

Reviews of death cases in 2016 fiscal year

Ext. ปรียาภรณ์ ตังนิรันดร์กุล

Ext. ณัฐนันท์ หวังจิตราภิรักษ์

Ext. วิศรุต สงวนแก้ว

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติและผู้ป่วย ในด้านรักษาพยาบาล ซึ่งสาเหตุเป็นจากหลายปัจจัย เช่น การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การรักษาที่ไม่เหมาะสม ความไม่พอใจในการรับบริการ

โดยการรักษาที่ไม่เหมาะสมนั้นสามารถแก้ไขและทำการป้องกันได้หลายวิธี เช่น การทบทวนวิธีการรักษาในเคสผู้ป่วยที่มีปัญหา เพื่อเกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบต่อไป

จุดประสงค์

- เพื่อสรุปสาเหตุการตายของผู้ป่วยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559
- ทบทวนวิธีการรักษาผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยหาข้อผิดพลาดและนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

ประชากรที่ศึกษา

- ผู้ป่วยใน (IPD) ทุกกลุ่มอายุที่เสียชีวิตในรพ. สอยดาว ในปีงบประมาณ 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

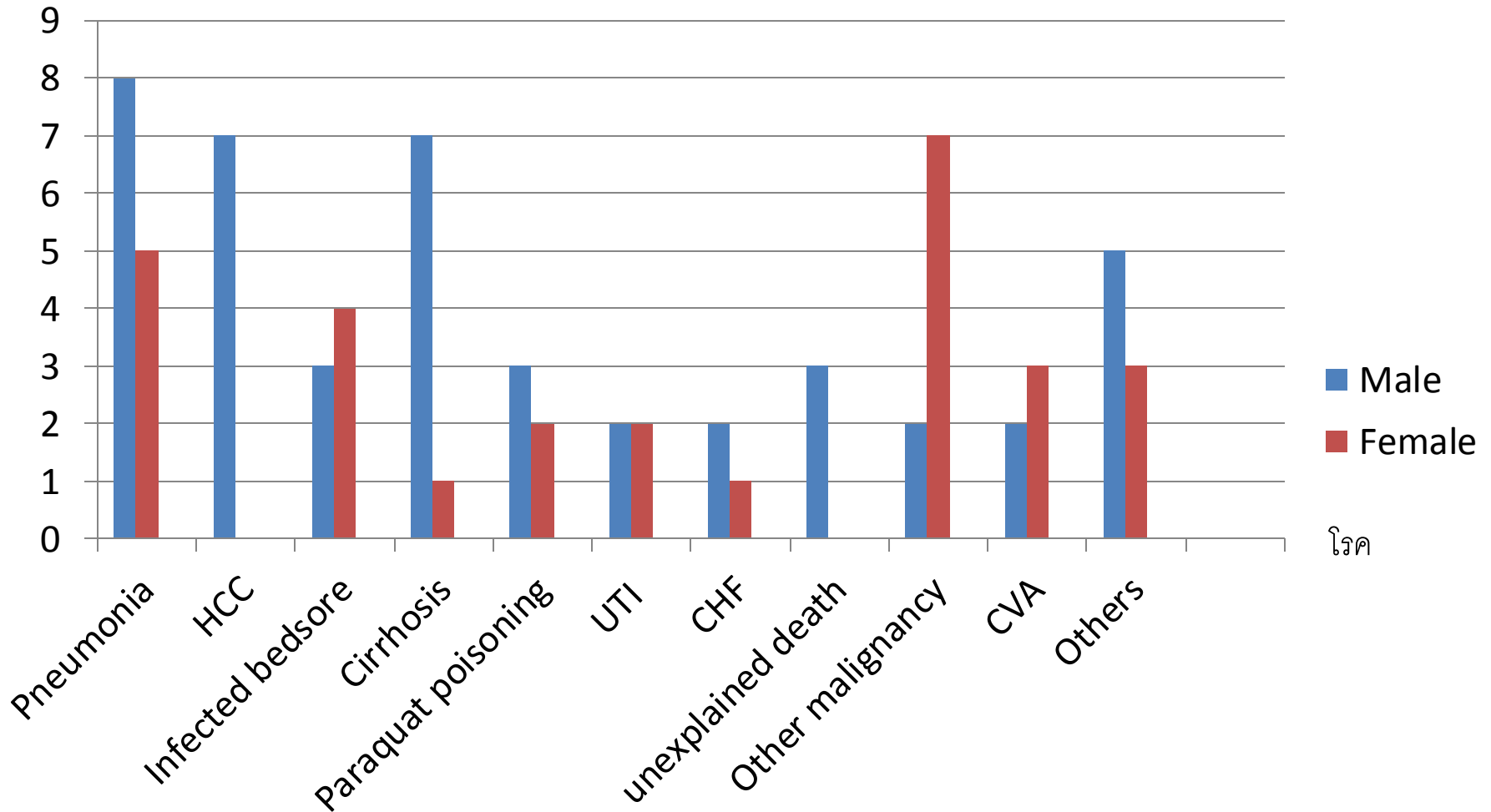
Selection criteria

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

ผลการศึกษา

แผนภูมิรูปแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยในของรพ. สอดยดาวที่เสียชีวิตแยกตามเพศ 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

- ผู้ป่วยหญิง อายุ 59 ปี
- CC : 3 day PTA แน่นท้อง
- PI : 3 day PTA แน่นท้อง รู้สึกว่าท้องโตมากขึ้น ญาติสังเกตเห็นว่าตัวเหลืองมากขึ้น พูดช้าลง อ่อนเพลีย กินข้าวไม่ค่อยได้ จึงมารพ.
- U/D alcoholic cirrhosis
- PH : ดื่มสุราทุกวัน หยุดมา 1 ปี ไม่สูบบุหรี่, ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร
- PE : v/s BT 36 c, PR 68/min, RR 20/min, BP 100/60 mmHg

GA: not obese

HEENT: mild icteric sclera, moderate pale,

Abdomen: Marked distension, mild tender at upper abdomen, no rebound tenderness, no guarding

Neuro: E4V5M6, pupil 2 mm RTLBE, flapping tremor, slow response

Laboratory

- Lab 22/2/2016

CBC : WBC 5170, Neu 77%, Lym 13.9%

Hb 10.2, Hct 29.3, MCV 74.6, RDW 19

Plt 45000

BUN : Cr = 22 : 1.00

Electrolyte : Na 133 , K 3.6 , Cl 93 HCO₃ 27

LFT : TP 7.45, Alb 2.05, TB/DB 8.8/6.54, AST 190, ALT 86, ALP 131

Abdominal paracentesis : cell count 15, Gram stain not found, C/S no growth

Management&progression

- Work up precipitating causes of hepatic encephalopathy
- Correct hepatic encephalopathy : lactulose
- Abdominal paracentesis (4 L) : for diagnosis and release pressure

ต่อมามีปัญหา BP drop (60/40) -> IV resuscitation (total 500 ml then rate 60 mL/hr) , hold furosemide and spironolactone -> BP 90/50 mmHg

Management&progression

- Serial Lab 25/2/2016

CBC : WBC 6450, Neu 83.9%, Lym 11.3%

Hb 10.9, Hct 34.1, MCV 82.2, RDW 20.9

Plt 47000

BUN : Cr = 28 : 2.22

Electrolyte : Na 128 , K 6.4 , Cl 88 HCO₃ 7

LFT : TP 5.8, Alb 1.62, TB/DB 10.8/7.87, AST 1717

ALT 965, ALP 159

Problem list

- Hepatic encephalopathy
- Alcoholic cirrhosis
- Hypovolemic shock
- Metabolic acidosis
- AKI
- Ischemic hepatitis

Pitfalls

- +/- Didn't hold diuretic at arrival (BP 100/60)
- Release ascites 4 L -> BP drop, hepatorenal syndrome
- Didn't serial DTX in cirrhotic patient
- Use Morphine for abdominal pain in cirrhotic patient, BP unstable
- Not clarify abdominal pain event

แนวทางการป้องกัน

- beware negative volume in hypovolemic state patient or borderline blood pressure
- Early follow lab after severe event for diagnosis and prompt treatment

Case 2

- ผู้ป่วยชาย 54 ปี
- CC: ชักเกร็ง 1 hr PTA
- PI: 2 d PTA มีไข้ต่ำๆ ไอแห้งๆ กินได้น้อยลง มีชักเกร็งทั้งตัว ตาเหลือก ประมาณ 3 นาที จำนวน 3 ครั้ง หลังชัก รู้สึกตัวแต่พูดไม่ค่อยออก ขากรรไกรแข็ง
- 1 hr PTA ชักเกร็งทั้งตัว นาน 3 นาที นอนซึมมากขึ้น จึงมารพ.
- U/D DM
- PH:, Old pulmonary TB
- PE: V/S BT 36.5 c PR 106/min RR 24/min BP 60/20 mmHg
- Lung: crepitation Rt.lung
- Others: WNL
- DTX 405 mg/dL

Laboratory

- CBC: WBC 22550 Neu 85.9% Lym 4.4% Hb 12.5 Hct 36% MCV 68.6 RDW 19.9 Plt 264000
- BUN/Cr: 170/5.9
- Electrolyte: Na 162 K 3.8 Cl 119 HCO₃ 16
- Serum ketone 1+
- Sputum G/S: WBC 5-10, GPC in pairs and in cluster few

Management & Progression

- Initial IV fluid resuscitation
- Septic W/U
- Empirical ATB: Augmentin 1.2 gm IV q 8hr, Levofloxacin(500) 1 ½ tab po pc
- Serial DTX, RI drip

ขณะ admit มี cardiac arrest : CPR 30 min, EKG PEA then asystole, on ETT No.7 depth 22, ขณะใส่ ETT พบ blood clot 2x2 cm บริเวณ epiglottis

Ddx. Arrest due to airway obstruction

Problem list

- Bacterial pneumonia with severe sepsis
- Hyperglycemia Ddx. DKA, simple hyperglycemia
- Seizure
- Hyponatremia
- Hypoglycemia
- Azotemia
- Unexplained cardiac arrest

Pitfall

- Serial assess neurological examination
- Inadequate investigations for seizure
- No CXR at admission
- Should clarify R/O DKA
- Inappropriate treatment of DKA
 - Push RI before correct serum K
 - On NSS in maintenance phase
 - Inappropriate bridging RI
- Delayed serial BUN/Cr, Electrolyte
- Unknown causes of sudden cardiac arrest

แนวทางการป้องกัน

- investigations for seizure : Intracranial causes and metabolic causes
- Treatment DKA:
 - Electrolyte before push RI
 - Should on dextrose IV in maintainance phase of DKA
 - appropriate bridging DKA for prevent recurrent DKA
- Closed observe patient high risk for early detection accidental events
- Early counseling patient and cousins for unexpected events

Case 3

- ผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี
- CC: มีไข้ 1 d PTA
- PI: 1d PTA ไข้ ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 4 ครั้ง ทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด มีประวัติ +/- ชัก
- unknown U/D
- PH pulmonary TB, ไม่แพ้ยาแพ้อาหาร, ไม่สูบบุหรี่
- PE: BT 36.5c RR 40/min PR 116/min BP 70/40 mmHg
Heart: normal S1S2, no murmur, weak pulse
Abdomen: soft, not tender
Neuro :good consciousness, slow response, stiff neck negative

Laboratory

3/3/59

CBC : wbc 8190, Neu 89.3, Lym5.6, Hb 10.7

Hct 30.7, MCV 103, RDW 12.7, Plt 7000

PBS : normochromic normocytic RBC with spiculated RBC 2+ , no leukocytosis
, neutrophil predominate , no platelet clumping, inadequate platelet count

Stool exam : Not found parasite, no wbc, no rbc

BUN/Cr =38/3.93

Electrolyte: Na 134 K 3.3 Cl 100 CO2 12

UA: WBC many, RBC many, Epi 1-2

CXR: old scar RUL, no active infiltration

H/C: GNR x II

Management&Progression

- Septic w/u and empirical antibiotic: ceftriazone 2 gm IV OD
- w/u thrombocytopenia: PBS
- Monitor sepsis and prompt resuscitation: NSS 3 L then Norepinephrine (4:250) 10 ml/hr → BP 80/60, adequate urine output
- Hypoglycemia due to sepsis, DTX 65mg/dL → on 10%DN/2 1000 ml IV 60 ml/hr, serial DTX → stable
- ขณะ admit มี desaturation 98% → 88%, I/O positive about 9000 ml, CXR: cardiomegaly, pulmonary congestion with Lt.pleural effusion → start diuretic, On O2 mask with bag → Spo2 80%,
คุยเรื่อง ETT ตามญาติได้ไม่ครบ

Laboratory

4/3/59

CBC : wbc 10270, Neu 92.7, Lym5.1, Hb 11.7

Hct 32.1, MCV 100, RDW 12.8, Plt 6000

BUN/Cr =38/4.01

Electrolyte: Na 131 K 3.9 Cl 98 CO2 9

Problem list

- GNR bacteremia with septic shock
- Thrombocytopenia
- +/- Hx. Seizure
- Hypoxemia due to volume overload
- AKI
- Severe metabolic acidosis
- Hypoglycemia

Pit fall

- Clarify causes of thrombocytopenia
 - Ddx. DIC
 - TTP
- Delay advanced airway management
- Delay family conference
- Positive I/O

แนวทางการป้องกัน

- Early family conference; Set goal of treatment in severe case
- Investigation thrombocytopenia for R/O TTP → if can rule out, consider platelet transfusion

Case 4

- ผู้ป่วยหญิง อายุ 85 ปี
- CC: เกร็ง 30 min PTA
- PI: 30 min PTA ญาติให้ประวัติว่าคลานไปอาบน้ำ ขณะนั่งรอญาติถือถังน้ำมาให้อาบ มีอาการเกร็ง เหยงหน้าตาเหลือก ปัสสาวะราด ไม่อุจจาระราดประมาณประมาณ 3 นาที แล้วหยุดเกร็ง ซึมลง แขนอ่อนแรงมากกว่าเดิม คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ไม่ถ่ายเหลว
- ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา
- V/S : BT 37 c PR 88/min RR20/min BP 180/100 mmHg SpO2 RA 93%
- Lung : normal BS both lung
- Neuro :drowsiness ,E4v5M6, pupil 2mmRTLBE, motor at least grade III all ext., Stiff neck negative

Laboratory

- CBC : WBC 5090 Neu 60.1 lym 33 Hb 10.2 Hct32.5
MCV 70.3 RDW 14.9 Plt 220,000
- BUN/Cr=10/0.9
- Na 141 K3.7 Cl 103 HCO3 28
- DTX 144 mg/dL
- H/C: neg x II
- UA : WBC 5-10, RBC 0-1, Sq-epi 0-1, bacteria
numerous

Management&progression

- observe seizure
- ต่อมามีไข้ → Septic workup -> pneumonia (fine crepitation LLL, CXR: bilateral reticular infiltration), Lt.leg cellulitis -> empirical ATB ceftriazone plus clindamycin
- 2 วันต่อมายังมีไข้อยู่ CXR: increase pachy infiltration LLL, cardiomegaly, pulmonary congestion → off ceftriazone, start ceftazidime, pulmonary rehabilitation

Management&progression

- 7 วันต่อมามีอาเจียน lung: increase secretion sound, CXR: increase RLL infiltration → R/O aspiration pneumonia
- ต่อมา 8 วันต่อมา NG มี coffee ground 250 mL -> lavage 1 L --> clear → on IV fluid, omeprazole iv
- ต่อมามี desaturation SpO2 on mask with bag 10 L/min=89% , secretion both lung → NR

Problem list

- First episode seizure
- pneumonia
- Cellulitis left foot
- Upper GI bleed
- hypoxemia

Pitfall

Inadequate investigation

- Pneumonia :sputum G/S, C/S
- Seizure : work up cause of seizure, CT brain, LP
- UGIB : serial Hct, refer for EGD

Inadequate ATB: CAP or HAP?

ARDS or Volume overload?

แนวทางการป้องกัน

- Empirical board spectrum ATB
- w/u all possible sources of infection
- w/u causes of UGIH



โรงเรียนวัดป่าสัก

Thank you