

急診病歷記錄的陷阱

新光急診 張志華

100.06.13

學習目標

- 寫病歷之目的
- 急診病歷書寫規範
- 危險的病歷記錄

寫病歷之目的

- A. 病歷書寫是為清楚、完整地記載病程、病情，以便醫師間、護理人員間、和其他醫療相關人員間，互相的**溝通**（交班、會診、其他！）
- B. 病歷內容之優劣是醫療品質表現(**評鑑**！)。
- C. 病歷是醫療給付的依據(**健保**審查！)
- D. 病歷是醫療糾紛的記錄文件(**法律**文件)
- E. 調查及**研究**之資料

急診病歷書寫規範

- Chief Complaint
- Present Illness
- Past Hx / Personal Hx / Family Hx
- PE
- Laboratory Data / Image
- Impression
- Plan

病人主訴

- 主要症狀 + 時間
 - E.g. "Painful swelling over left knee joint for 4 hours"
 - 避免用 "since March 21, 2008"
 - 儘量引用病人的話或較接近事實的字句
 - 避免使用醫學專有名詞

現在病史

- Present Illness為病歷的核心
- 應以chief complaint為中心，再包括相關症狀
- The 7 + why?
- 描述病患就診及治療的過程
- 描述病患轉診的原因和過程

現在病史：7 + why?

1. 時序(Chronology)：何時(When) 和如何(How)發生的？
2. 位置(Location)：何處(Where)？
3. 發生/背景(Onset / setting)：症狀發生時在做什麼(What)？
4. 數量(Quantity)：發生頻率和持續多久(How)？
5. 性質(Quality)：描述症狀的嚴重度(How)？
6. 改變因子(Modifying factor)：什麼(What) 讓症狀加重或緩解？
7. 合併症狀(Associated symptoms)：還有什麼(What)其他症狀？什麼(What) 證據和反證(positive and negative findings)
 - 為什麼(Why) 這位患者今天求診？

LQQ-OPERA

有關『疼痛病史』之記憶法：

- L** - Location
- Q** - Quality
- Q** - Quantity (severity)
- O** - Onset
- P** - Pattern (duration, frequency)
- E** - Exacerbating factors
- R** - Relieving factors
- A** - Associated symptoms

過去病史 (Past Hx)

- AMPLE (常用於外傷病患之問診)
 - **A**llergy - 病歷首頁應有該病人「藥物過敏」之記錄
 - **M**edication – coumadin、theophylline、digoxin、Plavix、aspirin、beta-blocker、OHA、中藥...
 - **P**ast history / pregnancy – DM、HTN、ca、住院、手術...
 - **L**ast meal (NPO時間)
 - **E**vent (mechanism of trauma)
- 養成翻閱舊病歷的習慣
- 發燒病患：旅遊史、職業史、接觸史(禽鳥、病患)

個人資料史 (Person Hx)

- 職業 - 若和此次住院有關則應寫到present illness中
- 教育程度
- 婚姻情況
- 經濟情況及保險
- 有無運動，抽煙，喝酒，檳榔，並包括其用量和期間
- 有無當兵，當兵的情況
- Birth & Development

心理社會史 (Social Hx)

- Illicit drugs
- Sexual history
- Eating habits
- Interpersonal interactions – home, workplace

家族史 (Family Hx)

- 最常見的錯誤寫法就是：not contributory
- 標準的pedigree (family tree)，向上及向下各要問到一至二代，有何疾病，必要時應該再以文字加以敘述
- 個別的疾病，包括：cancer, DM, heart diseases, hypertension, CVA, gout, liver diseases, hepatitis B and C, TB, kidney disease (PKD), etc.
- 有無家人最近住院？

理學檢查 (PE)

二個重要原則：

- 第一：不論病人的主訴為何，都必須從頭到腳詳細檢查，不可有部分省略或遺漏
- 第二：要從病史中選擇著眼點，該 organ system 的 PE 就要做得更仔細，

理學檢查 (PE)

- PE 的第一個部份，是最重要的vital signs
- 心臟、胸腔、腹部、四肢都要徹底記載清楚
- 最後，背部和皮膚也應該描述在其中
- 若有必要，神經學檢查也是必需的項目

實驗室檢驗 (Lab Data)

- Hematological examination
- Chemical analysis test of blood
- Urine analysis
- Stool analysis
- CSF study
- Culture study
- EKG, EEG, EMG/NCV

影像學檢查 (Image Studies)

- CXR, KUB, Plain abdomen
- CT, CTA
- MRI, MRA
- Echo
- Endoscope
- Bone scan, SPECT, PET... ..
- 結果要儘可能以圖文並茂的形式呈現

憶斷 (Impression)

- 以最可能和主訴相關之診斷寫在第一位
- 其他有關之診斷依其重要性列後面
- 診斷以 [3] 最佳，其次是 [2]，儘量避免 [1]：
 - [1] Symptomatic diagnosis
 - Abdominal pain, caused to be determined?
 - [2] Anatomical diagnosis
 - Duodenal ulcer
 - [3] Etiological diagnosis
 - NSAID induced gastric ulcers

憶斷 (Impression)

- 臆斷非最後診斷（final diagnosis），因此也可以大膽寫下臆測的邏輯臨床想法, e.g.
- Liver mass, favor liver abscess
R/O hepatocellular carcinoma

R/O (rule out) 的誤用

- R/O 的意思是“排除”，前提必須是有一個相對的診斷，然後再列出其他須“排除”之可能性疾病或診斷
- 錯誤寫法：
 - Fever, R/O pneumonia
- 正確寫法：
 1. RLQ pain, favor PID
R/O UTI
 3. Dyspnea, probable pulmonary embolism
R/O Asthma
 4. Right APN with sepsis
R/O acute appendicitis

處理計畫 (Plan)

- 問題導向的 (problem-oriented) 處理計畫
- 在臨床實務上又可分為
 - Diagnostic plan
 - Therapeutic plan
 - Patient education / instruction

Progress Note: SOAP (1)

11/17 10:20 am; Triage: III.

S:

1. Feel better today than yesterday, no vomiting and no melana/tarry stool. Flatus (+), no abd. pain.
2. Severe coughs while trying liquid diet.
3. Cough with thick yellowish sputums, fever and chills since last night.

O:

Cons: Clear, BP 118/60, PR 68, RR 16, BT 38.6 °C
HEENT: Pale conjunctivae, mild; sclera non-icteric.
BS: Clear, HS: RHB, no murmur.
Abd: Soft, flat, hyperactive, nontender.
Ext: Right hemiparesis (old CVA for 3 yr), warm, no edema.
Lab (11/15): Hb 11.2, WBC 6500, Plt 33K.
CXR: non-available.
PES (11/16): GU, A2, s/p heat-probe therapy.

Progress Note: SOAP (2)

A/P:

- A1. Dysphagia with easy-choking (‘.’ old CVA)
P: On NG.
Educate family for tube feeding.
- A2. UGI bleeding s/p PES → no more active bleeding
P: Keep Losec 1 amp iv q 12h (day 3).
Sucralfate 1 pk tid/ac via NG tube.
Observe NG content and stool pattern for rebleeding.
Check Hb level st. (‘.’ pale conjunctivae)
- A3. Fever and chills → R/O aspiration pneumonia.
P: Obtain CXR st.
Add Tinten 1# po st. via NG tube.
Educate family for chest percussion.
Consider Aq. PCN use if pneumonia (+) on CXR.

危險的病歷記錄

危險的病歷記錄

- ✗ 有做卻沒有記錄
 - 如：衛教、病情解釋、藥物用法、風險告知、會診、連絡家屬
- ✓ 沒記錄 = 沒做
 - 憑病歷不憑記憶
 - 口說無憑；傳聞證據 - 被告以外之人，於審判外之言詞或書面陳述，除法律有規定者外，不得作為證據

危險的病歷記錄

- ✗ 病歷記錄和診斷不符
 - E.g. musculoskeletal chest pain卻沒任何相關描述...
 - E.g. 記錄ill-looking, lethargic and floppy... 結果診斷URI，塞Voren後MBD...
- ✓ 切記：
 - 病歷記錄 = 診斷邏輯 + 醫療過程

危險的病歷記錄

- ✗ 忽略重要的negative findings
 - E.g. no neck stiffness, no photophobia, no LOC, no vomiting, no radiation pain, no dysmetria...
- ✓ 發生醫糾時，negative findings比positive findings來得重要

危險的病歷記錄

- ✗ 時間不夠精準
 - 3/21, 10 am
- ✓ 必須要精確到幾點幾分
 - 2010/03/21, 09:58

危險的病歷記錄

- ✗ 不確定就不要使用危險術語
 - Lethargic / floppy child
 - Conscious clear
 - Tremor
- ✓ 寧願用中文描述
 - 母親說小孩比較沒有力氣
 - 醒著但無法溝通
 - 畏寒發抖

危險的病歷記錄

- ✗ 未記載病患MBD時之狀況
 - 往往只有在醫囑上記載MBD
- ✓ MBD狀況要記錄，尤其是vitals
 - 記錄於2號紙上
 - MBD前always recheck vital signs

急診病患離院時之情況記錄

Vital Signs: ☐ 穩定

GCS: ☐ 正常(15) ☐ E M V

病人主訴病症/疼痛是否獲得改善?

☐ () 疼痛改善 ☐ 可下床活動, 步態穩定

☐ 可正常進食 ☐ 已正常排氣/排便

☐ 其他:

病人或家屬是否已領取藥物?

☐ 是, 並瞭解其使用方法及注意事項 ☐ 無藥物帶回

是否給予病人、家屬/友人相關衛教?

☐ 已將衛教單張給 ☐ 病人 ☐ 家屬或友人

是否安排門診追蹤, 並已告知診別、時間、地點?

☐ 是 ☐ 病患自行掛號 ☐ 其他: AAD / 不告而別

時間: _____ 醫師: _____

危險的病歷記錄

- ✗ 忽略檢傷記錄之主訴
 - 咳嗽、發燒、血便 病人並無此主訴
- ✓ 檢傷如有記錄錯誤, 請旁註說明
 - 不要塗抹或刪改檢傷記錄
 - 可旁註說明或請當事人更正之

危險的病歷記錄

- ✗ 不會去排除的診斷就別記錄
 - R/O Aortic dissection
 - R/O Pneumothorax
 - R/O Dengue fever
 - R/O HIV or AIDS
- ✓ 鑒別診斷要有根據
 - 寫了就要有所反應: 排檢查、會診...

危險的病歷記錄

- ✗ 未告知病人須回門診確認X光報告
 - Non-displaced fracture
 - Occult hemorrhage
- ✓ 加註“初步報告”字樣
 - Preliminary report
 - Not confirmed by radiologist

危險的病歷記錄

- ✗ 小心“幽靈X光報告”
 - 無跡可尋, 死無對證
- ✓ 預防措施
 - 當下將報告貼於病歷2號紙上
 - PACS記錄更改前之log電子檔

危險的病歷記錄

- ✗ 口頭解釋病情也要記錄
 - 使用特殊藥物(如抗凝血劑、顯影劑)
 - 退掛號
 - 病危告知
- ✓ 記錄於病歷
 - 解釋時間、內容、對象
 - 必要時，雙方簽名

危險的病歷記錄

- ✗ 使用中樞神經藥物未確實衛教
 - Sedatives / anxiolytics、narcotics、antihistamines...
- ✓ 記錄於病歷
 - 不得開車、騎車、操作重機械
 - 避免爬上爬下

危險的病歷記錄

- ✗ 連絡轉診也要記錄
 - 病人或家屬同意或要求(AAD)
 - 聯繫過程及對象
 - 病人轉診前、中、後的狀況
- ✓ 於病歷紙上記錄轉診原因，並填寫：
 - 轉診同意書 / AAD
 - 轉診摘要
 - 轉診救護記錄

危險的病歷記錄

- ✗ 字跡潦草、錯字多
 - 不被採信
 - 影響專業形象
- ✓ 字體工整；適時用中文
 - 字跡看不懂 = 沒寫 = 沒做

危險的病歷記錄

- ✗ 詞不達意
 - Activity: fair
 - Appetite: ok
- ✓ 適時用中文
 - 在ER和弟弟玩“123木頭人”
 - 正在吃漢堡、喝可樂

危險的病歷記錄

- ✗ CC / PI 記錄不夠客觀
 - Suicidal attempt
 - 家暴
- ✓ 善用雙引號
 - P't姐說：“(P't)跟男朋友吵架所以吞了30顆安眠藥...”
 - 病人自訴：“我被我先生打...”

危險的病歷記錄

- ✗ 小心記載沒把握的診斷
 - 根據家屬所言...
 - 未附檢驗報告的轉診摘要
 - 病史或理學檢查發現
- ✓ 加註『susp.』、『R/O』或『?』
 - LMD: R/O HCC
 - RLQ tenderness, susp. Acute appendicitis
 - Peptic ulcer dz (?)

危險的病歷記錄

- ✗ 會診記錄模糊
 - Consult GS Dr.
- ✓ 會診記錄必須非常清楚
 - 載明會診之原因、對象及時間
14:43 consult GS Dr.張XX for surgery ∴ R/O appendicitis
 - 若有異常亦要記錄
14:55 GS Dr. 張XX 上刀中，無法接受會診，建議協助病人轉院

危險的病歷記錄

- ✗ AAD記錄太過隨便
 - 沒記錄AAD原因、去向
- ✓ AAD記錄須包含：
 - 書面簽署之AAD單
 - 病人AAD原因
 - 病人去向
 - 醫師曾努力嘗試慰留(e.g. 通知家屬)

危險的病歷記錄

- ✗ 忽略護理記錄的重要性
 - 15:09病人vital signs如左，張XX醫師order觀察
 - 15:25 病人主訴吐2次，已告知張XX醫師
 - 16:30 張XX醫師檢查病人後order Keto 1 amp iv st.
- ✓ 習慣檢查並主導護理記錄
 - 開立醫囑時務必註明幾點幾分
 - 開立醫囑時順便註明原因：
e.g. Keto 1 amp iv drip st. (for epigastric pain)
e.g. NS 300 cc iv bolus st. (∴ dehydration)
e.g. Consult Neuro st. (∴ myoclonus)

危險的病歷記錄

- ✗ 未附照片
 - 家暴、兒虐、上吊、性侵
 - 外傷、兇器
- ✓ 一張照片勝過千個字

危險的病歷記錄

- ✗ 藥物過敏記錄很重要
 - 藥物種類
 - 過敏反應種類
 - 外院用藥也要記錄
- ✓ 藥物過敏記錄於：
 - 病歷首頁 (要加註時間！)
 - 電腦HIS系統 (要開醫囑！)
 - 急診病歷 (檢傷、過去史)
 - 醫囑第一行

危險的病歷記錄

- ✖ 未能即時完成病歷
 - 病人緊急轉送至OR / ICU
 - 病歷被轉送到檢驗單位
 - 忙碌而忘了
- ✓ 完成病歷之補救措施：
 - 留下貼紙，在病歷歸還前補齊，或到後送單位去補病歷 (ICU / POR / ward)
 - 請檢傷護士double check
 - 看完出院病歷再下班

Q & A

結論

- 醫師能順利從醫療糾紛中全身而退的唯一途徑是『完善的病歷記錄』
- 預防發生醫療糾紛的最佳方式：
 - 良好的溝通技巧
 - 良好的病歷書寫習慣

謝謝聆聽