

เรียนอายุรศาสตร์อย่างไรให้สนุก

ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง ตั้งสง่า
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรยาย ณ ตึกอบรมวิชาการแก่แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553

จากประสบการณ์การทำงานของผมมา 30 กว่าปี ผมหวังว่าสิ่งที่มาเล่าให้ฟังนี้จะทำให้ทุกท่านเข้าใจหลักการเรียนอายุรศาสตร์ และสามารถค้นคว้าหาความรู้ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญของผู้ป่วย โดยใช้เวลารวดเร็วขึ้น จำเรื่องราวทางวิชาการง่ายขึ้น เป็นระบบมากขึ้น

ข้อแตกต่างสำคัญของการเรียนเป็นแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ระหว่างเมื่อ 30 ปีก่อนกับในสมัยนี้ คือ ในสมัยก่อนมีจำนวนแพทย์ประจำบ้านมีเพียง 6 คน case ส่วนใหญ่เป็น acute care management และมี lab technology น้อย การสอนจากรุ่นพี่มีน้อย จำนวนชั่วโมง conference ก็มีน้อย ต้องเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นอย่างมาก ในสมัยก่อนแพทย์ประจำบ้านต้องคิดอย่างรอบคอบ เนื่องจากไม่มี lab ให้ส่งได้มากนัก ต่างจากปัจจุบันมีทุกอย่างให้พร้อมสรรพ มีแพทย์รุ่นพี่ในสาขาวิชาต่างๆ เป็นจำนวนมาก การเรียนการสอนเป็น spoon feeding มากขึ้น ปัจจุบัน high technology เข้ามามีบทบาทในการดูแลคนไข้เพิ่มขึ้นมาก ไม่ว่าจะเป็นส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การทำ ultrasound, echocardiogram, CT scan, MRI ทำให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสได้คิดเองและทำเองน้อยลง เลยกลายเป็นปรากฏการณ์ของการละเลยการหัดคิด ละเลยการซักประวัติและการตรวจร่างกายที่เป็นพื้นฐานของอายุรแพทย์ อยากบอกทุกคนว่า ต้องระวังอย่าให้ถูกน้อมนำไปตามสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ต้องรู้จักคิด และใช้วิจารณญาณ ใช้ตรรกะในการหาเหตุผลให้มาก

เริ่มจากคิดไม่เป็นมาก่อน

ขณะที่ผมเข้ามาทำงานเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เมื่อหลายสิบปีก่อน ก็มีความรู้สึกที่คล้ายกับแพทย์ประจำบ้านปี 1 ปัจจุบัน คือ รู้สึกว่าความรู้อายุรศาสตร์มันกว้างเหลือเกิน เหมือนกับยืนริมฝั่งทะเล มองผ่านห้วยมหรณพข้ามไปไม่เห็นฝั่งด้านตรงข้าม ไม่ทราบว่าจะเริ่มตรงไหน จะเดินต่อไปอย่างไร และจะสิ้นสุดตรงไหน ปัญหาผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ผูกพันกันสลับซับซ้อน ไม่แน่ใจว่าอย่างไรจึงจะเป็น bedside learning ทำอย่างไรก็ไม่ถูกใจอาจารย์ เวลาที่ได้พบกับอาจารย์ก็น้อย และความกังวล ที่สำคัญ คือ ทำอย่างไรจึงจะสอบ board ผ่าน ความไม่รู้จริง (ของผม) ในหลักการนำไปสู่ความไม่มั่นใจในตัวเองว่า กำลังเดินมาถูกทางหรือไม่ สิ่งที่กำลังเรียนรู้เป็นแก่นของวิชาอายุรศาสตร์จริงหรือไม่ หรือเป็นเพียง "เปลือก" ?

จุดเปลี่ยนของผมมีอยู่ 2 ช่วง ช่วงแรก คือ การเตรียมนำเสนอผู้ป่วยที่น่าสนใจรายหนึ่งที่เกิด hemolytic anemia จาก lead poisoning ในสมัยที่เป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เดือนที่ 2 โดยมีท่าน ผศ. นพ. สืบสันต์ สิริสันธนะ อดีตอาจารย์ด้าน hematology เป็นผู้คุมการดำเนินงาน ก่อนนำเสนอผมได้ไปอ่านเรื่อง lead poisoning มาอย่างละเอียด อ่านถึงลงไปถึงระดับชีวเคมีของ porphyrin metabolism ก็คิดว่าการนำเสนอนี้คงผ่านไปด้วยดี เมื่อถึงวันนำเสนอจริงพอผมเล่าประวัติตรวจร่างกายและการตรวจ lab เบื้องต้นแล้ว ก็พยายามวกมาที่ basophilic striping จาก blood smear และจะให้มันเป็น lead poisoning ให้ได้ เพราะว่า..... เราอ่านเรื่องนี้มา และผู้ป่วยรายนี้ก็เป็นโรค

นี้..... มันก็ชั่วร้ายอยู่แล้ว

ผลคือ ผมถูกเบรคทันที อาจารย์สับสนตั้งท่านถามในประเด็นที่ผมไม่ได้เตรียมมา คือ "หมอรู้ได้อย่างไรว่า anemia ในรายนี้เป็น hemolytic anemia?" และคำถามต่อมา คือ "เมื่อรู้ว่าเป็น hemolysis แล้ว จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็น hemolysis จาก lead poisoning จริง?" คำถาม 2 ข้อนี้ทำให้ผมหน้าแตกเป็นครั้งแรกๆ ของชีวิตการเป็นแพทย์ประจำบ้าน

จุดเปลี่ยนแปลงช่วงที่ 2 คือ ช่วงที่เป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ช่วงนั้นได้มีโอกาสไปเข้าหลักสูตรเรียนอายุรศาสตร์ที่ Singapore General Hospital โดยทุนของ China Medical Board เป็นเวลานานถึงเกือบ 3 เดือน ในช่วงเวลาดังกล่าว ผมได้เห็นการฝึกการดูคนไข้สไตล์อังกฤษ ซึ่งทำให้ได้ข้อคิดที่ดีมาก ผมได้รับผู้ป่วยที่มี diastolic rumbling murmur ที่ apex หลังจากนำเสนอแล้วก็ถูกถามโดยอาจารย์ที่มาจากอังกฤษว่า "diastolic murmur ในรายนี้ มี differential diagnosis เป็นโรคอะไรได้บ้าง?" คำถามต่อมา คือ "mitral stenosis (MS) เกิดจากอะไรได้บ้าง?" และสุดท้ายคือ "เมื่อผู้ป่วยมี MS แล้วต่อไปจะมี complication อะไรได้บ้าง?" คำถามเหล่านี้ผมตอบได้ไม่หมด ที่ตอบได้ไม่หมดก็เพราะผมไม่ได้เตรียมตัวมาในลักษณะนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เวลาผมดูคนไข้ ก็ไม่ได้ถามตัวเองให้จำแบบนั้น จำแค่ MS คือ เกิดจาก rheumatic heart และอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension บ้าง เกิด AF บ้าง แต่ไม่ได้จดจำ list รายการสาเหตุทั้งหมดและ complication ทั้งหมดของ MS ไว้ในสมอง ในขณะที่พวกหมอสิงคโปร์ มาเลย์ ตอบกันเป็นฉากๆ อย่างคุ้นเคย

ประสบการณ์ครั้งนั้นทำให้ผมเห็นจุดอ่อนสำคัญของตัวเองว่า..... ที่ผ่านมายังเรียนความรู้จากผู้ป่วย (bedside) อย่างไม่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถขุดเอาความรู้จากปัญหาผู้ป่วยที่พบขึ้นมาให้เป็นบทเรียนได้มากเท่าที่จะเป็นไปได้ คือ ขุดมาได้เฉพาะ "เท่า

ที่เห็นจากผู้ป่วย" แต่ยังไม่สามารถ extrapolate ไปขุดความรู้จาก "ส่วนที่ยังมองไม่เห็น" ได้หมด

ต้องมีความเชื่อมั่นว่าทำได้

เราต้องเชื่อมั่นเสียก่อนว่า เราสามารถฝึกหัดตนเองให้คิดให้เป็นอิสระได้ ...เราต้องเชื่อมั่นว่าเราทำได้... เมื่อเราทำงานไปทุกๆ วัน ได้พบปัญหา (หมายถึง จุดบกพร่องของตัวเอง) ทุกวัน เมื่อมองเห็นปัญหาหรือจุดบกพร่องของเราแล้ว เราต้องค้นหาให้พบว่า ประเด็นจุดอ่อนที่เราทำยังไม่ถูกคืออะไร แต่ค้นหาพบแค่ "จุดอ่อนคืออะไร" ก็ยังไม่พอ ต้องถามถึงต้นเหตุว่าทำไมเราจึงทำไม่ถูก มันเป็นเพราะอะไรกันหนอ? เรา "คิด" ไม่ถูกต้องอย่างไร? concept หรือว่า "มโนกรรม" มันบกพร่องอย่างไร? ถ้าเห็นจุดอ่อนว่าเราทำไม่ถูกเป็นเพราะ เราลืมตรงประเด็น X, Y, Z นั้นๆ ไป ก็อย่าสรุปเพียงว่า "...ขอโทษที่..... มันลืมไป" แต่ต้องถามตัวเองว่าทำไมถึงลืม? (= ทำไมถึงไม่ได้ฝึกเตรียมคำตอบนั้นไว้ก่อน) mechanism หรือ root cause (ของการลืม) มันอยู่ตรงไหน? ทำอย่างไรเราจึงจะสร้างวิธีคิดให้ครอบคลุมได้? เพราะเมื่อไรที่เราสามารถสร้าง concept ในการคิดแบบนั้นได้ เราก็จะ "แสวงหาคำตอบด้วยตนเอง" ได้

ความอิสระของความคิดเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์สามารถ "แสวงหาคำตอบด้วยตนเอง" ได้

ทัศนคติ "ทำให้ดีที่สุด"

ไม่ว่าจะทำอะไร จะคิดอะไร จะพูดอะไร พยายามทำให้ดีที่สุดในทุกเรื่อง (do my best) ตั้งมาตรฐานให้สูงไว้ ถามตัวเองเสมอว่า ทำได้ดีแค่ไหนจริง หรือ จะทำให้ดีกว่านี้ตรงไหนได้บ้าง มีคำกล่าวไว้ว่า "รู้อะไรก็รู้ให้จริง ถ้ารู้ไม่จริงก็อย่ารู้เสียดีกว่า" อาจแปลคำกล่าวนี้อีกได้ว่า "ถ้าจะทำอะไรก็ทำให้จริง ถ้าทำไม่จริงก็อย่าทำ" อย่าทำอะไรแบบลวกๆ แบบขอไปที อย่าทำแบบ fast food เพราะในเบื้องต้นมันอาจได้ผลเร็ว.... แต่ในระยะยาวเราจะไม่เข้าใจหลัก และไม่ซึมซาบใน

เนื้อหาของวิชา ถ้าจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาษาไทยก็เขียนให้ถูกหลักภาษา ถ้าจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษก็ต้องพยายามระมัดระวังเรื่องไวยากรณ์ อย่างนำเสนอเป็นแบบ "broken English"

หากฝึกทำแต่สิ่งที่ดีที่สุดจนเป็นความเคยชิน โอกาสพลาดก็จะน้อยลง การได้รับความยอมรับจากผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรรอบข้างก็จะมีสูงขึ้นในที่สุด **หัดคิดให้เป็นขั้นตอน**

หากจะคิดอะไรเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วย ก็คิดให้ลึกซึ้ง คิดให้เชื่อมโยง เชื่อมโยงกับข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยรายนั้น อย่าคิดแยกเป็นช่วงๆ แล้วไม่นำมาเชื่อมโยงกัน ในการคิดให้เชื่อมโยงนั้นต้องหัดวิธีคิดให้เป็นระบบ ขั้นตอนการ approach ผู้ป่วยที่แพทย์ประจำบ้านทุกคนควรฝึกหัดให้เคยชิน และต้องไม่มองข้าม คือหาข้อมูล bed-side (symptoms & signs) – ตั้ง problem list – ตั้ง differential diagnosis ให้เป็นระบบ – rule out สิ่งที่ไม่ได้ – formulate provisional diagnosis – วางแผนการ investigate เพิ่มเติมและวางแผนการรักษา บ่อยครั้งเมื่อแพทย์ประจำบ้านนำเสนอประวัติ และตรวจร่างกายจบแล้ว ก็มุ่งหน้าไปอภิปรายในปัญหาใดปัญหาหนึ่งในทันที โดยไม่รวบรวมตั้ง problem list เสียก่อน ตรงนี้สำคัญ และอยากให้ทุกคนหัดให้เป็นนิสัย จะมีประโยชน์มากต่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกปัญหา

จากสิ่งที่เราเห็นจากตัวผู้ป่วย (คือ clinical presentation) ซึ่งอาจเป็นประวัติ ผลการตรวจร่างกาย จะถูกขมวดออกมาเป็น problem list การทำ differential diagnosis คือ การแจกแจงปัญหา (What อันใหญ่) ออกเป็นโรคย่อยๆ (What อันเล็กๆ) โรคย่อยๆ เหล่านี้ต่างล้วนเป็น "จำเลยต้องสงสัย" ว่าอาจเป็นต้นเหตุของปัญหานั้น การจำโรคย่อยๆ ใน differential diagnosis ให้หมดจนคล่องแคล่ว เป็นการเรียนแบบท่องจำ คือ เรียน "What" ซึ่งไม่พอ เราต้องฝึกวิธีคิดให้เข้าใจว่า ชื่อโรคที่ปรากฏอยู่ในรายการของ differen-

tial diagnosis นั้น มาได้อย่างไร? มีหลักการคิดอย่างไร? กล่าวคือ ต้องเรียน How (...was this D/Dx derived from?) ด้วย

เราควรหัดคิด How and Why ควบคู่ไปกับ What แบบนี้ไปทุกขั้นตอนของการ approach ผู้ป่วย ในส่วนการซักประวัติการตรวจร่างกายอย่ามองเฉพาะ positive finding แต่ควรทราบว่ามีอะไรบ้างที่เป็น important negative finding ซึ่งถ้าจะทราบอย่างหลังได้ ก็ต้องหัดคิดไว้ในทันทีว่า อาการหรืออาการแสดงนั้นๆ มี D/Dx อะไรบ้าง และหากว่าในระยะแรก เวลาซักประวัติตรวจร่างกาย เราอาจลืมคิด D/Dx ไป เวลามานั่งเขียนรายงาน ก็ควรคิดทบทวนตาม D/Dx และกลับไปหาข้อมูลเพิ่มเติม (จากผู้ป่วย) เพื่อให้ได้ทั้ง positive และ important negative finding ให้ครบตามกรอบของ D/Dx ของปัญหานั้นๆ หากทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ก็จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน วิธีง่ายๆ ที่จะใช้กระตุ้นตัวเองให้หัดทำงานให้สมบูรณ์ครบถ้วน คือ ควรถามว่า ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้าเรานั้นเป็นผู้ป่วยที่ถูกนำมาใช้สอบ long case เราจะทำอย่างไรให้ได้ข้อมูลครบมากที่สุดในเวลาที่ดีที่สุด คำตอบ คือ ก็ต้องหัดทำเสียแต่เดี๋ยวนี้ คือ หัดคิดทุกครั้งที่มีผู้ป่วยรายใหม่เข้ามา หัด D/Dx หัดตรวจร่างกายให้ครบ อย่าทำลวกๆ หากฝึกไว้ให้คล่อง เมื่อถึงเวลาสอบก็จะสามารถทำได้ง่ายดาย

คิดเชื่อมโยงจากโรคมารู้ Physiology (Why & How ตามหลัง What)

ในการเรียนรู้ "How" เพื่อให้เข้าใจ clinical ที่เป็น "โรค" ต้องเข้าใจกลไกการเกิดโรค หรือ pathophysiology เสียก่อน และถ้าต้องการเข้าใจ pathophysiology เราต้องเข้าใจเรื่อง physiology ให้แม่นยำก่อนสำคัญของการแพทย์ประจำบ้าน คือ เมื่อเห็นอาการผู้ป่วย ก็จะพยายามก้าวกระโดด (jump) ให้ออกมาเป็นการวินิจฉัย "โรค" โดยเร็ว โดยไม่พยายามหยุดสัณนิคิด..... คิดให้มากอีกหน่อยว่า ควรมีหลักการคิดอย่างไร ในการคิด D/Dx ว่าจะจะเป็นโรคอะไรได้บ้างนั้น แทนที่จะจำ

เป็นโรคที่ละโรค ก็ควรนึกก่อนว่าคนปกติทำอย่างไรจึงไม่เกิดอาการเช่นนั้น? เช่น ถ้าผู้ป่วยมี pulmonary edema ก็หมายความว่า เรากำลังให้ความสนใจไปที่น้ำที่เข้าไปรวมอยู่ใน alveolar space หากจะคิดให้มีหลักที่สักระยะเข้าใจว่า ร่างกายคนปกติทำอย่างไรจึงไม่มีน้ำไปกั่งตรงจุดนั้น ถ้าเข้าใจ normal physiology ของ flow ของน้ำเข้า – และออก alveolar space ก็จะเข้าใจได้ว่า กลไก (mechanism) หลักของการมี alveolar edema มีอะไรได้บ้าง แล้วก็จะสามารถมองทะลุไปถึงโรคต่างๆ ในกลไกดังกล่าวแต่ละหัวข้อได้ไม่ยากนัก

เมื่อเราเห็นผู้ป่วยมาด้วยปัญหาเรื่อง Shock แทนที่จะไปจำเพียงแค่ว่าเป็น septic, hypovolumic, etc. เราควรเริ่มต้นคิดว่า ร่างกายทำอย่างไรจึงมีความดันโลหิตปกติ (ความดันโลหิต = cardiac output X Peripheral Vascular Resistance) ถ้าเข้าใจหลักข้อนี้ก็จะสามารถประยุกต์มาใช้กับคนไข้ต่อได้ว่า ถ้า cardiac output (= stroke volume X heart rate) ผิดปกติ หรือ PVR ปกติ จะเป็นโรคอะไรได้บ้าง

เมื่อผู้ป่วยมีอาการบวมขา แทนที่จะนึกถึงชื่อ "โรค" ก็ควรนึกถึง "กลไก" ก่อนว่าเป็นความผิดปกติของ oncotic pressure หรือ hydrostatic pressure หรือการมี vascular permeability เพิ่ม จากกลไกหลักเหล่านี้ จึงค่อยแจกแจงต่อไปเป็นโรคตับ โรคไต โรคหัวใจ อย่างที่ขอบทอ้งกัน ก็จะเห็นภาพของการบวมที่อวัยวะต่างๆ หรืออาการบวมจากโรคต่างๆ ให้เชื่อมโยงเป็นภาพเดียวกันได้ อาจยุ่งยากในช่วงแรก แต่ถ้าฝึกคิดบ่อยๆ ก็จะคล่องและเคยชิน และเมื่อใดที่พบปัญหาผู้ป่วยที่ซับซ้อน จะช่วยให้เราสามารถแก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น

แยกคำที่เป็น Fact (ความจริง) ออกจากสิ่งที่เป็น Opinion (ความเห็น)

ตั้งแต่เริ่มต้นซักประวัติตรวจร่างกาย ไปจนถึงการวินิจฉัยโรค จะมีคำที่เป็นศัพท์เทคนิคมากมาย ที่แพทย์ใช้กันทุกวัน ใช้กันบ่อยครั้งจนอาจลืมนึกไปว่าคำคำ

นั้นมีหมายความว่าอย่างไร ลืมไปว่าอะไรคือ Fact อะไรเป็นแค่ opinion ศัพท์เทคนิค (medical term) ทุกคำไม่ว่าจะเป็น angina pectoris, COPD, CKD ฯลฯ ล้วนมีคำจำกัดความเฉพาะ ก่อนจะใช้คำใดคำหนึ่งที่เป็นศัพท์เทคนิค ต้องถามตัวเองก่อนว่า เรามีข้อมูลและเหตุผลตรงตามเกณฑ์การใช้คำนั้นหรือยัง หากว่ายังไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ก็ไม่ควรใช้คำ technical term นั้นๆ มาพูดหรือมาเขียน และไม่ควรนึกกว่าจะเป็นการ "เสียเกียรติ" หรือ "เสียฟอร์ม" ที่จะเขียน problem list ตามสิ่งที่ เป็นความจริง ไม่ว่าคำนั้นอาจดูง่าย ๆ สั้นๆ ก็ตาม ตัวอย่างเช่น ถ้าตรวจพบผู้ป่วยมีไข้มา 3 สัปดาห์ มีผื่นขึ้นตามตัวเล็กน้อย มี superficial cervical lymph node โต และตรวจไม่พบอาการแสดงอย่างอื่น ก็อย่ารีรอที่จะตั้ง problem list ตามสิ่งที่ เป็นจริง คือ fever, lymph node โตเป็นต้น **ควรเขียน D/Dx ให้เป็นระบบที่เข้าใจง่าย**

การตั้ง D/Dx สำหรับปัญหาเรื่องอะไร ควรตั้งตาม flow ของตัวคนนั้น เช่น การวิเคราะห์เรื่องปวดท้อง มักเริ่มต้นจากการแยกอาการปวดตาม anatomy ว่าอยู่ใน quadrant ไหนของช่องท้อง การตั้ง D/Dx สาเหตุของ jaundice มักเรียงตามลำดับการเคลื่อนไหวของ bilirubin เป็น pre-hepatic, hepatic และ post-hepatic การตั้ง D/Dx ของ acute azothemia แบ่งตามการเคลื่อนไหวของ creatinine จาก muscle damage ไปสู่ pre-renal, renal และ post-renal causes เมื่อไหร่ที่อ่านหนังสือแล้วไม่เข้าใจตาราง D/Dx ก็ต้องสำรวจดูว่า ตาราง D/Dx นั้นมีการเรียงลำดับเป็นระบบหรือไม่ หากยังไม่เป็นระบบ ก็ลองคิดหาวิธี "สร้างระบบเอง" ที่จะทำให้จำได้ง่ายขึ้น วิธีที่ใช้อยู่คือ การสร้างตาราง D/Dx ตามหลัก physiology หากเรารู้ว่าเรากำลังติดตามการเคลื่อนไหว (flow) เรื่องอะไร (เช่น เรื่องน้ำในกรณีภาวะบวม เรื่อง creatinine ในกรณี azothemia) เราก็สามารถสร้างตาราง D/Dx ที่เป็น pathophysiology ซึ่งเป็นกระเจกเงาของ physiology

ของตัววัดนั้นๆ ได้

ขอให้เชื่อว่า ตาราง D/Dx ส่วนมากมักจะทอน physiology ของ flow ตัวชี้วัดอันใดอันหนึ่งเสมอ ขอให้ค้นหา "ตัววัด" นั้นให้พบ

หลังจากสร้างหรือศึกษา D/Dx ตาม flow ของตัวชี้วัดแล้ว ต่อไปก็อาจต้องสร้าง D/Dx ในแต่ละจุดย่อยต่อไปอีก เช่น อาจแบ่งโรคของ azothemia ในส่วน "Renal" cause ของ acute azothemia ออกตามมิติ anatomical structure ออกเป็น glomerular, tubular, vascular, และ interstitial causes และแต่ละส่วนก็อาจแบ่งย่อยตามมิติอื่นๆ ไปได้อีก เช่น อาจแบ่งมิติของ "glomerular cause" ออกเป็น congenital, trauma, inflammation, infection, metabolic, tumor ฯลฯ ดังนี้แล้ว เราก็จะสามารถจัดการความคิดของเราให้เป็นระเบียบเป็นระบบที่สลับซับซ้อนแต่เข้าใจง่ายได้ ขอให้เชื่อและลองนำไปใช้ดูว่าสามารถใช้หลักการคิดแบบนี้ได้กับทุกปัญหา ทุกโรคจริงหรือไม่ คิดแล้วบางข้อบางมิติอาจไม่มีโรคอะไรที่เป็นจริง..... ก็ไม่เป็นไร แต่อย่างน้อยเราจะมีกระบวนการความคิดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้

การหัด rule out โรคก่อนพ้นธง

เป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ประจำบ้านบางคนยังนิยมใช้วิธีสรุปเป็นแบบพ้นธง เช่น ถ้าผู้ป่วย นาย ก. มีอาการ X และตรวจร่างกายพบ A และ B ประโยคที่มักได้ยินบ่อยๆ คือ "ก็ไม่น่าใจว่าจะเป็นโรค P ได้หรือเปล่า" สุดท้ายเวลานั้นในใจผู้พูดกำลังนึกถึงโรค P อะไรก่อนก็พูดมาก่อน บางครั้งพูดจบแล้วก็ยังตัดใจไม่ขาด เพราะว่าผู้ป่วยยังอาจเป็นโรค Q ได้ด้วย ก็จะพูดประโยคต่อไปว่า "....ก็ไม่น่าใจว่าจะเป็นโรค Q ได้ด้วย" คู่มือจะ "ไม่แน่ใจ" ไปได้เรื่อยๆ

อีกประโยคที่ได้ยินบ่อย คือ "ผู้ป่วยมีอาการ X และตรวจร่างกายพบ A และ B เข้าได้กับโรค Y มากที่สุด"

ขอเตือนว่า การสรุปทั้ง 2 แบบนี้ มีโอกาส

ผิดได้สูง เป็นการคิดแบบ "Fast food" และถึงแม้จะวินิจฉัยถูก แต่เราไม่สามารถสำรวจตนเองย้อนหลังได้เลยว่า ได้ข้อสรุปเช่นนั้นมาอย่างไร สิ่งที่เราควรหัดคิด คือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการ X และตรวจร่างกายพบ A และ B มันเข้ากับ technical term ที่เป็น clinical syndrome ที่มีชื่อเฉพาะได้หรือไม่? ถ้ายังไม่เข้าเกณฑ์อะไรก็ approach ไปทีละอย่างโดยตั้งปัญหาตามอาการ X และมีหลักการคิด คือ อาการ X เกิดจากอะไรได้บ้าง? (คือถามตัวเองต่อไปว่า ร่างกายมีระบบควบคุมตามระบบ physiology อย่างไร จึงไม่มีอาการ X ?) แล้วถ้าเช่นนั้น pathophysiology ของการเกิดอาการ X จะเกิดความผิดปกติของระบบ normal physiology ที่ตรงจุดไหนได้บ้าง?

จากนั้นก็คิดต่อไปให้ได้ถึงแต่ละจุดที่อาจผิดปกติตามระบบ pathophysiology นั้นว่า จะเป็นโรคอะไรได้บ้าง โดยแบ่งตามมิติของ pathology (หมายถึง เริ่มจาก congenital, trauma, inflammation ฯลฯ) หรือมิติอื่น

จากนั้นก็ลองนั่งนึกว่าจะ rule out โรคแต่ละกลุ่มได้อย่างไร เมื่อ rule out โรคที่สามารถ rule out ได้แล้ว จะเหลือโรคที่ยังต้องเก็บไว้ใน D/Dx จำนวนหนึ่ง ซึ่งต้องการการตรวจ investigate เพิ่มเติมมา ช่วยตัดสินใจ โดยวิธีคิดแบบนี้แพทย์ประจำบ้านจะสามารถเข้าใจได้ด้วยตัวเองว่า ได้ข้อสรุปการวินิจฉัยโรคโดยเริ่มจากอาการผู้ป่วยได้อย่างไร? ลองคิดแบบนี้อยู่เสมอก็จะสร้างความมั่นใจได้ว่า เราเดินทางมาอย่างไร ได้ rule out อะไรไปแล้ว? และ rule out ด้วยเหตุผลอะไร? วิธีทางเดินของ D/Dx ไปสู่ final diagnosis จะชัดเจนมากขึ้น และความคิดของแพทย์ประจำบ้านจะเป็นอิสระมากขึ้น

คิดใหม่ๆ ก็คงช้าหน่อย ดูเหมือนยุ่งยาก แต่คิดบ่อยๆ ก็จะคล่องขึ้นเรื่อยๆ หากวาดคิดตรงไหนก็หมายความว่าเรายังรู้ตรงจุดนั้นไม่ชัด ก็สามารถนำไปอ่านหนังสือค้นคว้าเพิ่มเติมต่อได้เอง ไม่ต้องพึ่งใคร ไม่ต้อง

รอให้ใครมาถามมาแนะ กลับไปอ่านเองได้เลย

ความสำคัญของ cause-effect relationship และ time cause relationship

แพทย์ประจำบ้านควรให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ 2 ข้อนี้ให้กระจ่าง เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับยา dicloxacillin มา 2 วัน แล้วมี azothemia มันแทบเป็นไปจะไม่ได้เลยที่ผู้ป่วยจะเป็นโรค acute interstitial nephritis จาก dicloxacillin เพราะช่วงเวลาที่ได้รับยาไม่นานพอ หรือถ้าผู้ป่วยมี serum creatinine = 9 mg/dl แต่ทำ ultrasound แล้ว kidney size = 11 ซม. และ cortical thickness หนาปกติ ก็อาจสรุปได้ว่า มันเป็นไปไม่ได้ที่ผู้ป่วยรายนี้จะมี azothemia จาก severe chronic kidney disease เพราะ kidney size ของผู้ป่วยไม่เล็กตามความรุนแรงของภาวะ azothemia พุคอีกนัยหนึ่ง คือ รายนี้น่าจะเป็น acute kidney disease ซึ่งเราต้องไปปรับหาสาเหตุโดยด่วน เช่นนี้เป็นต้น

การฝึกคิดก่อนส่งตรวจ

ในอดีตการดูแลผู้ป่วยมีเทคโนโลยีมาช่วยอย่างจำกัด ทำให้แพทย์มีความเคยชินที่จะต้องวิเคราะห์ข้อมูล clinical data อย่างละเอียด ถัดจาก X-ray, EKG, angiogram ก็ไป autopsy เลย ไม่มีการทำ Echo ไม่มี CT หรือ MRI, ไม่มี fine needle aspiration (FNA) ไม่มีการตรวจ PCR และอื่นๆ ทำให้แพทย์ผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้วิจารณญาณและ critical appraisal ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างมาก ซึ่งต่างจากปัจจุบันมี "ตัวช่วย" มากมาย ทำให้แพทย์มีความเคยชินที่ไม่ต้องคิดอะไรมาก ส่งตรวจไปหลายๆ อย่าง มันก็คงเจอเข้าสักอย่าง จนบ่อยครั้งที่แพทย์ผู้ส่งตรวจก็ไม่มี ความเข้าใจว่ามีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ที่จะต้องส่งตรวจ lab อันนั้น มีข้อบ่งชี้หรือไม่ มีข้อห้ามหรือไม่ มีข้อจำกัดในการแปลผลอย่างไร มีตัวกวน (confounding factor) อะไรบ้างที่อาจมีผลกระทบต่อค่า Lab อันนั้น และสุดท้าย คือ ไม่ได้คิดไว้ก่อนว่าเมื่อได้ผลค่า Lab มาแล้ว จะแปลผลวิเคราะห์ผลอย่างไร

มองปัญหาผู้ป่วยอย่างไรจึงจะครบวงจร

เมื่อมาถึงจุดสุดท้ายได้โรคที่สงสัยแล้ว เราต้องกลับมาทบทวนความคิดว่า เราแน่ใจแล้วหรือที่วินิจฉัยโรคนั้น (verify)? โรคนั้นเกิดจากอะไรได้บ้าง? โรคนั้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรได้บ้าง? โรคนั้นมี precipitating factors อะไรหรือไม่ที่อาจทำให้โรคนั้นมีอาการเลวลงกว่าที่ควร? แล้วต่อไปก็เป็นการกำหนดแนวทางการรักษา

หากสามารถ "คิดให้รอบ" ครอบคลุมทุกๆ มิติของโรคผู้ป่วยเช่นนี้ไปได้ทุกๆ โรค มันจะเปิดวิสัยทัศน์ของเราในการมองโรคผู้ป่วยให้กว้างขึ้น ก็คือ เราคิดอย่างเป็นอิสระได้โดยไม่ต้องพึ่งอาจารย์ ไม่ต้องมี "ตัวช่วย" ได้

คุณสมบัติอื่นๆ ของแพทย์ประจำบ้าน

องค์ประกอบอื่นๆ ที่อยากจะฝากไว้คือ ควรฝึกมีกัลยาณมิตรต่อผู้ร่วมงาน ควรมี teaching mind ตลอดเวลาเพื่อสอนรุ่นน้องและผู้ป่วย และปัญหาการฟ้องร้องจะน้อยลง ถ้าเรามีความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย ซึ่งจะไม่กล่าวละเอียดยินในที่นี้

บางครั้งการมองไปข้างหน้า ทำให้เราท้อแท้ไม่เห็นฝั่ง ให้ลองกลับมาดูย้อนหลังบ้าง ในแต่ละวันที่ผ่านมา เราได้ทำอะไรบางอย่างให้มันลุล่วงไป คิดถึงสิ่งที่เราได้รู้เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน คิดถึงสิ่งที่ได้ทำสำเร็จไปแล้ว ให้ดีใจกับสิ่งที่ได้ทำลงไป ให้เป็น rewarding ทางใจกับตัวเองบ้าง มันก็จะลดความท้อแท้ลง

เส้นทางการเป็นอายุรแพทย์ที่ดีและประสบความสำเร็จไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ ทุกอย่างต้องแลกมาด้วยความพยายาม มุ่งมั่น และอดทน แต่ผลลัพธ์สุดท้ายก็เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เราดูแล ต่อเราเอง และวงศ์ตระกูล

ของฝากกลับบ้าน (take-home message)

ขอให้ระลึกไว้เสมอว่า ทุกท่านที่เข้ามาฝึกอบรมอายุรศาสตร์นั้นไม่ได้เข้ามาเรียนเพื่อให้วินิจฉัยโรค (What) ได้เท่านั้น แต่ต้องเรียนเพื่อฝึกวิธีคิด (How

& Why) ว่าได้การวินิจฉัยโรคนั้นมาอย่างไรด้วย

อย่าลืมว่า ทุกคนอ่านตำรา หรือ Journal เล่มเดียวกัน แต่ที่สำคัญ คือ concept หรือกระบวนการความคิดที่มาต่อยอด จะทำอะไรจึงจะสามารถ "ต่อยอด" ไปให้ได้ดีที่สุด ถ้าทำได้ เราก็จะสร้าง ...องค์ความรู้ที่เป็นลักษณะเล็กๆ อยู่ในลักษณะใหญ่ได้เหมือนหลักการคิดของอาจารย์เช่นกัน

อย่ามองแค่ว่าจะสอบให้ผ่าน หรือรักษากันผู้ป่วยกลับบ้านได้ก็พอแล้ว แต่ต้องมองว่าจะทำการ

ไรว่าเรียนอายุรศาสตร์ครบ 3 ปีแล้ว เราจะอยู่ได้ด้วยตัวเองอย่างมั่นใจ ไม่ต้องพึ่งอาจารย์จะอย่างไร? ...จะคิดอย่างไร? ตัวเราจึงจะเป็นอิสระ ...หลุดพ้นจากกรอบ ...สามารถเป็นไทพึ่งตัวเองได้หมดความไม่มั่นใจ และมีแต่ความมั่นใจในตัวเองทำอะไรเราจึงจะเป็น real commander ของทีม และลดบทบาทอาจารย์จาก consultant เป็น facilitator ถ้าสามารถไปถึงจุดนั้นได้ ก็หมายความว่าเราบรรลุปรัชญาที่แท้จริงของการเป็นอายุรแพทย์