



Pitfall Management in Emergency Room

รูปนวงค์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, แพรว โคตรรุจิน

โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความสามารถในการพัฒนาสิ่งต่างๆ รวมถึงการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นการบริการที่มีความละเอียดซับซ้อนอย่างหนึ่ง ซึ่งขาดมนุษย์บุคลากรผู้ให้บริการไปไม่ได้ แต่ท่านคงเคยได้ยินคำกล่าวที่ว่า “To err is human, to forgive divine.” ความผิดพลาดคือมนุษย์ จึงอาจกล่าวโดยสรุปว่าการบริการที่มีคนทำงานย่อมมีความผิดพลาด แต่ความผิดพลาดที่เกิดจากการตกหลุมพราง ซึ่งยากที่จะรู้ได้ เรียกว่า pitfall นั่นเอง

ความหมายของคำว่า pitfall¹

เป็นคำที่มีมาตั้งแต่ ศตวรรษที่ 14 มีสองความหมาย แบบแรก หมายถึง กับดัก คือ หลุมที่ปกคลุมวัสดุที่บอบบางหรือตกแต่งเพื่ออำพราง และใช้เพื่อจับและกักขังสัตว์หรือมนุษย์

แบบที่สอง หมายถึง ความอันตรายหรือความลำบากที่ซ่อนเร้นหรือไม่สามารถตระหนักรู้ได้ง่าย ซึ่งในบทความนี้จะหมายถึงแบบที่สอง

ความหมายของคำว่า emergency room²

เป็นคำที่มีมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1964 หมายถึง ห้องหรือบริเวณของโรงพยาบาลที่จัดไว้สำหรับรักษาผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ทันที

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในที่ทำงาน³

เกิดจาก 3 ส่วนหลัก คือ

1. **ปัจเจกบุคคล** เช่น ศักยภาพ ทักษะ บุคลิกภาพ ทัศนคติ การรับรู้ถึงความเสี่ยง

2. **งาน** เช่น ชนิดของงาน ปริมาณงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การปฏิบัติงาน และการกำกับควบคุมงานขั้นตอนการปฏิบัติงาน

3. **การจัดการองค์กร** เช่น วัฒนธรรม ความเป็นผู้นำ ทรัพยากร ลักษณะการทำงาน การสื่อสาร

สาเหตุของความผิดพลาดของมนุษย์⁴

ในการทำงาน 8 ข้อ

1. ความหลงลืม คือ ไม่มีสมาธิในขณะทำ
2. ความผิดพลาดจากความเข้าใจผิด คือ ด่วนสรุปเนื่องจากคุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น
3. ความผิดพลาดในการระบุ เนื่องจากมองภาพกว้างและหรือรวดเร็วเกินไป
4. ความผิดพลาดจากการหมุนเวียนการปฏิบัติงานเนื่องจากขาดประสบการณ์ ไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น
5. ความผิดพลาดเนื่องจากใช้ทางลัด ข้ามการปฏิบัติตามกฎบางข้อ เนื่องจากคิดว่าไม่สำคัญ
6. ความผิดพลาดจากการขาดความใส่ใจ บางครั้งเกิดจากความเพิกเฉย หรือไม่ตระหนักรู้
7. ความผิดพลาดจากการขาดมาตรฐานหรือมีไม่มากพอจากการขาดมาตรฐานการปฏิบัติงาน
8. ความผิดพลาดที่นำไปประหลาดใจ เกิดจากเครื่องมือ/ระบบทำงานผิดพลาด โดยไม่มีสัญญาณเตือน

การให้บริการแบบใดที่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด

“DRIVE” mnemonics

1. D -Difficulty ความยากของปัญหาของผู้รับบริการ
2. R -Rush ความเร่งรีบในการให้บริการ
3. I -Information ข้อมูลของผู้รับบริการจำกัด
4. V -Volume ผู้รับบริการมีจำนวนมาก
5. E -Emotion ความอ่อนล้า ความเครียด และอารมณ์เชิงลบของผู้ปฏิบัติงาน



ห้องฉุกเฉิน (emergency room) จึงนับเป็นจุดสำคัญที่ต้องใส่ใจในการบริการมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงทุกหัวข้อ จึงเป็นเหตุให้เกิดบทความ pitfall management in emergency room นี้ขึ้น

หลุมพรางที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน (common pitfall in emergency room)

1. อาการปวดท้อง* ซึ่งตรงกับข้อมูลกลับมาตรวจซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายใน 72 ชั่วโมง (72 h unscheduled revisit) ของห้องตรวจผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2. อาการปวดศีรษะ

หลุมพรางจากผู้ป่วยปวดท้อง*

อาการปวดท้องเป็นอาการนำหลักในห้องฉุกเฉินพบบ่อยประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยจะยากที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ และผู้สูงอายุ เพราะมีการวินิจฉัยแยกโรคที่กว้าง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ การวินิจฉัยที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ที่มาที่ห้องฉุกเฉินคือร้อยละ 25 มีอาการปวดท้องได้ 12 ปีที่ไม่จำเพาะร้อยละ 12 มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 9.3 เป็นโรคของกระเพาะอาหารและลำไส้ที่ต้องได้รับการผ่าตัดนอนรักษาในโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 18

หลุมพรางทั่วไปของผู้ป่วยปวดท้อง

1. พยาธิสภาพนอกช่องท้องสามารถแสดงอาการภายในช่องท้องได้

2. ผู้สูงอายุอาจให้ประวัติได้น้อยกว่า แม้จะเป็นโรคที่รุนแรง

3. ภาวะเลือดไปเลี้ยงที่ mesentery ไม่เพียงพอ ยากที่จะวินิจฉัยได้ในระยะแรก

4. ผู้ป่วยติดสุรา ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ต้องระวังเป็นพิเศษ

5. classic presentations อาจเปลี่ยนแปลงไปตามอายุเพศ และภาวะที่พบรวม

6. ถ้าการรักษาไม่ได้ผล การวินิจฉัยนั้นอาจจะผิด

7. ยาแก้ปวดอาจลดความเจ็บป่วยลงทุกชนิดโดยไม่คำนึงว่าปวดจากตำแหน่งหรือโรคใด

8. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชป่วยได้เหมือนที่คนอื่นๆ เป็น

หลุมพรางของผู้ป่วยปวดท้องจากโรคไส้ติ่งอักเสบ

ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินมาด้วยอาการปวดท้องเป็นไส้ติ่งอักเสบ ยังมีการวินิจฉัยผิดพลาดแม้จะมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่มีความจำเพาะและไวมากขึ้นแล้วก็ตาม อาการแสดงที่พบบ่อย (atypical presentation) เป็นส่วนที่ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดมากที่สุด โดยลำดับของอาการและอาการแสดงของโรคไส้ติ่งอักเสบคือ "PATFL"

1. Pain ปวดท้องใต้ลิ้นปี่หรือรอบสะดือ

2. Anorexia เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

3. Tenderness กดเจ็บบริเวณท้องส่วนล่าง หรือท้องน้อย

4. Fever ไข้

5. Leukocytosis เม็ดเลือดขาวสูง

หลุมพรางของผู้ป่วยปวดท้องน้อยในผู้หญิง

ร้อยละ 66-75 ของผู้ป่วยปวดท้องที่มากที่ห้องฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาแต่ละปีเป็นผู้หญิง และส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เคยพบสาเหตุที่จำเพาะมาก่อน ร้อยละ 80 ดีขึ้นและไม่ปวด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 2 สัปดาห์

หลุมพรางของผู้หญิงที่มาด้วยอาการปวดท้องน้อย

1. การซักประวัติไม่ละเอียด หรือไม่ลงบันทึกในเวชระเบียน เช่น ประวัติรอบเดือน การมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติทางนรีเวช และประวัติการผ่าตัดอื่นๆ

2. การตรวจร่างกายไม่ละเอียดหรือเร่งรีบ

2.1. การตรวจทวารหนัก มีการศึกษาหนึ่งการจ่ายค่าเสียหายการทำทวารปฏิบัติ (claim malpractice) ของแพทย์ฉุกเฉิน คือการไม่ตรวจทวารหนัก (ทั้งที่ไม่ตรวจ หรือไม่บันทึกลงในเวชระเบียน) ประโยชน์จากการตรวจนี้คือ การส่งอุจจาระเพื่อหา occult blood

2.2. การตรวจภายใน (PV examination) แม้ยังไม่มีเกณฑ์ใดช่วย ทำนายได้ว่าผู้ป่วยรายใดจะได้ประโยชน์จากการตรวจภายใน ดังนั้นควรทำในผู้ป่วยเกือบทุกราย

2.3. การตรวจร่างกายซ้ำ (serial physical examination) คือเครื่องมือที่ดีที่สุดของแพทย์ฉุกเฉินในการเพิ่มความแม่นยำของการวินิจฉัย เนื่องจากการตรวจในครั้งแรกอาจมาในช่วงต้น การดำเนินโรคยังไม่ชัดเจน ซึ่งควรใช้ห้องฉุกเฉินหรือใช้ในการนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์คือการตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เนื่องจากประวัติและการตรวจร่างกายอาจไม่น่าเชื่อถือมากพอ ถ้า serum or urine pregnancy test เป็นผลลบ ความเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะท้องนอกมดลูกหรือพยาธิสภาพอื่นๆ จากการตั้งครรภ์เกิดได้น้อยมาก

3.1. หญิงที่ตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เป็นผลบวก ประวัติที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยความเสี่ยงของการฝังตัวของตัวอ่อนนอกมดลูกทั่วไปประมาณ 1:200 ครั้งการตั้งครรภ์ แต่จะเพิ่มเป็น 20-100 เท่าถ้ามีความเสี่ยงต่อไปนี้

1. ประวัติการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Inflammatory Disease; PID)
2. การท้องที่ปีกมดลูก (tubal pregnancy)
3. มีประวัติผ่าตัดปีกมดลูกมาก่อน (tubal surgery)
4. การใช้ห่วงคุมกำเนิดอยู่ (intrauterine device)

อาการแสดงที่พบเป็นประจำ 3 ข้อ (classic triad) ของภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก

1. ปวด (มักมีเสมอ)
2. ไม่มีประจำเดือน รอบเดือนขาด และ
3. เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ (ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีเสมอไป)

ผู้ป่วยที่มีผลยืนยันการตั้งครรภ์เป็นผลบวก โดยที่ไม่เห็นการตั้งครรภ์ในมดลูกต้องส่งตัวไปพบสูติแพทย์และนรีเวชวิทยา เพื่อสังเกตอาการหรือทำการผ่าตัด

3.2. หญิงที่ตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เป็นผลลบ ผู้หญิงที่ไม่มีการตั้งครรภ์ พยาธิสภาพจะแบ่งออกเป็นอยู่ในอุ้งเชิงกราน หรือนอกอุ้งเชิงกราน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการแยกโรค

โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ (PID) และฝีที่ปีกมดลูกและรังไข่ (Tubo-ovarian abscess; TOA) เป็นภาวะที่ต้องพิจารณาในผู้หญิงทุกคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาด้วยปวดท้องในอุ้งเชิงกราน ตรวจพบการกดเจ็บบริเวณมดลูกหรือส่วนปีกหรือเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก

โรคของรังไข่ เช่น การบิดขั้ว หรือการแตกของถุงน้ำรังไข่ โรครังไข่บิดขั้ว (Torsion of ovarian cyst) โดยมารังไข่บิดขั้วต้องใหญ่มากกว่า 6 ซม. โดยมากเป็นในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อัตราส่วนข้างขวาต่อข้างซ้าย 3:2 ปวดรุนแรง

ลักษณะปวดแบบเสียบแทง ข้างใดข้างหนึ่ง อย่างเฉียบพลัน อาการปวดเป็นพักๆ พบร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน เป็นหลังจากเคลื่อนไหว ตรวจร่างกายพบปวดมากบริเวณท้องน้อย อาจคลำพบก้อนบริเวณปีกข้างที่บิดขั้ว การตรวจด้วย pelvic ultrasound มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่อาการคงที่ ส่วนโรคถุงน้ำรังไข่แตก (ruptured ovarian cyst) อาจเกิดจากปวดท้องเฉียบพลันคล้ายโรคถุงน้ำรังไข่บิดขั้ว หรือ ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก ถ้าถุงน้ำรังไข่แตก และมีเลือดออกมาก จะทำให้ปวดทั่วท้อง เยื่อบุช่องท้องอักเสบ และความดันโลหิตต่ำลง การตรวจด้วย pelvic ultrasound ช่วยในผู้ป่วยที่อาการคงที่

โรคไส้ติ่งอักเสบในหญิงไม่ตั้งครรภ์ สับสนกับโรคของปีกมดลูกและรังไข่ได้ง่าย จึงมีข้อบ่งชี้ในการใช้ ultrasound ในผู้ป่วยกลุ่มที่ปวดท้องน้อยข้างขวาเพื่อแยกภาวะเหล่านี้ออกจากกัน

หลุมพรางของภาวะไส้ติ่งอักเสบในหญิงตั้งครรภ์

ไส้ติ่งอักเสบในหญิงตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุนอกมดลูกที่ทำให้ต้องผ่าตัดช่องท้องขณะตั้งครรภ์มากที่สุด พบประมาณ 1:1600 การตั้งครรภ์ มากที่สุดในไตรมาสที่สองร้อยละ 45 ไตรมาสแรกร้อยละ 30 และไตรมาสที่สามร้อยละ 25 พยาธิวิทยาก่อโรค อาการและอาการแสดงเหมือนกับประชากรโดยทั่วไป

1. คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การตรวจพบ leukocytosis พบได้ในการตั้งครรภ์ปกติและโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่อาจใช้ค่า neutrophil ที่มากกว่าร้อยละ 80 ช่วยในการแยกการปวดท้องจากไส้ติ่งจากภาวะปกติของหญิงตั้งครรภ์

2. สิ่งที่ใช้สอนเป็นประจำในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นไส้ติ่งเมื่อมดลูกโตขึ้น จะดันไส้ติ่งขึ้นไปด้านบน ตำแหน่งของการปวดแบบ visceral ในช่วงต้นไม่ได้เปลี่ยนไป แต่ตำแหน่งของการปวดแบบ somatic ในช่วงต่อมาจะเปลี่ยนไป บางครั้งอาจปวดที่ช่องท้องด้านบนขวา (right upper quadrant) หรือ ปวดที่เอว (flank pain) แต่จากการศึกษาของ Mourad และคณะ กลับพบว่ายังคงปวดที่ท้องน้อยด้านขวาในตำแหน่งที่พบตามปกติโดยไม่เกี่ยวกับอายุครรภ์

หลุมพรางของอาการปวดท้องในผู้ป่วยสูงอายุ

พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มาที่ห้องฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด เกือบ 1 ใน 3 ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และมากถึง 1 ใน 3 ต้องได้รับการผ่าตัด



ผู้ป่วยสูงอายุพบว่าเป็นโรคที่รุนแรงมากกว่า การวินิจฉัยอาการปวดท้องในผู้ป่วยสูงอายุที่พบบ่อยคือ ร้อยละ 23 โรคทางเดินน้ำดีร้อยละ 12 โรคติ่งยื่นออกจากลำไส้ (diverticular disease) ร้อยละ 11 โรคลำไส้อุดตัน และน้อยกว่าร้อยละ 15 วินิจฉัยว่าเป็นอาการปวดท้องธรรมดา การวินิจฉัยผิดพลาดและอัตราตายสูงขึ้นอย่างมากเมื่อผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี ที่มาด้วยอาการปวดท้องมีอัตราตายสูงกว่า 70 เท่า ซึ่งประกอบด้วยภาวะ mesenteric ischemia เส้นเลือดโป่งพองในช่องท้องรั่ว หรือแตกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หลุมพรางจากประวัติในผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการปวดท้อง

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากโรครุนแรง ผู้สูงอายุมาด้วยอาการที่ไม่ชัดเจนหรือ มีสับสน
2. มักไม่มาด้วยอาการหรืออาการแสดงที่พบเป็นประจำ
3. มาพบแพทย์ช้า เนื่องจากกลัวเรื่องค่าใช้จ่าย หรือกลัวการนอนโรงพยาบาล
4. ประวัติที่ได้มักจะป่วยหลายระบบ และไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง
5. ประวัติคลาดเคลื่อนจากการสูญเสียการได้ยิน ระดับสติเปลี่ยน โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช หรือการใช้สารเสพติด หรือติดสุรา

หลุมพรางจากการตรวจร่างกายในผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการปวดท้อง

1. ผู้ป่วยสูงอายุมีสรีรวิทยาที่ไม่สามารถแสดงต่อการตอบสนองของโรค
2. การมีไข้หรือไม่มีไข้ไม่สามารถแยกโรคที่ต้องผ่าตัดออกจากโรคที่ไม่ต้องผ่าตัด มีรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ หรือไส้ติ่งอักเสบแต่ไม่มีไข้ และบางคนอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการติดเชื้อในช่องท้องก็ได้
3. ยาที่ใช้บ่อยอาจเปลี่ยนการตอบสนองความเครียดต่อความเจ็บปวดและการอักเสบ
 - a. ยา beta blocker ทำให้ tachycardia น้อยลง แม้จะมีภาวะโลหิตจาง ไข้ หรือ ภาวะ sepsis รวมด้วย ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผิดว่าป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง
 - b. ยา steroids ทั้งสามารถบดบังอาการและเป็นสาเหตุของโรคได้ กลไกคือการลดการตอบสนองต่อการติดเชื้อหรืออวัยวะทะลุ ทำให้อาการระคายเคืองเยื่อช่องท้องลดลง

และยังทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เพิ่มการทะลุของอวัยวะภายในช่องท้อง สุดท้ายยังลดการเคลื่อนตัวของเม็ดเลือดขาวมายังจุดที่ติดเชื้อ ทำให้ผลตรวจไม่พบภาวะ leukocytosis

c. การตรวจร่างกายอาจไม่ช่วยในการระบุว่าผู้ป่วยสูงอายุคนใดจะมีผลลัพธ์ที่ไม่ดี เว้นแต่การตรวจพบภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะเดียวกันการตรวจช่องท้องอย่างระมัดระวังแล้ว ยังต้องตรวจปอด หัวใจ ระบบทางเดินปัสสาวะอย่างระมัดระวัง นอกจากนี้อาจพบเงื่อนไขจากการตรวจผิวหนัง ศีรษะและคอ และ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

d. ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถระบุจุดที่เกิดเจ็บ การคลำและการฟังอาจช่วยได้น้อยในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนหนึ่ง แม้จะมีโรคในช่องท้องที่หนัก แต่เสียง bowel sound ยังปกติหรือมากได้

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการปวดท้อง

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยปวดท้อง คือ CBC electrolyte panel
 2. ABG ช่วยระบุภาวะ metabolic acidosis
 3. Liver enzyme อาจช่วยในผู้ที่ปวดท้องได้ฉับพลันหรือท้องส่วนบนขวา
 4. serum lipase ช่วยตัดประเด็นภาวะตับอ่อนอักเสบ
 5. Urinalysis ต้องส่งเกือบทุกราย
 6. ECG และ cardiac enzyme เพื่อแยกโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
 7. การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง เพื่อแยกภาวะลมรั่วในช่องท้อง และลำไส้อุดตัน
 8. CT scan ช่วยในการระบุและหาตำแหน่งของพยาธิสภาพ แต่การถ่ายภาพรังสีต้องไม่ทำให้การให้ยาปฏิชีวนะ หรือการปรึกษาศัลยแพทย์ล่าช้า
- โดยสรุป สิ่งที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดีในผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยปวดท้องคือ ความดันโลหิตต่ำ ภาพเอกซเรย์ช่องท้องผิดปกติ และภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง

หลุมพรางของผู้ป่วยปวดศีรษะ

จากการสืบค้นพบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการนำหลักที่มาที่ห้องฉุกเฉิน เป็น 1 ใน 5 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 2 ของผู้ป่วยทั้งหมด

**หลุมพรางจากการชักประวัติและตรวจร่างกายในผู้ป่วยปวดหัว**

1. การเชื่อมโยงการตอบสนองต่อการรักษากับการวินิจฉัย คือเข้าใจผิดว่าถ้าให้ยาแก้ปวดแล้วดีขึ้นแสดงว่าเป็นภาวะปวดหัวธรรมดา

2. การมองข้ามปวดศีรษะจากพยาธิสภาพใหม่ ในผู้ป่วยที่ปวดศีรษะแบบธรรมดา เช่น ไมเกรน อยู่ก่อน นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหัวไมเกรนมีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบตีบมากกว่าคนที่ไม่เป็น

3. เข้าใจว่าอาการปวดศีรษะเป็นผลจากความดันโลหิตสูง แต่ที่จริงแล้วพบว่าการเพิ่มขึ้นของความโลหิตไม่สัมพันธ์กับอาการปวดหัว ในทางกลับกันอาการปวดศีรษะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ลักษณะประวัติภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนรอยด์ มีการสอนนักศึกษาแพทย์ว่าประวัติของ non-traumatic SAH เชื่อมกับวลีที่ว่า “ปวดศีรษะมากที่สุดในชีวิต” แต่ผู้ป่วย SAH หรือปวดศีรษะจากพยาธิสภาพในสมองโดยส่วนมากไม่ได้เป็นเช่นนั้น คำแนะนำของสมาคมแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกาว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใด (thunderclap headache) เมื่อได้ทำการถ่ายภาพรังสีสมองฉุกเฉินแล้วยังไม่ได้คำวินิจฉัย ต้องตรวจวิเคราะห์น้ำไขสันหลังด้วยทุกครั้ง

5. ลักษณะของประวัติและตรวจร่างกายที่วิกฤตอื่นๆ แพทย์ฉุกเฉินพิจารณาถึงสาเหตุทั้งหมดของอาการปวดศีรษะที่อาจคุกคามชีวิต หรือทำให้พิการ และการรักษาที่สำคัญอาจมีข้อบ่งชี้ ตามตารางที่ 1 แต่ละการวินิจฉัยสัมพันธ์กับลักษณะที่สำคัญในการชักประวัติและตรวจร่างกาย และถ้าได้ลักษณะของประวัติและตรวจร่างกายที่สำคัญนั้น การตรวจวินิจฉัยที่สำคัญจึงจะมีข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับวินิจฉัยว่าปวดศีรษะธรรมดา ไม่จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยลักษณะสำคัญที่ไม่พบควรบันทึกลงในเวชระเบียน

หลุมพรางจากการตรวจวินิจฉัยอาการปวดศีรษะ

1. เชื่อผลภาพถ่ายรังสีในการ rule out SAH
2. ข้อจำกัดต่างๆ ของ CT
3. การแปลผลน้ำโพรงสมองและไขสันหลังผิดพลาด
4. ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจเจาะน้ำในโพรงสมองและไขสันหลัง
5. หลุมพรางของผลทางห้องปฏิบัติการ

หลุมพรางของการรักษาอาการปวดศีรษะ

1. ทางเลือกของยาแก้ปวดมีไม่มาก
2. การให้ยาปฏิชีวนะ empirical และสเตียรอยด์ล่าช้า ในกรณีสงสัยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

หลุมพรางของการจำหน่ายและนัดติดตามอาการปวดศีรษะ

1. ไม่มีแผนการจำหน่ายที่ดี
- ผลลัพธ์ของการเกิด pitfall เช่น การร้องเรียน การฟ้องร้อง เป็นต้น ทุกสถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสืบหาสาเหตุและป้องกันการเกิดซ้ำ

ตัวอย่างการฟ้องร้องทบทวนปฏิบัติ มีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เพิกเฉย ละเลยต่อการเปิดเผยข้อมูล (ให้ข้อมูล informed consent ไม่ครบถ้วน)
2. เพิกเฉย ละเลย ขาดมาตรฐานในการดูแลรักษา เช่น การวินิจฉัยผิดพลาด การวินิจฉัยล่าช้า และการส่งต่อไม่ดี จากความล้มเหลวในการติดตามผลการตรวจ (ผลเลือด ผลภาพถ่ายรังสี) หรือจากความล้มเหลวในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ไม่ให้การดูแลที่ครอบคลุมเพียงพอในช่วงวันหยุดของแพทย์

พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

1. การทำคลอด และการคลอด
2. ปฏิกริยาของยา
3. การรักษาความเจ็บปวด
4. การล่อลวงละเมิดทางเพศ
5. การกำกับดูแลไม่เพียงพอสำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับกลาง

สาเหตุของความผิดพลาดทางปัญญา

1. การทอดสมอ (anchoring) คือ การตัดสินใจบนข้อมูลเพียงด้านเดียว
2. ความพึงพอใจของการสืบหา คือการวินิจฉัยแยกโรคจะหยุดลงเมื่อพบการวินิจฉัยหนึ่ง หรือแยกภาวะหนึ่งออกไปได้
3. การใช้ commonsense ที่มีอยู่ คือมีความเป็นไปได้สูงที่จะวินิจฉัย โดยนี้ยกย่องถึงกรณีเหตุการณ์ก่อนที่คล้ายคลึงกัน



4. การถ่ายเทน้ำหนักของการวินิจฉัย (diagnostic momentum) คือ ใช้คำวินิจฉัยของแพทย์คนก่อนต่อ

5. สิ่งแวดล้อม เช่น หอฉุกเฉิน เช่น ความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยสูง การตัดสินใจด้วยความเร็วและผู้ป่วยมีจำนวนมาก การขัดจังหวะบ่อยครั้ง

วิธีการป้องกัน

1. ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

1. หมั่นทบทวนความรู้ให้ทันสมัย
2. รู้การปฏิบัติและ protocols ของท้องถิ่นนั้น
3. ส่งต่อหรือปรึกษาอย่างเหมาะสม

2. รักษาสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. ฟังอย่างตั้งใจ เช่น หลีกเลี่ยงการขัดจังหวะทำให้พลาดข้อมูลที่สำคัญ มุ่งไปที่ประวัติปัจจุบันของผู้ป่วยและไม่ขัดจังหวะอย่างน้อยในช่วงนาทีแรก เพิ่มความน่าเชื่อถือผ่านการสื่อสารที่สอดคล้อง ระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติ การฟังเรื่องราวของผู้ป่วยทำให้ได้รายละเอียดแล้วเขาจึงจะยอมรับฟังข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์จะพูดแนะนำ เป็นต้น

3. การบันทึกเวชระเบียน ช่วยป้องกันความเสี่ยงได้ (ร้อยละ 80 ดูตามหัวข้อต่อไป)

1. คือการบันทึกที่แม่นยำ สมบูรณ์ คงที่ จับต้องได้ วัดได้ อ่านง่าย สำหรับการทบทวนวลีที่อยู่ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ อย่าแทรกข้อความอิเล็กทรอนิกส์โดยปิดบังภายหลัง ไม่เปลี่ยนหรือแก้ไขเวชระเบียนฉบับก่อน หลีกเลี่ยงความล่าช้าในการบันทึกบรรทัดสุดท้ายของบันทึกคือการวางแผนการรักษาประกอบด้วย การประเมินและการทบทวนแผนการรักษา

ที่ทำกับผู้ป่วยและ การตอบคำถามหรือข้อสงสัยของผู้ป่วย

2. อย่าใส่ข้อมูลที่ไม่สำคัญลงในเวชระเบียน เช่น อย่ากล่าวโทษหรือตัดสินความผิดลงในเวชระเบียน อย่าสันนิษฐานหรือคาดเดาสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน เช่น perinatal asphyxia ทำให้เกิด cerebral palsy อย่ายอมรับความผิดพลาดหรือการกล่าวโทษผู้อื่นในเวชระเบียน หลีกเลี่ยงคำหรือวลีที่ไม่เป็นกลาง เช่น ความผิดพลาด อย่าระบุถึงการปรึกษานักกฎหมายในเวชระเบียน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. merriam-webster.com. [cited 2013 august 30]. Available from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/pitfall>
2. merriam-webster.com. [cited 2013 august 30]. Available from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/emergency%20room>
3. Steve Mason, Jon Berman, Greg Gibson et al. Improving maintenance a guide to reducing human error first edition [monograph on the internet]. UK; 2000 [cited 2013 august 30]. Available from: <http://www.hsebooks.co.uk>
4. kiddeaerospace.com. [cited 2013 august 30]. Available from http://www.kiddeaerospace.com/Files/.../ltoU_HumanErrors.pdf
5. R.A. Kamin et al. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin N Am 2003;21: 61–72.
6. Stuart P. Swadron. Pitfalls in the Management of Headache. Emerg Med Clin N Am 2010;28: 127–47.