

## รายการอ้างอิง

1. อะเคื้อ อุดলেখกะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เจ. ซี. ซี. การพิมพ์, 2541.
2. สมหวัง คำนชัชวจิตร, และ อนุวัตร ลิมสุวรรณ. การวินิจฉัยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน สมหวัง คำนชัชวจิตร (บรรณาธิการ), โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, หน้า 17-28. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช, 2539.
3. สมหวัง คำนชัชวจิตร. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน นลินี อัสวโกที, สุรภี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตบุญกุล, และ อัยฉา วิภากุล (บรรณาธิการ), ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย, หน้า 134-138. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2542.
4. Sermpnich, N., Sermpnich, A., and Kasempitakpong, B. The cost of antimicrobials for the treatment of nosocomial infections. J Med Assoc Thai 78 (Suppl 1) (July 1995): S7-10.
5. Kyne, L., Hamel, M. B., Polavaram, R., and Kelly, C. P. Health care costs and mortality associated with nosocomial diarrhea due to *Clostridium difficile*. Clin Infect Dis 34 (February 2002): 346-353.
6. Humphreys, H., Willatts, S. M, and Vincent, J. L. Intensive care infections: a practical guide to diagnosis and management in adult patients. London: Harcourt Publishers, 2000.
7. Plowman, R., et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. J Hosp Infect 47 (March 2001): 198-209.
8. Martone, W. J., and Nichols, R. L. Recognition, prevention, surveillance, and management of surgical site infections: introduction to the problem and symposium overview. Clin Infect Dis 33 (Suppl 2) (2001): S67-S68.
9. Sohn, A. H., et al. Prevalence of nosocomial infections in neonatal intensive care unit patients: results from the first national point-prevalence survey. J Pediatr 139 (December 2001): 821-827.
10. Mayor, S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. BMJ 321 (2000): 1370.

11. Nichols, R. L., and Florman, S. Clinical presentations of soft-tissue infections and surgical site infections. *Clin Infect Dis* 33 (Suppl 2) (2001): S84-S93.
12. Bergogne-Berezin, E. Current guidelines for the treatment and prevention of nosocomial infections. *Drugs* 58 (July 1999): 51-67.
13. Vincent, J.L., et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. *JAMA* 274 (1995): 639-644.
14. Stephan, F., Cheffi, A., and Bonnet, F. Nosocomial infections and outcome of critically ill elderly patients after surgery. *Anesthesiology* 94 (March 2001): 407-414.
15. Jones, R.N. Resistance patterns among nosocomial pathogens: trends over the past few years. *Chest* 119 (Suppl 2) (2001): 397S-404S.
16. Wolff, M. J. Use and misuse of antibiotics in Latin America. *Clin Infect Dis* (Suppl 2) (1993): S346-S351.
17. Mintjes-de Groot, A. J., Van Hassel, C. A., Kaan, J. A., Verkooyen, R. P., and Verbrugh, H. A. Impact of hospital-wide surveillance on hospital-acquired infections in acute-care hospital in the Netherlands. *J Hosp Infect* 46 (September 2000): 36-42.
18. Thamlikitkul, V., Danchaivijitr, S., Kongpattanakul, S., and Ckokloikaew, S. Impact of an educational program on antibiotic use in a tertiary care hospital in a developing country. *J Clin Epidemiol* 51 (1998): 773-778.
19. Kim, J. M., et al. Multicenter surveillance study for nosocomial infections in major hospitals in Korea. *Am J Infect Control* 28 (December 2000): 454-458.
20. Dettenkofer, M., et al. Surveillance of nosocomial infections in a neurology intensive care unit. *J Neurol* 248 (2001): 959-964.
21. Kraissriwatana, J., Reongroj, M., and Tachapiroj, K. Prevalence of nosocomial infections in Udonthanee hospital 1990. *J Med Assoc Thai* 78 (Suppl 1) (July 1995): S50-S52.
22. Pitaksiripan, S., Tepsuporn, M., Butpongsapan, S., and Pradvithayakarn, L. Nosocomial infections in Lampang hospital. *J Med Assoc Thai* 78 (Suppl 1) (July 1995): S53-S56.
23. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนครพิงค์. รายงานรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

24. กรรณิการ์ เล็กอุทัย. การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย และในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัดสุโขทัย, 2534. (อัครสำเนา)
25. Thamlikitkul, V., Sathitmethakul, R., Trakulsomboon, S., Jintanothaitavorn, D., Vaithayaphichet, S., and Danchaivijitr, S. Bacterial infections in hospitalized patients in Thailand in 1997 and 2000. J Med Assoc Thai 84 (May 2001): 666-673.
26. Mainous III, A. G., and Hueston, W. J. Controlling antibiotic resistance: will we someday see limited prescribing autonomy? Am Fam Physician 63 (March 2001): 1034-1039.
27. French, G. L., and Phillips, I. Antimicrobial resistance in hospital flora and nosocomial infections. In C. G. Mayhall (ed.), Hospital epidemiology and infection control, pp. 980-994. Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1996.
28. Danchivijitr, S., Chantrasakul, C., Chokloikaew, S., and Trakoolsomboon, S. An outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in a burn unit. J Med Assoc Thai 78 (Suppl 1) (July 1995): S11-S14.
29. Mongkolrattanothai, K., et al. Nosocomial bloodstream infection in pediatric patients: Siriraj hospital, Bangkok; 1996-1999. J Med Assoc Thai 84 (February 2001): 160-165.
30. สุรางค์ เศษศิริเลิศ. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. ใน ยง ภู่วรรณ, วินัย วุฒิวิโรจน์, ดาริกา กิ่งเนตร, จุฑารัตน์ ถาวรนนท์, และ กุลฤดี วงศ์มนวิสุทธิ (บรรณาธิการ), รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่อง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ, หน้า 65-68. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
31. Garner, J. S., Jarvis, W. R., Emori, T. G., Horan, T. C., and Hughes, J. M. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control 16 (June 1988): 128-140.
32. Horan, T. C., Gaynes, R. P., Martone W. J., Jarvis, W. R., and Emori, T. G. CDC definitions of nosocomial surgical site infection, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 13 (October 1992): 606-608.



33. Stamm, W. E. Nosocomial urinary tract infections. In J. V. Bennett, P. S. Brachman, and J. P. Sanford (eds.), Hospital infections, pp. 597-610. Boston: Little, Brown and Company, 1992.
34. Ronald, A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens. Am J Med 113 (Suppl 1A) (July 2002): 14S-19S.
35. Warren, J. W. Nosocomial urinary tract infections. In G. L. Mandell, J. E. Bennett, and R. Dolin (eds.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, pp. 3028-3036. Philadelphia (PA): Churchill Livingstone, 2000.
36. Burke, J. P., and Riley, D. K. Nosocomial urinary tract infections. In C. G. Mayhall (ed.), Hospital epidemiology and infection control, pp. 139-153. Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1996.
37. Jernigan, J. A. Nosocomial infections. In L. G. Goldman, and J. C. Bennett (eds.), Cecil textbook of medicine, pp. 1581-1586. Philadelphia (PA): W. B. Saunders company, 2000.
38. Spelman, D. W. Hospital-acquired infections. Med J Aust 176 (March 2002): 286-291.
39. Foxman, B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Am J Med 113 (Suppl 1A) (July 2002): 5S-13S.
40. Nicolle, L. E. Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies. Am J Med 113 (Suppl 1A) (July 2002): 35S-44S.
41. Stamm, W. E. Scientific and clinical challenges in the management of urinary tract infections. Am J Med 113 (Suppl 1A) (July 2002): 1S-4S.
42. Ewig, S., Bauer, T., and Torres, A. The pulmonary physician in critical care 4: nosocomial pneumonia. Thorax 57 (2002): 366-371.
43. Montravers, P., et al. Diagnostic and therapeutic management of nosocomial pneumonia in surgical patients: results of the Eole study. Crit Care Med 30 (2002): 368-375.
44. American Thoracic Society. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventative strategies. Am J Respir Crit Care Med 153 (1995): 1711-1725.
45. Cyssens, I. C. Preventing postoperative infections current treatment recommendations. Drugs 57 (February 1999): 175-185.

46. Wong, E. S. Surgical site infections. In C. G. Mayhall (ed.), Hospital epidemiology and infection control, pp. 154-175. Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1996.
47. Archer, G. L. Staphylococcal infections. In L. G. Goldman, and J. C. Bennett (eds.), Cecil textbook of medicine, pp. 1641-1645. Philadelphia (PA): W. B. Saunders company, 2000.
48. Raad, I. I., and Hanna, H. A. Intravascular catheter-related infections. Arch Intern Med 162 (April 2002): 871-878.
49. Gross, P. A., et al. Quality standard for the treatment of bacteremia. Clin Infect Dis 18 (March 1994): 428-430.
50. Mermel, L. A., et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis 32 (May 2001): 1249-1272.
51. มาลิน จุลศิริ. การทดสอบความไว. ใน มาลิน จุลศิริ (บรรณาธิการ), ยาด้านจุลชีพ ความรู้พื้นฐานและการประยุกต์, หน้า 82-114. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2540.
52. สุวัฒน์ วิมลวัฒนาภรณ์. ยาด้านจุลชีพ. ใน สุวัฒน์ วิมลวัฒนาภรณ์ (บรรณาธิการ), ตำราเภสัชวิทยา เล่มที่ 3, หน้า 1-89 . กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
53. อรุณี สารระยา. ยาด้านจุลชีพ. ใน เภสัชจุลชีววิทยา, หน้า 295-320. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
54. สุรินทร์ พลเสน. นิยามและหลักทั่วไปในการใช้ยาด้านจุลชีพ. ใน ยุพิน สัจจวิริยะ, สุภินันท์ อัญเชิญ, พงศ์ วัฒนเกียรติ, และ นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา (บรรณาธิการ), เภสัชวิทยา, หน้า 437-446. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
55. Cipolle, R. J., Strand, L. M., and Morley, P. C. Identifying, resolving, and preventing drug therapy problems: the pharmacist's responsibility. In Pharmaceutical care practice, pp. 73-120. New York : McGraw-Hill, 1998.
56. คณะทำงานจัดทำมาตรฐานวิธีทางปฏิบัติงาน สำหรับงานติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. แนวทางปฏิบัติ งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
57. Tatro, D. S., ed. Drug interaction fact 2000. Missouri: Facts and Comparisons, 2000.

58. National committee for clinical laboratory standards. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; eighth informational supplement. NCCLS 18 (January 1998): 1-84.
59. สมพนธ์ บุญคุปต์, และ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. การวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ. ใน สมพนธ์ บุญคุปต์, และ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (บรรณาธิการ), การวินิจฉัยและการรักษาโรคติดเชื้อที่พบบ่อย, หน้า 77-95. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร, 2521.
60. รัชนิชัย ราชกิจ. การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
61. มาลิน จุลศิริ. แบซิลไลแกรมลบพวกไม่เฟอร์เมนต์น้ำตาล. ใน เภสัชจุลชีววิทยา, หน้า 100-107. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
62. อรพรรณ ศิริประกายศิลป์. การใช้ยาด้านจุลชีพในผู้ป่วยโรคปอดบวม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
63. คณะกรรมการโครงการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. รายงานผลการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประจำปี 2541. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
64. วิภาวรรณ เรืองวิทยาวงศ์. การใช้ยาด้านจุลชีพในโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. รายงานวิชาปัญหาพิเศษทางเภสัชกรรม หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545 (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
65. จันทรเพ็ญ วิวัฒน์. การทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. ใน นริกุล สุรพัฒน์, จันทรเพ็ญ วิวัฒน์, ปรีชา พุทธาวุฒิไกร, สุวณี สกเวชย์, และประมาณ เทพชัยศรี (บรรณาธิการ), จุลชีววิทยาทางการแพทย์, หน้า 38-49. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร, 2526.
66. Division of microbiology. Antimicrobial susceptibility 1999. กรุงเทพมหานคร: Department of pathology Ramathibodi hospital , 1999.
67. Mercier, R. Quinolones. In P. O. Anderson, J. E. Knobon, and W. G. Troutman (eds), Handbook of clinical drug data, 10<sup>th</sup> ed. pp. 166-172. New York: McGraw-Hill, 2002.



68. วันชัย บุพพันเหรียญ. Combination antimicrobial therapy. ใน บุญมี สถาปัตยกรรมศาสตร์ (บรรณาธิการ), An update on infectious diseases V, หน้า 149-162. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2541.
69. นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์. ยาด้านแบคทีเรียที่ใช้กับโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ. ใน นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), ยาและโรคติดเชื้อ, หน้า 41-64. กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
70. อโนชา อุทัยพัฒน์. Cephalosporins. ใน อโนชา อุทัยพัฒน์, และนงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), เภสัชวิทยา เล่ม 2, หน้า 48-67. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
71. Leibovici, L., et al. Monotherapy versus  $\beta$ -lactam-aminoglycoside combination treatment for gram-negative bacteremia: a prospective, observational study. Antimicrob Agents Chemother 41 (May 1997): 1127-1133.
72. อโนชา อุทัยพัฒน์. หลักการเลือกใช้ยาด้านจุลชีพ. ใน อโนชา อุทัยพัฒน์, และนงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), เภสัชวิทยา เล่ม 2, หน้า 1-9. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
73. กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก. คู่มือการให้บริการ กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี. ราชบุรี: กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี, 2542 (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
74. มาลัย วรจิตร. Clinical uses of laboratory tests in infectious diseases: bacteriology. ใน บุญมี สถาปัตยกรรมศาสตร์ (บรรณาธิการ), An update on infectious diseases V, หน้า 319-334. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2541.
75. ปราโมทย์ ธีรพงษ์. Aminoglycosides. ใน อโนชา อุทัยพัฒน์, และนงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), เภสัชวิทยา เล่ม 2, หน้า 138-161. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
76. สุชาดา ธนภัทร์กวิน. การบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
77. จันทนี ฉัตรวิริยวงศ์. การบริหารผู้สูงอายุกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
78. Lacy, C. F., Armstrong, L. L., Goldman, M. P., and Lance, L. L. Drug Information Handbook. 7<sup>th</sup> ed. Ohio: Lexi-Comp, 1999-2000.

79. อโนชา อุทัยพัฒน์. Fluoroquinolones. ใน อโนชา อุทัยพัฒน์, และนางลักษณ์ สุขวาณิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), เภสัชวิทยา เล่ม 2, หน้า 1-9. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

แบบบันทึกที่ใช้ศึกษาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

แบบบันทึกประวัติผู้ป่วย

แบบบันทึกประวัติการใช้ยา

แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติสัญญาณชีพ

แบบบันทึกผลการเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ

แบบบันทึกปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบบันทึกประวัติผู้ป่วย

## ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... หอผู้ป่วย.....แผนก.....HN.....AN.....  
 เดียง..... อายุ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ที่อยู่.....  
 ประเภทการชำระเงิน ( ) ชำระเงินเอง ( ) เบิกต้นสังกัด ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) ผู้สูงอายุ  
 ( ) ไม่เสียเงินประเภทอื่นๆ .....

วันที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วย ...../...../..... วันที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ...../...../..... รวม.....วัน  
 ( ) เป็นที่แรก ( ) ย้ายมาจากหอผู้ป่วย.....  
 วันที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ...../...../..... วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ...../...../.....รวม.....วัน

## ข้อมูลการเจ็บป่วยทั่วไป

การวินิจฉัยโรคหลัก ( Principal diagnosis).....  
 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ( CC ).....  
 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ( PI ).....  
 .....  
 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ( PMH ).....  
 โรคประจำตัว ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) หัวใจ ( ) หอบหืด ( ) อื่นๆ.....  
 รายการยาที่ได้รับประจำ ( ) ไม่มี ( ) มี.....  
 .....  
 ประวัติการแพ้ ( ) ยา..... ( ) อื่นๆ..... อาการแพ้.....  
 ประวัติการสูบบุหรี่ / ดื่มเหล้า.....  
 สถานะการทำงานของตับ / ไต ( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ.....

## ข้อมูลการวินิจฉัยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ครั้งที่ ..... ตำแหน่ง..... วันที่เริ่มมีอาการ ...../...../..... หลังจากอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน  
 อาการ อาการแสดงของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.....  
 ครั้งที่ ..... ตำแหน่ง..... วันที่เริ่มมีอาการ ...../...../..... หลังจากอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน  
 อาการ อาการแสดงของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.....

หัตถการและการผ่าตัด ( ) ผ่าตัด..... วันที่...../...../.....  
 ( ) Tracheostomy / Endotracheal tube วันที่...../...../..... ถึง...../...../.....  
 ( ) Respirator วันที่...../...../..... ถึง...../...../.....  
 ( ) Urinary catheter วันที่...../...../..... ถึง...../...../.....  
 ( ) อื่นๆ..... วันที่...../...../..... ถึง...../...../.....  
 ( ) อื่นๆ..... วันที่...../...../..... ถึง...../...../.....

แพทย์..... พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย.....











## แบบบันทึกผลการเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ

ชื่อ.....อายุ.....เตียง.....หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....

วันที่ส่ง..... วันที่รับ..... แพทย์.....	
การวินิจฉัยตำแหน่งโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล..... เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลครั้งที่.....	
สิ่งส่งตรวจ ( ) blood ( ) urine ( ) sputum ( ) pus ( ) stool ( ) others.....	
Organisms	
Amikacin	
Ampicillin	
Ampicillin / sulbactam	
Cefoperazone / sulbactam	
Cefotaxime	
Ceftazidime	
Cefuroxime	
Cefoxitin	
Cephalothin	
Chloramphenicol	
Ciprofloxacin	
Clindamycin	
Co-trimoxazole	
Erythromycin	
Fosfomycin	
Gentamicin	
Imipenem	
Netilmicin	
Norfloxacin	
Oxacillin	
Penicillin	
Tetracycline	
Vancomycin	

วันที่ส่ง..... วันที่รับ..... แพทย์.....	
การวินิจฉัยตำแหน่งโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล..... เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลครั้งที่.....	
สิ่งส่งตรวจ ( ) blood ( ) urine ( ) sputum ( ) pus ( ) stool ( ) others.....	
Organisms	
Amikacin	
Ampicillin	
Ampicillin / sulbactam	
Cefoperazone / sulbactam	
Cefotaxime	
Ceftazidime	
Cefuroxime	
Cefoxitin	
Cephalothin	
Chloramphenicol	
Ciprofloxacin	
Clindamycin	
Co-trimoxazole	
Erythromycin	
Fosfomycin	
Gentamicin	
Imipenem	
Netilmicin	
Norfloxacin	
Oxacillin	
Penicillin	
Tetracycline	
Vancomycin	



## ภาคผนวก ข

เกณฑ์การค้นหาปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่ใช้เพื่อรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ดัดแปลงมาจากเกณฑ์การค้นหาปัญหาจากการรักษาด้วยยาของ Cipolle และคณะ<sup>(1)</sup>  
 กรณีที่ถือว่าเป็นปัญหาจากการรักษาด้วยยา พิจารณาจาก

### 1. ขั้นตอนการสั่งจ่าย และการสั่งจ่ายสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม (Patient needs additional drug therapy)
  - เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหรือ โรคที่ไม่ได้รับการรักษา
  - เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา
  - เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้เพื่อป้องกัน โรคหรืออาการอื่นๆที่อาจแทรกซ้อนขึ้นมาภายหลัง
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Patient is taking unnecessary drug therapy)
  - ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
  - ผู้ป่วยได้รับยาทั้งที่สามารถใช้วิธีรักษาโดยไม่ใช้ยาจะเหมาะสมกว่า
  - ผู้ป่วยได้รับการรักษาซ้ำซ้อน
  - ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Patient is taking the wrong drug)
  - ผู้ป่วยได้รับยาที่มีรูปแบบของยาไม่เหมาะสม
  - ผู้ป่วยได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้
  - ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพที่เชื่อก่อโรคคือต่อยานั้น แล้วทำให้การรักษาไม่ได้ผล
  - มียาอื่นที่ให้ประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่า เมื่อคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย เช่น ราคา ยา สภาวะร่างกายของผู้ป่วย



4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดน้อยเกินไป (Patient is taking too little of the correct drug)

- การใช้ยาในขนาดต่ำเกินกว่าขนาดยาที่เหมาะสม ซึ่งให้ผลในการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนั้น
- ระยะห่างระหว่างมื้อของยาห่างกันมากเกินไป
- ระยะเวลาที่ได้รับยาสั้นเกินไป
- การบริหารยาไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดจริงต่ำเกินไป
- เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ผู้ป่วยได้รับหรือเสี่ยงต่อการได้รับยาในขนาดน้อยเกินไป

5. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดมากเกินไป (The dosage is too high for the patient)

- การใช้ยาในขนาดที่มากเกินไปกว่าขนาดยาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยรายนั้น
- ระยะห่างระหว่างมื้อของยาห่างกันน้อยเกินไป
- ระยะเวลาที่ได้รับยานานเกินไป
- เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ผู้ป่วยได้รับหรือเสี่ยงต่อการได้รับยาในขนาดมากเกินไป

6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Patient is experiencing an adverse drug reaction)

- เนื่องจากได้รับการสั่งใช้ยาที่เคยมีประวัติแพ้ยานั้น
- เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้เกิดหรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

## 2. ขั้นตอนการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

1. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Patient is experiencing an adverse drug reaction) โดยไม่เคยมีประวัติแพ้ยามาก่อน ซึ่งพิจารณาจาก

- การเกิดอาการทางคลินิก เช่น เกิดผื่นแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
- การเกิดความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่อาจมีสาเหตุจากยา โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติของโรงพยาบาล เช่น ผลการตรวจการทำงานของตับพบมีระดับเอนไซม์สูงกว่า 2 เท่าของค่าปกติ<sup>(2)</sup> เป็นต้น

- การเกิดความผิดปกติที่พบจากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

อาการที่สงสัยข้างต้นถือว่าเป็นปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ต่อเนื่องเมื่อมีการประเมินความเป็นไปได้ด้วย Naranjo's algorithm แล้วมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับ possible ขึ้นไป

#### รายการอ้างอิง

1. Cipolle, R. J., Strand, L. M., and Morley, P. C. Identifying, resolving, and preventing drug therapy problems: the pharmacist's responsibility. In Pharmaceutical care practice, pp. 73-120. New York : McGraw-Hill, 1998.
2. Elliott, M. B. Clinical laboratory tests. In L. E. Boh (ed.), Pharmacy practice manual a guide to the clinical experience, pp. 136-212. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ค

## เกณฑ์การประเมินความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาของยา

หลักเกณฑ์ในการประเมินความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาของยาตามแนวทางของ Tatro<sup>(1)</sup> ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ระดับนัยสำคัญ (significance rating)
2. ระยะเวลาที่เริ่มเกิด (onset)
3. ความรุนแรงของการเกิดอันตรกิริยาของยา (severity)
4. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มีการตีพิมพ์หรือบันทึกไว้ (documentation)

## 1. ระดับนัยสำคัญ

ระดับนัยสำคัญมีตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 5

ระดับ 1 หมายถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มีการตีพิมพ์หรือบันทึกไว้

ระดับ 5 หมายถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นมีระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลแค่ระดับ unlikely หรือ possible

## 2. ระยะเวลาที่เริ่มเกิด

แบ่งเป็น 2 ระดับ

2.1 Rapid หมายถึง เกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา

2.2 Delayed หมายถึง เกิดหลังจากได้รับยาไปแล้วเป็นวันหรือสัปดาห์

## 3. ความรุนแรงของการเกิดอันตรกิริยาของยา

3.1 Major หมายถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นมีอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดการทำลายอวัยวะของผู้ป่วยอย่างถาวร

3.2 Moderate หมายถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นทำให้สถานะทางคลินิกของผู้ป่วยเลวลง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ หรือต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าที่ควร

3.3 Minor หมายถึง อันตรกิริยาที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ หรือไม่สามารถสังเกตได้ และไม่มีนัยสำคัญต่อผลการรักษา ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติม

#### 4. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มีการตีพิมพ์หรือบันทึกไว้

4.1 Established หมายถึง พิสูจน์ได้ว่าเกิดอันตรกิริยาจริง โดยได้รับการรับรองในการศึกษาที่มีการควบคุมเป็นอย่างดี ในมนุษย์ มีผลทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเปลี่ยนแปลงไป หรือเป็นผลจากปฏิกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์แล้วทำให้การตอบสนองทางเภสัชวิทยาเปลี่ยนแปลงไป

4.2 Probable หมายถึง น่าจะใช่อันตรกิริยาแต่ยังไม่ได้พิสูจน์ทางคลินิก เป็นปฏิกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์ซึ่งพิสูจน์ได้จากการศึกษาที่มีการควบคุมอย่างดี มีผลมากพอทำให้ระดับยาในพลาสมาเปลี่ยนแปลง และอาจทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเปลี่ยนแปลงไป หรือมีการทดลองยืนยันได้ในสัตว์ทดลองถึงอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นที่มีอาการเหมือนรายงานผู้ป่วยหลายราย

4.3 Suspected หมายถึง อาจเกิดอันตรกิริยาได้ มีข้อมูลบ้างแต่ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีก เป็นปฏิกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์ที่เกิดขึ้นในการศึกษาที่มีการควบคุมอย่างดี แม้คาดว่าจะทำให้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเปลี่ยนแปลง แต่ไม่มีการสรุปแน่ชัดเนื่องจากไม่มีผลของการเปลี่ยนแปลงระดับยาในพลาสมา หรือมีรายงานการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาจากรายงานผู้ป่วยหลายราย หรือจากการศึกษาทางคลินิกทำซ้ำๆกันหลายครั้งแต่ไม่มีการควบคุม

4.4 Possible หมายถึง อาจเกิดอันตรกิริยาได้ แต่ข้อมูลยืนยันมีจำกัดมาก แม้มีปฏิกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่อาจทำนายได้ว่าจะเป็นการตอบสนองของยา หรือข้อมูลที่แสดงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปมีจำกัด

4.5 Unlikely หมายถึง ยังเป็นที่สงสัยว่าเกิดอันตรกิริยาหรือไม่ อาการทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปไม่ชัดเจน แม้มีปฏิกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์แต่ผลการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาไม่น่าใช่ หรือเอกสารยืนยันที่ได้ไม่มีคุณภาพหรือไม่อาจพิสูจน์ได้ หรือแม้จะมีรายงานการเกิดอันตรกิริยาและมีการศึกษาอย่างดีก็ตาม แต่ไม่อาจสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก



แนวทางการประเมินความสำคัญของการเกิดอันตรกิริยาที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของการเกิดอันตรกิริยาและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มีการจดบันทึกได้แล้ว ดังนี้

Significant Rating	Severity	Documentation
1	Major	Suspected or >
2	Moderate	Suspected or >
3	Minor	Suspected or >
4	Major / Moderate	Possible
5	Minor / Any	Possible / Unlikely

#### รายการอ้างอิง

1. Tatro, D. S., ed. Drug interaction fact 2000. Missouri: Facts and Comparisons, 2000.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ง

## แบบประเมินความเชื่อมั่นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การประเมินความเชื่อมั่นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยประเมินจากคำถาม 10 ข้อ

ADR Probability scale ของ Naranjo<sup>(1)</sup>

คำถาม	Yes	No	Do not Know	Score
1. อาการไม่พึงประสงค์ที่พบเคยได้รับรายงานมาก่อนหรือไม่	+1	0	0	
2. อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมีความสัมพันธ์กับเวลาที่เกิดขึ้นหรือไม่	+2	-1	0	
3. เมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงหรือเมื่อหยุดใช้ยา อาการดังกล่าวหายหรือทุเลาหรือไม่	+1	0	0	
4. เมื่อผู้ป่วยได้รับยานั้นซ้ำอีกครั้งจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์อีกหรือไม่	+2	-1	0	
5. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่จากยาได้หรือไม่	-1	+2	0	
6. เมื่อผู้ป่วยได้รับยาหลอก จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบเดิมอีกหรือไม่	-1	+1	0	
7. มีการยืนยันโดยตรวจวัดระดับยาในเลือดหรือในส่วนอื่นๆ ว่าระดับยาดังกล่าวเป็นระดับยาที่มีอันตรายเป็นพิษต่อร่างกายหรือไม่	+1	0	0	
8. เมื่อผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงขึ้นอาการไม่พึงประสงค์จะรุนแรงขึ้นหรือเมื่อลดขนาดยาอาการที่เกิดขึ้นลดลงด้วยใช่หรือไม่	+1	0	0	
9. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยาก่อนนี้โดยมีอาการไม่พึงประสงค์เหมือนกับครั้งนี้หรือไม่	+1	0	0	
10. วิธีอื่นๆที่สามารถยืนยันอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอีกหรือไม่	+1	0	0	

นำคะแนนที่ประเมินได้จากการตอบคำถามมารวม โดยแบ่งความเชื่อมั่นและความเป็นไปได้ของอาการไม่พึงประสงค์ เป็น 4 ระดับ คือ

ถ้าคะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 9 = definite (เป็นไปได้สูง)

5-8 = probable (เป็นไปได้)

1-4 = possible (อาจเป็นไปได้)

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0 = unlikely (เกี่ยวข้องกับน้อย)

### รายการอ้างอิง

1. Naranjo, C.A., et al. A method for estimating the probability of ADRs. Clin Pharmacol and Ther 30 (1981): 239-245.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก จ

## สูตรการคำนวณ creatinine clearance (CrCl)

การคำนวณปรับขนาดยาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำค่า  $S_{Cr}$  มาคำนวณหาค่า CrCl จากสูตรต่อไปนี้

1. สูตรของ Cockcroft และ Gault<sup>(1)</sup> ใช้ในกรณีที่ทราบน้ำหนักตัวและอายุของผู้ป่วย

$$\text{CrCl (มล. / นาที) ในผู้ชาย} = \frac{(140 - \text{อายุ})(\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม})}{72 \times S_{Cr} (\text{มล. / 100 มล.})}$$

$$\text{CrCl (มล. / นาที) ในผู้หญิง} = 0.85 \times \text{CrCl ของผู้ชาย}$$

2. ในกรณีที่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะการป่วยขั้นวิกฤต ไม่สามารถชั่งน้ำหนักตัวเป็นค่าที่แน่นอนได้ จะใช้สูตรการคำนวณ CrCl ของ Jellife<sup>(2,3)</sup>

$$\text{CrCl (มล. / นาที) ในผู้ชาย} = \frac{98 - (0.8)(\text{อายุ} - 20)}{S_{Cr} (\text{มล. / 100 มล.})}$$

$$\text{CrCl (มล. / นาที) ในผู้หญิง} = 0.85 \times \text{CrCl ของผู้ชาย}$$

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. Cockcroft, D. W., and Gault, M. H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 16 (1967): 31-41.
2. Jellife, R. W. Estimation of creatinine clearance when urine cannot be collected. Lancet 1 (1971): 975-976.
3. Jellife, R. W. Creatinine clearance; bedside estimate. Ann Intern Med 79 (1973): 604-605.



## ภาคผนวก ฉ

## รายการยาต้านจุลชีพในบัญชียาของโรงพยาบาลราชบุรี

อันดับ	ชื่อสามัญทางยา	รูปแบบ	ขนาดบรรจุ	ความแรง
1	Amikacin	inj	2 ml/vial	250 mg/2ml
2	Amikacin	inj	2 ml/vial	500 mg/2 ml
3	Amoxicillin	dry syr	60 ml	125 mg/5 ml
4	Amoxicillin	cap	-	250 mg
5	Amoxicillin	cap	-	500 mg
6	Amoxicillin + clavulanate	tab	-	250 + 125 mg
7	Amoxicillin + clavulanate	dry syr	70 ml	200 + 28.5 mg
8	Ampicillin	inj	250 mg/vial	250 mg
9	Ampicillin	inj	500 mg/vial	500 mg
10	Ampicillin	inj	1 g/vial	1 g
11	Ampicillin + sulbactam	inj	1.5 g/vial	1 g + 500 mg
12	Amphotericin B	inj	50 mg/vial	50 mg
13	Azithromycin	dry syr	15 ml	200 mg/5ml
14	Benzathine penicillin G	inj	1,200,000 u/vial	1,200,000 u
15	Cefazolin	inj	1 g/vial	1 g
16	Cefdinir	cap	-	100 mg
17	Cefoperazone + sulbactam	inj	1 g/vial	500 + 500 mg
18	Cefotaxime	inj	500 mg /vial	500 mg
19	Cefotaxime	inj	1 g/vial	1 g
20	Cefotaxime	inj	2 g/vial	2 g
21	Cefoxitin	inj	1g/vial	1 g
22	Cefpirome	inj	1 g/vial	1 g
23	Cefprozil	susp	50 ml	125 mg/5 ml
24	Ceftazidime	inj	1 g/vial	1 g
25	Ceftriaxone	inj	250 mg/vial	250 mg
26	Ceftriaxone	inj	1 g/vial	1 g

## รายการยาต้านจุลชีพในบัญชียาของโรงพยาบาลราชบุรี (ต่อ)

อันดับ	ชื่อสามัญทางยา	รูปแบบ	ขนาดบรรจุ	ความแรง
27	Cefuroxime	inj	750 mg/vial	750 mg
28	Cefuroxime	tab	-	250 mg
29	Cephalexin	cap	-	250 mg
30	Cephalexin	dry syr	60 ml	125 mg/5 ml
31	Chloramphenicol	cap	-	250 mg
32	Chloramphenicol	inj	1 g/vial	1 g
33	Ciprofloxacin	inj	200 mg/vial	200 mg
34	Clindamycin	inj	4 ml/amp	600 mg/4ml
35	Clindamycin	cap	-	150 mg
36	Cloxacillin	inj	500 mg/vial	500 mg
37	Cloxacillin	inj	1 g/vial	1 g
38	Dicloxacillin	cap	-	250 mg
39	Dicloxacillin	dry syr	60 ml	125 mg/5 ml
40	Doxycycline	cap	-	100 mg
41	Erythromycin	tab	-	250 mg
42	Erythromycin	dry syr	60 ml	125 mg/5 ml
43	Fluconazole	cap	-	200 mg
44	Fosfomycin	inj	2 g/vial	2 g
45	Gentamicin	inj	2 ml/amp	20 mg/2 ml
46	Gentamicin	inj	2 ml/amp	80 mg/2 ml
47	Griseofulvin	tab	-	500 mg
48	Imipenem + cilastatin	inj	1 g/vial	500 + 500 mg
49	Itraconazole	cap	-	100 mg
50	Kanamycin	inj	1 g/vial	1 g
51	Ketoconazole	tab	-	200 mg
52	Lincomycin	inj	2 ml/vial	600 mg/2 ml
53	Levofloxacin <sup>#</sup>	tab	-	100 mg
54	Levofloxacin <sup>#</sup>	inj	100 ml/vial	500 mg/100 ml

## รายการยาต้านจุลชีพในบัญชียาของโรงพยาบาลราชบุรี (ต่อ)

อันดับ	ชื่อสามัญทางยา	รูปแบบ	ขนาดบรรจุ	ความแรง
55	Metronidazole	tab	-	200 mg
56	Metronidazole	susp	100 ml	200 mg/5 ml
57	Metronidazole	inj	100 ml/vial	500 mg/100 ml
58	Midecamycin	dry syr	60 ml	200 mg/5ml
59	Netilmicin	inj	2 ml/vial	100 mg/2 ml
60	Norfloxacin	tab	-	100 mg
61	Norfloxacin	tab	-	200 mg
62	Ofloxacin	tab	-	100 mg
63	Pefloxacin	inj	5 ml/amp	400 mg/5ml
64	Penicillin G	inj	500,000 u/vial	500,000 u
65	Penicillin G	inj	1,000,000 u/vial	1,000,000 u
66	Penicillin G	inj	5,000,000 u/vial	5,000,000 u
67	Penicillin V	tab	-	250 mg
68	Penicillin V	dry syr	60 ml	125 mg/5 ml
69	Roxithromycin	tab	-	150 mg
70	Streptomycin	inj	1 g/vial	1 g
71	Sulfadiazine	tab	-	500 mg
72	Sulfamethoxazole + trimethoprim*	tab	-	400 + 80 mg
73	Sulfamethoxazole + trimethoprim*	susp	60 ml	200 +40 mg/5ml
74	Sulfamethoxazole + trimethoprim*	inj	480 mg/amp	400 + 80 mg
75	Terbinafine	tab	-	250 mg
76	Tetracycline	cap	-	250 mg
77	Vancomycin	inj	500 mg/vial	500 mg

คำย่อ: inj = injection, dry syr = dry syrup, cap = capsule, tab = tablet, susp = suspension, amp = ampule, u = units

\*Co-trimoxazole

# เป็นยาตัวอย่างจากบริษัทยาในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวันดี ขำยัง เกิดวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2516 ที่อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี เกษศาสตร์บัณฑิต (เกษตรนิยามอันดับ 1) จากคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต ที่คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง เกษษกร ระดับ 5 โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย