

เอกสารประกอบการสอน
กระบวนวิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก 2 (DOS 408482)

เรื่อง

การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้นักศึกษา

1. เข้าใจระบบ วิธีการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปที่ถูกต้อง
2. ทราบและเข้าใจความหมายของศัพท์ต่างๆที่สำคัญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป
3. สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการรักษาทางทันตแพทย์อย่างเหมาะสม

อ.ทพ. อุดมรัตน์ เขมาลีลากุล
ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2550

การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป

การที่ทันตแพทย์หรือแพทย์สาขาอื่นๆ จะให้การรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อสามารถค้นหาข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยให้มากที่สุดเพื่อประกอบการวินิจฉัย และนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง การที่จะได้ข้อมูลต่างๆ อย่างเพียงพอ นั้นประกอบด้วย การปฏิบัติตามขั้นตอนได้แก่

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสี เป็นต้น
(สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จะยังไม่ได้กล่าวไว้ในที่นี้ ขอให้นักศึกษา ศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติมจากหนังสืออื่นๆ ต่อไป)

1. การซักประวัติ

การซักประวัติผู้ป่วย จัดว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการให้การตรวจรักษาผู้ป่วย ข้อมูลต่างๆ ที่ซักถามได้จากผู้ป่วยหรือญาติ (subjective data) จะถูกนำไปประมวลกับข้อมูลที่ได้จาก การตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อไป (objective data) ในทางการแพทย์การซักประวัติมีความสำคัญมากเพราะเป็นบันไดขั้นแรกที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยในขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยได้ถึง 50% สำหรับการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยให้การวินิจฉัยได้ 30% และ 20% ตามลำดับ

ความสำเร็จของการซักประวัติ ขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ที่สำคัญคือ **ตัวซักประวัติ** ต้องมีความรู้และทักษะในการตรวจการพูด มีบุคลิกภาพที่น่าศรัทธา นานับถือ และเห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่รีบร้อนเกินไปใช้เวลาให้เหมาะสม พึงระลึกรู้เสมอว่าผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมีความกังวลใจในความเจ็บป่วย และต้องการความเข้าใจในโรคที่เขาเป็นอยู่ การซักประวัติที่ใช้เวลานานเกินไปในขณะที่ยังผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ห้วน สับสน และผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าไปด้วย **สถานที่ซักประวัติ** ควรเงียบและเป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและกล้าบอกความจริง นอกจากนี้ **ตัวผู้ป่วย** เองก็ต้องเข้าใจให้ความร่วมมือ เชื่อถือ และไว้วางใจผู้ซักประวัติ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่างๆ นั้นมีส่วนที่เกี่ยวข้องโยงใยกันอยู่เสมอ ดังนั้นการฝึกฝนหรือการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้ให้นักศึกษาก่อเกิดความเข้าใจและซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

การซักประวัติควรปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างครบถ้วน แต่เมื่อมีความชำนาญแล้วหรือในกรณีรีบด่วนอาจละเว้นในบางหัวข้อก็ได้ขึ้นกับตัวผู้ให้การรักษาและปัญหาของผู้ป่วย ทั้งนี้การแนะนำตัวเองว่าเป็นใคร และมีจุดประสงค์อะไร เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามก่อนเริ่มซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยแต่ละราย ขั้นตอนที่ยึดถือปฏิบัติกัน โดยทั่วไปได้แก่

1. **ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย (General data, Preliminary data, Data base)** เป็นรายละเอียดทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ที่อยู่ อาชีพ การศึกษา เป็นต้น
2. **อาการสำคัญ (Chief Complaint, C.C.)** เป็นอาการที่เด่นชัดเพียง 1-2 อย่างที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์หรือแพทย์ อย่าใช้ความรู้สึกของตัวเองเป็นตัวตัดสินว่าอะไรเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาการสำคัญมักเป็นลักษณะความเจ็บปวด ความผิดปกติ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยสังเกตเห็น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกอาการที่จำเพาะที่สุด ที่สั้นและได้ใจความ รวมถึงระยะเวลาที่เป็นด้วย
3. **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness, P.I.)** เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่จะต้องอาศัยอาการสำคัญเป็นแนวทางนำในการซักถามรายละเอียดต่อไป เช่น
 - อาการนั้นเริ่มเป็นมาตั้งแต่เมื่อไร เกิดขึ้นทันทีหรือค่อยๆ เป็น และเป็นมา多长时间
 - อาการนั้นมีลักษณะอย่างไร
 - เป็นที่ตำแหน่งใด สัมพันธ์กับอวัยวะใกล้เคียงอื่นหรือไม่
 - อะไรทำให้อาการนั้นดีขึ้นหรือแย่ลง

- มีอาการอื่นร่วมด้วยหรือไม่
- การรักษาและยาที่ได้รับมาก่อนทั้งที่ซื้อเองหรือได้จากหมอ และผลเป็นอย่างไร

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness)** เป็นการซักถามถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเรียงตามลำดับของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจสัมพันธ์หรือสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ก็ได้ อย่างไรก็ตามควรเน้นเกี่ยวกับสิ่งที่เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน โดยข้อมูลที่ได้จากการเจ็บป่วยปัจจุบันจะเป็นตัวบ่งชี้ประวัติในอดีตที่ควรถาม เช่น
 - โรคที่เคยเป็นเรียงลำดับตั้งแต่วัยเด็ก
 - ประวัติอุบัติเหตุ
 - การผ่าตัดและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - การแพ้ยา การได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติครอบครัว (Family History)** เป็นการซักถามถึงประวัติการเจ็บป่วยในหมู่ญาติพี่น้องและบุคคลที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่อาจสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้แก่ โรคทางกรรมพันธุ์ต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโรคหัวใจ โรคเลือด ลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ และประวัติโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น วัณโรค หัด เป็นต้น
 - ประวัติส่วนตัว (Personal History)** ซักถามเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่อยู่อาศัย นิสัยส่วนตัว เช่นการสูบบุหรี่ การทานยา เป็นต้น
 - การทบทวนอาการต่างๆตามระบบอวัยวะ (Review of Systems)** เป็นการถามถึงอาการต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆของร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจภาวะของระบบต่างๆในร่างกายทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อค้นหาอาการผิดปกติที่อาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ นอกจากนั้นยังอาจจะช่วยให้ค้นพบอาการหรือความผิดปกติที่ถูกมองข้ามไป หรือผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ยิ่งไปกว่านั้นบางครั้งทำให้พบสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่สุขภาพของผู้ป่วยต่อไปในอนาคตได้อีกด้วย การถามควรเริ่มจากภาวะสุขภาพทั่วไปก่อน แล้วจึงเริ่มถามจาก ศีรษะ ตา หู จมูก ช่องปาก คอ และระบบอื่นๆ เช่น ระบบการหายใจ ระบบหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบผิวหนัง ฯลฯ
- อย่างไรก็ตามต้องระลึกเสมอว่า การซักประวัติโดยละเอียดนั้นจะกระทำเมื่อมีเวลาพอ ถ้าผู้ป่วยมีอาการหรือปัญหาเร่งด่วน เราอาจถามถึงอาการนำและถามประวัติในปัจจุบันเพียงเล็กน้อยก่อนเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา แล้วค่อยกลับมาสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมภายหลังได้

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่แรกเห็นผู้ป่วย สำหรับผู้ตรวจใหม่อาจมีความตื่นเต้นไม่แน่ใจในตนเองดังนั้นจึงควรพยายามสงบและตรวจด้วยความมั่นใจ บอกเล่าให้ผู้ป่วยฟังทุกครั้งว่าเราเป็นใครและกำลังจะทำอะไร การตรวจควรทำอย่างสุภาพอ่อนโยน ควรเลือกตรวจจุดที่ไม่มีอาการเจ็บก่อน ควรตรวจในสถานที่ที่เหมาะสม การเปิดหรือเปลื้องเสื้อผ้าผู้ป่วยควรพิจารณาเฉพาะในรายที่จำเป็น ถ้าเป็นผู้ป่วยหญิงและผู้ตรวจเป็นชายต้องมีบุคคลที่สามอยู่ด้วย ขณะตรวจควรสังเกตสีหน้าผู้ป่วยเสมอ หากมีการตรวจที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บ ต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อน

ระบบการตรวจร่างกาย

อาจใช้ระบบการตรวจได้หลายระบบ อาทิเช่น

- Head-To-Toe assessment criteria** เป็นการตรวจที่เริ่มจากการดูสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ ศีรษะและหน้า ตา หู จมูก ช่องปาก ลำคอ หนี้ออก เรื่อยไปจนถึงส่วนของแขนขา
- Body systems assessment criteria** เป็นการตรวจที่เริ่มจากการดูสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ และตรวจตามระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบประสาท ระบบการหายใจ ระบบหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

หลักการและวิธีตรวจร่างกาย

โดยทั่วไปมีวิธีปฏิบัติ 4 วิธี ได้แก่ ดู คลำ เคาะ ฟัง

การดู (Inspection) เป็นการสำรวจด้วยสายตาว่าผู้ป่วยมีสิ่งผิดปกติอย่างไรบ้าง ควรเริ่มดูตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาและขณะซักประวัติสุขภาพ โดยดูทั่วๆ เป็นระบบด้วยตาเปล่า (unaid eyes) หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย (aid eyes) เช่น Otoscope, Ophthalmoscope เป็นต้น สิ่งที่จะตรวจเป็นประจำคือ สีต่างๆ เช่น ซีด (anemia), เหลือง (jaundice), และเขียว (cyanosis) ขนาด ความสูงต่ำ รูปร่าง ความเหมือนกันสองข้าง (symmetry) เป็นต้น

การคลำ (Palpation) เป็นการตรวจร่างกายโดยการสัมผัสด้วยมือ ฝ่ามือ หรือหลังมือ บางครั้งอาจร่วมกับการดูด้วย ลักษณะการคลำอาจใช้วิธีการคลำเบาๆ (light or superficial palpation) หรือการคลำลึกๆ (deep or bimanual palpation) การคลำที่ถูกต้องจะทำให้แยกได้ถึง

- ความหยาบ-ละเอียด (texture) ซึ่งส่วนที่ใช้ในการตรวจได้ก็คือบริเวณปลายนิ้ว สิ่งที่จะพบอาจบรรยายได้ตั้งแต่ลักษณะผิวหนังแห้ง หยาบ ผื่นลักษณะต่างๆ เช่น papule, macule, plaque ฯลฯ ตลอดจนลักษณะของก้อนต่างๆ ที่ผิดปกติ เช่น ก้อนต่อมน้ำเหลือง
- ขนาด (dimension) อาจใช้หลายนิ้ว ทั้งมือหรือทั้งสองมือ(bimanual) ขึ้นกับขนาดของส่วนที่ต้องการตรวจ เช่น การคลำไต หรือตับ เป็นต้น
- ความแข็งอ่อน (consistency) ขึ้นกับความหนาแน่นของสิ่งนั้น จะรู้สึกได้โดยใช้ปลายนิ้ว เช่น การคลำต่อมน้ำเหลืองว่านิ่ม (soft) แข็งเหมือนยางลบ (rubbery) หรือแข็งมาก (stony hard, bony hard)
- อุณหภูมิ (temperature) หลังมือจะเป็นส่วนที่ใช้ตรวจได้ดีที่สุด เพราะมีลักษณะบางและเส้นประสาทมาก บริเวณที่มีการอักเสบมักจะอุ่นกว่า และบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อยก็จะรู้สึกเย็น
- นอกจากนั้นการคลำยังช่วยบอกว่ามีอาการเจ็บ (tenderness) ก้อนมีการเคลื่อนไหว (movable) หรือยึดติดแน่น (fixed) ได้อีกด้วย

การเคาะ (Percussion) วัตถุประสงค์คือ ทำให้เกิดเสียงและความสั่นสะเทือน แล้วจึงฟังดูว่าเกิดเสียงลักษณะอย่างไร การเคาะทำได้ 2 วิธี คือ

1. **Direct percussion** เป็นการเคาะโดยตรงโดยใช้มือที่งอเล็กน้อย เคาะลงไปตรงๆ หรือใช้เพียงบางนิ้วเคาะ
2. **Indirect percussion** เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด สำหรับคนที่ถนัดมือขวาให้ใช้มือซ้ายวางทาบลงบนผิวหนังของผู้ป่วย แล้วใช้ปลายนิ้วกลางข้างขวาเคาะลงไปบนนิ้วกลางข้างซ้ายที่วางทาบอยู่บนผิวหนังผู้ป่วย ตรงบริเวณรอยต่อระหว่างข้อนิ้วอ้ากลางกับปลายสุด

เสียงที่ได้จากการเคาะจะแตกต่างกันตามความหนาแน่น (density) ของสิ่งที่เคาะ เช่น

1. Flatness (absolute dullness) เป็นเสียงที่ทึบมาก เทียบได้กับการเคาะบริเวณคันทับ
2. Dullness เป็นเสียงทึบ เทียบได้กับเสียงเคาะตรงตำแหน่งของตับ
3. Resonance เป็นเสียงโปร่ง เทียบได้กับเสียงเคาะบริเวณปอดที่ปกติ
4. Tympany เป็นเสียงโปร่งมาก เทียบได้กับเสียงเคาะหน้าท้องในรายที่มีแก๊ซมาก

การเคาะควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเสียงจากบริเวณหนึ่งไปอีกบริเวณหนึ่ง ถ้าเป็นไปได้ควรเคาะจากบริเวณเสียงโปร่งไปหาเสียงทึบกว่า จะทำให้รู้ขนาดหรือขอบเขตได้ง่ายขึ้น

การฟัง (Auscultation) การฟังที่ดีจะต้องสังเกตเกี่ยวกับ ความถี่ (frequency) ความหนาแน่นหรือความดัง (intensity) ระยะเวลา (duration) และคุณภาพ (quality) ของเสียงนั้นๆ

การฟังเสียงมี 2 วิธี

1. การฟังโดยตรง (**direct auscultation**) หมายถึงการฟังด้วยหูโดยตรง ไม่ผ่านตัวกลางหรือเครื่องมือ เช่น ฟังเสียงพูด เสียงหายใจที่ดังผิดปกติ
2. การฟังโดยใช้เครื่องมือ (**indirect auscultation**) หมายถึงการฟังโดยผ่านตัวกลางที่จะทำให้ผู้ตรวจรับฟังความแตกต่างได้ชัดเจน เครื่องมือที่นิยมใช้เรียกว่าหูฟัง (stethoscope) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
 - a. ส่วนนอก (chest piece) ใช้วางแนบตรงตำแหน่งที่จะฟัง มี 2 ด้านคือ

-ด้านกรวย (bell) ใช้ฟังเสียงความถี่ต่ำ

-ด้านตลับ (diaphragm) ใช้ฟังเสียงความถี่สูง

b. ส่วนหู (ear piece) ควรมีขนาดเหมาะสมกับช่องหู และใส่เข้าไปในแนวที่ถูกต้อง

c. ท่อยาง (tubing) รูของท่อยางควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1/8 นิ้วฟุต และยาวไม่ควรเกิน 1 ฟุต เพื่อการนำเสียงที่ดี

การตรวจร่างกายในที่นี้จะขอล่าแยกตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- การสำรวจทั่วไป (General Survey)
- ศีรษะและคอ (Head & Neck)
 - ศีรษะ (Head)
 - ตา (Eyes)
 - หู (Ears)
 - จมูก (Nose)
 - ปากและ ช่องคอหอย (Mouth & Pharynx)
 - ลำคอ (Neck)
- ผิวหนัง (Skin)
- ทรวงอกและ ปอด (Thorax & Lungs)
- หัวใจ (Heart)
- ท้อง (Abdomen)
- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genitalia)
- ทวารหนัก (Anus & Rectum)
- ระบบประสาท (Nervous system)

การสำรวจทั่วไป (General Survey)

1. **State of health** ดูความสมบูรณ์ของร่างกาย
2. **State of distress** ดูการแสดงออกของสีหน้า เหงื่อออก การพยายามปกป้องบริเวณที่เจ็บปวด
3. **Stature and posture** ดูรูปร่างและท่าเดิน (gait) อัตราส่วนระหว่างแขนขา ส่วนสูง
4. **Weight** ดูว่าอ้วนหรือผอม เปรียบเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน
5. **Personal hygiene** ดูสุขวิทยาส่วนบุคคล การแต่งกาย
6. **Speech, mood, state of awareness and consciousness** ของผู้ป่วย
7. **Vital signs**
 - a. **ชีพจร (Heart rate)** วิธีที่ใช้ง่าย คือการตรวจโดยใช้ปลายนิ้วชี้และนิ้วกลางสัมผัสเบาๆที่ radial artery บริเวณข้อมือ นอกจากนั้นสามารถตรวจได้ที่ common carotid artery บริเวณข้างแนวกลางลำคอ superficial temporal artery บริเวณหน้าหู หรือ brachial artery บริเวณใต้ biceps tendon เป็นต้น ค่าปกติอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที ถ้าค่ามากกว่า 100 ครั้ง/นาทีเรียกภาวะนี้ว่า tachycardia ถ้าน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีเรียกภาวะนี้ว่า bradycardia (ในผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ หรือผู้ป่วยที่ทานยา beta-blocker อาจพบว่าน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีได้)
 - b. **อัตราการหายใจ (Respiratory rate)** สามารถสังเกตดูการเคลื่อนไหวของหน้าอกผู้ป่วย หรือใช้หูฟังบริเวณ upper sternum ค่าปกติประมาณ 14-20 ครั้ง/นาที
 - c. **ความดันโลหิต (Blood pressure)** ควรพัน cuff เหนือ brachial pulse ขึ้นมาประมาณ 1.5 ซม. Cuff ที่เหมาะสมควรมีขนาดความกว้างประมาณ 2/3 ของความยาวเส้นรอบแขนผู้ป่วย ค่าปกติของความดันโลหิตซึ่งรายงานเป็น systolic blood pressure (SBP) / diastolic blood pressure (DBP) มีค่าประมาณ

140-90/90-60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความแตกต่างระหว่าง SBP และ DBP เรียกว่า pulse pressure มีค่าอยู่ระหว่าง 30-70 มิลลิเมตรปรอท

- d. **อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)** ตำแหน่งที่ใช้วัดได้แก่ ใต้ลิ้น รักแร้ และทวารหนัก ตำแหน่งที่ใช้บ่อยคือ ใต้ลิ้น ซึ่งมีค่าปกติประมาณ 36-37.5 องศาเซลเซียส ถ้าวัดทางรักแร้จะมีค่าต่ำกว่าประมาณ 0.5 องศาเซลเซียส และจะสูงขึ้นประมาณ 0.5 องศาเซลเซียสถ้าวัดทางทวารหนัก

ศีรษะ และคอ (Head & Neck)

ศีรษะ (Head)

- ดู scalp และ skull ว่ามีก้อนหรือรอยโรคหรือไม่
- ดูเส้นผม สีความเปราะ ความเป็นมัน หลุดง่าย
- ดูหน้า การแสดงออกของสีหน้า voluntary movement

ตา (Eyes)

- ตรวจ visual acuity ให้อ่านข้อความหรือรูปที่ข้างฝา โดยตรวจทีละข้าง ถ้าให้ละเอียดขึ้นควรตรวจด้วย snellen chart
- ดูตำแหน่ง (position) และความเท่ากัน (symmetry) ของตาและขนคิ้ว
- เปลือกตา (eyelids) ดูความบวม สี และรอยโรค
- ต่อมน้ำตา (lacrimal gland) ท่อน้ำตา (lacrimal duct)
- กระจกตา เลนส์ และม่านตา (conjunctiva and sclera) ให้ผู้ป่วยมองขึ้นข้างบน แล้งใช้หัวแม่มือกดหนังตาข้างดู สี ตุ่ม และการบวม
- รูม่านตา (pupil) ดูขนาดและความเท่ากันสองข้าง ทดสอบปฏิกิริยาต่อแสง
- การเคลื่อนไหวของตา (extraocular movement)

หู (Ears)

- ดูรูปร่างและตำแหน่งของใบหู รูหู แก้วหูโดยใช้ otoscope ตรวจความสามารถการได้ยิน อาจใช้เสียงกระซิบเบาๆ หรือใช้ ส้อมเสียง

จมูก (Nose)

- ดูรูปร่างของจมูกภายนอก ใช้ไฟส่องในจมูกว่ามีสิ่งผิดปกติใดหรือไม่ เช่น คิงเนื้อ (polyp) เลือด หนอง ฯลฯ

ปาก และช่องคอหอย (Mouth & Pharynx)

- สำหรับผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักมีปัญหาในบริเวณนี้ ดังนั้นทันตแพทย์อาจทำการตรวจร่างกายทั่วไปในส่วนอื่นๆ ที่จำเป็นให้เสร็จก่อน แล้วจึงค่อยกลับมาตรวจบริเวณปากและช่องคอหอยเป็นลำดับสุดท้ายก็ได้ เพราะการตรวจตามลักษณะดังกล่าวจะทำให้สะดวกหากตรวจบนเก้าอี้ทำฟัน
- ฝึกตรวจให้ครบทั้งส่วนของ hard tissue และ soft tissue จนเป็นนิสัย โดยอาจเริ่มจาก ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ฟัน vestibule ลิ้นทุกส่วน พื้นใต้ลิ้น (floor of mouth) เพดานปาก ช่องคอหอย (pharynx) ตามลำดับ ฟังระลึกลูก อยู่เสมอว่าทันตแพทย์ คือ แพทย์ช่องปาก ไม่ใช่ ช่างทำฟัน

คอ (Neck)

- ตรวจต่อมไทรอยด์ โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลาง ให้ผู้ป่วยก้มหน้าและยื่นมาข้างหน้าเล็กน้อย คลำต่อมไทรอยด์ตำแหน่งต่างๆ ดูขนาดรูปร่าง การเคลื่อนไหว ความแข็งอ่อน อาการเจ็บ (tenderness)
- คลำ trachea ผู้ตรวจอยู่ด้านหน้า ใช้นิ้วชี้ทั้งสองข้างสอดเข้าไปข้างๆ trachea พร้อมกัน เพื่อดูว่ามีการเอียงไปด้านใดหรือไม่ ถ้ามีอาจแสดงถึงมีก้อนหรือบางสิ่งคั่นอยู่
- ตรวจ Thyroid gland ให้ผู้ป่วยแหงนหน้าขึ้นแล้วกลืน ดูว่าต่อมโตหรือไม่ อาจคลำร่วมด้วย
- ดูการเคลื่อนไหวของคอ ทุกๆทิศทาง

ทรวงอกและปอด (Thorax and Lungs)

การดู ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

- รูปร่างลักษณะทรวงอก ปกติจะมีรูปร่างกลมแบน anteroposterior diameter: Lateral diameter มีค่าประมาณ 1:2 หรือ 5:7 ในทารก รูปร่างทรวงอกที่ผิดปกติและมักพบบ่อยๆ ได้แก่
 - a. **Barrel chest (อกตั้ง)** คือทรวงอกที่มีรูปร่างเป็นทรงกลม อัตราส่วน AP diameter: lateral diameter ประมาณ 1:1 พบในรายผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง
 - b. **Pigeon chest (Pectus Carenatum)** คือทรวงอกที่กระดูก sternum โป่งออกทำให้ AP diameter เพิ่มขึ้น พบได้ในเด็กที่เป็นโรคกระดูกอ่อน (rickets)
 - c. **Funnel chest (Pectus excavatum)** คือทรวงอกที่มีลักษณะบุ๋มตรงส่วนล่างของ sternum บางครั้งมีการบุ๋มจากกดหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ทำให้เกิดเสียง murmur ลักษณะทรวงอกชนิดนี้จะทำให้ AP diameter มีขนาดลดลง
 - d. **Kyphosis (humpback)** หลังโก่ง มี 2 แบบ คือ หลังโก่งแบบโค้ง (curved kyphosis) พบในคนอายุมากและหลังโก่งที่เป็นมุม (Angular kyphosis) เกิดจากการยุบ (collapse) ของกระดูกสันหลังอันใดอันหนึ่งโดยมีสาเหตุจาก วัณโรค เนื้องอก กระดูกผุ
 - e. **Scoliosis (หลังคด)** มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังทำให้หลังเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง
- ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจในเด็กแรกเกิดจนถึงขวบปีแรกอาจเร็วถึง 30-50 ครั้งต่อนาทีและจะค่อยๆช้าลงเมื่ออายุมากขึ้น ในผู้ใหญ่มีค่าปกติประมาณ 14-20 ครั้งต่อนาที ตัวอย่างการหายใจผิดปกติที่พบได้
 - a. การหายใจลำบาก (**Dyspnea**) เวลาจะเห็นว่าปีกจมูกบานเข้าออกเวลาผู้ป่วยหายใจ ช่วงระหว่างซี่โครงบุ๋ม แอ่งเหนือและแอ่งใต้กระดูกสันอกบุ๋ม หายใจเร็ว ถ้าเป็นตอนช่วงหายใจเข้าแสดงว่ามีอะโรดกั้นอยู่ในทางเดินหายใจส่วนบน ถ้าหายใจออกลำบากมักเป็นจากความผิดปกติหรือพยาธิสภาพในทางเดินหายใจส่วนล่าง
 - b. การหายใจลำบากร่วมกับนอนราบไม่ได้ (**Orthopnea**) มักพบในรายที่มีน้ำในปอดหรือผู้ป่วยเป็นหืด นอกนั้นอาจพบในโรกระบบอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจวาย หรือท้องมานน้ำ (Ascites) เป็นต้น
 - c. **Tachypnea** มีการเพิ่มอัตราการหายใจที่เร็วกว่าปกติและมักจะตื่น มักพบในผู้ป่วยที่มีไข้จากโรกระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะเชื้อหุ้มปอดอักเสบ เชื้อบรูซเซลล่า อักเสบ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น pneumonia
 - d. **Hyperpnea** มีการเพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความลึกของการหายใจ พบได้ภายหลังการออกกำลังกาย ภาวะไตวาย หรือ metabolic acidosis ถ้าพบในผู้ป่วย diabetic acidosis อาจเรียกว่า Kussmaul respiration
 - e. **Bradypnea** มีการหายใจที่ช้าลงกว่าปกติ อาจเกิดจากศูนย์การหายใจถูกกด จากยา เช่น ยากลุ่มมอร์ฟีน หรือจากสารพิษ สุรา
 - f. **Cheyne-stoke breathing** การหายใจที่มีความผิดปกติทั้งอัตรา จังหวะ ความลึกที่ไม่สม่ำเสมอ และมีช่วงของการหยุดหายใจ (apnea)เกิดขึ้น การหายใจลักษณะนี้อาจพบได้ในเด็กเกิดใหม่ ผู้สูงอายุขณะนอนหลับ หรือ มีความผิดปกติของศูนย์การหายใจเนื่องจากพยาธิสภาพในสมอง จากยาเสพติด หรือ มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
 - g. **Obstructive breathing** ในโรคทางเดินหายใจอุดกั้น การหายใจออกจะยาว เพราะว่ามีแรงต้านทานของทางเดินหายใจ พบได้ในผู้ป่วย obstructive lung disease เช่น asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

การคลำ (palpation) บริเวณทรวงอก

- คลำการขยายของทรวงอก ว่ามีการขยายน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวอย่างไร เปรียบเทียบสองข้าง และอาการเจ็บบริเวณต่างๆ
- **Tactile fremitus** โดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง 1 2 3 แล้วสังเกตความสั่นสะเทือนที่รู้สึกถูกมือที่ทาบบนบริเวณทรวงอก เปรียบเทียบกันสองข้าง กรณี tactile fremitus เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากการแข็งตัวของเนื้อปอด (consolidation) เช่น ปอดอักเสบ หากลดลงอาจเกิดจากมีน้ำในช่องปอด หรือมีการอุดกั้นของหลอดเลือดข้างนั้น

การเคาะ(percussion)บริเวณทรวงอก

- การเคาะ 1-2 ครั้งในแต่ละตำแหน่ง เปรียบเทียบสองข้าง เสียงที่ผิดปกติอาจเกิดจากมี ก้อนเนื้อ ของเหลว หรือ มีการแข็งของเนื้อปอด ในกรณีที่เสียงโปร่งอาจเกิดจากมีลมในช่องอก (pneumothorax) ภาวะถุงลมโป่งพอง(pulmonary emphysema)

การฟังปอด

- การฟังปอดหรือเสียงหายใจ มีประโยชน์ในการประเมินถึง ลมที่ผ่านหลอดลมและส่วนต่างๆของทางเดินหายใจ สิ่งอุดตันต่างๆ สภาพปอดต่างๆไปและช่องเยื่อหุ้มปอด
- การฟัง โดยใช้ stethoscope ควรฟังให้ตลอดช่วงการหายใจเข้าและออก และเปรียบเทียบทั้งสองข้าง
- เสียงหายใจที่ผิดปกติ และพบได้บ่อย เช่น
 - Crepitation หรือ Rales เป็นเสียงที่เกิดจากมีความชื้นหรือน้ำในทางเดินหายใจ เช่น pneumonia ลักษณะคล้ายพรายแก่ช้ำน้ำอัดลม หรือเสียงขี้เส้นผมโกสั่วๆเบาๆ จะได้ยินชัดช่วงหายใจเข้า และจะเปลี่ยนไปเมื่อไอ
 - Rhonchi หรือ Continuous sounds เกิดจากทางเดินหายใจมีขนาดแคบลงเนื่องจากมีเมือก (mucous) มีเนื้องอก มีการหดตัวหรือบวมของเยื่อทางเดินหายใจ เป็นต้น จะได้ยินชัดช่วงหายใจออกมากกว่า หรือชัดทั้งสองช่วงก็ได้ จะเปลี่ยนไปเมื่อมีการไอ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นการตีบของทางเดินหายใจจากเนื้องอกก็ได้
 - Pleural friction rub พบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มปอด โดยทั่วไปจะได้ยินทั้งช่วงหายใจเข้าและออก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการไอ เสียงนี้มีลักษณะคล้ายเสียงที่เกิดจากปลายนิ้วถูที่ดึงหูไปมา

หัวใจ (Heart)

การดูการทำงานของหัวใจ ควรดูสิ่งต่างๆอาทิเช่น

- ดูท่าทางผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ เช่น heart failure มักมีปัญหาหายใจไม่สะดวกในขณะนอนราบ (orthopnea)
- ดู Jugular venous pressure โดยให้ผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูง 30-40 องศา แล้ววัดระยะในแนวตั้งจากส่วน sternum angle ถึงจุดสูงสุดของการสั่น (oscillation) ที่พบใน internal jugular vein,IJV (หรือ external jugular vein หากดูจากจาก IJV) ในคนปกติไม่ควรเกิน 2 ซม. ถ้ามากกว่านี้แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติ เช่น หัวใจห้องขวาล้มเหลว หรือมีการอุดตันของการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ
- ดูการเต้นของเส้นเลือดที่คอและแขน หากพบเต้นแรงผิดปกติอาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง หรือเส้นเลือดแข็งตัวมากกว่าปกติ เช่นในผู้ป่วยสูงอายุ
- คู่มือของเยื่อต่างๆ และเล็บว่ามีภาวะเขียว (cyanosis) หรือไม่ ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะเขียวดูได้จากบริเวณ ปาก เยื่อในตา เล็บซึ่งผู้ป่วยอาจมีลักษณะนิ้วปมร่วมด้วย (clubbing of fingers and toes)

การคลำเพื่อตรวจหัวใจและชีพจร

- ชีพจรสามารถคลำได้หลายบริเวณตามที่กล่าวไปแล้ว การคลำควรบอกให้ได้เกี่ยวกับ อัตรา(rate) จังหวะ(rhythm) และความแรง(intensity)
- คลำ apex beat ซึ่งปกติในผู้ใหญ่จะคลำได้อยู่บริเวณช่องซี่โครงช่องที่ 5 ในแนวของ mid clavicular line หากคลำได้บริเวณอื่นแสดงให้เห็นความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจโต หรือหัวใจกลับข้าง (dextrocardia)
- คลำ thrill เป็นความสั่นสะเทือนที่สัมผัสได้ด้วยมือที่วางทาบอยู่บนทรวงอกเหนือตำแหน่งของหัวใจ เกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดในหัวใจ หรือในเส้นเลือดใหญ่ คนปกติจะไม่สามารถคลำ thrill ได้

การเคาะ ไม่นิยมใช้ในการตรวจหัวใจ เนื่องจากให้ข้อมูลที่นำเชื่อถือได้น้อย

การฟังเสียงหัวใจ

- เสียงการเต้นของหัวใจสามารถแยกออกได้เป็นหลายเสียง แต่เสียงทั่วไปที่ดังและได้ยินชัดเป็นเสียงที่เกิดจากการปิดของลิ้นหัวใจได้แก่

- เสียงที่ 1 (S1) เป็นเสียงที่เกิดจากการปิดของลิ้น Mitral และ Tricuspid จะได้ยินนำหน้า radial pulse เล็กน้อยหากเราใช้มือจับชีพจรบริเวณข้อมือไปด้วย
- เสียงที่ 2 (S2) เป็นเสียงที่เกิดจากการปิดของลิ้น Aortic และ Pulmonary เป็นเสียงที่ค่อยแต่สูงกว่าเสียงแรก
- นอกจากเสียง S1 และ S2 แล้วยังมีเสียงอื่นๆอีกที่เกิดจากทำงานของหัวใจแต่เป็นเสียงที่ฟังได้ค่อนข้างยากหากไม่มีความชำนาญ ได้แก่ เสียง split S2 (เกิดจากการปิดของลิ้น Aortic และ Pulmonary ที่ช้ากว่ากันเล็กน้อย) เสียง S3 (เป็นเสียงที่เกิดจากการไหลของเลือดเข้าสู่ ventricle อย่างรวดเร็ว) และ S4 เป็นต้น
- การฟังเสียงหัวใจสามารถฟังได้ชัดเจนตามตำแหน่งอ้างอิงถึงลิ้นหัวใจดังรูป

- เสียงหัวใจที่ผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ เสียง murmur (เสียงฟืด) มักพบในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ หรือผนังหัวใจรั่ว เป็นต้น อาจแบ่งได้ตามช่วงที่ได้ยินเสียงเป็น systolic murmur และ diastolic murmur และแบ่งระดับความดังได้เป็น 6 ระดับ(grade)
 - Grade 1 เขามาต้องตั้งใจฟังดีๆ
 - Grade 2 เขามาได้ยินทันทีที่แตะหูฟังบนทรวงอก
 - Grade 3 ดังปานกลาง แต่คลำ thrill ไม่ได้
 - Grade 4 ดังมากขึ้น และคลำ thrill ได้
 - Grade 5 ดังมาก แต่หูฟังไม่สนิทก็ได้ยิน
 - Grade 6 ดังมาก อาจได้ยินทั้งที่หูฟังอยู่ห่างจากทรวงอกเล็กน้อย

หน้าท้อง (Abdomen)

การตรวจบริเวณหน้าท้องนิยมแบ่งหน้าท้องออกเป็น 4 ส่วน หรือ 9 ส่วนดังรูป แต่ละส่วนจะมีชื่อเรียกเพื่อให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน บริเวณต่างๆจะสามารถบ่งบอกถึงอวัยวะที่อยู่ข้างใต้ ดังนั้นผู้ตรวจจะต้องมีความรู้ถึงตำแหน่ง รูปร่างของอวัยวะต่างๆดังกล่าวให้ดีกว่าก่อนทำการตรวจ สำหรับการตรวจหน้าท้องควรตรวจจากการ ดู ฟัง แล้วจึงใช้การเคาะและคลำภายหลัง เพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้จากการคลำ

การดูบริเวณหน้าท้อง

- ลักษณะหน้าท้องมีการโป่งมากกว่าปกติหรือไม่ ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินอาหารอาจพบมี peristaltic wave ได้
- ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการไหลกลับของเลือดจาก portal system หรือมีการอุดตันทางไหลกลับของเลือดจาก inferior vena cava อาจพบมีเส้นเลือดดำที่ผนังหน้าท้องขยายมากกว่าปกติได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังนี้ อาจพบลักษณะของ เส้นเลือดฝอยหน้าท้องขยายตัวเป็นกระจุก เรียกว่า spider nevi

การฟังบริเวณหน้าท้อง

- การฟังมีประโยชน์ในการประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ และยังช่วยบอกความผิดปกติบางอย่างในช่องท้องได้ เช่น การตีบแคบหรือการอุดตันของหลอดเลือดต่างๆ
- เสียงที่สามารถได้ยินจากการฟังบริเวณหน้าท้อง เช่น
 - Bowel sound หรือ peristalsis เป็นเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ควรสังเกตถึงความถี่ของเสียง โดยปกติลำไส้จะมีการเคลื่อนไหวทุก 5-15 วินาที
 - Splashing sound เป็นเสียงน้ำกระຈอกที่สามารถได้ยินหลังจากจับตัวผู้ป่วยเข้าไปมาเล็กน้อย เกิดได้ในคนที่เพิ่งรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินอาหารทำให้มีน้ำและอาหารคั่งค้างอยู่ในกระเพาะอาหารมาก

การเคาะบริเวณหน้าท้อง

- การเคาะสามารถใช้ตรวจภาวะมีน้ำในช่องท้อง ซึ่งอาจใช้วิธี fluid thrill ซึ่งทำได้โดยใช้ฝ่ามือข้างหนึ่งวางขวางทาบบนผนังท้องด้านข้าง แล้วใช้มืออีกข้างเคาะผนังด้านตรงข้าม จะสามารถรู้สึกถึงคลื่นหรือความสั่นสะเทือนมากระทบมือข้างที่ทาบอยู่ได้ หรือใช้วิธี shift dullness ซึ่งสังเกตจากตำแหน่งเสียงเคาะที่ที่มีการเปลี่ยนที่ไป เมื่อมีการเปลี่ยนท่าอนของผู้ป่วยและทำให้น้ำในช่องท้องไหลไปบริเวณอื่น
- นอกจากนั้นการเคาะยังสามารถบ่งบอกถึงขอบเขตของอวัยวะเช่น ตับ ได้

การคลำบริเวณหน้าท้อง

- การคลำโดยทั่วไป อาจพบลักษณะต่างๆ เช่น
 - Rigidity เป็นลักษณะหน้าท้องแข็งเป็นดาน พบในรายที่มีการอักเสบของช่องท้อง แล้วทำให้มี reflex spasm ของกล้ามเนื้อหน้าท้อง
 - Guarding เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บและจะเกร็งหน้าท้องด้านแรงที่เรากดลงไปโดยอัตโนมัติ แสดงว่ามีการอักเสบของ peritoneum
 - Rebound tenderness เป็นการที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเมื่อเอามือกดลงไปแรงๆ แล้วปล่อยทันที แสดงว่ามีการอักเสบของ peritoneum บริเวณนั้นเนื่องจากการดึงกลับของ peritoneum
- การคลำตับ ควรเริ่มจากด้านล่าง และค่อยๆ ไล่ขึ้นมา ในเด็กอาจคลำตับโตได้ แต่มักไม่เกิน 2 ซม. อยู่ต่ำกว่าชายโครงขวาในแนว mid clavicular line กรณีที่คลำตับโตได้ควรระบุถึงลักษณะของตับด้วย เช่น soft, firm, stony hard มีผิวอย่างไร มีก้อน(mass)ที่ผิดปกติหรือไม่ การคลำอาจใช้วิธีกดมือลงบริเวณใต้ชายโครงขวาแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ ตับจะอยู่ด้านล่างมากระทบมือได้ หรือใช้วิธี hooking technic โดยยื่นทางขวาและหันหน้าไปทางปลายเท้าของผู้ป่วย วางมือทั้งสองบนชายโครงขวา กดปลายนิ้วและชันขึ้น ขณะผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ จะทำให้คลำได้ง่ายขึ้น
- การคลำม้าม เช่นเดียวกับการคลำตับแต่คลำบริเวณ left upper quadrant การจะบอกได้แน่ๆ เป็นม้ามจะต้องคลำได้ notch และเคลื่อนตามการหายใจ
- การคลำไต ควรใช้สองมือ(bimanual palpation) โดยใช้มือหนึ่งสอดเข้าด้านใต้บริเวณเอวและกระดกมือขึ้นมาจะสามารถรู้สึกรวมถึงก้อนมากระทบมืออีกข้างที่วางอยู่ด้านบน โดยปกติไตขวาอาจคลำ lower pole ได้ ส่วนไตซ้ายไม่ควรคลำได้

อวัยวะสืบพันธุ์ / ทวารหนัก (Genitalia / Anus & Rectum)

ทันตแพทย์ทั่วไปอาจไม่ค่อยมีโอกาสได้ทำการตรวจอวัยวะเหล่านี้ แต่ในฐานะที่ทันตแพทย์เป็นแพทย์สาขาหนึ่งเช่นเดียวกับแพทย์สาขาอื่นๆทั่วไป เช่น จักษุแพทย์ โสตศอนาสิกแพทย์ ซึ่งต้องให้การรักษาและพบปะผู้ป่วยที่บางครั้งก็ไม่ได้มีปัญหาอย่างเดียว ดังนั้นการเรี่ยรู้ถึงวิธีการตรวจโดยคร่าวๆ และทราบถึงลักษณะที่ปกติหรือผิดปกติของอวัยวะต่างๆ เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นจึงเป็นสิ่ง值得ศึกษา

Male genitalia สิ่งที่ต้องตรวจได้แก่

- Penis ตรวจดู urethral meatus, glans penis, prepuce
- Scrotum ตรวจดู posterior surface, testis
- Hernia

Female genitalia สิ่งที่ต้องตรวจได้แก่

- External genitalia ตรวจดู mons pubis, labia และ perineum
- Labia minora
- Clitoris
- Urethral orifice
- Vaginal opening

Anus & Rectum

สามารถตรวจได้โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายริมเตียง ขาขวางอ ใต้ถุงมือข้างขวาและหล่อลื่นที่นิ้วชี้ ใช้มือซ้ายแยกกันออกดูบริเวณ perianal และ sacrococcygeal ว่ามีผื่นแดงและอีกเสบหรือไม่ ใช้นิ้วชี้ที่หล่อลื่นไว้สอดเข้าไปใน anus และ rectum ซึ่งจะ สามารถตรวจได้ถึง sphincter tone, rectal wall, prostate gland และอาจได้อุจจาระมาตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

ระบบประสาท (Nervous system)

สิ่งที่ต้องทำการตรวจได้แก่

- Consciousness
- Cranial nerves
- Motor system
- Sensory system
- Reflex
- Meningeal sign

Consciousness

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนกลาง หรือโรคทางระบบต่างๆที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง อาจมีการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัวได้ตามลำดับดังนี้

1. **Confusion** ผู้ป่วยจะมีลักษณะเชื่องช้า รู้สึกสับสนไม่มีความตั้งอกตั้งใจทำงาน ความรู้สึกตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง
2. **Drowsy** ผู้ป่วยจะสละสลือ ถ้ามีสิ่งกระตุ้นภายนอก(external stimuli) ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองบ้างเช่น การต่อต้าน แต่พอหยุดกระตุ้นผู้ป่วยก็จะซึมหรือหลับไป
3. **Stupor** จะมีการลดลงของ mental and physical activity อย่างมาก มีการตอบสนองต่อ external stimuli ลดลงไปอีกต้องใช้การกระตุ้นที่รุนแรงมากขึ้น
4. **Delirium** ผู้ป่วยจะมี confusion ร่วมกับอาการกระวนกระวาย และอาการประสาทหลอน (hallucination)
5. **Semicoma** ผู้ป่วยจะไม่ค่อยรู้ตัว เมื่อกระตุ้นด้วย stimuli ที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองได้ แต่เป็นแบบ unpurposeful ในพวกนี้ reflex ต่างๆยังคงอยู่
6. **Coma** ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ stimuli เลย ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวดขนาดใด เช่น การกดบริเวณกระบอกตา ซึ่งทำให้เกิด deep pain หรือการกดบริเวณโคนเล็บมือเล็บเท้า ผู้ป่วยก็ไม่มีการตอบสนอง reflex ต่างๆ จะหายไปหมด

Cranial nerve

1. **Olfactory nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้กลิ่น ให้ผู้ป่วยหลับตาแล้วดมสารบางอย่างซึ่งไม่มีพิษระคายกับเยื่อในจมูก และเป็นกลิ่นที่คนทั่วไปรู้จัก แล้วให้บอกว่าได้กลิ่นอะไรหรือไม่ เช่น ดมกลิ่นไม้ขีดที่ดับใหม่ๆ
2. **Optic nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น อาจตรวจคร่าวๆโดยปิดตาทีละข้างแล้วให้นับนิ้วหรืออาจใช้ Snellen's chart ที่เป็นตัวอักษรหรือรูปภาพก็ได้
3. **Oculomotor nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการหดตัวของ pupils การยกเปลือกตาบนขึ้น การกลอกตาแทบทุกทาง ยกเว้นที่ควบคุมโดย cranial nerve ที่ 4 และ 6
4. **Trochlear nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลอกตาลงข้างล่าง และเข้าด้านใน (downward inward)
5. **Trigeminal nerve** มี 2 ส่วน

- Motor supply กล้ามเนื้อ temporal บริเวณขมับและ masseter muscle ที่ทำหน้าที่ หุบปาก
 - Sensory รับจากบริเวณใบหน้าทั้งหมด แบ่งได้ 3 divisions ย่อย คือ ophthalmic, maxillary, mandibular division
6. **Abducens nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลอกตาไปทางด้านข้าง (lateral) ซึ่งการตรวจ nerve 3, 4, 6 จะสามารถทำไปด้วยกันได้โดยให้ผู้ป่วยมองตามนิ้วมือของผู้ตรวจในทิศทางต่างๆ
7. **Facial nerve**
- Motor supply กล้ามเนื้อของใบหน้าทั้งหมด ที่รวมเรียกว่า muscle of expression ตรวจได้ง่ายๆ โดยให้ผู้ป่วยหลับตา ยิงฟัน ยักคิ้ว
 - Sensory รับความรู้สึกจาก anterior 2/3 ของลิ้น ตรวจได้โดยให้ผู้ป่วยใช้ปลายนิ้วแตะสารบางอย่างที่มีรส เช่น หวาน เค็ม
8. **Acoustic nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน (cochlear division) และการทรงตัวของร่างกาย (vestibular division)
- Cochlear division การตรวจละเอียดต้องอาศัยเครื่องมือ แต่อาจตรวจคร่าวๆ โดยการกระซิบเบาๆข้างหูแล้วสังเกตว่าผู้ป่วยได้ยินหรือไม่
 - Vestibular division ตรวจโดยดูการทรงตัวของผู้ป่วย
9. **Glossopharyngeal nerve**
- Sensory รับความรู้สึกจากบริเวณ pharynx และด้านหลัง posterior 1/3 ของลิ้นรวมทั้งรสด้วย
 - Motor เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอย ตรวจดู Gag reflex
10. **Vagus nerve**
- Sensory บริเวณ pharynx และ larynx
 - Motor บริเวณ palate, pharynx และ larynx
 - การตรวจมักตรวจควบคู่ไปกับ cranial nerve 9
11. **Spinal accessory nerve**
- Motor เลี้ยงกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid ที่ทำหน้าที่หันหน้า และ trapezius muscle ที่ทำหน้าที่ ยกไหล่
12. **Hypoglossal nerve** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลิ้น

Motor system

เป็นการตรวจดูว่ากล้ามเนื้อทำงานได้ตามปกติหรือไม่ มีการอ่อนแรงหรือไม่ ทำได้ง่ายโดยการให้เดินกระโดดบนขาข้างเดียว ให้ทำ flexion และ extension ตามข้อต่อต่างๆ โดยด้านแรงของผู้ตรวจ การวัด power of muscle แบ่งระดับได้เป็น 5 ระดับ (Grade)

- Grade 0 ไม่สามารถจะเคลื่อนไหวได้เลย
- Grade 1 สามารถเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย แต่เฉพาะในแนว horizontal
- Grade 2 สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงดึงดูดของโลกตามแนว vertical ได้
- Grade 3 สามารถเคลื่อนไหวตามแนว vertical และด้านแรงของผู้ตรวจได้
- Grade 4 มีการอ่อนแรงเพียงเล็กน้อย
- Grade 5 ปกติ

นอกจากนั้นควรตรวจดู ความตึงตัว (tone) ของกล้ามเนื้อด้วยว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น อ่อนปวกเปียก (flaccid) แข็งแกร่ง (spastic) คล้ามุ้ muscle mass ด้วยว่ามี atrophy หรือไม่

Sensory system

สังเกตความสามารถรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น(stimuli) เปรียบเทียบบริเวณสองข้างที่สมมาตรกัน และเปรียบเทียบระหว่างส่วนต้นกับส่วนปลาย เช่น แขนกับมือ โคนขากับเท้า ตรวจสอบส่วนของร่างกายที่ถูกเลี้ยงด้วย sensory nerve เส้นต่างๆ โดยตรวจสอบลักษณะของ receptors ต่างๆ

- Pain : โดยอาศัยเข็มหมุด หรือเข็มกลัดช้อนปลาย
- Temperature : อาศัยหลอดแก้วใส่น้ำอุ่น และน้ำเย็น แต่ละบริเวณต่างๆ
- Touch : ใช้สำลีและเบาๆ
- Vibration : ใช้ส้อมเสียดเคาะแล้วแตะบริเวณปมกระดูกตามข้อต่างๆ
- Position : ให้ผู้ป่วยหลับตาแล้วจับปลายนิ้วมือกระดกขึ้นลง และถามผู้ป่วยว่าอยู่ในท่าใด
- Stereognosis : ให้ผู้ป่วยหลับตาแล้วกำวัตถุบางอย่าง เช่น กุญแจ เหรียญ และให้บอกว่าเป็นอะไร หรือให้หลับตาแล้วเขียนเลขบนฝ่ามือ

Reflex

การตรวจ reflex มี 2 ลักษณะได้แก่

- **Deep tendon reflex**
 - Biceps โดยเคาะบริเวณด้านหน้าของแขนพับ เลี้ยงโดย cervical nerve 5,6
 - Triceps โดยเคาะบริเวณด้านหลังของแขนเหนือศอกเล็กน้อย เลี้ยงโดย cervical nerve 7,8
 - Knee jerk โดยเคาะบริเวณเข่า เลี้ยงโดย lumbar nerve 2,3,4
 - Ankle jerk โดยเคาะบริเวณข้อเท้าด้านหลัง เลี้ยงโดย sacral nerve 1,2

การตอบสนองของกล้ามเนื้อเมื่อเคาะบริเวณใกล้ข้อต่างๆ แบ่งเป็น 4 ระดับ(Grade)

Grade 0 ไม่มีการตอบสนองเลย

Grade 1 มีการตอบสนองเล็กน้อย

Grade 2 ปกติ

Grade 3 ไวกว่าปกติ

Grade 4 ไวมาก

- **Superficial reflex**
 - Corneal reflex ใช้สำลีขมวดให้เล็กแล้วแตะตาบริเวณ limbus จะพบมีการกระพริบตา สัมพันธ์กับ cranial nerve 5,7
 - Light reflex ใช้ไฟส่องในตาจะพบมีการหดตัวของ pupils สัมพันธ์กับ cranial nerve 2,3
 - Cremasteric reflex ใช้วัตถุที่อุ้งเชิงกรานในของคั้นขาจะมีการหดตัวของ testis ขึ้นไปข้างบน สัมพันธ์กับ lumbar nerve 1,2
 - Plantar reflex (Babinski's sign) ใช้วัตถุขีดบริเวณฝ่าเท้าจากสันเท้าขึ้นไปหานิ้วเท้า นิ้วเท้าจะงอรั้งลง สัมพันธ์กับ lumbar nerve 4,5 และ sacral nerve 1,2

Meningeal sign

- Neck stiffness เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถก้มคอมาจรดหน้าอกขณะนอนหงายได้เหมือนคนปกติ พบได้ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง
- Kernig's sign ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า แล้วจับขาเหยียดขึ้นไปตรงๆ โดยจับเข่าให้อยู่ในแนวตั้งตั้งฉากกับพื้น ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง และไขสันหลังจะเหยียดขาขึ้นไปไม่ได้เพราะเจ็บ

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีการตรวจระบบประสาท และการตรวจอวัยวะต่างๆอีกหลายอย่างที่น่าสนใจ ซึ่งนักศึกษาสามารถหาอ่านได้จากหนังสือเกี่ยวกับการตรวจร่างกายอื่นๆเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง(References)

1. เพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์, คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พิมพ์ครั้งที่ 11, 2537
 2. วิเชียร โพธิ์แก้ว, เอกสารประกอบการสอนเรื่อง “คู่มือการซักประวัติและการตรวจร่างกาย” คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544
 3. วิทยา ศรีดามา, การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พิมพ์ครั้งที่ 9, 2543
 4. อภิชาติ ลีละสิริ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, กฤษฎา ดวงอุไร, สุรียพร คุณาไทย, การซักประวัติและตรวจร่างกาย โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2544
 5. Barbara B., Lynn SB., Robert AH.: Physical Examination and History Taking, 6th ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1995.
 6. Henry MS., Jane WB., Joyce ED., G. William B.: Mosby's Guide to Physical Examination, 3rd ed., St. Louis, Mosby, 1995.
 7. Anne MRA., Ming JL.: Grant's Atlas of Anatomy, 9th ed., Baltimore, Williams&Wilkin, 1991.
-