

تعیین کیفیت میکروبی آب یونیت‌های دندانپزشکی

زینب حسینی مهریان^۱، محسن نغماچی^۲، فاطمه زیرک فرد^۳، علیرضا رایگان شیرازی نژاد^۴، سهیلا رضایی^۵، سمانه یوسفی^۶، بهناز حسینی مهریان^۷

^۱مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲آکمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به احتمال بروز عفونت‌های خطرناک در بیماران، منابع آب یونیت‌های دندانپزشکی از نظر آلودگی میکروبی مورد توجه هستند. هدف از این مطالعه ارزیابی وجود میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا در آب یونیت‌های دندانپزشکی شهر یاسوج بود.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی ۱۲۰ نمونه آب از پوار و توربین (قبل و بعد از فلاشینگ) در ۵ یونیت دندانپزشکی و دو نمونه آب شهری به عنوان کنترل گرفته شد. نمونه‌گیری در اولین روز هفته و وسط هفته قبل از شروع کار انجام گرفت. سپس جهت بررسی تأثیر فلاشینگ (پاشیدن آب) با انجام این عمل نمونه‌برداری صورت گرفت. بخشی از نمونه بر روی محیط نوترینت آگار جهت شمارش و قسمتی از نمونه‌ها بر روی محیط کشت ائوزین متیلان بلو و بلاد آگار کشت داده شد. شناسایی باکتری‌ها به وسیله تست‌های بیوشیمیایی انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین کل شمارش در اول هفته در پوار قبل از فلاشینگ و بعد از فلاشینگ به ترتیب ۵۳۶۰ و ۱۰۴۰ کلنی در هر میلی‌لیتر بود، همچنین این میانگین در توربین قبل از فلاشینگ ۲۸۰۰ و بعد از فلاشینگ ۱۰۲۰ کلنی در هر میلی‌لیتر بود. میانگین کل شمارش در وسط هفته در پوار قبل از فلاشینگ ۳۲۲۰ و بعد از فلاشینگ ۱۷۷۲ کلنی در هر میلی‌لیتر بود. بیشترین میزان آلودگی در آب قبل از فلاشینگ وجود داشت. نمونه‌های قبل و بعد از فلاشینگ آلوده به استرپتوکوک، دیپلوکوک، باسیل گرم مثبت، مخمر، استافیلوکوکوس، سودوموناس، پروتئوس و کلبسیلا بودند.

نتیجه‌گیری: میزان آلودگی آب یونیت‌ها بالا بود و پس از فلاشینگ آلودگی کاهش یافت. بنابراین فلاشینگ همراه با استریلیزاسیون یونیت، بهترین روش برای کنترل میزان آلودگی آب یونیت دندانپزشکی است.

واژه‌های کلیدی: یونیت دندانپزشکی، آلودگی، فلاشینگ

* نویسنده مسئول: محسن نغماچی، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، گروه تغذیه

Email: Naghmachi@yahoo.com

مقدمه

یونیت دندانپزشکی دستگاهی است که به وسیله جریان برق، جریان مایعات یا هوا برای راه‌اندازی تعدادی از وسایل و دستگاه‌های دندانپزشکی استفاده می‌شود. یونیت دندانپزشکی ابزارهای لازم را در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهد که این مجموعه شامل حداقل یک توربین هوا میکروموتور یا ایرموتور و پوار آب و هوا می‌باشد. آلودگی سیستم و منابع آب یونیت‌های دندانپزشکی امری شناخته شده می‌باشد که در محدوده بحث‌های کنترل عفونت در سالیان اخیر مورد توجه قرار گرفته است. این آلودگی‌ها ممکن است از دو منبع بیمار یا منابع آب سرچشمه بگیرند (۱). آب موجود در یونیت دندانپزشکی که به وسیله توربین و پوار آب وارد دهان بیمار می‌شود اغلب حاوی مقادیر قابل ملاحظه‌ای از میکروارگانیسم‌ها است که در برخی موارد این مقدار به یک میلیون میکروب در هر میلی‌لیتر می‌رسد (۲). از آنجایی که بیماران و پرسنل دندانپزشکی معمولاً با آب و ذرات معلق تولید شده به وسیله یونیت مواجه هستند، بنابراین کیفیت میکروبی این آب بسیار مهم است (۳). مسیر آب یونیت دندانپزشکی قسمتی از تجهیزات دندانپزشکی است که آب لازم برای توربین و اسکیلرالتراسونیک را فراهم می‌کند. در حین اعمال دندانپزشکی ذرات آب ممکن است به وسیله بیمار و تیم دندانپزشکی استشمام شود حجم زیادی از آب تولید شده از طریق ساکشن برداشته می‌شود، ولی میزانی از آن به وسیله بیمار

بلعیده می‌شود. بسیاری از مطالعات توافق دارند که آلودگی میکروبی آب یونیت دندانپزشکی شایع است (۴). آلودگی آب یونیت، برای افراد با ضعف سیستم ایمنی، بسیار قابل ملاحظه است. اگر چه تعداد افرادی که در پی مواجهه با آب سیستم یونیت‌های دندانپزشکی دچار عفونت شده‌اند، محدود است، اما مدارک علمی زیادی مبنی بر عفونت‌های متقاطع در بیمارستان‌ها ارائه شده است (۳). از جمله میکروارگانیسم‌هایی که در آلودگی منابع آب شناسایی شده‌اند می‌توان به باکتری‌های گرم مثبت نظیر: استرپتوکوکوس، استرپتوکوک همولیتیک بتا، استافیلوکوک اورئوس و باکتری‌های گرم منفی نظیر: هلیکوباکترپیلوری و پسودوموناس، لژیونلا و کلی فرم اشاره نمود. تاکنون هیچ گزارشی مبنی بر خطراتی که آب یونیت‌های دندانپزشکی می‌توانند برای سلامتی مراجعین داشته باشند وجود ندارد. به نظر می‌رسد که با طیف گسترده باکتری‌های پاتوژن انسانی مانند اشریشیا و سوش‌های نسبتاً مقاوم پروتوزاها و لژیونلا و سوش‌های مختلف پسودوموناس آئروجینوزا و کریپتوس پریدیوم که امکان سرایت عفونت از آب یونیت‌ها چندان هم بعید نباشد، مواجهه هستیم (۱). هم‌چنین گزارشی از مرگ یک دندانپزشک، در کلینیک خود به علت پنومونی، پس از مواجهه با آب آلوده یونیت ارائه شده است (۳). تحقیقات منتشر شده محدودی که در این زمینه انجام شده‌اند، نشان می‌دهند آب یونیت‌های دندانپزشکی حاوی مقادیر قابل توجهی از ایزوله‌های لژیونلا و سودوموناس است که

نشان می‌دهند تلفیقی از روش‌های فوق بیشترین تأثیر را در کنترل آب یونیت‌ها و بهبود کیفیت آنها داشته است. با این حال هنوز اطلاعات به دست آمده در مورد میزان تأثیرپذیری روش‌های مختلف کافی نبوده، انجام تحقیق‌های وسیع و دامنه‌دار در این زمینه لازم و ضروری است. از طرفی دو مشکل عمده یعنی هپاتیت و ایدز ارتباط تنگاتنگی با موضوع کنترل عفونت دارند(۱). از آنجا که مطب‌های دندانپزشکی جز مهم‌ترین مراکز درمانی می‌باشند، لذا بررسی میزان آلودگی آب یونیت‌های دندانپزشکی جز ملزومات می‌باشد تا بدین وسیله منابع عفونت شناسایی و راهی برای پیشگیری و کنترل عفونت ارایه گردد. لذا هدف از این مطالعه ارزیابی کیفیت میکروبی سیستم‌های آبی یونیت‌های دندانپزشکی در شهر یاسوج بود.

روش بررسی

در این مطالعه تجربی ۵ عدد یونیت دندانپزشکی در حوزه شهر یاسوج جهت بررسی میزان آلودگی میکروبی سیستم‌های آبی انتخاب شد. نمونه‌گیری از آب در روز اول هفته پس از ۴۸ ساعت خاموش بودن یونیت‌ها و در اواسط هفته پس از ۱۶ ساعت خاموش بودن یونیت‌ها از قسمت‌های پوار آب و هوا و توربین، قبل و بعد از فلاشینگ و آب شهری آشامیدنی انجام گرفت. نمونه‌گیری در نهایت رعایت شرایط آسپتیک و با روش صحیح انجام گرفت و قبل از آن ظروف نمونه‌گیری به دقت به وسیله اتوکلاو استریل گردیدند. به منظور اطمینان از استریل بودن

هر دو برای انسان بالقوه پاتوژن می‌باشند(۱). اعضای تیم دندانپزشکی شیوع بالاتری از لژیونلا در مقایسه با افراد معمول جامعه دارند و این امر تأیید می‌کند که ذرات معلق ایجاد شده به وسیله تجهیزات دندانپزشکی می‌تواند منشأ عفونت باشد(۴). پسودوموناس آئروجینوزا در ۲۵ درصد آب یونیت‌های دندانپزشکی و با غلظتی بیش از 10^2 کلنی در هر میلی‌لیتر یافت شده است، هم‌چنین نمونه‌های لژیونلا با غلظتی در حدود 10^0 - 10^2 کلنی در هر میلی‌لیتر از آب یونیت‌های دندانپزشکی جدا شده‌اند. به طور کلی باکتری‌های ذکر شده، از بیوفیلم موجود بر روی سطوح داخلی لوله‌های آب یونیت دندانپزشکی منشأ می‌گیرند که این بیوفیلم، پتانسیل آلوده کردن بیماران و هم‌چنین کارکنان دندانپزشکی را دارا می‌باشد(۳). علت تشکیل بیوفیلم را بالا بودن سرعت آب در قسمت مرکزی لوله‌ها و سرعت پایین آن در محیط دانسته‌اند که سبب اتصال میکروارگانیسم‌ها به جدار لوله می‌شود(۸). یکی از راه‌های سنجش سالم بودن آب، شمارش کلنی به عنوان ملاک و نشان دهنده آلودگی آن می‌باشد. تعداد باکتری‌ها در آب یونیت‌های دندانپزشکی باید کمتر از ۲۰۰ کلنی در هر میلی‌لیتر باشد. اخیراً انجمن دندانپزشکی آمریکا برای کنترل آب یونیت‌های دندانپزشکی استفاده از آب ذخیره بدون ارتباط با آب شهر، استفاده از ترکیبات شیمیایی برای زدودن میکروب‌ها از آب، تمیز کردن محل خروج آب و هوا به طور روزانه، استفاده از فیلترهای خاص را توصیه کرده است(۴ و ۱). تحقیق‌های اپیدمیولوژیک انجام شده

با کتری کوکسی خالص شده گرم مثبت از کلنی‌های آنها تست کاتالاز به عمل آمد. آن دسته از باکتری‌هایی که دارای کاتالاز مثبت بودند استافیلوکوکوس ارزیابی شدند. باکتری‌هایی که دارای مورفولوژی کوکسی و تست کاتالاز آنها منفی بود استرپتوکوکوس ارزیابی شدند. در برخی از لام‌های مشاهده شده اشکال مخمری نیز یافت گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۵ یونیت دندانپزشکی در مطب و کلینیک‌های دندانپزشکی یاسوج مورد آزمایش قرار گرفتند که با احتساب زمانهای مختلف نمونه‌گیری که شامل زمان صفر قبل از فلاشینگ و پس از ۳۰ ثانیه فلاشینگ و پس از ۶۰ ثانیه و پس از ۱۲۰ ثانیه فلاشینگ از پوار و توربین نمونه جمع‌آوری گردید که جمعاً "۱۲۰ نمونه آب از یونیت‌های دندانپزشکی جمع‌آوری شد. در نمونه‌گیری اول هفته و وسط هفته نمونه منبع آب شهری به عنوان کنترل استفاده گردید که فاقد آلودگی باکتریایی بود. میانگین شمارش به تفکیک نحوه نمونه‌گیری و زمان نمونه‌گیری از پوار و توربین در جداول بیان شده است. نتایج بررسی در اول هفته حاکی از آن است که میانگین شمارش سه بار در توربین‌ها قبل از فلاشینگ

شرایط کاری درب شیشه‌ها بلافاصله بعد از نمونه برداری بسته شد. در هنگام نمونه‌برداری از برخورد دهانه شیشه‌ها با سر توربین و پوار آب جلوگیری می‌شد و نمونه‌ها بلافاصله بعد از نمونه‌برداری به آزمایشگاه میکروبیولوژی دانشکده پزشکی یاسوج منتقل گردید. ۱ میلی‌لیتر از هر نمونه را تا رقت $10^{-۱}$ در لوله‌های استریل و با سرم فیزیولوژی استریل رقیق نموده که علت آن احتمال وجود تعداد زیاد میکروارگانسیم بود. سپس نمونه‌ها ابتدا بر روی محیط نوترینت آگار برای شمارش کلنی به روش پورپلیت کشت داده شدند و در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۴ ساعت نگهداری شدند. پس از رشد کلنی‌ها برای شمارش آنها اقدام گردید و هرکلنی شاخص حضور یک باکتری در نمونه (رقیق شده) در نظر گرفته شد و تعداد کلنی‌های شمارش شده در عکس عدد رقت ضرب شده و تعداد واقعی در ۱ میلی‌لیتر نمونه با واحد کلنی بر میلی‌لیتر گزارش گردید. از محیط ائوزین متیلن بلو برای خالص‌سازی و رشد باکتری‌های گرم منفی استفاده شد و از محیط آگار خوندار برای رشد تمامی میکروارگانسیم‌های گرم مثبت و گرم منفی با توان رشد در شرایط آزمایشگاه استفاده گردید. پس از کشت محیط‌های تلقیح شده در دمای ۳۵ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۴ ساعت نگهداری شدند. سپس از کلنی‌های خالص گرم منفی برای تعیین هویت و شناسایی باکتری‌ها بر روی محیط‌های کشت SIM^(۱)، TSI^(۲) سیمون سیترات و اوره MR-VP^(۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تشخیص

1-Sulfide Indole Motility
2-Triple Sugar Iron agar
3-Methylred - Voges-Proskauer

پوارها قبل از فلاشینگ 1688 ± 3220 و میانگین شمارش در پوارها بعد از سه بار فلاشینگ در زمان‌های مختلف ۷، 1827 ± 1772 بود (جدول ۲). میکروارگانیزم‌هایی که در اول و وسط هفته و از توربین و پوار قبل و بعد از فلاشینگ جدا گردید شامل: استرپتوکوک، دیپلوکوک، باسیل گرم مثبت، اشیرشیاکلی، مخمر، استافیلوکوک، سودوموناس، پروتئوس و کلبسیلا بود که تعداد و درصد نمونه‌های مثبت آن نسبت به کل نمونه‌ها به تفکیک اول و وسط هفته در جداول ۳ و ۴ آورده شده است.

۲۷، 740 ± 2800 و میانگین شمارش در توربین‌ها بعد از سه بار فلاشینگ در زمان‌های مختلف ۵۸، 503 ± 1020 می‌باشد و نیز میانگین شمارش سه بار در پوارها قبل از فلاشینگ 3015 ± 5360 و میانگین شمارش در پوارها بعد از سه بار فلاشینگ در زمان‌های مختلف ۲۸، 700 ± 1040 بود (جدول ۱). نتایج بررسی در وسط هفته حاکی از آن بود که میانگین شمارش سه بار در توربین‌ها قبل از فلاشینگ ۵، 1553 ± 2720 و میانگین شمارش در توربین‌ها بعد از سه بار فلاشینگ در زمان‌های مختلف ۳۳، 299 ± 980 بود و نیز میانگین شمارش سه بار در

جدول ۱: میانگین تعداد کل میکروارگانیزم برحسب کلنی بر میلی لیتر با انحراف معیار محاسبه شده به تفکیک یونیت (اول هفته)

شماره یونیت	زمان نمونه‌برداری	پوار قبل از فلاشینگ	پوار بعد از فلاشینگ	توربین قبل از فلاشینگ	توربین بعد از فلاشینگ
۱	۸۰۰۰ $\pm 816/5$	۱۱۰۰ $\pm 697/6$	۳۳۰۰ ± 245	۷۰۰ ± 216	
۲	۷۰۰ $\pm 40/82$	۱۰۰ $\pm 40/8$	۲۰۰۰ $\pm 408/2$	۲۰۰ $\pm 40/8$	
۳	۹۰۰۰ $\pm 852/44$	۱۲۰۰ $\pm 588/7$	۴۰۰۰ $\pm 408/2$	۱۵۰۰ $\pm 816/5$	
۴	۵۶۰۰ $\pm 81/64$	۶۰۰ $\pm 294/4$	۲۴۰۰ $\pm 816/5$	۱۵۰۰ $\pm 408/24$	
۵	۳۵۰۰ $\pm 408/2$	۲۲۰۰ $\pm 588/8$	۲۳۰۰ $\pm 852/44$	۱۲۰۰ $\pm 326/6$	
میانگین کل	۳۶۰ ± 3015	۱۰۴۰ $\pm 700/28$	۲۸۰۰ $\pm 740/27$	۱۰۲۰ $\pm 503/58$	

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار تعداد کل میکروارگانیزم برحسب کلنی بر میلی لیتر مشاهده شده به تفکیک یونیت (وسط هفته)

شماره یونیت	زمان نمونه‌برداری	پوار قبل از فلاشینگ	پوار بعد از فلاشینگ	توربین قبل از فلاشینگ	توربین بعد از فلاشینگ
۱	۴۰۰۰ ± 216	۴۰۰۰ $\pm 204/12$	۵۰۰۰ $\pm 98/9$	۱۵۰۰ $\pm 848/5$	
۲	۱۸۰۰ $\pm 141/42$	۶۰ $\pm 28/28$	۴۱۰۰ $\pm 282/84$	۱۰۰۰ $\pm 408/2$	
۳	۶۲۰۰ $\pm 244/9$	۴۰۰۰ $\pm 2160/24$	۲۰۰۰ $\pm 4082/5$	۱۰۰۰ $\pm 353/5$	
۴	۲۰۰۰ $\pm 141/42$	۲۰۰ $\pm 40/82$	۱۰۰۰ $\pm 216/2$	۶۰۰ $\pm 432/04$	
۵	۲۱۰۰ $\pm 282/84$	۶۰۰ $\pm 40/82$	۱۵۰۰ $\pm 816/5$	۸۰۰ $\pm 501/46$	
میانگین کل	۳۲۲۰ ± 1688	۱۷۷۲ $\pm 1827/7$	۲۷۲۰ $\pm 1553/5$	۹۸۰ $\pm 299/33$	

جدول ۳: تعداد(درصد)باکتری های یافت شده در کل نمونه های آب یونیت های دندانپزشکی در اولین روز هفته

جنس باکتری	پوار قبل از فلاشینگ	پوار بعد از فلاشینگ	توربین قبل از فلاشینگ	توربین بعد از فلاشینگ
استرپتوکوک	۲۴(۲۰)	۳۰(۲۵)	—	—
دپیلوکوک	۶۰(۵۰)	۲۴(۲۰)	—	—
باسیل گرم مثبت	۲۴(۲۰)	—	۳۹(۳۲/۵)	—
ایکلای	۳۰(۲۵)	۲۴(۲۰)	۶۰(۵۰)	—
مخمر	۲۴(۲۰)	—	۱۶(۱۳/۳۳)	۱۵(۱۲/۵)
استافیلوکوک	—	—	۱۵(۱۲/۵)	۱۳(۱۰/۸۳)
سودوموناس	۱۰(۸/۳۳)	۶(۵)	۱۲(۱۰)	۵(۴/۱۷)
پروتئوس	۱۱(۹/۱۷)	۸(۶/۶۴)	۱۶(۱۳/۳۳)	—
کلبسیلا	۱۲(۱۰)	۱۰(۸/۳۳)	۲۰(۱۶/۷)	۶(۵)

جدول ۴ تعداد(درصد)باکتری های یافت شده در نمونه آب یونیت های دندانپزشکی در اواسط هفته

جنس باکتری	پوار قبل از فلاشینگ	پوار بعد از فلاشینگ	توربین قبل از فلاشینگ	توربین بعد از فلاشینگ
استرپتوکوک	۲۴(۲۰)	۱۸(۱۵)	۳۶(۳۰)	۱۸(۱۵)
دپیلوکوک	۲۵(۲۰/۸)	۶(۵)	۲۷(۲۲/۵)	۱۰(۸/۳۳)
باسیل گرم مثبت	۶(۵)	—	—	—
ایکلای	۲۷(۲۲/۵)	۲۵(۲۰/۸)	۳۷(۳۰/۸)	۱۲(۱۰)
مخمر	۶(۵)	۵(۴/۱۷)	۱۲(۱۰)	۶(۵)
استافیلوکوک	۱۲(۱۰)	۶(۵)	۲۴(۲۰)	۱۳(۱۰/۸۳)
سودوموناس	۶(۵)	۴(۳/۳۳)	۱۰(۸/۳۳)	۶(۵)
پروتئوس	۸(۶/۶۴)	—	۴(۳/۳۳)	—
کلبسیلا	۱۲(۱۰)	—	۶(۵)	—

بحث

یونیت است. با انجام اقدامات دندانپزشکی ممکن است مقداری از فلور میکروبی دهان بیمار از طریق ساکشن و در اثر فشار منفی به داخل سیستم آب یونیت برگشت کند و باعث آلودگی بیشتر بعد از کار شود این امر نشان دهنده آن است که بزاق بیمار و دیگر منابع آلوده کننده که در تماس با توربین و پوار هستند می تواند آب را آلوده کند. چون ممکن است آب یونیت برای مدت طولانی راکد مانده، دمای آن نیز ممکن است افزایش یابد. این شرایط یک محیط مناسب را برای تشکیل بیوفیلم میکروبی ایجاد می کند که

منبع میکروارگانیسمها برای تشکیل بیوفیلم در یونیت های دندانپزشکی ممکن است از دو طریق؛ لوله های آب شهری ورودی به یونیت، برگشت بزاق بیمار از ساکشن باشد.

بنابراین می توان گفت عامل عمده آلوده کننده آب در یونیت دندانپزشکی تشکیل بیوفیلم در مجاری سیستم آب یونیت می باشد و تفاوت در میزان آلودگی قسمت های مختلف یونیت احتمالاً به دلیل میزان استفاده از آن و سرعت جریان آب در هر قسمت از

معماریان و همکاران، عباسی و همکاران و گوکسی و همکاران همخوانی دارد (۳-۵).

این پژوهش نشان داد که میزان آلودگی قبل از فلاشینگ آب در پوار و توربین بالاتر از میزان بعد از فلاشینگ آب می‌باشد و این میزان آلودگی با تکرار فلاشینگ کمتر می‌شود. براین اساس میزان شمارش در زمان‌های فلاشینگ در پوار و توربین ۳۰ ثانیه و ۶۰ ثانیه و ۱۲۰ ثانیه شمارش گردید که میزان آلودگی قبل از فلاشینگ بالا بوده و پس از اقدام به فلاشینگ کاهش یافته و با تکرار آن کاهش در آلودگی نیز بیشتر شده است که این موضوع علاوه بر این که بیانگر تأکید بر اجرای دستورالعمل انجمن دندانپزشکی آمریکا مبنی بر رعایت انجام فلاشینگ با زمان قید شده قبل از شروع به کار روزانه یونیت و نیز انجام کار با یونیت بین دو بیمار و نیز پس از اتمام کار روزانه است با مطالعه طاهری و همکاران، قائم مقامی و همکاران و صفوی و همکاران نیز همخوانی دارد (۸-۱۰).

از نمونه‌های آب یونیت مطب‌های دندان‌پزشکی، برای تعیین تعداد و نوع باکتری‌ها به وسیله کشت روی محیط‌های اختصاصی استفاده گردید که در پوار آب و هوا و توربین قبل از فلاشینگ و بعد از ۳۰ ثانیه فلاشینگ وجود اشرشیاکلی و برخی از کلی‌فرم‌ها مانند؛ کلبسیلا و سودوموناس و اشکال استرپتو کوک، دیپلو کوک، مخمر، کورینه و استافیلوکوکوکس بودند، که با اکثر مطالعه‌های انجام شده همخوانی دارد (۱-۱۰).

ممکن است این بیوفیلم مربوط به باکتری‌های پاتوژن باشد (۴ و ۳).

با توجه به این که توصیه انجمن دندان‌پزشکی آمریکا بر انجام فلاشینگ به مدت چند دقیقه قبل از پذیرش اولین بیمار و نیز بین ۲۰ تا ۳۰ ثانیه بین دو بیمار است نتایج این مقاله نیز به بررسی تأثیر فلاشینگ پرداخته است.

طبق نتایج این مطالعه میزان آلودگی آب یونیت‌های دندانپزشکی آزمایش شده نسبت به پژوهش‌های انجام شده نسبتاً بالا بود که در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده به وسیله معماریان و همکاران (۳) و صفوی و همکاران مقایسه نمود (۱۰) آلودگی بیش‌تر از حد استاندارد تعیین شده به وسیله انجمن دندانپزشکی آمریکا (۲۰۰ کلنی بر میلی‌لیتر) را گزارش نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که در نمونه‌های آب شرب شهری هیچ موردی از آلودگی مشاهده نگردید، که این نتیجه با پژوهش‌های انجام شده پیشین نیز مطابقت دارد (۱۰ و ۴، ۳).

در این پژوهش میزان آلودگی و تعداد باکتری‌ها جدا شده در روز اول هفته بعد از ۲ روز تعطیلی در پوار و توربین و قبل از فلاشینگ بیشتر از تعداد شمارش در پوار و توربین قبل از فلاشینگ در اواسط هفته و در روزهای کاری را نشان داد که حاکی از تشکیل بیشتر بیوفیلم میکروبی در مدت زمان تعطیلی آخر هفته بوده که بر اثر ماندگاری بیشتر آب آلوده و بالا رفتن دمای آن می‌باشد و با مطالعه

تشخیص داده شد که معماریان و همکاران در سال ۸۵ نیز به آن اشاره نمودند (۴ و ۳).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد در ارزیابی شمارش باکتریایی میزان آلودگی نمونه‌های قبل از فلاشینگ بیشتر از نمونه‌های بعد از فلاشینگ بودند. در مقایسه روز شنبه و سه‌شنبه میزان آلودگی در اولین روز هفته (شنبه) بیشتر بود. در این مطالعه نسبت میزان آلودگی بعد از فلاشینگ ۳۰ ثانیه‌ای به مقدار قابل توجهی کاهش یافت. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که میزان آلودگی پس از فلاشینگ کاهش می‌یابد بنابراین آگاهی هرچه بیشتر دندانپزشکان نسبت به انتقال آلودگی و عوامل عفونی به بیماران باید هرچه بیشتر مورد توجه قرار گرفته و رعایت صحیح و به موقع دستورالعمل‌های موجود در خصوص کاهش و یا حذف آلودگی موجود در آب یونیت‌های دندانپزشکی در دستور کار قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج که در انجام این پژوهش با حمایت بودجه‌ای، تصویب طرح و در اختیار قرار دادن امکانات ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدر دانی به عمل می‌آید.

وجود باسیل کلی‌فرم در یونیت‌ها حاکی از آلودگی آب به فاضلاب می‌باشد. وجود استافیلوکوکس می‌تواند بیانگر آلودگی به واسطه برگشت بزاق بیمار از طریق ساکشن و یا مجرای سر توربین به داخل مجرای آب یونیت باشد (۳).

وجود اشکال مخمر در آب یونیت‌ها نشان دهنده آلودگی آب یونیت به فلور میکروبی موجود در دهان است که در کتاب‌های مرجع میکروبی‌شناسی وجود مخمر به صورت فلور نرمال تأیید شده است (۱۱).

استریلیزاسیون گامی با ارزش در جهت کنترل آلودگی و موجب حذف بیوفیلم داخل لوله‌ها می‌باشد. از دیگر نتایج این تحقیق جداسازی میکروارگانیسم‌هایی مانند کلبسیلا، سودوموناس می‌باشد که مشابه نتایج قاسم پور و همکاران در بابل و همچنین رینات و همکاران در سال ۲۰۰۵ به آن اشاره کردند. وجود سودوموناس که باکتری محیطی و نیز فلور نرمال انسانی می‌باشد در محیط‌های آبی امکان‌پذیر بوده است. این باکتری در تشکیل بیوفیلم فعال بوده و به علت دسترسی به سیستم‌های متفاوت مقاومت آنتی‌بیوتیکی از باکتری‌های مهم در عفونت‌های بیمارستانی و افراد با نقص سیستم ایمنی می‌باشد. در این تحقیق آلودگی میکروبی آب یونیت به کوکسی گرم مثبت و همچنین باسیل گرم منفی مانند کلبسیلاو پروتئوس مشاهده شد که عباسی و همکاران به آن اشاره کردند و همچنین اشرشیاکلی

REFERENCE

1. Ghasempoor M, Ghobadinedjad MR, Haji Ahmadi M, Shaki H. Microbiological evaluation of dental unit water at dental offices and dental school in the city of Babol. *Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences* 2005; 29: 97-104
2. Honarmand M, Shahraki Sh, Farhadmolashahi L, Gholipour R, Ghaedi M. *Evaluation of bacterial contamination of water supply in dental unit water lines at zahedan dental school* 2008. *Journal of East Doctor* 2009; 11(4): 53-61
3. Memarian M, Fazeli M, Jamalifar H, Karami S. Microbial evaluation of dental units waterlines at the department of operative dentistry tehran university of medical sciences in the year 2006. *Journal of Dentistry Tehran University of Medical Sciences*; 2008; 21(1): 65-71.
4. Abbasi F, Bakhtyari S, Eslami Gh, Ghaemmaghami A. *Prevalence of gram positive cocci contamination in the water lines of Shahid Beheshti Dental School units and drinking water supply of local area*. *Journal of Dentistry Shahid Beheshti Dental School*, 2005; 23(2): 256-263
5. Goksay D, Cotuk A, Zeybek Z. Microbial contamination of dental unit waterlines in Istanbul. *Environ Monit Assess* (2008) 147: 265-269.
6. Uzel A, Cogulu D, Oncog O. Microbiological evaluation and antibiogram susceptibility of dental unit water systems in general dental. *Int J Dent Hygiene* 2008; 6: 43-47.
7. Claudia de Oliveira A, Maluta RP, Stella AE, Rigobelo EC, JM Marin. Isolation of pseudomonas aeruginosa strains from dental office environments and unit in barreos state of SAO paulo brazil and analysis of their susceptibility to antimicrobial drugs, parhz Maluta. *Brazilian Journal of Microbiology* (2008) 39: 579-584.
8. Taheri JB, Olia P, Oloomi K. Bacterial contamination level of water supply of dental units as *Shahid Beheshti Dental School*. *Journal of Dentistry Shahid Beheshti Dental School*, 2003; 21(1): 73-81.
9. Ghaemmaghami A, Mahdipour M, Ghoodarzi H. The rate of bacterial contamination in dental units water supply at *Shahid Beheshti Dental School*. *Journal of Dentistry Shahid Beheshti Dental School*. 2003; 21(1): 103-109.
10. Safsvi MR, Ghaemmaghami A, Aminzadeh M, Alavi K. Bilprone effect on reducing the number of bacteria clones heights heights environmental pollution Thay ionic water ducts Dentistry. *Journal of Islamic Dental Association*. 2004; 17(4): 76-84.
11. Geo FB, Janet SB, Stephen AM. *Medical microbiology jawetz, normal flora*. 23th ed. Tehran: Argmand Publisher; 2004; 257-63.

A Study on Microbial Quality of Water Used in the Dentistry Units

Hoseini mehrian Z¹, Naghmachi M^{1*}, Zirakfard F¹, RaiganShirazi AR¹, Rezaei S¹, Yosefi S²,
Hoseini mehrian B³

¹Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 11 Aug 2013

Accepted: 10 March 2014

Abstract

Introduction & aim: With respect to the outbreak probability of dangerous infections among the patients, the water sources of dentistry units were taken into consideration, in view of microbial contamination. The objective of this study was to assess of pathogenic organisms of the water used in the dentistry units of Yasuj city.

Methods: In this research 120 samples of water from pair and turbine of units (before and after flushing) and two samples of urban water were collected. Sampling was performed on the first weekday (48 hours after the units were switched off) and mid week (16 hours after the units were switched off) before starting work. The samples were cultured on EMB Agar and Blood Agar and incubated at 37°C for purification for Gram positive or Gram negative bacteria and it was identifying with biochemical diagnostic test. Also the samples were counted by standard plate count.

Results: The average count of bacteria before flushing in Poir on the first weekday was 5360 CFU/L and turbine was 2800 CFU/L and count of bacteria after flushing in Poir on the first weekday was 1040 CFU/L and turbine was 1020 CFU/L. While this result for midweek day: The average count of bacteria before flushing in Poir was 3220 CFU/L and turbine was 2720 CFU/L and count of bacteria after flushing in Poir was 1772 CFU/L and turbine was 980 CFU/L. Several samples of before and after flushing were contaminated with E.coli, Pseudomonas, Proteus, Klebsiella, gram positive bacilli, Streptococci, Staphylococci, Diplo cocci and Yeast.

Conclusion: According to the result of this study the contamination rate of the unit's water was high and it's rate reduced after flushing. The patients saliva causes water unit contamination and it constitutes biofilm in pipe of unit. Existence of E.coli shows the contamination of water to sewage and staphylococcus explains contamination due to return of the patient's saliva into suction. dental units waterlines showed bacterial contamination which was eliminated after flushing.

Keywords: dentistry unit, contamination, Flushing

***Corresponding Author:** Naghmachi M, Department of environment, Yasuj university of medical sciences, Yasuj, Iran
Email: Naghmachi@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Hoseini mehrian Z, Naghmachi M, Zirakfard F, RaiganShirazi AR, Rezaei S, Yosefi S, Hoseini mehrian B. A study on Microbial quality of water used in the dentistry units. Armaghane-danesh 2014; 19(8): 707-716.