

بسمه تعالی

مقدمه

آسینتوباکتر

آسینتوباکتر (*Acinetobacter*) از باکتریهای گرم منفی است که به شکل باسیل یا کوکوباسیل دیده می شود. این باکتریها اکسیداز منفی و غیرمتحرک هستند و قندها را تخمیر نمی کنند. این باکتریها در برابر اغلب آنتی بیوتیکها مانند پنی سلین مقاوم هستند ولی به کینولونها اغلب حساسند. کاتالاز مثبت و هوازی است و 23 سروتیپ شناخته نشده دارد.

اپیدمیولوژی:

– عفونت بیمارستانی

*بیشترین موارد به دنبال تهویه مکانیکی، کاتترهای داخل عروقی، عفونت محل جراحی، UTI، مننژیت بعد جراحی مغزی و عفونت زخم در بیماران سوختگی می باشد.
*ریسک فاکتورهای عفونت آسینتوباکتر در موارد بیمارستانی شامل، اقامت در خانه های نگهداری، بستری طولانی در ICU و مصرف سفالوسپورین نسل 3، کاربامپنم ها و فلوروکینولون هاست.
*مورتالیته آن خصوصا در موارد SOT (پیوند اعضا توپر) بیشتر است.
*گونه های آسینتوباکتر قادرند مدت های طولانی (هفته ها) در روی سطوح بیمارستانی زنده مانده و سبب طغیانهای بیمارستانی شوند.

*انتقال آن به علت عدم بهداشت دست ها، عدم ضدعفونی وسایل پزشکی متحرک و سطوح مراقبتی بیمار ایجاد می شود. علاوه بر سطوح آلوده، احتمالا ذرات **air borne** انتقال آسینتوباکتر نقش دارند، بنابراین یک روش پیشگیری و کنترل عفونت است.
*موارد عفونت آن در فصول گرم و مرطوب بیشتر است.

عفونت مرتبط با جامعه

*میزان کشندگی آن نسبت به نوع بیمارستانی بالاتر بوده و احتمال نارسایی تنفسی و شوک بیشتر است.
عفونت آن در کارگران کارخانه های ذوب فلزات بیشتر بوده است.

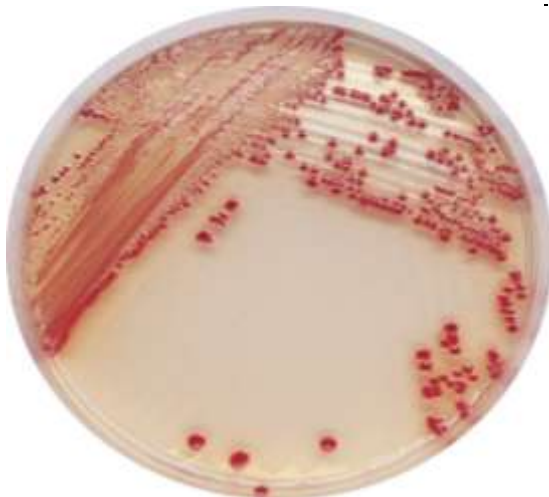


تروما

در هنگام حوادث طبیعی و به دنبال صدمات تروماتیک، به ندرت عفونت آسینتوباکتر سبب درگیری پوست و بافت نرم می شود.

تشخیص:

آسینتوباکتر به راحتی از محیط کشت جدا می شود، اما تمایز بین گونه ها به تنهایی بر اساس فنوتیپ مشکل است. RT-PCR یک روش سریع برای تشخیص باکتری می آسینتوباکتر است



تظاهرات بالینی:

*یک تظاهر بالینی شایع آن، پنومونی است که مورتالیته بالایی دارد.
*وقتی آسینتوباکتر از یک نمونه ریوی جدا می شود، افتراق کلونیزاسیون از پنومونی آن مشکل و مهم است و نیاز به ارزیابی دقیق دارد.
*عفونت جریان خون به دنبال وسایل داخل عروقی دیده می شود.

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



آسینتوباکتر



کارگروه آموزش به بیمار بخش عفونی و پزشک

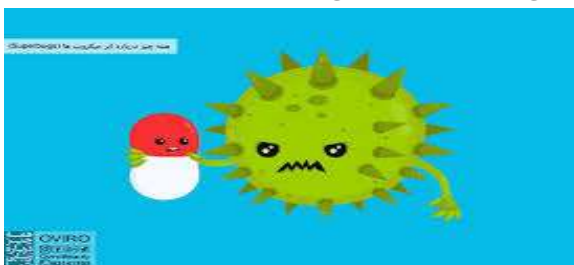
کنترل عفونت بیمارستان (خانم دکتر اکبری)

کد سند: EM-EP-44

تاریخ تدوین: بهمن 1401

تاریخ ابلاغ: اردیبهشت 1402

* اشخاصی که بیماران عفونی با آسینتوباکتر را جا به جا می کنند باید احتیاطات استاندارد را رعایت کنند انتقال شغلی گرچه نادر بوده ولی گزارش شده است



انتقال:

میزان و شدت عفونت های ناشی از آسینتوباکتر در رابطه با استفاده از تجهیزات پزشکی مثل دستگاه های تنفس مصنوعی، کاترها و همچنین درمان های آنتی بیوتیکی افزایش یافته است. بالاترین میزان عفونت های ناشی از آسینتوباکتر در بخش های مراقبت های ویژه رخ می دهند.

* افرادی که در مراکز درمانی مثل بیمارستان ها مشغول به کار یا درمان هستند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت های ناشی از آسینتوباکتر قرار دارند.

* باکتری های آسینتوباکتر می توانند برای مدتی طولانی بر روی سطوح و تجهیزات محیط های درمانی زنده بمانند. افراد می توانند این باکتری ها را از طریق دست ها، سطوح یا تجهیزات پزشکی به دیگران منتقل کنند.

در صورت نیاز به سایر مطالب آموزشی اسکن نمایید



* به ندرت از عفونتهای ادراری، آسینتوباکتر جدا شده است که به دلیل تشکیل بیوفیلم در کاترهای ادراری می باشد. * مننژیت بعد جراحی مغزی گزارش شده است. * عفونت پوست و بافت نرم در اثر صدمات تروماتیک و سوختگی نیز دیده می شود.

درمان:

انتخاب درمان بر اساس احتمال اکتساب ارگانسیم های مقاوم و بر اساس اپیدمیولوژی لوکال می باشد. قبل از شروع درمان، تعیین گونه آسینتوباکتر در محیط کشت لازم است.

پیشگیری:

* آسینتوباکتر قادر است برای هفته ها در روی سطح زنده باقی بماند. * عوامل خطر افزایش آن: عدم رعایت بهداشت دست ها، سطوح و تخت های متعدد در یک اتاق می باشد * تاکید بر بهداشت دست ها و کاربرد مواد ضد عفونی کننده بر روی سطوح مخاطی می باشد. * شواهدی از انتقال توسط سطح آلوده دیده شده است (مثل سطح داخلی وسایل پزشکی، هواکش ها، استتوسکوپ و ناخن مصنوعی پرسنل بهداشتی) * کاربرد کلرهگزیدین گلوکونات 2٪، استراتژی موثر برای کاهش ریسک عفونت مهاجم می باشد. * رعایت ایزولاسیون تماسی مهم است. قرار دادن بیمار در یک اتاق خصوصی و استفاده روتین از دستکش و گان برای پرسنل مراقبتی باید انجام شود.