

日期	_102_年_10_月_14_日
<p>內容摘要：</p> <p>(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)</p> <p>主題：Journal meeting</p> <p>主持人&amp;主講者：吳柏衡醫師/鄭凱文醫師</p> <p>紀錄：羅志威</p> <p>{Q&amp;A}</p> <p>Q1 VS 吳柏衡:從第一篇研究可看出急診常容易二次回診的族群為那些</p> <p>A1 R1 鄭凱文:慢性腎功能不全，年紀大、心臟衰竭</p> <p>Q2 VS 吳柏衡:那些族群的回診率較低呢？</p> <p>A2 R1 施膺泰:外傷相關診斷的族群毀診率較低</p> <p>Q3 VS 吳柏衡：來診相關主述那些要特別注意</p> <p>A3 R2 陳穎玲:比如像 fever，尤其病人有相關免疫功能疾患者，就算實驗室  檢查數據還好，仍有較高的 mortality rate</p> <p>Q4 VS 吳柏衡：有 mental illness 的病人為何較容易回診</p> <p>A4 R1 吳冠蓉:無法清楚描述自己的不舒服(如 dementia 病人)，可能造成  診斷方向錯誤</p> <p>Q5 VS 吳柏衡：從這個圖表可看到甚麼趨勢</p> <p>A5 R2 林吉倡:隨著年齡增加，其回診機率也隨著提高</p> <p>Q6 VS 吳柏衡：從 source of payment 看回診率，兩者有關連性？</p> <p>A6 R1 鄭凱文:有醫療保險者的回診率比較高</p> <p>Q7 VS 吳柏衡：有關 SAH 的臨床 characteristics 哪些是被認為高風險</p> <p>A7 R2 陳穎玲:被頭痛痛醒、嘔吐、脖子僵硬與頭痛，突然間大痛，  loss consciousness</p>	

內容摘要 (續):

Q8 VS 吳柏衡: 生命徵象上有哪一點跟 SAH risk 有關

A8 R1 吳冠蓉: SBP >160mmHg or DBP >100mmHg

Q9 VS 吳柏衡: 那些罕見疾病可能增加 SAH risk

A9 R1 施膺泰: Ehlers-Danlos syndrome, ADPKD, Marfan's syndrome

Q10 VS 吳柏衡: Ottawa SAH rule

A10 R2 林吉倡: >40yr, neck pain/stiffness, witness loss of consciousness, onset during exertion, thunderclap headache, limited neck flexion

{Key point}:

1. high risk group 的族群要做的 survey 會比較多並沒有關係
2. no neurologic deficit SAH 的臨床 risk factor
3. Ottawa SAH rule

{VS comment}:

VS 吳柏衡:

1. old age/mental illness 是 high risk group
2. 制定 rule 是為了降低 risk 並且建立機制減少 ER 壅塞
3. 如果頭痛型態跟病人平常不同便需要進一步 survey

紀錄: R3 羅志威