



วิธีคิดเพื่อการ แก้ปัญหทางคลินิก อย่างเป็นระบบ

แนวทางสำหรับ
นักศึกษาแพทย์

A Systematic Approach to Clinical Problems
A Guide for Medical Students

สมนึก สังขานุกาพ
บรรณาธิการ



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ : แนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์

A Systematic Approach to Clinical Problems: A Guide for Medical Students

สมนึก สังขานุกาพ
บรรณาธิการ

วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ : แนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์

A Systematic Approach to Clinical Problems: A Guide for Medical Students

บรรณาธิการ สมนึก สังฆานภาพ

ISBN (e-book) 978-616-443-842-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2566 ฉบับ e-book

ราคา 650 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ สำนักพิมพ์รามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์

ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ : แนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์

= A Systematic Approach to Clinical Problems: A Guide for Medical Students. --

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566.
472 หน้า.

1. เวชศาสตร์คลินิก. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN 978-616-443-842-2

จัดทำและ สำนักพิมพ์รามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เผยแพร่โดย 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

0-2201-2258, 0-2201-1542

Website : www.rama.mahidol.ac.th/academic/textbook/

Facebook : สำนักพิมพ์รามาริบดี

ออกแบบปก พัชรชศักดิ์ คณิวิภากรณ์ โทร 081-485-5977

และรูปเล่ม

คำนิยม

ผมได้รับทราบจาก ศาสตราจารย์นายแพทย์สมนึก สังฆานุภาพ ว่าอาจารย์มีแนวคิดริเริ่มในการเขียนหนังสือซึ่งมีลักษณะเหมือนหนังสือ “อาการวิทยา” หรือ symptomatology ซึ่งเป็นวิชาที่เราจะสอนนักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะขึ้นชั้นคลินิก เป็นหนังสือของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผมจึงมีความยินดีและภูมิใจมากที่หนังสือ “วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ : แนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์” ได้สำเร็จเป็นรูปเล่มดังที่เห็นนี้

ความสำเร็จในการทำเวชปฏิบัติ คือการดูแลรักษาผู้ป่วยให้กลับมามีสุขภาพดีนั้น เริ่มต้นด้วยการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การวินิจฉัยที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับทักษะการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย โดยเฉพาะจากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ตลอดจนการนำความรู้และประสบการณ์ในการใช้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) มาประกอบเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย ก่อนที่จะเลือกวิธีการจัดการรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ของวิชาชีพแพทย์ แต่ความยากลำบากของผู้ที่เริ่มต้นเรียนรู้ คือการเข้าใจในวิธีการค้นหาและจำแนกปัญหาของผู้ป่วยที่พบในการฝึกปฏิบัตินั้นอย่างเป็นระบบ โดยใช้ทักษะในการรวบรวมข้อมูล สร้างกรอบแนวคิด และการแปลผลข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย

หนังสือเล่มนี้ จึงได้รวบรวมอาการสำคัญเอาไว้ 38 เรื่อง ครอบคลุมอาการนำที่สำคัญที่พบในเวชปฏิบัติที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บมากกว่าร้อยละ 90 มีการยกตัวอย่างผู้ป่วยจริงให้ผู้ที่สามารถเห็นภาพ มีแผนภูมิแสดงการใช้ตรรกะในการจำแนกโรค และแนะนำวิธีคิดอย่างเป็นลำดับขั้นตอนในการนำไปสู่การวินิจฉัยในแต่ละอาการสำคัญ เนื้อหาทั้งหมดกลั่นจากความรู้และประสบการณ์ของคณาจารย์หลากหลายสาขาวิชาจากสถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ ที่มีลักษณะเฉพาะคือมีโอกาสได้ทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด และมีประสบการณ์ในการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ในช่วงเริ่มต้นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางคลินิก จึงทราบถึงจุดสำคัญต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ที่ควรจะแนะนำในการเรียนรู้ในช่วงดังกล่าว

Sir William Osler ซึ่งได้รับการยกย่องเป็นบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบัน เคยกล่าวไว้ว่า การได้อ่านหนังสือพร้อมกับการฝึกปฏิบัติผู้ป่วย เปรียบเสมือนกับการได้เดินเรือในทะเลโดยมีเข็มทิศบอกทาง หนังสือเล่มนี้จึงเปรียบเสมือน “เข็มทิศ” ให้กับผู้ที่สนใจ ไม่ว่าจะเป็นนิสิตนักศึกษาแพทย์ที่กำลังขึ้นชั้นคลินิก แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแม้กระทั่งแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการทบทวนความรู้ในวิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิก ให้สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัยที่แม่นยำ และสามารถจัดการรักษาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ในที่สุด

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อาทิตย์ อังกานนท์
รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

หนังสือ “วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ : แนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์ A Systematic Approach to Clinical Problems: A Guide for Medical Students” เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาแพทย์ในการเรียนรู้วิธีคิดแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้ปัญหาทางคลินิก ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์และวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้ได้ครอบคลุมอาการสำคัญต่าง ๆ ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและอยู่ในหมวดอาการทางคลินิกที่แพทย์ต้องทราบ ตามประกาศแพทยสภาเรื่องเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555

ผู้พิมพ์ของหนังสือเล่มนี้ทั้งหมดเป็นอาจารย์แพทย์ของโรงเรียนแพทย์รามาธิบดี สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำโรงพยาบาลรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้พิมพ์และบรรณาธิการมีการอภิปรายร่วมกันถึงเนื้อหาในแต่ละบทที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาแพทย์ และมุ่งเน้นที่วิธีคิดแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบสำหรับแต่ละอาการสำคัญ โดยเรียบเรียงเนื้อหาให้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ภาพและตารางที่ใช้ประกอบได้สร้างขึ้นใหม่โดยบูรณาการให้เหมาะสมสำหรับนักศึกษาแพทย์ และใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่เป็นภาษาอังกฤษเพื่อความกระชับและสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ทั้งนี้ หนังสือเล่มนี้จะได้ครอบคลุมถึงเนื้อหาที่เกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ซับซ้อนและการดูแลรักษาโรค ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้อื่น ๆ ได้ อนึ่ง ถึงแม้ว่าหนังสือเล่มนี้จะเน้นสำหรับนักศึกษาแพทย์ ก็ยังอาจเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาวิชาสำหรับการสอนนักศึกษาแพทย์อีกด้วย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบคุณสำนักพิมพ์รามาธิบดีในการสนับสนุนการจัดพิมพ์ คุณงามความดีของหนังสือเล่มนี้ขอมอบแด่ครูอาจารย์ทุกท่าน

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมนึก ลังฆานุภาพ
บรรณาธิการ

พูนทรัพย์

อาจารย์แพทย์ โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

- **กิตติ ธรรมโกศล**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

- **กุลพงษ์ ชัยนาม**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

นิติศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาก่อนศาสตร์คลินิก

Certificate, Research Fellowship and Clinical Observership in Geriatric Medicine, Dalhousie University
รองศาสตราจารย์

- **คณิน ธรรมวารานุคปต์**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาก่อนศาสตร์โรคไต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

- **ชโลธร แท้ศิลปสาธิต**

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาก่อนศาสตร์โรคไต

- **ณัฐภัทร ตั้งตรงจิตร**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาก่อนศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร

- **ทรงยศ แตงมีแสง**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

พูนทรัพย์

- **ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล**

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์

หนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาคีตเวชศาสตร์การนอนหลับ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

- **ธนภัทร ทรรศนียศิลป์**

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

- **ธนรรญา วงศ์สินิล**

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา

Master of Science in Neuromuscular Disease, University College London

- **ธนวัฒน์ จงรักศักดิ์**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

- **ธัญกมล พงศ์นฤเดช**

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาโรคระบบการหายใจ

- **ธัญพร ขอร่วมกลาง**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

ประกาศนียบัตร แพทย์ปฏิบัติการสาขาคจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

- **ธเนศ ปิติธรรมภรณ์**

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์) (เกียรตินิยมอันดับ 2)

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

พูนีพอร์

• นันทกรณ์ ศรีวานิชภูมิ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

• นิธิตา นันทันติ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด

• ปัญจพล กิจกรองไพบูลย์

แพทยศาสตรบัณฑิต

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ทั่วไป

• เมธัส จันทรภูติรัตน์

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม

• วันนิษา วงษ์พิพัฒน์พงษ์

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา

• ศุภโชค เกิดลาภ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

• สมนึก สังฆานุภาพ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

ประกาศนียบัตร หลักสูตรการพัฒนาผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์แห่งประเทศไทย

Certificate in Infectious Diseases, Washington University School of Medicine

Certificate in the International Leadership Development Program for Physicians, Harvard T.H. Chan School of Public Health

ศาสตราจารย์

พูนีพอร์

• สิทธาคม ผู้สันติ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายุรศาสตร์โรคเลือด

Certificate, International Society on Thrombosis and Haemostasis Reach-the-World Fellowship Program, University of North Carolina at Chapel Hill

Certificate in the International Leadership Development Program for Physicians, Harvard T.H. Chan School of Public Health

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

• สิริวัฒน์ ศรีฉัตรภิกษุ

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์) (เกียรตินิยมอันดับ 1)

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (จุลชีววิทยาการแพทย์)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

• สิริรณภา ไตรวนาธรรม

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม

• สุพิชฌา สาสนรักกิจ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

• สุภาวดี ทรัพย์ผดุงสุข

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายุรศาสตร์โรคไต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

• สุรพงษ์ เลิศธรรมเกียรติ

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาลำไส้ติ่งและมะเร็งในเด็ก

พูนีพอร์

- **อรรถวิทย์ เจริญศรี**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศาสาทวีทยา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลรามาริบัติจักรินฤดินทร์ สถาบันการแพทย์จักรินฤดินทร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

- **กฤติเมธ ตรียาภวัฒน์**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศาสาตร์โรคหัวใจ

- **ธัญลักษณ์ ขอรูานานุศักดิ์**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศาสาตร์โรคหัวใจ

ประกาศนียบัตรอนุสาขาศาสาตร์ภาวะหัวใจล้มเหลวและปลูกถ่ายหัวใจ

Certificate in Heart Failure, Heart Failure Association, European Society of Cardiology

- **ภิญญาดา นาราวงค์**

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

วุฒิปัตร์เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์

สารบัญ

คำนิยม	III
คำนำ	IV
ผู้พิมพ์	V
สารบัญ	X
สารบัญตาราง	XV
สารบัญภาพ	XVII

ส่วนที่ 1. หลักการพื้นฐาน

บทที่ 1	หลักการในการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ	3
	(Principles for Systematic Approach to Clinical Problems)	
	สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 2	อาการสำคัญทางคลินิก (Chief Complaint).....	13
	สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 2. อาการทั่วไปที่ไม่จำเพาะ

บทที่ 3	ไข้ (Fever)	19
	สิริวัฒน์ ศรีฉัตรารักษ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 4	อ่อนเพลีย (Fatigue).....	35
	สิรินภา ไตรวนาธรรม เมธัส จันทระภูติรัตน์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 5	น้ำหนักเปลี่ยนแปลง (Weight Change)	45
	กุลพงษ์ ชัยนาม สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 3. อาการทางระบบประสาท

บทที่ 6	การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Alteration of Consciousness)	61
	ธนรรญา วงศ์สินิล สมนึก สังฆานุภาพ	

สารบัญ

บทที่ 7	สับสนและเพ้อ (Confusion and Delirium).....	71
	ธนรรญา วงศ์สินิล สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 8	ปวดศีรษะ (Headache)	79
	อรรถวิทย์ เจริญศรี สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 9	เวียนศีรษะ (Dizziness)	89
	วันนิษา วงษ์พิพัฒน์พงษ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 10	การชัก (Seizure)	101
	อรรถวิทย์ เจริญศรี สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 11	การสั่นและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tremor and Abnormal Movement)	117
	วันนิษา วงษ์พิพัฒน์พงษ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 12	อ่อนแรงและชา (Weakness and Numbness)	129
	ธนรรญา วงศ์สินิล สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 4. อาการทางระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ

บทที่ 13	เป็นลมหมดสติ (Syncope)	145
	ชญลักษณ์ ขอฐานานุศักดิ์ วันนิษา วงษ์พิพัฒน์พงษ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 14	เจ็บหน้าอก (Chest Pain)	153
	ชญลักษณ์ ขอฐานานุศักดิ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 15	ใจสั่น (Palpitations)	161
	กฤติเมธ ตรีรยาภิวัฒน์ สิริินภา ไตรวนาธรรม สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 16	ความดันเลือดสูง (Hypertension)	171
	กิตติ ธรรมโกศล สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 17	ความดันเลือดต่ำ (Hypotension)	181
	ชญลักษณ์ ขอฐานานุศักดิ์ สมนึก สังฆานุภาพ	

สารบัญ

บทที่ 18	หายใจลำบาก (Dyspnea).....	189
	กฤติเมธ ตรีรยาภิวัฒน์ ธัญกมล พงศ์นฤเดช สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 19	ไอและไอเป็นเลือด (Cough and Hemoptysis).....	199
	ธนภัทร ทรรศนียศิลป์ ธัญกมล พงศ์นฤเดช สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 5. อาการทางระบบทางเดินอาหารและตับ

บทที่ 20	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....	217
	ณัฐภัทร ตั้งตรงจิตร สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 21	กลืนลำบาก (Dysphagia).....	229
	นันทภรณ์ ศรีวานิชภูมิ สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 22	ท้องบวมโต (Abdominal Swelling).....	239
	ธนวัฒน์ จรุงศักดิ์ สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 23	ปวดท้อง (Abdominal Pain).....	247
	นันทภรณ์ ศรีวานิชภูมิ สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 24	เลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Bleeding).....	261
	ณัฐภัทร ตั้งตรงจิตร สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 25	ท้องเสีย (Diarrhea).....	273
	นันทภรณ์ ศรีวานิชภูมิ สมนึก สังฆานุภาพ	

บทที่ 26	ท้องผูก (Constipation).....	289
	ณัฐภัทร ตั้งตรงจิตร สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 6. อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ

บทที่ 27	บวม (Edema).....	299
	คณิน ธรรมวารานุกุลย์ สมนึก สังฆานุภาพ	

สารบัญ

บทที่ 28	ปัสสาวะออกน้อยและปัสสาวะไม่ออก (Oliguria and Anuria).....	313
	สุภาวดี ทรัพย์ผดุงสุข สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 29	ปัสสาวะลำบาก (Difficulty Urinating).....	321
	ชลธร แต่ศิลปสาธิต ทรงยศ แตงมีแสง สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 30	ปัสสาวะออกมาก (Polyuria).....	331
	ชลธร แต่ศิลปสาธิต สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 7. อาการทางกระดูกและข้อ

บทที่ 31	ปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain).....	343
	กิตติ ธรรมโกศล ธเนศ ปิติธรรมภรณ์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 32	ปวดข้อ (Joint Pain)	353
	ภิญญาดา นาราวงค์ ธเนศ ปิติธรรมภรณ์ สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 8. อาการทางโลหิตวิทยา

บทที่ 33	ซีด (Pallor).....	365
	สุรพงศ์ เลิศธรรมเกียรติ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 34	เลือดออกง่าย (Bleeding Tendency).....	377
	สิทธิาคม ผู้สันติ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 35	ต่อมน้ำเหลืองโต (Lymph Node Enlargement)	385
	นิธิตา นันทันติ สมนึก สังฆานุภาพ	

ส่วนที่ 9. อาการทางระบบอื่น ๆ

บทที่ 36	ผื่น (Rash).....	397
	ฉันทพร ขอร่วมกลาง สมนึก สังฆานุภาพ	

สารบัญ

บทที่ 37	ก้อนที่เต้านม (Breast Mass).....	411
	ปัจจัยพล กิจกรองไฟบูลย์ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 38	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Abnormal Vaginal Bleeding).....	419
	สุพิชฌา สาสนรักกิจ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 39	แผลบริเวณอวัยวะเพศ (Genital Ulcer)	429
	ศุภโชค เกิดลาภ สมนึก สังฆานุภาพ	
บทที่ 40	นอนไม่หลับ (Insomnia).....	437
	ทานตะวัน อวีรุทธีวรกุล สมนึก สังฆานุภาพ	
ดัชนี		445
Index		449

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2-1	อาการสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อย	14
ตารางที่ 3-1	ประเภทและลักษณะของไข้ไม่ทราบสาเหตุ (fever of unknown origin, FUO)	21
ตารางที่ 3-2	สาเหตุของไข้และตัวอย่างโรคที่พบบ่อย	22
ตารางที่ 3-3	การติดเชื้อเฉพาะที่ (localized infection) ที่พบบ่อยและอาการ/อาการแสดง ที่ทำให้สงสัย	26
ตารางที่ 3-4	ข้อมูลจากการซักประวัติและโรคติดเชื้อที่อาจเป็นไปได้	28
ตารางที่ 3-5	ข้อมูลจากการตรวจร่างกายและโรคติดเชื้อที่อาจเป็นไปได้	29
ตารางที่ 4-1	ประวัติและการตรวจร่างกายที่ควรสืบค้นเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนเพลีย ..	41
ตารางที่ 5-1	อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงโรคในระบบต่าง ๆ ของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักลด โดยไม่ตั้งใจ	54
ตารางที่ 9-1	ความแตกต่างระหว่าง central vertigo และ peripheral vertigo	95
ตารางที่ 10-1	ลักษณะการชักที่บ่งบอกถึงตำแหน่งของสมองที่เป็นจุดกำเนิดการชัก	111
ตารางที่ 11-1	ความแตกต่างระหว่างอาการสั่น (tremor) ใน Parkinson's disease และ essential tremor	126
ตารางที่ 12-1	ชุดกล้ามเนื้อที่เลี้ยงโดยรากประสาทเดียวกัน (myotome)	138
ตารางที่ 16-1	โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะความดันเลือดสูงทุติยภูมิได้บ่อย และอาการ/อาการแสดง ที่ทำให้สงสัย	176
ตารางที่ 16-2	โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะความดันเลือดสูงทุติยภูมิได้ไม่บ่อย และอาการ/อาการ แสดง ที่ทำให้สงสัย	177
ตารางที่ 16-3	การตรวจคัดกรอง และการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย สำหรับโรคที่สงสัยว่าจะเป็น สาเหตุ ของภาวะความดันเลือดสูงทุติยภูมิ	178
ตารางที่ 19-1	สรุปการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไอ	207
ตารางที่ 19-2	ความแตกต่างระหว่างไอเป็นเลือด (hemoptysis) และอาเจียนเป็นเลือด (hematemesis)	208
ตารางที่ 19-3	สรุปการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไอเป็นเลือด	211
ตารางที่ 20-1	การวินิจฉัยแยกโรคอาการตัวเหลืองตาเหลือง (jaundice) ระหว่างสาเหตุจากตับ (hepatocellular jaundice) และสาเหตุจากทางเดินน้ำดีอุดตัน (cholestatic jaundice)	221
ตารางที่ 22-1	กลุ่มโรคที่พบ ascites และค่าของ SAAG และ total protein ในน้ำ ascites	243
ตารางที่ 23-1	โรคที่พบบ่อยตามตำแหน่งที่มีอาการปวดท้อง	257

สารบัญตาราง

ตารางที่ 24-1	การวินิจฉัยแยกโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal hemorrhage).....	265
ตารางที่ 28-1	ความแตกต่างระหว่าง prerenal cause และ renal cause.....	319
ตารางที่ 29-1	กลุ่มยาและตัวอย่างยาที่ทำให้ปัสสาวะลำบาก (drug-induced urinary retention)....	327
ตารางที่ 30-1	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันการวินิจฉัยสาเหตุของปัสสาวะออกมาก (polyuria).....	338
ตารางที่ 31-1	สัญญาณอันตราย (red flag sign) และกลุ่มโรคที่ควรสงสัย.....	348
ตารางที่ 31-2	กลุ่มโรคที่สงสัยจากสัญญาณอันตราย (red flag sign) และการส่งตรวจเพิ่มเติมที่แนะนำ....	349
ตารางที่ 31-3	การตรวจร่างกายพิเศษทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพื่อหาสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง	350
ตารางที่ 32-1	การกระจายตัวของข้อที่อักเสบในโรคข้ออักเสบหลายข้อที่พบบ่อย.....	359
ตารางที่ 32-2	การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ synovial fluid analysis	361
ตารางที่ 33-1	ความแตกต่างของระหว่างภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โรคธาลัสซีเมียและพาหะโรคธาลัสซีเมีย.....	370
ตารางที่ 33-2	ความแตกต่างระหว่างโรคแอลฟาธาลัสซีเมียและเบต้าธาลัสซีเมีย.....	371
ตารางที่ 33-3	การวินิจฉัยภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก	372
ตารางที่ 34-1	ความแตกต่างของภาวะเลือดออกง่ายระหว่างความผิดปกติของกระบวนการหยุดเลือดระดับปฐมภูมิ (primary hemostatic defect)และความผิดปกติของกระบวนการหยุดเลือดระดับทุติยภูมิ (secondary hemostatic defect).....	380
ตารางที่ 35-1	ความแตกต่างระหว่าง benign disease และ malignant disease ในผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโต.....	393
ตารางที่ 36-1	รูปร่างลักษณะ (morphology) ของผื่นและตัวอย่างโรคที่พบบ่อย	402
ตารางที่ 37-1	BI-RADS category และความน่าจะเป็นมะเร็งเต้านม	414
ตารางที่ 37-2	ตัวอย่างสิ่งตรวจพบจากการตรวจทางรังสีในแต่ละ BI-RADS category และโรคที่พบบ่อย	414
ตารางที่ 39-1	อาการและอาการแสดงที่ทำให้สงสัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุของแผลบริเวณอวัยวะเพศ	435
ตารางที่ 39-2	การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นสาเหตุของแผลบริเวณอวัยวะเพศ	435

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1-1	วิธีการในการแก้ปัญหาแบบ hypothetico-deductive (H-D) method (clinical approach).....	8
ภาพที่ 1-2	ลักษณะผื่นที่หลังของผู้ป่วยรายที่ 2	10
ภาพที่ 3-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องไข้ (fever).....	24
ภาพที่ 4-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องอ่อนเพลีย (fatigue).....	37
ภาพที่ 5-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องน้ำหนักเพิ่ม (weight gain).....	48
ภาพที่ 5-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องน้ำหนักลด (weight loss).....	52
ภาพที่ 6-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (alteration of consciousness)	66
ภาพที่ 7-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องสับสน (confusion) และเพ้อ (delirium).....	76
ภาพที่ 8-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปวดศีรษะ (headache).....	84
ภาพที่ 8-2	ภาพ MRI brain และ MRV brain ของผู้ป่วยรายที่ 8	86
ภาพที่ 9-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องเวียนศีรษะ (dizziness)	94
ภาพที่ 9-2	ภาพ CT brain with non-contrast ของผู้ป่วยรายที่ 9	99
ภาพที่ 10-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องชัก (seizure).....	107
ภาพที่ 10-2	ภาพ CT scan brain ของผู้ป่วยรายที่ 10.....	114
ภาพที่ 11-1	การทดสอบการวาด Archimedes' spiral และการเขียนชื่อ-นามสกุล.....	122
ภาพที่ 11-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวผิดปกติ (abnormal movement).....	123
ภาพที่ 12-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องอ่อนแรง (weakness).....	136
ภาพที่ 12-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องชา (numbness).....	140
ภาพที่ 13-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเป็นลมหมดสติ (syncope).....	148
ภาพที่ 14-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องเจ็บหน้าอก (chest pain).....	155
ภาพที่ 14-2	คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ของผู้ป่วยรายที่ 14.....	159
ภาพที่ 15-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องใจสั่น (palpitations).....	163
ภาพที่ 15-2	EKG ครั้งแรกของผู้ป่วยรายที่ 15	168
ภาพที่ 15-3	EKG ครั้งที่ 2 (หลังให้การรักษาด้วย adenosine) ของผู้ป่วยรายที่ 15	169
ภาพที่ 16-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องความดันเลือดสูง (hypertension)	174
ภาพที่ 17-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องความดันเลือดต่ำ (hypotension)	183
ภาพที่ 18-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องหายใจลำบาก (dyspnea).....	191
ภาพที่ 18-2	Chest X-ray ของผู้ป่วยรายที่ 18	196
ภาพที่ 19-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องไอเฉียบพลัน (acute cough)	201

สารบัญภาพ

ภาพที่ 19-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องไอเรื้อรัง (chronic cough).....	203
ภาพที่ 19-3	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องไอเป็นเลือด (hemoptysis).....	208
ภาพที่ 20-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องตัวเหลืองตาเหลือง (jaundice).....	220
ภาพที่ 21-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องกลืนลำบาก (dysphagia)	233
ภาพที่ 21-2	ภาพ barium swallow และ esophagogastroduodenoscopy ของผู้ป่วยรายที่ 21.....	237
ภาพที่ 22-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องท้องบวมโต (abdominal swelling)	241
ภาพที่ 23-1	ตำแหน่งอาการปวดท้องแบบ visceral pain และ somatic pain.....	249
ภาพที่ 23-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปวดท้อง (abdominal pain)	256
ภาพที่ 24-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องเลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding).....	264
ภาพที่ 25-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องท้องเสีย (diarrhea)	283
ภาพที่ 25-2	ภาพส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ของผู้ป่วยรายที่ 25	287
ภาพที่ 26-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องท้องผูกเรื้อรัง (chronic constipation)	293
ภาพที่ 27-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องบวม (edema)	300
ภาพที่ 28-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปัสสาวะออกน้อย (oliguria) และปัสสาวะไม่ออก (anuria).....	315
ภาพที่ 29-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปัสสาวะลำบาก (difficulty urinating)	323
ภาพที่ 30-1	การดูตลับน้ำกลัของท่อไต.....	333
ภาพที่ 30-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปัสสาวะออกมาก (polyuria).....	334
ภาพที่ 31-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปวดหลังส่วนล่าง (low back pain)	345
ภาพที่ 32-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องปวดข้อ (joint pain)	355
ภาพที่ 33-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องซีด (pallor).....	367
ภาพที่ 33-2	ผลการตรวจเสมียร์เลือดในผู้ป่วยโรคเบาธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี	371
ภาพที่ 33-3	ผลการตรวจเสมียร์เลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก.....	372
ภาพที่ 33-4	ผลการตรวจเสมียร์เลือดของผู้ป่วยรายที่ 33-1	373
ภาพที่ 33-5	ผลการตรวจเสมียร์เลือดของผู้ป่วยรายที่ 33-2	374
ภาพที่ 34-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องเลือดออกง่าย (bleeding tendency).....	379
ภาพที่ 35-1	ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่สำคัญและการรับส่งต่อมน้ำเหลืองจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย.....	388
ภาพที่ 35-2	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องต่อมน้ำเหลืองโต (lymph node enlargement)	390
ภาพที่ 36-1	รูปร่างลักษณะ (morphology) ของผื่น.....	404
ภาพที่ 36-2	ลักษณะการเรียงตัว (configuration) ของผื่น	405

สารบัญภาพ

ภาพที่ 36-3	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องผื่น (rash).....	407
ภาพที่ 37-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องก้อนที่เต้านม (breast mass)	413
ภาพที่ 37-2	ตัวอย่างสิ่งตรวจพบจากการตรวจทางรังสีในแต่ละ BI-RADS category.....	415
ภาพที่ 38-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (abnormal vaginal bleeding).....	424
ภาพที่ 38-2	ภาพจากคลื่นเสียงความถี่สูงของผู้ป่วยรายที่ 38	426
ภาพที่ 39-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องแผลบริเวณอวัยวะเพศ (genital ulcer)	432
ภาพที่ 40-1	วิธีคิดเพื่อการแก้ปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ (insomnia)	439



ส่วนที่ 1

หลักการพื้นฐาน

หลักการในการ แก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ

Principles for Systematic Approach to
Clinical Problems
สมนึก สังขานุกาพ

Unit
1

การวินิจฉัยโรคทางการแพทย์ (medical diagnosis) เป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางคลินิก เนื่องจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำจะทำให้สามารถทราบสาเหตุของการเกิดโรคหรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ และให้การรักษาที่ถูกต้องได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายจากโรค รอดชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ การวินิจฉัยโรคทางการแพทย์คือ กระบวนการในการพิจารณาว่าโรคหรือภาวะผิดปกติใดจะอธิบายอาการของผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปจะต้องอาศัย ข้อมูลที่รวบรวมจากประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วย บางครั้งอาจจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การทำหัตถการต่าง ๆ การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ มักจะมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น โดยอาจมีเพียงอาการเดียว หรืออาการหลายอย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือในเวลาที่แตกต่างกัน โดยอาการนั้นอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือ ค่อย ๆ เกิดขึ้น อาจมีความรุนแรงเพียงเล็กน้อยจนผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรือมีอาการรุนแรง จนอันตรายต่อชีวิต (life-threatening) ได้ ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการและลักษณะของอาการ ที่หลากหลายได้⁽¹⁾

การวินิจฉัยเป็นเรื่องที่ท้าทายเพราะอาการและอาการแสดงหลายอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง ตัวอย่างเช่น อาการบวม (edema) เป็นลักษณะของความผิดปกติที่มีสาเหตุได้หลายอย่าง ไม่สามารถบอกได้ทันทีว่าผู้ป่วยมีอะไรผิดปกติ จึงต้องทำการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบว่ามีสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติกลุ่มใดได้บ้าง แล้วเปรียบเทียบว่าอาการบวมในผู้ป่วยรายนั้นน่าจะเกิดจากความผิดปกติกลุ่มใด โดยอาศัยข้อมูลรายละเอียดของลักษณะอาการบวมในผู้ป่วยรายนั้น รวมถึงอาการ และอาการแสดงอื่น ๆ ที่มีร่วมด้วย จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย และเมื่อได้กลุ่มสาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุดแล้ว จึงใช้ข้อมูลรายละเอียดที่มีในการพิจารณาถึงโรคที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด จากกลุ่มโรคดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง สำหรับกลุ่มโรคหรือแม้กระทั่งโรคหนึ่ง ๆ (pathognomonic) ตัวอย่างเช่น อาการผิวหนังแข็ง และหนาตัวขึ้น (scleroderma) ซึ่งทำให้การวินิจฉัยถึงโรคที่เป็นสาเหตุได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น แต่กรณีนี้มักจะพบได้น้อยกว่าในทางคลินิก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการและอาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจง การแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหทางคลินิกอย่างเป็นระบบ

1. เพื่อแนะนำ และส่งเสริมการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้ปัญหาทางคลินิก โดยใช้ทั้งวิธีคิดที่เป็นระบบ และการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้อย่างเหมาะสม^(1,2)
2. เพื่อพัฒนาโครงสร้างความรู้โดยการใช้วิธีการแก้ปัญหาทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วในกรณีที่ปัญหาไม่ซับซ้อน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และละเอียดถี่ถ้วนในกรณีที่ปัญหาซับซ้อน⁽³⁾
3. เพื่อให้มีพื้นฐานที่สมเหตุสมผลสำหรับการวินิจฉัยแยกโรค และการเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

หลักการในการแก้ปัญหทางคลินิก

หลักการในการแก้ปัญหาทางคลินิก^(1,4) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1 การรวบรวมข้อมูล (data gathering) ที่ได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วย

ที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญของผู้ป่วย ประวัติอดีตทางการแพทย์ รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่เดิม เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลได้รับการเก็บรวบรวมอย่างน่าเชื่อถือ ข้อมูลควรได้รับการบันทึกตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยยังไม่ต้องแปลผล เช่น การบันทึกปริมาณน้ำหนักรที่ลดลงเป็นกิโลกรัมในระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ประวัติ แทนที่จะเป็นการแปลผลว่าเป็น “น้ำหนักลดลงเล็กน้อยเมื่อไม่นานมานี้” เป็นต้น หากสงสัยว่าข้อมูลบางอย่างจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ ก็ควรบันทึกให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยเล่าว่ามีไข้แม้ว่าการตรวจร่างกายจะไม่พบว่ามีไข้ ก็ควรบันทึกข้อมูลนี้ให้ชัดเจนว่า “ผู้ป่วยมีประวัติอาการไข้แต่วัดอุณหภูมิที่โรงพยาบาลยังพบอุณหภูมิปกติ”

การซักประวัติเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่สำคัญ การซักประวัติเป็นทั้งทักษะ และศิลปะ ผู้ซักต้องรู้วิธีในการถาม ใช้คำให้ชัดเจนไม่คลุมเครือ รู้จังหวะที่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังอย่างละเอียด ฟังจนจบแล้วจึงถามเพิ่มเติมในสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยยังไม่ได้เล่า ถ้าผู้ป่วยพูดนานเกินไปหรือวกวน ผู้ซักจะต้องมีความสามารถในการตะล่อมให้ผู้ป่วยกลับเข้าเรื่อง การซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นถ้าผู้ซักประวัติและตรวจร่างกายมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ มากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น ทราบว่าโรคต่าง ๆ มีอาการและอาการแสดงอย่างไร อาการและอาการแสดงอะไรที่สำคัญ และมีความหมาย และในทางกลับกันก็ต้องทราบว่าอาการสำคัญแต่ละอาการมีสาเหตุจากโรคอะไรได้บ้าง โดยเฉพาะโรคที่สำคัญและพบบ่อย การให้เวลากับการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยมีความสำคัญในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่สำคัญ⁽⁵⁾ แต่ในขณะเดียวกันการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยเพ่งเล็งที่อาการสำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เวลาให้คําค่ามากที่สุดก็มีความสำคัญไม่ต่างกัน

2. การสร้างรายการอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (list of pertinent findings) ของผู้ป่วย

วิธีในการแสดงรายการ pertinent finding นั้นขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ของผู้ซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น นักศึกษาแพทย์ที่เพิ่งขึ้นคลินิกอาจจะพบว่าที่ขาหนีบของผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่มีเนื้อตาย (necrotic tissue) กลางแผล ในขณะที่นักศึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์อาจสังเกตเห็นละเอียดกว่า และระบุว่าเป็น eschar เป็นต้น ไม่ว่าในกรณีใด ผู้บันทึกควรมั่นใจว่าการทำรายการนั้นถูกต้องตามความเป็นจริง นอกจากอาการและอาการแสดงแล้ว รายการของ pertinent finding ควรรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวในปัจจุบัน เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น ยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะได้รับจากแพทย์สั่งหรือซื้อเองจากร้านขายยา สถานการณ์ทางสังคมที่อาจต้องให้ความสนใจ เช่น การขาดยา เพราะไม่มีค่ารถเดินทางมาโรงพยาบาลตามนัด เป็นต้น และการใช้สารเสพติดต่าง ๆ สิ่งสำคัญที่มักจะถูกละเลยในการสร้างรายการ pertinent finding คือข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาของอาการแต่ละอย่าง การเปลี่ยนแปลงของอาการนั้น ๆ เมื่อเวลาผ่านไป ไม่ว่าจะเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น ควรระบุว่า อาการเหนื่อยหอบที่เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ มาสองสัปดาห์ มากกว่าการระบุว่ามีอาการเหนื่อยเฉย ๆ เป็นต้น ขั้นตอนการสร้างรายการของ pertinent finding นี้มีความสำคัญมากสำหรับขั้นตอนต่อไป จึงต้องมีความถูกต้อง และความละเอียดรอบคอบ

3. การตั้งรายการปัญหา (problem list) ของผู้ป่วย

เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการแก้ปัญหาทางคลินิก โดยทั่วไป การตั้งปัญหาของผู้ป่วยสามารถทำได้สองวิธีคือ

- ◆ วิธีแรก เป็นการตั้งปัญหาที่เฉพาะที่ครอบคลุมอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง โดยอาจจะเป็นกลุ่มอาการ (syndrome) หรืออาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องหลายอย่างที่เราจะมาจากสาเหตุเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยมาด้วยประวัติว่ามีไข้มา 3 วัน พร้อมกับการมีผื่นแดงขึ้นตามตัว อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารไม่ได้ ตรวจร่างกายพบ generalized maculopapular rash อาจตั้งปัญหาว่าเป็น acute fever with rash เพราะเชื่อว่าอาการและอาการแสดงทั้งหมดที่กล่าวมาน่าจะมาจากสาเหตุเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งการตั้งปัญหาแบบนี้จะทำให้สามารถคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น มากกว่าการแยกเป็นทีละปัญหาตามอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การตั้งปัญหาแบบนี้จะขึ้นอยู่กับระดับความรู้และประสบการณ์ในการตรวจผู้ป่วยเป็นสำคัญ

- ◆ วิธีที่สอง เป็นการตั้งปัญหาต่าง ๆ ที่แยกออกจากกันตามอาการและอาการแสดงที่พบ เนื่องจากผู้ตรวจไม่แน่ใจว่าอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะมาจากสาเหตุเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการใจสั่นมา 1 สัปดาห์ ประจำเดือนออกน้อยมา 2 เดือน และน้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัมในเวลา 3 เดือน ตรวจร่างกายพบว่ามี tachycardia โดยไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ ผู้ตรวจอาจตั้งปัญหาแยกว่าผู้ป่วยรายนี้มี 3 ปัญหาคือ 1) acute palpitations 2) abnormal menstruation และ 3) significant weight loss

เป็นต้น ซึ่งการตั้งปัญหาแยกแบบนี้จะทำให้สามารถคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาผู้ป่วยได้ครบถ้วน โดยค่อย ๆ คิดวิเคราะห์ไปที่ละปัญหา ซึ่งการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบจะทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคในแต่ละปัญหาได้ และอาจพบว่ามีบางโรคที่สามารถเป็นสาเหตุของทั้ง 3 ปัญหาได้ ในขณะเดียวกัน ผู้ตรวจที่มีความรู้ และประสบการณ์ทางคลินิกมากขึ้น อาจมองเห็นได้ตั้งแต่ต้นว่าทั้ง 3 ปัญหาข้างต้นอาจมาจากสาเหตุเดียวกัน จึงอาจตั้งปัญหาของผู้ป่วยรายนี้แบบวิธีแรกเป็น acute palpitations with significant weight loss and abnormal menstruation ก็ได้ ซึ่งทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม หากในเวลาต่อมาพบว่าการหาข้อมูลเพิ่มเติมทำให้เชื่อว่าทั้ง 3 ปัญหาไม่น่าจะมาจากสาเหตุเดียวกันแล้ว ก็จำเป็นที่จะต้องกลับมาตั้งปัญหาแบบวิธีที่สองนี้ และใช้วิธีคิดเพื่อแก้ปัญหาแยกทีละปัญหาต่อไป

◆ การตั้งปัญหาผู้ป่วยทั้งสองวิธี อาจรวมถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ เช่น ประวัติอุบัติเหตุที่น้ำจะเกี่ยวข้อง การสูบบุหรี่ การมีประวัติโรคเบาหวาน วัณโรค โรคทางพันธุกรรม หรือโรคเมร็งในครอบครัว เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อยที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นใน 6 เดือน มีประวัติสูบบุหรี่วันละซองมา 20 ปี ตรวจร่างกายมีเสียง wheezing ที่ชายปอดทั้งสองข้าง สามารถตั้งปัญหาแบบวิธีแรกได้เป็น chronic progressive dyspnea with bilateral wheezing and history of heavy smoking เพื่อระบุว่า การสูบบุหรี่มานานในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สนับสนุนว่าอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) เป็นต้น ในทำนองเดียวกัน การตั้งปัญหาแบบวิธีที่สองอาจสามารถระบุได้ว่าปัญหาของผู้ป่วยคือ 1) chronic progressive dyspnea with bilateral wheezing และ 2) history of heavy smoking โดยระบุให้ชัดเจนว่าการสูบบุหรี่มานานของผู้ป่วยเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญด้วย แม้ว่าจะยังไม่ได้มาพิจารณาว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ 1 หรือไม่

◆ การตั้งชื่อปัญหาของผู้ป่วยให้จำเพาะและชัดเจน มีความสำคัญมากที่จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคในขั้นตอนต่อไป ซึ่งจะได้จำเพาะและชัดเจนแค่ไหนนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับระดับความรู้ และประสบการณ์ของผู้ตรวจด้วย อย่างไรก็ตาม ควรตั้งชื่อปัญหาให้จำเพาะ และชัดเจนมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการที่มีการเคลื่อนไหวของมือขวาผิดปกติ ที่ผู้ตรวจไม่สามารถระบุชนิดได้ชัดเจนจากการตรวจร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการตั้งชื่อปัญหาที่กว้างเกินไป เช่น ปัญหาทางระบบประสาท (neurological problem) เป็นต้น แต่ควรตั้งชื่อปัญหาว่า การเคลื่อนไหวผิดปกติของมือขวา (abnormal movement of right hand) เพื่อให้สามารถพิจารณาต่อในขั้นตอนต่อไปได้

4. การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis)

สำหรับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหา สิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในทางคลินิกคือความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม และครอบคลุมสำหรับแต่ละปัญหา การวินิจฉัยแยกโรคจำนวนหลายโรคในหนึ่งปัญหา ควรสามารถระบุได้ว่าโรคใดมีความเป็นไปได้มากที่สุด และโรคอื่น ๆ ที่เป็นไปได้รองลงมาเรียงลำดับ

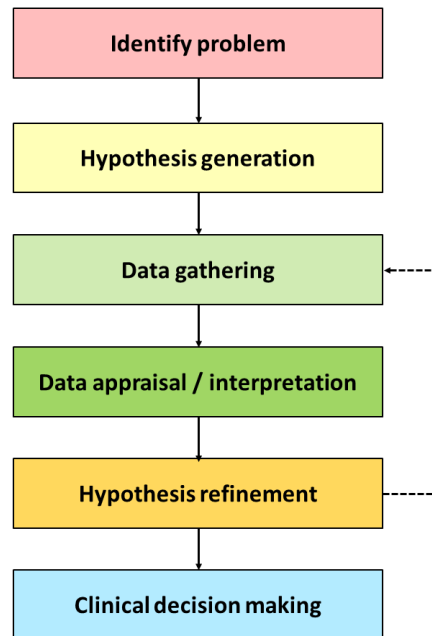
ไปตามความน่าจะเป็น และด้วยเหตุผลอะไร^(6,7) โดยใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายมาสนับสนุนหรือคัดค้านความเป็นไปได้ของแต่ละโรคที่ได้ทำการวินิจฉัยแยกโรคไว้ ยิ่งไปกว่านั้น การคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ของแต่ละปัญหา จะทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคปัญหาอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายเดียวกันได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาท้องโตมา 1 เดือน ตรวจร่างกายพบ ascites และอาการแสดงของโรคตับเรื้อรัง (stigmata of chronic liver disease) จึงตั้งปัญหาว่าผู้ป่วยมี decompensated cirrhosis และทำการวินิจฉัยแยกโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของ decompensated cirrhosis ในผู้ป่วยรายนี้ ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยมีปัญหาที่ 2 คืออาการเพ้อ และสับสนในเวลาต่อมา ซึ่งถ้าคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ในผู้ป่วยที่มี decompensated cirrhosis ไว้แต่แรก จะสามารถวินิจฉัยแยกโรคปัญหาที่ 2 ได้ทันทีว่าผู้ป่วยรายนี้อาจมี hepatic encephalopathy เป็นต้น

การวางแผนตรวจทางห้องปฏิบัติการ (plan of investigation) การตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังจากที่ได้วินิจฉัยแยกโรคแล้ว มักจะมีวัตถุประสงค์สามอย่างคือ (1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและ/หรือวินิจฉัยเพิ่มเติมให้จำเพาะเจาะจงมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการทำหัตถการเพื่อให้ได้สิ่งส่งตรวจด้วย (2) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคที่วินิจฉัยเพื่อบอกการพยากรณ์ (prognosis) ของโรค และ (3) เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการรับการรักษา สิ่งที่สำคัญคือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยทุกครั้งควรเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับโรคที่สงสัย และอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรค เมื่อได้วางแผนว่าจะต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอะไรบ้างแล้ว ต้องจัดลำดับความสำคัญของการตรวจโดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ความเร่งด่วน ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วย และเวลาที่จะต้องใช้เวลาเพื่อให้ได้ผลการตรวจ ในทางคลินิกพบว่าการตรวจเพิ่มเติมที่ให้ประโยชน์สูงและมีค่าใช้จ่ายต่ำคือการกลับไปซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ยังขาดไป

วิธีในการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ

วิธีในการแก้ปัญหาทางคลินิกเพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคจากปัญหาที่ได้ตั้งไว้ ประกอบด้วย 2 วิธีหลัก ๆ คือ

1. **วิธีการเชิงวิเคราะห์ (analytical method)** โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า hypothetico-deductive (H-D) method^(1,2,6-8) หรือที่ในทางคลินิกมักจะเรียกว่า “clinical approach”
2. **วิธีการที่ไม่ใช่เชิงวิเคราะห์ (non-analytical method)** โดยใช้วิธีการจดจำรูปแบบที่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ หรือที่ในทางคลินิกมักจะเรียกว่า “pattern recognition” หรือ “spot diagnosis”



ภาพที่ 1-1 วิธีการในการแก้ปัญหาแบบ hypothetico-deductive (H-D) method (clinical approach)
วาดภาพโดย : สมนึก สังฆานภาพ

Hypothetico-deductive (H-D) method หรือ “clinical approach”

H-D method หรือ “clinical approach” เป็นวิธีการในการแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยให้การให้เหตุผลทางคลินิกเป็นกระบวนการในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย และการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ไม่ใช่ใช้วิธีการจำรูปแบบ และสามารถแก้ปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสถานะที่มีผู้ป่วยมาด้วยอาการนำทางคลินิกที่หลากหลาย^(1,2) โดย H-D method มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 1-1)

- ◆ ระบุปัญหาของผู้ป่วย (identify problem) โดยใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่สามารถอธิบายปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างกระชับและครอบคลุม
- ◆ การสร้างสมมติฐาน (hypothesis generation) โดยการคิดถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ของปัญหาผู้ป่วย ลักษณะของการวินิจฉัยแยกโรค
- ◆ การรวบรวมข้อมูล (data gathering) โดยค้นหาความรู้เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงการซักประวัติตรวจร่างกายเพิ่มเติม การทำหัตถการ และ/หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาใช้ในการยืนยันการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค
- ◆ การประเมินและแปลผลข้อมูล (data appraisal/interpretation) ที่ได้มาทั้งหมด เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ได้อย่างถูกต้อง
- ◆ การปรับแต่งสมมติฐาน (hypothesis refinement) โดยคิดถึงสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดของปัญหาผู้ป่วยหลังจากที่ได้แปลผลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาเพิ่มเติม ในกรณียังไม่สามารถยืนยันสมมติฐาน

ที่สร้างไว้ได้ อาจต้องกลับไปขั้นตอนก่อนหน้านี้สองขั้นตอนอีกครั้ง คือการหาข้อมูลเพิ่มเติม และการแปลผลข้อมูลใหม่⁽¹⁾ ส่วนในกรณีที่สามารถยืนยันสมมติฐานที่ตั้งไว้ได้ ก็สามารถไปขั้นตอนสุดท้ายต่อไปได้

◆ การตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision making) ซึ่งในที่นี้คือการให้การวินิจฉัยโรคที่เป็นไปได้มากที่สุด

ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 1 และการใช้ H-D method

เด็กชายอายุ 12 ปี มาด้วยไข้และผื่นมา 2 วัน โดยก่อนหน้านี้แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว จนเมื่อ 2 วันก่อนเริ่มมีไข้ต่ำ ๆ ตอนต้นนอน รับประทานอาหารได้น้อยลง และนอนทั้งวัน ตอนบ่ายมีผื่นขึ้นตามตัว และ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูงขึ้น และพบว่ามีจำนวนผื่นตามตัวเพิ่มขึ้น และบางผื่นกลายเป็นตุ่มใส

◆ ระบุปัญหาของผู้ป่วย : acute fever with rash

◆ สร้างสมมติฐาน : น่าจะมีสาเหตุจากโรคติดเชื้อ (มากกว่าโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ) เพราะมีไข้ในระยะเวลายาว ๆ มีไข้สูง และมีผื่นตามตัวที่ขึ้นพร้อม ๆ กับไข้

◆ รวบรวมข้อมูล : ชักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีเพื่อนที่โรงเรียนป่วยคล้าย ๆ กันคือมีไข้และผื่นเมื่อสัปดาห์ก่อน และขาดเรียนไปหลายวัน ผู้ป่วยเริ่มมีผื่นตามลำตัวก่อน และผื่นที่ขึ้นก่อนกลายเป็นตุ่มใส ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือรับประทานยาชนิดใดก่อนที่จะมีผื่นขึ้น ตรวจร่างกายพบว่ามีลักษณะผื่นเป็น generalized erythematous papules/vesicles, multiple stages ไม่มีตาแดง ปากเปื่อยหรือผิวหนังลอกตามมือและเท้า ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

◆ แปลผลข้อมูล : ประวัติเพื่อนที่โรงเรียนที่ป่วยเหมือนกันทำให้สงสัยโรคติดต่อ ผู้ป่วยมีผื่นทั้งตัวตามหลังไข้อย่างในวันเดียวกันทำให้สงสัย systemic infection มากกว่า localized infection ลักษณะผื่นขึ้นตามลำตัวก่อน และมีทั้ง papules และ vesicles แบบ multiple stages เป็นลักษณะของโรคติดเชื้อไวรัสบางชนิด

◆ ปรับแต่งสมมติฐาน : acute viral infection with papulovesicular rash

◆ การวินิจฉัยโรคที่เป็นไปได้มากที่สุด : ไข้มสุกใส (chickenpox)

ในกรณีถ้าผู้ป่วยไม่ได้มีข้อมูลที่มากพอหรือชัดเจนพอที่จะมายืนยันสมมติฐาน ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะผื่นไม่ชัดเจน อาจจะต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมและการแปลผลข้อมูลใหม่ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิด เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการยืนยันสมมติฐานที่ปรับแต่งใหม่อีกครั้ง

Pattern recognition หรือ “spot diagnosis”

Pattern recognition เป็นการแก้ปัญหาทางคลินิกโดยไม่ได้มีการวิเคราะห์ แต่ใช้วิธีการจดจำรูปแบบที่จำเพาะในบางโรค ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว แต่ในทางคลินิกนั้นมีความจำเป็นที่โรคเท่านั้นที่มีรูปแบบจำเพาะที่สามารถวินิจฉัยได้ นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ทางคลินิก และขึ้นอยู่กับความจำในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่จำเป็นต้องใช้ วิธีการแบบ pattern recognition จึงไม่สามารถทดแทนวิธีคิดในการแก้ปัญหาแบบ H-D method หรือ “clinical approach” ได้⁽⁹⁾

ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2 และการใช้ pattern recognition

ผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี มาด้วยอาการมีผื่นแดงที่หลังและรู้สึกเจ็บ มา 3 วัน ตรวจร่างกายพบผื่นบริเวณหลังด้านขวาดังภาพที่ 1-2



ภาพที่ 1-2 ลักษณะผื่นที่หลังของผู้ป่วยรายที่ 2

ถ่ายภาพโดย : สมนึก สังฆานุภาพ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะของผื่นที่เป็น papulovesicular rash ที่เรียงตัวไปตาม dermatome ของระดับ T10 และผู้ป่วยมีอาการเจ็บที่บริเวณผื่น ทำให้สามารถวินิจฉัยได้ทันทีว่าเป็น herpes zoster และมีโอกาสที่จะเป็นอย่างอื่นได้น้อยมาก อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ตรวจไม่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ herpes zoster และลักษณะผื่นที่จำเพาะแบบนี้ ก็ไม่สามารถวินิจฉัยแบบ pattern recognition ได้

สรุป

การแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบมีข้อดีหลายประการเมื่อเทียบกับวิธีการอื่นในการแก้ปัญหาทางคลินิก *ประการแรก* การแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบสามารถนำไปใช้กับปัญหาทางคลินิกที่ระดับความซับซ้อนใดก็ได้ และใช้ได้กับกรณีที่ได้ข้อมูลมาเพียงเบื้องต้น การแก้ปัญหาโดยส่วนใหญ่จะประกอบด้วย การวินิจฉัยแยกโรคพร้อมแผนการตรวจเพิ่มเติมร่วมด้วย *ประการที่สอง* การแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างเป็นระบบมีข้อได้เปรียบด้านการศึกษา ตัวอย่างเช่น สามารถประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์

ในรายละเอียด โดยการเปรียบเทียบวิธีแก้ปัญหที่นักศึกษาใช้ และติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีประสบการณ์การเรียนรู้มากขึ้น การแก้ปัญหทางคลินิกอย่างเป็นระบบจะส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างความรู้ของทั้งนักศึกษา และผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหทางคลินิก นอกจากนี้ การแก้ปัญหทางคลินิกอย่างเป็นระบบของผู้เชี่ยวชาญจะทำให้นักศึกษาได้รับรู้แนวทางการปัญหาของผู้ป่วยได้ทันที และจะพัฒนาทักษะได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อได้เห็นการแก้ปัญหทางคลินิกอย่างเป็นระบบซ้ำ ๆ *ประการสุดท้าย* หากนำการแก้ปัญหทางคลินิกอย่างเป็นระบบไปใช้ในสถานพยาบาลอย่างมืออาชีพ จะสามารถทำให้การบันทึกกรณีศึกษา การติดตามความคืบหน้าของผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ทำได้ดีขึ้น รายการปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมให้เป็นปัจจุบันในระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นการสรุปที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์จากหลายสาขาวิชามีส่วนร่วมในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลอาจทำได้ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากปัญหาของผู้ป่วย (แทนที่จะเป็นแค่โรคที่วินิจฉัย) เป็นจุดศูนย์กลางของการวางแผนการดูแลรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Mark DB, Wong JB. Decision-making in clinical medicine. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. McGraw Hill; 2022.
2. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical Problem Solving. An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge, MA/London, U.K.: Harvard University Press, 1978.
3. Custers EJ, Stuyt PM, De Vries Robbé PF. Clinical problem analysis (CPA): a systematic approach to teaching complex medical problem solving. Acad Med 2000; 75: 291-7.
4. Norman GR. Problem-solving skills, solving problems and problem-based learning. Med Educ 1988; 22: 279-86.
5. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278: 593-600.
6. Eddy DM, Clanton CH. The art of diagnosis: solving the clinicopathological exercise. N Engl J Med 1982; 303: 1263-8.
7. Fulop M. Teaching differential diagnosis to beginning clinical students. Am J Med 1985; 79: 745-9.
8. Kassirer JP. Diagnostic reasoning. Ann Intern Med 1989; 110: 893-900.
9. Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. Med Educ 2007; 41: 1140-5.

อาการสำคัญทางคลินิก

Chief Complaint

สมนึก สังขานุกาพ

บทที่
2

การใช้เหตุผลทางคลินิกในการวินิจฉัยทางการแพทย์เริ่มต้นที่อาการสำคัญ เพราะเป็นจุดสนใจในการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญซึ่งใช้ในการคิดวิเคราะห์ถึงโรคที่เป็นสาเหตุ⁽¹⁾ อาการสำคัญคืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ผู้ซักประวัติคนแรกจึงเป็นคนที่สำคัญที่จะซักให้ได้ประวัติที่ถูกต้องว่าอาการสำคัญของผู้ป่วยคืออะไร ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหลายอย่างหรือมีประวัติเจ็บป่วยอันยาวนาน ผู้ซักประวัติจะต้องระบุให้ได้ว่าอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลคืออาการใด เพราะนั่นจะเป็นอาการที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด⁽²⁾ การระบุอาการสำคัญมักจะมีเพียงอาการเดียวและต้องระบุระยะเวลาที่เริ่มมีอาการนั้นจนถึงวันที่มาโรงพยาบาล เช่น “ปวดศีรษะ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล” เป็นต้น ในบางกรณีที่พบไม่บ่อย ผู้ป่วยอาจมีอาการสำคัญ 2-3 อาการ เนื่องจากเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันและเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยพอ ๆ กัน เช่น “ไข้และผื่นขึ้นมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล” หรือ “ไข้ ไอ หอบ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล” เป็นต้น

อาการสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อย

อาการสำคัญทางคลินิกที่แพทย์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิกำเนิด พยาธิสรีรวิทยา สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ และปฏิบัติรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ตามประกาศแพทยสภา เรื่องเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012)⁽³⁾ ได้สรุปไว้ในตารางที่ 2-1 โดยจัดกลุ่มอาการสำคัญตามระบบสรีรวิทยาของร่างกายที่น่าจะเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญแต่ละอาการ อย่างไรก็ตาม บางอาการสำคัญอาจมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของระบบอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มาอาการเป็นลมหมดสติแบบ syncope ที่สาเหตุสำคัญมักเกิดจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบประสาทหรือระบบต่อมไร้ท่อได้ เป็นต้น

ตารางที่ 2-1 อาการสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อย

ระบบสรีรวิทยา	อาการสำคัญ
ทั่วไปที่ไม่จำเพาะ	ไข้ (fever)
	อ่อนเพลีย (fatigue)
	น้ำหนักเปลี่ยนแปลง (weight change)
ระบบประสาท	การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (alteration of consciousness)
	สับสน (confusion) และเพ้อ (delirium)
	ปวดศีรษะ (headache)
	เวียนศีรษะ (dizziness)
	การชัก (seizure)
	การสั่น (tremor) และการเคลื่อนไหวผิดปกติ (abnormal movement)
	อ่อนแรง (weakness) และชา (numbness)
ระบบหัวใจ และระบบทางเดินหายใจ	เป็นลมหมดสติ (syncope)
	เจ็บหน้าอก (chest pain)
	ใจสั่น (palpitations)
	ความดันเลือดสูง (hypertension)
	ความดันเลือดต่ำ (hypotension)
	หายใจลำบาก (dyspnea)
	ไอ (cough) และไอเป็นเลือด (hemoptysis)
ระบบทางเดินอาหารและตับ	ตัวเหลือง ตาเหลือง (jaundice)
	กลืนลำบาก (dysphagia)
	ท้องบวมโต (abdominal swelling)
	ปวดท้อง (abdominal pain)
	เลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding)
	ท้องเสีย (diarrhea)
	ท้องผูก (constipation)

ตารางที่ 2-1 อาการสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อย (ต่อ)

ระบบสรีรวิทยา	อาการสำคัญ
ระบบทางเดินปัสสาวะ	บวม (edema)
	ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) และปัสสาวะไม่ออก (anuria)
	ปัสสาวะลำบาก (difficulty urinating)
	ปัสสาวะออกมาก (polyuria)
กระดูกและข้อ	ปวดหลังส่วนล่าง (low back pain)
	ปวดข้อ (joint pain)
โลหิตวิทยา	ซีด (pallor)
	เลือดออกง่าย (bleeding tendency)
	ต่อมน้ำเหลืองโต (lymph node enlargement)
ระบบอื่น ๆ	ผื่น (rash)
	ก้อนที่เต้านม (breast mass)
	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (abnormal vaginal bleeding)
	แผลบริเวณอวัยวะเพศ (genital ulcer)
	นอนไม่หลับ (insomnia)

เรียบเรียงโดย : สมนึก สังขานภาพ

การใช้อาการสำคัญในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการแก้ปัญหาทางคลินิก แม้ว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดจะทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วย แต่ถ้าขาดข้อมูลจำเพาะที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่มาด้วยอาการที่แตกต่างกัน อาจทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ การใช้อาการสำคัญของผู้ป่วยเป็นตัวนำทางในการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีเวลาจำกัดหรือมีความฉุกเฉินเร่งรีบ^(2,5) ผู้ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยจะต้องมีโครงความคิดว่าอาการสำคัญของผู้ป่วยรายนั้น ๆ มีโอกาสที่จะเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง โดยคิดอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงอายุ 32 ปีมาด้วยอาการสำคัญคือมีไข้ต่ำ ๆ มานาน 6 สัปดาห์ ผู้ซักประวัติจะต้องมีแนวคิดในระหว่างการรวบรวมข้อมูลว่าปัญหาของผู้ป่วยอาจเกิดจากสาเหตุในกลุ่ม

โรคติดเชื้อหรือกลุ่มที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยได้เล่าอย่างอิสระถึงรายละเอียดของอาการเจ็บป่วยปัจจุบันแล้ว ผู้ซักประวัติควรถามถึงอาการต่าง ๆ ที่จะทำให้ได้ข้อมูลในการใช้คิดวิเคราะห์หาปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ น่าจะเกิดจากสาเหตุในกลุ่มโรคติดเชื้อหรือกลุ่มที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ ถ้ามีอาการที่ทำให้สงสัยว่าน่าเป็นโรคติดเชื้อ ควรถามต่อถึงอาการที่จะทำให้คิดวิเคราะห์ต่อว่าเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ (localized infection) หรือการติดเชื้อทั่วทั้งตัว (systemic infection) ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่ทำให้สงสัยว่าน่าจะเป็นกลุ่มที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ ควรถามต่อถึงอาการที่จะทำให้คิดวิเคราะห์ต่อได้ว่าน่าจะเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบ (inflammation) โดยเฉพาะโรคภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune disease) เป็นโรคในกลุ่มมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือเป็นโรคในกลุ่มเมแทบอลิซึม เช่น โรคไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) เป็นต้น

สรุป

การซักประวัติให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องว่าอาการสำคัญของผู้ป่วยในแต่ละรายคืออะไรมีความสำคัญ เพราะต้องใช้อาการสำคัญของผู้ป่วยเป็นตัวนำทางในการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด นอกจากนี้ การใช้อาการสำคัญเป็นโครงในการตั้งรายการปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้สามารถแก้ปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยได้ตรงจุด แพทย์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญทางคลินิกที่พบบ่อย รวมถึงพยาธิกำเนิด พยาธิสรีรวิทยา และหลักในการวินิจฉัยแยกโรคของอาการสำคัญเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mark DB, Wong JB. Decision-making in clinical medicine. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. McGraw Hill; 2022.
2. Nierenberg R. The chief complaint driven medical history: implications for medical education. Int J Med Educ 2017; 8: 205-6.
3. แพทยสภา. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. [เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tmc.or.th>
4. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med 2006; 355: 2217-25.
5. Shah N. Taking a history: Introduction and the presenting complaint. BMJ 2005; 331: 0509314.

ส่วนที่ 2

อาการทั่วไปที่ไม่จำเพาะ



ไข้ เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ เป็นอาการที่อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น มะเร็ง โรคแพ้ภูมิตัวเอง (autoimmune disease) ภาวะอักเสบบางชนิด ยา หรือสาเหตุอื่น ๆ⁽¹⁾ ไข้จึงเป็นอาการที่บางครั้งมีความยากกว่าการคิดหาสาเหตุโรคจากอาการหรืออาการแสดงอื่น ๆ เนื่องจากมีสาเหตุได้หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การใช้เพียงประวัติและการตรวจร่างกาย มักจะเพียงพอในการวินิจฉัยสาเหตุของไข้ที่ไม่ซับซ้อนได้ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ การเลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจภาพรังสีเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัย ควรเป็นไปตามความน่าจะเป็นจากการวินิจฉัยแยกโรคที่ได้จากการใช้ข้อมูลประวัติ และการตรวจร่างกายอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยรายที่ 3-1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 17 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการ มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น 1 วัน รับประทานยาลดไข้แล้วไข้ลงเล็กน้อย สักพักไข้ก็ขึ้นใหม่ ปวดศีรษะเล็กน้อย เบื่ออาหาร และรับประทานได้น้อย ปวดข้อไหล่ทั้ง 2 ข้าง ต่อมาเริ่มมีอาการปวดบริเวณด้านหลังของเข่าทั้ง 2 ข้าง และข้อมือข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยไม่มีอุบัติเหตุมาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ น้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปัสสาวะแสบขัด ผื่นผื่นหนัง ผื่นแพ้แสง หรือแผลในปาก ไม่มีโรคประจำตัวหรือใช้ยาใดเป็นประจำ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้เดินทางออกจากสมุทรปราการ ไม่ได้ย่ำน้ำ มีเพศสัมพันธ์กับแฟนผู้หญิงคนเดียว และป้องกันโดยการใส่ถุงยางอนามัยตลอด เป็นนักกีฬาฟุตบอลของโรงเรียน ไม่มีสัตว์เลี้ยง ที่บ้านอยู่กับพ่อแม่ พี่ชาย และน้องสาว แม่เริ่มมีไข้เข้านี้

ตรวจร่างกายพบอุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 105/64 มม.-ปรอท หายใจ 24 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี ไม่ซึม ไม่เหลือง คลำได้ posterior cervical lymph node ด้านขวา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 ซม. จำนวน 2 ต่อมน ไม่มีแผลในปาก ไม่มีคอแดง ต่อมนทอนซิลปกติ เสียงหายใจ และเสียงหัวใจปกติ ตรวจหน้าท้องไม่มีตับม้ามโต ไม่มีกดเจ็บที่บริเวณตับ ไม่มีก้อนหรือ