

以病為師

病歷品質與教學(上)

講述者/王先震 教授



慈濟醫學中心邀請王先震教授講述病歷品質一題，期許在專家的經驗傳承下，能讓院內醫療品質更形提昇。

明朝畫壇巨擘文徵明活到八十九歲，是極有名的畫家，自蘇州進京十次都沒有考取進士，當時明朝官風非常不好，他在亂世沒有做官，只做了兩三年的宮廷畫師，就致仕回鄉因而才能保其性命終其天年。他收徒無數，包括唐伯虎、祝枝山與陳道復等都是文徵明的學生，當時唐伯虎與祝枝山會常在蘇州城同

遊、作畫、賦詩、飲酒其樂無比。有一段時間，他們雖同住在蘇州城裡，但鮮少有機會見面，因此唐伯虎寫了首詩給祝枝山說：「雖然不能跟足下見面，但是回想以前共讀、共遊的時光，時刻都在思念之中。」

我講這個故事的意思是，雖然我有很多同學、同事都在花蓮，我沒辦法常常

跟你見面，但是，我會常常思念你們在做些什麼。朋友相交可貴如何，人常說「誠」、「愛」，唐伯虎則說朋友相交貴在一個「淡」字，實在深得我心。我雖然沒有常常與你們相見，可是非常思念你們。

非常感謝慈濟醫院邀請我來講述「以病為師——談病歷品質與教學」，而在深入病例寫作與教學之前，讓我們先來談談一些基本觀念。

(一)、尋回家庭價值 建立利他觀念

首先我仍要重複的對大家強調醫療工作的責任與特質，我最近常思考，醫學院在教導醫學生所背負的責任太大了，社會上的觀點覺得學生沒教好就是醫學院的責任，其實，現在國家與社會真正需要的是去建立家庭教育的價值觀。黃崑巖教授剛剛講的教養不好的人，看不出來他可以成為一個好醫生，我認為根本上是家庭教育不完善所致，就像這個人英文不好，他寫不出好的病歷一樣。一個人利他主義的特質，在進入醫學院之前，就應該已經適度的被教導與培養，進入醫學院後，師長教他知識、技術、責任感，最後使他深入了解，利他主義的最後實現是利己的。

(二)、詳細臨床記錄 發表擲地有聲

學習技術、知識，是為了解決臨床的問題，威廉·奧斯勒醫師(*Dr. William Osler, 1849-1919*)說，臨床問題解決方

法，在於有條理的觀察。把觀察到的現象記錄下來，是學習過程非常重要的事，根據這些紀錄再分析解決問題方法。臨床醫師的做法，在早期反而不如基礎醫學或其他科學家，基礎科學家非常重視觀察與記錄，常須被檢視研究過程的資料(*raw data*)。根據研究過程的記錄，可整理出一些條理進而設定理論基礎與研究架構，所以詳細記錄是非常非常重要的。

(三)、跨領域整合病歷記錄的重要

目前醫療記錄普遍的缺失是不完整，沒有標準化。跨科部之間的會診記錄整合只有各自之會診記錄，專科醫師間沒有會談與交集將共同建議整合後寫在病歷上，造成整合上的困難，專科醫師彼此間對病歷的學習與回饋不足。

(四)、好的病歷品質 凝聚團隊力量

早期，以醫師為中心的醫療，現在已經變成以病人為中心導向的醫療，因此在1950年Weed提倡以病人導向之醫療照護系統(*patient-oriented medical care system*，簡稱POS)，內容重點第一個是病人為主，第二個就是用團隊的力量去解決問題(*problem-solving*)，第三個是審核(*audit*)，而達成監督、考核的方法就是教育，利用團隊力量解決問題的過程中，所依據的就是共同整理出好的記錄。好的記錄代表的是團隊之間的彼此合作的結果，才能夠解決病人的問題。

一份好的病歷，紀錄詳實，有助於醫生快速瞭解病人的狀況，更能對症下藥，醫生、患者雙方皆受惠。(圖為眼科醫師張芳綾)



因此現在發展出所謂的POMR(Patient oriented Medical Record，病人導向醫療記錄)，衍生為現在所謂的病歷。

(五)、好病歷是實證醫學的教材

一份好的病歷，就是一份好的實證醫學的教材，一個再有成就的人，經過一代兩代免不了被淡忘了，可是，留下好的醫學的記錄與論文，可是留下了好的教材。從問題導向學習(problem-base learning)，到實證醫學(evidence-base learning)，都是以病人為中心衍生出來醫學教育方法，但是如果可以把病人的問題整理成好的病歷，就是目前實證醫學教的東西。從病人的問題裡去找出證據，用這些具體發現來支持問題的假設、診斷與治療，病歷，是最好呈現實

證醫學的工具。

接下來我要說明的是「紀錄病歷」的一些要點與原則：即時性、正確性、完整性、整合與易讀性、一致性、合法性。

即時性：一份好的病歷可以作為學生學習的典範。好的病歷的記載原則，第一個要即時，病人一進入急診室就必須立即有文字紀錄，如果隔了二十四個小時，病人的病歷中只有急診檢驗資料，是不負責的行為，極易衍生醫療糾紛。因此你再忙，病人再不容易處理，你也要把病人的主述及病徵狀況(positive findings)，根據SOAP法則做個簡單的摘要記錄。即時性，我認為是病歷記錄必須非常重視的。

正確性：病人的問題在哪裡，要正確

地顯現，要根據實際證據去書寫他的病歷。

完整性：病歷記錄要非常完整，從最初的問題，一直到最後的結果，都要完整呈現，且書寫的順序要合乎邏輯。常常在醫師口試考試的時候，同學回答十個答案都對了，可是只得了七十分，原因就是因為他的回答沒有按照邏輯順序。醫生跟醫療同仁被訓練，就是做什麼事情都要依邏輯順序，我從這裡要到機場，要坐計程車，或者走路，每一方法都可以，但哪個方法最節省時間、哪個方法最有效率，這就是我們平常所訓

練的邏輯觀，因此每一件事情必須合乎邏輯。

整合與易讀性：不同專家的意見、檢驗的報告、檢查的數據都要整合起來，變成證據以後，可以來協助你做診斷。不能寫一份病歷大家不曉得它在說什麼，文法要正確，文句要流暢。

醫院的病歷要有一致性，不能各自用不同邏輯與不同的格式寫。

合法性：最後一點是合法性，每一個病歷的單頁或者是特殊圖表(*special chart*)，都必須經過病歷管理委員會的認可，經院方正式命令頒布週知。因此放



每當病人掛好號，醫院的病歷組同仁與志工就會盡快將病歷送到門診診間。雖然醫院已全面電腦化，仍需為病患保留完整書面病歷。



在病歷上的每一份文件都是合法的文件，每一份病歷都是經過病歷管理委員會核可通過，這個文件才是有價值的文件。

接著我要提醒大家詳實記載病歷的重要性。

首先，可藉以了解病況與病程的改變。其次，可藉以了解會診專科負責人的意見；最好能與專科醫師坐下來討論，這樣子得到的意見會比較完整；互相曉得雙方的診斷與治療方法與內容，提供病人最佳的治療計劃。其三，可藉以了解曾為病人服務的重要記錄與釐清醫療責任非常重要的依據。第四，詳實記載的病歷是醫療保險重要的參考，目前實施的保險制度與保險給付，病歷變成一個非常重要的給付依據。我們對於所做的事情不要誇大或不實申報，做了什麼治療我們就據實記錄。當然醫療的過程中有很多判斷是有空間的，但總是要合乎邏輯，合乎病人的需要才好。第五，病歷書寫更是律維持醫療紀非常重要的參考指標，如果醫院病歷書寫凌亂，沒有即時與一致性，

整理病歷既耗時又累人，病歷組同仁與志工是幕後大功臣。

special chart(特殊圖表)沒有合法性，我不認為這個醫院的管理是好的。

而越詳實的病歷記載，表現越親近的醫病關係。剛才已提及，好的病歷就是一個實證醫學好的教材，那麼越詳細地記載就表示醫病關係越親近，因為你花了時間去關切病人，去與病人詳談，你從病人那裡獲得了正確且可貴的資料，病人也深深的感受到你對他的細心與關心。

我觀察有些同學，進到病房的第一件事情是看病歷，先看*TPR chart*(生命徵象表格)，看完以後看病人的檢查報告及*intake output*(攝入與排出量)，看病人有沒有發燒、白血球數高不高，如果這些都正常，就認為這個病人沒有大礙。可是，感染格藍氏陰性菌敗血症疾病的患者，他的體溫是三十七度幾，不一定會超過三十八度，白血球數可以是正常的，雖*urine output*(尿量)減少，心跳也可以是正常的，可是你沒有去看他的傷口早已行成一個很大的*abscess*(膿瘍)。所以，不去看病人，只看病歷是不對的。

因此，如果我們跟病人越親近，我們可以從病人身上學習到更多。舉例說明，你可以學習到*gram-positive*(格蘭氏染色陽性)跟*gram-negative*(格蘭氏染色陰性)的臨床徵兆(*signs*)有什麼不一樣。你跟病人處得越久、越好，你會發現他有越多同時應該可以解決的問題，更能夠互相信賴。

現在我們醫護關係之間、醫生跟病人之間關係的相互信賴度越來越淡薄，如果我們可以藉由親近達成信賴，來共同克服疾病，這就是醫學倫理發揮的極致，其實也不要多教，也不要多寫什麼教條。我們可以從病歷上看得出來，醫生跟病人的關係到底怎麼樣，這個跟病歷記錄有很大的關係。我知道很多人刀開得非常的漂亮，有的人診斷是一流的，可是，他的病歷記載非常不好，所以，我覺得醫學倫理的發展裡面，病歷的記錄是非常非常重要的。《待續》

王先震 教授

曾任國防醫學院 醫學系主任 院長

曾任三軍總醫院 教學副院長 外科部主任 重建整形外科主任

曾任中華民國整形外科醫學會理事長 燒傷醫學會理事長

現任中華民國手外科醫學會理事長 萬芳醫院顧問醫師