

Reviews of death cases in 2016 fiscal year

Ext. วศิน เสาวลักษณ์สกุล

Ext. กฤตินี หว่านณรงค์

Ext. ณัฐวุฒิ เทียนธนาอนุรักษ์

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติและผู้ป่วย ในด้านรักษาพยาบาล ซึ่งสาเหตุเป็นจากหลายปัจจัย เช่น การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การรักษาที่ไม่เหมาะสม ความไม่พอใจในการรับบริการ

โดยการรักษาที่ไม่เหมาะสมนั้นสามารถแก้ไขและทำการป้องกันได้หลายวิธี เช่น การทบทวนวิธีการรักษาในเคสผู้ป่วยที่มีปัญหา เพื่อเกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบต่อไป

จุดประสงค์

- เพื่อสรุปสาเหตุการตายของผู้ป่วยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559
- ทบทวนวิธีการรักษาผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยหาข้อผิดพลาดและนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

ประชากรที่ศึกษา

- ผู้ป่วยใน (IPD) ทุกกลุ่มอายุที่เสียชีวิตในรพ.สอยดาวในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 (1 ต.ค. 2558- 30 ก.ย. 2559)

วิธีการศึกษา

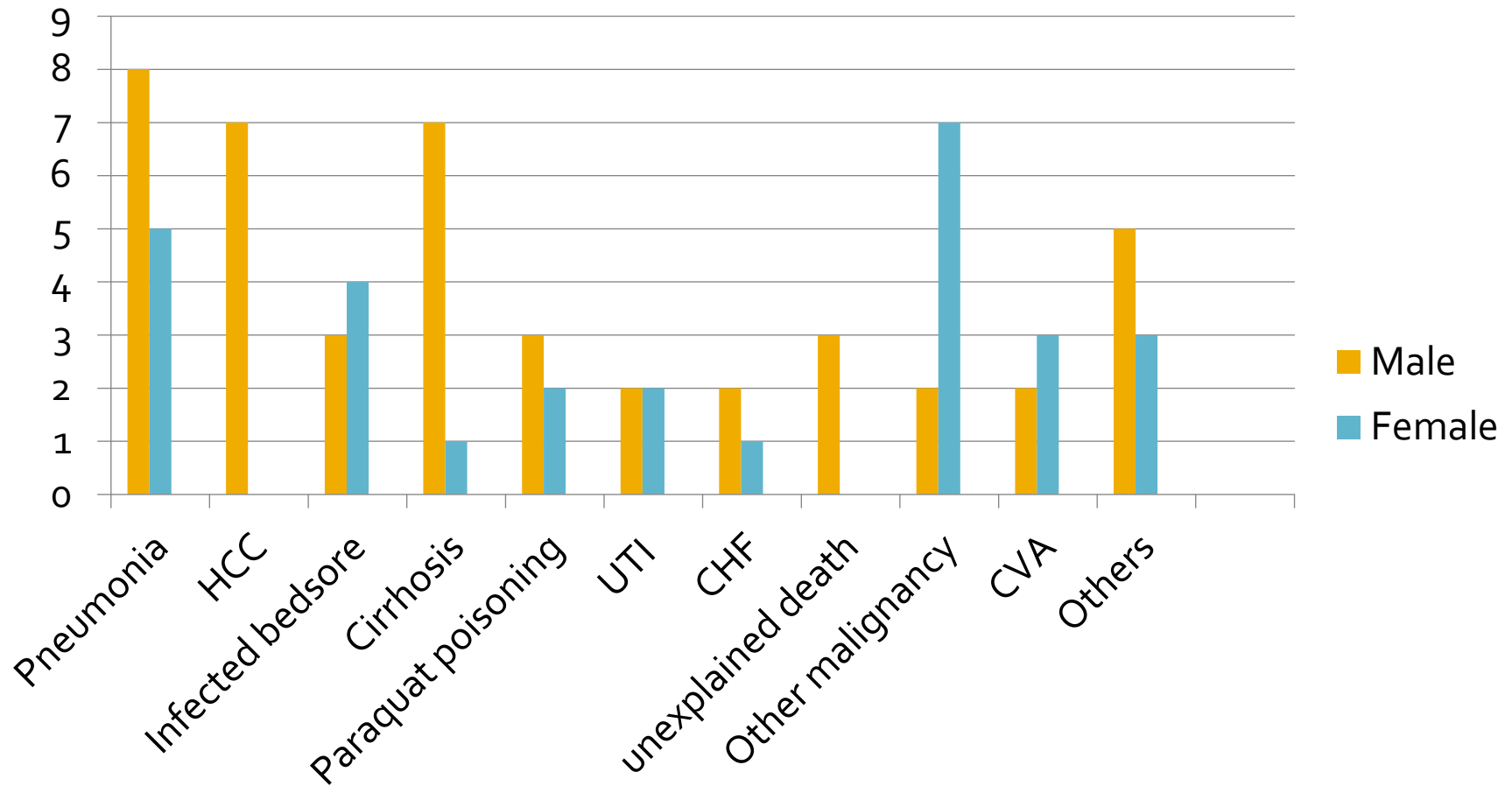
- Database of Soidao hospital
IPD card of Soidao hospital
- Set selection criteria for inappropriate death case

Selection criteria

- Inclusion criteria
 - Unexplained cardiac arrest
 - Inappropriate or delayed investigations and treatments
- Exclusion criteria
 - Patient with high severity at arrival
 - Advanced disease with palliative care

แผนภูมิรูปแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยในของรพ. สอยดาวที่เสียชีวิตแยกตามเพศ
จากสาเหตุต่างๆในปีงบประมาณ 2559 (N=72)

จำนวน (คน)



Inappropriate death case

Total 13 cases

Total 16 pitfalls

- delay investigation = 6
- delay treatment = 2
- Misuse drug = 4
- Unexplained death = 4

Case 1 (admit 8/4/2559)

- ผู้ป่วยชาย อายุ 52 ปี U/D ESRD ปฏิเสธ RRT, retained foley catheter มาประมาณ 1 ปี, status bedridden
- CC: ใช้ ปัสสาวะชุ่น 2 day PTA
- PI: 2 day PTA มีไข้หนาวสั่นบางครั้ง ปวดเมื่อยตัว ปวดท้องน้อย ปัสสาวะออกน้อยลง และมีสีขุ่นมากขึ้น รับประทานยาพาราเซตามอลแล้ว อาการไม่ดีขึ้น จึงมารพ.
- PH: ปฏิเสธการดื่มสุรา หยุดสูบบุหรี่มา 2 ปี, ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

Case 1

- PE: V/S BT 37.5C, PR 88/min, RR 20/min, BP 120/70 mmHg
- HEENT: normal
- Heart: normal S₁, S₂, no murmur
- Lung: normal
- Abdomen: normal
- Ext: normal
- Neuro: normal

Case 1

- Imp: ESRD with UTI
- Mx: ส่งผู้ป่วยมา ER เพื่อเก็บ UA จาก foley catheter, ให้ buscopan IV → ต่อมาผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น V/S BT 38.5C, PR 116/min, RR 40/min, BP 100/60 mmHg → admit, คุย NR

Case 1

- Laboratory investigation (8/4/2559)
 - CBC: Hb 5.7, Hct 16, MCV 68.6, RDW 16.6
WBC 14320, N 88%, L 6%
Plt 224,000
 - UA: yellow, clear, pH 5, SpGr 1, albumin 3+, sugar negative, RBC>100, WBC>100, epithelial cell 1-2
 - Electrolyte: Na 138, K 4.8, Cl 96, CO₂ 4
 - LFT: TP/Alb 6.4/2.6g, TB/DB 0.3/0.1, AST 23, ALT 5, ALP 71
 - BUN,Cr?????

Case 1

- Problem List
 - Sepsis with urinary tract infection
 - ESRD
 - Severe metabolic acidosis

Case 1

- Management and Progression
 - Empirical ATB: Ceftazidime 2 g IV q 8 hr*3 dose then 2 g IV q 24 hr at ward
 - Supportive Rx:
 - Hyoscine 10 mg IV
 - Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4-6 hr
 - IV fluid : NSS 1000 ml IV 60 ml/hr
 - ค่าย NR กับญาติ (พี่สาว) 9/4/2559

Case 1

- Management and Progression
 - F/U Lab 11/4/2559
 - UA: clear, RBC 50-100, WBC numerous, epithelial cell 1-3, bacteria moderate
 - ต่อมา 12/4/2559 (12.55น.) ผู้ป่วยมีอาการร้องเอะอะโวยวาย หายใจเร็ว 40/min ให้ MO 5 mg IV stat then Mo (1:5) IV rate 10 ml/hr, on O2 mask with bag 10 LPM หลังจาก start MO ผู้ป่วยมี BP drop จนวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยเสียชีวิต

Case 1

- Pitfall
 - Inappropriate resuscitation, volume evaluation
 - Inadequate laboratory investigation: U/C, H/C
 - Delayed empirical ATB (start at ward)

Case 1

- Prevention
 - Evaluate volume status carefully in difficult patient and early hemodynamic resuscitation and monitoring
 - Proper lab investigation in septic patient
 - Early appropriate antibiotic administration

Case 2 (admit 6/8/2559)

- ผู้ป่วยหญิง อายุ 83 ปี unknown U/D, status bedridden 2 ปี ไม่ทราบสาเหตุ พุดคุยโต้ตอบไม่รู้เรื่อง

- CC: หายใจหอบเหนื่อย 1 hr PTA

- PI:

2 mo PTA หลานสะโกให้ประวัติว่ามีแผลกดทับมีกลิ่นเหม็น มีหนอง ไม่แดงร้อน มีอสม.มาช่วยทำแผลที่บ้าน และพามาพ. Dx infected bedsore → debridement แนะนำล้างแผลทุกวัน

2 day PTA แผลกดทับมีกลิ่นเหม็น ดำมากขึ้น ไม่มีไข้ ล้างแผลตามปกติ ไม่ได้รับการรักษาที่ใด

1 hr PTA หายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะในลำคอ แผลกดทับมีกลิ่นเหม็นมากขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีประวัติสำคัญ อาการไม่ดีจึงพามาพ.

- PH: แพ้ amoxicillin, ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด, ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

Case 2 (admit 6/8/2559)

- PE: V/S BT 36.5C, PR 100/min, RR 32/min, BP 100/60 mmHg, O₂ sat RA 84%
- HEENT: normal
- Heart: jugular venous engorge, CVP 16 cm, normal S₁, S₂, no murmur
- Lung: retraction, expiratory rhonchi both lung, coarse crepitation at RML, LLL
- Abdomen: normal
- Skin: infected bedsore grade 3, no necrotic tissue
- Ext: pitting edema both legs

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Imp: 1. R/O pneumonia DDx CHF, 2. infected bed sore
- Management at ER
 - On O₂ mask with bag 10 LPM → O₂sat 88%
 - Berodual 1 NB stat*2 dose
 - CXR → increase infiltration at RML and whole left lung, prominent minor fissure
 - คุยกับญาติ (หลานชายและหลานสะใภ้) ปฏิเสธใส่ ETT, CPR, Inotrope, accept MO
 - Admit, IV ATB
- V/S ก่อนออกจาก ER PR 96/min, RR 28/min, BP 110/70 mmHg, O₂ sat 88%

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Laboratory investigation (6/8/2559)
 - CBC: Hb 10.6, Hct 32.8, MCV 88.2, RDW 21.3
WBC 15100, N 95.9%, L 2.5%
Plt 187,000
 - BUN 29, Cr 1.15
 - Electrolyte: Na 145, K 3.4, Cl 104, CO₂ 24
 - Sputum G/S: gram stain positive cocci in pair and cluster moderate
 - H/C*II, sputum C/S pending

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Problem List
 - Bacterial pneumonia with sepsis
 - Infected bedsore
 - R/O CHF
 - Anemia
 - Hypokalemia

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Management and Progression
 - Specific Rx: Ceftriaxone, Roxithromycin
 - Supportive Rx: NPO, IV fluid (NSS 1000 ml IV 80 ml/hr), Bronchodilator

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Management and Progression
 - 7/8/2559 มีไข้ หอบมากขึ้น PE: BT 37.9 C, PR 110/min, RR 28/min, BP 100/80 mmHg, lung- accessory muscle use, coarse crepitation both lung, I/O +ve 1220 ml → Mx try diuretic (Lasix 20 mg IV stat) → I/O – ve 30 ml, BP 100/60 mmHg
 - 8/8/2559 ผู้ป่วยเรียกไม่ลืมนตา หายใจหอบเหนื่อย Lung-expiratory rhonchi both lung → start MO 3 mg IV prn q 6 hr, suction secretion อีก 5 hr ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Pitfall
 - Uncertained diagnosis
 - Inappropriate investigation for volume status (U/S IVC, Urine SpGr) before start diuretic
 - Diuretic use in septic patient who was impending to septic shock

Case 2 (admit 6/8/2559)

- Prevention
 - Assess volume status before using diuretic drugs and be careful in septic patient

Case 3 (admit 23/2/2559)

- ผู้ป่วยหญิง อายุ 87 ปี U/D thyroid รักษาที่รพ.จุฬา ปัจจุบันหยุดรักษาแล้ว
- CC: เหนื่อย หายใจเร็ว 5 day PTA
- PI: 5 day PTA เหนื่อย หายใจเร็ว หัวใจเต้นแรง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มี orthopnea, PND, ไม่บวม ปัสสาวะออกปกติ ไม่ได้รักษาหรือทานยาอะไร
- PH: ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่, ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร, ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

Case 3 (admit 23/2/2559)

- PE: V/S BT 36.8 C, PR 108/min, RR 40/min, BP 120/80 mmHg, O₂ sat RA 87%
- GA: A Thai elderly female, good consciousness
- HEENT: no pale conjunctivae
- Heart: pansystolic murmur grade 3 at LLP SB
- Lung: fine crepitation both lower lungs
- Abdomen: normal
- Ext: no pitting edema

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Imp: Pneumonia
- Management at ER
 - On O₂ canula 3 LPM → O₂ sat 96%
 - CXR → patchy infiltration at RML and LLL, no cardiomegaly
 - DTX 113 mg%
 - Admit for IV ATB
- V/S ก่อนออกจาก ER PR 112/min, RR 20/min, BP 130/80 mmHg, O₂ sat on canula 3 LPM 96%

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Laboratory investigation (23/2/2559)
 - CBC: Hb 9.1, Hct 26.9, MCV 81.3, RDW 15.4
WBC 15480, N 80.3%, L 14.9%
Plt 123,000
 - BUN 43, Cr 1.33
 - Electrolyte: Na 141, K 4.5, Cl 99, CO₂ 19
 - Sputum G/S:
 - Gram positive cocci in pair moderate
 - Gram negative rod many
 - Gram positive rod few
 - Budding yeast moderate
 - Sputum AFB*III-negative

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Problem List
 - Pneumonia with sepsis
 - Pre renal AKI
 - Wide gap metabolic acidosis

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Management and Progression
 - Specific Rx: ceftriaxone, Roxithromycin
 - Supportive Rx: IV fluid (NSS 1000 ml IV 80 ml/hr), O₂ supplement, mucolytic drug

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Management and Progression
 - 24/2/2559 มีอาการหายใจเหนื่อย RR 28/min, lung-fine crepitation both lung, CXR cardiomegaly พอๆเดิม, slightly increase lung congestion → Imp: volume overload Mx: off IV fluid, Lasix 20 mg IV
 - 26/2/2559 ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น PR 118/min → EKG sinus tachycardia, Hct 26.9% → PRC 1 unit → Hct 34% หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย RR 24/min, PR 120/min, O2 sat on canula 3 LPM 90% → on mask with bag, CXR congestion พอๆเดิม

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Management and Progression
 - 28/2/2559 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR 28-32/min, O₂ sat on mask with bag 99% → ผู้ป่วยปฏิเสธ ETT, เข้าไป NR, ต่อมาผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น RR 36/min ญาติปฏิเสธ MO จากนั้นเสียชีวิตในเวลาต่อมา

Case 3 (admit 23/2/2559)

- Pitfall
 - Uncertained diagnosis
 - Inappropriate investigation : sputum C/S, H/C
 - Inappropriate volume status evaluation and record fluid intake and urine output
 - Inappropriate management : No use of diuretic drug after give PRC transfusion in volume overload patient

Case 3 (admit 23/2/2559)

■ Prevention

- Complete septic work up in septic patient due to appropriate treatment esp. antibiotic use
- Appropriate volume status evaluation and record important data
- Assess risk and benefit of blood transfusion in patient who has volume overload status and use diuretic drug in appropriate situation

Case 4

- ผู้ป่วยชาย อายุ 81 ปี
- CC : แผลที่ก้นมีหนอง 1 dayPTA
- PI :
 - 3 month PTA เดินไม่ไหว นอนอย่างเดียว มีแผลกดทับที่ก้น ลูกสาวทำแผลเองที่บ้าน
 - 1 day PTA แผลมีหนองไหลออกมา ไม่มีไข้ กินได้น้อยลง ไม่ซึมยังคุยรู้เรื่อง
- Past history : CA prostate (Dx 2550), นิ่วในทางเดินปัสสาวะ รักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า
- Personal history
 - มีประวัติดื่มเหล้าสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันได้หยุดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่แล้ว ตั้งแต่ปี 55
 - ทานยาสมุนไพรต้มอยู่บางวัน, ปฏิเสธการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

PE

- Vital sign – BT 36.8 c, PR 104/min, RR 22/min BP 130/70 mmHg
- HEENT – mild pale conjunctivae
- Heart – normal S1S2, no murmur
- Lung – clear, equal BS
- Abd – soft, not tender
- Skin – buttock : infected bedsore 6 cm at coccyx

Management

- Admit
- IV ATB : Augmentin 1.2 g IV q 8 hr
- IV fluid : NSS 1000 ml IV 60 ml/hr
- Dressing wound with debridement
- Pain control : paracetamol, tramol
- Septic W/U

Laboratory

11/1/16

- **CBC** : WBC 11,110 , Neu 84.4 % , Lym 9 % , Hb 6, Hct 19.4, MCV 82.6, RDW 19, Plt 240,000
- **UA** : clear, RBC 2-3, WBC 10-20, epi 1-2, Granular cast 3-5/LPF, moderate bacteria, mucous 1+
- **Electrolyte** : NA 142, K 3.8, Cl 107, HCO₃ 20,
- **BUN** 43, **Cr** 0.6, **GFR** 145.82
- **Pus culture** : no growth after 5 days

Management & progression

- Correct anemia due to malignancy : PRC 1 unit
 - Hct หลังให้เลือด 25 %
- 4 วันต่อมา (13/1/60) ผู้ป่วยมีอาการเพ้อ พูดคนเดียว แต่ขาดสติ ชื่น → haloperidol (oral form) → หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่สับสน วุ่นวาย
- 14/1/59 (6.00) ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง แต่ไม่พูด
 - Vital sign : BT 36.8 c, HR 96/min, BP 110/70 mmHg, RR 24/min

Management & progression

- 14/1/59 (7.00) ผู้ป่วยเรียกไม่รู้สีกตัว ตัวเย็น ชีต เหลือง
 - Vital sign : ไม่สามารถคลำ pulse ได้ (cardiac arrest)
- ญาติขอ NR (no ETT, no CPR, no inotropic drug) → Death

Problem list

- Infected bedsore grade 4
- Prostatic cancer
- Anemia
- Unexplained cardiac arrest

Pitfall

- Inadequate investigation, treatment and follow-up anemia
 - Not serial Hct
 - Not correct anemia
 - Not explore cause of anemia
- Unexplained onset of cardiac arrest

แนวทางป้องกัน

- Investigation for anemia : hemolysis?, bleeding, anemia of chronic disease?
- Close follow up anemia : serial Hct
- Closed observe patient for early detection accidental events
- Early counseling patient and family for unexpected events
(Full resuscitation Vs NR) → for prevent delay treatment

Case 5

- ผู้ป่วยหญิง อายุ 48 ปี
- CC : ไข้ ชีพจร 6 hrPTA
- PI :
 - 1 month PTA ปวดชายโครงขวา ไม่มีร้าวไปที่อื่น ปวดเป็น ๆ หาย ๆ ต้องบวมโตขึ้น ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน
 - 2 wk PTA ชีพจร น้อยลง ตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น ไม่ยอมทานข้าว กินแต่เหล้ากับนม
 - 6 hrPTA มีไข้ ชีพจร ไม่มีอาการชักเกร็งกระตุก นอนปัสสาวะไม่รู้ตัว ไม่พูดคุย ต้องดึงมากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย จึงพามา รพ.
- Past history : Alcoholic cirrhosis ขาดการรักษาที่ รพศ 1 ปี
มีประวัติผ่าตัดเข้าขวาจากอุบัติเหตุ 10 ปีที่แล้ว
ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร
- Personal history
 - มีประวัติดื่มเหล้าขาวทุกวัน วันละ 1 ก๊ง, ไม่สูบบุหรี่

PE

- A Thai female, drowsiness, marked jaundice
- Vital sign – BT 38 c, PR 132/min, RR 36/min BP 120/80 mmHg
- HEENT – icteric sclera
- Heart – normal S1S2, no murmur
- Lung – clear, equal BS
- Abd – mark distension, generalize tender

Management & progression

- Imp : 1. SBP with sepsis 2. hepatic encephalopathy 3. alcoholic cirrhosis child C
- Admit
- IV fluid : NSS 1000 ml IV rate 60 cc/hr
- IV ATB : Ceftriaxone 2 g IV OD * 7 day
- Correct hepatic encephalopathy : lactulose 30 ml po q 2 hr (hold ถ้าถ่าย $\geq$ 3/day)
 - ➔ ได้เปลี่ยน order เป็น lactulose 30 ml po hs (hold ถ้าถ่ายแล้วในวันนั้น)
- On O₂ mask with bag 10 LPM
- Abdominal paracentesis for releasing (1-2 L/day) & diagnosis
- Septic W/U

Laboratory

27/2/16 DTX 93 mg %

29/2/16

- **CBC** : WBC 6,920 , Neu 79.2 % , Lym 15.6 % , Hb 6, Hct 17.4, MCV 93.5, RDW 15.2, Plt 91,000
- **UA** : clear, RBC 3-5, WBC 5-10, epi 1-2, Hyaline cast 3-5/LPF, moderate bacteria, mucous 1+
- **Electrolyte** : NA 134, K 2.4, Cl 95, HCO₃ 24
- BUN 11, Cr 0.72, GFR 91
- **LFT** : AST/ALT 105/18, ALP 64, TP 8, albumin 2.02, globulin 5.9, TB 14.9, DB 12.39
- **Ascites fluid** : albumin 0.57 (SAAG 1.45) , G/S not seen, WBC cell count 60 , PMN 30 % , mono 70 %

Management & progression

- Correct anemia : PRC 1 unit
 - Hct หลังเลือดหมด 23 %
- U/S abdomen bedside (1/3/59) : **Decompensated cirrhosis**
 - hepatomegaly with reticulonodular, genaralized liver parenchymal echo, no mass/infiltration
 - well distend GB with bile sludge, no GB wall tension, murphy's sign neg
 - normal both kidney
 - splenomegaly 16 cm , no infiltration
- Treat cirrhosis : lasix + aldactone

Management & progression

- 2/3/59 ดีขึ้นดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการแน่น ๆ ท้องพองๆ เดิม
 - Hepatic encephalopathy → improve
- 4/3/59
 - 1.30 น. ผู้ป่วยมี BP drop (90/60 mmHg), PR 120 , oliguria (100cc/แวน) →
เพิ่ม rate IV 80 ml/hr, retain foley's catheter
→ urine output 100-200 ml/แวน
 - 7.30 น. ผู้ป่วยมีอาการซึมมากขึ้น + BP drop
→ Imp : hepatic encephalopathy → ให้ lactulose + hold lasix, aldactone
- Plan
 - ให้ ATB 7 day, ให้ lactulose treat HE,
 - If clinical worsening → คุย palliative care

Laboratory

5/3/16

- CBC : WBC 19,870 , Neu 79.3 % , Lym 12.1 % , Hb 7.8, Hct 21.7, MCV 89.3, RDW 17.5, Plt 200,000
- Electrolyte : NA 137, K 3.3, Cl 97, HCO₃ 19
- BUN 56, Cr 2.65 (เดิมได้ 0.72), GFR 20.34
- LFT : AST/ALT 112/18, ALP 79, TP 7.4, albumin 1.69, globulin 5.7, TB 19.9, DB 15.86
- H/C – no growth after 5 day
- Abdominal fluid culture – no growth after 48 hrs

Management & progression

- AKI : suspected diuretics + abdominal paracentesis → plan ให้ IV hydration
- HE : ค่อย NR (5/3/59) → no ETT, no CPR, no inotrope
- Continue ATB : ceftriazone
- 7/3/59 : F/U BUN 71 (เดิม 56), Cr 3.35 (เดิม 2.65)
→ suspected HRS
- 8/3/59 (18.30) : Death

Hepatorenal syndrome

Diagnostic Criteria (IAC 2015)

- Cirrhosis with ascites
- Diagnosis of AKI according to ICA-AKI criteria
- No response after 2 consecutive days of diuretic withdrawal and volume expansion with albumin (recommended albumin dosage is 1 g/kg of body weight per day up to maximum of 100 g/d)
- Absence of shock
- No recurrent or recent treatment with nephrotoxic drugs
- No macroscopic signs of structural kidney injury as indicated by proteinuria > 500 mg/d, microhematuria (>50 RBC/HPF), and/or abnormal renal ultrasonography

Problem list

- Cirrhosis child C
- Hepatic encephalopathy
- AKI

Pitfall

- Inadequate treatment for hepatic encephalopathy
 - Lactulose 30 ml po hs จนกว่าจะถ่ายถึง hold
 - 2- 4 มี.ค. 59 ผู้ป่วยถ่ายแค่วันละครึ่ง → HE (4 มี.ค. 60)

แนวทางป้องกัน

- ควรให้ lactulose 30 ml po q 6 hr จนกว่าจะถ่ายมากกว่า 2 ครั้ง/day
ถึงจะ off lactulose

Case 6

- ผู้ป่วยชาย อายุ 72 ปี
- CC : รับ refer กลับจาก รพศ เพื่อมารักษาใกล้บ้าน
- PI :
 - 5 day PTA มีอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะไม่ออก ปวดบวมบริเวณขาหนีบด้านขวา ไม่มีไข้ นอนไม่หลับ
 - 4 day PTA มารักษาที่รพ. ได้ส่งตัวผู้ป่วยไปที่ รพศ. ด้วยเรื่อง incarcerated inguinal hernia → ทำ right hernioplasty post op มีปัญหาปัสสาวะออกน้อย 10-30 ml/hr ได้ให้ lasix 40 mg หลังจากนั้นปัสสาวะออกดี
 - Today refer กลับ รพศ เนื่องจากวินิจฉัย recurrent hernia แต่ รพศ.ให้กลับมารักษาต่อใกล้บ้าน
- Past history : ปฏิเสธโรคประจำตัว , ปฏิเสธการผ่าตัด
 ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร
- Personal history
 - ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่

PE

- Vital sign – BT 36.8 c, PR 84/min, RR 24/min BP 150/80 mmHg
- HEENT – no pale, no icteric sclera
- Heart – normal S1S2, no murmur
- Lung – clear, equal BS
- Abd – soft, not tender
 - wound : บวมแดงปกติ

Management

- Imp : incarcerated indirect inguinal hernia S/P repaired Rt. IIH
- Admit
- IV hydration : NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr
- Wet dressing wound OD
- Pain control : paracetamol
- ATB : amoxicillin (500) 2*2 po pc

Laboratory

9/12/15

- Electrolyte : NA 139, K 3.4, Cl 105, HCO_3 12
- BUN 76, Cr 4.4, GFR 14.82

Management & progression

- 10/12/58 (23.10) ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายป็นลงจากเตียง พุดเพื่อคน
เดียว
 - Vital sign ขณะนั้น : BP 170/80 , BT 36.5 c, PR 80/min, RR 24/min
 - Haloperidol 5 mg IV stat
 - Ativan (0.5) 1 tab po prn hs
- 11/12/58 (6.00) ผู้ป่วยหยุดหายใจ, no pulse, no BP
 - Plan start CPR แต่ผู้ป่วย loss conscious + ติดต่อญาติไม่ได้
 - D/C จำหน่าย death (suspected sepsis, ACS)

Pitfall

- Inappropriate treatment for delirium
 - Haloperidol IV → high risk for QT prolong, EPS
- Unexplained onset of cardiac arrest
- Don't CPR in this patient

แนวทางป้องกัน

- ทบทวน route การให้ยาแต่ละชนิดก่อนให้ผู้ป่วย (Do not harm)
 - Haloperidol : oral, IM only !!!
- Closed observe patient for early detection accidental events
- Early counseling patient and family for unexpected events
(Full resuscitation Vs NR) → for prevent delay treatment
- ในกรณีที่ติดต่อบุคคลไม่ได้จริง + ผู้ป่วยไม่ได้สติ ควรต้อง full treatment (CPR) เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยเองและลดปัญหาการฟ้องร้องภายหลัง

Case 7

- Case ผู้ป่วยชายไทยอายุ 78 ปี u/d : TVD with CM S/P SK ก.ย. 58 ปฏิเสธ CABG last echo 9/58 : EF 43 % , Hypertension, CKD มาด้วย
- 16/05/60 หายใจไม่อิ่ม ไม่เจ็บหน้าอก ตรวจ EKG ST depression at Lead I , aVL , V4- V6 , ST elevate aVR, V1-2 → เจาะ Trop-T stat <50 (21.45 น.) จึง admit ที่รพ. สอยดาว ระหว่าง admit มี Trop-T 168 → Diagnosis เป็น STEMI with congestive heart failure
- 17/05/60 03.00 น. จึง refer ไปรักษาต่อที่รพ.พระปกเกล้า

Case 7

- 17/05/60 16.30น. ส่งไปรักษาต่อที่รพ.พระปกเกล้า แต่ญาติปฏิเสธการใส่ ET tube ,CPR จึงได้รับการรักษาโดยใช้ enoxaparin และส่งตัวกลับมาให้ยาต่อที่รพ.สอยดาว
- PH : หยุดดื่มสุรา หยุดสูบบุหรี่ปลายปี 58, ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร, ไม่ใช้สารเสพติด , ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน

Case 7

- PE : Vital sign : BT 36.5 C ,PR 74/min ,RR 20/min, BP 120/70
- HEENT: neck vein engorged
- Heart: normal S₁,S₂, no murmur
- Lung: fine crepitation both lung
- Abdomen: normal
- Ext: normal
- Neuro: normal

Case 7

- Diagnosis : NSTEMI with congestive heart failure
- Management
 - เนื่องจากปฏิกิริยาการ ใส่ ET – tube , CAG , inotrope ,CPR จึงพิจารณาให้ DAPT และ enoxaparin ต่อที่รพช และ treat เรื่องของ CHF และแก้ไขภาวะ electrolyte imbalance (ที่รพช ให้ lasix 80 mg IV Stat , Elixir KCL 30 ml po plan ให้ 3 dose และ 50%MgSO₄ 8 ml IV drip, MO 2 mg IV Stat)

Case 7

- Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr
- ASA (300) 1*1 po pc
- Clopidrogel (75) 1*1 po pc
- Simvastatin (40) 1*hs
- Bisacodyl (5) 1*hs
- Omeprazole (20) 1*1 po ac

Case 7

- Laboratory investigation : Lab ที่รพ. พระปกเกล้า
 - Tro-I 5.321→8.52 , CK-MB 47.6→51.2
 - Na 138 , K 3.15 , CL 102.8 , HCO₃ 26.8 , Mg 1.58
 - BUN 17 , Cr 1.09

Case 7

- Problem List
 - NSTEMI with congestive heart failure
 - Electrolyte imbalance (hypomagnesemia , hypokalemia)
 - Cardiogenic shock with congestive heart failure

Case 7

■ Management and Progression

- 18/05/59 : คนไข้ยังมีอาการเหนื่อยอยู่ ฟัง lung : crepitation both lower lung , Ext : no edema (I/O 1200/200) ได้ทำการ CXR : no new active infiltration, normal costophrenic angle ,no mass จึง start carvedilol ไป 2 ชม. มี notify BP drop 70/40 ได้ load NSS 700 ml → BP 70/60 จึงคุยกับญาติ no tube, no CPR , no inotrope , Accept MO
- 19/05/60 : เหนื่อยมากขึ้น Lung : crepitation left lung → CXR ชำ inhomogenous opacity right and left lung filed → off IV fluid
- 19/05/59 : แขนงหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น จึงให้ MO 4 mg IV Stat
- 20/05/59 (04.35น.) ผู้ป่วยเสียชีวิต

Case 7

■ Pitfall

- ประเมิน volume status ยาก เนื่องจาก ตรวจร่างกาย ยัง มี fine crepitation both lung , Ext : no edema ,CXR : no new active infiltration , normal costophrenic angle, no mass ทำให้ไม่รู้ว่ เรื่อง Congestive heart failure improve แล้วหรือยัง ดังนั้นทำให้ประเมินเรื่อง Congestive heart failure ว่า stable ลำบาก
- Delayed restrict fluid

Case 7

- Prevention
 - Treat congestive heart failure ให้ stable ก่อน start beta-blocker
 - Restrict fluid

Case 8

- Case ผู้ป่วยชายอายุ 52 ปี U/D Alcoholic cirrhosis
- CC : มาตรวจตามนัด
- PI : ญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมารพ. กินได้น้อยลง ไม่ค่อยถ่ายอุจจาระ (ไม่มีถ่าย) ไม่มีไข้ มีอาการสับสนเดินออกนอกบ้าน พูดคุยสับสน
- PH: หยุดการดื่มสุรา 3 เดือน, สูบบุหรี่ 3 มวนต่อวัน , ปฏิเสธสารเสพติด , ประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร, ปฏิเสธสารเสพติดฆ่าตัวตั้ง 35 ปี

Case 8

- PE : Vital sign : BT 36.7 C ,PR 82/min ,RR 20/min, BP 130/90
- HEENT: icteric sclera
- Heart: normal S₁,S₂, no murmur
- Lung: normal
- Abdomen: mild abdominal distention
- Ext: normal
- Neuro: mild confusion

Case 8

- Diagnosis : Hepatic encephalopathy precipitate from hypokalemia , constipation
- Management :
 - แก้ไข precipitate ของ hepatic encephalopathy :
constipation → lactulose 30 ml po q 3hr จนกว่าจะถ่าย
มากกว่า 3 ครั้ง , hypokalemia → E.KCL 30 ml po q 4hr *
2 dose

Case 8

- Laboratory investigation : 14/05/59
 - CBC : WBC 8,480, Hb 8.5, HCT 23.8, Plt 167,000 ,
NE 72.7 % , LYM 16.7 %
 - Electrolyte : Na 127 , K 3.3 , CL 89 , HCO₃ 24 ,
 - Cr 1.39
 - LFT : TB 14.5 , DB 10.96 , TP 6.7 , Alb 1.96 , Glb 4.7,
AST 97 , ALT 16 , ALP 104

Case 8

- Problem List
 - Hepatic encephalopathy
 - Acute kidney injury
 - Bowel ileus
 - COPD with AE

Case 8

■ Management and Progression

- 16/12/59 ท้องโต ตรวจร่างกาย marked abdominal distention, tympanic on percussion → Acute abdomen series : generalized small bowel ileus , no free air under dome of diaphragm → Retain NG tube (Electrolyte : Na 133 , K 2.8 , CL 99 , HCO₃ 22 , BUN 11, Cr 1.39)
- 17/12/59 ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง ดีขึ้นดี → hepatic encephalopathy เริ่ม improve และมีการให้ ativan (1) 1*3 po pc
- 18/12/59 → ไม่ได้มี note clinical คนไข้
- 19/12/59 → คนไข้ไม่ตื่น รู้ตัวบางครั้ง → hepatic encephalopathy แย่ลง

Case 8

■ Management and Progression

- 20/12/59 : ระหว่างนอน รพ. มีไข้ขึ้น จึง H/C * 2 ขวดและ empirical ATB เป็น cef – 3 2 g IV OD
- 21/12/59 : ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเกิดขึ้น O₂sat RA 66 % , lung : expiratory wheezing at right lung → COPD with AE จึงพ่น berodual ไป , CXR poor air expansion , no infiltration → Clinical not improve คุยกับญาติ no ET tube Accept MO

Case 8

■ Pitfall

■ Inadequate investigation and treatment Hepatic encephalopathy

- 1. ในชาร์จ ไม่มี note การทำ ultrasound ว่ามี ascites หรือไม่ ถ้ามี ascites ต้องเจาะน้ำมาดู เพื่อ R/O SBP เพราะเป็น precipitate ของ hepatic encephalopathy (ถ้าเป็น SBP จะ delay ATB)
- 2. ในตอนแรก clinical hepatic encephalopathy เริ่ม improve แต่หลังจากให้ ativan อาการแย่ลง ดังนั้นคิดว่ามาจากการให้ Ativan เป็น precipitate of hepatic encephalopathy

Case 8

■ Prevention

- ต้องหา precipitate ของ hepatic encephalopathy ให้หมด
- ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ในคนไข้ hepatic encephalopathy

Case 9

- Case ผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี U/D cirrhosis child C
- CC : เลือดไหลออกจากจมูกข้างขวา 3 hr PTA
- PI : 3 hr PTA มีเลือดไหลออกจากจมูกด้านขวาเป็นเลือดสด มีไอออกมาจากคอเป็นลิ่ม คนไข้อ่อนเพลียมากจนนอนรพ.
- PH: หยุดการดื่มสุรา 1 เดือน(ดื่มสุราวันละ $1/2$ ขวดต่อวัน), สูบยาเส้นวันละ 10 มวนต่อวันนาน 30 ปี , ปฏิเสธสารเสพติด, ประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร, ไม่เคยผ่าตัด

Case 9

- PE : Vital sign : BT 37.3 C ,PR 88/min ,RR 18/min, BP 110/70
- HEENT: marked pale conjunctiva , marked icteric sclera , Right nostril : bloody oozing
- Heart: normal S₁,S₂, no murmur
- Lung: normal
- Abdomen: ascites, ecchymosis, no hepatosplenomegaly
- Ext: pitting edema

Case 9

- Diagnosis : Epistaxis Right nostril
- Management :
 - Refer to PPK for proper management
 - IV fluid : NSS 1000 ml IV rate 80 ml /hr
 - Gauze packing right nostril

Case 9

■ At PPK

■ Problem list

- 1. Epistaxis → consult ENT แล้ว no management คิดว่า cause จาก coagulopathy ให้ treat coagulopathy ตอนนี้ clinical improve ไม่มี bleeding (INR 2.47→1.5)
- 2. HBV cirrhosis child C → plan คุยกับญาติ for palliative treatment , นัด USG upper abdomen at OPD and Consult GI at OPD
- 3. Hepatic encephalopathy → On lactulose 30 ml PO q 2 hr จนกว่าจะถ่าย ขณะนี้ถามตอบได้, Frog leg positive
- 4. AKI (Cr 2.27→ 1.97) → plan hydration F/U BUN,Cr , Plan evaluate Diuretic at OPD

Case 9

- Refer กลับมารักษาต่อที่รพ.สอยดาว
- Active problem List
 - Hepatic encephalopathy grade II
 - Acute kidney injury
- Management
 - Admit
 - IV fluid : NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr
 - Lactulose 30 ml po q 2 hr if diarrhea มากกว่า 3 ครั้งให้ hold

Case 9

- Laboratory investigation : 14/05/59
 - CBC : WBC 11,760 Hb 8.9, HCT 24.3, Plt 62,000 , NE 82.8 % , LYM 7.1 %
 - Electrolyte : Na 150 , K 3.7 , CL 118 , HCO₃ 15
 - Bun 28 Cr 1.4
 - LFT : TB 32.0 , DB follows , TP 6.1 , Alb 2.64 , Glb 3.5, AST 194 ,ALT 25 , ALP 182

Case 9

■ Management and Progression

- 15/12/60 : ผู้ป่วยรู้ตัว ถามตอบรู้เรื่อง ถ่ายอุจจาระ 4 ครั้ง → Hepatic encephalopathy grade II เริ่ม improve → Treatment เปลี่ยน lactulose 30 ml po hs และให้ Ativan(1) 1*3 po pc
- 16/12/60 : ผู้ป่วยซึมลง ไม่ตอบคำถาม นอนซึมมาก ไม่ orientation จึงทำการ abdominal paracentesis เพื่อ work up cause SBP → ผล no SBP

Case 9

■ Management and Progression

- 17/12/59 : มี notify ดู content ก่อน feed ได้ bleed ค่อนข้าง
สด 15 ml ได้เจาะ HCT Stat
25→25→20→21→20→20→19 จึงให้ omeprazole
80 mg IV Stat then 40 mg IV q 12 hr ค่อยกับญาติ ไม่ RBC
transfusion ถ้าเหนื่อย accept MO
- 19/12/59 : มี notify BP 70/20 mmHg ค่อยกับญาติอีกรอบ no
inotrope, no NSS load ถ้าเหนื่อย accept MO

Case 9

■ Pitfall

- 1. Inadequate investigation and treatment
 - UGIB → Refer for EGD เพื่อ work up หา cause
 - Not correct anemia
- 2. Inadequate treatment Hepatic encephalopathy
 - Cause คิดว่ามาจากการให้ Ativan ไม่ใช่ hypernatremia เพราะว่าวันแรกที่กลับจาก refer ค่า Na150 → clinical คนไข้รู้ตัว ถามตอบรู้เรื่อง แต่หลังจากได้ ativan → hepatic encephalopathy

Case 9

- Prevention
 - Investigation for UGIB
 - Correct anemia เมื่อเทียบ risk กับ benefit แล้วควรจะให้เนื่องจาก UGIB → Hypovolemic shock → Death เมื่อเทียบกับการให้ blood transfusion แล้วทำให้เกิด hepatic encephalopathy
 - ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ในคนไข้ hepatic encephalopathy