

REVIEW OF DEATH CASES

Fiscal year 2017-2018
Soidao Hospital

Ext. ญาณิศา บุณญ้อย
Ext. พิเศษรุ้ เมตตา
Ext. เพียงรวี อาริณีจ

Outlines

01

ที่มาและความสำคัญ

02

จุดประสงค์

03

กลุ่มประชากรและ
วิธีการศึกษา

04

Inappropriate
death cases



ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลจำเป็นจะต้องอาศัยการสื่อสารและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมแพทย์และผู้ป่วย ประกอบกับมีปัญหาการฟ้องร้องมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งสาเหตุเป็นจากหลายปัจจัย เช่น การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การรักษาที่ไม่เหมาะสม ความไม่พอใจในการรับบริการ ซึ่งทางคณะผู้จัดทำเล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวเหล่านี้ และต้องการป้องกันและแก้ไข จึงเกิดการทบทวนเวชระเบียนเคสผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยมิได้มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยมุ่งศึกษาแนวทางการรักษา เพื่อเกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบ ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยคนอื่นๆ ในอนาคตต่อไป

จุดประสงค์

- เพื่อสรุปสาเหตุการตายของผู้ป่วยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2561
- ทบทวนวิธีการรักษาผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยหาข้อผิดพลาดและนำไปปรับปรุง แก้ไขเพื่อการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

กลุ่มประชากร ที่ศึกษา

ผู้ป่วยใน (IPD) ทุกกลุ่มอายุที่
เสียชีวิตในรพ.สอยดาวใน
ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2560-2561
(1 ต.ค.59 - 30 ก.ย. 61)

วิธีการศึกษา

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

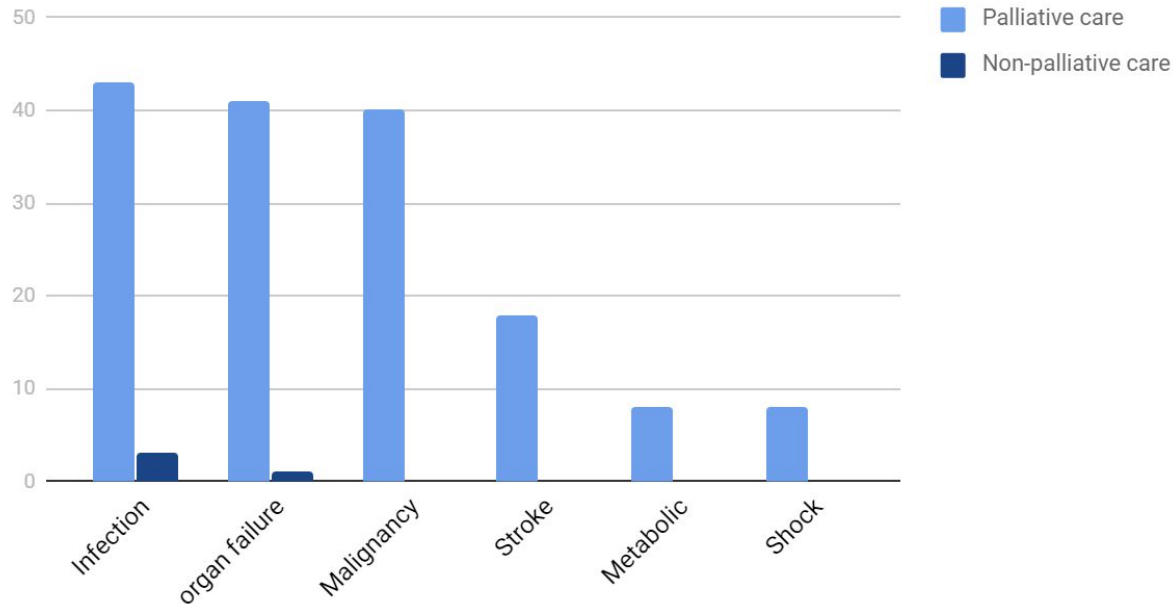


Selection criteria

- 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. สอยดาวที่เสียชีวิต จากสาเหตุต่างๆในปีงบประมาณ 2560-2561 (N=162)

แผนภูมิรูปแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยในของรพ. สอยดาวที่เสียชีวิต
จากสาเหตุต่างๆในปีงบประมาณ 2560-2561 (N=162)



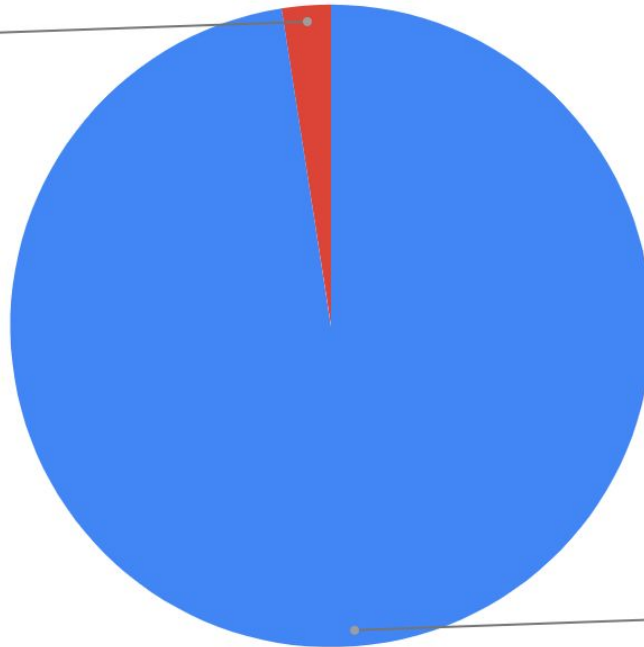
N = 162

- infection 46 ราย (28.39%)
- organ failure 42 ราย (25.92%)
- malignancy 40 ราย (24.69%)
- stroke 18 ราย (11.11%)
- metabolic 8 ราย (12.90%)
- shock 8 ราย (12.90%)

แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ป่วยในของรพ. สอยดาวที่เสียชีวิต จากสาเหตุต่างๆ ในปีงบประมาณ 2560-2561 (N=162)

แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ป่วยในของรพ. สอยดาวที่เสียชีวิต จากสาเหตุต่างๆ ในปีงบประมาณ 2560-2561 (N=162)

Non-paliative care
2.5%



Paliative care
97.5%

N = 162

- Palliative care
158 ราย (97.5%)
- Non-paliative
care 4 ราย (2.5%)



Inappropriate death cases

CASE 1

Case 1 admit 15/01/60

- Female 58 yr, U/D: DM, HT, Old CVA ไม่ขาดยา
- CC: ปวดท้อง 12 hr PTA
- PI: 2 d PTA ปวดท้องรอบสะดือเป็นพักๆ ถ่ายอุจจาระเหลวไม่มีมูกเลือดปนมากกว่า 10 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน มารพ. ได้ยาฉีดไปอาการดีขึ้น
- 12 hr PTA กลับมาปวดท้องรอบๆสะดือ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียนไป 3 รอบ จึงกลับมารพ.
- PH: ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร, ไม่เคยผ่าตัด, ปฏิเสธดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติด

Case 1

- PE: V/S-BP 140/80 mmHg, PR 100/min, RR 22/min, BT 37.8C
- GA- good consciousness
- HEENT- not pale
- Heart & Lung- WNL
- Abd- soft, generalize mild tender

Case 1

- IMP: Acute gastroenteritis
- Mx: symptomatic treatment, IV hydration, W/U lab

Case 1

- CBC: **WBC 27,720, Neutrophils 88.2%**, Hb 12.0, Hct 36.4%
- E'lyte: Na 132, **K 3.4**, Cl 90, CO2 24
- BUN 16, Cr 0.70
- Stool exam: **WBC 10-20**, Parasite not found, yeast moderate
- Stool C/S (20/06/62): *Aeromonas sobria*>>> Ampicillin-R, Bactrim-S, Norfloxacin-S

Case 1

- Problem list
 - Infective diarrhea
 - Hypokalemia
- Mx & Progression
 - Empirical ATB: Cef-3 2 g IV OD
 - E.KCl 30 ml po*1 dose
 - Supportive Rx:
 - Hyoscine 10 mg IV
 - Plasil 10 mg IV q 8 hr
 - IV fluid : NSS 1000 ml IV 80 ml/hr

Case 1

- Mx & Progression
 - หลัง admit pt. ยังมีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว และอาเจียนอยู่ตลอด>>> Tx by symptomatic treatment
 - 17/01/60 (11.20) Notify pt. ซึ่มลง เรียกไม่ตอบสนอง คลำ pulse ไม่ได้>>> CPR 30 min no ROSC

Case 1

- Pitfall
 - ไม่ได้ตาม serum K หลังจากแก้ด้วย E.KCl ทั้งๆที่ผู้ป่วยยัง loss อยู่ตลอด
 - ไม่ได้ทำการ record I/O ขณะ admit
- Prevention
 - ควรตาม serum K ในเคสที่ยังมี route ของการ loss อยู่
 - ควร record I/O ในเคสที่ต้องเฝ้าระวังภาวะ shock

CASE 2

case 2 admit 17/03/60

case ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปี HN 142016

- cc: แน่นท้องมา 2 วัน
- PI: 2 dPTA - มีอาการขาบวมทั้งสองข้างกดบวม ปัสสาวะออกน้อย มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน มีแน่นท้อง ท้องบวม ไม่ถ่ายอุจจาระ นอนราบแล้วรู้สึกแน่นหน้าอก (orthopnea) มีตื้นขึ้นมากกลางดึกเพราะมีอาการเหนื่อย (PND) เบื่ออาหาร กินน้ำได้ ปวดหลังซีกขวา ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
- PH: end-stage dilated cardiomyopathy with poor compliance
รับยาพช.สอยดาว, ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร, ปฏิเสธประวัติเคยผ่าตัด

case 2

Physical examination

- Vital signs - BT 37C, PR 96/min, BP 110/60 mmHg, RR 24/min SpO2 95% RA
- GA - A Thai middle-aged female, looked dyspnea
- HEENT - mild pale conjunctiva, marked icteric sclera
- Heart - normal S1, S2 , no murmur, irregular pulse
- Lung - equal BS, minimal fine crepitation both lungs
- Abdomen - soft, not tender
- Extremities - pitting edema 2+ both legs

case 2

- Impression - Congestive heart failure
- Management
 - work up - CBC, BUN, Cr, Elyte, DTX, CXR
 - symptomatic treatment
 - diuretics, keep I/O negative

investigation results

17/03/2017

- CBC
WBC 5180, NE 75.4%, LY 17.2%,
Hb 11.3, Hct 30.7%, MCV 86, MCH 31.7, MCHC 36.8, RDW 19.6 ↑
Pit 65,000
- BUN 32, Cr 1.08, GFR 54.64%, Na 134, K 3.8, Cl 89, CO2 23
- CXR - cardiomegaly, bilateral perihilar infiltration
- LFT - ALP 83, AST 60, ALT 28, TP 6.7, Alb 3.07, Glb 3.7, TB 10.1, DB 7.86

Problem list

- congestive heart failure
- anemia with thrombocytopenia
- AKI
- hypoxia

Management and Progression

18/03/60, 08.00 น.

S : มีอาการปวดหลัง ปัสสาวะไม่ออก เวียนศีรษะ

O: irregular HR, fine crepitation both lower lungs

A: CHF with AKI, jaundice

P: negative I/O, symptomatic tx., bleeding precaution

- Lasix 80 mg IV stat
- on O2 cannula 3 LPM, keep SpO2 > 95%
- Diclofenac 1 amp IM stat
- Dimenhydrinate 10 mg IV stat with prn q 6 hr

Management and Progression

18/03/60, 16.15 น.

S : มีอาการเจ็บหน้าอกข้างขวา

O: irregular HR, fine crepitation both lower lungs

A: CHF with AKI, jaundice

P: - lasix 500 mg IV drip in 6 hr

- NTG (1:5) IV 10 mL/hr, keep BP>90/60 mmHg
- retain Foley

continue

- Aldactone(25) 1*1 po pc
- Digoxin (0.25) ¼*1 po pc

Management and Progression

19/03/60, 08.40 น.

S : มีปัสสาวะสีเข้มมาก

O: lung - decreased BS Lt. lung

A: CHF with AKI, jaundice

P: - Hct stat 34%

- NTG(1:5) IV 15 mL/hr
- Lasix 1 gm IV drip in 24 hr
- Vit K 10 mg IV
- พรั้งนี้ Elyte, Cr, INR

continue

- restrict fluid < 1 L/day

Management and Progression

20/03/60, 07.30 น.

S : มีตัวบวมตาบวม ลืมตาไม่ขึ้น ปวดหลังมาก เจ็บแน่นหน้าอก

O: BP 90/60 mmHg, PR 60, puffy eyelid, engorged neck vein, fine crepitation both lungs, pitting edema 2+ both legs

Ix results - Cr 1.92, GFR 28.13, Na 133, K 3.9, Cl 86, CO2 24, INR 1.5

UA : RBC>100, Epi 0-1, WBC 0-1, Trop T 52

A: CHF with AKI, jaundice, microscopic hematuria

P: - lasix 1 g IV drip in 24 hr

- on O2 cannula 3 LPM, keep SpO2 > 95%
- Buscopan 20 mg IV stat

Management and Progression

21/03/60, 00.10 น.

S : notify ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องปี่ป่วน มีเรอ แน่นเล็กน้อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก
นอนไม่หลับ

O: Abd - soft, not tender, no guarding

A: dyspepsia

P: Losec 40 mg IV stat, Ativan (1) 1 tab po prn hs

21/03/60, 08.00 น.

S: นอนหลับได้ ตัวบวมลดลง

O: I/O neg. 522 ml, fine crepitation both lungs, ext- pitting edema1+

A: CHF, dyspepsia

P: NTG (1:5) IV 13 mL/hr, continue Lasix(500) 1*1 po pc

Management and Progression

22/03/60, 12.20 น.

S : เหนื่อยลดลง นอนราบได้ ปวดเมื่อยตามตัว

O: Lung - clear, Abd - soft, not tender, no guarding, I/O neg 128 ml

A: CHF

P: discharge ได้, F/U 2 wk+CXR

CBC(22/03/60) - wbc 3560, NE 65%, LY 21.9%, Hb 11.3, Hct 30.7%

TB 10.6, DB 9.12, K 3.8

22/03/60, 13.15 น.

hold discharge เพราะผู้ป่วยยังมีอาการหายใจเหนื่อย

Mx : off NTG, ให้ continue Monolin 1/2*2 po pc

Management and Progression

23/03/60, 08.00 น.

S : ผู้ป่วยนอนหายใจเหนื่อยลึก ต้องใช้ O2 ปัสสาวะเป็นสีแดงคล้ำ

O: Lung -fine crepitation both lungs, pitting edema, I/O neg 600 mL/d

A: gross hematuria, CHF

P: negative I/O, on O2 cannula 3 LPM, keep SpO2 > 95%, vit K 10 mg IV stat

23/03/60, 23.55 น.

Notify Pt. นอนนิ่ง ไม่รู้สึกตัว

Mx : - CPR 25 mins (23.55-00.20 น.)

- ETT no. 7.5, depth 22
- Adrenaline 1 amp IV q 3 min
- NSS 1000 mL IV free flow
- DTX stat 18 mg%
- 50% glucose 50 mL IV push
- โทรติดต่อญาติ -> จำหน่าย death 24/03/60, 00.20 น.

case 2

- Pitfall
 - ช่วงที่มี chest pain ไม่ได้ทำ EKG
 - การ negative I/O โดยไม่คำนึงถึง BP ของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะ shock ได้
 - ไม่ได้คำนึงถึง nutritional status ของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยสามารถกินข้าวได้หรือไม่ ร่วมกับไม่ได้ติดตาม DTX ระหว่าง admit ของผู้ป่วยจนเกิด severe hypoglycemia
 - ไม่ได้ติดตาม CXR หลัง negative I/O
 - discharge ในขณะที่ clinical ยังไม่ improve
 - ไม่มี management/ work up เพิ่มเติมของ microscopic hematuria จนกลายเป็น gross hematuria

case 2

- Prevention
 - ทำ EKG ในคนที่มี chest pain ทุกราย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจมาด้วย atypical chest pain ได้
 - ควรคำนึงถึง vital signs ทุกครั้งก่อนจะให้ furosemide
 - ติดตามค่า Hct, urine Sp.gr. เพื่อดู volume status ผู้ป่วย
 - หลังให้ Furosemide ควรติดตาม CXR เพื่อดูว่า response หรือไม่
 - ในผู้ป่วย chronic disease ต้อง improve nutrition เสมอ อาจให้ BD ดูดเสริมหากกินข้าวไม่ได้
 - work up hematuria -> U/S KUB ดูว่ามี hydronephrosis, hydroureter หรือไม่ เจาะ coagulogram;
 - ให้ ATB treat as hemorrhagic cystitis และตาม UA ดู response
 - discharge เมื่อ clinical, lab improved

CASE 3

Case 3 admit 20/3/61

- Female 40 yr, U/D: SLE (loss F/U รพศ. Poor compliance)
- Last admission (1-18/2/61) มาด้วย hypotension มีนัด F/U 5/3/61 ให้ญาติมารับยาแทน ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่ยอมมา จึง advice ให้มาเจาะเลือด plan refer รักษาต่อเนื่องรพศ.
- CC: ปวดท้อง 4 d PTA
- PI: 2 d PTA ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง เป็นน้ำลาย ไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติ วันนี้ต้องการมา F/U ที่ชาดนัด จึงมารพ. ยังมีปวดท้อง อาเจียน
- PH: ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร, ไม่เคยผ่าตัด, ปฏิเสธดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติด

Case 3

- PE: V/S-BP 120/90 mmHg, **PR 138/min, RR 34/min, BT 37.9C**
- GA- good consciousness
- HEENT- not pale
- Heart & Lung- WNL
- Abd- soft, generalized tenderness, no rebound tenderness, no guarding

Case 3

- IMP: Fever c marked leukocytosis in SLE
- Initial Mx: plasil 10 mg IV stat, Hyoscine 20 mg IV stat, W/U Lab

Case 3

- CBC: **WBC 21,680 Neu 81.7%** Lym 13.8% Plt 426,000
- BUN 12 Cr 0.26
- Electrolytes: Na 133 K 3.4 Cl 91 CO2 31
- DTX: 106
- UA: RBC 0-1 WBC 2-3 Mucus 2+ Epi 1-2
- H/C NG x 2

Case 3

- **Problem list:**

- Acute abdominal pain
- Leukocytosis
- SIRS
- U/D SLE

- **Management:**

- Admit 20/3/61 เวลา 10.10 น.
- Start IV ATB: fortum 2 g IV q8h
- Supportive: dicyclomine, domperidone, paracetamol

Case 3

Management and progression

- Notify 20/3/61 23.30 น. ปวดท้อง ไม่มี N/V

Abd: tender at paraumbilical area, no rebound tenderness, no guarding

Mx: diclofenac 75 mg IM stat

- Notify 21/3/61 5.26 น. Notify pt. ไม่ตอบสนอง คำ pulse ไม่ได้
 - Start CPR 5.30-6.10 น.
 - Adrenaline (1:1000) 1 ml IV q3min x 9 amp
 - On ETT No. 7.5 depth 24
 - NSS 1000 ml IV freeflow
 - EKG-asystole >> no ROSC

Case 3

Pitfalls

- ผู้ป่วยมี sign SIRS ตั้งแต่แรก ไม่ได้ Dx sepsis >> ไม่ได้ให้ IV fluid
- ไม่ได้ record I/O ขณะ admit
- ควร ultrasound เพื่อหา intraabdominal infection หากผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้องอยู่เมื่อได้รับ pain control แล้ว
- การให้ pain control อาจบดบัง abdominal sign
- ไม่มี lab ช่วยในการ suggest SLE flare up (anti-dsDNA,ESR,CRP)

Preventions

- Early detection of sepsis
- ควรทำการ record I/O ให้ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังภาวะ shock
- Ultrasound Abdomen R/O intraabdominal infection

CASE 4

Case 4 admit 8/9/60

- Female 12 yr, U/D: Cerebral palsy (status bedridden)
- CC: ไข้ ไอ เหนื่อย 1 d PTA
- PI: 1 wk PTA ไข้ ไอ มีเสมหะ มากขึ้น หายใจเร็วบางครั้ง มีอาเจียนบ่อย ไม่มีถ่ายเหลว รับ feed ไม่ค่อยได้ ปัสสาวะออกน้อยลง
1 d PTA ไข้ ไอ เสมหะ หายใจเหนื่อยมากขึ้นจึงมารพ.
- PH: ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร, ไม่เคยผ่าตัด, ปฏิเสธดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติด

Case 4

- PE: V/S-BP 90/60 mmHg, **PR 118/min, RR 24/min, BT 36.7C**
- GA-??? BW 18 kg
- HEENT- mild pale, no jaundice
- Lung - wheezing and rhonchi both lungs
- Abd- soft, not tender

Case 4

- IMP: Bronchiolitis
- Initial Mx: On O2 cannula 5 lpm, Ventolin NB, W/U Lab
- Admit 8/9/60 (9.40 **u.**)

Case 4

- CBC: **WBC 6,120 Neu 55.2%** Lym 38.1% Plt 289,000
- Electrolytes: Na 134 K 3.0 Cl 88 CO2 29
- Sputum G/S: WBC-many, Gram- bacilli-mod, Gram-diplococci-many, Gram+ diplococci in pair-few
- UA: RBC 1-2 WBC 10-20 Epi 20-30
- Sputum C/S: P.aeruginosa sense all, E.coli sense ceftriaxone
- H/C: NG x 2

Case 4

- **Problem list**

- Pseudomonas Pneumonia
- UGIB
- U/D CP Bedridden

- **Management**

- Empirical ATB: Cef-3 1 g IV OD
- Ventolin 1 ml + NSS up to 4 ml NB q4h c prn
- Consult Chest PT **เคาะปอด**, suction prn
- Supportive Rx:
 - Fluimucil 1x3 po pc
 - Para (325) 0.5 tab po prn q4-6h
 - IV fluid : 5% DN/2 1000 ml IV 30 ml/hr

Case 4

Management and progression

- ระหว่าง admit ยังมีไข้ตลอด เสมหะปริมาณมาก suction ได้ 5-10 สาย/วัน
Lung: rhonchi BL

Mx: Ventolin NB, On oxygen cannula 2 lpm

- 11/9/60 (9.55 น.) มีอาเจียนเป็น coffee ground

Mx: NPO, Ranitidine 40 mg IV q12h

จากนั้นยังคงมี coffee ground ออกทาง NG ตลอด

- 12/9/60 Sputum C/S - pseudomonas aeruginosa

Mx: switch ATB fortum 800 mg IV q8h plan ครบ 10 days off

Case 4

Management and progression

- หลัง off ATB มีไข้ขึ้น (27/9/60 9.20น.)

Mx: septic workup ใหม่

CXR- RML and RLL infiltration

Imp- HAP or Aspiration pneumonia

Mx: fortum 800 mg IV q8h

- 19.30 น. Pt. หายใจเหนื่อยมากขึ้น रिमฝีปากเขียว air hunger
- จำหน่าย dead at 27/9/60 19.40 น.

Case 4

Pitfalls

- Dose ventolin และ para ในตอนแรกต่ำกว่า therapeutic index > มีการเตือนจากห้องยา แพทย์เปลี่ยน dose ในวันถัดไป
- ไม่ได้ work up UGIB อย่างเต็มที่ และไม่ได้ serial Hct (Hct แรกรับ 41.2%, 11/9/60-36.2%, 27/9/60-29.4%)
- ไม่มี note เรื่องการยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจหากเหนื่อยมากขึ้น แต่มี note เรื่องปฏิเสธ tracheostomy

Preventions

- คำนวณ dose ยาให้เหมาะสมตาม BW
- Serial Hct ในเคส UGIB, ส่ง work up EGD รพศ.
- หากผู้ป่วยไม่สามารถ clear secretion เองได้ ควร intubation



Thank you for your attention

Link ข้อมูลดิบ

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1-DDGMZ5Seat1HehStT10b6nU1h0ARRmIMeQ9Q8HenBE/edit#gid=0>