

# โครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคเข้ามารักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีมากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรในที่มสุขภาพ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้ให้มีโครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรใหม่ทุกคนรวมถึงนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการมีดังนี้

1. บุคลากรใหม่ทุกคน นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล จะได้รับการตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน
2. ได้รับการทดสอบทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin test) คือ การฉีดน้ำยา PPD ขนาด 0.1 มล. เข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าแขนและอ่านผลโดยการวัดขนาดของตุ่มแดงที่เกิดขึ้นภายใน 48-72 ชั่วโมง หลังการฉีด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกลับมาให้เจ้าหน้าที่อ่านผลการทดสอบนี้ตามเวลาและสถานที่ที่กำหนดไว้
3. ผู้ที่ทำการทดสอบครั้งที่ 1 และได้ผลลบ (น้อยกว่า 10 มม.) จะต้องมารับการทดสอบซ้ำอีกครั้ง หลังจากการทดสอบครั้งแรก 1 สัปดาห์ และอ่านผลการทดสอบภายใน 48-72 ชั่วโมง ตามเวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ หากยังได้ผลลบแสดงว่ายังไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรค ซึ่งกลุ่มนี้ต้องทดสอบทูเบอร์คิวลินซ้ำทุกปีเพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากมีการเปลี่ยนแปลงผลลบเป็นบวกและขนาดของปฏิกิริยามากขึ้นจากเดิม มากกว่า 5 มม. แสดงว่าอาจจะเพิ่งได้รับเชื้อจะพิจารณาให้ยาป้องกัน กรณีมีผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยอาจพิจารณาทดสอบหลังสัมผัสภายใน 3-6 เดือน แล้วแต่กรณี
4. ผู้ที่ทำการทดสอบแล้วได้ผลบวก (เท่ากับ/มากกว่า 10 มม.) **ทั้งผู้ที่ทำการทดสอบครั้งที่ 1 และผู้ที่ทำซ้ำ (ทำทุกปี)** หากไม่มีอาการผิดปกติและภาพรังสีทรวงอกปกติแสดงว่าไม่เป็นโรคในระยะแพร่เชื้อ แต่เคยได้รับเชื้อแล้ว ไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบอีก แนะนำให้ดูแลสุขภาพตัวเอง หากภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ แนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคต่อไป

นอกเหนือจากการทดสอบดังกล่าวข้างต้นแล้ว บุคลากรทางการแพทย์จะต้องตระหนักว่าเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค ดังนั้นหากมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้หรือไอเรื้อรัง น้ำหนักลด ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยเร็ว ให้ติดต่อแพทย์ที่คลินิกสุขภาพ โทร. 1200 หรือหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โทร. 1261 , 2171

ห้ามทิ้ง

## ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ ตามโครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคฯ

ชื่อ..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
รหัสประจำตัว..... HN..... อายุ..... น้ำหนัก..... ก.ก  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)..... ภูมิลำเนา (จังหวัดเกิด).....

ประวัติสัมผัสเชื้อวัณโรคในครอบครัว  ไม่มี  มี ระบุ.....

ประวัติป่วยเป็นวัณโรค  ไม่มี  มี ระบุ.....

รอยแผลเป็นจากการฉีดวัคซีนบีซีจี  ไม่มี  มี  ต้นแขนซ้าย/ขวา  
 ต้นขาซ้าย/ขวา  
 อื่นๆ ระบุ.....

PPD skin test ครั้งที่ 1 วันที่..... เวลา..... ผู้ฉีด.....  
การอ่านผล วันที่..... เวลา..... ผู้อ่าน.....  
ยาว..... ม.ม. กว้าง..... ม.ม.  
การแปลผล  positive  negative

การดำเนินการ.....  
.....

PPD skin test ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา..... ผู้ฉีด.....  
การอ่านผล วันที่..... เวลา..... ผู้อ่าน.....  
ยาว..... ม.ม. กว้าง..... ม.ม.  
การแปลผล  positive  negative

Chest X-ray วันที่.....  ปกติ  
 ผิดปกติ ระบุ.....

หมายเหตุ.....  
.....