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

SUKHIT PHAOSAVASDI, M.D.*,
CHUMSAK PRUKSAPONG, M.D.***,
SURASAK TANEAPANICHSKUL, 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 woman 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 milliary 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 ผ่องสวัสดิ์, พ.บ.*, เฮนรี ไวลด์, พ.บ.**, ชุมศักดิ์ พฤษภาทิมothy, พ.บ.***,
เยื้อน ดันนิรันดร์, พ.บ.*, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, พ.บ.*

กรุงเทพฯ ในฤดูร้อนที่ผ่านมา มีบรรยากาศไม่เหมาะที่จะทำงานเลย มีผู้ป่วยหญิงสามัญอายุ 56 ปี ถูกส่งตัวมารับการรักษาในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ด้วยเรื่องไข้สูง มีความจำสับสนเนื่องจากภาวะติดเชื้อที่ปอดและตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา และอาเจียนเป็นเลือด มีม้ามโต ตัวเหลือง และตรวจไม่พบอาการผิดปกติอย่างอื่นทางระบบประสาท ปัญหาคงไม่ใช่อยู่ที่จะทำให้การรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างไร แต่ที่น่าคิดคือจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยรายนี้เมื่อให้กลับบ้านเพราะผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งพบได้บ่อยๆ การดูแลรักษาจะให้ผลต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต้องการความต่อเนื่อง, ญาติของผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจดีในข้อปฏิบัติเหล่านี้และมีความสามารถที่จะทำได้มากน้อยเพียงไร, แพทย์ผู้ได้รับมอบหมายจากสังคมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะปฏิบัติอย่างไร น่าจะมีมาตรการการมารองรับที่แน่นอนและนำมาปฏิบัติอย่างได้ผล น่าเชื่อว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยรายนี้จะได้รับนอกจากในแง่ของการดูแลรักษาให้ดีขึ้นแล้วยังควรเป็นบทเรียนทางด้านการสอดแทรกการสอนด้านจริยธรรมแก่นิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านได้

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ ๙ 10330

** สถานเสาวภา, สภากาชาดไทย, กรุงเทพฯ ๙ 10330

*** ฝ่ายศัลยกรรม, โรงพยาบาลตำรวจ, กรุงเทพฯ ๙ 10330

2. Etiquette of Medical Consultations

**SUKHIT PHAOSAVASDI, M.D.*,
CHUMSAK PRUKSAPONG, M.D.***,
SURASAK TANEAPANICHSKUL, 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 libitum 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 lose 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 taught 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. จริยธรรมในการปรึกษาทางการแพทย์

สุจิต เฝ้าวัดดี, พ.บ.*, เฮนรี ไวลด์, พ.บ.**, ชุมศักดิ์ พุกชาพงษ์, พ.บ.***,
เอียน ตันนิรันดร์, พ.บ.*, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, พ.บ.*

ปัจจุบันแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกำลังถูกสมาชิกในสังคมแพทย์ด้วยกันกำหนดเดียนมากขึ้นเนื่องจากเมื่อได้รับเชิญมาให้การปรึกษาโรคแล้วมักจะทำการตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างอิสระโดยสั่งการตรวจค้นคว้าทางห้องปฏิบัติการ สั่งถ่ายภาพรังสี, สั่งตรวจหรือทำหัตถการที่เป็นชนิด Invasive และสั่งการรักษาเอง, ทำให้แพทย์ผู้เป็นเจ้าของคนไข้เกิดความคับข้องใจเพราะไม่ได้รับข้อมูลในด้านการแพทย์ที่เหมาะสมเมื่อนำผู้ป่วยไปปรึกษาและมีความคิดที่จะไม่ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาอีก นอกจากนี้การกระทำดังกล่าวยังทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับแพทย์คนเดิมซึ่งเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทุกคนในครอบครัว, เพราะผู้ป่วยรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในแพทย์ประจำครอบครัวคือเมื่อเจ็บป่วยอีกก็คิดว่าต้องตรงไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระบบเท่านั้น ผลดังกล่าวทำให้เกิดการส่งตรวจค้นคว้าและสั่งการรักษาที่ซ้ำซ้อนเปรียบเสมือนกับการเล่นดนตรีที่ไม่มีผู้ควบคุมวงซึ่งในที่นี้ก็หมายถึงแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น ทำให้สิ้นเปลืองในการดูแลรักษาทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

บทบาทของแพทย์ผู้ให้การปรึกษาก็คือทบทวนและซักประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วนพร้อมกับตรวจผู้ป่วยและเขียนความเห็นลงบนบันทึกของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญยิ่งทางด้านจริยธรรมที่แพทย์ที่ปรึกษาควรทำคือหาโอกาสในการอภิปรายผลการตรวจวินิจฉัยและให้ความเห็นแก่แพทย์ผู้ปรึกษา หลังจากนั้นแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้นซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของผู้ป่วยก็จะอภิปรายความเห็นและแนวทางการรักษากับผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวแล้วให้โอกาสญาติและตัวของผู้ป่วยเองตัดสินใจว่าตามคำแนะนำนั้นหรือไม่หรือต้องการคำปรึกษาอื่นอีก นิสิตแพทย์ในประเทศที่มีวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานมานานแล้วจะได้รับการสั่งสอนหลักของจริยธรรมดังกล่าวให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด การกระทำที่นอกเหนือไปจากที่กล่าวแล้วถูกมองว่าเป็นการขัดจริยธรรมของเพื่อนร่วมวิชาชีพ อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้นอาจขอความเห็นจากแพทย์ที่ปรึกษานับตั้งแต่เริ่มส่งผู้ป่วยไปปรึกษาว่าจะร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยหรือให้แพทย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไว้เลย การดูแลรักษาร่วมกันเป็นสิ่งที่ควรกระทำถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตซึ่งมีปัญหาเกี่ยวข้องกับหลายระบบ การกระทำดังกล่าวควรทำให้ชัดเจนเมื่อเริ่มส่งผู้ป่วยไปขอคำปรึกษาครั้งแรก จริยธรรมในการปรึกษาทางการแพทย์ที่ควรปฏิบัติดังได้กล่าวมาแล้วน่าเป็นแนวทางส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น, แพทย์ที่ปรึกษาและตัวผู้ป่วยเอง

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ ๙ 10330

** สถานเสาวภา, สภาากาชาดไทย, กรุงเทพฯ ๙ 10330

*** ฝ่ายศัลยกรรม, โรงพยาบาลตำรวจ, กรุงเทพฯ ๙ 10330