

UNPLANNED REFER

EXT คิวพร สุริยันต์

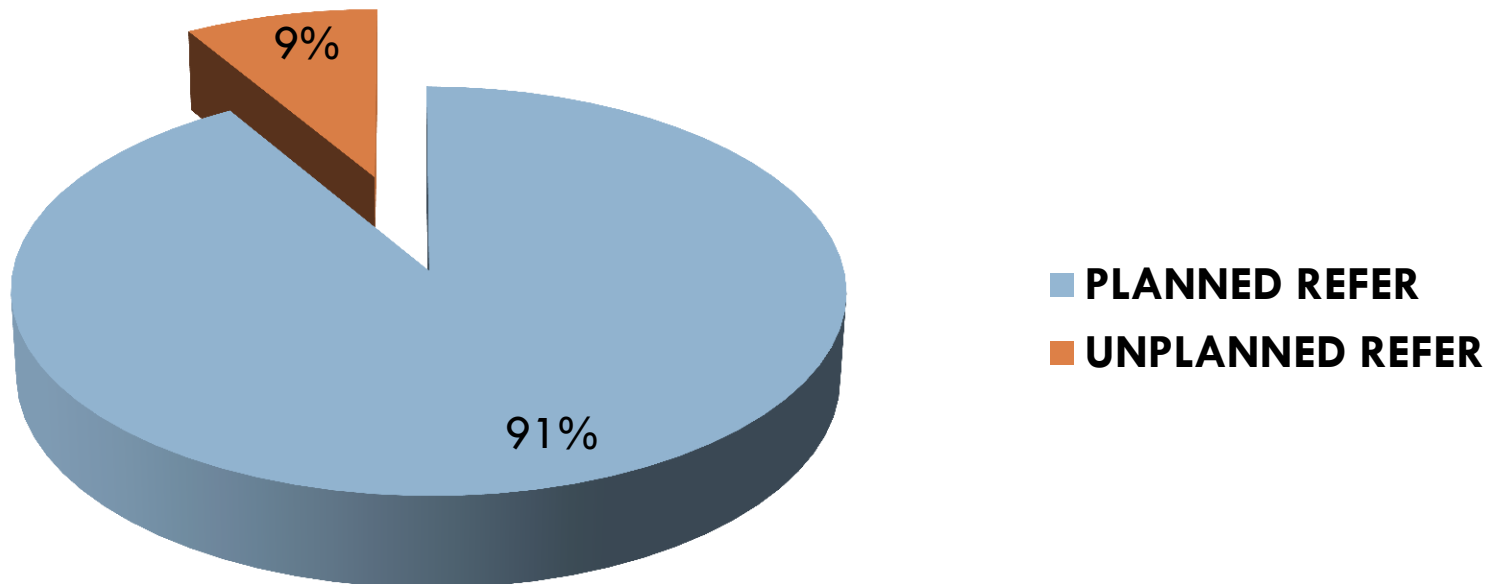
EXT คิวไล เฮ้งตระกูล

EXT สุกิจ จตุวีรวงศ์

ระหว่างช่วง ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง กันยายน พ.ศ. 2557

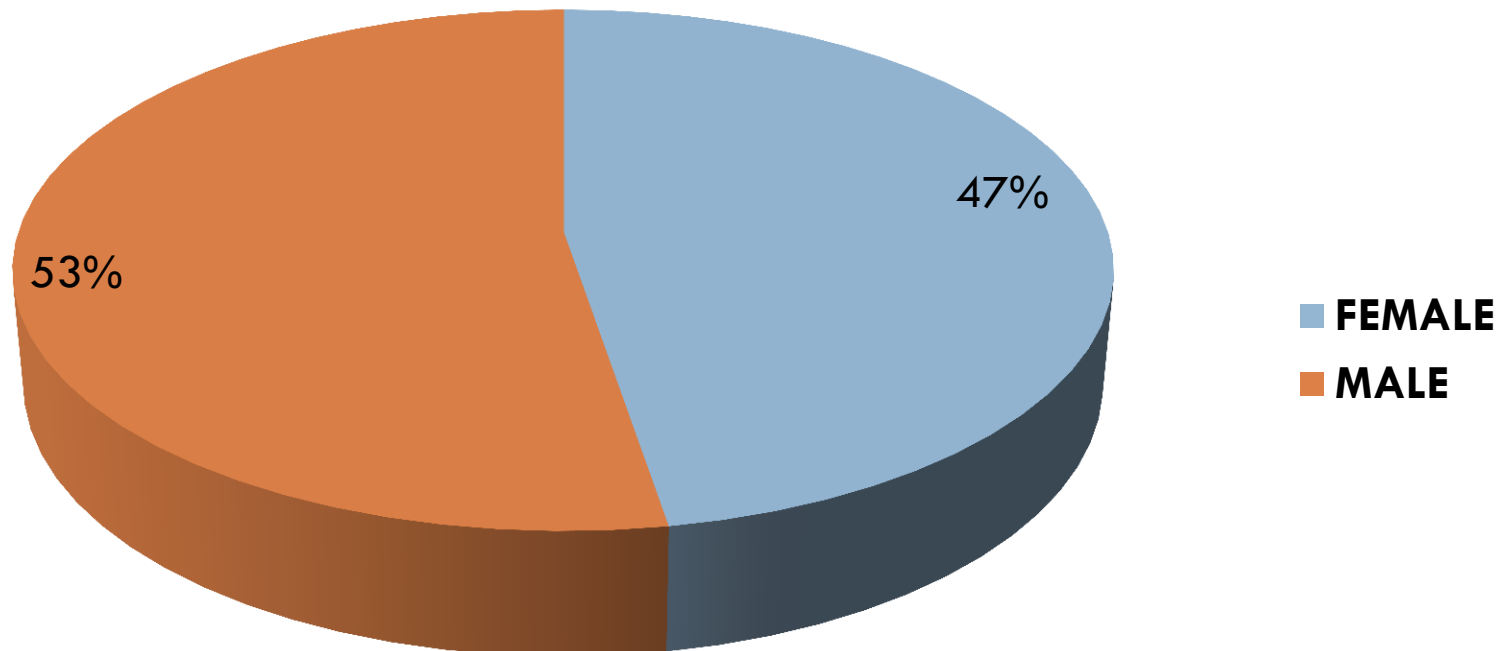
ข้อมูลทั่วไป

- REFER 454 cases
- UNPLANNED REFER 38 cases



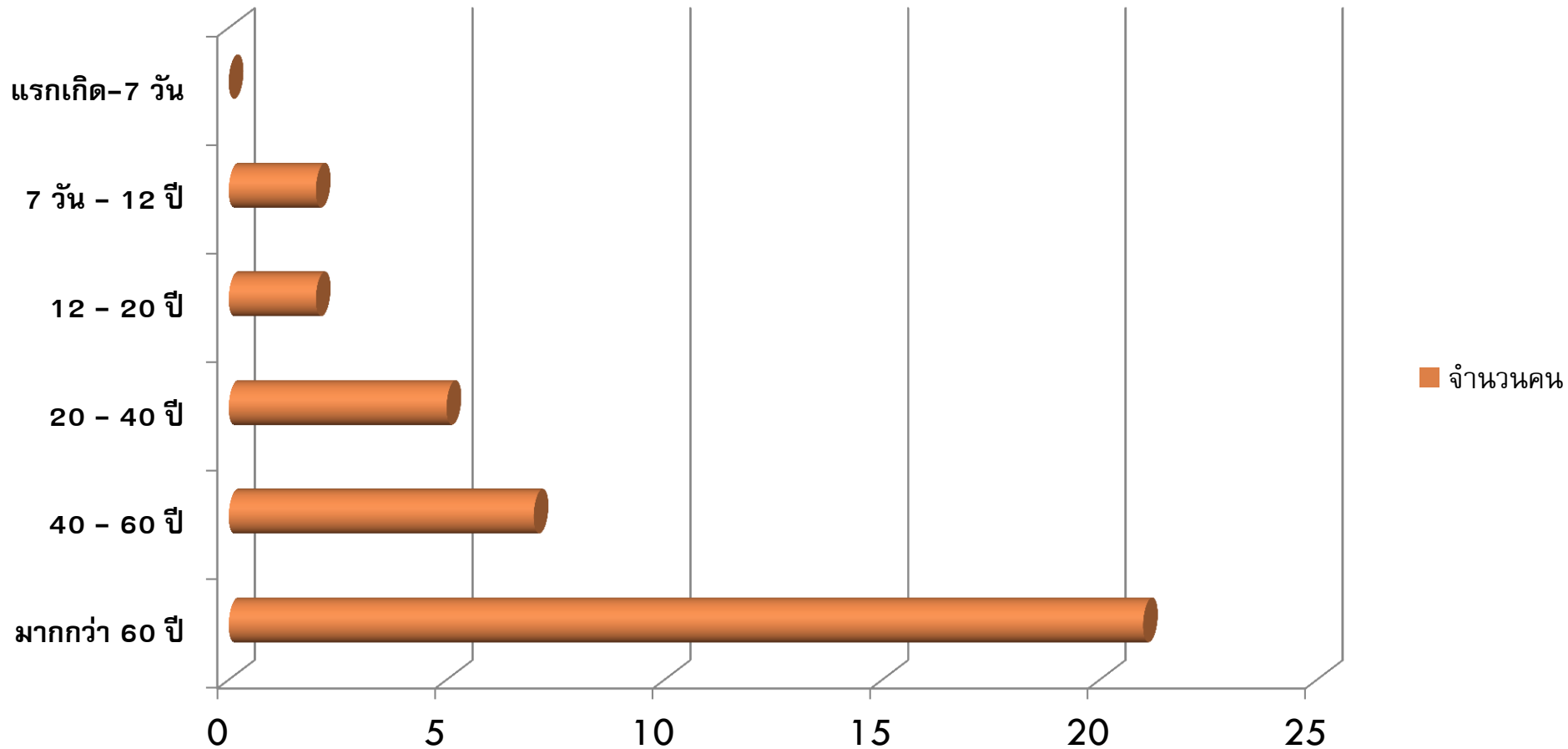
ข้อมูลทั่วไป: เพศ

- FEMALE 18 cases
- MALE 20 cases



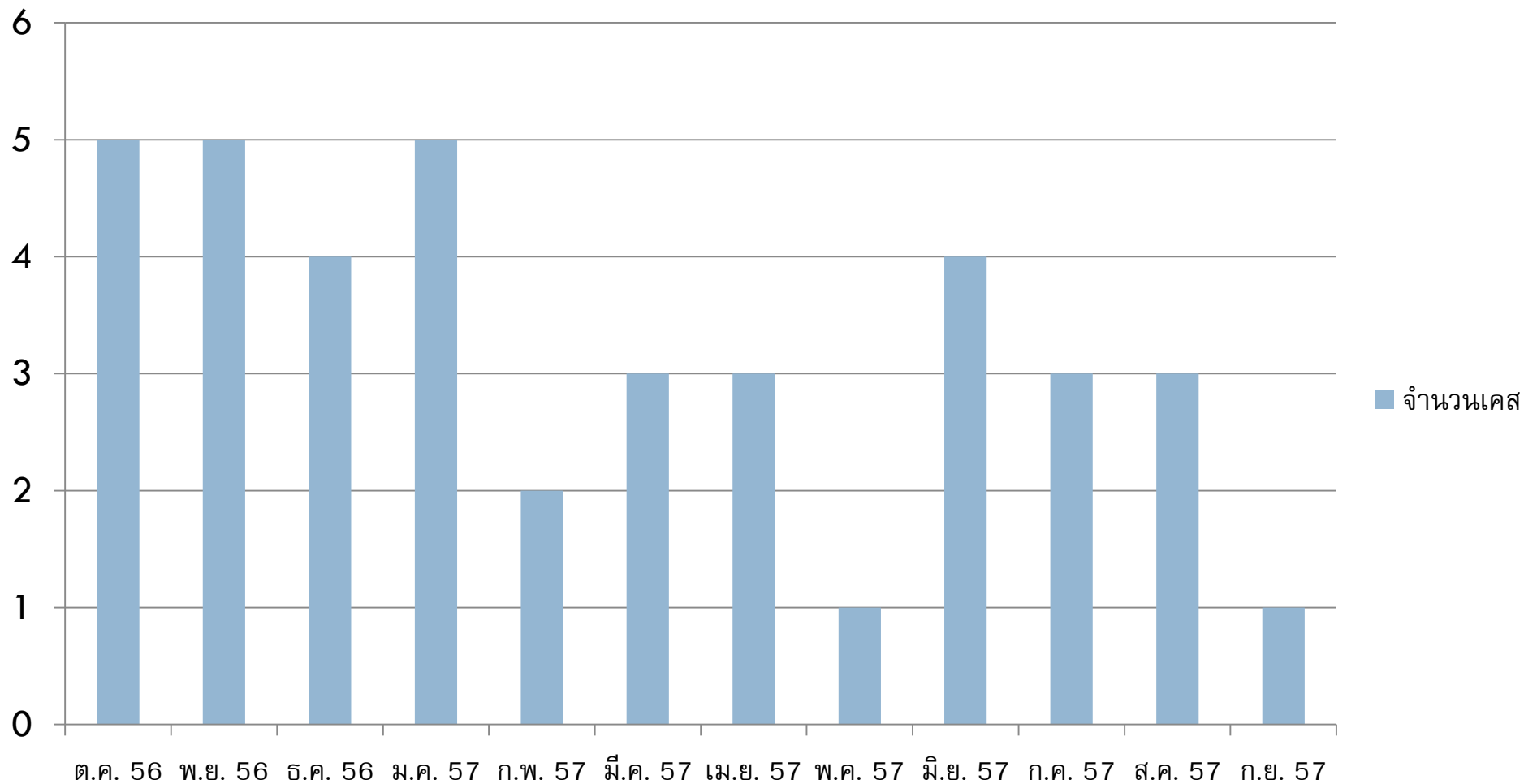
ข้อมูลทั่วไป: อายุ

จำนวนคน



ข้อมูลทั่วไป

จำนวนเคส



ข้อมูลทั่วไป: ward

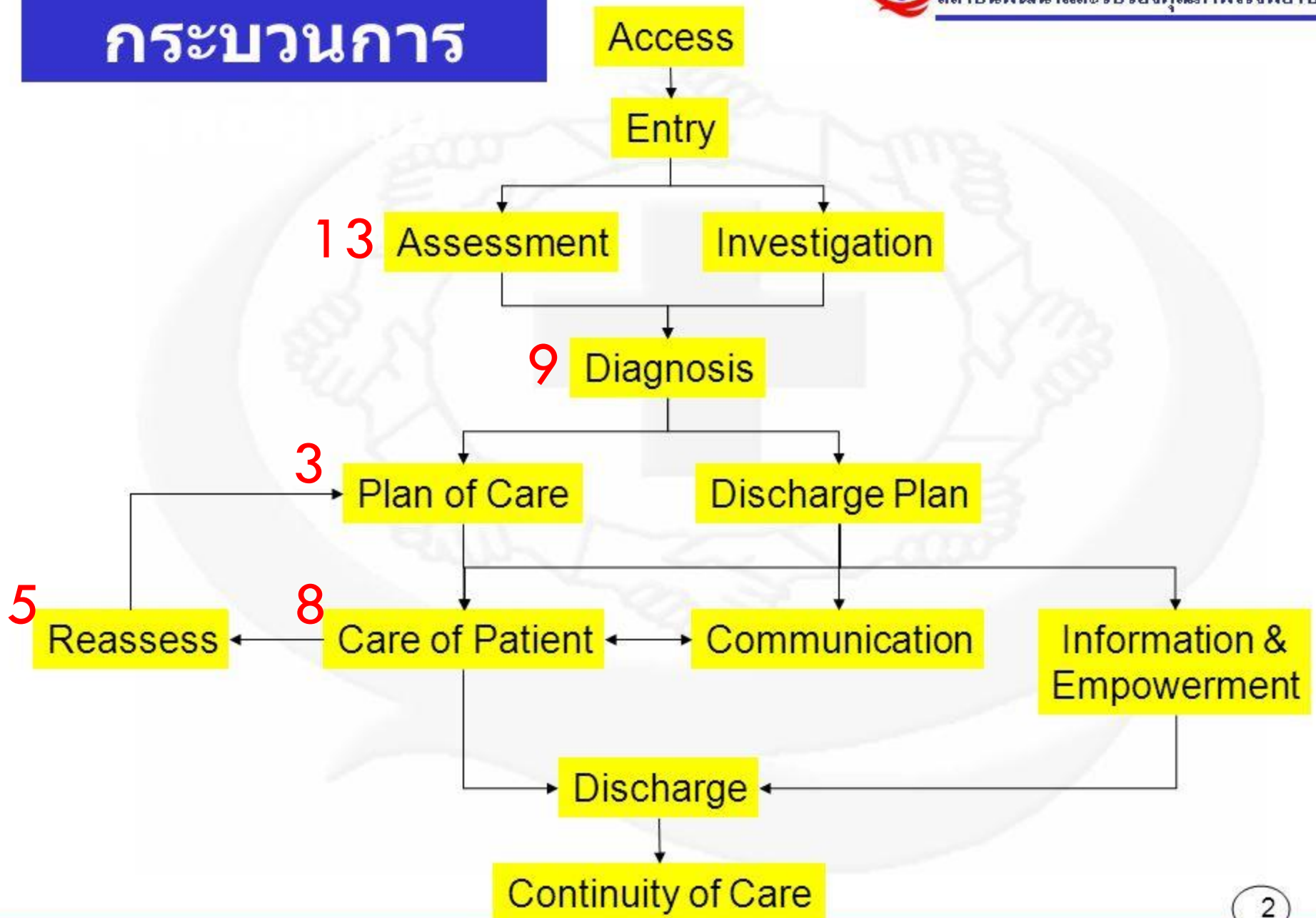
| WARD | จำนวนคน |
|------------|---------|
| MEDICINE | 33 |
| PEDIATRICS | 1 |
| OBS/GYNE | 1 |
| SURGERY | 2 |
| OTHERS | 1 |

ข้อมูลทั่วไป: system

| SYSTEM | จำนวน |
|------------|-------|
| RS | 16 |
| CVS | 10 |
| ENDOCRINE | 2 |
| NEURO | 3 |
| INFECTIOUS | 3 |
| KUB | 2 |
| OTHERS | 2 |

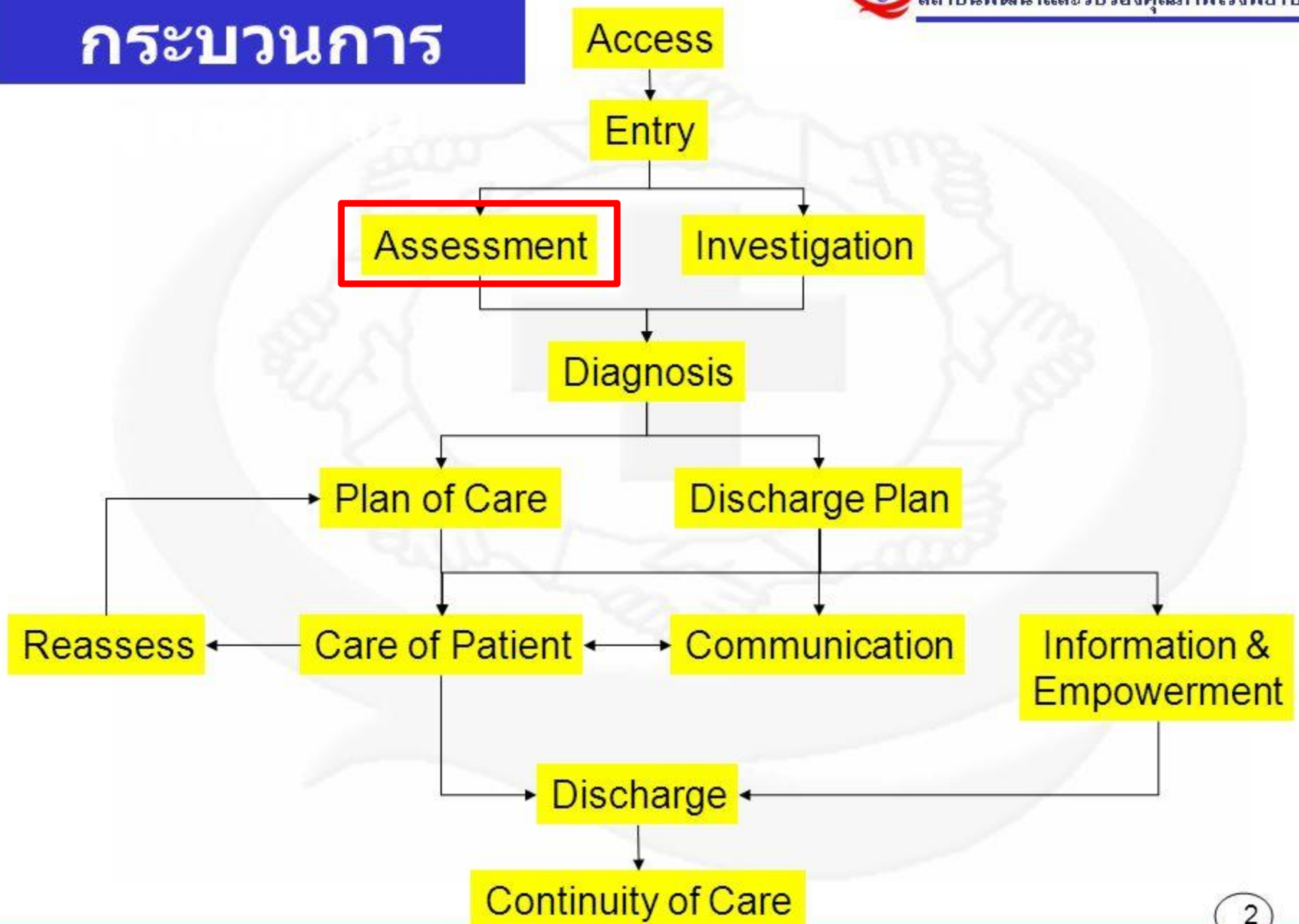


กระบวนการ





กระบวนการ



1. Assessment: physical examination

- เด็กหญิง อายุ 2 ปี **unknown U/D**
- **CC** ถูกน้ำมันลวกมือขวาตั้งแต่กลางแขนถึงปลายมือ
- **DX** **secondary degree burn 2%**
- **ADMIT** for hydration and dressing
- **PROGRESSION**
 - ▣ หลังจาก **admit** ตรวจร่างกายพบว่าเป็น **second degree burn, full thickness with contracture** จึง refer for debridement
- **PITFALL** ตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน หรือไม่ลงรายละเอียดไว้ชัดเจน

2. Assessment: physical examination

- ผู้ป่วยชาย อายุ 67 ปี unknown U/D
- CC ปวดตาขวา ตาบวมแดง น้ำตาไหล มองไม่ชัด
- PE swelling, redness at right periorcular area, full EOM, no pain on movement
- DX preseptal cellulitis
- ADMIT for IV ATB
- PROGRESSION
 - หลัง admit ผู้ป่วยบอกว่ามีตุ่มใสขึ้นบริเวณใบหน้า คิดถึง herpes zoster ophthalmicus จึง refer
- PITFALL
 - ไม่ได้ตรวจ VA ในคนไข้ที่ complain เรื่องตามัวมากขึ้น
 - ไม่ได้คิดถึงโรค herpes zoster ophthalmicus (skin lesion ตาม dermatome)
- REVISE ตรวจ visual acuity

3. Assessment: physical examination

- ผู้ป่วยชาย อายุ 62 ปี U/D HT, AF
- CC ปวด บวมแดง มือซ้าย ข้อมือบวม ปวดข้อมือ
- PE swelling at left hand to forearm
- DX cellulitis left arm
- ADMIT for IV ATB
- PROGRESSION
 - ▣ หลัง admit ปวดข้อมืออยู่ตลอด ตรวจข้อมือ พบ swelling at left wrist
 - ▣ Arthrocentesis: cell count 4500, PMN 95%
 - ▣ DX septic arthritis จึง refer
- PITFALL ตรวจร่างกายไม่ครบถ้วนตอนแรกครับ

4. Assessment: early refer

- ผู้ป่วยชาย อายุ 13 ปี U/D E1
- CC มีไข้ หายใจเหนื่อยมากขึ้น 1 วันก่อนมา รพ
- PE BT 40, RR 40, PR 112 BP 110/60 , SpO2 90%, coarse crepitation, wheezing
- DX pneumonia
- ADMIT for IV ATB
- PROGRESSION
 - ▣ หลัง admit 1 ชม. เหนื่อยมากขึ้น intercostal retraction, SpO2 80% จึง on ET tube และ refer
- PITFALL แกรับอาจจะควรใส่ ET tube และ refer ตั้งแต่แรก
- REVISE เกณฑ์การประเมินเมื่อผู้ป่วยมี respiratory distress ว่าเมื่อไหร่ควรที่จะ on ET tube และ refer

5. Assessment: early refer

- ผู้ป่วยชาย อายุ 50 ปี U/D asthma
- CC เหนื่อยมากขึ้น ฟ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมารพ
- PE RR 24, SpO2 90%, suprasternal intercostal retraction, expiratory wheezing
- DX acute asthmatic attack
- ADMIT for supportive treatment
- PROGRESSION
 - หลัง admit 1 ชั่วโมง มีอาการเหนื่อยมากขึ้น RR 40, SpO2 5 LPM 90% จึง on ET tube แล้ว refer
- PITFALL ประเมินตอนแรกคนไข้ดูเหนื่อย มี retraction มาก ควรใส่ ET tube
- REVISE เกณฑ์การประเมินเมื่อผู้ป่วยมี respiratory distress ว่าเมื่อไหร่ควรที่จะ on ET tube และ refer

6. Assessment: physical examination

Case ผู้ป่วยหญิง 83 ปี U/D DM, HT มีไข้สูงหนาวสั่น 3 วัน ซึมลง
ทานอาหารได้ปกติ

- **PE** : V/S BT 37.5 PR 60 BP 100/70 RR 20/min
Abd : CVA tenderness +ve other : WNL
- **Ix** : CBC, BUN , Cr, E'lyte ,UA
- **Diagnosis** : Acute pyelonephritis (UA; WBC 10-20 ,epi 1-3 หลัง admit 3 วัน)
- **Management** : IV ATB ; Cef-3

- **Progression**

- ยังคงมีไข้สูงตลอด ซึมๆ มีสำลักอาหาร หลัง admit 5 วัน ตรวจร่างกายซ้ำได้ stiffneck +ve
- LP(WBC 11 , neu 30%, Lym 70% sugar13.2/134 , protein 122/7) , E'lyte Na 138->122

- **Refer** : AFI with alteration of conscious R/O meningoencephalitis with hyponatremia

- **Pitfall** :

- 1. assessment ตอนแรกมาด้วยซึม มีไข้ ควรตรวจ stiffneck
- 2. reassessment ผู้ป่วยเข้าไปเนื่องจากเริ่มมีอาการซึมตั้งแต่วันแรกและมีไข้สูง ควรแยก intracranial และ extracranial cause

7. Assessment: precipitating

Case ผู้ป่วยหญิง 58 ปี หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่อึด ขาบวมมากขึ้นทั้ง 2 ข้าง

- **PE** : V/S BP 90/60 PR 90/min RR 28/min BT 36.8 O₂sat RA 93%
RESP : crepitation both lung , other WNL
- **Ix** : CXR ; cardiomegaly , cephalization
CBC , BUN, Cr, E'lyte ,UA
- **Diagnosis** : CHF
- **Management** : Lasix , restrict I/O
- **Progression** : หอบเหนื่อย กระสับกระส่ายมากขึ้น O₂sat on mask with bag 10 LPM = 92 % ,
pitting edema 2+ -> on ETT , Dopamine
- **Refer** : Acute respiratory failure
- **Pitfall** : ไม่ได้หา precipitate cause of HF บางอย่าง เช่น EKG

8. Assessment

ผู้ป่วย ชาย 57 ปี U/D HIV with COPD with TB lung(ครบแล้ว)

- **Hx** 3dPTA ใช้ ไอเสมหะ 1hrPTA ไอ หายใจเหนื่อย ฟังยาไม่ดีขึ้น
- **PE** V/S BP126/87, BT36.9, **RR36**, PR134
satO2 RA 83 → BD*3 → 92
CVS tachycardia
RESP poor air entry, secretion BL
- **Ix** CXR increase interstitial infiltration BL
- **PL** bronchopneumonia, COPD with AE, old TB
- **Plan** BD, ATB

- **Admit** 22.00 → 02.00 เหนื่อยมากขึ้น RR40, air hunger, satO2 88 → ETT → refer
- **Refer** Respiratory failure
- **Pitfall** ประเมินความรุนแรงของโรคผิดพลาด RR36 ,satO2 RA 83 → BD*3 → 92

9. Assessment

ผู้ป่วย ชาย 27ปี U/D HT, nephrotic syndrome ขาดยา 3mo

- **Hx** 5dPTA ใช้ ไอ เสมหะสีขาว ตอนเช้าไอเสมหะปนเลือดบางครั้ง แ่นหน้าอก หายใจเหนื่อยบางครั้ง ต้องหนุนหมอน 3ใบ มีลุกขึ้นมาหอบเหนื่อยกลางคืน 3hrPTA เหนื่อย แ่นหน้าอกซ้าย ไอ ไม่มีเวียนศีรษะหน้ามืด ไม่มีใจสั่น
- **PE** V/S BP 190/140, BT 36.5 RR 40 PR 112
sat O2 RA 99
RESP **dyspnea**, clear, no crep
- **Ix** CXR infiltration both lower lung, EKG no ST change rate
- **PL** Pneumonia, Hypertensive urgency, U/D HT, nephrotic syndrome ขาดยา
- **Plan** IV ATB

□ **Admit** 12.30

Pneumonia → Cef3,Rulid

HT urgency → captopril 1 tab stat ER repeat at ward ยังมีสูง ให้ captopril 1 tab*2

at 21.30 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น RR 48, RESP crep BL, CXR patchy infiltration BL → ETT → refer

□ **Refer** Respiratory failure

□ **Pitfall** ประเมินความรุนแรงของโรคผิดพลาด RR40 มีdyspnea

10. Assessment

ผู้ป่วย หญิง 79ปี U/D none

- **Hx** 4dPTA เวียนศีรษะ ตาตาย อาเจียนออกมาเป็นน้ำสีดำ 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีดำ 2 ครั้ง ไม่ปวดท้อง มา รพ ล้างท้องไม่มีเลือด ฉีดยาแก้เวียนและยาทาน กลับบ้าน หลังกลับจาก รพ ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายแล้ว แต่เพลีย ไม่มีแรง จึงมา รพ
- **PE** V/S BP100/60, BT37, RR22, PR80
 - HEENT mod pale
 - CVS no murmur
 - RESP clear, equal BS
 - ABD soft, not tender
 - PR melena
 - NG larvae food particle
- **PL** UGIH with anemic symptom
- **Plan** RPC, refer for EGD

□ Admit

หลัง Admit 2 วัน progress note ผู้ป่วย บอกว่ารู้สึกแขนขาซ้ายอ่อนแรงกว่าขวาตั้งแต่วันแรก Neuro Motor V/V//II/III → refer to PPK for R/O stroke

□ Refer R/O stroke

□ Pitfall ประวัติเรื่องไม่มีแรง ไม่ได้ซักละเอียด

1 1 .Assessment

ผู้ป่วย ชาย 83ปี U/D HT&gout

- **Hx** 1 dPTA หายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ปัสสาวะออกดี นอนราบได้
7hrPTA หอบเหนื่อยมากขึ้น
- **PE** V/S BP130/80, BT36.5, RR22, PR62
satO2 RA 99
HEENT mild pale
RESP wheezing BL
- **PL** COPD with AE, U/D HT, U/D gout
- **Plan** BD

- **Admit**

หลัง admit 2hr ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้น มีconfusedเล็กน้อย ได้ประวัติ NSAIDs&ยาฝึบอก PE kussmaul breathing, tremor both hand, Ix BUN 100repeated,Cr5.6,Na 126, K6.5, CO2 8repeated EKG no p wave, QRS3ช่อง, tall peak T → Dx acute ontop chronic renal failure with met acido, with hyperkalemia → refer

- **Refer** acute ontop chronic renal failure with met acido, with hyperkalemia

- **Pitfall** 1.ไม่ได้ถามประวัติยาที่ใช้ประจำ/ยาอื่นๆ 2.ไม่ตรวจ CVS, EKG 3. ผู้ป่วยไม่มีประวัติCOPD แต่ Dx COPD with AE

1 2.Assessment

ผู้ป่วย ชาย 81 ปี U/D COPD

- **Hx** 12hrPTA หายใจหอบเหนื่อย ไอ ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน
- **PE** BP100/60, BT37, RR34, PR104
RESP expiratory wheezing BL
- **PL** COPD with AE,
- **Plan** BD, Dexam

□ **Admit** 10.30

At 13.20 → เหนื่อย แขนหน้าอก รัวไปหลัง PR116 HEENT
not pale CVS&RESP WNL, EKG ST depress V4-6
TropT123 → refer

□ **Refer** Acute subendocardial myocardial infarction

□ **Pitfall** 1.ตรวจ CVS ไม่ละเอียด 2. ไม่ EKG 3.Dx โดยคิดถึง
U/D ก่อน

13. Assessment

ผู้ป่วย หญิง 54ปี U/D DM, HT, gout

- **Hx** 3dPTA เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะแสบขัด มีไข้ กินข้าวไม่ได้ ใช้ยาลูกลอน 14เม็ด
- **PE** V/S BP 140/90, BT37, RR20, PR84
HEENT pale
- **Ix** CXR hyperaeration, on infiltration
- **PL** fever with fatigue, chronic smoking R/O COPD
- **Plan** IV hydration, ATB IV

□ **Admit** 16.10

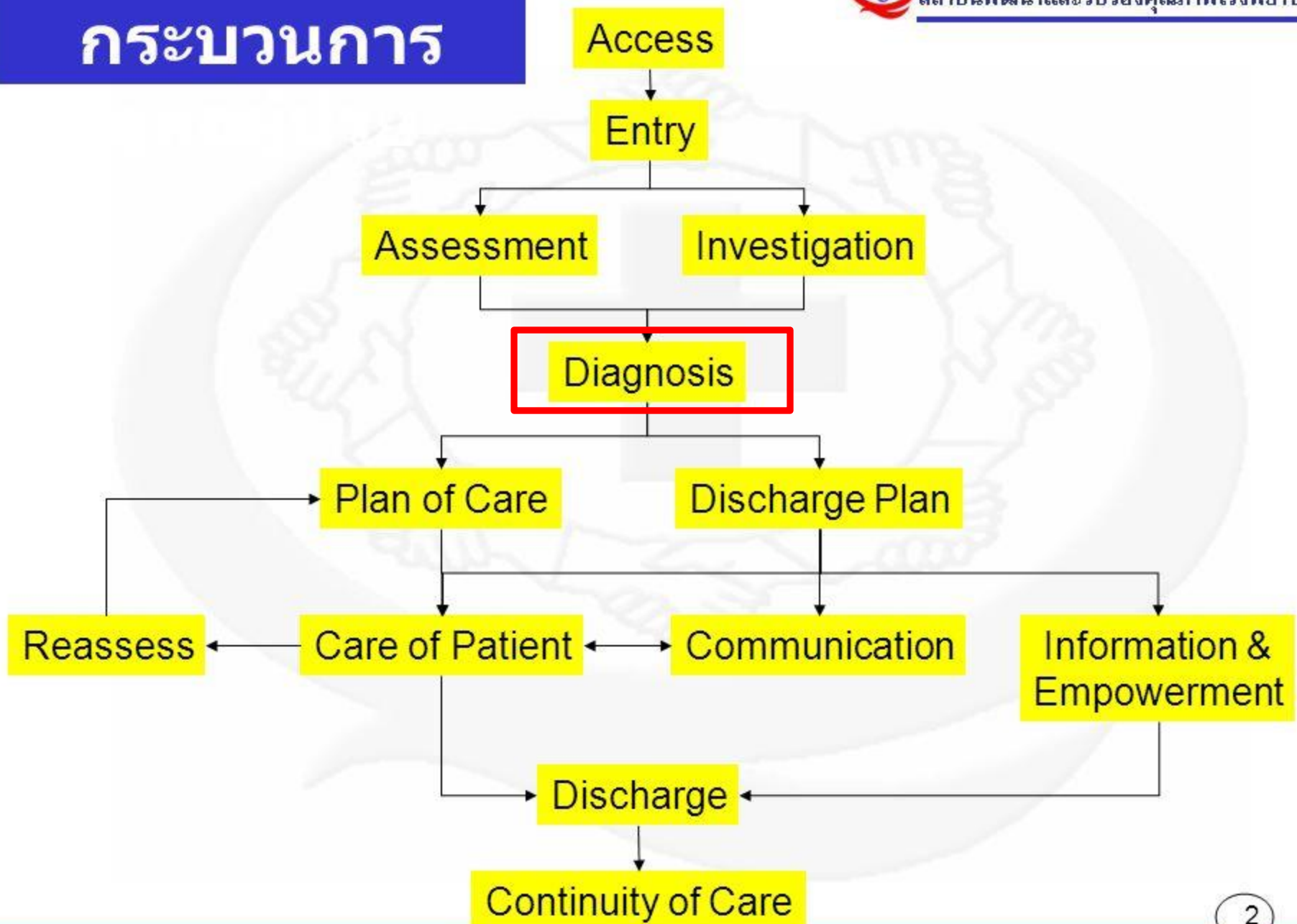
At ward 17.00 BP วัดไม่ได้, RR32, PR64, satO2 87 แต่ conscious ดี หายใจเหนื่อย คลำ pulse ที่แขนไม่ได้ → ETT & load NSS → Dopa → ทำ EKG NSR 1st degree AV block 98 bpm, no ST-T change → refer

□ **Refer** Respiratory failure with 1st degree AV block

□ **Pitfall** 1. ควรวัด V/S ก่อนออกจาก ER 2. ตรวจร่างกาย CVS RESP ไม่ละเอียด 3. ควร EKG 4. Dx fever with fatigue คนไข้มาด้วยเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม



กระบวนการ



1. Missed diagnosis

- ผู้ป่วยชาย อายุ 22 ปี unknown U/D
- CC ชี้ออเตอร์ไซด์ล้ม จำเหตุการณ์ไม่ได้ ตาขวาปิดบวมเขียว
- PE multiple laceration wound at face with right eye swelling
- X-RAYS SKULL: no fracture was seen
- ADMIT for observe neurosign, dressing wound
- PROGRESSION
 - ▣ หลัง admit film ซ้ำ พบ fracture zygoma และ fracture mandible จึง refer
- PITFALL
 - ▣ ไม่มีบันทึกตรวจร่างกายเพื่อหา facial bone fracture
 - ▣ miss diagnosis จาก film x-rays
- REVISE
 - ▣ ควรตรวจร่างกายเพื่อหา facial bone fracture ในคนไข้ทุกคนที่สงสัย,
 - ▣ film x-rays inadequate ทำให้แปลผลไม่ได้

2.Delay diagnosis

- ผู้ป่วยชาย อายุ 82 ปี U/D CHF, CRF, DM
- CC เหนื่อยมากขึ้น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล
- PE crepitation right lung > left lung
- DX congestive heart failure
- ADMIT for keep I/O negative, diuretics
- PROGRESSION
 - ▣ หลัง admit 1 วัน ให้ diuretics ปัสสาวะออกดี เหนื่อยลดลง
 - ▣ Run EKG พบ inverted T lead II, III, aVF
 - ▣ Trop T 202
 - ▣ คิดถึง NSTEMI precipitate heart failure
- PITFALL ไม่ได้หา precipitate ของภาวะ congestive heart failure ตั้งแต่แรก
- REVISE guideline แนวทางการส่งตรวจและรักษาภาวะ congestive heart failure

3.Delay diagnosis

- ผู้ป่วยชาย อายุ 70 ปี U/D COPD
- CC เหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะ ไม่มีไข้
- PE inspiratory and expiratory wheezing both lung
- DX COPD with AE
- ADMIT for bronchodilator
- PROGRESSION
 - ▣ ระหว่าง admit ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยตลอด ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะ
 - ▣ CBC leukocytosis, PMN predominate
 - ▣ หลัง admit 3 วัน เหนื่อยมากขึ้น CXR patchy infiltration RUL, RR50 จึง on ET แล้ว refer DX bronchopneumonia
- PITFALL ไม่ได้หา precipitate ของ COPD ตั้งแต่แรก(ไม่ได้ถามเรื่องเสมหะ ไม่ได้เก็บ sputum ไม่ได้ให้ ATB)

4.Delay diagnosis and treatment

- ผู้ป่วยชาย อายุ 62 ปี U/D pulmonary tuberculosis on IRZE
- CC มีผื่นคันตามตัว ผิวหนังลอกเป็นขุย (กินยา TB มาประมาณ 1 เดือน)
- DX exfoliative dermatitis
- ADMIT for off anti-TB and supportive treatment
- PROGRESSION
 - ระหว่าง admit ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น PE: crepitation both lung
 - CXR pathy infiltration both lung ไม่ได้ให้การรักษาเพิ่มเติม
 - หลังจากนั้นผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น จึง on ET tube และ refer จาก respiratory failure
- PITFALL
 - ไม่ได้เทียบ CXR ใหม่ กับ CXR เก่า
 - ไม่มีinvestigation เพิ่มเติม เช่น sputum gram stain

5. Missed diagnosis

Case เด็กชาย 9 ปี เล่นฟุตบอลแล้วขาพลิก เจ็บขามา 4 วัน วันนี้มีอาการปวด บวม เหนื่อยมาก
ปวดจุกท้องได้ตั้งปี่มาก

- **PE** : Abd : distension, generalized tender , no rebound , no guarding
Ext : swelling , delay capillary refill
- **Diagnosis** : constipation
- **Management** : observe abdominal sign , U/S abdomen
- **Progression**: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น O2sat RA 90 -> on O2 canula 3 LPM -> O2sat 95
- **Refer** : Respiratory failure
- **Pitfall** : Miss diagnosis -> cellulitis

6.Delay diagnosis

Case ผู้ป่วยชาย MCA พบสลบ มีเลือดออกจากหูทั้ง 2 ข้าง มีแผลฉีกขาดบริเวณหน้าผาก หางคิ้วซ้าย
หางตาขวา

- **PE** : E4V5M6 , pupil 3 mm RTLBE , rupture TM Rt. , Lt. TM can't seen, other WNL
- **Diagnosis** : 1. cerebral concussion
2. bleeding per ear
- **Management** : observe neuro sign
- **Progression** : observe neurosign (E4V5M6) หูอื้อ มีเลือดออกหูทั้ง 2 ข้าง อาเจียนเป็นเศษอาหาร
-> Refer (nurse note ขอบตาด้านขวาบวมซ้ำ)
- **Refer** : rule out Fx base of skull
- **Pitfall** : 1. ไม่มี note เหตุผลในการ refer < คิดว่ามี increase ICP, R/O Fx base of skull >
2. ไม่มี การตรวจ sign อื่นๆ ของ Fx base of skull

7.Missed diagnosis

Case หญิง 78 ปี U/D asthma ,CHF,DM,HT มีไข้ ไอเสมหะสีขาวย่น 3 วัน มีหอบเหนื่อย
วันนี้หอบเหนื่อยมากขึ้น พ่นยาที่บ้าน 2 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น

- **PE** : V/S BT 36.7 PR 102 BP 100/50 RR 32 O₂sat RA 90 %

RESP : coarse crepitation both lung with rhonchi , other : WNL

- **CXR** : patchy infiltration both lung , cardiomegaly

CBC : WBC 10,050 Neu 85.7 % Sputum : Gr –ve diplococci , rod few

- **Diagnosis** : asthma with pneumonia

- **Management** : bronchodilator , ATB (cef-3,rulid)
- **Progression** : หายใจเหนื่อยมากขึ้น +/- orthopnea , pitting edema 1+ ,
มีอาการเจ็บคอ ตรวจได้ soft tissue mass at lateral neck >>
X-ray lateral neck : LN enhancement at mandibular area
- **Refer** : R/O laryngeal abscess
- **Pitfall** : 1. miss diagnosis clinical HF

8.Delay diagnosis

Case ผู้ป่วยหญิง 34 ปี U/D CA cervix ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ 1 วันก่อนมารพ.

- **PE** : V/S BT 37.2 BP 100/70 PR 78/min RR 20/min
abd : +/- CVA tenderness
- **Ix** : CBC , UA , MP , H/C
- **Diagnosis** : fever of unknown origin
- **Management** : septic work up
- **Progression** : notify คนไข้มีชักเกร็งกระตุก 10 วินาที -> valium 1 amp
- **Refer** : สงสัย CA cervix เดิม metastatic to brain
- **Pitfall** : คนไข้มีอาการปวดศีรษะควรตรวจหา intracranial cause ก่อน เช่น stiffneck

9. Diagnosis

ผู้ป่วย หญิง 84ปี U/D HT ชาดยา 2 mo

- **Hx** 3dPTA เหนื่อยเวลาออกแรง ไม่เจ็บหน้าอก ไม่ใช่ไม้ออ ไม่มีน้ำมูก
4hrPTA ออกแรงแล้วเหนื่อยกว่าทุกวัน
- **PE** V/S BP90/60, BT36.8, RR24, PR106
satO2 RA84 → Canula → 97
RESP crep BL
- **PL** pneumonia
- **Plan** observe fever

- **Admit**

วันที่ต่อมา CVS pan systolic murmur at LPSB, irregular rhythm, RESP coarse crep,

CXR cardiomegaly, calcified aortic knob, multiple small cystic change both lungs, predominately at lower lung(bronchiectasis), minor fissure was seen → lasix

วันที่ถัดมา EKG NSR rate 93bpm, LVH with strain pattern, Q wave in V1-2, ST depress I, II, V4-6

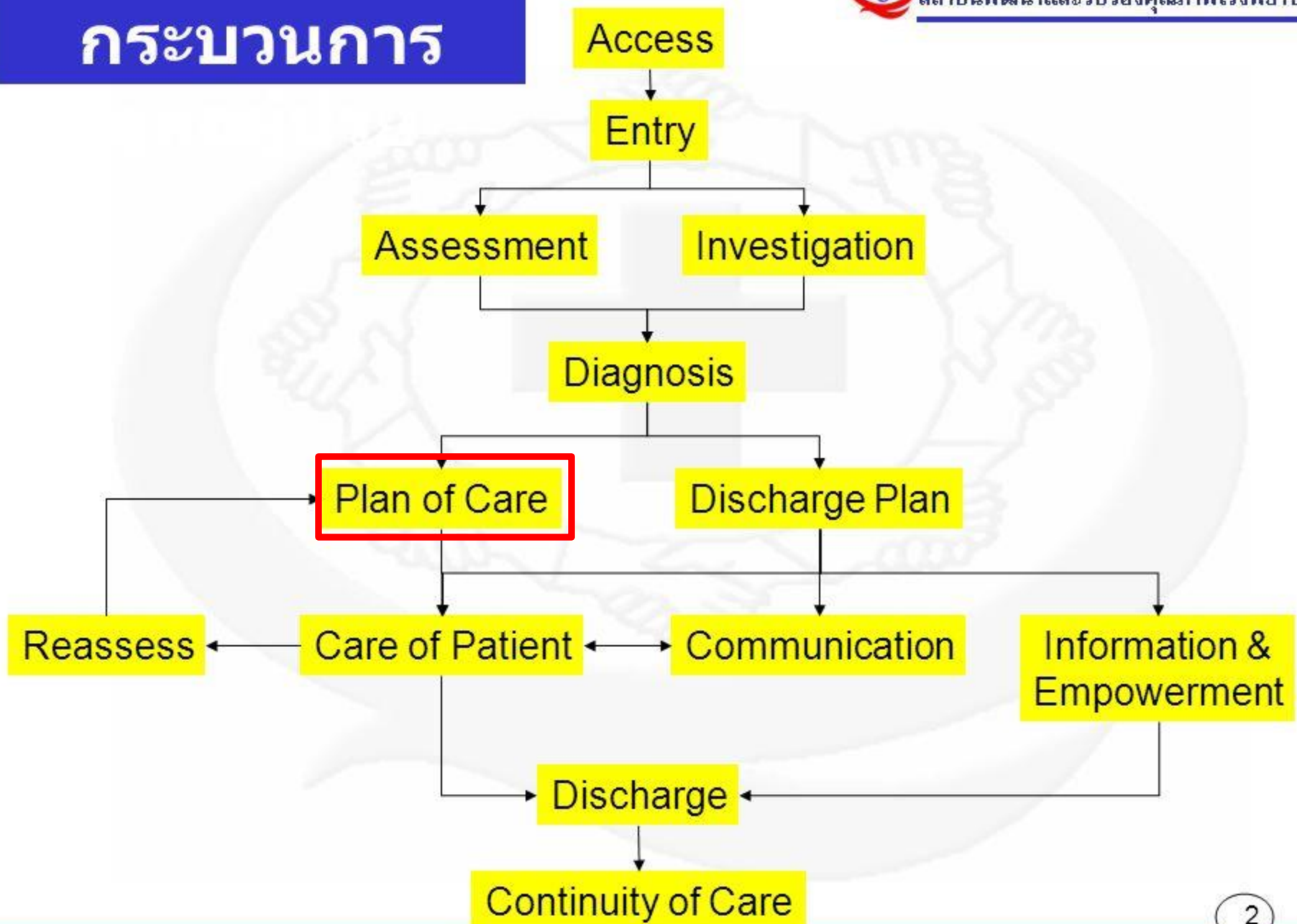
TropT 519 → refer

- **Refer** NSTEMI

- **Pitfall** 1.ไม่ตรวจ CVS 2.ไม่CXR, EKG ตั้งแต่แรก 3.Dx Pneumonia โดยไม่ CXR



กระบวนการ



1. Improper plan of treatment

- ผู้ป่วยชาย อายุ 38 ปี U/D DM, pulmonary TB กินยาครบ
- CC อาเจียน 20 ครั้ง อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว 2 ครั้ง หยุดกินยา DM เองมา 7 วัน
- DTX 77 mg%
- DX acute gastroenteritis
- ADMIT for IV hydration
- PROGRESSION
 - ▣ ระหว่าง admit ปวดท้องลดลง ยังมีคลื่นไส้ อาเจียนตลอด กินไม่ได้
 - ▣ Run DTX OD ac เข้า, DTX เข้า 332 mg% glucose 207, ketone 3+, HCO 13 DX DKA refer
- PITFALL ผู้ป่วยเป็น DM ขาดยา 7 วัน แต่สั่ง DTX OD ac
- REVISE ควร run DTX premeal tid, hs ในผู้ป่วย DM ทุกคน

2.Improper plan of treatment

Case ผู้ป่วยหญิง 72 ปี เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก มา 1 วัน

- **PE** : V/S BP 90/60 PR 88 RR 20 BT 36.8

abd : moderate distension , mild tender at epigastrium

- **Ix** : EKG ; NSR , no ST-T change
- **Diagnosis** : dyspepsia -> IV omeprazole , Buscopan , observe abdominal sign
- **Progression** : notify BP 60/40 -> IV resuscitation total 3,000 ml ->80/50 ->
levophed (4:250) 25 ml/hr + hydrocortisone 100 mg
- **Refer** : adrenal shock
- **Pitfall** : สามารถ management case ต่อเองได้ (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ clinical คนไข้ในเวลานั้นด้วย)

3. Plan of care

ผู้ป่วย หญิง 57ปี no U/D

- **Hx** 2dPTA ใช้ หนวสนั้ ไม้อะ at ER ได้ยาทานอาการดีขึ้น 4hrPTA ไอเสมหะสี เหลือง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อย เจ็บตามตัว ปวดหลัง ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกดี ไม่ บวม
- **PE** V/S BP70/50, BT37.5, RR32, PR 120
sat O2RA 89
RESP wheezing RL, crep BL
- **Ix** CXR RLL infiltration
EKG NSR, 100bpm, no ST-T change
- **PL** RLL pneumonia, Hypotension, Hypoglycemia
- **Plan** ATB, IV fluid

- **Admit 7.30**

- Hypotension → NSS load 2500 ml → BP 90/60
- Hypoglycemia → DTX74 → น้ำหวาน+glucose IV → DTX 224
- RLL pneumonia → Cef3,Clinda

at 9.30 เหนื่อย ไอ หายใจเร็ว BT37.8, PR90, BP 80/50 → load NSS & Dopa → ยัง 70/50 → เพิ่ม rate Dopa(U/S IVC ประเมินน้ำ พบว่าพอแล้ว)

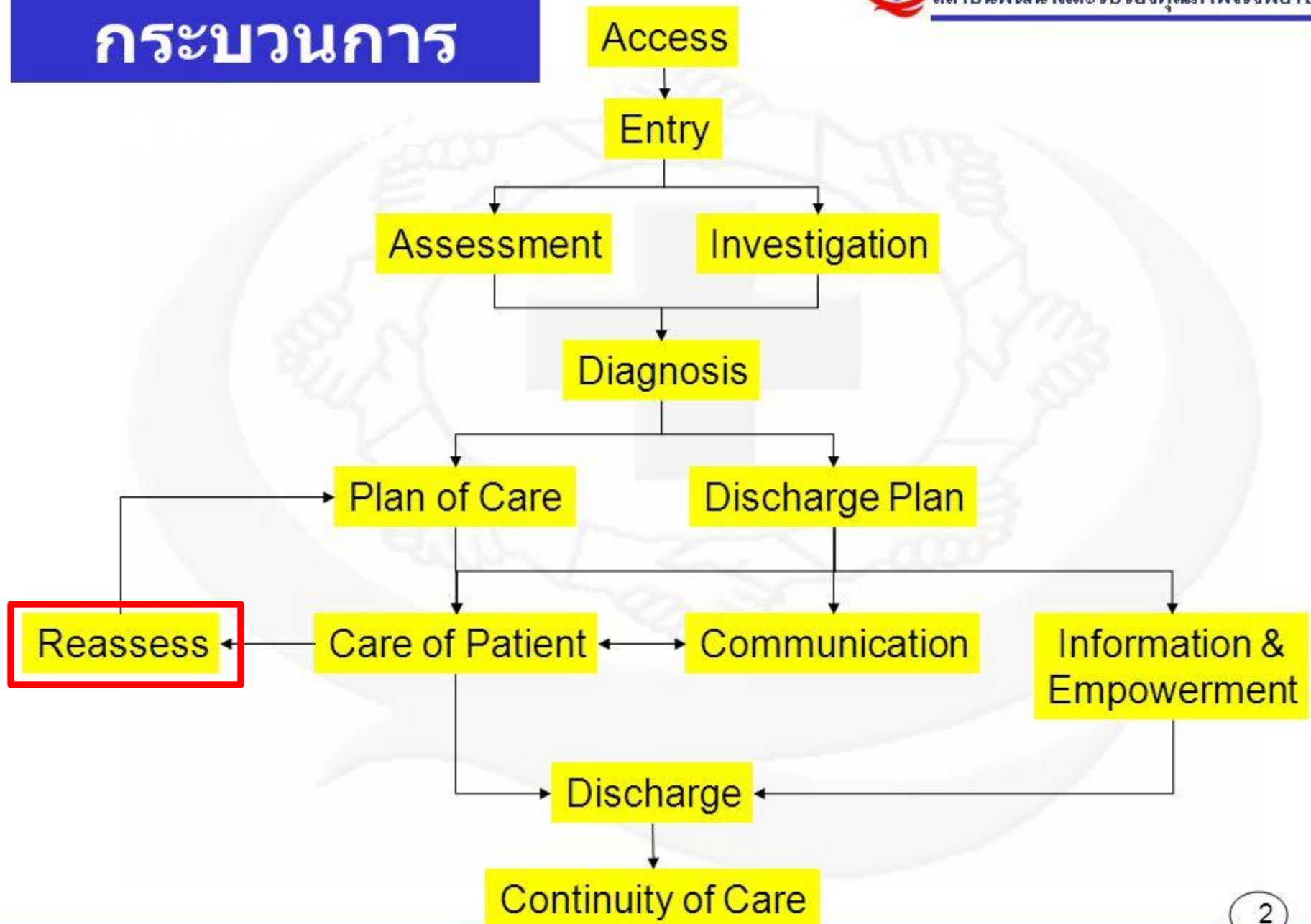
at 14.00 เหนื่อย **RR32**, satO2 on mask with bag 90-95, RESP crep → ETT → refer

- **Refer** Respiratory failure with septic shock

- **Pitfall** RR32, sat O2RA 89, RESP wheezing RL ไม่พ่น BD



กระบวนการ



1.Reassessment

Case ผู้ป่วยหญิง 63 ปี unknown U/D มีอาการอ่อนเพลีย ตาเหลือง ปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีไข้ ไปที่ รพ.สต.คลำตับได้ 3 FB จึงให้มารพ.

- **PE** V/S BT 37 RR 24 PR 120 BP 110/70 , marked jaundice , no spider nevi ,
no palmar erythema Abd : distension , liver 1 FB BRCM , shifting dullness +ve
- **Ix** : CBC : Hct 26.8 plt 190,000 , WBC 13,410 neu 84%

LFT : Alb 2 TP 8.2 TB/DB 7.4/6.5 AST/ALT 311/37

USG :coarse liver parenchyma , GB wall 0.4 cm , no distension , not seen GS ,

CBD 0.3 , ascites +ve

HBS Ag -ve , Anti HCV pending

- **Diagnosis** : alcoholic cirrhosis
- **Progression** : หลัง admit มีไข้ septic work up , U/S: GS 0.6cm, GB wall 0.2 cm -> R/O GS with cholecystitis -> cef-3 , metronidazole
 - > observe clinical มีอาการสับสน -> chlodiazepoxide 2 day ->
 - PE : flapping tremor -> ativan -> refer
- **Refer** : R/O hepatic encephalopathy
- **Pitfall** : 1. reassessment คนไข้เข้าไป เริ่มมีอาการซึม แต่ตรวจ sign hepatic encephalopathy หลังจกมีอาการ 1 วัน
 - 2. ตรวจ sign hepatic encephalopathy ได้ แต่ยังไม่ให้ lactulose

2.Reassessment

Case ผู้ป่วยชาย อายุ 90 ปี ปัสสาวะออกน้อย บวมที่เท้าบางครั้ง เหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่มีไอ มา 1 สัปดาห์ มีถ่ายเหลว 1 วัน ไม่มีมูกเลือดปน เหนื่อยมากขึ้นจึงมา รพ.

- **PE** : V/S RR 24/min BP 90/50 BT 37.3 PR 74

RESP : coarse crepitation RL , no pitting edema

- **Diagnosis** : AGE

- **Management** : IV hydration

- **Progress** : หลัง admit 1 วัน เริ่มเหนื่อยมากขึ้น lung : crepitaion both lower lung ,

CXR : cardiomegaly with congestion -> restrict I/O , lasix

หลัง admit 3 วัน มีไข้ septic work up : sputum Gr-ve rod

CXR : hazziness Lt. lung -> ATB (cef-3,rulid)

- **Progression** : ยังคงมีไข้สูง I/O positive notify หายใจหอบเหนื่อย
RR 40/min , O2sat 95 %
- **Refer** : Pneumonia impending respiratory failure
- **Pitfall** : 1. คนไข้มาด้วย clinical HF แต่ไม่ได้ restrict I/O ต่อเนื่อง
2. หลังให้ ATB ยังคงมีไข้ขึ้นสูงตลอด ไม่ได้ reassessment
พิจารณา step ATB

3.Reassessment

Case ผู้ป่วยหญิง 90 ปี U/D DM, HT ,CKD ขาบวมทั้ง 2 ข้างมา 4 วัน ปัสสาวะปกติ หายใจไม่อิ่ม เจ็บหน้าอก

- **PE** : V/S RR 20/min BP 130/80 PR 88 BT 37
RESP : fine crepitation both lung
- **Diagnosis** : volume overload in CKD
- **Management** : diuretic , EKG , CBC ,BUN, Cr
- **Progression** : EKG -> Trop T -> serial EKG next 15 min
- **Refer** : STEMI (ST V3-V6 , Trop T 273)
- **Pitfall** : late detection of EKG

4.Reassessment

Case : G3P1A1 GA 41+2 wks by U/S มาด้วยน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด (16:00) ไม่มีไข้

- **PE** : BT 37.1 , PV 3 cm , eff 75% , station 0 , I 5' D 30''
- **Management** : try vaginal delivery
- **Progression** : Cx dilatation 4 cm (23:30-3:30 ; 4 hrs)
- **Pitfall** : reassessment ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากมี arrest of dilatation มากกว่า 2 ชม. ควรมีการประเมิน 3 P ร่วมกับคิด Plan of management ใหม่

5.Reassessment

ผู้ป่วย หญิง 74ปี U/D DM

- **Hx** 1dPTA อุดจาระเหลวสีดํา 9 ครั้ง(ทานยาบํารุงเลือด) ปวดท้องเวลาถ่าย
เพ็ลี่ย ไม่มีแรง ทานไม่ได้ ไม่อาเจียน ไม่ใช่
- **PE** V/S BP90/50, BT36, RR24, PR110
satO2 RA 99
HEENT mark pale
Neuro E4V5M6
- **Ix** Hct40
- **PL** Hypovolemic shock, acute diarrhea
- **Plan** resuscitate

□ **Admit** 10.00

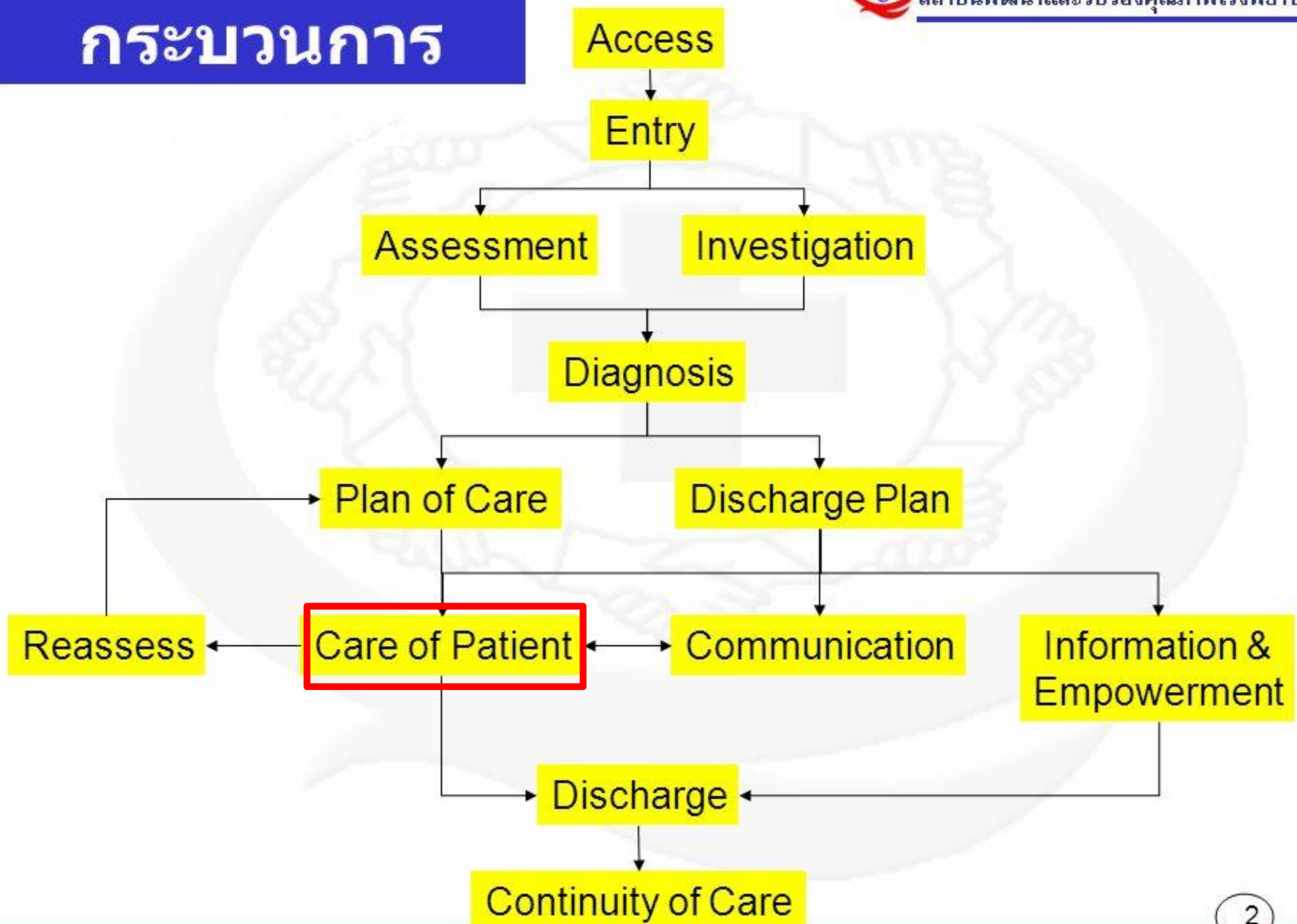
□ Hypotension หลัง load NSS → BP100/60 → at 13.00
notify ผู้ป่วยหมดสติ → on ETT & CPR → EKG post arrest AF
rate 152 → refer

□ **Refer** Respiratory failure with post arrest

□ **Pitfall** ไม่ได้ประเมิน Volume ว่าเพียงพอหรือยัง



กระบวนการ



1. Inappropriate care of patient

- ผู้ป่วยชาย อายุ 51 ปี **chronic alcohol drinking, unknown U/D**
- **CC** ชักเกร็งกระตุก ไม่มีประวัติหยุดกินเหล้า
- **DX** alcohol intoxication
- **ADMIT** for observe seizure, neurosign
- **PROGRESSION**
 - ให้การรักษาโดย **chlordiazepoxide** และ **thiamine**
 - หลัง **admit** ผู้ป่วยไม่มีอาการชักอีก แต่มีอาการวุ่นวายสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง ปลุกไม่ตื่น จึงเพิ่ม **dose chlordiazepoxide** และ ให้ **regular diet**
 - หลังจากนั้นผู้ป่วยสำลัก และมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น มีไข้ จึง **on ET Tube** และ **refer** คิดถึง **aspiration pneumonia**
- **PITFALL** order **regular diet** ขณะที่ผู้ป่วยยังวุ่นวาย ไม่รู้สึกตัว, **no aspiration precaution**
- **REVISE** ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ อาจจะต้อง **NPO** จนกว่าอาการจะดีขึ้น

2. Inappropriate treatment

- ผู้ป่วยชาย อายุ 72 ปี S/P explore lap from ileal perforation
- CC refer กลับจาก PPK เพื่อ post-op care
- ADMIT for routine post-op care
- PROGRESSION
 - ▣ ระหว่าง admit ให้ regular diet + IV 60ml/hr
 - ▣ ผล lab Cr 2.6 คิดว่าจาก prerenal cause เพิ่ม IV 100ml/hr, ปัสสาวะออกน้อย 30ml/8hr
 - ▣ ตามผล Cr 3.3 ให้ IV 120 ml/hr ปัสสาวะยังคงออกน้อยอยู่ตลอด 90 ml/4hr
 - ▣ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น on ET tube แล้ว refer จากภาวะ volume overload
- PITFALL
 - ▣ ไม่มีบันทึก Cr baseline
 - ▣ ไม่หาสาเหตุอื่นๆของ Cr rising เช่น out flow tract obstruction
 - ▣ เพิ่ม rate IV fluid ทั้งที่ Cr rising เพิ่มขึ้น และปัสสาวะไม่ออก
- REVISE ตาราง lab เพื่อดู progression ของ lab

3. Inappropriate treatment

- ผู้ป่วยชาย อายุ 45 ปี U/D CHF
- CC ใช้ ไอมีเสมหะ เหนื่อยมากขึ้น
- PE crepitation right lower lung
- CXR patchy infiltration right lung > left lung
- DX lobar pneumonia ddx CHF
- ADMIT for IV ATB(ceftriaxone+roxithromycin), restrict fluid
- PROGRESSION
 - CBC no leukocytosis, sputum inadequate, UA normal
 - ระหว่าง admit ยังมีอาการเหนื่อยไม่ดีขึ้น นอนราบไม่ได้ ยังมีไข้อยู่ตลอด 7 วัน
 - Leptospirosis negative, widal test negative
 - หลังจากนั้นผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น, I/O positive ทุกวัน (รวมประมาณ 4000) DX CHF และ refer
- PITFALL
 - treat pneumonia แล้วไม่ดีขึ้นยังเหนื่อยอยู่ควรคิดถึงสาเหตุอื่น
 - คิดถึงภาวะ congestive heart failure แต่ไม่ keep I/O negative ไม่มีการให้ diuretics

4. Complication from procedure

- ผู้ป่วยชาย อายุ 79ปี U/D HT, MI, CHF
- CC เจ็บแปลบที่หน้าอกขวาเวลาหายใจ
- CXR visceral pleural line was seen
- DX spontaneous pneumothorax
- ADMIT for ICD
- PROGRESSION
 - ▣ หลังใส่ ICD ได้ลม
 - ▣ ติดตาม CXR พบว่าปริมาณลมน้อยลง จึง off ICD
 - ▣ CXR หลัง off ICD พบ pneumohemothorax จึง REFER
- PITFALL: complication จากการทำหัตถการ
- REVISE ความถูกต้องเหมาะสมของการทำหัตถการ

5. Inappropriate treatment

Case ผู้ป่วยหญิงอายุ 84 ปี มีไข้มา 1 สัปดาห์ น้ำมูก ไอแห้งๆ หายใจเหนื่อย ซ้ำยามาทานอาการไม่ทุเลา

- **PE** : V/S BT 39 PR 106 RR 32 BP 100/60

Abd : tender RUQ, no guarding , no rebound

U/S : GB wall 1 cm , GB 6.2*2.8

- **Diagnosis** : Cholangitis
- **Management** : ATB (cef-3, metro)
- **Progression** : BP drop 80/50 -> NSS load 200 ml -> BP 80/50 PR 108 ->

NSS load 500 ml/30min -> BP 80/50 -> NSS load 500 ml/min

- **Refer** : R/O septic shock
- **Pitfall** : NSS load , levophed

6. Inappropriate treatment

Case ผู้ป่วยหญิง 16 ปี มีไข้สูง 4 วัน หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยเนื้อตัว

- **PE** : V/S BT 37 RR 20 BP 100/60 PR 92 BW 44 , TT 0 จุด
- **Ix** : CBC ; WBC 1,710 Plt 71,000 neu 56% Lym 35 %
- **Diagnosis** : DF
- **Management** : IV 5%DNSS rate 60 ml /hr , Hct q 8 hr , V/S q 4 hr
keep BP > 90/60 PP < 20
- **Progression** : notify BP drop 80/50 , Hct drop 44% -> 40%
NSS 1000 ml IV 500ml in 30 min
- **Refer** : Dengue shock syndrome
- **Pitfall** : monitor Hct ^{ไม่ถี่เพียงพอ}

7. Inappropriate treatment

Case ผู้ป่วยชาย 76 ปี มาด้วยไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว 4-5 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน

- **PE** : V/S BP 80/50 PR 116/min RR 24/min BT 36.6

Abdomen : mild tender at epigastrium , no guarding

- **Diagnosis** : infective diarrhea with hypovolemic shock
- **Management** : hydration NSS load 1,000 then 120ml/hr , IV ATB

- **Progression** : BP 80/50-> NSS 500 ml -> BP 80/50 -> 200ml->BP90/60
->300 ml then 120ml/hr -> BP 60/50 -> Dopamine ->tachycardia
-> U/S IVC 1.1-> off dopa -> NSS load -> norepinephrine
- **Refer** : R/O NSTEMI (EKG ST depress V4-V6 , Trop T 50-100:tachycardia)
- **Pitfall** : 1. IV load ไม่เพียงพอ ไม่ได้ประเมิน volume ก่อนให้ inotrope
2. กรณีสงสัย septic shock ควรเริ่ม inotrope เป็น Norepinephrine

8. Care of patient

ผู้ป่วย หญิง 79 ปี U/D HT with IHD

- **Hx** 5hrPTA เหลือ ไอเป็นบางครั้ง แขนขาบวมทั้ง 2 ข้าง ไม่มีไข้ มี O₂ ที่บ้าน
- **PE** V/S BP 100/70, BT 37.4, RR 26, PR 110
RESP Rhonchi, fine crep Rt., exp wheez
- **PL** COPD with AE, pneumonia
- **Plan** ATB, BD, dexamethasone

□ **Admit**

CXR Rt pleural effusion

EKG invert T II,III,aVF,(old) arrhythmia (new)

หลัง admit 5 วัน → CXR ช้ำ ระหว่างทางไป CXR ผู้ป่วย สำลัก
หลังจากนั้นหายใจเป่าปาก RESP air hunger → ETT

□ **Refer** Respiratory failure

□ **Pitfall** การขนย้ายผู้ป่วยด้วยเตียง ควรระวังการสำลัก

THANK YOU

