

آنتی بیوتیک پروفیلاکسی و جلوگیری از ایجاد عفونت بعد از زایمان

گردآوری: صدیقه پاك سرشت

کارشناس ارشد مامایی، مربی عضو هیئت علمی

Hilly گزارش داد که یک افت در شیوع عفونت ناشی از استافیلوکوکهای مقاوم به درمان را با قطع آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در یک سرویس مامایی مشاهده نموده است.

تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در مامایی یک کار غیر اقتصادی و غیر ضروری و غیر عاقلانه است. مفهوم جلوگیری عفونت با آنتی بیوتیک پروفیلاکسی یک فریب است. تعداد زیادی از داروهای پروفیلاکسی اکثراً بطور ناقص استفاده شده و از علائم مربوط به باکتریولوژیکی جلوگیری می کند و از طرفی مانع وقوع و پیشرفت جریان بیماری نیز نمی شود.

مؤثرترین و ارزانه ترین درمان عفونت بعد از زایمان، پیشگیری است که با کنترل یک تغذیه خوب قبل از زایمان، کنترل آنمی، رعایت بهداشت صحیح و خوب توسط پرسنل، رعایت تکنیک استریل در طی

بحث بر روی کاربرد پروفیلاکسی آنتی بیوتیک ها در مامایی، در اواخر سال ۱۹۴۰ شروع شد و تجویز پروفیلاکسی پنی سیلین به تمام بیماران در لیبر باعث کاهش شیوع تب از ۶/۳ به ۲/۴٪ می شود. ولی هرگز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بطور عمومی مورد قبول واقع نشد. بدلیل اینکه اولاً شیوع عمومی عفونت، پائین است و عفونتها بندرت شدید می شوند، بطوریکه بیش از ۹۵ تا ۹۷٪ بیماران احتیاج به آنتی بیوتیک پیدا نمی کنند. شاید، تجویز غیر ضروری آنتی بیوتیک ۲-۴ درصد سبب کاهش عفونت گردد، لیکن هنوز ۲ درصد مادران مبتلا به عفونت خواهند شد.

دوم اینکه مصرف گسترده آنتی بیوتیک، خطرات مشخصی مثل عکس العمل داروهای کشنده و ظهور ارگانیزم های مقاوم را در بردارد.

می گردد. البته در امر عفونت زایمانی نه تنها پرسنل بیمارستان، بلکه خود بیمار و مقاومت عمومی او و رعایت اصول بهداشتی بیمار نیز مؤثر می باشد.

در مطالعه جدیدی که بوسیله Iffy انجام شد، روشهای جلوگیری از عفونتهای زایمانی بطریق اقتصادی و کم ضرر و مؤثر ارائه گردیده است.

در مطالعه این دانشمند برنامه هایی شامل اقدامات نسبتاً ساده پیشنهاد شده تا با کمک آن میزان آندومتریت و عفونت زخم جراحی کاهش یابد و احتمال دخالت باکتریهای گرم منفی، نقصان پذیرد:

۱. کاربرد روش صحیح در شستشوی دست قبل از عمل جراحی.

۲. تعویض مکرر لباسهای استریل.

۳. خودداری از تماس با بیمار غیر عفونی پس از ملاقات با بیماران عفونی.

۴. جداسازی سایر بیماران از افرادی که عفونت زخم جراحی دارند.

در مطالعه دیگری موارد زیر را جهت جلوگیری از عفونت بعد از زایمان پیشنهاد کردند:

۱. پوشیدن ماسک Mask-Wearing

پوشیدن ماسک به پیشنهاد کولبروک بوده که ماسک ها باید استریل، یکبار مصرف باشند و با دست نباید لمس گردد و یا به زیر چانه آورده شود. یعنی اینکه پوشیدن ماسک بالای دهان و زیر بینی ارزش پوشیدن را ندارد.

متأسفانه افرادی هستند که این تکنیک را بطور صحیح بکار نمی برند؛ پوشیدن ماسک بهتر از پوشیدن ماسک به طریق غلط است، چون تماس با لبه تحتانی بینی استافیلوکوک ها را جمع و با انداختن ماسک به بیرون منتشر می کند.

۲. پوشیدن گان Gowns

گان نیز باید شسته شده، تمیز و در محلی قبل از

مؤثرترین و

ارزانترین درمان

عفونت بعد از زایمان،

پیشگیری است

لبیر اوائل بعد از زایمان و اجتناب از ایجاد تروما در طی زایمان میزان عفونت بعد از زایمان را کاهش می دهد. البته مقاربت بعد از P.r.o.m کترانیدیکاسیون دارد و از طولانی شدن لبیر مخصوصاً بعد از سوراخ شدن کیسه آب نیز باید اجتناب کرد.

آنچه بیش از داروی پروفیلاکسی مدنظر قرار می گیرد مهارتهای کاربردی و رعایت اصول تکنیکی در امر زایمان توسط ماماها یا عامل زایمان می باشد.

پس داروی پروفیلاکسی بدون رعایت موارد لازم توجیه کننده و کاهش دهنده عفونتها نیست. با وجود همه مراقبت در دنیا، عفونت زایمانی گاهی ادامه پیدا می کند ولی یقیناً اپیدمیک نبودن آن تعیین کننده ارزش رعایت تکنیک ها و اصول زایمانی را مطرح می سازد.

Mary Barbor در سال ۱۹۴۹ در بیمارستانهای بزرگ لندن متوجه شد که مبنی بر ۶۰٪ از پرستاران و کارکنان پزشکی حامل استافیلوکوک پیورنس می باشند که ۸۰٪ این ارگانیسم ها به پنی سیلین مقاوم هستند.

این ارگانیسم ها از طریق رختخواب، دستها، وسایل پزشکی و وسایل آشپزخانه انتقال پیدا می کند و حتی فضا و هوا نیز با تعویض تختها آلوده

۶. بچه های عفونی : Septic Babies

این نوزادان نباید با مادرانشان در یک جا نگهداری شوند چون یک منبع عفونت اپیدمیک می باشند.

۷. (ضد عفونی کننده ها) Antiseptics

گرچه واجب و لازم است اما باید به عنوان یک دفاع کمکی در نظر گرفته شوند، مخصوصاً هگزاکلروفان که این دارو بسیار مهم و گران میباشد. اما ساولون یک آنتی سپتیک ارزان و رضایت بخش است.

۸. کنترل و جلوگیری از آلودگی با گرد و خاک Control of dust

خاک و غبار یک منبع عفونتهای انتقالی می باشد. روغن مالی کردن بخش ها، تمیز کردن بخشها و تعویض ملافه بدون انتقال آلودگی در فضا مؤثر می باشد.

کولبروک کشف کرد که استافیلوکوک می تواند برای چندین هفته در پتو باقی بماند. پس پتوها حتماً باید جوشانده و به اتو کلاو فرستاده شود و سپس در ماده ضد عفونی قرار گیرند و به همین دلیل نیز بهتر است جنس پتوها خوب و قابل شستشو انتخاب گردد که بهتر است از نوع Terylon که براحتی قابل شستشو هستند تهیه گردد و نیز استفاده از جاروها بوسیله پاک کردن خلاء باید جایگزین شوند.

۹. لگن Bed Pans

باید به سرعت استریل شود و در صورت امکان بدلیل اینکه منبع مهم می باشد از لگن یک بار مصرف استفاده گردد.

۱۰. پدهای یک بار مصرف

Disposal of Vulval Pads

باید از پدهای یک بار مصرف استفاده گردد در غیر

بخش نگهداری و تعویض گردد که هنگام ورود پرسنل به بخش زایمان پوشیده شود. تعویض لباس و گان بدلیل اجتناب از انتقال عفونت از یک طرف (بخش) به بخش دیگر بوده که متأسفانه کمتر رعایت می گردد.

مهمتر از آن پوشیدن گان های استریل در هنگام انجام امر زایمان می باشد که در اکثر بیمارستانها رعایت نمی شود.

۳. دستکش Gloves

دستکش استریل و خشک باید برای تمام معاینات و اژینال و انجام کارهای در رابطه با امر زایمان پس از اسکراب پوشیده شود. پوشیدن دستکش غیر استریل و سپس شستشو دادن دستها با مواد آنتی سپتیک یا مالیدن کرمهای مخصوص رضایت بخش نیست.

۴. ایزوله کردن Facilities

جداسازی، امر مناسبی در جلوگیری از عفونت می باشد که یک وظیفه محسوب می گردد و به سهولت هم امکان پذیر می باشد. کارکنان مرتبط نباید وظیفه ای در یک قسمت کثیف و تمیز را در یک زمان بعهده بگیرند، و اصولاً خودبخش زایشگاه در بیمارستانهای عمومی، باید در یک ساختمان مجزا از بخشهای عمومی قرار داشته باشد که متأسفانه در خیلی از بیمارستانهای قدیمی و حتی جدید نیز رعایت این مسئله نشده است.

۵. عفونت بین پرسنل :

Infection among personale

چنانچه کارمندان، خود دچار عفونت گردند باید فوراً از کار کناره گیرند تا زمانی که بهبودی حاصل شود، هر چند که مرخصی کارکنان بیمارستان اصولاً مقدور نمی باشد، لذا باید پیشگیری مقدماتی جهت از بین بردن این امر نیز رعایت نمائیم.

اینصورت باید پدها را در یک طرف در بسته (یکس) جهت استریل کردن قرار داد و پس از استفاده نیز در ظروف بسته بندی شده قرار گیرد و جهت سوزاندن فرستاده شود.



بنابراین به اعتقاد این دانشمندان قبل از استفاده از روشهای پرهزینه و بالقوه خطرناک می توان اقدامات ساده فوق را مورد آزمایش قرار داد.

البته بدون شک در بیمارانی که احتمال عفونت در آنها وجود دارد، «High Risk» هستند، تجویز آنتی بیوتیک ها بصورت پروفیلاکسی سبب کاهش عفونت خواهد شد و مورد قبول نیز می باشد. مثلاً در بیمارانی که بخاطر جلوگیری از پیشرفت آندوکاردیت با دریچه قلب صدمه دیده، آنتی بیوتیک با طیف وسیع در حین لیبر و چند روز بعد از زایمان، عمل استاندارد است و یا در بیمارانی که درد زایمان طولانی و پاره شدن کیسه آب «P.R.O.M» دارند و در وضع خطرناکی از نظر ابتلاء به عفونت های بعد از زایمان قرار دارند کاربرد عملی دارد.

در مطالعه ای بین دو گروه از بیمار، که عده ای از بیماران داروی Placebo (بی اثر) دریافت کرده بودند

میزان عارضه ۳/۷٪ و در مقابل گروهی که داروی پروفیلاکسی دریافت کرده بودند ۵/۳٪ بود. Humphry نیز در تحقیقی دریافت که آنتی بیوتیک موقعیکه بیماران لیبر طولانی یا P.R.O.M بیش از ۱۸ ساعت داشته باشند اختلاف معنی داری از نظر آماری وجود ندارد. از ۱۲۲ بیمار بدون آنتی بیوتیک ۵/۱۵٪ عفونی در حالیکه فقط ۱۲٪ از ۳۳ نفر که آنتی بیوتیک دریافت کرده بودند عفونی شدند ($P < 0.01$).

بتازگی تجویز آنتی بیوتیک ها بصورت پروفیلاکسی در بیمارانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته است.

از چند سال قبل کاربرد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در سزارین بطور جالب توجهی معمول گشت. در سال ۱۹۶۸، Mille و Crichton آمپی سیلین را قبل و بعد از عمل جراحی بکار بردند در ۳۰۰ نمونه از بیماران دریافتند که میزان تب از ۶۴٪ به ۲۶٪ کاهش یافته است.

در گزارش دوم websbery و همکارانش پنی سیلین و کانامایسین به بیماران تحت عمل سزارین در حین لیبر تجویز کردند، یک کاهش در میزان عوارض و کوتاه شدن طول مدت بستری دیده شده است. بعداً Morrison و همکارانش کاهش در موزیدیت از ۵۱٪ به ۲۲٪ در بیماران درمان شده با پنی سیلین و کانامایسین به مدت ۳ روز روی ۲۳۰ بیمار را گزارش کردند که در عفونت شدید نیز کاهش میزان مشاهده گردید.

در گزارش Gibbs و همکارانش در ۱۲۹ بیمار که ۴۸ ساعت قبل از عمل آمپی سیلین و کانامایسین دریافت کرده بودند کاهش تب دیده شد که از ۶۳٪ به ۲۵٪ با ($P < 0.02$) بوده که بسیاری از عفونتها قابل درمان بوده و با مراقبت کلینیکی بزودی بهبودی می یابند.

در بیماران با سابقه سزارین قبلی و کسانی که درد زایمانی نداشته و کیسه آب آنها سالم است معمولاً

$\frac{1}{6}$ تا $\frac{1}{4}$ میزان عوارض کاهش یافته است .
البته سؤالاتی نیز در این باره بی پاسخ مانده
است .

* اولاً،

آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی شیوع عفونت حاد را
کاهش می دهد؟

یقیناً اکثر نویسندگان یا نظریه قطعی نمی دهند، یا
تنها به اظهاراتی مبهم درباره شدت عفونت
می پردازند . البته بررسیهای انجام شده تنها در تعداد
کمی از عفونت شدید جلوگیری نموده است .

* ثانیاً،

آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باعث مقاوم شدن
ارگانیسم می شود؟

مطالعات اخیر نشان داده بیمارانی که مدت کوتاهی
آنتی بیوتیک دریافت می کنند، تغییراتی در
فلور میکروبی آنان بوجود می آید .

و سؤال در مورد اینکه آنتی بیوتیک پروفیلاکسی
در سزارین تأثیر دارد یا نه و پاسخ آن مثبت است .

رفرنس:

1) J.M.Pearce. Management of Puerperal Infection Journal of obstetrics and Gynaecology 1992 P.S24 - S27.

2) Cunningham MacDonald Puerperal Infection Willams ebstetrics 1993. ch 28. 29

3) H.Dabir ashrafi MD. the Diagnosis ferer accruing in Post Partum Patient (1988) P:32-41.

4) susan M Con, MD. Postfartum Endometritis obstet and Gyn of North America, uol. 16, No.2 june (1989) p:363-71.

5) Rurrow Ferris. Medical complication During pregnancg post partum Infection.3th.1988 p:349.

استفاده از آنتی بیوتیک ها بصورت پروفیلاکسی لزومی
ندارد .

بیمارانی که آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت
می کنند در مقایسه با کسانی که داروی بی اثر Placebo
می گیرند، دو برابر، میزان عفونت کمتری نشان
می دهند . در صورت جمع بندی نتایج مطالعات
گوناگون این حقیقت را در می یابیم که در اثر تجویز
پروفیلاکتیک آنتی بیوتیکها میزان تقلیل عوارض عفونی
بشرح زیر می باشند:

۱. سه برابر تقلیل در شیوع آندومتریت .

۲. سه برابر کاهش در میزان عفونت زخم
جراحی .

۳. دو برابر نقصان در عفونتهای دستگاه
ادراری .

بدین منظور در مبارزه با عفونتهای زایمانی
رژیم های گوناگون آنتی بیوتیک بکار گرفته شده اند . به
سبب نگرانی از اثر آنتی بیوتیک ها بر جنین، معمولاً
اولین دوز دارو پس از بدنیا آمدن نوزاد و بستن بند ناف
تجویز می شود . از طرفی کاربرد تکنیک اخیر با عقاید
گذشتگان در مورد زمان تأثیر آنتی بیوتیک تناقض دارد .
بر مبنای این نظریه وقتی آنتی بیوتیک ها مانع
عفونت می گردند، که در هنگام عمل جراحی در نسوج
موجود باشد . لیکن، ممکن است این طرز تفکر در
عمل سزارین مصداق نداشته باشد . زیرا در این عمل
معمولاً آلودگی صفاقی تنها پس از تولد نوزاد بوجود
می آید . نکته دیگری که تذکر آن ضروری بنظر می آید
آنست که تجویز آنتی بیوتیک ها بصورت پروفیلاکسی
تنها باید در روز عمل صورت گیرد و از تجویز طولانی
این داروها باید جداً خودداری گردد .

علیرغم مقالاتی که درباره کاهش آنتی بیوتیک
پروفیلاکسی در همه عفونتها ولی هنوز مورد بحث
و جدل محققین می باشد . مطالعات مختلف درباره
آنتی بیوتیک پروفیلاکسی نشان دادند کسانی که آنتی
بیوتیک دریافت نمودند، نسبت به گروه کنترل، حدود