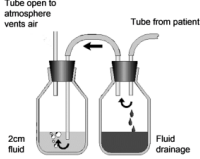




Common pitfall in ER 2021 (update ๖๔ 64)

อาการ/โรค	Common pitfall	suggestion
Major trauma	ไม่ได้ protect C spine	พิจารณาตาม Nexus criteria (ต้องผ่านทุกข้อ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องprotect C spine) No posterior midline tenderness No evidence of intoxication Normal level of consciousness No focal neuro deficit No painful distraction injuries
	Miss dx hemo-pneumothorax เนื่องจาก CXR ทำนอน + artifact จาก spinal board hemothorax จะฉาบอยู่ด้านหลัง มองจาก CXR ได้ยาก ไม่เห็น fluid level เหมือน ทำ CXR upright	มองหา deep sulcus sign จาก CXR ควรทำ Extended FAST เพิ่มเติม
	Improper ICD (เลื่อนหลุด, เข้าท้อง, ต่อขวดผิด)	CXR หลังใส่ ICD รุสุดท้ายของ ICD ควรอยู่ในช่องอก ยึดสาย ICD ให้แน่น ควรมีรูปการต่อขวด ICD เพื่อป้องกันการต่อสายผิด 
	Improper control bleeding	ควรหาตำแหน่งเลือดออก 5 ที่ พร้อมการรักษาเบื้องต้น External : Look + Exposure Rx suture , compress, tourniquet chest : PE + E-FAST + CXR Rx: ICD, Surgery abdomen : PE + FAST Rx Surgery Pelvis : PE + Film Pelvis AP Rx Pelvic wrap(ใช้ผ้า ไม่ใช่ Elastic bandage), surgery Long bone : PE +exposure Rx splint, surgery
Major trauma	ไม่ได้ให้ transamine	Trauma + bleeding+shock (HR \geq 120 or sBP \leq 90) ควรพิจารณาให้ transamine 1 gm iv ใน 3 ชม.แรก
	ส่ง Xray มากหรือน้อยเกินไป	กรณี Refer ควรพิจารณา film CXR และ pelvis เท่านั้นในผู้ป่วย primary survey ไม่ผ่าน

	<p>1.X-ray ผู้ป่วยที่ primary survey ไม่ผ่าน อาการหนัก เสียเวลา Xray มากเกินไป</p> <p>ตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วย multiple trauma เสียเวลา film extremities -ผู้ป่วย severe head injury เสียเวลา film skull <p>2.ไม่ได้ X-ray pelvis AP</p>	<p>กรณี ต้องการส่ง CT abdomen ควรดู CXR ก่อนว่ามี sign of thoracic aortic injury หรือไม่ เนื่องจากการส่ง CT จะใช้ contrast ได้ครั้งเดียว ถ้าจะส่งเพิ่มภายหลัง ต้องรอ 24 ชม.</p>
	ไม่ได้ใส่ foley cath	พิจารณาใส่ foley cath ในผู้ป่วย blunt abdominal injury เพื่อดูสี urine ป้องกัน miss dx bladder injury
intubation	ตำแหน่ง tube ไม่เหมาะสม (ใส่ไม่เข้า, ลึก-ตื้นไป, เลื่อนหลอดระหว่าง refer)	ควรเช็คตำแหน่ง tube ก่อนออกจาก ER ตำแหน่ง ET tube ควรอยู่เหนือ carina ประมาณ 3-5 cm
	ไม่ได้ใส่ filter	New normal ผู้ป่วย intubation ทุกรายให้ใส่ filter
Acute coronary syndrome	Miss diagnosis MI จากไม่ได้ทำ EKG	<p>ผู้ป่วยเหนื่อยควรทำ EKG</p> <p>ตัวอย่างเคส refer ที่ miss dx MI</p> <ul style="list-style-type: none"> ESRD volume overload COPD with respiratory failure acute heart failure Pneumonia with respiratory failure Seizure with alteration of conscious (ขณะ EKG VT ผู้ป่วยเกร็ง ทำให้แพทย์วินิจฉัยเป็น seizure) Hypotension unknown caused
	Miss Diagnosis MI จากอ่าน EKG ผิด	<p>Common miss dx EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> Inferior wall MI (miss STE ขนาดเล็ก) Posterior wall MI (อย่าลืม ทำ V7-9 ในกรณีพบ STD in V2-4+upward T wave + prominent R wave) De winter LBBB (ใช้ Sgarbossa ในการวินิจฉัย MI)
Chest pain	<p>ผู้ป่วยเจ็บอก นอกจาก ACS ควรหา critical Diagnosis ของ chest pain อย่างอื่นด้วย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiac tamponade Aortic dissection Pulmonary embolism Tension pneumothorax Esophageal rupture 	<p>ใช้การทำ EKG + CXR + Ultrasound ช่วยในการวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiac tamponade :EKG electrical alternan, US pericardial effusion Aortic dissection : CXR widening mediastinum US dilated aortic root , flap in abdominal aorta, free fluid (ascites pleural eff in ruptured AAA) Pulmonary embolism : EKG S1Q3T3 RAD RBBB CXR oligemia US LV D-shape Tension pneumothorax : การตรวจร่างกาย Esophageal rupture CXR pneumomediastinum

syncope	miss diagnosis causes of syncope เช่น UGIH Pulmonary embolism	<p>ใช้ Rose rule ในการ work up หาสาเหตุ syncope</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>The ROSE rule</p> <p>Admit if <u>any</u> of the following are present:</p> <p>B B NP level \geq 300pg/ml B bradycardia \leq50 in Emergency Department or pre-hospital</p> <p>R Rectal examination showing fecal occult blood (if suspicion of gastrointestinal bleed)</p> <p>A A nemia - Hemoglobin \leq90 g/l</p> <p>C C hest pain associated with syncope</p> <p>E E CG showing Q wave (not in lead III)</p> <p>S S aturation \leq94% on room air</p> </div>
toxicology	การรักษาเบื้องต้นไม่ถูกต้อง เช่น lavage ในผู้ป่วยที่ไม่ควร lavage	<p>ควรปรึกษาศูนย์พิษวิทยาเพื่อการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ และบันทึกแผนการรักษาในใบ refer</p> <p>ศูนย์พิษรามา 1367</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>HOTLINE 1367 ตลอด 24 ชั่วโมง</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Line ID : poisrequest</p>  <p>Ramathibodi Poison Center</p> </div> </div> <p>ศูนย์พิษศิริราช 02-419-7007</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0ffe0;"> <p>หน่วยข้อมูลยาและพิษวิทยา โทร 02-419-7007 ให้บริการตอบคำถามด้านข้อมูลยาและพิษวิทยา ตลอด 24 ชั่วโมง</p> </div>
abdominal pain	miss dx appendicitis (เกิดบ่อยในผู้ป่วยมาด้วย diarrhea)	ผู้ป่วย diarrhea ควรตรวจหา RLQ tenderness กรณิ D/C ควร advice observe RLQ pain
	miss dx ectopic pregnancy ไม่ส่งตรวจ UPT เนื่องจากซักประวัติ ประจำเดือนได้ปกติ	ผู้ป่วยหญิง วัยเจริญพันธุ์ที่มาด้วยปวดท้องส่วนล่าง ควรส่งตรวจ UPT ทุกราย (แม้ว่าประจำเดือนจะมาปกติ) ใช้ US ดู free fluid และ Uterus
	miss dx cholecystitis	ใช้ US ในการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วย RUQ pain (sonographic murphy sign, gall stone, GB wall thickening, pericholecystic fluid)
	miss dx ruptured hepatoma	ผู้ป่วยที่ปวดท้อง ซีด มี hypotension อาจมีประวัติ cirrhosis หรือ HCC เดิม ควรใช้ US ประเมินดู Liver mass ,free fluid in abdomen อาจพิจารณาเจาะ ascites ดูว่าเป็นเลือดหรือไม่