

日期

100年6月21日

內容摘要：

- (填寫說明：1. 如有附件請註明，如簡報檔、全文檔等
- 2. 需有問題與討論：請註明姓名並包含醫學倫理及 EBM 之應用
- 3. 需有總結，請註明做結論者【主持人】姓名
- 4. 請自行編排頁碼)

主題：Case conference

日期：2011/6/21

主持人：PGY 沈宜倫 / VS 吳柏銜

記錄：吳柏銜

<Topic> Hypotension, 92 male.

<Q & A>

CR 劉劭穎 Q: 如何判斷 LVH from EKG?

R₁ 游姿亭 A: S in $V_1 + R$ in V_5 or $V_6 \geq 35$ mm.

CR 劉劭穎 Q: ~~brain stem~~ 在氣 CO_2 's change 又醒來的 ~~the~~ Ddx?

R₁ 游力志 A: brain stem TIA, anhydria, seraner?

CR 劉劭穎 Q: seizure 和 syncope 有何不同?

PGY 李維 A: seizure = tongue biting, incontinence, post-ictal status, upper-limb.

CR 劉劭穎 Q: syncope 要問的病史?

R₂ 朱建銘 A: 發作時在做什么? chest pain, palpitation, headache, tarry stool.

CR 劉劭穎 Q: syncope 的定義?

R₂ 林逸峰 A: spontaneous recover, loss of muscle tone, CO_2 's.

CR 劉劭穎 Q: presyncope 和 true syncope 有何差別?

R₁ 劉倪瓚 A: 預後及 CO_2 's, mortality 沒有差別.

CR 劉劭穎 Q: syncope 分類?

PGY 李仁佐 A: "Reflex (vasovagal situation, C-S-S)" vs orthostatic vs cardiac

內容摘要 (續):

CR 劉勁穎 Q: San Francisco syncope rule?

R1 游資寧 A: CHF. Hct < 30%. abnol ECG. SOB. SBP < 90 mmHg

CR 劉勁穎 Q: Syncope 初步評估?

R1 游資寧 A: History. ECG. 頸動脈血塊. Hct...

< EBM & Ethics >

1. syncope: 最常見的原因是 Reflex, 但 cardogenic 隨著年齡增加而少.
2. San Francisco rule: sensitivity 98%.
3. Concomitant compression related syncope.

< Key point >

1. 區別 syncope 與 seizure, dizziness.
2. syncope 的 risk 判定 - San Francisco rule.
3. CXR 的判讀.

< Conclusion >

US 吳柏廷: elderly patient, newly syncope → possible of malignancy
要知道 syncope 如何危險分類.

主任王宗倫: 當醫辨認危險的主訴.

dizziness 可能潛藏著致命的 syncope.

R2 林逢時