

1. Is This Patient a "Time Bomb" if She Goes Home?

SUKHIT PHAOSAVASDI, M.D.*,
CHUMSAK PRUKSAPONG, M.D.***,
SURASAK TANEEPANICHSKUL, M.D.*

HENRY WILDE, M.D.**,
YUEN TANNIRANDORN, M.D.*

It was hot and humid and none of the residents were at their best during infectious disease consultative rounds at a local university hospital last week. The patient was a 56 year old women from Bangkok who was a chronic alcoholic with several prior admissions for liver cirrhosis. She had at least one upper GI bleed, splenomegaly and was moderately jaundiced. Her new problem was fever, a miliary pattern infiltration in her lungs and a sputum which was positive for acid-fast organisms. She was also confused but without focal neurological signs or a stiff neck. The residents and ward staff wanted to know how to treat her tuberculosis in view of the liver disease. This issue was discussed and resolved but when I asked about her posthospital care, assuming that she would recover from her tuberculosis, this

question drew a complete blank. None of the residents knew where she lived, if alone, and none had considered the likelihood of her continuing any medications after discharge. Whether or not this confused chronic alcoholic lived with family, perhaps including grandchildren and a person who could take responsibility for her after care, had also not been investigated or even considered. How often do we see this type of case? Do we not have a responsibility of protecting the public from such a patient who would be unlikely to continue anti-tubercular drugs after discharge unless this is supervised? Is it not high time that we do not only treat the disease while in hospital (Tuberculosis, HIV infection, etc.) but also plan achievable post-hospital care as well as look for contacts and new cases in and around the index patient?

* Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330.

** Queen Savapha, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330,

*** Department of Surgery, Police Hospital, Bangkok 10330, Thailand.

1. ตัวอย่างการสอดแทรกการสอนด้านจริยธรรมเมื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

สุจิต ผ่าสวัสดิ์ พ.บ.*, เอ็นรี ไวลด์ พ.บ.**, ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ พ.บ.***,
เยือน ตันนิรันดร พ.บ.* , สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล พ.บ.*

กรุงเทพฯในฤดูร้อนที่ผ่านมา มีบรรยายการไม่เหมาะสมที่จะทำงานเลย มีผู้ป่วยหญิงสามัญอายุ 56 ปี ถูกส่งตัวมารับการรักษาในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ด้วยเรื่องไข้สูง มีความจำสับสนเนื่องจากภาวะติดเชื้อที่ปอดและตรวจเชื้อวัณโรคในสมัย ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคดับแข็งจากการติดสุรา และอาเจียนเป็นเลือด มีม้ามโต ตัวเหลือง และตรวจไม่พบอาการผิดปกติอย่างอื่นทางระบบประสาท ปัญหาคงไม่ใช้อุบัติที่จะให้การรักษาผู้ป่วยรายนี้อย่างไร แต่ที่น่าคิดคือจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยรายนี้เมื่อให้กลับบ้าน เพราะผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งพบได้บ่อยๆ การดูแลรักษาจะให้ได้ผลต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต้องการความต่อเนื่อง ญาติของผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจดีในข้อปฏิบัติเหล่านี้และมีความสามารถที่จะทำได้มากน้อยเพียงไร แพทย์ผู้ได้รับมอบหมายจากลังคมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะปฏิบัติอย่างไร น่าจะมีมาตรการมารองรับที่แน่นอนและน่า�ั่นปฏิบัติอย่างได้ผล น่าเชื่อได้ว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยรายนี้จะได้รับนอกจากในแข่งของการดูแลรักษาให้ดีขึ้นแล้ว ยังควรเป็นบทเรียนทางด้านการสอดแทรกการสอนด้านจริยธรรมแก่นิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านได้

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ 10330

** สถานเสาวภา, สถาบันการแพทย์แผนไทย, กรุงเทพฯ 10330

*** ฝ่ายศัลยกรรม, โรงพยาบาลต้าวราช, กรุงเทพฯ 10330

2. Etiquette of Medical Consultations

SUKHIT PHAOSAVASDI, M.D.*,
CHUMSAK PRUKSAPONG, M.D.***,
SURASAK TANEEPANICHSKUL, M.D.*

HENRY WILDE, M.D.**,
YUEN TANNIRANDORN, M.D.*,

The authors have been hearing complaints concerning improper or confusing conduct by specialists who are called to consult on difficult cases. The most common one of these is that the consultant simply takes over the case. This is often the end of the primary physicians' involvement with the patient. The consultant takes over management, orders laboratory. X-ray studies, carries out invasive procedures and orders drugs ad libidum from then on. This is clearly against the interest of the primary doctor who may henceforth avoid asking for help when it is indicated. It can also be against the interest of the patient who may loose a knowledgeable family doctor willing to care for most or all of his future medical problems. He then often becomes a "medical tourist" wandering from one organ or system specific specialist to another. This can result in duplication of investigative procedures and drugs prescribed and there is no "conductor" in the orchestra (primary doctor) from then on. Such medical travels also add to the cost of medical care and tend to undermine the traditional respect with which the Thai public has always viewed their physicians in the past.

The proper and ethical function of a consultant is to review the case records with care, examine the patient and render a written opinion on the records. Even better, he or she should also try to discuss findings and suggestions with the referring doctor. The primary doctor then should discuss the suggestions and treatment options with the patient and/or family and they may then decide whether to proceed with recommendations made, disregard them or seek other options. Medical students in many countries with a long established medical culture are thought this in an ethics and professional conduct course at medical school. Deviations from this code of conduct are then not viewed kindly by one's peers. The primary physician, however, also has the option to ask the consultant right from the start to take over the patient or jointly manage him or her with him. This may be particularly appropriate in a critically ill patient with multi-system problems as we see frequently today. This needs to be made clear at the time consultation is requested. If this code of conduct is observed, it will result in a much more satisfactory relationship between primary doctor, consultant and patient.

* Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330.

** Queen Savapha, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330,

*** Department of Surgery, Police Hospital, Bangkok 10330, Thailand.

2. จริยธรรมในการปรีกษาทางการแพทย์

สุชิต เผ่าสวัสดิ์ พ.บ.*, เอนรี ไวลด์ พ.บ.**, ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ พ.บ.***,
เยือน ตันนิรันดร พ.บ.*, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล พ.บ.*

ปัจจุบันแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกำลังถูกสมาชิกในสังคมแพทย์ตัวยอกันต่าหนนิตเดียนมากขึ้นเนื่องจากเมื่อได้รับเชิญมาให้การปรีกษาโรคแล้วมักจะทำการตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างอิสระโดยสั่งการตรวจค้นคัวหางห้องปฎิบัติการ สั่งถ่ายภาพรังสี สั่งตรวจหรือทำหัตถการที่เป็นชนิด Invasive และสั่งการรักษาเอง ทำให้แพทย์ผู้ป่วยเป็นเจ้าของคนไข้เกิดความคับข้องใจ เพราะไม่ได้รับข้อมูลในด้านการแพทย์ที่เหมาะสมเมื่อนำผู้ป่วยไปปรีกษาและมีความคิดที่จะไม่ส่งผู้ป่วยไปปรีกษาอีก นอกจากนี้ การกระทำดังกล่าวยังทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อ กับแพทย์คนเดิมซึ่งเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทุกคนในครอบครัว เพราะผู้ป่วยรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในแพทย์ประจำครอบครัวคือเมื่อเจ็บป่วยอีก็ติดต่อต้องตรงไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระบบ เท่านั้น ผลดังกล่าวทำให้เกิดการสั่งตรวจค้นคัว และการสั่งการรักษาที่ซ้ำซ้อนเปรียบเสมือนกับการเล่นดันตีที่ไม่มีผู้ควบคุม วงซึ่งในที่นี้ก็หมายถึงแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น ทำให้หลังเบื้องใน การดูแลรักษาทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

บทบาทของแพทย์ผู้ให้การปรีกษา ก็คือทบทวนและซักประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนพร้อมกับตรวจผู้ป่วยและเขียนความเห็นลงบนบันทึกของผู้ป่วย ลิ้งที่สำคัญยิ่งทางด้านจริยธรรมที่แพทย์ที่ปรีกษาควรทำคือหาโอกาสในการอภิปรายผลการตรวจวินิจฉัยและให้ความเห็นแก่แพทย์ผู้ปรีกษา หลังจากนั้นแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้นซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของผู้ป่วยก็จะอภิปรายความเห็นและแนวทางการรักษา กับผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวแล้วให้โอกาสญาติและตัวของผู้ป่วยเอง ตัดสินใจว่าทำตามคำแนะนำนั้นหรือไม่หรือต้องการคำปรึกษาอื่นๆอีก นิสิตแพทย์ในประเทศที่มีวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานมานานแล้วจะได้รับการสั่งสอนหลักของจริยธรรมดังกล่าวให้ปฏิบัติตอย่างเคร่งครัด การกระทำที่นอกเหนือไปจากที่กล่าวแล้วถูกมองว่าเป็นการขาดจริยธรรมของเพื่อนร่วมวิชาชีพ อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้นอาจขอความเห็นจากแพทย์ที่ปรีกษาบันทึ้งแล้วส่งผู้ป่วยไปปรีกษาจะร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยหรือให้แพทย์ที่ปรีกษารับผู้ป่วยไว้เลย การดูแลรักษา ร่วมกันเป็นสิ่งที่ควรกระทำถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับหล่ายระบบ การกระทำดังกล่าวควรทำให้ชัดเจน เมื่อเริ่มส่งผู้ป่วยไปขอคำปรึกษาครั้งแรก จริยธรรมในการปรีกษาทางการแพทย์ที่ควรปฏิบัติตั้งได้ก้าวมาแล้วน่าเป็นแนวทาง ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น แพทย์ที่ปรีกษาและตัวผู้ป่วยเอง

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

** สถานเสาวภา สถาบันราชภัฏไทย กรุงเทพฯ 10330

*** ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลต้าวราช กรุงเทพฯ 10330