



การประเมินอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในร้านยา

จำนวนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

3.00 หน่วยกิต

ผู้เขียนบทความ

ภก. กิตติยศ ยศสมมติ¹, ภญ. อติษฐี ตันศิริ², ภก. ธีรพล วัลวิวัฒนสกุล²
¹ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
² ศูนย์เภสัชกรรมพาร์แมกซ์ หน่วยงานในเครือข่ายของสถาบันหลัก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดในช่องท้อง อาการผิดปกติของระบบขับถ่าย เป็นอาการผิดปกติที่พบบ่อยในร้านยา แม้ว่าอาการเหล่านี้จะสังเกตได้ง่ายโดยตัวผู้ป่วยเอง แต่การประเมินอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเพื่อหาสาเหตุของที่แท้จริงกลับเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเนื่องจากอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารแต่ละอาการอาจพบในโรคได้มากกว่าหนึ่งโรค การประเมินสาเหตุของอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่มารับบริการในร้านยาจึงต้องอาศัยทักษะที่ดีในการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการประเมินร่างกายเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านกายวิภาค สรีรวิทยา และพยาธิวิทยาของโรคทางเดินอาหารที่พบบ่อย เพื่อช่วยให้การแนะนำการรักษาหรือพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยจากร้านยาไปยังสถานพยาบาลอื่นเป็นไปอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ

คลื่นไส้ อาเจียน, ไม่สบายท้อง, ปวดท้อง, ท้องเสีย, ท้องผูก

บทนำ

อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับบริการในร้านยา โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่สบายท้อง อาการปวดในช่องท้อง ความผิดปกติของระบบขับถ่าย แม้ว่าอาการเหล่านี้จะมีความชัดเจน ประเมินได้ค่อนข้างง่าย แต่หากต้องวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยถึงโรคหรือความผิดปกติที่แท้จริงกลับเป็นไปได้ยากและสร้างความสับสนหรือไม่มั่นใจให้แก่เภสัชกรชุมชนได้บ่อยครั้ง เนื่องจากโรคของทางเดินอาหารนั้น มักมีอาการหลายอย่างร่วมกันหรือคล้าย ๆ กัน นอกจากนี้โรคของทางเดินอาหารโรคหนึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นสาเหตุของอีกโรคหนึ่ง ดังนั้นจึงมีความทับซ้อน (overlapping) ของอาการต่าง ๆ การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารจึงต้องอาศัยทักษะการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบร่วมกับความเข้าใจพยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพของโรคของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยจึงจะทำให้วิเคราะห์แยกสาเหตุและเลือกใช้ยาได้ถูกต้อง บทความนี้จึงมีขึ้นเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทางเดินอาหารที่พบบ่อยเพื่อช่วยให้เภสัชกรชุมชนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในร้านยาได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิผล และปลอดภัย

กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหาร

ระบบทางเดินอาหารเริ่มต้นตั้งแต่ริมฝีปาก ฟัน ลิ้น ช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรง และสิ้นสุดที่ทวารหนัก มีหน้าที่หลักในการแปรรูปอาหารที่รับประทานเข้าไปให้อยู่ในรูปสารอาหารที่พร้อมแก่การดูดซึมไปใช้ประโยชน์ในร่างกาย และขับถ่ายกากอาหาร นอกจากนี้ ระบบทางเดินอาหารยังเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการรักษาสมดุลน้ำและแร่ธาตุ โดยมีตับ ตับอ่อน และถุงน้ำดี เป็นอวัยวะเสริมของระบบทางเดินอาหาร ทำหน้าที่สร้างเอนไซม์ และน้ำดีที่ช่วยให้กระบวนการย่อยและการดูดซึมสารอาหารดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่ออาหารเข้าสู่ช่องปาก จะถูกบดเคี้ยวลดขนาดโดยฟันและคลุกเคล้ากับน้ำลายโดยมีลิ้นเป็นตัวช่วยประสานซึ่งสารอาหารหมวดแป้งจะถูกย่อยด้วยเอนไซม์ amylase ในน้ำลายเป็นน้ำตาลโมเลกุลเล็ก อาหารที่ผ่านการลดขนาดและผสมอยู่กับน้ำลายแล้ว จะถูกส่งผ่านหลอดอาหารด้วยกระบวนการบีบรัดตัวของผนังหลอดอาหาร (peristalsis) ไปยังกระเพาะอาหารซึ่งอยู่บริเวณช่องท้องส่วนบนก่อนมาทางซ้ายใต้กระบังลม อาหารที่ส่งถึงกระเพาะอาหารจะถูกย่อยด้วยกรด hydrochloric และเอนไซม์ที่หลั่งจากกระเพาะอาหาร เช่น pepsin จนเป็น chyme ซึ่งมีลักษณะเหนียวข้น กระเพาะอาหารมีหลอดทำหน้าที่ควบคุมการเดินทางของอาหารสองตำแหน่ง คือ ส่วนท้ายของ

หลอดอาหารเรียกว่า lower esophageal sphincter (LES) และส่วนต้นของลำไส้เล็ก เรียกว่า pyloric sphincter กรณีที่การทำงานของ LES มีความผิดปกติ เช่น มีแรงดึงตัวลดลงหรือมีการคลายตัวผิดปกติ จะทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนขึ้นได้¹

Chyme จากกระเพาะอาหารถูกส่งต่อไปยังลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) ส่วนกลาง (jejunum) และส่วนปลาย (ileum) ตามลำดับ โดยมีความยาวรวมประมาณ 6 เมตร ขดอยู่บริเวณท้องส่วนกลาง เพื่อถูกแปลงสภาพเป็นสารอาหารที่พร้อมแก่การดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการทำงานของเอนไซม์ที่หลั่งออกจากลำไส้เล็กเอง และเอนไซม์จากตับอ่อน การดูดซึมสารอาหารเกิดขึ้นที่ลำไส้เล็กเป็นหลักเนื่องจากลำไส้เล็กมีความยาวและลักษณะเยื่อบุผิวด้านในเป็น villi ซึ่งช่วยเพิ่มพื้นที่ผิวในการดูดซึม จากนั้นกากอาหารจะถูกส่งจากลำไส้เล็กส่วนปลาย จะผ่านหูรูด ileocecal sphincter เข้าสู่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบ่งเป็นส่วนต้น (cecum) ส่วนกลาง (colon มีสี่ส่วนย่อย คือ ascending, transverse, descending และ sigmoid) และไส้ตรง (rectum) โดยหน้าที่สำคัญของลำไส้ใหญ่คือการดูดซึมน้ำ และแร่ธาตุ พร้อมทั้งทำให้อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนเพื่อให้เกิดการขับถ่าย นอกจากนี้ในลำไส้ใหญ่ยังมีเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำหน้าที่สร้างวิตามินเค และเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลายชนิด เช่น โรคระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และอาการทางจิตเวช² ส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ คือทวารหนัก (anus) ซึ่งเป็นช่องเปิดระบายอุจจาระ ทวารหนักมีหูรูดควบคุมการถ่ายอุจจาระ เรียกว่า internal sphincter และ external sphincter ตามลำดับ ในกรณีที่มีแรงดันในช่องท้องสูงขึ้น เช่น เมื่อตั้งครรภ์ หรือออกแรงเบ่งเมื่อท้องผูก หลอดเลือดบริเวณปากทวารหนักจะโป่งพองออก ซึ่งหากเกิดอย่างต่อเนื่องหรือเมื่อมีอายุมากขึ้น หลอดเลือดที่โป่งพองนี้อาจสัมผัสได้หรือมีการฉีกขาดเห็นเป็นหยดเลือดสดขณะถ่ายเรียกว่าริดสีดวงทวาร³

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยในร้านยาอย่างเป็นระบบ

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการประเมินสาเหตุของอาการป่วยและพิจารณาเลือกยาหรือส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เกสัชกรชุมชนจึงต้องประยุกต์ใช้หลักการสื่อสารที่ดีในกระบวนการสัมภาษณ์ ดังนี้

- **สร้างบรรยากาศที่เอื้อแก่การให้ข้อมูล** เนื่องจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายนั้น เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่อาจระคายคาย เมื่อต้องบอกเล่าแก่ผู้อื่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง และผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย พร้อมไปกับการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลได้ละเอียด ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น⁴

- **สัมภาษณ์โดยใช้คำถามที่เหมาะสม** คือพยายามใช้คำถามปลายเปิดเป็นหลักหากเป็นไปได้ และใช้คำถามปลายปิด เพื่อลงลึกในรายละเอียดเพิ่มเติม การใช้คำถามปลายปิดเป็นหลัก ซึ่งมีทางเลือกของคำตอบน้อยกว่า อาจทำให้ได้คำตอบที่ถูกซึ้นมา ไม่ตรงกับความเป็นจริง และทำให้การประเมินสาเหตุของโรคผิดไปได้ง่ายกว่าการใช้คำถามปลายเปิด นอกจากนี้ เกสซ์กรซุมชนควรเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ง่ายในมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน และระวังไม่ถามมากกว่าหนึ่งประเด็นในคำถามเดียว ซึ่งทำให้ได้คำตอบกำกวมหรือไม่ชัดเจน⁵
- **รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ** เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด เกสซ์กรซุมชน อาจประยุกต์ใช้หลัก QALT ซึ่งมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1 เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการผิดปกติเป็นระบบ และต้องสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการผ่าตัด ประวัติอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ อาชีพ และประวัติการแพ้ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้การประเมินผู้ป่วยถูกต้องยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 หลัก QALT สำหรับการสัมภาษณ์อาการอย่างเป็นระบบ

คำเต็มและความหมาย	ตัวอย่างการสัมภาษณ์
Q: qualitative (Q1) & quantitative (Q2) data คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับอาการผิดปกติ	Q1: อาการปวดท้องมีลักษณะอย่างไร Q2: อาการปวดท้องมีความรุนแรงมากน้อยอย่างไร
A: aggravating (A1) & alleviating (A2) factors คือ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยที่ช่วยให้อาการทุเลาลงหรือหายไป รวมถึงการทดลองใช้ยาหรือหยุดใช้ยา การรักษาด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ	A1: อะไรทำให้อาการปวดเป็นมากขึ้น A2: อะไรทำให้อาการปวดลดหรือทุเลาลง
L: location ได้แก่ ตำแหน่ง (region: R1) การแผ่ขยายของอาการ (radiation: R2) และอาการ ณ ตำแหน่งอื่น (referral: R3)	R1: ตำแหน่งที่ปวดท้อง เริ่มจากตรงไหน R2: นอกจากตำแหน่งนั้นแล้วมีอาการปวดตรงไหนอีก R3: มีอาการผิดปกติหรือปวดที่อวัยวะอื่น ๆ อีกหรือไม่ ตรงไหน
T: temporal factors คือข้อมูลเกี่ยวกับเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่เกิดอาการ (onset) ความยาวนานของอาการ (duration) การเปลี่ยนแปลงของอาการ (progression) ความถี่ในการเกิดอาการ (frequency)	T-onset: เริ่มปวดท้องตอนไหน T-duration: เวลาปวดแต่ละรอบเป็นนานกี่นาที T-progression: ถ้าเทียบกับตอนเริ่มมีอาการปวด ตอนนี้อาการปวดเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร T-frequency: อาการปวดแต่ละรอบ ห่างกันประมาณกี่นาที (หากเคยเป็นมาก่อน อาจถามเพิ่มเติม เช่น ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการปวดเช่นนี้ กี่หน)

ปวดท้อง (abdominal pain)

ความปวดภายในช่องท้อง อาจเกิดจากการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (parietal peritoneum) ซึ่งทำให้เกิดสัญญาณความปวดต่อเนื่อง ณ ตำแหน่งที่มีการอักเสบ และอาจระบุตำแหน่งของความผิดปกติได้ เนื่องจากสัญญาณความปวดถูกส่งผ่านระบบ somatic nerve ความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดจากการอักเสบของเยื่อช่องท้อง อาจแปรผันตามชนิดและปริมาณของสิ่งสัมผัสกับเยื่อช่องท้อง ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ปวดท้องเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ มักจะมีความรุนแรงของอาการปวด มากกว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกภายในช่องท้อง เนื่องจากความเป็นกรดในกระเพาะอาหารสามารถทำให้เกิดการอักเสบต่อเยื่อช่องท้องได้เร็วและรุนแรงกว่าเลือด ความปวดที่เกิดจากการอักเสบของเยื่อช่องท้องเป็นอาการปวดตื้อ (dull pain) ที่มีกรุนแรงขึ้นเมื่อมีการขยับตัว ไอหรือจาม หรือแม้แต่การหายใจเข้าออกแรง ๆ เนื่องจากกิริยาเหล่านี้ทำให้เกิดการยึดตัวของเยื่อช่องท้อง ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักพบการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง (tonic reflex spasm หรือ muscle guarding) แถวบริเวณที่มีการอักเสบร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายในการป้องกันตำแหน่งที่มีการอักเสบจากการกระทบกระเทือนเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามการไม่พบการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่สามารถใช้ตัดสาเหตุโรคที่อันตราย เช่น กระเพาะอาหารทะลุ หรือไส้ติ่งอักเสบ ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยวิกฤติ หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต^{6,7}

นอกจากการอักเสบของเยื่อช่องท้องแล้ว การอุดตันของทางเดินอาหาร (obstruction of hollow viscera) เป็นอีกกลไกหนึ่งของความปวดภายในช่องท้อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการปวดบิดที่กำเริบเป็นพัก ๆ (intermittent, colicky pain) หรืออาจเป็นการปวดเกร็งที่เกิดอย่างคงที่ในกรณีที่มีการอุดตันทำให้เกิดการตกค้างสะสมของกากอาหารจนทางเดินอาหารเกิดการขยายตัว (distention) เนื่องจากเป็นการปวดที่ส่งสัญญาณผ่าน visceral pain จึงอาจระบุตำแหน่งอาการปวดได้ไม่ชัดเจน ในกรณีที่เกิดการอุดตันในลำไส้เล็ก มักมีอาการปวดบริเวณรอบสะดือ (periumbilical region) หรือเหนือสะดือ (supraumbilical region) ในขณะที่การอุดตันในลำไส้ใหญ่ มักมีอาการปวดส่วนใต้สะดือ (infraumbilical region) เมื่อลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ที่อุดตันมีการขยายตัวมากขึ้น อาจมี refer pain ไปที่หลังส่วนล่างได้ การอุดตันในท่อน้ำดี มักมีอาการปวดบิดต่อเนื่อง ไม่เป็นพัก ๆ ตำแหน่งที่ปวดคือ right upper quadrant ของช่องท้องและมี radiation ไปที่ right posterior region ของทรวงอกตรงส่วนปลายของ right scapula แต่ก็อาจพบการปวดตำแหน่ง epigastric region ก็ได้^{6,7}

อาการปวดจากการขาดเลือด (vascular disturbance) เช่น การอุดตันในหลอดเลือด superior mesenteric artery หรือการฉีกขาดของ abdominal aortic aneurysm เป็นภาวะฉุกเฉินรุนแรงที่ต้องการการรักษาโดยเร่งด่วน อย่างไรก็ตามอาการปวดท้องจากการขาดเลือดอาจมีอาการหลากหลาย ตั้งแต่ปวดท้องเล็กน้อย

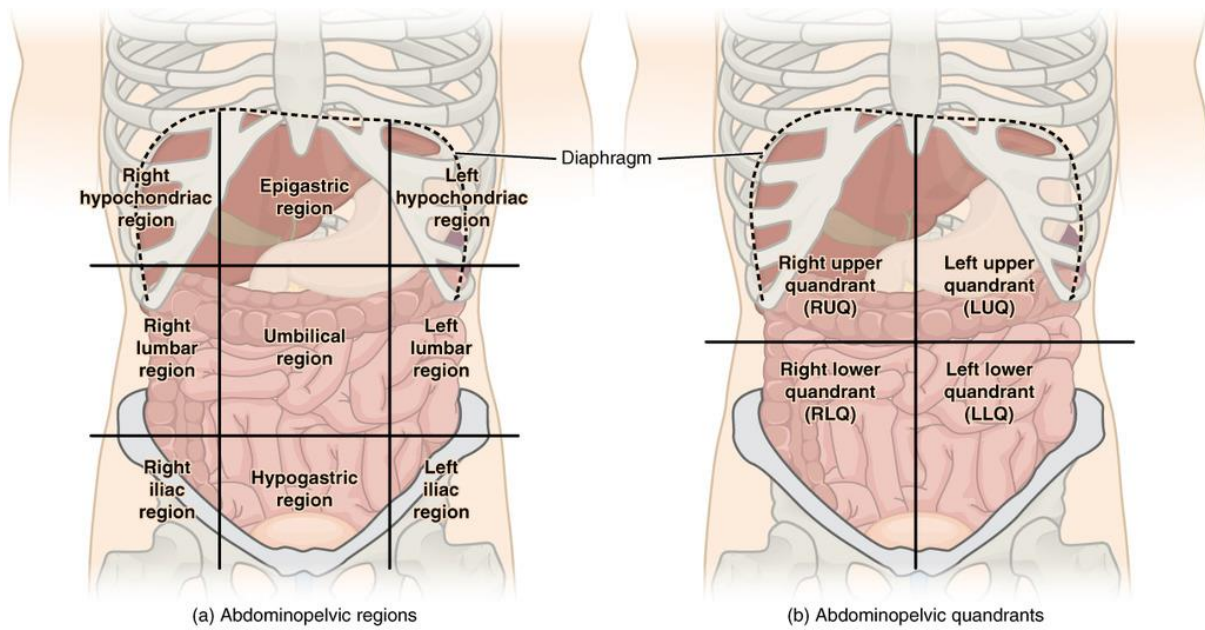
ปวดเกร็งท้องเป็น ๆ หาย ๆ ไปจนถึงปวดท้องรุนแรงหรือปวดท้องต่อเนื่อง ส่วนใหญ่แล้วมักมี radiation ไปที่ก้นกบ เอว หรือหัวไหล่⁷

นอกจากสาเหตุของความปวดภายในช่องท้องแล้ว การอักเสบของกล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ก็สามารถทำให้เกิดอาการปวดท้องได้ โดยส่วนใหญ่มักเป็นอาการปวดเจ็บซึ่งเป็นมากขึ้นหากมีการกดหรือขยับร่างกาย ส่วนนั้น ผู้ป่วยมักบอกตำแหน่งของอาการปวดได้ชัดเจน เนื่องจากเป็น somatic pain⁸

อาการปวดท้องจึงเป็นอาการที่เกิดได้จากหลายสาเหตุโดยบางสาเหตุมีความรุนแรงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษโดยเภสัชกรชุมชนควรส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปยังโรงพยาบาลโดยเร็ว เช่น ผู้ป่วยที่ปวดท้องเนื่องจากไส้ติ่งอักเสบ หรือผู้ป่วยมีอาการปวดจากการอักเสบของอวัยวะอื่น ๆ นอกกระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจมี refer pain มาที่ส่วนท้องได้ เช่น ในผู้ที่มีความผิดปกติของปอดและระบบหายใจ (เช่น ปอดขาดเลือด ปอดอักเสบ) ความผิดปกติของหัวใจ (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ) ความผิดปกติของระบบปัสสาวะและสืบพันธุ์ (เช่น ภาวะมดลูกอักเสบ ต่อมลูกหมากอักเสบ การอุดตันของกระเพาะปัสสาวะ กรวยไตอักเสบ)^{8,9}

ตำแหน่งของอาการปวด (region) เป็นข้อมูลตั้งต้นสำคัญในการประเมินสาเหตุของอาการปวดท้อง โดยส่วนใหญ่นิยมการแบ่งช่องท้องออกเป็น 4 ส่วน (quadrant) โดยสมมุติเส้นแนวตั้งและเส้นแนวนอนตัดผ่านสะดือ ส่วนเหนือเส้นสะดือคือ right upper quadrant (RUQ) และ left upper quadrant (LUQ) ส่วนล่างเส้นสะดือ คือ right lower quadrant (RLQ) และ left lower quadrant (LLQ) สำหรับส่วนกลางของลำตัว นิยมระบุเป็น epigastric, umbilical และ suprapubic สำหรับลำตัวส่วนลิ้นปี่ รอบสะดือ และ หัวไหล่ ตามลำดับ ดังรูปที่ 1 สาเหตุของอาการปวดท้องตำแหน่งต่าง ๆ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 2

เมื่อทราบตำแหน่งของอาการปวดท้องซึ่งช่วยในการสร้างกรอบการวินิจฉัย (diagnostic frame) และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แล้ว เภสัชกรชุมชนอาจทำการประเมินร่างกายผู้ป่วยร่วมด้วย ดังตารางที่ 3 และ 4 เพื่อช่วยให้การประเมินสาเหตุของอาการปวดมีความแม่นยำและตัดสินใจให้การรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยได้ทันที่



รูปที่ 1: การแบ่งช่องท้องในการตรวจร่างกาย

(a) การแบ่งออกเป็น 9 ส่วน (abdominopelvic region) และ

(b) การแบ่งออกเป็น 4 ส่วน (abdominopelvic quadrants)

ที่มา: <https://www.boundless.com/physiology/textbooks/boundless-anatomy-and-physiology-textbook/introduction-to-anatomy-and-physiology-1/mapping-the-body-33/abdominopelvic-regions-292-2037/>

ตารางที่ 2 สาเหตุของอาการปวดท้องตามตำแหน่งต่าง ๆ ของช่องท้อง⁶⁻⁹

Left Upper Quadrant (LUQ)	Right Upper Quadrant (RUQ)
<ul style="list-style-type: none"> ● Splenic infarction ● Splenic rupture ● Splenic abscess ● Gastritis ● Gastric ulcer ● Pancreatitis ● Subdiaphragmatic abscess 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cholecystitis ● Cholangitis ● Pancreatitis ● Pneumonia ● Pleurodynia ● Subdiaphragmatic abscess ● Hepatitis ● Budd-Chiari syndrome
Epigastric	Umbilical
<ul style="list-style-type: none"> ● Peptic ulcer disease ● Gastritis ● Gastroesophageal reflux disease ● Pancreatitis ● Myocardial infarction ● Pericarditis ● Ruptured aortic aneurysm ● Esophagitis 	<ul style="list-style-type: none"> ● Early appendicitis ● Gastroenteritis ● Bowel obstruction ● Ruptured aortic aneurysm
Left Lower Quadrant (LLQ)	Right Lower Quadrant (RLQ)
<ul style="list-style-type: none"> ● Diverticulitis ● Inguinal hernia ● Ectopic pregnancy ● Nephrolithiasis ● Inflammatory bowel disease 	<ul style="list-style-type: none"> ● Appendicitis ● Inguinal hernia ● Ectopic pregnancy ● Nephrolithiasis ● Inflammatory bowel disease ● Mesenteric lymphadenitis
Diffuse Non-localized Pain	
<ul style="list-style-type: none"> ● Gastroenteritis ● Bowel obstruction ● Peritonitis 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mesenteric ischemia ● Irritable bowel syndrome ● Systemic or psychiatric diseases

ตารางที่ 3 สาเหตุโรคที่พบบ่อยในอาการปวดท้อง⁶⁻⁹

โรค	Quality & Quantity	Aggravating & Alleviating factor	Location	Temporal factors	Associated symptoms
Indigestion/ dyspepsia	ปวดแสบร้อน ไม่สบายท้อง อาหารไม่ย่อย อาการรุนแรงหลากหลาย	อาหาร NSAIDs steroids แอลกอฮอล์และยาบางชนิด ทำให้อาการแย่ลง ยาลดกรด หรือprokinetics ช่วยทุเลาอาการ	Epigastric	ทันทีหลังรับประทานอาหารที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร	แน่นท้อง ท้องอืด มีลมในท้อง จุกเสียด
Gastritis/ gastric ulcer	อาการเช่นเดียวกับ indigestion/ dyspepsia	อาหาร NSAIDs steroids แอลกอฮอล์และยาบางชนิด ทำให้อาการแย่ลง ยาลดกรดช่วยทุเลาอาการ	Epigastric	ทันทีหลังรับประทานอาหารที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร	หากมีเลือดออก อาจพบถ่ายดำ อาเจียนเป็นน้ำกาแฟ หรือ อาเจียนเป็นเลือด
Duodenal ulcer	อาการเช่นเดียวกับ indigestion/ dyspepsia	อาหารอาจทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง ยาลดกรดช่วยทุเลาอาการ	Epigastric	1-2 ชั่วโมง หลังอาหาร หรือ กลางคืน	อาการเช่นเดียวกับ gastric ulcer
Esophagitis/ Gastroesophageal reflux disease	ปวดแสบร้อน อาการรุนแรงหลากหลาย	อาหารมัน รสจัด หรือชา กาแฟทำให้อาการรุนแรงขึ้น ยาลดกรดช่วยทุเลาอาการ	Epigastric	ภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังอาหาร หรือเมื่อนอนราบ	เรอลม เรอเปรี้ยว ขย้อนกรด แน่นหน้าอก ไอหรือเสียงแหบเรื้อรัง
Cholecystitis/ Gallbladder disease	ปวดเจ็บ ปวดบิด ปวดเกร็ง อาการรุนแรงหลากหลาย	อาหารมัน	RUQ ซึ่ง radiation ไปที่หลังส่วนบน ด้านขวาและไหล่	3-4 ชั่วโมง หลังอาหาร	ปวดหลัง ผล Murphy sign* เป็นบวม อาจมีไข้หรือดีซ่าน
Intestinal/ colon obstruction	ปวดเจ็บ ปวดบิด เป็นพัก ๆ ปวดเกร็ง อาการรุนแรง	สูงอายุ มีประวัติผ่าตัดช่องท้อง หรือท้องผูกรุนแรง เป็นปัจจัยส่งเสริม อาการทุเลาหลังอาเจียนหรือท้องเสีย	RLQ หรือ LLQ	เกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป	คลื่นไส้/อาเจียน คลื่นพังก่อนในลำไส้ หน้าท้องขยาย

*Murphy sign ประเมินโดยให้ผู้ป่วยหายใจออก พร้อมกับที่ผู้ตรวจวางมือลงบนขอบล่างของซี่โครงด้านขวาของเส้นกลางตัวและค่อย ๆ เพิ่มแรงกดเบา ๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้า หากพบว่าผู้ป่วยต้องหยุดหายใจเข้าเพราะรู้สึกเจ็บ ถือว่าผลตรวจเป็นบวก

ตารางที่ 4: Modified Alvarado Score ในการประเมินความเสี่ยงของภาวะไส้ติ่งอักเสบ^{10,11}

ที่มาของข้อมูล	ข้อมูล	คะแนน
การสัมภาษณ์	อาการปวดท้องที่เริ่มจากรอบสะดือและเปลี่ยนมาเป็นบริเวณ RLQ	1
	คลื่นไส้/อาเจียน	1
	เบื่ออาหาร	1
การประเมินร่างกาย	กดเจ็บใกล้บริเวณ McBurney's point (จุดที่อยู่ระหว่าง right anterior superior iliac spine กับสะดือ โดยห่างจากสะดือเป็นระยะ 2/3)	2
	Rebound tenderness (กดเบา ๆ ในตำแหน่ง RLQ เป็นเวลา 10-15 นาที จากนั้นยกมือขึ้นอย่างรวดเร็ว แล้วพบว่ามีอาการปวดมากขึ้น [Blumberg sign เป็นบวก] หรือแจ้งให้ผู้ป่วยกระแอมไอแล้วสังเกตสีหน้าที่แสดงความเจ็บหรือการขยับมือไปยังตำแหน่ง RLQ [cough test เป็นบวก] หรือให้ผู้ป่วยเขย่งเท้า จากนั้นทิ้งน้ำหนักตัวลงที่ส้นเท้าโดยเร็วแล้วสังเกตสีหน้าที่แสดงความเจ็บ [Markle หรือ heel drop test เป็นบวก])	1
	มีไข้ 37.3 องศาเซลเซียสขึ้นไป	1
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	มีเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 10,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร (leukocytosis)
การแปลผล	คะแนน 7-9 คะแนน มีความเสี่ยงสูง	
	คะแนน 5-6 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง	
	คะแนน 0-4 คะแนน มีความเสี่ยงน้อย	

คลื่นไส้ อาเจียน (nausea / vomiting)

คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยในรายนยา แม้ว่าส่วนใหญ่สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องการการรักษาเฉพาะ แต่มักสร้างความวิตกกังวลหรือรบกวนจิตใจผู้ป่วย นอกจากนี้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเป็นอาการของโรคหรือความผิดปกติรุนแรงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ได้หลายระบบ การประเมินสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนจึงต้องอาศัยการสัมภาษณ์ประวัติอย่างละเอียดร่วมกับการประเมินร่างกายผู้ป่วยเพื่อหาอาการร่วมที่จะช่วยให้การแยกสาเหตุของโรคเป็นไปอย่างแม่นยำมากยิ่งขึ้น สาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่พบบ่อยในทางปฏิบัติ มีรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการที่พบร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน	โรคหรือความผิดปกติ
ไข้	ติดเชื้อในทางเดินอาหาร (gastroenteritis) ติดเชื้อในช่องท้อง ไซติ่งอักเสบ pelvic inflammatory disease (PID) ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
อาเจียนเป็นเลือด หรือเป็นน้ำกาแฟ	เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน
ท้องผูก	ไซติ่งอักเสบ หรือลำไส้อุดตัน
ท้องเสีย	ติดเชื้อในทางเดินอาหาร
ปัสสาวะแสบขัด หรือตกขาว	pelvic inflammatory disease (PID) หรือติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
ขาดประจำเดือน	ตั้งครรภ์
ปวดศีรษะ	ไมเกรน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง หรือศีรษะกระทบกระเทือน
ปวดท้อง	ติดเชื้อในทางเดินอาหาร ไซติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน cholecystitis PID
ปวดแน่นอก	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคและสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่พบบ่อยและเภสัชกรชุมชนควรคำนึงถึง มีรายละเอียดดังตารางที่ 6 โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยทั่วไป คือ การติดเชื้อในทางเดินอาหาร (gastroenteritis) ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย โดยเชื้อไวรัสที่พบบ่อย ได้แก่ rotavirus, norovirus และ adenovirus ในขณะที่แบคทีเรียที่พบบ่อย คือ *Staphylococci*, *Campylobacter*, *E.coli*, *Shigella* และ *Salmonella* โดยอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร มักเริ่มพบได้ภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังได้รับเชื้อไปจนถึงเป็นเวลาหลายชั่วโมง และทุเลาลงภายใน 24-48 ชั่วโมง ซึ่งนอกจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนแล้ว ผู้ป่วยจะมีถ่ายเหลว ไข้ อ่อนเพลีย หรือ

ปวดบิดในท้องร่วมด้วย ดังนั้นหากพบว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนคงอยู่นานกว่า 48 ชั่วโมง อาจเป็นสัญญาณเตือนถึงภาวะร้ายแรงอื่น ๆ¹²⁻¹⁴

อาการคลื่นไส้อาเจียนจากยา (drug-induced nausea/vomiting: DINV) เป็นอีกสาเหตุที่พบได้ในร้านยา โดยอาจเกิดจากการระคายเคืองเนื้อเยื่อทางเดินอาหารโดยตรง เช่น metformin ยาในกลุ่ม tetracyclines, corticosteroids หรือ NSAIDs หรือเป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่กระตุ้นการรับรู้และสั่งการของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้อาเจียน คือ chemoreceptor trigger zone (CTZ) ในสมอง และ motilin receptor ในทางเดินอาหาร เช่น ยาในกลุ่ม macrolides opioids หรือเป็นผลจากทั้งสองทางร่วมกัน เช่น ยาเคมีบำบัด DINV มักเกิดขึ้นไม่นานหลังจากการได้รับยา โดยถ้าเป็นยาที่ระคายเคืองทางเดินอาหารโดยตรงมักบรรเทาอาการหากรับประทานยาพร้อมหรือหลังอาหารทันที หรือเมื่อยาเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปแล้ว ในขณะที่ยาซึ่งกระตุ้นอาการคลื่นไส้อาเจียนจากกลไกทางเภสัชวิทยา มักต้องรอให้ระดับยาในเลือดลดลงระดับหนึ่งก่อน อาการคลื่นไส้อาเจียนจึงดีขึ้น ในกรณีจำเป็นสามารถให้ยาด้านอาเจียน เช่น domperidone หรือ metoclopramide¹⁵⁻¹⁷

อาการเมารถ (motion sickness) อาจพบได้ในผู้ที่มีประวัติใช้ยานพาหนะแล้วเกิดอาการวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้อาเจียน โดยกลไกเกิดการกระตุ้น vestibular apparatus ของหูชั้นใน การใช้ยาป้องกันอาการเมารถ เช่น diphenhydramine dimenhydrinate หรือ scopolamine อาจช่วยหลีกเลี่ยงการเกิด motion sickness ได้¹⁸

อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดในสตรีมีครรภ์ (morning sickness) พบได้ประมาณร้อยละ 70-80 ของสตรีมีครรภ์ทั้งหมด โดยจะพบมากที่สุดไตรมาสแรกของครรภ์ และมักมีอาการชัดเจนในช่วงเช้า ซึ่งทุเลาลงในช่วงบ่าย กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะ human chorionic gonadotropin (hCG) และ estrogen ในสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่สามารถพบอาการนี้ได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก ๆ ของการตั้งครรภ์และรุนแรงหนักขึ้นจนถึงสัปดาห์ที่ 10-16 จากนั้นมักทุเลาลงและอาจหายไปในช่วงสัปดาห์ที่ 20 โดยประมาณ ในสตรีมีครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง (hyperemesis gravidarum) หรืออาเจียนตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน ขึ้นไป ควรได้รับการส่งต่อ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการขาดสารอาหารหรือมีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งย่อมส่งผลต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์¹⁹

ตารางที่ 6 สาเหตุที่พบบ่อยในอาการอาเจียน^{15,17-19}

โรค	Gastroenteritis	Medication	Motion sickness	Pregnancy
ระยะเวลา	6-48 ชั่วโมงหลังได้รับ	30 นาที-2 ชั่วโมง	นาที-ชั่วโมง ขึ้นกับ	หลังตื่นนอนและช่วงเช้าของ
การเกิด	เชื้อก่อโรค ซึ่งทุเลาลง	หลังรับประทานยา	ลักษณะของการเดินทาง	วัน เริ่มมีอาการตั้งแต่สัปดาห์
อาการ	ภายใน 24-48 ชั่วโมง	ซึ่งทุเลาลงภายใน 3 ชั่วโมงหรือเมื่อระดับยาในเลือดลดลง		แรก ๆ ของการตั้งครรภ์ รุนแรงมากที่สุดในช่วงสัปดาห์ที่ 10-16 และดีขึ้นหลังสัปดาห์ที่ 20
ความรุนแรง	หลากหลาย	หลากหลาย	หลากหลาย	ปริมาณอาเจียนแต่ละครั้งไม่มาก และทุเลาลงในช่วงบ่ายของวัน
อาการร่วม	ท้องเสีย ปวดบิดในท้อง อ่อนเพลีย มีไข้ ปวดเมื่อยเนื้อตัว	-	วิงเวียนศีรษะ	ตั้งครรภ์ได้ไม่นาน น้ำหนักเพิ่ม อยากรอาหาร หน้าท้องขยาย ผลตรวจครรภ์เป็นบวก
ประวัติ	มีประวัติรับประทาน	มีประวัติใช้ยาที่มี	อาการเกิดขณะเดินทาง	การรับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ หลังตื่นนอน เช่น ขนมปัง
ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัย	อาหารที่มีโอกาสปนเปื้อนหรือบูดเสีย มี	รายงานการเกิดภาวะคลื่นไส้/	หรือเมื่อเดินทางเสร็จสิ้นไม่นาน อาการมักมีดีขึ้น	อบแห้ง อาจช่วยบรรเทา
บรรเทา	ประวัติคนใกล้ชิดที่มีอาการเช่นเดียวกัน	อาเจียน	หรือป้องกันได้โดยใช้ยาป้องกันอาการเมารถ	อาการได้

ท้องเสียและท้องผูก (diarrhea and constipation)

ท้องเสียและท้องผูกเป็นอาการผิดปกติของการขับถ่ายที่พบเป็นปกติในประชากรทั่วไป และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในร้านยา แม้ว่าท้องเสียและท้องผูกจะเป็นอาการที่เข้าใจได้ง่ายในมุมมองของผู้ป่วย แต่ก็อาจมีความสับสนหรือเข้าใจไม่ตรงกันกับบุคลากรการแพทย์ได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไม่ได้ขับถ่ายมาแล้วหนึ่งวัน แต่ไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าตนมีอาการท้องผูกเกิดขึ้นและต้องการใช้ยา ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว อาการเช่นนี้อาจเป็นภาวะปกติที่ไม่จัดว่าเป็นอาการท้องผูกและไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาระบายแต่อย่างใด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการท้องเสียหรือท้องผูก เกสซิกกรชุมชนจึงควรสัมภาษณ์ให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยหมายถึงอาการเช่นไร และปรับแก้ความเข้าใจของผู้ป่วยให้ตรงกันเสียก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

ท้องเสีย

ท้องเสีย หมายถึงภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมงถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด (dysentery) อย่างน้อย 1 ครั้ง อาการท้องเสียสามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการได้เป็น ท้องเสียเฉียบพลัน (acute diarrhea) ซึ่งหายภายใน 14 วัน ท้องเสียต่อเนื่อง (persistent diarrhea) ซึ่งมีอาการท้องเสีย นานกว่า 14 วัน แต่ไม่เกิน 30 วัน และท้องเสียเรื้อรัง (chronic diarrhea) ซึ่งมีอาการยาวนานกว่า 30 วัน การเกิดท้องเสียเฉียบพลันและท้องเสียเรื้อรังมีพยาธิกำเนิดที่แตกต่างกัน การแบ่งระยะเวลาการเกิดท้องเสีย จึงเป็นประโยชน์อย่างมากในการประเมินสาเหตุและพิจารณาเลือกการรักษา^{13,20}

สาเหตุของอาการท้องเสียเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส เช่น norovirus และ rotavirus ในทางเดินอาหาร (viral gastroenteritis) การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Camphylobacter jejuni* และ *Clostridium difficile* การติดเชื้อโปรโตซัว เช่น *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* และ *Cryptosporidium* อาการทางคลินิกในผู้ที่มีอาการท้องเสียเฉียบพลันจากการติดเชื้อ มีรายละเอียดดังตารางที่ 7 สำหรับสาเหตุของท้องเสียเฉียบพลันที่ไม่ใช่การติดเชื้อ ได้แก่ การระคายเคืองหรือการกระตุ้นจากอาหารบางชนิด เช่น อาหารรสจัด อาหารที่มีฤทธิ์กระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร หรือสมุนไพรที่มีสรรพคุณเป็นยาระบาย หรืออาจเกิดจากยา เช่น metformin, alpha-glucosidase inhibitors ยาลดกรดที่มีเกลือ magnesium เป็นส่วนประกอบ ยารักษา Alzheimer's disease และ ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง อาการท้องเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหารบุดเสีย (food poisoning) อาจเกิดจาก preformed toxin ของเชื้อ

แบคทีเรีย เช่น *Staphylococcus aureus* หรือ *Clostridium botulinum* หรือเชื้อราบางชนิด ซึ่งไม่จัดว่าเป็นการติดเชื้อ^{13,20,21}

ตารางที่ 7 อาการทางคลินิกในผู้ที่มีอาการท้องเสียเฉียบพลันจากการติดเชื้อ^{13,20-22}

อาการทางคลินิก	Viral gastroenteritis	Bacterial diarrhea	Parasitic diarrhea
ลักษณะอุจจาระ	เหลวเป็นน้ำ (watery)	เหลวเป็นน้ำ (watery) หรือ เป็นมูก หรือมูกปนเลือด (mucoïd or bloody)	เป็นมูก หรือมูกปนเลือด (mucoïd or bloody) กลิ่น อุจจาระเหม็นคล้ายหัวกุ้งเน่า
ปริมาณอุจจาระ	ปานกลาง-มาก	มาก	ปกติ-ปานกลาง
ระยะเวลาการเกิดอาการ	6-48 ชั่วโมง หลังได้รับเชื้อ ทุเลาลงใน 24-48 ชั่วโมง	6-48 ชั่วโมง หลังได้รับเชื้อ ทุเลาลงใน 3-7 วัน	หลายวัน-สัปดาห์ อาจทุเลาลงใน 1-2 สัปดาห์
อาการร่วม	ไข้ อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเกร็งท้อง อาจมีอาการคล้ายหวัดอื่น ๆ ร่วมด้วย	ไข้ ปวดเกร็งท้อง	ปวดเกร็งท้อง ปวดเบ่งคล้ายอุจจาระไม่สุด

สาเหตุของอาการท้องเสียเรื้อรังมักเกิดจากความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease: IBD) โรคลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome: IBS) ความผิดปกติของการย่อยสารอาหาร (lactose intolerance) หรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น เบาหวาน (diabetic gastroparesis) ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเพิ่มขึ้น (hyperthyroidism) ความผิดปกติของแร่ธาตุบางชนิด และการติดเชื้อ HIV ซึ่งเภสัชกรชุมชนควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยก่อนให้การรักษา

นอกจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว อาการท้องเสียยังอาจบ่งชี้ถึงภาวะฉุกเฉินอันตรายอื่น ๆ ได้ด้วย เช่น ภาวะลำไส้อุดตันในระยะต้น หรือในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องรุนแรง มีไข้ หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการถ่ายเหลว ดังกล่าวไปแล้วในหัวข้อ “อาการปวดท้อง”

ท้องเสียเฉียบพลันส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียน้ำและเสียสมดุลแร่ธาตุโดยเฉพาะในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษ ดังนั้นนอกจากการประเมินเพื่อระบุสาเหตุของอาการท้องเสียเฉียบพลันแล้ว เภสัชกรชุมชนควรประเมินความรุนแรงของการสูญเสียน้ำควบคู่ไปด้วย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การรักษาหรือส่งต่ออย่างทันที่ รายละเอียดดังตารางที่ 8¹³

ตารางที่ 8 ระดับความรุนแรงของการสูญเสียน้ำ¹³

	รุนแรงน้อย	รุนแรงปานกลาง	รุนแรงมาก
อาการทั่วไป	ตื่นตัว สติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ อ่อนเพลีย เล็กน้อย	อ่อนแรง อ่อนเพลีย เชื่องซึม	อ่อนเพลียมาก สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง
การทำกิจวัตรประจำวัน	สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ ตามปกติ	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีข้อจำกัดเล็กน้อย	ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ ไม่มีแรงแม้แต่ การยืนหรือเดิน ต้องนอน พัก
ความกระหาย	ปกติ	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นอย่างมาก
อัตราการเต้นของหัวใจ	ปกติ	หัวใจเต้นเร็ว	หัวใจเต้นเร็ว
ความดันโลหิต	ปกติ	ปกติ หรือลดลงประมาณ 10- 20 มิลลิเมตรปรอท (ค่าบน)	ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตร ปรอท (ค่าบน)
ภาวะความดันตกขณะเปลี่ยน ท่า (postural hypotension)	ไม่พบ	อาจพบ	พบ
เยื่อปาก	ปกติ	ริมฝีปาก และ น้ำลายแห้ง เล็กน้อย	ริมฝีปาก และ น้ำลายแห้ง มาก
ความตึงตัวของผิวหนัง (skin turgor)	ดี	พอสมควร	เสียความตึงตัวของผิวหนัง
เบ้าตา	ปกติ	ลึก ขึ้น เล็ก น้อย (sunken eyeballs)	ลึก ขึ้น ชัด เจน (sunken eyeballs)

ท้องผูก

ท้องผูก คือภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีความยากลำบากในการขับถ่ายทุก ๆ 1 ใน 4 ครั้งของการถ่าย ได้แก่ ผู้ป่วยต้องออกแรงเบ่งหรือใช้นิ้วมือช่วยจึงจะถ่ายได้ อุจจาระมีลักษณะแข็งถ่ายได้ยาก มีความรู้สึกถ่ายไม่สุดหรือคล้ายมีการอุดตันที่ปากทวารหนัก ซึ่งความหมายของอาการท้องผูกในมุมมองของผู้ป่วย อาจแตกต่างกันออกไป เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าการถ่ายอุจจาระควรเกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน การไม่ถ่ายอุจจาระทุกวันอาจเกิดการสะสมของสารพิษในร่างกาย ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การขับถ่ายอุจจาระ วันเว้นวัน หรือแม้แต่วันเว้นสองวัน ก็อาจจะถือว่าปกติ หากไม่มีอาการรบกวนใด ๆ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการท้องผูก เกสซึกฯ ควรชวนถึงควรสอบถามให้ชัดเจนว่าหมายถึงอาการเช่นใด ความถี่ในการถ่ายเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงไปจากปกติของผู้ป่วยหรือไม่ และมีอาการรบกวนร่วมด้วยหรือไม่ ก่อนที่จะทำการประเมินในลำดับต่อไป ²³

กลไกการขับถ่ายโดยปกติเกิดขึ้นเมื่อกากอาหารเคลื่อนผ่านลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเข้าสู่ไส้ตรง (rectum) จะเกิดการการยียดตัวของผนังไส้ตรง และกระตุ้นให้เกิดบีบรัดตัวของไส้ตรงร่วมกับการคลายตัวของ internal anal sphincter มวลอุจจาระจะเคลื่อนตัวเข้าสู่ช่องทวารหนัก (anal canal) ทำให้เกิดความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ หากพร้อมถ่ายอุจจาระ เมื่ออยู่ในท่านั่งยอง ช่องทวารหนักจะอยู่ในแนวตั้ง พร้อมกับ external anal sphincter คลายตัว เมื่อผู้ป่วยออกแรงเบ่ง (Valsalva maneuver) ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น ก็จะเกิดการขับถ่ายอุจจาระออกมา แต่ถ้ายังไม่พร้อมขับถ่ายหรือต้องการกลั้นอุจจาระไว้ ร่างกายสามารถควบคุมได้โดยการหดตัวของ external anal sphincter และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออื่น 24

อาการท้องผูกมีสาเหตุที่หลากหลาย หากเกิดในเด็กหรือวัยกลางคน มักเป็นสาเหตุจากอาหารและพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่แก้ไขได้และมีอันตรายไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการใช้ยา หรือโรคประจำตัวบางอย่าง รายละเอียดดังตารางที่ 9 แต่หากพบอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ของภาวะอันตราย เช่น ลำไส้อุดตัน การอักเสบของเยื่อช่องท้อง หรือมะเร็งของทางเดินอาหาร ซึ่งควรได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจประเมินอย่างละเอียดต่อไป

ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่เภสัชกรชุมชนควรคำนึงถึงคืออาการร่วมที่จัดเป็น “สัญญาณอันตราย” หรือ “red flag” ยกตัวอย่างเช่น อาการปวดท้องรุนแรง อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดบิดหรือปวดเกร็งที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ลักษณะหรือปริมาณอุจจาระเปลี่ยนแปลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มีเลือดออกปนกับอุจจาระ ปวดทวารหนัก หรือมีไข้ ซึ่งอาการร่วมเหล่านี้ อาจบ่งชี้ถึงสาเหตุอันตรายของอาการท้องผูกและต้องการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งเภสัชกรชุมชนควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 24

ตารางที่ 9 สาเหตุของอาการท้องผูก²⁴

สาเหตุของอาการท้องผูก	ตัวอย่าง
ความผิดปกติในการทำงานของลำไส้ (functional causes)	<ul style="list-style-type: none"> ● โภชนาการไม่เหมาะสม (ได้รับกากใยอาหารไม่เพียงพอ) ● การเคลื่อนไหวลำไส้ตัวจำกัด ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยนอนติดเตียง ● การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลง (slow transit time, IBS)
ความผิดปกติเชิงโครงสร้าง (structural abnormalities)	<ul style="list-style-type: none"> ● ความผิดปกติของทวารหนัก (แผลปริขอบปากทวารหนัก [anal fissures], ริดสีดวงทวาร) ● การอุดตัน ตีบหรือหดรัดของลำไส้ (diverticulosis, ภาวะลำไส้ขาดเลือด, แผลเป็นจากการผ่าตัดหรือการฉายแสง, เนื้องอก, megacolon)
ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ	<ul style="list-style-type: none"> ● เบาหวาน ● ฮอร์โมนต่อมพาราไทรอยด์สูงผิดปกติ ● ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำผิดปกติ ● ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ● ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ● ตั้งครรภ์
ความผิดปกติของระบบประสาท กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	<ul style="list-style-type: none"> ● อัมพาต ● Multiple sclerosis ● Parkinson's disease ● Hirschprung's disease ● Spinal cord dysfunction ● Amyloidosis ● Scleroderma
ความผิดปกติทางจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> ● วิตกกังวล ● ซึมเศร้า ● Somatization
ยา	<ul style="list-style-type: none"> ● ยาลดกรดที่มี aluminum หรือ calcium เป็นส่วนประกอบ ● ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น ยาด้านฮีสตามีน ยาด้านซิมเซร่า ยารักษาจิตเภท ● ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม calcium channel blockers, clonidine, ยาขับปัสสาวะ ● Cholestyramine ● Levodopa ● Opioids ● NSAIDs

สรุป

ระบบทางเดินอาหารเป็นระบบอวัยวะสำคัญของร่างกาย นอกจากนี้มีหน้าที่ในการแปรสภาพอาหารให้อยู่ในรูปที่ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ได้ ยังมีหน้าที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันและสมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และ ท้องผูก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในร้านยา ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นอาการของโรคที่ไม่ร้ายแรง หรืออาจเป็นอาการของโรคร้ายแรงหรือภาวะฉุกเฉินก็เป็นได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เกสัชกรชุมชนจึงควรสัมภาษณ์อาการและประเมินร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เช่น การใช้หลัก QALT ในการสัมภาษณ์อาการ การระบุตำแหน่งของอาการปวดตามระบบ abdominopelvic regions และ abdominopelvic quadrants ควบคู่ไปกับการรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์สาเหตุของอาการผิดปกตินั้น ๆ นอกจากนี้เกสัชกรชุมชนควรพยายามวิเคราะห์หา “สัญญาณอันตราย” หรือ “red flags” โดยอาจเป็นอาการทั่ว ๆ ไป เช่น น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ซีด เริ่มเกิดอาการครั้งแรกเมื่ออายุเยอะ มีอาการเสียน้ำรุนแรงในผู้ที่ท้องเสีย หรือมีไข้ในผู้ที่ท้องผูก หรืออาจเป็นอาการที่จำเพาะกับส่วนของระบบทางเดินอาหาร เช่น กลืนลำบาก/ กลืนเจ็บ ในผู้ที่มีอาการปวดบริเวณ epigastric หรือปวดท้องส่วน RUQ ที่เป็นมากขึ้นขณะหายใจเข้า หรือปวดท้องรุนแรงที่พบการเกร็งตัวของหน้าท้อง (muscle guarding) และ rebound tenderness หรือถ่ายเหลวเป็นมูกปนเลือด ซึ่งอาการเหล่านี้บ่งชี้ถึงสาเหตุร้ายแรงหรือภาวะฉุกเฉินที่ควรส่งต่อผู้ป่วยจากร้านยาไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป ความผิดปกติของทางเดินอาหารหลายโรคมีอาการและอาการแสดงที่ใกล้เคียงทับซ้อนกัน อย่างไรก็ตามหากเกสัชกรชุมชนสามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิกำเนิดของโรค ก็จะสามารถให้การบริหารแก่ผู้ป่วยในร้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

บรรณานุกรม

- Camilleri M, Murray J. Diarrhea and constipation. In: Longo D, Fauci A, eds. Harrison's gastroenterology and hepatology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2013: 41-56.
- Hasler W. Nausea, vomiting, and indigestion. In: Longo D, Fauci A, eds. Harrison's gastroenterology and hepatology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2013: 32-40.
- Herrier R, Apgar D, Boyce R, Foster S. Patient assessment in pharmacy. New York: McGraw-Hill; 2015. 115-46.
- Monaghan MS. Gastrointestinal system. In Jones RM, Rospond RM. Patient assessment in pharmacy practice. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 261-85.
- Silen W. Abdominal pain. In: Longo D, Fauci A, eds. Harrison's gastroenterology and hepatology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2013: 2-7.
- กิตติศ ยศสมบัติ. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ถ่ายอินเตอร์, 2558: 5-24.
- พินิจ กุลละวณิชย์. การตรวจทางระบบทางเดินอาหาร. ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ). การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551: 177-93.
- วิทยา ศรีตมา, วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, โสภณ นภาธร, วิวัฒน์ ก่อกิจ, ชัยชน โลว์เจริญกุล, ประวิตร อัครวานนท์. การซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ (symptomatology). ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ). การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551: 44-61.

เอกสารอ้างอิง

1. Mitlyng BL, Ganz RA. Understanding the GERD. Minn Med 2012;95:42-5.
2. Mayer EA, Tillisch K, Gupta A. Gut/brain axis and the microbiota. J Clin Invest 2015;125:926-38.
3. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. World J Gastroenterol 2015;21:9245-52.
4. Finset A. "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. Patient Educ Couns 2012;88:359-63.
5. Tietze KJ. Communication skills for the pharmacist. Clinical skills for pharmacists: a patient-focused approach Missouri: Elsevier; 2012:14-28.
6. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-Based Medicine Approach to Abdominal Pain. Emerg Med Clin North Am 2016;34:165-90.
7. Silen W. Abdominal pain. In: Longo D, Fauci A, eds. Harrison's gastroenterology and hepatology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2013:2-7.
8. McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2011;29:159-73, vii.
9. Cole E, Lynch A, Cugnoni H. Assessment of the patient with acute abdominal pain. Nurs Stand 2006;20:67-75.

10. Kanumba ES, Mabula JB, Rambau P, Chalya PL. Modified Alvarado Scoring System as a diagnostic tool for Acute Appendicitis at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *BMC Surgery* 2011;11:4-.
11. Jalil A, Shah SA, Saaq M, Zubair M, Riaz U, Habib Y. Alvarado scoring system in prediction of acute appendicitis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011;21:753-5.
12. Jones T. Antibiotics usually inappropriate in children with gastroenteritis. *Am Fam Physician* 2012;86:1096.
13. Manatsathit S, Dupont HL, Farthing M, et al. Guideline for the management of acute diarrhea in adults. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17 Suppl:S54-71.
14. Eckardt AJ, Baumgart DC. Viral gastroenteritis in adults. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov* 2011;6:54-63.
15. Dabaghzadeh F, Khalili H, Dashti-Khavidaki S. Ginger for prevention or treatment of drug-induced nausea and vomiting. *Curr Clin Pharmacol* 2014;9:387-94.
16. Hasler W. Nausea, vomiting, and indigestion. In: Longo D, Fauci A, eds. *Harrison's gastroenterology and hepatology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2013:32-40.
17. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clin Interv Aging* 2011;6:243-59.
18. Golding JF, Gresty MA. Pathophysiology and treatment of motion sickness. *Curr Opin Neurol* 2015;28:83-8.
19. Herrell HE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2014;89:965-70.
20. Corinaldesi R, Stanghellini V, Barbara G, Tomassetti P, De Giorgio R. Clinical approach to diarrhea. *Intern Emerg Med* 2012;7 Suppl 3:S255-62.
21. Sweetser S. Evaluating the patient with diarrhea: a case-based approach. *Mayo Clin Proc* 2012;87:596-602.
22. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *Am J Gastroenterol* 2016;111:602-22.
23. Beck DE. Evaluation and Management of Constipation. *The Ochsner Journal* 2008;8:25-31.
24. Arce DA, Ermocilla CA, Costa H. Evaluation of constipation. *Am Fam Physician* 2002;65:2283-90.