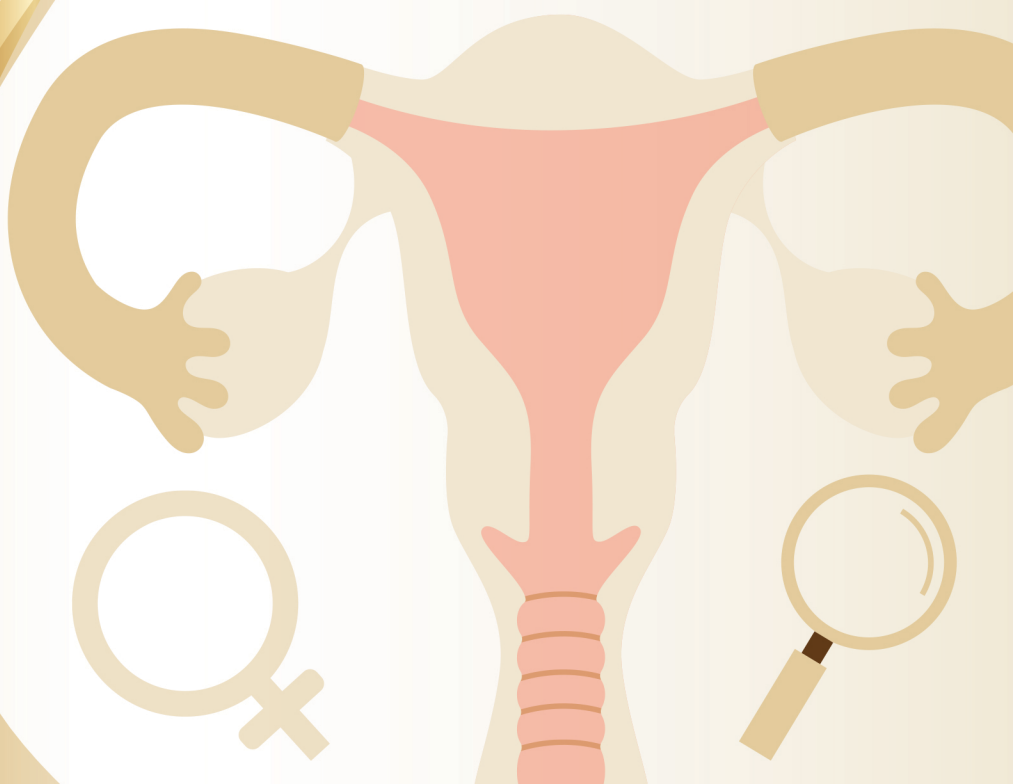




นรีเวชวิทยา

ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



นรีเวชวิทยา

ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธาริณี แม่นชนะ
สมสุข สันติเบญจกุล
กัญญา ปัทมวราพันธ์

พรุ ตันทีไพโรจน์
ณัฐกฤตา โพธิ์พรวัฒน
บลินา ออประยูร

ชีนา โอฬารรัตนพันธ์
ณัฐชา พูลเจริญ
ปวีณา รุจะนุติ

500.-

นรีเวชวิทยา

คณาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ISBN (e-book) 978-616-407-830-7

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ. 2558

ห้ามลอกเลียนแบบหรือคัดลอกส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้

ยกเว้นแต่ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เขียน

จัดทำโดย ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ออกแบบที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-2218-3550

ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

www.cupress.chula.ac.th



มูลนิธิ
หม่อมราชวงศ์หญิง รสลิน คัคณางค์
ในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือนรีเวชวิทยา พิมพ์ครั้งที่ 5 ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำและพิมพ์เป็นรูปเล่มโดยได้รับทุนสนับสนุนจาก มูลนิธิ หม่อมราชวงศ์หญิง รสลิน คัคณางค์ ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะบรรณาธิการ และคณาจารย์ในภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

คณะบรรณาธิการ

9 กันยายน 2565

คำนำในการพิมพ์ครั้งที่ 5

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้จัดทำหนังสือนรีเวชวิทยาขึ้นเป็นครั้งที่ 5 เพื่อเป็นการรวบรวมความรู้ทางวิชาการที่เป็นมาตรฐาน สำหรับหลักสูตรในการเรียนการสอนของนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่สนใจในสาขานี้ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากความรู้ทางวิชาการมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ทางภาควิชาฯ ได้จัดทำหนังสือนรีเวชวิทยาเล่มนี้ขึ้นเพื่อปรับให้เนื้อหาเข้ากับยุคสมัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ต้นฉบับในหนังสือเล่มนี้ได้ถูกเรียบเรียงโดยคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์อย่างสูงในเรื่องนั้น ๆ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าความรู้ที่ได้จากหนังสือเล่มนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางนรีเวชได้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ รวมทั้งคณะบรรณาธิการ ที่ได้ประสานงานร่วมกันและดำเนินการจนหนังสือนรีเวชวิทยาเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธีระ วัชรปรีชานนท์

หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9 กันยายน พ.ศ. 2565

บทบรรณาธิการแถลง

หนังสือนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีการจัดทำครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 ในชื่อ “ตำรานรีเวชวิทยา” ต่อมาได้มีการปรับปรุงเนื้อหาเป็นระยะ ๆ โดยพิมพ์ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2533, 2544 และ 2547 ตามลำดับ ผ่านมาเกือบ 20 ปี เนื้อหาทางวิชาการมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก คณะผู้จัดทำจึงได้จัดการเรียบเรียงหนังสือขึ้นใหม่ โดยใช้ชื่อว่า “หนังสือนรีเวชวิทยา” พิมพ์ครั้งที่ 5 เนื่องจากเนื้อหาในหนังสือไม่เพียงแต่ครอบคลุมตามหลักสูตรวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เพื่อปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยังมีเนื้อหาทางวิชาการที่ทันสมัยและให้ทัศนะของผู้นิพนธ์เพิ่มเติม เพื่อจุดประสงค์ในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกระดับ สามารถใช้สำหรับการอ้างอิงของนิสิตแพทย์ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย หนังสือนรีเวชวิทยานี้ฉบับนี้ถูกนิพนธ์โดยคณาจารย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญอย่างสูงในเรื่องนั้น ๆ เนื่องจากหนังสือนรีเวชวิทยานี้ฉบับนี้มีเนื้อหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประกอบไปด้วยเนื้อหาจำนวนทั้งสิ้น 43 บท จึงมีความจำเป็นต้องแบ่งหนังสือออกเป็น 3 เล่ม

ทางคณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณท่านหัวหน้าภาควิชา ฯ ที่เป็นผู้ดำริให้มีการปรับปรุงหนังสือนรีเวชวิทยาคณาจารย์ทั้งในและนอกภาควิชา ฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของภาควิชา ฯ ที่ร่วมแรงร่วมใจ และมีส่วนร่วมทำให้หนังสือเล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้จัดทำหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน เพื่อนำไปใช้หรืออ้างอิงในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธาณิณี แม้นชนะ
หัวหน้ากองบรรณาธิการ
9 กันยายน พ.ศ. 2565

รายนามผู้นิพนธ์

กระเชียร ปัญญาคำเลิศ รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Fellowship Training, Royal Melbourne Hospital, Australia MSc (Health Development) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ชัย อริยศรีวัฒนา อาจารย์ พ.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. พยาธิวิทยาภายใน Visiting Fellow, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, USA
กัรติ เชียงทอง อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องคลอดเสริม	ชีนา โอพารัตนพันธ์ รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Visiting Fellow, Kurashiki Medical Center, Japan Visiting Fellow, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA
จาริกา วัฒนาเศรษฐ์ อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช	ชญาณิศ อภิรักษ์วิริยะ อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช
ชนกานต์ สืบกวีลกุล อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุนตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ MS (Reproductive Science and Medicine), Northwestern University, USA	ณปภัช อมรวิเศษชัย ดร. อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา PhD (Medical Sciences, Program for Cultivating Global Leaders in Heavy Ion Therapeutics and Engineering), The Graduate School of Medicine Gunma University, Japan

ณัฐกฤตา โพธิ์พรสวรรค์ อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา ว.ว. พยาธิวิทยากายวิภาค ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Clinical Collaborator, Brigham and Women's Hospital Harvard Medical School, USA Clinical Collaborator, Kyoto University Hospital, Japan	นพพล ไชยสิทธิ์ อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ Research Associate, School of Medicine Wayne State University, USA Observership, Fetal Center Cincinnati Children's Hospital, USA
ณัฐชา พูลเจริญ อาจารย์ พ.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา Visiting Scientist, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA	นลินา ออประยูร อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ MHS (Population, Family and Reproductive Health), John Hopkins University, USA
ธารินี แม่นชนะ รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องคลอดเสริม ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Certificate in Urogynecology, KK Women's and Children's Hospital, Singapore	นิพนธ์ เหมะเพชร รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Certificate of attendance in Department of Medical Oncology, National Cancer, Singapore
นกรินทร์ ศิริกรพิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Visiting Fellow, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA	กัศน์วรรณ รัชรักษ์ศิริวง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช Visiting Fellow in pediatrics and adolescent gynecology, Washinton University, Saint Louis, USA Clinical fellow in advanced laparoscopy, Kurashiki Medical Center, Japan

ปฐุม เรือนฎุ คร. อจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตรเช่งกรานสตรและศัลยกรรมซอมเสริม PhD (Clinical Sciences) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เร่องศักคั เลศพจรสพ รongsศาสตรจจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร่งนรีเวชวิทยา Certificate in Fellowship Training, Royal Marsden Hospital and Trophoblastic Disease Center, Charing Cross Hospital, UK Certificate in Medical Education, University of Dundee, UK
ปวณฯ รุะบุคคิ ผู้ซ่วยศาสตรจจรยั คร. สพ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย MSc (Reproductive Biology), Swedish University of Agricultural Science, Sweden PhD (Reproductive Biology), Swedish University of Agricultural Science, Sweden Post-Doctoral Research Fellow, Smithsonian Institute, USA Visiting Researcher, Catholic University de Louvain, Belgium	วลาสณิ อารัรคัก อจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร่งนรีเวชวิทยา ประกาศนยบัตร์ในวชาศัพเวชกรรมด้านการผ่าตดผ่านกล้องทางนรีเวช
พรคัพย สฤษฎากัวัฒนั ผู้ซ่วยศาสตรจจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตรการเจรญัพนัฎฐั ประกาศนยบัตร์ในวชาศัพเวชกรรมด้านการผ่าตดผ่านกล้องทางนรีเวช MSc (Reproductive Biology), University of Edinburgh, UK	วาลสนิ เทยรทอง อจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตรมารดาและทารกในครรภั
พฐุ คัณฑทัโพไรจัน ผู้ซ่วยศาสตรจจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. พยาธัวิทยาการยวภภาค อ.ว. พยาธัสูตุนรีเวชวิทยา Research Fellowship, Brigham and Women's Hospital Harvard Medical School, USA	วัสันคั เสธัการพงคั รongsศาสตรจจรยั พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สุตศาสตร-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตรการเจรญัพนัฎฐั ประกาศนยบัตร์ในวชาศัพเวชกรรมด้านการผ่าตดผ่านกล้องทางนรีเวช Clinical Research Fellowship, Reproductive Endocrinology and Infertility, University of Sydney, Australia

กัญญา ปัญญารานันท์ อาจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. มะเร็งนรีเวชวิทยา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช	สมสุข สันติเบญจกุล ดร. อาจารย์ พ.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ MPH (Public Health), University of Hawaii, USA PhD (Epidemiology), University of Hawaii, USA
สุสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา Diploma in STDs/AIDs มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ MSc (Health Development) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Certificate in Sexual and Reproductive Health and Rights, Uppsala University, Sweden	อัมรินทร์ สุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.บ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช
สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน รองศาสตราจารย์ พ.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ อ.ว. เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องมเสริม ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช MHS (Health Science), School of Public Health, John Hopkins University, USA European Diploma in Gynecologic Endoscopy, Clermont Ferrand University, France	

สารบัญ

เล่ม 1

หน้า

หลักการปฏิบัติ (Principles of Practice)

บทที่ 1	การซักประวัติและตรวจร่างกายทางนรีเวชวิทยา (History Taking and Physical Examination in Gynecology) อ.พญ.จาริกา วัชรเศรษฐ์	1
บทที่ 2	การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยทางนรีเวช (Counseling in Gynecologic Patients) ผศ.พญ.พรุ ตันทีไพโรจน์	17
บทที่ 3	จริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics) ผศ.พญ.พรุ ตันทีไพโรจน์	41

หลักการพื้นฐาน (Basic Principles)

บทที่ 4	กายวิภาคของระบบสืบพันธุ์สตรี (Anatomy of Female Reproductive System) อ.พญ.กัญญาดา ปัญญาวรานันท์	75
บทที่ 5	การพัฒนาของระบบสืบพันธุ์สตรี (Development of Female Reproductive System) อ.อ.พ.นพ.ดร. ไซสิทธิ์	115
บทที่ 6	สรีรวิทยาการเจริญพันธุ์ (Reproductive Physiology) ผศ.ดร.ปวีณา ธวัชบุตติ รศ.อ.พ.วิสันต์ เสรีภาพวงศ์	137
บทที่ 7	อณูชีววิทยาและพันธุศาสตร์ (Molecular Biology and Genetics) รศ.พญ.ธาริณี แม่นชนะ	163

อาการที่พบบ่อยทางนรีเวช (Common Gynecologic Symptoms)

บทที่ 8	คันปากช่องคลอดและตกขาว (Pruritus Vulva and Leukorrhea) อ.อ.พ.ชัย อริยศรีวัฒนา	179
บทที่ 9	ก้อนในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Mass) รศ.พญ.ชินา โอฬารรัตนพันธ์	199

สารบัญ

เล่ม 1

หน้า

บทที่ 10 เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Abnormal Vaginal Bleeding) 219
อ.พญ.ชญาณิศ อภิรักษ์วิริยะ

บทที่ 11 ปวดท้องน้อยและปวดระดู (Pelvic Pain and Dysmenorrhea) 233
อ.พญ.วาสนี เทียรทอง

นรีเวชวิทยาทั่วไป (General Gynecology)

บทที่ 12 เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Uterine Leiomyoma) 257
ผศ.พญ.พรทิพย์ สิริยาภิวัฒน์

บทที่ 13 เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) 293
ผศ.พญ.ทัศนวรรณ รังรักษ์สิริวร

บทที่ 14 ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (Abnormal Uterine Bleeding) 315
อ.พญ.นลินา ออประยูร

บทที่ 15 การติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Female Genital Infections and Sexually Transmitted Diseases) 345
รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา

บทที่ 16 การหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Organ Prolapse) 373
อ.ดร.นพ.บุรินทร์ เรือนภู
รศ.นพ.สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน

บทที่ 17 ความผิดปกติของอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Disorders) 395
อ.พญ.กัรติ เชียงทอง
รศ.นพ.สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน

สารบัญ

เล่ม 2

หน้า

นรีเวชวิทยาทั่วไป (General Gynecology)

บทที่ 18	เนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อย (Common Benign Ovarian Tumors) อ.พญ.ณัฐกฤตา โพธิ์พรธวัฒน์	431
บทที่ 19	โรคของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและช่องคลอดชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อย (Common Benign Diseases of Vulva and Vagina) อ.นพ.ชัย อริยศรีวัฒนา	459
บทที่ 20	รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก ช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Preinvasive Lesion of Cervix, Vagina, and Vulva) อ.พญ.ณัฐชา พูลเจริญ	473

ระบบต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาการเจริญพันธุ์และภาวะมีบุตรยาก (Reproductive Endocrinology and Infertility)

บทที่ 21	สรีรวิทยาของการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและความผิดปกติที่พบบ่อย (Physiology of Puberty and Common Abnormal Pubertal Disorders) ผศ.นพ.อัมรินทร์ สุวรรณ	499
บทที่ 22	ภาวะขาดระดู (Amenorrhea) อ.พญ.ชญาณี อภิรักษ์วิริยะ	547
บทที่ 23	ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome, PCOS) ผศ.พญ.พรทิพย์ สิริยาภิวัฒน์	573
บทที่ 24	วัยหมดระดู (Menopause) ผศ.นพ.อัมรินทร์ สุวรรณ รศ.นพ.กระเมียร ปัญญาคำเลิศ	613
บทที่ 25	ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) อ.พญ.ชนกานต์ สืบถวิลกุล	679

สารบัญ

เล่ม 2

หน้า

บทที่ 26 เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technology, ART)	699
อ.พญ.ชนกานต์ สืบทวิสกุล	

การป้องกันและการดูแลปฐมภูมิ (Prevention and Primary Care)

บทที่ 27 การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด (Family Planning and Contraception)	717
อ.ดร.พญ.สมสุข สันติเบญจกุล	

บทที่ 28 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer Screening)	781
อ.พญ.ณัฐชา พูลเจริญ	

เพศศึกษา (Sexuality)

บทที่ 29 การตอบสนองทางเพศและความผิดปกติทางเพศ (Sexual Response and Disorders)	811
อ.พญ.กิริติ เขียวทอง	

บทที่ 30 ความรุนแรงทางเพศ (Sexual Violence)	827
ผศ.พญ.พรุ ตันทีไพโรจน์	

เล่ม 3

มะเร็งนรีเวช (Gynecologic Oncology)

บทที่ 31 มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)	883
อ.พญ.ณัฐชา พูลเจริญ	
รศ.พญ.ชีนา โอฟารรัตนพันธ์	

บทที่ 32 มะเร็งมดลูก (Uterine Cancer)	917
อ.พญ.กัญญดา ปัญญาวรานันท์	

สารบัญ

เล่ม 3

หน้า

บทที่ 33	มะเร็งรังไข่ ท่อนำไข่ และเยื่อช่องท้อง (Ovarian, Fallopian, and Peritoneal cancer) อ.พญ.กัญญาดา ปัญญาวรานันท์ รศ.พญ.ธารินี แหม่นชนะ	955
บทที่ 34	มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีภายนอกและช่องคลอด (Vulvar and Vaginal Cancer) อ.พญ.วิลาสินี อารีรักษ์	1005
บทที่ 35	การตั้งครรภ์ไม่ปลาออกและมะเร็งเนื้อรก (Gestational Trophoblastic Disease, GTD) อ.พญ.วิลาสินี อารีรักษ์ รศ.นพ.เรืองศักดิ์ เลิศจวงสุว	1025
บทที่ 36	หลักการให้ยาเคมีบำบัด (Principle of Chemotherapy) ผศ.นพ.นครินทร์ ศิริทรัพย์	1063
บทที่ 37	หลักการของรังสีรักษา (Principle of Radiotherapy) อ.ดร.พญ.ณปภัช อมรวิเศษ	1089
บทที่ 38	การดูแลแบบประคับประคองในมะเร็งนรีเวช (Palliative Care in Gynecologic Malignancies) รศ.พตท.นพ.นิพนธ์ เหมะเพชร	1119
หัตถการที่สำคัญทางนรีเวชวิทยา (Gynecologic Procedures)		
บทที่ 39	การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางนรีเวช (Gynecologic Ultrasonography) อ.นพ.นพดล ไชยสิทธิ์	1139
บทที่ 40	การประเมินก่อนการผ่าตัดและการดูแลรักษาหลังผ่าตัด (Preoperative Evaluation and Postoperative Management) อ.พญ.วิลาสินี อารีรักษ์	1179
บทที่ 41	การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช (Gynecologic Endoscopy) อ.พญ.จาริกา วัฒนาเศรษฐ์	1195
บทที่ 42	การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) รศ.พตท.นพ.นิพนธ์ เหมะเพชร	1225
บทที่ 43	การผ่าตัดทางนรีเวชอื่น ๆ (Other Gynecologic Surgeries) อ.พญ.ณัฐกฤตา โพธิ์พรวัฒนะ	1239

[illegible]

บทที่ 1

การซักประวัติและตรวจร่างกายทางนรีเวชวิทยา (History Taking and Physical Examination in Gynecology)

อ.พญ.จาริกา วัตราสระบุรี

01 บทนำ

การซักประวัติ (history taking) และการตรวจร่างกาย (physical examination) ถือเป็นหัวใจสำคัญพื้นฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลที่ต้องครบถ้วนจะนำไปสู่การวินิจฉัยเบื้องต้น (provisional diagnosis) การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) และช่วยให้พิจารณาเลือกวิธีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory investigation) หรือการตรวจภาพวินิจฉัย (diagnostic imaging) เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้การซักประวัติและการตรวจร่างกายทางนรีเวชวิทยาเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีข้อมูลที่เป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่กระชับระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ควรกระทำด้วยความสุภาพและระมัดระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการซักประวัติและตรวจร่างกายต่อไป

02 การซักประวัติ (History taking)⁽¹⁻⁴⁾

สำหรับการซักประวัติทางนรีเวช นอกจากอาการนำ (chief complaint) และประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์แล้ว ควรต้องซักประวัติให้ครอบคลุมถึงประวัติสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ ประวัติทางสูติศาสตร์ ประวัติทางนรีเวชและการเจริญพันธุ์ ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่สำคัญที่มีส่วนช่วยในการแยกโรคทางนรีเวชวิทยา ซึ่งหลาย ๆ ครั้งแม้ไม่ได้มีความผิดปกติอะไรชัดเจน แต่ประวัติเหล่านี้อาจมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค หากแพทย์ไม่ได้ถามผู้ป่วย ก็จะได้ข้อมูลในส่วนนี้ โดยประวัติพื้นฐานทางนรีเวชวิทยาที่ควรต้องถามในผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ ประวัติระดู ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประวัติโรคทางนรีเวชที่เคยเป็นมาก่อน

การซักประวัติที่ดี เริ่มจากการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย โดยเริ่มจากคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าประวัติด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ได้ข้อมูลถึงปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด และรายละเอียดของอาการได้ถูกต้องที่สุด หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ก็ค่อยซักถามเพิ่มเติม ทั้งนี้ในสตรีวัยรุ่นที่มาพบแพทย์พร้อมผู้ปกครอง หรือสตรีที่มาตรวจพร้อมบุคคลที่สาม ผู้ป่วยอาจมีความกังวลในการเปิดเผยข้อมูลทางนรีเวชบางอย่าง เช่น ประวัติเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ หรือการคุมกำเนิด หากแพทย์มีข้อสงสัยหรือต้องการทราบประวัติเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย อาจพิจารณาเชิญผู้ปกครองหรือบุคคลที่สามไปรอด้านนอกห้องตรวจก่อนการซักประวัติเพิ่มเติม

เพื่อข้อมูลประวัติที่ครบถ้วน การซักประวัติที่ดีควรซักอย่างเป็นระบบและบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ตามแนวทางดังต่อไปนี้

- 1) อาการนำ (chief complaint) เป็นอาการที่ทำให้เป็นผู้ป่วยมาพบแพทย์ มักเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมีความกังวลมากที่สุด
- 2) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) เป็นรายละเอียดประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการนำ ควรให้ผู้ผู้ป่วยเล่าด้วยตนเองโดยไม่ชี้นำ เพื่อไม่ให้พลาดประวัติสำคัญ ในส่วนนี้แพทย์จะมีส่วนช่วยในการซักถามประเด็นสำคัญ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและเรียบเรียงประวัติตามลำดับเวลาก่อน-หลัง รายละเอียดของประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงความรุนแรง เป็นต้น ตัวอย่างแนวทางซักประวัติอาการที่พบบ่อย ดังนี้



- อาการปวดท้อง (abdominal pain) ควรซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของอาการปวดดังนี้
 - ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ (onset) เป็นแบบเฉียบพลัน หรือ ค่อยเป็นค่อยไป
 - ระยะเวลาที่มีอาการ (duration) เป็นมานานเท่าไร เป็นตลอดเวลา หรือ เป็น ๆ หาย ๆ
 - ลักษณะของอาการปวด (character) เช่น ปวดตื้อหรือปวดหน่วง (dull aching pain) ปวดบีบ (cramping) หรือ ปวดแปลบ (sharp shooting pain)
 - ตำแหน่งที่ปวด (location) ณ เวลาที่เริ่มมีอาการ ปวดบริเวณไหน อาการปวดย้ายตำแหน่ง หรือปวดร้าวไปบริเวณอื่นหรือไม่
 - อาการร่วมอื่น ๆ (associated symptoms) เช่น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ ไข้ คลำได้ก้อน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะผิดปกติ เป็นต้น
- อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (abnormal vaginal bleeding) ควรต้องทราบถึงลักษณะระดูที่ปกติ ระดูที่ปกติครั้งล่าสุด (last menstrual period, LMP) และลักษณะอาการเลือดออกผิดปกติ โดยมีแนวทางการซักประวัติดังนี้
 - ลักษณะของอาการเลือดออกผิดปกติ สัมพันธ์กับช่วงเวลาใดของรอบระดู ระยะเวลาที่พบความผิดปกติ ปริมาณเลือดที่ออกในแต่ละครั้ง เป็นลักษณะระดูมามากขึ้นหรือลักษณะกะปริดกะปรอยระหว่างรอบระดู (intermenstrual bleeding) หรือเป็นเลือดออกทางช่องคลอดในวัยหมดระดู (postmenopausal bleeding)
 - อาการร่วมอื่น ๆ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ตกขาวผิดปกติ รวมถึงอาการและความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เพื่อแยกโรคจากภาวะเลือดออกผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
 - การใช้ยา ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เช่น ยาฮอร์โมนคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนทดแทน ยาต้านฮอร์โมนรักษามะเร็งเต้านม ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด รวมถึงยาสมุนไพรอื่น ๆ
- อาการตกขาว (vaginal discharge, leukorrhea) หมายถึง สารคัดหลั่งในช่องคลอดที่ไม่ใช่เลือด อาจมีสีที่แตกต่างกันไป เช่น ขาว เหลือง เขียว ตามสาเหตุ ควรถามประวัติเพื่อช่วยในการแยกโรค ดังนี้
 - ลักษณะของตกขาวที่เปลี่ยนแปลงไป ปริมาณ สีของตกขาว กลิ่นเหม็น
 - ระยะเวลาที่มีอาการ เฉียบพลัน หรือ เรื้อรัง
 - อาการร่วมอื่น ๆ เช่น อาการคัน อาการเจ็บแสบช่องคลอด อาการปวดท้อง ไข้ ปัสสาวะแสบ
 - ประวัติอื่น ๆ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ การสวนล้างช่องคลอด ประวัติเพศสัมพันธ์ และอาการผิดปกติของคู่นอน
- อาการคันปากช่องคลอด (vulvar itching, pruritus vulva) หรือคันในช่องคลอด (vaginal itching) มักมีอาการร่วมกับผื่นบริเวณปากช่องคลอด หรือตกขาว ควรซักถามถึงลักษณะอาการร่วม ระยะเวลาที่เป็น รวมถึงปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้ยา การดูแลรักษาความสะอาด เป็นต้น



- อาการคล้ำได้ก่อน ทั้งก่อนบริเวณท้องน้อยหรือก่อนบริเวณอวัยวะเพศ
 - ระยะเวลาที่เริ่มคล้ำก่อนได้ และการเปลี่ยนแปลงของขนาดก่อน
 - ลักษณะของก้อนที่คล้ำได้ ความแข็งของก้อน อาการกดเจ็บที่ก้อน
 - อาการร่วม เช่น ปวดท้อง อาการผิดปกติของระดู อาการกดเจ็บของก้อน เช่น ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก เป็นต้น
- อาการอื่น ๆ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงช่วงก่อนมีระดู อาการของวัยหมดระดู เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกง่าย อาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ อาการของการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งรายละเอียดในการซักประวัติอาจจะแตกต่างกันออกไปตามอาการนำของผู้ป่วย

3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past history) ทั้งโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประวัติการรักษา ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการผ่าตัด และประวัติแพ้ยาหรืออาหาร

4) ประวัติครอบครัว (family history) ควรซักประวัติถึงโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย หรือโรคมะเร็งในครอบครัวซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ เป็นต้น

5) ประวัติระดู (menstrual history) ประกอบไปด้วย อายุที่เริ่มมีระดู (menarche) ความสม่ำเสมอของรอบระดู ระยะห่างระหว่างรอบระดูแต่ละรอบ (interval) ระยะเวลาที่มีระดูในแต่ละรอบ (duration) ปริมาณของระดู (amount) โดยอาจซักถามเป็นจำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ในแต่ละวัน วันแรกของระดูที่ปกติครั้งล่าสุด และอาการร่วมของการมีระดูเช่น ปวดระดู (dysmenorrhea) คัดตึงเต้านม อารมณ์เปลี่ยนแปลงช่วงก่อนมีระดู เป็นต้น

6) ประวัติทางสูติศาสตร์ (obstetric history) เป็นประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงการแท้งบุตรและการท้องนอกมดลูก โดยควรซักถามถึงจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการคลอดทั้งครบกำหนดและก่อนกำหนด วิธีการคลอด โดยการบันทึกข้อมูลประวัติทางสูติศาสตร์ของผู้ป่วยนรีเวช นิยมบันทึกในระบบ PARA ซึ่งประกอบไปด้วยเลขสี่ตัว ได้แก่

- เลขตัวแรก หมายถึง การคลอดครบกำหนด
- เลขตัวที่สอง หมายถึง การคลอดก่อนกำหนด
- เลขตัวที่สาม หมายถึง การแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก
- เลขตัวที่สี่ หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน

ตัวอย่าง PARA 2-1-0-3 แปลได้ว่า ผู้ป่วยเคยคลอดบุตรครบกำหนด 2 คน คลอดก่อนกำหนด 1 คน ไม่เคยแท้งบุตร และมีบุตรที่มีชีวิตขณะนี้จำนวน 3 คน

7) ประวัติทางนรีเวช (gynecologic history) เป็นประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นคำถามที่มีความละเอียดอ่อน ควรเลือกถามเป็นลำดับท้าย ๆ หลังจากสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยคำถามอื่น ๆ ก่อนหน้า โดยอาจอธิบายถึงความจำเป็นหรือความสำคัญในการถามประวัติเหล่านี้

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ ปัจจุบันยังมีเพศสัมพันธ์อยู่หรือไม่ จำนวนคู่นอน ปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น อาการเจ็บระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) เป็นต้น



- ประวัติการคุมกำเนิด ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการใช้และปัญหาในการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้น ๆ
- ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เคยตรวจหรือไม่ ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ และผลการตรวจเป็นอย่างไร
- ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของทั้งผู้ป่วยและคู่นอน รวมถึงการรักษาที่เคยได้รับ
- ประวัติโรคทางนรีเวชที่เคยเป็นมาก่อน เช่น เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ถุงน้ำรังไข่ และการรักษาที่ได้รับ

03 การตรวจร่างกาย (Physical examination)

หลังจากการซักถามประวัติจนได้ข้อมูลที่สำคัญ การตรวจร่างกายเป็นขั้นตอนถัดไปที่จะช่วยให้แพทย์ได้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวินิจฉัย สำหรับการตรวจร่างกายทางนรีเวชวิทยา นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ การตรวจสัญญาณชีพ การตรวจประเมินผู้ป่วยโดยทั่วไป ยังมีการตรวจร่างกายที่เพิ่มเติม คือ การตรวจเต้านม การตรวจหน้าท้อง และการตรวจภายใน ซึ่งการตรวจภายในเป็นการตรวจที่ต้องระมัดระวังและมีความสุภาพมากเป็นพิเศษ โดยการตรวจภายในควรมีบุคคลที่สามที่เป็นเพศหญิงอยู่ด้วยเสมอ เพื่อความสบายใจของทั้งผู้ป่วยและแพทย์ และเป็นการป้องกันปัญหาหรือข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตรวจ

การตรวจเต้านม (Breast examination)^(2,5,6)

ภาวะทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาหลาย ๆ ภาวะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของเต้านม ตั้งแต่กระบวนการเข้าสู่วัยสาว และการตั้งครรภ์ การตรวจเต้านมสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะทางนรีเวชวิทยาได้หลายภาวะ เช่น ภาวะขาดระดูปฐมภูมิ (primary amenorrhea) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเต้านมเป็นการพัฒนาลักษณะทางเพศขั้นที่สอง (secondary characteristics) ที่จำเป็นต้องตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัย หรือในเด็กหญิงที่มีเต้านมขยายก่อนวัยอันควร การตรวจประเมินเพื่อวินิจฉัยภาวะเป็นสาวก่อนวัย (precocious puberty) เป็นต้น นอกจากนี้ในสตรีวัยหมดระดูที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ฮอร์โมนรักษาก็ควรได้รับการตรวจเต้านม เพื่อประเมินว่ามีก้อนที่เต้านมหรือไม่ก่อนการเริ่มใช้ยาฮอร์โมน โดยขั้นตอนการตรวจเต้านม ดังนี้

- 1) การดู เริ่มจากการตรวจในท่านั่งและให้ผู้ป่วยถอดเสื้ออยู่ในระดับเอว ปลอกแขนทั้งสองข้างลงข้างลำตัว แพทย์สังเกตลักษณะของเต้านม ได้แก่ ขนาด รูปร่าง ความสมมาตรของเต้านมทั้งสองข้าง สีผิว เส้นเลือดที่ผิวว่ามีความผิดปกติหรือไม่ สังเกตลักษณะของหัวนม ได้แก่ ขนาด รูปร่าง ความสมมาตร แผล การติ่งรังของหัวนม หรือมีสารคัดหลั่งซึมออกจากหัวนมหรือไม่ ทั้งนี้แพทย์ควรอธิบายประกอบการตรวจไปด้วยว่าขณะนี้กำลังตรวจดูอะไร จากนั้นทำการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อตรวจดูว่าการติ่งรัง (retraction) ของเต้านมหรือไม่ ซึ่งเป็นสัญญาณหนึ่งของมะเร็งเต้านม โดยจัดท่าให้ผู้ป่วยเอามือเท้าเอวสองข้างและโน้มตัวลง หากมีเนื้องอกหรือมะเร็งเกาะอยู่กับกล้ามเนื้อ pectoralis จะติ่งรังทำให้เกิดรอยบุ๋มของผิวหนังขึ้น ทั้งนี้หากตรวจในท่านั่งและพบว่ามีก้อนปูดอก ก็เป็นสัญญาณว่ามีก้อนที่เต้านมเช่นกัน
- 2) การคลำ ควรคลำทั้งบริเวณเต้านม และต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เริ่มจากการตรวจต่อมน้ำเหลืองในท่านั่ง โดยให้ผู้ป่วยวางแขนข้างที่จะตรวจไว้บนแขนข้างเดียวกันของแพทย์ แพทย์ใช้มือข้างตรงข้ามกับรักแร้ผู้ป่วย ค่อย ๆ คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โดยไล่จากล่างขึ้นบนตามขอบของกล้ามเนื้อที่รักแร้ แล้วสลับมือตรวจจนครบทั้งสองข้าง สำหรับการคลำเต้านม นิยมตรวจในท่านอนหงาย โดยแพทย์ยืนข้างเตียงทางด้านขวาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีเต้านมขนาดใหญ่ พิจารณาจัดท่าให้ผู้ป่วยวางมือทั้งสองข้างใต้ศีรษะผู้ป่วย การคลำค่อย ๆ เริ่มคลำจากบริเวณรอบหัวนม คลำไล่เป็นวงกลมจนครบรอบเต้านม หรือจะคลำเริ่มจากหัวนมออกข้าง ๆ ไปจนครบรอบเต้านมก็ได้ นอกจากนี้



ควรคลำบริเวณใต้หัตถ์ (subareolar) และ ปีบบริเวณหัตถ์เบา ๆ ว่ามีสารคัดหลั่งออกจากหัตถ์หรือไม่ ทั้งนี้การตรวจเต้านมควรเปิดเสื้อผ้าผู้ป่วยเฉพาะที่จำเป็นในการตรวจเท่านั้น และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนของการตรวจทุกครั้ง

การตรวจหน้าท้อง (Abdominal examination)^(7,8)

การตรวจหน้าท้องเป็นการตรวจร่างกายที่สำคัญ ช่วยในการวินิจฉัยโรคในช่องท้อง ประกอบไปด้วยขั้นตอน ดู-ฟัง-เคาะ-คลำ ตามลำดับ โดยก่อนทำการตรวจหน้าท้องควรให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะที่โป่งตึง อาจทำให้คลำได้ก้นทางหน้าท้อง จากนั้นจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงาย วางแขนทั้งสองข้างข้างลำตัว แพทย์เข้าตรวจทางด้านขวาของผู้ป่วย อาจพิจารณาหุนหมอนใบเล็ก ๆ ได้ศีรษะและใต้เข่า เพื่อให้เข่าอเล็กน้อยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง เปิดเสื้อจนถึงระดับลิ้นปี่และใช้ผ้าคลุมท้องถึงระดับหัวไหล่ ก่อนเริ่มการตรวจควรถามผู้ป่วยถึงจุดที่ปวดหรือกดเจ็บ เพื่อเก็บจุดนั้นไว้ตรวจเป็นจุดสุดท้าย โดยปกติการตรวจหน้าท้องจะตรวจและบันทึกเป็นสี่ส่วน (4 quadrants) ได้แก่ ขวาบน, ซ้ายบน, ขวาล่าง และซ้ายล่าง

- 1) การดู ดูลักษณะของสีผิว แผลผ่าตัด ผื่นบนหน้าท้อง ลักษณะของหลอดเลือดที่ผิวหนัง มีลักษณะของหลอดเลือดดำโป่งพองบนหน้าท้องหรือไม่ ลักษณะของหน้าท้องว่ามีความสมมาตรกันหรือมีบริเวณโป่งพองหรือไม่ รวมถึงลักษณะการเคลื่อนไหวของผนังหน้าท้องที่สัมพันธ์กับการหายใจ
- 2) การฟัง สำหรับการตรวจทางหน้าท้องควรฟังก่อนการเคาะหรือคลำเสมอ เนื่องจากการเคาะและการคลำอาจทำให้เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) เปลี่ยนแปลงไป การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้จะใช้อุปกรณ์หูฟังทางการแพทย์ (stethoscope) ด้าน diaphragm วางทาบเบา ๆ ที่หน้าท้อง โดยวางเพียงตำแหน่งเดียวก็เพียงพอ โดยปกติเสียงจะมีความถี่ที่ 5-35 ครั้งต่อนาที หากมีความถี่มากกว่าปกติจะสงสัยภาวะลำไส้อุดตัน หากความถี่น้อยกว่าปกติอาจสัมพันธ์กับภาวะลำไส้อุดตัน (bowel ileus) หรือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) หากจะวินิจฉัยว่าไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (absent bowel sound) ควรต้องฟังต่อเนื่องนานอย่างน้อย 5 นาที
- 3) การเคาะ เป็นการตรวจเพื่อประเมินขนาดและความหนาแน่น (density) ของอวัยวะนั้น ๆ ในช่องท้อง สามารถช่วยประเมินว่ามีน้ำ ลม หรือก้อนเนื้อตันในช่องท้อง ควรเคาะไล่จนครบทั้งสี่ส่วนของหน้าท้อง เพื่อหาว่าบริเวณใดเคาะโป่ง (tympany) และบริเวณใดเคาะทึบ (dullness) บริเวณที่เคาะโป่งมักจะเป็นอวัยวะที่มีอากาศอยู่ภายใน เช่น กระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ในขณะที่บริเวณที่เคาะทึบจะเป็นอวัยวะที่เป็นเนื้อตัน หรือบริเวณที่มีก้อนเนื้ออกชนิดเนื้อตันอยู่ นอกจากนี้การเคาะยังช่วยในการวินิจฉัยภาวะท้องมาน (ascites) โดยจะตรวจพบการเคลื่อนที่ของจุดเคาะทึบ (shifting dullness) หลังจากการเคาะหน้าท้องในท่านอนหงายและทราบขอบเขตของจุดเคาะโป่งและเคาะทึบแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง หากผู้ป่วยมีภาวะท้องมาน น้ำในช่องท้องจะเคลื่อนที่ลงตามแรงโน้มถ่วง ทำให้จุดเคาะทึบเคลื่อนที่เข้าสู่กลางลำตัว
- 4) การคลำ แบ่งออกเป็นคลำตื้น (light palpation) และการคลำลึก (deep palpation) โดยการคลำตื้นมีจุดประสงค์ในการตรวจหาก้อนที่อยู่บริเวณผิว คลำหาจุดกดเจ็บ หรือบริเวณกล้ามเนื้อเกร็ง (muscular resistance) สามารถตรวจได้โดยการวางทาบฝ่ามือลงบนหน้าท้องในลักษณะนิ้วมือเหยียดชิดติดกัน ค่อย ๆ คลำกดลงบนหน้าท้องเบา ๆ ลึกไม่เกิน 1 เซนติเมตร รมัควัดระยะในการปล่อยมือเร็วเกินไป หากต้องเปลี่ยนตำแหน่งการตรวจให้ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งจนทั่วครบทั้งสี่ส่วนของหน้าท้อง ระหว่างการคลำควรสังเกตสีหน้าของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กันเพื่อประเมินว่ามีจุดกดเจ็บหรือไม่ ส่วนการคลำลึกมีจุดประสงค์ในการประเมินขนาด



ของอวัยวะและลักษณะของก้อนในช่องท้อง สามารถตรวจโดยการวางท่าบั้นเอวลงบนหน้าท้องผู้ป่วย แล้ววางมือซ้ายลงบนมือขวาและออกแรงกดผ่านนิ้วมือซ้าย ขณะที่ฝ่ามือขวาประเมินสัมผัสต่าง ๆ จนทั่วครบ ทั้งสี่ส่วนของหน้าท้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องควรตรวจประเมินสัญญาณของเยื่อช่องท้องอีกเสบ ด้วยการตรวจหน้าท้องดูลักษณะการปล่อยเจ็บ (rebound tenderness) สามารถตรวจโดยค่อย ๆ คลำลึกไปในบริเวณที่สงสัยว่ามีการอักเสบอย่างช้า ๆ แล้วปล่อยมือออกอย่างรวดเร็ว หากบริเวณนั้นเป็นบริเวณที่มีอาการอักเสบจะเกิดความรู้สึกเจ็บตามมามากขึ้นที่ขณะที่ปล่อยมือ เนื่องจากมีการเคลื่อนที่ของเยื่อช่องท้องที่อักเสบระหว่างการตรวจควรถามผู้ป่วยว่าอาการเจ็บเกิดขึ้นตอนกดหรือตอนปล่อยมากกว่ากัน

04 การตรวจภายใน (Pelvic examination)^(1-4,9)

การตรวจภายใน หมายถึง การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งภายนอกและภายใน (external and internal female genitalia) เป็นการตรวจที่มีความสำคัญมากในการตรวจวินิจฉัยโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา สามารถประเมินพยาธิสภาพของอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่สามารถตรวจได้จากทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม การตรวจภายในมีความแตกต่างจากการตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ผู้ป่วยหลาย ๆ คนมีความกังวลและความกลัวในการตรวจ การสื่อสารและการอธิบายที่ดีพร้อมกับการตรวจที่นุ่มนวลจะช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยได้

การเตรียมก่อนการตรวจภายใน

1) การเตรียมอุปกรณ์ ประกอบไปด้วย

- เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอด (Bivalve vaginal speculum) ขนาดต่าง ๆ (รูปที่ 1) โดยเลือกใช้ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ควรเลือกใช้ขนาดเล็ก หรือเลือกใช้ขนาดใหญ่ ในผู้ที่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดหลายคน หากเป็นการตรวจในเด็กเล็กควรเลือกใช้ nasal speculum
- ภาชนะใส่สาลีชุบน้ำสะอาดหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เพื่อทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ในกรณีที่ต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย ควรใช้เพียงน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือ (normal saline) ในการหล่อลื่น speculum ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นอื่น ๆ
- ถุงมือสะอาด (ขนาดเหมาะสมกับผู้ตรวจ)
- อุปกรณ์สำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกรณีที่ต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมด้วย ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลายวิธี โดยมีอุปกรณ์ที่แตกต่างกันดังนี้
 - อุปกรณ์สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี conventional Pap smear
 1. Ayre's spatula (รูปที่ 2)
 2. ภาชนะใส่ 95% ethyl alcohol
 3. แผ่นกระจกสไลด์ (glass slide) เขียนชื่อผู้รับการตรวจด้วยดินสอดำ
 - อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี liquid-based cytology (รูปที่ 3-1 และ 3-2)



- สารหล่อลื่น เช่น KY gel เพื่อใช้ขณะทำการตรวจ bimanual pelvic examination
- โคมไฟหรือไฟฉายที่มีความสว่างเพียงพอ



รูปที่ 1
แสดง Bivalve vaginal speculum ขนาดต่าง ๆ



รูปที่ 2
แสดง Ayre's spatula และ glass slide



รูปที่ 3
แสดงอุปกรณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี liquid-based cytology
3-1 ชนิดแปรง (broom) 3-2 ชนิด spatula และ endocervical brush



- 2) การเตรียมผู้ป่วย ก่อนการตรวจภายในควรอธิบายความสำคัญและขั้นตอนในการตรวจให้ผู้ป่วยทราบ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้เรียบร้อย พิจารณาจัดทำผู้ป่วยบนเตียงตรวจภายในให้อยู่ในท่าขบนิ่ว (lithotomy) คลุมผ้าบริเวณขาให้เรียบร้อย โดยเปิดผ้าเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจ

ขั้นตอนการตรวจภายใน

ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ

1. การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
2. การตรวจภายในด้วย bivalve vaginal speculum
3. การตรวจ bimanual pelvic examination
4. การตรวจ rectovaginal examination

1. การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

- ตรวจดูลักษณะทั่วไปบริเวณ mons pubis, labia majora, labia minora, perineum ลักษณะของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของสีผิว รอยแผล ก้อนเนื้อ การอักเสบหรือบวมแดง รวมถึงการกระจายของขนบริเวณหัวหน่าว
- คลำต่อมเนื้อเหลืองบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือกดเจ็บ หรือไม่
- แยก labia minora ทั้งสองข้างออกจากกัน ทั้งนี้อาจตรวจในลักษณะคว่ำมือลงโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ ในการแหวก หรือตรวจในลักษณะหงายมือให้ฝ่ามือหันหาผู้ตรวจโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางแหวก ระวังกระวังเก็บนิ้ว ที่เหลือไม่ให้สัมผัสกับหัวหน่าวผู้ป่วย
- ตรวจดู labia minora, clitoris, urethral orifice, vaginal introitus, Bartholin's gland และ perineum
 - labia minora อาจมีความสมมาตรกันหรือไม่ก็ได้ ผิวด้านในจะมีความชุ่มชื้น สีผิวออกชมพูเข้ม หากมีผิวหนังอักเสบ ผิวแห้งแตก ลอก หรือมีสารคัดหลั่งซึม อาจเป็นสัญญาณของการติดเชื้อ หรือขาดการดูแลรักษา ความสะอาด หากมีแผลหรือตุ่มน้ำใสอาจเป็นสัญญาณของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - clitoris ตรวจดูขนาดและการอักเสบ โดยทั่วไปมีขนาดความยาวไม่เกิน 2 เซนติเมตร และความกว้างไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร หากมีขนาดใหญ่กว่าปกติบ่งบอกถึงภาวะฮอว์โมนเพศชายสูงกว่าปกติ
 - urethral orifice คือ รูเปิดของท่อปัสสาวะ สังเกตดูว่ามีหนองหรือตั่งเนื้ออยู่หรือไม่ พิจารณาใช้นิ้วชี้รีดได้ ท่อปัสสาวะผ่านผนังช่องคลอดด้านหน้าเพื่อดูว่ามีหนองออกมาหรือไม่ หากมีหนองไหลออกมาควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเพาะเชื้อ
 - vaginal introitus คือ บริเวณปากช่องคลอดล้อมรอบขอบเขตด้วย hymen หรือ hymenal remnants โดยปกติเนื้อเยื่อจะมีลักษณะชุ่มชื้น ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ บวม สีเปลี่ยนแปลง หรือมีรอยแผล



- Bartholin's gland คลำบริเวณ labia majora ทั้งสองข้างที่ตำแหน่ง 4-5 และ 7-8 นาฬิกา โดยนิ้วชี้อยู่ในช่องคลอดและนิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านนอก เพื่อดูว่ามีก้อน หรือมีการอักเสบ บวมแดง กดเจ็บหรือไม่
- perineum คือ ตำแหน่งฝีเย็บ ในผู้ที่ไม่เคยคลอดบุตรจะมีความหนาและเรียบ ขณะที่ผู้ที่เคยคลอดบุตรจะบางและอาจมีรอยแผลเป็นจากการตัดฝีเย็บได้
- ตรวจสอบการหย่อนของผนังช่องคลอด โดยให้ผู้ป่วยแบ่ง และประเมินว่ามีผนังช่องคลอดด้านหน้า ด้านหลัง หรือมดลูกหย่อนลงมา หรือไม่

2. การตรวจภายในด้วย bivalve vaginal speculum (รูปที่ 4)

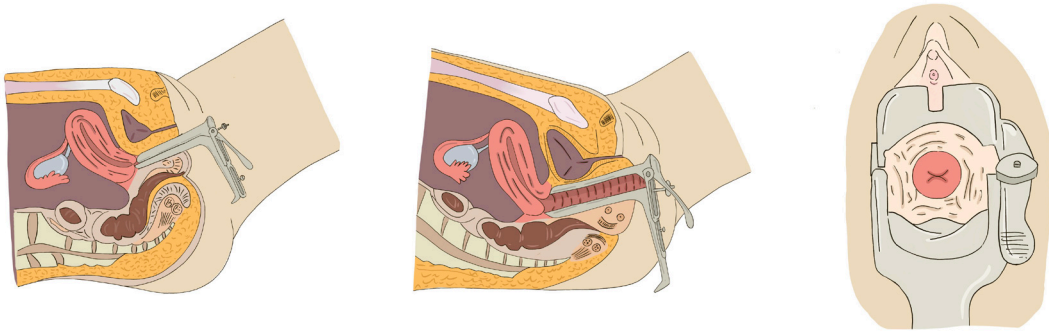
- เลือกขนาด bivalve vaginal speculum ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
- ตรวจสอบสภาพ speculum ว่าอยู่สภาพพร้อมใช้งาน
- จับเครื่องมือให้ปลายของ speculum ทั้งสองแนบชิดติดกัน โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางคิบบริเวณโคนของ speculum
- ห่อหุ้ม speculum ด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือ (หลีกเลี่ยงการใช้สารหล่อลื่นอื่น ๆ หากต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสารหล่อลื่นชนิดเจลอาจรบกวนการแปลผลเซลล์ปากมดลูกได้)
- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสอดเครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด
- ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือซ้ายแหวก labia minora ให้ผู้ป่วยเบ่งเล็กน้อย มือขวาจับ bivalve speculum สอดเข้าไปในช่องคลอดในแนวเอียงมุม 45 องศาตามแนวช่องคลอด
- เมื่อสอดเครื่องมือเข้าไปได้ครึ่งหนึ่ง ให้หมุน speculum เป็นแนวขวาง และสอดเข้าจนสุดช่องคลอด
- เปลี่ยนมือซ้ายมาจับ speculum โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดบริเวณก้านเพื่อเปิดปาก speculum ให้กว้างออกจนเห็นปากมดลูกชัดเจน แล้วใช้มือขวาหมุนหมุนเพื่อตรึงอุปกรณ์ให้ถ่างออกไว้
- ตรวจสอบผนังช่องคลอด ตกขาว และลักษณะของปากมดลูก

ลักษณะของปากมดลูกปกติจะมีพื้นผิวเรียบ สีชมพู อาจเห็น squamocolumnar junction เป็นวงสีแดงบริเวณรอบ ๆ รูเปิดของปากมดลูกด้านนอก ตำแหน่งของปากมดลูกมักสัมพันธ์กับตำแหน่งของตัวมดลูก หากปากมดลูกค่อนไปทางด้านหน้า ตัวมดลูกมักอยู่ในท่าคว่ำหลัง (retroverted uterus) ในทางกลับกันหากปากมดลูกค่อนไปทางด้านหลัง ตัวมดลูกมักอยู่ในท่าคว่ำหน้า (anteverted uterus) หากปากมดลูกเอียงไปทางด้านข้างด้านใดด้านหนึ่ง อาจบ่งบอกว่ามีก้อนเบียด หรือมีพังผืดในช่องท้อง นอกจากนั้นบริเวณพื้นผิวของปากมดลูกอาจพบ nabothian cyst ได้

- หากต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้อุปกรณ์ป้ายเซลล์ปากมดลูกตามวิธีที่เลือกดังนี้
 - วิธี conventional Pap smear ใช้ Ayre's spatula ป้ายเซลล์ปากมดลูกบริเวณ squamocolumnar junction โดยหมุนรอบปากมดลูก 360 องศา หลังจากนั้นนำ Ayre's spatula มาป้ายบนแผ่นสไลด์ และนำสไลด์แช่ใน 95% ethyl alcohol ทันที โดยแช่ไว้อย่างน้อย 30 นาที จึงนำมาส่งให้ห้องที่อุณหภูมิห้อง ก่อนนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ



- วิธี liquid-based cytology มีอุปกรณ์การตรวจอยู่ 2 ชนิด คือ ชนิดแปรง (broom) (รูปที่ 3-1) และ ชนิด spatula (รูปที่ 3-2) ทั้งนี้การตรวจโดยใช้แปรง จะป้ายบริเวณปากมดลูกโดยหมุนตามเข็มนาฬิกา จำนวน 5 รอบ หลังจากนั้นปลดหัวแปรงใส่ลงในขวดเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขณะที่การตรวจโดยใช้ spatula จะตรวจในลักษณะเดียวกับการตรวจวิธี conventional Pap smear และจะมี endocervical brush สำหรับเก็บเซลล์จากบริเวณ endocervix หลังจากนั้นนำอุปกรณ์ทั้งสอง แก้วในขวดเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป
- หลังตรวจเรียบร้อยแล้ว คลายหมุดตรึงของ speculum ค่อย ๆ เคลื่อนถอยออกจากช่องคลอดในแนวเอียงตะแคง ออกตามช่องทางคลอด และหุบ speculum ให้สนิทก่อนถึงปากช่องคลอด



รูปที่ 4

แสดงการตรวจภายในด้วย speculum

3. การตรวจ bimanual pelvic examination (รูปที่ 5)

- แจ้งผู้ป่วยก่อนการตรวจว่าจะแพทย์จะสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอด
- หล่อลื่นนิ้วชี้และนิ้วกลางข้างขวาด้วยน้ำสະอาด หรือ สารหล่อลื่น เช่น KY gel
- ให้ผู้ป่วยช่วยเบ่งเพื่อให้สอดนิ้วได้ง่ายขึ้น ใช้สองนิ้วมือซ้ายช่วยแหวก labia minora ในลักษณะเดียวกับการตรวจด้วย speculum
- ค่อย ๆ สอดนิ้วชี้และนิ้วกลางขวาเข้าปากช่องคลอดที่ละนิ้ว โดยสอดนิ้วกลางเข้าไปในช่องคลอดพร้อมกดไปทางด้านหลังเล็กน้อย ลึกประมาณ 1-2 ซ่อนิ้วมือ รอให้กล้ามเนื้อคลายตัว หลังจากนั้นพลิกมือให้สันมือตั้งตรง แล้วเหยียดนิ้วชี้สอดเข้าช่องคลอด พร้อมกับหงายมือขึ้น แล้วค่อย ๆ สอดนิ้วทั้งสองเข้าไปจนสุดช่องคลอด หลังจากนั้นเลื่อนมือข้างที่แหวก labia minora มาวางคว่ำบริเวณเหนือหัวหน่าว
- ตรวจผนังช่องคลอด ใช้นิ้วมือที่อยู่ภายในช่องคลอดคลำดูว่ามีก้อนหรือจุดกดเจ็บหรือไม่
- ตรวจปากมดลูก ใช้นิ้วมือที่อยู่ในช่องคลอดคลำประเมินตำแหน่ง ขนาด ความแข็งของปากมดลูก รวมถึงตรวจดูว่ามีกรโยกเจ็บ (cervical motion tenderness) หรือไม่ หลังจากนั้นใช้นิ้วชี้สอดไปในรูเปิดของปากมดลูกเพื่อดูว่าปากมดลูกเปิดหรือไม่
- ตรวจมดลูก ใช้นิ้วมือที่อยู่ในช่องคลอดดันยกตัวมดลูกขึ้น มือข้างที่คว่ำบริเวณเหนือหัวหน่าวคลำไล่ลงมาจากระดับต่ำกว่าสะดือ เพื่อประเมินขนาด รูปร่าง และตำแหน่งของตัวมดลูก โดยปกติมดลูกจะอยู่ในแนวกลางลำตัว

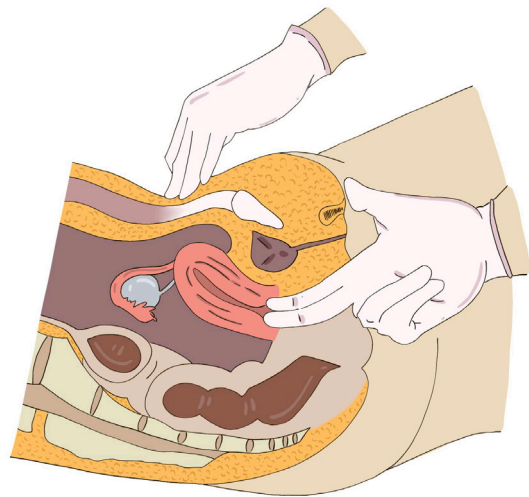


ขนาด 5.5-8 เซนติเมตร หากขนาดใหญ่กว่านี้ หรือคลำได้ลักษณะก้อนตะปุ่มตะป่ำอาจเกิดจากก้อนเนื้อนอก นอกจากนี้ตรวจการเคลื่อนไหวของตัวมดลูก โดยปกติมดลูกจะสามารถโยกเคลื่อนที่ในแนวหน้าหลังได้เล็กน้อย หากเคลื่อนที่ไม่ได้อาจบ่งถึงพังผืดในช่องท้อง หากมีการกดเจ็บของตัวมดลูก หรือโยกแล้วเจ็บอาจบ่งบอกถึงภาวะการอักเสบในอุ้งเชิงกราน หรือการตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นต้น

- ตรวจปีกมดลูก โดยเลื่อนนิ้วมือที่อยู่ในช่องคลอดมาที่ lateral fornix และมือข้างที่คว่ำบริเวณเหนือหัวหน้า เลื่อนมาที่ด้านข้าง กดมือทั้งสองข้างเข้าหากัน ดูว่ามีก้อนหรือมีการกดเจ็บที่ปีกมดลูกหรือไม่ หากมีก้อนให้ประเมินลักษณะของก้อน ขนาด รูปร่าง ตำแหน่ง ความแข็ง ว่ามีลักษณะอย่างไร ทำทั้งสองข้างในลักษณะเดียวกัน
- ตรวจ cul-de-sac โดยเลื่อนนิ้วมือที่อยู่ในช่องคลอดมาที่ posterior fornix คลำดูว่ามีก้อน กดเจ็บ หรือมีการโป่งตึงของ cul-de-sac หรือไม่

รูปที่ 5

แสดงการตรวจ bimanual pelvic examination



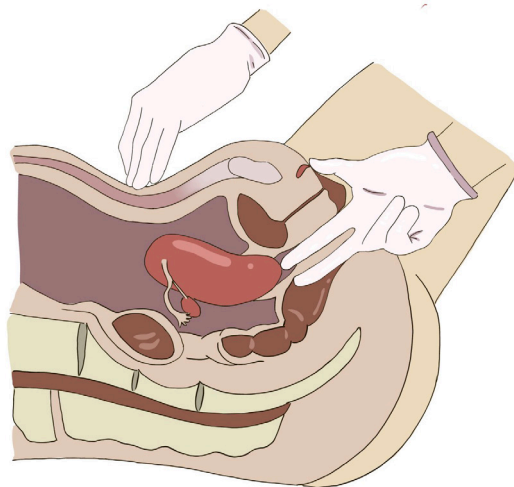
4. การตรวจ rectovaginal examination (รูปที่ 6)

เป็นการตรวจโดยสอดนิ้วเข้าไปเพื่อตรวจทางทวารหนักและช่องคลอดพร้อมกัน เป็นการตรวจที่มีความสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดปกติบริเวณผนังช่องคลอดและทวารหนัก (rectovaginal septum) และพยาธิสภาพบริเวณเนื้อเยื่อด้านข้างมดลูก (parametrium) ซึ่งมีความสำคัญในการประเมินระยะของมะเร็งปากมดลูก การตรวจนี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายตัว ควรแจ้งผู้ป่วยก่อนการตรวจว่าอาจมีความรู้สึกปวดหน่วงคล้ายอยากถ่ายอุจจาระขณะตรวจได้เป็นเรื่องปกติไม่ต้องกังวล ให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกช้า ๆ และค่อย ๆ เบ่งลงกัน เพื่อให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว ภายหลังหล่อลื่นนิ้วชี้และนิ้วกลาง มือขวา ค่อยๆสอดนิ้วชี้เข้าช่องคลอด และสอดนิ้วกลางเข้าทางรูทวารหนัก สอดนิ้วทั้งสองเข้าจนสุดเท่าที่จะสามารถเข้าได้ ค่อย ๆ เคลื่อนนิ้วตรวจดูบริเวณผนังช่องคลอดและทวารหนักว่ามีความหนาเป็นอย่างไร มีก้อนหรือตุ่ม (nodularity) หรือไม่ เมื่อตรวจเสร็จแล้ว ค่อย ๆ ดึงนิ้วทั้งสองออก และใช้สาลีสะอาดเช็ดทำความสะอาดบริเวณปากช่องคลอดให้ผู้ป่วยก่อนลงจากเตียงตรวจภายใน



รูปที่ 6

แสดงการตรวจ rectovaginal examination



05 การบันทึกประวัติและตรวจร่างกายทางสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา ^(1,10)

การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ช่วยต่อการทบทวนประวัติย้อนหลังในการตรวจรักษาครั้งถัด ๆ ไป

- 1) ประวัติ ควรเริ่มจากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และเรียบเรียงประวัติที่ได้ซักถามมาอย่างเป็นระบบดังนี้

General information:

Chief complaint:

Present illness:

Past history:

Menstrual history:

Obstetric history:

Gynecologic history:

Review of system:

- 2) ตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ให้บันทึกตามมาตรฐานปกติ สำหรับการตรวจภายในจะบันทึกในรูปแบบดังนี้

PV (Per Vaginal examination):

MIUB/NIUB:

Vagina:

Cervix:

Uterus:

Adnexa:

Rectovaginal examination:



ผลการตรวจภายในบรรทัดแรก M หรือ N ย่อมาจาก multiparous หรือ nulliparous (หากเคยคลอดบุตรใช้ MIUB หากไม่เคยคลอดบุตรใช้ NIUB) I ย่อมาจาก introitus, U ย่อมาจาก urethra และ B ย่อมาจาก Bartholin's gland

หลังจากบันทึกประวัติและผลการตรวจร่างกายเรียบร้อยแล้ว ส่วนต่อมาที่ต้องบันทึกในเวชระเบียน คือ การวินิจฉัยโรค (diagnosis) โดยอาจจะเป็นโรคที่นึกถึงมากที่สุด (impression) ในขณะนั้น ซึ่งอาจยังไม่ใช่การวินิจฉัยสุดท้าย (final diagnosis) ทั้งนี้อาจบันทึกการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) ที่นึกถึงรองลงมาได้ด้วยก็ได้ ในส่วนท้ายของเวชระเบียนควรเป็นส่วนของการวางแผนการรักษา การรักษาที่ให้ และ คำแนะนำให้แก่ผู้ป่วย

Diagnosis/ Impression:

(Differential diagnosis:)

Plan of treatment:

06 สรุป

- การซักประวัติและการตรวจร่างกายทางนรีเวชวิทยา เป็นหนึ่งในขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย การได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนทั้งจากประวัติและการตรวจร่างกายเป็นส่วนสำคัญในการวินิจฉัยโรค ช่วยในการพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติม ตลอดจนพิจารณาการรักษาที่เหมาะสม
- การซักประวัติให้ได้รายละเอียดที่ครบถ้วนและมีความกระชับ รวมถึงการตรวจร่างกายที่แม่นยำเป็นสิ่งที่ต้องอาศัย การฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญ
- การบันทึกเวชระเบียนในครบถ้วนก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งเป็นหลักฐานในการรักษาและข้อมูลสำหรับการรักษา ต่อเนื่องอีกด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. กิจประมุข ดันตยาภรณ์. การซักประวัติและการตรวจร่างกายทางสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา (History taking and physical examination in Obstetrics and Gynecology). ใน: สมชัย นิรุตติศาสตร์, นเรศร สุขเจริญ, สุรางค์ ตริรัตน์ชาติ, วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, วิสันต์ เสรีภาพงศ์ บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส ปรีณิตติ้ง เฮ้าส์; 2544. หน้า 15-25.
2. อีระ ทองสง. การซักประวัติและการตรวจทางนรีเวช (History taking and physical examination). ใน: อีระ ทองสง. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). เรียบเรียงครั้งที่ 4. ปทุมธานี: PB FORBOOK; 2559. หน้า 153-64.
3. Swartz MH, Nentini FG. Female Genitalia. In: Swartz MH, editor. Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 404-28.
4. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Female Genitalia. In: Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, editors. Seidel's Guide to Physical Examination: An international approach. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2023. p. 448-98.
5. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Breast and Axillae. In: Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, editors. Seidel's Guide to Physical Examination: An international approach. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2023. p. 283-402.
6. Swartz MH, Nentini FG. The breast. In: Swartz MH, editor. Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 341-53.
7. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Abdomen. In: Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, editors. Seidel's Guide to Physical Examination: An international approach. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2023. p. 403-47.
8. Swartz MH. The Abdomen. In: Swartz MH, editor. Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 354-79.
9. สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, เยื่อน ดันนรินทร์, เบญจมา ไวกนิชกุล. การตรวจภายในสตรี และการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก. ใน: เยื่อน ดันนรินทร์ บรรณาธิการ. หัตถการทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส ปรีณิตติ้ง เฮ้าส์; 2544. หน้า 1-26.
10. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์. ใน: พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542. หน้า 150-4.





บทที่ 2

การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยทางนรีเวช

(Counseling in Gynecologic Patients)

ผศ.พญ.พรุ ตันหิโรจน์