

การศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลปราณบุรี

Clinical characteristics of skin and soft tissue infection of in-patient at Pranburi hospital

ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข

Songvud Chanaudomsuk

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลปราณบุรี ประจวบคีรีขันธ์

Doctor Professional level, division of medical service, Pranburi hospital, Prachuap Khiri Khan

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding Author); Email: top_songvud@hotmail.com

(Received: August 05, 2019, Revised: August 26, 2019, Accepted: August 28, 2019)

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ บุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดบาดแผลหรือรอยขีดข่วนที่ผิวหนังได้ ทำให้เชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในสภาพแวดล้อมมีโอกาสเข้าไปในบาดแผลดังกล่าว เกิดการติดเชื้อตามมา ทั้งนี้หากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องทำให้การติดเชื้อดังกล่าว เกิดการลุกลามและมีภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์: 1. ศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 – 30 มิถุนายน พ.ศ.2562 จำนวน 94 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ chi square

ผลการศึกษา: การศึกษาพบผู้ป่วยเพศชาย 51 ราย เพศหญิง 43 ราย อายุเฉลี่ย 52.8 ปี ไม่มีโรคประจำตัว 34 ราย มีโรคประจำตัว 60 ราย สาเหตุการติดเชื้อ พบว่าเป็นเองไม่ทราบสาเหตุ 68 ราย เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ 21 ราย ถูกสัตว์กัด 5 ราย ส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดบวมแดง 62 ราย ที่เหลือเป็นแผลหรือเนื้อตาย 32 ราย ตำแหน่งที่ติดเชื้อ พบมากที่สุดบริเวณขา จำนวน 44 ราย รองลงมา คือ เท้า 32 ราย บริเวณอื่นๆ เช่น ลำตัว แขน มือ และก้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการติดเชื้อในอดีต ประเภทของการติดเชื้อ พบว่าเป็นการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้น 43 ราย เป็นการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้นร่วมกับการเกิดฝี 12 ราย การติดเชื้อที่เกิดจากอุบัติเหตุ 14 ราย เท้าเบาหวานติดเชื้อ 13 ราย การติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแบบลึก 8 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือด มี 45 รายได้รับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง 11 ราย การผ่าตัดเนื้อตาย 38 ราย ผลลัพธ์ของการรักษาพบว่า หายขาดจากโรค 92 ราย มีเพียง 2 คนได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีภาวะแทรกซ้อนเพียง 1 ราย คือ ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม 3 ราย ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ 91 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.8 วัน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ chi square พบว่าประเภทของการติดเชื้อและการตัดเนื้อตายมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ประเภทของการติดเชื้อและการตัดเนื้อตายมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ของการรักษาโรคติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนในโรงพยาบาลอำเภอได้ผลดี การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อที่ผิวหนัง, โรคติดเชื้อที่เนื้อเยื่ออ่อน

e0061

Abstract

Skin and soft tissues infection is a disease that is common in medical practice. People have the opportunity to have wound or scratches on the skin, causing bacteria in the environment have the opportunity to enter to the wounds lead to infection. However, if receiving improper treatment, the infection can progress and have complications.

Objective: 1. The aim of this study was to explore clinical characteristics in patients infected with skin and soft tissue treated in-patient unit at Pranburi hospital
2. to find the relationship between factors of patients related to the length of hospital stay.

Method of study: retrospective research by collected data after patients infected with skin and soft tissue receiving treatment in the ward Pranburi Hospital Between November 1, 2018 - June 30, 2019. 94 cases were used. The descriptive statistics were presented with the percentage, mean and inferential statistics including analysis, chi square.

Results: The study found 51 male patients, 43 females, with an average age of 52.8 years, with no underlying diseases 34 patients and 60 patients with underlying disease. The cause of infection found that 68 cases of unknown caused, 21 patients were caused by accidents, 5 were bitten by animals, most of which came with symptoms of swelling and redness 62 cases, the remaining were 32 cases of wound or tissue necrosis. The most common in the area were legs about 44 patients, followed by feet about 32 patients, other areas such as the body, arms, hands and buttocks. Most patients have no history of infection in the past. Type of infection, it was found that the infection of the superficial skin or cellulitis 43 cases and 12 cases of abscesses with cellulitis, 14 cases caused by post traumatic wound infection, 13 cases of infected diabetic foot and 8 cases with necrotizing fasciitis. All patients received intravenous antibiotics. There were 45 patients receiving antibiotics alone. Received 11 pus drainage surgery, 38 cases underwent debridement. The results of the treatment were cured from 92 cases. Only 2 people were sent to other hospitals. Patients who received treatment had only one complication, namely hospital acquired pneumonia. There were 3 cases of recurrent infections at the same location. There were no recurrent 91 cases. All patients had an average hospital stay of 5.8 days. From the analysis of the chi square relationship, it was found that the types of infection and tissue debridement were significantly related to the length of hospital stay.

Conclusion: The type of infection and tissue debridement is associated with statistically significant length of hospital days. The results of treatment for skin and soft tissue infections in the district hospital are effective. Fast diagnosis and treatment help reduce the incidence of complications in this group of patients.

Keywords: skin and soft tissue infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (skin and soft tissue infection) ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนมารับการรักษาประมาณ 14 ล้านคนต่อปี และในจำนวนนี้มี 9 แสนคนที่ได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล² ในโรงพยาบาลปราณบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอขนาด 60 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2560 จำนวน 92, 74 และ 88 ราย ตามลำดับ

การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากแบคทีเรียแกรมบวก รูปทรงกลม เช่น *Staphylococcus aureus* และกลุ่ม *streptococcus spp.* มีบางกรณีอาจเกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ และ *anaerobes*^{1,6} การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม และอาจจำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น ผ่าระบายหนอง การตัดเนื้อตาย ในผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วมีอาการที่เปลี่ยนแปลงในทางแย่ลง เช่น มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุม^{1,2} หลักการของการรักษารวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะอ้างอิงตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ดัชนีมวลง่ายที่สูงและโรคหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอกล้มเหลว³ ระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับการตอบสนองทางคลินิกของแต่ละบุคคล โดยทั่วไประยะเวลาในการรักษาควรอยู่ในช่วง 7-14 วัน กรณีที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 2-3 วันแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษา⁸ ทั้งนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองหรือมีการติดเชื้อบริเวณศีรษะและลำคอ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ทำให้ต้องได้รับยาปฏิชีวนะแบบ

ครอบคลุมเป็นระยะเวลานาน⁴ โปรแกรมควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมช่วยให้ผลลัพธ์ของการรักษาเป็นไปได้ในทางที่ดี และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน⁵ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เช่น การดื้อยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การติดเชื้อ *Clostridium difficile* เป็นต้น^{7,9} การประเมินอาการทางคลินิกภายหลังการได้รับยาปฏิชีวนะ 48-72 ชั่วโมง มีความสำคัญโดยทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาได้ตามเป้าหมาย และต้องคำนึงปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ชนิดและความรุนแรงของเชื้อโรค โรคประจำตัวของผู้ป่วย ตำแหน่งที่ติดเชื้อ การทำผ่าตัดระบายหนอง⁸

เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนในโรงพยาบาลปราณบุรีมาก่อน เพื่อให้การดูแลรักษาได้มาตรฐานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนเพื่อใช้เป็นข้อมูลและเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

ศึกษาลักษณะทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว ชนิดและตำแหน่งของการติดเชื้อ ผลลัพธ์ของการรักษา ของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปราณบุรี เลือกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 – 30 มิถุนายน พ.ศ.2562 จำนวน 94 ราย ศึกษาข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก ตำแหน่งที่เป็น โรคร่วม การรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูล

จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและโปรแกรม HosXP การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย ทั้งนี้การวิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยสากล 3 ด้าน ได้แก่ หลักความเสมอภาค หลักความปลอดภัย หลักประโยชน์ต่ออาสาสมัคร ของ Belmont report และได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลหัวหิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi square test ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ใช้ค่า $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

งานวิจัยเรื่องการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน ในโรงพยาบาลปราณบุรี มีผลการศึกษารายงานตามวัตถุประสงค์ของ

งานวิจัยดังนี้ ศึกษาลักษณะทางคลินิกได้แก่ ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย โรคประจำตัว ชนิดและตำแหน่งของการติดเชื้อ ผลลัพธ์ของการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลปราณบุรี พบว่าจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้น 94 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย 51 ราย (ร้อยละ 54.2) ผู้ป่วยเพศหญิง 43 ราย (ร้อยละ 45.7) ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย 89 ราย (ร้อยละ 94.7) ที่เหลือเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าว 5 ราย (ร้อยละ 5.3) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปราณบุรี 86 ราย (ร้อยละ 91.5) อยู่อำเภออื่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 4 ราย (ร้อยละ 4.3) และอยู่ต่างจังหวัด 4 ราย (ร้อยละ 4.3) สิทธิการรักษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 77 ราย (ร้อยละ 81.9) สิทธิเบิกได้ 2 ราย (ร้อยละ 2.1) สิทธิประกันสังคม 7 ราย (ร้อยละ 7.4) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง 8 ราย (ร้อยละ 8.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน โรงพยาบาลปราณบุรี จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	54.2
หญิง	43	45.7
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 52.86, S.D. = 18.36$	
สัญชาติ		
ไทย	89	94.7
แรงงานต่างด้าว	5	5.3
ภูมิลำเนา		
อำเภอปราณบุรี		
ตำบลปราณบุรี	9	9.6
ตำบลเขาน้อย	28	29.8
ตำบลปากน้ำปราณ	16	17.0
ตำบลหนองตาแต้ม	17	18.1
ตำบลวังก้ง	14	14.8
ตำบลเขาจ้าว	2	2.1
ต่างอำเภอ (ภายในจังหวัด)	4	4.3

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ต่างจังหวัด	4	4.3
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	77	81.9
เบิกได้	2	2.1
ประกันสังคม	7	7.4
จ่ายเงินสด	8	8.5
ดัชนีมวลกาย	$\bar{x} = 24.94$	
น้อยกว่า 18.5	7	7.4
18.5 – 22.9	32	34.0
23 – 24.9	13	13.8
25 – 29.9	28	29.8
มากกว่า 30	14	14.8

จากผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า ไม่มีโรคประจำตัว 34 ราย (ร้อยละ 36.1) มีโรคประจำตัว 60 ราย (ร้อยละ 63.8) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว มีรายละเอียดดังนี้ โรคเบาหวานรวมกับความดันโลหิตสูง 23 ราย (ร้อยละ 24.4) โรคเบาหวานอย่างเดียว 19 ราย (ร้อยละ 20.2) โรคอื่นๆเช่น ตับแข็ง อัมพาต ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ดังที่แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของผู้ป่วย จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

โรคประจำตัว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Diabetes mellitus	19	20.2
hypertension	11	11.7
Diabetes mellitus with hypertension	23	24.4
Cirrhosis	1	1.0
COPD	1	1.0
Venous insufficiency	1	1.0
Chronic kidney disease	2	2.1
Paralysis	1	1.0
Parkinson disease	1	1.0
ไม่มีโรคประจำตัว	34	36.1

ประวัติการติดเชื้อในอดีต พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา มี 3 ราย (ร้อยละ 3.2) เคยผ่าตัดในปีก่อนๆ มีประวัติการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน 8 ราย (ร้อยละ 8.5) มีประวัติรอยโรคที่ผิวหนังบริเวณที่มีการติดเชื้อ 1 ราย (ร้อยละ 1) ส่วนที่เหลือมีจำนวน 82 ราย (ร้อยละ 87.2) ไม่มีประวัติ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงประวัติการติดเชื้อในอดีต จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ประวัติการติดเชื้อ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Abscess drainage in the past year	3	3.2
Prior skin lesion in area of SSTI	1	1.0
SSTI in the past year	8	8.5
No history	82	87.2

สาเหตุการติดเชื้อ พบว่าเป็นเองไม่ทราบสาเหตุ 68 ราย (ร้อยละ 72.3) เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ 21 ราย (ร้อยละ 22.3) ถูกสัตว์กัด 5 ราย (ร้อยละ 5.3) อาการมาด้วยปวดบวมแดง 62 ราย (ร้อยละ 65.9) เป็นแผลหรือเนื้อตาย 32 ราย (ร้อยละ 34) ตำแหน่งที่ติดเชื้อ พบมากที่สุดบริเวณขา จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 46.8) รองลงมาคือ เท้า 32 ราย (ร้อยละ 34) บริเวณอื่นๆ เช่น ลำตัว แขน มือ และก้น ดังที่แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และตำแหน่งของการติดเชื้อ จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

สาเหตุ อาการ และตำแหน่งของ การติดเชื้อ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
สาเหตุ		
เป็นเอง	68	72.3
ได้รับอุบัติเหตุ	21	22.3
ถูกสัตว์กัด	5	5.3
อาการ		
ปวดบวมแดง	62	65.9
แผลหรือเนื้อตาย	32	34.0
ตำแหน่งของการติดเชื้อ		
ศีรษะหรือลำคอ	1	1.0
ลำตัว	5	5.3
แขน	2	2.1
มือ	6	6.4
ขา	44	46.8
เท้า	32	34.0
ก้น	4	4.2

ประเภทของการติดเชื้อ พบว่าเป็นการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้น 43 ราย (ร้อยละ 45.7) เป็นการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้น ร่วมกับการเกิดฝี 12 ราย (ร้อยละ 12.8) การติดเชื้อที่เกิดจากอุบัติเหตุ 14 ราย (ร้อยละ 14.9) เท้าเบาหวานติดเชื้อ 13 ราย (ร้อยละ 13.8) การติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแบบลึก 8 ราย (ร้อยละ 8.5) ทั้งนี้การติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแบบลึก (Necrotizing fasciitis) มีจำนวนวันนอนมากที่สุด คือ 10.38 วัน รองลงมา คือ เท้าเบาหวานติดเชื้อ มีจำนวนวันนอน 7.38 วัน แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงประเภทของการติดเชื้อ จำแนกตามจำนวน ร้อยละ และจำนวนวันนอนเฉลี่ย

ประเภทของการติดเชื้อ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวนวันนอนเฉลี่ย(วัน)
Cellulitis	43	45.7	5.0
Infected wound	4	4.2	7.25
Abscess with cellulitis	12	12.8	3.25
Necrotizing fasciitis	8	8.5	10.38
Post traumatic wound infection	14	14.9	3.64
Diabetic foot infection	13	13.8	7.38

ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือด มี 45 ราย (ร้อยละ 47.8) ได้รับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง 11 ราย (ร้อยละ 11.7) การผ่าตัดเนื้อตาย 38 ราย (ร้อยละ 40.4) การได้รับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียวมีจำนวนวันนอน 5.02 วัน แต่ถ้าได้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดเนื้อตายจะมีจำนวนวันนอน 7.31 วัน ผลลัพธ์ของการรักษาพบว่า หายขาดจากโรค 92 ราย (ร้อยละ 97.8) มีเพียง 2 คนได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลหัวหินและโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีภาวะแทรกซ้อนเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1) คือ ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม 3 ราย (ร้อยละ 3.1) ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ 91 ราย (ร้อยละ 96.8) ผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.8 วัน ดังที่แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาในโรงพยาบาลปราณบุรี จำแนกตามจำนวน ร้อยละ และจำนวนวันนอนเฉลี่ย

ผลการรักษาและผลลัพธ์	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวนวันนอนเฉลี่ย(วัน)
ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด	94	100	
ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเดียว	45	47.8	5.02
Incision and drainage	11	11.7	4.45
debridement	38	40.4	7.31
ผลการรักษา			
หายจากโรค	92	97.8	
ส่งต่อ	2	2.1	
ภาวะแทรกซ้อน			
มี	1	1.0	
ไม่มี	93	98.9	
การกลับเป็นซ้ำใน 30 วัน			
มี	3	3.1	
ไม่มี	91	96.8	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	$\bar{X} = 5.81, S.D. = 3.39$ Min = 2, Max = 17		

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 7 พบว่า ประเภทของการติดเชื้อและการตัดเนื้อตายมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ

ปัจจัยด้านต่างๆ	ค่า χ^2	P value
ดัชนีมวลกาย	46.44	0.537
โรคประจำตัว	109.13	0.451
ประเภทของการติดเชื้อ	82.53	0.028
ตำแหน่งที่ติดเชื้อ	78.99	0.268
การตัดเนื้อตาย(debridement)	21.11	0.049

อภิปรายผล

โรคติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ แพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การรักษาทำได้ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีโพรงฝี หนอง หรือเนื้อตาย จำเป็นต้องอาศัยการผ่าตัดร่วมด้วย การส่งผลเพาะเชื้อไม่ได้ทำทุกราย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง การให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างน้อยจะมีการใช้ยาปฏิชีวนะ 1 ชนิดต่อราย แต่มีจำนวน 20%-30% ของผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่เหมาะสม¹¹ ซึ่งแนวทางการรักษาปัจจุบันอ้างอิงตามตำราทางอายุรศาสตร์หรือศัลยศาสตร์และสมาคมโรคติดเชื้อแห่งสหรัฐอเมริกา (Infectious Diseases Society of America) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Richard Brindle และคณะเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ clindamycin ร่วมกับ flucloxacillin พบว่าไม่ได้ประโยชน์เมื่อเทียบกับการให้ flucloxacillin เพียงอย่างเดียวและทำให้ผู้ป่วยถ่ายเหลวในช่วงวันแรกๆของการใช้อีกด้วย¹⁰

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน มีอายุเฉลี่ย 52.8 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในอำเภอปราณบุรี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน หรือโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง สาเหตุการเกิดพบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นเองถึงร้อยละ 72.3 รองลงมา คือ จาก

อุบัติเหตุ และถูกสัตว์กัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดบวมแดง ร้อยละ 65.9 ที่เหลือมาด้วยแผลหรือมีเนื้อตาย ตำแหน่งการติดเชื้อพบว่าส่วนใหญ่เป็นที่ตำแหน่งขา ทำสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nicholas Black และคณะซึ่งพบว่าตำแหน่งที่ติดเชื้อมักจะเป็นที่ขา¹⁴ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดทุกราย ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว ที่เหลือต้องมีการผ่าตัดระบายหนองและตัดเนื้อตายร่วมด้วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามี 1 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล คือ ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่หายขาดจากโรคถึงร้อยละ 97.8 มี 2 รายที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหัวหินและโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เนื่องจากติดเชื้อลุกลามทำให้ต้องทำการตัดขา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ประเภทของการติดเชื้อและการตัดเนื้อตายมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือโรคติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่มีความลึกและความรุนแรงจะมีจำนวนวันนอนสูงกว่า การติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแบบลึก (Necrotizing fasciitis) มีจำนวนวันนอนสูงที่สุด การตัดเนื้อตายแสดงว่าการติดเชื้อดังกล่าวค่อนข้างมาก จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้จำนวนวันนอนสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะอย่างเดียว สำหรับ

ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Soondal Koomar Surrin และคณะที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้น พบว่าเบาหวานและภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดและยังศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ ภาวะไตวาย การติดเชื้อในกระแสเลือด¹² การที่ผลการรักษาไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเรื้อรัง โรงพยาบาลปราณบุรี ทำได้ค่อนข้างดี ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เหมาะสม โรคโพลามทุ่งซึ่งเป็นโรคในกลุ่มติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนเช่นกัน แต่ไม่มีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีการศึกษาของ Inghammar M. และคณะพบว่าภาวะ lymphatic obstruction เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นซ้ำในโรคดังกล่าว¹³

สรุป

โรคเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ประเภของการติดเชื้อและการติดเชื้อตามมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ของการรักษาโรคติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนในโรงพยาบาลอำเภอได้ผลดี การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว โดยการให้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงการผ่าตัด จะช่วยลดความรุนแรงของโรค อัตราตายรวมถึงความพิการของผู้ป่วย ในส่วนภาคประชาชน การให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาบาดแผล มีความสำคัญ แม้ว่าจะเป็นแผลเล็กน้อยก็ตาม การดูแลบาดแผลที่ไม่ถูกต้องทำให้การติดเชื้อลุกลามและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้ข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง ซึ่งเป็นข้อมูลที่บันทึกไว้ในโปรแกรม HosXP มีข้อมูลบางส่วนได้รับการบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องตรวจสอบกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยจริง ดังนั้นจะต้องมีปรับปรุงระบบการบันทึกเวชระเบียน โดยการเน้นย้ำกับเจ้าหน้าที่ของห้องตรวจ

ผู้ป่วยนอก เรื่องการบันทึกสัญญาณชีพ ประวัติที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และเป็นประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปใช้ในอนาคต

2. โรงพยาบาลอำเภอควรทำงานประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องของการป้องกันและดูแลบาดแผล กรณีที่มีบาดแผลควรทำความสะอาด อย่าให้มีสิ่งสกปรกปนเปื้อนบาดแผล กรณีที่ถูกวัสดุแปลกปลอมตำแทงควรรีบให้การรักษา ไม่ปล่อยไว้นานจนแผลเกิดลุกลามและมีภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังและร่างกายกรณีสัมผัสกับสิ่งสกปรก

3. ผลการศึกษาวิจัยนี้ สามารถนำไปปรับระบบการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย ระบบและขั้นตอนการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องยาปฏิชีวนะที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ผลการเพาะเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

2. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปต่อยอดการวิจัยครั้งต่อไปได้ เช่น อาจมุ่งประเด็นที่ necrotizing fasciitis เพียงโรคเดียว เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014;59:e10–52.
2. Jenkins TC, Knepper BC, McCollister BD, et al. Failure of outpatient antibiotics among patients hospitalized for acute bacterial skin infections: what is the clinical relevance? Am J Emerg Med 2016;34(6):957–62.

3. Conway EL, Sellick JA, Kurtzhals K, Mergenhagen KA. Obesity and heart failure as predictors of failure in outpatient skin and soft tissue infections. *Antimicrob. Agents Chemother* 2017;61(3):1-7.
4. Jenkins TC, Knepper BC, Moore SJ, et al. Antibiotic prescribing practices in a multicenter cohort of patients hospitalized for acute bacterial skin and skin structure infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35(10):1241–50.
5. Gibbons JA, Smith HL, Kumar SC, et al. Antimicrobial stewardship in the treatment of skin and soft tissue infections. *Am J Infect Control* 2017;45(11):1203-1207
6. Almarzoky Abuhussain SS, Burak MA, Adams DK, et al. Variability in emergency medicine provider decisions on hospital admission and antibiotic treatment in a survey study for acute bacterial skin and skin structure infections: opportunities for antimicrobial stewardship education. *Open Forum Infect Dis* 2018;5(10) : 1-7
7. Walsh TL, Chan L, Konopka CI, et al. Appropriateness of antibiotic management of uncomplicated skin and soft tissue infections in hospitalized adult patients. *BMC Infect Dis* 2016 Nov 29;16(1):1-8
8. Nathwani D, Corey R, Das AF, et al. Early clinical response as a predictor of late treatment success in patients with acute bacterial skin and skin structure infections: retrospective analysis of 2 randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2017;64(2):214–217
9. Caterino JM, Leininger R, Kline DM, et al. Accuracy of current diagnostic criteria for acute bacterial infection in older adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(8):1802–9.
10. Richard Brindle, O Martin Williams, Paul Davies, et al. Adjunctive clindamycin for cellulitis: a clinical trial comparing flucloxacillin with or without clindamycin for the treatment of limb cellulitis. *BMJ Open* 2017;7(3) : 1-9.
11. Tamma PD, Avdic E, Li DX, et al. Association of adverse events with antibiotic use in hospitalized patients. *JAMA Intern Med* 2017;177(9):1308–15.
12. Soondal Koomar Surrin, Mohammed Tauqeer Ahmed, Sheerin Afzal, et al. The risk factors and clinical characteristics of cellulitis: a hospital-based case-control study in Singapore. *J Health Res* 2009;23(2):81-86.
13. Inghammar M, Rasmussen M, Linder A. Recurrent erysipelas—risk factors and clinical presentation. *BMC Infect Dis* 2014;14:270.
14. Black N, Schrock JW. Evaluation of skin and soft tissue infection outcomes and admission decisions in emergency department patients. *Emerg Med Int* 2018;2018:1-7.