infect Control* 2007; 35:594-9.

11. Theofanidis D, Fountouki A. Bladder catheterization in Greek nursing education: An audit of the skills taught. *Nurse Educ Today* 2011;31:157-62.
12. Ecker DJ, Carroll KC. Investments in high payoff technologies could reduce toll of infections. *ASM News* 2005;71:576–581.
13. Dunn S. Management of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Best Practice* 2000; 4:1-6.
14. Saint S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. *American Journal of Infection control* 2000; 28:68-75.
15. Frank U, Chojnacki T, Dettenkofer M, Daschner FD. Cost-effectiveness of an antiseptic-impregnated central venous catheter in the ICU. *Intensive Care Med* 2003;29:139.
16. Hakuno H1, Yamamoto M, OieS, KamiyaA. Microbial contamination of disinfectants used for intermittent self-catheterization. *Jpn J Infect Dis* 2010;63:277-9.
17. Tambyah PA. Catheter associated urinary tract infections: diagnosis and prophylaxis. *Int J Antimicrob Agents* 2004;24:44-8.
18. Pratt RJ1, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated Infections in NHS Hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007;65:1-64.
19. Cheung K, Leung P, Wong YC, To OK, Yeung YF, Chan MW, et al. Water versus antiseptic periurethral cleaning before catheterization among home care patients: A randomized controlled trial. *Am J Infect Control* 2008;36:375-80.
20. Guggenbichler JP, Assadian O, Boeswald M, Kramer A. Incidence and clinical implication of nosocomial infections associated with implantable biomaterials—catheters, ventilator-associated pneumonia, urinary tract infection. *GMS KrankenhhygInterdiszip* 2011;6:18.
21. Leone M1, Albanèse J, Garnier F, Sapin C, Barrau K, Bimar MC, et al. Risk factors of nosocomial catheter-associated urinary tract infection in a polyvalent intensive care unit. *Intensive Care Med* 2003;29:1077-80.
22. GirardR, MazoyerMA, Plauchu MM, Rode G. Prevalence of nosocomial urinary tract infections. *J hospinfec* 2006;62:473-9.
23. Hicherson AD, Carson CC. Nosocomial urinary tract infection. *Expert Opin Investig Drugs*. 2006;15:519-32.
24. Parlak E, Erol S, Kisilkaya M, Altoparlak U, Parlak M. Nosocomial urinary tract infection in the intensive care unit patients. *Microbiyol Bul*. 2007; 41: 39-49.
25. Gaillet O, Maruejouls C, Abachin E, Lecuru F, Arlet G, Simonet M, Berche P. Nosocomial outbreak of *Klebsiella pneumoniae* producing SHV-5 extended-spectrum beta-lactamase, originating from a contaminated ultrasonography coupling gel. *J Clin Microbiol*. 1998;36:1357-60.
26. Muradali D, Gold WL, Phillips A, Wilson S. Can ultrasound probes and coupling gel be a source of nosocomial infection in patients undergoing sonography? An in vivo and in vitro study. *Am J Roentgenol* 1995; 164:1521-4.
27. Vaughan M, Paton EA, Bush A, Pershad J. Does lidocaine gel alleviate the pain of bladder catheterization in young children? A randomized, controlled trial, *Pediatrics* 2005;116:917-20.