

## การรับผู้ป่วย และการเขียนรายงานผู้ป่วยที่รักษาไว้ในภาควิชาศัลยศาสตร์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การรับผู้ป่วยและการเขียนรายงานจะต้องประกอบไปด้วย

1. การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากประวัติตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และจัดนำ problem list
3. ให้การวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) และวินิจฉัยแยกโรค
4. การวางแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย
  - Diagnostic plan
  - Therapeutic plan
  - Patient education

### การรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลการเจ็บป่วยมีความสำคัญในการให้การวินิจฉัยโรค และการวางแผนการรักษาต่อไปได้ ถ้ามีลักษณะในการรวบรวมข้อมูลมากเท่าไร ก็ทำให้เราได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ และให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และรักษาผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นการซักประวัติ และตรวจร่างกาย นิสิตแพทย์ควรมีความรู้พื้นฐานของโรคและการดำเนินของโรค และพยายามรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพสูงที่สุด ข้อมูลที่ดีจะต้องมีคุณสมบัติต่อไปนี้

1. ความถูกต้อง ในเรื่องเวลา สถานที่ และความเป็นไปได้ทางวิทยาศาสตร์
2. บอกถึงปริมาณที่วัดได้ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงว่ามากน้อยเท่าไร เช่นถ่ายเป็นน้ำ 10-12 ครั้งต่อวัน น้ำหนักลดลง 10kg. ภายใน 2 เดือน
3. ความสมบูรณ์ของข้อมูลเพียงพอที่จะวินิจฉัยโรคได้

### (I) การซักประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยทางศัลยกรรมมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่รักษาทางอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรมที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนั้นรู้ตัวว่าจะต้องถูกผ่าตัด เกือบทุกคนที่มีความวิตกกังวลต่างๆ มากมาย เช่น ความรุนแรงของโรคถึงขนาดต้องผ่าตัดรักษา หลังผ่าตัดจะฟื้นหรือเปล่า ถ้าไม่ผ่าจะหายไหม หลังผ่าตัดจะทำงานได้เหมือนผ่าตัดหรือเปล่า ถ้าในชีวิตไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเลยผู้ป่วยบางคนกลัวที่แพทย์จะมาจับมาตรวจร่างกายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นสุภาพสตรีมักจะมีปัญหานี้มาก

ดังนั้นทักษะอย่างหนึ่งที่นิสิตแพทย์ควรมีไว้ คือการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและต้องเข้าใจภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ ภัยสามารถบางอย่าง อันเนื่องมาจากภาวะเครียด และอาการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง ถ้าเป็นผู้เด็กเล็กหรือเด็กโต การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับเด็กจะได้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้ดีกว่าได้จากมารดาหรือผู้เลี้ยงดู

การใช้สรรพนามระหว่างการสนทนากันก็มีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ดูแล ในสังคมไทยเรายังเคารพความอาวุโสต่อกัน และเป็นสิ่งที่เราควรยึดถือปฏิบัติสำหรับนิสิตแพทย์อาจใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า “หมอ” หรือ “ผม” ก็ได้ ไม่ควรใช้ “หนู” หรือสรรพนามอื่นที่ไม่สุภาพ ส่วนสรรพนามที่เรียกผู้ป่วย อาจใช้ “คุณ .....” ซึ่งต่อด้วยชื่อของผู้ป่วย (ควรถามด้วยว่าสะกดถูกหรือไม่) หรือถ้าอาวุโสกว่าก็เรียกตามธรรมเนียม

ไทย เช่น คุณป้า คุณลุง คุณยายเลยก็ได้ ทำให้ดูเหมือนเป็นลูกเป็นหลานกัน ในกรณีผู้ป่วยต่างชาติต่างภาษา อาจมีปัญหาในการซักประวัติถ้าผู้ซักประวัติไม่รู้ภาษานั้น ในเมืองไทยยังมีคนจีนที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่อาจพูดภาษาไทยยังไม่ได้ ถ้าพูดภาษาจีนได้เขาก็จะชอบมาก และให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของเขาได้ถูกต้อง เราจะพบผู้ป่วยที่พูดภาษาไทยไม่ได้ไม่น้อยลงทุกที ภาษาพื้นเมืองบางครั้งก็เป็นอุปสรรคไม่น้อยต้องอาศัยการปรับตัวของผู้ซักประวัติ ถ้าอยู่ที่นั่นที่มีภาษาพื้นเมืองตามภาคต่างๆ นั้น

หลังจากที่เราซักประวัติแล้ว ผู้ป่วยก็ยิ่งหวังว่าได้อะไรจากเรา เช่น เขาเป็นโรคอะไร เป็นโรคที่ผ่าตัดได้หรือไม่ คำแนะนำจากเรา ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เราอย่าละเลย เพราะเป็นสิ่งที่เราประสานความสัมพันธ์อันดีทีเดียว หลังจบการสนทนาควรถามผู้ป่วยว่า “คุณป้ามีอะไรจะถามหรือเปล่าครับ” มีอะไรที่ทำให้คุณไม่สบายใจหรือเปล่าครับ” เป็นต้น ในกรณีที่เราไม่ทราบแผนการรักษาของอาจารย์เจ้าของไข้ ก็อาจบอกกับผู้ป่วยว่า “อาการที่คุณ ..... เป็นอยู่นี้ ผมจะได้นำไปปรึกษาอาจารย์ ..... ก่อน เพื่อวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องต่อไป)

### การสนทนากับผู้ป่วย

การสนทนากับผู้ป่วยควรดำเนินไปตามธรรมชาติที่สุด ผู้ซักประวัติควรจดข้อมูลเฉพาะที่สำคัญ ไม่ควรก้มหน้าก้มตาจดจนทำให้การสนทนาติดขัด ถ้าฝึกทักษะตรงจุดนี้ได้จะไม่ต้อจด และเราสามารถจำจุดที่สำคัญได้เอง การพบกันครั้งแรกเราควรทราบบชื่อผู้ป่วยเสียก่อน การทักทายในประเพณีไทยถ้าเป็นผู้อาวุโสกว่า ควรไหว้ในการทักทาย จะดูสุภาพ และอ่อนน้อมในการเข้าหา (Approach) นิสิตแพทย์ควรแนะนำตัวเอง และบอกถึงการร่วมทีมการรักษา แม้ในผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง ถ้าเรา approach ดีๆ และทำให้เขาเข้าใจเราได้ก็ปรากฏเป็นตัวอย่งมากมาย

คำถามต้นที่เราถามถึงอาการนำได้ดี คือ “คุณยายเป็นอะไรถึงได้มาหาหมอละครับ” มีอาการเป็นอย่างไรครับที่จะให้หมอช่วยได้” บรรยายภาคที่เราสร้างความเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้มาก และรู้สึกอบอุ่นที่มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ในตอนท้ายของการสนทนา เราควรตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย หรือความเชื่อผิด ๆ และบอกแนวทางการรักษาคร่าวๆ ก่อนจบการซักประวัติ “คุณลุงครับ อาการท้องเสียของคุณลุงนี้เราไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หมอคิดว่าจำเป็นต้องตรวจอุจจาระดูว่ามีสาเหตุจากพยาธิหรือไม่ คุณลุงเก็บอุจจาระไว้ในตลับนั้นนะครับ ..... คุณลุงมีอะไรจะถามหม่อีกไหมครับ”

การเรียงลำดับอาการเจ็บป่วยมีความสำคัญมาก ในการวินิจฉัยโรค ถ้าถามผู้ป่วยด้วยคำถามเปิดว่า “เริ่มต้นเป็นอย่างไรบ้างครับ” ผู้ป่วยไม่รู้ว่ตอนไหนที่เราหรือเขาคิดว่าเป็นอาการเริ่มต้นของการเจ็บป่วยครั้งนี้” การเรียงลำดับเวลาไล่ตั้งแต่เวลาใดที่เขารู้สึกสบายดีมาตลอดแล้วเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร เราจึงทราบช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยของเขาได้ ดังนั้นเวลาสนทนากับผู้ป่วย เราใช้เวลาสถานที่ในอดีตจริง ๆ เช่น วันเสาร์ที่ 9 เริ่มปวดท้อง พอกลางคืนวันที่ 10 เริ่มมีอาเจียน .....” แต่ถ้าเขียนรายงานผู้ป่วย จะนับเป็นช่วงเวลานับถอยหลังจากวันเวลาที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

การตั้งคำถามมี 2 ลักษณะที่สำคัญ การเลือกใช้ในเวลาที่เหมาะสมจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ถูกต้องอย่างดี

1. **คำถามนำ** ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสเล่าอาการเจ็บป่วยตามที่เขาเป็นจริง และผู้ป่วยจะตอบเพียงว่ามีหรือไม่มีอาการดังที่แพทย์ถามมา แต่ก็มีประโยชน์ถ้าใช้เป็นเครื่องนำได้บ้าง แต่ต้องระมัดระวังในการใช้

2. **คำถามเปิด** ผู้ป่วยสามารถระบายออกมาได้ตามสบาย เช่น “ลองเล่าให้หมอฟังซิว่า ที่ท้องไม่ดีขึ้นนั้นเป็นอย่างไร” บางช่วงของการสนทนาอาจเสริมได้เป็นจังหวะ “ต่อไปเป็นยังไงครับ” มีอะไรอีก ...” “ครับ ..... อาการปวดมากขึ้นเรื่อยๆ คุณทำยังไงครับ”

### การเขียนประวัติ

การเขียนประวัติการเจ็บป่วยควรเขียนตามลำดับ ดังนี้

1. Identifying data
2. Chief complaint (CC)
3. Present illness (PI)
4. Past medical history (PMH)
5. Family history (FH)
6. Patient profile (Personal history)
7. Systemic reviews

### Identifying data

ให้บอกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

- เพศ
- อายุ
- เชื้อชาติ
- ภูมิลำเนาเดิม, ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน
- อาชีพ

### Chief complaint (CC)

บอกอาการนำที่ผู้ป่วยเล่าออกมาเอง และมีช่วงระยะเวลาที่ป่วยด้วย ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยซึ่งนัดมาทำการผ่าตัด อาการสำคัญคืออาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก

### Present illness (PI)

เป็นส่วนที่เป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการซักประวัติ จะต้องแจ่มแจ้งปัญหาของผู้ป่วยให้รู้ถึงวันเวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ หรืออาการนำ ลักษณะของอาการนำที่ควรซักประวัติให้ได้ คือ

- เริ่มเมื่อไร (วัน เดือน ปี ที่ชัดเจน)
- precipitating causes
- เกิดบริเวณไหน (anatomical location)
- Mode of onset (sudden, gradual, unknown)
- Severity
- frequency

- method of relief or worsening
- risk factors ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็น pancreatitis
- character of quality เช่น มีอะไรผิดปกติร่วมด้วย

ในการซักประวัติ ควรซักประวัติและอาการโรคที่สงสัยมากที่สุดและซักอาการที่อาจเกิดจากโรคที่สงสัยรองลงมา เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค

#### Past medical history (PMH)

ประวัติครอบครัว การแต่งงาน การหย่าร้าง การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ตลอดจนประวัติทางด้านการพันธุศาสตร์ที่ต้องการ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเลือด และควรทำเป็น family tree ซึ่งสามารถบอกความผิดปกติของยีนส์ได้

#### Patient Profile (Personal History)

- เศรษฐฐานะ, สังคม, ศาสนา, อาชีพฐานะทางสังคม
- การสูบบุหรี่, ดื่มเหล้า และยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลาานเท่าไร

#### Systemic reviews

- General; or constitutional symptoms : อ่อนเพลีย, น้ำหนักลด
- Head and neck : ตา หู คอ จมูก ปาก
- Cardiorespiratory system : ไอ, มีเสมหะ เป็นลม บวมแขนขา
- Gastrointestinal system : กลืนลำบาก, ปวดท้อง, ท้องผูก, ดีซ่าน
- Urinary tract : ปัสสาวะแสบขัด, ปวดหัวหน่าว, ไข่เลื่อน
- Genital tract : โรคเพศสัมพันธ์, ตกขาว, impotence
- Musculoskeletal system : ปวดข้อ, ปวดหลัง, กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- Neurologic : ปวดหัว, ชา, มือสั่น, เวียนศีรษะ
- Psychiatric : Sleep pattern, เพศสัมพันธ์, อารมณ์, อาการทางจิตประสาท

#### การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ที่เราบรรเลงให้สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยเข้ามา รักษาได้อย่างเหมาะสม เราจำเป็นต้องมีการจัดระบบการค้นหาข้อมูลที่เราต้องการ และหยิบยกกลดลายในการทดสอบประกอบการตรวจหาที่ผิดปกติในร่างกายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม, รวดเร็ว และสมบูรณ์ สิ่งที่น่าสนใจ แพทย์ควรเตรียมให้พร้อมก่อนการตรวจร่างกาย คือ

1. ทบทวนการตรวจร่างกายอย่างมีขั้นตอน
2. ระลึกได้หรือคุ้นเคยสิ่งที่ปกติของร่างกายสมบูรณ์
3. คิด และไตร่ตรองกับผลที่ตรวจร่างกาย เพื่อทำการตรวจร่างกายซ้ำ หรือเพิ่มเติม

ทำสำหรับการตรวจร่างกาย

1. ทำนั่งหน้าตรง ให้ตรวจลำดับดังนี้

- มือ และแขน
- คอ
- ศีรษะ
- ตา
- หู
- จมูก
- ปาก

2. ยืนไปด้านหลังขณะที่ผู้ป่วยนั่ง ให้ตรวจลำดับดังนี้

- ต่อมไทรอยด์
- กระดูกสันหลัง และบั้นเอว

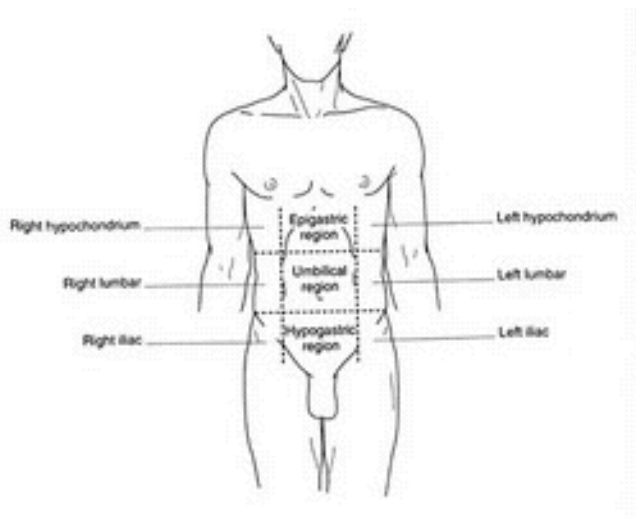
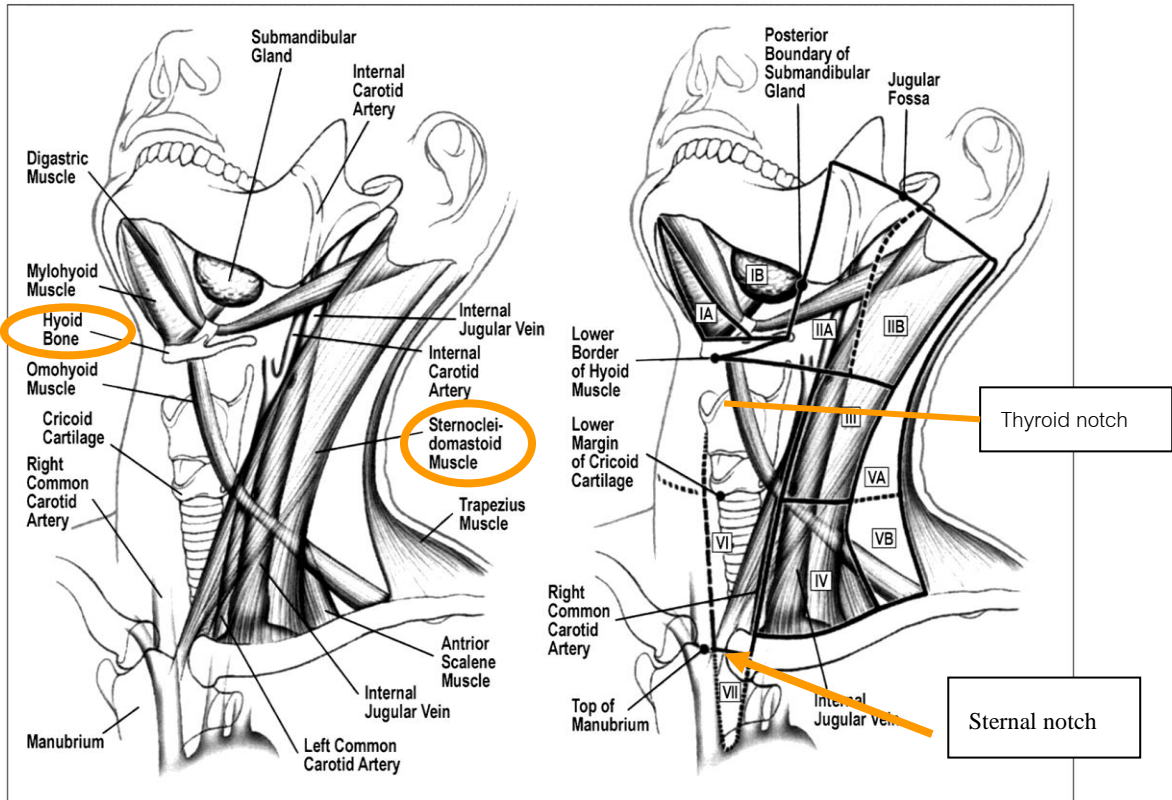
3. ทำนอนราบ ให้ตรวจตามลำดับดังนี้

- ทรวงอก
- เต้านม
- หัวใจ
- ปอด
- ท้อง
- ขา

4. ทำเฉพาะในการตรวจตามระบบต่าง ๆ เช่น

- นั่งขอบโต๊ะเพื่อเคาะ Jerk
- นอนตะแคง เข่าชิดอก เพื่อทำ PR
- ทำ Lithotomy เพื่อทำ PV

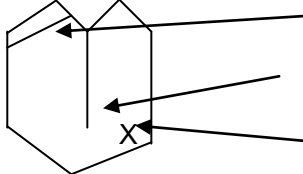
Surface anatomy



### เครื่องหมายที่แสดงถึงพยาธิสภาพ

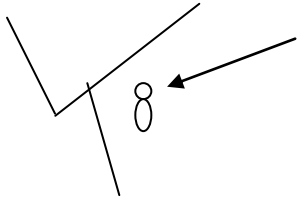
- X      กากบาทจะบอกตำแหน่งที่กดเจ็บ (Tenderness)
- แสดงถึงก้อนที่ตรวจพบ

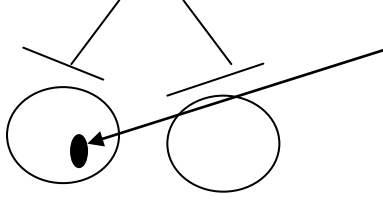
### ตัวอย่างเช่น

- 

Liver: 2 FB RCM Smooth surface, Blunt edge, not tender

Surgical scar

Mild tenderness at left lower quadrant
- 

Two palpable nodes at lateral triangle movable, not tender, rubbery in consistency.
- 

Mass 3"x3"x5" in side at Rt Breast 4Hr( lower inner quadrant): Lobulated surface, rubbery in consistency, movable, not fixed to the pectoris major, not tender, normal overlying skin, no pulsation or bruit

### Per rectum examination

ขั้นตอนการทำ PR ที่สมบูรณ์จะได้ข้อมูลในการตรวจพบมากมายประกอบด้วย

- เตรียมมือน้อย หลังจากจัดผู้ป่วยท่านอนตะแคงด้านซ้ายลง และเข้าชิดหน้าอก
- ป่ายาวสลิ้นหรือเยลลี่ที่ปลายนิ้วชี้ แล้วดันนิ้วชี้อย่างนุ่มนวล เราก็ทราบได้ว่าภายใน ampulla of rectum มีอุจจาระอยู่หรือไม่ และก็รู้คุณทรมานภายใน rectum เป็นอย่างไร จากนั้นกวาดนิ้วไปที่ coccyx ซึ่งเป็นปุ่มกระดูกคนไข้จะไม่รู้สึกเจ็บ แล้วจึงกวาดนิ้วไปข้างที่คิดว่าไม่เจ็บก่อนแล้วให้เปรียบเทียบกับจุดที่กด coccyx จากนั้นจึงปาดมาที่บริเวณที่มีพยาธิสภาพถ้าเจ็บเสียวมาถึงหน้าท้อง แสดงว่ามีพยาธิสภาพของ parietal peritoneum ต้องแยกว่าเจ็บที่ปลายนิ้วหรือไม่
- ปาดนิ้วมาด้าน anterior จะพบ prostate ในผู้ชายและ Cervix ในผู้หญิง ถ้า prostate โตให้บรรยายขนาด groove ลึกหรือไม่, lateral lobe เป็นอย่างไร consistency และผนังของ rectum ที่คลุ้มอยู่เลื่อนได้ พบก้อน prostate ถ้าเป็นหญิงการโยก cervix เจ็บหรือไม่ก็กดปกติหรือเปล่า
- และดันนิ้วให้ลึกขึ้นไปอีกให้เหนือ prostate และ cervix จะเป็นตำแหน่งของ cal de sac มี Bulging จาก fluid ในช่องเชิงกราน หรือมี nodular infiltration ซึ่งเรียกว่า Blummer's shelf หรือ rectal shelf และคลำดูว่ามีก้อนที่ผนังด้านอื่นหรือไม่
- ขั้นต่อไปให้ผู้ป่วยขมิบก้น จะทราบ splincter tone ว่าดีหรือไม่

6. ค่อยๆ ถอนนิ้วออกจากอุ้งก้น มีติ่งเนื้อยื่นตามมาหรือไม่ และตรวจดูว่าอุจจาระที่เป็นก้อนสีอะไรกลืนเป็นอย่างไร ให้อธิบายสีของอุจจาระซึ่งเป็น Bloody-streak, Bloody-mucous stool, Hematochezia, melena

7. เช็ดอุ้งก้นให้เรียบร้อย

### (III) Laboratory investigation

การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในทางศัลยกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ คือ CBC, UA ก่อนทำผ่าตัดทุกราย

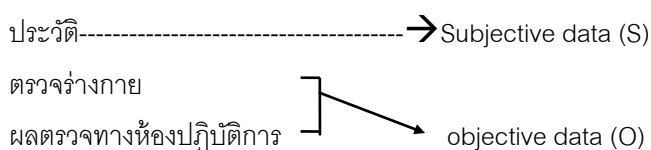
CBC เราต้องการทราบว่าผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในระดับที่พอเหมาะในการดมยาหรือไม่ ระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 10 กรัม% จะเพียงพอที่เม็ดเลือดแดงลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ได้ดี จำนวนเม็ดเลือดขาวที่ปรากฏของ leukocytosis และ shift to the left อันเป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีเม็ดเลือดขาวที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ถ้ามี leukopenia ในผู้ป่วย leuknia เราก็พอจะทราบระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเป็นอย่างไรได้ก่อนผ่าตัด อนึ่ง RBC morphology ก็พอบอกถึงสาเหตุชัดในผู้ป่วยได้ ถ้าเป็น Chronic anemia เช่น Thalassemia หรือ Chronic renal failure ระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 8 กรัม% หรือ Hct 25% ก็สามารถผ่าตัดได้ Platelet count จะทำในรายที่มีปัญหาเรื่อง bleeding disorder เช่น ITP, Liver disease อื่นๆ ถ้ามากกว่า 100,000 cells/mm ก็พร้อมที่จะผ่าตัดได้

UA (Urinary analysis) ภาวะ dehydration เราสามารถ assess ได้ จากค่า urine specific gravity ในคนที่มิได้ปกติจะพยายามเก็บน้ำไว้ในร่างกาย ถ้ามี dehydration อยู่ ทำให้ค่า Sp. Gr. ค่อนข้างสูง (คนปกติอยู่ในช่วง 1,010 - 1,025) ค่า Specific gravity ยังบอกถึง Concentration power ของไตด้วย ค่าของ Sp.gr. อาจต่ำมาก (<1,005) ในรายที่เป็น Diabetes insipidus หรือ Chronic renal failure (แต่ที่จริงค่า Urine osmolality จะบอก concentrating power ได้ดีกว่า แต่ทำได้ยากกว่า) นอกจากนั้นก็ดู wbc และ rbc ใน urine ในผู้ชายอาจมี wbc ใน urine ได้ไม่เกิน 0-5/HPF ในผู้หญิงอาจมีได้มากถึง 5-10/HPF และไม่ควรมี rbc ใน urine ถ้าไม่มีการสวนสายสวนปัสสาวะ การตรวจพบเชื้อแบคทีเรียใน urine มีความสำคัญในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ

ในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ควรตรวจ EKG, CXR และ FBS ทุกครั้ง เพราะคนที่มีอายุมากมักมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางระบบหลอดเลือด และหัวใจได้สูง ภาวะเบาหวาน อาจพบได้ในวัยผู้สูงอายุ และเป็นมากขึ้นในภาวะ Stress การตรวจ occult blood ในการตรวจอุจจาระก็มีความสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่พบว่ามีโอกาสเกิดมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางตะวันตก

### การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และจัดทำ Problem List

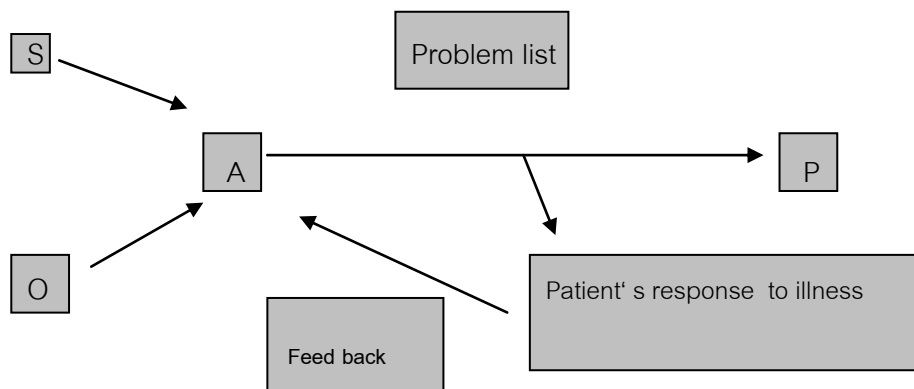
ขั้นตอนนี้อันเป็นขั้นตอนอันเต็มไปด้วยศิลปะ เป็นขั้นตอนที่เปรียบถึงจิตรกรที่พยายามใส่สีสันให้ภาพที่วาดนั้นดูเด่น และมีคุณค่า ข้อมูลจากประวัติ ตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการถูกนำมาวิเคราะห์แจกแจง และแยกแยะจากแพทย์ผู้ชำนาญการทางคลินิก Lawrence L. Weed เป็นคนแรกที่นำ problem-oriented system มาใช้ตั้งปัญหา และหาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบ.





วิเคราะห์ข้อมูล ----- Assessant (A)

วางแผนการรักษา ----- Plan (P)



### Process of clinical Thinking

1. เลือกเอาสิ่งผิดปกติจากอาการ (S) อาการแสดง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (O)
2. บอกตำแหน่งหรืออวัยวะ หรือระบบให้ตรงกับสิ่งที่ตรวจพบว่ามีผิดปกติตาม anatomy
3. ขั้นตอนที่ยากที่จะจัดทำ Problem list ก็คือไม่ว่าเป็นปัญหา เดี่ยว ๆ หรือปัญหาพร้อม หรือเป็นปัญหา

ต่อเนื่อง สิ่งต่อไปนี้จะพอช่วยแยกได้บ้าง เช่น

- อายุ ถ้าอายุน้อยมักจะเป็นปัญหา เดี่ยว แต่ถ้าอายุมากมักจะมีหลายปัญหาแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก ถ้าคนไข้ช่วยนึกคิดถึง Hiatal hernia แต่ในคนแก่อาจต้องคิดถึงว่ามีโรคหัวใจหรือหรือเปล่า เป็นต้น
- ระยะเวลา จะพอบอกลำดับอาการเหล่านี้ว่าต่อเนื่องเป็น process เดียวกันหรือไม่ เช่นปวดท้อง เคลื่อนไส้ อาเจียน แล้วจึงมีไข้หลังจากปวดท้องได้ 1 วัน
- ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ผู้ป่วยชายชราที่มาด้วย Inguinal hernia แต่ตรวจพบ BPH ซึ่งเป็นสาเหตุเกี่ยวพัน และต่อเนื่องกันได้ แม้จะเกี่ยวพันกันแต่ควรแยก problem list แล้วควรรักษา ปัญหาใดก่อนหลัง อีกตัวอย่างหนึ่งก็คือผู้ป่วย congestive heart failure แล้วฟังได้ lung crepitation
- คุณภาพของข้อมูลที่ได้ บางคนตรวจได้ตับโต 1 cm. บางคนบอกตรวจไม่ได้ ผู้ป่วยบางคนลืมอาการของตัวเอง หรือเรียงลำดับอาการผิด คุณภาพของข้อมูลตัดสินกันด้วย
  - accuracy
  - precision จำเป็นในกรณีที่ใช้ผลการทดสอบบางอย่างเพื่อให้การ
  - sensitivity วินิจฉัยที่ถูกต้อง
  - Specificity
  - predictive value

4. แปลผลจากสิ่งที่ตรวจพบเหล่านี้ในเชิงอธิบายเป็นขบวนการที่เป็นไปได้ โดยใช้

- Surgical sieve เป็นข้อมูลในการให้การวินิจฉัยแยกโรคได้

- Congenital
- Trauma
- Tumor
- Inflammation
- Metabolic
- Degeneration

- Pathophysiology ที่มีความเกี่ยวพันจากหลายระบบในร่างกาย

เมื่อได้ Problem list แล้ว เราจะนำแต่ละปัญหามาแจกแจงตาม POMR โดยใช้ S.O.A.P. มาช่วยเขียน ใน S O A P นี้ตัวที่ยากที่สุดก็คือ A = Assessment ซึ่งจะกล่าวต่อไป

### การวินิจฉัยโรคขั้นต้น และการวินิจฉัยแยกโรค

การให้สมมติฐานอันเป็นสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ขั้นตอนนี้นิสิตแพทย์ควรเข้าใจสิ่งผิดปกติต่าง ๆ โรคและกลุ่มอาการต่าง ๆ นิสิตแพทย์จะต้องมีความรู้และประสบการณ์มากพอที่จะให้สมมติฐานโรคนี้ได้ แนวทางที่เราจะหาสมมติฐานโรคได้ มีดังนี้

- เลือกสิ่งตรวจพบที่เฉพาะเจาะจง หรือเป็นแกนหลัก เช่น ผู้ป่วยมีอาการตัวร้อน คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ตัวเหลืองตาเหลือง กดเจ็บใต้ชายโครงขวา เราก็ควรเลือกตัวเหลืองตาเหลืองเป็นอาการแกนนำ และสามารถอธิบายอาการอื่น ๆ ได้หรือไม่
- เอาสิ่งที่ตรวจพบมาสัมพันธ์กับ Condition ที่เรารู้ (จากประสบการณ์และความรู้ในตำรา) ว่ามันอาจให้อาการ และอาการแสดงเหล่านั้นได้หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยมีอาการ Intermittent colicky abdominal pain ร่วมกับคลำได้ก้อนในช่องท้องและตรวจอุจจาระมี bloody stool อาจทำให้เราคิดถึง Intussusception ได้
- ตัดวินิจฉัยโรคที่ไม่สามารถอธิบายอาการ และอาการแสดงออกไป เช่น ผู้ป่วยเด็กมีอาเจียนพบทุกเช้า ตรวจดู eye ground มี papilledema ก็ไม่ควรคิดถึงทางเดินอาหาร
- เลือกวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเป็นไปได้ หรืออธิบายอาการ และการแสดงเหล่านั้นได้ แล้วเลือกเอาโรคหนึ่งที่เป็นไปได้มากที่สุดเป็นการวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis หรือ Tentative diagnosis)

**อย่าพลาดการวินิจฉัยโรค หรือภาวะใด ๆ ที่มีผลเสียชีวิต และสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เช่น myocardial infarction, fracture cervical spine ในทางอุบัติเหตุทางศีรษะ**

เมื่อให้สมมติฐานโรคแล้ว ก็ควรจะต้องทดสอบให้แน่ชัดว่าเป็นอย่างไรที่เราคิดไว้หรือไม่ ซึ่งเราอาจจำเป็นต้องได้ข้อมูลเพิ่มเติม (Feed back) เช่น ชักประวัติเพิ่มเติม ตรวจร่างกายเพิ่มเติมในท่าพิเศษ หรือการทดสอบพิเศษ เพื่อที่จะได้ confirm หรือ rule out สมมติฐานโรคที่เราคิดถึงนั่นเอง

### การวางแผนการรักษา

ปัญหาทางศัลยกรรมพบบ่อยแบ่งหมวดหมู่ออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ Obstruction, bleeding และ perforation การวางแผนการรักษาจึงประกอบไปด้วยขบวนการของ Clinical thinking เช่นกันคือ

1. Diagnostic plan เป็นการวางแผนที่หา路子อื่น วิธีอื่นให้ได้ definite diagnosis ให้มากที่สุด การสั่งทำ IVP, Barium enema, Ultrasound, CT scan เพื่อสืบหาจุดสมมติฐานของโรคที่สามารถรักษา โดยการผ่าตัดได้

หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันในกระโหลกศีรษะสูงพิจารณาทำ ๓๓ CT scan ดูว่ามี mass ในสมองหรือไม่ ผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน พิจารณาทำ Plain abdomen เพื่อดูว่ามี free air, free fluid หรือไม่ เป็นต้น

2. **Therapeutic plan** เป็นการวางแผนการรักษาสาเหตุของโรคในทางศัลยกรรม ถ้าโรคนั้นจำเป็นต้องผ่าตัด ขั้นตอนทีมนิสิตแพทย์ควรคำนึงถึงคือ

■ Preoperative condition ผู้ป่วยมี underlying diseases อะไรอยู่หรือไม่ มีภาวะ Shock หรือ dehydration หรือไม่ ระดับฮีโมโกลบินเพียงพอที่จะต้องดมยาสลบหรือไม่ มี condition อื่นที่เป็นอันตรายต่อการดมยาหรือการผ่าตัดได้รับการแก้ไขหรือยัง จำเป็นต้องให้ prophylactic antibiotic หรือไม่.

■ Operative notes มีความสำคัญมากถือเป็นหัวใจของศัลยกรรมการกระทำอะไรบนตัวมนุษย์ควรได้รับการบันทึกลงในเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อเป็นหลักฐานทางการแพทย์ และประวัติการเจ็บป่วย การเขียน Operative notes จะทำให้ผู้ร่วมงานไม่ว่าแพทย์ และพยาบาลจะได้เข้าใจการดำเนินของโรค และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนอื่นได้ การเขียนบันทึกการผ่าตัดเป็นการเรียนรู้การดำเนินของโรคอย่างครบวงจร เราจะได้ทบทวนว่าอาการที่เราซักประวัติได้ อาการแสดงที่เราตรวจพบ และจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเช่นนี้ เมื่อเราผ่าตัดไปเราพบอะไรบ้าง สอดคล้องกับสิ่งที่ตรวจพบหรือไม่ และเราได้แก้ไขปัญหานั้นหรือยัง

■ การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. Information data เป็นข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด : ชื่อ , เพศ , อายุ , ตึกผู้ป่วย HN และ AN
2. Diagnosis แบ่งเป็นการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด
3. Anaesthesia การผ่าตัดนี้ใช้ดมยาสลบหรือระงับความรู้สึกประเภทใด และโดยแพทย์วิสัญญีท่านใด
4. Surgeon , Assistant and Scrub nurse รวมถึง Circulation nurses ด้วย
5. Preoperative condition ที่สำคัญ
6. Operative finding อธิบาย gross pathology ว่าสิ่งผิดปกติที่พบโดยบังเอิญ (incidental finding)
7. Operative procedure ประกอบด้วย
  - Position
  - Incision
  - Surgical approach to living pathology
  - Intraoperative transfusion
  - Drain ?
  - Estimated blood loss
  - รายที่รับตัวนั้นควรมีการตรวจเช็ค swab count

**หมายเหตุ** ข้อ 6, 7 ควรวาดรูปจะช่วยลดเวลาในการเขียนมากขึ้นด้วย

- Postoperative care หลังผ่าตัด การดูแลเรื่องสาย drain ต่าง ๆ เช่น Nasogastric tube, Foley catheter หรือ drain อื่น ๆ การดูแลเรื่องสวาม และเกลือแร่เมื่อผู้ป่วยยังทานอาหารไม่ได้ การให้ยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดการ ambulate ผู้ป่วยตลอดจน Rehabilitation เมื่อผู้ป่วยกลับไปทำงานเป็นปกติแล้ว

3. **Patient education** ควรบอกกับผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดง เป็นจากสาเหตุอะไรในภาษาชาวบ้าน หรือที่เขาทำความเข้าใจได้งาน การตัดสินใจผ่าตัดเป็นสิทธิของผู้ป่วยเอง ซึ่งแพทย์ และผู้ป่วยจะช่วยกันวางแผนการ

รักษาให้เหมาะสมกับเศรษฐกิจ ความจำเป็นหัวหน้าครอบครัว ตลอดจนสมาชิกครอบครัวที่ขึ้นอยู่กับทักษะในการพูด สนทนา และมนุษยสัมพันธ์อันดี เมื่อหลังผ่าตัดแล้วแพทย์ผู้ผ่าตัดต้องบอกว่าตัวผู้ป่วยเองว่าได้ทำผ่าตัดอะไรไปบ้าง และให้เขาจำไว้เป็นประวัติการเจ็บป่วยของเขาตลอดไป และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และนัดมาติดตามผลการผ่าตัดอีกครั้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ก่อนจำหน่ายออกจากคลินิก.

### สรุปรายงานผู้ป่วยเก่ารับใหม่

เมื่อนิสิตแพทย์ เปลี่ยนวอร์ดเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อจากการดูแลของแพทย์คนเดิม จำเป็นต้องศึกษาประวัติ ตรวจร่างกายและปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจากการที่แพทย์คนเดิมเล่าให้ฟังสั้น ๆ หรือศึกษาเองจากฟอร์มปรอท ทั้งนี้เพื่อให้ นิสิตแพทย์ ได้มีโอกาสศึกษาผู้ป่วยและการดำเนินของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นการทบทวนจุดสำคัญ ของประวัติ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ได้วินิจฉัยโรคที่เราเป็นเจ้าของไข้ด้วย อีกทั้งเป็นการทราบถึงการวางแผนในการรักษาของผู้ป่วยต่อไปอีกด้วย

การสรุปรายงานผู้ป่วยเก่ารับใหม่ จึงเป็นการทบทวนให้สามารถจำผู้ป่วยในความดูแลของเราได้ เป็นประโยชน์ในระหว่างที่เราดูแลอยู่ในช่วงนั้น ๆ การสรุปรายงานผู้ป่วยเก่ารับใหม่จึงควรประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส มาด้วยอาการสำคัญอะไร มีประวัติเจ็บป่วยปัจจุบันอะไรที่สำคัญ หรือ positive ตรวจร่างกาย ที่พบผิดปกติ ผลทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษที่ทำไปแล้ว

อนึ่ง ถ้าอาการของผู้ป่วยยังดำเนินอยู่และมีความเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ การตรวจร่างกายซ้ำและบันทึก ต่อจากข้อความข้างต้น ปิดท้ายด้วยจัด Problem lists ขึ้นจากข้อมูลข้างต้น ปัญหาใดบ้างที่แก้ไปแล้ว ปัญหาที่ยังรอการตรวจพิเศษ เป็นต้น สุดท้ายเขียนถึงการวางแผนการรักษาต่อไปเมื่อเรารับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

#### ตัวอย่าง

#### สรุปรายงานผู้ป่วยเก่ารับใหม่ (19 มิ.ย. 31)

ผู้ป่วยชายไทยสมรสแล้วอายุ 51 ปี มาด้วยอาเจียนและถ่ายเป็นเลือด รับประทานไว้ที่โสตถุกรรมได้เลือด 4 U. Hct จาก 18 เป็น 32 % ได้ทำ Gastroscopy เมื่อวันที่ 12 มิ.ย. 31 พบ gastric ulcer ขนาด 3 cm. , no active bleeding ที่ lesser curvature เมื่อวานมีอาเจียนเป็นเลือดสด ๆ อีก Hct เหลือ 25 % BP เริ่มลดลงอีก จึงได้ Consult Surgery ได้รับการผ่าตัดเมื่อ 13 มิ.ย. 31 ได้ทำ Bill gastectomy + Truncal vagotomy หลังผ่าตัดได้รับเลือดทั้งหมด 8 U Hct วันนี้ 35 %, vital sign - stable, urine ออกดี

Problem: 1. GI bleeding (ผ่าตัดเมื่อ 18 มิ.ย. 31)

2. DM. ขณะนี้เปลี่ยนเป็นยาฉีด

#### Summary Discharge

การสรุปการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือตายเนื่องจากสาเหตุใด ควรบันทึกใน progress note บอกรายละเอียดคล้ายกับสรุปรายงานเก่ารับใหม่ นอกจากนั้นยังมีส่วนเพิ่มเติมอีกคือ วันนัดกลับมาตรวจอีกคือ วันนัดกลับมาตรวจอีกที่ตึกผู้ป่วยนอก และยาที่ให้กลับไปกินที่บ้าน พร้อมทั้งเรื่องที่ทำให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติเรื่องแผลผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับสู่สภาพปกติอย่างไร

สำหรับการสรุปรายงานในแผ่นสีขาว เพื่อบันทึกลงในสถิติการเจ็บป่วยของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของนิสิตแพทย์เวชปฏิบัติ (EXTERN) หรือ INTERN ควรเขียนให้ถูกต้องและสมบูรณ์จึงขอยกตัวอย่างไว้ 3 อย่างให้พิจารณาดังนี้คือ

1. Principle Disease., injury or other condition for which patient was treated
  - Right Indirect inguinal hernia
  - Intestinal obstruction
  - Blunt injury to abdomen
2. Underlying cause of above
  - Benign prostatic hyperplasia
  - Adhesions
  - 2 nd part of duodenum rupture
3. Complication or other disease
  - wound infection
  - Bowel gangrene
  - Entero-cutaneous fistula
4. Other diagnosis (พบโดยบังเอิญ หรือพบร่วมกับ 1)
  - Coronary heart disease
  - Diabetes mellitus
5. Operation 1
  - Bassini's Heriorrhaphy (บอกวันที่ผ่าตัดและชื่อ Surgeon)
  - Lysis adhesion band (บอกวันที่ที่ผ่าตัดและชื่อ Surgeon)
  - Explor. Lap with duodenojejunosomy Roux-en-y (บอกวันที่ผ่าตัดและชื่อ Surgeon)
6. Operation 2 (การผ่าตัดครั้งที่ 2 ในการ admission เดียวกัน)
  - TUR-P (บอกวันที่ที่ผ่าตัดและชื่อของ Surgeon)
  - Retention suture (บอกวันที่ที่ผ่าตัดชื่อของ Surgeon)
  - Bowel resection and end-to-end anastomosis (บอกวันที่ที่ผ่าตัดและชื่อของ Surgeon)
7. Other diagnosis, operations and remarks
  - ถ้ามีผลชิ้นเนื้อให้เขียนที่ช่องนี้
  - ถ้ามีการให้ Total parenteral nutrition ให้เขียนด้วยว่านานกี่วัน
8. Discharge status
9. Type of discharge

**การเขียนรายงานผู้ป่วยที่ถูกต้อง ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้**

1. ระยะเวลาที่บอกใน Chief complaint จะเป็นเวลาอันแรกของ present illness ยกตัวอย่าง เช่น C/C ปวดท้องมา 2 อาทิตย์ เริ่ม PI : 2 อาทิตย์ PTA ผู้ป่วยปวดท้องบริเวณท้องทั่ว ๆ ไป ..... เป็นต้น

2. ไม่ควรใช้คำบางคำที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

ชายไทยคู่

ควรแทนด้วย

ชายไทยสมรสแล้ว

หญิงไทยเดี่ยว	ควรแทนด้วย	หญิงไทยโสด
อาชีพรับจ้าง	ควรแทนด้วย	อาชีพกรรมกรแบกของ
ปวดที่ Lt upper quadrant	ควรแทนด้วย	ปวดชายโครงซ้าย

3. บางคำเขียนผิดบ่อยๆ เช่น **สังเกตุ**, **อาเจียร** ที่ถูกต้องควรเป็น **สังเกต**, **อาเจียน**