

การประเมินภาวะสุขภาพ
สำหรับพยาบาล

NURSE



ดร.ทิตยาવી อินทรานุกร

ISBN. 978-616-590-415-5

การประเมินภาวะสุขภาพ สำหรับพยาบาล

ดร.ทิตยาวิดี อินทรานุกร

การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

จัดทำโดย ดร.ทิตยาวดี อินทรางกูร

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พ.ศ. 2565 จำนวนพิมพ์ 300 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ISBN 978-616-590-415-5

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

ทิตยาวดี อินทรางกูร

การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล.-- บุรีรัมย์:

เรวัตการพิมพ์, 2565.

226 หน้า.

1. การพยาบาล. I. ทิตยาวดี อินทรางกูร. II. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-590-415-5

พิมพ์ที่ : เรวัตการพิมพ์

16/19-21 ถนนปลัดเมือง อำเภอเมืองบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

โทรศัพท์ 0 4461 2662

โทรสาร 0 4462 0187

E-mail rewatprinting@hotmail.com

Web site <http://www.rewat.in>

คำนำ

หนังสือการประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาลเล่มนี้ ผู้เขียนได้ประมวลจากความรู้และประสบการณ์จากการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นอาจารย์สอนในมหาวิทยาลัย โดยเนื้อหาสาระได้กล่าวถึงการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ลักษณะอาการผิดปกติที่ประเมินได้ การแยกโรคตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย และคำถามนำทางในการถามเพิ่มเติมตามอาการที่พบบ่อยเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค

ผู้เขียนหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนิสิต นักศึกษา บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้ที่สนใจ ได้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า สามารถก่อให้เกิดองค์ความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ให้การพยาบาลดูแลเบื้องต้นตามขอบเขตของวิชาชีพ ส่งต่อในหน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน/นโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์ และนพ.อภิชาติ เอกัคคตาจิต ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้กำลังใจในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ หวังว่าจะได้รับคำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาให้เป็นหนังสือที่มีเนื้อหาสาระที่สมบูรณ์ต่อไป

ดร.ทิตยาวัตี อินทรางกูร

สารบัญ

การประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย.....	1
ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ.....	3
เทคนิคการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย.....	5
ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย.....	13
การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายตามระบบ.....	15
การประเมินลักษณะทั่วไป.....	15
การประเมินภาวะสุขภาพด้านศีรษะและใบหน้า.....	16
การประเมินภาวะสุขภาพช่องปากและลำคอ.....	38
การประเมินภาวะสุขภาพเต้านม.....	50
การประเมินภาวะสุขภาพระบบหายใจ: ทรวงอกและปอด.....	53
การประเมินภาวะสุขภาพระบบหัวใจและหลอดเลือด.....	71
การประเมินภาวะสุขภาพระบบช่องท้อง.....	82
การประเมินภาวะสุขภาพทวารหนัก.....	94
การประเมินภาวะสุขภาพระบบกล้ามเนื้อและกระดูก.....	95
การประเมินภาวะสุขภาพระบบประสาท.....	125
ลักษณะอาการผิดปกติที่พบจากการประเมิน	
ภาวะสุขภาพเบื้องต้น.....	150
ลักษณะความผิดปกติสีของผิวหนัง.....	150

สารบัญ (ต่อ)

ลักษณะความผิดปกติของเม็ดฝุ่นและตุ่มต่างๆ.....	152
ลักษณะความผิดปกติของบ่น้ำบางประเภท.....	155
ลักษณะความผิดปกติของ Optic Disc.....	156
ลักษณะความผิดปกติของก้อน การบวมในลูกตา/รอบๆตา และความ ผิดปกติของหนังตา.....	159
ลักษณะความผิดปกติของเยื่อแก้วหู.....	161
ลักษณะความผิดปกติของจมูก.....	163
ลักษณะความผิดปกติของก้อนที่พบที่เต้านม.....	164
ลักษณะความผิดปกติของอาการแสดงที่เห็นในช่องปาก.....	166
ลักษณะความผิดปกติในช่องท้อง.....	167
ลักษณะความผิดปกติทรวงอก.....	168
ลักษณะผิดปกติของปอดและหลอดลมที่ตรวจพบทางร่างกาย.....	169
ลักษณะผิดปกติของมือและข้อมือ.....	171
ลักษณะความผิดปกติของการบวมและการกดเจ็บที่ข้อศอก.....	173
ลักษณะความผิดปกติของระบบประสาท.....	174
ลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหว.....	175

สารบัญ (ต่อ)

การแยกโรคตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย.....	176
กลุ่มมี 1 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ไอ เจ็บคอ อาเจียน หอบ...	176
กลุ่มที่ 2 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้อ่อนเพลียเบื่ออาหาร	
ปวดศีรษะซึมเพื่อ.....	180
กลุ่มที่ 3 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ผื่น ตุ่ม จุดจ้ำ.....	184
กลุ่มที่ 4 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ชัก.....	187
กลุ่มที่ 5 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ปวดท้อง.....	188
กลุ่มที่ 6 แยกโรคจากกลุ่มอาการไอ.....	190
กลุ่มที่ 7 แยกโรคจากกลุ่มอาการปวดศีรษะ.....	191
กลุ่มที่ 8 การแยกโรคจากกลุ่มอาการปวดท้อง.....	196
กลุ่มที่ 9 การแยกโรคจากกลุ่มอาการบวม.....	199
กลุ่มที่ 10 การแยกโรคจากอาการเหลืองในโรคของเด็กก่อน.....	201
กลุ่มที่ 11 การแยกโรคจากอาการตัวเหลืองในโรคอื่นๆ.....	204
กลุ่มที่ 12 การแยกโรคกลุ่มอาการซีดจากโรคเลือดบางชนิด....	206
กลุ่มที่ 13 การแยกโรคจากกลุ่มอาการท้องเดิน	207
กลุ่มที่ 14 การแยกโรคจากอาการทางผิวหนังที่พบบ่อยๆ.....	209
กลุ่มที่ 15 การแยกโรคจากกลุ่มอาการชัก.....	212
กลุ่มที่ 16 อาการชักในทารกแรกเกิด.....	212

จ.

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

คำถำมนำทงในกรถำมเพิ่มเติมตำมอภำกรที่พบบ่อย.....	214
เอกสรอ้ำงอิง.....	223

การประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย

วิชาชีพพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับคน สุขภาพของคน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องคิดถึงเรื่องเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา ในกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ทั้งหมดนี้สำคัญเท่าเทียมกัน แต่ส่วนที่เป็นข้อมูลซึ่งได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพนั้นต้องมาก่อนอันดับแรกเสมอจึงจะทำให้เกิดกระบวนการการพยาบาลในขั้นอื่นๆ ตามมา ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพต้องเป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงที่ได้จากการประเมินอย่างครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ซึ่งในส่วนนี้จะกล่าวถึงการได้มาซึ่งข้อมูลปรนัยที่สำคัญๆ คือ

- 1) ข้อมูลจากการสังเกต
- 2) ข้อมูลจากการตรวจร่างกาย และ
- 3) ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพมีจุดมุ่งหมายที่ต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งการตรวจร่างกายต้องใช้เทคนิคหลากหลาย กล่าวคือ เทคนิคการดู คลำ เคาะ ฟัง รวมถึงการตัดสินใจทางคลินิกและประเด็นทางจริยธรรมซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การ ซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ การประเมินภาวะสุขภาพมี 4 ประเภท ได้แก่

- 2 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นแบบเบ็ดเสร็จ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อระบุปัญหาสุขภาพ และใช้เป็นฐานข้อมูลที่ครอบคลุมในเชิงลึก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2. การประเมินภาวะสุขภาพที่มุ่งเน้นปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ได้รับการยืนยันแล้ว การประเมินประเภทนี้มีขอบเขตที่แคบและกรอบเวลาที่สั้น ในการประเมินเบื้องต้นแบบนี้เพื่อให้พยาบาลตรวจสอบว่าปัญหายังคงมีอยู่หรือไม่

3. การประเมินภาวะสุขภาพเร่งด่วน เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย การรักษาชีวิตของผู้ป่วยคือความสำคัญสูงสุด มักเกิดปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียนเลือด

4. การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อติดตามการรักษา เป็นการประเมินหลังการประเมินเบื้องต้นเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงใดๆ ของผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองสุขภาพ

การตรวจร่างกาย คือ กระบวนการในการหาอาการของโรคของผู้ป่วยตามที่ได้ให้ประวัติไว้ วัตถุประสงค์ของการตรวจร่างกายได้แก่

1. ประเมินสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย และค้นหาอาการแสดงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย

3. ได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการซักประวัติการพยาบาล หรือเป็นการตรวจสอบให้แน่ใจถึงความถูกต้องของข้อมูล

4. นำมาเป็นข้อมูลสนับสนุน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

5. ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และความก้าวหน้าของปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

การจัดทำในการตรวจร่างกายเป็นสิ่งสำคัญในการการตรวจสุขภาพ โดยทั่วไป ผู้ตรวจที่ถนัดควรจะยื่นตรวจทางด้านขวามือของผู้ป่วย ในการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ จะให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนหงาย ดังนี้

ท่านั่ง ให้ผู้ป่วยนั่งที่เก้าอี้ สามารถใช้ตรวจทั่วไป ระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นต้น

ท่านอนหงาย ผู้ป่วยนอนหงาย ผ่าคลุมตั้งแต่หน้าอกจนถึงเท้า ทำใช้ตรวจทั่วไป เช่น ระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบทางเดินอาหาร

ท่านอนหงายชันเข่า ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าขึ้น ใช้ผ่าคลุมตั้งแต่หน้าอกถึงเท้า ปิดเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ควรใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วย และใช้ปลายผ้าห่มพันปลายเท้าให้เรียบร้อย ถ้านี้เตรียมสำหรับผู้ป่วยตรวจระบบ อวัยวะสืบพันธุ์ ช่องคลอด ผีเย็บ และ บริเวณทวารหนัก เป็นต้น

ท่าตะแคงข้าง ผู้ป่วยตะแคงข้างซ้ายในท่าสบาย งอตัวเล็กน้อย ใช้ผ่าคลุมตั้งแต่อกถึงเท้า สำหรับการฟังหัวใจ หรือคลำม้าม เป็นต้น

ความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลขั้นที่หนึ่ง คือ การรวบรวม ข้อมูลจะต้องให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด มากที่สุด และทันสมัยที่สุด การตรวจร่างกายก็มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงของปัญหา ทำให้ทราบระดับความรุนแรงของปัญหา ทำให้ทราบความคืบหน้าของปัญหาและการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล อันจะนำไปสู่แผนการพยาบาลเพื่อความสัมฤทธิ์ผลต่อไป

หลักปฏิบัติทั่วไปในการประเมินภาวะสุขภาพ หลักปฏิบัติทั่วไปในการตรวจร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วยฝ่ายผู้ตรวจและฝ่ายผู้ถูกตรวจ ผู้ตรวจร่างกายจำเป็นต้องรับทราบหลักการตรวจร่างกายเพื่อที่จะได้เตรียมการและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

- 4 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

1. สถานที่ในการตรวจร่างกายควรตรวจในห้องที่เป็นสัดส่วน หรือถ้าตรวจในห้องผู้ป่วยต้องกั้นม่านให้มิดชิด มีแสงสว่างเพียงพอ และไม่มีเสียงรบกวน

2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจร่างกายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และขออนุญาตก่อนตรวจร่างกาย

3. การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่เป็นเพศตรงข้าม ควรมีบุคคลที่สามอยู่ด้วย

4. ผู้ตรวจควรมีความสุภาพอ่อนโยน นุ่มนวลต่อผู้ป่วยทุกราย

5. ควรทำการตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด

6. จัดทำการตรวจร่างกายให้เหมาะสม

7. เปิดเสื้อผ้าหรือบริเวณที่จะตรวจเท่าที่จำเป็นและใช้ผ้าคลุมคลุมส่วนที่ไม่ต้องการตรวจให้เรียบร้อย

8. ผู้ตรวจถนัดขวาควรเข้าตรวจทางขวาของผู้ป่วย และถ้าผู้ตรวจถนัดซ้ายก็เข้าทางซ้ายของผู้ป่วย

9. ในการคลำ หรือแตะต้องผู้ป่วยมือต้องไม่เย็น

10. การตรวจร่างกายที่ดีควรตรวจทุกระบบ ทำตามขั้นตอน และไม่ควรรู้สึกเวลานานเกินไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า ในรายที่มีอาการหนักอาจจะต้องพิจารณาตรวจส่วนที่สำคัญก่อนเพื่อรีบให้การช่วยเหลือแล้วจึงตรวจร่างกายละเอียดภายหลัง

11. ในขณะที่ตรวจร่างกาย ผู้ตรวจควรสังเกตสีหน้า ท่าทาง อากัปกริยาของผู้ป่วยเสมอ

12. เริ่มตรวจในบริเวณที่ไม่เจ็บก่อน (ผู้ป่วยเด็กไม่ชอบให้ตรวจหูและจมูก ดังนั้นจึงควรตรวจอวัยวะดังกล่าวลำดับหลังสุด)

13. ในการตรวจที่ทำให้เจ็บหรือไม่สบาย เช่น การวัดแขนเพื่อวินิจฉัยไข้เลือดออกในระยะเริ่มต้น โดยการทำการ Tourniquet test ในรายที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออก ควรอธิบายเหตุผลในการตรวจให้ผู้ป่วยทราบ

14. เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ ควรบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบผลการตรวจและบอกถึงแผนการรักษาต่อไป(ถ้ามี)

15. ในกรณีผู้ป่วยเด็กทุกคน ควรได้รับการตรวจว่ามีภาวะโลหิตจางขาดสารอาหารรวมทั้งตรวจรอยแผลเป็นการได้รับวัคซีนด้วยทุกครั้งที่ได้มารับการตรวจอาการเสมอ

16. การตรวจร่างกายเด็กต่างจากผู้ใหญ่ ผู้ตรวจควรมีเทคนิคพิเศษในเรื่องการผูกมิตรกับเด็กก่อนลงมือตรวจร่างกาย ให้เด็กคุ้นเคยกับผู้ตรวจพอสมควร โดยเฉพาะการตรวจในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี อาจตรวจในขณะที่เด็กนั่งบนตักแม่หรืออุ้มพาดบ่า เนื่องจากเด็กวัยนี้กลัวคนแปลกหน้า

เทคนิคการการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย

การตรวจร่างกายมี 4 เทคนิค คือ การดู คลำ เคาะ ฟัง

การดู เป็นการสังเกตโดยใช้สายตาสังเกตภาวะสุขภาพ สัมรวจอวัยวะต่างๆ ของร่างกายว่าผิดปกติหรือไม่ โดยเริ่มตรวจตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาว่าเป็นอย่างไร มีใครช่วยพยุงมาหรือไม่ รวมทั้งดูลักษณะและอากัปกริยาของผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า สีหน้า ท่าทาง ผิวพรรณ อาการแสดงต่างๆ ทั้งที่ปกติและผิดปกติ ซึ่งการดูสามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นในโรคบางอย่างได้ เช่น การอักเสบเป็นฝี บริเวณที่เป็นจะมีลักษณะบวมแดง ร้อน หรือมีหนอง นอกจากนี้ยังสามารถบอกลักษณะของแผลบางชนิดได้ เช่น แผลกดทับ แผลเนื้อตาย แผลมะเร็ง และผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนัง ส่วนใหญ่จะตรวจด้วยการดู และให้การวินิจฉัยโรคได้เลย หลังจากที่ผู้ตรวจสังเกตดูความผิดปกติของอวัยวะนั้นๆ แล้วให้บันทึกที่สังเกตไว้ก่อนแล้วจึงจะนำข้อมูลที่เกิดขึ้นครบถ้วนหมดแล้วนั้นมาวิเคราะห์เพื่อจะได้ทราบว่าอวัยวะนั้นๆ มีความผิดปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพอะไรบ้าง จึงประเมินว่าความผิดปกติของอวัยวะนั้นส่งผลให้การทำงานของร่างกายผิดปกติอย่างไรบ้าง

- 6 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

วิธีการดู

1. ต้องดูให้ทั่วและเป็นระบบจากด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลัง ดูเปรียบเทียบกันทั้งสองข้าง โดยทั่วไปการดูจะไม่ใช้เครื่องมือ ยกเว้นการดูคอและหูจะใช้เครื่องมือส่องดูคอและหู และใช้เครื่องมือส่องดูภายในลูกตา

2. ผู้ตรวจต้องทราบด้วยว่าอวัยวะที่ปกติเป็นอย่างไร จึงจะสามารถแยกสิ่งที่ผิดปกติออกจากสิ่งที่ปกติได้โดยการเปรียบเทียบ เช่น การดูว่าผู้ป่วยมีการวมที่ขาข้างซ้ายหรือไม่ โดยดูเทียบกับขาขวา

3. ดูลักษณะที่สัมพันธ์กับโรค เช่น เหลืองให้เห็นถึงดีซ่าน ซึ่งต้องตรวจดูบริเวณตาขาว เยื่อตาขาว เยื่อช่องปาก เล็บ ฝ่ามือ เป็นต้น

นอกจากการดูด้วยตา ยังสามารถแยกได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจร่างกายมีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะใด กำลังเจ็บหนักหรืออยู่ในระยะอันตราย ถ้าไม่รีบทำการช่วยเหลืออาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกอาการว่าเจ็บป่วยหนักได้แก่

1. หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่กระตุกกระดิ๊ก แม้ว่าจะทุบตี

2. ชักตลอดเวลา มีอาการเกร็งของแขนขาและลำตัว ตาเหลือกขึ้นข้างบนหรือมีรอยช้ำตามร่างกายที่เกิดจากการกระทบกระแทก

3. กระสับกระส่าย ตื่นรน สับสน เลอะเลือน เพ้อ ใช้สูง

4. เจ็บหน้าอกแน่นอึดอัด เจ็บปวดบริเวณหน้าอกอย่างรุนแรง หน้ามืด ซีพจรเต้นผิดปกติ ซีดหรือเขียว มือ เท้า เย็น และมีเหงื่อเย็นๆ ออกตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า

5. หายใจลำบาก ออกและฐานคอบวม ไหล่ยกขึ้น ปีกจมูกบานออกและหุบเข้าตามจังหวะการหายใจ หายใจเร็วและเหนื่อยหอบ

6. หายใจช้ามากหรือหายใจ 5-6 ครั้งต่อนาที หรือหายใจได้ 2-3 ครั้งก็หยุด แล้วหายใจใหม่ 2-3 ครั้งก็หยุดพักอีก

7. เลือดออก มีเลือดสดๆหรือสีคล้ำออกจากบาดแผลหรือออกทางทวารต่างๆ ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก ช่องปัสสาวะ และทวารหนัก หรือถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว

การคลำ วัตถุประสงค์ในการคลำ คือ 1) คลำก่อนเพื่อดูลักษณะผิดปกติ 2) คลำอวัยวะที่คิดว่าถูกดันหรือดึงให้ผิดตำแหน่ง 3) เพื่อตรวจสอบอวัยวะที่อยู่ภายในว่าคืออะไร 4) คลำเพื่อดูว่าอวัยวะนั้นใหญ่หรือเล็กลง และ 5) คลำเพื่อดูหลอดเลือดต่างๆ เช่น ชีพจรที่ข้อมือ

วิธีการคลำ

1. คลำบนร่างกายของผู้ป่วยที่ปราศจากเสื้อผ้า ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตรวจอย่างชัดเจน และมีการจัดการตรวจโดยการคลำที่มีขีด ไม่ควรเปิดเผยผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

2. ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าที่สะดวกต่อการคลำและอยู่ในท่าที่สบายที่สุด เช่น ต้องการตรวจท้องให้ผู้ป่วยนอนราบ

3. ผู้ตรวจใช้ฝ่ามือหรือนิ้วมือข้างที่ถนัดคลำโดยไม่ใช้ปลายนิ้ว เล็บผู้ตรวจจะต้องสั้น มือต้องอุ่นขณะตรวจ เพราะถ้ามือเย็นจะทำให้ผู้ป่วยสะดุ้งและเกร็งได้

4. ขณะคลำให้สังเกตสีหน้าท่าทางผู้ป่วยตลอดเวลาด้วย เพื่อจะได้ประเมินอาการได้แม่นยำขึ้น

5. การคลำ จะคลำบริเวณรอบอวัยวะที่ตรวจก่อน โดยคลำทั่วๆ เพื่อหาบริเวณที่เจ็บหรือมีก้อน

6. การคลำลึกๆ เป็นการคลำสองมือ เพื่อแยกอวัยวะต่างๆ ในช่องท้องหรือช่องเนื้อเยื่อต่างๆ ออกจากการตรวจ คลำบริเวณที่เป็นก้อนด้วยนิ้วมือ เพราะปลายนิ้วจะรับความรู้สึกได้ดีกว่าฝ่ามือ แต่ถ้าเป็นการคลำเพื่อรับแรงสะท้อน ควรใช้ฝ่ามือแนบลงไปกับผิวหนังส่วนนั้นของร่างกาย เพื่อรับความรู้สึกของการสั่นสะเทือนจากการกระทบของก้อนสู่อวัยวะนั้นๆ

7. คลำบริเวณเจ็บหลังสุด เพื่อตรวจขอบเขตที่แท้จริงของบริเวณที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพ เพราะถ้าคลำบริเวณที่เจ็บก่อนจะทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ เกร็ง เจ็บ ทำให้บริเวณที่เจ็บอยู่แล้วเจ็บปวดมากกว่าที่เป็นจริง

- 8 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

วิธีการคลำ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งและวัตถุประสงค์ของการคลำ โดยจำแนกการคลำออกเป็น 2 วิธี

1. การคลำมือเดียว (UNIMANUAL PALPATION) คือ ใช้นิ้วมือ ฝ่ามือข้างใดข้างหนึ่งที่ถนัดคลำตรงตำแหน่งที่ต้องการจะตรวจ เช่น เต้านม ไบหน้า หน้าท้อง เป็นต้น

2. การคลำสองมือ (BIMANUAL PALPATION) คือการใช้มือทั้งสองข้างช่วยการคลำพร้อมกัน เช่น การตรวจหน้าท้องหญิงตั้งครรภ์ คลำตับ คลำม้าม การตรวจอวัยวะอุ้งเชิงกราน

การตัดสินใจเกี่ยวกับการคลำ การคลำเป็นการใช้ความรู้สึกสัมผัส โดยการใช้ส่วนปลายของนิ้วมือ ฝ่ามือ อุ้งมือ คลำเพื่อหาสิ่งผิดปกติ หรือเป็นการคลำ เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับ

1. ขนาดและรูปร่าง (Size and Shape) คลำโดยใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้าง หรือสองมือช่วยกันขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ตรวจ

2. ลักษณะของอวัยวะ (Texture) ตรวจโดยใช้นิ้วมือลูบคลำ เพื่อดูว่าแห้งหรือชื้น หยาบหรือละเอียด นูนหรือแบนราบ มีขอบหรือไม่มีขอบ เรียบหรือไม่เรียบ

3. ความสั่นสะเทือน (Vibration) ตรวจโดยใช้ฝ่ามือวางทาบกับผิวหนึ่งตรงตำแหน่งของอวัยวะที่จะส่งความสั่นสะเทือน เช่น การสั่นสะเทือนของผนังทรวงอก

4. ความรู้สึกเจ็บเมื่อถูกกด (Tenderness) ตรวจโดยใช้นิ้วมือทั้งสองมือกดลงตำแหน่งของอวัยวะแล้วถามความรู้สึกผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ตรวจกดแต่ผู้ป่วยไม่เจ็บมาก แต่เมื่อยกมือขึ้นแล้วเจ็บมาก เรียกการเจ็บแบบนี้ว่า Rebound Tenderness

5. ความนิ่มหรือความแข็งของอวัยวะ (Consistency) ตรวจโดยใช้ปลายมือกดอวัยวะนั้นแล้วพิจารณาตัดสินใจว่ามีความนิ่ม (Soft) แข็งเหมือนยาง (Rubbery) แข็งเหมือนแผ่นกระดาษ (Rigidity) หรือแข็งมาก (Stony Hard)

6. อุณหภูมิของบริเวณที่คลำ (Temperature) หรือความชื้น ตรวจโดยใช้หลังมือวางทาบบริเวณที่ตรวจ

7. การสะสมของน้ำหรือบวม (Edema) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้กดบริเวณที่ตรวจ

ลักษณะก่อนจากการคลำ

ถ้าคลำพบสิ่งผิดปกติให้บอกตำแหน่งที่พบก่อน ขนาดและลักษณะของก้อน เช่น สงสัยจะมีก้อนที่เต้านม ให้คลำตรวจดูเต้านมทั้งสองข้างเปรียบเทียบกัน ถ้าพบก้อนอยู่ทางซ้ายหรือทางขวา ให้ระบุตำแหน่งที่พบก่อนว่าอยู่ส่วนไหนของเต้านม คลำหาขอบเขตของก้อนโดยรอบ บอกลักษณะขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง ก้อนเคลื่อนที่หรือไม่ กดบริเวณก้อนเบาๆ มีอาการปวดหรือไม่ โดยใช้การซักถาม หรือให้สังเกตดูสีหน้าของผู้ป่วยร่วมด้วย แต่ไม่ควรกดแรงเกินไปเพราะอาจทำให้ก้อนแตกได้

ส่วนใหญ่จะใช้การคลำในทุกอวัยวะของร่างกาย แต่ที่ใช้ตรวจอวัยวะนี้มากคืออวัยวะส่วน ปอด หัวใจ ท้อง เมื่อคลำได้ก้อน จะต้องอธิบายลักษณะก้อนว่าเป็นอย่างไร โดยใช้คำอธิบายที่จำเป็นคือ 4S 1C 1F 1T ดังนี้

S1 = site	ก้อนหรืออวัยวะอยู่ในตำแหน่งใด
S2 = Size	ก้อนหรืออวัยวะใหญ่ขนาดไหน
S3 = Shape	ก้อนหรืออวัยวะรูปร่างเป็นอย่างไร
S4 = Surface	พื้นผิวของก้อนหรืออวัยวะเป็นอย่างไร
C = Consistency	ความยืดหยุ่นของก้อนหรืออวัยวะเป็นอย่างไร
F = Fix or Movable	ก้อนหรืออวัยวะคงที่หรือเคลื่อนที่
T = Tender	ก้อนหรืออวัยวะกดเจ็บหรือไม่

การอธิบายสิ่งที่พบจากการคลำนี้ จะช่วยแยกลักษณะสิ่งที่คลำได้ เช่น ซีฟजर ก้อน ความผิดปกติอื่นๆ

การเคาะ

การเคาะเป็นการใช้ปลายนิ้ว ฝ่ามือ สันมือหรือกำปั้นทุบ เพื่อตรวจดูว่ามีความเจ็บปวดหรือไม่ ฟังเสียงของการเคาะเพื่อจะหาตำแหน่ง ขนาด และความหนาแน่นของโครงสร้างของอวัยวะนั้นๆ โดยทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของเสียงไปกระทบอวัยวะที่

- 10 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ต้องการตรวจแล้วเกิดเสียงสะท้อนกลับคืนมา คือ เสียงโป่ง (Resonance) โป่งมาก (Hyperresonance) เสียงกังวาน (Tympany) เสียงทึบ (Dullness) หรือเสียงทึบมาก (Flatness) เสียงที่สะท้อนกลับมามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอวัยวะที่อยู่ภายใน ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีเสียงสะท้อนที่เป็นลักษณะเฉพาะที่ ทั้งนี้เพื่อค้นหาความผิดปกติ และขอบเขตของอวัยวะที่อยู่ภายใน

หลักการเคาะ

1. การเคาะควรใช้การเคลื่อนที่ของข้อมือข้างที่ถนัด ไม่ใช้นิ้วมือ หรือข้อศอก และควรตัดเล็บให้สั้น
2. การเคาะเพื่อฟังเสียงทึบต้องเคาะแรง เรียก Sonorous Percussion แต่ถ้าเคาะหาขอบเขตของอวัยวะควรค่อยๆ เคาะลงแล้วเคาะไล่ไปตามบริเวณต่างๆ เรียก Definitive Percussion
3. การเคาะอวัยวะที่มี 2 ด้าน ให้เคาะตำแหน่งเดียวกันสลับซ้ายขวา
4. ขณะทำการเคาะควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเสียง

การแยกเสียงของการเคาะผ่านที่รองรับ (Indirect Percussion)

ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	อวัยวะ
เสียงก้อง (Resonance)	ต่ำ	ปานกลาง-ดั่ง	กลวง	ยาว	ปอดในภาพปกติ
เสียงก้องมาก (Hyperresonance)	สูงกว่า Resonance	ดั่งมาก	มีลมอยู่มาก	ยาวกว่า Resonance	ผิดปกติ : ถุงลมโป่งพอง ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด
เสียงทึบมาก (Flatness)	สูง	เบา	ค่อนข้างทึบ	สั้น	ปกติ : กระดูกต้นขา ผิดปกติ : ปอดแฟบ
เสียงทึบ (Dullness)	ปานกลาง	ปานกลาง	ทึบ	ปานกลาง	ปกติ : ตับโต ผิดปกติ : น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	ลักษณะของเสียง	อวัยวะ
เสียงโป่ง (Tympany)	สูง	ดัง	เสียงคล้าย กลอง	สั้น	ปกติ : กระเพาะ อาหาร ผิดปกติ : ท้อง อืด ลมในช่อง เยื่อหุ้มปอดมาก

วิธีการเคาะ สามารถทำได้ 2 วิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และตำแหน่งในการตรวจ เป็นสำคัญ

1. การเคาะโดยตรง ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองถึงสามนิ้วคือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง งอเล็กน้อยหรือใช้ฝ่ามือ สันมือหรือกำปั้นข้างที่ถนัดเคาะลงไปตรงบริเวณที่ต้องการตรวจ โดยตรง เช่น บริเวณโพรงกระดูกที่ใบหน้า กระดูกไหปลาร้า กระดูกซี่โครงหรือช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครง ถ้าสงสัยว่าจะมีการอักเสบของอวัยวะตำแหน่งใดอาจตรวจโดยใช้ฝ่ามือตบหรือกำปั้นทุบเบาๆ ถ้ามีการอักเสบภายใน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก การเคาะโดยวิธีนี้ถือว่าการเคาะที่ทำงานๆ สะดวกและรวดเร็ว

2. การเคาะผ่านที่รองรับ คือการเคาะผ่านลงบนที่รองรับโดยใช้ฝ่ามือข้างไม่ถนัดวางลงบนอวัยวะที่จะเคาะ ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดวางให้แนบสนิทอวัยวะ แล้วใช้ส่วนปลายของนิ้วชี้หรือนิ้วกลางข้างที่ถนัดงอเล็กน้อยเคาะลงบนข้อนิ้วของนิ้วกลางมือที่วางทาบกับอวัยวะ

การเคาะเปรียบเทียบสิ่งที่เคาะได้จากบนลงล่าง และเปรียบเทียบทั้งสองข้างในระดับเดียวกันทั้งด้านหน้าด้านหลัง เช่น การเคาะเสียงโป่งของปอด ส่วนการเคาะอวัยวะภายในควรเปรียบเทียบเสียงที่เคาะได้ที่เปลี่ยนไป เสียงโป่งจะเกิดจากการเคาะลงไปบนอวัยวะที่เป็นโพรงและมีอากาศอยู่ เช่น ปอด กระเพาะอาหาร ลำไส้ เสียงทึบที่จะเกิดจากการเคาะลงบนอวัยวะที่เป็นเนื้อแน่น เช่น ตับ หัวใจ ขาอ่อน เป็นต้น

ถ้าต้องการดูขนาดของอวัยวะควรดูขอบเขตของอวัยวะนั้นๆ และเคาะเป็นแนวตั้ง เช่น แนวตั้งกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้า แนวตั้งผ่านกระดูกหน้าอก เป็นต้น

- 12 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

การฟัง

การฟัง เป็นการตรวจโดยอาศัยการได้ยิน โดยทั่วไปใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อให้ชัดเจนขึ้นเรียกว่า หูฟัง (Stethoscope) การฟังเป็นการตรวจแยกโรคในระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหาร

1. หลักการฟัง ห้องตรวจต้องเงียบ ไม่มีเสียงรบกวนภายนอก

1.1 การฟัง การฟังจากบนลงล่าง หรือซ้ายไปขวา เพื่อเปรียบเทียบเสียงที่ได้ในระดับเดียวกัน เช่น การฟังเสียงหายใจ เสียงหัวใจ ควรฟังทุกตำแหน่งและเปรียบเทียบกัน

1.2 ระวังการกระทบกันของท่อสายยางและนิ้วของผู้ตรวจไปเสียดสีกับท่อสายยาง หรือหูฟัง ซึ่งส่วนมากจะทำให้เกิดเสียงดังเสียดสีกัน

1.3 การใช้หูฟังในตำแหน่งที่ต้องการจะตรวจ ไม่ควรมีสิ่งที่ปกปิดหรือบังผ่านเสื้อผ้า เพราะอาจทำให้เสียงที่ได้ยินผิดพลาดหรือไม่ชัดเจน ซึ่งเกิดจากการเสียดสีกับเนื้อผ้า ดังนั้นจึงไม่วางหูฟังบนเสื้อ หรือบนหน้าอกที่มีขน เพราะจะทำให้เกิดเสียงดังไม่ชัดเจน และอาจผิดปกติ ผู้ป่วยควรถอดเสื้อในส่วนที่จะตรวจด้วยการฟัง ถ้าหน้าอกมีขนมากให้ใช้น้ำทาก่อน และถ้าผู้ป่วยที่มีผิวหนังแห้งมากควรใช้น้ำมันมะกอกทาก่อน หรือผู้ป่วยที่มีเนื้อหน้าอกมากๆ ก็ต้องใช้วิธีเดียวกัน มิฉะนั้นจะมีเสียงรบกวนได้

2. วิธีการฟัง วิธีการฟังมี 2 วิธี ประกอบด้วย

2.1 การฟังโดยตรง (Direct Auscultation) หมายถึง การฟังด้วยหูฟังโดยตรงไม่ผ่านตัวกลางหรือเครื่องมือ เช่น ฟังเสียงพูด เสียงหายใจดังวิ๊ดๆ เสียงหายใจดังครืดคลาด โดยใช้หูแนบกับอวัยวะที่จะฟัง หรือเสียงน้ำกระฉอก (Splashing Sound) พบได้ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ เป็นต้น

2.2 การฟังโดยใช้เครื่องมือ (Indirect Auscultation) หมายถึงการฟังโดยตัวกลาง คือมีเครื่องมือที่ช่วยในการรับฟังเพื่อให้ได้ยินชัดเจนขึ้น ปัจจุบันนิยมใช้ Stethoscope ซึ่งง่าย สะดวกมากและได้ผลดี

การฟังโดยใช้เครื่องมือ คือ หูฟัง (Stethoscope) ซึ่งมีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ส่วนนอก (Chest Piece) มี 2 ด้าน คือด้านกรวย (Bell) ใช้ฟังเสียงที่มีความถี่ต่ำ และด้านแบน (Diaphragm) ใช้ฟังเสียงที่มีความถี่สูง เพราะได้กรองเสียงที่มีความถี่ต่ำ ออก ซึ่งวัตถุประสงค์ของการฟังทั้งสองด้านจะต่างกัน ดังนี้

- Bell ใช้เพื่อตรวจสอบเสียงต่ำ เช่น เสียงหัวใจที่ผิดปกติ และเสียง Bruite กดเบาๆ ให้หูฟังแนบบนส่วนของร่างกายที่ต้องการฟังมากที่สุด โดยกดเบาๆ เพื่อกรองเอาเสียงสูงออกไป

- Diaphragm ใช้เพื่อตรวจสอบเสียงสูง เช่น เสียงหายใจ เสียงหัวใจปกติ และเสียงลำไส้ โดยการกดหูฟังลงบนส่วนของร่างกายที่ต้องการฟังให้แนบแน่น

2. ส่วนหู (Ear Piece) สำหรับฟัง ใช้ใส่หูทั้งสองข้าง ควรมีขนาดพอเหมาะกับช่องหู จึงจะได้ยินชัดเจนและไม่เจ็บหู ควรดูแลความสะอาดของรูหูทั้งสองไม่ให้อุดตันด้วย

3. สายยาง (Tubing) เชื่อมระหว่างส่วนนอก และส่วนหู ความยาวประมาณ 25 ถึง 45 เซนติเมตร ตามหลักแล้วสายยิ่งสั้น ยิ่งฟังได้ชัดเจน แต่ไม่ควรสั้นมากนัก เพราะเวลาฟังอาจทำให้ต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเกินไป หรือถ้าใช้สายยาวมากเกินไป หรือถ้าใช้สายยาวมากเกินไป อาจจะทำให้ฟังเสียงได้เบาผิดปกติ

ขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย

โดยทั่วไปทุกระบบจะตรวจโดยการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ยกเว้นระบบท้องที่ตรวจตามขั้นตอนการดู ฟัง คลำ เคาะ ในกรณีที่เร่งด่วน มีความจำเป็นที่ต้องกระทำควบคู่กันไปทั้งเทคนิคการดู คลำ ฟัง เฉพาะบริเวณที่เร่งด่วน กรณีที่ต้องคลำ ต้องสัมผัส และต้องฟัง ควรจะเริ่มทำจากส่วนที่สะดวกไปหาส่วนที่สกปรก การตรวจโดยทั่วไปต้องตรวจตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า บางรายอาจจำเป็นต้องตรวจตามความต้องการของผู้ป่วยที่เห็นว่าเป็นปัญหาส่วนสำคัญของเขา

- 14 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

เครื่องมือในการตรวจร่างกาย

<p>เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง นาฬิกา ไฟฉาย เข็มปลายทู่ สำลี สายวัด ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย</p>	
<p>ปรอท</p> 	<p>เครื่องวัดความดันโลหิต</p> 
<p>หูฟัง</p> 	<p>ไม้กดลิ้น</p> 
<p>ไม้เคาะเข้า</p> 	<p>ส้อมเสียง (tuning fork)</p> 
<p>แผ่นทดสอบสายตา (snecken chart)</p> 	<p>เครื่องส่องดูภายในลูกตา (ophthalmoscope)</p> 
<p>เครื่องส่องดูภายในรูหู (otoscope)</p> 	<p>ถุงมือ</p> 
<p>เครื่องถ่างรูจมูก (nasal speculum)</p> 	<p>ชามรูปไต</p> 

การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายตามระบบ

การประเมินลักษณะทั่วไป

พยาบาลควรสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามา อาจเดินมาเอง หรือถูกพุงเข้ามา หรือนั่งรถเข็นเข้ามา หรือนอนแปลเข็นเข้ามา เป็นการประเมินสภาพที่สังเกตได้ด้วยตา

1. ลักษณะการเดินของผู้ป่วย ลักษณะการเดินที่ผิดปกติ

- เดินขาถ่าง เดินเข้ากระทบบัน เดินขาเผลก การเดินเปะ การเดินเซไปมา ทั้งนี้อาจเกิดจากโรคกระดูกหรือความผิดปกติมาแต่กำเนิด หรือมีความผิดปกติที่สมอง

2. ท่านอน คนปกติจะนอนท่าใดก็ได้ที่รู้สึกสบาย ลักษณะการนอนที่ผิดปกติ คือ

- ผู้ป่วยที่หัวใจล้มเหลวจะไม่สามารถนอนราบได้ ต้องอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน เนื่องจากหายใจลำบาก

- ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไต นิ่วในถุงน้ำดี จะนอนดิ้นบิดตัวไปมา เพื่อที่หาท่านอนที่สบายที่สุดที่จะไม่เกิดการเจ็บป่วย

3. รูปร่าง โดยทั่วไปคนเราจะมีรูปร่างแตกต่างกันออกไปคือ อ้วน ผอม สูง เตี้ย ให้ลองเปรียบเทียบดูว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ รูปร่างที่ผิดปกติคือ รูปร่างผอมมาก อ้วนมาก สูงใหญ่ และเตี้ยแคระผิดปกติ

4. ผิวพรรณ สีของผิวแต่ละคนย่อมแตกต่างกันทั้งที่ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ เพศ อายุ และสิ่งแวดล้อม ลักษณะผิวพรรณที่ผิดปกติ คือ สีขาวซีด สีแดงจัด สีเหลือง สีเขียว

5. ลักษณะใบหน้า ลักษณะใบหน้าบางรูปแบบทำให้นึกถึงบางโรคได้ ลักษณะที่ผิดปกติ คือ

- หน้าบวมฉุ เกิดจากการที่มีน้ำคั่งอยู่ที่ใบหน้า และหนังตาทำให้บวมฉุ พบได้ในผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคภูมิแพ้

- หน้าเขียวโดยเฉพาะบริเวณริมฝีปากจนเป็นสีม่วง แสดงว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะขาดออกซิเจน พบในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเลือด

- 16 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

6. การพูด สำเนียงและวิธีการพูดของแต่ละคนไม่เหมือนกันให้สังเกตดูลักษณะและสำเนียงที่พูด ซึ่งอาจทำให้นึกถึงโรคบางอย่างโรคที่เกี่ยวข้องได้ ลักษณะที่ผิดปกติ คือ

- พูดเร็ว แสดงอาการลุกี้ลุกน พบได้ในผู้ที่มีภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ

- พูดซ้ำมากพูดจบแล้วกับมาพูดเรื่องเดิมอีก พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางสมอง

7. กิริยามารยาทที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจมีความสัมพันธ์กับการตรวจได้ ลักษณะที่ผิดปกติ เช่น

- กิริยาร่าเริง เปิดเผย แสดงออกที่ตรงไปตรงมา เชื่อมโยงกับประวัติที่ได้นำจะเชื่อถือได้

- กิริยาที่แสดงออกใจร้อน โมโหง่าย ผู้ตรวจควรระวังตัว ถ้าทำการตรวจร่างกายที่ประเจิดประเจ้อ อาจทำให้ผู้ป่วยโกรธ เกิดการทะเลาะวิวาทหรือถูกทำร้ายได้ง่าย

8. สภาพจิตใจ ให้สังเกตดูการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมต่างๆ ลักษณะที่ผิดปกติ คือ การแยกตัวเองไม่ให้ความร่วมมือ คิดฟุ้งซ่าน พูดไม่ได้ใจความ ความจำเลอะเลือน การรับรู้และความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมที่ผิดแปลกไป อารมณ์ที่แสดงออกผิดปกติ เป็นต้น

การประเมินภาวะสุขภาพด้านศีรษะและใบหน้า

การประเมินศีรษะ

เมื่อผู้ป่วยเดินเข้ามาจากสังเกตท่าทางการเดินแล้ว สิ่งที่เราสังเกตเห็นก่อนคือ ใบหน้า ต้องสังเกตดูทั้งศีรษะ ลักษณะส่วนประกอบของศีรษะตามลำดับ

การดูศีรษะ สังเกตว่ามีก้อนหรือไม่ บิดเบี้ยวส่วนใด ขนาดโตหรือเล็ก ถ้าขนาดเล็กในเด็กมักพบในพวกเด็กปัญญาอ่อน ศีรษะโตมักเป็นพวกน้ำมากในสมอง

- ผม ลักษณะผมแห้ง กรอบหรือไม่ ดูความหยาบหรือความละเอียดของเส้นผมผมหยาบกระด้างในผู้ที่มีภาวะไทรอยด์พร่อง

- หนังศีรษะ แห้งลอก เป็นแผ่นขาวๆ สังเกตเม็ดผื่น การอักเสบ

การคลำศีรษะ คลำดูมีก้อนหรือไม่ อยู่ตรงไหน ลักษณะอย่างไร นิ่มหรือแข็ง ขอบเขตคลำได้ชัดเจน เจ็บหรือไม่

การประเมินใบหน้า

การดูใบหน้า สังเกตหน้าของผู้ป่วย 2 ซีกเท่ากันหรือไม่ ดูรูปร่างของใบหน้าว่ามีความผิดปกติที่ใดบ้าง เช่น บวม เบี้ยว มีก้อน และความสมดุลของอวัยวะบนใบหน้า ได้แก่ ตา หู จมูก เท่ากันหรือไม่

- ใบหน้าทั้งสองซีกควรมีขนาดเท่ากัน

- ใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งบวม พบได้ในผู้ที่มีต่อมน้ำลายอักเสบ เหงือกอักเสบ รากฟันเป็นหนอง

- ใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งบิดเบี้ยว พบได้บ่อยในเด็กที่ใช้เข็มช่วยคลอด

- ใบหน้ายาว มีกระดูกที่บริเวณหน้าผากนูน เนื้อเยื่อที่จมูก กรามล่าง ริมฝีปาก และหูจะหนา ใบหน้ามองดูค่อนข้างเหี้ยม พบได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง Growth Hormone ผิดปกติ

- ใบหน้าบวม ผมหงอก ขนคิ้วหายบางแห้ง เส้นเล็ก รอบดวงตาบวม กตไม่นุ่ม พบได้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ (Hypothyroidism)

- ใบหน้ากลม แก้มแดง มีผมหรือขนขึ้น ลักษณะเหมือนผู้ชาย พบได้ในผู้ป่วย Cushing Syndrome

- ดูลักษณะผิว สีผิว แผล ลักษณะการบวมความแห้ง หรือผิวเป็นมัน พบในผู้ป่วยที่เป็น Systemic lupus erythemus จะพบสีผิวดำที่บริเวณโหนกแก้มด้านข้างของสันจมูกเรียกว่า Butterfly wing

- ดูการเคลื่อนไหวชนิดบังคับไม่ได้ เช่น การสั่นและการเกร็ง (Tremor and spasm)

การคลำใบหน้า กตดูว่าเจ็บบริเวณไหนหรือไม่ มีก้อนบวม เคลื่อนที่หรือไม่ แข็งหรือนุ่ม เจ็บหรือไม่ ลักษณะผิวเป็นก้อนขรุขระหรือเรียบ

- 18 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

การประเมินตา

โครงสร้างทางกายวิภาคของตา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยตรง ได้แก่ ลูกตาและเบ้าตา และส่วนที่เป็นโครงสร้างประกอบด้วย ขนตา และหนังตา ทำหน้าที่ป้องกันสิ่งแปลกปลอม ส่วนต่อมหน้าตา ทำหน้าที่สร้างน้ำตาเพื่อหล่อลื่น ป้องกันตาแห้ง เป็นต้น โครงสร้างเหล่านี้ช่วยในการส่งเสริมมองเห็นให้สมบูรณ์

วิธีการประเมิน

สังเกตดูความผิดปกติที่เห็นได้ง่ายก่อน สังเกตว่ามีตาโปนหรือไม่ ซึ่งจะพบในคนที่ มีสายตาสั้นและต่อมไทรอยด์เป็นพิษ มีการกระพริบตาบ่อยหรือไม่ ดูการเปลี่ยนแปลงของสายตา ตรวจภายในลูกตาและลานสายตา

1. **กระจกตาดำ (Cornea)** ปกติกระจกตาดำมีลักษณะใส เรียบ รูปร่างค่อนข้างกลม มีเส้นผ่าศูนย์กลางในแนวนอน 11-12 mm. แนวตั้ง 10-11 mm. ตรวจดูลักษณะกระจกตามีลักษณะอย่างไร มีความใสดีหรือไม่ ผู้ตรวจสามารถมองเห็นผ่านกระจกตาเข้าไป เห็นม่านตาและรูม่านตาได้ชัดเจน ดูว่ามีแผลเป็น กระจกตาบวม มีการติดเชื้อ แผลถลอก หรือมีเส้นเลือดงอกผิดปกติที่กระจกตาหรือไม่ เป็นต้น

2. **เลนส์ตา (Lens)** เลนส์ตاپกติมีลักษณะใส สองไฟฉายตรงเข้าไปผ่านรูม่านตาจะสังเกตเห็น Red Reflex สะท้อนออกมาจากจอประสาทตา ถ้าหากเลนส์ตาขุ่นจะมองเห็นเป็น Gray Reflex ซึ่งพบในต้อกระจก

3. **ช่องหน้าม่านตา** สิ่งสำคัญที่ควรตรวจมี 2 อย่างคือ 1) ดูว่าช่องหน้าม่านตา มีความใสดีหรือไม่ มีเลือดหรือหนองอยู่ในช่องหน้าม่านตาหรือไม่ ปกติช่องหน้าม่านตาจะมีน้ำ Aqueous ซึ่งจะใส ไม่มีสี 2) ดูความลึกของช่องหน้าม่านตาทั้งสองข้างเท่ากันหรือไม่ โดยใช้ไฟฉายส่องเข้าทางด้าน Temporal ของตาแต่ละข้าง ถ้าช่องหน้าม่านตามีความลึกปกติสามารถมองเห็นม่านตาทั้งหมดของผู้ป่วยได้โดยไม่มีเงาใดๆ บนม่านตา ถ้าช่องหน้าม่านตื้นกว่าปกติจะสังเกตเห็นเงาบนม่านตาทางด้าน Medial ถ้าทางด้าน Medial บนม่านตากร้างมากขึ้นแสดงว่าขอบม่านตายิ่งตื้นมากขึ้นนั่นเอง

ความผิดปกติของการมองเห็น

1. ภาวะสายตาดูผิดปกติ (Refractive Error)

- สายตาสั้น (Nearsightedness หรือ Myopia) เกิดจากการที่กระจกตาโค้งเกินไป หรือขนาดลูกตาวายเกินไป ทำให้กำลังการรวมแสงของตามากเกินไป เมื่อเทียบกับความยาวของลูกตา จนทำให้แสงจากวัตถุไปโฟกัสก่อนถึงจอประสาทตาทำให้การมองเห็นภาพในที่ไกลไม่ชัด

- สายตายาวโดยกำเนิด (Farsightedness หรือ Hyperopia) เกิดจากการที่กระจกตาแบนเกินไป หรือขนาดของลูกตาสั้นเกินไป ส่งผลให้กำลังการรวมแสงน้อยเกินไป เมื่อเทียบกับความยาวของลูกตา ทำให้จุดโฟกัสแสงจากวัตถุไปตกเลยจอประสาทตา ทำให้การมองเห็นภาพไม่ชัดทั้งใกล้และไกล

- สายตาเอียง (Astigmatism) เกิดจากการที่กระจกตามีความโค้งไม่เท่ากันในแต่ละแนว ทำให้กำลังการรวมแสงของตาในแนวต่างๆ ไม่เท่ากัน จุดโฟกัสในแต่ละแนวจึงไม่เป็นจุดเดียวกัน ทำให้มองเห็นภาพซ้อนจึงมองไม่ชัดทั้งใกล้และไกล

2. ตาบอดสี (Color blindness) เป็นความบกพร่องของเซลล์รับแสงรูปกรวยสีใดสีหนึ่งทำให้เห็นสีผิดเพี้ยนไป

3. ความเสื่อมของเยื่อตา

- ต้อลม (Pterygium) เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเนื้อเยื่อปกติกลายเป็นเนื้ออกชนิดไม่ร้ายแรงที่เยื่อตาขาว ทำให้ระคายเคืองของดวงตา ต้อลมสามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่า มีลักษณะเป็นตุ่มนูนหรือแผ่นบางๆ สีเหลือง โดยส่วนมากมีรูปร่างเป็นรูปสามเหลี่ยม มักพบอยู่บริเวณตาขาวที่ใกล้กระจกตาตรงส่วนหัวตามากกว่าหางตา

- ต้อเนื้อ (Pterygium) มีลักษณะเป็นแผ่นเนื้อรูปสามเหลี่ยมงอกจากตาขาวลามเข้าไปในตาดำ มักพบบริเวณหัวตามากกว่าหางตา ต้อเนื้อจะค่อยๆ โต ลูกกลมอย่างช้าๆ เข้าไปในตาดำ ถ้าเป็นมากจะลามเข้าไปจนถึงกลางตาดำปิดรูม่านตา ซึ่งจะปิดบังการมองเห็นทำให้ตามัวได้ เนื้อดังกล่าวไม่ใช่มะเร็ง ไม่ใช่เนื้ออก แต่เป็นลักษณะของความเสื่อมของเยื่อตาซึ่งเกิดจากแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นหลักและไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด

- 20 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

กับดวงตา แต่จะก่อความรำคาญเวลาอักเสบ จะบวมแดง รู้สึกเคืองตา ถ้าเป็นเยื่อหุ้มตาจะมีปัญหาเรื่องสายตาดูได้ เพราะจะไปกดอยู่ที่กระจกตา เป็นโรคกลุ่มเดียวกันกับต้อลม แต่มีการยื่นเข้าไปในส่วนของกระจกตา(ตาดำ)

4. ความผิดปกติของโครงสร้างระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ประกอบด้วย

- Central Scotoma เป็นภาวะที่มีการอักเสบของ Optic Disk (Optic Neuritis) หรือประสาทสมองคู่ที่ 2 (Retrolbulbar Neuritis) ทำให้ตรงกลางของลานสายตาข้างที่มีพยาธิสภาพมืดมัว

- เมื่อมีการทำลายของประสาทสมองคู่ที่ 2 ข้างใดข้างหนึ่ง เช่น เกิดการอักเสบของประสาทตา (Optic Neuritis) หรือประสาทตาถูกทำลายจากสารพิษจนอาจทำให้เกิดประสาทตาฝ่อ (Optic Nerve Atrophy) เป็นต้น หากเกิดพยาธิสภาพในตำแหน่งดังกล่าว จะทำให้ลานสายตาข้างเดียวกันนั้นมืดมัวลงอย่างถาวรหรือบอดสนิท

- ถ้ามีการทำลายตำแหน่งที่มีการทอดข้ามของประสาทตา (Optic Chiasm) เช่น ที่พบในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของต่อมใต้สมอง (Pituitary Tumor) ส่วนเนื้องอกที่ยื่นลงมาจะกดทับในส่วนที่ทอดข้ามดังกล่าวทำให้การเห็นเกิดผิดปกติ

5. ความผิดปกติอื่นๆ ที่พบบ่อย

- ต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมสภาพจนมีความขุ่นมัวบดบังแสงที่จะผ่านเข้าไปสู่จอประสาทตาหรือเรตินา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน ระยะเริ่มแรกจะรู้สึกว่ามัวเหมือนมีหมอกบัง มองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง ถูกแสงสว่างจะรู้สึกว่าตาพร่ามัวสู้แสงไม่ได้ หรือมองเห็นภาพซ้อนมองเห็นแสงไฟกระจาย เห็นฝ้าขาวบริเวณกลางรูม่านตา เป็นต้น

- ต้อหิน (Glaucoma) เกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทตา หรือเส้นประสาทตาถูกทำลาย โดยเป็นเส้นประสาทที่เชื่อมระหว่างตากับสมอง ปัจจุบันหลักมาจากความดันในลูกตาสูง ซึ่งเกิดจากการระบายน้ำออกของลูกตามีการอุดตันและเสื่อมสภาพ ทำให้

ระบายน้ำออกจากลูกตาได้ไม่ดีพอ ส่งผลให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จนทำลายประสาทตาในที่สุด

วิธีการประเมินภาวะสุขภาพตา

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
1. การตรวจคว่ำ - สังเกตคว่ำว่าตกรหรือไม่	ดูการกระจายตัวของขนคว่ำและความผิดปกติ เช่น ขนคว่ำร่วงหลุดทั้งหมด อาจเกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง หรือได้รับอุบัติเหตุ ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นหลุดไปหรือเกิดจากการถอนขนคว่ำออกให้หมด เพื่อที่จะให้เรียบและวาดใหม่
2. การตรวจหนังตา - สังเกตอาการที่ผิดปกติ	ปกติหนังตาบนจะคลุม Limbus (เยื่อぶตาที่เชื่อมต่อขอบกระจกตา) 1-3 มิลลิเมตร และหนังตาล่างจะอยู่ใต้ Limbus พอดี อาการแสดงที่ผิดปกติ: - หนังตาบวมซ้ำแดง มักเกิดจากการร้องไห้หนักหรือ มีการอักเสบของเยื่อぶตา - หนังตาบวมออกมาข้างนอก สาเหตุอาจเกิดเฉพาะที่ ถ้าพบว่าเป็นทั้ง 2 ข้าง พบได้ในผู้ป่วยที่คอพอกเป็นพิษ บางรายอาจมีลักษณะของตาโปนออกมาเรียกว่า Exophthalmos ร่วมด้วย แต่ถ้าอาการบวมที่หนังตาทั้งสองข้างเกิดร่วมกับอาการบวมที่ส่วนอื่นของร่างกาย อาจเกิดจากโรคไต หรือโรคหัวใจ - หนังตาเหี่ยวยุบ อาจเกิดจากการขาดสารอาหาร น้ำ หรือโรคผิวหนัง หรือเกิดจากความชราได้ - หนังตาดตกลงมา หลับตาแล้วลืมไม่ค่อยขึ้น อาจเป็นข้างเดียว หรือทั้งสองข้างก็ได้ พบได้ในรายที่กล้ามเนื้อตาอ่อนกำลัง

- 22 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>- หนังตาเป็นก้อน ปุ่มปม ร่วมกับอาการเจ็บหรือคันเกิดจากการอักเสบ เช่น กุ้งยิง หรือมีพยาธิสภาพอยู่ที่หนังตา ต้องคลำและกดบ่อยๆ</p> <p>- หนังตาเดินหรือเขม่น เกิดจากภาวะเครียด การอดนอน ใช้สายตามากเกินไป หรือมีความผิดปกติของประสาทที่มาเลี้ยงตา</p>
<p>3. การตรวจขนตา</p> <p>- สังเกตดูอาการที่ผิดปกติ</p>	<p>บางรายอาจพบขอบหนังตาม้วนเข้าด้านใน ทำให้ขนตากลับเข้าไปข้างใน คอยทิ่มแทงกระจกตา ทำให้เกิดการระคายเคือง รำคาญ น้ำตาไหลอยู่ตลอดเวลาและอาจเกิดการอักเสบได้</p>
<p>4. การตรวจท่อน้ำตา</p> <p>- สังเกตดูความผิดปกติ</p>	<p>- ปกติจะหลั่งเลี้ยงเยื่อตาให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ</p> <p>- ถ้าพบมีการบวมที่บริเวณหนังตาล่างด้านหัวตาและตั้งจมูก ส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบของถุงน้ำตา อาจเป็นชนิดเฉียบพลัน (ปวด บวม แดง และกดเจ็บ) หรือเรื้อรัง (มักพบร่วมกับการอุดตันของท่อน้ำตา น้ำตาจะไหลตลอดเวลาและถ้ากดที่ถุงน้ำตาจะมีหนองไหลออกมาที่รูเปิดของท่อน้ำตามักพบในผู้สูงอายุ)</p>
<p>5.การตรวจลูกตา</p> <p>5.1 การตรวจการเคลื่อนไหวของลูกตาให้ผู้ป่วยมองตามนิ้วมือที่อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควรให้มองนิ่ง ๓ ตำแหน่งด้านข้างและบนหัวขณะหนึ่ง เพื่อตรวจหาตากระตุก (Nystagmus) และให้</p>	<p>ปกติลูกตาจะเคลื่อนไหวไปด้วยกันทั้งมองขึ้นและมองลง มองทางด้านข้างและมองใกล้ โดยใช้กล้ามเนื้อตาทั้ง 6 มัด คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อ Superior Rectus ควบคุมโดยประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor Nerve) - กล้ามเนื้อ Lateral Rectus ควบคุมโดยประสาทสมองคู่ที่ 6 (Abducen Nerve) - กล้ามเนื้อ Inferior Rectus ควบคุมโดยประสาทสมองคู่ที่

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>ผู้ป่วยมองที่นิ้วผู้ตรวจ ซึ่งจะเคลื่อนไปทางซ้ายและขวา เพื่อตรวจหาความผิดปกติอื่นๆ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนไหวของลูกตาที่สัมพันธ์และคู่กันไปในแต่ละทิศ - ความสัมพันธ์ระหว่างหนังตาบนและลูกตาระหว่างมองขึ้นบนและลงล่าง ซึ่งปกติหนังตาบนจะบังตาดำอยู่เล็กน้อยตลอดเวลา - การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของลูกตา เช่น ตากระตุก มีการสั่นของลูกตาเป็นจังหวะ 	<p>3 (Oculomotor Nerve)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อ Inferior Oblique ควบคุมโดย ประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor Nerve) - กล้ามเนื้อ Medial Rectus ควบคุมโดยประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor Nerve) - กล้ามเนื้อ Superior Oblique ควบคุมโดยประสาทสมองคู่ที่ 4 (Trigeminal Nerve)
<p>5.2 สังเกตรูปร่างและอาการแสดงที่ผิดปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตาโปน 	<p>มักพบได้ในผู้ป่วยที่มีคอพอกเป็นพิษซึ่งจะตาโปนออกมาทั้งสองข้าง แต่ถ้าเป็นข้างเดียวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น มีเนื้องอกด้านหลังลูกตาข้างที่เป็นทำให้ตาโปนออกมา</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ตาลึกโป้ - ลูกตานุ่ม ให้ผู้ป่วยหลับตาแล้วใช้นิ้วมือคลำและกดลงที่เปลือกตาเบาๆ เพื่อสัมผัสความหย่นของลูกตาเปรียบเทียบกับคนปกติในวัยเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจเกิดจากภาวะขาดน้ำมาก เช่น ท้องเดินรุนแรง - ถ้าพบว่านุ่มกว่าปกติ อาจเกิดจากขาดน้ำ แต่ถ้าพบว่าลูกตาแข็งและมีอาการปวดหัว ตามัวร่วมด้วย มักพบในผู้ป่วยโรคต้อหิน

- 24 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>6. การตรวจเยื่อぶตาและตาขาว</p> <p>- เยื่อぶตาและตาขาวด้านล่าง ตรวจดูโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ ดึงหนังตาล่างลงมา แล้วให้ผู้ป่วยเหลือบตามองขึ้นข้างบน จะเห็นเยื่อぶตาและตาขาวด้านล่างอย่างชัดเจน</p> <p>- เยื่อぶตาและตาขาวด้านบน ให้ผู้ป่วยมอมองลงปลายเท้า จับขอบตาด้านบนดึงลงเบาๆ และยื่นออกมาข้างหน้า ใช้ก้านไม้ขีดวางบนหนังตา ดันไม้ขีดลงแล้วพลิกหนังตาด้านบนพลิกขึ้น สังเกตดูเยื่อぶตาและตาขาวดูอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น เม็ด ตุ่ม บวม แดง อักเสบ หนอง เป็นต้น เหลือบตามองขึ้นบนจะเห็นเยื่อぶตาและตาขาวด้านล่างชัดเจน</p>	<p>- การตรวจเยื่อぶตา ให้สังเกตว่ามีสีซีด หรือแดงมากหรือมีเม็ดๆ ในโรคริดสีดวง (Trachoma) หรือมี Meibomian Cyst</p> <p>- การตรวจตาขาว ควรตรวจในที่ที่มีแสงสว่างตามธรรมชาติ จะพบว่าตาขาวมีสีเหลืองในผู้ที่เป็นดีซ่าน หรืออาจพบเส้นเลือดขยายตัว ทำให้ตาแดงเมื่อมีการอักเสบ</p>
<p>7. การตรวจกระจกตา</p> <p>- ตรวจโดยใช้ไฟฉายส่องทางด้านข้างแล้วดู</p>	<p>เป็นกระจกใสบนออกมาจากลูกตา ถ้าพบกระจกตาขุ่นทั้งหมด หรือเป็นบางส่วน จะเกิดอาการตาพร่ามัว เหมือนมีหมอกมาบังตา เช่น ต้อลม ใย ซึ่งเกิดจากกระจกตาถูกกระทบกระแทกจนเป็นแผล เมื่อแผลหายแล้วจะเกิดเป็นแผลเป็น เรียก Corneal ulcer มีลักษณะขุ่นขาวเหมือน</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>เนื้อลำไย ถ้าเป็นมากจะมองไม่เห็น ต้องผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้ากระจกตาขุ่นและอยู่ตื้น แสดงว่าแก้วตาเคยเป็นแผลมาก่อน - ถ้ากระจกตาขุ่นหรืออยู่ลึก แสดงว่าแก้วตาเคยมีการอักเสบมาก่อน - อาจพบ Arcus senilis โดยขอบตาดำ หรือแก้วตามีเส้นขาวขุ่นโดยรอบ ปกติจะพบในคนแก่ มักจะเกิดขอบบนของแก้วตาแล้วจึงลามออกมาเป็นวงจนรอบดวงตา ถ้าพบในคนอายุมากถือว่าเป็นธรรมดา ถ้าพบในคนอายุน้อย แสดงว่าผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง
<p>- Corneal reflex ตรวจโดยใช้สำลีที่สะอาดม้วนปลายให้เรียวเล็กที่สุด แล้วใช้ปลายแตะไปที่บนกระจกตาหรือระหว่างตากับตาดำ</p>	<p>เป็นการตรวจเพื่อดูปฏิกิริยาของกระจกตา ซึ่งปกติแก้วตาจะมีการรับรู้ความรู้สึกที่ไวมาก ไวกว่าการรับรู้ความรู้สึกที่อื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คนปกติจะกระพริบตาทันทีและรู้สึกเจ็บ ถ้าแตะแล้วไม่กระพริบตาแสดงว่าตาข้างนั้นไม่มีความรู้สึก พบได้ในผู้ที่เป็นอัมพาตของใบหน้าข้างนั้น มีรอยโรคที่ก้านสมอง หรืออยู่ในสภาวะหมดสติระยะสุดท้าย - ผู้ที่สายตาสั้น แล้วใช้ Contact lens เป็นประจำจะทำให้ Corneal reflex ลดลงหรือหายไป
<p>8. การตรวจรูม่านตา</p> <p>- Direct light reflex: ตรวจโดยใช้ไฟฉาย หรือเครื่องตรวจตา โดยให้ผู้ป่วยมองตรงไกล แล้วเปรียบเทียบ</p>	<p>- การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงซึ่งขนาดของรูม่านตาจะถูกควบคุมโดย Parasympathetic nerve ที่ออกจากสมองส่วนกลาง ทำให้รูม่านตาหดตัว และ Sympathetic nerve ที่ออกจากไฮโปธาลามัส ทำให้รูม่านตาขยาย</p>


- 26 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>รูม่านตาโดยดูขนาด รูปร่าง เท่ากันหรือไม่ การส่องไฟฉาย ให้ใช้ไฟฉายส่องที่แก้มหรือ ขมับก่อนแล้วค่อยๆ เลื่อน ไปสู่ตาตรง Limbus เพื่อจะได้เคื่องต่าน้อยลง แล้วจึงส่อง เข้ารูม่านตา ในกรณีที่ยังสงสัยว่าจะไม่มีปฏิกิริยา ควรตรวจ ให้แน่นอนก่อนว่าแสงเข้ารูม่าน ตาทั้งสองข้างพร้อมกัน และอย่าให้ผู้ป่วยจ้องที่แสงไฟ เพราะจะทำให้เกิด Accommodation reaction แล้วตรวจดู</p> <ul style="list-style-type: none"> - รูม่านตาด้านนั้นหรือลง หรือไม่ - รูม่านตาด้านตรงกันข้าม หรือลงหรือไม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - รูม่านตาขยายใหญ่และหดเล็กลงได้ เมื่อได้รับแสงสว่าง ตรงกลางจะมีรูกลมมองเห็นเป็นสีดำสนิทเพราะข้างในมืด ถ้าส่องไฟเข้าไปดูจะเห็นเป็นสีแดงของเนื้อและเส้นเลือด - รูม่านตาในคนปกติเป็นรูกลม ถ้าไม่เป็นรูกลมอาจเกิด จากการอักเสบ หรือแผลเป็น - ถ้ามีก้อนหรือสิ่งบรจุในสมองมากดเส้นประสาทคู่ที่ 3 จะพบรูม่านตาด้านเดียวกับรอยโรคขยายและมีปฏิกิริยา ต่อแสงน้อย - ถ้ามีการทำลายสมองส่วน Midbrain ซึ่งเป็นศูนย์กลาง ของการหดและการขยายรูม่านตา จะพบรูม่านตาทั้งสอง ข้างขยายและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง - ถ้าตรวจพบรูม่านตาเล็กเท่าหัวเข็มทั้งสองข้าง พยาธิสภาพจะอยู่ที่ก้านสมองส่วนหน้า ซึ่งไปขัดขวางการ ทำงานของ Sympathetic nerve ทำให้รูม่านตาหดเล็กมี ปฏิกิริยาเล็กน้อยต่อแสงจ้ามักๆ - รูม่านตาปกติ เมื่อมีแสงสว่างจะหดเล็กน้อยและจะขยาย ใหญ่ขึ้นเมื่ออยู่ในที่มืด - รูม่านตาผิดปกติ มีปฏิกิริยาต่อแสง รูม่านตามีขนาดไม่ เท่ากัน หรือม่านตาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง - ถ้ารูม่านตาหดไว แสดงว่า ประสาทตาดี - ถ้ารูม่านตาหดช้า แสดงว่า ประสาทตาไม่ดี - ถ้ารูม่านตานิ่งโต แสดงว่า ประสาทตาบอด - รูม่านตาทั้งสองข้างจะหดเล็กเท่าๆ กัน ถ้าพบว่ารูม่านตา ทั้งสองข้างไม่หด หรือหดไม่เท่ากันแสดงว่ามีความผิดปกติ ที่ดวงตา หรือสมอง

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>9. การตรวจแก้วตา</p> <p>- การตรวจดูภายในลูกตา จะต้องใช้เครื่องมือสำหรับตรวจตาเรียกว่า Ophthalmoscope ซัก</p>	<p>แก้วตาที่ปกติจะมองไม่เห็นจากการตรวจธรรมดาถ้าเห็นแสดงว่าผิดปกติ เช่น แก้วตาเลื่อนหลุดจากที่ หรือ แก้วตาขุ่นขาวเกิดขึ้นจากโรคต้อกระจก</p>
<p>10. การตรวจการทำงานของระบบประสาทสมองคู่ที่ 3, 4 และ 6 (Oculomotor, Trochlear and abducens nerve) เป็นเส้นประสาทสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อลูกตาเพื่อช่วยในการรอกตาหรือเคลื่อนไหวลูกตา</p>	
<p>10.1 Extraocular movement of eye movement</p> <p>- ให้ผู้ป่วยมองตามปลายนิ้วผู้ตรวจหรือวัตถุที่อยู่ห่างประมาณ 1 ฟุตโดยไม่หันหน้ามองตาม เริ่มหันตรงกลางลูกตาค่อยๆ เลื่อนนิ้วมือไป ด้านข้างจนสุด แล้วย้อนกลับมาตรงกลางตาขึ้นข้างบนและลงข้างล่าง ตาอีกข้างก็ทำเช่นเดียวกัน</p> <p>- ถ้าเป็นการตรวจในเด็กให้ผู้ป่วยนอนตัวตรงสังเกตแนวแกนกลางของตาทั้งสองข้างแล้วตรวจการรอกตาโดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกปลายนิ้วมือของผู้ตรวจซึ่งห่างจากตาของ</p>	<p>- ขณะที่ผู้ป่วยกลอกตามองตามปลายนิ้วมือให้สังเกตดูการเคลื่อนไหวของตาทั้งสองข้างว่าเคลื่อนไหวไปด้วยกันหรือไม่และถ้ามีการสั่นหรือกระตุกของลูกตาอาจเกิดจากความผิดปกติของหูชั้นในหรือสมอง</p> <p>- ถ้าตามองไปในทิศทางใดได้น้อยแสดงว่ากล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในทิศทางนั้นอ่อนแรง</p>

- 28 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>ผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุตซึ่งเคลื่อนไปใน 6 ทิศทางคือ ขวา ขวบน ขวาล่าง ซ้าย ซ้ายบน ซ้ายล่าง</p>	
<p>10.2 Oculocephalic reflex (Doll's eye reflex)</p> <p>- ตรวจโดยการจับศีรษะไปทางซ้าย-ขวา</p>	<p>- ใช้ทดสอบในผู้ที่ไม่รู้สึกรู้ตัว แต่ต้องแน่ใจว่าไม่มี Head Injury</p> <p>- คนปกติ ตาจะกลอกไปด้านตรงข้ามกับการหันศีรษะ</p> <p>- ในรายที่การตอบสนองของตาผิดปกติลูกตาจะเคลื่อนเล็กน้อยหรือไม่เคลื่อนไหว</p> <p>- ถ้าลูกตาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย แสดงถึงความรุนแรงของการหมดสติจากเมตาบอลิซึม</p>
<p>10.3 Eye convergen</p> <p>- ให้ผู้ป่วยจ้องมองวัตถุที่มีขนาดเล็ก เช่น ดินสอ ปากกา นิ้วมือ อยู่ระหว่างตาทั้งสองข้างห่างประมาณ 2 ฟุตแล้วค่อยเคลื่อนวัตถุนั้นเข้าไปหาตาช้าๆ</p>	<p>เมื่อเคลื่อนวัตถุเข้าไปใกล้ๆ ตาในคนปกติจะพบว่ารูม่านตาจะเล็กลงและตาดำทั้งสองข้างจะเคลื่อนเข้าหากันตรงกลาง เรียก Accommodation ถ้าตาข้างใดเคลื่อนห่างจากตรงกลาง แสดงว่ากล้ามเนื้อที่ควบคุมตาข้างนั้นผิดปกติ พบได้ในผู้ป่วยตาเข ตาดำเคลื่อนเบนเข้าหากันไม่ได้พบได้ในผู้ที่เป็นไทรอยด์เป็นพิษ</p>
<p>11. การตรวจการทำงานของระบบประสาทสมองคู่ที่ 2 (Optic nerve) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น ถ้ามองไม่เห็นหรือเห็นเพียงบางส่วนแสดงว่าประสาทสมองคู่ที่ 2 หรือสมองร่วมรับภาพผิดปกติ การตรวจจอร์รับภาพของตา มักพบอาการแสดงของโรคที่เป็นกับส่วนอื่นๆ ของร่างกายมาแสดงให้เห็นปรากฏรับภาพของตา เช่น โรคไต โรคเม็ดเลือด เบาหวาน เนื้องอกในสมอง ในการตรวจประสาทสมองนี้ จะต้องตรวจการวัดสายตา การตรวจลานสายตา และการตรวจชัดประสาทตา ดังนี้</p>	

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>- การวัดสายตา โดยการอ่านแผ่นป้าย Snellen's chart ซึ่งแขวนห่างจากผู้ตรวจ ในระยะ 6 เมตร อยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอหรือใช้ไฟที่มีขนาด 60 แสงเทียนสองป้าย ไม่ให้มีแสงสะท้อนบนแผ่นป้าย ทำการตรวจ หรือเลื่อนขนาดตัวหนังสือหรือภาพ แต่ให้ระยะห่างคงที่ระยะ 6 เมตร เพื่อทดสอบความสามารถ การมองเห็นโดยใช้แผ่นป้ายมาตรฐานจะทราบได้ว่าผู้ป่วย สายตาคิดปกติมากน้อยแค่ไหน แต่ถ้าไม่สามารถทดสอบแบบนี้ได้ ทำการทดสอบง่าย ๆ โดยการปิดตาทีละข้างอ่านหนังสือ ถ้าผู้ป่วย อ่านได้ชัดเจนในระยะที่ใกล้กว่าคนปกติแสดงว่าสายตาสั้น หรือถ้าอ่านได้ชัดเจนในระยะที่ไกลกว่าปกติ แสดงว่า สายตายาว เป็นการตรวจอย่างคร่าว ๆ ถ้าผู้ป่วยสวมแว่นตาควร ตรวจสอบให้ได้ความเป็นจริงดังที่ผู้ป่วยบอก</p>	<p>- ปิดตาข้างซ้าย อ่านหนังสือที่ป้ายด้วยตาขวา อ่านลงมาเรื่อยๆ จนกว่าจะอ่านไม่ได้ ให้บันทึกตัวเลขประจำบรรทัด นั้น สำหรับการมองเห็น ต้องอ่านได้มากกว่าครึ่งของบรรทัดนั้น ซึ่งมีตัวเลขประจำบรรทัด ได้แก่ 6/ 60 6/ 48 6/ 36 6/ 18 6/ 9 6/ 6</p> <p>- ปิดตาข้างขวา อ่านหนังสือที่ป้ายด้วยตาซ้าย ทำ เช่นเดียวกับตาขวา บันทึกตัวเลขตามระยะที่อ่านได้</p> <p>- ถ้าผู้ป่วยสามารถอ่านตัวเลข หรือ 5 บรรทัดบนสุด (6/60) ในระยะห่างจากป้าย 6 เมตรได้ เป็นการตรวจตาคนละข้างเช่นกัน โดยให้ผู้ป่วยเลื่อนระยะจากป้ายเข้าไปทีละ 1 เมตรและอ่านเฉพาะบนสุดเพียงบรรทัดเดียวจนกว่า จะอ่านได้ บันทึกระยะที่อ่านได้ เป็น 5/60 4/60 3/60 2/60 หรือ 1/60</p>  <p>Metric Feet</p> <p>A 6/60 20/200</p> <p>D F 6/36 20/120</p> <p>H Z P 6/24 20/80</p> <p>T X U D 6/18 20/60</p> <p>Z A D N H 6/12 20/40</p> <p>P N T U H X 6/9 20/30</p> <p>U A Z N F D T 6/6 20/20</p> <p>N P H T A F X U 6/5 20/16</p>

- 30 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>12. การตรวจลานสายตา (Visual Field)</p> <p>- ให้ผู้ป่วยยืนหรือนั่งห่างผู้ตรวจ ประมาณ 2 ฟุต อยู่ในระดับเดียวกันให้ผู้ป่วยและผู้ตรวจใช้มือปิดตาข้างตรงกัน ยื่นมืออีกข้างออกไปตรงกลาง มีระยะห่างจากผู้ป่วยและผู้ตรวจเท่ากันในทิศทางด้านบน ด้านข้างและด้านล่าง พร้อมทั้งกระดิกปลายนิ้วมือให้ผู้ป่วยและผู้ตรวจมองเห็นพร้อมกันหรือไม่ ถ้าจะตรวจตาอีกข้างหนึ่งก็เปลี่ยนมือมาปิดตาให้ตรงกันแล้วตรวจเช่นเดียวกัน</p>	<p>- เป็นการตรวจหาความผิดปกติของ Visual Cortex หรือ Optic Tract</p> <p>- ถ้าผู้ป่วยและผู้ตรวจมองเห็นพร้อมกันแสดงว่า ลานสายตาของผู้ป่วยเข้ากับผู้ตรวจ และถ้าเห็นไม่พร้อมกัน ผู้ที่เห็นก่อนจะมีลานสายตาวางกว่าผู้เห็นทีหลัง</p> <p>- การตรวจแบบนี้เป็นการตรวจอย่างคร่าวๆ ถ้าพบว่าผู้ป่วยลานสายตาผิดปกติหรือแคบมากควรตรวจให้ละเอียดด้วยเครื่องมือพิเศษ</p>
<p>13. การตรวจ Eye Ground เพื่อดูขั้วกระจกตา</p> <p>- ใช้เครื่องมือตรวจตา Ophthalmoscope</p>	<p>- ใช้เครื่องมือตรวจตา Ophthalmoscope ผู้ตรวจใช้กล้องมองตรงเข้าไปในม่านตาจะเห็นขั้วประสาทตาพอดี สังเกตดูลักษณะ Disk เป็นลักษณะกลมรีรอบๆ มีเส้นเลือดแผ่ออกไป</p>

การประเมินหู

หูเป็นอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือหูส่วนนอก หูส่วนกลาง หูส่วนใน มีแก้วหูเป็นที่กั้นระหว่างหูชั้นนอกและหูชั้นกลาง

1. หูชั้นนอก (External ear) ประกอบด้วย

- ไบหู ประกอบด้วยกระดูกอ่อน คลุมด้วยผิวหนัง ยกเว้นที่ส่วนล่างของไบหูไม่มีกระดูกอ่อน

- ฐหู ส่วนนอกประกอบด้วยกระดูกอ่อน แต่ 2 ใน 3 ของส่วนใน ประกอบด้วยกระดูกผิวหนังที่ปกคลุมฐหูค่อนข้างหนาและมีขน นอกจากนี้ยังประกอบด้วยต่อมสร้างไขมัน และต่อมสร้างขี้หู

- เยื่อแก้วหู ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชั้น ชั้นนอกเป็นเยื่อบุผิว ชั้นกลางเป็นเนื้อเยื่อเส้นใยที่ยืดหยุ่นได้ (Elastic fibrous tissue) และชั้นในสุดคือ เยื่อเมือก (Mucosa)

2. หูชั้นกลาง (Middle ear) ประกอบด้วยกระดูกชิ้นเล็กๆ 3 ชิ้นวางต่อกัน ได้แก่ ค้อน (Malleus) ทัง (Incus) และโกลน (Stapes) ส่วนของโกลนเกาะอยู่กับเยื่อรูปไข่ (Oval window) ซึ่งถือเป็นจุดสิ้นสุดของหูชั้นกลาง นอกจากนี้ในหูชั้นกลางยังประกอบด้วยท่อปรับความดันภายในหู ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลางกับบริเวณคอหอยในส่วนที่ติดต่อกับจมูก (Nasopharynx) เรียกว่า Eustachian tube

3. หูชั้นใน (Internal ear) ประกอบด้วยโครงสร้างสำคัญ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน คือ Cochlear apparatus และการทรงตัว คือ Vestibular apparatus

ความผิดปกติของการได้ยินและการทรงตัว

1. อาการปวดหู อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่หูเอง เช่น การอักเสบหรือมีสิ่งแปลกปลอมในหู นอกจากนี้ยังอาจมีพยาธิสภาพจากบริเวณอื่นๆ ของศีรษะแล้วมีอาการปวดร้าวมาที่หู เช่น การมีพยาธิสภาพของคอ กล่องเสียง หลอดอาหารและช่องปาก

2. การมีของเหลวไหลออกจากหู ของเหลวที่ไหลมาจากหูน้ำใสๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อหูชั้นนอกและมีการอักเสบไม่มากนัก หรือเป็นน้ำสีเหลือง ที่เกิดจากการผลิตของต่อมขี้หูมากเกินไป เกิดการหมักหมมและมีอาการคัน หรือเป็นน้ำเลือดหรือน้ำหนองที่พบได้ในหูน้ำหนวก เป็นต้น

3. หูอื้อและมีเสียงดังในหู อาการทั้งสองดังกล่าวมักเกิดร่วมกัน เป็นอาการได้ยินเสียงรบกวนในหูผิดปกติ ผู้ป่วยได้ยินเสียงดังมาจากภายในหูเอง โดยอาจเกิดจากหูชั้นนอก ชั้นกลาง ชั้นใน หรือบริเวณใกล้เคียง และไม่พบว่ามีการกระตุ้นที่ชัดเจน และผู้อื่น

- 32 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ที่อยู่รอบข้างไม่ได้ยิน เสียงที่ได้ยินคล้ายเสียงลม เสียงกระดิ่ง และเสียงอื่นๆ หูอื้อเป็นอาการไม่ใช่โรค พบได้ประมาณร้อยละ 30 สาเหตุอาจเกิดจากท่อหูอุดตันหรือเยื่อแก้วหูอักเสบที่อาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือได้รับอันตรายภายหลัง

4. การสูญเสียการได้ยิน หูตึง หูหนวก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ที่เกิดจากหลายสาเหตุและมากกว่าครึ่งสามารถรักษาให้ทุเลาได้ ถ้าพบสาเหตุแต่เนิ่นๆ

อาการและอาการแสดง ของผู้ที่มีปัญหาทางหูที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดหู มีน้ำหรือสารคัดหลั่งออกจากช่องหู สูญเสียการได้ยิน มีเสียงดังในหู เวียนศีรษะ บ้านหมุน ออกเสียงไม่ชัด คันช่องหู มีแผลหรือสิ่งแปลกปลอม ฟังไม่รู้เรื่อง เป็นต้น

การซักประวัติ ควรถามลักษณะอาการ อาการนำ ระยะเวลาที่ปวด ตำแหน่งที่ปวด โรคประจำตัวที่อาจเกี่ยวข้อง ตรวจร่างกายโดยการกดหรือดึงใบหู จะมีอาการเจ็บมาก มักเกิดจากหูชั้นนอกอักเสบเฉียบพลันและเป็นฝี อาการปวดหูทันทีขณะแคะหู ถูกกระแทกที่ใบหู ร่วมกับการสูญเสียการได้ยินหรือได้ยินลดลงมากเกิดจากแก้วหูทะลุ

วิธีการประเมินภาวะสุขภาพหู

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
1. การตรวจใบหู - ดูตำแหน่งที่เกาะติดกับศีรษะ รูปร่าง ลักษณะของใบหู และบริเวณข้างเคียงว่ามี ความผิดปกติหรือไม่ เช่น ก้อนไขมัน ถุงน้ำ อักเสบ เป็นฝี เป็นก้อน บวม ผิวหนังมีผื่นหรือไม่ มีน้ำหนอง น้ำหนองไหลออกจากช่องหูหรือไม่ ดูที่ปุ่มกระดูกกกหู บวม แดง กดเจ็บหรือไม่ เป็นต้น	ปกติส่วนบนของใบหูจะอยู่ในแนวเดียวกับระดับตา ถ้าอยู่ระดับต่ำ หรือสูงกว่าตา มักพบในผู้ที่มีปัญญาอ่อนมาตั้งแต่กำเนิด หรือโรคไต
2. การตรวจรูหู - ดูจากภายนอกอาจมองเห็นไม่ชัด ควรใช้เครื่องมือสำหรับตรวจหูช่วยตรวจ โดยให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านตรงข้ามของหูข้างที่จะ	- ลักษณะการดึงใบหู เป็นการปรับสภาพของช่องหูให้ตรงทำให้มองเห็นเข้าไปในรูหูได้ชัดเจนยิ่งขึ้น - ในรายที่สงสัยว่าจะมีการอักเสบของ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>ตรวจ ถ้าผู้ใหญ่ให้จับใบหูดึงไปข้างหลัง ให้ดึงเฉียงขึ้นข้างบนเล็กน้อย ส่วนในเด็กให้ดึงเฉียงลงข้างล่าง ตรวจดูว่ามีขี้หู การอักเสบ เป็นแผล เป็นฝี และมี Discharge ไหลออกมาหรือไม่</p>	<p>ใบหูส่วนนอกให้ลองขยับใบหูหรือดึงหู ถ้ามีการอักเสบจะปวดมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในรายที่สงสัยว่าจะมีการอักเสบของใบหูส่วนกลาง จะไม่รู้สึkpวด - ถ้ากดบริเวณกกหูแล้วเจ็บ พบในผู้ที่มีภาวะต่อม้ำเหลืองอักเสบ (Mastoiditis) - เยื่อแก้วหูปกติจะเป็นเยื่อใส สีเทาแกมน้ำเงินอ่อน โปร่งแสง ส่วนบนจะเห็นปุ่มขาวเล็กๆ กลุ่มหนึ่ง เป็น Shot process ของกระดูกรูปค้อน มองเลยไปทางล่างและทางหลังจะเห็น Long process ของกระดูกรูปค้อน ปลายสิ้นสุดที่ Umbo ซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางของเยื่อแก้วหู เวลามองดูเยื่อแก้วหูมีส่วนหนึ่งเป็นสามเหลี่ยมเล็กวารสะดุดตา แสดงว่าเยื่อหูนั้นมีสุขภาพดี ถ้าเห็นเยื่อแก้วหูทะลุหรือมีสิ่งผิดปกติต้องจดด้วยว่ามีอยู่ตรงเส้นไหน เช่น เยื่อแก้วหูทะลุที่ 9 นาฬิกา
<p>3. การตรวจแก้วหู</p> <p>- ส่องไฟเข้าไปในรูหู จะเห็นเหมือนกระจกฝ้าปิดกันรูหูไว้ และสะท้อนแสงกลับมาเหมือนแก้ว เรียกว่า แก้วหู</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้าพบว่าแก้วหูบวมเข้าไปข้างในหรือโป่งนูนออกมาข้างนอกมีสีแดง เห็นเส้นเลือดฝอยของเยื่อแก้วหู มักจะเกิดการอักเสบของหูชั้นกลาง จะมีอาการหูอื้อ ปวดหู และอาจมีปวดศีรษะร่วม - ถ้าแก้วหูทะลุ จะมองเห็นรูแหว่งที่แก้วหู มีหนองและน้ำเหลืองของหูชั้นกลางไหลออกมา

- 34 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>4. การตรวจการได้ยิน</p> <p>- ทดสอบการได้ยินโดยการกระซิบ</p>	<p>ให้ผู้ป่วยปิดหู 1 ข้างยื่นห่าง 2 ฟุตป้องปากไม่ให้ผู้ป่วยเห็นปาก แล้วพูดคำที่มีเสียงโทนเดียวกัน เช่น 1- 2- 3- 4- 5 หรือกระซิบเบาๆ แล้วให้ผู้ผู้ป่วยพูดตามถ้าทำได้ถือว่าปกติ</p>
<p>- การทดสอบ Rinne test โดยใช้ช่อมเสียง</p>	<p>หลังจากเคาะช่อมเสียงห่างจากหน้าหูผู้ป่วย 1 นิ้ว นานประมาณ 4 วินาที ถามผู้ป่วยว่าได้ยินหรือไม่ จากนั้นวางโคนช่อมเสียงบนปุ่มกระดูกมาสตอยด์นาน 4 วินาที แล้วสอบถามผู้ป่วย เป็นการทดสอบการได้ยินจากการนำเสียงผ่านกระดูกแล้วให้ผู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบว่าข้างไหนได้ยินชัดเจนกว่ากัน หากการได้ยินไม่ดีจะมีประสาทหูพิการพบในโรคของหูชั้นนอกและหูชั้นกลางอักเสบ ซึ่งเป็นการสูญเสียการได้ยินชนิดการนำเสียงผิดปกติ</p>
<p>- การทดสอบ Weber test เป็นการทดสอบ Bone conduction ปกติการได้ยินของเราใช้การนำเสียงผ่านอากาศ Air Conduction โดยมีแก้วหูและกระดูกหูช่วยให้เสียงก้อง ถ้าหูข้างไหนมีพยาธิสภาพ Bone Conduction จะทำหน้าที่แทน Air Conduction ทำให้ผู้ป่วยได้ยินข้างที่มีพยาธิสภาพ โดยการเคาะช่อมเสียงวางช่อมเสียงบนพื้น หรือตรงกลางศีรษะของผู้ป่วยนาน 4 วินาที ถามผู้ป่วยว่าได้ยินหรือไม่และได้ยินข้างไหนมากกว่ากัน</p>	<p>- ไม่ได้ยิน แสดงว่าประสาทหูเสื่อมอย่าง มากหรือหูหนวกทั้งสองข้าง</p> <p>- ได้ยินไปทางหูที่มีความผิดปกติหรือพยาธิสภาพ แสดงว่าหูข้างที่ผิดปกติเป็น Conductive Hearing Loss</p> <p>- ได้ยินไปทางหูที่ปกติ แสดงว่าหูข้างที่ผิดปกติเป็น Sensoriual Hearing Loss</p> <p>- ได้ยินตรงกลางหรือได้ยินสองข้างเท่ากัน แสดงว่าหูปกติทั้ง 2 ข้างหรือผิดปกติเหมือนกันและเท่ากันทั้ง 2 ข้าง</p>

อาการมีเสียงดังในหูพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคของหูชั้นในอาจมีเสียงในหู 2 ชนิดได้แก่

1. Subjective Tinnitus เป็นลักษณะที่คนอื่นไม่ได้ยินแต่ผู้ป่วยได้ยินคนเดียว ซึ่งเกิดจากโรคของหูและโรคของสมอง

2. Objective Tinnitus เป็นลักษณะทั้งผู้ป่วยและผู้ตรวจได้ยิน ใช้ Stethoscope ช่วยฟัง มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณหู โดยเสียงจะได้ยินพร้อมจังหวะของชีพจรหรือการเต้นของหัวใจ

ต้องแยกเสียงดังในหู เช่น เสียงต่ำๆ หนึ่งๆ ก็อึกแก๊ก เกิดจากโรคของหูชั้นนอกหรือหูชั้นกลาง เสียงสูงดัง วึ่งๆ อาจเกิดและมีอาการเวียนหัว เวียนศีรษะ การได้ยินลดลง จะเกิดจากโรคของหูชั้นใน

การประเมินจมูก

จมูกมีรูปร่างเป็นสามเหลี่ยมประกอบด้วย กระดูกแข็ง กระดูกอ่อน และเนื้อเยื่อ รวมกันเข้าเป็นโพรง 2 ข้าง คั่นกลางด้วยกระดูกอ่อนชิ้นบาง (Septum) ทำให้รูจมูกมี 2 รู ในโพรงจมูกทั้งสองข้าง มีลักษณะค่อนข้างซับซ้อน มีกระดูกยื่นออกมาเรียงหนาแน่นมาก เวลาจมูกอักเสบบ่อยๆ เส้นเลือดจะพองตัวออก เยื่อในจมูกอ่อนแอลง เส้นเลือดดังกล่าวจะฉีกขาดได้ง่าย ทำให้เลือดกำเดาไหล รูจมูกจะมีขนจมูก ทำหน้าที่กั้นฝุ่นละอองและสิ่งอื่น ๆ

วิธีการประเมินภาวะสุขภาพจมูก

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>1. การตรวจรูปร่างลักษณะจมูก</p> <p>- ให้ผู้ป่วยเงยหน้าขึ้น ใช้นิ้วมือข้างที่ไม่ถนัด จับยอดจมูก มือข้างถนัดถือไฟฉายส่องเข้าไปในรูจมูก</p>	<p>ตรวจเยื่อบุ ลักษณะสิ่งคัดหลั่ง ความตรงของผิวหนังกั้นจมูก (Septum)</p> <p>ภาวะปกติ: ปีกจมูกและจมูกมีขนาดได้สัดส่วน ไม่บานขณะหายใจ ไม่อักเสบ เยื่อบุมีสีชมพู ไม่บวม สิ่งคัดหลั่งใสไม่มาก ผนังกั้นปลายจมูกตรง</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>ภาวะผิดปกติ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปีกจมูกทั้งสองข้างไม่เท่ากัน บวม แดง บานขณะหายใจ เยื่อจมูกแห้ง มีเลือดออก ลึ่งคัดหลังมีมาก มีกลิ่น มีสีขาวขุ่นหรือเขียว หรือเหลือง หรือมีเลือดปน ส่วนปลายจมูกพองใหญ่ ผิวขรุขระ แดง ลักษณะเช่นนี้มักพบในคนที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน หรือคนที่แพ้อากาศเป็นประจำ ซึ่งจะมีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจามบ่อยๆ - จมูกแบน หรือตั้งจมูกหัก ขึ้นอยู่กับพันธุกรรม หรือจะเป็นลักษณะผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย - จมูกใหญ่มากกว่าปกติร่วมกับใบหน้าและคางที่ใหญ่ยื่นออกมา ทำให้นักถึงต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ทำงานมากกว่าปกติ แต่ถ้าร่วมกับหน้าอุม ตาที่เสียวแสบ อาจเกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ เรียกภาวะ Hypothyroidism - ปีกจมูกบานออกและหุบเข้า ขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้าออกแสดงว่าผู้ป่วยกำลังหายใจลำบาก - ผนังกันจมูก ตรงหรือคดโค้ง มีแผลหรือไม่ มีอะไรอุดกันหรือไม่

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>2. การตรวจประเมินน้ำมูกและเลือดกำเดา</p> <p>- ตรวจด้วยการดู</p>	<p>- น้ำมูกเป็นเมือกใสพบได้ในโรคหวัด แพ้อากาศ</p> <p>- น้ำมูกข้นข้น สีเหลืองหรือเขียวมักเกิดจากการติดเชื้อ ทำให้น้ำมูกมีลักษณะเป็นหนอง เชื้อนี้อาจทำให้เยื่อจมูกอักเสบหรือลุกลามเข้าไปในโพรงจมูก เกิดการอักเสบได้ (Sinussitis)</p> <p>- น้ำมูกเป็นหนองและมีกลิ่นเหม็นเน่า โดยเฉพาะน้ำมูกที่ไหลออกมาจากรูจมูกข้างเดียว อีกข้างปกติ ให้นึกถึงสิ่งแปลกปลอม เช่น เม็ดผลไม้ ขนم ของเล่น แต่ถ้าน้ำมูกมีกลิ่นเหม็นเน่าออกมาจากรูจมูกทั้งสองข้างอาจเกิดจากการติดเชื้อ</p> <p>- เลือดกำเดา เกิดจากการกระทบกระแทกบริเวณจมูกเป็นส่วนใหญ่ ชอบเอานิ้วมือแคะแคะภายในรูจมูก เกิดการแตกของเส้นเลือดฝอยที่เยื่อจมูก หรือเกิดจากการอักเสบ</p>
<p>3. การตรวจรูจมูก</p> <p>- ตรวจโดยการใช้มือจับ Nasal speculum ค่อยๆ ใส่ Blades เข้าไปลึกประมาณ 1 เซนติเมตร ใช้นิ้วกลางมือข้างที่ไม่ถนัดแตะที่แก้มข้างจมูก เพื่อไม่ให้มือสั่น ค่อยๆ ถ่าง Blades ออกไปอยู่ในแนว Anteroposterior ไม่ควรแตะถูกผนังกันของช่องจมูก เวลาตั้ง</p>	<p>การตรวจในรูจมูก จะต้องใช้ไฟฉายส่องเข้าไปดู ถ้าจะดูภายในรูจมูกควรใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่เรียกว่า Nasal Speculum และไฟฉายช่วยหรือใช้ Otoscope ก็ได้</p> <p><u>ภาวะผิดปกติ:</u></p> <p>- เยื่อจมูกบวม สีแดงจัด แปลว่า</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>Nasal Speculum ออกให้หุบ Blades ลง เล็กน้อย แล้วค่อยๆ ดึงออกมา อย่างหุบลมสนิท เพราะจะเห็นขนจมูกของผู้ป่วยออกมาด้วย</p>	<p>เยื่อจมูกอักเสบ ทำให้มีน้ำมูกไหลออกมา ในระยะแรกจะใสต่อมาเหนียวข้น เป็นมูกสีเหลืองแสดงว่าผู้ป่วยเป็น Acute Rhinitis หรือแบคทีเรีย</p> <p>- เยื่อจมูกบวม ชีดหรือมีสีเทา บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นสีแดงคล้ำ หรือออกน้ำเงิน มีอาการคันในจมูกมักพบได้ในพวก Allergic Rhinitis</p>
<p>4. การตรวจการทำงานของระบบประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory Nerve) ทำหน้าที่นำกลิ่นเข้าสู่สมอง ปลายประสาทรับความรู้สึกจะอยู่ที่หลังของโพรงจมูก ให้ผู้ป่วยหลับตา ปิดรูจมูกข้างที่ยังไม่ตรวจ แล้วดมกลิ่นต่างๆ ที่ผู้ป่วยรู้จัก ถ้าสามารถบอกกลิ่นได้ถูกต้อง แสดงว่าการได้กลิ่นเป็นปกติ ถ้าไม่ได้กลิ่น หรือได้น้อยกว่าปกติ มักเกิดจากเยื่อจมูกอักเสบ</p>	
<p>5. การตรวจโพรงกระดูก (Sinus) ใช้นิ้วเคาะหรือกดลงไปในตำแหน่งที่มีโพรงกระดูกอยู่ เช่น โพรงกระดูกหน้าผาก โพรงกระดูกที่โหนกแก้ม หรือใช้สองนิ้วกดลงที่หัวคิ้วทั้งสองข้าง แล้วให้ผู้ป่วยก้มหัวลงต่ำ</p>	<p>ในรายที่มีอาการอักเสบของโพรงกระดูกหน้าผาก (Sinus) มีการกดเจ็บของไซนัสที่บริเวณหน้าผากและโหนกแก้มหรือไม่ โดยกดที่บริเวณเหนือลูกตาและบริเวณโหนกแก้ม</p>

การประเมินภาวะสุขภาพช่องปากและลำคอ

ช่องปาก อดวัยในช่องปากประกอบด้วย

1. ริมฝีปาก เป็นเนื้อแดงอมชมพูประกบกัน ใช้นิ้วประทานอาหารและพูดคุย
2. ลิ้น เป็นแผ่นเนื้อหนา อยู่ในปากมีสีแดงอมชมพู ลิ้นมีหน้าที่รับรสชาติอาหาร

คลุกเคล้าอาหารในปากและช่วยให้ออกเสียงพูดให้ชัดเจน

3. ฟัน มี 2 ชุด คือ ฟันน้ำนมมี 20 ซี่ และฟันแท้ มี 32 ซี่ ฟันมีหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร

ให้ละเอียด และช่วยรักษารูปร่างหน้าให้สวยงาม

4. เหงือก เป็นเนื้อสีชมพู ห่อหุ้มโคนฟันแต่ละซี่ ทำหน้าที่ ยึด เกาะรากฟันไม่ให้ฟันโยก

5. เพดาน อยู่ส่วนบนของปาก จากด้านหน้าประมาณ 2/3 เป็นเพดานแข็ง และ 1/3 ของด้านในเป็นเพดานอ่อน ตรงกลางมีติ่งเยื่อห้อยลงมาเรียกลิ้นไก่

6. ทอนซิล เป็นต่อมน้ำเหลืองอยู่ระหว่างฐานหน้า และฐานหลังของคอทั้ง 2 ข้าง ทำหน้าที่กรองเชื้อโรคที่จะผ่านคอเข้าสู่ร่างกาย

7. ผนังคอด้านหลังอยู่ด้านหลังของคอ บุด้วย Mucosa อาจเห็นเส้นโลหิตเล็กๆ ส่วนประกอบของคอด้านใน (คอหอย)

1. เพดานอ่อน (เพดานปากส่วนหลัง) และลิ้นไก่ (Soft Palate and Uvula) เป็นส่วนต่อไปทางด้านหลังของเพดานแข็ง ปลายของเพดานอ่อนจะเป็นเนื้อนิ่มๆ ที่ยื่นเป็นติ่งอยู่ตรงกลางเรียกว่าลิ้นไก่

2. แฉกเพดานด้านหน้าและหลังต่อมทอนซิล (Anterior and Posterior Palatine Arch) เป็นรูปโค้งต่อกันจากเพดานอ่อนลงมาถึงพื้นปากบริเวณโคนลิ้น แฉกตรงกลางระหว่างแฉกหน้าและแฉกหลังเป็นแฉกสำหรับต่อมทอนซิล

3. ต่อมทอนซิล เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในแฉกตรงกลางระหว่างแฉกเพดานหน้าและหลัง

4. แฉกคอด้านหลัง ผนังด้านหลังของคอหอยที่มองเห็นเป็นผนังเรียบสีแดง ในคนที่เจ็บคอบ่อยๆ ผนังนี้จะขรุขระ

- การตรวจช่องปากจะใช้วิธีดูโดยอาศัยไม้กดลิ้นและแสงสว่างจากไฟฉาย หลังจากดูแล้ว ถ้าจำเป็นต้องใช้วิธีคลำซ้ำ

- การตรวจภายในช่องปาก ถ้าพบว่าผู้ป่วยกำลังเคี้ยวหมากอยู่ ให้ผู้ป่วยคายหมากและบ้วนปากก่อนมิฉะนั้นจะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ การตรวจจะใช้วิธีดู โดยอาศัยไม้กดลิ้นและไฟฉายช่วย ถ้าจำเป็นก็ตรวจด้วยการคลำเพิ่ม

วิธีการประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
1. ดูสีริมฝีปาก	<ul style="list-style-type: none">- โดยปกติสีริมฝีปากจะมีสีต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ เชื้อชาติ อาชีพ ส่วนใหญ่ริมฝีปากคนผิวขาวหรือเด็กเล็กจะเป็นสีชมพูสดใส ถ้าเป็นคนผิวดำ ก็จะมีสีค่อนข้างคล้ำ- ริมฝีปากสีซีดกว่าปกติ อาจเกิดจากโรคโลหิตจางหรืออยู่ในภาวะช็อค ซึ่งจะมีอาการแสดงอย่างอื่นร่วมด้วย- ริมฝีปากดำคล้ำจนเป็นสีเขียว เกิดจากภาวะที่เลือดในร่างกายขาดออกซิเจน- ขนาดริมฝีปากใหญ่และหนากว่าปกติ ให้นึกถึงโรคต่อมไธ้สมองทำงานมาก หรือทำงานน้อยเกินไป หรือเกิดจากการบวม เช่น แพ้ยา แพ้สารอาหารบางอย่าง ถูกแมลงต่อย ถูกกระแทกจากอุบัติเหตุ เป็นต้น- ปากแห้งส่วนใหญ่อเกิดจากความพิการแต่กำเนิด ควรได้รับการรักษาโดยศัลยกรรมตกแต่ง- แผล อาจเกิดจากการกระทบกระเทือนหรือการกัด เชื้อ มุมปากมีการอักเสบแต่เป็นร่องเรียกปากนกกระจอก เกิดจากการขาดวิตามินบี 2 หรือถ้าพบเป็นเม็ดพองใสเม็ดๆ ขนาดเท่าหัวเข็มหมุดอยู่รวมกันเป็นกระจุก เมื่อเม็ดแตกจะมีน้ำเหลืองไหลแล้วจะแห้งตกสะเก็ดหายไปเองเรียกว่าเริ่มเกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง- ถ้าพบแผลเรื้อรังที่ริมฝีปากเป็นเวลานานเกิน 10 วัน ให้นึกถึงแผลริมแข็งของโรคซิฟิลิสหรือแผลมะเร็ง

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>2. การตรวจภายในช่องปากและคอต้นัน</p> <p>- ให้ผู้ป่วยเงยหน้าและอ้าปากใช้ไฟฉายส่องเข้าไปดูและใช้ไม้กดลิ้นช่วย วิธีจับไม้กดลิ้นให้ใช้มือข้างที่ถนัดจับประมาณ 1 ส่วน 3 ของไม้กดลิ้น ตำแหน่งที่จะกดลิ้นควรลึกประมาณ 2 ส่วน 3 จากปลายลิ้นเข้าไป ถ้าลึกกว่านี้จะทำให้ผู้ป่วยชย้อน</p>	<p>- เยื่อบุปากในคนปกติจะมีสีแดงกว่าริมฝีปากและดูว่ามีแผล ก่อนหรือผ้าตามกระดูกแก้มหรือมีส่วนใหญ่ผ้าที่เกิดในช่องปากอาจเกิดขึ้นในสวนใดก็ได้ ถ้าเกิดจากเชื้อรา (Monilia) ลักษณะคล้ายกับคราบน้ำนมในเด็ก อาจหลุดออกได้แต่ไม่ย้ายน้กและอาจจะทำให้เลือดออก</p> <p>- ถ้าพบแผลกลมเล็กสีขาวที่ Mucosa ของกระดูกแก้มหรือริมฝีปาก หรือที่ลิ้นมีสีแดงรอบแผลเรียกว่าแผลร้อนใน ทำให้เคี้ยวและรับประทานอาหารไม่สะดวกอาจเป็นแผลเดียวหรือหลายๆ แผลเรียกว่า Canker Sore or Aphthous Ulcer มักเกิดจากภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น เวลาที่ร่างกายอ่อนแอ มีไข้ พักผ่อนไม่เพียงพอ แผลนี้จะหายไปเองภายใน 1 ถึง 2 สัปดาห์ และจะหายเร็วขึ้นถ้าหมั่นรักษาความสะอาดบ่อยๆ</p> <p>- เหงือกมีสีซีดกว่าปกติอาจเกิดขึ้นจากการขาดเลือดซึ่งจะมีการของเยื่อบุตาซีดร่วมด้วย ถ้ามีสีม่วงคล้ำเกิดจากภาวะการขาดออกซิเจน พบได้ในรายที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ถ้ามีสีน้ำเงินมักเกิดจากพิษของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ปรอท เงิน</p> <p>- เหงือกอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากเศษอาหารเข้าไปติดหรือกระทบกระแทกจากการแปรงฟัน</p> <p>- เหงือกร่น มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมาก แต่ถ้าเกิดเฉพาะที่ฟันมักเกิดจากความผิดปกติที่ฟันซี่นั้น</p> <p>- ฟันดูว่ามีการโยกหรือไม่ ฟันเก ฟันห่าง ฟันกร่อน</p>

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none">- สีของฟันผิดไปจากปกติ เช่น ฟันดำ เกิดจากการสูบบุหรี่หรือเคยรับประทานยาจำพวก Tetracycline ในวัยเด็กหรือใช้ฟลูออไรด์มากเกินไป- เพดาน บางรายจะพบรูโหว่บนเพดาน (Cleft Palate) หรือมีกระดูกงอกที่เพดานแข็งเรียก Torus Palatinus พบได้บ่อยแต่ไม่มีความสำคัญ ยกเว้นในรายที่โตมากๆ หรือมีการอักเสบหรือต้องการจะใส่ฟันปลอมอาจต้องเอาออก- ลิ้นมีขนาดใหญ่ มากมักพบในโรคดาวซินโดม คอพอกเป็นพิษ- ลิ้นใหญ่เป็นบางส่วน มักพบในคนที่เป็นเนื้องอกของลิ้น- ลิ้นบวมมีอาการเจ็บร่วมด้วย มักจะเกิดจากการแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ- ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน จะมีสีแดงจัดขนาดโตกว่าปกติแต่มักจะไม่โตบ้าง อาจมีจุดหนองสีขาว สีเหลืองบนต่อมทอนซิล มักจะมีอาการเจ็บคอและใช้สูงร่วมด้วย- ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง จะมีสีแดงเหมือนสีคอด้านในส่วนอื่นๆ หรืออาจจะแดงกว่าเล็กน้อย ต่อมทอนซิลจะโตมากในบางรายจะมาชิดกันตรงกลาง มักไม่มีอาการไข้และเจ็บคอ แต่อาจมีอาการหายใจลำบากหรือพูดผิดปกติ ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีที่เป็นหวัดบ่อยๆ จะพบว่าต่อมทอนซิลโตมากทั้งที่ไม่มีอาการ

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>อักเสบเรียกว่า Tonsillar Hypertrophy ขนาดของต่อมทอนซิลไม่ได้บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคแต่แสดงว่าผู้ป่วยเคยมีการอักเสบของต่อมทอนซิลมาก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกรอบต่อมทอนซิล หรือฝีที่ผนังคอด้านหลัง มักเกิดตามหลังต่อมทอนซิลอักเสบ ข้ออักเสบ จะมองเห็นคอ บวม โป่ง ผู้ป่วยจะอ้าปากกลืนอาหารและน้ำไม่ได้ ต่อมน้ำเหลืองที่ได้คางและคอจะโต - เพดานอ่อนและลิ้นไก่บวมเฉียบพลัน โดยไม่มีอาการเจ็บปวดมักเกิดจากการแพ้ยาหรือแพ้สารพิษบางชนิด ซึ่งมักจะมีอาการบวมที่หน้าและหนังตาร่วมด้วย ถ้าเป็นมากจะทำให้เสียงแหบ - ผนังคอด้านหลัง ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอบ่อยๆ ผนังจะขรุขระ ถ้ามีสีแดงมักจะมีการอักเสบของ Pharynx ซึ่งจะมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารและน้ำแล้วเจ็บ อาจมีอาการไข้ร่วมด้วย - ฝ้าที่เกิดขึ้นที่ลิ้น ส่วนใหญ่เกิดจากความวิตกกังวล ภาวะลิ้นมีฝ้าส่วนใหญ่เกิดจากปากแห้ง อาจเนื่องจากการดื่มน้ำน้อย ปากมีน้ำลายน้อย บ้วนปากบ่อย สูบบุหรี่จัด นอนดึก เป็นต้น พบจากไข้สูงหรือท้องผูกได้ค่อนข้างน้อย - ฝ้าที่เกิดจากเชื้อรา จะมีสีขาวนวลหรือน้ำตาลอ่อน เวลาขูดเอาฝ้าออกจะอักเสบและการรักษาใช้ยา Gentian violet บ้าย - ฝ้าที่เกิดขึ้นในช่องปากและคอ ในเด็กเล็กส่วนใหญ่ มักพบลิ้นเป็นฝ้าสีขาว ถ้าใช้สำลีพันไม้เขี่ยฝ้าออก

- 44 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>พื้นด้านใต้จะเป็นสีแดง ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อรา Candida Albicans</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผ่าที่เกิดจากเชื้อคอตีบ จะเป็นฝ้าสีเทาหนามองเห็นขอบนูนได้ชัดเจน ฝ้าจะติดแน่น ถ้าพยายามเช็ดให้หลุดออก พื้นข้างใต้จะมีสีแดงจัดและมีเลือดออก ไม่เจ็บคอเท่าที่ควร แต่ผู้ป่วยจะมีอาการร่วมอื่นๆ ที่รุนแรง - ผ่าที่เกิดจากเชื้ออื่นๆ อาจจะเป็นเพียงแผ่นหนองบางๆ คลุมอยู่บนพื้นคอที่อักเสบ
<p>3. การตรวจการทำงานของระบบประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า เช่น การยิ้ม ร้องไห้ การแสดงสีหน้า ถ้าเส้นประสาทเสียจะทำให้หน้าด้านนั้นไม่ทำงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รับความรู้สึกรับรสจากปลายลิ้น - การตรวจให้ใช้ของที่มีรสหวาน เค็ม เปรี้ยว หรือขมแตะที่ปลายลิ้น แล้วให้ผู้ป่วยบอกรสชาติที่ชิมแต่ละอย่างว่าถูกต้องหรือไม่
<p>4. การตรวจการทำงานของระบบประสาทสมองคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve) เป็นการสั่งการไปยังกล้ามเนื้อลิ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของลิ้น</p> <p>- การตรวจลิ้น: ให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปกติจะอยู่ตรงกลางพอดี ถ้าเอียงออกไปข้างใดข้างหนึ่งอาจเกิดจากเนื้องอก หรือมีก้อนผลักดันให้ลิ้นเฉ หรืออาจเกิดจากแผล หรือมีผังผืดมาดึงรั้งให้ลิ้นเฉไปข้างนั้น หรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ Lower Motor Neurone - ลิ้นลิ้นเรียบ เกิดจากภาวะ Papillae จะมีอาการอักเสบ คือ แดง และเจ็บร่วมด้วย มักพบได้ในโรคขาดสารอาหาร โรคโลหิตจาง - ลิ้นแผนที่ หมายถึง ลิ้นที่มีเส้นหรือส่วนนูนเป็นขอบ

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>หรือเป็นป็น มีขอบหน้าไม่เรียบมองดูคล้ายแผนที่ ส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบ ทำให้บางส่วนของลิ้น บวมแดง และมีบางส่วนของลิ้นฝ่อ โดยไม่ทราบ สาเหตุแน่ชัด เข้าใจว่าเกิดจากการแพ้สารอาหาร ปกติจะหายได้เองและไม่ก่อให้เกิดอันตราย</p> <p>- ตุ่มแผลฝ่ อาจพบตุ่มเล็กๆ ใสๆ ข้างในมีน้ำ เมื่อแตก ทำให้เกิดแผลเล็กๆ ตื้น อยู่เป็นกลุ่ม มีอาการเจ็บแสบ คันร่วมด้วย เกิดจากเชื้อไวรัสเรียกว่าเริม ไม่ต้องรักษา บ้วนปากด้วยน้ำยาหรือน้ำเกลือหรือน้ำสะอาดบ่อยๆ จะหายไปได้เองใน 1 ถึง 2 สัปดาห์</p> <p>- แผลมะเร็ง มักจะเป็นที่ขอบหรือปลายลิ้น แผลจะนูน และแข็ง จะไม่เจ็บปวดและจะไม่มีฝ้า ในระยะแรก ต่อมน้ำเหลืองโตคงจะโตจนคลำได้</p>
<p>5. การตรวจการทำงานของระบบ ประสาทสมองคู่ที่ 9 และ 10 (Glossopharyngeal and Vagus nerve)</p> <p>- ตรวจโดยให้ผู้ป่วยอาปากร้อง เสียงอา หรืออ้าปากหาว เพดาน อ่อนและลิ้นไก่จะยกขึ้นตรงๆ</p>	<p>- ประสาทสมองคู่ที่ 9 รับความรู้สึกจากช่องคอ เช่น ร้อน เย็น และรับรสจากโคนลิ้น รวมทั้งนำกระแส ประสาทสั่งการจากสมองไปยังกล้ามเนื้อบริเวณคอ หอยที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และต่อมน้ำลายให้หลั่ง น้ำลาย</p> <p>- ประสาทสมองคู่ที่ 10 รับความรู้สึกจากลำคอ กล้อง เสียง ช่องอก ช่องท้อง และสั่งการไปยังกล้ามเนื้อ ลำคอ กล้องเสียง วิทยวะภายในช่องปากและช่องท้อง</p> <p>- ให้สังเกตการเคลื่อนไหวของเพดานลิ้นไก่ ว่าเอียง หรือไม่ ปกติจะอยู่ตรงกลาง ถ้าเอียงไปด้านใดด้าน หนึ่งแสดงว่ามีความผิดปกติของระบบประสาทสมอง คู่ที่ 10 ด้านตรงข้ามที่เอียงไป</p>

- 46 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

การปฏิบัติ	คำอธิบาย
- ตรวจ Gag Reflex ใช้ไม้กดลิ้นเข้าไปถึงโคนลิ้น หรือเชือกพันนังคอ ด้านหลังที่ลิ้นข้างจะเกิดปฏิกิริยาขย้อนขึ้น	- ถ้าข้างใดข้างหนึ่งไม่มีปฏิกิริยาขย้อนขึ้น แสดงว่าอาจมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น จึงทำให้ปฏิกิริยาขย้อนเสียไป

การประเมินลำคอ

กล้ามเนื้อที่สำคัญในการเคลื่อนไหว

1. Sternomastoid หรือ Sternocleidomastoideus เป็นกล้ามเนื้อที่ใหญ่ที่สุดของคอ เกาะพาดจากกระดูกหน้าอกและกระดูกไหปลาร้าไปถึงด้านนอกของกระดูก Mastoid และกระดูกท้ายทอย ทำหน้าที่เอียงคอ หัน และหมุนคอ

2. Splenius Capitis เป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ด้านข้างของคอ มีจุดเกาะเริ่มจากกระดูกสันหลังส่วนล่าง (Thoracic Spine) อันที่ 3 และ 4 ไปยังจุดปลายที่กระดูกท้ายทอย ทำหน้าที่ยึดคอ เอียงคอ และเงยหน้า

3. Semispinaliscapitis เป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ด้านหน้าของคอ จุดเริ่มเกาะจากกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Spine) อันที่ 4 และ 5 ไปยังจุดเกาะปลายที่กระดูกท้ายทอย ทำหน้าที่ยึดคอ เอียงคอและเงยหน้า

วิธีการตรวจ คอ หลอดลม กล้ามเนื้อและต่อมน้ำเหลือง

การดู

- สังเกตลักษณะกล้ามเนื้อคอว่ามีหดเกร็งหรือไม่ รอยแผลหรือไม่
- สังเกตการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยหันคอไปมากับเงยดูว่าหมุนรอบหรือไม่ มีอาการเจ็บ บวม เกร็ง ตึง มากน้อยเพียงไม่

- คอเล็ก มักพบในคนที่ผอมมากๆ เกิดจากภาวะการขาดสารอาหาร หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คอจะเล็กเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก

- คอโต อาจเกิดจากการอ้วน บวม มีก้อนเนื้องอก และการอักเสบ

- คอแข็ง พบว่าเวลาเดินหรือนั่งลำคอจะตั้งตรง เวลาจะหันไปดูอะไร ต้องหันไหล่ไปด้วย จะก้มหน้าไม่สะดวกเพราะศีรษะ คอ และไหล่แข็งติดกันเป็นแท่ง อาจเกิดจากกระดูกคอยึดกันแน่น หรือกระดูกคอกดทับเส้นประสาท พบในรายที่ได้รับอุบัติเหตุ กระดูกคอเสื่อม เป็นต้น

- คออ่อน ลำคอจะอ่อนพับไปมา ศีรษะจะตั้งตรงได้ยาก มักพบในผู้มีความผิดปกติมาแต่กำเนิด หรือโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาท

3. สังเกตดูขนาดต่อมไทรอยด์ ว่าโตหรือไม่ ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ถ้าไม่แน่ใจใช้มือคลำ

4. สังเกตเส้นเลือดดำที่คอโป่งพองเห็นได้ชัดหรือไม่ ถ้าเห็นโป่งพองชัดเจนจะพบในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

การคลำ

1. **หลอดลม** เพื่อดูตำแหน่งโดยการวางนิ้วชี้ที่ Supra Sternal Nocthเหนือ Manubrium Sterni เคลื่อนที่เป็นเส้นตรงขึ้นข้างบน

- ถ้าการเคลื่อนที่ขึ้นเป็นเส้นตรง พบว่าอยู่ตรงกลางของหลอดลม แสดงว่าหลอดลมอยู่ในตำแหน่งปกติ

- ถ้าผิดปกติ หลอดลมจะเอนไปข้างใดข้างหนึ่ง เช่น เมื่อมีน้ำในช่องปอดด้านขวา หลอดลมจะถูกดันไปด้านซ้าย เป็นต้น

2. **ต่อมไทรอยด์** สังเกตบริเวณที่เป็นตำแหน่งของต่อมไทรอยด์ แล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย แล้วจึงคลำ Isthmus และไทรอยด์ ในการคลำต่อมไทรอยด์มีลักษณะการคลำ 2 ด้านคือ

2.1 การคลำด้านหน้า ถ้าจะคลำ Lobe ขวา ให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปทางขวาและก้มเล็กน้อย ใช้มือขวานิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดันกระดูกอ่อนไปทางขวา แล้วจับ Lobe ขวาด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลางและนิ้วหัวแม่มือซ้าย และการคลำ Lobe ขวา ต้องดูว่ามีขนาดโตหรือมีก้อนหรือไม่ รูปร่างแข็งหรือนิ่ม กดเจ็บหรือไม่ เคลื่อนไหวตามการกลืนหรือเกาะติด

- 48 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

กับอวัยวะอื่นหรือไม่ มี Vasculality เป็นอย่างไร โดยฟังเสียงฟู่ (Bruit) เมื่อเสร็จแล้ว จึงตรวจ Lobe ซ้ายด้วยวิธีการเดียวกัน



การคลำต่อมไทรอยด์

2.2 การคลำด้านหลัง ผู้ตรวจยืนข้างหลังของผู้ป่วยวางมือทั้งสองข้างที่คอ ใช้ นิ้วหัวแม่มือวางที่ต้นคอ ใช้ นิ้วชี้และนิ้วกลางคลำต่อมไทรอยด์ด้านหน้า โดยให้ผู้ป่วยเอียง ศีรษะไปทางด้านที่จะคลำพร้อมทั้งก้มศีรษะเล็กน้อยและให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย แล้วคลำ ต่อมไทรอยด์ด้านข้างเช่นเดียวกับการคลำต่อมไทรอยด์ด้านหน้า

ต่อมไทรอยด์ที่มีขนาดโตมาเกินไป มีลักษณะเป็นก้อนตะปุ่มตะป่ำ ส่วนใหญ่เป็น โรคคอพอกธรรมดา ซึ่งจะไม่ผิดปกติจากก้อนโตมาเกินไป ทำให้ดูน่าเกลียด และบางทีก้อน ไปกดหลอดลมหรือหลอดอาหารทำให้หายใจหรือกลืนอาหารลำบาก ส่วนคอพอกเป็นพิษ จะมีขนาดของต่อมไทรอยด์ไม่โตมากนักแต่จะมีอาการแสดงเช่น โกรธง่าย หงุดหงิด รับประทานอาหารมากแต่ผอมลง มือสั่น ตาโปน เป็นต้น

3. ต่อม้ำเหลือง และต่อมน้ำลายของศีรษะและคอ การคลำต่อมน้ำเหลืองที่ คอสามารถทำได้ง่ายในท่ายืนข้างหลังผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยก้มและเอียงข้างที่ต้องการตรวจ เพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณคอหย่อนตัวทำให้คลำได้ง่าย คลำทั้งสองข้างเปรียบเทียบกัน ถ้า คลำพบต่อมน้ำเหลืองโต ให้สังเกต ขนาด รูปร่างต่อมน้ำเหลืองกระจายหรือเกาะกลุ่ม การ เคลื่อนไปมา ความนุ่มแข็ง การกดเจ็บต่อมน้ำเหลืองแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ด้วยกันคือ

3.1 Deep cervical lymph node อยู่ลึกที่บริเวณด้านข้างขวาของ Internal Jugular Vein ใต้กล้ามเนื้อ Sternomastoid

3.2 Anterior Cervical Lymph Node เป็นกลุ่มที่กระจายอยู่ตาม Anterior Jugular Vein และด้านหน้าของคอ

3.3 Lymph node ที่อยู่รอบๆ บริเวณศีรษะและหน้า ซึ่งมี Occipital Lymph Node, Parotid Lymph Node, Retroauricular Lymph Node, Submandibular Lymph Node, Submental Lymph Node

ถ้ามีโรคหรืออักเสบที่อวัยวะใด Lymph Node บริเวณที่อยู่ใกล้ที่สุดของบริเวณที่อักเสบจะมีการบวมโตขึ้นกว่าขนาดปกติจนคลำได้ ขนาดปกติของ Lymph Node ทั่วไปจะยาว 1-2.5 mm. ถ้าต่อมน้ำเหลืองโต ให้สังเกตขนาดรูปร่าง ขอบของต่อมน้ำเหลืองกระจายหรือเกาะกลุ่ม การกดเจ็บ ถ้าพบต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บไม่ทราบสาเหตุ ควรตรวจอวัยวะข้างเคียงด้วย ควรทำตามลำดับดังนี้

1. Pre-auricular อยู่ที่หน้าตอใบหู
2. Posterior Auricular อยู่บริเวณกกหู แล้วลงสู่ Cervical Lymph Node
3. Occipital อยู่บริเวณท้ายทอยส่วนกลางรับ Lymph Vessel จาก Scalp ทั้งหมดสู่ Deep Cervical Lymph Node
4. tTonsillitis ที่ขากรรไกรล่างรับ Lymph Vessel จากด้านหน้าของคิ้ว หนึ่งตา แก้ม Soft Palate, External and Middle Ear
5. Submaxillary or Submandible ขากรรไกรล่าง รับ Lymph Vessel จากทางด้านหน้า 2 ส่วน 3 ของลิ้น ฟัน เหงือก ปาก Paranasal Sinus, Mucous Membrane ของจมูกแล้วส่งไปสู่ Deep Cervical Lymph Node
6. Submental อยู่ใต้คางรับ Lymph Vessel จากริมฝีปากล่าง คาง ส่วนปลายของลิ้นลงสู่ Deep Cervical Lymph Node
7. Superficial Cervical ดูที่ Superficial ต่อกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid
8. Posterior Cervical Chain อยู่ที่คอกล้ามเนื้อ Trapezius
9. Deep Cervical Chain อยู่ใต้กล้ามเนื้อ Sternomastoid บ่อยครั้งคลำไม่ได้
10. Supraclavicular ดูเนื้อต่อกระดูกไหปลาร้า

- 50 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

การตรวจต่อมน้ำลาย ปกติจะคลำไม่ได้ ถ้าคลำได้ถือว่าผิดปกติ ต่อมน้ำลายมีทั้งหมด 3 ต่อมน ได้แก่

1. Parotid Gland เป็นต่อมน้ำลายที่ใหญ่ที่สุดปกติมองไม่เห็นและคลำไม่ได้ ถ้าโตขึ้นจะเห็นเป็นก้อนอยู่ข้างหลังหูและกดเจ็บ ถ้าต่อมน้ำลายนี้อักเสบเรียกว่าโรคคางทูม (Mump or Acute Epidemic Parotitis)

2. Submandibula เยื้องไปข้างหลังใกล้กับ Ramus ของกระดูกขากรรไกรล่างจะมีรูเปิดได้ลิ้น

3. Sublingual Gland อยู่ใต้ลิ้น ถ้าโตขึ้นจะเห็นอยู่ที่พื้นล่างของช่องปาก ปกติจะคลำไม่ได้

การประเมินภาวะสุขภาพเต้านม

การตรวจเต้านม

เป็นการตรวจห่าก่อนและการอักเสบของเต้านม ส่วนใหญ่ใช้วิธีการดูและการคลำ การตรวจต่อมน้ำเหลืองที่เกี่ยวข้อง ถ้าต่อมน้ำเหลืองโตและคลำได้ อาจหมายถึงการแพร่กระจายของก้อนเนื้อร้ายที่ผิดปกติ

ท่าของการตรวจ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอน ถอดเสื้อผ้าส่วนบนโดยมีผ้าคลุมไม่ให้เปิดเผยเกินไป ผู้ตรวจเข้าขวามือของผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งให้ผู้ตรวจยืนหรือนั่งหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย

การดู ในท่าที่ผู้ป่วยนั่งให้ผู้ป่วยวางมือไว้ข้างตัว แล้วให้ยกมือขึ้นและให้เท้าสะเอว สังเกตเปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่าแตกต่างกันหรือผิดปกติ

เต้านม : ให้ดูห้วงนม รอยบุ๋มที่บริเวณเต้านม สีผิว เส้นเลือด อาการวม

ห้วงนม : ให้ดูขนาดและรูปร่าง ดูผื่น น้ำเหลืองไหลออกจากห้วงนมหรือไม่

การคลำ ในท่านั่ง คลำห้วงนมดูว่าเจ็บหรือไม่ มีก้อน น้ำเหลืองออกจากห้วงนมหรือไม่ ในท่านอนหงายให้วางหมอนเล็กๆ ใต้ไหล่ข้างที่ตรวจเพื่อให้เต้านมอยู่บนทรงอก และให้วางแขนไว้ข้างลำตัวแล้วคลำทุกส่วนของเต้านมแบ่งเป็น 4 ส่วน โดยคลำด้านใน

จากตรงกลางและด้านนอกจากเส้นกึ่งกลางรักแร้ คลำเปรียบเทียบทั้งข้างซ้ายและขวา การคลำใช้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง คลำแบบคลึงรอบๆ โดยสังเกตความนิ่มและแข็ง ถ้าเต้านมแข็งมักจะมีก้อนมีประจำเดือน กดเจ็บหรือไม่ เป็นฝี หรือหนอง หรืออักเสบ มีก้อน หรือถุงน้ำหรือไม่ ระบุขอบเขต จำนวนก้อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่าไร รูปร่าง กลม แบนหรือรี คลำผิวก้อนได้ชัดเจนหรือไม่ ก้อนเคลื่อนที่หรือไม่ สีผิวคล้ำ ผิวหนังมีรอย ดึง รอยบุ๋มหรือไม่



ดู



คลำ



คลำ

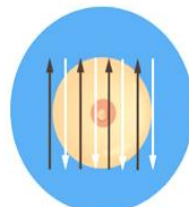
คลำดูต่อมน้ำเหลืองว่าโตหรือไม่ ถ้าโตให้ดูตำแหน่ง จำนวน รูปร่าง ขนาด ความ แข็ง ความเจ็บ การเคลื่อนไหว การเกาะติดกัน ถ้ามีรอยบุ๋มหรือดึงรั้งเห็นชัดเจน ให้ผู้ป่วย ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ หรือเท้าแขนทั้งสองข้างที่ระดับสะโพก เพื่อดูความผิดปกติ ถ้า เต้านมใหญ่ให้ผู้ป่วยยืนโน้มตัวมาข้างหน้า เพื่อดูความผิดปกติของเต้านม มีน้ำเหลืองไหล จากหัวนม ใช้ปลายนิ้วชี้กดรอบๆ หัวนมให้ดูว่ามีน้ำเหลืองออกมาจากท่อหรือไม่ในบริเวณ นมและลานนม



Radial Method



Spiral Method



Vertical Method

ทิศทางการคลำของเต้านม

- 52 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

รูปแบบที่ใช้ในการคลำเต้านมมี 3 รูปแบบตามความถนัดของแต่ละบุคคล

1. การคลำเป็นวงกลม เริ่มคลำจากส่วนบนด้านนอกของเต้านมแล้วค่อยๆ ขยับวงกลมเข้ามาเรื่อยๆ จนถึงหัวนม

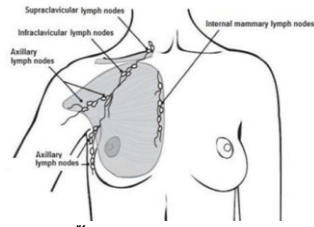
2. การคลำแนวขึ้นลง เริ่มคลำจากเนื้อเต้านมลงมาด้านล่างในแนวตรงจนถึงรักแร้ แล้วคลำลงคลำขึ้นสลับกันไปจนทั่วทั้งเต้านม

3. การคลำเป็นรัศมี เริ่มจากหัวนมออกไปสู่ด้านข้างทั่วทั้งเต้านม โดยมีจุดศูนย์กลางที่หัวนม

การคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ต้องการตรวจข้างซ้ายให้ผู้ปวยนั่งห้อยแขนข้างซ้ายลงบนแขนของผู้ตรวจ ผู้ตรวจใช้นิ้วมือขวาคลำเข้าไปที่บริเวณรักแร้ให้สูงที่สุด แล้วคลึงดูก้อนในด้านต่างๆ ทั้งด้านหน้า ด้านหลัง ด้านข้าง เพื่อดูต่อมน้ำเหลืองตามลำดับ ถ้าคลำพบต่อมน้ำเหลืองโตให้นึกถึงการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม ถ้าพบต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บให้นึกถึงการติดเชื้อของแขนและมือ



ลักษณะการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้



ต่อมน้ำเหลืองบริเวณทรวงอก

หากตรวจพบความผิดปกติของเต้านม ต้องระบุตำแหน่งที่พบความผิดปกติตามหน้าปัดนาฬิกา ระบุความผิดปกติห่างจากหัวนมเป็นเซนติเมตร เมื่อคลำพบก้อน ต้องระบุลักษณะ โดยบันทึกตำแหน่ง ขนาด รูปร่าง ลักษณะผิว ก้อนเคลื่อนที่หรืออยู่กับที่ ความอ่อนนุ่ม คลำก้อนเจ็บหรือไม่ ก้อนที่เต้านมจำแนกเป็น 3 ชนิด

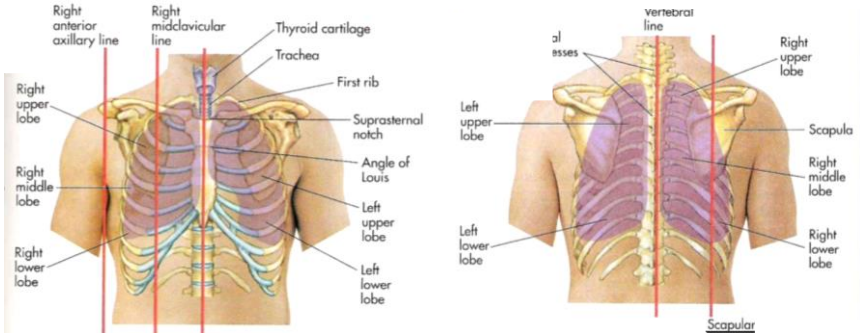
1. ถุงน้ำ (Cyst) ลักษณะกลมค่อนข้างนิ่ม ถ้าแข็งจะยืดหยุ่น ขอบเขตชัดเจน เคลื่อนที่ได้ ส่วนใหญ่กดเจ็บ ไม่มีร่องรอยการดิ่งรั้ง ก้อนจะเล็กลงในวัยหมดประจำเดือน มักพบในอายุ 30-55 ปี

2. ก้อนเนื้ออก ลักษณะกลมหรือแบนเป็นพู / กว้าง/ลอนเล็กๆ ปกติจะแข็งแต่อาจนิ่ม ไม่มีขอบเขตชัดเจนเคลื่อนที่ได้ปกติ กดไม่เจ็บ ไม่มีร่องรอยการดิ่งรั้ง มักพบในวัยรุ่นถึง 55 ปี

3. ก้อนมะเร็ง เป็นก้อนแข็ง รูปร่างแน่นอน ขอบเขตไม่ชัดเจน บางที่ติดกับผิวหนังหรือผนังทรวงอก มีร่องรอยการดิ่งรั้ง กดไม่เจ็บ นอกจากเป็นมากจะมีการอักเสบ ปกติพบก้อนเดี่ยวแต่อาจพบร่วมกับก้อนเนื้ออกประเภทอื่นๆ มักพบในวัยกลางคนถึงสูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพระบบหายใจ: ทรวงอกและปอด

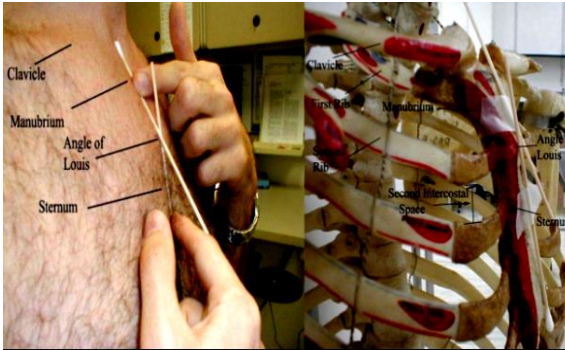
การตรวจประเมินในระบบทางเดินหายใจ ก่อนตรวจต้องทราบเครื่องหมายภายนอก (Land mark) และกายวิภาคที่สำคัญของทรวงอกดังนี้



Landmark ที่สำคัญของทรวงอกด้านหน้า-ด้านหลัง

- 54 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

1. Angle of Louis เป็นส่วนต่อระหว่างกระดูกหน้าเหลี่ยม (Manubrium Sterni) กับกระดูกกลางอก (Sternum) เป็นมุมซึ่งคลำได้ชัดเจนมาก กระดูกกลางอกตรงกับตำแหน่งของกระดูกซี่โครงที่ 2 ทางด้านหน้า



ตำแหน่ง Angle of Louis

2. Spinous process ของกระดูกสันหลังส่วนซี่โครงที่ 1 (Thoracic 1 หรือ T1) เมื่อให้ผู้ป่วยก้มคอเต็มที่ จะคลำได้ปุ่มนูนของกระดูกสันหลังที่โบนที่สุด 2 ปุ่ม ปุ่มบนคือ Spinous process ของกระดูกสันหลังส่วนต้นคอปล้องที่ 7 (Cervical ที่ 7) และปุ่มล่างเป็น Spinous process ของกระดูกสันหลังส่วนซี่โครงที่ 1 เครื่องหมายภายนอกนี้ (Land mark) ใช้สำหรับการนับกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครง

3. ปลายแหลมของกระดูกไหปลาร้า (Inferior angle of scapula) ในท่าที่ผู้ป่วยนั่งตัวตรงปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย จะตรงกับกระดูกซี่โครงที่ 7 ในด้านหลัง

4. Oblique fissure แบ่งระหว่างปอดส่วนบนกับปอดส่วนล่างกำหนดได้โดยลากเส้นจาก Spinous process ของ T3 เที่ยงลงล่างมาทางด้านหน้า ผ่านกระดูกซี่โครงที่ 5 ตรง Mild Axillary Line จะพบกระดูกซี่โครงที่ 6 ที่กระดูกกลางอก

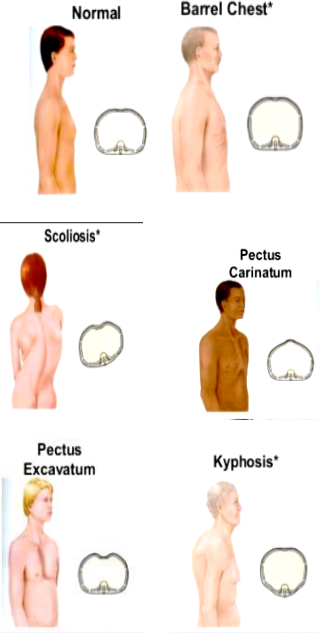
5. Minor fissure แบ่งระหว่างปอดบนกับปอดส่วนล่างของปอดขวากำหนดได้โดยลากเส้นจาก Oblique fissure ตรงเส้นตรงกึ่งกลางไหปลาร้า (Mild Axillary Line) ตรงมาทางด้านหน้าตรงกระดูกซี่โครงที่ 4 ที่กระดูกกลางอก

คุณลักษณะรูปร่างและขนาดของทรวงอกเหมือนและเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ ถ้าตัดทรวงอกตามขวางจะได้รูปกลมแบนเส้นผ่าศูนย์กลางด้านหน้าลากไปด้านหลังสั้นกว่าเส้นผ่าศูนย์กลางลากตามด้านข้างในอัตราส่วน 1:2 หรือ 5:7 ส่วน ภายในทรวงอกจะเป็นที่อยู่ของอวัยวะที่สำคัญ คือ ปอดและหลอดลม หัวใจและหลอดเลือดใหญ่ในอก หลอดอาหาร และได้กะบังลมซึ่งปิดช่องอกทางด้านล่างจะมีตับอยู่ใต้ชายโครงขวา มีกระเพาะอาหาร และม้ามอยู่ใต้ชายโครงซ้าย


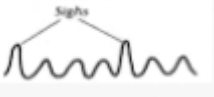




การประเมินทรวงอกและระบบหายใจ สามารถให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้และผู้ตรวจเดินรอบผู้ป่วยเพื่อตรวจทางด้านหน้าและด้านหลัง ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักนั่งไม่ได้ให้ตรวจในท่านอน โดยเข้าทางด้านขวาของผู้ป่วยในกรณีผู้ตรวจถนัดขวา เข้าทางด้านซ้ายของผู้ป่วยในกรณีผู้ตรวจถนัดซ้าย ผู้ตรวจควรป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางอื่น การตรวจควรถอดเสื้อผ้าของผู้ป่วยออกในส่วนที่จำเป็นและตรวจในที่มืดชิด

วิธีการประเมินทรวงอก

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>1. การดู ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามา โดยสังเกตรูปร่างของทรวงอก ขนาดทรวงอก การเคลื่อนไหวของทรวงอกแต่ละข้าง ความสัมพันธ์ของโรคระบบการหายใจและปอดกับอวัยวะอื่นๆ</p>	<p>รูปร่างของทรวงอกและขนาดของทรวงอก ทรวงอกปกติ รูปร่างกลมแบน ผ่าศูนย์กลางไปด้านหลังแคบกว่าด้านข้าง เป็นสัดส่วน 5:7 หรือ 1:2</p> <p>ทรวงอกผิดปกติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หลังโก่ง (Kyphosis) มี 2 แบบคือหลังโก่งแบบโค้งพบในคนอายุมาก (Curved Kyphosis) และหลังโก่งเป็นมุม (Angular Kyphosis) เกิดจากการยุบ (Collapse) กระดูกสันหลังอันใดอันหนึ่งสาเหตุจากวัณโรค กระดูกผุ เป็นต้น 2. หลังแอ่น (Lordosis) พบในโรคกระดูกผุ (Osteoporosis) 3. สันหลังคด (Scoliosis) เนื่องจากกระดูก

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
 <p>Normal</p> <p>Barrel Chest*</p> <p>Scoliosis*</p> <p>Pectus Carinatum</p> <p>Pectus Excavatum</p> <p>Kyphosis*</p>	<p>สันหลังเอียงไปทางด้านข้างมาก มักเป็นมาตั้งแต่กำเนิด ถ้าผู้ป่วยมีทั้งหลังโก่งและหลังคดจะมีการกดเนื้อปอดมาก ทำให้เกิดภาวะของหัวใจวายเกิดขึ้น</p> <p>4. อกนูน (Pigeon Chest) อุดมูม (Funnel Chest) หน้าอกคล้ายอกนก กระดูกกลางอกยื่นออกมาจากระดับอกและท้อง ตรงปลายกระดูกจึงมีรอยหว้าเข้า เมื่อดูตามภาพตัดขวางจะไม่ใช่เป็นรูปไข่ แต่จะมีลักษณะคล้ายสามเหลี่ยม ตรงกระดูกหน้าอกมุมหนึ่งและอีกสองมุม อยู่ตรงมุมกระดูกซี่โครงทั้งข้างขวาและซ้าย อกนูนมักพบในคนที่ป่วยด้วยโรคกระดูกอ่อน</p> <p>5. อกถังเบียร์ (Varrel-Shaped) กระดูกกลางอกนูนออกมา เห็น Angle of Louis ชัดเจนผิดสังเกตเวลาหายใจเข้ายกหน้าอกทั้งอันขึ้น ดังนั้นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ จึงต้องทำหน้าที่แทนกล้ามเนื้อในช่องซี่โครงทั้งหมด กระบังลมต้องทำงานมากขึ้น มักพบในคนที่มีถุงลมโป่งพองชนิดเรื้อรัง (Chronic Emphysema) และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis)</p>
<p>2. การเคลื่อนไหวของทรวงอก</p> <p>ดูการเคลื่อนไหวของทรวงอกว่าเท่ากันหรือไม่ การเคลื่อนไหวของทรวงอก เกิดขึ้นจากการหายใจเมื่อหายใจเข้ากล้ามเนื้อซี่โครงจะหดตัว</p>	<p>- ถ้าพบการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่เท่ากัน เช่น ทรวงอกข้างซ้ายเคลื่อนไหวน้อยกว่าข้างขวา มักแสดงว่าทรวงอกหรือปอดข้างนั้นมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น</p> <p>- ในภาวะปกติ เมื่อหายใจเข้าออก ปอดจะขยายตัว</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>ดึงกระดูกซี่โครงให้ยกขึ้นและกลัมนื้อกระบังลมจะหดตัวเลื่อนลงล่างทำให้ทรวงอกและปอดขยายใหญ่ขึ้นดูดลมผ่านจมูกหรือปากเข้าสู่หลอดลมและปอดตามลำดับ และเมื่อหายใจออกกลัมนื้อกระบังลมและกลัมนื้อซี่โครงจะคลายตัว ทำให้ทรวงอกคืนเข้าสู่ที่เดิม บีบรัดปอดให้แฟบลง ให้ลมออกทางปากหรือจมูก</p>	<p>ออกโดยอาศัยแรงซึ่งเกิดจากการหดตัวของกลัมนื้อระหว่างซี่โครง และเมื่อหายใจออกอกจะแฟบโดยอาศัยการดึงกลับของทรวงอก การสังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการหายใจ (Rate) ในผู้ใหญ่ปกตินั้นหายใจประมาณ 18 ถึง 20 ครั้งต่อนาที 2. ความกว้าง (Amplitude) อัตราส่วนระหว่างการหายใจกับชีพจรเป็นสิ่งสำคัญมาก ในคนปกติจะมีอัตรา 1:4 3. จังหวะ (Rhythm) การหายใจเข้าที่นานเกินควรจะพบในโรคที่กลองเสียง หรือโรคที่หลอดลมใหญ่ การหายใจออกที่นานเกินจะพบในโรคหลอดลมเล็กๆ และโรคของเนื้อปอดโดยตรง 4. การเคลื่อนไหวของกระบังลม (Diaphragmatic Movement) 5. การเคลื่อนไหวของทรวงอกแต่ละข้าง
<p>3. การฟัง ตรวจความผิดปกติของอัตราการหายใจ จังหวะ และความกว้างที่อาจพบได้ในลักษณะต่างๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การหายใจเร็ว (Tachypnea) อัตราการหายใจเร็วขึ้นโดยไม่เพิ่มความกว้างและมีจังหวะการหายใจปกติ ในผู้ใหญ่อัตราการหายใจปกติ 16-20 ครั้งต่อนาที เด็กเกิดใหม่มี 44 ครั้งต่อนาที ภาวะที่ทำให้เกิดการหายใจเร็ว ได้แก่ ไข้ หัวใจวาย คอพอกเป็นพิษ การขาดออกซิเจน โรคของเนื้อปอด เป็นต้น 2. การหายใจช้า (Bradypnea) มีอัตราการหายใจที่ช้ากว่าปกติ อาจจะมีการหายใจลำบาก

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
 <p>hyperpnea</p>	<p>ร่วมด้วย มักเกิดจากความผิดปกติทางสมอง เช่น ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองถูกกดด้วยฤทธิ์ของยานอนหลับ ผื่น เฮอร์ซัน ทำให้หายใจช้าลงจนหยุดหายใจในที่สุด (Apnea)</p>
 <p>Sighing respiration</p>	<p>3. Kussmaul respiration การหายใจลึกและถอนหายใจอย่างสม่ำเสมอ อัตราการหายใจอาจปกติ ช้าหรือเร็ว ชนิดที่มีการหายใจเร็วลึก คือ Hyperpnea พบใน Metabolic Acidosis เช่น ในภาวะ Diabetic ketoacidosis ชนิดที่มีการหายใจช้าลึกและมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจร่วมด้วยคือ</p>
 <p>Cheyne-Stokes respiration</p>	<p>Air Hunger พบในระยะสุดท้ายของการ Shock การติดเชื้ออย่างรุนแรง เสียเลือดอย่างรุนแรงและปอดบวมใกล้ถึงแก่กรรม</p>
 <p>Biot respiration</p>	<p>4. Sighing Respiration การหายใจที่มีความสม่ำเสมอในความถี่ แต่ในระยะการถอนหายใจลึกๆ จะเห็นเป็นระยะๆ พบในคนป่วยที่เป็นโรคประสาท (Neurotics) หรือพบในกลุ่มอาการ Hyperventilation แต่ในคนปกติจะมีการถอนหายใจได้ชั่วโง่งละ 6-8 ครั้ง</p>
 <p>Tachypnea</p>	<p>5. Cheyne-Stokes Respiration การหายใจที่มีความผิดปกติทั้งอัตราการหายใจ จังหวะและความกว้าง คือ มีช่วงของการหยุดหายใจเกิดขึ้น และตามด้วยการหายใจที่มีอัตราและความกว้างค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนถึงระดับสูงสุด ต่อจากนั้นอัตราและความกว้างค่อยๆ ลดลง และมีการหยุดหายใจ</p>
 <p>Bradypnea</p>	

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
	<p>เกิดขึ้นอีก ซึ่งการหายใจนี้เกิดขึ้นเพราะความผิดปกติของศูนย์การหายใจ ซึ่งถูกกระทบกระเทือนจากพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดในสมอง หรือภาวะซึ่งมีการย้อนกลับของซีพีจร จากอวัยวะของการหายใจมาสู่ศูนย์การหายใจเกิดล่าช้า เช่น ในภาวะหัวใจช็อกซ้ายล้มเหลว ใช้ยาเสพติด เช่น มอร์ฟีน ความดันในสมองเพิ่มขึ้น น้ำคั่งในช่องสมอง Hydrocephalus เนื้องอกในสมอง เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง</p> <p>6. Biot Respiration การเปลี่ยนแปลง (Variation) ของ Cheyne-Stokes คือ มีช่วงหยุดการหายใจสลับช่วงหายใจ ช่วงหยุดการหายใจบางทีสั้น บางทียาว ไม่เท่ากัน ช่วงหายใจไม่สม่ำเสมอ การหายใจแบบนี้มักเกิดจากสมองถูกทำลาย</p> <p>7. ความสัมพันธ์ของโรคระบบการหายใจและปอดกับอวัยวะอื่นๆ พยาธิสภาพในปอดแสดงออกให้เห็นทางอวัยวะต่างๆ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผิวหนังแข็งในลักษณะของ Accleroderma - Spider nervi เป็นสีแดง หรือเป็นใยแมงมุมสีแดงที่บริเวณหน้าอก - Clubbing of fingers มีลักษณะนิ้วป้อม - ต่อมมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าโตขึ้น - Cyanosis มีอาการซีดและเขียวคล้ำ
<p>4. การคลำ เป็นการตรวจประเมิน</p> <p>- ยืนยันการตรวจด้วยตาให้แน่นอน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การคลำเพื่อการตรวจระบบการหายใจและปอด - คลำทรวงอกในส่วนต่างๆ เพื่อดูการขยายตัว

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>ยิ่งขึ้น</p> <p>- เพื่อทราบว่ามีเสียงผิดปกติ หรือมีเสียง Rhonchi ที่รบกวนเสียงหายใจหรือไม่</p>	<p>ของปอดและประเมินลักษณะความผิดปกติที่เห็นได้ เช่น ก้อน</p>
<p>4.1 การคลำหลอดลม</p> <p>ให้ผู้ป่วยอยู่ท่าหนึ่งหรือท่านอน ก้มหน้ามาข้างหน้าเล็กน้อย เพื่อหย่อนกล้ามเนื้อ Sternomastoid หันหน้าผู้ป่วยให้ตรง ผู้ตรวจใช้ปลายนิ้วชี้แยงไปบน Suprasternal Notch ที่ละข้าง โดยยืนนิ้วที่ตรวจไปทางด้านหลังเบาๆ</p>	<p>ถ้าหลอดลมอยู่ตรงปลายนิ้ว จะคลำได้เนื้อเยื่อนุ่มๆ ทั้งสองข้าง แต่ถ้ามีหลอดลมเฉียงไปข้างใด ก็ จะคลำได้ตรงกระดูกอ่อนของหลอดลมในข้างนั้น</p> 
<p>4.2 การคลำทรวงอกเพื่อดูการขยายตัวของปอด</p> <p>- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ใช้ฝ่ามือแนบให้แน่นกับทรวงอก โดยอาศัยแรงดันของข้อมือและให้หัวแม่มือทั้งสองข้างชนกันบริเวณกึ่งกลางทรวงอก ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ</p>	<p>ถ้าทรวงอกขยายตัวเท่ากัน มือของผู้ตรวจจะเคลื่อนที่จากจุดกลางในระยะเท่าๆ กัน ทรวงอกข้างใดเคลื่อนไหวน้อย มือของผู้ตรวจก็จะเคลื่อนที่จากจุดกลางน้อยลง แสดงว่าทรวงอกด้านนั้นมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ปอดหรือเยื่อหุ้มปอด</p>  <p style="text-align: center;">Chest expansion</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติ	คำอธิบาย
<p>4.3 คลำ Tactile Fremitus เพื่อดูการแพร่กระจายของเสียง</p> <p>เป็นการตรวจการสั่นสะเทือนที่ส่งผ่านจากปอดมายังผนังทรวงอกในขณะผู้ป่วยพูดโดยใช้ความรู้สึกสัมผัสที่ฝ่ามือ วางฝ่ามือบนผนังทรวงอกจะรู้สึกสัมผัส Vocal Fremitus อย่างชัดเจน ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือยืน ใช้ข้อมือข้างใดข้างหนึ่งวางแนบชิดระหว่างช่องซี่โครง แล้วให้ผู้ป่วยออกเสียง 1-2-3 ควรคลำเปรียบเทียบปอดทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ควรคลำบริเวณไหปลาร้าซ้าย-ขวาก่อน แล้วถึงคลำไล่ลงมาที่กระดูกซี่โครงช่องที่ 4 ซ้ายและขวา กระดูกซี่โครงช่องที่ 8 ซ้ายและขวา หรือใช้สันมือด้านในของฝ่ามือวางกับลำตัว และให้เลื้อนมือต่ำลงเรื่อยๆ จนกว่า Fremitus หายไป ระดับนั้นจะเป็นระดับของกระบังลม</p>	<p>- คลำ Tactile Fremitus เพื่อดูการแพร่กระจายของเสียง ดูความสั่นสะเทือนที่ผนังทรวงอก ซึ่งแสดงอาการให้ทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เปรียบเทียบทรวงอก 2 ข้าง สั่นสะเทือนเท่ากันหรือไม่</p> <p>- คลำได้ Factile Fremitus ลดลง พบว่ามีน้ำหรือลมกั้นระหว่างผนังทรวงอกกับเนื้อปอด มีการอุดตันของหลอดเลือดใหญ่</p> <p>- คลำได้ Tactile Fremitus เพิ่มขึ้น พบในปอดแฟบ ปอดขึ้น ภาวะน้ำท่วมปอด</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div> <p style="text-align: center;">คลำ Tactile Fremitus</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div> <p style="text-align: center;">ตำแหน่งคลำ Tactile Fremitus ด้านหน้า-ด้านหลัง</p>

5. การเคาะ (Percussion) เพื่อตรวจดูสภาพและขอบเขตของอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ภายใน เช่น ปอด หัวใจ ตับ กระเพาะอาหารส่วนบน การเคาะที่ถูกต้องและชำนาญพอทำให้ทราบได้ว่าปอดหรืออวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ในทรวงอกมีขนาดและความผิดปกติหรือไม่ ซึ่งการเคาะจะตรวจได้ลึกประมาณ 5 ถึง 7 เซนติเมตรเท่านั้น ดังนั้นการตรวจโดยการเคาะ

จะต้องเคาะทั้งด้านหน้าด้าน ด้านข้างและด้านหลัง เสียงสะท้อนที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกัน หรือมีความถี่ห่างไปตามความหนาแน่นของเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้น้ำทรวงอก

ลักษณะของเสียงจากการเคาะ ผู้ตรวจควรรู้ระดับเสียงจากการเคาะทั้ง 5 ระดับ ระดับเสียง ระดับเสียงจะต่างกันไปตามคุณสมบัติของเสียง (Qualities) ความดัง (Intensity) ระดับสูงต่ำ (Pitch) และความถี่หรือระยะเวลาของเสียง (Duration) ควรพยายามฟังให้ได้

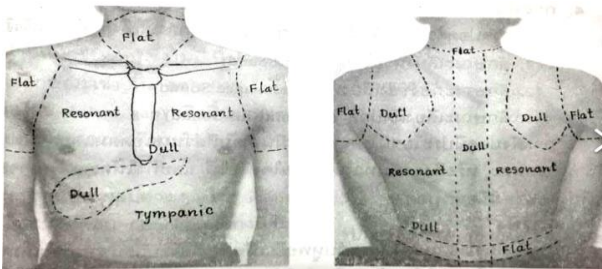
1. **เสียงทึบสนิท (Flatness)** เป็นเสียงที่เบาเหมือนกับเสียงที่เกิดขึ้นจากการเคาะต้นขา ถ้าเคาะปอดได้ยินเสียงทึบแบบนี้ แสดงว่ามีของเหลว เช่น น้ำในช่องปอดและเยื่อหุ้มปอด

2. **เสียงทึบ (Dullness)** เป็นเสียงทึบที่ดังน้อยกว่าเสียงแรก เทียบได้จากเสียงที่เกิดจากการเคาะบริเวณหัวใจ มักพบในรายที่เยื่อหุ้มปอดหนาจากปอดบวม วัณโรคปอดแพบ เป็นต้น

3. **เสียงกังวาน (Resonance)** เป็นเสียงที่เกิดจากการเคาะบริเวณเนื้อปอดปกติ เสียงจะโปร่งกว่า Dullness เทียบได้กับเสียงที่เคาะถุงลมเล็กๆ

4. **เสียงโปร่ง (Hyper Resonance)** เสียงที่เกิดขึ้นจากการเคาะบริเวณที่มีลมอยู่ มาก พบได้ในรูปที่มีถุงลมโป่ง (Emphysema) และลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

5. **เสียงโปร่งมาก (Tympony)** เทียบได้กับเสียงที่เคาะบริเวณที่มีฟองอากาศ (Bubble) เช่น ท้อง กระเพาะอาหาร ถ้าเคาะปอดได้ยินเสียงนี้แสดงว่ามีลมในช่องปอดจำนวนมาก



ตำแหน่งเสียงที่ได้ยินจากการเคาะ

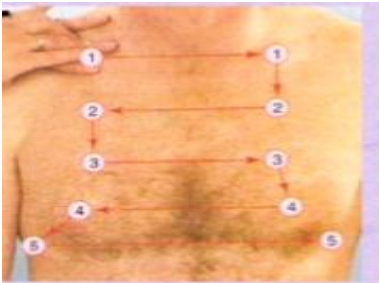
การเคาะเพื่อตรวจทรวงอกที่นิยมใช้มากที่สุดคือการเคาะผ่านที่รองรับ หรือการเคาะโดยอ้อม กล่าวคือใช้ปลายนิ้วกลางหรือนิ้วชี้ของข้างที่ถนัดเคาะลงบนข้อนิ้วส่วนปลายของข้างที่ไม่ถนัดเคาะลงบนข้อนิ้วส่วนปลายของนิ้วกลางหรือนิ้วชี้ก็ข้างหนึ่งซึ่งแนบติดอยู่บนส่วนที่ต้องการเคาะ โดยมากจะวางขนานอยู่ระหว่างช่องซี่โครง เพราะถ้าเคาะบนกระดูกซี่โครงจะทำให้ได้เสียงผิดพลาดจากความเป็นจริงและอาจแยกเสียงออกจากกันได้ยาก การเคาะปอดทางด้านหลังให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง เริ่มเคาะจากช่องซี่โครงด้านบนไล่ลงมาสู่ด้านล่างไม่ต้องเคาะตรงส่วนของกระดูกสะบัก เพราะมีกล้ามเนื้อและกระดูกหนา เคาะที่ช่องซี่โครงข้างซ้ายแล้วตามด้วยข้างขวาในตำแหน่งที่ตรงกัน เพื่อเปรียบเทียบความโปร่ง ความทึบของเสียงปอดทั้งสองข้าง ซึ่งควรจะมีเสียงกังวานเท่ากัน ถ้าไม่เท่ากันแสดงว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น การเคาะเพื่อตรวจทรวงอกทั้งด้านหลังด้านข้างและด้านหน้า เสียงที่ได้ยินจะเป็นเสียงโปร่ง เสียงทึบ หรือเสียงทึบมาก ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเคาะ เช่น ตำแหน่งปอดเป็นโพรงที่มีอากาศบรรจุอยู่ เคาะได้ยินเสียงกังวานทั้งด้านหลัง ด้านข้างและด้านหน้า บริเวณขอบตับส่วนบนและหัวใจจะได้ยินเสียงทึบ ส่วนตรงกลางและส่วนล่างของตับเคาะจะได้ยินเสียงทึบกว่าหรือทึบสนิททั้ง 3 ด้าน บริเวณสามเหลี่ยมชายโครงด้านซ้ายตรงกระเพาะอาหาร เคาะจะได้ยินเสียงโปร่งมาก ถ้าเคาะในตำแหน่งต่างๆ แล้วได้ยินเสียงผิดปกติ เช่น บริเวณปอด เคาะแล้วควรจะได้ยินเสียงดังกังวานแต่ได้ยินเสียงทึบหรือทึบสนิท แสดงว่ามีความผิดปกติในเนื้อปอดหรือช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งอาจเกิดจากการมีเลือด น้ำหนอง หรือก้อนเนื้อออก หรือเกิดจากปอดแฟบที่มีลมหรือช่องว่างในโพรงเยื่อหุ้มปอด การทุบเบาๆ ด้วยกำปั้นในบริเวณที่สงสัยว่ามีการอักเสบ เช่น เป็นฝีที่ตับ การทุบเบาๆ ที่ชายโครงด้านขวาจะทำให้ผู้ป่วยสะดุ้ง หรือแสดงอาการเจ็บปวดอย่างมาก หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดกระดูกสันหลังถ้าทุบเบาๆ แล้วผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวดมาก แสดงว่ากระดูกสันหลังตรงจุดที่ทุบนั้นมีความผิดปกติ เช่น หักเคลื่อน อักเสบ เป็นต้น



Anterior



Posterior



Anterior



Posterior

ตำแหน่งการเคาะปอดด้านหน้า-ด้านหลัง

วิธีการตรวจและผลของการตรวจ

1. เคาะดูปอด เพื่อหาการขยายของกระบังลม ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าค้างไว้ ทำการเคาะจากกระดูกสะบักลงมาจนถึงจุดที่เสียงเปลี่ยนจาก Resonance เป็น Dullness ใช้ปากกาทำเครื่องหมายไว้ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหายใจออกมากที่สุดค้างไว้ ทำการเคาะเช่นเดิมจากกระดูกสะบักลงมาจนถึงจุดที่เสียงเปลี่ยนจาก Resonance เป็น Dullness ใช้ปากกาทำเครื่องหมายทำทั้งสองข้าง ปกติจะพบการขยายของกระบังลม 3-5 cm. ควรบันทึกความต่างของขอบปอดล่างที่วัดได้ขณะหายใจเข้าและออก

2. เคาะหาเสียงผิดปกติในปอด ใช้นิ้วมือข้างที่ไม่ถนัดวางแนบตามช่องว่างระหว่างซี่โครง แล้วใช้นิ้วกลางของมืออีกข้างเคาะบริเวณข้อปลายนิ้วของนิ้วกลางมือที่แนบ เคาะจากยอดปอดด้านหนึ่งของอก แล้วก็อีกข้างหนึ่งที่ระดับเดียวกันจนถึงขอบปอดล่าง ด้านหน้าเคาะจนถึงซี่โครงที่ 6 ด้านข้างเคาะจนถึงซี่โครงที่ 8 ด้านหลังเคาะถึงซี่โครงที่ 10 ให้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเหนือศีรษะหากต้องการเคาะบริเวณด้านข้าง ควรหลีกเลี่ยงหรือไม่เคาะบริเวณที่เป็นกล้ามเนื้อและกระดูก

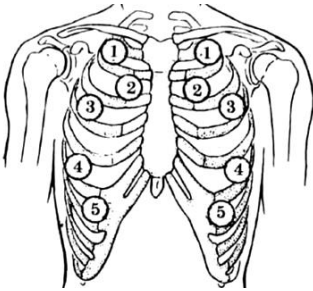
3. การบันทึกผลการเคาะควรบันทึกเสียงผิดปกติที่ได้ยิน เสียงผิดปกติที่อาจพบได้แก่ เสียงทึบ พบในกรณี Pneumonia, Pleural Effusion, Pneumothorax, Tumor เสียงทึบมากพบในกรณี Pleural Effusion เสียงโปร่งมากพบในกรณี Pneumothorax, Emphysema, Asthma

4. เคาะดู Gastric Tympany เป็นบริเวณครึ่งวงกลมทางด้านซ้ายใต้ชายโครง
5. บริเวณยอดปอดทั้งสองข้างจะได้ยินเสียง Resonance
6. เคาะปอดด้านหลังและบริเวณฐานปอดปกติเสียง Resonance จะสิ้นสุดและได้ระดับที่โครงที่ 11 ทางซ้ายและที่ 8 ทางขวา

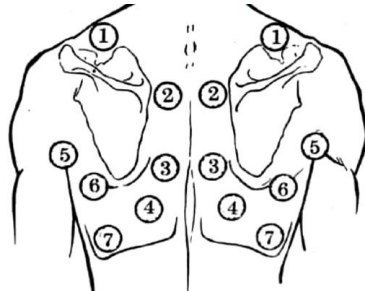
6. การฟัง

การฟังปอดจะประเมินลมที่ผ่านหลอดลมและส่วนต่างๆ ว่ามีน้ำหรือเสมหะหรือสิ่งอุดตันทางเดินหายใจหรือไม่ ทำให้ทราบภาวะของเนื้อปอดทั่วไปและเยื่อหุ้มปอด การตรวจโดยการฟังให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ ฟังเสียงลมหายใจโดยใช้หูฟังด้านใดอะแฟรม เสียงปกติที่พบในตำแหน่ง Vesicular Breath Sound คือ ได้ยินเสียงหายใจเข้ายาว เสียงเบา (Short Expiration) เสียงปกติที่พบในตำแหน่ง Bronchial Breath Sound คือ ได้ยินเสียงหายใจออกยาวเสียงดังชัดเจน (Long Expiration) และเสียงปกติที่พบในตำแหน่งของ Bronchovesicular Breath Sound เสียงหายใจเข้าเท่ากับเสียงหายใจออก เสียงหายใจชัดเจน (Lung clear) ไม่มีเสียงผิดปกติ

- 66 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล



ตำแหน่งฟังปอดด้านหน้า



ตำแหน่งฟังปอดด้านหลัง



สิ่งที่ต้องฟัง

- ลักษณะเสียงหายใจ : ความยาวและดังของช่วงหายใจเข้าและหายใจออก
: เสียงสูง/ต่ำ
- เปรียบเทียบความดังทั้ง 2 ข้าง
- Adventitious sound : Crepitation, Rhonchi, Rub

วิธีการตรวจและผลการตรวจ การตรวจปอดต้องฟังทุกตำแหน่งดังนี้ 1) เสียงหายใจ 2) ลักษณะก้องของเสียงพูด 3) ลักษณะเสียงผิดปกติ

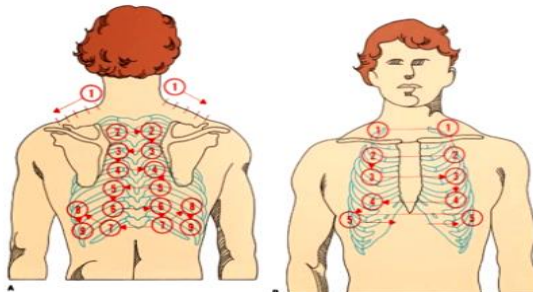
เสียงหายใจ มี 3 ประเภท

1. **เสียงหายใจ (Breath Sound)** เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของอากาศในหลอดลมในขณะที่หายใจเข้าและหายใจออกของคนปกติ เวลาฟังให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรงๆ ทางปากหรืออ้าปากหายใจจะทำให้ได้ยินเสียงหายใจผ่านหลอดลมและปอดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เสียงหายใจที่ได้ยินตรงตำแหน่งต่างๆ ของทรวงอกได้แก่ เสียงหลอดลมใหญ่ (Bronchial or Tracheal Breath Sound) เป็นเสียงที่เกิดจากลมผ่านเข้าออกในหลอดลม

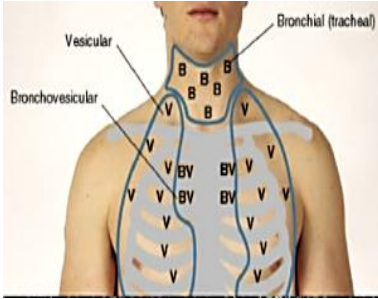
ใหญ่จะฟังได้ยินตรงตำแหน่งที่หลอดลมตั้งอยู่ คือบริเวณคอด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งไม่มีเนื้อปอดอยู่เลยเสียงที่อยากได้ยินจะชัดเจนแล้วจะดังกว่าเสียงถุงลม ลักษณะการหายใจขณะหายใจเข้าสั้นและหายใจออกยาวมักจะมีช่วงความเงียบ (Silent gap) เกิดขึ้นระหว่างกลางคือตอนสุดท้ายของการหายใจเข้าและตอนต้นของการหายใจออก

2. **เสียงหลอดลมและถุงลม (Broncho-Vesicle Breath Sound)** ฟังได้ยินเสียงในบริเวณส่วนกลางของทรวงอกด้านบนทั้งด้านหน้าและด้านหลัง แต่มีลักษณะเป็นเสียงผสมระหว่างเสียงถุงลมกับเสียงผสมระหว่างเสียงได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับว่าเสียงนั้นเกิดจากหลอดลมมากหรือถุงลมมาก

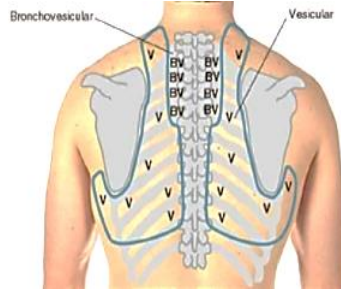
3. **เสียงถุงลม (Vesicle Breath Sound)** ฟังได้ยินบริเวณทรวงอกตรงตำแหน่งของปอดทั้งสองข้างทั้งด้านหน้าและด้านหลัง เป็นเสียงที่เกิดจากลมผ่านเข้าออกในเนื้อเยื่อปอด ลักษณะเสียงหายใจที่ได้ยินขณะหายใจเข้าจะดังและยาวกว่าขณะหายใจออก และถ้าเปรียบเทียบกับเสียงของหลอดลมจะเบากว่ามากถ้าพบว่าเสียงที่ถุงลมดังมากกว่าปกติ มักพบได้ในคนที่ผนังทรวงอกบาง เช่น เด็กที่ผอมมากๆ ขณะออกกำลังกายจะได้ยินเสียงหายใจแรงและลึก เป็นต้น ถ้าฟังเสียงหายใจได้ไม่ชัดเจนควรบอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกแรงๆ แล้วฟังในตำแหน่งต่างๆ ถ้ายังพบว่าได้ยินเสียงหายใจเบาตรงส่วนใดส่วนหนึ่งโดยเฉพาะส่วนปอดอาจผิดปกติหรือมีสิ่งอื่นมากั้นการนำเสียงมาอย่างผนังทรวงอก เช่น มีน้ำหรือของเหลวหรือลมในช่องว่างของเนื้อเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มปอดหนา เป็นต้น ถ้าพบเสียงหายใจปกติในตำแหน่งที่ไม่ควรพบ เช่น ฟังได้ยินเสียงหายใจแบบหลอดลมบริเวณชายปอด แสดงว่ามีการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณนั้น



- 68 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล



ทรวงอกด้านหน้า



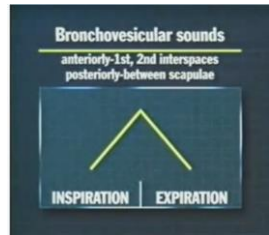
ทรวงอกด้านหลัง

บริเวณตำแหน่งการฟังเสียงหายใจ 3 ประเภท

V= Vesicle Breath Sound

B= Bronchial or Tracheal Breath Sound

BV= BronchoVesicle Breath Sound



เสียงปกติและเสียงผิดปกติจากการฟังปอด

ลักษณะก้องของเสียงพูด

ความก้องของเสียง (Voice Sound) คือเสียงผู้ป่วยเปล่งและพูดออกมาจากลำคอ เช่น ให้นับเลข 1-1-1 หรือ 1-2-3 แล้วใช้หูฟังตามตำแหน่งต่างๆ บนผนังทรวงอก จะได้ยินความก้องของเสียงทางหูฟัง เรียกว่า Vocal Fremitus หรือ Auditory Fremitus ทั้งนี้เพราะเนื้อเยื่อปอดมีคุณสมบัติในการนำคลื่นเสียง สำหรับความรุนแรงและความก้องของเสียงที่เราได้ยินขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อของปอด ต้องฟังแต่ละแห่งของทรวงอกทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ในตำแหน่งที่ตรงกันเพื่อเปรียบเทียบดู ในคนปกติส่วนใหญ่ปอดทั้งสองข้างจะมีความก้อง

ของเสียงเท่ากัน ยกเว้นบางตำแหน่งอาจดังผิดปกติไปบ้างขึ้นอยู่กับอวัยวะที่อยู่ภายในทรวงอก ถ้าความก้องของเสียงมีลักษณะดังและชัดเจนกว่าเสียงปกติเรียกว่า Bronchophony พบได้ในภาวะ Consolidation ของเนื้อปอด เช่น ปอดอักเสบ ในทางตรงกันข้ามถ้ามีของเหลวหรือลมมากเกินไประหว่างผนังทรวงอกกับหลอดลม จะได้ยินเสียงความก้องของเสียงน้อยลง เสียงที่ได้ยินนั้นคล้ายกับอยู่ไกลเรียกว่า Whispering Pectorilogy

ลักษณะเสียงหายใจที่ถือว่าผิดปกติดังนี้

เสียงผิดปกติอื่นๆ (Adventitious or Abnormal Sound) ถ้าได้ยินแสดงว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในหลอดลมและถุงลมปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ผนังหลอดลม/ผนังถุงลมหนาขึ้น หลอดลมตีบ เป็นต้น ควรแยกออกจากเสียงอื่นๆ เช่น การเกร็งของกล้ามเนื้อผนังทรวงอกจากการเสียดสีของเครื่องฟังกั้กับผนังทรวงอก ถ้าฟังแล้วได้ยินเสียงผิดปกติไม่ชัดเจน ให้ผู้ป่วยอ้าปากหายใจทางปากอย่างแรงๆ จะช่วยให้ได้ยินเสียงชัดเจนขึ้น เมื่อพบเสียงผิดปกติ ควรบอกตำแหน่งที่ได้ยินเสียงผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่

1. เสียงหายใจค่อนกว่าปกติ แสดงว่ามีกั้การกั้การนำเสียงจากเนื้อปอดมายังผนังทรวงอก พบในภาวะมีลมในช่องต่อและมีของเหลวในช่องต่อ
2. เสียงหายใจปกติพบในตำแหน่งที่ไม่ควรพบ เช่น ฟังได้ยินเสียง Bronchial Breath Sound ที่บริเวณปอด แสดงถึง Consolidation ของเนื้อปอดบริเวณนั้น
3. เสียงหายใจที่มีลักษณะเปลี่ยนไป เช่น ได้ยินเสียง Amphoric Sound ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติในบริเวณที่ได้ยิน ลักษณะของเสียงแบบนี้ คือ Bronchial Sound ที่ดังมากกว่าปกติ

นอกจากนี้เสียงหายใจที่ผิดปกติอาจเกิดจากทางเดินของลมหายใจผ่านช่องแคบหรือทางเดินของลมหายใจที่ถูกกีดขวาง หรืออุดตันบางส่วน ทำให้กระแสลมผ่านไม่สะดวก

- 70 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

1. Stridor มีระดับเสียงสูงคล้ายกับเสียงคราง ได้ยินทั้งตอนหายใจเข้าและหายใจออก เมื่อหลอดลมใหญ่ถูกกดขวาง พังค์ดบริเวณคอมากกว่าทรวงอก พบในกรณี Upper Airway Obstruction, Inflamed Tissue, Foreign Body

2. Wheezing เป็นเสียงอากาศผ่านหลอดลมแคบๆ หรือมีการอุดตัน เสียงเหมือนเสียงเพลง เสียงคล้าย Rhonchi แต่เป็นเสียงแหลมสูง พบได้ทั้งหายใจเข้าและออก แต่หายใจออกจะได้ยินชัดกว่า พบในกรณี Acute Asthma, Chronic Emphysema

3. Crackle เป็นเสียงอากาศผ่านของเหลวได้ยินชัดตอนหายใจเข้า เมื่อไอเสียงนี้จะไม่หายไป ได้ยินชัดขณะสิ้นสุดการหายใจเข้า (Late Inspiratory) พบในกรณี Pneumonia, Heart Failure และได้ยินขณะเริ่มหายใจเข้า (Early Inspiratory) พบในกรณี Asthma, Emphysema, Bronchitis

4. Rhonchi เป็นเสียงลึกลงก้อง พบขณะหายใจออกต่อเนื่อง เมื่อไอเสียงจะทุเลาลง เป็นการผ่านของอากาศในทางเดินหายใจที่ถูกปิดกั้นด้วยเสมหะเหนียว หรือการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือถูกแรงกดจากภายนอกพบได้ในผู้ป่วย Asthma, Tracheobronchitis

5. Crepitation เป็นเสียงเกิดขึ้นเวลาลมหายใจผ่านหลอดลมฝอยในถุงลม และหลอดลมฝอย เวลาหายใจออกถุงลมจะแฟบ น้ำเมือกทำให้ถุงลมแฟบติดกัน เวลาหายใจเข้าลมไปดันถุงลมให้พองออกจึงเกิดเสียง Crepitation คล้ายเสียงมาย่ำไปไม้แห้ง เสียงกรอบแกรบ เมื่อถุงลมอักเสบจะได้ยินเสียง Crepitation ตรงกับตำแหน่งที่ปอดเป็นโรค ในวัณโรคระยะเริ่มแรกเมื่อฟังปอดพบเสียง Crepitation ที่ยอดปอด ถ้าได้ยินเสียง Crepitation และให้คนไข้ไอ 2-3 ครั้ง แล้วฟังเสียงอีกครั้งหนึ่ง ถ้าเสียงหายไปเช่นนี้ถือว่าไม่ใช่ Crepitation ที่แท้จริง

6. Pleural Friction Rub เป็นเสียงที่เกิดจากการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอดที่ขรุขระจากการอักเสบ มักได้ยินชัดบริเวณทรวงอกด้านข้างใต้รักแร้

7. Decrease/absence of Breath Sound พบกรณี Foreign Body, Pleural Effusion โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โพรงเยื่อหุ้มปอดมีลม มีน้ำ มีหนอง มีเลือด หรือเยื่อหุ้มปอดเป็นผังผืดหนา

การประเมินภาวะสุขภาพระบบหัวใจและหลอดเลือด

การซักประวัติตรวจหัวใจ ควรถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการหายใจสั้น เหนื่อย อ่อนเพลีย หอบ หน้ามืด เป็นลม อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งการเจ็บหน้าอกเป็นอาการพบบ่อย ในโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

การเริ่มเจ็บหน้าอกและระยะเวลาในการเจ็บหน้าอก ถ้ามีอาการเริ่มเจ็บหน้าอก แบบใด แบบทันทีทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป สัมพันธ์กับการพัก ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร นอน หรือขณะตื่นหรือไม่ เป็นต้น

ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกเป็นแบบใด เจ็บใต้กระดูกอก เจ็บแสบร้อน เจ็บแปล๊บ บริเวณที่เจ็บ เจ็บตรงไหน หรือมีร้าวไปที่ใด

ความรุนแรง เจ็บมากน้อยเพียงใด เจ็บเล็กน้อย เจ็บเกือบตาย หรือเจ็บนิดหน่อย

อาการร่วม เช่น ปวดท้อง ความเครียด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม ปลายมือปลายเท้าเขียว บวม กดเจ็บ


สาเหตุและประวัติการเจ็บหน้าอก


หัวใจ	เจ็บใต้กระดูกอกด้านหน้า อาจร้าวไปที่ไหล่ คอ เจ็บเหมือนมีอะไรมากด หนักๆ เจ็บนิดหน่อยถึงปานกลาง นาน 1 ถึง 3 นาที บางครั้ง 20 นาที เจ็บมากขึ้นหากอากาศเย็น เครียด ถ้าเจ็บหน้ากร้าวไปที่ไหล่และต้นคอ เจ็บแปล๊บ เจ็บรุนแรง เจ็บมากเมื่อไ้อ หายใจเปลี่ยนท่า และอาการเจ็บดีขึ้น เมื่อโน้มตัวไปข้างหน้า เป็นต้น
ปอด	เจ็บหน้าอกส่วนบน เจ็บแบบแสบร้อน เจ็บปานกลางถึงมาก เจ็บมากขึ้นเมื่อไ้อ หรือเจ็บแปลบเหมือนมีอะไรมาแทง เจ็บมากเมื่อหายใจ โดยเฉพาะระหว่างการหายใจ ดีขึ้นเมื่อกลับหายใจ เป็นต้น
หลอดเลือดอาหาร	เจ็บแบบแสบร้อน เจ็บปานกลางถึงมากร้าวไปที่ไหล่ หลัง เกิดเวลากลางคืน เมื่อนอนราบอาการบรรเทา เมื่อรับประทานอาหารและยาลดกรด เป็นต้น

- 72 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

แผลใน กระเพาะ อาหาร	มีประวัติอาหารไม่ย่อย อាកกรเจ็บค้อยเป็นค้อยไป เกิดเวลากลางคืนหรือ กลางวัน บรรเทาเมื่อรับประทานอาหาร อាកกรไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่ ทำ บรรเทาเมื่อทานยาลดกรด เป็นต้น
กระดูและ กล้ามเนื้อ	มีประวัติได้รับบาดเจ็บรุนแรง เจ็บมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว มีอาการกดเจ็บ ร่วมด้วย บรรเทาเมื่อประคบร้อน พักส่วนที่เจ็บ

วิธีการประเมินหัวใจ

วิธีการตรวจ	อธิบาย
1. การดู	ดูลักษณะหนังทรวงอกเหมือนกันหรือไม่ หนังทรวงอกโป่งนูน หรือไม่
1.1 ผิวหนังและเล็บ	มีสีเขียวคล้ำหรือไม่ ประเมินความเย็น/อุ่นของผิวหนัง ดูว่ามีนิ้วบวม หรือไม่ นิ้วบวมเกิดจากภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดเรื้อรังเป็นเวลานาน <div style="text-align: center;">  <p>เขียวคล้ำ</p>   <p>นิ้วบวม</p> </div>
1.2 อาการบวม	ใช้นิ้วชี้กดที่หลังเท้าหรือกระดูกหน้าแข้งใช้ระยะเวลาในการ กลับคืนตัวของผิวหนัง ลักษณะของผิวหนัง อาการบวมกดบุ๋ม (Pitting Edema) เนื่องจากมีแรงดันของน้ำในหลอดเลือดสูง อาการบวมที่บริเวณหลังเท้า ข้อเท้าและก้นกบ เมื่อบวมมากขึ้นจะ พบในตำแหน่งสูงมากขึ้น เช่น แขน ขา หน้า ท้อง ใบหน้า เป็นต้น 1+ กดบุ๋มลงไป 2 มม. ไม่ชัดเจน รอยบุ๋มหายไปเร็ว 2+ กดบุ๋มลงไป 4 มม. สังเกตได้ยาก รอยบุ๋มหายไป 15 วินาที

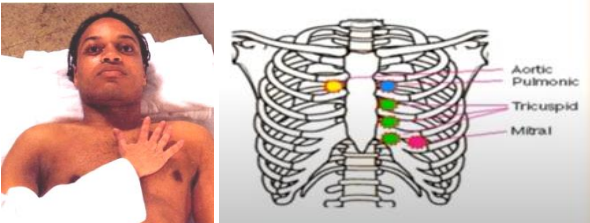

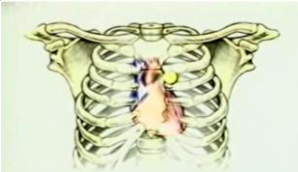
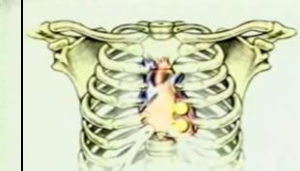
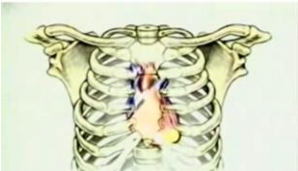
วิธีการตรวจ	อธิบาย												
	<p>3+ กดบุ๋มลงไป 6 มม. สังเกตชัดเจน รอยบุ๋มคงอยู่นานหลายนาที</p> <p>4+ กดบุ๋มลงไป 8 มม. บุ่มลึกชัดเจน รอยบุ๋มอยู่นาน 2-5 นาที</p> <table border="0"> <tr> <td>1+</td> <td>A barely perceptible pit</td> <td>2 mm (1/8 in)</td> </tr> <tr> <td>2+</td> <td>A deeper pit, rebounds in a few seconds</td> <td>4 mm (1/4 in)</td> </tr> <tr> <td>3+</td> <td>A deep pit, rebounds in 10-20 seconds</td> <td>6 mm (1/4 in)</td> </tr> <tr> <td>4+</td> <td>A deeper pit, rebounds in > 30 seconds</td> <td>8 mm (5/8 in)</td> </tr> </table> 	1+	A barely perceptible pit	2 mm (1/8 in)	2+	A deeper pit, rebounds in a few seconds	4 mm (1/4 in)	3+	A deep pit, rebounds in 10-20 seconds	6 mm (1/4 in)	4+	A deeper pit, rebounds in > 30 seconds	8 mm (5/8 in)
1+	A barely perceptible pit	2 mm (1/8 in)											
2+	A deeper pit, rebounds in a few seconds	4 mm (1/4 in)											
3+	A deep pit, rebounds in 10-20 seconds	6 mm (1/4 in)											
4+	A deeper pit, rebounds in > 30 seconds	8 mm (5/8 in)											
<p>1.3 การไหลเวียนเลือดที่ส่วนปลาย</p>	<p>โดยการให้นิ้วกดที่เล็บผู้ป่วย แล้วดูการไหลของเลือดเข้ามาที่เล็บ เป็นการแสดงถึงการไหลเวียนของเลือดที่เข้ามาสู่เนื้อเยื่อที่เล็บ ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที</p> 												
<p>1.4 ดูการเต้นของหัวใจ</p>	<p>สังเกตสีผิว หลอดเลือดดำบริเวณทรวงอก รูปร่างทรวงอก อาการกระวนกระวาย หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ทำท่างออ่อนเพลีย ลักษณะผิวน้ำ อากาศบวม สังเกตแรงกระทบที่ยอดหัวใจ ถ้าแรงกว่าปกติแสดงว่าเวนทริเคิลซ้ายมี Hypertrophy</p>												
<p>1.5 การวัดความดันในหลอดเลือดดำที่คอ Jugular vein</p>	<p>เป็นการตรวจประเมินการทำงานของหัวใจ วิธีการวัดความดันในหลอดเลือดดำ คือวัดจากการเต้นของหลอดเลือดดำคอด้านในข้างขวา วิธีนี้ไม่เหมาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี เนื่องจากไม่สามารถมองเห็นการเต้นของหลอดเลือดดำคอ ปกติแรงดันหลอดเลือดดำจะประมาณ 3-4 cm. เห็นอกระดุกสันอกเมื่อศีรษะสูง 30 องศา หากพบว่าแรงดันหลอดเลือดดำสูงกว่า 8-9 cm. เห็นอกระดุกสันอกเมื่อศีรษะสูง 30 องศา แสดงถึงค่าสูงกว่าปกติ อาจ</p>												

- 74 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล




วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<p>แสดงถึงอาการหัวใจข้างขวาล้มเหลว</p> <p>- ปกติจะมองไม่เห็น</p>   <p>ค่าปกติน้อยกว่า 8 ซม. เติร์ยมขวาสูงกว่า Angle of Louis 5 ซม.</p>  <p>ประเมินหลอดเลือดดำที่คอไปงพอง</p>
<p>2. การคลำ การคลำ เป็นเทคนิคที่ทำไปพร้อมกับการดู</p> <p>2.1 การคลำชีพจรที่บริเวณยอดหัวใจ (Apical Impules) อยู่ตำแหน่งเดียวกันกับ Point of Maximal Impulse</p>	<p>กรณีที่มีความผิดปกติทำให้มีจุดอื่นที่เด่นแรงกว่าที่ Apex เช่น การไปงพองของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา คลายอดหัวใจโดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา ใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 นิ้ว คลำบริเวณช่องซี่โครงที่ 5 ตัดกับเส้นกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย (Mild Clavicular Line) ขณะคลำจะพบว่ามีความกระแทกที่นิ้วมือเพียงจุดเดียวเป็นบริเวณไม่เกิน 1 cm. การเดินจะสัมพันธ์กับการเต้นของหลอดเลือดแดงที่คอ ลักษณะการคลำชีพจรที่บริเวณยอดหัวใจที่มีการกระแทกแรงและกว้าง อาจบ่งชี้ถึงการเพิ่มของการ</p>

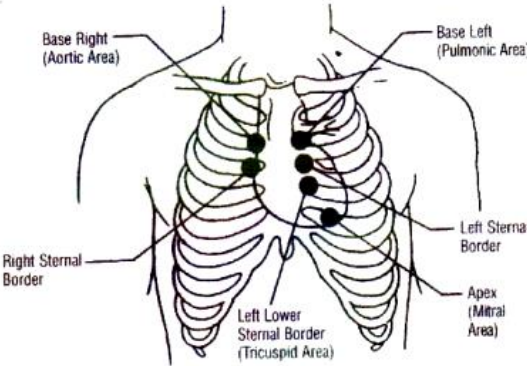
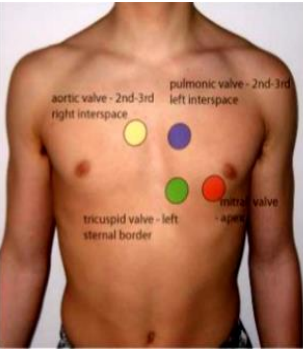
วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<p>สูบฉีดจากการเต้นของหัวใจอยู่ผิดตำแหน่งไปทางขวา อาจเกิดจากความผิดปกติของปอดหรือภาวะที่หัวใจสลับข้าง</p>  <p>Point of Maximal Impulse (PMI) -Lt 5th Medial to MCL -Diameter < 2 cms.</p> <p>การคลำชีพจรที่บริเวณยอดหัวใจ (Apical Impulses)</p>
<p>2.2 การคลำ Heave</p>	<p>เป็นการคลำการยกตัวของหัวใจ หรือแรงกระเพื่อมของผนังทรวงอกบริเวณด้านหน้าหัวใจ ทำให้มือที่คลำอยู่ยกขึ้นด้วย เกิดจากหัวใจห้องล่างมีขนาดขยายใหญ่ขึ้นจนติดผนังทรวงอก และส่งแรงดันกระทบฝ่ามือตามการบีบตัวของหัวใจ พบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างโต</p> 
<p>2.3. การคลำ Thrill</p> <p>เป็นการดูการเต้นของชีพจรบริเวณหน้าอก แต่ละลิ้นหัวใจ ได้แก่ AVA, PVA, TVA และ MVA</p>	<p>การคลำคลื่นสั่นสะเทือน (Humming Vibration) ที่เกิดจากการไหลวนผิดปกติของเลือดหรือการคลำหาเสียงฟู่ จะสามารถคลำเสียงฟู่ได้ โดยใช้ฝ่ามือวางทาบคลำตามแห่ง Aortic Area, Pulmonic Area Tricuspid Area และ Mitral Area</p> <p>- คลำไม่พบ Thrill ความรู้สึกสัมผัสถึงคลื่นมากกระทบฝ่ามือ เป็นผลจากการเคลื่อนไหวผิดปกติของลิ้นหัวใจที่ทำให้เกิดการไหลวนผิดปกติของเลือด</p>

- 76 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<p>- คลำพบ Thrill เกิดจากภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว ภาวะผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว มักเกิดร่วมกับฟังเสียงหัวใจพบ Murmur</p>   <p style="text-align: center;">Aortic Area</p>  <p style="text-align: center;">Pulmonic Area</p>  <p style="text-align: center;">Tricuspid Area</p>  <p style="text-align: center;">Mitral Area</p> <p style="text-align: center;">ตำแหน่งการคลำ Thill</p>
<p>2.4 การคลำชีพจรจากหลอดเลือดแดง (Arterial Pulse) เพื่อประเมินการเต้น ความแรง และจังหวะการเต้นของชีพจร ผู้ใหญ่ปกติ 70-80 ครั้งต่อนาที ในเด็ก 90-130</p>	<p>- ชีพจรที่คอ (Carotid Artery) เป็นตำแหน่งที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง คลำโดยการวางนิ้วชี้และนิ้วกลาง หรือนิ้วโป้ง วางบนขอบของกล้ามเนื้อ Sternomastoid Muscle กดเบาๆ บนหลอดเลือดที่คอทั้งซ้ายและขวา</p> <p>- ชีพจรที่ข้อมือ (Radial Artery) ให้ผู้ป่วยหงายมือ ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางบนหลอดเลือดแดง radial ที่อยู่ข้อมือใกล้ด้านนิ้วหัวแม่มือ แล้วกดลงเบาๆ</p> <p>- ชีพจรที่ข้อศอก (Brachial Artery) เป็นตำแหน่งเส้นเลือด</p>

วิธีการตรวจ	อธิบาย
<p>ครั้งต่อมาที่ ผู้สูงอายุ ชีพจรจะลดลง ประมาณ 60-70 ครั้ง ต่อนาที และจังหวะ การเต้นต้องสม่ำเสมอ (Regular) ทั้งสองข้าง โดยปกติชีพจรจะเต้น แรง ถ้าจำนวนเลือด ลดน้อยลง เช่น เสีย เลือดมาก ชีพจรจะ เบา เร็ว คลำชีพจร ไม่ได้</p>	<p>ค่อนข้างใหญ่ คลำง่าย โดยให้ผู้ป่วยงอข้อศอกเล็กน้อยและหงาย มือ ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง วางบนหลอดเลือดแดง Brachial</p> <p>- ชีพจรที่ขาหนีบ (Femoral Artery) คลำโดยให้ผู้ป่วยนอน ใช้ ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง กดลึกๆ บนตำแหน่ง 1 ใน 3 วัดจาก หัวเหน่า (Pubis) จนถึงปุ่มกระดูกที่ปีกเชิงกรานหน้า (Anterior Superior Iliac Spine)</p> <p>- ชีพจรที่หลังเข่า (Popliteal Artery) ตำแหน่งนี้คลำยาก ไม่นิยม ใช้คลำชีพจร จะคลำในกรณีสงสัยมีการอุดตันของหลอดเลือดไป เลี้ยงเท้า โดยให้ผู้ป่วยงอเข่าเล็กน้อย ใช้ปลายนิ้วของทั้งสองมือ คลำที่แอ่งขาพับ (Popliteal Fossa)</p> <p>- ชีพจรที่หลังเท้า (Dorsalis Pedis Artery) โดยให้ผู้ป่วยนอน ใช้ ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง กดลงบนหลังเท้าตรงโคนนิ้วหัวแม่เท้า</p>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Carotid artery</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Radial artery</p> </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Brachial artery</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Femoral artery</p> </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Popliteal artery</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Dorsalis pedis artery</p> </div> </div>

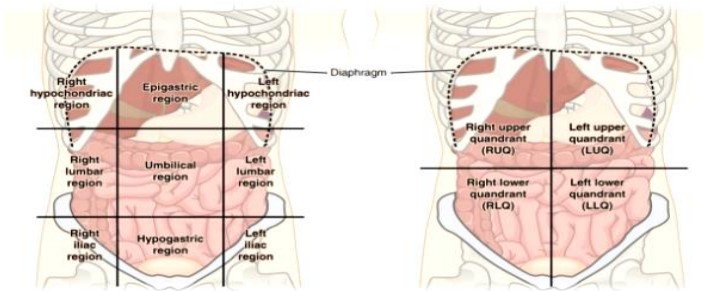
วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Temporal artery</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Posterior tibialis artery</p> </div> </div>
<p>3.การเคาะ (Percussion)</p>	<p>การเคาะหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อหาขอบเขตและขนาดของหัวใจ ใช้เทคนิคการคลำในการหาขอบเขตของหัวใจแทนการเคาะ การเคาะเริ่มเคาะที่หน้าอกด้านซ้ายไล่ตามแนวซี่โครงที่ 3, 4 และ 5 ตามลำดับจนกว่าเสียงจะเปลี่ยนจากเสียงโปร่งเป็นเสียงทึบ</p> <div style="text-align: center;">  <p>ตำแหน่งการเคาะหัวใจ</p> </div>
<p>4. ฟัง นิยมฟังบริเวณลิ้นหัวใจ การฟังไม่ควรฟังผ่านเสื้อผู้ป่วย เปิดเสื้อออกแต่ก็ไม่เปิดเผยร่างกายมากเกินไปจนความจำเป็น ควรตรวจในตำแหน่งที่เลือดไหลเวียนผ่านลิ้นหัวใจ สามารถเริ่มตรวจจากฐานหัวใจ (Base) ไปยอดหัวใจ (Apex) หรือจากยอดหัวใจไปฐานหัวใจก็ได้</p>	<p>การฟังหัวใจอาจตรวจท่านอน นอนตะแคงซ้าย ท่านั่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริเวณยอด Aortic (Aoetic Area) ช่องซี่โครงที่ 2 ด้านขวามือ ติดกระดูกสันอก ซึ่งเป็นบริเวณของลิ้นหัวใจเอออร์ติก - บริเวณปัลโมนิก (Pulmonic Area) ช่องซี่โครงที่ 2 ด้านซ้ายมือ ติดกระดูกสันอก ซึ่งเป็นบริเวณของลิ้นหัวใจปัลโมนิก - บริเวณไตรคัสปิด (Tricuspid Area) ช่องซี่โครงที่ 4 หรือ 5 ด้านซ้ายมือติดกระดูกสันอก ซึ่งเป็นบริเวณของลิ้นหัวใจไตรคัสปิด - บริเวณไมทรัล (Mitral Area) ช่องซี่โครงที่ 4 หรือ 5 ติดกับเต้านกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้าซึ่งเป็นบริเวณของลิ้นหัวใจไมทรัล

วิธีการตรวจ	อธิบาย
<p>การฟังหัวใจ ควรประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ และจังหวะการเต้น รวมทั้งเสียงผิดปกติ ได้แก่ เสียงฟู่ (Murmur)</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="width: 30%;"> <p><u>Mark the areas for 4 valves</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aortic valve 2nd RICS to Rt. Sternal border (RSB) • Pulmonic valve 2nd LICS to Lt. sternal border (LSB) • Tricuspid valve 5th LICS to Lt. sternal border (LSB) • Mitral valve 5th LICS to Midclavicular line (MCL) </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">ตำแหน่งการฟังหัวใจ</p> <p>ขั้นตอนในการฟัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยนั่งและโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ผู้ตรวจใช้หูฟังด้านใดอะแฟรมเพื่อฟังเสียงฟู่ (Murmur) ของหัวใจทั้ง 4 ตำแหน่งให้ผู้ป่วยหายใจออก กลั้นหายใจไว้สักครู่แล้วจึงฟังเสียงหัวใจ <ul style="list-style-type: none"> - เสียง S1 (First Sound Heart) เป็นเสียงเกิดจากการปิดของ Mitral valve และ Tricuspid valve จะได้ยินเสียงต่ำ (Lubb) แต่ทอดยาว จะพบว่าเสียงจะค่อยลงหรือเสียงบลงในระยะแรกๆ - เสียง S2 (Second Sound Heart) เป็นเสียงเกิดจากการปิดของ Pulmonary valve และ Aortic valve จะได้ยินเสียงสูงกว่า

วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<p>เสียงแรก (Duff)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฟังเสียง S1 ใช้มืออีกข้างหนึ่งจับชีพจรที่คอ (Caritid pulse) เสียง S1 เป็นเสียงที่เกิดจากการปิดของลิ้นไมทรัลและไตรคัสปิดจะได้ยินพร้อมชีพจรที่คอ เสียง S1 เบากว่าเสียง S2 ที่บริเวณช่องซี่โครงที่ 2 ทั้งด้านซ้ายและด้านขวาของทรวงอก และเสียง S1 ดังกว่าเสียง S2 ที่บริเวณยอดหัวใจ - ฟังเสียง S2 เป็นเสียงเกิดจากการปิดของลิ้นหัวใจเอออร์ติกและพัลโมนิก เป็นเสียงบ่งบอกว่าสิ้นสุด Systole phase ได้ยินชัดที่สุดบริเวณ Aortic และพัลโมนิก S2 จะดังกว่า S1 ที่บริเวณฐานหัวใจและเบากว่า S1 ที่บริเวณยอดหัวใจ - ฟังเสียง Split S2 เกิดจากการปิดของลิ้น Aortic และ Pulmonary ที่ช้ากว่ากันเล็กน้อยได้ยินชัดที่สุดบริเวณพัลโมนิก - นอกจากนั้นยังต้องฟังเสียง S3 ซึ่งเป็นเสียงที่เกิดจากการไหลของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างอย่างรวดเร็วหลังเกิดเสียง S2 ประมาณ 0.10 ถึง 0.18 วินาที และเสียง S4 เป็นเสียงเกิดจากการบีบตัวของหัวใจเสียง S3 และ S4 มักจะไม่ค่อยได้ยินในคนที่หัวใจปกติ <p>2 ให้ผู้ป่วยนอนหงายแล้วให้หูฟังฟังเสียงหัวใจทั้ง 4 ตำแหน่ง</p> <p>3 เมื่อตรวจในท่าหงายแล้ว ให้นอนท่านอนตะแคงซ้ายจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายติดกับผนังทรวงอกมากขึ้น ให้หูฟังด้าน Bell ฟังบริเวณ Apical Impulse</p> <p>เสียงฟู่ (Murmur) แบ่งตามวงรอบการทำงานของหัวใจ เป็นเสียงฟู่ขณะหัวใจบีบตัวและเสียงฟู่ขณะหัวใจคลายตัว</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสียงฟู่ขณะหัวใจบีบตัว เป็นเสียงเกิดระหว่างหัวใจห้องล่างบีบตัว เป็นเสียงที่เกิดระหว่าง S1 และ S2 บริเวณที่ฟังได้ชัดเจน

วิธีการตรวจ	อธิบาย
	<p>คือบริเวณลิ้นไม่ท้อ</p> <p>2. ขณะหัวใจคลายตัว เป็นเสียงที่เกิดในระยะหัวใจคลายตัว เกิดระหว่างเสียง S2 กับ เสียง S1</p> <p>ถ้าเสียงฟูได้ยินพร้อมชีพจรเต้น (คลำชีพจรที่คอ) จะเป็นเสียงฟูระยะหัวใจบีบตัว ถ้าได้ยินหลังชีพจรเต้นจะเป็นเสียงฟูระยะหัวใจคลายตัว ระดับความรุนแรงของเสียงแบ่งเป็น 6 เกรด ดังนี้</p> <p>เกรด 1 เสียงฟูเบามากยากจะได้ยิน ถ้าให้ลูกนั่งอาจจะไม่ได้ยิน</p> <p>เกรด 2 เสียงฟูเบา แต่ได้ยินชัดในทุกท่า</p> <p>เกรด 3 เสียงฟูชัดเจนแต่ยังคลำ Thrill ไม่ได้</p> <p>เกรด 4 เสียงฟูฟังชัดเจนและคลำ Thrill ได้</p> <p>เกรด 5 เสียงฟูดังมากและคลำได้ Thrill ง่าย</p> <p>เกรด 6 เสียงฟูดังมาก ได้ยินโดยที่หูฟังยังไม่สัมผัสผนังทรวงอก คลำและสังเกตเห็น Thrill ได้</p> <p>3. เสียงฟูมีลักษณะต่างกัน ขึ้นอยู่กับแรงในการบีบตัวของหัวใจ จำนวนเลือดที่ไหลเวียน และระดับความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ทำให้เกิดเสียงฟูต่างกัน เช่น เสียงหยาบเหมือนเสียงเครื่องจักร เสียงสั้น เสียงดนตรี เป็นต้น</p> <p>4. ระดับเสียงฟู เป็นเสียงสูง เสียงกลาง เสียงต่ำ การตีบของลิ้นหัวใจพัลโมนีคจะได้ยินเสียงฟูระดับเสียงกลาง การรั่วของลิ้นหัวใจไมทรัลจะได้ยินเสียงฟูระดับเสียงสูง การรั่วของลิ้นหัวใจเอออร์ติคจะได้ยินเสียงฟูในระดับเสียงต่ำ</p> <p>5. แหล่งที่พบเสียงฟู บริเวณที่พบเสียงฟูที่ตั้งที่สุดเป็นบริเวณลิ้นหัวใจที่มีความผิดปกติ เช่น การเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล การรั่วลิ้นหัวใจไตรรัล การรั่วลิ้นหัวใจเอออร์ติค เป็นต้น</p>

การประเมินภาวะสุขภาพระบบช่องท้อง



การแบ่งช่องท้องเป็น 9 และ 4 ส่วน

การแบ่งช่องท้องออกเป็น 9 ส่วน (9 Legion) ดังนี้

1. บริเวณใต้ชายโครงขวา (Hypochondrium Region) อวัยวะส่วนนี้มี ตับ ถุงน้ำดี ที่อ่อน้ำดี กระเพาะอาหารบางส่วน
2. บริเวณลิ้นปี่ (Epigatrium Region) อวัยวะส่วนนี้มี ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น บางส่วนของตับ
3. บริเวณชายโครงซ้าย (Hypochondrium Region) อวัยวะส่วนนี้มี กระเพาะอาหาร ม้าม ลำไส้ใหญ่ส่วนมุมบนซ้าย
4. บริเวณรอบสะดือ (Umbilical Region) อวัยวะส่วนนี้มี ลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง ลำไส้เล็ก
5. บริเวณสีข้างขวา (Right flank/Lumbar Region) อวัยวะส่วนนี้มี ลำไส้ใหญ่ขวา และลำไส้เล็ก
6. บริเวณสีข้างซ้าย (Left flank/Lumbar Region) อวัยวะส่วนนี้มีลำไส้ใหญ่ซ้าย และลำไส้เล็ก
7. บริเวณกลางท้องน้อยส่วนกลาง (Hypogastric/Supra pubic Region) อวัยวะส่วนนี้มี กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนทวารหนัก และลำไส้เล็ก

8. บริเวณท้องน้อยด้านขวา (Right iliac fossa Region) อวัยวะส่วนนี้มี กระเพาะลำไส้ใหญ่ ไส้ติ่งและลำไส้เล็กส่วนปลาย

9. บริเวณท้องน้อยด้านซ้าย (Left iliac fossa Region) อวัยวะส่วนนี้มี ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ซ้าย

การแบ่งช่องท้องโดยการขีดเส้นสมมติ 2 เส้นผ่านสะดือ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน (4 Quadrant) ดังนี้

1. ช่องท้องขวาบน (Right Upper Quadrant) อวัยวะส่วนนี้มี ตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อนบางส่วน



2. ช่องท้องขวาล่าง (Right Lower Quadrant) อวัยวะส่วนนี้มี ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก กระเพาะลำไส้ใหญ่ ไส้ติ่ง และลำไส้เล็ก



3. ช่องท้องซ้ายบน (Left Upper Quadrant) อวัยวะส่วนนี้มี กระเพาะอาหาร ม้าม ตับอ่อน ลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็ก

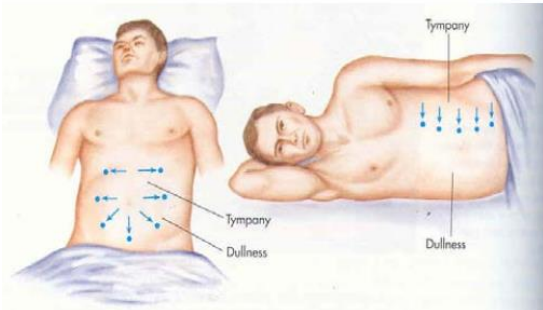

4. ช่องท้องซ้ายล่าง (Left Lower Quadrant) อวัยวะส่วนนี้มี ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก และกระเพาะปัสสาวะ

การตรวจท้อง ก่อนทำการตรวจผู้ตรวจต้องเอาฝ่ามือถูกันก่อน เพื่อเป็นการอุ่นมือของตนเองเมื่อสัมผัสกับผิวหนังบริเวณหน้าท้องของผู้ป่วยอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดเกร็ง ทำให้ผลการตรวจคลาดเคลื่อนได้ การตรวจช่องท้องมีเทคนิคและขั้นตอนการตรวจคือ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย หนุนหมอน แขน 2 ข้างเหยียดข้างลำตัว เปิดเสื้อผ้าให้เห็นจากลิ้นปี่ถึงหัวเหน่า ใช้ฝ่าคลุ่มส่วนล่าง ผู้ตรวจอยู่ทางขวามือของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเกร็งหน้าท้องแนะนำให้ผู้ป่วยนอนงอเข่าและชันเข่าขึ้น ให้หายใจลึกๆ ซ้ำๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนไม่หดเกร็ง ควรให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนตรวจ ขั้นตอนการตรวจคือ ดู ฟัง เคาะ คลำ ตามลำดับ

วิธีการประเมินช่องท้อง



วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
<p>1. การดู</p>	<p>ดูลักษณะรูปร่างของหน้าท้องว่ามีลักษณะใด ผิดปกติหรือไม่ เช่น ท้องโตกว่าปกติ เนื่องจากอาจมีแก๊ส น้ำ ไขมัน สารน้ำ หรือก้อนในช่องท้อง ดูลักษณะผิวหนัง สีผิว รอยผ่าตัด หรือแผลเป็น หลอดเลือดดำที่โป่งพอง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ลักษณะเป็นปื้น จ้ำเลือดที่สีข้าง และรอบสะดือซึ่งเป็นอาการแสดงที่บ่งถึงการอักเสบรุนแรงของตับอ่อน หรือลักษณะคล้ายเส้นเลือดกระจายคล้ายใยแมงมุมเป็นลักษณะเส้นเลือดฝอยขยายพบในผู้ป่วยโรคตับ</p> 
<p>2. การฟัง เป็น การตรวจรูปร่างกาย โดยให้หูฟังด้านใดอะแพรมวาง ทาบหน้าท้องเพื่อฟัง ต้องฟังให้ครบ 4 ส่วน และอย่างน้อย 1 ส่วน ต้องฟังให้ครบ 1 นาที ก่อนที่จะบอกได้ว่าไม่ได้ยินเสียง</p>	<p>1. เสียงการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดจากการบีบตัวของลำไส้ (Bowel sound) ในภาวะปกติจะได้ยินเสียงคล้ายน้ำออกจากขวดทุก 2-10 วินาที สังเกตจำนวนครั้งต่อนาที ความแรง ความนานของการบีบตัว เสียงลำไส้ปกติ 5-15 ครั้งต่อนาที</p>  <p style="text-align: center;">การฟัง Bowel sound</p> <p>2. เสียงผิดปกติอื่นๆ เช่น เสียงลำไส้ที่ดังและบ่อยขึ้น เพราะในผู้ป่วยภาวะลำไส้อักเสบหรือการอุดตันของลำไส้ ส่วนเสียงลำไส้ที่ลดลงหรือหายไปจะพบในผู้ป่วยลำไส้ไม่บีบตัว เช่น ผู้ป่วยมีการอักเสบรุนแรง</p>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>หรือการทะลุของอวัยวะในช่องท้อง เสียงผิดปกติที่พบได้บ่อย ได้แก่</p> <p>เสียง Friction rub เป็นเสียงที่ได้ยินบริเวณที่มีการอักเสบของอวัยวะในร่างกาย เช่น ตับ Friction rub เสียงที่เกิดจากการเสียดสีของเยื่อหุ้มอวัยวะที่ขรุขระ อาการอักเสบส่งผลทำให้เยื่อหุ้มเกิดการเสียดสี ลักษณะเสียงคล้ายการใช้ปลายนิ้วที่แห้งถูกันไปมา เสียง (Bruit) เป็นเสียงที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดที่ตีตแคบ จะเกิดในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic) ฟังได้ดีที่สุดบริเวณรอยต่อที่แยกจากกัน (Bifurcation) ของหลอดเลือดต่างๆ ลักษณะเสียงน้ำไหลผ่านที่แคบเสียงดังฟูๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่สะดือ เป็นตำแหน่งที่มีทางแยกแขนงของหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อส่งเลือดให้กับ Common Iliac Artery ข้างซ้ายและข้างขวา - จุดกึ่งกลางระหว่างสะดือกับ Inguinal Ligament เส้นทางแยกของ Common Iliac ไปยัง Internal และ External Iliac Artery - บริเวณ Inguinal Ligament เป็นตำแหน่งที่อาจจะฟังได้ Femoral Artery Bruit ลักษณะเสียงคล้ายเสียงน้ำกระทบผนังลำไส้หรือกระเพาะอาหาร พบในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้
<p>3. การเคาะ</p>	<p>ใช้นิ้วกลางข้างขวาเคาะเบาๆ บนหน้าท้องของผู้ป่วย แล้วค่อยเลื่อนไปตามส่วนต่างๆ ให้ทั่วท้อง สังเกตส่วนใดของที่เคาะไปร้องจะมีลมในลำไส้ กระเพาะอาหาร หรือมีเสียงไปร้องมาก ถ้าเป็นก้อนจะเคาะได้ทีบ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>การเคาะเพื่อหาสารน้ำในช่องท้องมี 2 วิธี</p> <p>1. Shifting dullness เป็นการตรวจการเปลี่ยนที่ของเสียงทึบ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย เคาะหน้าท้องจากตรงกลางลงไปทีละข้างของช่องท้องทั้งสองข้าง เมื่อเสียงเปลี่ยนเป็นทึบให้ทำเครื่องหมายไว้แล้วให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เคาะทางด้านที่เคยเคาะได้เสียงทึบก็จะกลายเป็นโปร่ง เรียกว่ามีการเปลี่ยนที่ของเสียงเคาะทึบ ได้ผลบวกเมื่อมีน้ำเกิน 1 ลิตรขึ้นไป</p>  <p>2. Fluid thrill ตรวจการหาคลื่นสะเทือนของสารน้ำ วางมือซ้ายลงบนหน้าท้องทางด้านขวาของผู้ป่วย ใช้มือขวาตีหรือเคาะบนหน้าท้องด้านซ้าย ถ้ามีน้ำในช่องท้องจะรู้สึกถึงการสั่นสะเทือนที่มือซ้าย</p>  <p>การเคาะตับ การเคาะตับให้เคาะในแนวกลางกระดูกไหปลาร้าข้างขวา เคาะจากส่วนที่โปร่งไปหาส่วนที่ทึบ เริ่มจากหน้าท้องด้านล่างต่ำกว่าระดับสะดือซึ่งมีเสียงโปร่งค่อยๆ เคาะขึ้นบนจนได้ขอบล่างของตับที่</p>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>มีเสียงทึบ แล้วเคาะจากบริเวณปอดที่มีเสียงโปร่ง ค่อยๆ เคาะตามลงจนพบขอบบนของตับ จึงทำการวัดขนาดและความสูง ในคนปกติตับมีขนาด 6-12 เซนติเมตร</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div> <p>การเคาะตับเคาะหาขอบบนของตับจากบนลงมาและจากข้างขึ้นบน</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">  <div style="text-align: right;"> <p>ขนาดของตับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนว Mid clavicular line 6-15 cms. - แนว Mid sternal line 4-8 cms. </div> </div> <p>เคาะหาขอบบนของตับ เมื่อเคาะหน้าอกขวาจากช่องซี่โครงช่องที่ 1-2 ลงมาเรื่อยๆ จะได้ยินเสียงโปร่ง (Resonance) เท่ากัน นั่นคือเสียงปอด จะเริ่มได้ยินเสียงทึบ (Dullness) เมื่อเคาะบริเวณช่องซี่โครงที่ 4-5 ซึ่งเป็นขอบบนของตับ เมื่อเคาะลงมาถึงช่องซี่โครงที่ 5-6 จะได้ยินเสียงทึบนั่นคือส่วนของตับ</p> <p>การเคาะม้าม ถ้าม้ามมีขนาดโตจะคลำได้ง่าย กรณีที่คลำได้ยากอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องของผู้ป่วยหดเกร็ง ขณะทำการตรวจปกติม้ามอยู่ในตำแหน่งกระดูกซี่โครงด้านซ้ายคอนไปด้านหลัง ในผู้ป่วยที่มีม้ามโตม้ามจะโตจากด้านหลังมาด้านหน้า โดยขยายมาชิดกับผนังหน้าท้องและขยายขนาดลงด้านล่างเคลื่อนไปแนวสะดือ การเคาะม้ามมีหลายวิธีดังนี้</p>


- 88 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>- การเคาะที่ Trabe Space เป็นการค้นหาเสียงทึบใน Yreube Space (สามเหลี่ยมที่เกิดจากซี่โครงที่ 6 ชายโครงซ้ายและเส้นกลางรักแร้) คนปกติจะเคาะได้เสียงโปร่ง</p>  <p>- วิธีของนิคซอน (Nixon Method) ให้ผู้ป่วยตะแคงขวาเริ่มเคาะจากกลางขอบชายโครงตั้งฉากขึ้นไปยังเส้นหลังรักแร้ (Posterior Axilla) กรณีเคาะได้บริเวณที่สูงเกินกว่า 8 เซนติเมตร จากขอบชายโครงซ้าย แสดงว่ามีม้ามโตกว่าปกติ</p>  <p>- วิธีของแคสเทล (Castell Method) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย เคาะที่ช่องกระดูกซี่โครงซ้ายช่องสุดท้ายในแนวชายโครงตั้งฉากขึ้นไปยังเส้นหน้ารักแร้ ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ คนปกติก็จะได้เสียงโปร่ง กรณีมีม้ามโตจะเคาะได้เสียงทึบ</p>




วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	 <p>การเคาะดูบริเวณที่บวมของม้าม (Spleenic Dullness) ตำแหน่งของม้ามอยู่ระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 11 ที่เต้านกลางรักแร้</p>
<p>4 การคลำ มี 2 ลักษณะคือ คลำแบบตื้นและคลำแบบลึก เทคนิคและวิธีการคลำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คลำโดยใช้คู้้งนิ้ว ไม่ใช้ปลายนิ้วมือ มือและต้นแขนของผู้ตรวจอยู่ในแนวราบ นิ้วต้องวางชิดกัน 2. ตรวจบริเวณที่มีการเจ็บปวดเป็นส่วนสุดท้าย 3. คลำเบา ๆ ก่อน จากนั้นจึงคลำลึกๆ หรือใช้วิธีคลำ 2 มือ 	<p>การคลำโดยใช้นิ้ววางชิดกันกดค่อยๆ บริเวณหน้าท้อง พยายามสังเกตความรู้สึกจากสีหน้าของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยประเมินบริเวณที่กดเจ็บ อาจเป็นเฉพาะที่หรือทั่วไป การเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง เมื่อถูกกด อาจเกิดขึ้นโดยจงใจหรือไม่จงใจ การที่ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บมากผู้ตรวจเอามือกดแรงๆ แล้วปล่อยโดยเร็ว ไม่ควรทำโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมาก การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งเป็นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจเป็นเฉพาะที่หรือทั่วไป</p> <p>การคลำโดยใช้สองมือ หมายถึง การใช้มือข้างหนึ่งวางบนมืออีกข้างหนึ่ง ใช้มือที่อยู่ด้านบนสำหรับกด ใช้มือที่อยู่ด้านล่างสำหรับรับความรู้สึก วิธีนี้มีประโยชน์คือ ช่วยการตรวจก้อนในท้อง ช่วยการวินิจฉัยสาเหตุที่แน่นอน เช่น อวัยวะที่เคลื่อนไหวมากตามการหายใจ คือ ตับ ถุงน้ำดี ม้าม ส่วนอวัยวะที่เคลื่อนไหวน้อยตามการหายใจ คือ ไต กระเพาะอาหาร และ Omentum</p> <p>คลำแบบตื้น ตรวจร่างกายอย่างคร่าวๆ เเบา่มือเพื่อประเมินว่ามีอาการกดเจ็บบริเวณใด มีตึงเกร็งหรือไม่ทำให้ครบทุกส่วน โดยบริเวณที่ผู้ป่วยบอกตำแหน่งที่มีอาการปวด เจ็บ ควรตรวจเป็นที่สุดท้าย</p> <p>คลำแบบลึก เพื่อประเมินขนาด ก้อน หรืออวัยวะในช่องท้อง ดูทั้งขนาด รูปร่าง ลักษณะผิว แข็ง การเคลื่อนไหว อาการกดเจ็บเมื่อกดที่</p>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
<p>4. คลำหน้าท้อง ให้ทั่วทุกส่วน ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกทางปากลึกๆ หรือออเข้าขึ้นทั้งสองข้าง</p> <p>5. สังเกตสีหน้าผู้ป่วยขณะทำการตรวจ</p>	<p>บริเวณนั้น กรณีที่มีการกดเจ็บจะต้องตรวจ Rebound Tenderness ด้วย คือการกดแล้วค่อยๆ กดให้ลึกลงไปด้านบริเวณที่กดเจ็บ กดลึกระดับหนึ่งแล้วปล่อยทันที ถ้าผล Positive คือผู้ป่วยรู้สึกเจ็บมากเมื่อปล่อยมือจากการกด แสดงว่ามีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) หรือมีการระคายเคือง เมื่อคลำพบก้อนต้องระบุลักษณะโดยบันทึกตำแหน่ง ขนาด รูปร่าง ลักษณะผิว การเคลื่อนที่หรืออยู่กับที่ ความอ่อนนุ่ม เจ็บหรือไม่</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>การคลำตื้น</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>การคลำลึก</p> </div> </div> <p>การคลำตื้น ใช้มือซ้ายรองรับทางด้านหลังของผู้ป่วย มือขวาวางราบบนผนังหน้าท้อง ให้ปลายนิ้วชี้ไปทางศีรษะของผู้ป่วยหรือวางราบ โดยให้นิ้วทั้งหมดขนานกับชายโครงขวา ให้นิ้วชี้และนิ้วกลางวางอยู่ทางด้านนอกของกล้ามเนื้อ Rectus Abdominis คลำจากหน้าท้องด้านขวากลางแล้วค่อยๆ เคลื่อนขึ้นข้างบนเข้าหาชายโครงขวา จนนิ้วคลำพบขอบตับขณะผู้ป่วยหายใจลึกๆ และช้าๆ นิ้วของผู้ตรวจอาจคลำพบขอบตับได้ขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระบังลมช่วยดันตับให้เคลื่อนต่ำลงมา</p>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<div data-bbox="364 199 986 491" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="616 494 733 523" style="text-align: center;">การคลำตับ</p> <p data-bbox="349 534 1009 718"> การคลำตับโดยวิธีเกี่ยว (Hooking Techniques) ทำโดยผู้ตรวจยืนทางขวาหันหน้าไปทางเท้าผู้ป่วย วางมือทั้งสองข้างชิดกันบนหน้าท้องด้านขวาของผู้ป่วยต่ำกว่าขอบตับซึ่งเคาะได้ ผู้ตรวจใช้นิ้วมือและตั้งเข้าหาขอบชายโครง ขณะที่ผู้ป่วยหายใจลึกๆ </p> <div data-bbox="591 726 844 890" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="580 896 856 925" style="text-align: center;">การคลำตับโดยวิธี Hooking</p> <p data-bbox="349 938 1009 1308"> การตรวจตับ ดูที่ขนาด : การประเมินขนาดของตับ วัดจากแนวกระดูกซี่โครงตรงชายโครงลงมาถึงขอบล่างของตับเป็นเซนติเมตร หรือความกว้างของนิ้วมือ ภาวะตับโตเล็กน้อยอาจเกิดจากไวรัสตับอักเสบหรือตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมีนิ่วอุดตันในท่อน้ำดี ส่วนภาวะที่คลำและพบว่าตับโตมากกว่า 10 เซนติเมตร อาจเกิดจากมะเร็งตับ หรือมะเร็งกระจายมาที่ตับ ผิว : ดูลักษณะความเรียบ หรือขรุขระ ลักษณะขอบ : บาง มน คม ความแน่น : ความนุ่ม แข็ง แข็งเหมือนหิน และแน่น </p>

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>การคลำม้าม</p> <p>การคลำม้าม ใช้สองมือในการตรวจ โดยใช้มือซ้ายซ้อนโอบที่บริเวณกระดูกซี่โครงด้านหลังใต้ทรวงอกด้านซ้ายของผู้ป่วย รั้งส่วนล่างของทรวงอกมาทางด้านหน้า ใช้มือขวาคลำตั้งแต่ช่องท้องส่วนล่างซ้ายโดยแนวมือตั้งฉากกับขอบชายโครง ระหว่างผู้ป่วยหายใจเข้าให้คลายแรงกดที่มือขวาแล้วดันมือขึ้นไปทางรักแร้ซ้ายค่อยๆ ขยับมือขึ้นไปในทิศทางศีรษะจนถึงขอบชายโครงซ้าย ม้ามที่มีขนาดโตจะเคลื่อนลงมากะทบปลายนิ้วและนิ้วมือจะลื่นไปบนขอบม้ามหรือซั้วล่างของม้ามในจังหวะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า การช่วยคลำที่ง่ายให้ผู้ปวยนอนตะแคงขวาทับด้านขวาและงอเข่าซ้ายและสะโพก เพื่อให้ม้ามเคลื่อนลงมาตามแรงโน้มถ่วงของโลก ทำให้สะดวกในการคลำ ลักษณะม้ามจะมีร่องซึ่งสามารถแยกออกจากไตที่มีขนาดโตผิดปกติได้ การเคาะม้ามจะได้ยินเสียงทึบ (Splenic Dullness) ที่ช่องซี่โครงที่ 9 และ 10 ส่วนตรงช่องที่ 11 จะได้ยินเสียงโปร่ง (Resonance) ถ้าเคาะตรงช่องที่ 11 ได้ยินเสียงทึบแสดงว่ามีมโต</p>  <p style="text-align: center;">การตรวจม้ามท่านอนหงาย</p> <p>การคลำถุงน้ำดี</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการคลำตับ โดยคลำที่ได้โครงขาตัดกับขอบนอกของกล้ามเนื้อและ Rectus Abdominis ลักษณะของถุงน้ำดีที่คลำได้คือ กลม อ่อนนุ่ม และเคลื่อนลงมาขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า รายที่สงสัยมีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตรวจโดยใช้มือซ้ายวางบนขอบชายโครงขวา ใช้นิ้วหัวแม่มือกดบริเวณถุงน้ำดี เมื่อผู้ป่วยหายใจ

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<p>เข้าแล้วมีอาการเจ็บตรงบริเวณทรวงน้ำดี การตรวจนี้จะไม่มีประโยชน์ในรายที่มีอาการกดเจ็บบริเวณใต้โครงขาอยู่แล้ว เรียกว่า Murphy's Sign เป็นบวก</p>  <p>คลำไต</p> <p>ใช้สองมือ โดยมือซ้ายดันจากด้านหลังของผู้ป่วยบริเวณเอว มือขวา กดจากทางด้านหน้าตามแนวนอนให้ปลายนิ้วอยู่เลยขอบของกล้ามเนื้อ Rectus Abdominis เล็กน้อย ให้ผู้ป่วยหายใจยาวๆ กดลึกๆ ให้มือทั้งสองข้างเข้าชิดกัน จะรู้สึกว่ามีไตเคลื่อนเข้ามาอยู่ในมือทั้งสองข้าง โดยเฉพาะมือซ้ายซึ่งคลำจากด้านหลัง จะรู้สึกว่าอยู่ใกล้กับผิวของไตมากกว่ามือขวา สามารถทำการคลำไตได้ทั้งในด้านเดียวกับที่ผู้ตรวจยืนอยู่ ในด้านตรงข้ามโดยการเอื้อมมือซ้ายข้ามไปด้านหลังเพื่อกดจากด้านเอวซ้ายของผู้ป่วย</p>  

วิธีการตรวจ	คำอธิบาย
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">  </div> <div style="width: 65%;"> <p>Murphy's sign กดลง ผู้ป่วยร้องเจ็บ ผลเป็นบวก พบจากติดเชื้อ นิ่วอุดตัน</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">  </div> <div style="width: 65%;"> <p>Fiat test ผลเป็นบวกเคาะ เจ็บ พบในตับอักเสบ</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">  </div> <div style="width: 65%;"> <p>Succussion splash วาง หูฟังตรงลิ้นปี่ จับตัวผู้ป่วย เขย่าไปมา ได้ยินเสียงน้ำกะ ฉอก เกิดภาวะอุดตันของกระ เพาะอาหาร</p> </div> </div>

การประเมินภาวะสุขภาพทวารหนัก

การตรวจทวารหนักเพื่อสนับสนุนและประกอบการวินิจฉัยโรค ให้ผู้ป่วยรู้สึกดีถึงบริเวณทวารหนัก โดยให้หายใจเข้าออกลึกๆ ขณะที่ผู้ตรวจสอดมือเข้ารูทวารหนัก โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย งอหลังและเข่า เลื่อนตัวให้ก้นชิดอยู่ขอบเตียง ให้มีแสงสว่างพอที่จะเห็นรูทวารหนักและบริเวณใกล้เคียงชัดเจน แล้วใช้มือซ้ายของผู้ตรวจช่วยจับก้นของผู้ป่วยให้แยกจากกัน

วิธีการตรวจและผลการตรวจ

การดู ดูลักษณะของผิวหนังรอบรูก้น เป็นรอยเกา แผลถลอก การอักเสบ มีริดสีดวงทวารหรือไม่ ลักษณะเป็นอย่างไร มีถุงน้ำ ผีหรือไม่



การคลำ บอกให้ผู้ป่วยเบ่งเหมือนเวลาถ่ายอุจจาระ แล้วใช้นิ้วมือใส่ถุงมือ คลำรอบๆทวารหนัก และสังเกต ความตึงของกล้ามเนื้อหูรูด ซึ่งปกติจะมีความตึงแข็ง ถ้าเกิดความตึงก้นแล้ว มีการอักเสบหรือมีแผลเป็น และจะหย่อนตัวในกรณีที่ เป็น โรคจิต บางชนิด และ การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ดูรูปเปิด รอยแยก มีหนอง กดเจ็บหรือไม่ มีก้อนหรือไม่

การประเมินภาวะสุขภาพระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

การซักประวัติ (History Taking) ควรซักประวัติให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล (Chief Complaint) การซักประวัติถึงอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลอย่างละเอียดและถูกต้อง จะอยู่ใน 3 กลุ่ม ได้แก่

1. มีความรู้สึกผิดปกติ มักจะเป็นอาการปวด (Pain) หรืออาการชา (Numbness)
2. ความผิดปกติ เช่น สังเกตว่ามีกระดูกสันหลังคดหรือโก่ง ค่อม หลังแอ่น ขาโก่งหรือบิดออก เดินแล้วมีปลายเท้าบิดเข้าหรือบิดออก ก้อนตามแขนขา กล้ามเนื้อลีบ บวม แดง ร้อน และปวด
3. การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและสังเกตพบได้ ได้แก่ การเดินกะเผลก (Limping) การเคลื่อนไหวอ่อนแรง (Weaken) ไม่มั่นคง (Instability) มีอาการสั่น (Tremors) ข้อติดแข็ง (Stiffness) ชยับแขน ขา ไม่ได้ (Paralysis)

ขั้นตอนและเทคนิคการประเมิน

การตรวจโดยการสังเกตการเดินและท่าทาง เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้อง บันทึกวิธีการที่ผู้ป่วยเดิน นั่ง ลุก การถอดเสื้อและการเคลื่อนไหวอื่นๆ ในระหว่างการตรวจร่างกาย การจัดทำผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมในการตรวจกล้ามเนื้อและกระดูก ตรวจลักษณะทั่วไป ความสมดุล สมส่วน การเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และหน้าที่การทำงานร่วมกันของทุกส่วนดังนี้

1. การดู

1.1 สังเกตท่าทางและการเดิน โดยสังเกตโครงกระดูก แขน ขา การเรียงตัวของกระดูก รูปร่าง และความสมมาตร ขนาด การผิดรูปของกระดูก และข้อ สังเกตทั้งด้านหน้า ด้านหลัง และด้านข้าง

1.2 สังเกตผิวหนังและเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อกระดูกบริเวณข้อต่อ สังเกตสี อารมณ์ บวม ก้อน ขนาด และการผิดปกติของกระดูกและข้อ

1.3 สังเกตกล้ามเนื้อ และเปรียบเทียบขนาดความสมมาตรของกล้ามเนื้อทั้งสองข้าง การฝ่อของกล้ามเนื้อ ขนาดของกล้ามเนื้อทั้งสองข้างควรเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

ผลปกติที่พบคือ ผู้ป่วยยืนตรง มีการเรียงตัวของกระดูกปกติดี มีความสมมาตรกัน ขนาดกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีกล้ามเนื้อฝ่อหรือหนา และขนาดเท่ากันทั้งสอง ข้าง

ความผิดปกติที่อาจพบ ได้แก่ กล้ามเนื้อฝ่อหรือหนา การกระดูกของกล้ามเนื้อ อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับการบาดเจ็บที่เซลล์ประสาทมอเตอร์ การสูญเสียกล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้อฝ่ออาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับการบาดเจ็บ เป็นผลมาจากการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหรือความเสียหายต่อเซลล์ประสาทมอเตอร์

2. การคลำ

ตรวจโดยการคลำกระดูกข้อต่อและกล้ามเนื้อโดยรอบทุกข้อ หาความตึงของกล้ามเนื้อ ความร้อน การกดเจ็บ อารมณ์บวม และเสียงดังกรอบแกรบ ในการตรวจหากมีข้อที่สงสัย มีการอักเสบ ควรตรวจข้อนั้นเป็นลำดับสุดท้าย

การบันทึกผลการตรวจ ควรบันทึกความร้อนของผิวหนังบริเวณข้อ การกดเจ็บ อาการบวม และเสียงดังกรอบแกรบ อาการปวด และการต้านแรงกด

ผลปกติที่พบคือ ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วม ข้อบริเวณนั้นเมื่อผู้ตรวจออกแรงกด ความตึงของกล้ามเนื้อดี ไม่มีข้อหนา ไม่มีเสียงดังกรอบแกรบ

ความผิดปกติที่อาจพบ ได้แก่ พบว่าข้อร้อน กดเจ็บ บวม เสียงดังกรอบแกรบ ซึ่งเกิดจากปลายกระดูกหรือเอ็นเสียดสีกัน ในผู้ที่เป็นโรคเอ็นอักเสบ ปวดบริเวณกล้ามเนื้อ กระดูกหรือข้อ เจ็บตรงแรงกด ข้อหนาซึ่งอาจเกิดจากการอักเสบ

3. ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ควรทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่หลักของข้อหลักๆ ทุกข้อ

ตรวจเปรียบเทียบทั้งสองข้าง ในการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำโดยให้ผู้ป่วยออกแรงต้านกับผู้ตรวจ ประเมินความแรงที่ต้าน สังเกตและคลำกล้ามเนื้อที่กำลังหดตัว และเปรียบเทียบกล้ามเนื้อทั้งสองข้าง โดยแบ่งระดับกำลังของกล้ามเนื้อดังนี้

เกรด 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเลย

เกรด 1 มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นพอเห็นได้

เกรด 2 เคลื่อนไหวตามแนวราบได้ ต้านแรงโน้มถ่วงต้านไม่ได้

เกรด 3 เคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ต้านแรงทานไม่ได้

เกรด 4 เคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงได้ ออกแรงต้านทานได้บ้าง กล้ามเนื้ออ่อนแรง

เกรด 5 เคลื่อนไหวต้านแรงได้ตามปกติ

ตัวอย่าง เช่น การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในทางข้อศอก โดยให้ผู้ป่วยออกแรงต้านผู้ตรวจ หากผู้ป่วยเคลื่อนไหวแรงต้านได้ตามปกติ แปลว่ากล้ามเนื้อในการงอข้อศอกมีความแข็งแรงเกรด 5

การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

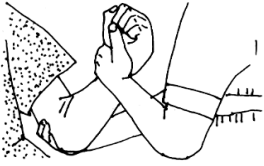
1. Biceps ทดสอบโดยจับข้อมือผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยงอข้อศอก
2. Triceps ให้ผู้ป่วยเหยียดแขน แล้วจับมือต้านแรงข้อมือของผู้ป่วย ถ้าจะทดสอบกล้ามเนื้อส่วนปลายอาจให้กำมือและกระดกข้อมือขึ้นลง

- 98 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

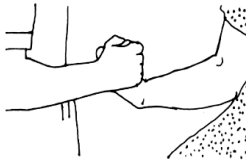
3. กล้ามเนื้อขา ให้นอนราบบนเตียง ตั้งเข่าและให้ยกขึ้นด้าน ขณะให้ผู้ตรวจจับ ต้นขาผู้ป่วยและพยายามกดลง

4. Knee flexion ทดสอบการงอและเหยียดเข่า

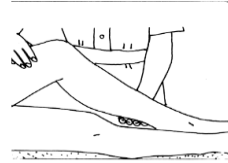
5. Plantar flexion และ dorsiflexion ให้อาบน้ำผู้ป่วยกระดูกข้อเท้า



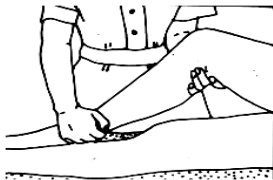
Biceps strength



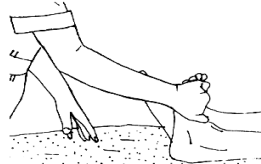
Wrist flexion



Leg muscle strength



Knee flexion



Dorsiflexion



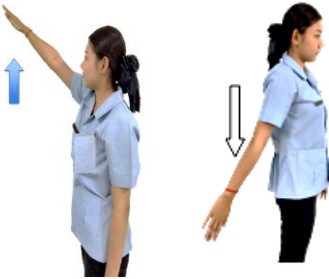
การประเมินความ
แข็งแรงของ
กล้ามเนื้อ

4. การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Test Rang of Motion)

โดยการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวในแนวต่างๆ ได้แก่ การกาง (abduction) การหุบ การงอ (Flexion) การเหยียด (Extension) หมุนเข่าด้านในลำตัว (Internal rotation) หมุนออกด้านนอกลำตัว (External rotation) และหมุนเป็นวงกลม

การพิจารณา ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวในแนวใดนั้นขึ้นอยู่กับประเภทของข้อที่จะตรวจประเมิน หากประเมินข้อประเภทบานพับ เช่น ข้อศอกก็สามารถประเมินพิสัยได้ เฉพาะในการงอและการเหยียดเท่านั้น ในขณะที่เคลื่อนไหวผู้ตรวจประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ได้จากการคลำแรงต้านกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนไหว การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อทำได้ 2 วิธี คือ ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองเรียกว่า Active Rang of

Motion หากให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและผู้ตรวจจับให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเรียกว่า Passive Rang of Motion พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อที่ประเมินโดยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองจะกว้างกว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อที่ประเมินโดยผู้ตรวจจับให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเฉลี่ย 5 องศา ส่วนใหญ่พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสองข้างจะเท่ากัน หากพบว่ามี การเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติของพิสัยการเคลื่อนไหวหรือมีการกำจัดพิสัยการเคลื่อนไหว ผู้ตรวจต้องใช้ Goniometer ในการวัดพิสัยการเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากยึดข้อให้สุด และงอให้สุด แล้วจึงนำมุมการงอและการเหยียดนั้นมาเปรียบเทียบค่าปกติ

	<p>ลำคอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion ก้มให้คางชิดอก - Extension เงยหน้าตรง - Hyperextension แหงนหน้าไปด้านหลังให้มากที่สุด
	<ul style="list-style-type: none"> - Lateral flexion เอียงศีรษะไปชิดกับไหล่ซ้ายและขวาให้มากที่สุด
	<p>ไหล่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion ยื่นแขนตรงแนบ ลำตัวแกว่งแขนขึ้นเหนือศีรษะ - Extension เอาแขนลงมาแนบ ข้างลำตัวเหมือนเดิม - Hyperextension แกว่งแขนไปด้านหลังลำตัวโดยไม่งอข้อศอก

- 100 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

	<ul style="list-style-type: none"> - Abduction กางแขนออกไป ด้านข้างลำตัวแล้วยกแขนขึ้น เหนือศีรษะ - Adduction ลดแขนลงมาแนบ ลำตัวแล้วแกว่งแขนไขว้ไปด้าน ตรงข้ามให้มากที่สุด
	<p>ข้อศอก</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion งอข้อศอก - Extension เหยียดข้อศอก ออกให้แขนเหยียดตรง
	<ul style="list-style-type: none"> - Internal rotation งอข้อศอก หมุนแขนลง - External rotation งอข้อศอก หมุนแขนขึ้น
	<ul style="list-style-type: none"> - Circumduction เหยียดแขน แล้วแกว่งแขนเป็นวงโดยรอบ

	<p>ปลายแขน</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pronation คอว่าฝ่ามือลง - Supination หงายฝ่ามือขึ้น
	<p>นิ้วมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion กำมือ - Extension เหยียดมือ - Hyperextension แอนนิ้วมือขึ้นให้มากที่สุด - Abduction กางนิ้วออก
	<p>ข้อมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion งอข้อมือลง - Extension เหยียดข้อมือตรง - Hyperextension กระจกมือขึ้นให้มากที่สุด - Radial flexion เอียงมือไปด้านหัวแม่มือ - Ulna flexion เอียงมือไปด้านนิ้วก้อย

- 102 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

	<p>ข้อสะโพก</p> <ul style="list-style-type: none">- Flexion ยกขาไปข้างหน้า- Extension แกว่งขากลับมาชิดขา- Hyperextension ยกขาไปข้างหลัง
	<ul style="list-style-type: none">- Internal rotation บิดเข้าเข้าหาลำตัว- External rotation บิดเข้าออกนอกลำตัว
	<ul style="list-style-type: none">- Circumduction หมุนขาเป็นวงกลม
	<p>ข้อเข่า</p> <ul style="list-style-type: none">-Flexion งอเข่ายกสันเท้าขึ้น-Extension เหาสันเท้าไปแตะพื้น

	<p>เท้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorsiflexion กระดกข้อเท้าขึ้น - Plantar flexion กดปลายเท้าลง - Inversion หมุนเท้าเข้าด้านใน - Eversion หมุนเท้าออกด้านข้าง
	<p>นิ้วเท้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexion งอนิ้วเท้าขึ้นและลง - Extension เหยียดนิ้วเท้า - Abduction กางนิ้วเท้าออก - Adduction หุบนิ้วเท้าเข้า

การบันทึก ควรบันทึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle Strength) และการจำกัดการเคลื่อนไหว (limitation of Motion) รวมทั้งอาการผิดปกติที่พบขณะเคลื่อนไหว

ปกติ ควรพบกล้ามเนื้อแข็งแรงดีเกรด 5 เท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของข้อเต็มพิสัย ไม่มีอาการเจ็บ หรือเกร็งของกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนไหว

ความผิดปกติที่อาจพบ ได้แก่ ปวดขณะเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวแบบเกร็ง ข้อไม่มั่นคง การหดตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้ซึ่งชี้ถึงปัญหาของข้อและกล้ามเนื้อหรือ

เซลล์ประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณนั้น

การตรวจรายละเอียดเฉพาะข้อ

การตรวจมือและข้อมือ

1. การดูมือและข้อมือ สังเกตรูปร่างข้อความผิดปกติของรูปร่างข้อ เช่น การเอียงของข้อมือไปทางด้านนอก มักเกิดจากกระดูกหักเหนือข้อมือ (Colles Fracture) และการไม่มีกระดูก Radius ตั้งแต่กำเนิด การเอียงของข้อมือไปทางด้านในเกิดจากข้ออักเสบรูมาตอยด์ สังเกตเนื้องอกกล้ามเนื้อที่ฝ่ามือ (Prominent) ปกติจะนุ่มนวล หากสังเกตเห็นการลีบของเนืวด้าน Radius (Thenar) และด้าน Ulnar (Hypothenar) ภาพแสดงถึงความผิดปกติของระบบประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณนั้นสังเกตรูปร่างและขนาดของมือเปรียบเทียบกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น Achondroplasia นิ้วมือจะสั้น ทุ่ ส่วนในผู้ป่วย Acromegaly มือจะใหญ่และหยาบ ในผู้ป่วย Myxoedema มือจะบวมและผิวหนังหยาบ ผู้ป่วยรูมาตอยด์มีลักษณะเป็นรูปกระสวย กลุ่มอาการมาร์แฟน (Marfan syndrome) กระดูกนิ้วมือข้อแรกจะยาวและผอมกว่าข้ออื่นๆ ในกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมนิ้วก็อยจะงอเข้าหานิ้วนาง โรคฮอร์โมนไทรอยด์สูงเกินปลายนิ้วจะสั้นและโป่งออก

นอกจากนั้นต้องสังเกตก้อน หรือบวม สังเกตด้านข้างในของข้อมือ ถ้าปุ่มปลายของกระดูก Ulnar หนุนขึ้นผิดปกติ อาจเกิดจากกระดูกข้อมือหัก หรือการเคลื่อนของข้อ หรือสังเกตด้านข้างด้านนอกของข้อมือ ถ้ามีการบวมของส่วนปลายกระดูก Radius อาจเกิดจากโรคเดอเกอร์แวง

2. การคลำมือและข้อมือ เสี่ยงกรอบแกรบของข้อต่อ Radioulnar Joint ผู้ตรวจจับนิ้วชี้กับนิ้วหัวแม่มือที่ข้อและใช้มืออีกข้างจับฝ่ามือของผู้ป่วยคว่ำและหงายมือการออก โดยปกติจะไม่ได้ยินเสียงกรอบแกรบ คลำข้อมือนิ้ว (Proximal interphalangeal Joint) โดยใช้นิ้วโป้งสองข้างหรือนิ้วโป้งและนิ้วชี้คลำ คลำโคนนิ้วมือ (Metacarpophalangeal Joint) โดยใช้นิ้วโป้งสองข้างคลำ และคลำร่องที่ข้อมือ

(Radiocarpal Groove) โดยใช้นิ้วโป้งคลำที่ด้านหลังและนิ้วชี้ คลำบริเวณฝ่ามือ โดยปกติจะไม่พบก้อน บวม หรืออาการกดเจ็บ หากพบก้อนแข็งบริเวณหลังมืออาจเป็น Ganglion

ถ้าข้อกลางนิ้วเจ็บบวมอาจมีสาเหตุจาก Apindle-shaped Finger ซึ่งเป็นลักษณะของโรค Rheumatoid Arthritis ฉีดยาปลั๊ก หากพบกระดูกโตผิดปกติไม่เจ็บ บริเวณข้อปลายนิ้วขาเกิดจากโรค Osteoarthritis ถ้าเป็นไปตามแนวข้อปลายนิ้ว เรียก Heberden Nodes เกิดจากการเสื่อมของข้อนิ้ว ถ้าเป็นตามแนวข้อกลางนิ้ว เกิดจากการเสื่อมของข้อนิ้วมักพบในหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ลักษณะเป็นถุงน้ำ กลมไม่เจ็บ บวมตามแนวเส้นเอ็น หรือข้อ ซึ่งนูนขึ้นมาเวลางอข้อ การกดที่แอ่ง Snuff box จะมีอาการปวด แสดงว่ามีการหักของกระดูกหรือข้อมือเคล็ด

3. การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อมือ การประเมินพิสัยการงอ นิ้วมือหรือข้อต่อระหว่างฝ่ามือกับนิ้วมือและการยัดนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยงอนิ้วมือทั้ง 4 นิ้ว ยกเว้นนิ้วโป้ง วัดองศา มุมปกติ 90 องศา และให้ผู้ป่วยผิมนิ้วกระดูกนิ้วขึ้น วัดองศา มุมปกติ 30 องศา

การประเมินพิสัยการกางและหุบนิ้ว ให้ผู้ป่วยแบ่มือทับนิ้วโป้งเข้ามา กำมือ และแบ่มือทุกนิ้วจนสุด

การประเมินพิสัยการกระดูกข้อมือ ให้ผู้ป่วยเอาศอกแนบลำตัว คว่าฝ่ามือ กระดูกข้อมือขึ้น เปรียบเทียบการหยาบมือทั้งสองข้างบนปกติ 70 องศา

การประเมินพิสัยการงอข้อมือ ให้ผู้ป่วยเอาศอกแนบลำตัวคว่าฝ่ามือ งอข้อมือ ลง เปรียบเทียบการหยาบมือทั้งสองข้างบนปกติ 90 องศา

การประเมินพิสัยการเอียงข้อมือไปด้านนอก วัดการเรียงของข้อมือ ให้ผู้ป่วยเอียงข้อมือไปทางนิ้วโป้งวัดมุมระหว่างปลายแขนกับนิ้วกลางกับนิ้วโป้ง มุมปกติ 20 องศา ให้ผู้ป่วยเอียงข้อมือไปทางนิ้วก้อย วัดมุมระหว่างปลายแขนกับนิ้วกลางกับนิ้วก้อย มุมปกติ 55 องศา



ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ข้อมือ โดยให้ผู้ป่วยหงายมือ กำหมัด และกระดกข้อมือขึ้น ผู้ตรวจพยายามกดลงต้านแรง

	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยงอนิ้วมือหรือกำมือและเกร็งต้านแรงผู้ตรวจที่พยายามดึงนิ้วออก - กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยเกร็งกระดกนิ้วมือขึ้นต้านกับแรงผู้ตรวจที่พยายามกดลง
	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยงอนิ้วมือหรือกำมือและเกร็งต้านแรงผู้ตรวจที่พยายามดึงนิ้วออก - กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยเกร็งกระดกนิ้วมือขึ้นต้านกับแรงผู้ตรวจที่พยายามกดลง
	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กางนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยกางนิ้วเกร็งค้างไว้ต้านกับแรงผู้ตรวจที่พยายามดันนิ้วเข้าหากัน
	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อทำหน้าที่การหุบเข้าของนิ้วมือ ให้ผู้ป่วยหนีบกระดาษไว้ระหว่างนิ้วมือให้แน่นไม่ให้ผู้ตรวจดึงกระดาษออก

5. การตรวจอาการ Tinel Sign ใช้นิ้วเคาะเบาๆ ที่เส้นประสาทที่มีเดียน ปกติจะไม่เกิดอาการชาตามแนวเส้นประสาท หากมีอาการชาแสดงว่า ผลบวกเป็น Carpal Tunnel Syndrome

6. การตรวจ Phalen Test ให้ผู้ป่วยยื่นมือทั้งสองออกมานอกจนสุด เป็นเวลา 1 นาที ปกติไม่มีอาการชา หากมีอาการชาเกิดขึ้นหรือเป็นมากขึ้นที่นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลางแสดงว่าเป็นผลบวก บ่งชี้ถึงอาการ Carpal Tunnel Syndrome

7. การตรวจ Finkelsten Test ให้ผู้ป่วยกำนิ้วหัวแม่มือและให้หักข้อมือลงทางด้านนิ้วก้อย ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือ แสดงว่าเป็นผลบวก บ่งบอกถึงอาการโรคปลอกหุ้มเอ็นอักเสบ

การตรวจข้อศอก (Elbow)

1. การดูข้อศอกขณะที่ยืดและเหยียด สังเกตอาการบวม ก้อน ความสมมาตรของข้อศอกทั้งสองข้าง ก้อนใต้ผิวหนังบริเวณ Ulnar อาจพบได้ในผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ สังเกตมุมระหว่าง Humerus และ Radius ในขณะที่ผู้ป่วยเหยียดแขน หายมือขึ้นมุมปกติ 15 องศา Line ที่มีการเพิ่มมุมของข้อศอกแขนจะโก่งออกเรียกว่า Cubitus Valgus Line ที่มีการลดมุมข้อศอก แขนโก่งเข้า เรียกว่า Cubitus Varus ให้สังเกตอาการบวมของข้อการลีบของกล้ามเนื้อ แสดงถึงการติดเชืของข้อศอกหรือรูมาตอยด์ ข้อที่บวมมักจะอยู่ในท่าข้อศอก เนื่องจากความดันในข้อและอาการปวดจะน้อยที่สุด หากองข้อศอกแล้วไม่เห็นรอยบวมของข้อศอกที่มองเห็นข้อศอกด้านหลัง แสดงว่ามีน้ำในข้อ

2. การคลำ การคลำปุ่มกระดูกและปุ่มนูนปลายข้อศอกและลักษณะของสามเหลี่ยมด้านเท่าที่เกิดจากปุ่มกระดูกทั้ง 3 คลำการยึดของกระดูกอัลนา ปุ่มนูนปลายข้อศอกและปุ่มกระดูกของกระดูกต้นแขน จากนั้นคลำร่องปุ่มนูนตรงข้อศอกแต่ละด้าน มีอาการกดเจ็บ บวม หรือใช้มือข้างหนึ่งจับข้อมือของผู้ป่วยและหันด้านหลังแขนขึ้น ใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างจับที่ปุ่มกระดูกด้านข้างของข้อศอก ถ้ากดปวดแบบ

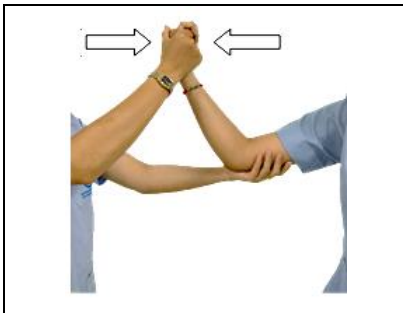
แหลมคมที่ตำแหน่งนี้หรือล่างลงไปที่ปลายแขน แสดงว่าเป็นข้อศอกนักเทนนิส คลำหาปุ่มกระดูกข้อศอกด้านในถ้ามีอาการปวดแสดงว่าเป็นข้อศอกนักกอล์ฟ มีการฉีกขาดของเอ็นยึดข้อศอกทางด้านในและบาดเจ็บของปุ่มกระดูกข้อศอกด้านใน คลำและหมุนเส้นประสาท Ulnar ที่อยู่หลังปุ่มกระดูกข้อศอกด้านในด้วยนิ้วมือ และเปรียบเทียบความแตกต่างทั้งสองข้าง

3. Cozen Test ให้ผู้ป่วยงอแขน 90 องศา คว่ำมือ กระดกข้อมือขึ้น ผู้ตรวจออกแรงต้านกดข้อมือผู้ป่วยลง หากมีอาการปวดที่ศอกจนกระดกมือขึ้นไม่ได้ แสดงว่าให้ผลบวกบ่งชี้ถึงอาการ Golfer Elbow เป็นการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้ออกหรือกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่พลิกคว่ำข้อมือ



4. การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อศอก ประเมินพิสัยการเหยียดให้ผู้ป่วยเหยียดข้อศอกออก มุมปกติ 180 องศา ข้อศอกเหยียดได้ไม่ตรงอาจเกิดจากการเสื่อมของข้อศอก หรือรูมาตอยด์ การหักของกระดูก Radius การประเมินพิสัยการงอข้อศอกให้ผู้ป่วยงอข้อศอกหรือเอามือทั้ง 2 ข้างแตะหัวไหล่ทั้งสองข้างมุมปกติ 160 องศา

5. การประเมินพิสัยการคว่ำมือและหงายมือ ให้ผู้ป่วยยกแขนทั้งสองข้างแนบลำตัวบนฝ่ามือทั้งสองข้างขึ้นบนหงายมือ หลังจากนั้นให้คว่ำฝ่ามือลงวัดมุมการคว่ำมือและหงายมือ เปรียบเทียบสองข้างมุมปกติ 90 องศา

6 ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อศอก



กล้ามเนื้อไตรเซ็ปส์ (Triceps Muscle) จับต้นแขนผู้ป่วยด้วยมือข้างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยงอข้อศอก มืออีกข้างของผู้ตรวจวางที่หลังผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยดันปลายแขนออกมาต้านแรงกับผู้ตรวจที่ผลักมือของผู้ป่วย

	<p>กล้ามเนื้อไบเซพ (Bicep Muscle) จับต้นแขนผู้ป่วยด้วยมือข้างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยงอข้อศอก มืออีกข้างของผู้ตรวจจับที่ข้อมือด้านในผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดึงปลายแขนเข้าหาตัวเองด้านแรง</p>
	<p>กล้ามเนื้อ Brachioradialis Muscle ให้ผู้ป่วยงอข้อศอกขึ้นด้านข้างให้นิ้วโป้งหันเข้าหาตัวผู้ป่วย ผู้ตรวจใช้แรงดึงแขนผู้ป่วยออก ให้ผู้ป่วยออกแรงต้านกับผู้ตรวจที่ดึงมือผู้ป่วย</p>

การตรวจไหล่ (Shoulders)

1. การดู สังเกตข้อไหล่ ดูความสมมาตรของรูปร่าง ขนาด โครงสร้าง การนูน การผิดรูปของกระดูกไหปลาร้า หากมีประวัติการหักของกระดูกไหปลาร้าจะพบกระดูกไหปลาร้าข้างนั้นสั้นลงกว่าปกติ ด้านหลังให้สังเกตกระดูกสะบัก ดูรูปร่างปกติและอยู่ในตำแหน่งถูกต้องหรือไม่ ถ้ามีการนูนของกระดูกสะบักแสดงให้เห็นถึงการบาดเจ็บที่เส้นประสาทของกล้ามเนื้อ Serratus ด้านหน้า

2. การคลำไหล่ ให้ผู้ป่วยหมุนแขนไปด้านนอก คลำกล้ามเนื้อ Biceps ได้ขึ้นมาถึง Humerus คลำด้านหน้าและด้านข้างของข้อไหล่ ดูว่ามีอาการเจ็บปวด อักเสบหรือไม่ คลำที่ข้อ Acromioclavicular Joint ดูมีอาการเจ็บ หรือปวด หากมีอาการปวดจะพบหลังจากการเกิดการหลุดของข้อไม่นานและการเสียมของข้อ การหย่อนหรือห้อยของข้อจะเกิดขึ้นภายหลัง และสามารถคลำได้ จะมีเสียงกรอบแกรบ เมื่อกางแขนใช้มือซ้ายกดที่โตะโครเมียมข้างขวาผู้ป่วย และใช้มืออีกข้างจับปลายใต้ศอกที่ข้อ

แล้วกางแขนไหล่ออก อาการปวดที่เกิดขึ้นทันทีระหว่างวงโค้งของข้อไหล่ จะพบในรายมีการฉีกขาด และการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อไหล่ และหรือถุงน้ำใต้กล้ามเนื้อสามเหลี่ยม คลำตามความยาวของไหปลาร้า ดูอาการปวด

3. การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ให้ผู้ป่วยกางแขนทั้งสองข้าง สังเกตการเคลื่อนไหวและมุมของการเคลื่อนไหวที่ทำได้ มุมปกติ 180 องศา ให้ผู้ป่วยวาดแขนกับข้างลำตัวและเคลื่อนไหวต่อไปอีกฝั่งของลำตัว สังเกตการเคลื่อนไหวและมุมของการเคลื่อนไหวที่ทำได้ มุมปกติ 50 องศา หากกางแขนจะต้องเอียงตัวช่วยพบในผู้ป่วยไหล่ติด หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการยกแขนการออกแสดงว่ามีการขาดของเยื่อหุ้มข้อไหล่หรือการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ถ้าปวดระหว่างการกางแขนที่มุม 70 ถึง 120° แสดงว่าเยื่อหุ้มข้อใดมีการกดทับ ถ้าปวดในช่วงปลายของการกางแขนแสดงว่าเยื่อหุ้มข้อไหล่ในการกดทับกับข้อ Acromioclavicular Joint หรือการเสียดของข้อ Acromioclavicular Joint ถ้าไม่สามารถยกแขนเองได้ไม่สามารถขยับข้อไหล่ได้แสดงว่าเกิดการติดของข้อไหล่

ประเมินพิสัยการยกแขนไปข้างหน้าขึ้นบนศีรษะ ให้ผู้ป่วยเหวี่ยงแขนไปข้างหน้าและยกเหนือศีรษะมุมปกติ 180 องศา ให้ผู้ป่วยเหวี่ยงแขนไปข้างหลังมุมปกติ 50 องศา

ประเมินพิสัยการหมุนของข้อไหล่ ให้ผู้ป่วยเอามือโพรหลังเป็นการตรวจการหมุนข้อไหล่เข้าด้านในในท่าเหยียดไหล่ ประสานมือวางที่ท้ายทอยเพื่อดูการหมุนออกด้านนอกของไหล่ มุมปกติ 90 องศา ให้เปรียบเทียบทั้งสองข้าง



ไขว้มือทั้ง 2 ข้างที่บริเวณหลัง



วางมือไว้ที่ท้ายทอยให้ข้อศอกกางมากที่สุด

4. ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ เป็นการทดสอบ Cranial Nerve คู่ที่ 11 ให้ผู้ป่วยนั่ง ผู้ตรวจวางมือบริเวณไหล่ทั้งสองข้างให้ผู้ป่วยยกไหล่ในขณะที่ผู้ตรวจออกแรงต้าน และให้ผู้ป่วยชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ผู้ตรวจวางมือบริเวณข้อศอกให้ผู้ป่วยพยายามกางแขนออกขณะที่ผู้ตรวจออกแรงต้าน และให้ผู้ป่วยพยายามหุบแขนเข้าขณะที่ผู้ตรวจออกแรงต้าน

5. การตรวจความมั่นคงของข้อไหล่

Load and Shift Test ให้ผู้ป่วยนั่งให้แขนอยู่ข้างลำตัวผู้ตรวจอยู่เยื้องด้านหลังใช้มือข้างหนึ่งกดไหล่ไว้ไม่ให้กระดูกสะบ้าเคลื่อนไหว ใช้มืออีกข้างจับหัวกระดูกต้นแขนไว้โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ และใช้มือที่กดไหล่ออกแรงโยกไหล่ไปด้านหน้าและด้านหลังเพื่อประเมินความมั่นคงของข้อไหล่

Sulcus Test ผู้ป่วยนั่งใช้แขนแนบลำตัวฝ่ามือคลายกล้ามเนื้อ ผู้ตรวจใช้มือจับที่ข้อศอกออกแรงดึงข้อไหล่งด้านล่าง หากเกิดร่องที่เกิดขึ้นใต้กระดูกโครเมียม เนื่องจากหัวกระดูกต้นแขนเคลื่อนลงมาได้แอ่งกลีนนอยด์ หากหัวกระดูกต้นแขนเคลื่อนลงมาได้แอ่งได้โดยไม่เจ็บปวดแสดงว่าข้อไหล่หลวม ไม่มั่นคง

6. **Drop Arm Test** ผู้ป่วยกางแขนออกด้านข้างค่อยๆ หุบรถขึ้นลงอยู่ในระดับ 90 องศา ถ้าไม่สามารถคงค้างระดับแขนเอาไว้ได้แสดงว่ามีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหุ้มข้อไหล่

7. **Yergason Test** ผู้ตรวจอยู่ด้านข้าง หรือด้านหลังให้ผู้ป่วยงอข้อศอก 90 องศา และคว่ำมือ ผู้ตรวจจับข้อศอกหรือไหล่ของผู้ป่วยก็ได้ อีกมือจับที่มือหรือข้อมือบอกให้ผู้ป่วยหงายมือขึ้น ผู้ตรวจออกแรงต้านการหงายมือ หากมีอาการเจ็บแสดงว่ามีการอักเสบของเอ็น

การทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อไหล่

	<p>ให้ผู้ป่วยกางแขนออก เกร็ง แขนต้านแรงพยาบาลที่พยายามกด ลงให้แขนผู้ป่วยลงแนบลำตัว</p>
	<p>ให้ผู้ป่วยกางแขนออก แล้ว พยายามหุบแขนลงแนบลำตัวต้าน กับแรงพยาบาลที่พยายามยกแขน ผู้ป่วยขึ้น</p>

การตรวจข้อต่อขากรรไกร

1. การคลำข้อต่อขากรรไกร ใช้ปลายนิ้วคลำที่ Targus ด้านหน้าของหูทั้งสองข้าง และคลำที่ข้อต่อ ให้ผู้ป่วยอ้าปากดูว่ามีเสียงสแนปปีงหรือไม่ ปกติจะไม่มีเสียงใดๆ มีอาการเจ็บ มีเสียงกรอบแกรบหรือไม่ อ้าปากไม่ได้หรือได้น้อยเนื่องจากการอักเสบของข้อหรือไม่

2. การเคลื่อนไหวของข้อต่อขากรรไกร (Test rang of Motion) ให้ผู้ป่วยอ้าปากออกให้กว้างที่สุด ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางวางหน้าหู คลำดูบริเวณรอยต่อของกระดูกขมับและขากรรไกร ให้ผู้ป่วยขยับขากรรไกรจากซ้ายไปขวาและขวาไปซ้าย ปกติจะเคลื่อนได้ 1-2 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยขยับขากรรไกรยื่นออกมาและดันเข้าไป

3. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเทมโพลาริส (Test Strength of Temporalis Muscle) ผู้ป่วยอ้าปากค้างไว้ ผู้ตรวจวางมือใต้คางออกแรงต้านปิดปาก ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยกัดฟันทำการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเทมโพลาริสและกล้ามเนื้อ

Masseter ปกติจะหดเกร็งดี ไม่เจ็บ แสดงถึงการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ปกติ

การตรวจกล้ามเนื้อคอ (Cervical Spine)

1. การดูคอ ดูความสมมาตรของกล้ามเนื้อคอ ไหล่ สังเกตแนวโค้งกระดูกสันหลัง สังเกตแอ่งบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าทั้งสองข้างเท่ากันหรือไม่

2. การคลำคอ คลำด้านหลังตั้งแต่คอ กระดูกสันหลังคอ กล้ามเนื้อ Trapezius และ Sternocleidomastoid Muscle หาคความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความสมมาตร อาการกระดูก จุดกดเจ็บหรือปวดในแนวกลางหลังคอหรือกระดูกสันหลังคอ เริ่มจากท้ายทอยลงมา

3. การเคลื่อนไหวของข้อบริเวณคอ

3.1 การก้มคอ ผู้ป่วยนั่งตัวตรงก้มคอหรือศีรษะลง ปกติจะสัมผัสกับหน้าอก ถ้าช่องว่างให้วัดระยะห่างมุมปกติ 45 องศา

3.2 การเหยียดแขนคอ ผู้ป่วยนั่งตัวตรงแล้วแขนคอไปด้านหลังจนสุดแนวจมูกและหน้าผากจะเกือบอยู่ในแนวระนาบกับพื้น มุมปกติ 55 องศา มุมการเคลื่อนไหวทั้งหมดจากก้มไปเงยควรวัดต่างหาก หรือเอาผลรวมของทั้งสองมุมรวมกัน ก้มและเงยปกติ 130 องศา ขณะเคลื่อนไหวใช้มือคลำเสียงกรอบแกรบโดยวางฝ่ามือบนคอทั้งสองข้าง ให้ผู้ป่วยก้มและเหยียดคอ เสียงกรอบแกรบจากข้อต่อฟาเซทของกระดูกคอจะสัมผัสได้ในผู้ป่วยกระดูกคอเสื่อม

3.3 การเบี่ยงข้าง ผู้ป่วยนั่งตัวตรงดันศีรษะไปด้านข้างไปแตะที่ไหล่ ปกติจะแตะที่ไหล่ได้โดยมีการยกไหล่ขึ้นเพียงเล็กน้อยเพื่อให้หูแตะหัวไหล่มุมปกติ 40 องศา

3.4 การหมุนของกระดูกคอ ผู้ป่วยนั่งตัวตรงหันไปมองที่ไหล่อีกข้างหนึ่ง ผู้ตรวจใช้มือข้างหนึ่งแตะประคองที่คางและดันไปเล็กน้อย มืออีกข้างยันด้านหลังไหล่ข้างที่หมุนไปมอง ปกติคางจะไปอยู่หน้าต่อไหล่เล็กน้อย มุมปกติ 70 องศา

4. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Trapezius และ Sternocleidomastoid Muscle เป็นการทดสอบการทำงานเส้นประสาททสมงคู่ที่ 11 ทดสอบดังนี้

4.1 ผู้ป่วยนั่งตัวตรงวางมือที่ศีรษะด้านหน้าของผู้ป่วย ผู้ป่วยนั่งตัวตรงวางมือที่ท้ายทอยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเงยหน้าขณะผู้ตรวจออกแรงต้านการเคลื่อนไหว ศีรษะของผู้ป่วยทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Trapezius

4.2 ให้ผู้ป่วยก้มหน้าขณะผู้ตรวจออกแรงต้านการเคลื่อนไหวศีรษะ จับได้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid

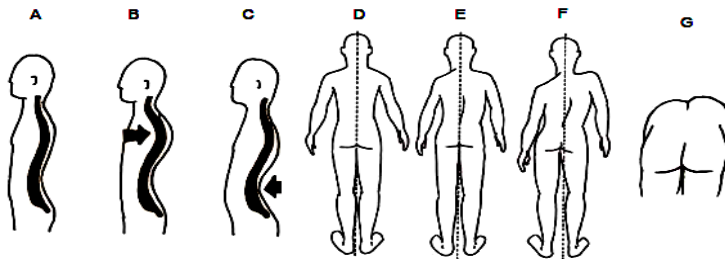
4.3 ผู้ป่วยนั่งตัวตรงหันหน้าไปด้านข้าง ผู้ตรวจออกแรงต้านการเคลื่อนไหว ศีรษะของผู้ป่วย

กระดูกสันหลังส่วนอกและเอว (Thoracic and Lumbar Spine)

1. การดูกระดูกสันหลังส่วนอกและเอว

ให้ผู้ผู้ป่วยยืนตัวตรง ดูด้านหลังและด้านข้าง คนปกติจะต้องยืนตัวตรงมีความสมมาตรของอวัยวะและละเยาง ด้านหลังกระดูกสันหลังต้องเป็นแนวตรง ความผิดปกติที่พบได้ เช่น กระดูกสันหลังคด เป็นการผิดรูปในแนวด้านหน้าเรียกว่า Scoliosis

ด้านข้างดูโค้งของ ออก เอว ความผิดปกติ เช่น กระดูกสันหลังแอ่น กระดูกสันหลังค่อม กระดูกสันหลังคด



A : Normal Spine B : Kyphosis C : Lordosis D : Normal Spine

E: Mild Scoliosis F : Severe Scoliosis G : Rib hump and lank asymmetry

ความปกติของกระดูกสันหลัง

2. การคลำกระดูกสันหลังส่วนอกและเอว

ผู้ป่วยก้มศีรษะเล็กน้อยตามแนวกระดูกสันหลังบริเวณด้านหลังลำคอตามแนวกระดูกสันหลังตั้งแต่กระดูกสันหลังส่วนคอ กระดูกสันหลังส่วนอก กระดูกสันหลังส่วนเอว กระดูกก้นกบ ดูอาการเจ็บ การกระตุกของกล้ามเนื้อ ปกติกระดูกสันหลังจะอยู่ในแนวตรง มีความสมดุลของไหล่ สะบักและอุ้งเชิงกราน เส้นโค้งของกระดูกสันหลังส่วนอกจะนูน เส้นโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอวควรจะเว้า ความผิดปกติที่พบคือ ปวดก้นกบโดยเฉพาะเวลานั่ง ปวดกล้ามเนื้อหลัง เกร็งตัว ปวดตรงกลางสันหลังส่วนล่าง



3. การเคาะ

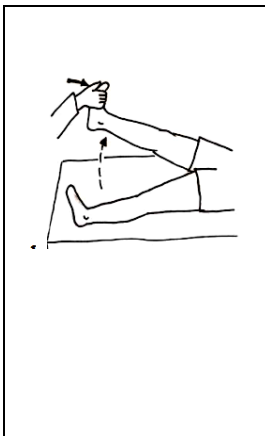
ใช้นิ้วเคาะเบาๆ ที่แนวกระดูกสันหลังเพื่อสังเกตอาการเจ็บ ถ้ากดเจ็บแสดงถึงอาการอักเสบ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ

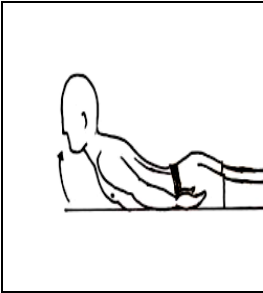
4. การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง

ให้ผู้ป่วยก้มตัวเอามือแตะเข่าอย่างช้าๆ ไม่งอเข่า สังเกตการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังว่ามีติดขัดหรือไม่ สังเกตแนวกระดูกสันหลัง วัดมุมกระดูกสันหลังมุมปกติ 75 ถึง 90 องศา

ให้ผู้ป่วยยืนตรงและแอ่นไปด้านหลัง สังเกตการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังเป็นไปอย่างราบรื่นหรือไม่ ติดขัดบริเวณใด วัดมุมกระดูกสันหลังปกติ 30 องศา



	<p>5. Straight leg -raising tesr : SLET ตรวจที่ละข้าง ให้ตรวจข้างที่มีอาการปวดก่อนยกขาขึ้นจากเตียง 70-90 องศา โดยไม่งอเข่า ผู้ป่วยบอกว่าปวดหลังร้าวมาที่ขา ถ้างอเข่าหรือลดขนาดอาการปวดจะหายไปแสดงว่าเป็นผลบวก เป็นอาการบ่งชี้สำคัญของ Nerve Root Irritation หรือ Lumbar Disk Herniation ที่ระดับ L4, L5 และ S1 ปวดที่หลังแสดงถึงการแตกของหมอนรองกระดูกสันหลังที่ตรงกลาง ปวดขาแสดงถึงการแตกของหมอนรองกระดูกสันหลังด้านข้าง</p>
--	---



6. Femoral stretch Test ทำการตรวจโดยให้เส้นประสาท Femoral ถูกดึงยืด ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหรือตะแคงโดยให้ขาข้างที่จะตรวจอยู่ด้านบนเหยียดขามากกว่าปกติไปทางด้านหลัง งอเข่าเล็กน้อย มีอาการปวดร้าวไปตามแนวด้านหน้าและค่อนข้างไปทางด้านข้างของต้นขาบ่งบอกถึงการอักเสบเส้นประสาทระดับ L2, L3, L4

การตรวจข้อสะโพกและขา (Hip & Legs)

1. การดูข้อสะโพกและขา ให้ผู้ป่วยยืนท่าตรง สังเกตสะโพกกล้ามเนื้อสะโพกเข้า ขามีความสมมาตรหรือไม่ กระดูกเชิงกรานเฉียงข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่ มีขาเล็บหรือไม่ ผิดรูป ขาเฉียงหรือโก่ง ปกติเวลาขึ้นขาจะบิดออกข้างนอกนิดหน่อยไม่เกิน 15 องศา สังเกตขาเท่ากันสองข้างหรือไม่ มีการบิดของกระดูกหน้าแข้งหรือไม่

2. การคลำข้อสะโพกและขา ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียงคลำรอบๆ ข้อสะโพกและรอบขา ทั้งสองข้าง มีอาการบวม ร้อน กดเจ็บหรือไม่ ใช้มืออีกข้างกำที่หัวเข่าแล้วหมุนขาเข้าด้านในและออกด้านนอก มีเสียงกรอบหรือเจ็บในข้อสะโพกหรือไม่

3. การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกและขา

การงอ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาขึ้นเหนือพื้นไม่งอเข่า มุมปกติคือ 90 องศา

การงอข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายยกเข่าข้างหนึ่งแตะหน้าอก โดยขาอีกข้างเหยียดตรงอยู่ที่เตียง เปรียบเทียบมุมปกติคือ 120 องศา

การเหยียดมากกว่าปกติของข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยยืนหรือนอนคว่ำแล้วแกว่งหรือเหวี่ยงขาข้างหนึ่งไปด้านหลัง มุมปกติคือ 30 องศาหรือน้อยกว่า


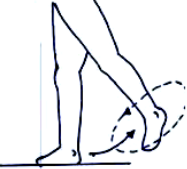
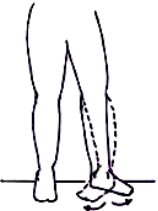
การกางและหุบของข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ไม่งอเข่า วาดขาไปด้านนอกลำตัวและด้านในลำตัวจนสุด มุมปกติเมื่อวาดขาออกนอกลำตัวได้ 45 องศา มุมปกติเมื่อวาดขาเข้าหาลำตัวได้ 30 องศา

การหมุนเข้าด้านในลำตัวของข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรงงอ

- 118 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

เข่า โดยให้เท้ายังวางอยู่ที่เตียง พับเข่าที่นอนอยู่เข้าด้านในลำตัวที่ละข้าง มุมปกติเมื่อพับเข่าที่งออยู่เข้าหาลำตัวคือ 40 องศา

การหมุนออกด้านนอกของข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรงงอเข่าโดยให้เท้าวางที่เข่าของขาอีกข้าง กดเข่าข้างที่งอกลงไปให้สัมผัสพื้นเตียง มุมปกติเมื่อกดเข่าข้างที่นอนอยู่เข้าหาเตียงคือ 45 องศา


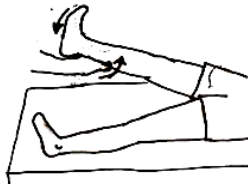
	<p>ให้ผู้ป่วยเหยียดขาและยกสูงขึ้นเท่าที่จะทำได้ (Flexion)</p>
	<p>กางขาออก (Abduction) หุบขาเข้า (Adduction)</p>
	<p>แกว่งขาเป็นวงกลม (Circumduction)</p>
	<p>การหมุนขาเข้าข้างใน (Internal Rotation) การหมุนขาออกข้างนอก (External Rotation)</p>

4. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อสะโพก

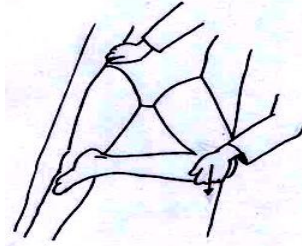
กล้ามเนื้อทำหน้าที่งอข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาขึ้นค้างไว้ เขยียดเข้าตรง เกร็งต้านแรงผู้ตรวจที่กดขาลง

กล้ามเนื้อทำหน้าที่เหยียดข้อสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาเหยียดเข้า แล้วพยายามกดขาลงกับที่นอนต้านแรงกับผู้ตรวจที่พยายามยกขาขึ้น

กล้ามเนื้อทำหน้าที่กางและหุบ ให้ผู้ป่วยนอนหงาย เขยียดขาตรงไม่งอเข้าวาดขาไปด้านนอกลำตัวและด้านในลำตัวจนสุด

	<p>นอนหงายเหยียดขาตรง ยกขาเกร็งต้านแรงกดลง เป็นการทดสอบกำลังกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Flexion ของข้อสะโพก</p>
	<p>นอนหงาย ยกเหยียดเข้าแล้วพยายามกดขาลงกับที่นอนต้านแรงกับแรงพยาบาลที่พยายามยกขาขึ้น เป็นการทดสอบกำลังกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Extension ของข้อสะโพก</p>

5 Fabere test หรือ Patrick test การตรวจข้อกระดูกเชิงกราน นอนหงาย งอเข่าอีกข้าง วางเท้าที่บริเวณกระดูกสะบ้าของเข่าอีกข้างหนึ่งให้เป็นเลข 4 ใช้มือดันเข่าข้างนั้นลงติดกับพื้นเพื่อให้ขาหมุนออก ต่อจากนั้นให้หมุนข้อสะโพกเข้าด้านใน โดยการจับเข่าหมุนเข้าข้างใน และเท้าหมุนออกข้างนอก ถ้ามีการอักเสบจะมีอาการปวดที่สะโพก



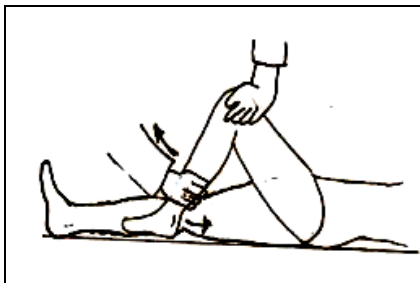
การตรวจข้อเข่า

1. การดูเข่า ดูผิวหนังมีกล้ามเนื้อลีบ สีผิว บวม กระจกขาทตรงหรือไม่ มุมระหว่าง Femur และทibia ควรน้อยกว่า 15 องศา

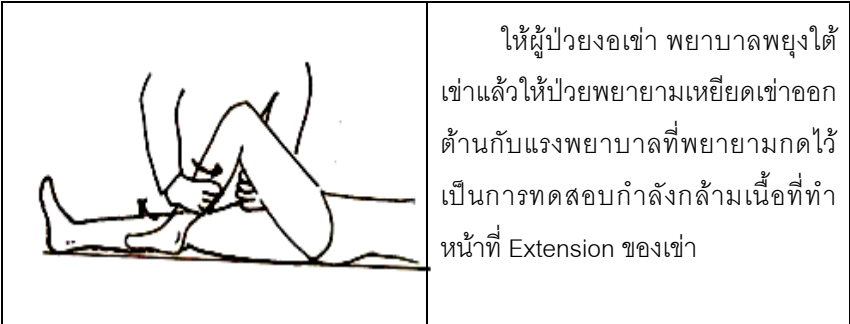
2. การคลำแอ่งขาพับและช่องว่างในข้อ สังเกตอาการบวมการกดเจ็บการคลำไม่พบแอ่งขาพับอาจบ่งชี้ถึง Popliteal cyst คลำดูว่าข้อต่อเคลื่อนไหวคล่องและแน่นดี ไม่เจ็บ ไม่บวม ไม่พบก้อน หรือเสียงกรอบแกรบ

3. การเคลื่อนไหวของข้อเข่า ให้ผู้ป่วยงอและเหยียดเข่าให้สุดมุมปกติคือ 0-15 องศาและ 130 องศาตามลำดับ

4. กำลั้กล้ามเนื้อของข้อเข่า ทดสอบกำลั้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอเข่า ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอน งอเข่าเกร็งค้างไว้ต้านกับแรงผู้ตรวจที่พยายามดึงขาผู้ป่วยออก กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยืดเข่า ให้ผู้ป่วยงอเข่า พยายามพยุงได้เข่าแล้วให้ผู้ป่วยพยายามเหยียดเข่าออกต้านกับแรงพยาบาลที่พยายามกด

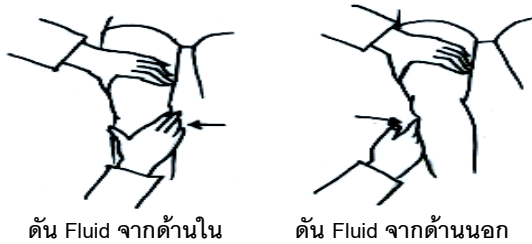


งอเข่าเกร็งค้างไว้ต้านกับแรงพยาบาลที่พยายามดึงขาออก เป็นการทดสอบกำลั้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Flexion ของเข่า



5. **Ballotement Test** คือการตรวจการบวม โดยมีของเหลวเพิ่มในข้อเข่า ให้ผู้ป่วยนอนเหยียดขา พยายามยกขาหรือโยกสะบ้าจะได้รับความรู้สึกที่ลูกสะบ้าแกว่งตัวอยู่บนของเหลว ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมืออีกข้างคลำที่บริเวณด้านนอกและด้านในของลูกสะบ้า มืออีกข้างกดและปล่อยขอบบนของช่องในข้อเข่า สังเกตแรงกระทบที่นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ตามจังหวะของแรงดันน้ำในข้อ

6. **Bulge Sign** ถ้าน้ำในข้อมีประมาณ 4-8 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ต้องอาศัยการตรวจ **Strech Test** ผู้ป่วยนอนเหยียดขา บีบกดบริเวณด้านในของลูกสะบ้า จะเห็นแรงกระเพื่อมของน้ำที่ผิวด้านนอกของเข่า สังเกตการโป่งพองของผิวด้านตรงข้าม



7. **McMurray Test** ผู้ป่วยนอนหงายในท่าเข่าเหยียดตรง มือหนึ่งของพยาบาล จับสันเท้าผู้ป่วยเพื่อบิดขาเข้าใน อีกมือหนึ่งจับที่ข้อเข่าค่อยๆ งอเข่าเข้าไปจนสุด สังเกตความรู้สึกที่นิ้วหัวแม่มือบริเวณข้อต่อระหว่างกระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้ง ถ้ารู้สึกว่ามีเสียงดังคลิกในข้อเข่า หรือผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บในขณะบิดขาในท่านั้น

แสดงว่าเป็นผลบวก อาจหมายถึงหมอนรองกระดูกซี่กนออกฉีกขาด จากนั้นทำซ้ำโดยบิดเท้าออกนอกเช่นเดียวกัน ถ้าพบความผิดปกติจะหมายถึงหมอนรองกระดูกซี่กนในฉีกขาด

การตรวจเท้าและข้อเท้า

การดูเท้าและข้อเท้า สังเกตรูปร่าง ขนาด ลักษณะ จำนวนนิ้วเท้า ตาตุ่ม ต้องมน กลม เรียบ ความผิดปกติที่อาจพบได้ ได้แก่ นิ้วเท้า Hammer toe เป็นการผิดรูปในท่างอและติดแน่นของข้อนิ้วเท้า นิ้วเท้างุ้ม ภาวะนิ้วโป้งเท้าเก เป็นการเอียงไปด้านข้างของนิ้วโป้งนำไปสู่การสันของนิ้วชี้ อาการแดง บวม ร้อน เจ็บ บ่งชี้ถึงการอักเสบของข้อ

คลำเท้าและข้อเท้า คลำเอ็นร้อยหวายและกระดูกฝ่าเท้า ดูการหนาตัวของเอ็นร้อยหวาย กดส่วนหน้าของเท้า คลำข้อโคนนิ้วเท้า สังเกตการบวมและการเจ็บ

ปัดข้อเท้า ต้องคลำดูข้อเท้าว่ามีตาตุ่มด้านนอกหรือด้านในผิดปกติหรือไม่ เท่ากันหรือไม่ มีการติดขัดของข้อ การสันและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือไม่ การเดินลากเท้าหรือไม่ มีการเดินตบเท้าหรือเดินแบบฝ่าเท้าตกลงพื้นอย่างแรงหรือไม่ เดินขาต่างออกหรือไม่

การประเมินการเคลื่อนไหวของข้อเท้า การกระดกปลายเท้า โดยให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้น วัดมุมที่เคลื่อนไหวปกติ 20 องศา การกดฝ่าเท้าลงโดยให้ผู้ป่วยกดปลายเท้าลง วัดมุมที่เคลื่อนไหวปกติ 45 องศา การพลิกข้อเท้าเข้าด้านในโดยให้หมุนเท้าเข้าด้านใน วัดมุมเคลื่อนไหวปกติ 30 องศา การพลิกข้อเท้าออกด้านนอก โดยให้หมุนเท้าออกด้านข้าง วัดมุมที่เคลื่อนไหวปกติ 20 องศา การงอและเหยียดของส้นเท้า ให้งอเท้าขึ้นและงอนิ้วเท้าลง

การตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเท้าและข้อนิ้ว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอข้อเท้า ให้ผู้ป่วยเหยียดปลายเท้าลงต้านแรงพยาบาล พยายามดันปลายเท้าขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อเท้า ให้ผู้ป่วยพยายามกระดก

เท้าขึ้นด้านแรงพยาบาลที่พยายามกดลง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่พลิกข้อเท้าเข้าด้านในของข้อเท้า ให้ผู้ป่วยพยายามบิดเท้าเข้าข้างในด้านกับแรงพยาบาลที่พยายามบิดออก กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่พลิกข้อเท้าออกด้านนอก ให้ผู้ป่วยพยายามบิดฝ่าเท้าออกข้างนอกด้านกับแรง พยาบาลที่พยายามบิดเข้า

	<p>แสดงเท้าปุก (Club foot)</p>
	<p>เหยียดปลายเท้าลงด้านแรงพยาบาลที่พยายามดันขึ้น เป็นการทดสอบกำลัง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Flexion ของข้อเท้า</p>
	<p>กระดกเท้าขึ้นด้านแรงพยาบาลที่พยายามกดลง เป็นการทดสอบกำลัง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Extension ของข้อเท้า</p>

	<p>บิดเท้าเข้าข้างในด้านกับแรงพยาบาล ที่พยายามบิดออก เป็นการทดสอบกำลัง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Inversion ของข้อเท้า</p>
	<p>บิดฝ่าเท้าออกข้างนอก ด้านกับแรง พยาบาลที่พยายามบิดเข้า เป็นการทดสอบ กำลังกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ Eversion ของ ข้อเท้า</p>
	<p>งอนิ้วเท้าด้านแรงพยาบาลที่พยายามดึง นิ้วออกเป็นการทดสอบกำลังกล้ามเนื้อที่ทำ หน้าที่ Flexion ของข้อนิ้วเท้า</p>
	<p>เหยียดนิ้วเท้าออกตามแรงพยาบาลที่ กดไว้ เป็นการทดสอบกำลังกล้ามเนื้อที่ทำ หน้าที่ Extension ของข้อนิ้วเท้า</p>

การประเมินภาวะสุขภาพระบบประสาท

วิธีการตรวจ ให้สังเกตผู้ป่วยตั้งแต่เดินเข้ามา ลักษณะการแต่งกาย สุขวิทยา ส่วนบุคคล สีหน้า ท่าทาง มารยาท อารมณ์ สำนวนการพูด ภาวะความรู้สึกตัว ในการซักประวัติควรตั้งคำถามถามเพื่อประเมินในด้านความจำ สติปัญญา ไหวพริบ ปฏิภาณ พฤติกรรม และการตัดสินใจ

ในผู้ป่วยไม่คอยรู้สึกตัวต้องบ่งให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีความสามารถโต้ตอบ การกระตุ้นหรือสิ่งแวดล้อมอย่างไร เช่น ความสามารถในการตอบคำถาม การปฏิบัติตามคำสั่ง ปลุกแล้วตื่นหรือไม่ตื่น ไม่ควรใช้คำอธิบายคำเดียวว่า Coma, Semicoma หรือ Unconscious

ระดับความรู้สึกตัวแบ่งได้เป็นดังนี้

1. ความรู้สึกตัว (Full Awake or Alert) เป็นปกติเหมือนกับคนทั่วไป
2. ซึม (Drowsiness) แต่ยังพุดรู้เรื่อง คอยจะหลับต้องเรียกอยู่เรื่อยๆ
3. สับสน (Confusional State) พุดจาผิดๆ ถูกๆ บางครั้งทำตามคำสั่งไม่ได้ อาจไม่รู้สถานที่ เวลา และบุคคล ความจำเสื่อมบางครั้งอาจเอะอะ
4. พุดจาไม่รู้เรื่อง บางครั้งมีพฤติกรรมกวนๆ หงุดหงิด ตอบคำถามไม่ได้
5. ซึมมาก (Stupor) เรียกและเขย่าไม่ตื่น ต้องหยิกแรงๆ จึงจะลืมตา ยกมือขึ้นมาปิดแล้วหลับต่อ
6. ไม่รู้สึกตัว (Coma) ไม่มีการโต้ตอบที่ถูกต้องต่อการกระตุ้น เช่น เด็กไม่ปิด ไม่เคลื่อนไหว

ส่วนใหญ่จะปรากฏอาการและอาการแสดง ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความสนใจ การพุดจา
- การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของการรับรู้สถานที่ เวลา คน ความจำ การตัดสินใจ
- อาการหลงลืม (Delirium Dementia) ปวดศีรษะ (Headache) วิงเวียน

- 126 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

(Dizziness or Vertigo) บ้าหมุน

- กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซา ไม่รู้สึก
- สูญเสียความรู้สึกตัว เป็นลม
- อาการชักเกร็ง (Szure) มีลักษณะคือ อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใดอาจมีอาการนำมาก่อน มักจะชักที่แขนขา โดยเริ่มด้วยการเกร็ง (Tonic) ตามด้วยกระตุก (Clonic) ไม่เกิน 5 นาทีแล้วจะหยุดเอง ระหว่างชักอาจมีปัสสาวะ อุจจาระราดได้
- อาการสั้นหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้
- การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Cerebellar Ataxia)
- Wide Base Gait ผู้ป่วยจะเดินโซเซ ขากาง ก้าวไม่สม่ำเสมอ โอนเอนไปมาเหมือนคนเมาทั้งหลับและลืมตา พบร่วมกับโรค Cerebellum
- Parkinsonian Gait ยืนตัวเอียง ตัวแข็ง สะโพกเข่างอ เวลาเดินจะเอาศีรษะนำไปก่อน แขนไม่แกว่ง ก้าวสั้น ลากเท้า เมื่อหมุนตัวมีลักษณะคือ หลังโก่ง บางครั้งเดินไปแล้วหยุดเฉยๆ
- Scissors Gait เดินเกร็งขาซ้าย ขัดเท้าแกว่งขึ้นลง ต้นขามักจะไขว้กันในขณะก้าวแต่ละก้าวจะสั้น
- Sensory Ataxia เดินกางขา ก้าวขาไม่สม่ำเสมอ ยกขาสูงและปล่อยลงอย่างแรง ผู้ป่วยมักมองพื้นเพื่อจะได้เดินถูกทางระยะก้าวไม่สม่ำเสมอทำ Romberg Test ได้ผลบวก พบในกรณี Position Sense เสียไป
- Spastic Hemiparesis เดินลากนิ้วเท้า ขาข้างหนึ่งเหยียดและเหวี่ยงออกขาจะหมุนเข้าในร่วมกับแขนข้างหนึ่งงอตัวและไม่แกว่ง พบร่วมกับโรค Upper Motor neuro ข้างเดียวกับ Hemiplegia
- Steppage Gait เดินยกเท้าสูง เข่างอแล้วปล่อยเท้าตกลงมาเหมือนกับก้าวขึ้นบันไดหรือ Footdrop พบร่วมกับโรค Lower Motor Neuron

การซักประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ควรซักระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการนานเท่าไร อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง อะไรที่ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นหรือทำให้ทุเลาลง การเปลี่ยนแปลงสูญเสียความสามารถทางเขavnปัญญา (คือบุคลิกภาพเปลี่ยน ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถขับรถได้จากเดิมที่เคยทำได้) มีอาการปวดหัว เวียนศีรษะ บ้านหมุน ชัก หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน สูญเสียการมองเห็น การได้ยินหรือมีเสียงในหู ท่าเดินผิดปกติ แขนขาอ่อนแรง ซา พุดลำบาก พุดไม่ชัด กลืนลำบาก บัสสาวะลำบาก นอนหลับผิดปกติ (นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป)

การประเมินร่างกายในระบบประสาทมีขั้นตอนการตรวจดังนี้

1. สภาพทั่วไป สภาพร่างกายและอารมณ์ขณะที่ถูกสัมภาษณ์ เชิงโครงสร้างร่างกายเหมาะสมกับร่างกายกับอายุ ท่าทาง การแต่งกาย ความสะอาด แสดงสีหน้า ท่าทาง

2. พฤติกรรมทั่วไปขณะสัมภาษณ์ การเคลื่อนไหว รวมถึงการทรงตัว ความคล่องแคล่วขณะเคลื่อนไหว

3. ท่าทีของผู้ป่วยโดยดูจาก

3.1 Speech ลักษณะการพูดของผู้ป่วยทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เช่น พุดคล่องแคล่ว พุดน้อย พุดพอสมควรแต่เนื้อหาบ่นน้อย ได้ตอบซ้ำ พุดปกติแต่บ่นเป็นนัยๆ พุดเร็ว พุดช้า พุดกุดตัน ลังเล พุดเสียงระดับเดียว พุดเสียงดัง พุดกระซิบ หรือ พุดพิมพ์ เป็นต้น

3.2 Emotion ได้แก่ อารมณ์โดยพื้นฐาน การแสดงอารมณ์และลักษณะของอารมณ์ โดยสังเกตสีหน้า ท่าทาง ความคิด

3.3 Perception การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอกของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น ได้ยินขณะที่ผู้อื่นไม่ได้ยินเสียง เห็นภาพขณะที่ผู้อื่นไม่เห็น ความผิดปกติของการรับรู้ ได้แก่

3.3.1 ประสาทหลอน (Hallucination) คือการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ผิดไปจากความเป็นจริง โดยปราศจากสิ่งเร้าจากภายนอก ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน ประสาทหลอนผิวหนังสัมผัส ประสาทหลอนทางจมูก เป็นต้น

3.3.2 การแปลการรับรู้สัมผัสผิด (Illusion) คือการรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ เช่น แปลสิ่งเร้าผิดไปจากความจริง ผู้ป่วยโรคสมองอาจมีอาการเห็นสายน้ำเกลือเป็นงู

3.4 Sensorium and Cognitive ตรวจสุขภาพจิตใจบ่งบอกถึงความสามารถในการทำงานของสมองและระดับสติปัญญา

3.5 Consciousness เป็นการรับรู้สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ความผิดปกติที่อาจพบได้

3.6 Orientation เป็นการรับรู้สภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดูที่ Time ถามวัน วันที่ เดือนปี (ถ้าคำตอบที่คลาดเคลื่อนเล็กน้อยถือเป็นเรื่องปกติ) Place สถานที่ถามชื่อโรงพยาบาล ตำแหน่งที่ผู้ป่วยอยู่ Person บุคคลถาม ชื่อผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคนในสถานที่นั้น

3.7 Concentratiochan โดยให้ผู้ป่วยลบเลข 100 - 7 หรือนับเดือนย้อนหลัง

3.8 Memory

3.8.1 Immediate Memory พยาบาลพูดเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามเริ่มจากเลขน้อยๆ ก่อนเช่น 59 387..... ผู้ป่วยปกติจะพูดได้ประมาณ 7 หลักและพูดเลขกลับหลังได้ประมาณ 5-6 หลัก

3.8.2 Recall ผู้ป่วยจำสิ่งของ 3 สิ่งแล้ว ถามหลังจากผ่านไปแล้วประมาณ 5 นาที

3.8.3 Recent Memory ถามถึงเหตุการณ์ภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น อาหารมื้อเย็นมีกี่อย่าง อะไรบ้าง ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอย่างไร

3.8.4 Remote Memory ถามถึงเหตุการณ์สำคัญในอดีตที่ผ่านมาหลายปี เช่น วันเกิด จำนวนและชื่อลูก จำนวนญาติพี่น้อง เป็นต้น

3.9 Information and Intelligence เป็นการทดสอบที่บ่งบอกว่ามี Organic mental in pairment หรือไม่ เช่น ให้บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน จังหวัดในภาคอีสาน วันหยุดราชการ เป็นต้น

3.10 Judgement เป็นการตรวจเรื่องการประเมิน การคาดหมายผลที่จะตามมา การปรับตัวในสภาพแวดล้อมต่างๆ แบ่งเป็น

3.10.1 Social Judgement การสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะอยู่กัพยาบาลว่าเหมาะสมหรือไม่

3.1.2 Test Judgement ตรวจโดยบอกเล่าเหตุการณ์แล้ว ให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เช่น ถ้าเห็นซองจดหมายที่จำหน่ายของติดแสตมป์เรียบร้อยแล้วจะทำอย่างไร เห็นไฟไหม้โรงพยาบาลนครจะอย่างไร เป็นต้น

3.11 Insight ตรวจจากรู้สภาพและเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมีระดับต่างกัน เช่น ไม่เชื่อว่าตนเองป่วยยอมรับว่าตนเองป่วยและทราบถึงสาเหตุแต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนของบุคลิกภาพเดิมได้ สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้ เป็นต้น

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) การเปลี่ยนแปลงการรู้สึกตัวเป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติของระบบประสาทที่สำคัญ ความรู้สึกตัวเป็นการทำงานของภาวะตื่นตัวและภาวะตระหนักรู้

ภาวะตื่นตัว (Arousal หรือ Alertness) ประเมินได้จากการลืมตาของผู้ป่วยว่าสามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อเรียกด้วยเสียงพูด ถ้าไม่ลืมตาเลยแสดงว่าไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นเสียง จำเป็นต้องใช้ความเจ็บปวดในการกระตุ้น

ภาวะตระหนักรู้ (Awareness) ประเมินจากความรู้สึกตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยใช้คำถาม เช่น คุณชื่ออะไร ขณะนี้อยู่ที่ไหน วันนี้วันอะไร เวลาอะไร ประเมินดูการ

- 130 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ตอบสนองด้วยคำพูด การเคลื่อนไหว ท่าทางและอารมณ์

การแบ่งระดับความรู้สึกตัว

Fullconsciousness	ผู้ป่วยรู้สึกดี ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม รู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลดี
Confusion	ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ความสนใจและความสามารถในการจดจำลดลง ไม่ค่อยทำตามคำสั่งที่มีความผิดปกติของการรับรู้ มีประสาทหลอน วิตกกังวล กระสับกระส่ายหงุดหงิด สับสน เป็นมากขึ้นในช่วงกลางคืน
Lethargy	มีอาการง่วงซึม ยังมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล พูดช้า กระบวนการคิดและการเคลื่อนไหวช้าลงยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
Obtundation	มีอาการซึ่มอย่างมาก สามารถตื่นได้เมื่อกระตุ้นด้วยเสียง ทำตามคำสั่งง่ายๆ ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
Stupor	นอนนิ่งเฉยบนเตียง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองเล็กน้อย ไม่ค่อยตอบสนองต่อการกระตุ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดหรือลิ้มตามากระตุ้น
Light coma or semicoma	ไม่ตื่น ไม่มีการเคลื่อนไหว กระตุ้นด้วยความเจ็บปวดจะกระซิกแขนขาหนีอย่างมีจุดหมาย
Coma	ไม่ตื่นเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดตอบสนองโดยเคลื่อนไหวอย่างไม่มีจุดหมาย


การประเมินภาวะสุขภาพประสาทสมอง (Cranial Nerve)

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 Olfactory Nerve หน้าที่ได้รับกลิ่น

	<p>การตรวจ ให้ผู้ป่วยหลับตาแน่ใจว่าจมูกทั้งสองข้างไม่ตัน ใช้สิ่งที่มีกลิ่นกระตุ้นปลายประสาทสมอง เช่น แอมโมเนีย น้ำมันสน น้ำมันก๊าดพลูให้ดมทีละข้าง</p>	<p>การแปลผล ถ้าได้กลิ่นเสียไปข้างใดข้างหนึ่งแสดงว่ามีความผิดปกติที่ Frontal lobe</p>
---	---	---

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 Optic nerve หน้าที่มีการเห็นแสงสีและภาพ

	<p>การตรวจวัดสายตาสายตา ใช้แผ่น Snellen Chart เพื่อดูความสามารถในการเห็น</p>	<p>การแปลผล อ่านไม่ออกต้องใช้ Pinphone ถ้ามองไม่เห็นอาจเกิดตาบอดได้</p>
	<p>การตรวจลานสายตา ให้ผู้ป่วยจ้องนิ่งอยู่ที่จมูกของผู้ตรวจไม่ให้เคลื่อนไหวลูกตา ผู้ตรวจค่อยๆ เคลื่อนมือเข้ามาทางด้านข้างของลานสายตาให้ผู้ป่วยบอกทันทีที่เห็นมือผู้ตรวจที่เคลื่อนไหวเข้ามา</p>	<p>การแปลผล ปกติผู้ตรวจและผู้ป่วยควรจะเห็นมือพร้อมๆ กัน</p>

	<p>การตรวจดูขั้วประสาทตา ใช้เครื่องมือตรวจตา octomoscope</p>	<p>การแปลผล ปกติจะเห็นขอบ Disc ชัด ถ้าเห็นไม่ชัดบอถึง การบวมของขั้วประสาท หรือการอักเสบของขั้วประสาทตา ปกติขั้วประสาทตาสีค่อนข้างแดงหรือเหลือง หากมีการกดรัด หรือ อักเสบ ขั้วประสาทตาสีขาว เห็นขอบชัดมากกว่าปกติ</p>
---	---	---

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3,4,6 ทำหน้าที่การมองเห็น

 <p>Direct Light Reflex</p>	<p>การตรวจ</p> <p>1. Direct Light Reflex ส่องไฟที่เข้าตาข้างหนึ่งแล้วดูปฏิกิริยาต่อแสงที่เข้าตาข้างนั้น</p>	<p>การแปลผล</p> <p>1. Mydriasis รูม่านตาโตมากกว่าปกติ พบในรายที่ Sympathatic Nerve ทำงานเกินกว่าปกติ ผู้ป่วยที่มีความกลัวและวิตกกังวลมาก</p> <p>2. Miosis รูม่านตาที่หดเล็กมากพบในโรค Cerebrospinal Syphilis</p> <p>3. Inequality of</p>
---	--	---

	<p>2. Consensual Light Reflex ส่องไฟ ม่านตาอีกข้างหนึ่ง แล้วดูปฏิกิริยาต่อแสง ที่ม่านตาอีกข้างหนึ่ง</p>	<p>Pupils รูม่านตาสองข้าง ไม่เท่ากัน พบในผู้ที่มีความพิการของประสาท สมองเส้นที่ 3 คือความ พิกิริยาที่ Sympathetic Nerve ข้างใดข้างหนึ่ง</p>
<p>Consensual light reflex examination</p>	<p>3. Reaction to convergence และ Accomodation ผู้ตรวจค่อยเคลื่อนนิ้ว อยู่กึ่งกลางระหว่าง</p>	<p>โรคม่านตาอักเสบ (Iritis) และ Syringimylia</p>
	<p>ตาทั้งสองจากไกลเข้ามา ใกล้ โดยให้มีแสง สว่างเท่าเดิม คุขนาด</p>	<p>4. Argyll Robertson Pupil รูม่านตาไม่มี</p>
	<p>ของรูม่านตาจะเล็กลง และตาทั้งสอง เคลื่อนเข้าหากันใน คนปกติ</p>	<p>ตาเล็กมาก ถ้าผู้ป่วยมอง ไกลรูม่านตาจะเล็กลง ใช้ ไฟฉายส่องดูรูไม่เล็กลง</p>
		<p>เป็นอาการของโรคซิฟิลิส ของระบบประสาทพบใน ผู้ป่วยโรค Tabes Dorsalis</p>

การตรวจอัมพาตของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 3,4,6

1. การตรวจอัมพาตของเส้นประสาทสมองที่ 3 (Oculomotor) ซึ่งควบคุม การกรอกลูกตา การยกหนังตาบน การหดตัวของรูม่านตา ถ้าเส้นนี้เป็นอัมพาต ผู้ป่วยไม่สามารถกรอกในตาขึ้นลงล่างหรือเข้าใน แต่สามารถกรอกออกนอกได้

2. การตรวจอัมพาตของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 4 (Trochlea) กล้ามเนื้อ Superior Oblique เป็นอัมพาต เมื่อผู้ป่วยมองลงจะมองเห็นของสิ่งเดียวเป็นของสองสิ่งซ้อนกัน ปกติการเคลื่อนไหวของลูกตาจะลงล่างและเฉียงเข้าใน

3. การตรวจสภาพของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 6 (Abducent) (การกรอกตา) เนื้อ Internal Rectus หดตัวอยู่เรื่อยๆ ทำให้เกิดการตาเหล่เข้าในและเห็นของสองสิ่งซ้อนกัน ปกติจะช่วยการเคลื่อนไหวลูกตาไปด้านข้าง

4. Nystagmus คือการที่ลูกตามีอาการกรอกเร็ว อาจกรอกไปข้างๆ หรือกรอกขึ้นลง หรือกรอกรอบๆ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวกับ Ocular Posture มีหลายสาเหตุ เช่น การรับภาพที่เสียไปในวัยเด็ก ความผิดปกติของ Cerebellum และพิษของยาบางชนิดอาจพบได้ ในคนปกติเมื่อมองวัตถุที่กำลังเคลื่อนอย่างเร็วๆ เช่น ในรถไฟที่กำลังเคลื่อนที่มีลักษณะ 3 ชนิด คือ

4.1 Direction of the quick and slow components ปกติตาจะกระตุกไปและกลับเร็วซ้ำไม่เท่ากัน การเรียกชื่อนั้นขึ้นอยู่กับทิศทางของความเร็ว เช่น ถ้ากระตุกไปข้างซ้ายอย่างรวดเร็วและคืนกลับมาทางขวาอย่างช้าๆ เรียกว่า Nystagmus to the left บางครั้ง Nystagmus จะมีเพียงเล็กน้อยและเป็นไปอย่างช้าๆ เรียกว่า Pendular Nystagmus



4.2 Plane of the movement การเคลื่อนไหวของ Nystagmus อาจเกิดขึ้นใน Plane เดียวหรือหลายๆ Plane ได้

4.3 Field of gaze in which nystagmus appears โดย Nystagmus อาจจะมีเกิดในทิศทางใดก็ได้เมื่อคนปกติเหลียวมองด้านข้างมากกว่าปกติ

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 Trigeminal Nerve ควบคุมกล้ามเนื้อรับความรู้สึก
จากหน้าและศีรษะ

	<p>การตรวจ ความรู้สึก ให้ผู้ป่วย หลับตาใช้เข็มหมุด หรือเข็มกลัดจิ้มตาม ผิวหนัง เพื่อให้ผู้ป่วย จำแนกปลายพุหรือ ปลายแหลมว่าจำแนก ได้หรือไม่</p>	<p>การแปลผล ถ้าผิดปกติไม่ สามารถจำแนกได้ให้ เปลี่ยนเป็นการรับความรู้สึก อุณหภูมิจำแนกว่าชนิดใด น้ำอุ่นหรือน้ำเย็น แล้วตรวจการ รับความรู้สึกสัมผัสโดยใช้ก้อน สำลีแตะผิวหนัง และให้ผู้ป่วย บอกเมื่อรับรู้สัมผัสนั้น ทดสอบ Corneal Reflex โดยใช้สำลี ม้วนปลายแหลมแตะที่ Cornea ไม่ให้ถูกขนตา ผู้ป่วยจะ กระพริบตาทันทีและมีน้ำตา ไหลถ้า Reflex หายไปแสดงว่า ประสาทสมองคู่ที่ 5 ผิดปกติ</p>
	<p>การตรวจ กำลังเคลื่อนไหว จับขากรรไกรล่างไว้ แล้วบอกให้ผู้ป่วย เคี้ยวเอื้อง</p>	<p>การแปลผล ให้ผู้ป่วยขบ ฟันสังเกตดูความตึงตัวของ กล้ามเนื้อ ทราบถึงกำลังของ กล้ามเนื้อ ตรวจกล้ามเนื้อ Temporal และ Masseter</p>


เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 Facial Nerve ทำหน้าที่แสดงสีหน้า รับรู้รสชาติจาก
ด้านหน้า 2 ส่วน 3 ของลิ้น

	<p>การตรวจกล้ามเนื้อ</p> <p>Frontalis ให้ผู้ป่วยทำหน้าผากย่นเพื่อดูกล้ามเนื้อ Frontalis</p> <p>ตรวจกล้ามเนื้อ</p> <p>Orbicularis oculi ให้ผู้ป่วยหลับตาทั้งสองข้างตามปกติ ตรวจกล้ามเนื้อแก้ม ให้ยิงฟันเต็มทีและทำปากจู๋</p>	<p>การแปลผล</p> <p>Frontalis ถ้าผิดปกติ ตาจะหลับไม่ลง มองเห็นตาขาว</p> <p>Orbicularis oculi ความผิดปกติจะอยู่ที่แก้มและมุมปาก หน้าครึ่งซีกจะอ่อนแรง</p>
	<p>ตรวจความรู้สึกรับรส</p> <p>ใช้ของหวาน เค็มเปรี้ยวขม ของทีละอย่างแตะที่ 2 ใน 3 ตอนหน้าของลิ้น ให้คนไข้ตอบว่ารสอะไรทีละอย่าง</p>	<p>การแปลผล ไม่รู้รสชาติ แสดงว่าประสาทสมองคู่ที่ 7 เสีย</p>

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 Acoustic Nerve ความสามารถในการฟังเสียง

(Cochlear

Division) และการทรงตัว (Vestibular Division)


<p>1. การตรวจ Function ของ Cochlear Nerve ให้กระชิบหรือพูดเบาๆที่หน้าหู ให้ผู้ป่วยพูดตามหรือให้ฟังเสียงนาฬิกาข้อมือ</p>	<p>การแปลผล ถ้ามี Lesion ที่ประสาท Cochlear ไตจะทำให้หูข้างนั้นหนวก ถ้ามี Compression หรือ Irritation ต่อเส้นประสาทเส้นนี้จะทำให้เกิดหูอื้อ</p>	
	<p>2. การตรวจ Conduction มี 2 วิธี คือ ตรวจ Air Conduction และ Bone Conduction 2.1 Weber Test โดยเคาะ Tuning fork แล้วเอาปลายตะกกลางศีรษะ คนปกติจะได้ยินการสั่นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง</p>	<p>แปลผล ผู้ที่มี Middle ear Infection ข้างใด จะได้ยินชัดกว่าข้างที่ปกติ เพราะกระดูกในรูหูชั้นกลางติดกันหมด ทำให้การนำเสียงไปถึงกะโหลกศีรษะได้เต็มที่</p>
	<p>2.2 Rinne Test โดยเคาะ Tuning fork แล้วแต่ที่ Mastoid process จนผู้ป่วยรู้สึก Tuning fork หยุดไม่ได้ยินอีกต่อไปแล้วจึงยก Tuning fork แล้ววางที่หน้าหู</p>	<p>แปลผล คนปกติจะได้ยินต่อไปแสดงว่า Air Conduction ดีกว่า Bone Conduction ถ้าฟังไม่ได้ยิน แสดงว่า Bone Conduction ดีกว่า Air Conduction ซึ่งพบในผู้ป่วยมี</p>

		ปัญหาภายในหู เช่น การติดเชื้อ การอักเสบของช่องหู
--	--	--

ประสาทสมองคู่ที่ 9 Glossopharyngeal ทำหน้าที่การลิ้มรส การกลืน การรับรสจากโคนลิ้น

การตรวจ ใช้ของหวาน เค็ม เปรี้ยว ขม ที่ละอย่างในการตรวจการรู่รส	การแปล ผลถ้า 1 ใน 3 ทางโคนลิ้นไม่รู้สึกรู้สีกแสดงว่าประสาทสมองคู่ที่ 9 พิการ
---	---

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 Vagus Nerve ทำหน้าที่คุมอวัยวะหลายแห่ง เช่น หัวใจ ทางเดินอาหาร

<p>1. Pharyngeal Reflex โดยเขาไม่เหยียด Pharynx ทีละข้าง</p>  <p>2. บอกให้คนไข้ออกเสียง “อา”</p> <p>3. ให้คนไข้กลืนและพูด</p>	<p>แปลผล ถ้า Reflex ข้างใดข้างหนึ่งไม่มีแสดงว่ามีพยาธิสภาพข้างนั้น</p> <p>แปลผล ในคนปกติลิ้นไก่จะกระตุกไปข้างหลัง ในคนที่อัมพาตของประสาทคู่ที่ 10 ลิ้นไก่จะเบนไปข้างที่ไม่เป็นอัมพาต</p> <p>แปลผล เบนไปโดยยากลำบากหรือในรายที่มีอัมพาตประสาทคู่ที่ 10 เวลากลืนจะสำลักอาหารออกทางจมูก</p>
--	---

เส้นประสาทคู่ที่ 11 Spinal Accessory ควบคุมกล้ามเนื้อ Sternomastoid และ

ส่วนบนของ Trapezius

	<p>1. การตรวจกล้ามเนื้อ Trapezius และ Sternomastoid ให้ผู้ป่วยหันหน้าด้านฝ่ามือพยาบาล เพื่อใช้กล้ามเนื้อ Trapezius บอกให้เหลียวหลังเดี่ยวหน้าเพื่อใช้กล้ามเนื้อ Sternomastoid</p>	<p>แปลผล ถ้าผิดปกติ จะทำให้กระดูกสะบักยื่นออกมาเป็นปึก</p>
	<p>2. การตรวจกำลังกล้ามเนื้อไหล่ ให้ผู้ป่วยนั่ง ผู้ตรวจยืนข้างหลัง กดไหล่ทั้งสองข้างผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยยกไหล่ทั้งสองข้างขึ้นพร้อมกัน</p>	<p>แปลผล เปรียบเทียบแรงที่ผู้ป่วยยกไหล่ทั้งสองข้างขึ้น</p>
	<p>การตรวจ ให้ผู้ป่วยแลบลิ้น</p>	<p>แปลผล ถ้าเกิดแผลที่ประสาทเส้นนี้จะทำให้ลิ้นเหี่ยวแฟบ ผู้ป่วยจะมีอาการพูดติดอ่าง กลืนลำบาก เคี้ยวอาหารลำบาก ลิ้นข้างที่เป็นอัมพาต สันลิ้นเอียงไปด้านข้าง เมื่อให้ผู้ป่วยแลบลิ้นลิ้น จะเอียงไปด้านตรงข้ามกับที่มีรอยโรค</p>

Cerebellar System Examination แบ่งการทดสอบเป็น 3 ส่วนคือ

1. Upper Extremities

- 140 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

- Finger to Nose Test ผู้ตรวจชูนิ้วชี้ของตนเองห่างจากหน้าผู้ป่วย 2 ฟุต ให้ผู้ป่วยใช้นิ้วแต่ละสลับระหว่างปลายนิ้วชี้ของผู้ตรวจกับปลายจมูกของตัวเอง และสลับไปมาให้เร็วที่สุด ทดสอบในขณะที่ผู้ป่วยเปิดตาและปิดตา จากนั้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมือ ก่อนการทดสอบผู้ตรวจควรบอกวิธีการทดสอบให้ผู้ป่วยฟังก่อนถ้าพบว่าปกติไม่ต้องตรวจ Upper Extremities ขึ้นต่อไป



- Rapid Alternating Movement Test ให้ผู้ป่วยใช้มือตบมือคว่ำหงายบนมืออีกข้างหนึ่ง ทำเร็วๆ ทดสอบสลับกันทั้ง 2 ข้าง อาจให้ผู้ป่วยใช้มือตบลงที่หน้าตักสลับคว่ำหงายทำพร้อมกันทั้งสองมือ



-ให้ผู้ป่วยใช้นิ้วหัวแม่มือแต่ละสลับเร็วๆ กับนิ้วมืออื่นข้างเดียวกัน ทดสอบมือทั้ง

สองข้าง



2. Lower Extremities

- Hell to Chin Test ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนใช้สันเท้าลากจากใต้เข่าลงไปตามหน้าแข้งเกาะขาอีกข้างลงไปสู่ปลายเท้าทดสอบขาทั้งสองข้าง

- ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนผู้ป่วย ใช้ปลายเท้าวาดเป็นรูปเลข 8 ทดสอบทั้งสองข้าง

3. Gait and Balance เป็นการทำงานประสานกันของ Vision, Vestibular และ Proprioception ผู้ป่วยต้องมีความปกติของอวัยวะ 2 ใน 3 นี้จึงจะสามารถทรงตัวอยู่ได้ทดสอบโดย

- Romberg Test ให้ผู้ป่วยยืนตรงเท้าชิดกันแล้วหลับตาหากผู้ป่วยเสียการทรงตัว Romberg test ให้ผลบวกแสดงว่า Cerebellar Damage ด้านเดียวกับที่ผู้ป่วยเอียง

- Tandem Gait (Heel to Toes) ให้ผู้ป่วยเดินต่อเท้า ถ้ามีพยาธิสภาพผู้ป่วยจะเซ ได้ไม่สามารถทรงตัวได้

- Tip Toes Walking ผู้ป่วยเดินโดยใช้ปลายเท้า ถ้ามีพยาธิสภาพจะเซ ไม่สามารถทรงตัวได้

- ทดสอบอื่นๆ เช่น กระโดดขาเดียว นั่งยองๆ แล้วลุก หรือเดินบนสันเท้า

การตรวจรับความรู้สึก (Sensory Assessment)

1. การตรวจ Superficial Sensation

1.1 การตรวจการรับความรู้สึกสัมผัส (Light Touch) ใช้แปลงหรือฟูกัน หรือ ก้อนสำลี หรือกระดาษทิชชู สัมผัสเบาๆ ตามผิวหนัง แล้วให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งและความรู้สึกที่รับได้

1.2 การตรวจรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain) ใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย โดยใช้ ส่วนแหลมหรือทู่จิ้มเบาๆ ตามผิวหนังบริเวณที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของการรับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งและความรู้สึกที่รับได้

1.3 การตรวจอุณหภูมิ (Temperature) ให้ผู้ป่วยสัมผัสน้ำอุ่นหรือน้ำเย็นให้ บอกความรู้สึกที่รับได้บันทึกตำแหน่งขอบเขตและการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก

1.4 การตรวจรับแรงกด (Pressure) ใช้หัวหรือปลายนิ้วชี้กดด้วยแรงพอประมาณตามผิวหนังหรือบริเวณเอ็นกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยบอกทุกครั้งที่อยู่รู้สึกว่าถูกกด



ทดสอบความรู้สึกสัมผัส



ทดสอบความรู้สึกเจ็บปวด



ทดสอบความรู้สึกสัมผัสเย็น



ทดสอบความรู้สึกกร่อนเย็น

2. การตรวจ Deep (Proprioceptive) Sensation

2.1 ตรวจรับความรู้สึกเคลื่อนไหว โดยการทำให้ผู้ป่วยทำ Passive Movement ของข้อต่างๆ ในช่วงแคบๆ ในช่วงเวลาต่างๆ ของการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยบอกชื่อข้อต่อและการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

2.2 ตรวจสอบการรู้ตำแหน่งของข้อ จับให้ข้อต่อที่ต้องการตรวจเคลื่อนไหวตลอดช่วง แล้วหยุดนิ่งที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง แล้วให้ผู้ป่วยบอกชื่อข้อต่อและตำแหน่งของข้อที่ใหญ่

2.3 ตรวจสอบการรับความรู้สึกสัมผัส ใช้ส้อมเสียดเคาะแล้ววางเหนือบริเวณที่ต้องการตรวจ มักเป็นปุ่มกระดูกต่างๆ ผู้ป่วยรับความรู้สึกได้ปกติก็จะสามารถบอกได้ว่ามีการสัมผัสเห็น หากผิดปกติจะไม่สามารถบอกได้ว่ามีความรู้สึกสัมผัสเห็น

3. การตรวจ Combined (Cortical) Sensation

3.1 การตรวจ Stereognosis ตรวจสอบความสามารถในการบอกหรือแยกแยะความแตกต่างในขนาดและรูปร่างของวัตถุ

3.2 การตรวจ Tactile Localization ตรวจสอบความสามารถในการบอกตำแหน่งที่ถูกสัมผัสตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยสัมผัสตามตำแหน่งต่างๆ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อตำแหน่งที่ถูกสัมผัส

3.3 การตรวจ Two-Point Discrimination การรับความรู้สึกกรณีที่ถูกกระตุ้นที่ผิวหนังสองจุดในเวลาเดียวกัน แปลผลเป็นการวัดระยะทางที่แคบที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถบอกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุดที่กระตุ้นพร้อมกันด้วยความแรงเท่ากัน

3.4 การตรวจ Bilateral Simultaneous Stimulation ทดสอบความสามารถในการรับรู้การสัมผัสที่ร่างกายทั้งสองตำแหน่งพร้อมกัน ให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งทุกครั้งที่อยู่สูงกว่าถูกสัมผัส

3.5 การตรวจ Barognosis ตรวจสอบความสามารถในการบอกความแตกต่างของน้ำหนักโดยใช้ชุดน้ำหนักที่มีขนาดเท่ากันแต่น้ำหนักต่างกัน

3.6 การตรวจ Graphesthesia ความสามารถในการรับรู้หรือบอกตัวหนังสือ ตัวเลข หรือสัญลักษณ์ที่ถูกเขียนลงบนฝ่ามือ หรือผิวหนัง

3.7 การตรวจ Recognition of Texture ตรวจสอบความสามารถในการบอกความ

แตกต่างของเนื้อผ้า ใช้เศษผ้าชนิดต่างกัน เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าไหม ขนสัตว์ แล้วให้ผู้ป่วยบอกชนิดของผ้าที่รู้ได้จากการสัมผัส

4. การตรวจประสาทสั่งการ (Motor Control)

การเดิน (Gait) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยเดินให้ดู สังเกตจากผู้ป่วยเดินเข้ามา รักษา ประเมินโดยให้ผู้ป่วยยืนตรงทำชิดบิดตา (Romberg Test) แล้วหมุนตัวกลับเดินต่อส้นเท้าเป็นแนวตรง (Tandem Test) เดินรอบเก้าอี้ เป็นต้น ทัวไปการเดินที่ผิดปกติมักสังเกตได้จากการตรวจประเมิน เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบประสาทรับความรู้สึกมักเดินกางขา และเมื่อบิดตาจะไม่สามารถทรงตัวอยู่ได้

การตรวจความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อ (Flexibility and Tone)

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อสามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ

1. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อปกติ (Normal Tone of Muscle)
2. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อยกว่าปกติ (Hypotonicity)
3. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ (Hypertonicity)
 - ความตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบสปาสติก (Spasticity)
 - ความตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบลิจิต (Rigidity)

การตรวจรีเฟล็กซ์และปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflex and Reaction) การตรวจรีเฟล็กซ์จะทำการตรวจ Deep Tendon Reflex และ Superficial Reflex

การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle Testing) ตรวจในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไขสันหลังหรือทางระบบประสาทส่วนปลาย ไม่นิยมตรวจในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง จากไม่ใช่ผลจากการทำงานของกล้ามเนื้อโดยตรง

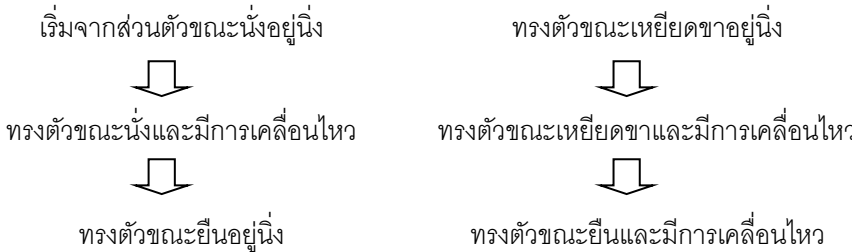
การตรวจแบบแผนการเคลื่อนไหว (Movement Pattern) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของสมองโดยเฉพาะฮัมพาดครึ่งซีก จะมีแบบแผนการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบจำเพาะเจาะจง แบ่งได้ 2 แบบดังนี้

1. การเคลื่อนไหวแบบงอ

2. การเคลื่อนไหวแบบเหยียด

การตรวจการทรงตัว (Balance) เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยข้อมูลจากระบบการรับความรู้สึก 3 ระบบ เป็นข้อมูลป้อนเข้า ได้แก่ ระบบการรับสัมผัสทางผิวหนัง กล้ามเนื้อและข้อต่อ ระบบการมองเห็น และระบบหูชั้นใน





การตรวจประเมินขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยโดยพิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วย เช่น



การตรวจการประสานสัมพันธ์ (Coordination Assessment) การเคลื่อนไหวอย่างมีการประสานสัมพันธ์ อาศัยองค์ประกอบที่สำคัญคือ ปฏิบัติการทรงตัว ความมั่นคงของส่วนต้น ขณะที่มีการเคลื่อนไหวของส่วนปลาย การเคลื่อนไหวอย่างเป็นลำดับขั้นตอน หลักการตรวจลำดับขั้นของการเคลื่อนไหวทำการตรวจดังนี้

1. ความแม่นยำและความเที่ยงตรงของการเคลื่อนไหว
2. ความราบเรียบ นุ่มนวลของการเคลื่อนไหว
3. ความสามารถในการเริ่มหรือหยุดการเคลื่อนไหว
4. การประสานสัมพันธ์ของการใช้ส่วนของร่างกายกับสายตา เช่น สหสัมพันธ์ของตาและมือ สหสัมพันธ์ของตาและเท้า

วิธีการตรวจทำโดยตรวจ Finger to Nose, Finger to Finger, Heel to Chin หรืออาจตรวจวิธีการเคลื่อนไหวสลับ โดยการคว่ำมือหงายมือสลับกันเป็นจังหวะ หรือให้ผู้ป่วยเคาะเท้าเป็นจังหวะเป็นต้น

	การทดสอบ Finger to Finger
	การทดสอบ Finger to Nose
	การทดสอบ Finger to nose to finger
	การทดสอบ Alternate Movement



การตรวจรีเฟล็กซ์ (Reflex) คือ อาการปฏิกิริยาที่ได้ตอบสนองต่อการกระตุ้น กระแสประสาทความรู้สึก อาการได้ตอบอาจเป็นการเคลื่อนไหวหรือการขับออก แต่สมองไม่ต้องมีส่วนรับรู้ในความรู้สึกอันนั้น การทดสอบรีเฟล็กซ์เป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการบอกสภาพของระบบประสาทส่วนกลางทั้งในผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงรีเฟล็กซ์เป็นสัญญาณแรกเริ่มของการมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาท

Deep Tendon Reflex ได้ผลอย่างถูกต้องจะต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในลักษณะผ่อนคลาย กล้ามเนื้อไม่เกร็ง และส่วนแขนและขาที่จะเคาะต้องอยู่ในท่าเดียวกันทั้ง 2 ข้าง ถ้าผู้ป่วยเกร็งให้เบนความสนใจไปเรื่องอื่น ผู้ตรวจจับไม้เคาะให้อยู่ในลักษณะที่แกว่งได้โดยใช้กำลังเฉพาะข้อมือ การให้คะแนนรายงานผลเป็นตัวเลขดังนี้

- 0 = ไม่มีปฏิกิริยา 1+ = มีปฏิกิริยาเล็กน้อย
 2+ = ปกติ 3+ = เพิ่มขึ้นอย่างค่อนข้างไว 4+ = ปฏิกิริยาไวมาก

การทดสอบทำดังนี้

	<p>1. The bicep reflex: C 5-6 ให้ผู้ป่วยงอแขน พยาบาลใช้มือข้างหนึ่งรองรับข้อศอกผู้ป่วยโดยที่ นิ้วหัวแม่มือวางลงบนที่ไบเซิร์จ Stallion bicepstendon ใน Antecubetal Fossa ใช้ไม้เคาะ ลงบนนิ้วหัวแม่มือที่กด Biceps Tendon สังเกตการ งอเข้า-ของข้อศอกและการหดตัวของกล้ามเนื้อ Bicep Brachei และนิ้วทั้ง 5 ของผู้ป่วยจะกาง ออกมา</p>
	<p>2. The brachio-radialis refle:C 6-8 ผู้ป่วย งอข้อศอกเป็นมุมฉากและคว่ำมือ เคาะที่บริเวณ Styloid Process ซึ่งอยู่เหนือข้อศอกข้อมือ 1-2 นิ้ว สังเกตการหดตัวของ Brachio-radialis มีการงอเข้า ของแขนและแขนบิดออกเล็กน้อย</p>
	<p>3. The tricep reflex: C 7 ให้ผู้ป่วยงอ ข้อศอกไปทางลำตัว ผู้ตรวจจับมือผู้ป่วยไว้แล้วเคาะ บน Tricep Tendon เหนือข้อต่อประมาณ 2 นิ้ว โดยตรง สังเกตการหดตัวของกล้ามเนื้อ Tricep และ มีการเหยียดออกของข้อศอก</p>
	<p>4. The patellar reflex (knee jerk): L 2-3 ให้ผู้ป่วยนั่งท่าห้อยเท้าตามสบาย ผู้ตรวจเคาะลงบน เอ็นข้อเข่าใต้กระดูกสะบ้า สังเกตการหดตัวของ กล้ามเนื้อ Quadriceps และการเหยียดออกของข้อ เข่า</p>

	<p>5. The bicep reflex (ankle jerk): S 1-2</p> <p>ถ้าผู้ป่วยนอนให้จับเท้าผู้ป่วยข้างที่จะตรวจให้เป็นเลข 4 ผู้ตรวจจับปลายเท้ากระดูกขึ้นแล้วเคาะลงที่เอ็นร้อยหวาย ถ้าผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าผู้ตรวจจับปลายเท้าให้กระดูกขึ้นแล้วจึงค่อยสังเกตรวดไหวของกล้ามเนื้อ gastrocnemius ทำให้เกิดการเหยียดออกและกระดูกกลับของปลายเท้า ถ้าปลายเท้ากระดูกกลับเข้าข้างจะพบในโรค hypothyroid superficial reflex</p>
	<p>6. The plantar reflex : L4-5 และ S1-2</p> <p>เป็นการตรวจดู reflex pathway ซึ่งผ่าน lumbar ที่ 4 และ 5 และ sacrum ที่ 1 และ 2 ให้ผู้ป่วยนอนหงายไขว่ขาเป็นเลข 4 ใช้ของแข็งปลายแหลมพอสมควรเช่น ปลายกัญแจขีดฝ่าเท้าจากด้านข้างโค้งมาด้านนิ้วหัวแม่เท้า ชีดเพียงเบาๆ พอที่เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของสังเกตรวดไหวของปลายนิ้วเท้า ปกติจะง้มลง ถ้านิ้วหัวแม่เท้ากระดูกขึ้นและนิ้วเท้าอื่นๆ กางออก</p>

การตรวจอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง (Signs of meningeal irritation)

	<p>การทดสอบอาการคอแข็ง (Stiff neck) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย พยาบาลใช้มือสอดใต้ศีรษะบริเวณท้ายทอย ยกศีรษะให้ค้างจรดอก คนปกติจะสามารถยกศีรษะขึ้นได้โดยไม่อาการเจ็บปวด ถ้ามีอาการเจ็บคอหรือมีการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณคอ แสดงว่า การทดสอบให้ผลบวก ซึ่งอาจหมายถึงมีพยาธิสภาพของเยื่อหุ้มสมอง</p>
	<p>การทดสอบอาการ Kernig (Kernig's sign) ทำโดยให้ผู้ป่วยงอเข่า 90 องศา พยาบาลค่อยๆ จับเข่าของผู้ป่วยยืดออก ถ้ายืดไม่ได้และมีอาการปวดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstring muscle) แสดงว่า การตรวจได้ผลบวก ซึ่งอาจเกิดจากการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมอง</p>

ลักษณะอาการผิดปกติที่ตรวจพบ จากการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น

ลักษณะความผิดปกติสีของผิวหนัง

สี	ลักษณะที่เกิด	สาเหตุ	บริเวณที่พบบ่อย
-สีเขียวคล้ำ (Cyanosis or Blue)	-Reduced Haemoglobin	-โรคหัวใจ โรคปอด วิตกกังวลหรือ เย็นจัด	-เล็บ ริมฝีปาก
-สีน้ำตาล (Brown)	-เกิดจากเมลานิน	-กรรมพันธุ์ -แสงแดด ตั้งครรภ์	-พบได้ทั่วไป ส่วนที่ โดนแดด พบบริเวณ หน้าห้วนม รอบห้วนม เส้น Linea Nigra, Vulva
-สีเทาปนน้ำตาล หรือสีบรอนซ์	-เกิดจากเมลานิน และ Hemodiderin	-Hemochro matosis	- บริเวณที่ถูกแดด -อวัยวะเพศ -รอยแผล
-สีแดงคล้ำ	- การเพิ่มส่วนผสม ของจำนวน ฮีโมโกลบินทำให้มี การลดจำนวนของ ฮีโมโกลบินและกับ Capillary Stasis	-Polycythemia แขน และขา	-หน้า ตาขาว -ปาก มือ
-สีแดง	มีการเพิ่มจำนวนของ Oxyhaemoglobin -เนื่องจากการ ขยายตัวหรือเพิ่ม	-ไข้ ไอ ตื่นสุรา มีการ อักเสบเฉพาะที่	-หน้า หน้าอกส่วนบน หรือบริเวณที่มีการ

สี	ลักษณะที่เกิด	สาเหตุ	บริเวณที่พบบ่อย
	จำนวนของหลอดเลือดที่ผิวหนังหรือเพิ่มจำนวนการไหลของเลือด -เนื่องจากการใช้ออกซิเจนที่ผิวหนังลดลง	-ส่วนที่ Expose ต่อ ความเย็น	อวัยวะ -บริเวณที่สัมผัสกับความเย็น เช่น ไบรูปลายนิ้วมือ
-สีเหลือง ดีซ่าน (Jaundice)	-ระดับ Bilirubin สูงขึ้น	-โรคตับ เม็ดเลือดแดงแตกตัว	-ครั้งแรกพบที่ตาขาว แล้วจึงพบที่บริเวณเยื่อต่างๆ
Carotrbemia	-ระดับ Carotenoid pigment เพิ่มขึ้น	-รับประทานผัก ผลไม้ที่มีแคโรทีนสูง ในโรค Myxaedema, Hypopituitarism, Diabetes	-พบบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ใบหน้า ไม่พบบริเวณตาขาวหรือเยื่อต่างๆ
Decreased Color	เมลานินลดลง -ร่างกายไม่สามารถสร้างเมลานิน เป็นความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ -สูญเสียเมลานินภายหลัง	-Albinism -vitiligo, tinea versicolor	-ผิวหนังทั่วไป ผอม ขนตา - ขาวเป็นปื้นๆ มักพบบริเวณที่ถูกแดด ชข -ทรวงอก -หลังส่วนบน

สี	ลักษณะที่เกิด	สาเหตุ	บริเวณที่พบบ่อย
	มีการลดลงของ oxyhaemoglobin -การไหลเวียนของเลือดส่วนปลายลดลง -จำนวน Oxyhaemoglobin ลดลง	-เป็นลม ช็อก -โลหิตจาง	-พบได้จากบริเวณหน้าเยื่อตา ปาก เล็บ -พบได้ชัดบริเวณหน้าเยื่อตา ปาก เล็บ

ลักษณะความผิดปกติเม็ดผื่นและตุ่มลักษณะต่างๆ

Primary lesion		
เป็นวง ไม่นูน คล้ำไม่ได้ สี ผิวเปลี่ยนไป	เป็นก้อนแข็ง นูนสูง คล้ำได้	ผิวหนังนูนเป็นวง เนื่องจากมีของเหลวอยู่ภายในชั้นของผิวหนัง
1. Macule เป็นการเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนังเป็นจุดแดงขนาดเล็กไม่เกิน 1 cm. คล้ำไม่รู้สึกละดุดมือ เช่น ตกกระ จ้ำเลือด	1. Papule เมื่อคล้ำดูรู้สึกคล้ำได้ตื้น (ลึกไม่เกินระดับ Dermis พยาธิสภาพอาจอยู่ใน Epidermis หรือ Dermis ขนาดไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร เช่น ฝ่ แต่ถ้าพบกระจายทั่วไปให้นึกถึง Secondary syphilis	1. Vesicle เป็นตุ่มใสเนื่องจากชั้นของ Horny layer ของผิวหนังพองขึ้นถ้า Vesicle อยู่บน Papular เรียก Papulo Vesicular เช่น Eczema ถ้า Vesicle นุ่มตรงกลางจะเป็น Typical lesion ของ Viral vesicle
2. Patch มีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร เช่น กลิ่น (Vitiligo)	2. Plaque คือ Pustule หลายๆ อันรวมกันทำให้มีขนาดใหญ่ ถ้า Plaque เกิดร่วมกับ Macule เรียก Maculo	2. Bullae or Bleb ขนาดใหญ่กว่า Vesicle คือใหญ่กว่า 0.5 เซนติเมตรมีของเหลวอยู่ในชั้น Subepidermal เช่น Herpes Simplex และรอยพอง





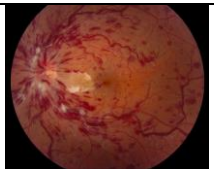
เป็นวง ไม่นูน คล้ำไม่ได้ สี ผิดเปลี่ยนไป	เป็นก้อนแข็ง นูนสูง คล้ำได้	ผิวนั่งนูนเป็นวง เนื่องจากมี ของเหลวอยู่ภายในชั้นของ ผิวนั่ง
	Papular rash ถ้ามี Pustule แล้วมี Scale เรียก Papulosquamous	จากความร้อน
	3. Nodule คือ Resion ที่มีขนาดใหญ่ ต่างกับ Papule ตรงที่ความลึกจะลึกถึง Deep dermis จะเคลื่อนไหวตามผิวนั่งที่คลุมอยู่ข้างบนถ้า อยู่ลึกเฉพาะใน Subcutaneous tissue ก้อนอาจเคลื่อนที่หรืออยู่กับที่ Nodule จะแข็งกว่า Papule	3. Pustule เป็นตุ่มภายใน มีหนอง (Purulent exudate) ซึ่งอาจมีสีส้ม สีเหลืองถึงสีเขียว มีขนาดใหญ่กว่า 1 cm. อาจเรียกว่า Boil เช่น ลิว, ฝี, Furuncle
	4. Tumor คล้าย Papule แต่ใหญ่กว่าเท่ากับ ลูกเชอร์รี่	
	5. Wheal เป็นรอยนูน ขึ้นมาของผิวนั่งชั้น Superficial รูปร่างเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเพราะมีการเคลื่อนที่ของการบวม ลักษณะเป็นสีชมพูเรื่อๆ จนถึงแดง ขอบมีสีแดง วงรอบๆ ออกไป เช่น ลมพิษ (Urticaria)	

Secondary lesion จากการเปลี่ยนแปลงของ Primary lesion		
<p>Loss of Skin</p> <p>1. Surface Erosion เป็นแผลตื้นๆ ขอบเขตชัดเจน ผิวหนังเปื่อยขึ้น แต่ไม่มีเลือดออก เช่น บริเวณที่มีการแตกตัวของอีสุกอีใส</p>	<p>2.Ulcer เป็นแผลซึ่งลึกกว่า Erosion เกิดเมื่อมีการถลอกของ Epidermis ขอบแผลอาจเป็นขอบตัดหรือถ้ำเป็นมาๆ ขอบอาจยกเหนือระดับของผิวหนังปกติ</p>	<p>3.Fissure เป็นรอยแตกของผิวหนังลึกลงไปถึงชั้น dermis เกิดในกรณีผิวหนังแห้ง แข็งหรือเสียความยืดหยุ่น จะมีอาการเจ็บ มักเป็นแถวฝ่ามือ ฝ่าเท้า ตามรอยพับ เช่น รอยข้องอกพุต</p>
<p>Material on the Skin Surface</p> <p>1.Crust หมายถึงการมีเซรัม เลือดแห้งติดผิวหนังอยู่ ความหนาและสีของ Crust จึงขึ้นอยู่กับปริมาณและชนิดของสิ่งที่กล่าวนั้นติดค้างอยู่ ใหนักถึงเป็น Impetigo</p>	<p>2.Scale เป็นขุยหรือแผ่นสเกิดบางบาง ของ Keratinization ที่ตายเช่นรังแค อาจเป็นคราบผิดปกติของคุณสมบัติของ Keratin เช่น Pityriasis</p>	
<p>3.Livhenification เป็นผิวหนังที่หนาตัวขึ้นและหนาเป็นผลมาจากการถูแรงๆ เป็นเวลาต่อเนื่องกันนานๆ และเป็นรอยย่นมีการเปลี่ยนแปลงที่ชั้น Statum Corneum</p>	<p>4 .Atrophy เป็นผิวหนังที่ยุบลงไปจากระดับผิวหนังปกติ ผิวหนังตรงนั้นจะบางลงจนรอยย่นหายไป ผิวหนังแลดูมันและใสกว่าปกติ</p>	<p>5.Excoriation เป็นแผลเรียงเป็นแนวเกิดจากการเกาอย่างรุนแรง</p>
<p>6.Scar เป็นแผลเป็นเป็นการแทนที่ของเนื้อเยื่อที่ตายที่ Dermis โดย Fibrous Tissue มีลักษณะเป็น Plaque แข็งเป็นเงา พื้นผิวจะเปลี่ยนไป</p>	<p>7.Keloid เป็นแผลที่มีลักษณะใหญ่หนุนอยู่เหนือบริเวณแผลที่หายแล้ว</p>	<p>8.Vegetation เป็น Plaque ที่มีพื้นผิวเหมือนดอกกะหล่ำหรือที่นิยมเรียกว่า Verucous เช่น หูด</p>

ลักษณะความผิดปกติของใบหน้าบางประเภท



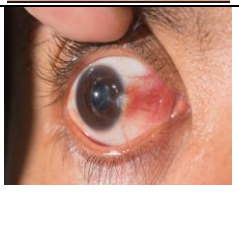
<p style="text-align: center;">Acromegaly</p> 	<p>เป็นความผิดปกติของ Growth Hormone ซึ่งทำให้มีการเจริญเติบโตของกระดูกและเนื้อเยื่อผิดปกติที่บริเวณศีรษะ ใบหน้ายาว คางยาว มีกระดูกที่บริเวณหน้าผากนูนเด่น มีเนื้อเยื่อที่จมูกกรามล่าง ริมฝีปาก และหูละใหญ่ ใบหน้ามองดูค่อนข้างหยาบ</p>
<p style="text-align: center;">Myxaedema</p> 	<p>พบในผู้ป่วยที่มี Hypothyroidism อย่างรุนแรง ใบหน้ามีลักษณะบวม โดยเฉพาะรอบตากดแล้วไม่บุ๋ม ผมหงอกและขนคิ้วยาว เส้นเล็กแห้ง ผิวมันแห้ง</p>
<p style="text-align: center;">Nephrotic Syndrome</p> 	<p>ใบหน้าจะบวมมาก ค่อนข้างซีด อการบวมจะเริ่มบริเวณตา จนบางครั้งล้มตาแทบไม่ขึ้น บางครั้งอาจมีปากบวมด้วย</p>
<p style="text-align: center;">Cushing Syndrome</p> 	<p>ผู้ป่วยมี Adrenal Hormone สูงทำให้เกิด Moon Face และมีแก้มแดง ผมหงอกและขนมีลักษณะเหมือนผู้ชาย เช่น มีหนวดเครา</p>
<p style="text-align: center;">Parotid gland enlargement</p> 	<p>ผู้ป่วยมีต่อม Parotid Grand โตขึ้นมีลักษณะเหมือนคางทูม ต่อมนี้อาจโตเฉียบพลันในโรคคางทูม Parotid ที่โตข้างเดียว ให้นึกถึงเนื้องอก</p>

ลักษณะความผิดปกติ Optic Disc


1 ลักษณะปกติของ Optic Disc	
1.1 Disc ปกติ สีของดินเกิดจากเส้นเลือดในดินซึ่งจะออกสีเหลืองเข้มเส้นเลือดของ Disc มีลักษณะเป็นเส้นเลือดฝอยขอบของดิสก์คมชัดเจน	
	1.2 Physiologic Cupping คือ แอ่งสีขาวย่อยๆใน Optic Disc ซึ่งเส้นเลือดในเรตินาไหลออกมา ปกติพบที่ตรงกลางหรือด้าน temporal ของ Disc บางครั้งพบจุดสีเทาร่วมด้วยเป็นสิ่งปกติที่พบแต่ไม่จำเป็นต้องพบทุกคน
2 ลักษณะปกติของ Optic Disc ที่ผิดปกติ	
	2.1 Optic Atrophy เกิดจากการตายของประสาท Optic Disc จึงทำให้เห็นเส้นเลือดฝอยของ Disc จางหายไป Disc จะมีสีขาว และเส้นเลือดฝอยของ Disc ไม่มี
	2.2 Papillaedema เกิดจากการคั่งของเลือดดำทำให้เส้นเลือดฝอยโป่งบวม ลักษณะมีสีชมพูเนื่องจากเลือดคั่ง เส้นเลือดฝอยของ Disc เห็นชัดเจนขึ้นมีจำนวนมากขึ้นและทอดข้ามของ Disc และ Disc บวม มีขอบเขตไม่ชัดเจน
	2.3 Glaucomatous cupping เกิดจากความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นทำให้ลักษณะ Cupping เพิ่มขึ้น (ลึกลงไป) และฝ่อ -ฐานของ Cup ดูเพิ่มขึ้นแต่มีสีซีด -Physiologic Cupping มีขนาดใหญ่ขึ้นจนอาจจะลดขอบของ Disc และเลือดที่เรตินามองดูเหมือนจะจมลึกอยู่ข้างใต้และอาจเอียงไปทางด้าน Nasal
3 Spots in Retina	
	3.1 Flame-shaped Hemorrhage เป็นลักษณะเลือดออกเป็นเส้นเล็กๆ มักพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง แต่ก็อาจพบในโรคอื่นร่วมด้วย

	<p>3.2 Deep Hemorrhage เป็นจุดแดงเล็กๆ ขอบไม่ค่อยเรียบ พบในโรคเบาหวานและโรคอื่นได้</p>
	<p>3.3 Microaneurysms เป็นจุดแดงเล็กๆ มักพบที่บริเวณ macula เป็นลักษณะเฉพาะของการเปลี่ยนแปลงที่เรตินาที่พบในโรคเบาหวาน</p>
	<p>3.4 Preretinal Hemorrhage เป็นรอยเลือดระหว่างชั้น Retina และ Vitreous เป็นแผ่นใหญ่ และอาจเป็นเส้นขวางที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงและน้ำเหลืองแยกตัวกัน</p>

การขุ่นของคอเนีย (Cornea) และ เลนส์ (Lens)

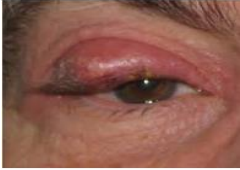

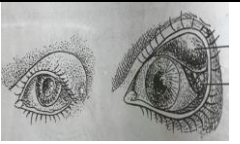


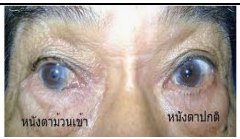
	<p>1. Arcus senilis เป็นวงกลมสีขาวออกเทาที่ขอบของ Cornea พบในคนสูงอายุ ถ้าพบในคนอายุน้อยอาจสัมพันธ์กับไขมันในเลือดสูง</p>
	<p>2. Corneal scar รอยขาวออกสีเทาที่ Cornea เนื่องจากเคยมีแผลหรือการอักเสบที่ตำแหน่งนั้นมาก่อน ต่างจาก ต้อกระจกที่รอยขุ่นขาวของต้อกระจกอยู่ที่ Lens ตรงรูม่านตาและอยู่ลึกภายใน</p>
	<p>3. Pterygium มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมด้านหัวตา จะโตช้าๆ แล้วลามเข้าสู่ Cornea ตาอาจจะแดงเป็นระยะๆ ถ้าลามเข้ารูม่านตาจะทำให้มองไม่เห็น</p>




	<p>4.Cataract รูม่านตาและตมองดูลึกๆ สามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิด ใช้ไฟฉายส่องด้านข้างจะเห็นการคูณของเลนส์ลูกตาเป็นสีเทา ขอบรูม่านตาดำ ถ้าใช้ Ophthalmoscope จะเห็น Lens เป็นสีเทาหรือดำตัดกับ Red Reflex การตรวจจะเห็นชัดขึ้นถ้าขยายรูม่านตาด้วยยาหยอดตา</p>
	<p>5.Blind Eye เนื่องจากเป็นโรคของเรตินาหรือประสาท Optic เส้นประสาทที่รับความรู้สึกของ Light Reflex จะเสียไป ส่องไฟตาข้างที่บอดรูม่านตาจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงไม่ว่าตาข้างใด แต่ถ้าประสาทสั่งการหรือประสาทของกล้ามเนื้อของ Arc ยังดีอยู่ การฉายแสงที่ตาข้างที่ดีจะทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตาทั้งสองข้างเรียกว่ารูม่านตาทั้งสองหรี่เล็กลง</p>
	<p>6.Anisocoria หมายถึงภาวะที่รูม่านตาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน แต่ปฏิกิริยาของรูม่านตาต่างๆ ปกติ ถ้าต่างกันไม่มากอาจพบได้ในคนปกติ</p>
	<p>7.Horners syndrome รูม่านตาในกลุ่มอาการนี้มีขนาดเล็กกลม และเป็นข้างเดียว อาการที่พบร่วมคือหนังตาบนตก ไม่มีเหงื่อที่หน้าผากข้างเดียวกัน เนื่องจากหนังตาตก รูม่านตาข้างนั้นอาจดูเล็กกว่าอีกข้างหนึ่ง</p>
	<p>8.Lridectomy เป็นภาวะที่รูม่านตาดำถูกตัดทิ้ง เนื่องจากการผ่าตัดต้อกระจกบางส่วน ทำให้เกิดผิดปกติที่ม่านตา ต้อกระจก มักพบในผู้สูงอายุ</p>

	<p>9. Argyll-Robertson pupils คือลักษณะของรูม่านตาที่มีขนาดเล็ก รูปร่างบิดเบี้ยวและเป็นทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยา Accommodation แต่ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง มักพบในซิฟิลิสระยะที่ 3 ซึ่งเชื้อโรคลามถึงประสาทระบบส่วนกลาง</p>
---	---



ลักษณะความผิดปกติ ก่อน การบวมในลูกตา/รอบๆตา และความผิดปกติของหนังตา




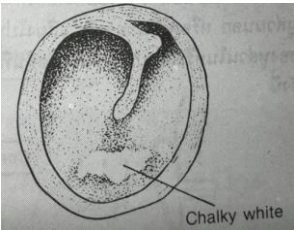
	<p>1. Pinguecula หมายถึงทรงสามเหลี่ยมสีเหลืองที่บริเวณตาขาวไม่มีอันตราย พบในผู้สูงอายุ เป็นด้าน Nasal แล้วจึงลามไปเป็นได้ Temporal</p>
	<p>2. Xanthelasma เป็นแผ่นไขมันสีเหลืองขอบชัดเจน มักพบด้านหัวตาของหนังตาบนและล่าง มักพบในคนมีไขมันในเส้นเลือดสูง</p>
	<p>3. Sty (Acute Hordeolum) หมายถึงการอักเสบของลูกคนรูขมหนังตามีอาการปวด กดเจ็บ ตาแดง คล้ายสีที่ขอบหนังตาเรียกว่ากุ้งยิง</p>
	<p>4. Inflammation of the Lacrimal Sac การบวมที่หัวตา บริเวณหนังตาล่างด้านหัวตาและตั้งจมูก เกิดจากการอักเสบของถุงน้ำ อาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ถ้ากดดูที่ถุงน้ำตาจะมีหนองไหลออกมา มักพบในคนสูงอายุ มีอาการปวด แดง กดเจ็บ</p>

	<p>5. Chalazion ตุ่มนูนที่หนังตาไม่ปวดแต่อาจมีการอักเสบ ตุ่มนี้ห่างจากขอบหนังตามากกว่า</p>
	<p>6. Basal Cell Carcinoma เป็นมะเร็งผิวหนังที่ตัวอย่างช้าๆมักเป็นที่หนังตาล่างเหมือนไฝดำที่โตขึ้นและแตกเป็นแผล</p>
	<p>7. Enlargement of the Lacrimal Gland ต่อมน้ำตาที่โตดันลูกตาลงและเฉียงเข้าใน จะเห็นหนังตาบนด้านนอกนูนขึ้น สาเหตุจากต่อมน้ำตาโตอาจเกิดจากการอักเสบและเป็นก้อน</p>
	<p>8. Ptosis คือภาวะที่หนังตาบนตก สาเหตุกลัมนเนื้ออ่อนกำลังที่ควบคุมการยกหนังตาบนเสีย</p>
	<p>9. Ectropion คือภาวะขอบหนังตาปลิ้นออก ออกทำให้เห็น Palperbral conjunctiva ภาวะนี้ทำให้หนังตาปลิ้นจนไม่สามารถรับน้ำตาได้ดี ทำให้มีน้ำตามากผิดปกติ</p>
	<p>10. Entropion คือภาวะที่ขอบหนังตาปลิ้นเข้าในทำให้ขนตาแยง Cornea และ Conjunctiva เกิดการระคายเคือง</p>

	<p>11. Retraction of the Upper Eyelid เป็นการดึงรั้งของหนังตาบน ตรวจโดยดูส่วนของตาขาวระหว่างหนังตาบนและม่านตา ให้ผู้ป่วยหลับเปลือกตามองลงจะยังคงเห็นตาขาวส่วนนี้เรียกว่า Lid Lag เป็นอาการถูกตวยื่นออกมาทางด้านหน้าทั้ง 2 อย่างมีลักษณะคล้ายกันและเสริมกัน</p>
	<p>12. Periorbital Edema เป็นภาวะเกิดจากการบวมรอบตาโดยเฉพาะหนังตาเกิดจากหลายสาเหตุ</p>
	<p>13. Pterygium หมายถึงทรงสามเหลี่ยมสีเหลืองที่บริเวณตาขาวไม่มีอันตราย พบในผู้สูงอายุ เป็นด้าน Nasal แล้วจึงลามไปเป็นได้ Temporal</p>

ลักษณะความผิดปกติของเยื่อแก้วหู

	<p>1. Retracted Drum กระดูกรูปค้อนที่ปรากฏสั้น และเฉียงและนูนออกมา Cone of Light อาจมองไม่เห็นการดึงรั้งของแก้วหู เกิดจากอากาศในส่วนกลางถูกดูดซึม Eustachian Tube อุดตัน</p>
	<p>2. Bullous Myringitis ถุงน้ำใสเล็กๆ ที่เยื่อแก้วหู อาจเกิดจากการติดเชื้อของเยื่อแก้วหู มักมีเชื้อไวรัสหรือ mycoplasma</p>

	<p>3. Serous Otitis Media เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เห็นรอยน้ำหลังเยื่อแก้วหูมีสีออกเหลือง อาจเห็นเป็นรูปฟองอากาศ</p>
	<p>4 Acute Purulent otitis Media ในระยะแรก เห็นเส้นเลือดฝอยของเยื่อแก้วหู ระยะต่อหน้าแก้วหูโป่งออกจนไม่เห็นลักษณะอื่นของเยื่อแก้วหู เยื่อแก้วหูทะลุตามมา</p>
	<p>5 Old Perforation การทะลุของเยื่อแก้วหูจากการติดเชื้อ อาจอยู่ตรงกลางหรือขอบก็ได้</p>
	<p>6 Scarring and Calcific Deposits การติดเชื้อผ่านไปแล้วอาจทำให้เกิดรอยหนาที่เยื่อแก้วหู ลักษณะคล้ายชอล์คที่เยื่อแก้วหู</p>

ลักษณะความผิดปกติของจมูก

Furuncle of the Nose	Furuncle (ฝี) พบได้บ่อยใน Vestibule มีอาการเจ็บ อาจรุนแรงแล้วเป็นหนอง เวลาตรวจต้องระวัง เพราะอาจทำให้ฝีแตกและเชื้อกระจาย
Acute Rhinitis (Common Cold)	Mucosa ของจมูกบวมแดง น้ำมูกในระยะแรกไหล ต่อมาเหนียวเป็นมูกหรือหนอง
Allergic Rhinitis	Mucosa ของจมูกบวม ชีดและอาจมีสีเทา บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นสีแดงคล้ำหรือออกน้ำเงิน อาการนี้อาจพบได้ใน Non-Allergic Vasomotor Rhinitis
Nasal Polyps	อาจพบในผู้ป่วยที่มีประวัติ Allergic Rhinitis มีลักษณะนิ่ม ชีด สีเทา มักพบที่ Middle Meatus ก็อันนั้นแกว่งไปมาได้
Septal Deviation	คือการคดของกระดูกอ่อนที่กั้นจมูก พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ มักพบในส่วนหน้าหรือส่วนปลายของจมูก ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันของรู จมูกแต่ส่วนใหญ่ มักไม่มีอาการใดๆ

ลักษณะความผิดปกติที่พบบที่เต้านม

	Cystic disease	Adenofibroma	Cancer
พยาธิสภาพ	Single or Multiple Cysts	A Benign Neoplasm	A Malignant Neoplasm
อายุ	30-35 ปี ก้อนจะเล็กลงในวัยหมดประจำเดือน	ระยะรุ่นสาวหรือวัยสาว จนถึงอายุ 55 ปี	30-80 ปี ส่วนมากพบบ่อยในวัยกลางคน จนถึงสูงอายุ
จำนวน	Single หรือ Multiple	ปกติก้อนเดียว แต่อาจมีหลายๆก้อน	ปกติก้อนเดียว แต่อาจพบร่วมกับ Nodule ประเภทอื่นๆ
รูปร่าง	กลม	กลม แบน หรือเป็น Lobular	ไม่แน่นอน
Consistency	ค่อนข้างนิ่มถึงแข็ง ยืดหยุ่น	ทั่วไปแข็ง แต่อาจนิ่มได้	แข็ง
ขอบเขต	ชัดเจน	ชัดเจน	ไม่ชัดเจนแยกยากจากเนื้อเยื่อรอบๆ
Mobility	เคลื่อนที่ได้	เคลื่อนที่ได้มาก	บางที่ติดกับผิวหนังหรือผนังทรวงอก
กดเจ็บ	ส่วนใหญ่กดเจ็บ	ปกติกดไม่เจ็บ	ปกติกดไม่เจ็บ
Retraction Sign	ไม่มี	ไม่มี	ปกติพบ

อาการแสดงที่เห็นในมะเร็งเต้านม

Skin Dimpling	รอยบุ๋มของผิวหนังจะเป็นอาการแสดงของมะเร็ง ควรตรวจดูในท่าต่างๆ หรือลองกดหรือบีบเบาๆ ที่เต้านมดู
Abnormal Contour	Arms Over Head จะพบรูปร่างที่ผิดปกติ โดยการดูอย่างละเอียดทั้งส่วนเว้าส่วนนูนของเต้านม
Paget Disease	เป็นมะเร็งของเต้านมชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นสีแดงเรียบจนหนาและตั้งรังกจาก Erosion ของ Nipple และ Areola มีอาการโตเข้ามากโรคผิวหนังของหัวนมและ Areola ไม่ว่าจะชนิดใดให้นึกถึงมะเร็ง
Edema of the Skin	การบวมของผิวหนัง เกิดจากทางเดินของน้ำเหลืองอุดตัน ทำให้ผิวหนังหนาขึ้นและเห็นรูขุมขนชัดเจน มีลักษณะคล้ายเปลือกส้ม
Nipple Flattening or Retraction	Fibrosis จากมะเร็งบริเวณหัวนมจะทำให้หัวนมถูกดึงรั้งเข้า ทำให้เกิดลักษณะใหญ่ขึ้นและราบลง
Nipple Inversion	หัวนมบอดเป็นสิ่งผิดปกติที่พบได้ อาจพบข้างเดียวหรือสองข้าง หัวนมควรดึงออกมา ถ้าดึงไม่ได้หรือมีหัวนมบอดภายหลังให้นึกถึงมะเร็ง
Nipple Deviation	Fibrosis จากมะเร็งอาจทำให้ Axis ของหัวนมเปลี่ยนไป หัวนมมักจะเฉไปด้านของมะเร็ง
Edema of Nipple and Areola	ผิวหนังที่หนาคล้ายเปลือกส้มมักเกิดจากทางเดินน้ำเหลืองอุดตัน ซึ่งจะมีการแสดงที่ Areola ก่อนส่วนใหญ่พบในรายที่เป็นมะเร็ง

ลักษณะความผิดปกติที่เห็นในช่องปาก

Torus Palatinus



Moniliasis



Tonsillar Hypertrophy



Peritonsillar Abscess



Diphtheria




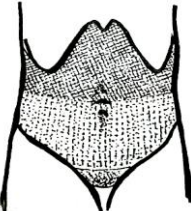

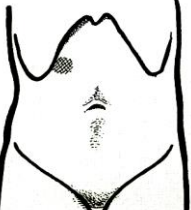
Streptococcal Pharyngitis


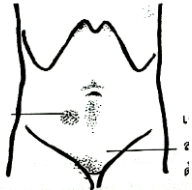
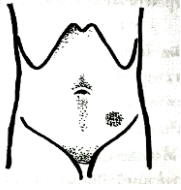


Viral Pharyngitis



ลักษณะความผิดปกติในช่องท้อง (Tender Abdomen)

	<p>1.Visceral Tenderness อวัยวะที่แสดงในรูปอาจ กตเจ็บ ลักษณะการเจ็บจะเจ็บตื้อๆ (Dull) และไม่มี กล้ามเนื้อตึงตัว (Muscle rigidity) หรือ Rebound Tenderness เมื่อมีการกดเจ็บโดยไม่มีพยาธิสภาพ เกิดขึ้นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ</p>
	<p>2.Acute Pleurisy อาการปวดท้องและเจ็บท้อง อาจสืบเนื่องมาจากการอักเสบเฉียบพลันของเยื่อ หุ้ม ปอด ถ้าเป็นเพียงข้างเดียวอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการ อักเสบของถุงน้ำดี หรือไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ไม่มี อาการ Rigidity หรือ Rebound Tenderness อาการ แสดงทางปอดมักมีร่วมด้วย</p>
	<p>3.การกดเจ็บเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ปกติจะรุนแรงมากกว่าการเจ็บที่ในอวัยวะภายในอาจพบ Rigidity และ Rebound Tenderness ร่วมด้วย แต่ไม่ เสมอไป</p>
	<p>4.Acute Cholecystitis อาการแสดงจะเป็นมากที่ ส่วนขวาบนของหน้าท้อง กดหัวแม่มือซ้ายลงที่ได้ชาย โคนขวาแล้วให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ ผู้ป่วยจะเจ็บมากตอน หายใจเข้า ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดหายใจซึ่งแสดงถึง Murphy sign positive</p>

	<p>acute pancreatitis การอักเสบของตับอ่อนจะพบทั้งการกดเจ็บและ Rebound Tenderness แต่ผนังหน้าท้องจะอ่อนนุ่ม</p>
	<p>Acute Appendicitis กดเจ็บที่หน้าท้องส่วนล่างด้านขวาแต่อาจไม่มีในระยะแรกๆ ถ้าหากสงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบจะต้องทำ Rectal Examination</p>
	<p>Acute Diverticulitis จะมีอาการเหมือนไส้ติ่งอักเสบแต่เกิดทางซ้าย</p>

ลักษณะความผิดปกติทรงอก

ลักษณะเสียง	ความดัง	ระดับเสียง	ความก้อง	ตำแหน่งเปรียบเทียบกับ	พบ
Flatness	เบา	สูง	สั้น	ต้นขา	น้ำในช่องปอด, เยื่อหุ้มปอด
Dullness	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ตับ	ปอดบวม เนื้องอก วัณโรค ปอดแฟบ

ลักษณะเสียง	ความดัง	ระดับเสียง	ความก้อง	ตำแหน่งเปรียบเทียบ	พบ
Resonance	ดัง	ต่ำ	ยาว	ปอดที่ปกติ	-
Hyperresonance	ดังมาก	ต่ำ	ยาว	ถุงลมโป่งพอง	ถุงลมโป่งพองและลมในช่องปอด
Tympany	ดัง	-	-	กระเพาะอาหาร	-

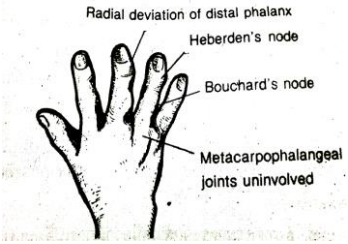
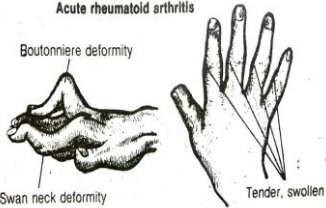
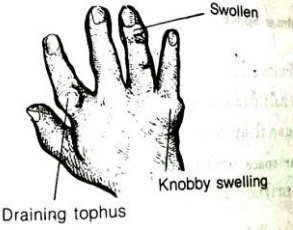
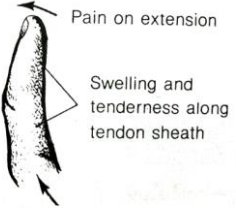
ความผิดปกติของปอดและหลอดลมที่ตรวจพบทางร่างกาย

ลักษณะ	การเคาะ	การฟัง	เสียงหายใจ	เสียงผิดปกติ
หลอดลมใหญ่ หลอดลมเล็ก และถุงลมเล็กปกติ เยื่อหุ้มปอดบางและแนบชิดกัน การขยายตัวของผนังหน้าอกปกติ	Resonant	ปกติ	Vesicular นอกจากใกล้หลอดลมใหญ่	-
อาการแสดงของ Left side Heart Failure จะมีน้ำในถุงลมเล็กหรือในผนังของหลอดลม	Resonant	ปกติ	ปกติบางครั้งมีระยะ Prolong Expiration	เสียง Rate ที่ฐานปอด บางครั้งมีเสียง Wheezes
มีของเหลวหรือมีความหนาตัวของ Fibeotuc	Dull and Flat	ลดลงหรือหายไปเมื่อ Compress ที่	Vesicular จะลดลงหรือหายไปเมื่อของเหลว Compress ปอด ปริมาณของเสียง	ไม่มีกวั่นในกรณีใดๆ

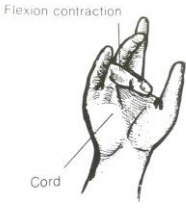
- 170 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

ลักษณะ	การเคาะ	การฟัง	เสียงหายใจ	เสียงผิดปกติ
		Under-lying - lung อาจได้ยินเสียง	Bronchial อาจปรากฏขึ้น	
Consolidated ทึบ Lung จะเคาะทึบ แต่หดรอดลมใหญ่จะเสียงปกติ Breath และ Voice Sound จะส่งเสียงผ่านโดยตรงจาก Larynx และ Trachea	ทึบ	เพิ่มขึ้นด้วยเสียง Broncho phony	Bronchial	Rales
ในหดรอดลมอักเสบปอดจะปกติ อาการแสดงจะมีเฉพาะที่เสียงหายใจที่ผิดปกติ	Resonant	ปกติ	ปกติหรือมีระยะหายใจออกยาว	อาจมีเสียง Wheezes Rhonchi, Rales
มีการปกครองของถุงลมเล็กและมีการอุดตันที่ผนัง Alveoli	Hyper-resonance	ลดลง	ลดลงมี Vesicular ระยะหายใจออกยาว	ไม่มีหรืออาจมีเสียง wheezes, rhonchi, rales
มีอากาศในช่องปอดซึ่งอาจเป็นข้างใดข้างหนึ่งและเป็นสาเหตุให้ต้นหดรอดลมย้ายไปด้านตรงข้าม	Hyper-resonance	ลดลงหรือเจ็บบ	ลดลงหรือเจ็บบ	-
ปอดแฟบเคาะเสียงทึบ Bronchial Obstruction จะกีดกันไม่ให้เสียงหายใจผ่าน	ทึบ	ลดลงหรือเจ็บบ	Vesicular ลดลงหรือเจ็บบ	-
Trachea อาจเอียงไปด้านเดียวกัน				

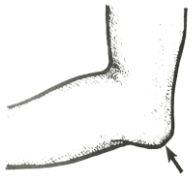
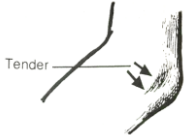
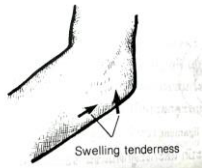
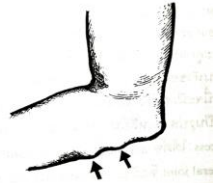
ลักษณะผิดปกติของมือและข้อมือ

 <p>Radial deviation of distal phalanx Heberden's node Bouchard's node Metacarpophalangeal joints uninvolved</p>	<p>1. Degenerative Joint Disease หรือ Osteoarthritis จะมีตุ่มเกิดขึ้นเฉพาะที่ข้อปลายนิ้วมือด้านหลังมือเรียก Heberden Node มีลักษณะแข็งและไม่ปวด มักพบในวัยกลางคนหรือสูงอายุ พบอยู่หลายๆ ข้อถ้าพบที่ข้อกลางนิ้วมือเรียก Bouchard Node ส่วนข้อที่โคนนิ้วมือมักไม่พบ</p>
 <p>Acute rheumatoid arthritis Boutonniere deformity Swan neck deformity Tender, swollen</p>	<p>2. Rheumatoid Arthritis ลักษณะที่โดดเด่นของโรคคือการเจ็บ ปวด ข้อแข็ง มักเป็นที่ข้อนิ้วกลางและข้อมือ ข้อปลายนิ้วพบน้อยมาก เป็น 2 มือพร้อมๆ กัน ลักษณะที่พบบ่อยคือบวมที่ข้อนิ้ว 2 ข้อแรกและมี Ulnar Deviation ของนิ้วพบกล้ามเนื้อหลังมือลีบอาจพบก้อน Rheumatoid Nodules ในทุกระยะ</p>
 <p>Swollen Knobby swelling Draining tophus</p>	<p>3. Gout ลักษณะผิดปกติของโรคเก๊าท์ที่เป็นมานานจะคล้าย Rheumatoid arthritis และ Osteoarthritis แต่โรคเก๊าท์จะไม่เป็น Symetry ที่มีการอักเสบเป็นแบบเฉียบพลัน ปุ่มตามข้อบางครั้งแต่จะมีสารขาวๆ ไหลออกมา</p>
 <p>Pain on extension Swelling and tenderness along tendon sheath Finger held in slight flexion</p>	<p>4. Tenosynovitis เป็นการอักเสบของ Flexor tendon sheaths เนื่องมาจากการบาดเจ็บต่างกับ Arthritis คือจะกดเจ็บตามแนวเส้นเอ็นมากกว่าตามข้อ ข้อนิ้วมือมักจะอยู่ห่างในทางอเล็กน้อย ถ้าพยายามเหยียดนิ้วมือจะปวด</p>

 <p>Ulnar deviation</p> <p>Swollen, thickened</p> <p>Rheumatoid nodule</p> <p>Muscular atrophy</p>	<p>5. Ulnar drift มักพบในผู้ป่วยที่เป็น Rheumatoid arthritis เรื้อรังคือนิ้วมือทั้ง 4 นิ้ว เบี่ยงไปทาง Ulnar เกิดจากการที่เอ็นกล้ามเนื้อ Common extensor ของแต่ละนิ้วเคลื่อนที่ตกจากที่ไปอยู่ในร่องระหว่างหัวกระดูกฝ่ามือ จะพบว่ามี Flexion ที่ข้อนิ้วอันดับต้นและ Flexion ที่ข้อปลายนิ้ว ส่วนนิ้วหัวแม่มือจะมี Flexion ที่ข้อโคนนิ้วและ ที่ข้อนิ้ว</p>
 <p>Puncture wound</p> <p>Tender, swollen</p>	<p>6. Tendon sheath and palmar space infection ถ้าอาการอักเสบดำเนินไปเรื่อยๆ จะมีการลุกลามไปถึงส่วนต่างๆ ของมือและฝ่ามือ ในภาพเป็นการอักเสบของนิ้วชี้และ Thenar space การให้การวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มแรกมีความสำคัญมาก</p>
 <p>Normal hypothenar eminence</p> <p>Flattened thenar eminence</p>	<p>7. Thenar atrophy การลีบของกล้ามเนื้อ Thenar eminence ให้นึกถึงความผิดปกติของ Medial nerve สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การกดทับเส้นประสาทที่ข้อมือ</p>
 <p>Puncture wound</p> <p>Swollen, tender, dusky red</p>	<p>8. Felon เป็นการอักเสบติดเชื้อของ Fascial apace เมื่อมีบาดแผลที่ปลายนิ้วจะปวดมาก กดเจ็บเฉพาะที่บวมแดง</p>

	<p>9. Dupuytren contracture เป็นความพิการของนิ้วมือโดยการหดรั้งของ palmar fascia ส่วนตรงกลางนิ้วกลางและนิ้วก้อย การหดรั้งนี้จะทำให้นิ้วมืองอ เห็นเนื้อพังผืดใต้ผิวหนังชัดเจน</p>
---	--

ลักษณะความผิดปกติของการบวมและการกดเจ็บที่ข้อศอก

	<p>1. Olecranon bursitis หรือ Student elbow เป็นการบวมและอักเสบของ Olecranon bursa อาจพบร่วมกับโรคข้ออักเสบชนิด Rheumatoid หรือ Gout</p>
	<p>2. Tennis elbow เป็นการอักเสบของปลายน Lateral Epicondyle จะมีอาการปวด และ Tenderness</p>
	<p>3. Arthritis of elbow เป็นการอักเสบของเยื่อข้อหรือการมีน้ำในข้อ สามารถตรวจได้ที่ช่องระหว่าง Olecranon process และ Epicondyles คลำดูจะนุ่มหยุ่น และ Fluctuate</p>
	<p>4. Rheumatoid nodules ปุ่มใต้ผิวหนังมักเกิดที่บริเวณรับน้ำหนักของแขนด้าน Ulnar ในผู้ป่วย Rheumatoid arthritis ปุ่มจะแข็งเล็กน้อยกดไม่เจ็บ ไม่ติดกับผิวหนัง อาจติดหรือไม่ติดกับเยื่อหุ้มกระดูกได้</p>

ลักษณะความผิดปกติของระบบประสาท

		
<p>Spastic hemiparesis พบ ร่วมกับโรคของ Upper motor neuron ข้างเดียว แขนข้างหนึ่งงอขิดตัวและไม่แกว่งขาข้างที่เป็น จะหมุนเข้าใน และเดินลากนิ้วเท้า</p>	<p>Cerebellar ataxia พบ ร่วมกับโรคของ Cerebellum เดินโซเซ ขากาง ก้าวไม่สม่ำเสมอ เหมือนคนเมา ไม่ว่าจะหลับตาหรือลืมตา</p>	<p>Sensory ataxia พบใน กรณี Position sense เสียไป ไม่รู้ว่าขาอยู่ในตำแหน่งใด เดินขากาง ก้าวไม่สม่ำเสมอ ยกขาสูงและปล่อยลงอย่างแรง ผู้ป่วยมักมองที่พื้นเพื่อจะได้เดินได้ถูก ทำ Romberg test ได้ Positive</p>
		
<p>Pakinsonina gait พบใน ความผิดปกติของ Basal Ganglia ยืนตัวเอียง ตัวแข็ง สะโพกและเข่างอ เวลาเดินเอาศีรษะไปก่อน แขนไม่แกว่ง ก้าวสั้นๆ ลากเท้า เวลาหมุนตัวมีลักษณะที่อ้อ</p>	<p>Scissor gait พบ ร่วมกับ Gpastic Paresis ของขาทั้งสองข้าง เดินช้าๆ ต้นขามักจะไขว้กันในขณะก้าวแต่ละก้าว มักจะสั้นๆ</p>	<p>Steppage gait พบ ร่วมกับโรคของ Lower Motor เดินยกเท้าสูง เข้างอ แล้วปล่อยเท้าตกลงมา เหมือนกับก้าวขึ้นบันได</p>

ลักษณะความผิดปกติของการเคลื่อนไหว

ลักษณะ	อาการผิดปกติ	หมายเหตุ
Fasciculations (การเต้นของ กล้ามเนื้อ)	เห็นการเต้นหรือการสั่นของมัด กล้ามเนื้อ	พบร่วมกับกล้ามเนื้อที่ลีบ ซึ่งเป็น อาการแสดงของ Lower Motor Neuron
Tremor (การสั่น ของแขนหรือขา)	เป็นการสั่นที่มีจังหวะและควบคุม ไม่ได้ ถ้าเป็นขณะที่อยู่นิ่งเรียกว่า Resting Tremor และขณะ เคลื่อนไหวเรียก Intention Tremor	การชักกระตุกเป็นจังหวะซ้ำๆ ขณะ อยู่นิ่ง พบในโรค Parkinsonism การ สั่นในขณะเคลื่อนไหวพบในโรค Cerebellar และในคนชรา
Tics	การกระตุกของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้น ซ้ำๆ มักพบบริเวณใบหน้าและลำตัว ส่วนบน	การกระตุกของใบหน้า ตา หรือ บริเวณไหล่
Athetosis	การเคลื่อนไหวที่ควบคุมไม่ได้ บริเวณใบหน้า แขน ขา ลำตัว เคลื่อนไหวอย่างซ้ำๆ แต่กล้ามเนื้อ ตึงมากกว่า Chorea จะเกิดทาง ในขณะอยู่นิ่งและเคลื่อนไหว	พบได้บ่อยใน Cerebral Palsy
Myoclonus	การกระตุกอย่างรวดเร็วแต่ไวกว่า Chorea และควบคุมไม่ได้เช่นกัน	อาจเกิดขึ้นในขณะหลับหรือพบใน โลกชักกระตุกบางชนิด
Chorea	การเคลื่อนไหวที่ควบคุมไม่ได้บริเวณ ใบหน้า แขน ขา ลำตัว ลักษณะกระตุก อย่างรวดเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีลักษณะที่ แน่นอน อาจเกิดขึ้นขณะอยู่นิ่งหรือ เคลื่อนไหว	Sydenham's chorea ในไข้รูมาติก

การแยกโรคตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย

ตารางแยกโรคจากกลุ่มอาการไข้

กลุ่ม 1 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ไอ เจ็บคอ อาเจียน หอบ

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ไข้หวัด (Common Cold)	ไข้ต่ำๆ ครันเนื้อครันตัว อ่อนเพลีย ปวดศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไข้หายภายใน 3-4 วัน	คัดจมูก มีน้ำมูกไหล จาม คอแห้ง อาจเจ็บคอ เล็กน้อย ไอแห้งๆ มีเสมหะเล็กน้อย	มีไข้ต่ำๆ มีน้ำมูกเยื่อจมูกอักเสบ บวมและแดง คอแดงเล็กน้อย ในเด็กต่อมทอนซิล อาจจะไม่โต แต่ไม่แดงมากและไม่มีหนอง	-โพรงจมูกอักเสบ -หูชั้นกลางอักเสบ -หลอดลมอักเสบ -ต่อมทอนซิลอักเสบ -ปอดบวม
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)	ไข้สูงทันทีทันใดหนาวสั่น ปวดศีรษะมาก ร้อนๆ หนาวๆ ปวดเมื่อยตามตัวมาก อ่อนเพลีย	เบื่ออาหาร ขมในคอ เจ็บคอ คัดจมูก น้ำมูกใส ไอแห้งๆ บางรายอาจไม่มีอาการน้ำมูกและไอเลย อาจจุกเสียดในท้อง	ไข้สูง 38.5-40 องศา อาจมีน้ำมูกใส คอแดงเล็กน้อย หรือไม่แดงก็ได้ หน้าและเปลือกตา อาจจะแดง	-โพรงจมูกอักเสบ -หูชั้นกลางอักเสบ -หลอดลมอักเสบ -ปอดบวม
คออักเสบ (Pharyngitis) ต่อมทอนซิลอักเสบ	ไข้ อ่อนเพลีย ครันเนื้อครันตัวหรือหนาว	คอแห้ง เจ็บคอ เวลากลืนอาหาร หรือน้ำ ในเด็กเล็ก อาเจียน และถ้าไข้สูงจะชัก อาจมีท้องเดินร่วมด้วย	ไข้สูง คอแดง ต่อมทอนซิลโตแดง มักพบหนองขาวๆ เป็นจุดบนทอนซิล ในรายเรื้อรังพบว่าทอนซิลโตแต่ไม่	-หูชั้นกลางอักเสบ -โพรงจมูกอักเสบ -ฝี -ต่อมทอนซิล

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
(Tonsillitis)			แดงมาก ผิวขรุขระ ต่อมน้ำเหลืองโต คอโตมาก และเจ็บ	บวม -ใช้รูมาติก -ข้ออักเสบ -กระดูกอักเสบ -โรคไต
หลอดลมอักเสบ (Bronchitis)	ไข้ต่ำๆ	ไอมากตอน กลางคืน ระยะแรก ไอแห้งๆ 4-5 วัน ต่อมาไอมีเสมหะ ในรายเรื้อรังจะมี ไอ มีเสมหะมาก ตอนตื่นนอน	มีไข้ต่ำๆ หรือไม่มี ไข้ เสียใจหายใจ หยาบ หายใจเร็ว กว่าปกติเล็กน้อย ปอดมีเสียง Rhonchi	-หลอดลมพอง -ถุงลมพอง
จมูกอักเสบ (Purulent Rhinitis)	ไข้ต่ำๆ มักพบใน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	น้ำมูกสีเหลือง บางที่มีเลือดปน บางรายมีน้ำมูกข้น เป็นหนองไหลออก จากจมูกหรือตกไป ในคอ ทำให้ไอเป็น ครั้งคราว	ไข้ต่ำๆ มีน้ำมูกข้น อาจมีหนองหรือ เลือดปน มีสะเก็ด เปื่อยบริเวณรอบๆ จมูก	-ไซนัสอักเสบ -หูน้ำหนวก
หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchi- otitis)	ไข้ ชื้น	ไอมีเสมหะ แต่บาง รายอาจไม่ไอเลยก็ ได้ หอบ	มีไข้สูง ตัวเขียวเป็น พักๆ เสียใจหายใจ ค้อย ซีโครงและลิ้น ปี่นุ่ม ฟังปอดได้ยิน เสียง Rhonchi และอาจมีเสียง Wheezing	-ขาดน้ำ -ขาดออกซิเจน

- 178 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ปอดบวม (Pneumonia)	ไข้สูงทันทีทันใด หนาวสั่น	ปากแดงและแตก ลิ้นเป็นฝ้า หายใจ หอบ ไอมาก มี เสมหะ เจ็บหน้าอก ในเด็กเล็กอาจมี ท้องอืด ท้องเดิน หรือชัก	ไข้สูง หายใจตื้นแต่ ถี่ รุนแรงบาน หน้า เขียวซีโครงบวม ริม ฝีปากแดง ลิ้นเป็น ฝ้า ท้องอืด (ใน เด็ก) ฟังปอดได้ยิน เสียง Crepitaion มักได้ยินเสียงใต้ สะบักทั้งสองข้าง	- ฝีในช่องปอด หรือในปอด - เยื่อหุ้มสมอง อักเสบ - เยื่อหุ้มหัวใจ อักเสบ - หลอดลมพอง - ขาดน้ำ - ออกซิเจนใน เด็กเล็ก
วัณโรค ปอด (Pulmonary Tuberculosis)	มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่าย ครั่นเนื้อครั่นตัว	อ่อนเพลีย เบื่อ อาหารซีด น้ำหนัก ลด กลางคืนเหงื่อ ออก ต่อมาไอ ระยะแรกไอแห้งๆ ต่อมาจึงมีเสมหะ ไอมากเวลาเช้า นอนหรือหลัง อาหาร หรือตื่น นอนเช้า ไอเรื้อรัง เป็นเดือนอาจมี เลือดออก	ผอม ซีด หายใจ หอบ มีไข้ต่ำๆ ปอด ทั้งสองข้าง โดยเฉพาะบริเวณ ยอดปอดอาจได้ยิน เสียง Crepitation	ไอเป็นเลือดจน อาจช็อค
ไอกรน Pertussis หรือ Whooping Cough	ไข้ต่ำๆ คล้าย ไข้หวัด ประมาณ 10-14 วัน	ไอจนตัวงอ ไอ ติดต่อกันเป็นชุด ในเวลากลางคืน พอหยุดจะหายใจ	อาจตรวจไม่พบ อะไร ถ้าเด็กไม่ไอ ให้เห็น แต่อาจพบ ปื้นแดงใต้ตาขาว	ปอดบวมใน เด็กเล็ก

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
		เสียงดังคืบ มี อาเจียนร่วมด้วย เสมอ	ในเด็กโต	
ครูป (Croup)	ไข้ต่ำๆ	ไอเสียงแหบและ หอบ หายใจ ลำบาก และมีเสียง ดังครูป	ไอเสียงแหบและ หอบ หายใจ ลำบาก และมีเสียง ดังครูป	หายใจไม่ได้ตัว เขียว
คอตีบ (Diphtheria)	ไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว	เจ็บคอ กลืน อาหารไม่ได้ มักมี อาเจียน ต่อมา หายใจลำบาก ไอ เสียงแหบ อาจช้ำ และหมดสติถึง ตาย	ทอนซิลโตแดง หายใจหอบ ช้ำ ปากพบแผ่นขาว ปนเทา (Whitegrayish membrane) เป็น ฝ้าติดทอนซิลและ ผนังคอ ต่อมา น้ำเหลือง รอบคอบวม	-กล้ามเนื้อ หัวใจอักเสบ -ประสาท อักเสบ -อัมพาตของ กล้ามเนื้อ
โรคไต (Glomerulo Nephritis)	ไข้ต่ำๆ หลังจาก ทอนซิลอักเสบ ประมาณ 1-2 อาทิตย์ หรือในเด็ก เล็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ เป็นแผลพุพอง หรือฝีตามร่างกาย	เท้าบวม หน้าบวม	ไข้ต่ำๆ คออาจแดง เล็กน้อย ความดัน โลหิตสูง ในราย รุนแรงอาจช้ำ ปัสสาวะสีแดงและ ขุ่น พบไข่ขาวใน ปัสสาวะ 1+ ถึง 2 +	-ช้ำ -หัวใจวาย

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ไข้รูมาติก (Rheumatic fever)	ไข้สูงมักมีประวัติเจ็บคอก่อน 1-4 สัปดาห์ พบมากในผู้ป่วยอายุ 5-10 ปี	ข้อใหญ่ๆ มีอาการปวด บวมโดยปวดข้อหนึ่งแล้วเลื่อนไปอีกข้อหนึ่ง มักเป็นอยู่นานบางรายอาจมีอาการหอบเหนื่อย ชัก หรือมีผื่น มีตุ่มขึ้นตามตัว	ไข้สูง ข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อศอก ข้อมือ บวมแดง ร้อน เสียงหัวใจอาจมี Murmur	-โรคหัวใจ รูมาติก -ลิ้นหัวใจรั่ว

กลุ่มที่ 2 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้อ่อนเพลียเบื่ออาหารปวดศีรษะซึมแพ้

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ไขัรากลัดน้อยหรือไขัไทฟอยด์	มีไข้ค่อนๆ สูงขึ้นทุกวันและจับไข้ตลอดเวลา ถึงแม้จะได้รับการลดไข้ก็อาจจะไม่ลง อาการไขัมักเรื้อรังเป็นสัปดาห์ถึงเดือน มีอาการหนาวเป็นพักๆ	อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ซึม เบื่ออาหาร หน้าซีด แต่เปลือกตาไม่ซีด อาจเห็นจุดคล้ายยุงกัด (Rose Spot) ที่หน้าอก (พบมากในฤดูร้อน)	ไข้สูง ซึม หน้าซีดริมฝีปากแห้ง ท้องอืด กดเจ็บใต้ชายโครงขวาตับโตในอาทิตยที่ 1-4 มีจุดคล้ายยุงกัด (ระยะพักตัว 5-14 วัน)	-เลือดออกในลำไส้ -ลำไส้ทะลุ -ถุงน้ำดีอักเสบ -ไตอักเสบ -เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis)	ไข้ต่ำๆ หรือไข้สูงปวดศีรษะมาก	คลื่นไส้ อาเจียนพุ่งรุนแรง ซึม คอแข็ง เป็นมากอาจชักและไม่รู้สึกตัว ในเด็กเล็กกระหม่อมโป่ง	ไข้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้ ซึม คอแข็ง	-ฝีในสมอง -สมองเสื่อม

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
		ตึง มีประวัติปวดบวมหรือหูน้ำหนวก ผู้ใหญ่มีประวัติรับประทานหอยโข่ง ปลา หรือกุ้งดิบ		
สมองอักเสบ (Encephalitis)	ไข้	อ่อนเพลีย เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ชีमลดลงไม่รู้สึกรู้สีกตัว และชัก ในเด็กเล็ก กระหม่อมโป่ง ไม่ดูดนม	ชัก ไม่รู้สึกรู้สีกตัว แขนหรือขาเป็นอัมพาต	-โรคลมชัก -สมองเสื่อม
โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)	ไข้ต่ำๆ	มีประวัติถูกสุนัขหรือแมว หรือ ค้างคาวกัดมาก่อน เริ่มรู้สึกแสบคันที่แผล ต่อมาซีม กระสับกระส่าย ร้อน ชูซ่าตกใจง่าย น้ำลายไหล ชักง่าย จากนั้น 25-48 ชั่วโมงมีอาการกลัวน้ำ	น้ำลายไหล ตกใจกลัว ชักมีอาการกลัวน้ำ คือกัดกรามแสดงความเจ็บปวด หยุต หายใจ	-
โปลิโอ (Poliomyelitis)	ไข้ต่ำๆ คล้ายไข้หวัด	ท้องผูก หรือท้องเดิน หลังจากหายไข้แล้วขาเด็กจะไม่มีแรง เดินกระพอก หรือเดินไม่ได้เลย	ขาอ่อนปวกเปียก ไม่มีแรงข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง	-กล้ามเนื้อลีบ -พิการ

- 182 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
<p>มาลาเรีย (Malaria)</p>	<p>-มีประวัติอยู่ในเขตหรือกลับจากเขตมาลาเรียหรือมีประวัติได้รับการถ่ายเลือดมา</p> <p>-อาการจะเกิดขึ้นหลังเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ประมาณครึ่งเดือน</p> <p><u>ระยะที่ 1 ก่อนจับไข้</u> อ่อนเพลียครั่นเนื้อครั่นตัวปวดศีรษะ</p> <p><u>ระยะที่ 2 หนาวสั่น</u> มีอาการหนาวสั่นมาก คลื่นไส้ อาเจียน ระยะเวลาที่เป็น 20-60 นาที</p> <p><u>ระยะที่ 3 ระยะตัวร้อน</u> ตัวร้อนจัด หน้าแดง ชีพจรเต้นเร็ว กระจายน้ำ ปวดศีรษะมาก ระยะ</p>	<p>-ถ้าไม่จับไข้ จะไม่พบอะไรเลย</p> <p>-เวลาจับไข้ ไข้สูงมาก อาจถึง 40 องศา เหนือออก</p> <p>-ในรายที่เป็นนานๆ อาจชักเหลือง ตับโต ม้ามโต บัสสาวะสีเหมือนน้ำโคล</p> <p>-ในรายที่ขึ้นสมอง อาจเพื่อชัก ไม่รู้สึกตัว</p>		<p>-ดีซ่าน - มาลาเรียขึ้นสมอง</p> <p>-หอบคล้ายปอดบวม</p> <p>-หัวใจวาย</p>

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
	<p>ที่เป็น 3-8 ชั่วโมง <u>ระยะที่ 4 เหนื่อ</u> <u>ออกหรือส่างไข้</u> จะมีเหงื่อออกชุ่ม ทั้งตัวอาการ ต่างๆทุเลาลงแต่ ยังอ่อนเพลียและ มีนศิริระ อาการไข้แล้วแต่ ชนิดของเชื้อจึง พบว่าบางรายไข้ จับวันละครั้ง หรือ สองครั้ง หรือวัน ละหลายครั้งก็ได้ หรือวันเว้นวัน สองวันเว้นวัน ใน รายที่เป็นนานๆ จะมีอาการชัก และตัวเหลือง</p>			

กลุ่มที่ 3 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ผื่น ตุ่ม จุด จ้ำ

โรค	ลักษณะ ไข้	อาการ ร่วม	ระยะที่ ผื่นขึ้น	ลักษณะ ผื่น	การตรวจ ร่างกาย	อาการ แทรกซ้อน
อีสุก อีใส (Chicken pox)	มีไข้ต่ำๆ จากเชื้อ Varcella Zoster ผู้ใหญ่อาจ มีไข้ 2-3 วันปวด ศีรษะปวด เมื่อยพบ ได้ตั้งแต่ อายุ 1 เดือน	เบื่อ อาหาร	พร้อม กับวันที่ มีไข้ ระยะพัก ตัว 2 สัปดาห์	จาก macula เป็น Vesicle ถ่ายใน 8-10 ชั่วโมง ต่อมาจะมี Hyper- pigment บริเวณ เดียวกัน จะ มีผื่นทุก ลักษณะ มี มากบริเวณ Interscapular ประมาณ 6- 7 วันจะหาย	พบผื่นหลาย ลักษณะ มี มาก โดยเฉพาะ บริเวณลำตัว	ปอดบวม
หัด (Measle Rubeola)	ไข้สูง ครั่น เนื้อครั่น ตัว จาก Measle Virus พบ มากใน เด็กอายุ 1-2 ปี	ซีม เบื่อ อาหาร ตาแดง น้ำมูก กริ่งและ ไอมาก ถ้ามีโรค แทรก อาจหอบ	3-4 วัน หลังมีไข้ (ระยะ พักตัว 10 -14 วัน)	Maculo- papular rash บริเวณไร ผม หลังหู ต้นคอ หน้าผาก ผม แขน ลำตัว มีผื่น	อาจพบ น้ำมูกใสๆ คล้ายไข้หวัด ไข้สูง ตลอดเวลา หลัง อาการ ไข้ 2 วัน อ้า ปากจะพบ กระพุ้งแก้ม	-ปอดบวม- ท้องเสีย -หูน้ำหนวก -สมอง อักเสบ

โรค	ลักษณะ ไข้	อาการ ร่วม	ระยะที่ ผื่นขึ้น	ลักษณะ ผื่น	การตรวจ ร่างกาย	อาการ แทรกซ้อน
		ท้องเดิน หรือซีมี ไม่ รู้สึกตัว		ขึ้น ประมาณ 4 วันจะหายมี Hyper- pigmen- tation	มี Koplik Spot แล้วจะ หายไป ภายใน 2 วัน จึงมีผื่นขึ้น ตามบริเวณ ดังกล่าว แล้วตาแดง คอแดง ทอนซิลโต แดง	
หัดเยอรมัน (German measles/ Nubella)	ในผู้ใหญ่ มีไข้ต่ำ ปวดเมื่อย ในเด็กไม่ ค่อยมี อาการนำ	เบื่อ อาหาร เจ็บคอ ไอไม่ มากนัก ในเด็กโต ถ้าเด็ก เล็กอาจ ไม่มี อาการ อะไรเลย	2 ถึง 3 วันหลังมี ไข้(ระยะ ฟักตัว 2-3 สัปดาห์)	Maculo- papular rash ละเอียด ภายในวัน เดียววันที่ 2 จะจาง และ หายไปใน วันที่ 3	อาจพบไข้ ต่ำๆ ต่อมน้ำ เหลืองโต ก่อนมีผื่นขึ้น ผื่นกระจาย ตามคอ แขน และลำตัว อย่างรวดเร็ว	ผู้ใหญ่อาจ มีข้ออักเสบ สมอง อักเสบ เด็กๆไม่มี
ส่าไข้	จากเชื้อ ไวรัส พบ มากใน อายุ 6	เบื่อ อาหาร กระวน กระวาย	เมื่อไข้ ลดลง แล้ว 3-4 วัน	Maculo- papular rash บริเวณ	คอแดง เล็กน้อย ผื่น กระจายจาก ลำตัวไป	ชักจากไข้ สูง

- 186 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	ระยะที่ฟื้นขึ้น	ลักษณะผื่น	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
	เดือน-3 ปี ไข้อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด บางรายมีไข้สูงมากอาจชัก	คอแดงเล็กน้อย		ลำตัว คอ แขน ขา หน้า 1-2 วัน จะหาย โดยไม่มีร่องรอย	หน้า แขน ขา และหายเร็ว	
ไข้เลือดออก (Acute Haemorrhagic Fever)	ไข้สูง ปวดเมื่อยจาก Dengue Virus ที่	เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดา	2-3 วัน หลังมีไข้	ผื่นแดง นูน หรือเป็นจุดเลือดออก (Petechiae) อาจมีรอยช้ำ (Purpura) เขียว (Achyrosis) ห้อเลือด (Hematoma)	หน้าแดง ไม่พบน้ำมูก คอไม่แดง ไข้สูงมากใน ระยะ 2-7 วันแรก กดเจ็บบริเวณชายโครง ขวาคับโต หลังอาการ ไข้อาจพบจุดเลือด รอยจ้ำ หรือมีเลือดออก ชีม ตัวย่น Tournigust Test ให้ผลบวก Hct. สูง Plalet ต่ำ	-เลือดออก -ช็อค

โรค	ลักษณะไข้	อาการรวม	ระยะที่ฟื้นขึ้น	ลักษณะผื่น	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ไข้รากสาดใหญ่ (Epidemic typhus)	ไข้สูงหนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ร่างกายจาก rickettsia prowazaki ซึ่งมีเหาเป็นพาหะ	ปวดเมื่อย เบื่ออาหาร อาจจะเพื่อคั่งจนถึงช็อค	หลังมีไข้ 5-6 วัน (ระยะพักตัว 12-15 วัน)	ผื่นละเอียดตามตัว เป็นสีดําแดง	ไข้สูง ผื่นสีดําแดง	-
ไข้ดำแดง (Scarlet Fever)	ไข้สูงปวดเมื่อย ร่างกาย	เจ็บคอ	1-2 วันหลังมีไข้	Maculo-papular rash ช่วงปลายผื่นสีแดงจัดเวลาหายจะลอก	ไข้สูง คอแดง ผื่นปลายแหลม สีแดงจัด	-

กลุ่มที่ 4 แยกโลกตามกลุ่มอาการไข้ ชัก

โรค	ลักษณะไข้	อาการรวม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
บาดทะยัก (Tetanus)	ไข้ต่ำๆ	ขากรรไกรแข็งจนอ้าปากไม่ได้ กลืนลำบาก ในทารกจะดูดนมไม่ได้ ต่อมาหลังแข็ง ชัก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี	พบบาดแผลหรือสะดืออักเสบ ขากรรไกรแข็งเกร็งต้นคอ หลังแข็ง รู้สึกตัวเป็นครั้งคราวหน้าแดง Rinus sardonius	ขาดอาหาร ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ หยุดหายใจ

- 188 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ชักจากมีไข้สูง (Febrile convulsion)	มีไข้สูงมาก มักพบในเด็กอายุระหว่าง 6-3 ปี	มีอาการไข้หวัด หรือต่อมทอนซิลอักเสบ หรือหัด หรือปอดบวมหรืออาการไข้จากโรคอื่นๆ	มีไข้สูง ขณะชักแขนขากระตุก ตาค้างเป็นพักๆ ไม่นาน ประมาณ 1-3 นาที เมื่อหยุดชักจะปกติ	-โรคลมชัก -สมองเสื่อม -การเจริญเติบโตช้า
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)	ไข้ ปวดศีรษะมาก	คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง คอแข็ง ในเด็กจะซึม กระหม่อมโป่งตึง	ซึม คอแข็ง	ดูจากกลุ่มที่ 2
สมองอักเสบ (Encephalitis)	ไข้	อ่อนเพลีย เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ซึมลงเรื่อยๆ จนไม่รู้สึกรู้สีกตัว ชัก	กระหม่อมโป่งตึง ชัก ไม่รู้สึกรู้สีกตัว แขนขามีอัมพาต	ดูจากกลุ่มที่ 2

กลุ่มที่ 5 แยกโรคตามกลุ่มอาการไข้ ปวดท้อง

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)	ไข้ต่ำๆ	ในรายรุนแรงอาจมีอาการปวดท้องมากทันทีทันใด บางรายปวดเป็นพักๆ รอบสะดือคล้ายท้องเดิน ต่อมาปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา ต้องนอนนิ่งๆ คลื่นไส้ อาเจียน	มีไข้ 38-38.5 องศา ลิ้นเป็นฝ้าหนาคนไข้ นอนตะแคง งอเข่า กดเจ็บบริเวณ Mc. Burney Point	

โรค	ลักษณะไข้	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis)	ไข้สูง	อ่อนเพลีย ปวดท้องตลอดเวลา คลื่นไส้หรืออาเจียน	มีไข้สูง ชีพจรเร็ว ลิ้นเป็นฝ้าขาว หน้าท้องแข็ง ท้องอืด กดเจ็บโดยทั่วไป	-
อุ้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease)	ไข้ หนาวสั่น	ปวดบริเวณท้องน้อยข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง มีประวัติหลังคลอด หลังแท้ง หลังคุมดลูกหรือหมดประจำเดือนใหม่ๆ	มีไข้สูง ในรายรุนแรง บริเวณท้องน้อยกดเจ็บ PV. อาจพบว่ามีตกขาว สีผิดปกติ กลิ่นเหม็น	-ตั้งครรภ์ -นอคมดลูก -ปีกมดลูก -อักเสบเรื้อรัง -เยื่อช่องท้องอักเสบ
กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis)	ไข้ หนาวสั่น	ปวดหลัง เคาะ หรือกดเจ็บบริเวณสีข้างหรือหลัง ปัสสาวะขุ่น เป็นมากอาจมีอาการหอบ	ไข้สูง กดเจ็บบริเวณหลังหรือสีข้าง	-ความดันโลหิตสูง -ไตเสีย
ฝีในตับ (Liver Abscess)	ไข้ หนาวสั่น	ปวดชายโครงขวา ตาอาจเหลือง เล็กน้อย อาจมีถ่ายปัสสาวะเป็นมูกเลือด	ไข้สูง กดชายโครงขวาเจ็บปวด ตับโต ตาอาจเหลือง เล็กน้อย	-อุ้งเชิงกรานอักเสบ

กลุ่มที่ 6 แยกโรคจากกลุ่มอาการไอ

โรค	ลักษณะไอ	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย
หลอดเสียงอักเสบ (Laryngitis)	ไอเสียงห้าว บางรายไอแห้งๆ ต่อมาไอเสมหะ เสียงไอลึก	มีอาการคล้ายไข้หวัดมาก่อน เสียงแหบ	ถ้าจากไข้หวัดใหญ่ จะพบลิ้นไก่บวมแดง ถ้าจากเชื้อคอตีบ จะพบแผ่นสีขาวปนเทาในลำคอ มีอาการหอบเขียว
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchitis)	ระยะแรกไอแห้งๆ ต่อมาไอเสมหะไอเป็นชุด และมักเกิดตอนเปลี่ยนอิริยาบถ หรือถูกอากาศเย็น พุดหัวเราะ ไอมากตอนกลางคืน	อาจมีไข้ต่ำๆ รู้สึกเจ็บหน้าอก เจ็บแน่นๆ มักเกิดพร้อมหรือเกิดหลังการอักเสบทางเดินหายใจ	หายใจเร็วกว่าปกติ เสียงหายใจหยาบ ปอดมีเสียง Rhonchi
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis)	ไอมีเสมหะทุกวัน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา นานกว่า 3 เดือน ในปีหนึ่งๆ และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี	อาจมีอาการหอบเหนื่อย มีประวัติสูบบุหรี่ ในรายรุนแรงมีอาการหัวใจข้างขวา ล้มเหลว	มักเป็นคนอ้วน ผิวหนังเขียว แต่หน้าแดงจากเม็ดเลือดแดงล้น ทรวงอกขนาดเท่ากัน เคลื่อนไหวดีเสียงหายใจปกติ ปอดมีเสียง Rhonchi เพราะเสมหะมาก ทรวงอกเคาะโปร่ง
ถุงลมโป่งพองเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะเหนื่อย หอบ	มีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นช้าๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระยะสุดท้ายจะมีอาการหัวใจช้ำ ขวาล้มเหลว	มักเป็นคนผอม ผิวพรรณปกติ ออกดั่ง ทรวงอกเคลื่อนไหวช้า เสียงหายใจเสียงปอดปกติ บางครั้งได้ยินเสียงวี๊ดคล้ายหอบหืด ทรวงอกเคาะโปร่ง

กลุ่มที่ 7 แยกโรคจากกลุ่มอาการปวดศีรษะ

โรค	อาการปวดศีรษะ	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	ปวดเมื่อบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นมากเวลาตื่นนอน พอสายจึงค่อยยังชั่ว	อ่อนเพลีย ใจสั่น	ความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ ถ้าอายุน้อยมักมีโรคไตเบาหวาน คอพอกเป็นพิษ	-ไตพิการ -โรคหัวใจ -เส้นเลือดในสมองแตก -ชัก อัมพาตตามัว
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis)	ปวดศีรษะรุนแรง เป็นหลายวัน	มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง คอแข็ง เด็กเล็กไม่ดูดี นมกระหม่อมโป่งตึง ในรายไม่มีไข้แต่มีประวัติรับประทานหอยโข่งปลาดิบ กุ้งดิบ	อาจมีไข้หรือไม่มีก็ได้ ชีพคอแข็งหรือกำลังชัก	ดูกลุ่มอาการไข้
โพรงอากาศอักเสบ (Sinusitis)	ปวดเมื่อบริเวณหน้าผาก ต้้งจมูก หรือรอบกระบอกตา ปวดเป็นเวลาประจำทุกวัน	คัดจมูกหรือจามบ่อยๆ เจ็บคอเล็กน้อย รู้สึกมีเสมหะใน	เยื่อจมูกบวมแดง คอแดง เล็กน้อย เคาะเจ็บบริเวณต้้งจมูก หน้าผากหรือได้ลูกตา	-ฝีในสมอง -เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

- 192 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	อาการปวดศีรษะ	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
		คอ ลม หายใจมี กลิ่นเหม็น มีประวัติ การแพ้ใน ครอบครัว		
ไมเกรน (Migraine)	ปวดตุ๊บๆ ปวดข้าง เดียว ครั้งหนึ่งปวด นานจากชั่วโมง เป็นวัน อาจปวด สองข้างก็ได้	คลื่นไส้ ตา พร่า มัก เกี่ยวข้อง กับอารมณ์	มักอยู่ในวัยหนุ่ม สาว มีประวัติ 80% ใน ครอบครัวมี อาการอย่าง เดียวกัน	-
เลือดออกใน สมอง (Intracranial Haemor- rhage)	ปวดทู่ๆไป	อาเจียนพุ่ง รุนแรงพบ ในทารกที่ คลอด ลำบาก จะ ร้องเสียง แหลม ชีมี ชัก และ พวกที่ได้รับ การ บาดเจ็บที่ ศีรษะ	มีบาดแผล บริเวณศีรษะ ปวดศีรษะรุนแรง ม่านตาสองข้าง ขยายไม่เท่ากัน คอแข็ง ไม่รู้สีตัว หรือชัก มีไข้	-

โรค	อาการปวดศีรษะ	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ฝีในสมอง (Brain Abscess)	ปวดรุนแรง	อาเจียนพุ่ง มีประวัติ หูน้ำหนวก โพรงอากาศ อักเสบ หรือ ไข้เรื้อรัง	มีไข้ คอแข็ง อาเจียนรุนแรง	-
เนื้องอกในสมอง (Brain Tumour)	ปวดศีรษะเรื้อรัง	อาเจียน ความจำ เสื่อม เห็น ภาพซ้อน เดินเซ ชัก	เดินเซ ชัก ความจำเสื่อม	-
สายตาสั้น สายตาเอียง	ปวดศีรษะทันที เป็นประจำเวลาใช้ สายตา	ถ้าใช้ สายตา จะ ปวดศีรษะ ตามัว คลื่นไส้	อ่านแผ่นวัด สายตาไม่ชัด	-
ต้อหิน (Glaucoma)	ปวดศีรษะพร้อม ปวดตาข้าง เดียวกันอย่าง เฉียบพลัน	อาจ มองเห็นสีรุ้ง	เมื่อผู้ป่วยมองต่ำ ใช้นิ้วชี้กดลงบน เปลือกตาบนข้าง ที่ปวด จะมีความ แข็งมากกว่าข้าง ที่ไม่ปวด และ ม่านตาไม่หดเมื่อ ถูกแสง	

โรค	อาการปวดศีรษะ	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ปวดศีรษะจากความเครียด	ปวดตื้อๆ ที่มักเรียกว่ามีนหัว ถ้าปวดมากจะปวดรอบๆ กะโหลกศีรษะ บางครั้งปวดมากที่ท้ายทอยหรือขมับทั้งสองข้าง	เครียดจากการทำงานหรือถูกความร้อ้นความเย็นนานๆ มักเป็นเวลาบ่ายหยุดหงิด	อ่อนเพลีย สีหน้าไม่มีความสุข ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	-ความดันโลหิตสูง -เส้นเลือดในสมองแตก -อัมพาต

ตำแหน่งและลักษณะการปวดศีรษะกับโรคที่พบบ่อย

ตำแหน่งที่ปวด	ลักษณะการปวด	โรคที่ควรสงสัย
หัวคิ้ว	ปวดตื้อๆ เวลาถูกอากาศเย็น หรือฝุ่น หรือมีอาการปวดตื้อๆ เป็นเวลาทุกวัน เมื่อใช้นิ้วกดหรือเคาะบริเวณหัวคิ้วจะรู้สึกเจ็บ มีประวัติเป็นหวัดบ่อยๆ	-แพ้ากาศ -โพรงจมูกอักเสบ
กระบอกตา	-ปวดมากเวลาใช้สายตา มองไกลหรือมองใกล้ไม่ชัด -ปวดข้างเดียว ปวดรุนแรง ตาแดง มัว พร่า	-สายตาดัดปกติ -ต้อหิน
ขมับ	-ปวดตื้อๆ ข้างเดียว ตาพร่า คลื่นไส้ อาการเหล่านี้กินเวลานานเป็นชั่วโมง มักเป็นในคนอายุน้อย -ปวดตื้อๆ หรือมีนศีรษะเวลามีอารมณ์เครียด วิตกกังวล มักเป็นเวลาบ่าย หรือหลังจากถูกความเย็นนานๆ ถ้านอนหลับแล้วอาการจะดีขึ้น	ไมเกรน
โหนกแก้ม	ปวดตื้อๆ เป็นเวลาทุกวัน มีประวัติเป็นหวัดบ่อย เมื่อใช้นิ้วกดหรือเคาะจะรู้สึกเจ็บ	โพรงจมูกอักเสบ

ตำแหน่งที่ปวด	ลักษณะการปวด	โรคที่ควรสงสัย
รอบศีรษะ	ปวดตื้อๆ หรือมีนศีรษะ เวลาที่มีความวิตกกังวล หรือมีอาการเครียด มักเป็นช่วงเวลาย่ำ บ้างคนอาจมีอาการเมื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น เย็นไป ร้อนไป	ปวดศีรษะจาก อารมณ์เครียด
ทั่วศีรษะ	-ปวดรุนแรงเป็นวันๆ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง หรือมีคอแข็ง คือให้ก้มจนคางชิดอกไม่ได้ หรือมีแขนขาอ่อนแรง -ปวดเรื้อรัง และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ มักเป็นตอนดึกๆ หรือเข้ามีด อาจมีอาการตามัว แขนขาอ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน -ปวดมีนๆเวลาคิดมากอดนอนหรือหิวข้าว -มีไข้	-เยื่อหุ้มสมองอักเสบ -เลือดออกในสมอง -ฝีในสมอง -เนื้องอกในสมอง -ปวดศีรษะจากคิดมาก อดนอนหรือหิวข้าว หรือจากอาการไข้
ต้นคอ	ปวดขัด เป็นมากเวลาก้มๆเงยๆบางครั้งรู้สึกเสียวหรือชาลงมาที่ต้นแขน	โรคของกระดูกคอ เช่น กระดูกงอ
ท้ายทอย	-ปวดมีน เป็นมากเวลาที่ตื่นนอน มีอาการตามัวก่อนวัยพบว่าส่วนมากรูปร่างอ้วน หรือเป็นโรคเบาหวาน โรคไต เมื่อวัดความดันโลหิตสูงพบว่าสูงกว่าปกติ -ปวดตื้อๆ หรือปวดเมื่อเวลาคิดมาก วิตกกังวล เครียด	-ความดันโลหิตสูง -ปวดศีรษะจากอารมณ์เครียด

กลุ่มที่ 8 การแยกโรคจากกลุ่มอาการปวดท้อง

โรค	อาการปวดท้อง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
แผลในกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer)	ปวดหรือเสียดบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดตอนกลางคืน เวลาหิว เวลากระเพาะว่าง มีอาการเช่นนี้หลายวัน	อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระดำ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวดประจำหรือดื่มเหล้า หรือเป็นคนเครียด วิตกกังวล	กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณใต้ลิ้นปี่ ในรายอุจจาระดำอาจซีด	-โลหิตจาง -ลำไส้ตีบตัน -กระเพาะทะลุ
ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)	ปวดท้องมาก เริ่มจากการปวดเป็นพักๆ รอบสะดือ คล้ายท้องเดินประมาณ 3-4 ชั่วโมง จะปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา ปวดเสียดตลอดเวลา	มีไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่านองงอ ขาจะสบายขึ้นในเด็กประวัติไม่แน่นอน	เดินตัวงอเล็กน้อย ไข้ 38 ถึง 39 องศา ลิ้นเป็นฝ้า กดเจ็บบริเวณ Mc Burney's Point	-ไส้ติ่งแตก -ไส้ติ่งเป็นฝี -เยื่อช่องท้องอักเสบ
นิ่วในท่อไต (Ureteric Stone)	ปวดท้องรุนแรงทันที ปวดเป็นพักๆ บริเวณ Iliac Region ข้างใดข้างหนึ่ง อาจร้าวไปต้นขาและหลังปวดมากจนดิ้น	เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียนเคยมีปัสสาวะขุ่นหรือแดง	กดเจ็บเล็กน้อยหรือไม่เจ็บเลยบริเวณที่ปวด ปัสสาวะอาจมีสีขุ่นแดง	-ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ -ไตพิการ

โรค	อาการปวดท้อง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
กระเพาะหรือลำไส้อุดตัน (Gut-obstruction)	ปวดท้องรุนแรงทั่วๆไปอาจเป็นบริเวณ umbilical region	อาเจียนตลอดเวลากะสับกระส่ายมาก อาจมีประวัติเคยผ่าตัดช่องท้องในเด็กถ้าเป็นนานๆ จะเกิดภาวะขาดน้ำ ผิวแห้ง ตาลึก กระหม่อมบวม	ปากแห้ง ลิ้นเป็นฝ้า กะสับกระส่าย อาเจียนท้องอืดมาก guarging Sound ดังถี่มาก	-ภาวะขาดน้ำ -ซีด -ลำไส้เน่า
นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis)	แน่นและเจ็บบริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา บางครั้งปวดบริเวณนี้รุนแรง โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหาร	มีไข้ หนาวสั่น อาจมีตัวเหลืองเป็นพักๆ พบมากในหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป มีบุตรหลายคน กินดีอยู่ดี	กดเจ็บเป็นบริเวณกว้างได้ ชายโครงขวา อาจลำพบก้อน มีไข้สูง ตาเหลือง	-septicemia -Ascending cholangitis
ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis)	ปวดท้องบริเวณ epigastrium region ร้าวไปข้างหลัง	มีอาการทางระบบหายใจ คือเหนื่อย	กดเจ็บบริเวณที่ปวด ตรวจบัสสวาระอาจพบน้ำตาล 1+	ซีด
แท้งบุตร (Abortion)	ปวดบริเวณท้องน้อย	มีประวัติขาดประจำเดือน มีประวัติหกล้มหรือทำแท้ง	ถ้าเป็นมากซีด อ่อนเพลีย พบเลือดออกทางช่องคลอด มดลูก	-ซีด -มดลูกอักเสบ -เป็นหมัน

- 198 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	อาการปวดท้อง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
		มีเลือดออกทางช่องคลอด อาจพบเศษรูดหรือเนื้อเยื่อ	โตเท่ากับระยะประจำเดือนขาด มีการหดตัว	
ตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic-geatation)	ปวดบริเวณท้องน้อยหรือเสียดแน่นทันทีทันใด อาจปวดเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน	มีประวัติขาดประจำเดือนหรือมาช้ากว่ากำหนด เป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น อาจคลื่นไส้	ซีดมาก ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย หน้าท้องแข็ง ตึง กดเจ็บ	-ซีด -ท้องไร่ -อักเสบ -เยื่อช่องท้องอักเสบ -เป็นหมัน
การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammation disease) ท่อรังไข่อักเสบ (Salpingitis) เยื่อぶมดลูกอักเสบ (Endometritis)	ปวดบริเวณท้องน้อยข้างเดียวหรือสองข้าง	อาจแต่งงานหรือยังไม่แต่งงานก็ได้ แต่สตรีแต่งงานแล้วมีโอกาสเป็นมากกว่า อาจมีไข้หนาวสั่น ในรายมดลูกอักเสบจะมีตกขาวมาก มีกลิ่นเหม็น	มีไข้ กดเจ็บบริเวณท้องน้อยมาก vaginal discharge มีกลิ่นเหม็น	-ตั้งครรภ์ -นอกมดลูก -ท้องไร่ -อักเสบเรื้อรัง -เป็นหมัน -เยื่อช่องท้องอักเสบ -โลหิตเป็นพิษ

กลุ่มที่ 9 การแยกโรคจากกลุ่มอาการรวม

โรค	อาการรวม	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
โรคไตเนฟโรติก	บวม กดนุ่ม บวมทั่วๆ ไป เป็นๆ หายๆ มักพบในเด็ก อายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 5 ปี	อาจมีประวัติเป็นโรคไตหรือถูกแมลงต่อย หรือรับประทานยาบางชนิดมาก่อน ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	ซีดบวมทั่วๆ ไป กดนุ่มตรวจปัสสาวะ พบ Proteinuria เจาะเลือดพบ Hypoalbuminuria และ Hypercholesterol	-ไตเสีย -ติดเชื้อง่าย เช่น ปอดบวม
โรคไต	บวมที่หน้า ทำบวมไม่มากนักกดไม่นุ่ม มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	มีประวัติเจ็บคอ บ่อย หรือหลังจากการอักเสบของต่อมทอนซิล มีไข้ต่ำๆ รู้สึกไม่สบายเล็กน้อย บางคนมีประวัติเกิดแผลพุพองเสมอ	มีไข้ต่ำๆ คอแดง เล็กน้อยความดันโลหิตสูง บางรายชัก ตรวจปัสสาวะพบมีสีแดงขุ่น ปัสสาวะอาจน้อยอาจมีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย	-ความดันโลหิตสูง -ชัก -หัวใจวาย
ตับแข็ง	เท้าบวม ท้องบวม	มีประวัติดื่มสุราจัด หรือขาดอาหาร หรือเป็นโรคตับอักเสบมาก่อน อ่อนเพลียเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวา ตาเหลือง	ผอม ซีด ฝ่ามือแดง ตับโตม้ามโต อาจมีจุดแดงที่หน้าอก ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ	-อาเจียน เป็นเลือด -ตับเสีย -หมดสติ

- 200 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	อาการบวม	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
หัวใจวาย	ระยะแรกของการป่วยเป็นโรคหัวใจ จะบวมที่เท้า กดนุ่ม เมื่อหัวใจล้มเหลวจะบวมทั่วตัว	เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอบ้าง เล็กน้อย อาจรู้สึกปวดได้ชายโครง ขวา เส้นเลือดที่คอโป่ง	เหนื่อย บวม กดนุ่ม นอนราบไม่ได้ ซีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง ตับอาจโต ปอดอาจได้ยินเสียง crepitation เสียงหัวใจอาจมีmurmur	-
โรคขาดสารอาหาร	ระยะแรกบวมที่มือและเท้า เมื่อรุนแรง บวมทั้งตัว กดนุ่มมักพบในเด็กที่รับประทานนมชั้นหวาน และระยะหย่านม	ตัวเล็ก ซึ่ม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ล้อ มเบื่ออาหาร อุจจาระเหลวและเป็นฟอง	บวม หน้าไม่มีความรู้สึก ผมนาง สีจาง ผิวหนังมีผื่น บางครั้งผิวหนังลอก บางครั้งมีแผล ซีด ตับโต	-ปอดบวม -ท้องเดิน
แพ้ยา	บวมที่หน้าหลังตา หรือบวมทั่วตัว หลังรับประทานยา เช่น ยาคุมกำเนิด สเตียรอยด์	บวม บางรายมีไข้ต่ำๆ บางรายคัน	ถ้าแพ้เล็กน้อยไม่พบอาการอะไร ถ้าแพ้มากอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลว	-ซีด -ภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มที่ 10 การแยกโรคจากอาการเหลืองในโรคของเด็กอ่อน

โรค	อาการเหลือง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ตัวเหลืองปกติในทารกแรกเกิด (Physiologic Jaundice)	หลังเกิดวันที่ 2-3 วันจะเริ่มมีตัวเหลืองและเข้มขึ้นในวันที่ 5-7 แล้วค่อยๆ จางลงไปภายใน 1-2 อาทิตย์	บัสสาวะสีเข้ม ไม่มีอาการ ผิดปกติอื่นใด เพราะโรคนี้เกิดจากเอนไซม์ในตับของทารกแรกเกิดยังทำงานได้ไม่เต็มที่	เด็กแข็งแรงดี ไม่ซีม ไม่มีไข้ ดูดนมได้ดี อุจจาระปกติ ตาเหลือง ตัวเหลือง บิลิรูบินไม่เกิน 10-14 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	ถ้าตัวเหลืองนานกว่า 2 อาทิตย์ อาจมีบิลิรูบินไปจับสมองเกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีอันตรายเด็ก อาจพิการหรือตาย
โลหิตเป็นพิษในทารกแรกเกิด (Septicemia of Newborn)	ตัวเหลืองตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหรือภายในสัปดาห์แรก	อาจมีไข้หรือไม่มีก็ได้ ไม่ดูดนนม ซีด อาจมีจ้ำขึ้นตามตัว มารดามีประวัติน้ำเดินก่อนคลอด มีไข้หรือเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด	ซีด อาจมีไข้ ตาเหลือง ตัวเหลือง อาจมีจ้ำตามตัว ไม่ดูดนนม	-
เม็ดเลือดแดงแตกในทารกแรกเกิด (Hemolytic Disease of Newborn)	ตัวเหลืองเกิดเร็ว ส่วนใหญ่ภายใน 2-5 ชั่วโมงแรกเกิด และจะเหลืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างรวดเร็ว	ซีด ท้องโต มารดาเคยมีประวัติได้รับการถ่ายเลือดหรือมีประวัติบุตรคนก่อนซีด ต้องถ่ายเลือด เด็กซีมไม่ดูดนนม	ซีด ซีม ตัวเหลือง ตาเหลืองมาก ไม่ดูดนนมตับและม้ามอาจโต	เก็ง หลังแอน ไม่ดูดนม ร้องเสียงแหลมซึก

โรค	อาการเหลือง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ตัวเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดี (Biliary obstruction)	ตัวเหลืองหลังเกิด 3 วันและเหลืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผิวหนังเหลืองปนเขียว	อุจจาระอาจมีสีเหลือง จางหรือเป็นสีขาว เพราะท่อน้ำดีอุดตันมาแต่กำเนิด	ตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีขาว	-
นิ่วในถุงน้ำดี (Gall Stone) ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis)	ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะเหลืองสีเข้มในรายเป็นเรื้อรัง ตาอาจไม่เหลือง	แน่น อึดอัดในท้อง เจ็บบริเวณลิ้นปี่ หรือปวดอย่างรุนแรงได้ ชายโครงขวา โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหารมันๆ อาจมีไข้หนาวสั่น เวลาปวดมากๆ อุจจาระซีด บางรายคลื่นไส้ อาเจียน พบมากในหญิงอายุมากกว่า 40 ปี	อาจมีไข้ ตาเหลือง กดเจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวาบางครั้งคลำพบก้อน	septicemia Ascending cholangitis
ฝีในตับ (Liver Abscess)	ตาอาจเหลืองเล็กน้อย หรือไม่เหลืองก็ได้	มีไข้หนาวสั่นปวดบริเวณชายโครงด้านขวา กดเจ็บบางรายมีประวัติถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดมา	ตาเหลืองเล็กน้อย มีไข้สูง กดเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา ตับโต	เยื่อปูดของท้องอักเสบ

โรค	อาการเหลือง	อาการร่วม	การตรวจ ร่างกาย	อาการ แทรกซ้อน
ตับอักเสบจาก ไวรัส (Viral Hepatitis)	หลังจากรู้สึกไม่ สบายมีไข้ ประมาณ 5-10 วันเมื่อไข้ลดลง จะมีอาการตัว เหลืองปรากฏขึ้น และชัดเจนมาก ประมาณ 1-2 สัปดาห์แล้วจะ ค่อยๆ ลดลง	ระยะแรก มี อาการคล้าย ไข้หวัด เจ็บคอ ไอบวมเมื่อย อ่อนเพลีย เบื่อ อาหาร คลื่นไส้ อาเจียนถ่าย เหลว ปวดเสียด บริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา <u>ระยะตาเหลือง</u> ไข้ลดลงปัสสาวะ เหลืองเข้ม กด เจ็บชายโครงขวา <u>ระยะฟื้นตัว</u> ยัง กดเจ็บบริเวณ ชายโครงขวา อ่อนเพลีย	ระยะแรกๆ มีไข้ คอแดงมีน้ำมูก 5-10 วัน ตา เหลือง ตัวเหลือง เป็นนาน 1-2 สัปดาห์กดเจ็บ บริเวณใต้ชาย โครงขวา ตับโต SGPT และ SGOT สูงกว่า ปกติเป็น 10 10 เท่า	ตับแข็งถ้า ไม่ได้รับการ พักฟื้น
ท่อตับอักเสบ (Ascending cholangitis)	ตาเหลือง ตัว เหลือง	มีไข้ หนาวสั่น เจ็บใต้ชายโครง ด้านขวา พร้อม ตาเหลืองตัว เหลือง	ตาเหลืองตัว เหลืองกดเจ็บใต้ ชายโครงขวา มี ไข้ SGPT SGOT สูงกว่าปกติ 2-3 เท่า	septicemia

โรค	อาการเหลือง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	อาการแทรกซ้อน
ก้อนในตับ มะเร็งในตับ	เหลืองซีดๆ มักจะพบเมื่อวัย สูงกว่า 40 ปี ปัสสาวะสีเข้ม ในรายที่เป็น มะเร็งจะเหลือง ซีดเรื้อรัง	ระยะแรกๆ มี ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดบริเวณลิ้นปี่ หรือเจ็บหน้าอก ข้างขวา เบื่อ อาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้อง โต อาจคลำพบ ก้อนใต้ชายโครง ขวาถ้าเป็นมะเร็ง น้ำหนักจะลด มาก อ่อนเพลีย มาก	อ่อนเพลีย ซุป เหลือง มีประวัติ รับประทานปลา น้ำจืดดิบ คลำ พบก้อนใต้ชาย โครงขวาถ้าเป็น มะเร็งก้อนจะ ขรุขระ ระยะ ท้ายๆจะมีบวม	ถ้าเป็นก้อน จากพยาธิ ใบไม้ในตับ จะกลายเป็น มะเร็ง

กลุ่มที่ 11 การแยกโรคจากอาการตัวเหลืองในโรคอื่น ๆ

โรค	อาการเหลือง	อาการทั่วไป	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
มาลาเรีย (Malaria)	ในรายที่เป็นเรื้อรัง จะมีตัวเหลือง มี ประวัติว่าเคยเป็น มาลาเรียมาก่อน	อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อ ครั่นตัวปวดศีรษะ ต่อมทอนซิล คลื่นไส้ อาเจียน ตัว ร้อนจัด หน้าแดง กระหายน้ำมาก เหงื่อออก	เป็นนานๆ จะซีด และเหลือง อาจ พบไข้หรือไม่พบก็ ได้ ตับโต ม้ามโต	ดีซ่าน หอบ คล้ายปอด บวม หรือ หัวใจวาย มาลาเรียขึ้น สมองเพื่อ ชัก

โรค	อาการเหลือง	อาการทั่วไป	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
ธัยฟอยด์ (Typhoid Fever)	เหลืองซีดในรายที่เป็นเรื้อรัง	ระยะไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะอ่อนเพลีย ไม่มีน้ำมูก ท้องอืด เจ็บบางครั้ง ไอและเจ็บคอ ต่อมาใช้สูงขึ้น ปวดศีรษะมาก เบื่ออาหาร	ไข้สูง ชีพ หน้าซีด เหลืองเล็กน้อย ฝ่ามือซีด ปากแห้ง ท้องอืด กดเจ็บบริเวณชายโครงขวาตีบอาจโตมี rose spot บริเวณหน้าอก	-ลำไส้ทะลุ -ถุงน้ำดีอักเสบ -ไตอักเสบ -เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
โลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก (Haemolytic Anemia)	เหลืองซีด	ในผู้ป่วย G6PD จะมีไข้หนาวสั่น แต่ธาลัสซีเมียรูปน่าจะเป็น mongoloid face ท้องโตมาก	อ่อนเพลีย อาจมีไข้สูง ถ้าธาลัสซีเมีย คลำพบตับม้ามโตมาก	-
โลหิตเป็นพิษ (Septicemia)	ซีดและเหลืองทันที มีประวัติเป็นไข้เรื้อรังหรือมีการอักเสบของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งมานาน บัสสภาวะสีเหลืองจัด	มีไข้ หนาวสั่น ไข้สูง ตลอดเวลา ชีพ เบื่ออาหาร กระสับกระส่าย ระยะร้ายแรงจะหอบ บัสสภาวะน้อย	ไข้สูง ชีพ กระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ	ช็อค

กลุ่มที่ 12 การแยกโรคกลุ่มอาการซีดจากโรคเลือดบางชนิด

โรค	อาการซีด	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency)	ซีดทั่วๆไป อย่างเรื้อรัง	ระยะแรกไม่มี อาการอะไร ต่อมา อ่อนเพลีย เบื่อ อาหารเวียนศีรษะ ปากเปื่อย แสบลิ้น เล็กน้อย และระยะ ท้ายๆเหนื่อย หอบ	ซีด ลิ้นลิ้นน ปาก เปื่อย เล็บมืออ่อน ซีดขึ้น ตรวจ เลือดพบ Htpochronic microcytic และ Target cell ขึ้น	หัวใจวาย
ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดไม่ได้ (Aplastic Anemia)	ซีด	บางรายอาจมี ประวัติใช้ยา คลอแรมฟีลิกคอล พบว่าซีด อ่อนเพลีย ถ้ามี การอักเสบติดเชื้อ จะมีไข้ด้วย	ซีด อาจมีไข้ ตรวจ เลือดพบว่า ฮีโมโกลบิน เม็ด เลือดแดงเม็ด เลือดขาว และ เกล็ดเลือดต่ำ	-การติดเชื้อ -โลหิตเป็นพิษ
ธาลัสซีเมีย	ซีดปนเหลือง	หน้าตามี ลักษณะเฉพาะคือ ตาแดงขึ้น ตั้ง จมูกแบน คาง ใหญ่ ปากยื่น การ เจริญเติบโตไม่ เต็มที่ ลูกตาห่าง กันมาก หน้ายาว โหนกขึ้นเป็นมา ตั้งแต่กำเนิด	ซีดเหลือง ตับม้าม โต ตรวจเลือดพบ เม็ดเลือดแดง ขนาดใหญ่ปะปน กัน มี Htpochronic Microcytic และ Target cell	-การติดเชื้อ -หัวใจวาย -ตับแข็ง

โรค	อาการซีด	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
Physiologic Anemia และ Anemia of Prematurity	ซีดเมื่ออายุประมาณ 10-12 สัปดาห์ เพราะเม็ดเลือดแดงหมดอายุหลังจากนั้นจะสร้างขึ้นใหม่ เด็กเกิดก่อนกำหนดบางรายอาจซีดและซีดเร็ว	ไม่ค่อยพบว่ามีอาการผิดปกติอย่างไร	เด็กเกิดก่อนกำหนดพบว่าตัวเล็ก ซีด	-

กลุ่มที่ 13 การแยกโรคจากกลุ่มอาการท้องเดิน

โรค	อาการท้องเดิน	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
อาหารเป็นพิษ (Food Poisoning)	ถ่ายเป็นน้ำพร้อม กับปวดบิดในท้อง จากกลุ่ม salmonella จะมีถ่ายเป็นมูกปนเลือด	คลื่นไส้อาเจียน อย่างรุนแรงจาก กลุ่ม salmonella จะมีไข้จากเชื้อ clostridium จะตาพร่า กลืนน้ำลายไม่ได้ น้ำลายฟุ้งปากหายใจลำบาก	ปวดท้องตึงอคลื่นไส้อาเจียน อาจมีไข้	เชื้อ clostridium อาจตายเพราะพิษทำลายระบบประสาท

- 208 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	อาการท้องเดิน	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย	โรคแทรกซ้อน
บิดมีตัว (Amoebic dysentery)	ถ่าย กระปริบกระปรอย เป็นมูกเลือดวันละ หลายครั้ง ปวดเบ่ง อุจจาระกลิ่นเหม็น เหมือนกุ้งเน่า	ไม่มีใช้ อาหาร รับประทานได้ สบายดี	ไม่พบความ ผิดปกติ	สีในตับ เป็นเรื้อรัง จะ อ่อนเพลีย
บิดไม่มีตัว (Bacillary dysentery) หรือ Shigellosis	ถ่ายพุ่งเป็นน้ำ พร้อมปวดบิดใน ท้อง ต่อมา 12-24 ชั่วโมง ปวดเบ่ง และถ่ายอุจจาระมี มูกปนเลือด	ไข้หนาวสั่นทันที อาเจียน อยากถ่าย อุจจาระตลอดเวลา บางรายคลื่นไส้ เบื่อ อาหาร อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ในเด็ก อาจมีไข้สูง ชัก	มีไข้ กดเจ็บ หน้าท้อง เล็กน้อย แต่ไม่ แข็ง	อาการขาด น้ำ ช็อค
อหิวาตกโรค (Cholera)	ถ่ายเป็นน้ำอย่าง รุนแรงและ บ่อยครั้งโดยไม่ ปวดท้อง อุจจาระสี เหลืองเหมือนน้ำ ข้าวข้าว	ปวดเมื่อย ในเด็ก เล็กอาจมีไข้สูง ชัก อาเจียน โดยไม่ คลื่นไส้ เสียงแหบ หายใจหอบเป็น ตะคริว	ผิวหนังเขียว ซีด เหนื่อยหอบ ความดันโลหิต ต่ำ	ขาดน้ำ อย่างมาก ตาย
สาเหตุจาก อารมณ์ (Psychoge- nic Disorder Diarrhea)	ท้องเดินไม่รุนแรง เป็นเรื้อรังอยู่เรื่อยๆ มักเป็นหลังอาหาร เช้าและหลังอาหาร เย็น	ไม่มีไข้ แต่มีเหตุทำ ให้เกิดความวิตก กังวล	ไม่พบสิ่ง ผิดปกติใดๆ	-
ไข้หวัดหรือ คออักเสบ	ถ่ายเหลวมีเนื้อปน หรือบางรายถ่ายเป็น น้ำ ไม่ค่อยปวดท้อง	มีอาการหวัด หรือ เจ็บคอมาก่อน	ไข้หวัด น้ำมูก คอกแดง	-

กลุ่มที่ 14 การแยกโรคจากอาการทางผิวหนังที่พบบ่อยๆ

โรค	สาเหตุ	ลักษณะผิวหนัง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย
เกลื้อน (Tinea versicolor หรือ Pityriasis versicolor)	Yeast like Fungu ชื่อ Malassezia furfur	Mucules กลม ขนาดเล็กๆ 2-3 mm. ขอบชัดเจน คลุมด้วย Scales บางๆ สีขาวหรือสีน้ำตาลอ่อน	คันเวลาเหงื่อออก	มักพบบริเวณ หน้า หน้าอก หลังและแขนถ้าใช้ Wood lamp ฉายบริเวณผื่น จะเรืองแสงสีเหลืองทอง
กลาก (Tinea corporis หรือ Ringworm)	Fungus	เป็นวงแดงขอบชัดเจน รอบๆมักมี Vesicle เรียงเป็นวง ถ้าแตกจะเป็น Scales สีขาวอยู่รอบๆวง	คัน ถ้าเกา มากจะทำให้ตุ่มแตก	ที่ศีรษะ พบผมร่วงเป็นหย่อม เล็บถูกหนาสี ขาวขุ่นเปราะหักง่าย (Periungual Skin) ที่ผิวหนัง อาจเป็นที่ลำตัว มือซอกเท้า ผื่นเป็นวงแหวน (Ringworm)
หิด (Scabiasis)	Sarcoptes Scabici	Burrow คือเป็นรอยนูนเป็นทางข้างโนมีน้ำใสเรียงติดต่อกัน ในเด็กเล็กๆ อาจพบ Eczemz บริเวณ หน้า ผื่นหิดที่เป็นทั้งตัวเรียก Norwegian Scabies	คันมาก โดยเฉพาะเวลากลางคืน ทำให้มีแผลพุพองหรือผื่นจากการขีดข่วน	พบตามง่ามมือ ง่ามเท้า ซอกมือ ซอกคอ ท้อง หัวนม อวัยวะสืบพันธุ์ ก้น ซอบ เป็นบริเวณที่อุ่นๆ

- 210 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

โรค	สาเหตุ	ลักษณะผิวหนัง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย
เริม (Herpes Simplex)	Virus	Papulovesicles ถ้าแตกจะเป็นแผล ตุ่ม เจ็บๆ คันๆ เป็นๆ หายๆ	เด็กเล็กถ้า อักเสบจะมีไข้ สูง	พบบ่อยบริเวณ รอยต่อของ Mucosa กับ Skin เช่น ริม ฝีปาก ลิ้น ทวาร หนัก Mucosa ของ Genitalia
งูสวัด	Virus	Group of Vesicle ทอดไปตาม Sensory Nerve	มีไข้ต่ำ ปวด เมื่อยหรือเจ็บ ผิวหนัง ระยะ 7-10 วันก่อน ผื่นขึ้น บาง รายปวด บริเวณผื่น มาก	พบผื่นแดงๆ บริเวณที่ปวด หรือพบตุ่มใส ต่อมเหงื่อ มักโตถ้าแตกจะ พบสะเก็ด
แผลพุพอง	Bacteria หรือ Virus	Thin walled Vesicles หรือ Bullous กลายเป็น หนองอย่างรวดเร็ว แตกมีสะเก็ด พบ บ่อยที่ใบหน้า คอ แขน มือ และเท้า พบมากในเด็ก	ถ้าเป็นใน ปากเด็กจะ ดูนอนไม่ได้ ถ้าติดเชื้อจะมี ไข้ ท้องเดิน	พบผื่นลักษณะ ต่างๆ บางราย พบหนองเป็น สะเก็ดสีเหลือง

โรค	สาเหตุ	ลักษณะผิวหนัง	อาการร่วม	การตรวจร่างกาย
การอักเสบของผิวหนัง	Contact Atopic	แล้วแต่กำเนิดจากการสัมผัสหรือจากการแพ้ และมีประวัติแพ้ในครอบครัวเป็นๆหายๆ	คัน	ระยะรุนแรง ผื่นแดง บวม น้ำเหลืองไหล อาจพบ Papulo Vesicular lesion หรือ Pustules หรือ Erosion ระยะกลาง ผื่นแดง มีขุยลอก เรื้อรัง ผิวหยาบหนา ขอบชัด
ลมพิษ (Urticaria)	Allergic Mechanism	Papule สีแดงขนาดต่างๆ เริ่มต้นด้วยจุดแดงเล็กๆ ก่อนแล้วขยายเป็นวงกว้าง ขอบชัดเจน อาจเรียบหรือโค้งเป็นหยักๆ	คันมาก บางรายจาม น้ำมูกไหล	หลังจากผื่นขึ้น 2-3 ชั่วโมงจะพบผิวหนังปกติ ถ้าเกาจะมีรอยถลอกหรือขุย
โรคเรื้อน (Leprosy)	เชื้อแบคทีเรียชื่อ	เป็นวงขาวตามตัวหลัง	คัน ชา	ใช้ปลายเข็มแทงบริเวณวงขาวจะไม่รู้สึกเจ็บ

กลุ่มที่ 15 การแยกโรคจากกลุ่มอาการชัก

โรค	สาเหตุ	อาการ	การตรวจร่างกาย
ชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion)	พบมากในอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี มักมีประวัติว่ามีไข้แล้วชัก อาจมีประวัติชักในครอบครัวด้วย	มีไข้สูงมาก่อนชัก แบบ Generalize ในเวลาสั้นๆ หลังชัก ไม่มี Abnormal Neurological sign	ขณะชักพบอาการเกร็งเป็นส่วนใหญ่ บางรายมีกระตุก หรือกระตุกเฉพาะที่ ถ้าหลังชักพบว่าปกติดี
ลมบ้าหมู (Epilepsy)	จากความผิดปกติในหน้าที่ของสมอง พบมากอายุ 3-7 ปี และ 15-16 ปี มักมีประวัติชักในครอบครัว	อาจมีอาการนำ เช่น มึนงง ปวดศีรษะ ชา หรือกระตุก จากนั้นมีหมดสติ เกร็ง 2-3 วินาที และกระตุก น้ำลายฟูมปาก πίัสสาวะราด อาการจะดีขึ้นใน 2-3 นาที	เด็กเล็กๆ ตาลอย เหลือก กระตุกที่ตา กระตุกแขน ขาหน้า เขียว เป็นลม ในขณะที่ชักพบอาการดังกล่าว บางรายพบว่าหลังชักจะหลับ บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ สับสน
การตั้งครรภ์เป็นพิษ (Toxaemia of Pregnancy)	ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง	ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ตามัว บวมตามมือตามเท้า อาจมีชักระหว่างคลอด	ชัก ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตสูงพบไขขาว ในปัสสาวะ บวมตามมือตามเท้า

กลุ่มที่ 16 อาการชักในทารกแรกเกิด

โรค	สาเหตุ	อาการ	การตรวจร่างกาย
เลือดออกในสมอง (Cerebral Haemorrhage)	ประวัติคลอดลำบาก หรือเขียวหลังเกิด	กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อเกร็ง ร้องเสียงแหลม หายใจลำบาก ชีพ อาเจียนชัก	เกร็ง ชีพ ร้องเสียงแหลมกระหม่อมโป่ง ตั้ง ม่านตาขยายชัก

โรค	สาเหตุ	อาการ	การตรวจร่างกาย
น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	พบในมารดาเป็นเบาหวาน	ตัวเล็ก ซีด ซึม เหงื่อออก ชัก	ตัวเล็ก ซึม ชัก
แคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia)	พบในทารกที่รับประทานนมผสมชนิดนมขาดมันเนย	กระดูก มือเท้าเกร็ง (ในเด็กโตหายใจแรงรู้สึกตัวดี)	กระดูก ชัก เกร็ง
มารดาติดยาเสพติด (Addiction)	พบในมารดาติดยาเสพติด	มักมีอาการวันที่ 2 หลังเกิด คือกระดูกเมื่อได้รับการกระตุ้น ร้องไห้มาก นานชัก	กระดูก ชัก

ลักษณะคำถามนำทางในการถามเพิ่มเติมตามอาการที่พบบ่อย

อาการ	คำถาม	การตรวจ
กระดูกหรือสัน	<ol style="list-style-type: none"> 1 เป็นส่วนใดของร่างกายเช่นศีรษะมือหรือแขนขา 2 มีอาการกระดูกหรือสัน 3 เวลานอนหลับมีกระดูกหรือสันใหม่ 	ตรวจระบบประสาท
กลืนลำบาก	<ol style="list-style-type: none"> 1 กลืนยากเฉพาะของแข็งหรือของเหลว 2 อาการเป็นมากขึ้นใหม่ตามประวัติการถูกบาดเจ็บที่หลอดอาหารเช่นดื่มน้ำร้อนจัดยาพิษ 4 น้ำหนักตัวลดลงใหม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจคอและทรวงอก 2 ตรวจปากกรวยอาหารและกระบอกเสียง 3 อาศัยผลการตรวจหลอดอาหาร เอกซเรย์
กระหายน้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1 จำนวนน้ำที่ดื่มวันละมากน้อยเท่าใด 2 ถ่ายปัสสาวะมากใหม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจปัสสาวะหาน้ำตาลและโซเดียม 2 ตรวจหาสาเหตุที่ทำให้คนไข้เสียน้ำออกจากร่างกายมากเช่นเหงื่อออกปัสสาวะมากท้องร่วง
คลื่นไส้	<ol style="list-style-type: none"> 1 เกี่ยวกับอาหารที่รับประทานหรือไม่ 2 มีอาการอาเจียนด้วยหรือไม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ 2 ตรวจระบบประสาท
ใจเต้นแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1 คนไข้รู้ตัวหรือไม่เมื่อหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ 2 เมื่อก่อนรับประทานยาอะไรเข้าไปบ้างหรือไม่ 3 ระยะเวลาเป็นจะเป็นพร้อมกับรู้สึกตื่นเต้นหรือออกกำลังด้วยหรือเปล่า 4 เวลาเป็นอาการตั้งต้นอย่างไรและ 	ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด

	หายไปอย่างไรเช่นเวลาเป็นก็เป็นมาทันที เวลาหายก็หายไปเองทันที	
ซาเห็บรู้สึก เหมือนมีมดไต่ รู้สึกเหมือนเข็ม ทิ่ม	1 ตำแหน่งและขอบที่รู้สึกขาเป็นตรงไหน แน่นอนแท้ไปทางใด 2 เป็นขึ้นทันทีหรือค่อยๆเป็น 3 รู้สึกขาเป็นพักพักหรือว่าขาอยู่ ตลอดเวลา	1 ตรวจระบบวิถีประสาทและ หน้าที่ของประสาทรู้สึกสัมผัส 2 ตรวจระบบหัวใจหลอดเลือด ฝอย
ชัก	1 เป็นบ่อยไหมและแต่ละครั้งเป็นนาน เท่าไร 2 ทั้งตัวหรือบางส่วน 3 อาการเริ่มชักเป็นอย่างไรและเป็นส่วนใด ก่อนและต่อไปที่ใด 4 หมดความรู้สึกหรือไม่ 5 เวลาชักมีกัตุลินกัตุริมฝีปากอุจจาระ ปัสสาวะราดหรือไม่	1 ตรวจระบบประสาท 2 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด
เดินโซเซยื่นเงิน งน	1 อาการนี้เป็นมากขึ้นใหม่เป็นเวลาไหน เช่นค่ำหรือในที่มืด 2 มีอาการอื่นแทรกด้วยหรือไม่เช่นอ่อน แรงเหน็บขาวิงเวียนศีรษะ 3 คนใช้มักจะล้มลงข้างใด 4 เคยกินยานอนหลับหรือสุราไหม	1 ตรวจระบบประสาท 2 ตรวจหูตรวจหน้าที่ของหู
ซีดหรือโลหิต จาง	1 ปกติผิวของคนไข้เป็นอย่างไร 2 อาการซีดเกิดขึ้นทันทีหรือค่อยๆเป็น 3 มีประวัติเคยได้รับบาดเจ็บเลือดออก มากหรือไอเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือด มากๆหรือเป่ล่า	1 ตรวจระบบอื่นๆจะเป็นเหตุ ให้เสียเลือด 2 ตรวจหุลุดจาะระหาดูพยาธิ ปากขอ

- 216 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

<p>ตอດแปล็บๆ ตามแขนขาหรือ ตามตัวบางที่ รู้สึกเหมือนมด หรืออะไรไ้ตาม ผิวหนัง</p>	<p>1 เป็นมานานเท่าใดชนิดของข้าวและ อาหารที่รับประทานเป็นประจำ 2 นอนหลับสนิทไหมสะดุ้งไหม 3 มีอาการอ่อนเพลียไหม</p>	<p>1 ตรวจระบบอาหาร 2 ตรวจระบบประสาท</p>
<p>เท้าบวม</p>	<p>1 บวมในขณะเวลาที่ยืนหรือบวม ตลอดเวลา 2 บวมมากน้อยเท่าใดเป็นมานานเท่าใด กดบวมไหม 3 ถ้ามมีอาการอื่นๆของโรคหัวใจโรคไตโรค โลหิตจาง</p>	<p>1 ตรวจระบบหายใจและ หลอดเลือด 2 ตรวจปัสสาวะ</p>
<p>ท้องบวมท้องโต</p>	<p>1 เป็นขึ้นทันทีหรือค่อยๆเป็น 2 เป็นมานานเท่าไร 3 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือไม่</p>	<p>ตรวจว่าเป็นเพราะอ้วนมี ตรวจว่าเป็นเพราะอ้วนมีมัน มากหรือท้องอืดหรือหรือมี ครรภหรือเนื้องอกในช่องท้อง หรืออวัยวะใดในช่องท้องเช่น ตับ</p>
<p>ท้องผูก</p>	<p>1 เพิ่งเป็นหรือเป็นมานานแล้ว 2 ปกติถ่ายทุกวันหรือเปล่า 3 อุจจาระผูกเมื่อแรกถ่ายหรือผูก ตลอดเวลา 4 อาการร่วมเช่นปวดท้องอาเจียน 5 มีอาการท้องเดินสลับกับท้องผูก</p>	<p>1 ตรวจทวารหนัก 2 ตรวจสุขภาพทั่วไป 3 ตรวจลักษณะอุจจาระ</p>
<p>ท้องร่วงท้องเดิน</p>	<p>1 เพิ่งเป็นหรือเป็นมานานแล้ว 2 จำนวนที่ถ่ายกี่ครั้งและลักษณะอุจจาระ 3 มีใช้ตัวร้อนน้ำหนักลด 4 อาหารที่รับประทาน</p>	<p>1 ตรวจทวารหนัก 2 ตรวจอุจจาระ</p>

	ห้ามมีคนอื่นเป็นด้วยหรือไม่	
ท้องอืด	1 เกี่ยวกับอาหารหรือเปล่าเช่นอาหารรสจัดหมักดอง 2 มีอาการเรอ ผายลมใหม่ 3 กลิ่นผายลม	สังเกตคนไข้กลิ่นอากาศเข้าไปในกระเพาะหรือเปล่า
เบื่ออาหาร	1 เบื่ออาหารทุกอย่างหรือเป็นบางอย่าง 2 เป็นมานานเท่าไร 3 เป็นมากน้อยเพียงใด	1 ตรวจระบบอาหาร 2 ตรวจระบบทางเดินลมหายใจ 3 ถ้ามีอาการบ่งถึงระบบใดก็ให้ตรวจระบบนั้น
ปากนกกระจอก	1 เป็นมานานไหม 2 เป็นตลอดปีหรือเป็นเฉพาะฤดูหนาว	ตรวจในปากและลิ้นถ้าปากและลิ้นดีเป็นแต่ปากนกกระจอกอย่างเดียวก็เพราะขาดไรโบฟลาวิน(บี 2)
ปัสสาวะขัด	1 เป็นทันทีทันใดหรือถ่ายปัสสาวะไม่ค่อยออก 2 มีอาการของโรคหัวใจหรือโรคไตหรือเปล่า	1 ตรวจที่ท้องน้อยกว่ากระเพาะปัสสาวะพองหรือไม่ 2 ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มตรวจหาสาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะขัดเช่นต่อมลูกหมากโต 3 ถ้าจำเป็นก็สวนด้วยสายยาง 4 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือดและไตเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะน้อย
ปัสสาวะบ่อย	1 ถ่ายปัสสาวะวันละกี่ครั้ง 2 ถ่ายบ่อยเวลากลางวันหรือกลางคืนหรือทั้งกลางวันและกลางคืน 3 จำนวนที่ถ่ายครั้งหนึ่งมากน้อยเท่าใด 4 มีอาการเจ็บป่วยด้วยหรือไม่	1 ตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ตรวจระบบประสาท

- 218 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

<p>ปัสสาวะมีโลหิต (Haematuria)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 จำนวนปัสสาวะมีมากหรือน้อย 2 สีเหลือง หรือแดง หรือดำ หรือขุ่นสีคล้ำยหนอง 3 เลือดออกก่อนปัสสาวะ หรือปนออกมา กับปัสสาวะหรือเมื่อถ่ายสุดแล้ว 4 ความเจ็บปวดที่มีบริเวณไต หรือที่บริเวณกระเพาะปัสสาวะ และความเจ็บนี้เรื่องเสียไปทางไหน 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ตรวจระบบที่สร้างเม็ดเลือด 3 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด
<p>ปัสสาวะไม่ค่อยออก (Dyuria)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 ลักษณะการถ่ายที่เป็นอยู่ คือก่อนปัสสาวะจะออกต้องเบ่งมาก หรือต้องเบ่งเวลาถ่ายจนจะสุด 2 ความปวดมีเวลาไหน มีก่อนปัสสาวะออกหรือเมื่อจนจะสุด หรือเมื่อถ่ายสุดแล้ว 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจระบบทางเดินของปัสสาวะ 2 ตรวจระบบประสาท
<p>ปัสสาวะน้อยหรือไม่ถ่ายปัสสาวะ (Oliguria, Anuria)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 ถามจำนวนปัสสาวะและจำนวนครั้งที่ถ่าย 2 ระยะเวลาที่เป็นมานานเท่าไร 3 ลักษณะของปัสสาวะที่ถ่าย 4 ถามอาการอื่นของโรคหัวใจและไต 	<p>ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>
<p>ปัสสาวะมาก (Polyuria)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 จำนวนครั้งที่ถ่ายและจำนวนปัสสาวะโดยประมาณ 2 ลักษณะของปัสสาวะคือ กลิ่น สี เป็นอย่างไรเป็นอยู่เช่นนั้น เป็นครั้งคราว หรือเป็นอยู่ตลอดไป 3 มีอาการกระหายน้ำผิดปกติหรือไม่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ และตรวจปัสสาวะ 2 ตรวจต่อมไร้ท่อโดยโดยเฉพาะเบาหวานและเบาจืด

<p>ปัสสาวะกลั้นไม่ อยู่ (Incontinence of urine)</p>	<p>1 อาการนี้เป็นเวลาใด 2 มีปัสสาวะหยดอยู่ตลอดหรือเป็น ออกเป็นครั้งคราว</p>	<p>1 ตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ตรวจระบบประสาท 3 ตรวจโรคเฉพาะสตรี</p>
<p>ปวดเจ็บ (Neuralgia)</p>	<p>1 ตำแหน่งที่เจ็บและปวด 2 เจ็บอยู่แห่งเดียวหรือความเจ็บปวดแผ่ กระจายไปที่ใด 3 ลักษณะของการเจ็บปวด 4 มีเหตุอะไรที่ทำให้เจ็บปวดมากขึ้นหรือ บรรเทาลง 5 อาการร่วม</p>	<p>1 ตรวจอวัยวะหรือส่วนของ ร่างกายที่เจ็บปวด 2 ตรวจอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ใน ความควบคุมของระบบไขสัน หลังตอนเดียวกับที่ปวด 3 ตรวจระบบประสาทและวิถี ประสาท ดูว่าจะไรกดทับ หรือไม่</p>
<p>ปวดศีรษะ (Headache)</p>	<p>1 ปวดที่ตรงไหน 2 ลักษณะอาการปวดและความรุนแรง 3 ปวดวันละกี่ครั้ง ปวดมากเวลาไหน 4 อะไรทำให้ปวดมากขึ้น หรืออาการปวด หายไป 5 อาการร่วมของการปวดศีรษะ</p>	<p>ดูอาการและอาการแสดง เนื่องจากความดันในสมองสูง</p>
<p>ผื่นหรือเม็ด แดงๆ ดำตาม ตัว (Rash)</p>	<p>1 เกิดขึ้นเร็วหรือช้ามีอาการอื่นแทรก หรือไม่ 2 ผื่นกระจายอย่างไร 3 มีอาการเจ็บ คัน บ้างไหม 4 ประวัติก่อนผื่นขึ้น ผู้ป่วยกินยาอะไรหรือ ถูกฉีดยาอะไรบ้าง</p>	<p>1 ลักษณะของเม็ดผื่นและการ กระจายของเม็ดผื่น 2 มีไข้ด้วยหรือเปล่า 3 มีอาการแสดงว่าเลือดเป็น พิษไหม</p>
<p>ผอมลงหรือ น้ำหนักตัวลด (Loss of Weight)</p>	<p>1 ผอมลงรวดเร็วหรือค่อยๆ ผอม 2 อ้วนๆ ผอมๆ สลับกัน 3 น้ำหนักตัวลดลงจากเดิมเท่าใด</p>	<p>ตรวจหาสาเหตุ 1 เด็กที่ได้อาหารไม่เพียงพอ 2 โรคพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิ ปากขอ ไส้เดือนกลม ตัวตืด</p>

- 220 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

		<p>3 ใช้จับสั่นที่เป็นบ่อยหรือเร็วจริง</p> <p>4 วัดนโรคที่ปอด</p> <p>5 เนื้องอกที่ร้ายแรง</p> <p>6 โรคของต่อมไทรอยด์ เช่น โรคคอพอก</p>
<p>พูดไม่ได้ (Aphasia)</p> <p>-พูดไม่ได้เรื่อง (Dyspharsis)</p>	<p>1 เป็นขึ้นทันทีหรือค่อยๆ เป็น</p> <p>2 คนไข้เข้าใจคำพูดที่เราพูดด้วยหรือไม่ ด้วยเราไม่ได้แสดงท่าทางประกอบคำพูด</p> <p>1 คนไข้อ่านหนังสือเข้าใจหรือไม่</p> <p>2 คนไข้พูดด้วยหรือไม่ถ้าพูดได้ พูดยุ่เรื่องหรือไม่</p> <p>3 คนไข้เขียนหนังสือได้หรือไม่</p>	<p>1 ตรวจระบบประสาทเฉพาะเรื่องเรื่อง</p> <p>2 ตรวจคุณภาพของจิตใจ</p> <p>3 ตรวจจุดหลักฐานที่เป็นอัมพาตตรวจดูกล้ามเนื้อริมฝีปาก ลิ้น กระบอกเสียง และอื่นๆว่าเป็นอัมพาตหรือไม่</p>
<p>ฟุบ อ่อนแรง</p> <p>อ่อนเพลียมาก</p> <p>เป็นลม (Collapse)</p>	<p>1 คนไข้ล้มหมดสติใหม่</p> <p>2 มีอาการอื่นร่วมด้วยใหม่ เช่น เวียนศีรษะ เหงื่อออก หน้าซีด ท้องร่วง เจ็บ ปวดหัวตัวร้อน ตกเลือด เป็นต้น</p> <p>3 ก่อนเป็นลมรับประทานยาอะไรหรืออาหารอะไร</p> <p>4 สุขภาพคนไข้แต่ก่อนเป็นอย่างไร</p>	<p>1 ตรวจหาหลักฐานว่าอาจเป็นเพราะถูกวางยาพิษ</p> <p>2 ตรวจเลือดตกภายใน</p> <p>3 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>4 ตรวจระบบประสาทส่วนกลาง</p>
<p>หมดสติ หรือ</p> <p>เป็นลมหมดสติ (Unconscious)</p>	<p>1 คนไข้รู้ตัวขณะหมดสติหรือเปล่า</p> <p>2 ก่อนหมดสติ มีอาการนำอย่างไร</p> <p>3 หมดสติอยู่นานไหม</p> <p>4 มีอาการชักแตรกด้วยหรือเปล่า</p> <p>5 สุขภาพแต่ก่อนเป็นอย่างไร</p> <p>6 หลักฐานถูกวางยาพิษ</p>	<p>1 ตรวจระบบประสาท</p> <p>2 ถ้าพบคนไข้กำลังหมดสติให้ตรวจ</p> <p>-ระบบประสาทส่วนกลาง</p> <p>-ระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>-ระบบทางเดินปัสสาวะ</p>
<p>ตัวเหลือง (Jaundice)</p>	<p>1 ผิวตัวเหลืองมากน้อยเพียงใด</p> <p>2 เยื่อที่นัยน์ตาเหลืองไหม</p>	<p>1 ตรวจผิวและเยื่อลูกตา</p> <p>2 ตรวจอวัยวะในช่องท้อง เช่น</p>

	<p>3 มีอาการอื่นร่วมหรือเปล่า เช่น อาการทางกระเพาะอาหาร ร้อนเพลีย เบื่ออาหาร</p> <p>4 สีของปัสสาวะ อุจจาระ</p> <p>5 คนใช้รับประทานยาหรือถูกฉีดยาอะไรมาบ้าง</p>	<p>ตับ ถุงน้ำดี ม้าม</p> <p>3 ดูอุจจาระ ปัสสาวะ</p>
<p>เป็นลม (Fainting)</p>	<p>1 หหมดความรู้สึกทันทีหรือไม่เป็นอยู่นานเท่าใด</p> <p>2 มีอาการชักด้วยหรือไม่</p> <p>3 อาการอื่นๆ เช่น เหงื่อออก อาเจียน</p> <p>4 กรณีแวดล้อม เช่น เครียด ตีใจมาก เสียใจมาก</p>	<p>1 ตรวจระบบประสาท</p> <p>2 ตรวจระบบหัวใจ</p> <p>3 ตรวจระบบอื่นๆ ที่อาการบ่งถึง</p>
<p>เวียนศีรษะ (Dizziness)</p>	<p>1 เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือเป็นทันที</p> <p>2 ล้มไปในทางไหน</p> <p>3 เวลาเป็นหกล้มใหม่</p> <p>4 อาการร่วม เช่น อาเจียน หูอื้อ มีเสียงในหู</p>	<p>1 ตรวจหูและหน้าที่ของหูส่วนใน</p> <p>2 ตรวจระบบประสาท</p> <p>3 ตรวจระบบหัวใจ</p> <p>4 ตรวจนัยน์ตา</p> <p>5 ตรวจเลือดเป็นพิษ</p>
<p>เห็นของเป็น 2 ภาพ (Diploia)</p>	<p>1 มองเห็นของ 2 ภาพนั้นเป็นแค่ตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง</p> <p>2 ที่เห็นเป็น 2 ภาพนั้นเห็นมากขึ้นเวลาเหลือบตามองข้างขวาหรือข้างซ้าย หรือข้างบน หรือข้างล่าง</p>	<p>1 ปิดตาตรวจทีละข้างว่าจะ เป็นแค่ตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง</p> <p>2 ถ้าเป็นข้างเดียวให้ตรวจข้างนั้น</p> <p>ถ้าเป็นทั้งสองข้างให้ตรวจดูทั้งสองข้าง</p>
<p>อาเจียน (Vomiting)</p>	<p>1 อาเจียนบ่อยไหม</p> <p>2 อาการอาเจียนเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารใหม่</p> <p>3 มีอาการคลื่นไส้หรือปวดท้องก่อน</p>	<p>1 ตรวจระบบทางเดินอาหาร</p> <p>2 ตรวจระบบประสาท</p> <p>3 ตรวจระบบอื่นๆ ถ้ามีอาการบ่งไปถึง เช่น โรคทางไต</p>

- 222 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

	<p>อาเจียนหรือไม่</p> <p>4 จำนวนอาเจียนมากน้อยเพียงใด</p> <p>5 ลักษณะอาเจียนเป็นอย่างไร</p>	
<p>อาเจียนเป็นเลือด</p> <p>(Haematemesis)</p>	<p>1 จำนวนเลือดมากน้อยเท่าใด</p> <p>2 ลักษณะและสีของเลือดเป็นอย่างไร</p> <p>3 อาการแสดงที่บ่งถึงว่าเลือดออกมาจากไหน เช่น จากเหงือก ฟัน หรือจากกระเพาะอาหาร มีเลือดปนมากับอุจจาระไหม</p>	<p>1 ตรวจดูให้แน่ใจว่าจะมีการกลืนเลือดแล้วกลับอาเจียนออกมาหรือไม่</p> <p>2 ตรวจระบบทางเดินอาหาร</p>
<p>อาหารไม่ย่อย</p> <p>(Indigestion)</p>	<p>1 ถ้ามารท้องอืด เบื่ออาหาร</p> <p>2 เกี่ยวกับอาหารหรือไม่ ถ่ายอุจจาระเป็นปกติไหม</p>	<p>1 ตรวจระบบอาหาร</p> <p>2 ตรวจระบบอื่นๆ เพื่อหาหลักฐานที่ทำให้สุขภาพเสื่อม เช่น วัณโรค</p>
<p>ไอบนเลือด</p> <p>(Haemoptysis)</p>	<p>1 ไอบนเลือดสีแดงสดหรือมีฟองดำ</p> <p>2 จำนวนมากหรือน้อย</p>	<p>1 ตรวจระบบทางเดินหายใจ</p> <p>2 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>
<p>อ้วนมาก</p> <p>(Obesity)</p>	<p>1 ถ้ามประวัติบิดามารดาว่ามีใครอ้วน</p> <p>2 อ้วนขึ้นอย่างรวดเร็วหรือที่ละน้อย</p> <p>3 อ้วนทั้งตัวหรือเฉพาะแห่ง</p> <p>4 ชอบอาหารชนิดไหน</p>	<p>1 ตรวจลักษณะของความอ้วน</p> <p>2 การตรวจอวัยวะจำพวกต่อมไร้ท่อ</p>
<p>อัมพาต</p> <p>(Paresis, Paralysis)</p>	<p>1 เกิดขึ้นทันทีหรือค่อยๆ เป็น</p> <p>2 เป็นกับส่วนใดของร่างกาย</p> <p>3 เป็นมาตั้งแต่แรกหรือยิ่งนานยิ่งเป็นมากขึ้น</p> <p>4 อาการของโรคทางระบบประสาทอย่างอื่นมีหรือไม่</p>	<p>ตรวจระบบประสาท</p>

เอกสารอ้างอิง

จินตนา ศิรินาวิน และสาธิต สุวรรณแสง. (2552). *ทักษะทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 5).

กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

จิระพรรณ สุปัญญา. (2559). *หลักการตรวจร่างกายเบื้องต้นสำหรับพยาบาล*.

ขอนแก่น: โรงพิมพ์เพ็ญพรินตัง.

ชวนพิศ วงศ์สามัญ และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2552). *การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 14). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ปราณี ฟูโพเราะะ. (2562). *คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคเล่ม 2*. กรุงเทพฯ : N P Press limited partnership.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

เผ่า อนันต์จิว. (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น*.

กรุงเทพฯ : บริษัท นีโอดีจิตอล จำกัด.

พรทิพย์ คำพอ. (2543). *การรักษาพยาบาลเบื้องต้น*. ขอนแก่น:

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยโรค*

อายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง ไม่นอยพงศ. (2550). *คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก* (พิมพ์ครั้งที่ 13).

กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล : การตรวจร่างกาย = Health assessment for nurses: Physical examination*.

กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

- 224 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช . (2547). การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาล
เบื้องต้น หน่วยที่ 1-7.นนทบุรี :มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2547). การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาล
เบื้องต้น หน่วยที่ 8-15.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

รัชนก คชไกร. (2562). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิดาภา เรือนใจมั่น . (2557). การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์และแปลผล
สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบัน
พระบรมราชชนก.

วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง, บรรณานิการ. (2561).การรักษาพยาบาล
โรคเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 5). เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิทยา ศรีดามา. (2551). การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจร่างกาย (พิมพ์ครั้งที่ 12).

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรเกียรติ อานานานุภาพ. (2538). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 1 หลักการ
วินิจฉัยและรักษาโรค.กรุงเทพฯ : เอช. เอ็น. การพิมพ์.

Augustine, G.J. (2001). *The organization of the nervous system*. In D.Purves,
G.J. Augustine, D. Fitzpatrick et al (Eds.).*Neuroscience* (2nded.).
(pp.1-188), Sunderland: SinauerAssociates.

Barker, E. (2008). *Neuroanatomy and physiology of the nervous system* In
E. Barker, (Ed.). *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd
ed.). (pp.3-12.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Barkuska, V.H., Baumann, L.C., & Darling-Fisher, C.S. (2002). *Health and
physical assessment* (3rd ed.). St.Louis: Mosby.

- Bickley, L.S. (2003). *Bates' guide to physical examination and history taking* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott
- Bickley, L.S., & Szilagyi, P.G. (2007). *Bates' guide to physical examination and history taking* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Fuller, J. & Schaller-Ayers, J. (2000). *Health assessment : A nursing approach* (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott .
- Hardreder, H., Hogan, M.A. Thobaben. M. (2007). *Fundamentals of nursing: Text and Mosby's dictionary of medicine, nursing, health professions* (3rd ed.). Arcata, CA: Mosby. Science News.
- Jarvis, C. (2008). *Physical examination and health assessment* (5th ed.). Missouri: Saunders.
- Lynda Juall Carpenito-Moyet. (2017). *Nursing diagnosis : application to clinical practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lynn S. Bickley. (2003). *Guide to Physical Examination and History Taking*. Rochester, New York.
- Mader, S.S. (2005). *Understanding human anatomy & physiology* (5th ed.). New York: McGrawHill.
- Meg Gulanick. (2007). *Nursing care plans : nursing diagnosis and intervention*. St. Louis : Mosby.
- Seidel, H.M et al. (2006). *Mosby guide to physical examination* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

- 226 - การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล

Weber, J. R. Kelly, J. (2003). *Health assessment in nursing*
(2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Wilson, S. F. & Giddens, J. F. (2001). *Health assessment for nursing
practice* (2nd ed.). St.Louis :Mosby.

Wilson, S.F. & Giddens, J.F. (2009). *Health assessment for nursing practice*
(4th ed.). Canada: Mosby, ELSEVIER.

NURSE

การประเมินภาวะสุขภาพ
สำหรับพยาบาล

ศูนย์ประเมินภาวะสุขภาพโรงพยาบาล



9 786165 904155

ราคา 120 บาท

