

การศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ณิชนันท์ บุญยุก พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 18 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 19 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 22 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย เป็นสัญญาณบ่งชี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหนึ่งในวิธีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความชุก อาการนำที่พบบ่อย และสาเหตุของการตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2565 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย คิดเป็นร้อยละ 0.45 โดยส่วนใหญ่มาตรวจครั้งแรกนอกเวลาราชการและมากที่สุดในเวรตึก มาด้วยกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่มาจากสาเหตุการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป : การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ต้องแก้ไขปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเพิ่มคุณภาพของห้องฉุกเฉิน

คำสำคัญ : รับการรักษาซ้ำ ห้องฉุกเฉิน

Unscheduled Revisited Patients Within 48 Hours in Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Nitchakarn Boonyok, M.D., FTCEP.

Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Unscheduled revisit indicates adverse events and other complications in emergency department patients. Monitoring and auditing the return visit medical records of unscheduled revisit patients are the methods of quality-of-care measurement in emergency department.

Objective: To determine prevalence rate, common initial presentations and causes of unscheduled revisits within 48 hours in emergency department, Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.

Materials and Methods: Retrospective descriptive study of patients who returned to the emergency department within 48 hours after being discharged. Data was collected from August 1st,2020 to January 31st,2022.

Results: The rate of emergency department unscheduled revisits within 48 hours of previous emergency department discharge was 0.45%. The revisit rate of non-office hour was more than office hour. Patients who have the first visit in the night shift were the highest revisit rate. The most common initial presentations were gastrointestinal system, respiratory system, and neurological system. The majority cause of unscheduled revisits was disease progression.

Conclusion: Unscheduled revisit indicates adverse events and high-risk mortality in emergency department. The important factors that cause unscheduled revisit are medical personnel, patient, and emergency department system and factor managements are strategies to prevent adverse events and improve quality of care in emergency department.

Key words: unscheduled revisit, emergency department

บทนำ

การวินิจฉัยผิดพลาด (Diagnosis error) เป็นความเสี่ยงสำคัญที่พบบ่อยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน พบว่า 1 ใน 10 ของการวินิจฉัยมีแนวโน้มผิดพลาด และในทุก 1,000 ครั้ง การให้บริการผู้ป่วยนอกจะมีความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิด นอกจากนี้การวินิจฉัยผิดพลาดยังเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกา 40,000 ถึง 80,000 รายต่อปี⁽¹⁾ ขั้นตอนที่ผิดพลาดได้แก่ การส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ไม่เหมาะสม การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง และการไม่ได้ส่งปรึกษา/รับปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ส่วนสาเหตุความผิดพลาดเกิดได้จากองค์ประกอบด้านความคิด บังคับด้านผู้ป่วย ขาดการแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญ การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และภาระงานที่มากเกินไป⁽¹⁾ ซึ่งตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนกฉุกเฉิน ควรมีอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดน้อยกว่าร้อยละ 5⁽²⁾

จากปัญหาข้างต้น จึงควรใช้ Trigger tool เพื่อค้นหาเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และนำมาทบทวนว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ และเหตุการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ Diagnostic error หรือไม่ โดย Trigger tool อย่างหนึ่งที่แนะนำ คือกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง (ER Revisit in 48 Hour)^(1,2) ซึ่งสอดคล้องกับที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแห่งประเทศไทยกล่าวว่า ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมิได้นัดหมายแล้วถูกรับไว้ในโรงพยาบาล คือสัญญาณบ่งชี้เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และอาจก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา⁽³⁾ การทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยที่เข้า

รับการตรวจรักษาซ้ำ จึงเป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยร้อยละของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ควรน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามตัวชี้วัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ ประเภท Patient safety ตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁽⁴⁾

นอกจากนี้ปัญหา Emergency room overcrowding หรือภาวะห้องฉุกเฉินแออัดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของห้องฉุกเฉินทั่วโลก ในประเทศไทยมีการใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็น 458:1,000 ประชากร โดยมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ และทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีความเสี่ยงสูงขึ้น คุณภาพการบริการลดลง ค่าใช้จ่ายบริการสูงขึ้น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการลดลง และเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น^(1,5,6) โดยการแก้ปัญหาภาวะห้องฉุกเฉินแออัด คือต้องเพิ่มประสิทธิภาพ Patient flow ในห้องฉุกเฉิน กลยุทธ์อย่างหนึ่งคือ โรงพยาบาลควรลด Input หมายถึง การลดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ ER⁽¹⁾ โดยผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นเป้าหมายของการลดจำนวนการมาใช้บริการได้⁽⁶⁾ หากเราสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินต่อไป

แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 3,500 ถึง 5,500 รายต่อเดือน และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เข้ารับการตรวจรักษาซ้ำโดยมิได้นัดหมายภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งก่อนหน้านี้

แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่เคยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อทราบข้อมูลอุบัติการณ์ อาการนำที่พบบ่อย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการตรวจรักษาผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เป็นการพัฒนาคุณภาพของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก อาการนำที่พบบ่อย และสาเหตุของการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2565 รวมระยะเวลา 18 เดือน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาห้องฉุกเฉิน นับจากเวลาที่ผู้ป่วยออกจาก

ห้องฉุกเฉิน หลังจากได้รับการรักษาและแพทย์อนุญาตให้กลับได้ จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาเดิมหรือปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้นัดหมาย โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่กลับมาด้วยปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรือจากการนัดหมายของแพทย์ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและ/หรือโปรแกรม Electronic medical record (EMR) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (เลขที่โครงการวิจัย B005/2565)

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2565 จำนวนรวมทั้งสิ้น 77,442 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 343 รายที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย คิดเป็นร้อยละ 0.45 และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมายต่อเดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.21 ถึง 0.73 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกในเวลาราชการมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมายอยู่ที่ร้อยละ 0.25 ส่วนนอกเวลาราชการอยู่ที่ร้อยละ 0.51 โดยผู้ป่วยที่มารับการตรวจครั้งแรกในเวรตึก มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายมากที่สุด ร้อยละ 0.65 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

ปี (พ.ศ.)	เดือน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
2563	สิงหาคม	5,169	15	0.29
	กันยายน	4,932	17	0.34
	ตุลาคม	5,114	22	0.43
	พฤศจิกายน	4,987	20	0.40
	ธันวาคม	5,215	19	0.36
2564	มกราคม	4,780	23	0.48
	กุมภาพันธ์	4,558	25	0.55
	มีนาคม	5,007	25	0.50
	เมษายน	4,347	19	0.44
	พฤษภาคม	3,373	14	0.42
	มิถุนายน	3,757	8	0.21
	กรกฎาคม	3,804	19	0.50
	สิงหาคม	3,659	23	0.63
	กันยายน	3,684	16	0.43
	ตุลาคม	3,563	19	0.53
	พฤศจิกายน	3,690	27	0.73
	ธันวาคม	3,941	15	0.38
	รวม	77,442	343	0.45
2565	มกราคม	3,862	17	0.44

ตารางที่ 2 การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย แยกตามเวร (shift) ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรก

เวร (shift) ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรก	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในเวลาทำการ	19,290	48	0.25
นอกเวลาทำการ	58,152	295	0.51
- เวรเช้า	13,193	59	0.45
- เวรบ่าย	33,736	163	0.48
- เวรดึก	11,223	73	0.65

จากประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด 343 ราย เป็นเพศหญิง 170 ราย เพศชาย 173 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี โดยพบว่าอายุของผู้ป่วยที่น้อยที่สุดคืออายุ 8 เดือน และมากที่สุดคืออายุ 91 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) จำนวน 292 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.13 ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non-trauma) จำนวน 328 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.63 และส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก เป็นจำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.56 ดังแสดงในตารางที่ 3

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรง (Triage) ระดับ Urgency ร้อยละ 44.90 และระดับ Emergency ร้อยละ 41.11 จากการคัดกรองในการมาตรวจรักษาครั้งแรก และมีระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินในการมาตรวจรักษาครั้งแรก เฉลี่ย 113.26 นาที โดยพบว่าระยะเวลาน้อยที่สุดคือ 8 นาที และมากที่สุดคือ 592 นาที (9 ชั่วโมง 52 นาที) โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.07 จะใช้เวลาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง รองลงมาร้อยละ 35.86 ใช้เวลาในห้องฉุกเฉิน 1-2 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

ลักษณะที่ศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	170	49.56
	ชาย	173	50.44
อายุเฉลี่ย		43.04 ปี	
เด็ก (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี)		51	14.87
ผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี)		292	85.13
ประเภทของผู้ป่วย	อุบัติเหตุ (Trauma)	15	4.37
	ไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non-trauma)	328	95.63
การกลับมาตรวจซ้ำ	ภายใน 24 ชั่วโมง	218	63.56
	ภายใน 48 ชั่วโมง	125	36.44
ระดับความรุนแรง (Triage)	Resuscitation	2	0.58
	Emergency	141	41.11
	Urgency	154	44.90
	Non-urgency	46	13.41
ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน		0-60	25.07
ในการมาตรวจรักษาครั้งแรก	61-120	123	35.86
	(นาที) >120	134	39.07

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคตามระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) จำนวน 117 คน คิด

เป็นร้อยละ 34.11 รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) และระบบประสาท (Nervous system) คิดเป็นร้อยละ 17.78 และ 11.95 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กลุ่มโรคตามระบบของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

กลุ่มโรคตามระบบ (system)	จำนวน	ร้อยละ
Gastrointestinal	117	34.11
Respiratory	61	17.78
Nervous	41	11.95
Infectious	31	9.04
Urinary	23	6.71
Reproductive	22	6.41
Musculoskeletal	17	4.96
Skin	12	3.50
Cardiovascular	8	2.33
Eye Ear Nose Throat	5	1.46
Endocrine	4	1.17
Hematology	1	0.29
Psychiatry	1	0.29

สาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ส่วนใหญ่คือ มีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป (Disease progression) จำนวน 306 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.21 และรองลงมาเป็นการวินิจฉัยผิดพลาด (Missed diagnosis) และการให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม (Inadequate treatment) คิดเป็นร้อยละ 7.87 และ 2.04 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

หลังจากการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) จำนวน 215 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.68 ผู้ป่วยกลับบ้านได้ (Discharge) จำนวน 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.27 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน (Dead at ER) คิดเป็นร้อยละ 0.88 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 สาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
Disease progression	306	89.21
Missed diagnosis	27	7.87
Inadequate treatment	7	2.04
Patient education	3	0.88

ตารางที่ 6 Disposition หลังจากการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

Disposition	จำนวน	ร้อยละ
Admit	215	62.68
Discharge	121	35.27
OPD	3	0.88
Dead at ER	3	0.88
Against advice	1	0.29

วิจารณ์

การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วย เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์⁽³⁾ และบ่งถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 รวมเป็นระยะเวลา 18 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย จำนวน 343 ราย จากผู้ป่วยจำนวนรวมทั้งสิ้น 77,442 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.45 ซึ่งผ่านมาตรฐานตัวชี้วัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ ประเภท Patient safety ตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงควรน้อยกว่าร้อยละ 10⁽⁴⁾ และใกล้เคียงกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ร้อยละ 0.6)⁽³⁾ และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำต่อเดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.21 ถึง 0.73 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ร้อยละ 0.3-0.8)⁽³⁾

ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกในเวลาราชการมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ร้อยละ 0.25 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกนอกเวลาราชการ กลับมาตรวจรักษาซ้ำร้อยละ 0.51 ซึ่งมากกว่าถึง 2 เท่า อาจเนื่องมาจากในช่วงนอกเวลาราชการมีอัตรากำลังของบุคลากรและจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่น้อยกว่าช่วงในเวลาราชการ โดยผู้ป่วยที่มารับการตรวจครั้งแรกในเวรตึก มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุด คือร้อยละ 0.65 เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ที่ผู้ป่วยเวรตึกมีการกลับมาตรวจซ้ำมากที่สุด⁽⁷⁾ ซึ่งที่โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในเวลาที่ทำการศึกษานั้น เป็นช่วงที่ยังมีอัตราการกำเริบเฉพาะทางเวช ศาสตร์ฉุกเฉินน้อย ส่งผลต่อการจัดเวรนอกเวลา ราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวรตึก แพทย์ที่ขึ้น ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะชั้นปีที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรี นครินทร์ ที่พบว่าปัจจัยด้านการแพทย์เป็นอีก ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีแพทย์หลากหลาย หมุนเวียนมาทำงานที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ แพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ น้อยเพราะเพิ่งจบการศึกษา มีโอกาสเกิดความ ผิดพลาดในด้านการรักษา การตรวจร่างกาย และ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุด⁽³⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะต้องได้รับ การแนะนำด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ เพิ่มพูน ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากแพทย์ผู้มี ประสบการณ์มากกว่า มีการจัดทำแนวทางการ ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแนวทางสำหรับ แพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน และโรงพยาบาล ควรสนับสนุนการเพิ่มอัตราการกำเริบเฉพาะทาง เวชศาสตร์ฉุกเฉินในแต่ละเวร ให้เพียงพอกับ ภาระหน้าที่และปริมาณผู้ป่วย

ในการศึกษานี้พบว่าสาเหตุของการ กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ร้อยละ 88.21 เกิด จากการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลง (Disease progression) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดเป็น ปัจจัยด้านตัวโรคร้อยละ 74.04 ในโรงพยาบาล ลำพูน⁽⁸⁾ ร้อยละ 72.6 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽³⁾ และร้อยละ 60.6 ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์⁽⁶⁾ ซึ่ง การดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดจากอาการ แสดงของโรคที่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยมัก

กลับมาตรวจซ้ำเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น หรือกลับมา ตรวจซ้ำตามคำแนะนำที่ได้รับหลังจากการมาตรวจ ครั้งแรก การดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไปเป็น สาเหตุที่เกิดขึ้นได้บ่อยและสามารถยอมรับได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยจากตัวโรค ส่วนสาเหตุจากการ วินิจฉัยผิดพลาด (Missed diagnosis) และการ ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม (Inadequate treatment) เป็นสาเหตุที่มีสัดส่วนน้อยกว่า แต่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา ซึ่ง แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลของหน่วยงาน โดยตรง

จากการเก็บข้อมูลพบว่า การวินิจฉัย ผิดพลาดส่วนใหญ่พบในกลุ่มโรคระบบทางเดิน อาหารและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งสาเหตุอาจ เนื่องมาจากโรคในกลุ่มนี้ มักมาด้วยอาการปวด ท้องที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในการซักประวัติและ ตรวจร่างกาย นอกจากนี้ยังพบในกลุ่มโรคติดเชื้อ เนื่องมาจากโรคติดเชื้อมักมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ ในช่วงแรก ต้องอาศัยการซักประวัติตรวจร่างกาย ที่เจาะจง และการเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เหมาะสม ร่วมกับการมีความรู้และประสบการณ์ ในการวินิจฉัยแยกโรคที่พบได้บ่อยในพื้นที่ ส่วน สาเหตุจากการได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม พบใน กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด เนื่องจาก โรคในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ตรงไปตรงมา แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถวินิจฉัยและให้การ รักษาได้ด้วยตนเอง แต่อาจสั่งการรักษาหรือสั่งยา กลับบ้านไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน หรือความเร่งรีบ ใน การ ปฏิบัติงาน เนื่องจากปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ ได้รับการคัดกรอง (Triage) ในการมาตรวจรักษา

ครั้งแรกในระดับ Urgency และ Emergency เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับการตรวจรักษาและพิจารณาว่าสามารถกลับบ้านได้ และยังมีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยในระดับ Resuscitation พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.58) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคัดแยกว่ามีระดับความรุนแรงมากที่สุด มักได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การมาตรวจรักษาครั้งแรก

และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคตามระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาทมากที่สุดตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ที่กลุ่มโรคที่พบบ่อยคือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ⁽⁶⁾ และการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารมากที่สุด^(7,9)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและโปรแกรม Electronic medical record (EMR) ของโรงพยาบาลทำให้มีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และการที่ผู้ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอาจไม่สามารถเข้าใจถึงเหตุผลการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ผู้ทำการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายได้ นอกจากนี้การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเท่านั้น จึงทำให้ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่ไปตรวจรักษาซ้ำที่แผนกอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

สรุป

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จึงต้องมุ่งแก้ไขปัจจัยสำคัญอันได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ ควรเพิ่มความตระหนักรู้ มีการทบทวนเหตุการณ์ และให้คำแนะนำแก่บุคลากรเมื่อมีการวินิจฉัยผิดพลาด การให้การดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการที่มีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำ บ่อยและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับแพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้ป่วย ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและการดำเนินโรค ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นจะต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่ไม่จำเป็นและก่อให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด และปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่จะต้องมีการพัฒนา เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอกับภาระงาน เพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงในแต่ละเวรทั้งในและนอกเวลาราชการตามแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน การพัฒนาปัจจัยสำคัญเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เป็นการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มคุณภาพของห้องฉุกเฉินได้

เอกสารอ้างอิง

- 1 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 20]. Available from: http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=402
- 2 กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดแผนกฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2563 [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF25630422115010587.pdf>
- 3 แพรว โคตรธิน, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, ลัดดาวัลย์ ภักดีราช. การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. KKU J Med 2017;3:29-36.
- 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ (Program/disease specific certification) สำหรับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ฉบับนำร่อง พ.ศ.2563 [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF256304221150285009.pdf>
- 5 กรมการแพทย์. Guideline for ER service delivery (คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน). [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf>
- 6 Imsuwan I. Characteristics of unscheduled emergency department return visit patients within 48 hours in Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai 2011;94:73-80.
- 7 Sri-On J, Nithimathachoke A, Tirrell GP, Surawongwattana S, Liu SW. Revisits within 48 Hours to a Thai Emergency Department. Emerg Med Int 2016;2016:1-5.
- 8 วัฒนา น้าพล. การศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน (The Study of Revisited Patients within 24 Hours at the Emergency Room and were Admitted in Lamphun Hospital). วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2558;5(2):24-9
- 9 Tangkulpanich P, Yuksen C, Kongchok W, Jenpanitpong C. Clinical Predictors of Emergency Department Revisits within 48 Hours of Discharge; a Case Control Study. Arch Acad Emerg Med 2020;9(1):e1.

- 10 Alshahrani M, Katbi F, Bahamdan Y, Alsaihati A, Alsubaie A, Althawadi D, et al. Frequency, Causes, and Outcomes of Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours: A Retrospective Observational Study. *J Multidiscip Healthc* 2020;13:2003-10.
- 11 Wu CL, Wang FT, Chiang YC. Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *J Emerg Med* 2010;38(4):512-7.
- 12 Loi SL, Hj Fauzi MH, Md Noh AY. Unscheduled early revisit to emergency department. *Hong Kong J Emerg Med* 2018;25(5):264-71.
- 13 Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, Gillet JB, Bergs J. Short-term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. *J Emerg Med* 2014;47(2):131-9.
- 14 Abualenain J, Frohna WJ, Smith M. The prevalence of quality issues and adverse outcomes among 72-hour return admissions in the emergency department. *J Emerg Med* 2013;45(2):281-8.
- 15 Tsai IT, Sun CK, Chang CS, Lee KH, Liang CY, Hsu CW. Characteristics and outcomes of patients with emergency department revisits within 72 hours and subsequent admission to the intensive care unit. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi* 2016;28(4):151-6.
- 16 Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Austral Emerg Care* 2019;22(1):47-68.
- 17 Pellerin G, Gao K, Kaminsky L. Predicting 72-hour emergency department revisits. *The Am J Emerg Med* 2018;36(3):420-4.
- 18 Hu KW, Lu YH, Lin HJ, Guo HR, Foo NP. Unscheduled return visits with and without admission post emergency department discharge. *J Emerg Med* 2012;43(6):1110-8.