



โรงพยาบาลเรณูนคร

ระดับเอกสาร : วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI -IC-002-00-08.65

ฉบับที่ : 2 (ปรับปรุงครั้งที่1)

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกข้อมีคมทิ่มตำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง

วันที่ : 5 สิงหาคม 2565

แผนก : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกแผนกในโรงพยาบาล

ผู้จัดทำ : 

(...นางภาณินนุช เณริชัย...)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวน : 

(นายสรวิศ ศรีสิงห์เดช)


ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

ผู้อนุมัติ : 

(นายไพศาล พลโลก)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร

 โรงพยาบาลเรณูนคร	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 1/7

๑.วัตถุประสงค์ :

๑.เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในโรงพยาบาลเรณูนครปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมทิ่มตำหรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

๒.บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องทราบวิธีปฏิบัติเมื่อได้รับอุบัติเหตุถูกของมีคมทิ่มตำ สัมผัสเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ขณะปฏิบัติงานและปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่ติดเชื้อจากของมีคมทิ่มตำ

๒.เป้าหมาย : เพื่อป้องกันและลดติดเชื้อจากการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเรณูนคร

๓.ผู้รับผิดชอบ :บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเรณูนครทุกคน

๔. คำนิยามศัพท์ :

อุบัติเหตุที่เกิดจากของมีคมหรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน หมายถึง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในขณะที่บุคลากรในทีมสุขภาพ ให้การพยาบาลและรักษาผู้ป่วย โดยมีสาเหตุจากเข็มหรือของมีคมทิ่มตำผิวหนัง เยื่อหู ที่มีแผลสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือสิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ปาก ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเอชไอวี

๕.วิธีปฏิบัติ

๑. เมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งให้ปฐมพยาบาลทันที ดังนี้

- ถูกของมีคมทิ่มตำ ล้างด้วยน้ำสบู่ล้างออกด้วยน้ำสะอาด แล้วตามด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Povidine ไม่ควรบีบหรือเค้นเลือดออกเพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้นและเพิ่มโอกาสของการรับเชื้อ

- เลือด/สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา-ปาก ให้ล้างออกด้วยน้ำสะอาดหลายๆหลายครั้ง หรือ ๐.๙%Normal Saline ถ้าเข้าปากให้บ้วนปากหลายๆและกลั้วคอด้วยน้ำแล้วบ้วนทิ้ง


๒. แจ้งหัวหน้าเวร เพื่อรับการให้คำปรึกษาทั้งในและนอกเวลาราชการ

๓. รายงาน ผอ.รพ.สต.ทราบ

๔.เข้ารับบริการตรวจเลือดเวลาราชการที่แผนกผู้ป่วยนอก /นอกเวลาราชการมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเรณูนคร โดยตรวจ CBC , BUN, Creatinine ,VDRL , Anti-HIV, HBsAg , HBsAb ,LFT,UA (เพื่อประเมินการติดเชื้อก่อน – หลังการเกิดอุบัติเหตุ และระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์)

๕. หากทราบตัวผู้ป่วย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการตรวจเลือด Anti HIV , HBsAg , HBsAb , VDRL

- กรณีผลเลือดผู้ป่วยเป็นบวก หรือผลเลือดเป็นลบแต่พฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ให้บุคลากรได้รับยาเร็วที่สุดภายใน ๑ – ๒ ชั่วโมง

	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง :: แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมที่มดตำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 2/7

รับยาที่ฝ่ายเภสัชกรรม รับประทานยานาน ๓๐ วัน และติดตามผลเลือดระหว่างทานยาสัปดาห์ที่ ๒ และ ๔ โดยตรวจ LFT , CBC , UA , BUN , Cr ส่วนผลเลือด Anti HIV , HBsAg , HBsAb จะเจาะเลือดตรวจสัปดาห์ที่ ๖ , ๓ เดือน , ๖ เดือน , ๑๒ เดือน)

- กรณีผู้ป่วย HBsAg positive และบุคลากรไม่มีภูมิคุ้มกันและไม่เคยฉีดวัคซีน ให้ฉีด Hepatitis B Immunoglobulin ภายใน ๗ วัน ถ้ามีภูมิคุ้มกันสูงแล้วไม่ต้องฉีดยา แต่หากภูมิคุ้มกันต่ำให้ฉีด Hepatitis B Immunoglobulin ๑ เข็ม และวัคซีน ๑ เข็ม ถ้าไม่มีการตรวจเลือดผู้ป่วยหา HBsAg บุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันควรฉีดวัคซีน ส่วน Hepatitis B Immunoglobulin ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาเป็นรายๆ

๖. บันทึกรายงานการเกิดอุบัติเหตุส่ง ICN โรงพยาบาลเรณูนคร (นางภานินนุช เณริชัย)

๗. การติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยคุณ ภานินนุช เณริชัย (ICN) หากมีปัญหาการรับประทานยาห้ามหยุดยาเอง ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาหยุดยา ส่งยาที่เหลือคืนห้องยา

๘. หากบุคลากรรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์แล้วไม่สามารถปฏิบัติตามได้จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาให้ลาป่วยได้ พิจารณาตามเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานทดแทนตามข้อตกลงการเรียกอัตรากำลัง

๙. บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุจะต้องไม่บริจาคโลหิต ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการตั้งครรภ์ จนกว่าจะทราบผลการตรวจเลือดขั้นสุดท้าย

๖. เครื่องชี้วัดคุณภาพ อัตราการติดเชื้อจากของมีคมที่มดตำ/สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ๐ %


๗. เอกสารอ้างอิง

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ ๑.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ นนทบุรี .๒๕๖๓.

กัธธ มาลาธรรม และยงค์ รุ่งเรือง .คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๒ นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร . กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๐.

อะเคื้อ อุนหลกะ .หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ ๒

โรงพิมพ์มิ่งเมือง .เชียงใหม่ ,๒๕๕๕.


	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง :: แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมที่มิดำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 3/7

๘.ภาคผนวก

แบบฟอร์มที่ 3

แบบบันทึกและรายงาน กรณีบุคลากรเกิดอุบัติเหตุ ถูกของมีคมที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่

- ชื่อบุคลากรHN.....รหัส.....อายุ.....ปี เพศ.....
- ประเภทบุคลากร () แพทย์ () พยาบาล () อื่น ๆ ระบุ.....
- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วันที่เดือน.....พ.ศ.เวลา..... น.
สถานที่
- บรรยายลักษณะงานที่ปฏิบัติและการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น
.....
.....
.....
- ลักษณะการสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง
 () ของแหลมคมที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่มี คำ บาด
 ชนิดของแหลมคม () มีด () แก้ว
 () เข็ม..... () แบบมีรู () แบบทึบ
 () อื่น ๆ ระบุ.....
 () พบเลือดบนขนาดแผลชัดเจน
 () พบ () ไม่พบ
 () ผิวหนังที่มีบาดแผลสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
 () เยื่อตา เนื้อเยื่ออ่อนสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
 () อื่น ๆ ระบุ.....
- ในกรณีที่ถูกเข็มจากผู้ป่วย พบว่า
 () เข็มสัมผัสเส้นเลือดดำของผู้ป่วย () เข็มสัมผัสเส้นเลือดแดงของผู้ป่วย
 ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยHN.....

 โรงพยาบาลเรณูนคร	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง : : แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมี คมที่มตำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 4/7

HIV testCD4 count (ถ้ามี)

การดำเนินโรคของผู้ป่วยระยะ () Asymptomatic HIV () Symptomatic HIV () AIDS

7. ผลการตรวจเลือด หลังประสบอุบัติเหตุทันที (Day 0)

7.1 Hemoglobinmg/ % Hematocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count

Neutrophil% Lymphocyte.....% Monocytes.....%

Basophil.....% Eosinophil.....% Band form.....%

7.2 HIV Ab () บวก () ลบ

7.3 HIV Ag () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

7.4 HBs Ag () บวก () ลบ

7.5 HBs Ab () บวก () ลบ

7.6 HCV Ab () บวก () ลบ () ไม่ทราบ () ไม่ได้ตรวจ

7.7 ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ () ไม่ได้ถาม

ถ้ามี ระบุ 1.....

2.....

3.....

8. Urine Exam ก่อนรับประทานยา

8.1 Albumine () negative () 1 () 2 () 3 () 4

8.2 Occult blood /HPF


8.3 WBC /HPF

8.4 RBC /HPF


8.5 Epithelium cell /HPF

8.6 Cast /HPF

** กรณีบุคลากรผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหญิง ห้ามตรวจปัสสาวะในขณะที่มีประจำเดือน

	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง : :: แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมีคมที่มด้า/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 5/7

9. ก่อนรับประทานยามีอาการ () ปวดศีรษะ () ไม่มีอาการปวดศีรษะ
10. บุคลากรทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ของการตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินยอมที่จะให้ตรวจเลือด () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ HIV () ทราบ () ไม่ทราบ
 บุคลากรยินดีรักษาขั้นต้นเพื่อป้องกันเชื้อ Hepatitis B () ทราบ () ไม่ทราบ
 ลงชื่อ.....(บุคลากร) ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ดูแล)
 (.....) (.....)
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....
11. กรณีบุคลากร ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 11.1 () AZT + 3TC ระบุขนาด AZT.....mg/วัน 3TC.....mg/วัน
 () รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ () ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน/สัปดาห์
 () AZT + 3TC + Indinavir ระบุขนาด AZT.....mg/วัน 3TC...../mg/วัน
 () รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์ () ไม่ครบ รับประทานได้.....วัน/สัปดาห์
 () อื่น ๆ ระบุ.....
- 11.2 รับประทานยา dose แรก หลังประสบอุบัติเหตุ ()นาที่ ()ชั่วโมง
 ()วัน ()เดือน
12. ผลการรับประทานยา
- 12.1 รับประทานยาครบ 4 สัปดาห์
- () ไม่มีผลข้างเคียง
- () มีผลข้างเคียง ระบุ () คลื่นไส้/อาเจียน () ผมร่วง
 () เหนื่อยอ่อนเพลีย () น้ำหนักลด
 () เบื่ออาหาร () ตาเหลือง/ตัวเหลือง
 () มีนังง/เวียนศีรษะ () ปวดศีรษะ
 () ผื่น ระบุ.....
 () อื่น ๆ ระบุ.....
- 12.2 หยุดยาก่อนครบ 4 สัปดาห์ เพราะ.....

โรงพยาบาลเรณูนคร 	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง :: แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมี คมที่มืดดำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 6/7

12.3 อื่น ๆ

13. บุคลากรได้รับการ Counselling () ได้รับ

() ไม่ได้รับ เพราะ.....

14. ผลการตรวจเลือดบุคลากร (หลังรับประทานยาครบ 4 สัปดาห์)


สัปดาห์ที่ 4 Hemoglobin.....mg/% Hemalocrit.....%

Red cell morphology.....

WBC Count.....per cu.mm.

Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Monocytes.....%

Basophil.....% Eosinophil.....% Band form.....%

โรงพยาบาลเรณูนคร 	วิธีปฏิบัติเลขที่ : WI-IC-002-00-08.65	ผู้จัดทำ : งานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
	เรื่อง : : แนวทางปฏิบัติเมื่อถูกของมี คมทิ่มตำ/สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	หน้า : 7/7

ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อได้รับอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
 โรงพยาบาลเรณูนคร จ. นครพนม

1. เช็ดมีคมตำล้างออกด้วยน้ำสบู่ตาม
ด้วยน้ำสะอาด ทาแผลด้วย Povidine
2. สารคัดหลั่งเข้าปาก/ตา ล้างด้วยน้ำ
สะอาดหรือ 0.9% Normal saline ออก
ให้มากที่สุด

