



วารสารโรงพยาบาลกลาง

Journal of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

- ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามผลก้อนเต้านมที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ของสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง
- การสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2567
- ศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในแนวทางการเตรียมเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้เข้ารับการรักษาการผ่าตัดด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อกรณีไม่เร่งด่วนของโรงพยาบาลกลาง
- รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิด Nodular malignant melanoma ชนิดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิด plaque type
- การรักษาโรคเกาต์ตามข้อบ่งชี้ของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- อุปกรณ์จัด detector สำหรับถ่ายเอกซเรย์ปอดหรือท้องในท่านั่งบนเปลนอน

ISSN 3027-7310 (Print)

ISSN 3027-754X (Online)

www.klanghospital.go.th



วารสารโรงพยาบาลกลาง

Journal of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital

ISSN 3027-7310 (Print)

ISSN 3027-754X (Online)

เจ้าของ

โรงพยาบาลกลาง

ที่ปรึกษา

ดร. นพ.อรรถพล

เกิดอรุณสุขศรี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ผศ.(พิเศษ) นพ.สุภกิจ

นัตรไชยาฤกษ์

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง ฝ่ายการแพทย์

นางสายฝน

ชื่นคำ

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง ฝ่ายบริหาร

ผศ.(พิเศษ) นพ.ชัยพร

สุวิชากุล

หัวหน้ากลุ่มงานคลังกรรม

บรรณาธิการ

พญ.พัชนี

โอเจริญ

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.(พิเศษ) พญ.ฐนิสา พัชรตระกูล

ผศ. นพ.กฤษณ์ กิตติสิน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. พญ.ทิพา ชาคกร

รศ. นพ.อรรถพล ใจชื่น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ. พญ.ศศิโสภิน เกียรติบุญกุล

รศ. พญ.โสภณรัชต์ วิไลยุค

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศ. นพ.ปิยะ ปิ่นศรีศักดิ์

รศ. พญ.ภัทริน ภิรมย์พานิช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ. นพ.จิตต์ปรีดี สังข์ศิริ

นพ.ธีรพล เปรมประภา

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผศ. นพ.สุธี ทวีพันธุ์สานต์

คณะพยาบาลศาสตร์เกษการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

ดร.ชนิภา ยอเย็นยง

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ผศ.(พิเศษ) พญ.ภัทรพร เกียรติปานอภิกุล

ผศ.(พิเศษ) พญ.สาวิตรี สุวิกรม

โรงพยาบาลตากสิน

พญ.วรวรรณ ชัยน่านาน

นพ.วราวุธ อัมพรวิโรจน์กิจ

โรงพยาบาลสิรินธร

นพ.จักรกฤษณ์ เทียนลีวากุล

พญ.อัมพา เตชาภิมุขกุล

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

พญ.อาภา สัตยสันต์สกุล

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

รศ. ดร. นพ.ยศ นวฤทธิ์โลหะ

โรงพยาบาลกรุงเทพ

นพ.นัทภูมิ กาญจนภรณ์

ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืน

ดร.ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ. ดร. ทพญ.มานิสา ศรีชลเพชร

กองบรรณาธิการโรงพยาบาลกลาง

นพ.สมพล บุรณะไธสง

พญ.อารีรัตน์ ชัยเรืองยศ

ทพ.สมเกียรติ อุดมไพบุลย์สุข

นพ.บุญชู สุนทรโสภาส

ผศ.(พิเศษ) นพ.ไพสิทธิ์ วรปานิ

นพ.ชาญ วัฒนาक्रमศิริ

พว.สุคนธ์จิต อุปนันชัย

นางสาวสุพัตรดา งามดำ

นางจุฬิกา ศรีวุฒิพงศ์

เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

นพ.จิตรภาณุ วงศ์ยงศิลป์

นางณัฏฐา นิสสัยสุข

นางสาวมาลิน อยู่สบาย

นางสาวสุธัญญา วัจนศิลป์ภิญโญ

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง

พิมพ์ที่ บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เฟอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซ.ยาสูบ 1 ถ.วิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทรศัพท์ 02 617 8611



Owner	Bangkok Metropolitan Administration General Hospital
Director	Attapol Kerdarunsuksri, MD, PhD
Deputy Director	Assist. Prof. Supakit Chartchaiyarkerk, MD Saiphon Chuenka
Adviser	Assist. Prof. Chaiyaporn Suwitchakul, MD
Editor	Patanee O'Charoen, MD

Guest Editorial Board

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Assoc. Prof. Tanisa Patcharatrakul, MD
Assist. Prof. Krit Kitisiin, MD

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Assoc. Prof. Tipa Chakorn, MD
Assoc. Prof. Atthapon Jaishuen, MD

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Prof. Sasisopin Kiertiburanakul, MD
Assoc. Prof. Soamarat Vilaiyuk, MD

Faculty of Medicine, Thammasat University

Prof. Piya Pinsornsak, MD
Assoc. Prof. Pattarin Pirompanich, MD

Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Assist. Prof. Jitpreedee Sungsi, MD
Teerapon Premprabha, MD

Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

Assist. Prof. Sutee Thaveepunsan, MD

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

Jariya Chuensirimongkol, PhD
Chanipa Yoryuenyong, PhD

Charoenkrung Pracharak Hospital

Assist. Prof. Phatharaporn Kiatpanabhikul, MD
Assist. Prof. Sawittri Suwikrom, MD

King Taksin Memorial Hospital

Worawan Chainamnan, MD
Warawut Umpornwirojkit, MD

Sirindhorn Hospital

Jakrit Tiensivakun, MD
Umpar Dechapimukkul, MD

Ratchaphiphat Hospital

Arpa Satayasanskul, MD

Bumrungrad Hospital

Assoc. Prof. Yot Navalitloha, MD, PhD

Bangkok Hospital

Natthaphum Kanchanaporn, MD

Research & Innovation for Sustainability Center

Patrrat Tannukit, PhD

Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University

Assist. Prof. Marnisa Sricholpetch, DDS, PhD

Local Editorial Board

Somphon Burana Osot, MD	Bunchoo Suntornopas, MD	Sukonjit Upananchai, RN
Areerat Chairauegyoth, MD	Assist. Prof. Paisit Voraphani, MD	Supatta Ngamdum
Somkiat Udempaiboonsuk, DDS	Charn Watanasomsiri, MD	Julga Srivutipong

Secretary and Assistant Secretaries

Jitpanu Wongyongsil, MD	Malin Yoosabai
Natcha Nissaisook	Sutunya Watjasinphinyo



วารสารโรงพยาบาลกลาง

คำชี้แจงการส่งบทความ

วารสารโรงพยาบาลกลางเป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลกลาง มีการพิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอปีละ 2 ฉบับ (มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม-ธันวาคม) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการทางการแพทย์ ผลงานวิจัย รายงานผู้ป่วย และรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา รวมทั้งผลงานวิชาการด้านแพทยศาสตรศึกษาและวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยตีพิมพ์บทความฉบับละประมาณ 6 - 8 เรื่อง ซึ่งจะได้รับการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ (peer review) 2 ท่าน โดยใช้รูปแบบ double-blinded ทั้งผู้พิจารณาและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน ทั้งนี้ข้อความและความคิดเห็นในบทความนั้น ๆ เป็นของเจ้าของบทความโดยตรงในด้านความเหมาะสมทางจริยธรรม ความถูกต้อง วิธีการดำเนินการวิจัย ความชัดเจนของการนำเสนอ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขบทความก่อนตีพิมพ์

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

ประเภทบทความ

- บทความวิชาการ (Academic article)** เป็นบทความที่ใช้การวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการทั้งการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบจนสามารถสรุปเป็นประเด็นได้
- บทความวิจัย (Research article)** บทความวิจัยเป็นบทความที่สรุปจากผลงานวิจัยของผู้พิมพ์ ที่มีสาระทางวิชาการที่ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
- บทความปริทัศน์ (Review article)** เป็นบทความที่รายงานความรู้และหลักการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากหนังสือหรือวารสารต่าง ๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้พิมพ์มาเรียบเรียง โดยมีการวิเคราะห์ วิจัยเปรียบเทียบ เช่น รายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา (Epidemiological study and survey) และรายงานสิ่งประดิษฐ์ (Invention Report)
- รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่พบไม่บ่อยหรือพบได้น้อยหรือโรคที่เกิดขึ้นใหม่

หลักเกณฑ์ทั่วไปและเงื่อนไข

ดำเนินการส่งบทความในรูปแบบ file ผ่านทาง e-mail : klanghospital.research@gmail.com

หมายเหตุ รับบทความที่ส่งตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีเป็นบทความภาษาอังกฤษต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยควบคู่ด้วย

การเตรียมบทความ

- การพิมพ์ต้นฉบับ** ใช้กระดาษ A4 โดยใช้ตัวอักษรชนิด Angsana New ขนาด 16 เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว หรือ 2.5 ซม. ทุกด้าน และใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า มุมขวาบน โดยขอบด้านหลัง ไม่ต้องดัดแต่ละบรรทัดให้ตรงกัน **จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมรายการเอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม)**

ผู้พิมพ์ต้องเตรียมบทความตามแนวทางการเขียนบทความทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของคณะบรรณาธิการวารสารนานาชาติ (International Committee of Medical Journal Editors) คือบทความที่เขียนส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ ควรเขียนเรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ เนื้อหาหลัก กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง



2. ชื่อเรื่อง (Title page) เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษาประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

- ชื่อเรื่อง (title) สั้น กระชับรัดกุม ไม่ใช้คำย่อ ครอบคลุมสาระสำคัญของบทความทั้งหมด และชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้ตัวใหญ่เฉพาะคำแรกหรือชื่อเฉพาะ เช่น สถาบัน

- ชื่อผู้พิมพ์ (authors) เขียนชื่อ-สกุล พร้อมวุฒิการศึกษา และสังกัดสถานที่ทำงาน คุณวุฒิภาษาไทยให้เขียนตัวอักษรตามพจนานุกรม คุณวุฒิภาษาอังกฤษ เขียนตัวย่อโดยไม่ต้องมีจุด

3. บทคัดย่อ (Abstract) เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ในตัวเองโดยเขียนให้ได้ใจความนิพนธ์ต้นฉบับให้เขียนบทคัดย่อแบบ Structured abstract เขียน 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุป และคำสำคัญ ส่วนบทความวิชาการและรายงานผู้ป่วยให้เขียนบทคัดย่อแบบ standard abstract ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. เนื้อเรื่อง หัวข้อหลักควรประกอบด้วย

- บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาศึกษา รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย

- กรอบแนวคิดในการวิจัย

- วัตถุประสงค์ของการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

- วิธีดำเนินการวิจัย บอกรูปแบบการวิจัยกลุ่มตัวอย่างและขนาด แสดงวิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง แบบสั้น ๆ เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกบอกรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งบอกรายละเอียด การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- ผลการวิจัย นำเสนอให้เข้าใจง่าย โดยใช้ตารางแผนภูมิหรือรูปภาพประกอบ และชื่อกำกับ มีคำอธิบายโดยสรุป ส่วนตารางให้มีเฉพาะเส้นแนวขวาง 3 เส้น ที่ด้านบนสุด ด้านล่างสุด และเส้นแบ่งหัวข้อตารางกับเนื้อหาเท่านั้น รูปภาพควรเป็นรูปที่จัดทำขึ้นเอง สามารถใส่ตัวอักษรหรือลูกศรชี้ตำแหน่งสำคัญ ถ้าเป็นรูปจากแหล่งอื่น จะต้องระบุที่มา รวมทั้งเอกสารสิทธิ์จากสำนักพิมพ์ต้นฉบับด้วย สำหรับผู้ป่วยต้องไม่ทราบว่าเป็นบุคคลใด และอาจต้องมีคำยินยอมจากผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้พิมพ์ต้องส่งตารางแผนภูมิหรือรูปภาพประกอบเป็นสกุลไฟล์ JPEG ขนาดความละเอียด 300 dpi

- การอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ให้วิจารณ์ผลงานวิจัยที่นำเสนอ สรุปผลการวิจัยทั้งหมดสั้น ๆ เปรียบเทียบผลการวิจัยกับการศึกษาอื่น ๆ ให้ความเห็นเกี่ยวกับการวิจัย วิจารณ์วิธีการดำเนินการวิจัย ความน่าเชื่อถือทางสถิติ ข้อจำกัดการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะนำไปใช้ การวิจัยที่ควรพัฒนาต่อไป ในอนาคต

รายงานผู้ป่วย ควรมีหัวข้อบทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ และสรุป ส่วนบทความวิชาการให้รับหัวข้อหลักตามความเหมาะสมกับบทความนั้น ๆ

5. กิตติกรรมประกาศ แสดงความขอบคุณ ผู้สนับสนุนการวิจัย และผู้ให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ

6. เอกสารอ้างอิง ให้ใส่หมายเลข 1,2,3 ...ไว้ท้ายประโยคที่พิมพ์ตัวพิมพ์ยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลขหนึ่ง และเรียงลำดับอันดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลักดังนี้

ชื่อผู้เขียน

ในบทความ ชื่อภาษาอังกฤษ ชื่อสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลางด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชื่อภาษาไทยให้เขียนชื่อเต็มทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล

- ถ้ามี 2 คน เขียนทั้ง 2 คน ใช้เครื่องหมายจุลภาคระหว่างชื่อ

- ถ้ามีมากกว่า 2 คน ให้เขียนชื่อเดียวแล้วตามด้วย, et al. (ชื่อภาษาอังกฤษ) หรือคณะ (ชื่อภาษาไทย)

ท้ายบทความ ชื่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อสกุลตามด้วยอักษรแรกของชื่อต้นและชื่อกลางเป็นตัวพิมพ์ใหญ่ ชื่อภาษาไทยให้เขียนชื่อเต็มทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ถ้าเกิน 6 ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. (ชื่อภาษาอังกฤษ) หรือคณะ (ชื่อภาษาไทย)

อ้างอิงวารสาร ให้ใส่ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ชื่อวารสารตาม index medicus (ถ้าเป็นภาษาไทยให้ใส่ชื่อเต็ม) ปี ค.ศ. (ภาษาไทยใช้ พ.ศ.); ปีที่ (volume): หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าที่ชี้กันไม่ต้องเขียน เช่น 152 ถึงหน้า 158 ให้เขียน 152-8.



อ้างอิงหนังสือตำรา ให้เขียนชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง (ใช้ชื่อเมืองแรกเมืองเดียว): ชื่อโรงพิมพ์; ค.ศ. ปี. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

อ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องเขียน). ชื่อเมือง: ชื่อโรงพิมพ์; ปี ค.ศ. ปี. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

อ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม ให้เขียน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; สถานที่จัดประชุม; เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่ประชุมวิชาการ (published proceedings paper) บทความที่นำเสนอ ในการประชุมหรือสรุปการประชุม ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงรายงานทางวิชาการหรือรายงานทางวิทยาศาสตร์เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (issued by funding) ให้เขียน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

การอ้างอิงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ[ประเภทสื่อ]. ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ ให้เขียนชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

การแก้ไขบทความเพื่อส่งตีพิมพ์

ผู้พิมพ์แก้ไขและอธิบายข้อสงสัยตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการให้ข้อเสนอแนะให้ครบทุกประเด็น และระบุว่าได้แก้ไขประเด็นใดบ้างรวมทั้งอธิบายประเด็นที่ไม่ได้แก้ไข

ผู้พิมพ์ส่งกลับให้กองบรรณาธิการภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับเอกสาร ถ้าไม่ได้ส่งกลับตามที่กำหนดหรือแก้ไขตามข้อเสนอแนะ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการถอนบทความออกจากการพิจารณาการตีพิมพ์ในฉบับที่ตอบรับนั้น โดยจะพิจารณาการลงฉบับต่อ ๆ ไป (ที่บทความยังไม่เต็ม) แต่ต้องส่งฉบับที่แก้ไขแล้วเสร็จภายใน 8 สัปดาห์เท่านั้น และขอสงวนสิทธิ์ในการถอนบทความออกจากการพิจารณาการตีพิมพ์ กรณีที่ท่านไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแจ้งการส่งบทความ

จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิจัย (PUBLICATION ETHICS)

บทความต้องเป็นบทความที่ไม่เคยพิมพ์ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อพิมพ์ที่ใด ในกรณีที่เรื่อนั้นเคยพิมพ์ในรูปแบบคัดย่อ หรือวิทยานิพนธ์ หรือเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใด ๆ จะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ และต้องอ้างอิงหากมีการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้

สำหรับเรื่องที่ทำการศึกษาในคน จะต้องมียกย่องอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่ “การเตรียมบทความ” ของวารสารที่กำหนดไว้ในคำชี้แจง
2. ผู้พิมพ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือการทำวิจัยโดยไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้พิมพ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน กรณีทำการศึกษาในคนจะต้องมียกย่องอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย



4. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ โดยเขียนอ้างอิงตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ผู้นิพนธ์จะต้องมีการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรม ระบุชื่อโปรแกรมที่ใช้และผลการตรวจสอบมาพร้อมกับ file ผลงาน
5. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง กระชับ และได้ประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของบทความที่จะนำเสนอ
6. ผู้นิพนธ์ต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความ กรณีที่มีเหตุให้ไม่สามารถแก้ไขได้ต้องเขียนคำชี้แจงและเหตุผลส่งมาพร้อมบทความที่แก้ไขแล้ว
7. ผู้นิพนธ์ต้องส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับภายในระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารต้องให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เข้ามาขอลงตีพิมพ์
2. บรรณาธิการต้องตัดสินใจเลือกบทความมาตีพิมพ์ โดยพิจารณาจากบทความที่ส่งผลให้มีการพัฒนางานด้านวิชาการ และเป็นบทความที่มีความสำคัญ ความชัดเจน เชื่อถือได้ ตลอดจนความหลากหลายในด้านวิชาการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร
3. บรรณาธิการต้องเผยแพร่บทความที่ผ่านการประเมินบทความจากผู้เชี่ยวชาญที่ตรงตามบทความนั้น ๆ และผู้นิพนธ์ได้มีการแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญ และกองบรรณาธิการให้ข้อเสนอแนะแล้ว หรือมีคำชี้แจงกรณีมีเหตุให้ไม่สามารถแก้ไขได้
4. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความระหว่างกัน รวมทั้งกับบุคคลอื่น ๆ
5. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความในด้านการคัดลอกผลงานของผู้อื่น
6. บรรณาธิการวารสารต้องพิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์ให้ออกมาตามมาตรฐาน
7. บรรณาธิการต้องไม่ตีพิมพ์บทความที่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาแล้ว
8. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน
9. บรรณาธิการต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพสม่ำเสมอ ตลอดจนพยายามยกระดับวารสารให้ได้มาตรฐานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความ ควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความถนัดและเชี่ยวชาญ
2. ผู้ประเมินบทความ ต้องประเมินบทความตามหลักวิชาการของบทความนั้น ๆ โดยไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวหรือประสบการณ์ที่ไม่อิงตามหลักวิชาการ
3. ผู้ประเมินบทความ ต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความแก่บุคคลอื่น
4. ผู้ประเมินบทความ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบ หากพบว่าบทความนั้นมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับบทความอื่น ๆ
5. ผู้ประเมินบทความ ต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์
6. ผู้ประเมินบทความ ต้องไม่นำบทความที่ประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ส่วนตน
7. ผู้ประเมินบทความ ต้องส่งบทความที่ผ่านการพิจารณาแล้ว กลับกองบรรณาธิการภายในระยะเวลาการประเมินบทความที่กำหนด



บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกลางฉบับนี้ ได้เลือกภาพถ่ายของโรงพยาบาลกลาง เมื่อปี พ.ศ. 2459 เป็นภาพปก เพื่อรำลึกถึงประวัติศาสตร์อันยาวนานของโรงพยาบาลกลาง ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 นี้ ครบรอบ 127 ปี แห่งการสถาปนาโรงพยาบาลกลาง การเดินทางอันยาวนานตั้งแต่การก่อตั้งจนถึงปัจจุบันเป็นบทพิสูจน์ถึงความมุ่งมั่นในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน และการเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย

ในฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยเกี่ยวกับการตรวจติดตามก้อนเต้านม BI-RADS 3 ในสตรีอายุน้อย การสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง การศึกษาแนวทางการเตรียมเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อกรณีไม่เร่งด่วน รายงานผู้ป่วย malignant melanoma ในผู้ป่วย psoriasis การรักษาโรคเกาต์ตามข้อบ่งชี้ของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และนวัตกรรม อุปกรณ์จัด detector สำหรับถ่ายเอกซเรย์ทำนงบนเปลนอน

ขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ อันเป็นพลังสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบทความให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล รวมถึงขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจ ภายใต้อหุวิชาการที่เข้มข้น และไว้วางใจส่งผลงานมาร่วมเผยแพร่ในวารสารของเรา

กองบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารโรงพยาบาลกลางให้เป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ อันจะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสังคมสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

พัทธนี โอเจริญ

กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลกลาง



สารบัญ

บทความวิจัย

- ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามผลก้อนเต้านมที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง
BI-RADS 3 (probably benign) ของสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง
ปัทมพร อุบลวิโรจน์ 1
- การสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2567
จตุพร ไสยรินทร์, นาฏศิลป์ พิมพ์หอม, พรศิกานต์ อมฤต, อุไรวัลย์ นิลจันทร์, กมลวรรณ ท่าทราย 14
- ศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในแนวทางการเตรียมเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เข้ารับ
การผ่าตัดด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อกรณีไม่เร่งด่วนของโรงพยาบาลกลาง
วิไลพร ชูศรี, บุญชู สุนทรโสภาส, ศุภลักษณ์ สมกิจศิริ 25

รายงานผู้ป่วย

- รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังชนิด
Nodular malignant melanoma ซ้อนในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิด plaque type
อภิษฐา ธัญยาวุฒิ 36

บทความวิชาการ

- การรักษาโรคเกาต์ตามข้อบ่งชี้ของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ศรัณญา พานิชภรณ์ 46

รายงานสิ่งประดิษฐ์

- อุปกรณ์จัด detector สำหรับถ่ายเอกซเรย์ปอดหรือท้องในท่านั่งบนเปลนอน
เอกรักษ์ ดงภูยาว 55



Contents

Research Article

- Optimal follow-up interval for probably benign breast masses
in women under 35 years in BMA General Hospital 1
Punnaporn Ubolviroj
- Point prevalence survey of infectious diseases in BMA General Hospital 2024 14
Jatuporn Saiyarin, Nattasin Pimhom, Pornsikarn Amarit, Uraiwan Ninkhan, Kamonwan Thasai
- Effective use of resource in blood utilization in elective orthopedic surgery
at BMA General Hospital 25
Wilaiporn Chusri, Bunchoo Suntornopas, Supaluck Somkitrisi

Case Report

- Nodular malignant melanoma in a Thai elderly patient
with underlying psoriasis: A case report 36
Apichaya Thanyavuthi

Academic Article

- Treatment of gout according to Thai national lists of essential medicines 46
Saranya Panichaporn

Innovation Report

- Detector holder for upright chest or abdominal radiography on stretcher 55
Ekkaruk Dongpuyow





Research Article

Optimal follow-up interval for probably benign breast masses in women under 35 years in BMA General Hospital

Punnaporn Ubolviroj, MD

Department of Radiology, Bangkok Metropolitan Administration General Hospital, Bangkok

ABSTRACT

Background: The optimal follow-up interval for probably benign breast masses (BI-RADS 3) in young women with low breast cancer risk remains unclear. Current guidelines recommend short-term follow-up at 6 months twice, followed by annual follow-up for 2-3 years, regardless of age or risk factors.

Objectives: To assess the appropriate follow-up interval for BI-RADS 3 breast masses in women under 35 years without high breast cancer risk, evaluate size changes of these masses, determine the incidence of malignant transformation, and study follow-up compliance rates.

Methods: This retrospective descriptive study analyzed 192 BI-RADS 3 breast masses in 90 women under 35 years who underwent breast ultrasound at Bangkok Metropolitan Administration (BMA) General Hospital between January 2019 and December 2022. Follow-up ultrasound examinations were conducted at 6, 12, 18, and 24 months. Mass size changes and pathology results of biopsied masses were recorded.

Results: Mean patient age was 28.16 years (SD 3.91). Follow-up compliance decreased over time: 84.4% at 6 months, 72.2% at 12 months, 53.3% at 18 months, and 61.1% at 24 months. No statistically significant changes in average mass size were observed across follow-up intervals ($p>0.05$). Of all masses, 31 (16.1%) underwent biopsy, with all pathology results showing benign findings. No malignancy was detected during the 24-month follow-up period. Biopsied masses were significantly larger than non-biopsied masses at all time points ($p<0.001$).

Conclusion: In women under 35 years with BI-RADS 3 breast masses and no high breast cancer risk, follow-up at 6 and 12 months may be sufficient, as no malignancies were detected and compliance significantly decreased after 12 months. These findings suggest that reducing follow-up frequency could decrease unnecessary patient anxiety, physician workload, and healthcare costs without compromising patient safety.

Keyword: BI-RADS 3, breast masses, young women, ultrasound follow-up, benign breast lesions, breast cancer risk, follow-up compliance



บทความวิจัย

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามผลก้อนเต้านมที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ของสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง

ปัทมพร อุบลโรจน์ พ.บ.

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามก้อนเต้านมที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง (BI-RADS 3) ในสตรีอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำต่อมะเร็งเต้านมยังไม่มีคำตอบชัดเจน แนวทางปัจจุบันแนะนำให้ติดตามระยะสั้นที่ 6 เดือน 2 ครั้ง หลังจากนั้นให้ติดตามทุก 1 ปีเป็นเวลา 2-3 ปี โดยไม่คำนึงถึงอายุหรือปัจจัยเสี่ยง

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินช่วงเวลาติดตามที่เหมาะสมสำหรับก้อนเต้านม BI-RADS 3 ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านม ศึกษาการเปลี่ยนแปลงขนาดของก้อน อุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง และอัตราการมาตรวจติดตาม

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้วิเคราะห์ก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 192 ก้อน ในสตรี 90 คนที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งได้รับการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมที่โรงพยาบาลกลาง ระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2565 การตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์ดำเนินการที่ 6, 12, 18 และ 24 เดือน มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนและผลทางพยาธิวิทยาของก้อนที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ

ผลการศึกษา: อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 28.16 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.91) อัตราการมาตรวจติดตามลดลงตามเวลา: 84.4% ที่ 6 เดือน, 72.2% ที่ 12 เดือน, 53.3% ที่ 18 เดือน และ 61.1% ที่ 24 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงขนาดเฉลี่ยของก้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาติดตาม ($p>0.05$) จากก้อนทั้งหมด มี 31 ก้อน (16.1%) ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ โดยผลทางพยาธิวิทยาทั้งหมดแสดงลักษณะไม่ใช่มะเร็ง ไม่พบมะเร็งในช่วงระยะเวลาการติดตาม 24 เดือน ก้อนที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อที่มีขนาดใหญ่มากกว่าก้อนที่ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ($p<0.001$)

สรุป: ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปีที่มีก้อนเต้านม BI-RADS 3 และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านม การติดตามที่ 6 และ 12 เดือนอาจเพียงพอ เนื่องจากไม่พบมะเร็งและอัตราการมาตรวจติดตามลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลัง 12 เดือน ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการลดความถี่ในการติดตามอาจช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดภาระงานของแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ก้อนเต้านม, BI-RADS 3, การตรวจติดตาม, สตรีอายุน้อย, อัลตราซาวด์เต้านม, ความเสี่ยงต่ำต่อมะเร็งเต้านม



บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีทั่วโลก ในปัจจุบันพบว่ามีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในประเทศไทยได้มีข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยให้เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป และเริ่มคัดกรองโดยการตรวจอัลตราซาวนด์และแมมโมแกรมเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป

สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 50 ปี หรือก่อนวัยหมดประจำเดือน ควรทำการตรวจคัดกรองเมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 10 ปี และควรตรวจทุก 1 ปี¹

จากการตระหนักถึงความสำคัญของมะเร็งเต้านม ทำให้สตรีจำนวนมากที่เข้าเกณฑ์การตรวจคัดกรอง ให้ความสนใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สตรีจำนวนมากที่มีอายุน้อยกว่าเกณฑ์การตรวจคัดกรอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เช่น เจ็บเต้านม หรือคลำพบก้อนที่เต้านม โดยที่ไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มักมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทยรวมทุกกลุ่มอายุอยู่ที่ 34.2 ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการเกิดโรคตามกลุ่มอายุเริ่มสูงขึ้นที่อายุประมาณ 35 ปี และสูงสุดที่อายุ 55 ปี โดยอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรีตามกลุ่มอายุที่ 30-35 ปี อยู่ที่ 25.2 ต่อประชากร 100,000 คน²

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีอายุน้อยอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สตรีอายุน้อยส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ด้วยการคลำพบก้อนที่เต้านม และไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ความผิดปกติที่ตรวจพบส่วนใหญ่คือก้อนเนื้ออกที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง³ ซึ่งในปัจจุบันแนวทางการตรวจติดตามก้อนเนื้ออกที่น่าจะไม่ใช่มะเร็งจะใช้แนวทางเดียวกันในทุกกลุ่มอายุ โดยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการติดตามในสตรีอายุน้อยที่ไม่มีความเสี่ยงในกลุ่มนี้

ในปัจจุบันสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปีที่มีอาการทางเต้านมแนะนำให้เริ่มตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ เนื่องจากไม่ต้องโดนรังสีจากการเอกซเรย์ และสตรีอายุน้อยมักมีเนื้อเต้านมหนา ทำให้ความไวของการตรวจแมมโมแกรมลดลง⁴

ตามแนวทางการประเมินและแปลผลความผิดปกติของเต้านมของ Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) ก้อนเนื้ออกที่น่าจะไม่ใช่มะเร็งถูกจัดอยู่ในกลุ่ม BI-RADS 3 (probably benign) แสดงถึงภาพรังสีที่พบความผิดปกติที่มีความเสี่ยงมะเร็งน้อยกว่า 2% และแนะนำให้มีการติดตามระยะสั้นที่ 6 เดือน 2 ครั้ง หลังจากนั้นให้ติดตามทุก 1 ปี ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลา 2-3 ปี ก้อนเนื้ออกจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในกลุ่ม BI-RADS 2 (benign) คือ เนื้ออกชนิดธรรมดา แต่ถ้าก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในกลุ่ม BI-RADS 4 (suspicious abnormality) คือ เนื้ออกที่สงสัยว่าจะผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องส่งตรวจชิ้นเนื้อต่อไป มีการศึกษาพบว่าถ้าก้อนเนื้ออกมีการเปลี่ยนแปลงขนาดโดยเฉลี่ยไม่เกิน 20% ใน 6 เดือน ก็สามารถติดตามดูอาการได้อย่างปลอดภัย⁵⁻⁶

การตรวจอัลตราซาวนด์เต้านม ภาพอัลตราซาวนด์ที่บ่งชี้ว่าเป็นก้อนที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) จะเห็นเป็นลักษณะก้อนเนื้อที่มีขอบชัด และวางตัวขนานกับผิวหนัง, กลุ่มถุงน้ำขนาดเล็ก (clustered microcysts) หรือถุงน้ำที่ไม่ใช่ถุงน้ำธรรมดา (complicated cyst)⁵

จากการศึกษาของ Magda Marcon และคณะ ได้ทำการศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามก้อนเต้านม BI-RADS 3 ในสตรีอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำต่อมะเร็งเต้านม ให้ข้อสรุปว่ากรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยมีผลการตรวจอัลตราซาวนด์เต้านมเป็น BI-RADS 3 และไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากการติดตามที่ 6 เดือน อาจไม่จำเป็นต้องทำการตรวจติดตามเพิ่มเติมอีก⁷

เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลกลาง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อประเมินช่วงเวลาที่ติดตามก้อนเต้านมที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ของสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลกลาง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการตรวจติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดภาระงานของแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น



วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนเนื้องอกที่น่าจะไม่ใช้มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง จากอัลตราซาวนด์ที่ระยะ 6, 12, 18, 24 เดือน
2. ศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจติดตามก้อนเนื้องอกที่น่าจะไม่ใช้มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง
3. ศึกษาอุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งของก้อนเนื้องอกที่น่าจะไม่ใช้มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลกลาง ภายในระยะเวลาที่ตรวจติดตามผล
4. ศึกษาอัตราการมาตรวจติดตามอัลตราซาวนด์ตามนัดของก้อนเนื้องอกที่น่าจะไม่ใช้มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่ช่วงเวลา 6, 12, 18, 24 เดือน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยโดยการสังเกตเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากระบบ PACS และ e-PHIS ของโรงพยาบาลกลาง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ S025hc/67_EXP

กลุ่มตัวอย่าง

สตรีที่อายุน้อยกว่า 35 ปีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์เต้านมครั้งแรกในโรงพยาบาลกลางและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BI-RADS 3 อย่างน้อย 1 ก้อน เป็นครั้งแรก ในช่วง 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และมีข้อมูลในระบบ PACS ของโรงพยาบาลกลาง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรทาร์โร ยามาเน่ ($n = N/1 + Ne2$) พบว่าจำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้ควรเป็น 86 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สตรีที่อายุน้อยกว่า 35 ปีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์เต้านมครั้งแรกในโรงพยาบาลกลาง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BI-RADS 3 อย่างน้อย 1 ก้อน
2. ไม่มีประวัติความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การคัดออก

1. สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BI-RADS 3 จากภาพรังสีเต้านมชนิดอื่นที่ไม่ใช่ก้อน เช่น กลุ่มของแคลเซียม, กลุ่มถุงน้ำขนาดเล็ก (clustered microcysts) หรือถุงน้ำที่ไม่ใช่ถุงน้ำธรรมดา (complicated cyst)
2. มีก้อนเต้านมก้อนอื่นที่ประหม่นแล้วรุนแรงกว่า BI-RADS 3 ในเต้านมข้างเดียวกันหรือด้านตรงข้าม
3. มาติดตามการตรวจอัลตราซาวนด์น้อยกว่า 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผลการตรวจอัลตราซาวนด์ ได้จากรังสีแพทย์ทั้งหมด 5 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการรายงานผลอัลตราซาวนด์เต้านมเป็นเวลาตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และมีการใช้เครื่องอัลตราซาวนด์ในการตรวจ 2 เครื่อง ได้แก่ Siemens ultrasound system Acuson S2000 และ Philips EPIQ Elites ultrasound ด้วยหัวตรวจสำหรับอวัยวะตื้น (Linear probe 18L6 HD สำหรับเครื่อง Siemens และ Linear probe eL18-4 สำหรับเครื่อง Philips)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากระบบ PACS และ e-PHIS ของโรงพยาบาลกลางเพียงผู้เดียว โดยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ อาการนำมาพบแพทย์ และประวัติความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการตรวจติดตามของผู้ป่วยทุกรายและบันทึกเป็นรายก้อน เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนรวมถึงผลการตรวจชิ้นเนื้อในกรณีที่มีการส่งตรวจ

เกณฑ์การประเมินและการติดตาม

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกว่ามีก้อนเต้านมเป็น BI-RADS 3 จากภาพอัลตราซาวนด์ จะได้รับการนัดตรวจติดตามที่ช่วงเวลา 6, 12, 18, 24 เดือน หรืออาจได้รับการตรวจชิ้นเนื้อตามความต้องการของผู้ป่วยหรือตามที่แพทย์ผู้ตรวจแนะนำ

ในการวัดขนาดก้อนเต้านม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจำนวนและขนาดก้อนเต้านมแต่ละก้อน โดยวัดขนาดตามแกนที่ยาว



ที่สุด 1 แกน หน่วยเป็นเซนติเมตร ในการตรวจครั้งแรกและช่วงระยะการติดตามที่ 6, 12, 18, 24 เดือน ในระหว่างการติดตาม ถ้าก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ขึ้นมากกว่า 20% ถือว่ามีขนาดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในกลุ่ม BI-RADS 4 (suspicious abnormality) คือ เนื้ออกที่สงสัยว่าน่าจะเป็นมะเร็ง และพิจารณาส่งตรวจชิ้นเนื้อต่อไป โดยผลการตรวจชิ้นเนื้อถูกบันทึกจากระบบ e-PHIS ของโรงพยาบาลกลาง กรณีที่ก้อนเต้านมเป็น BI-RADS 3 ที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อตามความต้องการของผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกในรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยรายงานผลในรูปแบบความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ย (พร้อมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ หรือค่ามัธยฐาน (พร้อมค่าพิสัย ควอไทล์) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

2. การเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนเนื้ออกที่น่าจะไม่ใช่มะเร็ง BI-RADS 3 (probably benign) ที่ระยะ 6, 12, 18, 24 เดือน ใช้การวิเคราะห์สถิติด้วยวิธี (Mann-Whitney U test) สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติ และใช้ independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ เพื่อเปรียบเทียบขนาดก้อนเต้านมในช่วงเวลาต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อและกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ

3. อัตราการมาตรวจติดตามอัลตราซาวนด์เต้านมที่ช่วงเวลา 6, 12, 18, 24 เดือน ใช้รายงานผลในรูปแบบความถี่และร้อยละ

4. อุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งของก้อนเนื้ออกที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ

5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้โปรแกรม R version 4.1.0 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

ผลการศึกษา

สตรีที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์เต้านมครั้งแรกในโรงพยาบาลกลาง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนเต้านมเป็น BI-RADS 3 อย่างน้อย 1 ก้อนเป็นครั้งแรก พบว่ามีจำนวน 131 คน อายุระหว่าง 19-34 ปี

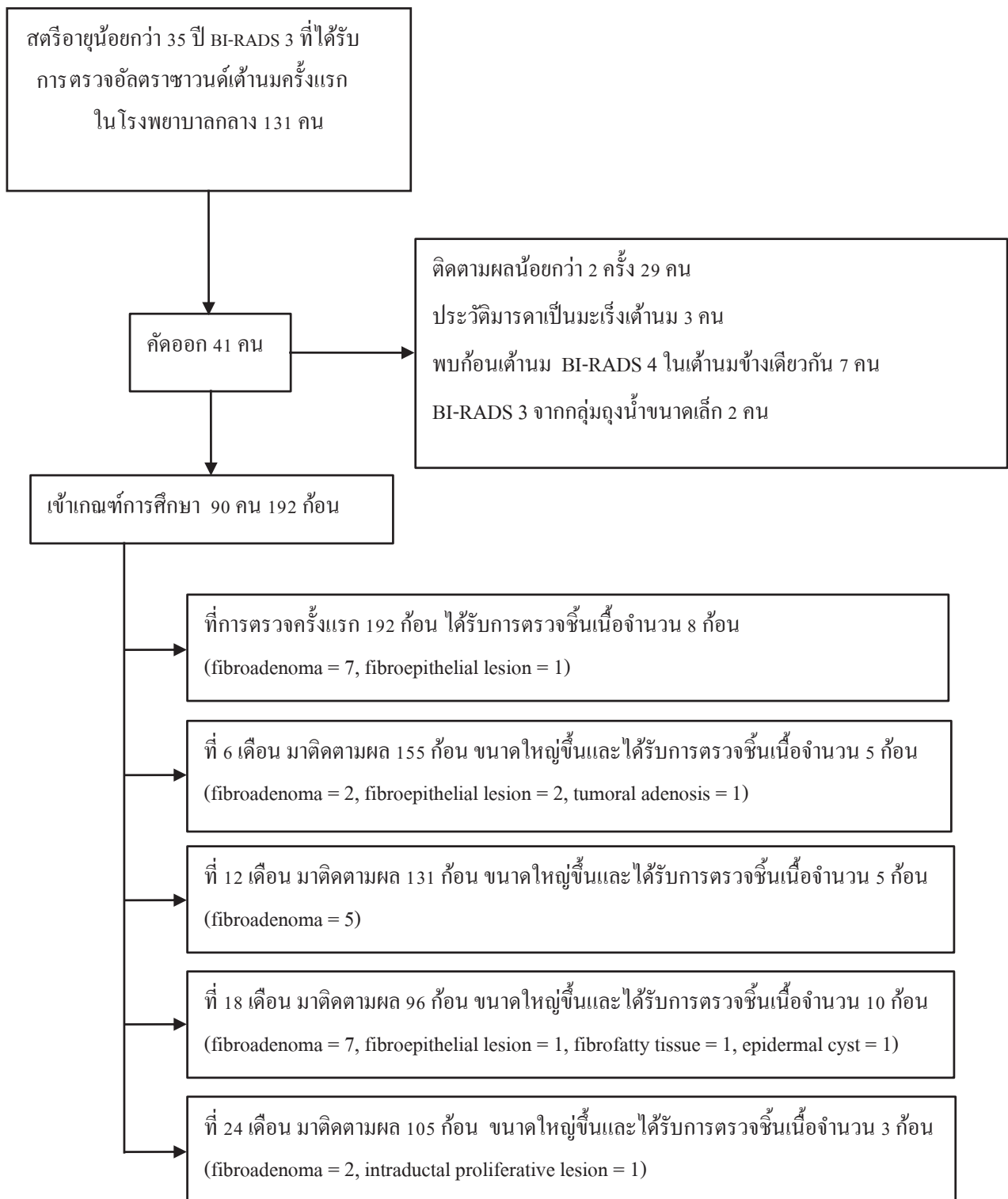
(อายุเฉลี่ย 28.16 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.91 ปี) อาการนำที่พบบ่อยที่สุดในการมาพบแพทย์คือคลำได้ก้อนที่เต้านม (Palpable mass) 81 คน (90%) รองลงมาคืออาการเจ็บเต้านม (Mastalgia) 8 คน (8.9%) และอาการอื่น ๆ 1 คน (1.1%) ได้แก่ มีช่องเหลวไหลจากหัวนม (Nipple discharge)

สตรีมาติดตามผลน้อยกว่า 2 ครั้ง 29 คน (22.1%) มีประวัติมารดาเป็นมะเร็งเต้านม 3 คน (2.3%) มีก้อนเต้านม BI-RADS 4 ในเต้านมข้างเดียวกัน 7 คน (5.3%) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BI-RADS 3 จากกลุ่มถุงน้ำขนาดเล็ก (clustered microcysts) 2 คน (1.5%) รวมคัดออก 41 คน (31.2%) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่คุณสมบัติเข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 90 คน และมีก้อนเต้านมจำนวน 192 ก้อน ดังแสดงแผนผังประชากรที่นำมาศึกษา ในแผนผังที่ 1 และตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ก้อนเต้านม BI-RADS 3 ทั้งหมด 192 ก้อน มีก้อนเต้านมจำนวน 31 ก้อน (16.1%) จากผู้ป่วยทั้งหมด 22 คน ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อในช่วงเวลาต่อมา ทั้งหลังการตรวจอัลตราซาวนด์ครั้งแรก หรือหลังการตรวจติดตามที่ 6 เดือน, 12 เดือน, 18 เดือน หรือ 24 เดือน

ก้อนเต้านมจำนวน 8 ก้อน (25.8% ของก้อนเต้านมทั้งหมดที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ) ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อหลังการตรวจอัลตราซาวนด์ครั้งแรก โดยก้อนเต้านมจำนวน 7 ก้อน ได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก (surgical excision) ตามความต้องการของผู้ป่วย และอีก 1 ก้อน ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ (core needle biopsy) ตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ส่งตรวจ ผลวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเป็น fibroadenoma 7 ก้อน (รูปที่ 1 และ 2) และ fibroepithelial lesion 1 ก้อน

ที่การติดตามผลที่ 6 เดือน มีผู้ป่วยมาติดตามผลทั้งหมด 76 ราย (84.4%) มีก้อนเต้านมทั้งหมด 155 ก้อน ขนาดโดยเฉลี่ยของก้อนเต้านมวัดขนาดตามแกนที่ยาวที่สุด 1 แกน คือ 1.22 เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) ก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 5 ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินเป็น BI-RADS 4 ก้อนเต้านม 3 ก้อนได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก และ 2 ก้อน ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ ผลวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเป็น fibroadenoma 2 ก้อน fibroepithelial lesion 2 ก้อน และ tumoral adenositis 1 ก้อน (รูปที่ 3)



แผนผังที่ 1 แสดงประชากรที่นำมาศึกษา

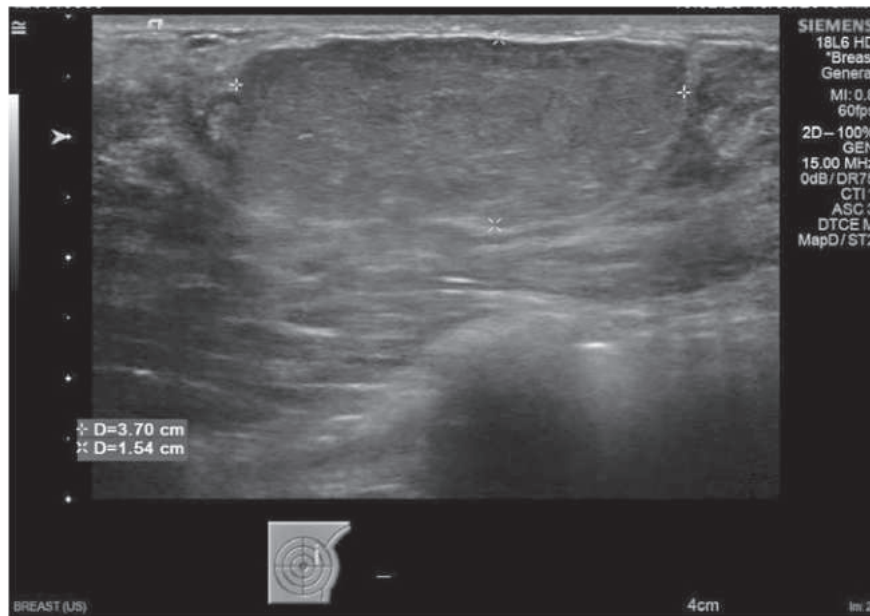


ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน และการอัตราการมาติดตามผลตามช่วงระยะเวลา

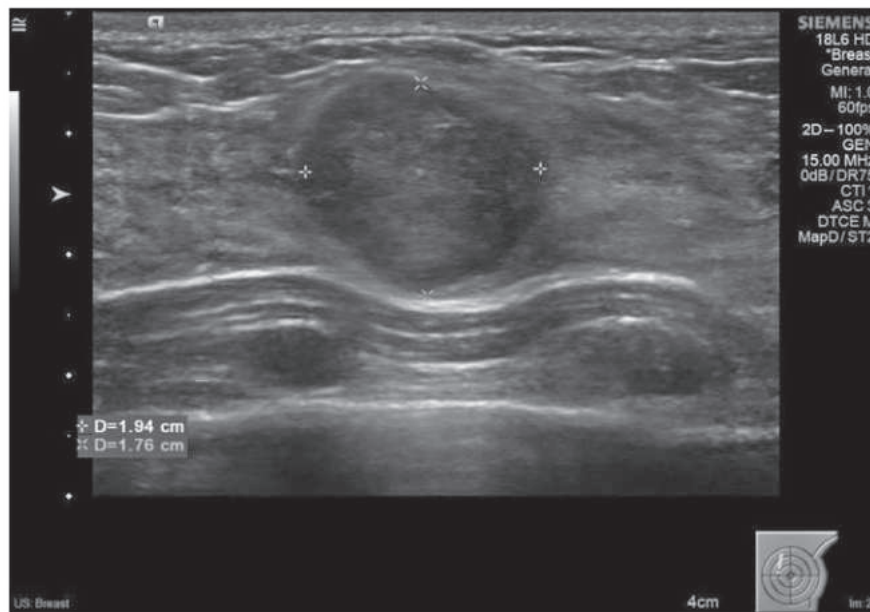
ตัวแปร	
จำนวนคนที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (คน)	90
อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	28.16 (3.91)
ค่ามัธยฐานของจำนวนก้อนเต้านมที่การตรวจครั้งแรก [พิสัย]	2.00 [1.00, 3.00]
ค่ามัธยฐานของจำนวนก้อนเต้านมที่ 6 เดือน [พิสัย]	2.00 [1.00, 3.00]
ค่ามัธยฐานของจำนวนก้อนเต้านมที่ 12 เดือน [พิสัย]	2.00 [1.00, 3.00]
ค่ามัธยฐานของจำนวนก้อนเต้านมที่ 18 เดือน [พิสัย]	2.00 [1.00, 2.00]
ค่ามัธยฐานของจำนวนก้อนเต้านมที่ 24 เดือน [พิสัย]	2.00 [1.00, 2.00]
อาการนำ (%)	
คลำได้ก้อนที่เต้านม	81 (90.0)
เจ็บเต้านม	8 (8.9)
ของเหลวไหลจากหัวนม	1 (1.1)
จำนวนคนที่ตรวจครั้งแรก (%)	90 (100.0)
จำนวนคนมาติดตามผลที่ 6 เดือน (%)	76 (84.4)
จำนวนคนมาติดตามผลที่ 12 เดือน (%)	65 (72.2)
จำนวนคนมาติดตามผลที่ 18 เดือน (%)	48 (53.3)
จำนวนคนมาติดตามผลที่ 24 เดือน (%)	55 (61.1)



รูปที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 23 ปี ทำ excision หลังจากอัลตราซาวนด์ครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยต้องการ ผลชิ้นเนื้อเป็น fibroadenoma



รูปที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 26 ปี ทำ excision หลังจากอัลตราซาวด์ครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยต้องการ ผลชิ้นเนื้อเป็น fibroadenoma



รูปที่ 3 ผู้ป่วยหญิง อายุ 21 ปี ทำ excision หลังจาก follow up 6 เดือน เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น ผลชิ้นเนื้อเป็น tumoral adenositis



ที่การติดตามผลที่ 12 เดือน มีผู้ป่วยมาติดตามผลทั้งหมด 65 ราย (72.2%) มีก้อนเต้านมทั้งหมด 131 ก้อน ขนาดโดยเฉลี่ยของก้อนเต้านมวัดขนาดตามแกนที่ยาวที่สุด 1 แกน คือ 1.08 เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52) ก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 5 ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินเป็น BI-RADS 4 ก้อนเต้านม 4 ก้อนได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก และ 1 ก้อน ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ ผลวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อทั้งหมดเป็น fibroadenoma

ที่การติดตามผลที่ 18 เดือน มีผู้ป่วยมาติดตามผลทั้งหมด 48 ราย (53.3%) มีก้อนเต้านมทั้งหมด 96 ก้อน ขนาดโดยเฉลี่ยของก้อนเต้านมวัดขนาดตามแกนที่ยาวที่สุด 1 แกน คือ 1.25 เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91) ก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 10 ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินเป็น BI-RADS 4 ก้อนเต้านม 8 ก้อนได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก และ 2 ก้อน ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ ผลวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเป็น fibroadenoma 7 ก้อน fibroepithelial lesion 1 ก้อน (รูปที่ 4) fibrofatty tissue 1 ก้อน และ epidermal cyst 1 ก้อน (รูปที่ 5)

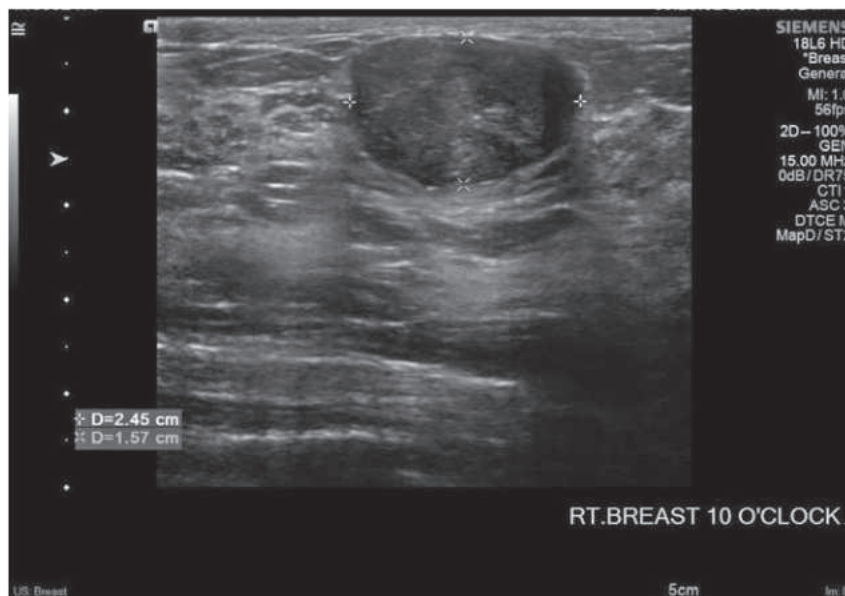
ที่การติดตามผลที่ 24 เดือน มีผู้ป่วยมาติดตามผลทั้งหมด 55 ราย (61.1%) มีก้อนเต้านมทั้งหมด 105 ก้อน

ขนาดโดยเฉลี่ยของก้อนเต้านมวัดขนาดตามแกนที่ยาวที่สุด 1 แกน คือ 1.07 เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46) ก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 3 ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินเป็น BI-RADS 4 ก้อนเต้านม 2 ก้อนได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก และ 1 ก้อน ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ ผลวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ เป็น fibroadenoma 2 ก้อน และอีก 1 ก้อนเป็น intraductal proliferative lesion (usual ductal hyperplasia)

ในบรรดาโรค 8 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 7 คน ที่ได้รับการการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ และไม่ได้รับการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก จำนวน 2 คน ไม่มาตรวจติดตามผลที่เหลือ 5 คนมาติดตามผลที่ 6 เดือนหรือ 12 เดือน หลังจากการตรวจชิ้นเนื้อพบว่าทุกรายขนาดก้อนเต้านมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบขนาดก้อนเต้านมที่การติดตามผลที่ช่วงระยะเวลา 6, 12, 18, 24 เดือน ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) (แผนภูมิที่ 1)

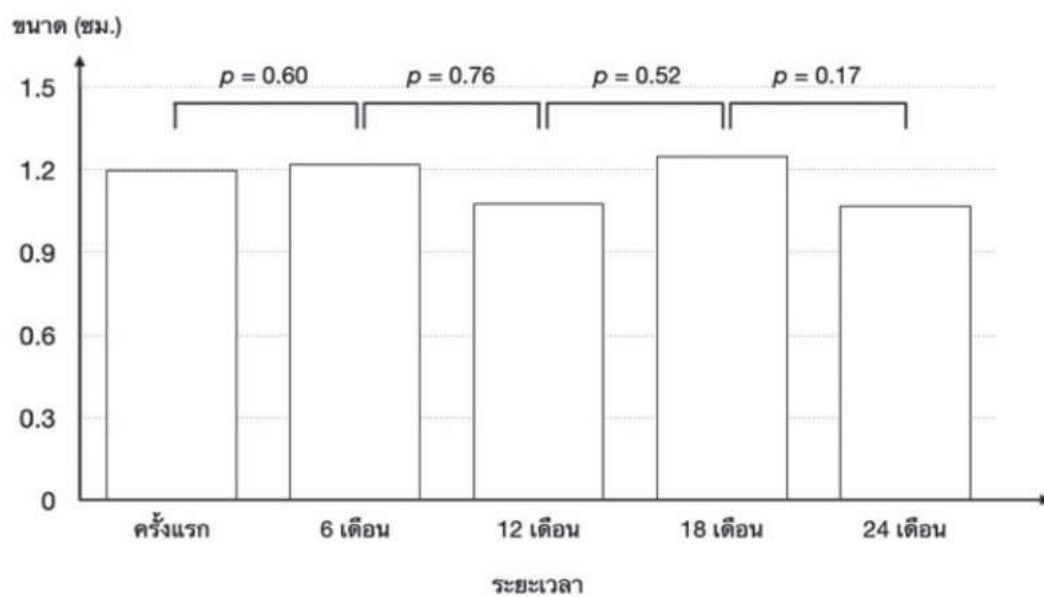
ขนาดโดยเฉลี่ยของก้อนเต้านมที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ มีขนาดใหญ่กว่าก้อนเต้านมที่ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.001$) ที่ทุกช่วงเวลาการตรวจติดตาม (ตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2)



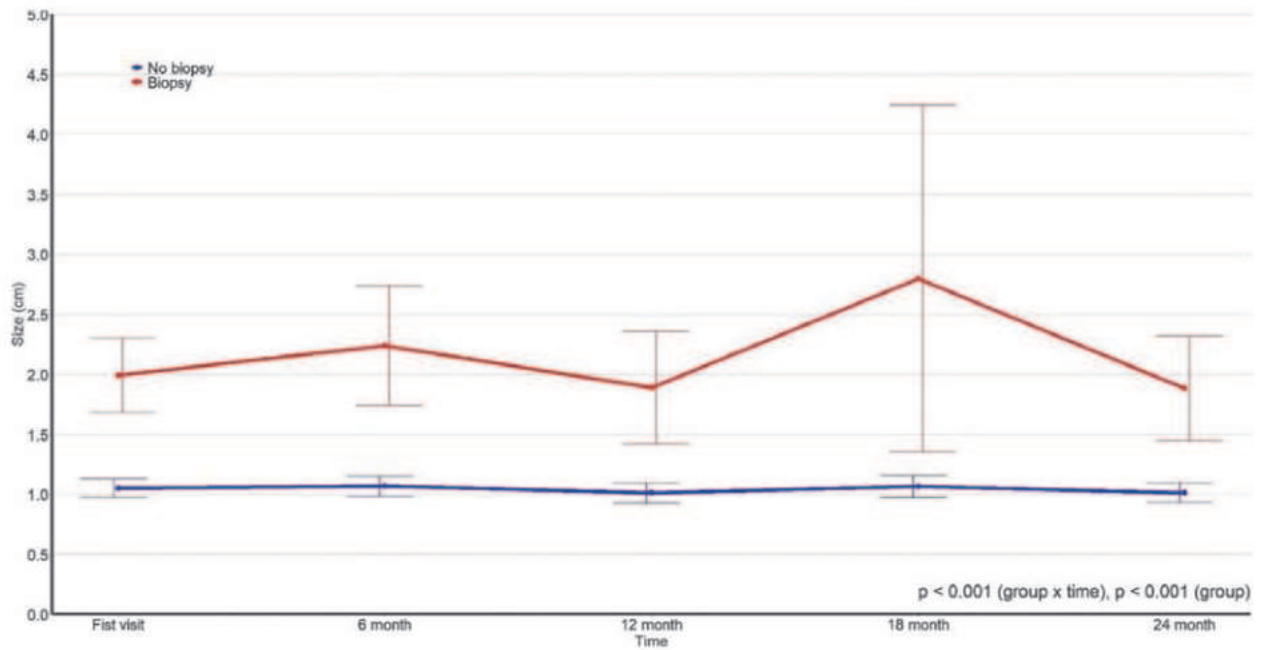
รูปที่ 4 ผู้ป่วยหญิง อายุ 30 ปี ทำ core needle biopsy หลังจาก follow up 18 เดือน เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น ผลชิ้นเนื้อเป็น fibroepithelial lesion



รูปที่ 5 ผู้ป่วยหญิง อายุ 24 ปี ทำ excision หลังจาก follow up 18 เดือน เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น ผลชิ้นเนื้อเป็น epidermal cyst



แผนภูมิที่ 1 กราฟแสดงการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนเต้านมตามช่วงระยะเวลา



แผนภูมิที่ 2 กราฟแสดงขนาดก้อนเต้านมที่ได้รับการตรวจและไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อตามช่วงระยะเวลา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบขนาดก้อนเต้านมที่ได้รับการตรวจและไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ (เซนติเมตร)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ไม่ได้ตรวจชิ้นเนื้อ	ได้ตรวจชิ้นเนื้อ	p-value
จำนวนก้อนเต้านม	192	161	31	
ขนาดก้อนครั้งแรก	1.20 (0.67)	1.05 (0.50)	1.99 (0.85)	<0.001
ขนาดก้อนที่ 6 เดือน	1.22 (0.71)	1.07 (0.49)	2.24 (1.06)	<0.001
ขนาดก้อนที่ 12 เดือน	1.08 (0.52)	1.01 (0.45)	1.89 (0.66)	<0.001
ขนาดก้อนที่ 18 เดือน	1.25 (0.91)	1.07 (0.43)	2.80 (2.02)	<0.001
ขนาดก้อนที่ 24 เดือน	1.07 (0.46)	1.01 (0.40)	1.89 (0.47)	<0.001

การอภิปรายผล

ในทางปฏิบัติโดยทั่วไป การติดตามก้อนเต้านมจะใช้แนวทางตาม BI-RADS ซึ่งใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ไม่มีแนวทางเฉพาะสำหรับผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมต่ำ ในการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายคือสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปีที่ตรวจพบก้อนเต้านม BI-RADS 3 และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าสตรีทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 28.16 ปี (SD 3.91) มีอาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือการคลำพบก้อนที่เต้านม (90%) รองลงมาคืออาการเจ็บเต้านม (8.9%) และพบน้อยที่สุดคือมีของเหลวไหลจากหัวนม (1.1%)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brennan ME และคณะ ในกลุ่มสตรีอายุน้อยที่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการคลำได้ก้อนที่เต้านมมากที่สุด รองลงมาคืออาการทางหัวนม เช่น ของเหลวไหลจากหัวนม และตามด้วยอาการเจ็บเต้านม⁸ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พบอาการเจ็บเต้านมมากกว่า

จากผลการศึกษาพบว่าขนาดเฉลี่ยของก้อนเต้านมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการตรวจครั้งแรกและการติดตามที่ 6, 12, 18 และ 24 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของรอยโรค BI-RADS 3 ที่มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งน้อยกว่า 2% มีก้อนเต้านมบางส่วนที่มีขนาดเพิ่มขึ้นมากกว่า 20% และถูกประเมินเป็น BI-RADS 4



ซึ่งจำเป็นต้องส่งตรวจชิ้นเนื้อ ผลทางพยาธิวิทยาของก้อนที่มีขนาดใหญ่ขึ้นทั้งหมดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ได้แก่ fibroadenoma, fibroepithelial lesion, tumoral adenosis, fibrofatty tissue, epidermal cyst และ intraductal proliferative lesion (usual ductal hyperplasia)

มีก้อนเต้านม BI-RADS 3 จำนวน 8 ก้อน (คิดเป็น 25.8% ของก้อนที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อทั้งหมด) ที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อทันทีหลังการตรวจอัลตราซาวด์ครั้งแรก โดยผลทางพยาธิวิทยาทั้งหมดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง นอกจากนี้ขนาดเฉลี่ยของก้อนเต้านมที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อพบว่าขนาดใหญ่มากกว่าก้อนเต้านมที่ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อในทุกช่วงเวลาการติดตาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Polat DS, Merchant K และคณะ ที่พบว่าก้อนเต้านมในสตรีอายุ < 40 ปีที่คลำได้และมีขนาดใหญ่ มักจะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อทันทีหลังการตรวจจากความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ตรวจ ซึ่งอัตราการพบมะเร็งเต้านมต่ำมาก⁹

จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีก้อนเต้านม BI-RADS 3 ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งในช่วงระยะเวลาการติดตาม 24 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Magda Marcon และคณะ ที่ศึกษาในสตรีอายุน้อยที่มีก้อนเต้านม BI-RADS 3 และมีความเสี่ยงต่ำต่อมะเร็งเต้านม เมื่อติดตามไปอย่างต่ำ 18 เดือน ไม่พบว่ามีการพัฒนาไปเป็นมะเร็ง และเสนอแนะว่าอาจไม่จำเป็นต้องติดตามเพิ่มเติมหลังจากการติดตามครั้งแรกที่ 6 เดือน ถ้าพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง⁷

ข้อมูลสำคัญอีกประการหนึ่งจากการศึกษาคืออัตราการมาตรวจติดตาม ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลา โดยอัตราการมาตรวจติดตามอยู่ที่ 84.4% ที่ 6 เดือน, 72.2% ที่ 12 เดือน, 53.3% ที่ 18 เดือน และ 61.1% ที่ 24 เดือน การลดลงของอัตราการมาตรวจติดตามนี้อาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทาง ข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการตรวจ หรือความวิตกกังวลที่ลดลงเมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการตรวจครั้งก่อนหน้า

จากผลการศึกษา ไม่พบมะเร็งเต้านมในช่วงระยะเวลาการติดตาม 24 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลาติดตามต่าง ๆ ก้อนที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไม่พบมะเร็ง

และอัตราการมาตรวจติดตามลดลงอย่างมากที่ 18 เดือน ซึ่งให้เห็นว่าการติดตามผลอัลตราซาวด์ที่ 18 และ 24 เดือนในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี อาจไม่มีความจำเป็นในกรณีที่รอยโรคแสดงความคงตัวในการติดตามที่ 6 และ 12 เดือน เนื่องจากไม่พบรอยโรคที่เป็นมะเร็งในการติดตามช่วงหลัง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Magda Marcon และคณะ และการศึกษาของ Chae EY และคณะ ที่สนับสนุนการลดความถี่ในการตรวจติดตามในสตรีอายุน้อยที่มีก้อนเต้านม BI-RADS 3^{7,10}

ข้อเด่นของการศึกษา

1. จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามีขนาดปานกลาง ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ในต่างประเทศ ทำให้สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยคนไทยได้
2. มีการติดตามรายงานผลชิ้นเนื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อครบถ้วน ทำให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นการศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่ม (สตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี) ซึ่งยังไม่มีแนวทางเฉพาะในการตรวจติดตามที่ชัดเจน จึงช่วยเติมเต็มช่องว่างของความรู้ในประเด็นนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลและการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ
2. ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด อาจไม่เพียงพอสำหรับการศึกษาเหตุการณ์ที่พบได้น้อย เช่น การพัฒนาไปเป็นมะเร็ง
3. อัตราการมาตรวจติดตามที่ลดลงตามเวลา อาจทำให้เกิดอคติจากการสูญหายติดตาม (loss to follow-up bias) ผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจติดตามอาจมีลักษณะหรือผลลัพธ์ที่แตกต่างจากผู้ที่มาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ
4. ระยะเวลาการติดตามสูงสุด 24 เดือน อาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินการพัฒนาไปเป็นมะเร็งในระยะยาว
5. ไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของก้อนเต้านม เช่น ฮอโมนการตั้งครรภ์ การให้นมบุตร หรือการใช้ยาคุมกำเนิด



การนำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิก

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานที่ที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ โดยอาจลดจำนวนครั้งของการติดตามการรักษาได้ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งจะช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และลดการใช้ทรัพยากรในระบบสาธารณสุข

2. สามารถนำข้อมูลไปแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุน้อยที่มีความวิตกกังวลสูง เมื่อพบก้อนที่เต้านม

3. ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งในส่วนของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข โดยการลดความถี่ในการตรวจติดตามที่อาจไม่จำเป็น

4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทยที่เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่

สรุป

จากการศึกษาพบว่าในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มีก้อนเต้านม BI-RADS 3 และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ไม่พบมะเร็งในช่วงระยะเวลาการติดตาม 24 เดือน และส่วนใหญ่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้สนับสนุนความเป็นไปได้ที่ว่าการติดตามผลที่ 6 และ 12 เดือนอาจเพียงพอในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของรอยโรค โดยการติดตามที่ 18 และ 24 เดือนอาจไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจปรับเปลี่ยนแนวทางการติดตามควรพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมจากการศึกษาขนาดใหญ่ และการพิจารณาเป็นรายกรณีตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล ลักษณะทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. วีรวิทย์ อิมสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ดนัย มโนรมณ์, สมชาย ณะสิทธิชัย. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2560.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 14]. เข้าถึงได้จาก: <https://cancer-in-thailand.streamlit.app>.
3. Malherbe F, Nel D, Molabe H, Cairncross L, Roodt, L. Palpable breast lumps: An age-based approach to evaluation and diagnosis. S Afr Fam Pract. 2022;64(1): 5571.
4. Harvey JA, Mahoney MC, Newell MS, Bailey L, Barke LD, D'Orsi C, et al. ACR appropriateness criteria palpable breast masses. J Am Coll Radiol. 2013;10(10): 742-9.
5. Mendelson EB, Böhm-Vélez M, Berg WA, Whitman GJ, Feldman MI, Madjar H, et al. ACR BI-RADS® ultrasound, in: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System, American College of Radiology, Reston, VA, 2013.
6. Gordon PB, Gagnon FA, Lanzkowsky L. Solid breast masses diagnosed as fibroadenoma at fine-needle aspiration biopsy: acceptable rates of growth at long-term follow-up. Radiology. 2003;229(1):233-8.
7. Marcon M, Frauenfelder T, Becker AS, Dedes KJ, Boss A. First ultrasound diagnosis of BI-RADS 3 lesions in young patients: can 6-months follow-up be sufficient to assess stability?. Eur J Radiol. 2017;89:226-33.
8. Brennan ME, Spillane AJ. Breast symptoms in adolescents and young adults presenting to a specialist breast clinic. Aust J Gen Pract. 2019;48(3):146-51.
9. Polat DS, Merchant K, Hayes J, Omar L, Compton L, Dogan BE. Outcome of Imaging and Biopsy of BI-RADS Category 3 Lesions: Follow-Up Compliance, Biopsy, and Malignancy Rates in a Large Patient Cohort. J Ultrasound Med. 2023;42(6):1285-96.
10. Chae EY, Cha JH, Shin HJ, ChoiWJ, Kim HH. Reassessment and follow-up results of BI-RADS category 3 lesions detected on screening breast ultrasound. AJR Am J Roentgenol. 2016;206(3):666-72.

Research Article

Point prevalence survey of infectious diseases in BMA General Hospital 2024

Jatuporn Saiyarin, MD, Nattasin Pimhom, RN, Pomsikarn Amarit, RN, Uraiwan Ninkhan, RN, Kamonwan Thasai, RN

Infection Control Committee, Bangkok Metropolitan Administration General Hospital

ABSTRACT

Infectious disease point prevalence survey is a surveillance method for infection prevention and control in hospitals. The objective was to survey the prevalence of infection and evaluate the effectiveness of surveillance. The method used was the prevalence survey of Bangkok Metropolitan Administration (BMA) General Hospital. The survey was conducted on August 6, 2024 at 8:00 a.m. The data were analyzed using descriptive statistics.

The prevalence survey results showed that there were 418 patients admitted to the hospital, with 30 patients infected by nosocomial infection, accounting for 32 times, resulting in an infection prevalence rate of 8.1%. The groups of patients with the highest infection rates were critically ill surgical patients, critically ill medical patients, and critically ill respiratory patients, accounting for infection prevalence rates of 62.5%, 42.8%, and 37.5%, respectively. The most common sites of infection were catheter-associated urinary tract infection and hospital-acquired pneumonia at 26.4% each, followed by urinary tract infection at 14.7%. The use of antimicrobial drugs in patients found that the use of one type of antimicrobial drug was the most common at 66.6%, with the most commonly used antimicrobial drug being ceftriaxone at 24.3%. The organism found to be the cause of the highest number of hospital-acquired infections was carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* (10 times, accounting for 43.4%), followed by carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* (3 times, accounting for 13%). When assessing the efficiency of hospital-acquired infection surveillance, the result was 82.9%.

Keywords: prevalence, infectious disease, nosocomial infection, hospital-acquired infection, antimicrobial drug

การสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2567

จตุพร ไสยรินทร์ พ.บ., นาฏศิลป์ พิมพ์หอม พ.ว., พรศิกานต์ อมฤต พ.ว., อุไรวัลย์ นิลพันธ์ พ.ว., กมลวรรณ ท่าทราย พ.ว.

คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลกลาง

บทคัดย่อ

การสำรวจความชุกโรคติดเชื้อเป็นวิธีการเฝ้าระวังสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของการติดเชื้อ และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อโรงพยาบาลกลาง ทำการสำรวจเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 8.00 น. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการสำรวจความชุก มีผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 418 ราย พบผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล 30 ราย คิดเป็น 32 ครั้ง อัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 8.1 กลุ่มผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และผู้ป่วยวิกฤตโรคทางเดินหายใจ คิดเป็นอัตราความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 62.5, 42.8 และ 37.5 ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ catheter-associated urinary tract infection และ hospital-acquired pneumonia ร้อยละ 26.4 เท่ากัน รองลงมาคือ urinary tract infection ร้อยละ 14.7

การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ 1 ชนิดมีมากที่สุด ร้อยละ 66.6 โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้มากที่สุดคือ ceftriaxone คิดเป็นร้อยละ 24.3 เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุด คือ carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมาได้แก่ carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13 และเมื่อประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ผล คิดเป็นร้อยละ 82.9

คำสำคัญ: ความชุก, โรคติดเชื้อ, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ยาปฏิชีวนะ



บทนำ

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะนำไปสู่การสูญเสียในหลาย ๆ ด้าน เช่น สุขภาพ และเศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล นโยบายทางด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญมากในการช่วยลดปัญหาดังกล่าว

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการปฏิบัติที่มีความสำคัญ เพื่อประเมินอัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ศึกษาความหลากหลายของเชื้อโรค รวมถึงการติดต่อภายในชุมชน ประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระหว่างหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลด้วยกันเอง และเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ โดยการเฝ้าระวังอัตราชุก (prevalence survey) คือ การเฝ้าระวัง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence survey) หรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (period prevalence survey) ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง¹

โรงพยาบาลกลางเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 475 เตียง มีการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุดล่าสุด ปี พ.ศ. 2567 จนถึงปัจจุบัน มีแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ 4 คน (อายุรแพทย์ 3 คน กุมารแพทย์ 1 คน) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (infection control nurse) 4 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (infection control ward nurse) 1-2 คนต่อหอผู้ป่วย มีการจัดประชุมวิชาการเสริมความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี มีการเฝ้าระวังแบบ continuous surveillance เก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกเดือน และมีการสำรวจความชุก (prevalence

survey) ปีละ 1 ครั้ง เพื่อหาความสำคัญของขนาดปัญหาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และเพื่อกระตุ้นความสนใจจากผู้บริหารและบุคลากร² อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติเพื่อให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ทราบอัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ศึกษาความหลากหลายของเชื้อโรค รวมถึงการติดต่อภายในชุมชนในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกลางปี พ.ศ. 2567
2. ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลกลาง
3. ค้นหาแนวทางในการพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) สำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence survey) โดยใช้แบบสำรวจของโรงพยาบาลกลาง และประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ

นิยามของการติดเชื้อ หมายถึงการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดขึ้นหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป (hospital day 3) ทั้งนี้หมายถึงทุกจุลชีพ ได้แก่ bacteria virus และ fungus โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการเพาะเชื้อ ภาพถ่ายรังสี ในการวินิจฉัย

โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราความชุก} &= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจทั้งหมด}} \\ \text{ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล} \\ &= \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบจากการสำรวจความชุกที่ตรงกับข้อมูลจากการเฝ้าระวัง} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความชุกทั้งหมด}} \end{aligned}$$



ผลการวิจัย

จากการสำรวจในวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 8.00 น. มีผู้ป่วยทั้งหมด 418 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.4 และเพศหญิง 224 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.6 กลุ่มงานที่มีผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุดคือ กลุ่มงานอายุรกรรม รองลงมาคือกลุ่มงานศัลยกรรม และกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลสูงสุด คือกลุ่มสูงอายุ มากกว่า 65 ปีขึ้นไป รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45-64 ปี และ 25-44 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงสุดคือ สายสวนปัสสาวะ รองลงมาคือ เครื่องช่วยหายใจ และสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection) ทั้งหมด 34 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 418 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 11 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญทั้งหมด 23 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยสามัญ 383 ราย คิดเป็นร้อยละ 6 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่สำรวจจำแนกตามกลุ่มงาน

กลุ่มงาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุรกรรม	190	45.5
ศัลยกรรม	109	26.1
ศัลยกรรมกระดูก	49	11.7
กุมารเวชกรรม	31	7.4
สูติกรรมและนรีเวชกรรม	20	4.8
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	9	2.2
จักษุ	7	1.7
โสต คอ นสิก	3	0.7
รวม	418	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 5	13	3.1	14	3.4	27	6.5
5 - 24	9	2.2	14	3.4	23	5.5
25 - 44	23	5.5	25	6	48	11.5
45 - 64	58	13.9	52	12.4	110	26.3
65 ปีขึ้นไป	91	21.8	119	28.5	210	50.2
รวม	194	46.4	224	53.6	418	100



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่สำรวจจำแนกตามชนิดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
สายสวนปัสสาวะ	144	61.8
เครื่องช่วยหายใจ	43	18.5
สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	27	11.6
เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก/ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกต่อเนื่อง	19	8.1
รวม	233	100

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายอาจมีการใส่อุปกรณ์การแพทย์มากกว่าหนึ่งชนิด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

	จำนวน	อัตราการติดเชื้อ (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ (ราย)	418	7.2*
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ราย)	30	
จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล	34	8.1**
จำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่สำรวจ (ราย)	35	25.7*
จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ราย)	9	
จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต	11	31.4**
จำนวนผู้ป่วยสามัญที่สำรวจ (ราย)	383	5.5*
จำนวนผู้ป่วยสามัญที่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ราย)	21	
จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ	23	6**

หมายเหตุ *จำนวนผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ x 100 / จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ

**จำนวนครั้งของการติดเชื้อ x 100 / จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ

ผู้ป่วยบางรายอาจมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง

กลุ่มงานที่พบอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดคือ กลุ่มงานอายุรกรรม รองลงมาคือ กลุ่มงานศัลยกรรม และกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก ดังแสดงในตารางที่ 5

หอผู้ป่วยที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดคือ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม รองลงมาคือ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักโรคทางเดินหายใจ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อสูงสุดคือ catheter-associated urinary tract infection และ hospital-acquired pneumonia รองลงมาคือ urinary tract infection ดังแสดงในตารางที่ 7

ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อสูงสุดตามตำแหน่งเฉพาะเจาะจงที่เฝ้าระวังคือ catheter-associated urinary tract infection รองลงมาคือ ventilator-associated pneumonia ดังแสดงในตารางที่ 8



ตารางที่ 5 อัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มงาน

กลุ่มงาน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ (ราย)	การติดเชื้อ (ครั้ง)	อัตราความชุก
อายุรกรรม	190	17	18	4.3
ศัลยกรรม	109	10	13	3.3
ศัลยกรรมกระดูก	49	2	2	0.5
กุมารเวชกรรม	31	0	0	0
สูติกรรมและนรีเวชกรรม	20	1	1	0.2
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	9	0	0	0
จักษุ	7	0	0	0
โสต ศอ นาสิก	3	0	0	0
รวม	418	30	34	8.1

ตารางที่ 6 อัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำแนกตามหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ (ราย)	การติดเชื้อ (ครั้ง)	อัตราความชุก
20 / 17	18	0	0	0
20 / 16 ศัลยกรรมพิเศษ	10	0	0	0
20 / 15 อายุรกรรมพิเศษ	10	1	1	10
20 / 15 กุมารเวชกรรม	13	0	0	0
20 / 15 อายุรกรรมหญิง	30	1	1	3.3
20 / 14 อายุรกรรมพิเศษ	11	0	0	0
20 / 14 อายุรกรรมหญิง 2	29	3	3	10.3
20 / 14 อายุรกรรมชาย	28	2	3	10.7
20 / 13 สูติกรรมพิเศษ	8	0	0	0
20 / 13 สูติกรรม	17	0	0	0
20 / 13 สูติกรรม (เด็กดี)	6	0	0	0
20 / 11 ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก พิเศษ	11	1	1	9.1
20 / 11 อายุรกรรมชาย	30	1	1	3.3
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกพิเศษ	10	0	0	0
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกหญิง	29	1	1	3.5
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกชาย	28	2	2	7.1
20 / 9 ศัลยกรรมพิเศษ	9	2	2	22.2
20 / 9 ศัลยกรรมหญิง	30	3	4	13.3
20 / 9 ศัลยกรรมชาย	30	1	1	3.3
20 / 8 ศัลยกรรมชาย	20	2	2	10
หออภิบาลทารกแรกเกิด (เด็กป่วย)	6	0	0	0
หออภิบาลทารกแรกเกิด	4	0	0	0
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	7	3	3	42.9
หอผู้ป่วยหนักโรคทางเดินหายใจ	8	3	3	37.5
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	8	3	5	62.5
หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	8	0	0	0
รวม	418	30	34	8.1

หมายเหตุ อัตราความชุก = จำนวนครั้งของการติดเชื้อ x 100 / จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ



ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำแนกตามตำแหน่งการติดเชื้อ

ตำแหน่งของการติดเชื้อ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
Catheter-associated urinary tract infection	9	26.5
Hospital-acquired pneumonia	9	26.5
Urinary tract infection	5	14.7
Ventilator-associated pneumonia	3	8.8
Lower respiratory tract infection	3	8.8
Intraabdominal infection	2	5.9
Surgical site infection (CW: Craniotomy)	1	2.9
Surgical site infection (CC: Open Cholecystectomy)	1	2.9
Clostridioides difficile	1	2.9
รวม	34	100

หมายเหตุ CW = clean wound

CC = clean contaminated wound

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อตามตำแหน่งเฉพาะเจาะจงที่เฝ้าระวัง

ตำแหน่งของการติดเชื้อ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
Catheter-associated urinary tract infection	9	64.3
Ventilator-associated pneumonia	3	21.4
Surgical site infection clean wound	1	7.1
Surgical site infection clean contaminated wound	1	7.1
รวม	14	100

เชื้อดื้อยาที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดคือ carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* รองลงมาคือ carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* ดังแสดงในตารางที่ 9

ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 231 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.2 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการสำรวจ ซึ่งใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียทุกประเภทในโรงพยาบาล ได้แก่ hospital-acquired infection, community-acquired infection และ surgical prophylaxis ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 1 ชนิดพบสูงสุดและพบว่ายาปฏิชีวนะที่พบมีการใช้สูงสุดคือ ceftriaxone คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมาคือ meropenem คิดเป็นร้อยละ 12.5 และ piperacillin/tazobactam คิดเป็นร้อยละ 10.9 ดังแสดงในตารางที่ 10

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็น 82.9 % ดังแสดงในตารางที่ 11

อัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลกลางตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2567 พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่ในกลุ่มที่เป็น target hospital-acquired infection ตามตำแหน่งเฉพาะเจาะจงที่เฝ้าระวังคือ catheter-associated urinary tract infection, ventilator-associated pneumonia และ surgical site infection มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 1 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายชนิด และมีการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานาน



ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของเชื้อดื้อยาที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เชื้อก่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>	10	43.5
Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i>	3	13
Vancomycin-resistant <i>Enterococcus</i>	2	8.7
<i>Escherichia coli</i> (Extended-spectrum beta-lactamase)	2	8.7
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (Extended-spectrum beta-lactamase)	2	8.7
Carbapenem-resistant <i>Escherichia coli</i>	2	8.7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (Extensively drug-resistant bacteria)	1	4.4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (Multidrug Resistant)	1	4.4
รวม	23	100

หมายเหตุ การติดเชื้อหนึ่งตำแหน่งอาจพบเชื้อได้มากกว่าหนึ่งชนิด

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละการได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่สำรวจ ณ วันที่สำรวจ

การได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย ณ วันที่สำรวจ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	231	55.2
ผู้ป่วยได้รับยา 1 ชนิด	154	66.7
ผู้ป่วยได้รับยา 2 ชนิด	64	27.7
ผู้ป่วยได้รับยา 3 ชนิด	12	5.2
ผู้ป่วยได้รับยา 4 ชนิด	1	0.4
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	187	44.7
รวม	418	100

ตารางที่ 11 ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตามหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วย	การติดเชื้อ ที่รายงานโดย ICWN * (ครั้ง)	การรายงาน ที่ตรงกัน	การติดเชื้อ ที่รายงานโดย ICN** (ครั้ง)	ประสิทธิภาพ (%)
20 / 17	0	1	0	
20 / 16 ศัลยกรรมพิเศษ	0	1	0	
20 / 15 อายุรกรรมพิเศษ	1	0	1	
20 / 15 กุมารเวชกรรม	0	1	0	
20 / 15 อายุรกรรมหญิง	1	1	1	
20 / 14 อายุรกรรมพิเศษ	0	1	0	
20 / 14 อายุรกรรมหญิง 2	5	3	3	
20 / 14 อายุรกรรมชาย	3	3	3	
20 / 13 สูติกรรมพิเศษ	0	1	0	
20 / 13 สูติกรรม	0	1	0	



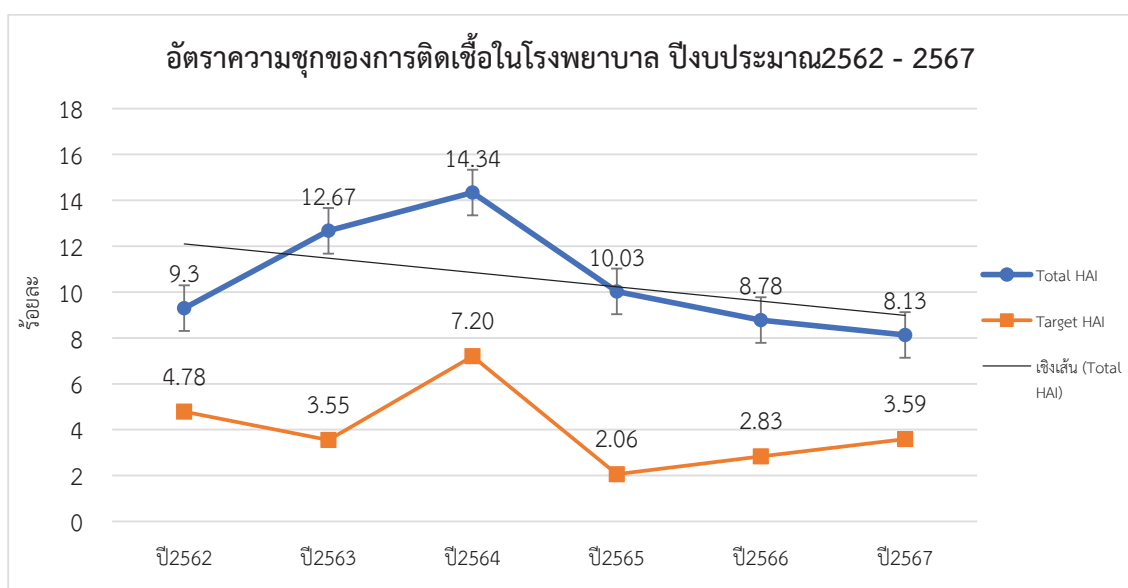
ตารางที่ 11 ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตามหอผู้ป่วย (ต่อ)

หอผู้ป่วย	การติดเชื้อ ที่รายงานโดย ICWN * (ครั้ง)	การรายงาน ที่ตรงกัน	การติดเชื้อ ที่รายงานโดย ICN** (ครั้ง)	ประสิทธิภาพ (%)
20 / 11 ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก พิเศษ	1	1	1	
20 / 11 อายุรกรรมชาย	1	1	1	
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกพิเศษ	0	1	0	
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกหญิง	1	0	1	
20 / 10 ศัลยกรรมกระดูกชาย	2	2	2	
20 / 9 ศัลยกรรมพิเศษ	3	2	2	
20 / 9 ศัลยกรรมหญิง	4	4	4	
20 / 9 ศัลยกรรมชาย	2	1	1	
20 / 8 ศัลยกรรมชาย	4	2	2	
หออุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์	0	1	0	
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2	2	3	
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	5	5	5	
หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	2	0	0	
หอผู้ป่วยหนักโรคทางเดินหายใจ	4	3	3	
รวม	41	27	34	82.9

หมายเหตุ * ICWN = infection control ward nurse

** ICN = infection control nurse

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง (%) = $\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบจากการสำรวจความซุกที่ตรงกับข้อมูลจากการเฝ้าในช่วงที่สำรวจ} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความซุกทั้งหมด}}$



HAI : Hospital-acquired infection

รูปที่ 1 อัตราความซุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล



อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

จุดแข็งของการสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ สะดวก ประหยัดเวลา ต้นทุนต่ำ ง่ายต่อการดำเนินการ ให้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการวางแผนหรือประเมินคุณภาพ สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างหน่วยงานหรือช่วงเวลาได้ง่าย และช่วยตรวจจับปัญหาเฉียบพลันหรือแนวโน้มผิดปกติ สำหรับจุดอ่อนของการสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ อาจไม่สะท้อนภาพรวมที่แท้จริง อาจเกิดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถวัดอุบัติการณ์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับการบินที่ก และไม่เหมาะสมสำหรับโรคหรือเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเร็วด้วยข้อจำกัดในแง่ของเวลา

การสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลางปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยทั้งหมด 418 ราย พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อลดลงโดยปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 14.3, 10, 8.7 และ 8.1 ตามลำดับ ซึ่งแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าข้อมูลจากการสำรวจความชุกการติดเชื้อในประเทศไทยจาก 37 โรงพยาบาลทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2562 ที่พบอัตราความชุกการติดเชื้อร้อยละ 4.2-4.4^{3,4} กลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อสูงสุดคือ กลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 50.2 เช่นเดียวกับข้อมูลระดับประเทศที่พบการติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปี^{3,4} ซึ่งน่าจะมาจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค และมีภูมิคุ้มกันที่ลดลง โดยพบว่าหากเปรียบเทียบกันความชุกของการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตกับหอผู้ป่วยสามัญ จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าที่ร้อยละ 31.4 และ 6 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอาการหนัก มีความซับซ้อน มีการใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายหลายช่องทาง รวมทั้งผู้ป่วยบางรายได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และยาต้านปฏิชีวนะหลายชนิด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น รวมถึงการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

อัตราการติดเชื้อจำแนกตามหอผู้ป่วยพบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอัตราการติดเชื้อสูงสุด ความชุกร้อยละ 4.3 รองลงมาเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม ความชุกร้อยละ 3.3 เมื่อพิจารณาการติดเชื้อพบว่า ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมัก

เป็นกลุ่มสูงอายุ ที่ส่วนหนึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องอาศัยสวนต่าง ๆ โดยเฉพาะสายสวนปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อ catheter-associated urinary tract infection สูง รวมถึงมักเป็นคนที่พักในโรงพยาบาลค่อนข้างนานทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้นตามมา

ร้อยละของการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ในผู้ป่วยสูงสุดได้แก่ สายสวนปัสสาวะ เครื่องช่วยหายใจ และสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ร้อยละ 61.8, 18.4 และ 11.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการติดเชื้อตามตำแหน่งเฉพาะเจาะจงที่เฝ้าระวังคือ catheter-associated urinary tract infection, ventilator-associated pneumonia ความชุกที่ร้อยละ 64.2 และ 21.4 ตามลำดับ ย่อมแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อเมื่อมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใส่ในตัวผู้ป่วย

เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุสูงสุดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมาได้แก่ carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13 ซึ่งเป็นแบคทีเรียแกรมลบดื้อยาสาเหตุส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่ผู้ป่วยมีการใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และการนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 7 ประเทศ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นของแบคทีเรียแกรมลบดื้อยา⁵ การเฝ้าระวังและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าการเฝ้าระวังปฏิชีวนะ 1 ชนิดมีมากที่สุด ร้อยละ 66.6 โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้มากที่สุดคือ ceftriaxone คิดเป็นร้อยละ 24.3 ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะพื้นฐานที่มักใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อทั่ว ๆ ไป

ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 82.9 สูงกว่าเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80⁶ ซึ่งแม้ว่าจะสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดก็ควรมีการพัฒนาต่อไป โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และมุ่งเน้นในกลุ่มที่พบการติดเชื้อสูงของโรงพยาบาลคือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และมีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ควรมี



การประเมินผลกระทบของการติดเชื้อต่อผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น หรืออัตราการเสียชีวิต เพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และทำการประเมินผลของมาตรการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2567 ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ในระยะเวลาอันสั้น เข้าใจภาพรวมของปัญหา เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการใช้ยาปฏิชีวนะ ณ เวลานั้น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถนำผลการสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อไปเปรียบเทียบกับย้อนหลัง หรือแลกเปลี่ยนในระดับหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การวางนโยบายป้องกันและพัฒนากระบวนการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค; 2566.
2. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. Prevalence Survey in Nosocomial Infection Control. จุลสารชมรมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2537;4(1):3-9.
3. Moolasart V, Manosuthi W, Thienthong V, Vachiraphan A, Judaeng T, Rongrungrueng S, et al. Prevalence and risk factors of healthcare-associated infections in Thailand 2018: A Point prevalence survey J Med Assoc Thai 2019;102(12):1309-16.
4. Manosuthi W, Thientong V, Moolasart V, Rongrungrueng Y, Sangsajja C, Danchaivijitr S. Healthcare-associated infections at selected hospitals in Thailand. Southeast Asian. J Trop Med Public Health 2017;48(1):204-12.
5. Teerawattanapong N, Panich P, Kulpokin D, Ranong SN, Kongpakwattana K, Saksinanon A, et al. A systematic review of the burden of multidrug-resistant healthcare-associated infections among intensive care unit patients in Southeast Asia: the rise of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*. Infect Control Hosp Epidemiol 2018;39(5):525-33.
6. Nursing Division. Nursing standards in hospitals (2nd update). Nonthaburi: The war veterans organization's printing house; 2007.