



สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
Naresuan University Publishing House

ฉบับปรับปรุง

อาการทางอายุรศาสตร์ Medical Symptomatology



บรรณาธิการ
รณกร ลักขณีสมนยา
อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ
สุราก็พยั พงษ์เจริญ



อาการทางอายุรศาสตร์ Medical Symptomatology

(ฉบับปรับปรุง)

บรรณาธิการ
ธนกร ลักษณะนยา
อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ
สุราก็พย พงษ์เจริญ



สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

Naresuan University Publishing House

www.nupress.grad.nu.ac.th

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ชมนกร ลักษณะสมยา

อาการทางอายุรศาสตร์ = Medical symptomatology ฉบับปรับปรุง-- พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2558.
444 หน้า.

1. อายุรศาสตร์. I. สุธาพิทย พงษ์เจริญ และคณะ, บรรณาธิการ II. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN (e-book) 978-616-790-269-2

สพน. 9

ราคา 443 บาท

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558



สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 โดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร ห้ามการลอกเลียนไม่ว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้
ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ นอกจากจะได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร เท่านั้น

จัดพิมพ์โดย สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

มีวางจำหน่ายที่ 1. บริษัท เมพ คอร์ปอเรชั่น จำกัด

99/27 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้นที่ 8 หมู่ที่ 4 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงคลองเกลือ เขตปากเกร็ด นนทบุรี 11120

โทร : 08 4090 3148 อีเมล : support@mebmarket.com

2. บริษัท บุ๊คคาสเซ่ จำกัด

2529/48 ตรอกนอกเขต แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

อีเมล : booksale@bookkaze.com

3. บริษัท อีคูปี้ จำกัด

หมู่บ้านโนเบิลพัฒนาการ 1104/207-209 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

โทร : 0 2187 2222 อีเมล : member@ookbee.com

4. บริษัท ซีอีอีเคชั่น จำกัด

อาคารอินเตอร์ลิงค์ทาวเวอร์ ทาวเวอร์ ชั้น 19 เลขที่ 1858/87-90 ถนนเพชรดิน แขวงบางนาใต้ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร : 0 2826 8953 อีเมล : DigitalBusiness@se-ed.com

กองบรรณาธิการ กองบรรณาธิการจัดทำเอกสารสิ่งพิมพ์ทางวิชาการของสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
ออกแบบปก สรญา แสงเย็นพันธ์



สำนักพิมพ์นี้เป็นสมาชิกสมาคมผู้จัดพิมพ์
และผู้จำหน่ายหนังสือแห่งประเทศไทย
<http://www.thaibooksociety.com>



พิมพ์บน
กระดาษคุณภาพ เพื่อผลงานคุณภาพ
กระดาษจากเยื่อกระดาษรีไซเคิล

กรณีต้องการสั่งซื้อหนังสือปริมาณมาก หรือเข้าชั้นเรียนติดต่อได้ที่
ฝ่ายจัดจำหน่ายสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

☎ nuph@nu.ac.th

📍 สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

☎ 0 5596 8833-8836

📧 nu_publishing



LINE @nuph



Facebook สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนิยม



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กำหนดวิสัยทัศน์เพื่อการพัฒนาไปสู่มาตรฐานสากล คือ “ผลิตบัณฑิตแพทย์คุณภาพ บริการทางการแพทย์มาตรฐานสากล” (To provide the society with quality graduates in medicine and international standard of medical services) ซึ่งจะสำเร็จได้ด้วยการพัฒนางานในหลาย ๆ ด้านไปพร้อมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานทางด้านวิชาการ ของคณะฯ ให้มีความแข็งแกร่งและเติบโต โดยมีรากฐานที่มั่นคงร่วมกับการพัฒนางานวิจัย นั่นจึงถือเป็นความสำคัญอันดับแรกสุด และหนึ่งในงานด้านวิชาการคือการสนับสนุนให้คณาจารย์มีโอกาสร่วมกันผลิตงานผลงาน เช่น ตำรา หรือหนังสือ ให้มากยิ่งขึ้น

สำหรับหนังสือ อาการทางอายุรศาสตร์ (Medical Symptomatology) ที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น โดยอายุรแพทย์ซึ่งเป็นคณาจารย์ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการเรียบเรียงให้เป็นฉบับปรับปรุง ซึ่งเป็นการประมวลความรู้ ทักษะ อันเกิดจากการค้นคว้า และประสบการณ์จากการทำงาน ในการดูแลผู้ป่วย เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวกับอาการสำคัญที่พบบ่อย ในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สำหรับ นิสิต นักศึกษาแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมถึงเพื่อนร่วมสหสาขาวิชาชีพ ที่จะได้นำความรู้ไปใช้ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

ในมิติการดูแลรักษาผู้ป่วย ผลสำเร็จที่จะเกิดขึ้นได้นั้น แพทย์ย่อมต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ ที่เป็นองค์รวม คือ ทั้ง Bio-Psycho-Social-Spiritual แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญและเป็นพื้นฐานที่สุดในศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วย คือ การมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ดีในเรื่อง “อาการวิทยา” โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติแล้วนั้นยังมีความสำคัญมากขึ้นไปอีก

แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วก็ตาม คณาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ก็ได้หยุดหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ โดยได้เรียบเรียงหนังสือเล่มนี้จากประสบการณ์การทำงานอย่างต่อเนื่อง และการค้นคว้าองค์ความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เป็นฉบับปรับปรุงนี้ ได้ทำให้หนังสือมีความทันสมัยและสามารถประยุกต์ใช้ในสมัยปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

กระผมจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้อ่านทุกท่าน และมีคุณูปการต่อวงการแพทย์ตามวัตถุประสงค์ของคณะผู้จัดทำอย่างสมบูรณ์ทุกประการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ศิริเกษม ศิริลักษณ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนิยม



อาการวิทยาเป็นความรู้พื้นฐานทางอายุรศาสตร์ ที่แพทย์ต้องใช้เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค จึงมีความจำเป็นที่นิสิตแพทย์ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และถึงแม้จะจบเป็นแพทย์แล้ว ก็ยังต้องมีการทบทวนเพื่อให้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับการจัดตั้งเป็นภาควิชา เมื่อปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ทั้งสิ้น 11 สาขาวิชา ได้ดำเนินการ พัฒนางานบริการและวิชาการด้านอายุรศาสตร์มาอย่างต่อเนื่อง หนังสือ อาการทางอายุรศาสตร์ (Medical Symptomatology) เล่มนี้ ได้จัดพิมพ์มาแล้วครั้งหนึ่งในโอกาสที่คณาจารย์อายุรศาสตร์ ในแต่ละสาขาวิชาได้ปรับปรุงเนื้อหาให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นิสิตแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ใช้ศึกษาทบทวน ผมจึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่หนังสือเล่มนี้ ได้รับการจัดพิมพ์เป็นครั้งที่สอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านตามวัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พีระพล วง
หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนำ



การดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนมุ่งหวัง ประวัติสุขภาพ ที่ถูกต้อง การตรวจร่างกายที่แม่นยำ การคิดวิเคราะห์ วินิจฉัยโรคที่ครอบคลุม และการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นกระบวนการที่แพทย์ทุกคนพึงปฏิบัติ ประวัติสุขภาพและอาการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ เป็นอย่างยิ่งในการนำไปสู่การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงได้จัดทำหนังสืออาการทางอายุรศาสตร์ขึ้นในการพิมพ์ครั้งแรก เพื่อใช้ประกอบการประชุมวิชาการของภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งเนื้อหาของหนังสือเป็นประโยชน์ สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติและนิสิตแพทย์ในด้านการเรียนการสอนด้วย คณาจารย์อายุรศาสตร์ จึงมีความประสงค์เพื่อปรับปรุงและจัดพิมพ์เป็นครั้งที่สอง เนื้อหาประกอบด้วยอาการต่าง ๆ ที่สำคัญ และพบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ครอบคลุมถึง คำจำกัดความ พยาธิสรีรวิทยา พยาธิกำเนิด สาเหตุ การชักประวัติ การตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนั้น ๆ คณะผู้จัดทำหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนิสิตแพทย์ใช้ประกอบการเรียนรู้ทางคลินิก และสำหรับแพทย์ผู้สนใจได้ใช้ค้นคว้าประกอบเวชปฏิบัติในชีวิตจริง

ธนกร ลักษณะสมยา
อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ
สุธาทิพย์ พงษ์เจริญ

กิตติกรรมประกาศ



ขอขอบพระคุณบูรพคณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนผู้นิพนธ์เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ
แพทย์หญิงชนันยา ห่อเกียรติ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คุณณัชนพ นามะวงศ์
และคุณจิราพร เพ็งจันทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สำหรับการวาดภาพประกอบ

ขอขอบ

สารบัญ



	หน้า
คำนิยาม.....	ก
คำนำ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	ง
บทที่ 1 บทนำ (Introduction)	
ชนกร ลักษณะสมยา.....	1
บทที่ 2 ท้องผูก (Constipation)	
เอกวิทย์ ศรีปรีวุฒิ.....	9
บทที่ 3 ดีซ่าน (Jaundice)	
เอกวิทย์ ศรีปรีวุฒิ.....	19
บทที่ 4 กลืนลำบาก (Dysphagia)	
เอกวิทย์ ศรีปรีวุฒิ.....	25
บทที่ 5 ปวดท้อง (Abdominal Pain)	
มนัสชนก จิรัฐวงษ์.....	33
บทที่ 6 ท้องเสีย (Diarrhea)	
มนัสชนก จิรัฐวงษ์.....	43
บทที่ 7 เลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Bleeding)	
มนัสชนก จิรัฐวงษ์.....	53
บทที่ 8 ก้อนในท้อง (Abdominal Mass)	
ภูวพัศ ผดุงวณิชย์กุล.....	67
บทที่ 9 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)	
ภูวพัศ ผดุงวณิชย์กุล.....	73
บทที่ 10 ปัสสาวะออกน้อย (Oliguria)	
สุภินดา ศิริลักษณ์, วิทวัส จิตต์ผิงงาม.....	83
บทที่ 11 ปัสสาวะมาก (Polyuria)	
วัชรรา พิจิตรศิริ.....	97
บทที่ 12 บวม (Edema)	
ธีระยุทธ หยกอุบล.....	113



	หน้า
บทที่ 13 การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement Disorder)	
พาร์กินสัน ผดุงวินัยกุล.....	125
บทที่ 14 อาการอ่อนแรง (Motor Weakness)	
เจษฎา ศรีกุลศิริ.....	141
บทที่ 15 อาการชา (Numbness)	
พาร์กินสัน ผดุงวินัยกุล.....	163
บทที่ 16 อาการปวดศีรษะ (Headache)	
เจษฎา ศรีกุลศิริ.....	173
บทที่ 17 การเปลี่ยนแปลงของการรู้สติ (Alteration of Consciousness)	
เจษฎา ศรีกุลศิริ.....	187
บทที่ 18 เจ็บหน้าอก (Chest Pain)	
ชนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง.....	203
บทที่ 19 อาการหมดสติ (Syncope)	
มนต์ธวัช อำนวยพล.....	213
บทที่ 20 ใจสั่น (Palpitation)	
สุธาสินี ธรรมอารี.....	225
บทที่ 21 โลหิตจาง (Anemia)	
พีระพล ว่อง.....	235
บทที่ 22 ภาวะเลือดออกผิดปกติ (Bleeding Disorders)	
เอกอมร เทพพรหม.....	245
บทที่ 23 ต่อม้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy)	
รวิศุต เตียววิเศษ.....	259
บทที่ 24 ผมร่วง (Alopecia)	
ประทีป วรณิสสร.....	275
บทที่ 25 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในหญิงมีครรภ์ (Skin Changes during Pregnancy)	
วิกันดา ลิ้มปึงคนันต์.....	297



หน้า

บทที่ 26	ข้ออักเสบ (Arthritis)	
	บดินทร์ บุตรธรรม.....	305
บทที่ 27	ปวดหลัง (Back Pain)	
	ปฐพงศ์ โตวิวัฒน์.....	317
บทที่ 28	ไอออกเลือด (Hemoptysis)	
	สุภาวดี มากะนัณฑ์.....	331
บทที่ 29	เหนื่อย (Dyspnea)	
	วีราภรณ์ พุฒิมงคลรักษ์, เฉลิมพล รัตนอุดมวรรณ.....	345
บทที่ 30	ไข้ (Fever)	
	อัญชิสรา วงศ์ชนะยุทธ.....	353
บทที่ 31	น้ำหนักตัวลด (Weight Loss)	
	อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ.....	363
บทที่ 32	ก้อนที่คอ (Neck Mass)	
	วิทวัส จิตต์ผิงงาม, สุภินดา ศิริลักษณ์.....	375
บทที่ 33	น้ำหนักขึ้น (Weight Gain)	
	ศรินยา สัทธานนท์.....	387
บรรณานุกรม.....		405



บทที่ 1

บทนำ

Introduction



ธนกร ลักษณะนิสัย



การสัมภาษณ์ประวัติหรือการซักถามประวัติการเจ็บป่วยสำหรับผู้ที่แพทย์ ถือเป็นทักษะที่สำคัญ และต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การที่รายละเอียดของประวัติสุขภาพและอาการเจ็บป่วย จะถูกถ่ายทอดจากผู้ป่วยมาสู่แพทย์ได้อย่างครบถ้วนและถูกต้องได้นั้น นอกจากความรู้ทางวิชาแพทย์แล้ว แพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการสื่อสาร และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (doctor-patient relationship) รวมทั้งต้องมีการเตรียมตัวในการเข้าซักถามประวัติสุขภาพเป็นอย่างดี จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จสูงสุดที่แพทย์ทุกคนมุ่งหวัง นั่นคือผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่

ทักษะการซักถามประวัติสุขภาพ

1. การวางแผนการซักถามประวัติสุขภาพ

1.1 การเตรียมพร้อมของแพทย์

แพทย์ควรเตรียมตัวก่อนซักถาม ตั้งแต่การตรวจสอบชื่อ สกุลของผู้ป่วยว่าตรงกับผู้ที่ตนต้องการซักถาม ตรวจสอบประวัติอดีต ภูมิหลังของปัญหาสุขภาพ ประวัติการรักษา หากมีบันทึกในเวชระเบียนในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมารับการตรวจรักษาแล้ว หรือจากประวัติที่บันทึกในเอกสารการส่งตัว ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากแพทย์ท่านอื่น ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการซักถาม ทั้งนี้ควรเตรียมซักถามประวัติสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่หรือที่ไม่มีการบันทึกไว้ด้วย หากเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเป็นครั้งแรก ก็จำเป็นต้องซักประวัติใหม่ทั้งหมด ในระหว่างซักถามอาจเตรียมเครื่องเขียนและกระดาษเพื่อใช้จดบันทึกย่อช่วยจำเพื่อกันลืมประเด็นการซักถาม

หากจะมีการตรวจร่างกายร่วมด้วย ควรมีบุคคลที่สาม เช่น พยาบาล อยู่ในขณะทำการซักประวัติและตรวจร่างกาย



1.2 ช่วงเวลาและความพร้อมของผู้ป่วย

แพทย์ควรสังเกตความพร้อมในการให้ประวัติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้ ให้สอบถามกับญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ทราบอาการเจ็บป่วยนั้นแทน การซักถามประวัติเพิ่มเติม หากไม่เร่งด่วนหรือจำเป็นต่อการรักษาอย่างรวดเร็ว ควรหลีกเลี่ยงยามวิกาล หรือช่วงที่ผู้ป่วยพักผ่อน

1.3 ความพร้อมของสภาพแวดล้อม

การเตรียมสภาพแวดล้อมหรือสถานที่ ควรเอื้อประโยชน์ต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วย ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด ไม่พลุกพล่าน มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ และมีความเป็นส่วนตัว ในกรณีการตรวจผู้ป่วยนอกบางแห่ง ที่มีห้องตรวจจำกัด จำเป็นต้องใช้โต๊ะตรวจในห้องรอรวม อาจเตรียมห้องตรวจเฉพาะไว้ในกรณีที่ต้องซักถามประวัติสุขภาพโดยเฉพาะในเรื่องที่มีประเด็นอ่อนไหวมาก เช่น ปัญหาสุขภาพทางเพศ หรือเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการปกปิดอย่างมาก

2. กำหนดบุคลิกความเป็นแพทย์

แพทย์ควรมีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะพบกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านอายุ เชื้อชาติ สภาพสังคม และสภาพอาการเจ็บป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานของความเมตตา กรุณา เอาใจเขามาใส่ใจเรา และแสดงถึงความตั้งใจจริงที่พร้อมจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ทักษะและบุคลิกภาพที่ดีของแพทย์จะนำไปสู่ความร่วมมือในการตอบคำถามในขณะที่ยกถามปัญหาสุขภาพ

3. พฤติกรรมความเป็นแพทย์

ในระหว่างที่ซักถามประวัติสุขภาพ นอกจากมารยาทที่ดีต่อผู้ป่วยในฐานะคู่สนทนาแล้ว พฤติกรรมต่าง ๆ ของแพทย์ยังมีความสำคัญต่อกระบวนการซักถามอย่างมาก

3.1 เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเองแก่ผู้ป่วย และสอบถามชื่อ สกุลของผู้ป่วยว่าตรงกับผู้ที่ตนต้องการจะตรวจรักษาหรือไม่

3.2 แพทย์ควรนั่งหรือยืนด้วยท่าที่ภูมิฐาน ไม่หลุกหลิก สนใจคำถามและคำตอบของผู้ป่วย สบตาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3.3 เกริ่นนำด้วยถ้อยคำสุภาพ เมื่อจะต้องซักถามถึงเรื่องที่อาจทำให้ผู้ป่วยละอายใจ เรื่องที่น่าละอาย หรือเป็นความลับ และไม่คาดฝัน ชุ่มชู่ หากผู้ป่วยไม่เต็มใจเปิดเผย

3.4 ตั้งใจถามและตอบอย่างสุภาพ ไม่เป็นไปในทางยียวน เย้ยหยัน หรือชวนทะเลาะ

3.5 ขณะซักถามประวัติสุขภาพ สามารถจดกันลืมไว้ได้ โดยจดเป็นข้อความสั้น ๆ ไม่ควรละความสนใจจากการเล่าประวัติของผู้ป่วยมาที่การจดทั้งหมด



3.6 ไม่ล้อเลียน ตำหนิ หรือกระทำให้ผู้ป่วยได้อาย รวมถึงไม่แสดงอาการดูถูก หรือขบขันต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าถึง

3.7 ไม่หลอกลวงผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลประวัติ เช่น ถ้าไม่บอกทางโรงพยาบาลจะไม่ทำการรักษา

3.8 ไม่เปิดเผยความลับหรือประวัติสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการปกปิด ทั้งต่อหน้าและลับหลัง หากจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อน เช่น กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยหรือมีแพทย์ท่านอื่นร่วมรักษา

3.9 อุดหนุนอคติอื่น ต่อถ้อยคำหรือพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย ซึ่งอาจถูกแสดงออกมาเพราะความเจ็บป่วย หรือพื้นฐานชีวิตที่แตกต่างกัน

4. รูปลักษณ์ของความ เป็นแพทย์

ลักษณะภายนอกของแพทย์สามารถสร้างความน่าเชื่อถือและความศรัทธาให้แก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกพบ ลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีต่อไป ลักษณะที่แพทย์ควรเอาใจใส่ ได้แก่

4.1 ลักษณะการแต่งกาย ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด สุภาพ หรืออาจสวมเสื้อกาวน์ที่สะอาดคลุม หากมีการแสดง ชื่อ สกุล ด้วยจะดียิ่ง

4.2 อนามัยส่วนตัว แพทย์ควรรักษาอนามัยส่วนบุคคลให้ดี เช่น ตัดผมให้เรียบร้อย สะอาด หากผมยาวควรรวบผมขณะปฏิบัติงาน ไม่ไว้เล็บยาว รักษาสุขภาพปากและฟันให้ดี อาจสวมผ้าปิดปากและจมูกขณะที่ต้องตรวจได้

4.3 มีท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน น่าเชื่อถือ สนใจสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า แสดงออกด้วยความจริงใจ

ประเด็นการซักถามประวัติสุขภาพ

การซักถามประวัติสุขภาพหรือการเจ็บป่วย มีความแตกต่างจากซักถามพูดคุยเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน กล่าวคือ ต้องซักถามอยู่บนพื้นฐานความรู้และความเข้าใจทางพยาธิสรีรวิทยาของมนุษย์ และต้องอาศัยทักษะการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม จึงจะนำไปสู่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในแต่ละปัญหาสุขภาพ แพทย์ควรซักถามรายละเอียดในหัวเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. **ตำแหน่ง:** ควรซักถึงตำแหน่งที่ก่อให้เกิดความผิดปกติหรืออาการไม่สบาย หากมีหลายตำแหน่ง ควรหาว่าตำแหน่งใดเป็นมากที่สุด ที่ใดเกิดก่อน หากผู้ป่วยเป็นมานานและบอกได้ไม่แน่ชัด อาจใช้แผนภาพ (diagram) รูปร่างกายให้ผู้ป่วยดู เพื่อช่วยระลึก และให้ผู้ป่วยชี้แสดง หรือสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลประกอบการซักประวัติ



2. ความรุนแรง: ให้ผู้ป่วยลองอธิบายความรุนแรงด้วยภาษาและความเข้าใจดูก่อน จากนั้นอาจลองให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรุนแรงกับจำนวนนับที่คุ้นเคย เช่น ค่าเงิน หรือใช้แผนภาพลำดับตัวเลขแสดงค่าจากน้อยที่สุดไปมากที่สุดแล้วให้ผู้ป่วยชี้ เพื่อการเปรียบเทียบที่ง่ายขึ้น นอกจากนี้ควรซักถามถึงระดับความรุนแรงตลอดช่วงที่เป็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงด้วยหรือไม่

3. ช่วงเวลา: สอบถามช่วงเวลาที่มียาอาการ ระยะเวลาที่คงมียาอาการอยู่ ช่วงเวลาที่หายความถี่ห่างที่เป็น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัน เช่น มียาอาการช่วงเช้า หายในช่วงเย็น ก่อนรับประทานอาหาร หลังกลับจากทำงาน ทั้งนี้ควรซักถามเพื่อแยกแยะว่า กิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับอาการผิดปกตินั้น สัมพันธ์กับอาการที่เป็นหรือไม่ หรือเป็นเพียงเหตุบังเอิญ ซึ่งอาจช่วยในการวินิจฉัย

4. ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยบรรเทา: กิจกรรมหรือพฤติกรรมบางอย่างอาจมีผลกระตุ้นหรือบรรเทาอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอย่างตรงไปตรงมา เช่น เมื่ออากาศเย็นจะมีอาการคัดจมูกทันที ปัจจัยเช่นนี้มีกรับรู้กันในวงกว้าง บางครั้งแม้ยังไม่ได้ซักผู้ป่วยก็สามารถบอกได้เอง แต่บางปัจจัยอาจเป็นสิ่งที่พบไม่ได้บ่อยหรือผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะเกี่ยวข้อง ต้องอาศัยการซักถามแบบเจาะจง

5. อาการร่วม: เป็นอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมหรือสัมพันธ์กับอาการหลักที่เป็น อาจเกิดก่อนเกิดพร้อมกัน หรือหลังอาการหลัก ทั้งนี้อาการร่วมดังกล่าว อาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับอาการหลักก็ได้ เช่น อาการเหงื่อแตก ใจสั่น ที่เป็นขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเองหรือซักถามอาการจำเพาะ แต่ไม่ควรให้เกิดการถามน้ามากเกินไป

6. อาการในอดีต: เป็นการซักถึงประสบการณ์ที่มีอาการผิดปกติที่เป็นในอดีต บางอาการหากเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือมีความถี่บ่อยขึ้น อาจบอกถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นได้ เช่น อาการปวดข้อในผู้ป่วยข้อเสื่อม

รายละเอียดและหัวข้อในการซักประวัติสุขภาพ

1. อาการสำคัญ (chief complaint) เป็นรายละเอียดของความผิดปกติ หรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะมาตรวจรักษากับแพทย์ บางครั้งผู้ป่วยอาจบอกเล่าว่ามีหลายอาการ แพทย์ควรแยกแยะให้ได้ว่า อาการใดเป็นอาการสำคัญที่แท้จริง เพราะจะนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีปัญหสุขภาพหลายอย่าง หากซักประวัติได้ไม่ตรงจุด อาการสำคัญไม่ได้รับการแก้ไขหรือล่าช้า ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่หาย ควรให้ความสำคัญกับข้อนี้อย่างมาก



2. **ประวัติปัจจุบัน (present illness)** เป็นข้อมูลรายละเอียดความผิดปกติของสุขภาพหรือโรคที่เป็นย้อนไปตั้งแต่เริ่มต้น อาจยาวนานเป็นปีในกรณีที่โรคนั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยอาจลืมข้อมูลบางประเด็นที่สำคัญไปได้ อาจต้องใช้เวลาในการคิด หรือเป็นเวลาไม่นานในกรณีที่โรคเฉียบพลัน แพทย์ควรซักถามเหตุการณ์ตามลำดับเวลา ทีละช่วง และอาจซักถามญาติเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมารักษา ควรศึกษาประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนหน้าร่วมด้วย

3. **ประวัติอดีต (past history)** เป็นข้อมูลสุขภาพในอดีต ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาจได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ก็ได้ เช่น ประวัติการผ่าตัด การประสบอุบัติเหตุ การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคต่าง ๆ

4. **ประวัติส่วนตัว (personal history)** เป็นข้อมูลสุขภาพส่วนตัว รวมทั้งประวัติทางสังคม ความเป็นอยู่ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ยาเสพติด (ควรซักถามถึงระยะเวลาที่ใช้, จำนวนที่ใช้ต่อวัน, สถานะปัจจุบันว่ายังใช้อยู่หรือไม่), การศึกษา, สภาพความเป็นอยู่, ประวัติเพศสัมพันธ์, ภาวะเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ทั้งนี้ หากแพทย์คิดว่าประวัติอื่น ๆ อาจมีผลกระทบกับโรคที่เป็น หรือกระทบต่อการรักษา ก็สามารถซักถามเพิ่มเติมได้

5. **ประวัติครอบครัว (family history)** โดยเฉพาะครอบครัวสายตรง ว่ามีโรคประจำตัวหรือป่วยเป็นโรคที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์หรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือป่วยเป็นโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่

6. **ประวัติยาและภูมิแพ้ (allergic history)** เป็นข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบัน การซื้อยาจากนอกกระบบสาธารณสุข การแพ้ยา ทั้งชนิด และลักษณะอาการที่แพ้ รวมทั้งประวัติภูมิแพ้ต่อสารต่าง ๆ เช่น แมลงกัดต่อย อาหารชนิดต่าง ๆ

7. **อาการตามระบบ (systemic review)** เป็นข้อมูลความผิดปกติตามระบบต่าง ๆ ของร่างกายทุกระบบ ข้อมูลนี้มีประโยชน์ในแง่การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และค้นหาโรคในระบบอื่น ๆ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามรักษาในอนาคตได้

โดยสรุปการสัมภาษณ์ประวัติสุขภาพให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องนั้น แพทย์ผู้ตรวจจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลของความผิดปกติหรืออาการนั้น ๆ ต้องมีทักษะที่ดีในการสัมภาษณ์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝน และต้องอยู่บนพื้นฐานของความเมตตากรุณา รวมทั้งให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะเพื่อนมนุษย์อีกด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. Bickley LS. Bates's guide to physical examination and history taking. 8th ed. Philadelphia: Lippincott 2003: 1-18.
2. Silverman ME. Clinical skills for adult primary care. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996.
3. Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. JAMA 1992, 267: 2650-2652.
4. Beckman HB. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984, 101: 692-696.
5. Novack DH. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools progress, problems, and promise. JAMA 1993, 269: 2101-2105.

ບາດທີ

2

ກ້ອນພູກ

Constipation

ເອກະວິຊາ ສຸກະພິດ



คำจำกัดความ

ท้องผูก (constipation) หมายถึง อาการถ่ายอุจจาระลำบากหรือถ่ายอุจจาระน้อยครั้ง ซึ่งอาจมีอาการอุจจาระไม่สุดหรือถ่ายอุจจาระแข็งร่วมด้วย

เกณฑ์วินิจฉัย

การวินิจฉัยท้องผูก ใช้ Rome III criteria กล่าวคือผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ เป็นเวลา 3 เดือน (ไม่จำเป็นต้องมีอาการต่อเนื่องกัน) ในช่วงเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนการวินิจฉัย ได้แก่

1. เบ่งถ่ายอุจจาระลำบาก
2. อุจจาระเป็นก้อนเล็กหรือแข็ง
3. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
4. รู้สึกมีการอุดตันบริเวณทวารหนัก
5. ใช้นิ้วช่วยขณะถ่ายอุจจาระ
6. อุจจาระน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ผู้ป่วยต้องมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้อย่างน้อย 1 ใน 4 ของการถ่ายอุจจาระทั้งหมด ไม่มีลักษณะ อุจจาระเหลวและไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome; IBS)¹

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของอาการท้องผูกแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ slow transit constipation และ defecatory disorder

1) Slow transit constipation หมายถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช้าลง ซึ่งเกิดจากการกินอาหารลดลงหรือมีความผิดปกติของการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ เมื่อตรวจการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการบีบตัวของลำไส้ที่ช่วยให้อุจจาระเคลื่อนไปได้ที่เรียกว่า high amplitude



propragated contraction ลดลงหรือหายไป และการบีบตัวของลำไส้ที่ตอบสนองต่ออาหารหรือยา เช่น bisacodyl หรือ neostigmine (phasic contractile responses) ก็ลดลงเช่นกัน²⁻³

2) Defecatory disorder หมายถึง ความสามารถของ rectum ในการขับถ่ายอุจจาระลดลง ซึ่งเกิดจากแรงบีบตัวของ rectum ไม่เพียงพอ และ/หรือ มีแรงต้านขณะขับถ่ายอุจจาระซึ่งแรงต้านดังกล่าวมาจากความดันของทวารหนักขณะพักมีค่าสูงกว่าปกติ (high anal resting pressure: anismus) กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและ external anal sphincter คลายตัวไม่สมบูรณ์ (incomplete relaxation)⁴ หรือบีบตัวสวนทาง (paradoxical contraction) มีศัพท์เรียกว่า dyssynergia⁵, outlet obstruction หรือ obstructed defecation ลักษณะความผิดปกติอื่น ๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกว่ามีอุจจาระของ rectum ลดลง (rectal hyposensitivity)⁶, การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง (delayed colonic transit)⁷ และความผิดปกติของอุ้งเชิงกรานและ rectum เช่น อุ้งเชิงกรานหย่อนหรือ rectocele⁸⁻⁹

สาเหตุ

อาการท้องผูกเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่¹⁰⁻¹¹

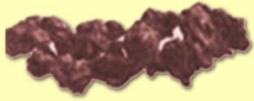
1. การอุดตันของลำไส้ใหญ่ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่ตีบ
2. โรคทางเมตาบอลิซึม เช่น เบาหวาน โพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง
3. โรคของกล้ามเนื้อ เช่น amyloidosis scleroderma
4. โรคของระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองหรือไขสันหลัง
5. ยาบางชนิด เช่น opiates, NSAIDs, tricyclic antidepressants, antispasmodics, calcium channel blockers, iron supplement
6. โรคหรือภาวะอื่น ๆ เช่น autonomic neuropathy ภาวะซึมเศร้า

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

วัตถุประสงค์หลักในการซักประวัติผู้ป่วยท้องผูก คือ ให้ทราบว่าอาการสำคัญที่รบกวนผู้ป่วยคืออะไร มีอาการเตือนของโรคร้ายแรง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่ และสาเหตุของท้องผูกคืออะไร ประวัติที่ควรถามได้แก่

1. ลักษณะของอุจจาระและความถี่ของการถ่ายอุจจาระ ถ้าให้ผู้ป่วยดู Bristol Stool Form Scale ดังแสดงในรูปที่ 1¹² หรือทำบันทึกการถ่ายอุจจาระจะทำให้น่าเชื่อถือและมีความสัมพันธ์กับ colonic transit มากกว่าให้ผู้ป่วยตอบเอง¹³



Bristol Stool Form Scale		
Type	Description	Image
Type 1	Separate hard lumps, like nuts	
Type 2	Sausage-shaped but lumpy	
Type 3	Like a sausage or snake but with cracks on its surface	
Type 4	Like a sausage or snake, smooth and soft	
Type 5	Soft blobs with clear-cut edges	
Type 6	Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool	
Type 7	Watery, no solid pieces	

รูปที่ 1 Bristol Stool Form Scale



2. อาการเบ่งถ่ายอุจจาระลำบาก รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด รู้สึกมีการอุดตันบริเวณทวารหนัก หรือใช้นิ้วช่วยขณะถ่ายอุจจาระ

3. อาการเตือนที่สำคัญ ได้แก่ ท้องผูกในผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี อุจจาระมีเลือด โลหิตจาง น้ำหนักลดและมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

4. ระยะเวลาที่เริ่มเป็น ท้องผูกเป็น ๆ หาย ๆ หรือสลับกับอาการถ่ายอุจจาระเหลว อาการปวดท้อง อึดแน่นหรือไม่สบายท้อง อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว ความเครียด อาจทำให้นึกถึง irritable bowel syndrome

5. คลื่นไส้ อาเจียน

6. โรคประจำตัว ยาที่ใช้ การผ่าตัด การตรวจและการรักษาที่เคยได้รับมาก่อน การกินอาหาร และการแพ้ยา

ควรตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องหรือเป็นสาเหตุของอาการท้องผูก เช่น resting tremor, bradykinesia และ cogwheel ใน Parkinson's disease motor power, sensory level และ long tract sign ซึ่งพบใน spinal cord disease

การตรวจทางทวารหนักมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค ควรสังเกตรอยโรคบริเวณทวารหนัก เมื่อใส่นิ้วผ่านทวารหนักสังเกตความตึงตัวของหูรูดทวารหนัก (anal resting tone) เมื่อสั่งให้ผู้ป่วยเบ่ง อังเชิงกรานควรจะเคลื่อนต่ำลงมา 2-4 ซม.¹⁴⁻¹⁵ ร่วมกับหูรูดทวารหนักคลายตัว ผู้ที่มี defecatory disorder จะมีความตึงตัวของหูรูดทวารหนักสูง มีแรงต้านขณะใส่นิ้วตรวจ หูรูดทวารหนักคลายตัวไม่สมบูรณ์หรือหดตัว (paradoxical contraction) และอังเชิงกรานจะไม่ค่อยเคลื่อนต่ำลง นอกจากนี้ควรสังเกตว่ามี rectocele ก้อนใน rectum หรือการกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อ puborectalis หรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) ระดับน้ำตาล การทำงานของไต ระดับแคลเซียม โพแทสเซียม แมกนีเซียม การทำงานของต่อม thyroid ควรทำเมื่อมีความสงสัยความผิดปกติจากประวัติหรือการตรวจร่างกาย การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ควรทำในผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี อุจจาระมีเลือด โลหิตจาง น้ำหนักลดหรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนการตรวจพิเศษมีดังนี้ คือ

1) Rectal balloon expulsion test เป็นการตรวจประเมินเวลาที่ผู้ป่วยใช้เบ่งลูกโป่งใส่น้ำที่อยู่ในทวารหนัก คนปกติควรใช้เวลา 1-5 นาที¹⁶ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วย defecatory disorder จะใช้เวลามากกว่าปกติ¹⁷

2) Anorectal manometry เป็นการตรวจวัดการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก โดยการใส่สาย catheter เข้าไปในทวารหนักและวัดค่าต่าง ๆ ขณะพักและเบ่ง ผู้ป่วย

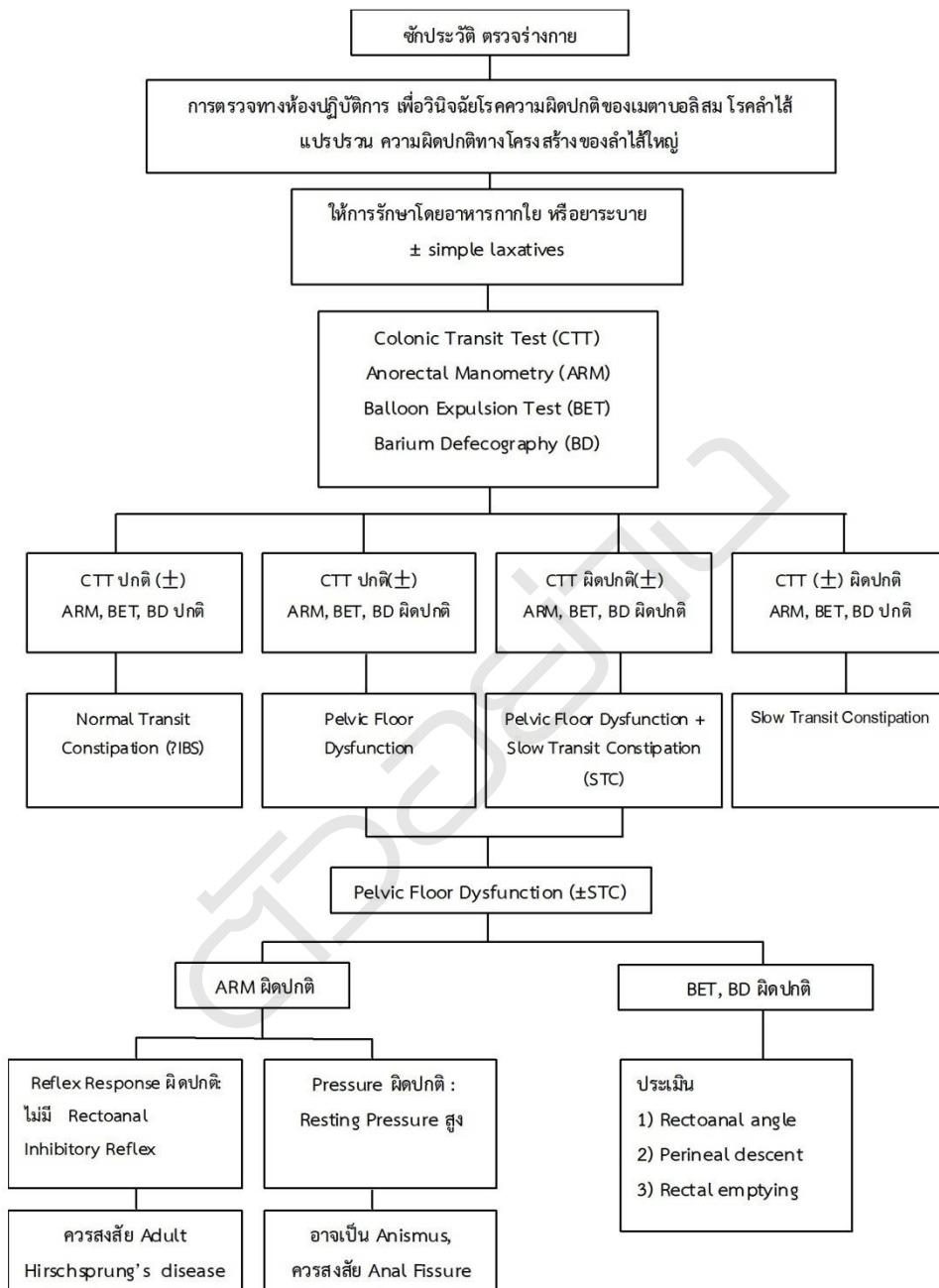


defecatory disorder จะมีค่า anal resting pressure สูงกว่า 90 มม.ปรอท (anismus) หรือ rectoanal pressure gradient ต่ำ¹⁸ นอกจากนี้ถ้าพบว่า rectoanal inhibitory reflex ปกติจะบอกได้ว่าผู้ป่วยไม่เป็น Hirschsprung's disease

3) Barium, Scintigraphic และ Magnetic resonance defecography เป็นการถ่ายภาพบริเวณอุ้งเชิงกรานและทวารหนักขณะผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระหลังจากใส่สารที่ใช้ตรวจทางทวารหนัก สามารถบอกความผิดปกติทางกายวิภาคของทวารหนัก เช่น rectal prolapsed, rectocele, internal intussusception, solitary rectal ulcer¹⁹ หรือใช้สนับสนุนการวินิจฉัย defecatory disorder กรณีที่ผลการตรวจ anorectal manometry ไม่เข้ากับลักษณะทางคลินิก²⁰

4) Colonic transit เป็นการตรวจโดยให้ผู้ป่วยกลืนแคปซูลที่ใส่สารทึบแสง 24 อันแล้วถ่ายภาพรังสีช่องท้องในวันที่ 5 ถ้ายังเห็นสารทึบแสงมากกว่า 5 อัน จะช่วยบอกว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช้า (slow colonic transit)²¹

แนวทางการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยท้องผูกแสดงดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แนวทางการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยท้องผูก



เอกสารอ้างอิง

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *astroenterology* 2006, 130: 1480-1491.
2. Camileri M, Bharucha AE, di Lorenzo C, et al. American Neurogastroenterology and Motility consensus statement on intraluminal measurement of gastrointestinal and colonic motility in clinical practice. *Neurogastroenterol Motil* 2008, 20: 1269-1282.
3. Dinning PG, Smith TK, Scott SM. Pathophysiology colonic causes of chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2009, 21(Supp 2): 20-30.
4. Preston DM, Lennard-Jones JE, Anismus in chronic constipation. *Dig Dis Sci* 1985, 30: 413-418.
5. Rao SS, Wilcher KD, Leistikow JS. Obstructive defecation; a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol* 1998, 93: 1042-1050.
6. Gladman MA, Lunniss PJ, Scott SM, et al. Rectal hyposensitivity. *Am J Gastroenterol* 2006, 101: 1140-1151.
7. Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology* 2005, 129: 86-97.
8. Henry MM, Park AG, Swash M. The pelvic floor musculature in the descending perineum syndrome. *Br J Surg* 1982, 69: 470-472.
9. Bharucha AE, Fletcher JG, Seide B, et al. Phenotypic variation in functional disorders of defecation. *Gastroenterology* 2005, 128: 1199-210.
10. Locke GR, Pemberton JH, Phillip SF. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology* 2000, 119: 1766-1768.
11. Branch RL, Butt TF. Drug-induced constipation. *Adv Drug Reaction Bull* 2009, 257: 987-990.
12. Lewis SJ, Heaton KW. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1997, 3: 920-924.
13. Saad RJ, Rao SSC, Koch KL, et al. Do stool form and frequency correlate with whole –gut and colonic transit? Results from a multicenter study in constipated individuals and healthy controls. *Am J Gastroenterol* 2010, 105: 403-411.



14. Orkin BA, Sinykin SB, Lloyd PC. The digital rectal examination scoring system (DRESS). *Dis Colon Rectum* 2010, 53: 1656-1660.
15. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, et al. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia, *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010, 8: 955-960.
16. Rao SS, Hatfield R, Soffer E, et al. Manometric tests of anorectal function in healthy adult. *Am J Gastroenterol* 1999, 94: 773-783.
17. Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, et al. Predictive value of balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004, 126: 57-62.
18. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2012, 87: 187-193.
19. Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD. Defecography and proctography. Result of 744 patients. *Dis Colon Rectum* 1996, 39: 899-905.
20. Bharucha AE. Update of tests of colon and rectal structure and function. *J Clin Gastroenterol* 2006, 40: 96-103.
21. Hinton AM, Lennard-Jones JE, Young AC. A new method for studying gut transit times using radiopaque markers. *Gut* 1969, 10: 842-847.



เมื่อผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ แพทย์จะต้องซักถามประวัติอาการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นทักษะที่สำคัญมากและต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การที่แพทย์จะทราบประวัติอาการเจ็บป่วยและความผิดปกติจากการตรวจร่างกายอย่างครบถ้วนและถูกต้องได้นั้น นอกจากจะต้องมีความรู้ทางวิชาแพทย์แล้วยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ข้อมูลที่ถูกต้องจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่ถูกต้องด้วย การซักถามประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกายจึงถือเป็นศิลปะอย่างหนึ่งที่ช่วยนำไปสู่การรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของแพทย์ทุกคน



สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
Naresuan University Publishing House



ISBN 978-616-7902-37-1



9 786167 902371

฿ ราคา 590 บาท