

บทที่ 11

อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ

ชัยชนะ นิ่มนวล

ความหมาย อาการทางกายที่ไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นอาการของโรคใดจากการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามปกติ และรวมถึงอาการทางกายที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ที่ตรวจพบได้จากการตรวจพิเศษบางอย่าง

จากคำจำกัดความดังกล่าวจะเห็นว่า อาการทางกายที่ถือว่าทราบสาเหตุได้นั้น จะหมายถึงอาการทางกายที่เข้าได้กับการวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน และมีสาเหตุที่เป็นพยาธิสภาพที่ตรวจพบได้ ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ หรือทางชีวเคมีเท่านั้น โดยไม่รวมอาการที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่การทำงานหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ดังนั้นในบางครั้งเราจึงเรียกอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ (medically unexplained physical symptoms) ว่า เป็นอาการทางกายจากการทำงานของระบบในร่างกายที่เปลี่ยนไป (functional somatic symptoms)

อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนี้ อาจเป็นการแสดงออกของกลุ่มอาการดังต่อไปนี้

1. อาการทางกายของกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
2. อาการทางกายของกลุ่มอาการ somatoform
3. อาการทางกายของกลุ่มโรคทางกายที่รู้จักแต่ยังไม่พบพยาธิสภาพแน่นอน เช่น

irritable bowel syndrome, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia เป็นต้น

ในที่นี้จะกล่าวถึง อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มที่ 3 เท่านั้น

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนี้ มีอยู่จำนวนหนึ่งที่แพทย์ไม่สามารถจะระบุได้ชัดว่าเป็นโรคอะไร โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะได้รับ การวินิจฉัยตามอาการ โดยไม่ระบุโรคชัดเจน เช่น chest pain (cause ?) แพทย์มักรู้สึกอึดอัดเวลาถูกผู้ป่วยถามว่าตนป่วยเป็นโรคอะไร

ในขณะที่ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง อาจมีบางอาการที่เห็นเด่นชัดและเข้าได้กับกลุ่มอาการบางอย่างที่มีการวินิจฉัยที่เฉพาะถึงแม้จะไม่พบพยาธิสภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเป็นอาการเด่นร่วมกับความผิดปกติทางการขับถ่าย ก็อาจได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบทางเดินอาหารว่าเป็น irritable bowel syndrome หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดตามบริเวณต่าง ๆ หลายแห่ง ก็อาจได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกว่าเป็น fibromyalgia เป็นต้น

แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแบบกลุ่มแรกหรือกลุ่มหลังก็ตาม ลักษณะทางคลินิกก็มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ

คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์

1. อาการมักเรื้อรัง
2. มักมีอาการร่วมกันหลายระบบ เช่น อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการทั้งของระบบทางเดินอาหาร ทางระบบประสาท รวมทั้งระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว
3. มักพบร่วมกับอาการวิตกกังวล หรือซึมเศร้า
4. พบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชาย
5. มักมีปัญหาสัมพันธ์ภายในการรักษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือสร้างได้ยาก

แนวทางการรักษา

สิ่งแรกที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การปรับเปลี่ยนเจตคติของแพทย์ที่อาจไม่เป็นจริงเสมอไปได้แก่

1. อาการทางกายที่ตรวจไม่พบรอยโรคหรือพยาธิสภาพ แปลว่าอาการนี้ไม่มีจริงเป็น จากผู้ป่วยคิดกังวลไปเอง ถึงแม้ว่าอาการที่ผู้ป่วยรายงานจะมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (subjective) เป็น การรับรู้ของผู้ป่วยเอง แต่ก็บ่งบอกถึงภาวะของการเปลี่ยนแปลงทางการทำงาน (function) ที่อยู่ใน ระดับที่ไม่สามารถตรวจวัดได้ เช่น อาการแน่นท้อง (dyspepsia) หรือปวดท้อง ก็อาจเป็นผลของ การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่น้อยเกินไปหรือมากเกินไป อาการปวดก็เป็นผลของการเปลี่ยนแปลง ระดับความทน (threshold) ซึ่งต่ำกว่าปกติ เป็นต้น

2. การวินิจฉัยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ จะทำได้ก็ต่อเมื่อได้ใช้การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอย่างถึงที่สุดแล้ว ซึ่งความเชื่อนี้ตั้งอยู่บนความคิดแบบสองขั้ว (dualism) ที่ว่า อาการของผู้ป่วยถ้าไม่ใช่เป็นอาการของความผิดปกติทางกาย ก็ต้องเป็นความผิดปกติทางจิต และการ จะบอกว่าเป็นความผิดปกติทางจิตได้ก็ต้องขจัดโอกาสของการมีสาเหตุทางกายออกไปให้หมดเสีย ก่อน แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจผิดว่า “functional” คือ “จิต” และ “organic” คือ “กาย” ซึ่งตามจริงแล้ว functional โดยรากศัพท์หมายถึง หน้าที่หรือการทำงาน และ อาการทางกายที่ไม่ ทราบสาเหตุแท้จริงแล้วก็คือ อาการทางกายที่เป็นผลจากความผิดปกติในด้านการทำงานหรือหน้าที่ ของระบบในร่างกายนั่นเอง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางกายเหล่านี้พอสรุปคร่าว ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมาด้วยอาการทางกาย ควรซักประวัติเบื้องต้นตามอาการทางกาย แพทย์ ควรซักประวัติอาการเช่นเดียวกับที่ซักประวัติโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ ควรทบทวนอาการในระบบ อื่นด้วยเสมอ (review of systems) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณแพทย์เอาใจใส่ปัญหาทางกายของผู้ป่วย และเมื่อพบอาการรวม ๆ กันในหลาย ๆ ระบบ ยิ่งทำให้แพทย์เริ่มมั่นใจมากขึ้นว่าอาการของผู้ ป่วยอาจอยู่ในกลุ่มอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีจำนวนอาการมากแต่ ความรุนแรงของอาการน้อย

2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น ตามความสำคัญและตามความรุนแรงของอาการ แพทย์ควรตรวจร่างกายผู้ป่วยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น และควรแจ้งผลการตรวจอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา เช่น “ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปกติ” หรือ “ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจออกมาไม่ชัดเจน หมอจะส่งตรวจอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอะไรผิดปกติ” ไม่ควรใช้ประโยคที่กำกวม เช่น ผลการตรวจไม่แน่นอน แต่คิดว่าไม่น่าจะมีอะไรมาก ไม่ต้องกังวล และไม่ควรปล่อยไว้อย่างนั้นโดยไม่ส่งตรวจซ้ำเพื่อทำให้กระจ่าง

3. เข้าใจความกังวลของผู้ป่วยว่าเป็นเพราะเกรงว่าอาการทางกายอาจบ่งถึงการมีโรคร้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความกังวลว่าตนเองมีโรคร้ายแรงอยู่ซึ่งยังตรวจไม่พบ แพทย์ควรให้ความมั่นใจ (reassure) ว่าจากการตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติอะไร ซึ่งแสดงว่าอาการที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลจากการทำงานของระบบในร่างกายที่อาจมากหรือน้อยเกินไป อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลด้านการทำงานนี้ไม่รุนแรงถึงขั้นที่จะตรวจวัดได้ด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งที่สำคัญที่สุดในขั้นนี้ก็คือ การยอมรับว่าอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่ได้คิดไปเอง แต่อาการเหล่านี้ก็ไม่ใช่เป็นการบ่งถึงโรคที่ร้ายแรงอะไร

4. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคมเป็นไปได้ 2 ทางคือ ความเครียดทางใจมีผลให้มีอาการทางกาย หรืออาการทางกายทำให้เกิดความเครียดทางใจ (ซึ่งมีผลทำให้อาการทางกายแย่ลงได้อีกต่อหนึ่ง) โดยปกติแล้วผู้ป่วยมักไม่รับรู้ถึงความสัมพันธ์อันนี้ ซึ่งแพทย์อาจต้องเป็นผู้สร้างความเชื่อมโยงนี้ให้ผู้ป่วยเห็น โดยเริ่มต้นจากอาการทางกายที่อาจเป็นอาการแสดงของความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าได้ เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดหัว กล้ามเนื้อตึงตัว (tension) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แล้วถามต่อเนื่องไปสู่อาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ กังวลถึงเรื่องที่ยังมาไม่ถึง

ตัวอย่าง ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวดตามตัว และมีอาการอ่อนเพลียเข้าได้กับ fibromyalgia แพทย์อาจถามว่า “คุณเคยปวดมากถึงนอนไม่หลับหรือนอนไม่อึดหรือเปล่า” หรือ “คุณเคยปวดมากจนทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือเปล่า” และต่อยด้วย “อาการที่เป็นมากขนาดรบกวนการนอนหรือทำให้คุณอ่อนเพลียนี้ ทำให้คุณรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้บ้างไหม” แล้วอาจถามต่อถึงอาการทางจิตใจ เช่นเดียวกับที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยวิตกกังวล หรือซึมเศร้าต่อไป

อีกวิธีหนึ่งที่สามารถชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำได้ก็คือ การซักถามถึงปฏิกิริยาที่คนใกล้ชิดมีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ซึ่งโดยมากมักแสดงออกมาในทางลบ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักเป็นเรื้อรัง) และถามต่อในรายละเอียดถึงความรู้สึกของ ผู้ป่วยต่อปฏิกิริยาเหล่านี้ แพทย์อาจสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นว่า การที่ผู้อื่นไม่เข้าใจความลำบากของ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจหรือเครียด และความเครียดนี้ก็อาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงหรือไม่ดีขึ้น

5. อธิบายกลไกการเกิดอาการอย่างง่าย ๆ ถึงแม้ผู้ป่วยจะยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคมแล้ว ผู้ป่วยก็อาจจะยังสงสัยถึงกลไกการเกิดอาการ ซึ่งควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างง่าย ๆ เช่น “ปกติคนเรารู้สึกเครียด โดยผ่านการทำงานของสมอง และสมองก็ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอีกทีหนึ่ง เมื่อมีความเครียดมากขึ้น สมองก็ทำงานมากขึ้นจนอาจถึงขั้นเสียสมดุลไป ผลก็คือ ระบบการทำงานของร่างกายต่าง ๆ ก็จะแปรปรวนไปด้วย บางคนเครียดมากก็มีอาการปวดท้อง บางคนปวดหัว บางคนนอนไม่หลับ แตกต่างกันไปตามความเปราะบางของแต่ละคน” หรืออาจอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นกลไกนี้โดยให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติดู เช่น ให้ผู้ป่วยเกร็งมืออยู่นาน ๆ แสดงให้เห็นถึงการทำงานที่มากเกินไป ซึ่งจะมีผลให้มีอาการปวดขึ้น ในกรณีนี้อาจสรุปให้เห็นว่าอาการปวดหัวนั้นก็เกิดขึ้นได้โดยกลไกแบบเดียวกันเพียงแต่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวเท่านั้น หรืออาจชวนให้ผู้ป่วยนึกถึงอาการทางกายเวลาที่ตกอยู่ในอาการโกรธหรือกลัว และชี้ให้เห็นว่า ความเครียดเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ใจสั่น หายใจแรง หรือแม้แต่เจ็บหน้าอกได้

6. นำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา ปรับระบบการทำงานของร่างกาย จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้างต้น จุดมุ่งหมายของการรักษาจึงอยู่ที่การทำงานของร่างกายที่เหมาะสม ทำได้โดยการลดความเครียด ซึ่งอาจปฏิบัติโดยการดูแลตนเองให้สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ คำแนะนำต่าง ๆ ควรมีคำอธิบายที่มีเหตุผล เช่น “การออกกำลังกายในช่วงวัน ทำให้ช่วงการนอนหลับลึกในตอนกลางคืนยาวนานขึ้น และเราพบว่า การนอนที่เต็มอิ่ม ทำให้อาการปวดในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดน้อยลง” หรือ “การฝึกการหายใจให้ถูกต้องตามธรรมชาติ (เช่น หายใจเข้าท้องป่องออก ช่วงหายใจเข้าจะสั้นกว่าหายใจออกเล็กน้อย) และการหายใจอย่างเป็นจังหวะสม่ำเสมอ (เช่น เข้า 4 วินาทีหยุด 1 วินาที) ออก 5 วินาที) จะช่วยให้เราควบคุมการหายใจได้ และมีผลให้อาการหายใจไม่อิ่ม อาการเหนื่อย รวมไปถึงอาการเจ็บหน้าอกลดน้อยลง”

สำหรับในด้านหน้าที่การทำงานของผู้ป่วย ควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตามปกติให้ได้มากที่สุด โดยอาจเริ่มจากน้อยไปมากเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ ควรให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำได้แม้เพียงเล็กน้อย

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ควรพิจารณาให้ยาทางจิตเวชที่เหมาะสมกับอาการ และอธิบายถึงคุณสมบัติของยา โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมอง อารมณ์ และอาการทางกายต่าง ๆ รวมถึงผลของยาต่อระบบอื่น ๆ เช่น ยาแก้ซึมเศร้าอาจมีผลลดอาการปวดได้ (เช่น amitriptyline) หรือผลข้างเคียงของยาแก้ซึมเศร้า บางชนิดสามารถลดอาการท้องเสียใน irritable bowel ได้ (เช่น ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic ทั่ว ๆ ไป) เป็นต้น

7. ตั้งเป้าหมายของการรักษาบนพื้นฐานความเป็นจริง เนื่องจากอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนี้มักเป็นเรื้อรัง เป้าหมายของการรักษาจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาให้หายขาด (cure) แต่ควรเน้นที่การดูแลอย่างต่อเนื่อง (care) มากกว่า นัดผู้ป่วยมาสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงแรกแล้วค่อย ๆ นัดห่างไป

8. ตระหนักถึงโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วย ถึงแม้ว่าอาการหลาย ๆ อาการของผู้ป่วยจะบ่งว่าเป็นอาการที่ไม่มีสาเหตุ แต่ก็ควรตระหนักถึงความเป็นไปได้ว่า บางอาการอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคบางอย่าง ซึ่งควรจะใส่ใจมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่อาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในกรณีเช่นนี้อาจต้องส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมได้

การส่งต่อผู้ป่วย

ควรส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญ เมื่อรู้สึกว่าตนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด ซึ่งพบว่าเกี่ยวข้องกับอาการของโรคทางกายบางอย่างที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น irritable bowel syndrome หรือ chronic pelvic pain เป็นต้น

สำหรับในการส่งต่อนั้น ควรแสดงให้เห็นว่าอาการของผู้ป่วยนั้นมีอยู่จริง แต่เราต้องการให้จิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องของกลุ่มอาการดังกล่าว (เช่น อาการปวด) มาช่วยในการให้การดูแลรักษาเนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยนั้นเรื้อรังและซับซ้อน ถึงแม้จะไม่ได้เป็นโรคร้ายรุนแรง แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานและไม่มีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatisation. Br J Psychiatry 1993; 162:472-80.
2. Bass C, Sharpe M, Matou R. The management of patients with functional somatic symptoms in the general hospital. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, eds. Treatment of functional somatic symptoms. Oxford: Oxford University Press, 1995.
3. Creed F, Guthrie E. Techniques for interviewing the somatizing patient. Br J Psychiatry 1993; 162:467-571.
4. Fink P. The use of hospitalisations by persistent somatizing patients. Psychol Med 1992; 22:173-80.
5. Kroenke K, Mangelsdorff A. Common symptoms in ambulatory care : incidence, evaluation, therapy and outcome. Am J Med 1989; 86:262-6.
6. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:821-33.