

## อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ

ภาพันธ์ เจริญสวรรค์\*

ชัยชนะ นิ่มนวล\*\*

**Jaremswan P, Nimnuan C. Medically unexplained physical symptoms in general practice.**

**Chula Med J 2005 May; 49(5): 303 - 9**

*Somatic symptoms are the most common presentation in general practice, of these more than ¾ are accounted for by psychological or medically unexplained symptoms. The common problems are somatoform disorder, depression, anxiety, which often comorbidity. Many try to differentiate and classify these symptoms for developing appropriate guideline for management. While depressive symptoms response well to antidepressant with psychosocial management and anxiety symptoms respond better to psychosocial management than to anxiolytic drugs. Medically unexplained symptoms respond well to long-term regular continued management and including making a link between emotional and physical symptoms and encouraging emotional expression, which are more important than drugs.*

**Keywords :** *Medically unexplained physical symptoms, Depression, Anxiety, Somatization.*

Reprint request : Jaremswan P. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand.

Received for publication. January 15, 2005.

### วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจถึงอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ
2. เพื่อให้เข้าใจแนวทางในการดูแลเบื้องต้นสำหรับอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาการทางกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยทั้งในชุมชน<sup>(1)</sup> และในเวชปฏิบัติทั่วไป<sup>(2)</sup> จึงเป็นอาการนำที่สำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาถึงอาการทางกายที่พบบ่อย 25 อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์อายุกรรมแบบผู้ป่วยนอก 1,000 ราย พบว่ามีเพียง 16% ของอาการที่มีหลักฐานว่ามีสาเหตุทางกายชัดเจน และ 10% ที่มีสาเหตุทางจิตเวช ที่เหลือ ยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่ชัดเจนได้<sup>(3)</sup> ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ somatoform disorders, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวล<sup>(4-6)</sup> ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นร่วมกันได้บ่อย ๆ ประมาณ 50% ของผู้ป่วย somatoform disorder มักจะมีภาวะทางจิตเวชอื่นด้วยโดยมักจะเป็น depression หรือ anxiety อาการทางกายใน somatoform disorder นั้นเป็นอาการทางกายที่บ่งชี้ถึงภาวะโรคทางกาย แต่ไม่มีพยาธิสภาพหรือพยาธิสรีรวิทยาอธิบายได้เพียงพอ<sup>(7)</sup>

อาการทางกายที่ปราศจากพื้นฐานพยาธิสภาพทางกายจะถูกอ้างถึงว่าเป็นอาการที่ไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพได้ หรือเป็นอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยอาการนำที่พบบ่อยที่สุดที่ได้รับการปรึกษา คือ อาการปวด ซึ่งบริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ ท้อง, หน้าอก, หัว ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย คือ เวียนศีรษะ, รู้สึกไม่สมดุล, เหนื่อย, สั่น, อ่อนแรงเฉพาะที่<sup>(8)</sup>

### คำนิยามของอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ

โดยทั่วไปอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนี้ Kellner ได้ให้คำนิยามว่า คือ อาการทางกายที่ไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นอาการของโรคใดจากการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการตามปกติ และรวมถึงอาการทางกายที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ตรวจพบได้จากการตรวจพิเศษบางอย่าง<sup>(9)</sup> จากคำจำกัดความดังกล่าวเห็นได้ว่า อาการทางกายที่ถือว่าทราบสาเหตุได้นั้น จะหมายถึงอาการทางกายที่เข้าได้กับการวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน และมีสาเหตุที่เป็นพยาธิสภาพที่ตรวจพบได้ ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหรือทางชีวเคมีเท่านั้นโดยไม่รวมอาการที่

เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่การทำงานหรือเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ดังนั้นในบางครั้งเราจึงเรียกอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุว่า เป็นอาการทางกายจากการทำงานของระบบในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>(10)</sup>

Lipowski ได้ใช้คำว่า somatization สำหรับภาวะดังกล่าวข้างต้น โดยเพิ่มเติมประเด็นว่าผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะอธิบายอาการทางกายว่าเกิดจากโรคทางกาย และหาความช่วยเหลือจากแพทย์ฝ่ายกายด้วย<sup>(11)</sup> คำว่า somatization ยังถูกนำมาใช้เป็นการวินิจฉัยอันหนึ่งตามเกณฑ์ของการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)<sup>(12)</sup> ด้วย ซึ่งสำหรับในบทความนี้คำว่า somatization จะใช้ตามความหมายแรก

ปัจจุบัน อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยนิยามข้างต้นเป็นการวินิจฉัยจากการแยกโรคทางกายที่มีพยาธิสภาพทางกายอื่น ๆ ออก และมีลักษณะบางอย่างที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ มาด้วยอาการที่คลุมเครือ, อาการมีลักษณะแตกต่างจากอาการทางกายที่มีพยาธิสภาพแท้จริง, ลักษณะอาการไม่จำเพาะ และผู้ป่วยมักพบว่าเป็นการยากที่จะให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการที่เป็น ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายที่แท้จริงมักไม่พบปัญหาเหล่านี้ และมักจะบอกเล่าอาการของตนได้อย่างแม่นยำ ผู้ป่วยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ จะมุ่งเน้นความสนใจไปที่ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการและผลในแง่ลบที่เกิดขึ้นในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

### การแบ่งหมวดหมู่ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ<sup>(13)</sup>

1. Acute และ Subacute somatizing symptoms: ในกลุ่ม acute อาการไม่สามารถอธิบายด้วยพยาธิสภาพได้จะเป็นเพียงชั่วคราว ผู้ป่วยสามารถได้รับการ reassure ได้ง่าย และมักเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตึงเครียด ส่วนในกลุ่ม subacute อาการจะเป็นน้อยกว่า 6 เดือน ยากที่จะ reassure หรือทำได้เพียงบางครั้ง

2. Chronic somatizing condition : คือมีอาการที่ไม่สามารถอธิบายด้วยพยาธิสภาพทางกายอย่างน้อย

6 เดือน โดยอาจมาด้วยอาการหลายอาการ (multisymptomatic) หรือมีเพียง 2-3 อาการ (oligosymptomatic) รวมถึงกลุ่มอาการที่ซับซ้อน เช่น fibromyalgia, chronic fatigue syndrome ซึ่งการจำแนกกลุ่มอาการเหล่านี้ยังไม่แน่ชัด

3. อาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตเวช (facultative หรือ presenting somatization): ในภาวะทางจิตเวชส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมาพบด้วยอาการทางกายมากกว่าอาการทางอารมณ์ เช่น ใน depression 50-90% มาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย<sup>(13)</sup> ที่พบบ่อย ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, ปวด, นอนไม่หลับ, ตื่นเช้ากว่าปกติ, ปากแห้งและมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ, เปลี่ยนแปลงการกินและน้ำหนัก, อยู่ไม่นิ่ง, เคลื่อนไหวช้า สำหรับอาการทางกายที่พบบ่อยในภาวะ anxiety ได้แก่ ใจเต้นแรงหรือใจสั่น, เหงื่อแตก, สั่น, ปากแห้ง, หายใจลำบาก, หน้าแดง, ปั่นป่วนในท้อง, เวียนศีรษะหน้ามืดจะเป็นลม, ชาหน้าหรือปลายนิ้ว, แขนหน้าอกเจ็บหน้าอก, ตึงกล้ามเนื้อ, อื่น ๆ เช่น ปัสสาวะบ่อย การมีอาการทางกายเป็นอาการนำเด่นในโรคทางจิตเวช ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าตัวเองอาจมีโรคทางกายที่ร้ายแรง แต่อย่างไรก็ดีจะตรงกันข้ามกับกลุ่มที่เป็น somatization คือ จะยอมรับในการวินิจฉัยทางจิตเวชที่ไม่ใช่โรคทางกาย

4. ความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกินจริง (Illness worry, illness aggravation, and pathological illness behavior in physical disease): กลุ่มอาการเหล่านี้ยังมีการนิยามที่ไม่ค่อยแน่ชัด เพราะยังขาดความรู้ที่ทั่วถึงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยและปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการยากที่จะตัดสินว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจัดอยู่ในกลุ่ม somatoform disorder หรือไม่ เพราะผู้ป่วยบางคนอาจมีโรคทางกายที่แท้จริงร่วม ด้วย ในกรณีนี้จึงไม่ควรให้ข้อคิดเห็นที่เด็ดขาดไปว่าเป็นปัญหาทางจิตหรือไม่ใช่ปัญหาทางจิตเพราะปัญหามักเกิดจากการรวมของทั้งโรคทางกายและภาวะทางจิตร่วมกัน ตัวอย่างพฤติกรรมอาการป่วยที่ผิดปกติ ได้แก่

\* Hypochondriasis : ก็เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยมีลักษณะ คือ มีความกังวลที่ไม่เหมาะสมและเกินควรหมกมุ่นเกี่ยวกับความกลัวว่าจะมีโรคทางกายที่ร้ายแรง ผู้ป่วยมักจะหมกมุ่นเกี่ยวกับการทำงานและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ภาวะนี้พบร่วมกันได้บ่อยในโรคย้ำคิดย้ำทำ ผู้ป่วยจะรู้สึกถูกรบกวนจากความกังวลแต่ไม่สามารถควบคุมมันได้

\* Factitious disorder : ผู้ป่วยสร้างอาการทางกายขึ้นมาโดยมีแรงบันดาลใจคือ บทบาทของการเป็นผู้ป่วย (sick role) ซึ่งจะแตกต่างกับ malingering ที่มีผลประโยชน์ภายนอกที่ได้รับชัดเจน ผู้ป่วย factitious disorder มักพบปัญหาทางบุคลิกภาพที่รุนแรงร่วมด้วย

\* Dissociative / Conversion disorder : ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการคล้ายอาการทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรง ตาบอด สับสน อาการจะเริ่มต้นเป็นแบบทันทีทันใดและมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์อย่างรุนแรง มีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขหรือไม่สามารถทนได้ หรือมีการรบกวนในความสัมพันธ์ อาการมักเป็นเพียงชั่วคราวและหายได้ในทันที เงื่อนไขก่อนการวินิจฉัย dissociative disorder คือ การสามารถ identify เหตุการณ์ที่เป็นเหตุกระตุ้นการทำร้ายจิตใจให้ได้

#### สาเหตุของการเกิดอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ

ยังไม่มีคำอธิบายที่แน่ชัด การศึกษาของ Mayou<sup>(14)</sup> เสนอว่าอาการทางกายเหล่านี้เป็นการขยายเพิ่มของประสาทสัมผัสตามปกติ หรืออาการปวดกล้ามเนื้อที่พบได้ในคนทั่วไป ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะรับรู้การทำงานของร่างกายบางอย่าง และความไวนี้อาจเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอาการเมื่อมีอาการป่วยทางจิต ผู้ป่วยวิตกกังวลและ hypochondriasis จะมีความตระหนักถึงการทำงานของหัวใจมากกว่าในผู้ป่วย phobic disorder Tyrer<sup>(15)</sup> ตั้งสมมติฐานว่าในภาวะที่มีปัญหาทางอารมณ์รุนแรงผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาภายใน แต่ผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับอาการนำทางกายที่ชัดเจนมากกว่า

ปัจจัยทางวัฒนธรรมก็มีส่วนสำคัญในการมีอาการนำทางกาย โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา มากกว่าประเทศทางตะวันตก ซึ่งอาจเป็นผลจากการไม่ยอมรับและความอับอายที่เป็นมลทินจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาจะขาดคำที่ละเอียดอ่อนในการบรรยายการแสดงออกทางอารมณ์เหมือนกับที่มีในประเทศตะวันตกด้วย ดังนั้นอารมณ์เศร้าจึงถูกแสดงออกมาในรูปแบบของคำที่อ้างถึงประสาทสัมผัสทางร่างกาย ซึ่งมักเป็นบ่อยที่หน้าอก somatization มักจะพบบ่อยในเศรษฐกิจทางสังคมที่ต่ำ มีประวัติครอบครัวหรือประวัติในอดีตที่เคยมีโรคเจ็บป่วยทางร่างกายมาก่อน ผู้ป่วยบางรายต้องการที่จะมีบทบาทเป็นผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา เพราะความต้องการปกติในชีวิตนั้นมากเกินไปที่จะรับได้ หรือเป็นเพราะเขาจะได้รับความรักจากผู้อื่นเฉพาะเวลาป่วยเท่านั้น บ่อย ๆ ที่พบว่าอาการจะเป็นชั่วคราว เวลาที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อบางสิ่งซึ่งมากกว่าที่ทักษะการแก้ปัญหาลดลงหรือเวลาที่บทบาทการป่วยนั้นสามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวหรือปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยได้ รากฐานของการอธิบายอาการเหล่านี้คือ การไม่สามารถที่จะพูดหรือบรรยายอารมณ์ที่เจ็บปวดได้ ซึ่งถูกอธิบายว่าเป็น "alexithymia" คือปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยมีการลดลงอย่างชัดเจนหรือขาดความสามารถที่จะคิดแบบเป็นสัญลักษณ์ ทำให้ทัศนคติ ความรู้สึก ความต้องการ และแรงขับในจิตใจไม่สามารถเปิดเผยออกมาได้ ผลที่ตามมา ก็คือการสื่อสารความเจ็บป่วยทางจิตออกมาในรูปแบบของอาการทางกายนั่นเอง<sup>(8)</sup>

โดยสรุปสาเหตุที่แท้จริงของอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าน่าจะเป็นจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactorial) อาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายด้วยพยาธิสภาพทางกายถูกพิจารณาว่าเป็นกลไกพื้นฐานของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความเครียด โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับปัจจัยความเปราะบางเดิมของผู้ป่วย ตัวอย่าง ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ การสูญเสียญาติสนิท เสียงงาน ย้ายที่อยู่ใหม่ ประวัติการเคยถูกทำร้ายร่างกายหรือทารุณทางเพศ ประวัติ

somatization ของพ่อแม่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม รวมถึงปัจจัยการดูแลและการจัดการทางสุขภาพโดยครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการดำเนินโรค และบทบาทการป่วย (sick role) ของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ต่อไป

### การส่งต่อผู้ป่วยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ มาพบจิตแพทย์

ผู้ป่วยจำนวนมากอาจรู้สึกไม่พอใจเมื่อได้รับคำแนะนำให้มีการส่งต่อมาพบจิตแพทย์ แต่อย่างไรก็ดีหากแพทย์เวชปฏิบัติได้ทำการประเมินทางจิตเวช หรือแม้กระทั่งเริ่มต้นการรักษาทางจิตเวช การให้คำแนะนำว่าการส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ เพราะมีความเชี่ยวชาญงานทางจิตเวชมากกว่าก็จะเป็นคำอธิบายที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการคำรับรองว่าการส่งต่อไปพบจิตแพทย์ไม่ได้หมายความว่าพวกเขาบ้าหรือหมดหวัง ยิ่งจิตแพทย์เข้าถึงได้ง่ายและทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติใกล้ชิดเท่าไร การส่งต่อจะยิ่งง่ายขึ้นเท่านั้น เกณฑ์การส่งต่อโดยทั่วไปมีดังนี้

1. เมื่อแพทย์ต้องเผชิญหน้ากับความยากลำบากในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถอธิบายอาการทางกายได้
2. เมื่อไม่แน่ใจว่ายาต้านซึมเศร้าจะมีประโยชน์หรือไม่ หรือควรเลือกใช้ตัวใด
3. เมื่อความเจ็บป่วยทางจิตนั้นไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์แล้ว
4. เมื่อผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง
5. เมื่อมีปัญหาในการดูแลมาก เช่น ชูจะทำร้ายตนเอง ภาวะ psychotic ไม่รวมมือในการรักษา

### การดูแลผู้ป่วยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติทั่วไป ขึ้นอยู่กับอาการเป้าหมาย (target symptom) ของผู้ป่วย ในที่นี้จะขอกล่าวถึงอาการที่พบ

บ่อย<sup>(13)</sup> ได้แก่

1. อาการซึมเศร้า : การรักษานั้นจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุกระตุ้นภาวะซึมเศร้า ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อชีวิต การสูญเสียความสามารถหรือภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ระบายความกังวล และปัญหาให้กับแพทย์หรือบุคลากรที่สามารถให้การ support ทางจิตใจที่เหมาะสมได้ ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นรุนแรงจนเข้าข่ายเป็น depressive disorder ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ก็มีข้อบ่งชี้สำหรับยา antidepressant ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพที่ดีและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทนต่อยาได้ดี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประโยชน์หลักของ antidepressant ในผู้ป่วยอายุรกรรมคือ เพิ่มโอกาสในการที่จะหายป่วยเป็น 2 เท่า (จาก 30 % เป็น 65 %)<sup>(13)</sup> ซึ่งการดีขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับภาวะอาการทางกายที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ antidepressant ยังมีฤทธิ์แก้ปวดดีขึ้น 55 % ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังได้ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วย depression ยังได้ประโยชน์จากการทำ cognitive therapy ซึ่งอาจเป็นอีกทางเลือกหรือเป็นตัวเสริมจากการรักษาด้วยยา ซึ่งการรักษาวิธีนี้ดึงเอาความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับการป่วย การสูญเสียความสามารถ พยากรณ์โรค ซึ่งมักจะเกินจริงในความคิดของผู้ป่วยซึ่งอาจต้องใช้ทักษะเฉพาะของนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ และใช้เป็นอีกทางเลือกได้ดีในกรณีที่อาการไม่รุนแรง

2. อาการวิตกกังวล : การให้การรักษาทางจิตสังคมจะดีกว่าการให้ยาคลายกังวล โดยการรักษาทางจิตเวชนั้นต้องมีการอธิบายและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยแพทย์หรือพยาบาล นอกจากนี้ยังมีทางเลือกอื่น เช่น การทำ relaxation technique, การทำโยคะ และเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องจำไว้เสมอว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาอื่น ๆ อีกนอกเหนือจากปัญหาอาการทางกาย เช่น ปัญหาในครอบครัว ซึ่งก็จำเป็นต้องให้ความสนใจในจุดนี้ด้วย ในบางโรคอาจต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นซึ่งทำได้ดีโดยนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์โดยเฉพาะ เช่น relaxation (สำหรับผู้ป่วย GAD, tension), systematic desensitization

(สำหรับโรค phobia), biofeedback หรือ Cognitive-behavioral therapy ทั้งนี้ขึ้นกับอาการนำ บุคลิกภาพของผู้ป่วย และความเชี่ยวชาญของผู้รักษา การให้ยาอาจมีประโยชน์ในระยะสั้น เช่น ยาคลายกังวล (benzodiazepine), ยาต้านโรคจิต (anti-psychotic) ขนาดต่ำ ๆ แต่จำเป็นต้องหยุดยาให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ไม่ควรใช้ทั่วไปสำหรับผู้ป่วยนอก ควรมีการตระหนักถึงภาวะการติดของยาและใช้อย่างระมัดระวัง อาการทางกายบางอย่าง เช่น ใจสั่น อาจตอบสนองได้ดีกับยากลุ่ม beta-blockers

3. กลุ่มอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุระยะเฉียบพลัน (Acute and subacute medically unexplained physical symptoms) : ถ้าแพทย์ตัดสินใจว่าพยาธิสภาพทางกาย ไม่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการของผู้ป่วยแล้ว การวางแผนการรักษาในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็นโดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สรุปคร่าว ๆ ดังนี้<sup>(10)</sup>

- ผู้ป่วยมาด้วยอาการทางกายควรซักประวัติเบื้องต้นตามอาการทางกายเช่นเดียวกับในโรคอายุรกรรมอื่น ๆ และควรทบทวนอาการในระบบอื่น ๆ ด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่แพทย์เอาใจใส่ปัญหาทางกาย และเมื่อพบอาการรวมกันหลายระบบทำให้แพทย์ยิ่งมั่นใจว่าอาการของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะเมื่อจำนวนอาการมากแต่ความรุนแรงของอาการน้อย

- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น และแจ้งผลการตรวจอย่างชัดเจน

- เข้าใจความกังวลของผู้ป่วยว่าอาการทางกายอาจเป็นตัวบ่งโรคร้าย และให้ความมั่นใจ (reassure) ว่าจากการตรวจแล้วไม่พบรอยโรคอะไร สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการยอมรับว่าอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่ได้คิดไปเอง แต่อาการเหล่านี้ก็ไม่ใช่เป็นการบ่งถึงโรคที่ร้ายแรงอะไร

- สร้างความเชื่อมโยงระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายกับปัจจัยทางจิตสังคมเป็นไปได้ 2 ทางคือ ความเครียดทางใจมีผลให้มีอาการทางกาย หรือ อาการทางกายทำให้เกิดความเครียดทางใจ โดยปกติแล้วผู้ป่วยมักไม่รับรู้ถึงความ

สัมพันธ์อันนี้ ซึ่งแพทย์อาจต้องเป็นผู้สร้างความเชื่อมโยงนี้ให้ผู้ป่วยเห็น โดยเริ่มต้นจากอาการทางกายที่อาจเป็นอาการแสดงของความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าได้ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดหัว อ่อนเพลีย แล้วถามต่อเนื่องไปสู่อาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ กังวลถึงเรื่องที่ยังมาไม่ถึง ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยมาด้วยอาการปวด อาจถามว่า "อาการปวดเป็นมากจนนอนไม่หลับหรือไม่" ต่อด้วย "อาการที่เป็นมากจนรบกวนการนอนนี้ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้บ้างหรือไม่"

- อธิบายกลไกการเกิดอาการอย่างเรียบง่าย เช่น "ปกติคนเรารู้สึกเครียดผ่านการทำงานของสมอง และสมองก็ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอีกที เมื่อมีความเครียดมากขึ้น สมองก็ทำงานมากขึ้นจนเสียสมดุล ผลก็คือระบบต่าง ๆ ของร่างกายก็จะแปรปรวนไปด้วย"

- นำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา ปรับระบบการทำงานของร่างกาย ดูแลตนเองให้สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ฝึกการหายใจให้ถูกต้องตามธรรมชาติจะช่วยให้เราควบคุมการหายใจได้ สำหรับในด้านหน้าที่การทำงานของผู้ป่วย ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ตามปกติให้ได้มากที่สุด

- ตั้งเป้าหมายของการรักษาบนพื้นฐานของความเป็นจริง เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่าการรักษาให้หายขาด (care not cure) นัดผู้ป่วยมาสม่ำเสมอ

- ตระหนักถึงโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วย ถึงแม้ว่าอาการหลาย ๆ อาการบ่งว่าเป็นอาการที่ไม่มีสาเหตุ แต่แพทย์ควรตระหนักถึงความเป็นไปได้ว่าบางอาการอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโรคบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่อาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

4. อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุระยะเรื้อรัง (Chronic medically unexplained physical symptoms) : เป็นปัญหาทางคลินิกที่ยุ่งยาก แพทย์ที่พยายามผลักดันผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมักพบกับความผิดหวัง ดังนั้นการรักษาจึงควรเลือกการรักษาที่มีขอบเขตเพื่อช่วยลดการไร้สมรรถภาพ เมื่อผู้ป่วยถูกจัดเข้ามาในกลุ่มนี้

แล้วผู้ป่วยควรจะได้รับ การติดตามการรักษาที่สม่ำเสมอ โดยแพทย์คนเดิมที่ยอมรับอาการและการขาดสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยไม่ตรวจเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็น และพร้อมที่จะให้การ support เพราะว่าการจัดการกับอาการเหล่านี้เป็นเรื่องที่ยาก กลวิธีในการป้องกันที่สามารถทำได้ จึงควรทำทุกครั้งที่จำเป็น ทันทึที่สามารถจะตัดสินใจได้ว่าอาการนั้นไม่สามารถอธิบายด้วยอาการทางกายได้ การอธิบายถึงกลไกการเกิดอาการที่เป็นไปได้จะช่วยป้องกันการเกิดอาการในระยะยาวได้ แพทย์ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาแก้ปวด อย่างแรง หรือการตรวจเพิ่มเติมที่ไม่มีข้อบ่งชี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพยายามกดดันแพทย์ก็ตาม

การฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วย somatization แบบเรื้อรังนั้น เป็นการยากและจำเป็นต้องทำในหน่วยที่เฉพาะเท่านั้น ญาติและผู้ป่วยมักไม่มีแรงจูงใจที่ดี การทำการฟื้นฟูแต่ละอย่างมักต้องการการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ทำงานร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาเหมือนในคลินิกรักษาอาการปวด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย และเพิ่มกิจกรรมทั่วไปมักจะเป็นการรักษาที่ต้องทำในผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วย somatization เรื้อรังนั้นไปให้จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา เพื่อประเมินว่าการรักษาทางจิตเวชใดน่าจะมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับจิตแพทย์ แพทย์ควรหลีกเลี่ยงแนวโน้มที่จะส่งต่อไปสู่แพทย์เฉพาะทางแผนกอื่นซึ่งมีแนวโน้มที่จะหาสาเหตุและการรักษาเฉพาะต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด

## สรุป

อาการทางกายเป็นอาการนำที่สำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งมากกว่า 3/4 เป็นปัญหาที่ไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพทางกายที่ชัดเจนได้ ปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ somatoform disorder ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่เกิดร่วมกันได้บ่อย จึงได้มีความพยายามวินิจฉัยแยกโรคและแบ่งหมวดหมู่ของกลุ่มอาการเหล่านี้ เพื่อพิจารณาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย เช่น ในภาวะซึมเศร้า

พิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับจิตสังคมบำบัด ในขณะที่ภาวะวิตกกังวลการรักษาทางจิตสังคมดีกว่าการให้ยาคลายกังวล และในกลุ่มอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุนั้นการวางแผนการรักษาในระยะยาวที่สม่ำเสมอ ตั้งเป้าหมายของการรักษานบนพื้นฐานของความเป็นจริง เข้าใจในความกังวลของผู้ป่วยและยอมรับว่าอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่ได้คิดไปเอง เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุอาการทางกายและสามารถแสดงอารมณ์ออกมาได้อย่างเหมาะสม และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็นจะเป็นสิ่งสำคัญกว่าการใช้ยา

### อ้างอิง

1. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: Prevalence, classification and psychiatric comorbidity. Arch Intern Med 1993 Nov 8; 153(21): 2474 - 80
2. Kroenke K. Symptoms in medical patients : an untended field. Am J Med 1992 Jan 24; 92(1A): 3S - 6S
3. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care : incidence, evaluation, therapy and outcome. Am J Med 1989 Mar; 86(3) :262 - 6
4. van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of general medical out-patient clinic. Psychol Med 1993 Feb; 23(1),167 - 73
5. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model - - an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. Psychosomatics 2002 Mar-Apr; 43(2): 93 - 131
6. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res 1985; 29(6): 563 - 9
7. Fink P. Somatization disorder and related disorders. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, eds. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000: 1080 - 8
8. Lloyd GG. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. J Psychosom Res 1986;30(2): 113 - 20
9. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. Arch.Gen Psychiatry 1985 Aug;42(8): 821 - 33
10. ชัยชนะ นิมนวล. อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ. ใน:มานิช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. นนทบุรี :กองสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2544: 111 - 120
11. Lipowski Z. Somatization : the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988: 145(11); 1358 - 68
12. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มานิช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). หจก.โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ กรุงเทพฯ . ธันวาคม 2539; 171 - 6
13. Cohen SI. The psychological care of medical patients. J R Coll Physicians Lond 1995 Sep-Oct; 29(5): 447
14. Mayou R. The nature of bodily symptoms. Br J Psychiatr 1976 Jul; 129: 55-60
15. Tyrer PJ. Relevance of bodily feelings in emotion. Lancet 1973 Apr 28; 1(7809): 915 - 6