

日期

101年9月24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)

✓ Topic: Case 7 hr return Meeting.

✓ Place: B2 同心圓會議室.

✓ 報告者: R3 許力云.

✓ 指導者: Vs. 許謙文.

✓ 記錄者: R1 陳穎玲.

< Discussion >

1. Q CR林逸婷 = Lactate 大約多少 mg/dL 視為 severe sepsis?

A R1 陳穎玲 => 36 mg/dL (> 4 mmol)

2. Q Vs 許謙文 = Left lower abdomen pain ≠ different diagnosis?

A R1 林若怡 = ① Divericulitis, renal colic & APN ≠ referred pain,
女性 = PID, TOA, torsion, Inguinal hernia.

3. Q CR林逸婷: 如何區分 central vs. peripheral vertigo?

A R3 周光輝 = ① NE sign = ataxia, nystagmus, finger-to-nose test = Impair,
有 diplopia. => central vertigo.

② peripheral vertigo => nystagmus, titubus /
hearing loss, nystagmus >
position related.

4. Q 莊王宗倫 = 上腹痛的 DD?

A R2 羅志威 = PUD, AMI, Lower lobar pneumonia, early
appendicitis, Acute cholecystitis, AAA.

內容摘要 (續):

< EBM ~~comment~~ >

1. Vs 評論文 = Biliary colic 持續超過多久形成 Acute cholecystitis?
R3 評論文 = 一般為 6 小時。
2. R3 評論文 = Early laparoscopic cholecystectomy (≤ 24 hr diagnosis of biliary colic) decreases the morbidity, conversion rate to open cholecystectomy.

< 論理 >

在^{2個}Case中都是上腹痛&腹脹來; 最後演變成 Acute cholecystitis, 可見對病人之^{2個}障行教之重要 (醫師須確實作好障行教 → 用病人聽得懂的話; 除了病人, 也和家屬一併討論告知, 請家人一同觀察)。

< Vs comment >

Vs 評論文^① = 常見二次回診的原因疾病因素佔大多數, 常見都是^{病程}早期, 故障行教成了最重要的機制, 如果病人依障行教再二次回診, 代表有確實障行教。

② Fever 無特別 symptoms 時 PE 記得全身再看 1 次 skin, 高之 knobby pain