

عنوان روش اجرایی:

پیشگیری و کنترل عفونت‌های کاترهای ادراری

کد: PDC 33-09	شماره ویرایش: ۳	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۹۵/۹/۱
حوزه تولید: کنترل عفونت	تعداد صفحه ها: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: ۹۵/۸/۳۰
هدایت کننده: پزشکان و سوپروایزر کنترل عفونت		تاریخ بازبینی بعدی: ۹۶/۸/۳۰

اهداف:

اغلب بیماران بستری در بیمارستان و اکثر بیماران بستری در ICU دارای کاتر ادراری میباشند. یکی از بیشترین میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی عفونت های ادراری میباشد که بیش از ۳۰٪ درصد عفونت‌های گزارش شده در بخشهای ویژه را شامل میگردد. بنابر این افزایش هزینه ها ، اقامت طولانی بیماران و مرگ و میر را ایجاد خواهد کرد.

دامنه کاربرد :

بخش های درمانی

مسئولیتها و اختیارات:

اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت بیمارستان، روسا و سرپرستاران بخشهای بالینی

شیوه انجام کار :

ردیف	شیوه انجام کار	مسئول انجام
۱	استفاده از کاتتر فقط در موارد ضروری صورت گیرد.	پزشک ، پرستار
۲	حتی المقدور مدت استفاده کاتتر کوتاه باشد.	پزشک ، پرستار
۳	در طی سوند گذاری تکنیک آسپتیک رعایت گردد.	پزشک ، پرستار
۴	رعایت بهداشت دست بلافاصله قبل وبعد از سوند گذاری یا دستکاری محل و یا خود کاتتر	پزشک ، پرستار
۵	برای کاتتر گذاری پوشیدن دستکش استریل الزامی است.	پزشک ، پرستار
۶	برای کاهش آسیب اورترا از لوبریکنت استفاده شود.	پزشک ، پرستار
۷	کوچکترین قطر کاتتر که مناسب باشد استفاده شود.	پزشک ، پرستار
۸	پس از کاتتر گذاری ، کاتتر باید ثابت گردد.	پزشک ، پرستار

ردیف	شیوه انجام کار	مسئول انجام
۹	<p>برقراری جریان ادراری و جلوگیری از توقف و انسداد ادراری:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حفظ سیستم تخلیه ادراری بشکل بسته • استفاده از کاتتر با سایز کوچکتر از مجرای ادراری • بگ ادرار در تمام مدت پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد هیچگاه روی زمین قرار نگیرد. • پرهیز از نفوذ آب به سیستم تخلیه ادراری • عدم تعویض خارج از معمول و استاندارد کاتتر ادراری • تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود یعنی زمانی که اندیکاسیون بالینی داشته باشد تعویض گردد • مثلاً عفونت ، انسداد یا وقتی که سیستم بسته از بین برود. • نیازی به تمیز کردن نواحی پیرینه با آنتی سپتیک جهت پیشگیری از عفونت وجود ندارد بهداشت معمولی توصیه می شود. • در حین انتقال بیمار بهتر است یورین بگ خالی شده و باید پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد. 	پزشک ، پرستار
۱۰	<p>کاتتر و لوله تخلیه کننده بهیچوجه جدا نشود مگر در موارد Irrigation مثانه</p> <p>Irrigation نیز معمولاً نیاز نیست مگر انسداد رخ داده باشد.</p> <p>جهت Irrigation: قبل از جدا کردن کاتتر و لوله ادراری باید ضد عفونی انجام گردد و با روش آسپتیک با استفاده از یک سرنگ حاوی مایع استریل انجام شود. سپس سرنگ دور انداخته شود. اگر نیاز به چندین بار شستشو است کاتتر باید تعویض شود.</p>	پزشک ، پرستار
	کیسه ادرار را حداقل هر ۸ ساعت تخلیه نمایید	کمک بهیار
۱۱	<p>تعویض سوند ادراری بصورت روتین (مثلاً هر ۲-۳ هفته یکبار) توصیه نمی شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • فقط در موارد زیر تعویض سوند ادراری ضرورت دارد. - اختلال عملکرد یا نشت (Leakage) سوند - انسداد سوند ادراری - از بین رفتن سیستم بسته (جدا شدن مکرر سوند از کیسه ادرار، آلودگی سوند و کیسه ادرار بویژه حین تهیه نمونه ادرار یا پارگی در محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار) - دستور پزشک (به علت پیوری) 	پزشک ، پرستار

نام و سمت تهیه کنندگان:

- دکتر فهیمه کمالی متخصص بیماریهای عفونی
- دکتر پردیس مراد نژاد متخصص بیماریهای عفونی
- معصومه رستمی سوپروایزر کنترل عفونت

منابع و امکانات لازم:

سوند ادراری در سایزهای مختلف، ست استریل، دستکش استریل، لوبریکنت، بگ ادراری
کارکنان درمانی آموزش دیده

1. . Abrutyn Goldman schecker, Infection control, second Ed, Saunders, 2005
۲. راهنمای کاربردی کنترل عفونت در بیمارستان ۱۳۸۷
3. Guideline for prevention of CAUTI, CDC, 2009

نام و امضاء تایید کننده معاون مرکز: دکتر مازیار غلامپور دهکی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: سوپروایزر کنترل عفونت: معصومه رستمی
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس مرکز: دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت بهزاد مومنی