

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 ودر صورت نیاز به استفاده از تیغ ااره 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 ویا از یک دست به روش **Scoop** جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.
- ۴- از شکستن ویا 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 بلا فاصله 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 ویا 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)
 - ۲- ثبت رسمی سانحه گزارش شده در گزارشات حین کار در بخش مربوطه و دفتر پرستاری

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 وبعد 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 B، C و HIV نامشخص باشد ۵-۱۰ 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 ترجیحا در عرض دو ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر متخصص عفونی (ارجاع به 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: ۵-۱۰ 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

۱،۱،۱ در صورتی که بیمار HIV مثبت باشد:

الف - ۵-۱۰ 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.

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 خمینی ارجاع می گردد تا با متخصص عفونی مورد مشاوره قرار گیرد.

ج- در صورتی که مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی تعطیل بود و احتمال آلودگی مسجل گردیده بود با هماهنگی سوپروایزر وقت جهت بررسی توسط کشیک بیماریهای عفونی بیمارستان امام خمینی اقدام شود.

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 هیپاتیت C

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

الف: ۱۰-۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته شده واز نظر آنتی بادی HCV و آزمایشات بعدی مانند SGOT,SGPT,ALKph مورد آزمایش قرار می گیرد و این آزمایش ۱ ماه و ۳ ماه و ۶ ماه بعد مجدداً تکرار می گردد.
ج- 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 هیپاتیت 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 $\geq 10U/ml$ باشد مصونیت دارد.
- در صورتیکه میزان Anti HBs فرد مورد تماس $\leq 10U/ml$ باشد و یا اصلاً واکسینه نشده است:
 - ی اگر منبع آنتی ژن مثبت باشد یک نوبت HBIG و واکسیناسیون مجدد تزریق میگردد.
 - ی اگر منبع آنتی ژن مثبت نباشد شروع واکسیناسیون برای افرادی که اصلاً واکسینه نشده اند.
 - ی اگر منبع نا مشخص باشد ابتدا آزمایش آنتی بادی انجام شود 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 هیپاتیت 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 می نمایند موظف به ارائه کارت شناسایی میباشند.

پیوست ۱

نمونه فرم مواجهه شغلی

فرم مخصوص تماس پرسنل با سرسوزنهای آلوده یا ترشحات

بخش:	سمت:	نام خانوادگی پرسنل:
جنس:	سن:	سابقه کار:
نوع مواجهه (نوع وسیله):		تاریخ مواجهه:
سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب: (ضروری)		
نتیجه تیتر آنتی بادی: (ضروری)		
<p>مواجهه:</p> <p> <input type="radio"/> در زمان برقراری IV line <input type="radio"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="radio"/> در زمان خون گیری </p> <p> <input type="radio"/> در زمان عمل جراحی <input type="radio"/> جا گذاری بیستوری <input type="radio"/> جابجایی زباله </p> <p>سایر موارد:</p>		
مشخصات مربوط به بیمار (منبع)		
سن:	کد:	نام و نام خانوادگی بیمار:
آدرس و تلفن:		
سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب:		
نتیجه تیتر آنتی ژن و آنتی بادی:		
منبع نامعلوم: <input type="radio"/>		

امضاء سوپروایزر:

تاریخ تنظیم فرم:

منابع:

- 1 مرکز مدیریت بیماریها کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی / 1387
- ۲ دکتر عسگری، دکتر حق ازلی راهنمای کشوری هیپاتیت ب مصوبه کمیته کشوری هیپاتیت / 1386
- 3 دکتر حکیم زاده، راهنمای پیشگیری از ایدز و هیپاتیت مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت