|  |  |
| --- | --- |
| Copy of File0000583  **بسمه تعالي**  **مركز آموزشي، درماني/ بیمارستان باقرالعلوم اهر** | |
| **عنوان/موضوع خط مشي وروش :** پیشگیری ازعفونت مجاری تنفسی | |
| **کدروش اجرائی :** **C-4-IC-104**  **تعداد صفحات :1از3** | **تاريخ تدوین:06/11/91**  **تاريخ آخرين بازنگری :05/01/1404**  **تاريخ بازنگری مجدد:05/01/1405** |

**تعریف: پیشگیری ازعفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون،حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود.**

**خط مشي :**

پنومونی بیمارستانی یکی از انواع عفونت بیمارستانی است که در چندين گروه از بيماران اتفاق مي افتد. مهمترين گروه بيماراني هستند كه دربخشIcu از ونتيلاتور استفاده مي نمايند جايي كه از ميزان ابتلاء به پنوموني به ازاي هرروز3% افزايش مي يابد.دربخش Icu ميزان بالايي ازپنوموني هاي بدخيم وابسته به ونتيلاتور وجوددارد . گرچه تعيين عوامل خطرساز مشكل مي باشد. ميكروارگانيسم ها در معده ،راههاي هوايي فوقاني و برونش ها كلونيزه مي شوند و باعث عفونت ريه مي گردند(پنوموني)آنها اغلب اندوژنوس مي باشند فلور دستگاه گوارش،بيني وگلو ) اما ممكن است اگزوژنوس هم باشندواغلب ازطريق وسايل تنفسي آلودگي ايجاد مي كند.جدا از پنومونی وابسته به ونتیلاتور،بیماران مبتلا به حملات ناگهانی یا کاهش سطح هوشیاری در خطر ابتلا به عفونت بیمارستانی قرار دارند حتی اگر لوله تنفسی نداشته باشند. پس بنابراین باتوجه به اهمیت پیشگیری وکنترل عفونت های تنفسی در بیمارستان این مرکز بایستی طبق استانداردها پروسیجرهای انتوباسیون داخل تراشه،ساکشن ،ایزولاسیون صحیح ،مراقبت صحیح ازبیماراینتوبه ، رعایت اصول استریل و..... را به نحوی انجام دهد که موجب بروز پنومونی در بیمارنگردد.

**دامنه خط مشی و روش**:

بخشهای بستری بیمارستان.

**مخاطبين يا ذينفعان:**

کارکنان واحدهای بستری**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Copy of File0000583  **بسمه تعالي**  **مركز آموزشي، درماني/ بیمارستان باقرالعلوم اهر** | |
| **عنوان/موضوع خط مشي وروش :**  پیشگیری ازعفونت مجاری | |
| **کدروش اجرائی :**  **C-4-IC-104**  **تعداد صفحات :2از3** | **تاريخ تدوین:06/11/91**  **تاريخ آخرين بازنگری : 05/01/1404**  **تاريخ** **بازنگری مجدد: 05/01/1405** |

**روش اجرايي:**

پنومونی وابسته به دستگاه ونتیلاتوردر بخش مراقبتهای ویژه:

* لوله مورد استفاده در ونتیلاتوریکبار مصرف می باشدکه بطورروتین نیاز به تعویض ندارد مگر اینکه کاملاآلوده شده یا اختلال عملکردپیداکند.

1. سرپرستار بخش یا جانشین ایشان لوله نازوگاستریک ولوله تراشه را با هماهنگی پزشک معالج هرچه زودتر درآورند.
2. کادر پرستاری بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا در وضعیت خوابیده به پهلو قرار دهند.
3. کادر پرستاری از اتساع (دیستانسیون ) معده جلوگیری به عمل آورند.
4. کادر پرستاری ناحیه پشت حلق را مرتب ساکشن نمایند.
5. کادر پرستاری درساکشن ترشحات بیمار نکات استریل را رعایت نمایند.
6. کادر کمک بهیاری کلیه وسایل وتجهیزات مورد استفاده در اینتوباسیون راطبق دستورالعمل موجود در بخش شستشووضدعفونی نمایند.
7. کادر پرستاری درزمان ساکشن کردن ضمن رعایت بهداشت دست از محافظ های مناسب استفاده نمایند.
8. کادر پرستاری پس از گاواژفرمولا مسیر NGT را با آب شستشودهند.
9. کادر پرستاری پس از اینتوباسیون محل قرار گیری لوله تراشه را کنترل نمایند ومطمئن باشند که لوله صحیح جاگذاری شده است.(علائم لوله گذاری صحیح: (1- وجود بخار هنگام بازدم 2- صدای دو طرفه ریه 3 – بالا آمدن دو طرفه قفسه سینه موقع دم 4- فقدان صدا در ناحیه اپی گاستر دربیماران با تهویه مکانیکی 5– پالس اکسی متری 7 – رادیو گرافی )
10. سرپرستار بخش یا جانشین ایشان از انتقال غیرضروری ولوله گذاری غیرواجب بپرهیزند
11. سرپرستار بخش یا جانشین ایشان از بکاربردن غیرضروری مسکن ها اجتناب نمایند.
12. سرپرستار بخش یا جانشین ایشان دستگاه تنفس مصنوعی را باید هر 7روز یکبار تعویض نمایند.
13. سرپرستار بخش یا جانشین ایشان هرسه روز یکبارفیلترلوله ونتیلاتوررا تعویض نماید.
14. کادرپرستاری لوله یکبار مصرف ونتیلاتور رادرصورتی که ازمرطوب کننده استفاده شودهرسه روز یکبارتعویض نمایند
15. کادرپرستاری لوله یکبار مصرف ونتیلاتور رادرصورتی که آلودگی ظاهری داشته باشدتعویض نمایند.
16. کادر پرستاری در صورتی که لوله تراکئوستومی توسط ترشحات مسدود شده باشد اگر لوله بدون ماندرن باشد لوله را کلا تعویض نمایند.
17. کادر پرستاری در صورتی که لوله تراکئوستومی توسط ترشحات مسدود شده باشد اگر لوله با ماندرن باشد لوله را خارج کرده توسط کادرکمک بهیاری شستشو و ضدعفونی و مجددا جاگذاری شود. (ابتدالوله را باآب و صابون شستشو و سپس در محلول غوطه وری قرارداده و پس از گذشت زمان لازم و متناسب با غلظت محلول لوله را از محلول ضد عفوني خارج نموده و با سرم نرمال سالین به دقت شستشو داده و بوسيله گاز استريل خشك نمايند.
18. آموزش به کارکنان در مورد فرایند اینتوباسیون و ساکشن توسط سوپروایزر آموزشی داده می شود.

|  |  |
| --- | --- |
| Copy of File0000583  **بسمه تعالي**  **مركز آموزشي، درماني/ بیمارستان باقرالعلوم اهر** | |
| **عنوان/موضوع خط مشي وروش :**  پیشگیری ازعفونت مجاری تنفسی | |
| **کدروش اجرائی :**  **C-4-IC-104**  **تعداد صفحات :3از3** | **تاريخ تدوین:06/11/91**  **تاريخ آخرين بازنگری : 05/01/1404**  **تاريخ** **بازنگری مجدد: 05/01/1405** |

**سایر موارد قابل اجرایی در ساکشن و تراکئوستومی بیماران :**

1 )کاتترهای ساکشن یکبار مصرف باید استفاده شود و بعد از هر بار استفاده تعویض گردد.

2 )کاتترهای ساکشن نبایستی بین بیماران بطور مشترک استفاده گردد.

3 )پرستار نبایستی کاتتر ساکشن دهانی را برای راه هوایی یا بالعکس استفاده نماید.

4 )پرستار با همکاری کمک بهیار وسایل مورد نیاز تراکئوستومی را آماده میکند.

5 )پزشک با رعایت شرایط استریل بیمار را تراکئوستومی می کند.

6 )پرستار با رعایت نکات استریل پانسمان تراکئوستومی را انجام می دهد.

7 )پزشک موقعیت آناتومیکال تراکئوستومی و عالئم عفونت را بررسی می کند.

8 )کمک بهیار بعد از هر بار استفاده از ونتیالتور آن را با محلول ضدعفونی کننده طبق دستورالعمل ضدعفونی می کند.

9 )کمک بهیار بهداشت دهان بیمار را انجام داده و در صورت عدم منع دندان های بیمار را مسواک می زند.

12 )پرستار زمان تعویض فیلترها را بر روی آنها نصب میکند.

11 )پرستار به همکاری کمک بهیار لوله های ونتیلاتور را در بیمارانیکه ترشحات فراوان ریوی دارند هر 72 ساعت و در سایر

بیماران هر 7 روز یک بار تعویض می نماید.

10 )چست باتل نیاز به تعویض روتین ندارد ولی در صورت پر شدن 2/3 حجم بمنظور بررسی عملکرد چست تیوب ،تعویض

انجام میشود.

**جدول اسامی تهیه کنندگان:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **سمت** | **نام و نام خانوادگي** | **سمت** |
| **حلما مهتدی فر** | مدیر خدمات پرستاری | **نسیم سلطانی** | پرستارکنترل عفونت |
| **زهرا خانزاده** | سوپروایزر بالینی | **حسین حسین زاده** | سرپرستار بخش ICU |
| **لیلا ابراهیم پور** | سوپروایزر آموزشی | **معصومه آرامی** | سرپرستار بخش داخلی |
| **فریبا اسکندری** | سرپرستار POST CCU | **منصوره داداش پور** | سرپرستار CCU |

|  |
| --- |
| ج  **نام و نام خانوادگي تایید كننده :** دکترمحمدحکاکی فرد  **سمت :** پزشک فوکال پوینت عفونی بیمارستان |
| **نام ونام خانوادگی ابلاغ کننده: دکترسینا پیرزه سمت: ریاست بیمارستان** |

**منابع :** راهنمای عملی سازمان بهداشت جهانی (دکتر عباسعلی جوادی و......) و راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی.