

اقدامات پیشگیرانه از بروز مواجهات شغلی با وسایل تیزوبرنده

رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

- ۱- جهت شکستن ویال های ترجیحا از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ ااره نداشته باشد و در صورت نیاز به استفاده از تیغ اره و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.
- ۲- پس از تزریق از گذاردن در پوش سرسوزن اکیدا خودداری نمایید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت **ABG** یا کشت خون
- ۳- در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمایید و یا از یک دست به روش **Scoop** جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.
- ۴- از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمایید.
- ۵- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفورم خودداری نمایید.
- ۶- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و.....) اجتناب نمایید.

کمک های اولیه فوری به کارکنان بلافاصله بعد از مواجهه شغلی

باتوجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی در مورد ذیل اتفاق می افتد، اقدامات کمک های اولیه فوری بایستی انجام شود.

- فرورفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به :
 - بریدگی های باز
 - ملتحمه (چشم ها)
 - غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)
 - گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

کمک های فوری:

- ۱- شستشوی محل زخم با صابون و آب ولرم
- ۲- خودداری از مالش موضعی چشمها
- ۳- شستشوی چشمها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

گزارش فوری سانحه به سوپروایزر:

- در صورت حضور سوپروایزر کنترل عفونت با ایشان تماس حاصل گردد. (۳۱۳۴/۲۰۱۴)
 - در صورت عدم حضور سوپروایزر کنترل عفونت با سوپروایزر بالینی تماس حاصل گردد. (۲۲۰۳/۲۱۷۱)
 - سوپروایزر بالینی جهت اتخاذ تصمیم نهایی با سوپروایزر کنترل عفونت تماس میگیرد. (مرکز تلفن)
- ۱- تکمیل دقیق فرم گزارش دهی مواجهه شغلی بلافاصله بعد از بروز سانحه (نمونه در پیوست ۱)

بررسی خطر بیماریزایی ناشی از تماس شغلی در کارکنان :

بررسی خطر بیماریزایی ناشی از تماس شغلی کارکنان شامل ۳ مرحله می باشد:

- ۱- بررسی مقدماتی
- ۲- بررسی آزمایشگاه
- ۳- اقدامات اصلاحی

بررسی مقدماتی

- ۱- در صورت مواجهه شغلی پرسنل بلافاصله بایستی فرم مواجهه شغلی توسط فرد مذکور تکمیل و بعد از تایید سوپروایزر کنترل عفونت و در صورت عدم حضور وی سوپروایزر بالینی به آزمایشگاه ارسال گردد. نمونه فرم در پایین صفحه آمده است. (این فرم در آزمایشگاه جمع آوری و به دفتر کنترل عفونت ارسال میگردد).
- ۲- در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت هیپاتیت C, B و HIV نامشخص باشد ۱۰-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس (بیمار) جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار گیرد.
- ۳- در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت HIV محرز باشد الزامی است فرد مورد تماس در حداقل زمان ممکن و ترجیحاً در عرض دو ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر متخصص عفونی (ارجاع به بیمارستان امام حسین یا مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی) قرار گیرد.

• بررسی آزمایشگاهی

۱. آزمایشگاه موظف است پرسنلی را که همراه با فرم های گزارش دهی مواجهه شغلی ارسال شده است بلافاصله پذیرش نماید و نتیجه آزمایش هیپاتیت HC/HB و HIV را حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از تماس بصورت کتبی و به همراه فرم گزارش دهی مربوطه به واحد کنترل عفونت ارسال کند تا اقدامات اصلاحی لازم انجام گردد.
۲. آزمایشگاه موظف است نتیجه آزمایش هیپاتیت HC/HB و HIV بیمار (منبع تماس) را حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از تماس بصورت کتبی به بخش ارسال کند تا اقدامات اصلاحی لازم انجام گردد.
۳. در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار) با عفونت هیپاتیت C/B و HIV مشخص باشد: ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس، گرفته میشود و به منظور پیگیری های آتی در آزمایشگاه ذخیره میشود.
۴. کلیه گزارشات توسط مسئول وقت واحد جهت تصمیم گیری نهایی به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع رسانی گردد.

• اقدامات اصلاحی

- توصیه های مربوط به اقدامات اصلاحی توسط متخصص بیماریهای عفونی یا سوپروایزر کنترل عفونت انجام میگردد.
- ۱- با توجه به جواب آزمایشات منبع تماس (بیمار) از نظر هیپاتیت C/B و HIV چند وضعیت اتفاق می افتد:

۱-۱- جواب آزمایش منبع تماس از نظر HIV مثبت باشد:

الف- ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته شده دریافت و از نظر آنتی بادی HIV مورد آزمایش قرار می گیرد و این آزمایش ۶ هفته و ۱۲ هفته و ۶ ماه بعد مجدداً تکرار می گردد. سایر آزمایشات شامل شمارش خون محیطی (CBC)، کراتینین و آنزیمهای کبدی، در زمان شروع پروفیلاکسی و ۲ هفته بعد انجام شود.

ب- فرد مورد تماس جهت تشکیل پرونده و در صورت لزوم دریافت پروفیلاکسی ضد HIV در زودترین زمان ممکن به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع می گردد تا پروفیلاکسی شروع و پرونده تشکیل گردد.

۲،۱،۱: در صورتی که بیمار HIV منفی باشد:
بغیر از ثبت مواجهه شغلی نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.

۱،۲: جواب آزمایش منبع تماس از نظر هپاتیت C

۱،۲،۱: در صورتی که بیمار HCV مثبت باشد:

الف: بررسی آنزیمهای کبدی پایه و HCV Ab در صورت امکان، HCV RNA ۴ تا ۶ هفته بعد، بررسی آنزیمهای کبدی و Ab HCV ۲۴ هفته بعد

ب: تزریق ایمنو گلوبولین توصیه نمی شود.

۱،۲،۲: در صورتی که بیمار HCV منفی باشد:

بغیر از ثبت مواجهه شغلی نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.

۱،۳: جواب آزمایش منبع تماس از نظر هپاتیت B

۱،۳،۱: در صورتی که بیمار HBS Ag مثبت یا منفی باشد طبق الگوریتم کشوری تصمیم گیری می شود.

بایدها

- تمامی کارکنان در معرض خطر باید آزمایش آنتی بادی علیه HB را انجام داده باشند و میزان آن را بدانند.
- در صورتیکه میزان Anti HBs فرد مورد تماس $\geq 10\text{U/ml}$ باشد مصونیت دارد.
- در صورتیکه میزان Anti HBs فرد مورد تماس $\leq 10\text{U/ml}$ باشد و یا اصلاً واکسینه نشده است:
 - اگر منبع آنتی ژن مثبت باشد یک نوبت HBIG و واکسیناسیون مجدد تزریق میگردد.
 - اگر منبع آنتی ژن مثبت نباشد شروع واکسیناسیون برای افرادی که اصلاً واکسینه نشده اند.
 - اگر منبع نا مشخص باشد، اگر بالای ۱۰ بود درمان نیاز نیست اگر پاسخ ناکافی بود یک نوبت HBIG و واکسیناسیون مجدد انجام میگردد.
- کلیه اقدامات فوق با هماهنگی متخصص بیماریهای عفونی یا سوپروایزر کنترل عفونت انجام میشود.

نکته :

از انجاییکه تمامی کارکنان در معرض خطر باید بر علیه هپاتیت B واکسینه شده باشند و نتیجه آزمایش آنتی بادی خود را داشته باشند. در صورت نیاز به HBIG بایستی با هماهنگی سوپروایزر کنترل عفونت از داروخانه مرکز خریداری نمایند. جهت انجام واکسیناسیون با مجوز از سوپروایزر کنترل عفونت اقدام شود. محل انجام واکسیناسیون درمانگاه مرکز میباشد. تمامی افرادی که جهت انجام واکسیناسیون به درمانگاه مراجعه مینمایند موظف به ارائه کارت شناسایی میباشند.

پیوست ۱

نمونه فرم مواجهه شغلی

فرم مخصوص تماس پرسنل با سرسوزنهای آلوده یا ترشحات

اطلاعات کارکنان:			
نام و نام خانوادگی:	سمت:	بخش:	شیفت کاری: <input type="radio"/> ص <input type="radio"/> ع <input type="radio"/> ش
سابقه کار:	سن:	کد بیمارستان: (حتما قید شود)	
تاریخ مواجهه:	نوع وسیله مواجهه: سوزن توخالی <input type="radio"/> سوزن تو پر <input type="radio"/> غیره <input type="radio"/>		
وضعیت ایمنی:			
سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>			
نتیجه تیتر آنتی بادی: بالای ۱۰ <input type="radio"/> کمتر از ۱۰ <input type="radio"/> نمیدانم <input type="radio"/>			
<p>زمان مواجهه:</p> <p>در زمان برقراری Iv line <input type="radio"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="radio"/> در زمان خون گیری <input type="radio"/> ساکشن <input type="radio"/></p> <p>در زمان عمل جراحی <input type="radio"/> کار با بیستوری <input type="radio"/> جابجایی زباله <input type="radio"/></p> <p>سایر موارد: (ذکر شود).....</p>			
نوع مایع مسبب آلودگی: خون <input type="radio"/> ترشحات <input type="radio"/>			
مشخصات مربوط به بیمار (منبع)			
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد:	سن:	
سابقه واکسیناسیون هپاتیت B:		نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی:	
جزء گروههای پر خطر میباشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>			
منبع نا معلوم: <input type="radio"/>			
اقدام:			

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

منابع:

- ۱ مرکز مدیریت بیماریها کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی / ۱۳۸۷
- ۲ دکتر عسگری، دکتر حق ازلی راهنمای کشوری هیپاتیت ب مصوبه کمیته کشوری هیپاتیت / ۱۳۸۶
- ۳ دکتر حکیم زاده، راهنمای پیشگیری از ایدز و هیپاتیت مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت
- ۴ اصول مراقبت از بیماران و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت مجموعه راهنماهای کشوری پیشگیری و کنترل عفونت در مراکز ارائه خدمات سلامت ۱۴۰۰