

รายงานการตรวจเยี่ยมประสาทศัลยแพทย์

เนื่องจากได้รับข้อมูลปัญหาจากประสาทศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลต่างๆ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยจึงจัดโครงการตรวจเยี่ยมประสาทศัลยแพทย์ทั้ง ๑๒ เขต ไม่รวมกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗ นำโดยประธานราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์ได้แก่ พอ.นพ.ยอดรัก ประเสริฐ, รศ.นพ.เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน และ รศ.นพ.รุ่งศักดิ์ ศิวานุวัฒน์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลต่างๆ และเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาเบื้องต้น หลังจากตรวจเยี่ยมครบทุกเขตแล้ว ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยขอสรุปข้อมูลและนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาดังนี้

สรุปข้อมูลและปัญหาจากการตรวจเยี่ยมประสาทศัลยแพทย์

๑. ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๕-๘๐ เป็น Traumatic Brain Injury และ Stroke ทำให้ภาระงานมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อให้บริการในด้านอื่นแก่ประชาชน เช่น โรคเนื้องอกสมอง
๒. การดูแลผู้ป่วย Multiple Injury ซึ่งในบางโรงพยาบาลไม่มีศัลยแพทย์อุบัติเหตุหรือศัลยแพทย์ที่ดูแลอุบัติเหตุเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วย multiple Injury จะถูกส่งให้ประสาทศัลยแพทย์เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม
๓. จำนวนประสาทศัลยแพทย์ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอัตราการลาออกและโอนย้ายสูง รวมทั้งขาดแคลนผู้ขอรับทุนเพื่อศึกษาต่อ
๔. จำนวนผู้ป่วยทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัดมาก เมื่อเทียบกับจำนวนประสาทศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่
๕. ขาดแคลนหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมประสาท/ICU
๖. ขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุน (พยาบาลวอร์ด, พยาบาลห้องผ่าตัด)
๗. ขาดแคลนครุภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น Microscope, Endoscope, Ultrasonic aspirator, Intraoperative monitoring, ห้องและอุปกรณ์สำหรับ Neurointervention
๘. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องส่งตัวให้ประสาทศัลยแพทย์ เช่น Low risk Mild TBI with negative CT scan
๙. ระบบการดูแลรักษาผ่าตัดผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน เช่น เวลาในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง
๑๐. ค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงาน

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ปัญหา: มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประสาทศัลยแพทย์สามารถปฏิบัติงานได้นาน

ลดการลาออก ย้ายสถานที่ทำงาน และเป็นตัวอย่างให้แพทย์จบใหม่อยากเป็นประสาทศัลยแพทย์มากขึ้น

๑. เนื่องจากภาวะที่พบบ่อยคือ **Traumatic brain injury** (ผู้ป่วยใหม่ ๓๕๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) และ **stroke** (ผู้ป่วยใหม่ปีละประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ คน) ซึ่งสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้โดย
 - ก. ลดอุบัติเหตุด้วยการขับที่ปลอดภัยและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - ข. ลดความรุนแรงของอุบัติเหตุด้วยการสวมหมวกนิรภัย
 - ค. ควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน หรือ ไขมันในเลือดสูง
๒. การพิจารณากรอบอัตรากำลังของประสาทศัลยแพทย์ตามความเหมาะสมโดยอาจกำหนดกรอบการทำงานดังนี้
 - ก. อายุน้อยกว่า ๔๐ ปี อยู่เวรไม่เกิน ๑๐ วัน/ เดือน (ปฏิบัติงานประมาณ ๔๐ ชั่วโมง/สัปดาห์)
 - ข. อายุ ๔๐-๕๐ ปี อยู่เวรไม่เกิน ๗ วัน/เดือน (ปฏิบัติงานประมาณ ๗๐ ชั่วโมง/สัปดาห์)
 - ค. อายุ ๕๐-๕๕ ปี อยู่เวรไม่เกิน ๕ วัน/เดือน (ปฏิบัติงานประมาณ ๖๐ ชั่วโมง/สัปดาห์)
 - ง. อายุมากกว่า ๕๕ ปี มีสิทธิ์ไม่อยู่เวร (ปฏิบัติงานประมาณ ๔๐ ชั่วโมง/สัปดาห์)
 - จ. ประสาทศัลยแพทย์อาวุโส ให้ทำงานด้านบริหาร งานคุณภาพ และถ่ายทอดประสบการณ์
๓. การพิจารณากรอบอัตรากำลังของประสาทศัลยแพทย์ที่เหมาะสมในการทำงานอาจใช้เกณฑ์ดังนี้
 - ก. **Level III --- Practical Neurosurgery** มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๓ คน มีขีดความสามารถ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ (emergency conditions) และสามารถผ่าตัดโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ (common uncomplicated conditions)
 - ข. **Level II --- Advanced Neurosurgery** มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๕ คน มีความสามารถผ่าตัด โรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ (complicated & complex conditions)
 - ค. **Level I --- Neurosurgery Center** มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๗ คน (หนึ่งแห่งในแต่ละเขตสุขภาพ) มีความสามารถในการผ่าตัดสมองได้เต็มรูปแบบ รวมถึง functional และ endovascular Neurosurgery ด้วย
๔. จัดให้มีวัสดุ/ครุภัณฑ์ ให้เหมาะสมกับศักยภาพของประสาทศัลยแพทย์ ดังนี้
 - ก. **Level III --- Practical Neurosurgery** มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๓ คน มีขีดความสามารถ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ (emergency conditions) และสามารถผ่าตัดโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ (common uncomplicated conditions) ควรมี facility พื้นฐานดังนี้
 ๑. เครื่องมือสำหรับการเปิดกะโหลกศีรษะ (High Speed Drill) อย่างน้อย ๒ ชุด
 ๒. เครื่องมือพื้นฐานในการผ่าตัดอย่างน้อย ๓ ชุด
 ๓. กล้องผ่าตัดจุลศัลยกรรม (Microscope) อย่างน้อย ๑ เครื่อง
 ๔. มีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๕. มีหอผู้ป่วยรองรับผู้ป่วยวิกฤติ

ข. Level II --- Advanced Neurosurgery มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๕ คน มีความสามารถผ่าตัด โรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ (complicated & complex conditions) ควรมี facility พื้นฐานดังนี้

๑. เครื่องมือสำหรับการเปิดกะโหลกศีรษะ (High Speed Drill) อย่างน้อย ๓-๔ ชุด
๒. เครื่องมือพื้นฐานในการผ่าตัดอย่างน้อย ๕ ชุด
๓. กล้องผ่าตัดจุลศัลยกรรม (Microscope) อย่างน้อย ๒ เครื่อง โดยสามารถฉีดสี ICG ได้ อย่างน้อย ๑ เครื่อง
๔. มีเครื่องมือ Navigator, Intraoperative monitoring และ Ultrasonic aspirator
๕. มีหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
๖. มีหอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ (Neuro/trauma ICU)

ค. Level I --- Neurosurgery Center มีประสาทศัลยแพทย์อย่างน้อย ๗ คน (หนึ่งแห่งในแต่ละเขตสุขภาพ) มีความสามารถในการผ่าตัดสมองได้เต็มรูปแบบ รวมถึง functional และ endovascular Neurosurgery ด้วย ควรมี facility พื้นฐานดังนี้

๑. เครื่องมือสำหรับการเปิดกะโหลกศีรษะ (High Speed Drill) อย่างน้อย ๕ ชุด
๒. เครื่องมือพื้นฐานในการผ่าตัดอย่างน้อย ๕ ชุด
๓. กล้องผ่าตัดจุลศัลยกรรม (Microscope) ที่สามารถฉีดสี ICG ได้อย่างน้อย ๒ เครื่อง
๔. มีเครื่องมือ Navigator, Intraoperative monitoring, Endoscope และ Ultrasonic aspirator
๕. มีห้องสำหรับหัตถการทาง Endovascular ที่มี Biplane fluoroscopy
๖. มีหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
๗. มีหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
๘. มีหอผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ (Neuro/trauma ICU)

๕. การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วย เช่น

- ก. พัฒนาระบบให้มีโรงพยาบาลที่มีเครื่อง CT scan กระจายในพื้นที่ที่เหมาะสมอย่างทั่วถึง (ทุกระยะทางประมาณ ๖๐ กม) ทั่วประเทศ (node for CT scan) เพื่อการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม
- ข. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีเร่งด่วน ควรส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่อยู่ใกล้ที่สุด โดยอาจพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนเพื่อลดการส่งต่อในกรณีที่ไม่จำเป็น มีระบบการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอาจพิจารณาส่งต่อข้ามเขตสุขภาพรวมถึงโรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่ระยะทางไกลหรือเกินศักยภาพ

- ค. การดูแลผู้ป่วย **multiple injury** ควรมีศัลยแพทย์ทั่วไปหรือศัลยแพทย์อุบัติเหตุเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากอาจมีการบาดเจ็บหลายอวัยวะซึ่งต้องการการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม
 - ง. พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการรอผ่าตัดในกรณีฉุกเฉินให้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
 - จ. พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยวิกฤติ ด้วย ICU Neurosurgery และใช้ multidisciplinary team เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยหนักและเพิ่มอัตราการฟื้นตัว
 - ฉ. พิจารณาจัดหาเครื่องมือและครุภัณฑ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเช่น High speed drill, Microscope, Navigator, Intraoperative monitoring, Endoscope, Ultrasonic aspirator และอื่นๆ รวมทั้งห้องทำหัตถการ Intervention
 - ช. พัฒนาศูนย์การสายสนับสนุนเช่น พยาบาลวิชาชีพ ให้ศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง
๖. การพิจารณาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน
- ก. พิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สาขาส่งเสริมพิเศษ, ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลา รวมถึง ค่า พตส.
 - ข. เพิ่มแรงจูงใจในการเข้าศึกษาต่อโดยให้มีการเลื่อนขั้นเงินเดือนตามปกติในระหว่างการศึกษา ในทุกสถาบันฝึกอบรม
 - ค. ผู้สนใจรับทุนเข้าฝึกอบรมสาขาประสาทศัลยศาสตร์ สามารถสมัครและเข้าศึกษาต่อได้เลยหลังจากจบแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
๗. การสร้างความยั่งยืนและพัฒนางานทางศัลยกรรมประสาท โดย
- ก. เพิ่มโครงสร้างกลุ่มงานศัลยกรรมประสาทใน รพศ/รพท โดยอาจพิจารณาเริ่มต้นจาก รพศ ที่มีความพร้อมก่อน
 - ข. พิจารณาเพิ่ม service plan ทางศัลยกรรมประสาท เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาโรคทางศัลยกรรมประสาท
๘. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย มีความพร้อมที่จะผลิตประสาทศัลยแพทย์เพิ่ม หากมีผู้ได้รับทุนจากกระทรวงสาธารณสุขสนใจสมัครเข้ารับการฝึกอบรม