บทความฟื้นวิชา

กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms : LUTS)

สาธิต ศิริบุญฤทธิ์

หน่วยศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms : LUTS.) เป็นสิ่งที่แพทย์ทั่วไปพบได้บ่อยทั้งในห้องตรวจโรคและห้องฉุกเฉิน การที่ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ อีกทั้งการวินิจฉัยเพื่อทำการแยกโรคย่อมเป็นสิ่งที่สำคัญในการรักษาอย่างถูกต้อง

การแบ่งกลุ่มอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างยังมีการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการดังนี้

1) กลุ่มอาการในช่วงการเก็บปัสสาวะ (storage symptoms)

กลุ่มอาการนี้เป็นกลุ่มอาการที่เกิดในช่วงของการเก็บปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มอาการนี้เมื่อก่อนถูกเรียกว่า irritative symptoms ซึ่งมี 4 อาการดังนี้

1.1) ปัสสาวะบ่อย (frequency) คือการปัสสาวะในตอนกลางวันหรือในช่วงเวลาที่ต้องทำงาน มากกว่า 6 ครั้ง หรือการปัสสาวะนั้นบ่อยมากจนทำให้รบกวนชีวิตประจำวัน

1.2) ปัสสาวะกลางคืน (nocturia) คือการปัสสาวะในตอนกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง หรือการตื่นมาปัสสาวะนั้นทำให้มีปัญหาจนมีรบกวนต่อการนอนหลับ[1]

1.3) ปัสสาวะแบบเร่งรีบ (urgency) คือ เมื่อมีการปวดปัสสาวะแล้วต้องรีบไปปัสสาวะโดยต้องไม่สามารถปฏิเสธหรือเลื่อนการปัสสาวะครั้งนั้นไปได้ ผู้ป่วยบางคนอาจให้ประวัติว่าไปปัสสาวะเกือบไม่ทัน ซึ่งต้องทำการแยกกับเรื่องของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) ซึ่งต้องมีประวัติของการมีปัสสาวะราดโดยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

1.4) ปัสสาวะแสบขัด (dysuria) คือ อาการแสบขัดเมื่อปัสสาวะ

2) กลุ่มอาการในช่วงการปัสสาวะ (voiding symptoms)

กลุ่มอาการนี้เกิดในช่วงของการปัสสาวะ (voiding phase) อาการในกลุ่มนี้เมื่อก่อนถูกเรียกว่า obstructive symptoms อาการในกลุ่มนี้มีดังนี้

2.1) เบ่งปัสสาวะ (staining) ซึ่งในภาวะของการปัสสาวะปกติจะไม่ต้องใช้แรงดันของช่องท้องในการเบ่งเพื่อทำให้ปัสสาวะออกมา เพราะกล้ามเนื้อ Detrusor ที่ผนังของกระเพาะปัสสาวะซึ่งอยู่ภายใต้อำนาจของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) มีความสามารถในการบีบตัวเพื่อขับปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะได้หมด ถ้าต้องมีการเบ่งปัสสาวะอาจเกิดได้เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ (urinary bladder problem) ปัญหาของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและหูดรูดกระเพาะปัสสาวะไม่สัมพันธ์กัน (Detrusor-External sphincter dyssynergia: DESD)

2.2) ปัสสาวะค้าง (incomplete emptying) เป็นอาการที่ยังรู้สึกว่าปัสสาวะไม่สุดหรือยังมีอาการหน่วงๆ อยู่บริเวณหัวเหน่าเมื่อปัสสาวะเสร็จ

2.3) ปัสสาวะเป็นขยัก (intermittency) อาการปัสสาวะแล้วมีการหยุดเป็นช่วงๆ

2.4) ปัสสาวะไม่พุ่ง (decease force of urine) ผู้ป่วยจะอาจบอกว่าปัสสาวะไม่แรงหรือพุ่งได้ไม่ไกลเหมือนที่เคยเป็นมา

2.5) ปัสสาวะลำเล็กลง (decease caliber of urine) ลำของปัสสาวะเล็กลง บางคนอาจบอกว่าปัสสาวะเป็นสองแฉก

2.6) ปัสสาวะหยดตอนท้าย (post void dribbling) คือการที่มีปัสสาวะออกมาหลังจากปัสสาวะเสร็จ มักเกิดจากมีปัสสาวะค้างอยู่ในท่อปัสสาวะส่วน bulbar part หรือ prostatic part[2]

2.7) ต้องรอนานกว่าจะปัสสาวะได้ (hesitancy)

2.8) ปัสสาวะไม่ออก (urinary retention)

การตรวจร่างกายที่จำเป็นในการวินิจฉัย lower urinary tract symptoms

การตรวจร่างกายคงต้องทำอย่างละเอียดเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มอาการอื่นที่มาพบแพทย์ แต่อาจเน้นการตรวจเป็นพิเศษในอวัยวะในระบบปัสสาวะส่วนล่าง

1) การตรวจท้อง (abdominal examination) การตรวจท้องเป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ด้วยเหตุผลที่ว่าอวัยวะในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างนั้นอยู่ในบริเวณของช่องท้องส่วนล่าง (lower abdomen) แต่ถ้าจะพูดให้ถูกต้องแล้วก็คืออยู่ extraperitoneum นั่นเอง และอวัยวะในช่องท้องบริเวณนี้ก็ยังทำให้เกิดอาการที่คล้ายคลึงในกลุ่มนี้ได้ด้วย เพราะฉะนั้นการที่ทำการตรวจอย่างละเอียดย่อมจะมีผลในการวินิจฉัยที่ถูกต้องนั้นเอง
2) การตรวจระบบอวัยวะในระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ (genitourinary tract examination) อวัยวะที่ไม่ควรละเลยในการตรวจ และมักทำให้เราต้องขาดข้อมูลสำคัญไปคือเรื่องของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ จึงควรทำการตรวจอย่างเหมาะสมทุกครั้ง
3) การตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วชี้ (digital rectal examination : DRE.) ในสาขาอื่นอาจเรียกว่า PR. (per rectal) แต่ในทาง Urology นั้นเน้นในการตรวจเรื่องของอวัยวะในส่วนล่างที่สามารถตรวจได้จากการล้วงผ่านทวารหนัก การตรวจ DRE. นั้นมักจะเข้าใจว่าเป็นการตรวจในเรื่องของต่อมลูกหมากเพียงอย่างเดียว แต่ในความจริงแล้ว การทำ DRE. นั้นยังให้ความสนใจต่ออวัยวะข้างเคียงและยังมีการตรวจมากกว่าการคลำเพียงแค่อย่างเดียวนั้นเอง เช่น การคลำก้อนจากอวัยวะข้างเคียงเช่น ก้อนในทวารหนัก การตอบสนองของหูรูดและการทดสอบทางระบบประสาทซึ่งสามารถช่วยในการวินิจฉัย Neurogenic bladder ได้
4) การตรวจและการสังเกตอื่นซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัย เป็นอีกสิ่งสำคัญ เช่น ลักษณะการเดินของผู้ป่วยที่เข้ามาพบแพทย์ (gate control) ลักษณะรูปร่างของผู้ป่วยและความผิดปกติของหลัง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) ของ LUTS.

การวินิจฉัยแยกโรคของ LUTS. นั้น ถ้าแบ่งตามอวัยวะที่อยู่ในระบบปัสสาวะส่วนล่างก็จะได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ (bladder) ต่อมลูกหมาก (prostate) ในเพศชาย ท่อปัสสาวะ (urethra) และรูเปิดท่อปัสสาวะ (urethral meatus) ซึ่งมีดังนี้

Bladder

Neurogenic bladder
Bladder trauma
CA. Bladder
Cystitis, Pyocystis
Painful bladder syndrome
Over active bladder
Bladder calculus
Foreign body in bladder

Prostate

Posterior urethral valve
Posterior urethral trauma
Benign prostatic hyperplasia
CA. Prostate
Prostatitis
Calculus or foreign body in prostatic fossa

Urethra

Anterior urethral valve
Urethral diverticulum
Urethra trauma
CA. Urethra
Urethritis
Calculus in urethra
Foreign body in urethra

Urethral meatus

Hypospadia
Epispadia
External genitalia trauma
CA. Penis
Balanitis
Posthitis

Calculus at urethral meatus

Foreign body at urethral meatus

Mass at uretrhral meatus

โรคของอวัยวะข้างเคียง

เนื้องอกหรือมะเร็งของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่อาจรุกลามมายังระบบปัสสาวะส่วนล่าง เช่นจาก มดลูก (uterus) รังไข่ (ovary) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (rectum) เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในเบื้องต้น (initial investigations)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของ LUTS. นั้นเกิดได้จากสาเหตุมากมาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นจึงมีส่วนที่จะช่วยให้เราสามารถที่จะแยกโรคได้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำและเป็นสิ่งที่สามารถเรียกขอได้ง่ายทั้งในห้องตรวจโรคทั่วไปและห้องฉุกเฉิน คือ **การตรวจปัสสาวะ (urinalysis)** ซึ่งการตรวจปัสสาวะนั้นจะมีขั้นตอนในการตรวจ 3 ขั้นตอนใหญ่คือ

ขั้นตอนที่ 1) การตรวจลักษณะทั่วไปของปัสสาวะ (general appearance) เช่น สีของปัสสาวะ (color) ความใสหรือขุ่นของปัสสาวะ (transparency)

ขั้นตอนที่ 2) การตรวจทางเคมีผ่านการจุ่มด้วยแท่งทดสอบ (dip strick test) การตรวจในขั้นตอนนี้เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อช่วยในการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์และเป็นการดูเรื่องสารเคมีบางอย่างในปัสสาวะ เช่น ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine specific gravity), urobilinogen, bilirubin, leukocyte esterase, nitrite เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3) การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopic examination) คือการตรวจเพื่อดูสิ่งที่ปนเปื้อนมากับปัสสาวะ ซึ่งจะสามารถให้ข้อมูลบางอย่างได้ เช่น ถ้าพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะมากกว่า 5 ตัวใน high power field ก็จะบ่งบอกถึงภาวะของ microscopic hematuria ซึ่งอาจจะต้องนึกถึงเรื่องของการได้รับอุบัติเหตุมาก่อน, เนื้องอกซึ่งทำให้มีเลือดออกในระบบปัสสาวะ หรือนิ่วในทางเดินปัสสาวะ หรือถ้ามีเม็ดเลือดขาวออกมากับปัสสาวะมากกว่า 5 ตัวใน high power field ก็อาจต้องนึกถึงเรื่องของการติดเชื้อในระบบปัสสาวะโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อย้อม Gram's stain แล้วพบ microorganism ด้วยนั่นเอง แต่ถ้าทำการย้อม Gram's stain หรือเพาะเชื้อไม่ขึ้นเชื้อ อาจต้องนึกถึงภาวะ sterile pyuria อันมีสาเหตุจาก calculus, fungus, parasite, tumor, foreign body and *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งหลังจากขั้นตอนต่างๆ แล้วอาจต้องทำการย้อมปัสสาวะด้วยวิธีพิเศษหรือนำไปสู่การตรวจด้วยวิธีอื่นอีก

การตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องมืออื่น (other investigations)

การตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องมืออื่นย่อมจะมีประโยชน์ในการหาสาเหตุของโรคต่อไป เช่น การใช้ภาพถ่ายรังสีของช่องท้องซึ่งเน้นระบบทางเดินปัสสาวะ (KUB. plain film) ย่อมจะมีประโยชน์ในการดูนิ่วแบบ opaque หรือเงาของเนื้องอกในระบบปัสสาวะ การใช้คลื่นเสียงความถี่ (ultrasonogram) มีประโยชน์ในการดูนิ่งแบบ non-opaque และใช้ในการหาความผิดปกติเบื้องต้นบางอย่างได้ ซึ่งทั้งเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้สามารถหาใช้ได้ในห้องฉุกเฉินและห้องตรวจโรคทั่วไป ส่วนการตรวจเพิ่มเติมชนิดอื่นเช่น intravenous pyelograghy (IVP.), computerize tomography และ MRI นั้นจะทำการตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามที่ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม

สรุป

กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เป็นอีกกลุ่มอาการหนึ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรรู้และเป็นแนวทางในการคิดเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อการทำการรักษาที่ถูกต้องด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตรวจเพิ่มเติมที่ถูกต้องย่อมจะนำมาสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องและยังเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจอย่างคุ้มค่าอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. *Weiss and Blaivas, 2000. Weiss JP, Blaivas JG: Nocturia. J Urol 2000;163:5.*
2. *Stephenson and Farrar, 1977. Stephenson TP, Farrar DJ: Urodynamic study of 15 patients with post-micturition dribble. Urology 1977;9:404.*