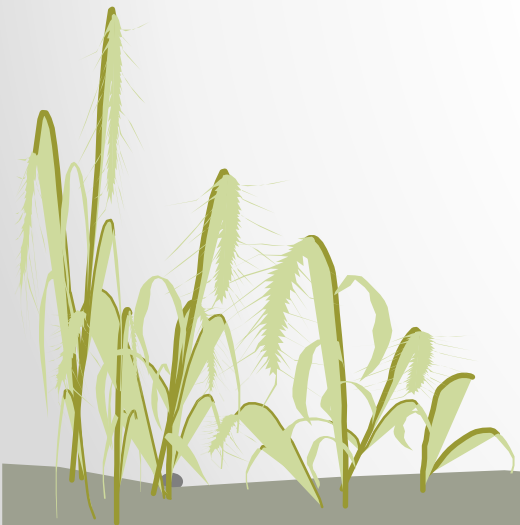


บทที่ ๔

การวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยด้านอายุรกรรม ด้านสูติกรรมและนรีเวชกรรม

เยี่ยม คงเรืองราช

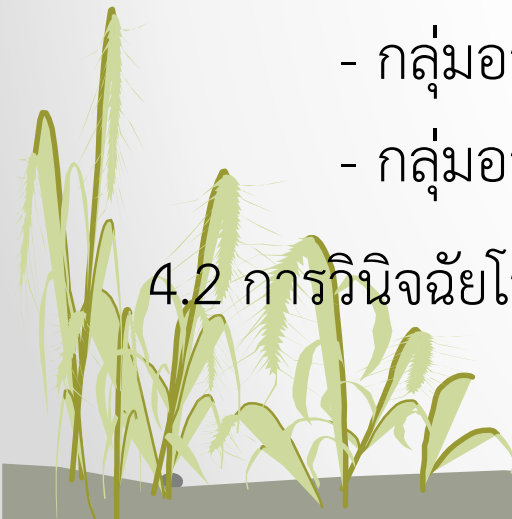


TOPIC

4.1 การวินิจฉัยโรคตามกลุ่มอาการที่พบ

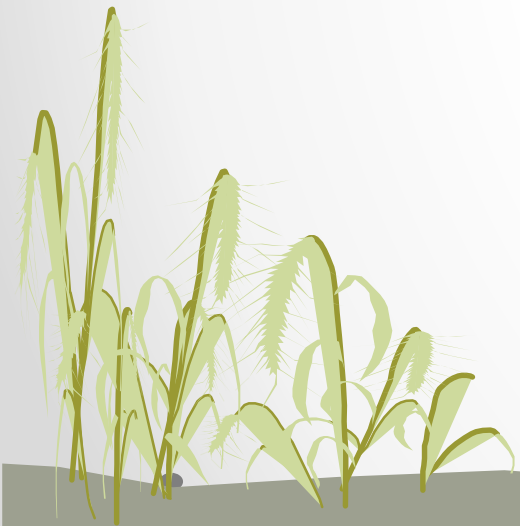
- กลุ่มอาการไข้
- กลุ่มอาการปวดศีรษะ
- กลุ่มอาการปวดท้อง
- กลุ่มอาการหายใจลำบาก
- กลุ่มโรคผิวหนัง
- กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร
- กลุ่มอาการในทางเดินปัสสาวะและ ระบบสืบพันธุ์

4.2 การวินิจฉัยโรคติดต่อตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข

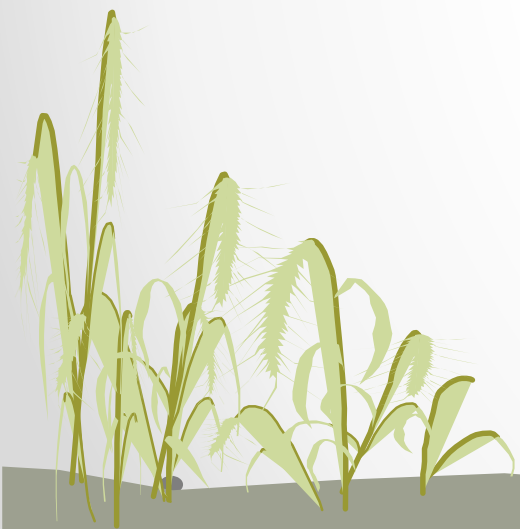


กลุ่มอาการไข้

- Fever
- Pyrexia
- febrile
- hyperthermia



- ไข้ หรือ อาการตัวร้อน (Fever หรือ Pyrexia) เป็นอาการไม่ใช่โรค



- อุณหภูมิปกติของร่างกาย คือ 37 องศาเซลเซียส
- สามารถแปรเปลี่ยนได้เสมอเป็นปกติประมาณ 0.5-1 องศาเซลเซียส ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ช่วงเวลาของวัน (อุณหภูมิร่างกายจะต่ำสุดในช่วงประมาณ 6 โมงเช้าและจะสูงสุดในช่วงประมาณ 4 โมงเย็น) อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม, การออกกำลังกาย, การใส่เสื้อผ้าหนา ๆ, ในผู้หญิงช่วงตกไข่, ความเครียด



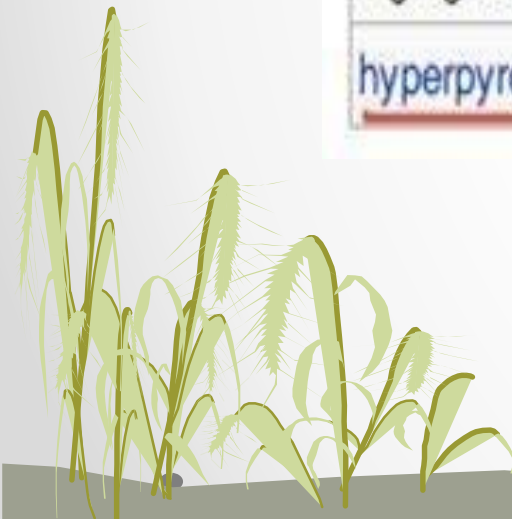
ระดับของไข้



1. ไข้ต่ำ (Low fever) มีอุณหภูมิระหว่าง 37.5 – 38.4 องศาซ.
2. ไข้ปานกลาง (Moderate fever) มีอุณหภูมิระหว่าง 38.5 – 39.4 องศาซ.
3. ไข้สูง (High fever) มีอุณหภูมิระหว่าง 39.5 – 40.5 องศาซ.
4. ไข้สูงมาก (Hyperpyrexia) มีอุณหภูมิตั้งแต่ 40.5 องศาซ. ขึ้นไป

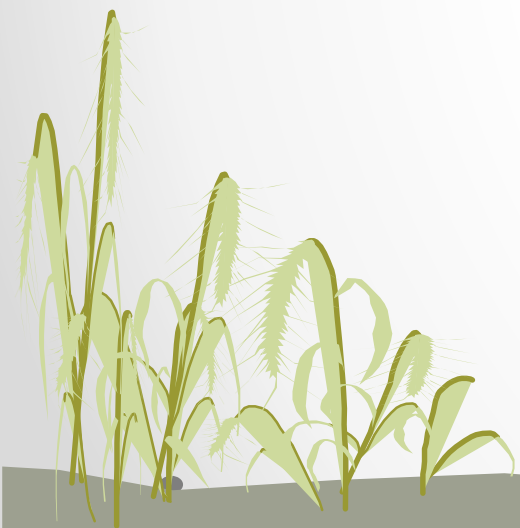
Fever classification

Grade	Temperature in rectum, vagina, or ear (core temp.)		Temperature in mouth (oral temp.)		Temperature under the arm (axillary temp.)	
	°C	°F	°C	°F	°C	°F
low grade	38-39	100.0-102.2	37.2-38.2	99-100.8	36.8-37.8	98.4-100.2
moderate	39-40	102.2-104.0	38.2-39.2	100.8-102.6	37.8-38.8	100.2-102
high-grade	40-41.1	104.0-106.0	39.2-40.3	102.6-104.6	38.8-39.9	102-104
<u>hyperpyrexia</u>	>41.1	>106.0	>40.3	>104.6	>39.9	>104



ระยะเวลาของไข้

- เฉียบพลัน (acute) – ระยะเวลาที่มีไข้ไม่เกิน 7-14 วัน (common < 7 วัน)
- กึ่งเฉียบพลัน (subacute) – ระยะเวลาที่มีไข้ 14- 21 วัน
- เรื้อรัง (chronic) – ระยะเวลาที่มีไข้ > 21 วัน



ชนิดหรือลักษณะของไข้ (Fever Pattern)

1. **ไข้เว้นระยะ (Intermittent Fever)** อุณหภูมิของร่างกายจะสูงกว่าปกติแล้วลดต่ำถึงระดับปกติแล้วขึ้นไปใหม่ อุณหภูมิขึ้น ๆ ลง ๆ ภายใน 24 ชั่วโมง เป็นตอน ๆ หรือตอนเย็น มักพบในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เช่น ฝีหนอง (Abscess) หรือใน Lymphoma
2. **ไข้เป็น ๆ หาย ๆ (Remittent Fever)** ไข้ขึ้นสลับกับไข้ลงในแต่ละวัน แต่ไข้ลงไม่ถึงระดับปกติ พบได้บ่อยในการติดเชื้อในกระแสโลหิต การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อมีหนองในช่องท้อง ช่องอก



ชนิดหรือลักษณะของไข้ (Fever Pattern)

3. **ไข้คงที่ / ไข้สูงลอย** (Constant, Continuous, Sustained Fever) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าระดับปกติตลอดเวลา อุณหภูมิคงที่หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ห่างกันไม่เกิน 1-2 องศาเซลเซียส มักพบในผู้ป่วยไข้รากสาด (typhoid) ปอดอักเสบจากเชื้อ pneumococci และในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมองแล้วมีผลต่อไฮโปธาลามัส

4. **ไข้กลับ** (Relapsing Fever) อุณหภูมิของร่างกายจะสูงอยู่หลายวัน และอาจมีอุณหภูมิลดลงอยู่ในระดับปกติอีกหลายวัน แล้วกลับมามีไข้ใหม่ พบได้ในมาลาเรีย



Fever

มากกว่าร้อยละ 90

Infectious Causes

- Localized infection
- Systemic infection

น้อยกว่าร้อยละ 10

Non-infectious causes

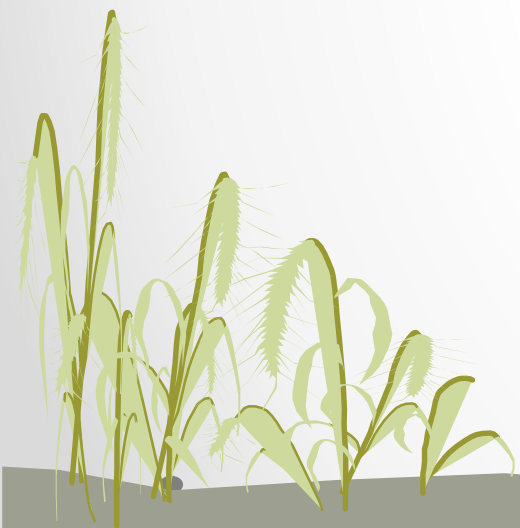
- Autoimmune diseases
- Malignancies
- Others: drug allergy etc.

การติดเชื้อเฉพาะที่ที่พบบ่อย

โรคติดเชื้อตามระบบ	ตัวอย่างอาการ	ตัวอย่างอาการแสดง
URI	ไข้ เจ็บคอ น้ำมูก	Injected tonsils
Pneumonia	ไข้ ไอ หอบ มีเสมหะ	Lung - crepitation
Endocarditis	ไข้ หอบ บวมหน้า	New murmur
Peritonitis	ไข้ ปวดท้อง	Diffuse tender
Skin soft tissue infection	ไข้ ผื่น ผิวน้ำ	Pustules, vesicles, bleb
Urinary tract infection	ไข้ ปัสสาวะ แสบขัด ชุ่น	CVA - tender

การติดเชื้อเฉพาะที่หลายตำแหน่ง

โรคติดเชื้อ	ตัวอย่าง
Staphylococcus dissemination	Lung, joint, brain
Melioidosis (<i>Burkholderia pseudomallei</i>)	Lung, joint, liver & spleen

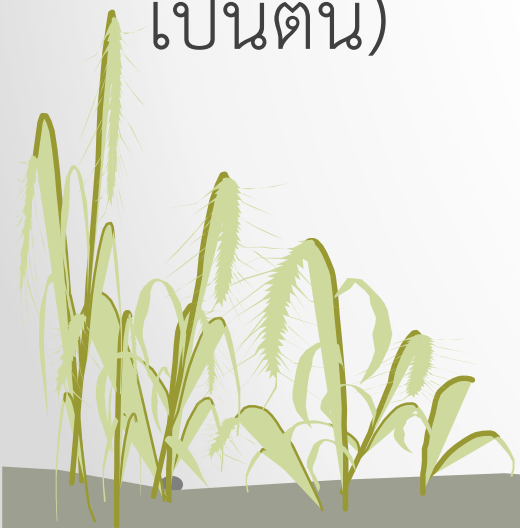


การติดเชื้อที่มีอาการหลายระบบ (systemic infection)

- มี **constitutional symptoms** เด่น – ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ อ่อนล้า
- ตรวจร่างกาย ไม่พบความผิดปกติเฉพาะที่ใดชัดเจนหรือมี ผิดปกติหลายตำแหน่ง มีผื่นผิวหนังแบบ **maculopapular** หรือ **eschar**
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ – ไม่จำเพาะ
(มักใช้การตรวจทางภูมิคุ้มกัน เช่น การตรวจ **Antibody** ช่วยในการวินิจฉัย)
- ไม่พบฝีหนอง ในตำแหน่งที่ติดเชื้อ ย้อมสารคัดหลั่งไม่พบเชื้อ
- เพาะเชื้อไม่ขึ้น ใช้การตรวจ **serology** ในการวินิจฉัย

สาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อยของการเกิดอาการไข้

1. การติดเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ จากเชื้อไวรัส (เช่น โรคหวัด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้เลือดออก โรคหัด ไข้หวัดนก อีสุกอีใส โรคมือเท้าปาก งูสวัด เริม เป็นต้น) และจากเชื้อแบคทีเรีย (เช่น ไข้ไทฟอยด์ โรคไข้จับสั่น โรคฉี่หนู โรคไอกรน โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น)



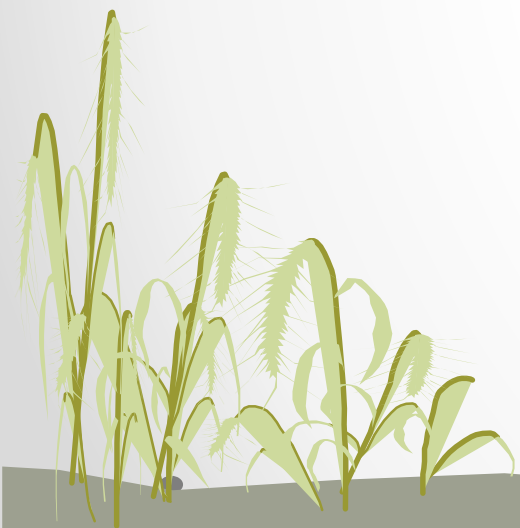
สาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อยของการเกิดอาการไข้

2. เป็นโรคภูมิต้านตนเอง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคมะเร็ง เกิดการได้รับบาดเจ็บหรือมีบาดแผล การผ่าตัด การที่ร่างกายขาดน้ำ (เช่น อุจจาระร่วง อุณหภูมิภายนอกร่างกายสูงมากๆ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก) การแพ้ยา การที่ร่างกายทำปฏิกิริยากับสิ่งแปลกปลอม (เช่น หลังการฉีดวัคซีน) หรือเป็นปฏิกิริยาจากการใช้ยาบางชนิด



สาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อยของการเกิดอาการไข้

3. ไข้โดยที่ตรวจไม่พบสาเหตุ เรียกว่า **เอฟยูโอ** (Fever of unknown origin - FUO) หรือ **พียูโอ** (Pyrexia of unknown origin - PUO)



ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

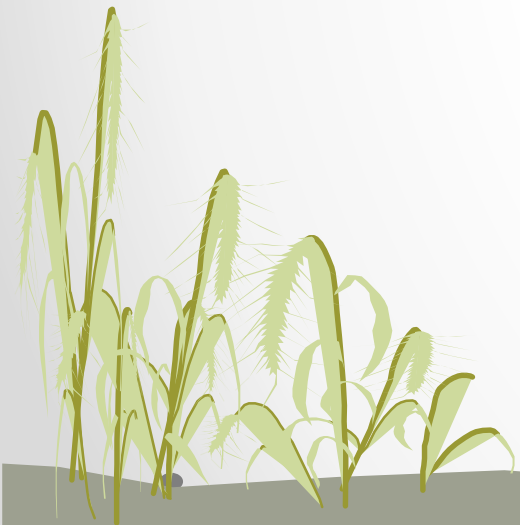
1.อายุ

- อุณหภูมิร่างกายเด็กมีการเปลี่ยนแปลง ไม่มั่นคง ทั้งนี้เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายยังทำงานไม่เต็มที่จนกว่าจะถึงวัยผู้ใหญ่
- การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจึงมีผลต่ออุณหภูมิร่างกายเด็ก
- **ผู้สูงอายุ**เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และไขมันมีน้อย และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง ทำให้**อุณหภูมิร่างกายต่ำ** เสี่ยงต่อภาวะ **Hypothermia** ได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

2. ช่วงเวลาระหว่างวัน

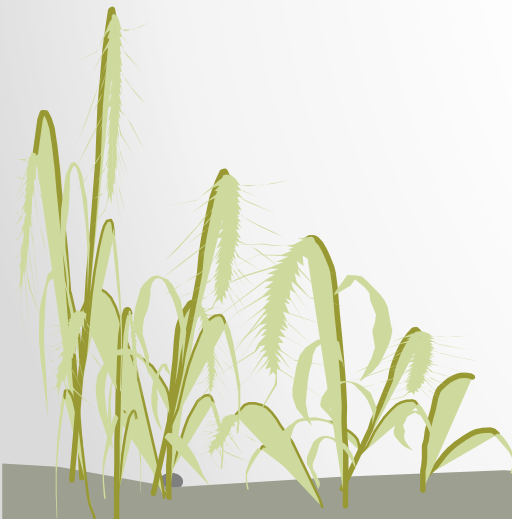
- อุณหภูมิร่างกายปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดทั้งวัน เปลี่ยนแปลงได้มากถึง 1.0°C (1.8°F)
- ระหว่างช่วงเช้าและช่วงบ่าย ๆ อุณหภูมิสูงสุดระหว่าง 8.00 PM และ 12.00 PM) และต่ำสุดช่วงที่นอนหลับ 4.00–6.00 AM .



ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

3.Hormone

- เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายมากกว่าเพศชาย
- ในรอบของการมีประจำเดือน จะมีการหลั่งฮอร์โมน Progesterone มากในระยะเวลาที่มีการตกไข่ (ovulation) ซึ่งจะเพิ่มอุณหภูมิภายในร่างกาย 0.3- 0.5 C (0.6 - 1.0 F)

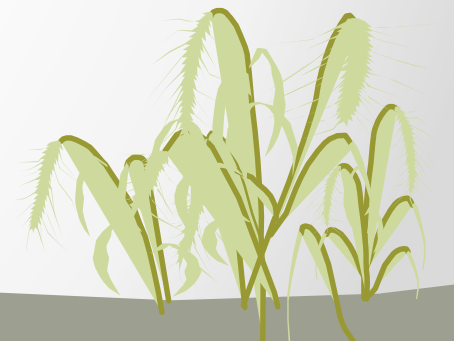
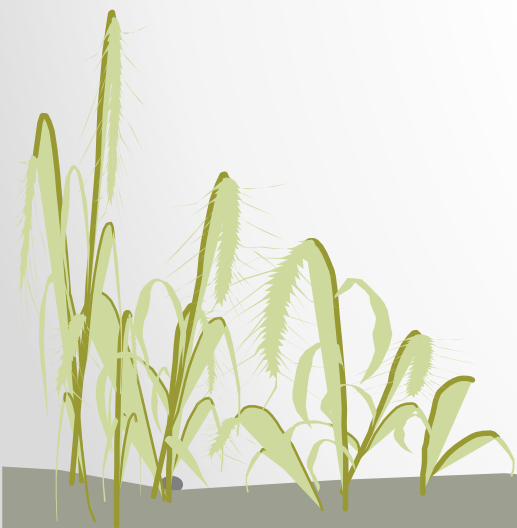


ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

4. Stress

- ผู้ที่มีความเครียดจะทำให้ไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) เพิ่มการหลั่ง Epinephrine และ nor-epinephrine ซึ่งจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ (BMR) จึงมีผลทำให้มีการผลิตความร้อนเพิ่มมากขึ้น

5. Environment อุณหภูมิมากที่สุดของสภาพแวดล้อม สามารถเพิ่มหรือลดอุณหภูมิของร่างกายได้ ถ้าร่างกายสัมผัสอุณหภูมิแวดล้อมที่เย็น, ร้อนเป็นเวลานาน



ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

6.Exercise การออกกำลังกายอย่างหนัก ซึ่งมีผลเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscular activity) อัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ (Metabolic rate) จึงมีผลทำให้มีการผลิตความร้อนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง

7.Infection กระบวนการติดเชื้อจาก Bacteria, virus fungi หรือ micro-organisms อื่น ๆ ส่งผลให้มีการหลั่ง endogenous pyrogens ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิภายในร่างกาย

8.ภาวะโภชนาการ (nutrition)

- คนผอมมากจะมีเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังน้อย fat น้อย ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายต่ำได้



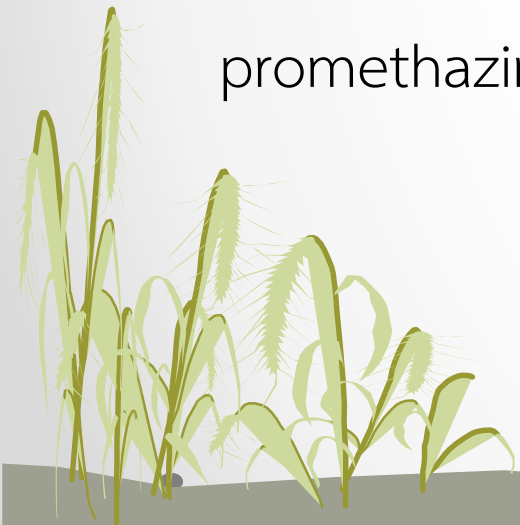
9.การรับประทานเครื่องดื่มร้อน, เย็น

- การดื่มเครื่องดื่มร้อนหรือเย็นสามารถทำให้อุณหภูมิภายในช่องปากเปลี่ยนแปลง (0.2 F – 1.6 F)



แนวทางการช้กประวัติ

- ประวัติการออกกำลังกายอย่างหนัก หรือ การยืนตากแดดนาน ๆ → heat stroke
- ประวัติเพิ่งได้รับยาสลบ เช่น halothane, enflurane, isoflurane หรือ ยา succinylcholine หรือ ประวัติครอบครัวมีผู้เกิดความผิดปกติหลังจากการดมยาสลบ ทำให้คิดถึงภาวะ malignant hyperthermia
- ประวัติอาการจิตเภท หรือ การได้รับยากลุ่ม neuroleptics เช่น haloperidol, chlorpromazine, olanzapine, risperidone หรือ dopamine antagonist เช่น metoclopramide, promethazine ทำให้คิดถึงภาวะ neuroleptic malignant syndrome



แนวทางการซักประวัติ

- ประวัติการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทาง anticholinergic เช่น ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยากลุ่ม antihistamine, tricyclic antidepressant ยาเหล่านี้จะลดการขับเหงื่อ ทำให้ความสามารถในการระบายความร้อนออกจาก ร่างกายลดลง
- ประวัติการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทาง sympathomimetic เช่น amphetamine, cocaine, ephedrine, pseudoephedrine, ยาเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะตัวร้อนเกินได้จากหลายกลไก เช่น การเกิด peripheral vasoconstriction
- ประวัติการได้รับยาที่มีการเพิ่ม metabolism เช่น thyroid hormone



แนวทางการซักประวัติ

- ประวัติการเป็นโรคที่มีการเพิ่ม metabolism เช่น hyperthyroidism, pheochromocytoma
- ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ / สมอง ซึ่งอาจกระทบกระเทือนการทำงานของไฮโปทาลามัส
- ประวัติมีอาการชักไม่หยุด ทำให้มีการสร้างความร้อนเกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ



Pathology

1. สารไพโรเจน (Pyrogens) คือ สารที่ทำการกระตุ้นให้เกิดไข้หรือสารก่อไข้ (pyrogen)

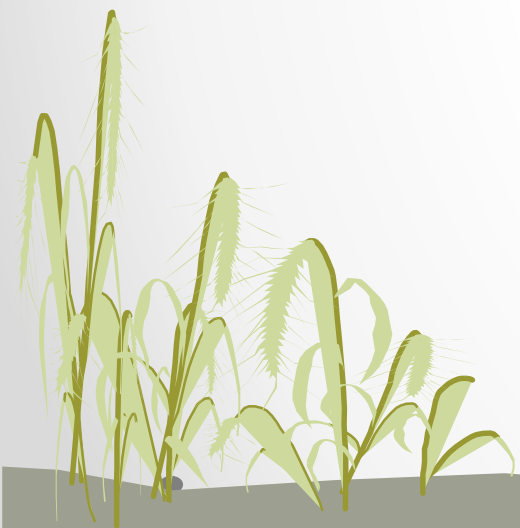
- เป็นสารก่อไข้ชนิด Exogenous Pyrogens
- โดยแบคทีเรียจะทำการหลั่งสารไพโรเจน (Pyrogen) ออกมา
- เมื่อร่างกายได้รับสารนี้จะเข้าไปกระตุ้นให้เกิดการสร้าง Endogenous Pyrogen ทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสทำการส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมอุณหภูมิเพื่อให้ระบบการทำงานภายในร่างกายเกิดการ ทำงานมากขึ้น
- ส่งผลให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น
- ตัวอย่างของ Exogenous Pyrogens เช่น lipopolysaccharide; LPS, superantigens เป็นต้น



Pathology

2.ไซโตไคน์ (Cytokines) คือ สารก่อไขที่อยู่ภายในร่างกาย

- สารก่อไขชนิดนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายที่มีมาตั้งแต่กำเนิด
- โดยไซโตไคน์จะถูกสร้างขึ้นมาจากphagocytic cells เช่น Interleukin (IL-1), tumor necrosis factor (TNF) , ciliary neurotopic factor (CNTF) และinterferon (IFN) – α เป็นต้น
- จะเข้าไปเพิ่มอุณหภูมิจุดควบคุมอุณหภูมิในส่วนของสมองส่วนไฮโปทาลามัสให้สูงขึ้น



- เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อโรคหรือเกิดจากบางสาเหตุ
- จะส่งผลกระทบต่อให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสตอบสนองด้วยการปรับอุณหภูมิของร่างกายให้สูงขึ้น
- เนื้อเยื่อที่จะทำหน้าที่เพิ่มอุณหภูมิของร่างกายตามคำสั่งของสมอง คือ หลอดเลือดและกล้ามเนื้อ โดยหลอดเลือดจะหดตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ความร้อนแพร่กระจายออกทางผิวหนังและทางปอด จึงทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหนาวจากการลดปริมาณของเลือดที่ไปหล่อเลี้ยง
- ส่วนกล้ามเนื้อต่าง ๆ ก็จะหดเกร็ง ทำให้เกิดอาการหนาวสั่น ซึ่งทั้งหมดคือ "อาการไข้ขึ้น"



อาการของไข้

- ในระยะเริ่มต้นของการมีไข้ (ระยะหนาวสั่น) ผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่น ระยะเวลาในการสั่นอาจแค่ 2-3 นาที หรือนานเป็นชั่วโมงขึ้นอยู่กับสาเหตุ
- เมื่ออุณหภูมิของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มอุ่น ใบหน้าแดง รู้สึกร้อน การเผาผลาญมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ร่างกายขาดน้ำ พบปัสสาวะน้อยลง เนื่องจากเสียน้ำมากจากกระบวนการระบายความร้อนออกจากร่างกาย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การดูดซึมอาหารไม่ดี เสียน้ำทางเหงื่อและทางการหายใจมากขึ้น จึงอาจทำให้มีอาการท้องผูก หากเกิดเป็นเวลานาน เนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลาย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตัว กล้ามเนื้อไม่มีแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีอาการซึม กระสับกระส่าย และปวดศีรษะ



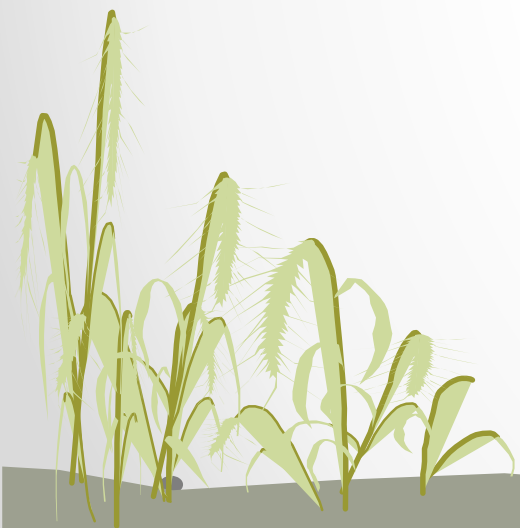
อาการของไข้

- เมื่อมีไข้สูงหรือไข้สูงเกิน อาจส่งผลต่ออาการทำงานของสมองได้ ผู้ป่วยจึงอาจมีอาการสับสน กระสับกระส่าย เห็นภาพหลอน และ/หรือมีอาการชัก
- อาการไ้ยังมักเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสาเหตุของการเกิดไข้ เช่น มีผื่นขึ้นตามตัวเมื่อไข้เกิดจากโรคหัด, มีอาการปวดท้องด้านขวาตอนล่างร้ายมาถึงสะดือหรือจากสะดือร้ายลงมาช่องท้องด้านขวาตอนล่างเมื่อไข้เกิดจากไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น



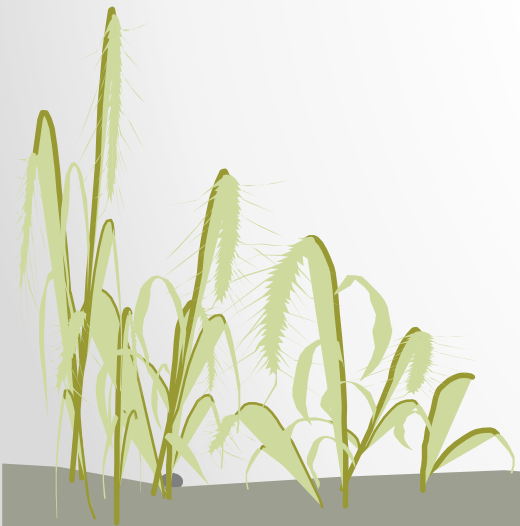
การวินิจฉัยอาการไข้

- จากประวัติอาการ
- การตรวจร่างกาย
- การตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกาย
- การตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจ CBC เป็นต้น

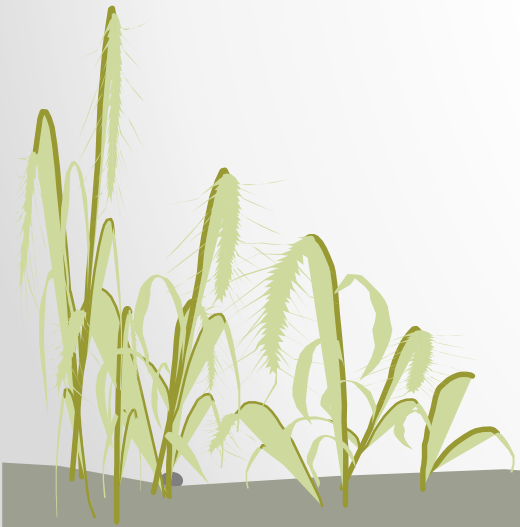


การรักษา

- ยาลดไข้พาราเซตามอล (Paracetamol)
- รักษาที่ต้นเหตุ
- เช็ดตัวบ่อย ๆ เมื่อมีไข้สูง



Acute febrile illness: AFI



นิยามของไข้เฉียบพลัน (Acute febrile illness)

- ไข้ – อุณหภูมิร่างกาย > 38.3 C
- เฉียบพลัน (acute) – ระยะเวลาที่มีไข้ไม่เกิน **7-14** วัน
- กึ่งเฉียบพลัน (subacute) – ระยะเวลาที่มีไข้ **14- 21** วัน
- เรื้อรัง (chronic) – ระยะเวลาที่มีไข้ > 21 วัน

สาเหตุของไข้เฉียบพลัน

- โรคติดเชื้อ พบมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 90
- โรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune dis)
- โรคมะเร็ง (malignancy)
- โรค hyperthyroid
- แพ้ยาหรือสารพิษ

โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของไข้เฉียบพลัน

- การติดเชื้อเฉพาะที่ (**focal infection**)
- การติดเชื้อหลายตำแหน่ง ที่ย่อมพบหรือเพาะเชื้อก่อโรคได้ (**multifocal or disseminated infection**)
- การติดเชื้อที่มีอาการหลายระบบ ที่ย่อมไม่พบหรือเพาะเชื้อไม่ได้ (**systemic infection**)

การติดเชื้อเฉพาะที่ที่พบบ่อย

โรคติดเชื้อตามระบบ	ตัวอย่างอาการ	ตัวอย่างอาการแสดง
URI	ไข้ เจ็บคอ น้ำมูก	Injected tonsils
Pneumonia	ไข้ ไอ หอบ มีเสมหะ	Lung - crepitation
Endocarditis	ไข้ หอบ บวมหน้า	New murmur
Peritonitis	ไข้ ปวดท้อง	Diffuse tender
Skin soft tissue infection	ไข้ ผื่น ผิวน้ำ	Pustules, vesicles, bleb
Urinary tract infection	ไข้ ปัสสาวะ แสบขัด ชุ่น	CVA - tender

การติดเชื้อเฉพาะที่หลายตำแหน่ง

โรคติดเชื้อ	ตัวอย่าง
Staphylococcus dissemination	Lung, joint, brain
Melioidosis (<i>Burkholderia pseudomallei</i>)	Lung, joint, liver & spleen

การติดเชื้อที่มีอาการหลายระบบ (**systemic infection**)

- มี **constitutional symptoms** เด่น – ไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ อ่อนล้า
- ตรวจร่างกาย ไม่พบความผิดปกติเฉพาะที่ใดชัดเจนหรือมีผิดปกติหลายตำแหน่ง มีผื่นผิวหนังแบบ **maculopapular** หรือ **eschar**
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ไม่จำเพาะ
- ไม่พบฝีหนอง ในตำแหน่งที่ติดเชื้อ ย้อมสารคัดหลั่งไม่พบเชื้อ
- เพาะเชื้อไม่ขึ้น ใช้การตรวจ **serology** ในการวินิจฉัย

Systemic infection

- Leptospirosis
- Rickettsiosis (scrub typhus, murine typhus)
- Enteric fever
- **Malaria** ก่อนจะตรวจเลือดพบเชื้อ **malaria**
- **Dengue fever** ก่อนจะตรวจเลือด
- **Influenza**

โรคติดเชื้อใช้เข็มพลันที่พบบ่อย

- การติดเชื้อเฉพาะที่จากแมคทีเรีย
- **Leptospirosis, scrub typhus**
- **Melioidosis**
- ไวรัส
- **Dengue, influenza**
- ปรสิต
- **Malaria**

แนวทางการวินิจฉัยไข้เฉียบพลัน

- **การซักประวัติ**
- อาการเจ็บป่วยหลัก
- โรคประจำตัว
- อาชีพ
- ที่อยู่อาศัย
- ประวัติการสัมผัสโรค
- ประวัติการระบาดในครอบครัว หมู่บ้าน

- **การตรวจร่างกาย**
- **Vital sign**
- **Focal sign**
- **rash**

- **การตรวจทาง lab**
- **CBC**
- **UA**
- **CXR**

ตัวอย่างโรคติดเชื้อเฉียบพลันจากการติดเชื้อเฉพาะที่

- ผู้ป่วยหญิง มีไข้ 1 วัน ทนาวสัน ปัสสาวะแสบขัด ชุ่ม ปวดเหนือหัวเหน่า ปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่อยู่
 - PE: T 39 C BP 90/60 mmHg HR 100/min
 - CVA – tender Rt
-
- Dx – Urinary tract infection (UTI)
 - - Acute pyelonephritis
-
- LAB – UA – WBC 30-50/HPF

ตัวอย่างโรคติดเชื้อเฉียบพลันจากการติดเชื้อพาးที่

- ผู้ป่วยชายอายุ 30 ปี มีไข้ 1 วัน หนาวสั่น ไอ มีเสมหะ เจ็บหน้าอกขวา
- PE: T 39 C BP 120/60 mmHg HR 100/min
- Lung – fine crepitation right lower lung
- - dullness on percussion right lower lung

• Dx – Lobar pneumonia RLL

• LAB – CXR – Lobar infiltrate RLL

ตัวอย่างโรคติดเชื้อเฉียบพลันจากการติดเชื้อเฉพาะที่

- ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี มีไข้ 3 วัน ปวดบวม แดงร้อน ขาขวา
- PE: T 39 C BP 120/60 mmHg HR 100/min
- Leg – erythematous rash on right leg

- Dx – cellulitis right leg

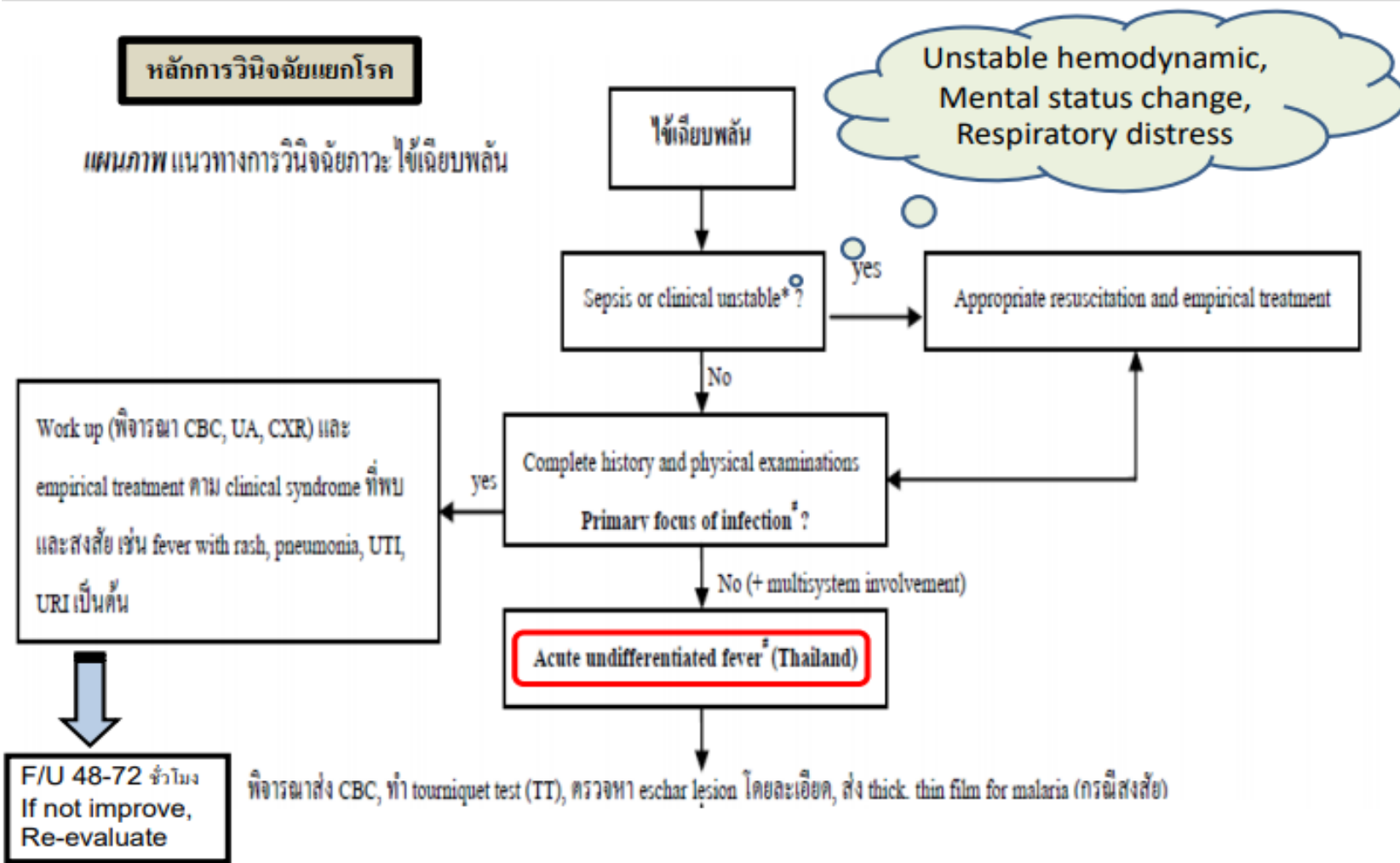
- LAB – CBC – WBC 12,000/mm³ PMN 87%

การวินิจฉัยเชื้อที่เป็นสาเหตุ

- จากประวัติวิทยาของเชื้อที่พบบ่อยของโรคติดเชื้อระบบนั้น
- ลักษณะจำเพาะทางคลินิก
- จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - - การตรวจย้อม เช่น **gram stain**
 - - การเพาะเชื้อ แบคทีเรีย
 - - การตรวจเลือดทั่วไป เช่น **CBC. UA, Cr**
 - - การตรวจเลือดจำเพาะ เช่น **dengue titer, leptotiter, IFA for rickettsia**

หลักการวินิจฉัยแยกโรค

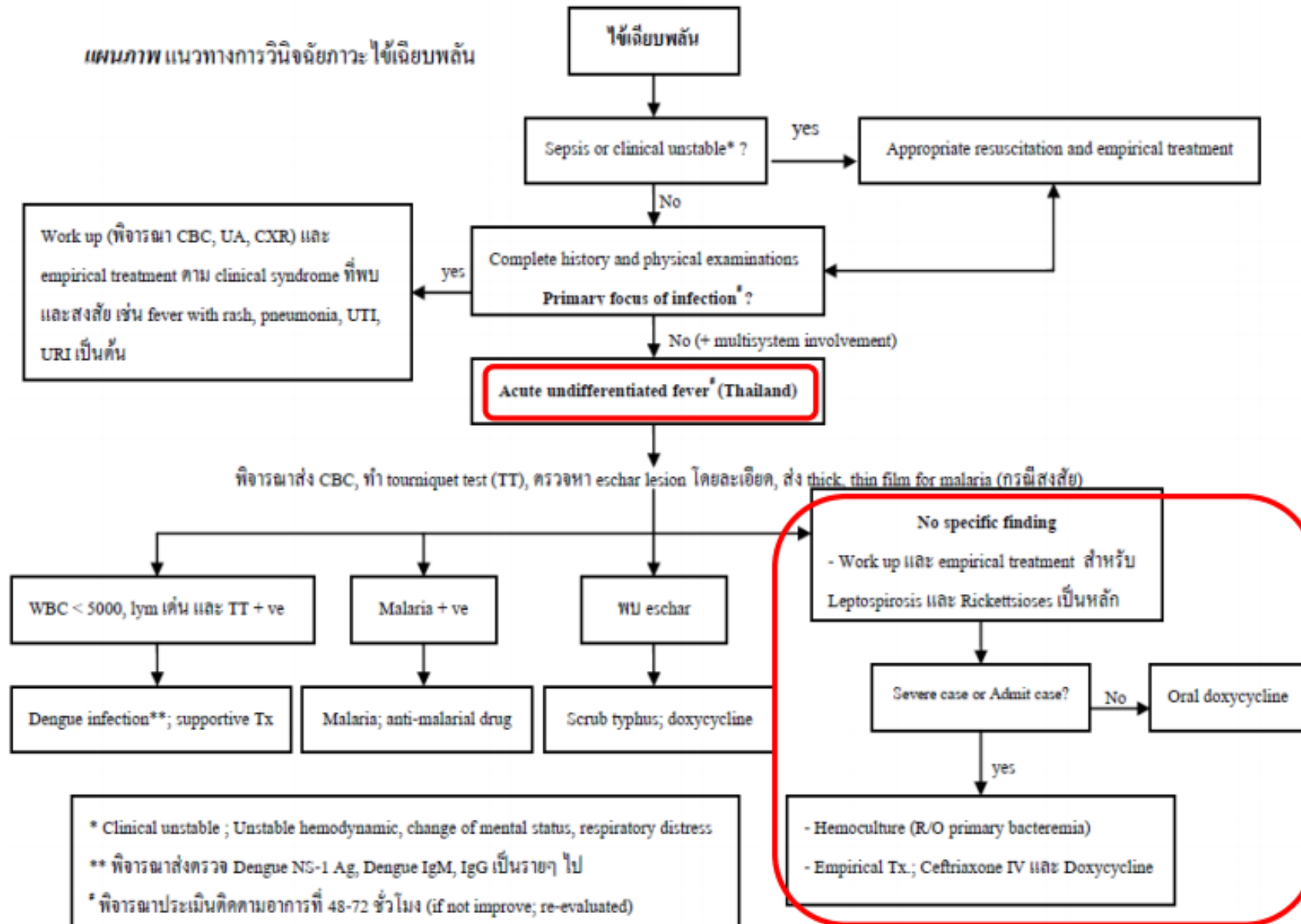
แผนภาพ แนวทางการวินิจฉัยภาวะไข้เฉียบพลัน



โรค	ที่อยู่อาศัย	ระยะเวลาของไข้	ลักษณะอื่นที่พบ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Dengue Virus Infection	ทุกพื้นที่	≤1 สัปดาห์	พบน้อยในฤดูแล้ง พบคันที่ตัวหนังได้	WBC อาจ <3000 cells/mm ³ (ถ้า <1500 cells/mm ³ ให้ นึกถึงโรคเลือด หรือ severe infection) atypical lymphocyte อาจ>20%
Scrub typhus	ชนบท สวน ป่าละเมาะ	5 – 36 วัน	พบคันได้ร้อยละ 34 – 71 ในวันที่ 3-8 ของไข้ พบ eschar ได้ร้อยละ 9-30 อาจมี uveitis, subconjunctival hemorrhage ถ้าเป็นรุนแรง อาจคล้าย sepsis syndrome จากเชื้ออื่นมาก	White blood cell counts ประมาณ 8,000-11,000 cells/mm ³ , ภาพรังสีทรวงอกพบ bilateral reticular opacities, abnormal LFT ถ้าตัว-คาเทลียง มักเป็นในช่วงที่มีไข้ OX – K ≥ 1:320 (cross react กับ leptospirosis) ^{6, 12-14}
Murine typhus	เขตเมือง ในตลาด	25 วัน	ไม่ค่อยพบว่ามีคนใกล้เคียงป่วยเหมือนกัน พบคันได้ในวันที่ 4-5 ของไข้ อาจมี uveitis, subconjunctival hemorrhage	ถ้าตัว-คาเทลียง มักเป็นในช่วงที่มีไข้ Mild leukopenia ± thrombocytopenia ในช่วงต้น ต่อมาอาจมี leukocytosis, mildly elevated serum aminotransferase, alkaline phosphatase, lactate dehydrogenase, อาจมี hyponatremia ได้ในผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 60 ¹⁵ OX- 19 ≥1:320

โรค	ที่อยู่อาศัย	ระยะเวลาของไข้	ลักษณะอื่นที่พบ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Leptospirosis	บริเวณที่มีน้ำท่วม พบน้อย ในฤดูแล้ง อุบัติการณ์ สูงสุดประมาณเดือน กันยายน ¹⁶	4 – 13 วัน	มีอาการปวดกล้ามเนื้อมากจน อาจไม่อยากขยับ แขนขา (pseudoparalysis) ถ้าตัว-ตาเหลือง มักเป็นในช่วงที่มีไข้ อาจมี uveitis, subconjunctival hemorrhage	Leukocytosis ± thrombocytopenia ภาพรังสีทรวงอกพบ bilateral reticular opacities ¹⁷ Rising of creatinine
Enteric fever	ในเมืองมากกว่าในชนบท	< 5 สัปดาห์	ผู้ป่วย ผู้ใหญ่ ไทยไม่ค่อยมี Rose spot	Blood cultures
Malaria	เคยเข้าไปในแดนมาเลเซีย	< 1 – 2 เดือน		ถ้าตัว-ตาเหลือง มักเป็นในช่วงที่มีไข้ พบ Malaria ใน blood smear

แผนภาพ แนวทางการวินิจฉัยภาวะ ไข้เฉียบพลัน



* Clinical unstable ; Unstable hemodynamic, change of mental status, respiratory distress

** พิจารณาส่งตรวจ Dengue NS-1 Ag, Dengue IgM, IgG เป็นรายๆ ไป

* พิจารณาประเมินติดตามอาการที่ 48-72 ชั่วโมง (if not improve; re-evaluated)



Headache

1. ปวดศีรษะปฐมภูมิ (Primary headache)
2. ปวดศีรษะทุติยภูมิ (Secondary headache)

ปวดศีรษะปฐมภูมิ (Primary headache)

ได้แก่ migraine, tension type headache (TTH), trigeminal autonomic cephalgia (TAC) และ myofascial pain syndrome คือ อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นโดยไม่มีพยาธิสภาพของสมองหรืออวัยวะข้างเคียง ไม่มีโรคทางกายอื่นๆที่ทำให้เกิด **อาการปวดศีรษะ** เช่น [อาการไข้](#) ภาวะเลือดข้น เป็นต้น โดยเฉพาะไมเกรนจัดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะชนิด Primary headache ที่พบได้บ่อย และสาเหตุรองลงมา คือ ปวดศีรษะชนิดตึงตัว

อาการปวดศีรษะที่พบบ่อยในกลุ่มปฐมภูมิ (Primary headache)

1. โรคปวดศีรษะไมเกรน

1.1 Migraine without aura เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะอย่างเดียว โดยปวดข้างละประมาณ 4 ถึง 7 ชั่วโมง มีอาการปวดตื้อๆ ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง อาการปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อทำกิจกรรมปกติ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สู้แสงหรือเสียงไม่ได้

1.2 1.2 Migraine with aura ผู้ป่วยมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนที่จะมี อาการปวดศีรษะพบประมาณ ร้อยละ 15- 30 ของผู้ป่วยไมเกรน มีอาการทางตามากที่สุด มีอาการปวดระยะเวลาสั้นหายเป็นปกติ มักเห็นแสง กระพริบ เห็นจุด เห็นเส้น มองภาพไม่ชัด เห็นภาพบิดเบี้ยวหรือสีเพี้ยนจากความเป็น มีจุดดำขนาดใหญ่หรือเห็นเส้นซิกแซกที่มีขนาดขยายใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ บางรายประสาทรับความรู้สึกผิดปกติ เช่น เหน็บชา อาการปวดผิดปกติ สับสน โดยอาการเตือนจะเกิดก่อนมากกว่า 5 นาทีและคงอยู่นานถึง 1 ชั่วโมงจึงเริ่มปวดศีรษะ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะไมเกรน⁴
ปวดศีรษะไมเกรนชนิดไม่มีอาการนำ (mi-
graine without aura)

- A. มีอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีลักษณะในข้อ B ถึง C
- B. อาการปวดศีรษะนาน 4-72 ชั่วโมง (กรณีไม่รักษาหรือรักษาไม่หาย)
- C. มีลักษณะของอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

1. ปวดศีรษะข้างเดียว
2. ปวดแบบตุ๊บ
3. ความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง
4. ปวดแรงขึ้นเมื่อมีการเดินขึ้นบันได
เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม

D. ระหว่างปวดศีรษะ มีลักษณะต่อไปนี้ คือ

1. คลื่นไส้หรืออาเจียน
2. กลัวแสง กลัวเสียง

ปวดด้วยไมเกรนชนิดมีอาการนำ (migraine with aura)

A. มีอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป โดยมีลักษณะในข้อ B

B. มีลักษณะการปวดศีรษะอย่างน้อย 3 ข้อ ต่อไปนี้

1. มีอาการนำ (aura) ที่เป็นแล้วหายเอง บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติของ cerebral cortex หรือ brainstem

2. มีอาการนำที่ค่อยๆ เป็นนานมากกว่า 4 นาที

3. อาการนำดังกล่าว ต้องไม่ยาวนานกว่า 60 นาที (ถ้ามีอาการนำหลายครั้ง ครั้งหนึ่งอาจรุนแรงยาวนานกว่า 60 นาทีได้)

4. อาการปวดศีรษะตามหลังอาการนำ
โดยอาจมีช่วงไม่มีอาการน้อยกว่า 60 นาที (อาการ
ปวดศีรษะอาจเกิดก่อนหรือพร้อมกับอาการนำได้)

Tension headache

เป็นการปวดศีรษะชนิดที่พบบ่อยที่สุด วินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะการปวดชนิด กดหรือบีบ หรือ รัดแน่น อาการปวดมักเริ่มบริเวณท้ายทอย ร้าวมาที่ขมับทั้งสองข้าง แล้วปวดทั้งศีรษะ การปวดศีรษะชนิดนี้อาจพบร่วมกับการปวดศีรษะไมเกรนได้ หรืออาจมีอาการกดเจ็บที่หนังศีรษะร่วมด้วย กรณีที่มีอาการเรื้อรัง จะมีอาการปวดบ่อยกว่า 15 วันต่อเดือน เป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่า

3. โรคปวดศีรษะคลัสเตอร์

- ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเพียงข้างเดียวเท่านั้น โดยจะมีอาการมาที่บริเวณตา รอบตาหรือขมับ โดยอาการจะคงอยู่ประมาณ 15 นาทีถึง 3 ชั่วโมง และเกิดขึ้นวันเว้นวันหรือ 8 ครั้งต่อวัน ซึ่งมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ปวด เช่น ตาแดงกล้ำหรือน้ำตาไหล คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล หนังตาบวม หน้าผากหรือใบหน้าบวม ม่านตาหดเล็กหรือหนังตาตก หูอื้อ รู้สึกกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เกิดขึ้นร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่างในบริเวณข้างเดียวกับที่เกิด อาการปวดศีรษะผู้ป่วยจะมีอาการปวดติดต่อกันตั้งแต่หลายวันถึงหลายสัปดาห์ และหยุดปวดไปอีกหลายเดือนหรือเป็นปี แล้วจึงกลับมามีปวดศีรษะอีกครั้งในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับช่วงที่เคยมีอาการปวดมาก่อนด้วย โดยผู้ป่วยร้อยละ 15 จะมีอาการชนิดเรื้อรัง ที่ได้รับการกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ได้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะคลัสเตอร์

A. มีอาการอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีอาการ
ต่างๆในข้อ B ถึง D

B. ปวดศีรษะรุนแรงข้างเดียวบริเวณ
เบ้าตา (orbital) เหนือเบ้าตา (supra-orbital) หรือ
ขมับ นาน 15 - 180 นาที (กรณีไม่รักษา)

C. อาการปวดศีรษะร่วมกับอาการหรือ
อาการแสดงร่วมต่อไปนี้

1. ตาแดง
2. น้ำตาไหล
3. คัดจมูก
4. น้ำมูกไหล
5. เหงื่อออกบริเวณใบหน้า หน้าผาก
ข้างที่ปวด
6. รูม่านตาเล็ก
7. หนังตาตก
8. เปลือกตาบวม

D. มีอาการบ่อยๆ ตั้งแต่ 1-8 ครั้งต่อวัน
และเป็นซ้ำในวันต่อๆ มา

2. ปวดศีรษะทุติยภูมิ (Secondary headache)

คือ การปวดศีรษะที่มีอาการทางพยาธิสภาพของสมองหรืออวัยวะข้างเคียง เป็นอาการปวดศีรษะที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทางกายหรือการเป็นโรค เช่น อาการปวดศีรษะจากไข้ อาการปวดศีรษะจากความดันในโพรงสมองสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะ มีดังนี้

1. หลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการขยายตัวจากการดึง ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะ
2. ตำแหน่งของหลอดเลือดดำหรือ venous sinus การเคลื่อนจากการดึงรั้ง

3. เส้นประสาทสมองหรือเส้นประสาทไขสันหลังเกิดการกดทับ การดึงรั้งหรืออาการอักเสบ
4. กล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและคอมีการเกร็งตัว รอยโรคหรือการอักเสบ
5. เยื่อหุ้มสมองเกิดการระคายเคืองหรือภายในกะโหลกศีรษะมีความดันสูง
6. สารสื่อประสาทโดยเฉพาะ serotonin เกิดการเปลี่ยนแปลงจากผลของยา อาหาร สารเคมี

- **อาการปวดศีรษะทุติยภูมิ (Secondary headache)**

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะแบบ secondary headache ต้องทำการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด การส่งเอกซเรย์สมอง เป็นต้น

โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะที่น่าสงสัยว่าจะเป็นอาการปวดหัวแบบ secondary headache มีลักษณะดังนี้

1. มีอาการปวดที่กลางศีรษะ ไม่ปวดศีรษะข้างเดียว
2. เริ่มมีอาการปวดศีรษะที่อายุมากกว่า 50 ปี
3. ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV
4. ผู้ป่วยที่มีปวดศีรษะเรื้อรังลักษณะและตำแหน่งที่ปวดจะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ
5. อาการปวดศีรษะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน
6. ระบบประสาทมีความผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพซ้อน อ่อนแรงครึ่งซีก ตรวจพบ meningeal signs
7. ความดันโลหิตสูงหรือมีอาการไข้

อาการปวดศีรษะต่อไปนี้ที่ต้องระวังไว้ว่าจะ มีสาเหตุที่ร้ายแรง ได้แก่

1. อาการปวดศีรษะที่เป็นครั้งแรกและมี
ความรุนแรงมาก
2. อาการปวดศีรษะรุนแรงทันทีเหมือนหัว
จะระเบิด
3. อาการปวดศีรษะที่มีอาการนำ (aura)
นานมากกว่า 1 ชั่วโมง (เพราะอาจเป็น TIA)

4. มีเฉพาะอาการนำ (aura) แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ (เพราะอาจเป็น TIA)
5. อาการนำ (aura) ที่เกิดขึ้นครั้งแรกในผู้หญิงที่ใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิด (อาจเป็นอาการ

6. อาการปวดศีรษะครั้งแรกในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปี
7. อาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากขึ้น นานมากกว่า 1 สัปดาห์ แต่ไม่ดีขึ้น
8. อาการปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้น โดยการออกกำลังกาย เบ่งถ่าย เปลี่ยนท่าทาง (บ่งชี้ว่ามีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง)

9. อาการปวดศีรษะครั้งแรกในผู้ป่วยโรค
มะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

10. ตรวจพบใช้ร่วมกับปวดศีรษะโดยไม่มี
สาเหตุอื่นๆ ต้องคิดถึงภาวะเยื่อหุ้มสมองติดเชื้อ

11. อาการปวดศีรษะร่วมกับความผิดปกติ
ทางระบบประสาท เช่น แขน ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว

ประวัติสำคัญที่ต้องทราบ

การได้ประวัติที่ครบถ้วนในส่วนสำคัญ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องประเมินให้ดี ได้แก่

1. อาการปวดศีรษะครั้งนี้ เป็นครั้งรุนแรงที่สุดในชีวิต หรือไม่
2. ระดับความรุนแรงของการปวดศีรษะ โดย visual analog scale 1 ถึง 10
3. อาการปวดศีรษะครั้งนี้เป็นอาการปวดศีรษะที่เป็นประจำหรือไม่
4. มีอาการผิดปกติอื่นๆ ก่อนที่จะมีอาการปวดศีรษะครั้งนี้ หรือไม่

5. นอกจากอาการปวดศีรษะ มีอาการผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่
6. อาการปวดศีรษะครั้งนี้เริ่มเป็นเมื่อไหร่

7. อาการปวดศีรษะครั้งนี้ค่อยๆ เป็นหรือ
เป็นขึ้นอย่างรวดเร็วจนทันที
8. ตำแหน่งที่ปวดศีรษะ
9. อาการปวดศีรษะกระจายไปบริเวณไหน
บ้าง
10. ลักษณะการปวดศีรษะเป็นแบบปวด
ตุ้บ(throbbing), แบบมีดแทง (stabbing) , แบบ
ตื้อ (dull)

11. มีโรคประจำตัวหรือไม่ โรคอะไรเช่น โรคตับ ไต หัวใจ ติดเชื้อเอช ไอ วี

12. ทานยาประจำอะไรบ้าง เช่น ยาขยาย หลอดเลือดหัวใจ ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant)

13. ช่วงนี้มีอุบัติเหตุที่ศีรษะ และอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ปวดฟัน ไปทำฟันมาหรือไม่

การรักษา แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. การรักษาอาการปวดศีรษะ (abortive therapy) ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนหรืออาการนำก่อนการปวดศีรษะ การกินยาแก้ปวดก่อนจะปวดศีรษะจะได้ผลดีกว่ากินเมื่อปวดรุนแรงแล้ว อาจให้ยาพาราเซตามอลร่วมกับยาแก้อาเจียน เช่น metochlorpamide ก็ได้ ถ้าไม่ได้ผลเลือกใช้ยาในกลุ่ม ergot derivative เช่น ergotamine tartrate ซึ่งมักอยู่ในรูปยาผสม หลังจากกินยาให้ผู้ป่วยนอนพักในที่เงียบ สงบ ข้อควรระวังในการใช้ยา ได้แก่ ไม่ควรให้ผู้ป่วยกินยาทุกวันเนื่องจากจะมีปัญหาปวดศีรษะเนื่องจากยาได้ภายหลัง แต่ครั้งที่มีอาการปวดศีรษะไม่ควรกินมากกว่า 2 เม็ด (2 มก.) ไม่ควรกินยามากกว่า 6 เม็ดต่อสัปดาห์ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หรืออายุเกิน 45 ปี ยาอื่นที่ใช้รักษาอาการเฉียบพลัน ได้แก่ ยาในกลุ่ม NSAID เช่น naproxen หรือยากกลุ่ม sumatriptan แต่ราคายังสูงอยู่

2. การรักษาแบบป้องกัน ควรให้การรักษาแบบป้องกันเมื่ออาการปวดศีรษะรุนแรง หรือ เป็นบ่อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 2-3 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากรบกวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ยาที่นิยมใช้ ได้แก่

ก. Amitriptyline กินขนาด 25-50 มก. ก่อนนอน บางรายอาจต้องการเพียง 10 มก.

ข. Flunarizine กินขนาด 5-10 มก. (แคปซูลละ 5 มก.) ก่อนนอน
ยาอื่นที่เป็นทางเลือกในกรณียาทั้งสองขนานไม่ได้ผล ได้แก่

- Propranolol เริ่มกินขนาด 20-40 มก. เพิ่มได้ถึง 240 มก./วัน ผลข้างเคียงได้แก่ ง่วง การนอนผิดปกติ ผื่นร้าย ซึมเศร้า ห้ามใช้ในผู้ป่วยหัวใจวาย เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน, Raynaud's disease

- Pizotifen ขนาด 4.5-9 มก./วัน (เม็ดละ 0.5 มก.) ผลข้างเคียงได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ, claudication, น้ำหนักขึ้น ข้อจำกัดคือต้องหยุดยาทุก 6 เดือนเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เนื่องจากอาจเกิด retroperitoneal fibrosis

- Valproate ปรับขนาดตามน้ำหนักตัว (20 มก./กก./วัน) ควรเริ่มยาในขนาดน้อยๆ ก่อน หากไม่ได้ผลจึงค่อยเพิ่มยา ผลข้างเคียง ได้แก่ ผม่วง น้ำหนักขึ้น หรือตับเสื่อมสมรรถภาพ

- ยากลุ่ม calcium channel blocker ที่ได้ผลที่สุดคือ verapamil โดยเฉพาะในผู้ป่วยไมเกรนที่มีข้อห้ามเช่นหอบหืด ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker ได้ หรือในกลุ่มที่มี prolong aura หรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องผูก และเหงื่อออกเกิน

- ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, paroxetine, sertraline เลือกใช้เมื่อไม่ต้องการผลข้างเคียงในยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม TCA (เช่น amitriptyline) เช่น อาการปากแห้งคอแห้ง ท้องผูก

3. การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเหตุกระตุ้นทางกายภาพ เช่น อยู่ในที่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป การหลีกเลี่ยงอาหารมักไม่ไ้ผล ส่วนปัจจัยด้านอารมณ์ความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้ การฝึกคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ ที่ชอบจะเป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่ง

การปวดศีรษะจากมีสิ่งกีดขวางในสมอง (structural causes)

1. จากเนื้องอกในสมอง อาการปวดศีรษะที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ร่วมกับอาการเฉพาะที่อื่นๆ เช่น อาการอ่อนแรง หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ หรืออาการชัก พบน้อยมากที่ผู้ป่วยจะมีเพียงอาการปวดศีรษะอย่างเดียว ในกลุ่มที่เป็นเนื้องอกชนิดเนื้อร้าย เนื้องอกที่โตเร็ว หรืออยู่ในตำแหน่ง posterior fossa ซึ่งมีการอุดกั้นของทางเดินน้ำไขสันหลัง จะมีอาการปวดศีรษะเป็นอาการเด่น

2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการตามัว หรือตรวจพบ papilledema โดยที่ผล CT-brain ปกติต้องนึกถึงภาวะ idiopathic intracranial hypertension ซึ่งการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังจะพบว่ามีความดันสูง แต่ไม่พบความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง การรักษาอาจต้องทำ shunt หรือให้การรักษาพิเศษ เพื่อป้องกันตาบอด

3. Subdural hematoma มักพบในผู้สูงอายุ จะมีอาการปวดขมับหรือปวดทั่วไป มักไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตรวจพบการอ่อนแรงเป็นพักๆ หรือมีอาการชัก ชี้นหรือเซื่องซึมมาก ซึ่งเป็นในระยะท้ายๆ ที่มีภาวะเลือดคั่งอยู่นาน

4. Brain abscess อาการปวดศีรษะเป็นอาการนำถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีฝีในสมอง มักจะมีอาการทางกายหรือทางระบบประสาทเสมอ อาการจะค่อยเป็นค่อยไปเป็นสัปดาห์ และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน และระดับการรู้ตัวเปลี่ยนแปลง อาการไข้หรือความผิดปกติเฉพาะที่ของทางระบบประสาทพบเป็นอาการนำได้ร้อยละ 50 อาการชักพบได้ร้อยละ 25 ถ้าผู้ป่วยมีประวัติชักควรให้ยากันชักป้องกันการชักครั้งต่อไปทันที เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสชักซ้ำ ในขณะที่ชักผู้ป่วยจะขาดออกซิเจนทำให้สมองบวมมากมี brain herniation ถึงตายได้ ถ้าสงสัยภาวะนี้ต้องส่งตรวจด้วย CT scan

การปวดศีรษะจากสมองที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง (nonstructural causes)

1. Giant cell arteritis หรือ temporal arteritis อาการปวดมักจะเฉียบพลัน ค่อยๆ รุนแรงขึ้นและเป็นเฉพาะที่ อาจตรวจพบ superficial temporal artery บวม แข็ง ไม่เต้น (pulselessness) มีอาการทางสมอง เช่น diplopia visual loss มีอาการทางกาย เช่น ไข้ น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อยแตก

2. Meningeal headache ที่พบบ่อยคือการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง

3. Post cerebral concussion headache ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะหลังอุบัติเหตุที่ศีรษะที่ไม่รุนแรง อาการมักจะเริ่มหลังประสบอุบัติเหตุประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยมากผู้ป่วยจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ วิตกกังวล รักษาได้ผลดีด้วย amitriptyline 10-50 มก./วัน

4. การปวดศีรษะเนื่องจากยา ยาที่ใช้รักษาโรคต่างๆ อาจจะทำให้เกิดการปวดศีรษะได้ชนิดต่างๆ กัน ซึ่งมักจะมีอาการปวดศีรษะเมื่อใช้ยาดังกล่าว เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาในกลุ่ม NSAID ยารักษาความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนบางรายอาจปวดศีรษะจากการหยุดยาทันทีเมื่อใช้ยาเป็นเวลานาน ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยปวดศีรษะเรื้อรังที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง



กลุ่มอาการปวดท้อง

กลุ่มอาการปวดท้องเฉียบพลัน
ที่ต้องการแยกอาการปวดท้องทางศัลยกรรมออกจาก
ปวดท้องทางอายุรกรรมและปวดท้องทางนรีเวชกรรม

1. ปวดท้อง 6 ชั่วโมง ไม่ดีขึ้นหรือปวดมากขึ้น
2. ปวดท้องจนต้องมาตรวจซ้ำ
3. ปวดท้องจนต้องตื่นขึ้นมาในเวลากลางคืน
4. ปวดท้องในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (เด็ก, สตรีมีครรภ์, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยระบบภูมิคุ้มกันต่ำ)

5. ปวดท้องร่วมกับมีไข้

6. ปวดท้องร่วมกับมีสัญญาณชีพไม่คงที่

7. ปวดท้องร่วมกับภาวะท้องแข็ง (Peritonitis)

8. ปวดท้องบริเวณช่องท้องที่เคยมีประวัติการบาดเจ็บของช่องอกหรือช่องท้อง

9. ปวดท้องร่วมกับมีประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง

10. ปวดท้องจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

APPROACH TO
ABDOMINAL
PAIN

ใช้หลัก “LODCRAFT”

LOCATION: INTRA-ABDOMEN, EXTRA-ABDOMEN

ONSSET : SUDDEN / DELAYED

DURATION : ACUTE / CHRONIC

CHARACTERISTIC: VISCERAL PAIN / SOMATIC PAIN / NEUROPATHIC PAIN

RADIATION: RIGHT SHOULDER (HEPATOBIILIARY ORIGIN), LEFT SHOULDER (SPLENIC),
MIDBACK (PANCREATIC), FLANK (PROXIMAL URINARY TRACT), GROIN(GENITAL OR
DISTAL URINARY TRACT)

ASSOCIATED SYMPTOM:

FACTOR: RELIEVING FACTOR / AGGRAVATING FACTOR

TIME : FREQUENCY / PROGRESSION / CYCLIC / NONCYCLIC

APPROACH TO ACUTE ABDOMEN

- ซักประวัติ ตามหลัก **LODCRAFT**
- ตรวจร่างกาย

การชักประวัติ

1. อายุเท่าไร (เด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง)
2. ปวดท้องมานานแค่ไหน (ปวดท้องมากกว่า 8 ชั่วโมง มักจะเป็น Surgical conditions)
3. ปวดท้องเฉพาะที่ (ปวดท้องเฉพาะบางตำแหน่งมักเป็น Surgical conditions มากกว่า Medical conditions)
4. ปวดท้องเป็นพัก ๆ หรือตลอดเวลา (ปวดท้องตลอดเวลา มักจะเป็น Surgical conditions)

5. อาการปวดท้องเริ่มจากตรงกลางแล้วมาปวดที่ด้านขวาข้างหรือไม่ (สงสัยไส้ติ่งอักเสบ) หรือย้ายตำแหน่งที่ปวด
6. เคยปวดท้องแบบนี้มาก่อนหรือไม่ (ถ้าไม่เคยมักจะเป็น Surgical conditions)
7. เคยผ่าตัดช่องท้องหรือไม่ (สงสัยพังผืดหรือลำไส้อุดตัน)

8. ลำดับอาการระบบทางเดินอาหารก่อน – หลัง

- ปวดท้องร่วมกับอาเจียน

- อาเจียน และมีไข้ (ปวดท้องมาก่อนมักจะเป็น Surgical conditions) รวมทั้งอาการทางเดินอาหารอื่น ๆ เช่น เบื่ออาหาร ท้องเสีย (บ่งบอกถึง Severity หรือ Reflex symptom)

9. อาการทั่วไปอื่น ๆ เช่น ไข้ หนาวสั่น น้ำหนักลด (บ่งบอกอาการรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล)

10. ต้มแอลกอฮอล์มากน้อยแค่ไหนต่อวัน (สงสัยตับแข็ง/ตับอักเสบ/
ตับอ่อนอักเสบ)

11. ตั้งครรภ์หรือไม่/ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ (กรณีเพศหญิง)
(ตรวจ Urine Pregnancy Test (UPT: สงสัยตั้งครรภ์นอกมดลูก))

12. มีประวัติเป็นหรือเคยเป็น โรคมะเร็ง ตับอ่อนอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี
ถุงผนังลำไส้อักเสบ ไตวาย ลำไส้อักเสบเรื้อรังหรือไม่ (เป็นประวัติสำคัญ)

13. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ
เต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (สงสัยเส้นเลือดดำไข่อุดตัน/
ขาดเลือด และหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้อง)

14. ยาที่รับประทานภายใน 1 เดือน

- อยู่ในช่วงรับประทานยาปฏิชีวนะ (ลดการติดเชื้อ)
- Steroids (บดบังการติดเชื้อ)
- NSAIDs (สงสัยทางเดินอาหารทะลุ)
- ARV (เสี่ยงต่อ Medical Conditions อื่นๆ)

1. ระยะเวลาปวดเฉียบพลันและปวดมากในตำแหน่งของรอยโรค (Sudden maximal pain at or near onset)

- ▶ แผลในทางเดินอาหารทะลุ (Perforated peptic ulcer)
- ▶ เส้นเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง/แตก (Ruptured AAA)
- ▶ ภาวะท้องนอกมดลูก (Ruptured ectopic pregnancy)
- ▶ ถุงน้ำรังไข่บิดตัว, อัณฑะบิดหมุน (Torsion ovarian cyst, Torsion

Testis)

- ▶ ถุงน้ำรังไข่แตก (Ruptured/ovarian cyst)
- ▶ เส้นเลือดเลี้ยงลำไส้อุดตัน/ขาดเลือด (Mesenteric infarction)
- ▶ เส้นเลือดปอดอุดตัน (Pulmonary embolism)
- ▶ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction)

2. ระยะชนิดการปวดเป็นช่วงนาที (Progression to maximal pain within minutes)

- ▶ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)
- ▶ นิ่วในไตและท่อไต (Renal and ureteric colic)
- ▶ นิ่วในถุงน้ำดี (Biliary colic)
- ▶ ไส้เลื่อนผนังช่องท้องไม่สามารถดันกลับได้ (Strangulated hernia)
- ▶ ลำไส้บิดขั้วกัน (Volvulus)
- ▶ ลำไส้กลืนกัน (Intussusception)

3. ระยะเวลาการปวด ใช้เวลาพัฒนาการปวดเริ่มเป็นชั่วโมง (Gradual onset (increased pain over hours))

- ▶ ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)
- ▶ ไส้เลื่อนผนังช่องท้องไม่สามารถดันกลับได้ (Strangulated hernia)
- ▶ ลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease)
- ▶ ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Chronic pancreatitis)
- ▶ ปีกมดลูกอักเสบ, ต่อมลูกหมากอักเสบ (Salpingitis / Prostatitis)
- ▶ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis)

PATHOPHYSIOLOGY OF ABDOMINAL PAIN

- Peritoneum เป็นเยื่อบางๆ ที่บุในช่องท้อง มีสองชั้นคือ
 1. visceral layer
 2. parietal layer

visceral layer คือชั้นที่คลุมอวัยวะในช่องท้องทั้งหมด เลี้ยงโดย autonomic nerve (sympathetic, parasympathetic)

parietal peritoneum คือส่วนที่บุผนังหน้าท้อง เลี้ยงโดย somatic nerve (spinal nerve)

อาการของ visceral pain มีลักษณะ dull cramp หรือ aching
parietal pain มีลักษณะ sharp severe และ persistent

การปวดท้องเกิดจาก pain receptors หรือ nociceptors ถูกกระตุ้นแล้วส่งสัญญาณไปตาม nerve fiber

A-delta fibers ซึ่งนำสัญญาณได้เร็ว ทำให้ความรู้สึกมีลักษณะ sharp well-localized pain sensation เส้นประสาทชนิดนี้กระจายอยู่ตามกล้ามเนื้อผิวหนัง รวมทั้ง parietal peritoneum ดังนั้น somatic pain จึงถูกส่งผ่านทาง A-delta fiber ใน spinal nerve

C-fibers นำสัญญาณช้า ทำให้ความรู้สึกมีลักษณะ dull poorly localized pain ซึ่งมักจะค่อยๆเกิด fibers เหล่านี้อยู่ในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ และ visceral peritoneum ดังนั้นจึงเป็น fiber ที่นำ visceral pain

CHARACTERISTIC OF PAIN

1. Visceral pain สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดมีอยู่หลายแบบเช่น

- การยืดของอวัยวะในช่องท้อง (stretching) เช่น การยืดของ visceral peritoneum ที่หุ้มอวัยวะต่างๆ เช่น เยื่อหุ้มตับ ม้าม , serosa ของ hollow viscus organ , การโป่งพองของเส้นเลือดแดงใหญ่ , การบวมขยายตัวของมดลูกขณะมีประจำเดือน , การบวมของอวัยวะที่มีการอักเสบ
- การบีบหดตัวอย่างรุนแรง (contraction) เช่น การบีบหดของลำไส้หรือกระเพาะอาหารจากภาวะอุดตันหรือการอักเสบ การบีบหดของท่อไตที่มีนิ่วอุดตันอยู่ การบีบตัวอย่างรุนแรงเนื่องจากการขาดเลือด
- การดึงรั้ง (traction) เช่น การดึงรั้งของอวัยวะที่มีพังผืดในช่องท้องเกาะอยู่
- การขาดเลือด (ischemia) เช่น เกิดจากบิดขั้วของลำไส้ หรือเกิดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะมีการอุดตัน
- การระคายเคืองเยื่อบุทางเดินอาหาร (irritation) เช่น การระคายเคืองของกรดต่อแผลในกระเพาะอาหาร

- สิ่งกระตุ้นหลักของ visceral pain มักมาจาก geometric forces เช่น stretching และ distension เป็นผลให้เกิด increased wall tension
- ปัจจัยอื่นที่สำคัญที่ทำให้เกิด visceral pain ได้แก่ ischemia และ inflammation
- การเกิด visceral pain แสดงถึงว่ามี intra abdominal disease เกิดขึ้น แต่ยังไม่ได้ หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเสมอไป

ลักษณะอาการปวดของ visceral pain แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. Dull aching pain ได้แก่อาการปวดที่มีลักษณะ อึดแน่นท้อง จุกเสียดท้อง แสบท้อง ปวดตื้อๆ ซึ่งเกิดจาก กลไก stretching , traction , ischemia , irritation
2. Colicky pain (cramping pain) คือ ลักษณะการปวดแบบบิดๆ ซึ่งมักเกิดจากการหดตัวของอย่างรุนแรงของ ลำไส้ หรือท่อไต อาการปวดมักเป็นพักๆ ตามจังหวะของการหดตัวของกล้ามเนื้อ

- เนื่องจาก visceral pain ถูกนำสัญญาณอาการปวดด้วย autonomic nerve ซึ่งไม่ได้มีหน้าที่นำความรู้สึกอย่าง ชัดเจนเช่นเดียวกับ somatic nerve
- ดังนั้นอาการปวดจึงมักปวดลึกๆอยู่ข้างในช่องท้อง (deep pain) และผู้ป่วยจะระบุ ตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน มักบอกตำแหน่งปวดเป็นบริเวณค่อนข้างกว้าง (poorly localization) เช่น ปวดบริเวณลิ้นปี่ รอบๆ สะดือ หรือท้องน้อย

2. **Somatic pain** เป็นอาการปวดที่เกิดจากการระคายเคืองต่อ parietal peritoneum ซึ่งเลี้ยงโดย spinal nerve (somatic nerve) ที่มาเลี้ยงผนังหน้าท้อง ตำแหน่งที่ปวดเป็นตำแหน่งเดียวกับที่ถูกกระตุ้น ซึ่งต่างกับ visceral pain สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด somatic pain ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิหรือความเป็นกรด-ด่าง เช่น เกิดจาก bacterial หรือ chemical inflammation การเพิ่มแรงดันอย่างรวดเร็ว เช่น การกรีดมีดลงบน parietal peritoneum ทำให้เกิด somatic pain ได้ ลักษณะอาการปวดเจ็บเสียดแปลบบริเวณที่ถูกกระตุ้น และระดับความปวดจะคงที่หรือมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่เป็นๆหายๆเหมือน visceral pain (constant sharp pricking) มักรุนแรงและบอกตำแหน่งได้ดีกว่า visceral pain เนื่องจากนำความรู้สึกด้วย spinal nerve ผู้ป่วยจึงสามารถชี้จุดเจ็บได้ชัดเจน

3. Referred pain เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นในตำแหน่งที่ไกลจากตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นสาเหตุลักษณะอาการปวดจะ sharp , persistent และ localized เกิดจากการใช้ central pathway ร่วมกันของ afferent neurons ที่มาจากอวัยวะที่ต่างตำแหน่งกัน เช่น เลือดออกในช่องท้องที่เกิดจากการแตกของม้าม จะระคายเคืองต่อกระบังลม ซึ่งถูกเลี้ยงโดย cervical nerve ระดับ C 3-5 ซึ่งผิวหนังบริเวณไหล่ซ้ายก็ถูกเลี้ยงด้วยเส้นประสาทเดียวกัน ทำให้รู้สึกเจ็บที่ไหล่ซ้าย (Kerh's sign) ดังนั้นจะสังเกตได้ว่า refer pain จะเป็นเหมือน somatic pain ที่อยู่ไกลตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นสาเหตุของการปวดนั่นเอง ผู้ป่วยที่อาการปวดท้อง visceral pain ร่วมกับมีอาการ referred pain ในบางราย ความรู้สึกของ referred pain อาจรุนแรงกว่าเนื่องจาก refer pain นำความรู้สึกด้วย somatic nerve เช่น liver cancer อาจรู้สึกปวดบริเวณเอว สะบักขวา หรือ ไหล่มากกว่าอาการปวดท้องด้านขวาบน เป็นต้น การรู้ตำแหน่ง referred pain ที่มาจากอวัยวะในช่องท้อง ทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าเกิดจากอวัยวะใด เช่น

- ไหล่ขวา : กระบังลมด้านขวา ตับ ทางเดินน้ำดี pneumoperitoneum ด้านขวา

- ไหล่ซ้าย : กระบังลมด้านซ้าย กระเพาะอาหาร ม้าม ส่วนปลายของตับอ่อน ลำไส้ใหญ่ส่วน splenic flexor pneumoperitoneum ด้านซ้าย
- กลางหลัง : ตับอ่อน aorta ต่อม้ำเหลืองบริเวณ retroperitoneum ลำไส้ส่วน duodenum
- สะบักขวา : ตับ ทางเดินน้ำดี
- สะบักซ้าย : ม้าม ส่วนปลายของตับอ่อน
- ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ : ไต ท่อไต iliac artery

Referred Pain จะมีลักษณะความเจ็บปวดและผลที่เกิดตามมา 3 ประการ คือ

3.1 Increased muscle tone of abdominal wall หรือตรวจพบ involuntary muscle guarding, broad like rigidity, sustained muscle contraction บริเวณผนังหน้าท้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กันระหว่าง severe visceral pain กับ parietal pain ในตำแหน่ง segment ที่ได้รับการกระตุ้นที่มีกล้ามเนื้อร่วมด้วย

3.2 Hyperalgesia มีความรู้สึกความเจ็บปวดที่ไวกว่าปกติ (excessive sensibility) บริเวณส่วนของร่างกายใน segmental distribution และปวดมากกว่าปกติ

3.3 Hyperesthesia เป็นลักษณะความรู้สึกที่ไวกว่าปกติต่อ sensory stimulation โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังบริเวณ segmental distribution เรียกว่า excessive sensibility การตรวจอาจใช้สำลี หรือปลายไม้เล็กๆ สัมผัสผิวหนังบริเวณนั้น เมื่อเทียบกับส่วนอื่นๆ ผู้ป่วยจะบอกความรู้สึกสัมผัสได้กว่าปกติ เช่น ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ อาการ Hyperesthesia ของผิวหนังที่บริเวณหน้าท้องด้านข้างขวา จะไวกว่าผิวหนังหน้าท้องด้านข้างซ้าย

การตรวจทั่วไป

1. สภาพทั่วไป : ดูซึม ๆ หรือไม่สบาย (drowsy, unwell)
: ซีด เหลือง ภาวะขาดน้ำ
: ต่อมน์น้ำเหลืองโต
: มีลักษณะบ่งบอกถึงโรคตับหรือโรคไตเรื้อรัง (Signs of chronic liver/renal disease)
: ท่าทาง (Posture) มักบ่งบอกความผิดปกติ

หมายเหตุ

- : ลักษณะการแสดงอาการของผู้ป่วย
- ปวดจากไต, ท่อไต (Renal colic) มักจะตัวงอ
 - ปวดจากในช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) มักจะนอนนิ่ง ไม่ยอมขยับตัว

การตรวจท้อง

คำแนะนำการตรวจท้อง คือ ผู้ป่วยนอนหงายและเห็นหน้าท้องตั้งแต่ไตซี่โครง (costal margins) ถึงกระดูกหัวหน้าว (pubic symphysis) อยู่ในภาวะผ่อนคลายและให้ความร่วมมือ

ดู :

- ดูหน้าท้องเมื่อผู้ป่วยหายใจ, ลักษณะหน้าท้อง (ท้องอืด ท้องแฟบ)
- เส้นเลือดผนังหน้าท้องโป่ง, ไล่เลือด (bruises, distend veins,

hernia)

- รอยผ่าตัดและรอยผิปกติบนผนังหน้าท้อง
- อวัยวะที่โตผิดปกติ เช่น ตับ ม้าม หรือสามารถมองเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้จากหน้าท้อง

ฟัง :

- ฟังการเต้นของหัวใจ ว่ามีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วยหรือไม่
 - เป็นการตรวจเสียงผิดปกติ การขยับของลำไส้ (abnormal or absent bowel sounds) และเสียงผิดปกติในการไหลของเลือดในเส้นเลือด (vascular bruits)
 - Splash sound : เป็นเสียงที่เกิดในภาวะกระเพาะอาหารอุดตันที่ได้ยินบริเวณท้องส่วนบนเมื่อมีการเขย่าท้อง
-

คลำและเคาะ (เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุดใน Acute abdominal pain)

- ให้เริ่มจากตำแหน่งที่ไม่ปวดก่อน
- กดท้องอย่างนิ่มนวล เบา ๆ แล้วค่อย ๆ กดลึก ๆ
- ตรวจเป็นระบบทีละ quadrant ของท้อง ตรวจหาบริเวณที่ปวด (tenderness) บริเวณที่ท้องแข็ง (guarding) ปล่อยแล้วปวด (rebound and masses) และบริเวณที่มีก้อน
 - บริเวณที่ปวดมักจะบ่งบอกพยาธิสภาพในท้องได้ (pathology)
 - อาการท้องแข็ง (involuntary guarding or rigidity) และอาการปวดเมื่อปล่อยมือ (rebound tenderness) บ่งบอกถึงเยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ (peritoneal irritation)
 - การคลำได้ก้อน (masses) มักจะช่วยในการวินิจฉัยเบื้องต้นได้
 - การคลำและเคาะบริเวณตำแหน่งตับและม้าม เพื่อตรวจตับม้ามโต

- การตรวจโดยใช้มือทั้งสองข้าง (bimanual) ที่เอวซ้ายและขวา เพื่อตรวจไต

- เคาะตรวจการปวดที่ด้านหลัง costovertebral angle

- เคาะตรวจ shifting dullness กรณีสงสัยมีน้ำในช่องท้อง (ascites)

การตรวจทางทวารหนัก (Rectal examination)

การตรวจไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Examination of hernia orifices)

การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ (Examination of genitalia)

การตรวจหน้าท้องที่อาจช่วยในการวินิจฉัยโรค

กรณีที่การตรวจหน้าท้องโดยทั่วไปยังไม่ชัดเจน การใช้เทคนิคพิเศษดังต่อไปนี้² อาจช่วยความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคได้

1) Murphy's sign

ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ จะมีอาการปวดท้องด้านบนขวา และมีอาการกดเจ็บ การตรวจ Murphy's sign จะช่วยความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคโดย ผู้ตรวจยืนหันทางด้านขวาของผู้ป่วย ใช้มือซ้ายของผู้ตรวจวางบนชายโครงขวาของผู้ป่วย และใช้นิ้วหัวแม่มือกด (Hook) ไปที่ใต้ชายโครงขวา บริเวณตำแหน่งที่ lateral border ของ rectus muscle (อาจใช้นิ้วมือข้างขวากดตำแหน่งนี้แทนนิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายก็ได้) แล้วบอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ fundus ของ gallbladder ที่อักเสบจะกระทบกับ anterior-abdominal wall ที่ผู้ตรวจกดลงมา จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บพร้อมกับหยุดหายใจ แสดงว่า positive Murphy's sign

2) Rovsing's sign

ใช้วินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่ไม่แม่นยำนัก เป็น refer rebound tenderness โดยใช้นิ้วมือกดที่ left lower quadrant หลังผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา (Positive Rovsing's sign) และเมื่อปล่อยมือจากหน้าท้องทันที ผู้ป่วยจะปวดท้องทางด้านขวา (refer rebound tenderness)

3) Rebound tenderness

เป็น sign ของ peritoneal inflammation เช่น กรณีไส้ติ่งอักเสบ จะมี parietal peritonitis ทำได้โดยการกดหน้าท้องบริเวณด้านล่างขวาให้ลึกพอสมควร แล้วปล่อยมือขึ้นทันที ผู้ป่วยจะเจ็บมาก

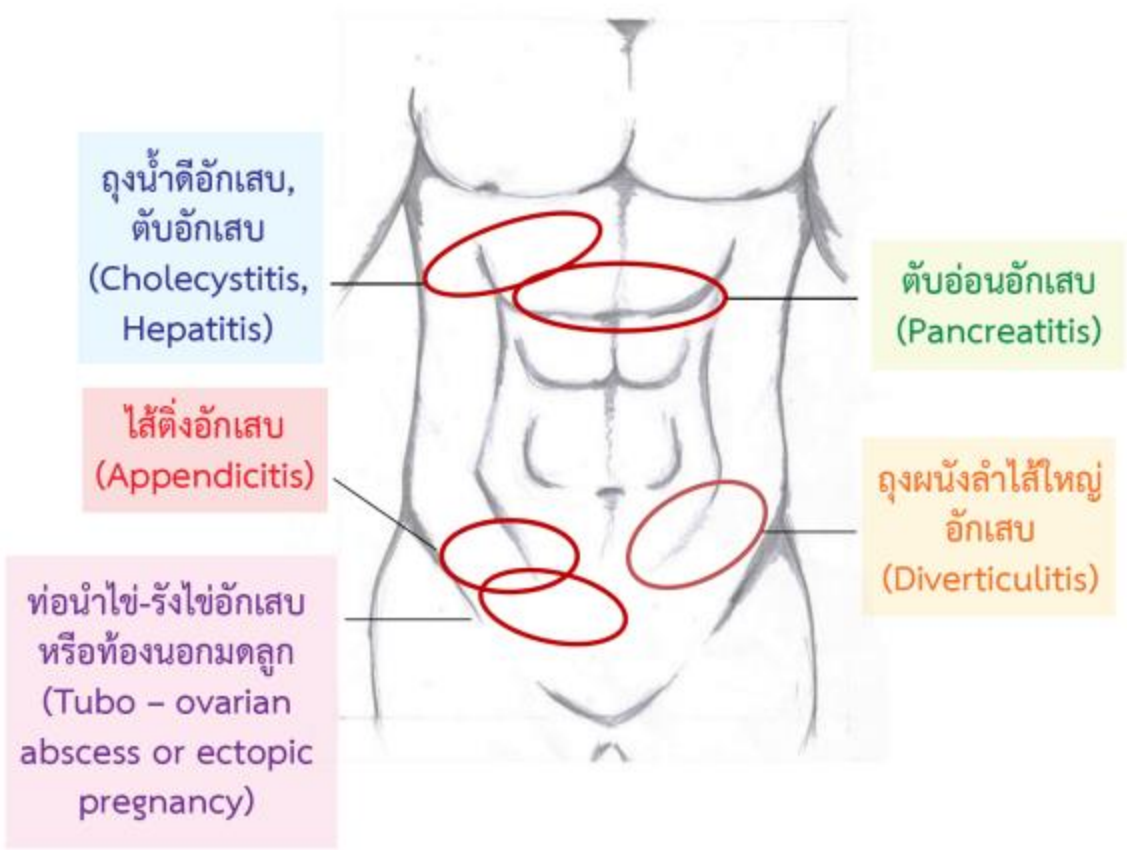
4) Psoas test

ใช้ตรวจโรคไส้ติ่งอักเสบ ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงข้างซ้าย แล้ว extend hip โดยการจับข้อเท้าผู้ป่วยดึงมาทางด้าน posterior จะทำให้ extended psoas muscle ผู้ป่วยจะปวดท้องมากขึ้น

5) Obturator sign

ใช้ตรวจ local peritonitis ใน pelvic appendicitis ที่อยู่ใกล้หรืออยู่บน Obturator internus muscle โดยผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ตรวจยืนอยู่ทางขวา ยกขาขวาผู้ป่วยโดยให้ Hip และ Knee flexed 90 องศา ทำให้เกิดการ stretch ของ obturator โดยทำการ internal rotation ของ hip

ภาพที่ 1



ถุงน้ำดีอักเสบ,
ตับอักเสบ
(Cholecystitis,
Hepatitis)

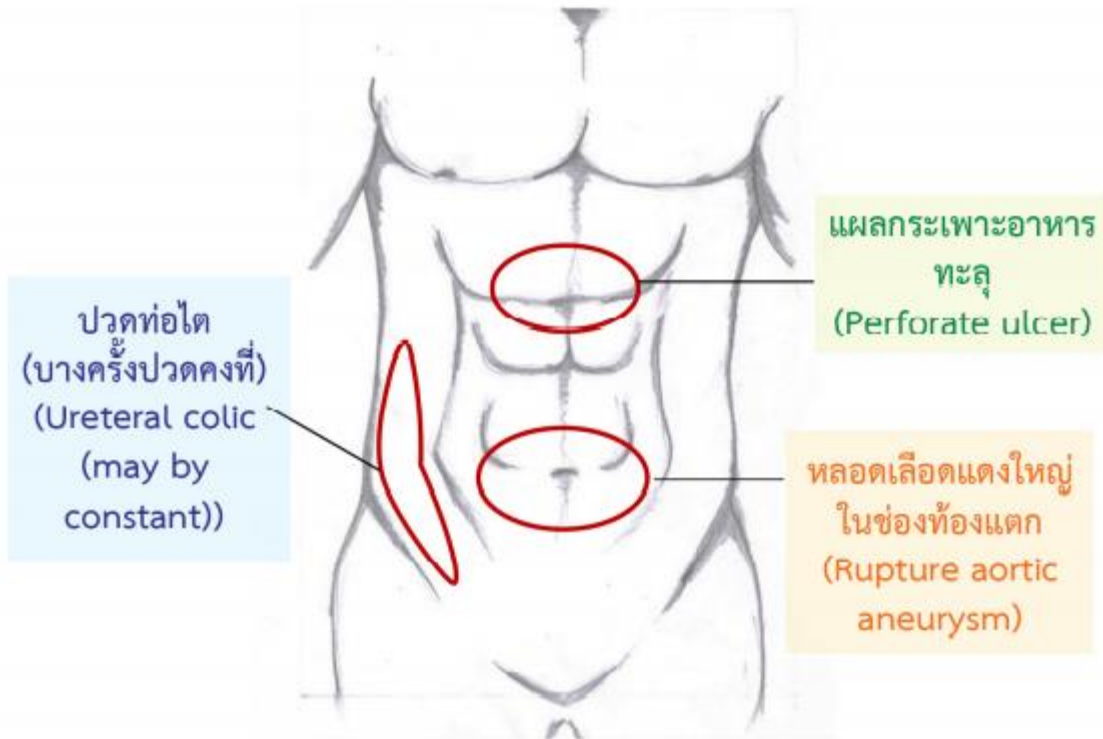
ไส้ติ่งอักเสบ
(Appendicitis)

ท่อไข่-รังไข่อักเสบ
หรือท้องนอกมดลูก
(Tubo - ovarian
abscess or ectopic
pregnancy)

ตับอ่อนอักเสบ
(Pancreatitis)

ถุงผนังลำไส้ใหญ่
อักเสบ
(Diverticulitis)

ภาพที่ 2



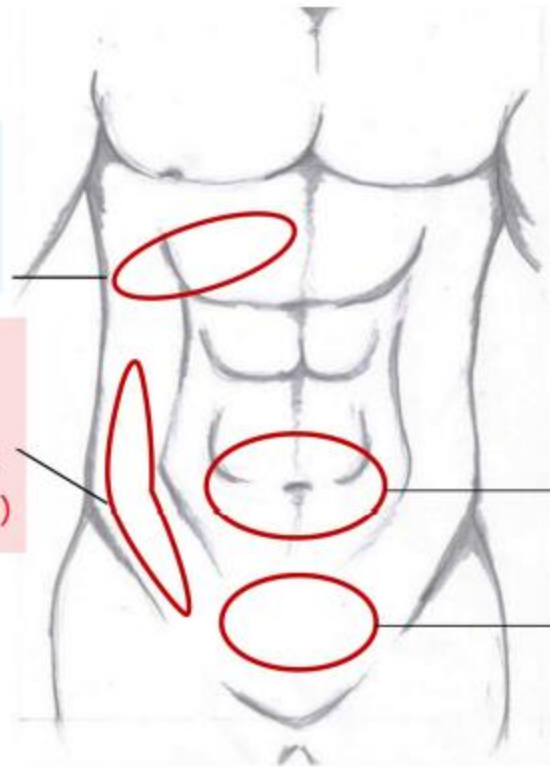
ภาพที่ 3

ปวดท้อง
ทางเดินน้ำดี
(Biliary colic)

ปวดท่อไต
(นิ่วในไต)
(Ureteral colic
(kidney stones))

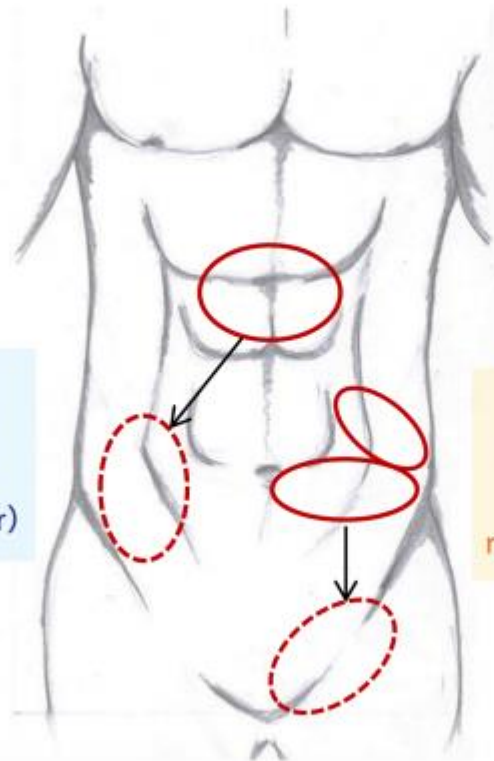
ลำไส้เล็กอุดตัน
(Small bowel
obstruction)

ลำไส้ใหญ่
อุดตัน
(Colonic
obstruction)



ภาพที่ 4

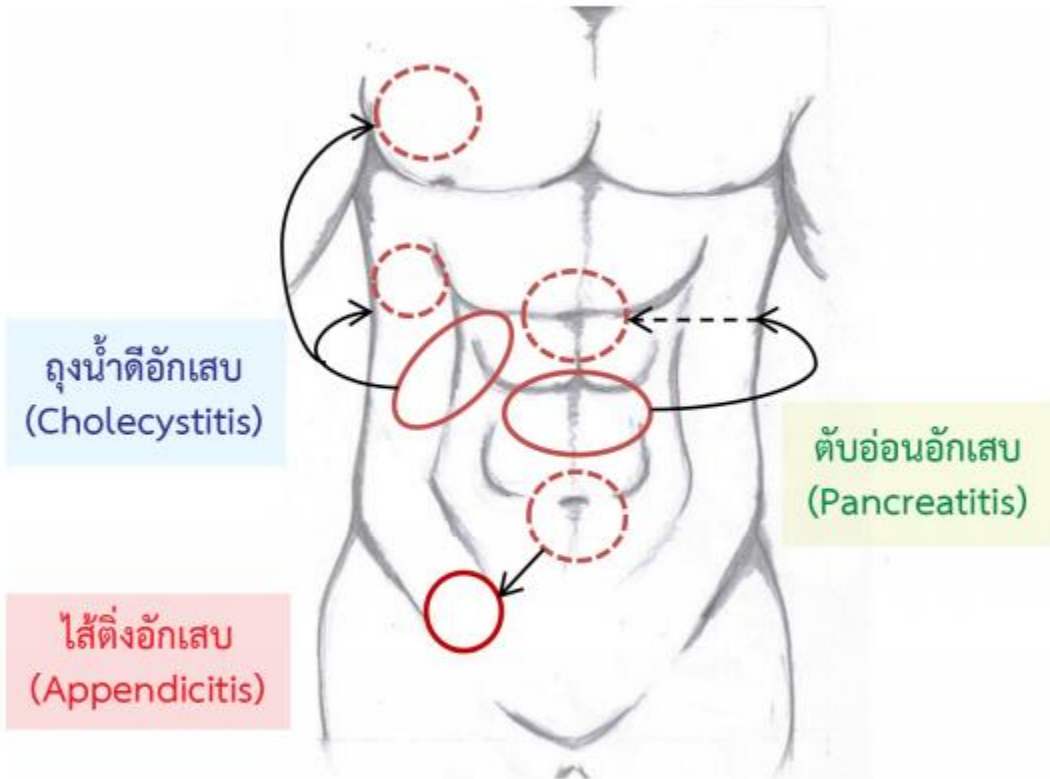
แผลทะลุ
กระเพาะอาหาร
หรือลำไส้ส่วนต้น
(Perforated ulcer)



กรวยไตอักเสบ,
อาการปวดไตหรือท่อไต
(Pyelonephritis,
renal or ureteral colic)

○ ตำแหน่งที่อาจจะปวด หรือย้ายที่ปวดได้ (referral or shifting)

ภาพที่ 5



○ ตำแหน่งที่อาจจะปวด หรือย้ายที่ปวดได้ (referral or shifting)

DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMEN

1. **กลุ่มโรคที่มีการอักเสบ และติดตามด้วยการติดเชื้อ** เช่น acute appendicitis , acute cholecystitis , acute pancreatitis , colonic diverticulitis , Meckel diverticulitis อาการปวดท้องของกลุ่มนี้มักค่อยเป็นค่อยไป (เป็นชั่วโมง หรือ เป็นวัน , gradual onset) มักมีไข้ตามมาหลังเกิดอาการปวดท้อง อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้หลังเกิดการปวดท้องแต่มักไม่รุนแรง ตำแหน่งที่ปวดจะอยู่บริเวณตำแหน่งของอวัยวะนั้นๆ ลักษณะการปวดเป็นตื้อแน่น จุกเสียด (dull aching pain) อาจปวดไปทั่วท้องได้ และอาการอาจรุนแรงมากๆได้ ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น เกิดการแตกทะลุของอวัยวะนั้น , เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง อวัยวะที่มีการอักเสบจะระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้อง ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องบริเวณนั้นด้วย จึงมักตรวจพบ tenderness & guarding บริเวณตำแหน่งของอวัยวะนั้นๆ Bowel sound มักลดลงเนื่องจากภาวะ ileus

2. กลุ่มโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ และติดตามด้วยการอักเสบ เช่น acute cholangitis, liver abscess, acute enteritis อาการปวดท้องมักค่อยเป็นค่อยไป อาการปวดตื้อๆใน acute cholangitis หรือ liver abscess และปวดบิดๆใน acute enteritis อาการไข้อาจมีนำมาก่อนอาการปวดท้อง เนื่องจากมี bacteremia จากการติดเชื้อ ใน acute cholangitis มักมีไข้หนาวสั่น และตัวเหลืองตาเหลืองร่วมด้วย ในรายที่ไม่รุนแรงมาก โดยทั่วไปการอักเสบของเยื่อช่องท้องมักไม่รุนแรงเท่าผู้ป่วยกลุ่มแรก ดังนั้น sign ของ peritoneal irritation มักไม่รุนแรง

3. กลุ่มโรคที่มีการแตกทะลุของ hollow visceral organs เช่น peptic ulcer perforation , small bowel perforation , colon perforation อาการปวดท้องเกิดอย่างเฉียบพลันทันทีบริเวณตำแหน่งที่อวัยวะเกิดการทะลุ เมื่อมีการกระจายของของเหลวปนเปื้อนเข้าไปในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีการปวดไปทั่วท้องได้อย่างรวดเร็ว การตรวจร่างกายมักพบ signs of peritoneal irritation ชัดเจน ถ้าระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนกระทั่งปวดทั่วช่องท้องและระดับความปวดสูงสุดนั้นสั้นมาก ทำให้อาจเกิด reflex abdominal muscle spasm จึงอาจตรวจได้ tenderness with board like rigidity โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน peptic ulcer perforation ซึ่งมี chemical irritation จาก gastric content เช่นเดียวกับโรคกลุ่มแรก อาการไข้ และคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่พบได้หลังเกิดอาการปวดท้อง การแตกทะลุของ hollow viscus ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคกลุ่มแรก เช่น ruptured appendicitis อาการปวดท้องมักไม่ได้เป็นแบบเฉียบพลันทันที เพราะผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และติดตามมาด้วยการปวดลุกลามไปทั่วท้อง

4. กลุ่มโรคที่เกิดการอุดตันของทางเดินอาหาร เช่น gastric outlet obstruction , small bowel obstruction , colonic obstruction อาการปวดท้องของ gastric outlet obstruction มักไม่เด่นชัดนัก เพราะลักษณะการอุดตันมักเรื้อรัง และค่อยเป็นค่อยไป อาการสำคัญคืออาเจียนเป็นเศษอาหารที่ไม่มีน้ำดีปน รวมถึงการตรวจท้องพบว่า มี gastric distension with visible peristalsis and positive succussion splash

5. กลุ่มโรคของเส้นเลือดในช่องท้อง เช่น abdominal aortic aneurysm (AAA) ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องอย่าง ค่อยเป็นค่อยไป กรณี impending ruptured AAA หรือ แบบเฉียบพลันในกรณี ruptured AAA ซึ่งมักมีอาการและ อาการแสดงของ hemorrhagic shock (ซีด หน้ามืดเป็นลม ความดันโลหิตต่ำ) อาการปวดท้องเป็นแบบเสียด ตื้อ แน่น บริเวณตำแหน่งก้อน อาจมีร้าวไปด้านหลัง ตรวจร่างกาย บริเวณท้องมักคลำพบ pulsatile mass ชัดเจน

6. กลุ่มโรคที่มีการแตกของเนื้องอกใน solid organs ที่พบบ่อยคือ ruptured hepatocellular carcinoma ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีประวัติเป็นโรคนี้อีกหรือเป็นโรคตับมาก่อนก็ได้ อาการอาการแสดงขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกในช่องท้อง ซึ่งอาจมีเล็กน้อย หรือมีมากจนกระทั่งผู้ป่วยซีดและ shock ก็ได้

7. **Gynecological diseases** ต้องอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคทุกครั้งในผู้ป่วยหญิงที่มาด้วยอาการปวดท้องบริเวณท้องน้อยอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเป็น ruptured or complicated ovarian cyst , ectopic pregnancy , pelvic inflammatory disease , tuboovarian abscess ก็ได้
8. **Renal disease , retroperitoneal infection** ในกลุ่ม infection ของ KUB system ระดับความเจ็บปวดบริเวณเอวมักเด่นชัดมากกว่าบริเวณท้อง ความผิดปกติของปัสสาวะมักชัดเจน ใน Psoas abscess ผู้ป่วยมักมีอาการปวดหลัง และเอว มากกว่าอาการปวดท้อง และมักมีร้าวไปขาข้างนั้น โดยอาจอยู่ในท่าอสะโพก และเหยียดขาไม่ได้
9. **Extra-abdominal disease** อาจมีอาการปวดท้องได้ในบางราย ซึ่งทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้ เช่น pneumonia , myocardial infarction (ตำแหน่ง visceral pain ของปอด และหัวใจ อาจปวดต่ำจนถึงบริเวณช่องท้องด้านบนได้ , herpes zoster (ปวดจาก lumbar neuralgia) , tetanus (ปวดจาก abdominal muscle spasm) , heavy metal poisoning (ปวดจาก spastic ileus)

LABORATORY INVESTIGATION

การเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (provisional diagnosis) และการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) ควรส่งตามความจำเป็นเพื่อช่วยในการวินิจฉัย หรือเตรียมผู้ป่วยกรณีที่ต้องผ่าตัด เช่น

Complete blood count ส่งตรวจดูเพื่อประเมินภาวะซีดของผู้ป่วย สภาพเม็ดเลือดขาวในร่างกายว่า มี leucocytosis หรือ leucopenia หรือไม่ มีอัตราส่วน neutrophil สูงขึ้นหรือไม่ ดูจำนวนเกร็ดเลือดว่า สูงหรือต่ำไปหรือไม่

Urinalysis ส่งตรวจเพื่อดูว่า ระบบปัสสาวะผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่ อาการปวดท้องบางอย่างอาจเกิดจากมี urinary tract stone หรือ urinary tract infection

Stool examination ส่งตรวจเพื่อดูว่ามีความผิดปกติหรือไม่ มีเลือดปนหรือไม่ มีเม็ดเลือดแดง หรือ เม็ดเลือดขาวปนในอุจจาระหรือไม่ มีพยาธิหรือไม่

Blood urea nitrogen , Creatinine ส่งในรายที่ต้องการประเมินการทำงานของไต

Electrolyte ส่งในรายที่ต้องการประเมินภาวะ electrolyte imbalance โดยเฉพาะในรายที่ชั้กประวัติ และตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมี external และ/หรือ internal loss ของสารน้ำในร่างกายมาก

Blood sugar ส่งตรวจในรายที่สงสัยว่าอาจมีปัญหเบาหวาน หรือในรายที่สงสัยว่าอาจเป็นตับอ่อนอักเสบซึ่ง blood sugar ใช้เป็น prognostic assessment parameter ใน Ranson score ได้

Liver function test ส่งตรวจในรายที่สงสัย acute abdomen ที่เกี่ยวข้องกับ hepatobiliary tract หรือ pancreatic disease หรือ ส่งตรวจในรายที่สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติในการทำงานของตับ

Serum amylase, serum lipase ส่งตรวจในรายที่สงสัยว่าอาจเป็นตับอ่อนอักเสบ

Urine amylase ส่งตรวจในรายที่สงสัยว่าอาจเป็นตับอ่อนอักเสบ แต่ค่า serum amylase ไม่สูง

Beta-HCG ส่งตรวจในรายที่สงสัยว่าอาจมี pregnancy โดยส่งตรวจ urine pregnancy test

Blood group matching ในกรณีที่ต้องผ่าตัดและเป็นหัตถการที่อาจมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมาก หรือ ถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะช็อคอยู่แล้ว ควรเตรียมเลือด หรือ blood component ไว้ใช้ในกรณีที่จำเป็นด้วย

Hemoculture ควรส่งตรวจในรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ หรือสงสัยว่าอาจมีการแพร่ของเชื้อในกระแสเลือด เช่น acute cholangitis , pyogenic liver abscess

Fluid or pus culture and gram stain น้ำหรือหนองที่ได้จากภายในช่องท้อง ควรมีการย้อมตรวจหาเชื้อด้วยทุกครั้ง รวมทั้งการเพาะเชื้อ และ ตรวจสอบด้วยว่ายาปฏิชีวนะที่ให้สามารถทำลายเชื้อเหล่านี้ได้หรือไม่

5. การตรวจโดยใช้ภาพถ่ายทางรังสี⁴ มีอยู่ 3 รูป คือ

5.1 การใช้ภาพถ่ายทางรังสี (X-ray) ที่ทรวงอก โดยถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอกในท่ายืน เพื่อดูพยาธิสภาพของปอด ตรวจว่ามีลม (free air) อยู่ใต้กระบังลมหรือไม่ ถ้ามีลมนั้นอาจมาจากการทะลุของ hollow viscus ในช่องท้อง อาจพบลมอยู่ใน mediastinum ซึ่งเกิดจากการทะลุของหลอดอาหาร

5.2 ถ่ายภาพรังสีของท้องในท่านอน (supine) เพื่อคุณลักษณะของ gas ในลำไส้ว่าเป็นอย่างไร มีการอุดตันหรือไม่ คุณความเข้มข้นของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ (tissue density) คุณิวประมาณร้อยละ 90 ของนิวที่ไตจะทึบแสง และประมาณร้อยละ 30 ถึง 50 ของนิวในระบบทางเดินน้ำดีของคนไทยจะทึบแสงต่อภาพถ่ายทางรังสี นอกจากนั้นถ้าพบว่ามีลมอยู่ในท่อทางเดินน้ำดี แสดงว่ามีรอยรั่วต่อกันระหว่างลำไส้กับท่อทางเดินน้ำดี พบได้ใน gall stone ileus ทำให้มีการอุดตันของลำไส้เล็ก เนื่องจากก้อนนิวในถุงน้ำดีขนาดใหญ่หลุดออกมาอยู่ในลำไส้เล็ก บริเวณ terminal ileum เกิด fistula ระหว่างถุงน้ำดี และลำไส้เล็กส่วนต้น

นอกจากนี้ เราอาจพบลมอยู่ใน portal vein เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ลุกลามเข้ามา (Pyle phlebitis) โดยเฉพาะบริเวณไส้ติ่งอักเสบมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงเป็น gas – forming infection เข้ามาตาม portal vein เกิด multiple Liver abscess ผู้ป่วยมีไข้สูง, ตาเหลือง โอกาสเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 90

5.3 ภาพถ่ายทางรังสีของท่านในท่ายืน (Upright) เพื่อดูว่ามีลมอยู่ตะกระบังลมหรือไม่ ดู air – fluid level ถ้าพบอยู่ภายนอกลำไส้มักจะอยู่ใต้กระบังลม หรือใต้ขอบตับ เรียกว่า Subphrenic หรือ Sub hepatic abscess คุณลักษณะของลมที่อยู่ภายในลำไส้ ถ้าลำไส้อุดตันอาจเห็นลักษณะคล้ายๆขั้นบันได (ladder pattern) นอกจากนี้ บางครั้งอาจจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีของช่องท้องในท่านอนตะแคงทางซ้าย (Left lateral decubitus film) เพื่อดูลมอิสระ (free air) ในช่องท้องที่อาจไม่พบในภาพถ่ายรังสีท่ายืน โดยลมนั้นไปอยู่ระหว่างตับและ parietal peritoneum

PRINCIPLE OF MANAGEMENT

การให้การรักษาผู้ป่วย (Management)

1. General การรักษาโดยทั่วไป

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลัน และรับไว้ในโรงพยาบาลการดูแลรักษาโดยทั่วไป ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการ คือ

1.1) resuscitation

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะขาดน้ำ (dehydration) เนื่องจากกินอาหารไม่ได้ เช่น ภาวะ peptic perforation, ลำไส้อุดตัน, ไส้ติ่งอักเสบ หรือ peritonitis การ resuscitation โดยการให้สารละลายทางหลอดเลือด (NSS) ร่วมกับการแก้ไขภาวะ electrolyte imbalance ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์โดยเฉพาะ ในกรณีที่จำเป็นต้องผ่าตัด ส่วนใหญ่จะ resuscitation จนปัสสาวะออกได้ดี แต่ในบางกรณีเราอาจจะรอการ resuscitation ไม่ได้ เพราะจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดด่วน เช่น rupture abdominal aortic aneurysm, rupture ectopic pregnancy ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้อง resuscitation ในช่องระหว่าง transfer ไปห้องผ่าตัด

1.2) Close monitoring

หมายถึง การตรวจวัดชีพจร, อุณหภูมิ, ความดันโลหิต, การหายใจ, ดู Urine output หรือผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องวัด central venous pressure โดยอาจทำทุก 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการตรวจรักษาต่อไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังวินิจฉัยโรคไม่ได้

1.3) Regular re – evaluation

ควรมาตรวจดูอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ อาจจะทุก 30 นาที หรือทุก 2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อยังไม่ทราบสาเหตุของการปวดท้องว่าเกิดจากอะไร เพราะอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปตามพยาธิสภาพ อาจจะเลวลงและจำเป็นต้องตัดสินใจรักษาอย่างถูกต้องให้ทันเวลา

2) Specific การรักษาเฉพาะโรค

เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน โดยเราตรวจทราบสาเหตุแล้ว เช่น เป็นไส้ติ่งอักเสบ, ลำไส้อุดตัน, ภาวะเพาะอาหารทะลุ, ถุงน้ำดีอักเสบ ฯลฯ การรักษาแต่ละโรคโดยการเตรียมผู้ป่วย, การผ่าตัด, การใส่สายสวนภาวะเพาะอาหาร การให้ยาปฏิชีวนะ มีรายละเอียดมาก ซึ่งจะต้องศึกษาโดยละเอียดในแต่ละลำดับต่อไป

1. **NPO** (nothing per oral) การงดน้ำ งดอาหารทางปาก วัตถุประสงค์เพื่อพักการทำงานของ ระบบทางเดินอาหาร เหมาะสำหรับโรคที่ถ้าหากผู้ป่วยยังรับประทานน้ำหรืออาหารต่อจะทำให้การปวดท้องแย่ลง ในผู้ป่วยที่ยังให้การวินิจฉัยโรคไม่ได้ อาจต้อง NPO เพื่อสังเกตอาการและอาการแสดงผู้ป่วยต่อเป็นระยะ ๆ
2. **Nasogastric tube decompression** ใส่เพื่อดูดของเหลวและลมที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกมา เหมาะสำหรับโรคที่มี adynamic ileus มากๆ หรือมี mechanical obstruction ของ hollow viscus
3. **Fluid and electrolyte resuscitation** เพื่อทดแทนการขาดน้ำ ควรให้เป็น balance salt solution ที่ปราศจากกลูโคส เช่น Lactate Ringer Solution

4. **Monitoring** เช่น vital signs , urine output per hour , central venous pressure , oxygen saturation , arterial blood gas , arterial pressure , pulmonary arterial wedge pressure เป็นต้น การเลือกใช้แต่ละวิธีขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย ควรเลือกใช้ให้เหมาะสม ตามความจำเป็น
5. **Antibiotics** เลือกใช้ให้เหมาะสมในโรคที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่ต้องให้เป็น broad spectrum antibiotics เพื่อคลุมเชื้อต่างๆที่อยู่ในทางเดินอาหารคือ gram positive , gram negative และ anaerobic bacteria

6. **Analgesics** การให้ยาแก้ปวดจำเป็นมากถ้าอาการปวดก่อให้เกิดความทรมานแก่ผู้ป่วย ก่อนให้ยาผู้ป่วยไม่ควรมี hypotension เพราะการให้ยา narcotics จะทำให้เกิด peripheral vasodilatation อาจทำให้เกิดความดันต่ำลงไปอีกได้ บางรายที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ อาจต้องชะลอการให้ยาแก้ปวดเพื่อสังเกตอาการและอาการแสดงต่อไป
7. **Surgical intervention** การพิจารณาการผ่าตัดขึ้นกับว่าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร บางโรคต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เช่น Peptic ulcer perforation , hollow viscus perforation , acute toxic cholangitis , acute appendicitis , acute mesenteric arterial occlusion , complete or strangulated bowel obstruction , massive intraperitoneal bleeding due to trauma , etc. ก่อนการผ่าตัดควรแก้ไขภาวะ hypovolemia และ electrolyte , acid-base imbalance ให้ดีเสียก่อน

คำแนะนำในการดูแลรักษาโรคปวดท้องเฉียบพลัน ในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ (Level of care)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ชักประวัติตามคำแนะนำ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ปวดท้องเฉียบพลัน
จากสาเหตุทางศัลยกรรม
2. ตรวจร่างกายอย่างง่าย เช่น ดูสภาพทั่วไปของผู้ป่วย สัญญาณชีพ
วินิจฉัยแยกโรคตามรูปภาพ
3. ส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ
4. ให้คำแนะนำหรือใบแนะนำสำหรับผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ⁽¹⁾

ข้อควรระวัง : หากยังวินิจฉัยไม่ได้ชัดเจนว่ามีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง
หรือไม่ ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะและยาลดการหดเกร็งของลำไส้ (Antispasmodic)

โรงพยาบาลชุมชนระดับ F, M2 (ไม่มีศัลยแพทย์หรือขีดความสามารถ ไม่เพียงพอ)

1. ชักประวัติอย่างละเอียดตามคำแนะนำ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ปวดท้อง
เฉียบพลันจากสาเหตุทางศัลยกรรม
2. ตรวจร่างกายตามคำแนะนำ
3. พิจารณาระลึกถึงข้อจำกัดของการตรวจร่างกาย ช่องท้องและสาเหตุจาก
นอกช่องท้อง
4. นำลักษณะการปวดท้องกับโรคที่สำคัญมาใช้ในการแยกโรคเบื้องต้น
เช่น Alvarado Score⁽²⁾

** หมายเหตุ : ⁽¹⁾ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ให้กลับบ้านและต้องให้กลับมาตรวจซ้ำ

⁽²⁾ แบบประเมินผู้ป่วย Appendicitis โดยใช้ Alvarado Score

Acute appendicitis

Alvarado scale for diagnosis of acute appendicitis :

	Symptoms and signs	Score	
Symptoms	Migration of pain	1	
	Anorexia	1	
	Nausea and/or vomiting	1	
Signs	Right lower quadrant tenderness	2	5-6 = possible
	Rebound tenderness	1	7-8 = probable
	Elevated temperature ≥ 37.3 c	1	9-10 = very probable
Lab	Leukocytosis WBC > 10,000	2	
	Left shift of neutrophil > 75%	1	

5. ตรวจสอบห้องปฏิบัติการอย่างง่าย⁽³⁾
6. ให้การรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม ได้แก่ งดน้ำงดอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁽⁴⁾ ติดตามอาการแสดงและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
7. ประเมินคัดลยแพทย์เพื่อส่งต่อตามระบบ
8. ให้คำแนะนำหรือใบแนะนำสำหรับผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ กรณีที่อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
9. กรณีที่การวินิจฉัยยังไม่ชัดเจนต้องสังเกตอาการต่อในโรงพยาบาล จะต้องมีการประเมินอาการและตรวจร่างกายซ้ำเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม
10. ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล ควรปรึกษาคัดลยแพทย์หรือส่งต่อผู้ป่วย
11. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเบื้องต้นและรีบส่งต่ออย่างรวดเร็ว

ข้อควรระวัง :

- หากยังวินิจฉัยไม่ได้ชัดเจนว่ามีภาวะติดเชื้อในช่องท้องหรือไม่ ไม่ควร ให้ยาปฏิชีวนะ
- หากจำเป็นต้องให้ยาลดการหดเกร็งของลำไส้ (Antispasmodic) หรือ ยาแก้ปวดชนิดรุนแรงกลุ่ม opioids ควรมีการประเมินและมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์

โรงพยาบาลระดับ M2 (ที่มีขีดความสามารถ/ความพร้อมของระดับ โรงพยาบาล) M1, S, A

1. ชักประวัติอย่างละเอียดตามคำแนะนำ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ปวดท้อง
เฉียบพลันจากสาเหตุทางศัลยกรรม
2. ตรวจร่างกายตามคำแนะนำ
3. ฟังระลึกรายละเอียดของการตรวจร่างกาย ช่องท้องและสาเหตุจาก
นอกช่องท้อง
4. นำลักษณะการปวดท้องกับโรคที่สำคัญมาใช้ในการแยกโรคเบื้องต้น
เช่น Alvarado score⁽²⁾
5. ตรวจห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อให้ได้การรักษาและวินิจฉัยที่ถูกต้อง

6. ให้การรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม อันได้แก่ งดน้ำงดอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁽⁴⁾ ติดตามอาการแสดงและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
7. ประเมินคัดแยกแพทย์เพื่อให้การรักษาเฉพาะโรคที่เหมาะสม รวมทั้งเลือกใช้ยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำ⁽⁵⁾ และตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
8. เตรียมผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด
9. กรณีที่จะทำการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มี ASA physical status⁽⁶⁾ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ควรได้รับการดูแลโดยวิสัญญีแพทย์
10. ให้คำแนะนำหรือใบแนะนำสำหรับผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ กรณีที่อนุญาตให้กลับบ้าน

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

1. ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัด และจะต้องให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. ระดับการรับรู้หรือรู้สึกตัวลดลง
3. ผู้ป่วยเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจน
4. ผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นโรคที่อันตราย เช่น ภาวะลำไส้ขาดเลือดมาเลี้ยง (ischemic bowel) ในผู้สูงอายุ โรคเส้นเลือดใหญ่โป่งพองและเลือดเซาะเข้าไปในผนัง (dissecting aortic Aneurysm) ไม่สามารถที่จะวินิจฉัยแยกโรคได้⁽⁷⁾
5. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น
6. ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม
7. ผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำด้วยอาการเดิม (Revisit)

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ให้กลับบ้าน และต้องให้กลับมาตรวจซ้ำ⁽¹⁾

1. อาการปวดท้องมากขึ้น หรือ ยังมีอาการปวดท้องไม่ดีขึ้น ภายใน 12 – 24 ชั่วโมง
2. มีอาการอาเจียนอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถดื่มน้ำ หรือดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ
3. อาการปวดท้องย้ายมาเฉพาะที่ (โดยเฉพาะท้องด้านขวาล่าง)
4. มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ตาเหลือง อ่อนเพลียไม่มีแรง ปัสสาวะสีเหลืองเข้มขึ้น
5. เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด จะเป็นลม
6. ท้องอืดมากขึ้น ไม่ถ่าย ไม่ผายลม
7. ถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนมีเลือดปน
8. มีอาการเพิ่มเติมที่ไม่ปรากฏในครั้งแรก

CHRONIC ABDOMINAL PAIN

อาการปวดท้อง เป็นมานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

มีอาการปวดรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน หรือทำให้ต้องมาพบแพทย์

CHRONIC ABDOMINAL PAIN

ORGANIC DISORDER

FUNCTIONAL DISORDER

COMMON

UNCOMMON

COMMON

UNCOMMON

Gynecologic disease

Lactase deficiency
Diverticulitis
Crohn's disease
Intestinal obstruction

Chronic intestinal pseudo-obstruction
Mesenteric ischemia
Malignant neoplasm
Abdominal wall pain
Spinal disease
Testicular disease
Metabolic disease

Irritable bowel syndrome
Functional abdominal bloating

Functional abdominal pain

GYNECOLOGIC DISEASE

ENDOMETRIOSIS

CHRONIC PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

ADHESION

OVARIAN REMNANT SYNDROME

PELVIC CONGESTION SYNDROME

NON-GYNECOLOGIC DISEASE

-Gastrointestinal : Irritable bowel syndrome

-Urinary tract : Urethral syndrome , Interstitial cystitis

-Musculoskeletal : Myofascial pain syndrome , fibromyalgia , low back pain syndrome

ENDOMETRIOSIS

อาการที่จำเพาะต่อโรคนี้

-progressive dysmenorrhea

-deep dyspareunia

-infertile

อาการอื่นนอกเหนือจากปวดท้องน้อยเรื้อรัง

อาการปวดกระดูก

ปวดท้องน้อยระหว่างรอบระดู

เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์

ปัสสาวะ-อุจจาระ มีเลือดปน

CHRONIC PID

มักจะเกิดตามหลัง **acute PID**

อาการ

ปวดบริเวณท้องน้อยทั้งสองข้าง

ปวดระดูมากขึ้น

อาจจะมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

มีไข้ต่ำๆ

มีตกขาวผิดปกติ

มีปัญหาภาวะมีบุตรยาก

ADHESION

- ส่วนใหญ่มักใช้กับการเกิดตามหลังการผ่าตัดในช่องท้อง
- จากการศึกษาส่องกล้องพบว่า ตำแหน่งที่มี **adhesion** มักเป็นตำแหน่งที่มีอาการปวด
- อาการ : เป็น **non-cyclic pain** ไม่มีลักษณะที่เฉพาะ



OVARIAN REMNANT SYNDROME

-เกิดในหญิงที่มีประวัติผ่าตัดมดลูก รังไข่ และทำการผ่าตัดยากเพราะมีผังพืด จึงทำให้มีการหลงเหลือของเนื้อเยื่อรังไข่บางส่วน (**residual ovarian tissue**)

มักเกิดขึ้นหลังผ่าตัด **2-5** ปี

อาการ

ปวดท้องน้อยข้างใดข้างหนึ่ง เป็น **cyclic** ตามการตกไข่และระยะ **luteal phase**

ไม่มีปวดร้าวไปที่อื่น

อาจมี **flank pain** , **deep dyspareunia**

การวินิจฉัย

ยืนยันได้โดยการ **ultrasound**

ตรวจเลือดหาระดับ **FSH (<40 mIU/mL)**, **Estrogen (>30 pg/mL)**

PELVIC CONGESTION SYNDROME

-ภาวะที่หลอดเลือดในอุ้งเชิงกรานโป่งพอง (**pelvis varicosities**)

อาการ

ปวดท้องน้อย ทั้งสองข้าง ในระยะ **luteal phase**

ปวดมากขึ้นจากตอนเช้าถึงเย็น (progressively worse throughout the day)

อาการมากเมื่อยืนนาน และดีขึ้นเมื่อนอนราบ

ตรวจร่างกายและตรวจภายใน

ไม่พบความผิดปกติ แต่อาจจะพบมดลูกกลมโต

