พลตำรวจตรีนายแพทย์ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์

**ศัลยศาสตร์ปริทัศน์**

**ศัลยกรรมวิ่งรอก**

 ประมาณ 20 ปี ก่อนหน้านี้มีปรากฎการณ์หนึ่งที่ทำลายขวัญวงการแพทย์ไทยมากพอควรเลยคือกรณีหญิงเจ็บท้องคลอด ณ โรงพยาบาลเอกชนมีชื่อเสียงแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เสียชีวิตในห้องคลอดเนื่องจาก Amniotic Embolism แล้วทีมงานห้องคลอดไม่สามารถกู้ชีพได้ สามีผู้ตายฟ้องเรียกค่าเสียหายเป็นพันล้านบาทด้วยข้อกล่าวหาสำคัญข้อหนึ่งว่าวิสัญญีแพทย์ผู้รับผิดชอบไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดเหตุวิกฤต แต่กลับไปให้บริการวิสัญญีที่ห้องอื่นการที่วิสัญญีแพทย์วิ่งรอกจนเกิดเหตุร้ายดังกล่าวนั้นจะเกิดกับศัลยแพทย์ได้ไหมถ้ามีการวิ่งรอกผ่าตัดพร้อมกันสองห้อง?

 สมัยที่ประเทศไทยยังมีศัลยแพทย์ผู้มากด้วยความสามารถนับคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียนแพทย์นั้นเหตุการณ์ศัลยแพทย์มือหนึ่งวิ่งรอกทำผ่าตัดพร้อมๆ กันหลายห้องอาจเกิดขึ้นและเป็นที่ยอมรับได้เนื่องจากกระบวนผ่าตัดมีขั้นตอนที่เป็นลำดับชัดเจน การเปิดหรือปิดแผลหลังผ่าตัด อาจจะมอบหมายต่อไปยังศัลยแพทย์มือสองหรือแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมที่ทำผ่าตัดได้ได้ดีจนเป็นที่วางใจได้แล้วหรือมีการเตรียมเส้นเลือดเพื่อใช้ในการปลูกถ่าย,การเลาะลำไส้ที่มีพังผืดยึด ล้วนอยู่ในวิสัยที่จะมอบหมายศัลยแพทย์มือรองลงมาได้ ศัลยแพทย์มือหนึ่งอาวุโสบางท่านอาจไม่วิ่งรอกแต่จะเข้าไปร่วมทีมผ่าตัดเมื่อถึงตอนสำคัญที่มีความสลับซับซ้อนต้องอาศัยผู้ชำนาญการจริงๆ

 เหตุการณ์การวิ่งรอกห้องผ่าตัดนี้เรียกว่า Overlapping หรือ Concurrent Operation ที่มีการกำหนดการผ่าตัด 2 หรือ 3 รายไว้ในเวลาเดียวกันหรือไล่เลี่ยกันซึ่งองค์ประกอบของการทำเช่นนี้ได้คือต้องมีทีมศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดและ/หรือแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมที่มีทักษะและศักยภาพสูงพอที่จะรับผิดชอบ

 คำถามมีอยู่ว่าเหตุการณ์อย่างนี้ผู้ป่วยได้เคยได้รับทราบจากศัลยแพทย์ผู้จะทำผ่าตัดหรือไม่และความปลอดภัยของผู้ป่วยจะมีขอบเขตอย่างไร

 ที่สหรัฐอเมริกานั้นศัลยแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลเชื่อว่าศัลยกรรมวิ่งรอกควรทำได้เพราะมีประโยชน์ด้วยเหตุผล 3 ประการคือ

1. ชนิดของการผ่าตัดบางอย่างมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนมากจนมีศัลยแพทย์ทำได้ดีเพียงไม่กี่คน ทำให้คนไข้เข้าถึงยาก ต้องรอคิวกันนาน หากให้ทำพร้อมๆ กันหรือเหลื่อมเวลากันเล็กน้อยผลก็ยังดีและไม่ต้องรอนาน
2. ทีมผ่าตัดที่ประกอบด้วยศัลยแพทย์ผู้ช่วยและแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมจะได้เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์จากศัลแพทย์มือหนึ่งเพื่อคุณภาพบริการที่ดีสำหรับผู้ป่วยในอนาคต
3. บางขั้นตอนของการผ่าตัดไม่ยุ่งยากแต่จะใช้เวลาไม่ว่าจะเป็นการเปิดปิดแผลผ่าตัด,การเลาะผังผืดที่ยึดเกาะลำไส้,การเตรียมเส้นเลือดเพื่อใช้ในการปลูกถ่ายล้วนสามารถให้ทีมผ่าตัดดำเนินการไปได้เองแต่ศัลยแพทย์มือหนึ่งยังต้องรับผิดชอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและปรากฎตัวได้ทันทีถ้าหากมีเหตุจำเป็นเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องเรียกร้องให้ศัลยแพทย์มือหนึ่งดำเนินการผ่าตัดด้วยตนเองตั้งแต่ต้นจนจบ

ข้อข้องใจมีว่าการปล่อยให้ศัลยแพทย์วิ่งรอกทำการผ่าตัดพร้อมหลายห้องนี้ทำให้ผลการผ่าตัดแย่ลงหรือไม่ มีคำตอบจากงานวิจัย 2 ชิ้นว่าผลลัพธ์ดีพอกัน (Ann Surg 2015 : 261 (6) : 1044 - 1045) (งานวิจัยนำเสนอในที่ประชุม สมาคมศัลยกรรมทรวงอกแห่งอเมริกาครั้งที่ 96 April 25 – 29 : 2015)

 อย่างไรก็ตามทีมศัลแพทย์ต้องยอมรับว่าการวิ่งรอกมีความเสี่ยงซึ่งจะมากน้อยขึ้นอยู่กับระดับความชำนาญของทีมงานและศัลยแพทย์มือหนึ่งซึ่งจะต้องพร้อมกับเข้าไปร่วมทำผ่าตัดเมื่อจำเป็น ตรงนี้เป็นปัญหาได้ถ้าศัลยแพทย์ผู้นั้นซึ่งกำลังทำผ่าตัดอยู่อีกห้องหนึ่งปลีกตัวไม่ได้เพราะกำลังเจอเหตุการณ์วิกฤตเหมือนกัน หรือหากต้องปลีกตัวไปจริงๆ ผู้ป่วยรายที่สองที่อาจได้รับอันตรายได้

 ณ จุดนี้ ศัลยแพทย์จะต้องตระหนักว่าการผ่าตัดบางหัตถการมีความยุ่งยากสลับซับซ้อน,มีความเสี่ยงสูง,มีความเฉพาะทางเกินกว่าจะปล่อยวาง จึงไม่ควรวิ่งรอกกรณีเช่นนี้

 เมื่อ 3 ปีก่อนหน้านี้มีผู้ป่วยชายชาวอเมริกันวัย 41 ปี เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ยุ่งยากสลับซับช้อนจนเกิดอัมพาตหลังผ่าตัด ซึ่งแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง แต่ในระหว่างการฟ้องร้อง ผู้ป่วยรับทราบว่าศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดให้เขานั้นมีการผ่าตัดสองห้องพร้อมๆ กัน ซึ่งการวิ่งรอกจะไม่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแต่ก็ปรากฎเป็นข่าวอื้อฉาวทางหนังสือพิมพ์รายวันว่าที่ศัลยแพทย์ทำไปนั้นเหมาะสมหรือไม่

 ดังนั้นเพื่อไม่ให้ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาลเสื่อมเสียไปจึงมีความพยายามที่จะกำหนดมาตรการป้องกัน 3 ประการคือ

1. โรงพยาบาลที่มีห้องผ่าตัดควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการวิ่งรอกทำผ่าตัดคืออย่างน้อยนโยบายต้องมีคำจำกัดความที่ชัดเจนว่าในกระบวนการผ่าตัดนั้นช่วงใดที่จะถือว่าสำคัญระดับวิกฤต (Critical Parts) เพื่อที่ว่าศัลยแพทย์มือหนึ่ง จะต้องพร้อมกลับเข้าแก้ไขหากมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น คณะกรรมการชุดนี้ควรจะประกอบด้วยหัวหน้าแผนกศัลยกรรม,วิสัญญีแพทย์,พยาบาลห้องผ่าตัด,ประธานกรรมการความปลอดภัยของผู้ป่วย ยิ่งถ้าได้แนวทางปฏิบัติจากองค์กรวิชาชีพและองค์กรคุณภาพบริการก็จะยิ่งดี
2. จะต้องมีการบันทึกไว้ในบันทึกการผ่าตัดว่าศัลยแพทย์มือหนึ่งอยู่หรือไม่อยู่ในห้องผ่าตัดนั้นๆช่วงใดบ้าง การผ่าตัดช่วงใดที่ศัลยแพทย์มือหนึ่งลงมือทำเอง ช่วงใดบ้างที่ศัลยแพทย์ปรากฎตัวอยู่ในห้องผ่าตัด บันทึกนี้จะเป็นข้อมูลที่ชัดเจนเวลาเป็นคดีความขึ้นมา
3. ควรมีระบบรายงานเหตุร้ายอันไม่พึงประสงค์อย่างละเอียดเพื่อประกอบการวิเคราะห์เหตุร้าย

ระบบ Informed Consent ของประเทศไทยอาจจะยังไม่ครอบคลุมถึงเหตุการณ์ที่นำมาเล่าสู่กันอ่านนี้ จึงขอฝากไปให้ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลลองพิจารณาดูว่าควรดำเนินการอย่างไรต่อไป