

รายงานผลตามประเด็นการติดตาม 1.1 อัตราตายมารดา

3.ข้อมูลการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563

รายงานการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 ณ วันที่ 27 เม.ย.63

ลำดับ	จังหวัด	วันที่เสียชีวิต	DIRECT		INDIRECT		หมายเหตุ	RCA	ส่ง CE
			ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ			
1	ชลบุรี	1ต.ค.62	Amniotic embolism				รพ.ชลบุรี	/	/
2		29ม.ค 63			PTE at Lt Lung induce lung injury cardiac arrest		รพ.ชลบุรี จากรพ.เมืองพัทยา	/	/
3		6 ก.พ 63			Severe sepsis unknown source DDx CNS infection, intraabdominal infection		รพ.ชลบุรี จากรพ.บ่อทอง	/	/
4		8 ก.พ 63	Pre eclampsia with Liver Rupture				รพ.ชลบุรี จากสมเด็จฯ ณ ศรีราชา	/	/
5		9 เม.ย.63	PPH				รพ.ชลบุรี จาก รพ.วัดญาณ ฯ	/	/
6	ระยอง	1 ต.ค. 62		PPH			รพ.ระยอง	/	/
7		22มี.ค.63			Pulmonary Embolism c pregnancy admit ICU		รพ.ระยอง จากคลินิกเอกชน	X	x
8	สระแก้ว	22พ.ย.62			Heart Failure		รพ.ร.สระแก้ว	/	/
9	จันทบุรี	16 ต.ค.62			Adjustment disorder with depressed mood		รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี (ฆ่าตัวตาย)	X	/
10		6 ม.ค.63			อุบัติเหตุจากรถ		รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี (อุบัติเหตุ)	X	x
11	ฉะเชิงเทรา	27มี.ค.63	Ruptured Ectopic				โรงพยาบาล พุทธโสธร จากรพ.บ้านโพธิ์	/	/
12		25 เม.ย.63			CA Tongue		โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว (Palliative care ที่บ้าน)	X	/
13	สมุทรปราการ	22เม.ย.63			อุบัติเหตุลื่นในห้องน้ำ		โรงพยาบาล (อุบัติเหตุ)	X	x
สรุป			4	1	7	0			

สรุปภาพรวม

สรุปมารดาไทยตาย			สรุปมารดาต่างชาติตาย			สรุปมารดาตายทั้งหมด (ไทย+ต่างชาติ)		
direct	indirect	อุบัติเหตุ/ ฆาตกรรม/ คดีความ	direct	indirect	อุบัติเหตุ/ ฆาตกรรม/ คดีความ	direct	indirect	อุบัติเหตุ/ ฆาตกรรม/ คดีความ
4	5	3	1	0	0	5	5	3
รวม 12 ราย			รวม 1 ราย			รวม 13 ราย		

อัตราการตายมารดาไทย เขตสุขภาพที่ 6(ต.ค.62 - เม.ย.63)

จังหวัด	2562			2563		
	เด็กเกิด	แม่ตาย	อัตรา	เด็กเกิด	แม่ตาย	อัตรา
สมุทรปราการ	12,825	1	7.80	7,048	0	-
ชลบุรี	28,387	8	28.18	14,952	5	33.4
ระยอง	8,834	2	22.64	4,694	1	21.3
จันทบุรี	5,744	0	0	3,002	1	33.3
ตราด	2,236	1	45	990	0	-
ฉะเชิงเทรา	6,881	2	29.07	3,691	2	54.2
ปราจีนบุรี	5,253	2	38.07	2,960	0	-
สระแก้ว	5,241	0	0	2,718	1	36.8
เขต 6	75,401	16	21.22	40,055	10	25.0

หมายเหตุ

1. ยังไม่ได้รับรายงาน CE 4 คน มีรายละเอียดเบื้องต้น ดังนี้

ลำดับที่ 7 จังหวัดระยอง (เสียชีวิต 22 มี.ค.63 เวลา 12.15. น.)

สาเหตุ : Pulmonary Embolism c pregnancy admit ICU

หญิงไทยอายุ 30 ปี G4P3 GA 12 wks. เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ 7มีนาคม 2563 เวลา 18.42 น.

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อย วันนี้ไปฝากครรภ์คลินิก มีอาการเหนื่อย แพทย์ให้มาโรงพยาบาลระยอง แรกรับรู้สีกตัวดี
เหนื่อย BT 37 C, BP 125/83 mmHg P 76/min ,RR 32/min O2 sat 74% DTX 77%

ลำดับที่ 10 จังหวัดจันทบุรี (เสียชีวิต 6 ม.ค.63)

สาเหตุ : อุบัติเหตุจากรถ

ลำดับที่ 12 จังหวัดสมุทรปราการ (เสียชีวิต 22 เม.ย.63)

สาเหตุ : Brain Trauma with Pneumonia with Sepsis with DIC

หญิงไทยอายุ 41 ปี GA = 37+6 wks. ANC คลินิกบางบ่อ ANC 5 ครั้ง

Admitที่รพ.บางบ่อ : กินเหล้าไป1แก้ว ล้มในห้องน้ำที่บ้าน ญาติให้ประวัติ

ที่แผนกฉุกเฉินรพ. บางบ่อ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย มีภาวะ Hypoxia และมี Death fetus

DX. Brain Trauma with Pneumonia with Sepsis

CT Brain Normal รพ.บางบ่อ consult แพทย์สูติฯ รพ.สมุทรปราการ อาการไม่stable referไม่ได้ Admit ICU

รพ.บางบ่อและเกิดภาวะ DICร่วมด้วยผู้ป่วยเสียชีวิต

ลำดับที่ 13 จังหวัดฉะเชิงเทรา02(เสียชีวิต 25เม.ย.63 เวลา11.45น.)

สาเหตุ: CA Tounque

หญิงไทยคู่ อายุ 41 สิทธิบัตรทอง อาชีพค้าขาย case CA Tounque ตรวจพบ เดือนพย. 61 รับการรักษาที่ รพ.ศูนย์ การแพทย์มศว. และโรงพยาบาลวชิราลงกร ัญญบุรี

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ครั้งแรก วันที่ 17 กันยายน 2562 ที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ส่งปรึกษาพ.ศุนย์ การแพทย์มศว.เรื่องผู้ป่วยมะเร็งจะตั้งครรภ์ต่อได้หรือไม่ แพทย์รพ.ศุนย์การแพทย์มศว.แนะนำยุติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วย ต้องการตั้งครรภ์ต่อปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์เพราะเป็นครรภ์แรก ระหว่างตั้งครรภ์พบภาวะซีด น้ำหนักไม่ขึ้น

วันที่ 20 มีนาคม 63 เวลา 08.44น. เจ็บครรภ์ก่อนมารพ. : G1P0 GA 35+2 wks. ฝากครรภ์คุณภาพ 9 ครั้ง

วันที่ 21 มีนาคม 63 คลอดปกติ เวลา 01.17น. ทารกเพศชายน้ำหนักตัว 1,710กรัม ยาว40 เซนติเมตร Apgar Score 9,10 ผู้คลอดจำหน่ายวันที่ วันที่ 24 มีนาคม 63

วันที่ 19 เมษายน 63 มีอาการปวดขึ้น หายใจ อ่อนเพลีย ญาติจึงพาไปรับการรักษาที่ รพ.ศุนย์การแพทย์ มศว. แพทย์ ได้ตรวจร่างกาย X-Ray แล้วแจ้งให้ญาติทราบ เชื้อมะเร็งได้ลุกลามอย่างรวดเร็วจนทำให้ปอดถูกทำลายเกือบทั้งหมด ญาติทราบจึงนำผู้คลอดกลับมาดูแลที่บ้าน

วันที่ 23 เมษายน 63 ติดตามเยี่ยม Palliative care ที่บ้าน

สรุปวันที่เสียชีวิต: วันที่ 25 เมษายน 63 เสียชีวิตที่บ้าน เวลา11.45น.

2. จากการประชุม MCH Board เฉพาะกิจ วันที่ 28 เมษายน 2562 เวลา 13.30 น. ผ่านระบบ VDO Con. ณ ห้องประชุม สสจ.ชลบุรี มีข้อเสนอแนะให้ทบทวน RCA กรณีมารดาเสียชีวิต โดย จัดตาราง และกำหนดเวลาการประชุม ผ่านระบบ VDO Con.
3. สรุปรายงานการเสียชีวิตมารดา เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 9 คน รายละเอียดดังนี้

ลำดับที่ 1 จังหวัดชลบุรี(เสียชีวิต 1ต.ค.62 เวลา เวลา 10.14 น.)

สรุปการตาย : Amniotic Fluid embolism

กรณีมารดาไทย อายุ 21 ปี G1P0 GA = 38⁺² wk by USG แรกรับวันที่ 29 ก.ย.62 รพ.ชลบุรี มาด้วยอาการ มี เลือดออกทางช่องคลอด ประวัติ เคยเป็นหอบรักษาแล้วปัจจุบันไม่มีอาการ ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรก 7 สัปดาห์ ผล เลือดปกติ การตรวจร่างกายแรกรับ T 36 BP 122/60 mmHg P 100/min RR 20/min BW 55 kg Height 160 cm Good consciousness HEENT No abnormal finding Heart No abnormal finding Lung No abnormal finding Uterus size 34 cm Breech presentation LSA FHR 144/min EFW 2700 PV cervix 2 cm effacement 80% station -1 Lab แรกรับ : Wbc 13.64 10³/ul Hct 48.4 10³/ul plt 119 10³/ul neutrophil 82.2 % lymphocyte 42.2 เวลา 12.30 น้ำเดิน 14.20 start operation spinal block 14.28 ทารกคลอด apgar 9,10 เพศหญิง 2,525 กรัม 14.50 finish Blood loss 200 ml IV LRS ตั้งแต่ admit 1000 ml + (LRL 1000 + synto 15 unit) 100 ml หลังผ่าตัดที่ตึกหลังคลอด(29 ก.ย. 62) P=114 – 122 /min BP ปกติ = 95/64 – 109/71 mmhg วันที่ 30 ก.ย. 62 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำแล้วมีอาการหน้ามืด BP วันที่ 30 ก.ย. = 93/62 – 105/63 mmhg P = 102 – 126/ min ประเมิน blood loss (200+120+74) Hb 13.6 g/dl Dtx 133 RLS 1000 ml IV วันที่ 1 ต.ค. ยังคงมีอาการวิงเวียนศีรษะ และมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ P 105/min R 30/min BP 101/69 mmHg O sat 89% ให้ Mask with bag 5L/min P 100 /min R 50 /min BP 107/91 mmHg O sat 97 % Lung clear นอนราบไม่ได้ Hb 14.1 g/dl DTX 104 เจาะ LAB CBC electrolyte coagulogram LFT UA จ้องเลือด Retain foley catheter RLS 1000 ml IV push หมด ผล มีอาการดีขึ้น ต่อ 5%D/N/2 1000 ml 120 ml/hr USG abdomen No free fluid ผล. ขอกินน้ำ หลังกิน ปวดจุกแน่น ลิ้นปี่ เหนื่อย กระสับกระส่าย ให้ NSS 1000 ml IV push ตามทีม ตามสามี USG ประเมิน IVC ไม่สำเร็จ พบจุดเจาะเลือด ซีม petechiae แขน วัดความดัน ปัสสาวะแดง Consult med หลัง NSS push สัก 500 ml ผล ดูดีขึ้นพูดคุยสามีได้ จน IV push หมด 10 นาทีมีอาการเช่นเดิมและ รุนแรงขึ้นระหว่างเตรียมผู้ป่วยเพื่อย้ายไปตึก ICU ผู้ป่วย Arrest เวลา 10.14 น. (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

สรุปการตาย : Amniotic Fluid embolism

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

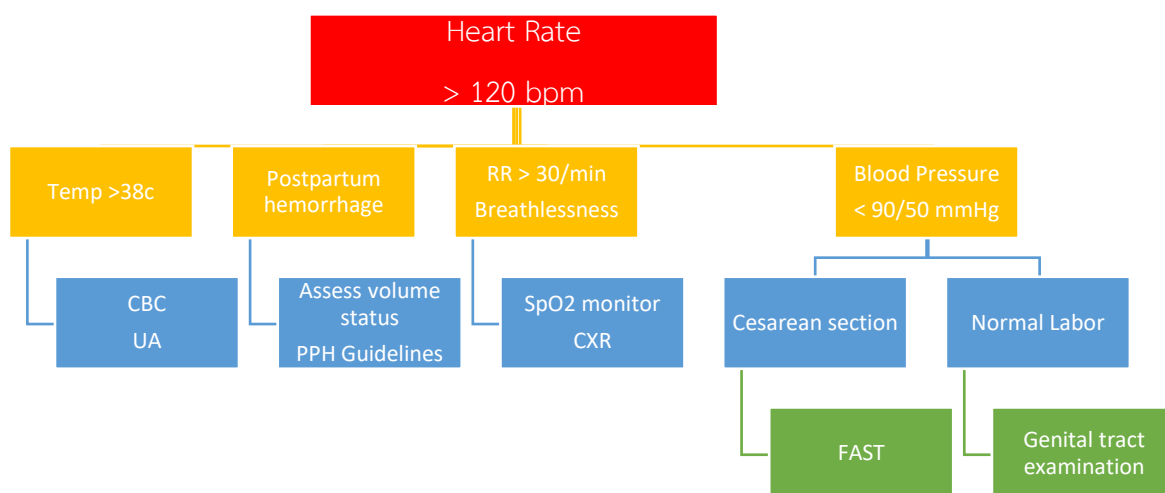
1. พบ Hct สูงกว่าปกติ Plt น้อยกว่าปกติ ดูแลแก้ไขก่อนผ่าตัด

2. หลังผ่าตัด พบชีพจรสูงกว่าปกติ การรักษาโดยเพิ่มการให้สารน้ำละเฝาระวังการตกเลือดหลังคลอด
3. พบมีอาการหน้ามืดหลังจากเข้าห้องน้ำ มีจุกแน่นลิ้นปี่ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. Preop CBC เกณฑ์การรายงานผล
2. Post op pulse > 100 , 120 รายงาน
3. ผู้ป่วย จุกแน่น therapeutic treatment ไม่ได้ขึ้นให้ LFT
4. ผู้ป่วย hypotension restless ที่ no PPH load fluid 1000 ml ไม่ได้ขึ้น start inotropes

แนวทางดูแล tachycardia



ลำดับที่ 2 จังหวัดชลบุรี(เสียชีวิต 29 ม.ค. 2562 เวลา 15.15. น.)

สรุปการตาย : PTE at Lt lung injury with Cardiac arrest

หญิงไทยอายุ 37 ปี G1P0 GA = 25+5 wks. by USG today at 26/ม.ค./63 (admission date)

ประวัติการฝากครรภ์:โรงพยาบาลรามาริบัติ ไม่ได้นำสมุดฝากครรภ์มา(โทรสอบถามแจ้งว่า GDMA1 diet control คุมได้ดี ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง) ผลเลือดตอนฝากครรภ์ ญาติให้ประวัติ ปกติ ได้รับวัคซีน Influenza ,dT วัคซีนเมื่อวันที่ 24/ม.ค/63

ประวัติในครอบครัว: ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว หย่าร้างกับสามี(แต่ครั้งนี้อมาเที่ยวพ่ตยด้วยกัน) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานครมีพี่น้อง 3 คน พี่ชายและน้องสาวอาศัยกับมารดาที่พิษณุโลก

ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว: สามีและญาติแจ้งว่า ต้นเดือนมกราคม 2563ผู้ป่วยเคยมีอาการมีไข้ ไอ น้ำมูก เหนื่อย หอบ ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่จังหวัดพิษณุโลก วินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัด ได้ยามาทาน ไม่ได้นอนรพ. หลังกลับบ้านไปอาการดีขึ้น ทำงานได้ตามปกติ แต่ยังมีไอบ้างเล็กน้อย

วันที่ 26 ม.ค. 2562 เวลา 08.00 น.ณ ที่เกิดเหตุการณ์ (โรงแรมแห่งหนึ่งที่ พ่ตย)สามีมาเที่ยวกับผู้ป่วย ขณะนอนอยู่โรงแรม ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก 5 นาที เรียกไม่รู้สีกตัว หหมดสติ ไม่หายใจ สามีจึงอุ้มผู้ป่วยลงมาชั้นล่าง และแจ้งกู้ชีพ EMS ออกรับรแกรับคลำชีพจรไม่ได้ start CPR 5 cycle ติด AED > Ventricular fribillation > Defibrillation 5 ครั้ง > ROSC on ETTนำส่ง ERโรงพยาบาลเมืองพ่ตย 9.15 น.

ที่แผนกER ที่โรงพยาบาลเมืองพ่ตย เวลา 9.15 น.รแกรับพ่ตยห้องฉุกเฉินประเมิน E1M1VT pupil 3 mm RTLBE

ไม่มีชักซ้ำ BP 105/55 mmHg PR 80 bpm full, Lung: coarse crep both lung c minimal bleed via ETT, Abd : FH ¼ > umbilicus, Ext: no edema, Usg: IUP, not seen fetal heart ไม่มีสมุดฝากครรภ์ สามีแจ้งว่า 6 เดือน, Rx. Cordarone 300mg>150mg, On adrenaline(1:10) IV rate 10 mL/hr. Refer โรงพยาบาลชลบุรี (สูตินรีเวช+อายุรกรรม รับทราบ)

Lab จาก รพ เมืองพัทยา CBC: Hct 33 % MCV 102.8 fl WBC 18,440 cells/uL (N64% L33% Mono 3% E0% B0%), Plt 151,000 cells/uL

BUN 6 mg/dL, Cr 1.04 mg/d, PT 12.8 sec, PTT 28.7 sec, INR 1.05, Troponin-I, Troponin-I 3.54 ng/mL

Electrolyte Na 141 mmol/L, K 3.3 mmol/L, Cl 107 mmol/L, CO₂ 13 mmol/L, Ca 8.8 mg/dL, Mg 2.6 mg/dL, P 12 mg/dL

ที่แผนก ER โรงพยาบาลชลบุรี เวลา 11.14 น. แรก รับ E1M2VT pupil 3 mm RTLBE Stupor

v/s: BT 36.8 c, BP 97/60 mmHg, PR 90 bpm full RR 30 bpm, SpO₂ 97%>80% suction : blood per tube 20 ml EKG: sinus rhythm rate 92 bpm, no ST-T change On Adrenaline (1:10) IV rate 10 mL/hr. OB-Gyn : USG : IUP, cephalic, EFW 860g GA 25+5 wks., no fetal heart beat, no skin edema, no scalp collapse / work up lab PIH

CT brain non-contrast: Brain edema, no hypo/hyperdensity lesion

Med : Echo bedside: good LVEF, no LV D-shaped, No clot thrombus, no pericardial effusion

CXR: Interstitial infiltration both lungs

Ob-gyne ได้ให้ MgSO₄ prevent seizure + medical termination (Bishop=2>cytotec 400 microgram Vg suppo)

แจ้งญาติเรื่องอาการและการรักษา โดยแพทย์และอาจารย์เวร Admit MICUG1P0 GA 25+5 wk USG with DFIU, Advanced Maternal Age (no data of PND) GDMA1 diet control Post cardiac arrest History of seizure

วันที่ 26 ม.ค. 2562 เวลา 13.30 น. Admit MICU E2M4VT pupil 3 mm RTLBE, Coma, Horizontal

Nystagmus

- V/S BT 36.5 c, BP 92/56 mmHg PR 120 bpm regular BT 36.1 c RR 43 bpm, SpO₂ = 95%
- RS : Crepitation Lt lung CVS normal S1S2 no murmur Abd: FH >2/4 umbilicus, no uc
- Work up lab เพิ่มเติม : ส่ง Hemoculture, sputum for G/S C/S, AFB / Follow up Lactate 15.00, 18.00
- Off adrenaline > Levophed (1:25) IV rate 10 mL/hr
- หายใจเหนื่อยมาก ได้ให้ Dormicum (1:1) IV rate 10 mL/hr + Fentanyl 50 mg IV stat then (5:1) rate 5 mL/hr
- Start ATB: Ceftriaxone, Doxycycline, Oseltamivir
- On Central line (Rt internal jugular) CVP=13
- Cytotec 200 microgram vg suppo q 4 hr (,16.00,20.00,24.00)

วันที่ 26 ม.ค. 2562 เวลา 16.30 น. Bleeding per ET tube 50 ml

- SpO₂ drop 94-95% > นอนตะแคงขวา SpO₂ 100%
- CXR: Alveolar infiltration with interstitial infiltration both lungs
- Imp: ARDS with hemoptysis
- Transamine 500 mg NB q 8 hr.
- ABG + w/u Autoimmune disease เพิ่มเติม
- Muscle relaxant : Nimblex 3 mg IV stat then (1:1) IV 3 mL/hr.

วันที่ 26 ม.ค. 2562 เวลา 18.00 น.

- SpO₂ drop 87% , Urine ไม่ออก
- CXR : interstitial infiltration both lungs
- ปรับ setting VCV Mode
- (TV 350, PEEP14, FiO₂ 100, RR25)

- คิดถึง Diffuse Alveolar Hemorrhage
- Dexamethasone 4 mg IV q 6 hr.
วันที่ 27 ม.ค. 2562 เวลา 00.09 น.
- EKG Junctional rhythm rate 50bpm คลำ pulse ไม่ได้ spO2: 93-64%
- Arrest : PEA > start CPR 5 mins > ROSC
- เพิ่ม Adrenaline (1:10) IV rate 30 ml/hr. Levophed (1:12.5) IV rate 70 ml/hr
- On A-line placement Rt bronchial artery
- Mg level =8.9 mg/dl > Hold MgSO4 IV
- Hold cytotec vg suppo at 24.00
- คุยเรื่องแผนการรักษากับสามี > full Med, No CPR
- Plan palliative care

วันที่ 27 ม.ค. 2562 เวลา 08.00 น.

- E1M1VT
- V/S BT38 c ,BP120/65mmHg PR115 bpm RR 28 bpm ,spO2 96%
- I/O (26/1/63) = 5139/300 ml/d
- Ventilator setting: VCV mode (VT 350, PEEP 14, RR 28, FiO2 0.8)
- Adrenaline (1:10) IV rate 32 ml/hr
- Levophed (1:12.5) IV rate 80 ml/hr
- Sedative+muscle relaxant drug : Fetanyl+Domicum+Nimbex
- Follow up Lab+CXR
- Echocardiography

Non diagnostic echo,

Good LV systolic function (LVEF 61%)

- CXR : no change
- ส่ง Tracheal suction for viral

วันที่ 27 ม.ค. 2562 เวลา 12.00 น.

- แพทย์สูตินรีเวชและแพทย์อายุรกรรมผู้ดูแล คุยกับสามีและญาติ เรื่องอาการและ prognosis แจ้งว่าคิดถึง pathology จาก lung มากที่สุดร่วมกับ เสนอ postmortem hysterotomy
- คุยเรื่องการหาสาเหตุ plan Lung Necropsy สามีและญาติยินยอม

วันที่ 29 ม.ค. 2562 เวลา 15.15. น.

- Palliative care

- ส่ง Autopsy :

Lung tissues biopsy: Presence of few fragment of alveoli and smooth muscle tissue

Liver biopsy : Few cords of unremarkable hepatocytes

Death fetus (Fresh)

Autopsy :Presence of fibrin thrombi , right lobe of lung severe diffuse alveolar hemorrhage and pulmonary edema, both lungs

สรุปวันที่เสียชีวิต: วันที่ 29 ม.ค. 2562 เวลา 15.15. น.

สรุปการตาย : PTE at Lt lung injury with Cardiac arrest

ข้อค้นพบ/ข้อสรุปจากการทำRCA

1. Indirect Maternal death
2. Cause of death : Pulmonary thromboembolism → acute lung injury → alveolar hemorrhage

3. Perimortem hysterotomy ทำเมื่อช่วยเรื่อง hemodynamics
4. การให้ MgSO₄ ในคนที่ไม่มี evidence ต้องคิดเป็นรายๆไป

ลำดับที่ 3 จังหวัดชลบุรี (เสียชีวิต วันที่ 6 ก.พ. 63 เวลา 13.30)

สรุปการตาย : indirect maternal death Severe sepsis unknown source DDx CNS infection, intraabdominal infection

กรณีมารดาไทย อายุ 18 ปี G1P0 GA = 8wks by LMP ไม่มีประวัติการฝากครรภ์ ผู้ป่วยเป็นชาลัสซีเมีย และเคยได้รับเลือด แรกวันที่รพ.บ่อทอง วันที่ 4 ก.พ. 63 มาด้วยอาการ ไข้ 7 วันก่อนมารพ. และ เริ่มไม่รู้สึกรักตัว GCS: E₃M₅V₄, Pupils 3 mm RTLBE Vital signs: T = 41 °C, BP = 99/36 mmHg, PR = 132 bpm, O₂ sat 96% (unknown oxygen supplement) RR = 22/min Investigations: Hct = 9.5 %, WBC = 59,500/mm³, PMN = 75 %, Cr = 1.48, AST 145, INR 1.5 UPT: +ve Diagnosis: UTI with septic shock Management: NSS 1000 ml iv load (BP 119/46 mmHg) ATB: Ceftriaxone, Amikacin PRC transfusion 2 units Refer Chonburi hospital

At ER Chonburi hospital (4th Feb 2020, 20.00) Drowsiness, E₄M₅V₂, Pupils 2 mm RTLBE At ER : Foul smell conceptus in vagina Vital signs: T = 41 °C, BP = 114/61 mmHg, PR = 130 bpm, RR = 36/min Diagnosis: UTI with septic shock with AKI with pregnancy R/O Septic abortion Initial investigation: DTX 185 mg%, Hct 14 % On ETT Consult OB R/O septic abortion with septic shock At ER OB note (4th Feb 2020, 20.24) Denial history of criminal abortion or bleeding per vagina Abdomen: distension, not tender, no guarding, no rebound tenderness PV: MIUB: normal Vg: normal vaginal discharge Cx: Os closed, conceptus per Os, no foul smell → Os remove → no active bleeding per Os Uterus: normal size uterus Adx: no mass Can not evaluate adnexal/uterine tenderness or cervical motion tenderness Ultrasound TVS: Uterus 7x4x4 cm, smooth ET 7.1 mm, unremarkable both ovaries FAST: -ve at CDS, hepatorenal and splenorenal space Imp: Complete abortion with UTI with septic shock with respiratory failure DDx septic abortion Management: vaginal swab culture, and sent conceptus for pathology Lab (4th Feb 2020) CBC: Hct ↓ 13.6 %, WBC ↑ 45,230 /μL, PMN 79.5 %, Plt ↑ 668,000 /μL Coagulogram : PT ↑ 19.4 sec, PTT 27.8 sec, INR 1.65 Blood chemistry : Na 141, K 4.8, Cl 106, CO₂ ↓ 15, Anion gap ↑ 25.2 (mmol/L) Ca ↓ 7.9, Mg ↓ 2.6, PO₄ ↑ 2.6 (mg/dL) BUN 45, Cr ↑ 1.33 (mg/dL) ALP 70, AST ↑ 124, ALT ↑ 82 (units/L) Total bilirubin ↑ 2.49, Direct bilirubin ↑ 1.62 (mg/dL) Alb ↓ 3.2 mg/dL Lactate ↑ 4.8 mmol/L Gram stain : Urine gram stain: No microorganism found Tracheal suction gram and AFB stain Moderate WBC Few gram-ve bacilli, gram positive cocci (pair and chain) No AFB seen Culture : Hemoculture: NG x 2 Vaginal swab culture: Normal flora Tracheal suction culture: Normal flora Urine culture: NG Pathology: uterine content Report 6th Feb 2020 Immature chorionic villi with degenerative change Presence of fetal membrane Degenerative decidua Focal acute inflammation and necrotic tissue

วันที่ 5 ก.พ. 63 Notify: 1st episode seizure: clonus seizure เกร็ง แขนขากระตุก ตาสองข้างเหลือกมองบน Management: diazepam 1 amp iv E2VTM1, pupils 2 mm RTLBE, no hippus, Doll's eye sign +ve, clonus -ve, stiff neck -ve Imp: 1st episode seizure DDx: 1. CNS infection/hemorrhage 2. Septic encephalopathy 3. Epilepsy CT brain non-contrast: not seen hypo/hyperdense lesion

วันที่ 6 ก.พ. 63 Cardiac arrest EKG: asystole CPR x 30 min No ROSC Death 13.30 Advice autopsy บิดาปฏิเสธ Death: septic shock with severe metabolic acidosis

สรุปการตาย : indirect maternal death Severe sepsis unknown source DDx CNS

infection, intraabdominal infection

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

1. คนไข้ไม่ค่อยรู้สึกตัว รพช.ไม่ได้ใส่ tube ก่อนนำส่งและไม่พบการบันทึก การให้ออกซิเจน
2. Stiffness neck ไม่ได้ note ไว้ว่าผลเป็นอย่างไร
3. Abdominal sign ไม่ได้ note PE ; Guarding , Rebound tenderness , distension
4. Record urine output 800 ml in 6 hr. แต่ไม่ได้ record intake
5. รพช. ไม่ได้ CT abdomen เพื่อหาสาเหตุการติดเชื้อในช่องท้องด้วย
6. หลังจากชักครั้งที่ 2 ไม่ได้มีการ start anticonvulsant Improper antibiotic

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. การดูแลของรพ.ชุมชน
2. ในกรณีคนไข้เริ่มสับสน ไม่รู้สึกตัว ควร Indication ETT ตั้งแต่รพช.เนื่องจาก AOC, unstable vital signs และให้มีการ record Oxygensaturation ในการใช้ oxygen supplement
3. ในรพ.ศูนย์ฯ การ CT brain ตอนชัก ควร CT whole abdomen เพื่อหาสาเหตุการติดเชื้อในช่องท้องด้วย
4. หลัง 2nd episode seizure ควรมีการ start anticonvulsant
5. Improper antibiotic
6. ควรเปลี่ยน Meropenam ตั้งแต่ clinical worse หรือสามารถ Empiric meropenam เนื่องจาก unknown source
7. Infection associated with thalassemia: splenic abscess, gall stone, gram negative septicemia

ลำดับที่ 4 จังหวัดชลบุรี (เสียชีวิต 8 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 22.07 น.)

สรุปการตาย : preeclampsia with severe feature with HELLP syndrome with Glisson capsule rupture

กรณีมารดาไทย อายุ 36 ปี G2P1 GA = 37⁺⁶wks by USG ไม่มีโรคประจำตัว แรกรับที่รพ.สมเด็จ ณ ศรีราชา วันที่ 6 ก.พ. 63 ด้วยอาการ ปวดท้องน้อย 1 ชั่วโมงก่อนมารพ. ให้ประวัติมีปวดหัวและตาพร่ามัวร่วมด้วย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด เด็กดิ้นปกติ ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 15⁺¹ wks by USG ผลเลือดปกติ ท้องแรกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากทำกัน ANC ครั้งแรก GA15⁺¹wks BP = 130/80 mmhg ANC ครั้งที่ 2,3,7 BP = 130/80 mmhg และ ANC ครั้งที่ 8 GA 34⁺⁴ wks BP = 147/89 mmhg Repeat 149/88 - > 150/90 Urine protein neg, no lab record

V/S : Temp 36.4 c, BP 217/119 mmHg -> repeat 202/112 mmHg, Pulse 62 bpm, RR 28/min, Sp2 RA 100% • General : BW 72 kg, Ht 162 cm, BMI 27.43 • GA : good consciousness, alert • HEENT : not pale conjunctiva, anicteric sclera • CVS : normal S1S2, no murmur • Lungs : tachypnea, no adventitious sound both lungs • Abdomen : midline surgical scar, mild tender at suprapubic, no guarding, no rebound Leopold maneuver : FH 37 cm, Cephalic presentation, head engagement, large part at right side, FHS rate 153 bpm, uterine contraction - interval 8 minutes, mild intensity, duration 30 seconds • Extremities : pitting edema 2+ • Neuro : good consciousness, DTR 2+ • PV exam : no abnormal discharge, os closed, no effacement Investigation : Urine dipstick : protein 4+, sugar neg • CBC : Hb 14.9, Hct 44%, WBC 13300 (PMN 67.9, L 27.5), PLT 221000 • E'Lyte : Na 139, K 4.38, Cl 106, HCO3 28, BUN 21, Cr 0.8 • LFT : AST/ALT 880/803, TB/DB 0.6/0.1, Protein/albumin 5.6/3.2 • LDH 1541 • UPCR 32.5 • EFM - CAT I

MANAGEMENT : Stabilize with MgSO4 : loading start at 7.40 am, then maintenance • Control BP with hydralazine 5 and 10 mg IV • Set Caesarean section due to previous C/S 6/02/63 at 10.13 am • Intraoperative note : Caesarean section with tubal resection optime 10.13-10.45 am (32 minutes, blood loss 500 mL) • Ascites : clear yellow fluid 30 mL, clear amniotic fluid • Female baby, born on

6/02/63 10.16 am, 2610 g, length 46.5 cm • APGAR 8, 9, 9 • Retroplacental blood clot 20 mL • No immediate postoperative complication

1st RE-EXPLOR (Post c/s day 0 : 6/02/63 14.00) : Notify BP drop 3 hours postoperation • V/S : BP 80/60 mmHg, pulse 120 bpm • HEENT : pale conjunctiva • Abdomen : good uterine contraction, marked distension • PV : blood clot 50 mL • FAST : positive at hepatorenal • Hct drop from 44% to 28% Management : resuscitation and set OR for re-explor. emergency • Intraoperative note : optime 15.55-17.10 (1.15 hr), blood loss 2,500 mL • Normal uterus, both ovaries and FT (s/p TR) • Hemoperitoneum 3000 mL • Suspected hepatic rupture with active bleeding -> consult sx intraop Sx note • markedly congested liver, rupture of glisson capsule at segment V about 2 cm with active bleeding -> try electrocauterization at bleeding site and packing with fibrilla - failed -> abdominal packing and temporary abdominal wall closure Post

6/02/63 20.30 : Notify BP drop from ICU with bleeding per drain : fresh blood 1000 mL • V/S : BP 80/60 mmHg, pulse 130 bpm • Resuscitation, then refer CBH

At ER CBH 6/02/63 22.40 : V/S : BP 80/50 mmHg, pulse 130 bpm • Neuro : E3VTM5, pupils 2 mmRTLBE • Abdomen : on packing Sx set ER to OR for 2 nd explor.lap with stop bleeding with liver packing Operation : Explor.lap with non-anatomical right hepatectomy segment 6,7 with perihepatic packing with temporary closure • Intraoperative note : optime 23.32-01.46 (2.04 hr), blood loss 2,500 mL • Subcapsular hematoma 10 cm in diameter at right lobe of liver with rupture at dome of liver • Near total hepatic infarction

7/02/63 : 12.35 pm : BP 70/40 mmHg • Blood transfusions • Levophed (1:12.5) rate 35 mL/hr, Dopamine (2:1) rate 30 mL/hr, add Adrenaline (1:10) rate 40 mL/hr • Ongoing bleed -> set re-explor Operation : Explor.lap with non-anatomical hepatectomy segment 8,5 with perihepatic packing • Intraoperative note : optime 14.09-16.40 (2.31 hr), blood loss 2,500 mL • Hemoperitoneum 2,500 mL • RT. Lobe liver necrosis with bleeding oozing at seg 8,5 with previous segmentectomy at S6,7 • Viable gallbladder and left lobe with spot necrosis

8/02/63 : 22.00 : clinically unstable with ongoing bleed • Bleed per vac 500 mL (17.00-22.00) • Counseling plan of management with family - plan set OR for re-explor. + risk DOT —> denied, plan full medication, no CPR • Time of death 8/02/63 22.07

สรุปการตาย : preeclampsia with severe feature with HELLP syndrome with Glisson capsule rupture

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

1. ไม่มี indication for ASA prophylaxis สำหรับรายนี้
2. วันที่ 14/1/63 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 149/104 > 149/88 > 150/90 P=110 (ฝากครรภ์ที่ใกล้บ้าน) แล้วกลับมาที่ รพ.สมเด็จฯ ณ ศรีราชา วัดได้ 130/80

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. ทบทวนการวัดความดันโลหิตและอุปกรณ์ในการใช้วัด
2. ทบทวนระบบส่งต่อเรื่อง PIH หรือ pregnancy with complication
3. ทบทวนการตรวจ urine protein ให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน
4. เสนอแนวทาง การติดต่อประสานญาติเพื่อช่วยเหลือ และการระมัดระวังในการให้ข้อมูลกับสื่อมวลชน
5. ในกรณี ANC แล้วมีความดันโลหิตสูง ควร work up lab
6. การโทรประสาน refer ถ้ามีหลายแผนกควรติดต่อให้ครบ

7. ช่วงเสียชีวิต ถ้าเป็นราย แม่ตาย โดยที่ไม่มี Active Problem ควรรายงานสรุปด้วย เพื่อการประสานงานกับญาติ และครอบครัว

ลำดับที่ 5 จังหวัดชลบุรี (เสียชีวิต 9 เมษายน 2563 เวลา 8.20)

สรุปการตาย : PPH (Placenta previa suspected accreta with antepartum hemorrhage with hypovolumic shock)

กรณีมารดาไทย อายุ 30 ปี G4P3A0L3 GA 33+4wks by U/S EDC 15/05/63 case Previous C/S ANC ครั้งแรกที่คลินิกมิตรไมตรี U/S ---> Placenta previa Totalis

ประวัติการ ANC : ANC 3 ครั้ง ANC ครั้งแรก 13มค. 2563 USG 21 wk 2 day ผลเลือด Anti HIV--->NR VDRL--->NR HbsAg ---> Negative OF--->Neg DCIP---> Pos Hct 30% 24/1/ 63 มีเลือดออกทางช่องคลอดไปรักษา ที่ รพ.บางละมุง D/C และนัดฝากครรภ์ต่อเนื่องที่รพ.บางละมุง 28/1/63ฝากครรภ์ต่อเนื่องที่รพ.บางละมุง GCT 111 mg % 10/2/63 ถูกสามีทำร้ายร่างกาย มีเลือดสดออกทางช่องคลอดรักษาที่รพ.วัดญาณสังวราราม On 0.9 nss 1000 cc IV120 cc/ hr Hct 32 mg % , Dexamethasone 6 mg IM Refer รพ.ชลบุรี 31/3/63 ANC รพ.บางละมุงตามปกติ GA 32 At BP 131/69 BLM : GCT 111mg%, USG : ceph, 2558 g (>P95), +FH, suspected accreta -> plan follow up CBH on 8/04/63

9/4/63 ที่รพ.วัดญาณฯ : มีเลือดสดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก 30 นาทีก่อนมา แรกรับคนไข้ รู้สึกตัวE4M6V5 เลือดชุ่มผ้าถุง มีอาการ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น T 36 BP 84/50 mmHg P 84/min RR 26/min O2 sat 90 BW 150 kg Height 160 cm Confusion HEENT No abnormal finding Heart No abnormal finding Lung No abnormal finding Uterus 2/4 > Umbilicus presentation LOA FHR < Diagnosis G4-3-0-3 33+ 4wk Placenta previa totalis ,Cardiac arrest Plan Refer for C/S 00.41น. แรกรับที่ LR คนไข้รู้สึกตัวE4M6V5 มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น 00.43น.รายงานแพทย์ เปิด IVF 00.44น. BP 84/50 P= 84 R= 26 O2 sat 90 ดูแลให้ O2 mask with bag 10 LPM 00.45น. on 0.9 nss1000 cc IV load LAB เวลา 00.45 Hct 30 % 00.49น. แพทย์เยี่ยมอาการ 00.50น. ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ E1M1V1 pupill 3min SL BE เริ่ม CPR Adrenaline 1 amp IV * 6 dose 00.52น. On E.T. tube No 8 deep 22 CPR 15 นาที ROSC เวลา 01.05น. เวลา 01.30 Hct repeat 22 % Plt 272,000 Group match PRC 1 unit เตรียม Refer รพ.ชลบุรี เริ่ม Refer เวลา 02.00 ถึง รพ.ชลบุรี เวลา 03.15 น. ระหว่างทางมี arrest และ CPR 1 รอบ

9/4/63 ที่รพ.ชลบุรี : Arrival at ER 9/04/63 3.20 am V/S : BP 87/62 mmHg, Pulse 150 bpm, on ETT GA : on ETT, E1VtM1 PE : no bruising or petechiae at skin PV : no active bleed -> after PRC transfusion : active bleed USG : no fetal heart sound FAST : negative Cardiac arrest at 3.42 am (episode 3) EKG : PEA Start CPR 2 min -> ROSC On central line OB counseling family for hysterotomy and hysterectomy, for maternal outcome Cardiac arrest episode 4 at ER before transfer to OR EKG : PEA Start CPR 2 min -> ROSC After BP stabilize -> transfer to OR

: Intraoperative note Start OR 9/04/63 4.42-7.20 am Operative findings : dead fetus, placenta accreta, blood loss 1200 mL, no free fluid, no hemoperitoneum, no couvelaire uterus Operative note : hysterotomy then hysterectomy with placenta in situ Before transfer to SICU -> 5th episode cardiac arrest 7.23 - 7.53 am 6th episode : 7.53-8.20 am Dead at 8.20 am

สรุปการตาย : PPH (Placenta previa suspected accreta with antepartum hemorrhage with hypovolumic shock)

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

ที่รพ.วัดญาณ

1. ไม่ได้จัดทำแนวทางการดูแลคนไข้ Placenta previa with shock

2. ไม่ได้วางระบบในการสำรองเลือด และการประสานพ.เครือข่ายในการสำรองเลือดในกรณีไม่เพียงพอ รวมถึงตาม LAB เพื่อขอเลือดนอกเวลา
3. สารน้ำที่จำเป็นและยา ไม่เพียงพอ เช่น ไม่มี Heamaccel ในห้องคลอดและ ER Levophred ใน Emergency box
4. ระบบการ consult แพทย์ไม่ชัดเจน
5. เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย ไม่ได้ประสานพ.ใกล้เคียง(รพ.บางละมุง)

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. การวางระบบและแนวในการทำงาน การสำรองเลือด และการประสานพ.ใกล้เคียงในกรณีมีเลือดไม่เพียงพอ
2. ให้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการส่งต่อให้เป็นของแต่ละรพ. รวมถึงระบบการ consult แพทย์ที่ชัดเจน
3. การสำรองสารน้ำที่จำเป็นให้เพียงพอ

ลำดับที่ 6 จังหวัดระยอง (เสียชีวิต 1 ต.ค. 62 เวลา 21.38 น.)

สรุปการตาย : Postpartum hemorrhage (Uterine atony)

หญิงตั้งครรภ์ เป็นต่างชาติ(กัมพูชา) อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรก 23 มีนาคม 2562 อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ผลเลือด Hb/Hct 36 ครั้งที่ 1 Hb 10.5 g/dl Hct 32.3 % ครั้งที่ 2 Hct 36.8 % Anti HIV neg กำหนดคลอด 18 กันยายน 2562 รับประทานยาเป็น FBC ตลอดระยะตั้งครรภ์ ไม่พบความผิดปกติอื่นๆ

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน G1P0 GA 41+5 wks by U/S EDC 7 ตุลาคม 2562 ANC Clinic

รพ.แกลง ให้ประวัติมีอาการเจ็บครรภ์เวลา 02.00 น.วันที่ 30 กันยายน 2562 , เวลา 08.00 น. ไปตรวจที่ รพ.แกลง ตรวจภายใน Cx เปิด 1 cm effacement 70 % station -1 MI

การรักษาที่ได้รับ

- CBC : Hct 38.1 WBC 14410 Plt. 231000 Neutrophil 88 Lymphocyte 9
- UA : Alb trace Ketone 3+ WBC 0-1 RBC 0-1 Epithelial cell 0-1
- LRS 1 L v 80 ml/hr
- Ampicillin 2 gm v stat then 1 gm v q 6 hr
- Gentamicin 240 mg + 0.9% NSS 100 ml v at 01.20 น.
- Clindamycin 900 mg + 0.9% NSS 100 ml v at 01.30 น.
- Paracetamol 1 tab oral

ก่อนรีเฟอร์ แพทย์เวรพ.ระยองให้รพ.แกลงส่ง Hemoculture II specimen เพิ่มAntibiotic เป็น :

Gentamycin 240 mg , Clindamycin 900 mg และวางแผน Cesarien section due to CPD

ประวัติการรักษาที่รพ.ระยอง : รับRefer ด้วยภาวะ Prolong 1 stage มีไข้ 38.1 C แกรับ cx Fully dilate มี carput station 0 - 1 Pelvic inadequate ที่ LR 02.40 น. แกรับรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ BT 39 C BP 130/90 mmHg R 16/min PV Cx เปิด 10 cm. Effacement 100% station 0 Membrane Rupture FHS 180/min On EFM CAT II I' 2 min D' 50 second แพทย์เวร Set OR for C/S น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,610 กรัม ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด ร้องและหายใจทันที Active ดี skin mild blue suction ได้ secretion สีเขียวเหนียวมีตะกอน ประมาณ 10 ซีซี

- Apgar score ที่ 1 นาที = 9 ที่ 5 นาที = 10
- ลักษณะของรกและน้ำหนักรก 600 กรัม ลักษณะรกปกติ

- อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด ใน OR BL 500 ml มีการเฝ้าระวังภาวะ Uterine Atony โดยเตรียม Duratocin ไว้เมื่อทารกคลอดไหล่หน้า ได้+ Duratocin 1 amp v และ cytotec 4 tab rectum
- ขณะผ่าตัด มารดาได้ Duratocin 1 amp IV Total blood loss 500 cc มีภาวะ Uterine atony แพทย์ให้ Oxytocin 40 unit in 5%DN/2 1000 ml rate 120 ml/hr และ Cytotec 4 tab rectal suppro Vital signs ใน OR BPอยู่ในช่วง 140/80 mmHg P 80-90/min
- recovery room 0.45 น. – 05.00 น. หลังปลุกตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ชี้นมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

● PP 05.00 น. รับกลับจาก OR Post-op C/S under GA เรียกรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ มดลูกหดรัดตัวดี HF ระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้อง Mid line incision ไม่มีเลือดซึมจากแผลผ่าตัด มี bleed per vagina 2 pad (100ml) on 5%DN/2 1000 cc + synto 27 u v เหลือมา 500 ml retained foley's cath Urine 200 ml สีเหลืองปนแดง BP 122/85 mmHg P 99/min R 20/min T36.6 c เปลี่ยนน้ำเกลือเป็น 5%DN/2 1000 ml + synto 40 u v 120 ml/hr ตามคำสั่งแพทย์โดยใช้ infusion pump , on O2 mask c bag 10 LPM

05.15 น. คนไข้แจ้งว่าปวดถ่ายท้อง ประเมินมดลูกหดรัดตัวดี HF ระดับสะดือ ท้องไม่อืด No Bleeding per vagina BP 114/83 mmHg P 114/min R 20/min 05.30 น. BP 86/59 mmHg P 122/min R 20/min 05.45 น. BP 70/49 mmHg P 122/min R 22/min ประเมินอาการพบ Uterine atony ล้าง bleed+blood clot ได้จำนวน 1250 ml Hct at ward 34% โทรรายงานแพทย์ใช้ทุนเวร loading 0.9 % NSS free flow คลึงมดลูก ให้ O2 mask c bag 10 LPM ส่ง CBC Hct 24.4 % WBC 20200 Plt.236000 PT 10.5 PTT 31.8 INR 0.96 และแจ้งข้อมูลให้ญาติ รับทราบอาการผู้ป่วยและเปิดเส้นเพิ่มเพื่อให้ IV

06.00 น. Uterine atony Bleed 1 pad โทรประสานธนาคารเลือดขอ PRC BP 70/50 mmHg P 130/min R 22-24/min

06.09 น. โทรรายงานแพทย์เวร มีเลือดออกทางช่องคลอด Uterine atony ขณะนั้นแพทย์เวรทำการผ่าตัด C/S อีกเคสอยู่ให้ตามพท.มาทำ bimanual compression และสั่ง order การรักษา

06.10 น. ให้ Methergin 1 amp v ,ปรับเพิ่ม 5%DN/2 1000 ml + synto 40 u v เป็น rate 200 ml/hr , Loading 0.9% NSS free flow , พท.มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย

06.15 น. ผู้ป่วยพอรู้สึกตัว แต่ยังมี Uterine atony BP 73/30 mmHg P 148/min R 26/min แพทย์ให้ Nalador 1 amp + 0.9% water 100 ml v in 30 min

06.30 น. ผู้ป่วยเริ่มกระสับกระส่าย BP 51/31 mmHg P 146/min R 26/min Load Voluven 500 v free flow และ เปิดเส้นเพิ่มเพื่อให้ IV

06.34 น. ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น โทรหาแพทย์เวร ให้ Set or for explore lap emergency + G/M PRC 4 U , FFP 4 U

06.45 น. Bleed per Vagina 450 ml Uterine atony คนไข้กระสับกระส่าย ไม่ทำตามคำสั่ง BP 51/40 mmHg P 150/min R 26/min แพทย์ให้ Levopod 1:62.5 v 10 ml/hr , จอง SICU

07.00 น. Uterine atony คนไข้กระสับกระส่าย ไม่ทำตามคำสั่ง BP 70/34 mmHg P 146/min R 26/min

07.05 น. ส่งผู้ป่วยไป OR โดยมีพยาบาลวิชาชีพนำส่ง ก่อนไป เรียกกลืนตา กระสับกระส่าย ไม่ทำตามคำสั่ง

● OR 07.10 น. ถึง OR บริเวณหน้าจุดประชาสัมพันธ์ ผู้ป่วยหยุดหายใจ Cardiac Arrest ทำ CPR 1 นาที หลัง CPR BP 140/107 mmhg P 98 ครั้ง/min วัดซ้ำ BP 38/29 mmhg ให้ Adrenaline 100 microgram

แพทย์เวรพิจารณาจะทำ Explore lap c TAH c C-hysterectomy โดย Notify พ.สุพจน์ช่วยผ่าตัด , ขณะผ่าตัดมี ปัญหาเรื่อง bladder injury Consult แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะช่วยทำ repair bladder , ยังมีปัญหา Bleeding raw surface จึงพิจารณาทำ Abdominal packing + On Jackson drain Total Blood loss 2100 ml หลังผ่าตัดย้ายไป SICU

● SICU 09.50 น. รับกลับจาก OR เรียกกลืนตา On ET tube c Ventilator mode CMV BP 62/38 mmHg P 130/min On levopod 1:62.5 v 20 ml/hr ได้ PRC 4 U แผลผ่าตัดหน้าท้อง On Jackson drain มี Active bleeding + Consult med เรื่อง Post cardiac arrest care

10.20 น. BP 31/13 mmHg CVP 14 On dopamine(2:1) drip 30 ml/hr , On levophed 1:12.5 v 70 ml/hr ได้ FFP 4 U free flow , PRC 3 U push , 10% calcium gluconate 1 vial

13.55 น. Active bleed จาก Jackson drain 500 ml BP 42/25 mmHg ได้ PRC 4 U Loading NSS 500 ml Lasix 40 mg v 12 hr

14.43 น. INR 2.79 Jackson drain ออก 1000 ml ได้ FFP 4 U free flow BP 98/70 mmHg ให้ Transamine 500 mg v q 8 hr

16.00 น. CO2 9 ให้ 75% NaHCO3 1 amp v

16.30 น. ให้ FFP 2 U q 6 hr , Cryoprecipitate 10 U q 12 hr , Vit K 10 mg v stat , Off Transamine

19.30 น. BP 70/32 mmHg On dopamine(2:1) drip 30 ml/hr , Adrenaline(1:10) v drip 20 ml/hr On levophed 1:12.5 v 60 ml/hr ผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าม่วงคล้ำ

20.30 น. BP 42/29 mmHg P 114/min O2 sat วัดไม่ได้ ให้ Adrenaline(1:10) v drip 60 ml/hr ได้ FFP 6 U free flow , PRC 2 U , Cryoprecipitate 10 U , Plt. Con 10 U

21.00 น. แพทย์ให้ข้อมูลญาติ ญาติตัดสินใจ NO CPR

21.38 น. จำหน่ายถึงแก่กรรม

สรุปการตาย : Postpartum hemorrhage (Uterine atony)

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

1. ไม่ได้นำแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงติดเชื้ โดยเฉพาะเนื่องจากมารดามีไข้
2. ปัญหาระบบในการเตรียมพร้อม เรื่องการจ้องเลือด
3. การเฝ้าระวัง Early Warning Signs การหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดทางช่องคลอด(มีการประเมินปริมาณเลือดในรายที่มีภาวะเสี่ยงโดยจะมีการตรวจภายในหลังผ่าตัดคลอดเมื่อถึงตึกหลังคลอด
4. การสื่อสารในรายที่พบภาวะเสี่ยงที่ห้องผ่าตัดเช่นมดลูกหดตัวไม่ดี หรือเสียเลือดมากให้ส่งต่อข้อมูลและวางแผนการดูแล

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. การเตรียมพร้อมเรื่องการจ้องเลือดในแต่ละโรงพยาบาลต้องมีสำรองอย่างน้อย 2 ยูนิต หากพบว่าไม่พอต้องมีการประสานเพื่อขอทันอย่างทันท่วงที
2. ต้องมีการทบทวนและทำแผนฝึกซ้อม ในการเฝ้าระวัง Early Warning Signs การหดตัวของมดลูก การตกเลือด
3. จัดระบบหรือGuide line ในการดูแลผู้ป่วยตกเลือด เพื่อให้ทราบเป็นแนวทางเดียวกัน

ลำดับที่ 8 จังหวัดสระแก้ว (เสียชีวิต วันที่ 22 พ.ย. 62 เวลา 13.55 น.)

สรุปการตาย : chronic HT c overt DM c CHF

กรณีมารดาไทย อายุ 35 ปี G3P2 GA = 38⁴wk by USG แรกรับวันที่ 20 ต.ค. 62 เวลา 8.16 น. ประวัติการฝากครรภ์ ครั้งที่ รพร.สระแก้ว GA 18+6 wks ANC 3 ครั้ง มีโรคประจำตัว Overt DM, HT,moderate MR Consult Med เรื่อง DM HT Heart (poor compliance) การรักษา : ASA(81) 1*1(prevent pre eclampsia) นัดเจาะน้ำคร่ำและ นัด cardio ตามเดิม 6/6/62 follow up echo moderate MR LVEF 53% Plan: delivery ตาม indication สูติฯ 24/9/62 มาฝากครรภ์(ไม่ตามนัด) เนื่องจาก ผู้ป่วยย้ายไปอยู่สระบุรีแล้ว ไม่ได้NPO มาจึงนัด OPD med ในวันที่ 25/9/62 advice ความเสี่ยง แนะนำให้คลอดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ไปฝากครรภ์ตามนัด วันที่25/9/62 พบ med Dx) HT overtDM Moderate to severe MR 8/10/62-13/10/62 : Admit gyne FBS 250 1Hr PP 290 ปรับน้ำตาล HM RI 10-10-6 U sc ac

อาการสำคัญ : เจ็บท้อง 2 ชม.ก่อนมารพ. V/S: BT 36.6 C, BP 144/60 mmHg, PR

124 bpm, RR 20/min GA: normal HEENT: not pale LN : can't be palpated CVS: PSM apex gr IV RS: clear & equal breath sound both lungs Abdomen: FH 3/4 ,Vx presentation PV : Cx dilate 3cm Eff 70% ML station - 1Pelvic : adequate Skin : no rash , no petechiae Musculoskeletal : no pitting edema , no deformity

8.15 น. : เจ็บครรภ์ น้ำเดิน FHS 150 BP 144/100 RR 20 PR 124 BT 36.6 EFM cate II dtx 104 mg% ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีหอบเหนื่อย O2sat 94% PV 3 cm 70 ML -1

8.40 น. PR 122 BP 146/100mmhg FHS 148 bpm EFM cate II EKG – sinus Tachycardia ให้ O2 mask with bag 9.00 น. PV 4 cm 80 MR thin mec 0 10.25 น. Fully dilate

10.35 น. ศีรษะโผล่ คลอดติดไหล่ นาน 6 นาที 10.41 น. Term apgar 1=1 neonatal resuscitation ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รกยังไม่คลอด BP153/107 PR176 RR 26 10.46 น. ผู้ป่วย Complain มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ปลายมือเท้าเขียว หายใจ air hunger รายงาน Med มาดูอาการ On ETT no.7.5 depth 21 cm > suction ได้ secretion สีชมพูจากมดลูก 10.47 น. Cardiac arrest start CPR 11.10 น. คลอดรก/เย็บแผล Blood loss 200 ml 11.20 น. หยุด CPR CPR 15 cycle คลำ pulse ได้ Total adrenaline 4 amp via ETT Adrenaline 2 amp via IV EKG - sinus tachy 170 bpm CXR – pulmonary edema ETT in proper position 12.15 น. ย้ายไป ICU หลังจากย้าย ICU มีชักกระตุกเป็นระยะ ๆ แพทย์ให้การรักษารูปแบบ supportive และอาการแย่งลงในวันที่ 22 พ.ย. 62 เสียชีวิตในเวลา 13.55 น.

สรุปการตาย : chronic HT c overt DM c CHF

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป :

1. มารดามีโรคประจำตัว chronic HT c overt DM และการดูแลตนเองไม่ค่อยดี ไม่มาตามนัด
2. มีการย้ายที่อยู่และปฏิเสธการดูแลรักษาตามระบบ
3. ระยะเวลาของการเปิดปากมดลูกจาก 5 ซม.จนถึง Fully dilate ค่อนข้างเร็วใช้เวลาเพียง 25 นาที
4. เด็กตัวโต นน.มากกว่า 4,000 กรัมมีคลอดติดไหล่

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

1. การให้คำปรึกษากรณีที่มีโรคประจำตัวและไม่ควรตั้งครรภ์
2. จัดทำแบบประเมินเพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอด (CPD SCORE)
3. ควรจัดระบบหรือแนวทางในการประสานงานของหน่วยงานภายใน ในกรณีที่มีการ CPR
4. ควรมีการเตรียมความพร้อมโดยการซักซ้อมในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ลำดับที่ 9 จังหวัดจันทบุรี (เสียชีวิต 16 ตุลาคม 2562)

สรุปการตาย : Adjustment disorder with depressed mood

กรณีมารดาไทย อายุ 29 ปี อาชีพ แม่บ้าน G4P2A1L2 GA 18 wks ประวัติการ ANC : ANC 2 ครั้ง ANC ครั้งแรก 20 ส.ค. 2562 ผลเลือด Hct ครั้งแรก 36 % Anti Hiv Neg ครบกำหนดคลอด 12 มีนาคม 2563 วันที่ 8 ต.ค. 62 ทะเลาะกับสามี แล้วกินยาฆ่าหญ้าประมาณ 30 ซีซี พี่สาวนำส่งรพ.ทำใหม่ ได้ NG lavage จนใสและให้ Activate charcoal และส่งต่อรพ.พระปกเกล้าเพื่อการรักษาต่อ และแท้งบุตรในวันที่ 10 ต.ค. 63 คนไข้มีภาวะแทรกซ้อน Acute liver failure ,Acute respiratory failure,Acute Kidney injury และเสียชีวิตในวันที่ 16 ตุลาคม 2562

สรุปการตาย : Adjustment disorder with depressed mood

ข้อค้นพบ/ข้อสรุป

- ในระยะฝากครรภ์มีการประเมิน สุขภาพจิต ST-s ได้ 3 คะแนน คัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ผล ปกติ

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- ไม่ได้มีการทำ RCA

ลำดับที่ 11 จังหวัดฉะเชิงเทรา 01 (เสียชีวิต 27 มี.ค. 63)

สาเหตุ : Ruptured Ectopic

หญิงไทยอายุ 21ปี ภูมิลำเนาจังหวัดชัยภูมิ G1P0 GA = 10 wks.

ประวัติการฝากครรภ์ :วันที่ 24 มีค.63มาฝากครรภ์ ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์วันที่

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว: ญาติแจ้งว่าไม่ทราบ

ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว: ญาติแจ้งว่าไม่ทราบ

วันที่ 26 มีค.63 นัดมาฟัง(HIV positive) ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีปวดท้อง

วันที่ 27 มีค.63 เวลา 15.10น. ญาติโทรแจ้ง 1669 ไปรับที่บ้าน ด้วยอาการปวดท้องมากคลื่นทวนทुरาย ศูนย์แจ้งเคสB ให้กู้ภัย
ออกไปรับ ที่แผนก ER โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ รับแจ้งจากกู้ภัยผู้ป่วยตื่นปวดท้องมาก หมอติ จึงแจ้งโรงพยาบาลประสานขอฝ่าย
สนับสนุนให้เปลี่ยนถ่ายคนไข้ที่ รพต.สนามจันทร์ แกร็บผู้ป่วยไม่มีสัญญาณชีพ ชีตมาก

เวลา 15.14น. EKG Asystoley เริ่มทำCPR ในรถambulance

เวลา 15.15น. มาถึง ER ใส่ Tube 7.5 ลึก 20 cm.

เวลา 15.16น. ให้ Adrenaline 1:10000 ทุก4 นาที วัดBP60/30mmHg ให้ 7.5% NaHCO3
100ml V push

เวลา 15.26น. Ultrasound fast positive

เวลา 15.32น. จับชีพจรได้ EKG มีROSC

เวลา 15.39น. DTX 275 mg% BP38/26mmHg P150/min

เวลา 15.55น. BP153/100mmHg P150/min

เวลา 16.08น. BP94/41mmHg Refer รพ.พุทธโสธร

เวลา 16.50น. ถึงERรพ.พุทธโสธร คลำ pulse ไม่ได้ ทำ CPR

เวลา 17.00น. ทำ Ultrasound พบ free fluid at clu-sac Hct=10.8% ให้การรักษาให้FFP
antibiotic

Set OR Stat for Explore Lab จองICU ศัลยกรรม

เวลา 19.05น. ถึงห้องผ่าตัด

เวลา 19.10น.- Post Operative Diagnosis

20.45น.(ในOR) - RT Rupture Ectopic Pregnancy

- Post arrest

- Shock with Anemia

- DIC

- HIV Positive

- Abnormal LFT

เวลา 21.00น. Admit ICU ศัลยกรรม ไม่รู้สึกตัวE1V1M1 PP 3min Fix on ET-Tube with
Ventilator BT =35c,RR=12/min, HR=95/min BP60/29mmHg แพทย์เวรคุย
กับญาติ ญาติปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดปั๊มหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น ญาติ
ต้องการอยู่กับผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

เวลา 22.40น. แผนกสูติรีเวชกรรม รับย้ายจาก ICU ศัลยกรรม P35min O2Sat 30%on Bird
Respiratory BP วัดไม่ได้ ให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย จนเวลา 22.50น.คลำpulse ไม่ได้
แพทย์ประเมินซ้ำจำหน่าย Dead แจ้งญาติรับทราบ

สรุปวันที่เสียชีวิต: วันที่ 27 มีค.63 เวลา 22.50น.

สรุปการตาย : Rupture Ectopic

ข้อค้นพบ

1.การตัดสินใจที่ล่าช้าของผู้ป่วยและญาติในการมารับการรักษา

2.ระบบการดำเนินงานการวางแผนครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- 1.ระบบบริการ การประเมินการรับcase ของ1669และกู้ภัย
 - 2.การฝากครรภ์ครั้งแรกทุกรายในการวินิจฉัยตั้งครรรค์ควรมีการทำ Ultrasound ทุกcase เพื่อป้องกันการเกิดมารดาเสียชีวิตจาก Ectopic
-