



اسینتوباکتر (ACINETOBACTER)

هما یزدان پناه

کارشناس پرستاری بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) تهران

۱. باکتریولوژی :

ACINETO BACTER : باسیا های گرم منفی ، غیر تخمیری، هوازی و کپسول دار هستند . این باکتری اولین بار در سال ۱۹۰۸ با عنوان DIPLOCOCCUS MOCCOSUS نام گرفت ولی بعدها نیز به نامهای دیگر مانند MICROCOCCUS (یعنی کوچک)، MIMA (مقلد) achromo bacter (بی رنگی) acinetobacter (بدون حرکت) و antiteratus (غیر احیا کننده نیترا ت) نیز نام گرفت . بیش از ۲۰ گونه اسینتوباکتر در این جنس و گونه وجود دارد که گونه acinetobacter عامل بیش از ۸۰٪ بیماری انسان از این گونه و جنس گزارش گردیده است .

در اسینتو باکتر ، کپسول اطراف بیشتر سوش ها ، مانع از فاگوسیتوز شده و این گونه فرض می شود که افراد با نقص ایمنی را مستعد به این عفونت می نماید .

۲. **منبع** : اسینتو باکتر تقریباً در تمامی آبها و خاکها یافت می شود . و از بسیاری از غذاها مانند شیر پاستوریزه ، غذاهای یخ زده و مرغ سوخاری نیز جدا شده است . این باکتری برای هفته ها تا ماهها روی لباسها ، سطوح خشک مثل لبه های تخت ، ونتیلاتورها، و سطوح مرطوب مثل سینک ظرفشویی زنده می ماند و نیز در برخی از اتاقهای بیماران ، اسینتو به صورت وسیعی در تمامی سطوح در تماس با بیمار پخش شده است که بنابراین تمییز و ضدعفونی کردن کامل اتاقها پس از ترخیص بیماران اهمیت ویژه ای پیدا می کند .

۳. **انتقال** : اسینتو باکتر می تواند توسط تماس فرد به فرد (بیمار آلوده یا کلونیزه) یا تماس با سطوح آلوده گسترش پیدا کند . اسینتو باکتر یک پاتوژن مربوط به خدمات مراقبت بهداشتی است . اسینتو باکتر را به عنوان عامل بروز طغیانهای وسیع و عفونتهای بیمارستانی مثل عفونتهای جریان خون ، پنومونی وابسته به ونتیلاتور ، عفونتهای مجاری ادراری و عفونت زخم گزارش کرده اند .

۴. **کلونیزاسیون** : این عمل در محیط های مرطوب ، حفرات بینی و همچنین روی پوست خشک کارمندان مراقبتهای بهداشتی صورت می پذیرد . آبن باکتری ، شایع ترین ارگانسیم گرم منفی پایدار روی پوست پرسنل بهداشتی است .

طبق آمارهای به دست آمده در حدود ۲۵٪ بالغین سالم سرپا، کلونیزاسیون پوستی و ۷٪ بالغین و شیرخواران کلونیزاسیون موقت در گلو رانشان داده اند .

این باکتری همچنین یک پاتوژن شایع محل تراکئوستومی و زخم های باز است .

ریسک فاکتورها برای کسب این عفونت در بیمارستان شامل :

مدت بستری در بیمارستان ، جراحی ، عفونت قبلی ، زخم ها ، درمان با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف ، تغذیه ویدی ، کاتترهای دائم ورید مرکزی یا ادراری، تهویه مکانیکی و پذیرش در بخشهای مراقبت ویژه مانند پذیرش در بخش سوختگی و ICU می باشند .

اسینتو باکتر به ندرت عفونت جدی در افراد سالم ایجاد می کند . و همچنین کارکنان خدمات بهداشتی که باردار هستند به شرط رعایت اصول بهداشتی در معرض خطر فزاینده از طرف این ارگانسیم نیستند .

منابع انتقال بالقوه که در OUT break (طغیانها) شناخته شده اند شامل :

اکثر تجهیزات تنفسی مثل کیسه های احیاء در بچه ها، مدارهای ونتیلاتور، اسپرومترها، پیک فلوترها، کاتترهای ساکشن و همچنین منابع دیگر مانند مرطوب کننده ها ، حمام های گرم کننده و یال های چند دوزی ، آب مقطر ، بالش ها ، لگن بیمار بستری ، دوش ها و شیرهای آب اشاره کرد .

هزینه های کنترل یک طغیان وسیع یا OUT break می تواند کمر شکن باشد و حتی گاهی پیش آمده است که برای قطع انتقال اسینتو باکتر بخش ICU را تعطیل نموده اند .

مهم است که بدانیم فاکتورهای پر خطر برای بروز بیماری شامل :

بیماری مزمن ریوی، دیابت، سیستم ایمنی ضعیف شده عفونت های دستگاه ادرای، عفونت خون یا سپتی سیمی، می باشد و می توان گفت که دستگاه تنفسی شایع ترین محل عفونت اسپیتو باکتر است.

۵. تشخیص:

عفونت یا کلونیزاسیون با اسپیتو باکتر معمولاً با کشت بالینی خون، ادرار، زخم، مایع استریل بدن و تشخیص داده می شود. می توان کشت های میکروبی را به وسیله روش های استاندارد در محیط کشت های روتین انجام داد.

۶. درمان:

بیشتر اسپیتو باکترها امروزه به آمپی سیلین، کاربن سیلین، سفوتاکسیم، و کلرامفنیکل مقاومند.

مقاومت نسبت به جنتامایسین، سفتازیدیم، تری متوپریم، سولفامتو کسازول، داکسی سیکلین، پلی میکسین B کولیسیتین، ایمی پنم، مروپنم، هنوز در برابر اسپیتو باکتر بیمارستانی فعالیت دارند، ضمناً درمان برای هر شخص باید متفاوت باشد.

کار با پنم ها (ایمی پنم و مروپنم) سنگ بنای درمان عفونتهای گرم منفی مقاوم به داروهای ضد میکروبی هستند.

در رابطه با استفاده کولیسیتین این مهم است که بدانیم سمیت کلیوی از بزرگترین و با اهمیت ترین مشکلات این داروست که باید مد نظر قرار گیرد.

۷. پیشگیری:

بدلیل هزینه های ناشی از یک OUT break یا طغیان بهتر است به پیشگیری اهمیت ویژه ای داد که شامل:

۱. رعایت احتیاطات استاندارد یا Precaution standard از قبیل شستن دستها یا Hand washing

و ضد عفونی آنها با محلولهای الکلی، پوشیدن دستکش، زدن عینک از شیلد محافظ، استفاده از گان ضد آب، ماسک

و و احتیاجات تماسی

۲. غربالگری کشت یعنی بیمارانی با خطر بالا که شامل موارد زیر است.

A- بیماران وابسته به ونتیلاتور/ تراکئوستومی .

B- بیماران پذیرش شده از بخش مراقبتهای طولانی مدت با اپیدمی اسینتو باکتر .

C- بیماران با تاریخچه قبلی عفونت با اسینتو باکتر .

D- ایزوله نمودن بیماران آلوده در اتاق مجزا با مراقبت های خاص و پی گیری جواب کشتهای ارسالی از بیماران

E- تجهیزات اتاق بیماران آلوده به اسینتو باکتر باید مختص همان اتاق و همان بیمار باشد و به بیماران دیگر منتقل نشود و

پس از ترخیص بیمار می بایست کلیه لوازم و وسایل به خوبی شسته و ضدعفونی گردد. و در صورت لزوم ممکن است نیاز به

استریل نمودن وسایل نیز باشد .

به امید روزی که بتوانیم دنیایی بدون اسینتو باکتر داشته باشیم .

منبع :

Section Infectious Disease Epidemiology

Louisiana Dept of Health & Hospitals

Office of public Health

800-256-2748(24 hrnumber)