Medical record

คู่มือ คำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์

Medical record

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์

ที่ปรึกษา

1. นพ.กิตติ กรรภิรมย์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
2. นพ.ณรงค์ กษิติประดิษฐ์ ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.นพ.วิทยา ศรีดามา
2. ผศ.นพ.วรรษา เปาอินทร์

ผู้ดำเนินการ ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ หัวหน้ากลุ่มข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานรหัสสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2555
จำนวนพิมพ์ 16,000 เล่ม

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

คำนำ

เวชระเบียน คือ แฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจและรักษาโรคในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญยืนยันการวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา และการให้คำแนะนำที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่วนประโยชน์ของเวชระเบียน คือ 1) ใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาผู้ป่วยครั้งต่อๆไป และการส่งรักษาต่อ 2) เพื่อสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วย 3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล 4) เพื่อเบิกค่าใช้จ่าย 5) เพื่อเป็นหลักฐานปกป้องสิทธิผู้ป่วย 6) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน 7) เป็นข้อมูลสำหรับงานวิจัย ค้นคว้าหาความรู้ทางด้านสุขภาพ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานเวชสถิติ และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสถิติ เภสัชกร เป็นต้น ตามแบบบันทึกเวชระเบียนดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุคลากรที่เป็นหัวใจสำคัญในการบันทึกเวชระเบียน คือ แพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยตามขั้นตอนและกระบวนการต่างๆจนได้ผลสรุปการวินิจฉัยโรคสาเหตุการป่วยและการตาย จัดทำสถิติการป่วยและการตายของประชากรไทย และนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อการจัดสรรงบประมาณตามระบบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) ตลอดจนใช้วางแผนบริหารจัดการด้านสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย ในกรณีที่มีการฟ้องร้องหรือเกิดคดีความขึ้น

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ **จึงได้จัดทำคู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์ โดยได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน คือ รศ.นพ.วิทยา ศรีดามา และ ผศ.นพ.วรรษา เปาอินทร์ เป็นผู้เรียบเรียง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกเวชระเบียน**ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีคุณภาพ และสามารถนำข้อมูลในเวชระเบียนไปใช้ประโยชน์ตามที่กล่าวไว้ข้างต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
สิงหาคม 2555

สารบัญ

หน้า

หลักการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ	1
เวชระเบียนที่มีความครบถ้วน	1
เวชระเบียนที่มีความถูกต้อง	2
เวชระเบียนที่มีรายละเอียดที่ดี	2
เวชระเบียนที่มีความทันสมัย	2
การเขียนคำวินิจฉัยโรค	2
การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน	6
การวินิจฉัยหลัก (Principal Diagnosis)	8
การวินิจฉัยร่วม (Co-morbidity)	8
โรคแทรก (Complication)	9
โรคอื่นๆ (Other Diagnosis)	10
การทำผ่าตัดและหัตถการต่างๆ	10
การบันทึกบัตรผู้ป่วยนอก	12
ก. ส่วนประกอบของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	12
ข. การประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	14
ค. การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน	17
ง. เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน	17
การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	19
การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด	20
องค์ประกอบของบันทึกการทำผ่าตัดและหัตถการ	22
แนวทางปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลส่วนที่สำคัญในบันทึกการผ่าตัด	23
REFERENCES	26

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ตัวอย่างการวินิจฉัยร่วม	9
ตารางที่ 2	ตัวอย่างโรคแทรกสองแบบ คือ โรคแทรกที่มีเหตุมาจากโรคหลักที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลัก	9

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	แบบฟอร์ม Discharge Summary	7
ภาพที่ 2	การสรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดในแบบฟอร์ม สรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา	11
ภาพที่ 3	แบบฟอร์มติดตามผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์	18

คำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ

หลักการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพ

เวชระเบียนเป็นเอกสารที่มีประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจ และรายละเอียดการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบันทึกเวชระเบียนคือแพทย์ โดยแพทย์จะบันทึกเวชระเบียนทุกครั้งที่ซักประวัติ ตรวจร่างกายและให้การรักษาผู้ป่วย โดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจะอ่านข้อมูลที่บันทึกอยู่ในเวชระเบียนเพื่อใช้ข้อมูลนั้นประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ผู้บันทึกเวชระเบียนเขียนข้อมูลไม่ครบ ใช้อักษรย่อลายมือหวัดเกินไป หรือบันทึกขาดตกบกพร่องตั้งแต่ต้น จะทำให้แพทย์คนอื่น พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่มาอ่านข้อมูล ไม่สามารถใช้ข้อมูลนั้นประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างดี การบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วย และส่งผลให้การทำสถิติการเจ็บป่วยสามารถระบุสาเหตุของโรคต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง [1] สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศได้

เวชระเบียนที่มีคุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

ความครบถ้วน หมายถึง มีข้อมูลที่สำคัญครบทุกด้าน ไม่ขาดตกบกพร่อง

ความถูกต้อง หมายถึง มีเนื้อหาที่ตรงตามความเป็นจริง ไม่ผิดเพี้ยน

ความมีรายละเอียดที่ดี หมายถึง มีการขยายความให้เห็นลักษณะย่อย ไม่กำกวม หรือคลุมเครือ

ความทันสมัย หมายถึง มีข้อมูลสดใหม่ พบรายละเอียดครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับบริการ

เวชระเบียนที่มีความครบถ้วน

เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกหัวข้อสำคัญครบทุกหัวข้อ ไม่เว้นว่างไม่โดยไม่เขียน เช่น การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge Summary) จะต้องบันทึกการวินิจฉัยหลัก โรคร่วม โรคแทรก โรคอื่นๆ และสาเหตุการบาดเจ็บ ให้ครบทุกหัวข้อ หรือ การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด ก็จะต้องบันทึก Position Incision Finding Prodedures ให้ครบทุกหัวข้อ เป็นต้น

เวชระเบียนที่มีความถูกต้อง

เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกเนื้อหาต่างๆอย่างถูกต้องแม่นยำ ไม่ผิดเพี้ยน เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยารักษา ต้องไม่ผิดไปจากความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม บางครั้ง แพทย์อาจบันทึกผิดในเบื้องต้น แต่เมื่อรู้ว่าผิดก็สามารถขีดฆ่าข้อความที่ผิดพลาดแล้วลงนามกำกับก่อนบันทึกเพิ่มเติมให้ถูกต้อง

เวชระเบียนที่มีรายละเอียดที่ดี

เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกรายละเอียดที่สำคัญได้อย่างชัดเจน ไม่มีคำกำกวมไม่มีคำย่อ ไม่มีสัญลักษณ์ที่บางคนอ่านไม่เข้าใจ แพทย์ควรระวังการเขียนคำย่อ เพราะหากคำย่อนั้นไม่เป็นที่เข้าใจของแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่มาอ่านจะทำให้เกิดความสับสน เข้าใจผิดได้ง่าย

เวชระเบียนที่มีความทันสมัย

เป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลสดใหม่ เช่น มีข้อมูลครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษา มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด เมื่ออ่านเวชระเบียนแล้ว สามารถเข้าใจรายละเอียดครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารักษาได้ครบทุกด้าน

การเขียนคำวินิจฉัยโรค

แพทย์ควรเขียนคำวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยยึดหลักคุณภาพดังนี้

ครบถ้วน เขียนคำวินิจฉัยโรค ครบทุกโรค

ถูกต้อง คำที่เขียนต้องเป็นคำวินิจฉัยโรคจริงๆ ไม่ใช่คำประเภทอื่น

ละเอียด มีรายละเอียด ตำแหน่งโรค ชนิดโรค ลักษณะโรค

ทันสมัย บันทึกโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่เขียนโรคเก่าที่เป็นในครั้งอดีต

การบันทึกคำวินิจฉัยโรคอย่าง**ครบถ้วน** ในกรณีผู้ป่วยนอก ควรบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารักษาในคราวนี้ก่อน ต่อด้วย โรคประจำตัวอื่นๆที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จนครบทุกโรค

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 70 ปี มาตรวจเพราะตามัว ตรวจพบต้อกระจกที่ตาขวา มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่สอง และความดันโลหิตสูง

การเขียนคำวินิจฉัยโรค
1. Senile Nuclear Cataract Right Eye
2. Diabetes Mellitus Type 2
3. Hypertension

การบันทึกคำวินิจฉัยโรคอย่างครบถ้วน ในกรณีผู้ป่วยใน ควรบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารักษาในคราวนี้เป็นการวินิจฉัยหลัก ต่อด้วย โรคร่วม โรคแทรก โรคอื่นๆ สาเหตุการบาดเจ็บ จนครบทุกโรค (ดูการบันทึกแบบฟอร์มสรุประเบียน)

การบันทึกคำ วินิจฉัยโรคอย่าง**ถูกต้อง** หมายถึง คำที่บันทึกในหัวข้อการวินิจฉัยโรค ต้องเป็นคำวินิจฉัยโรคจริงๆไม่ใช่คำประเภทอื่น โดยตัวอย่างคำประเภทอื่น **ที่ไม่ใช่** คำวินิจฉัยโรคได้แก่

Status Post Laminectomy	ไม่ใช่คำวินิจฉัยโรค เพราะเป็นคำบอกเล่าว่าผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
Rule Out Cancer Tonsils	ไม่ใช่คำวินิจฉัยโรค เพราะเป็นคำที่แสดงความไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจริงหรือไม่
Motorcycle Accident	ไม่ใช่คำวินิจฉัยโรค เพราะเป็นคำที่บอกว่ามีอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บแบบไหน ตำแหน่งใด
Senility	ไม่ใช่คำวินิจฉัยโรค เพราะเป็นคำที่บอกว่าผู้ป่วยอายุมาก ไม่หมายถึงการเป็นโรคใดๆ

การบันทึกคำวินิจฉัยโรคอย่าง**ละเอียด** หมายถึง คำที่บันทึกในหัวข้อการวินิจฉัยโรคแต่ละโรค ต้องมีคำที่บอกรายละเอียดของโรคทุกๆด้าน โดยรายละเอียดของโรคมีหลายด้านดังนี้

ชื่อโรค เป็นคำที่บอกว่า ผู้ป่วย เป็นโรค **อะไร**
ตำแหน่งโรค เป็นคำที่บอกว่า ผู้ป่วย เป็นโรค **ที่ไหน** (ระบบหรืออวัยวะใด)
ชนิดโรค เป็นคำที่บอกว่า ผู้ป่วย เป็นโรค **แบบไหน**

(คำที่บอกชนิดโรคยังอาจแยกได้เป็นอีกหลายแบบ เช่น คำที่บอกความรุนแรง คำที่บอกระยะเวลาที่เป็นโรค คำที่บอกระยะของโรค ฯลฯ อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรใช้คำบอกชนิดโรคอย่างน้อย 1 คำในการเขียนชื่อโรคแต่ละโรค)

ตัวอย่างคำวินิจฉัยโรคที่ขาดรายละเอียด และการเขียนใหม่ให้ดีขึ้น ได้แก่

Fracture Femur	ขาดรายละเอียด ควรเขียนใหม่เป็น
	Closed Fracture Shaft of Right Femur
Pneumonia	ขาดรายละเอียด ควรเขียนใหม่เป็น
	Lobar Pneumonia Right Upper Lung
Diabetes Mellitus	ขาดรายละเอียด ควรเขียนใหม่เป็น
	Diabetes Mellitus Type 2
Snake Bite	ขาดรายละเอียด ควรเขียนใหม่เป็น
	Green Pit Viper Snake Bite Left Ankle

การเขียนคำที่เป็นชื่อโรค ต้องใช้คำที่บอกโรคได้อย่างชัดเจน ไม่เป็นคำกำกวม ไม่เป็นคำที่บอกเพียงกลุ่มโรคกว้างๆซึ่งอาจทำให้นึกถึงชื่อโรคได้หลายสิบโรค ตัวอย่าง **คำกำกวม**ที่ควรหลีกเลี่ยง หรือควรเขียนคำอื่นแทนได้แก่

Head Injury เป็นคำกำกวม แพทย์ควรเขียนใหม่ตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นจริงๆ เช่น

Scalp Contusion Right Occipital Area
Laceration at Left Temporal Scalp
Close Linear Fracture Right Parietal Skull
Cerebral Concussion
Right Frontal Brain Contusion

URI เป็นคำกำกวม แพทย์ควรเขียนใหม่ตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นจริงๆ เช่น

Common Cold (Acute Rhino-pharyngitis)
Acute Pharyngitis
Acute Tonsillitis
Acute Rhino-pharyngo-tonsillitis

UTI เป็นคำกำกวม แพทย์ควรเขียนใหม่ตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นจริงๆ เช่น
Right Acute Pyelonephritis
Acute Cystitis
Acute Urethritis
Cysto-urethritis

หากแพทย์ตั้งต้นโดยการเขียนชื่อโรคเป็นคำกำกวมเสียแล้ว การเขียนคำขยายใดๆ จะไม่ทำให้ชื่อโรคชัดเจนขึ้น เช่น เขียนขยายความคำกำกวม Head Injury ให้เป็นคำว่า Mild Head Injury หรือ Moderate Head Injury ก็ไม่ทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ว่าจริงๆแล้วผู้ป่วยบาดเจ็บที่หนังศีรษะ หรือที่กะโหลก หรือในสมองกันแน่ แล้วโรคที่เป็นคือโรคอะไรก็ยังอ่านแล้วไม่เข้าใจอยู่ดี

การบันทึกคำวินิจฉัยโรคอย่างทันสมัย คือการบันทึกโรคผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนี้ ไม่เขียนคำวินิจฉัยโรคในอดีต เช่น ไม่เขียนคำว่า Old Cerebrovascular Accident ถ้าในขณะนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆที่สืบเนื่องจากอดีตแล้ว ไม่เขียนคำว่า Fracture Both Bone Left Forearm ในบัตรผู้ป่วยที่มาเปลี่ยนเฝือกที่แขนหลังแขนหัก 1 เดือน เพราะถึงแม้กระดูกยังไม่ติดดี แต่ก็ถือว่าในขณะนี้ไม่ได้เป็นโรคกระดูกหักเฉียบพลันอยู่ หากแพทย์ยังวินิจฉัยโรคไม่ได้ในการตรวจรักษาครั้งนี้ จะยังเขียนชื่อโรคไม่ได้ ให้พิจารณาเลือกคำลักษณะอื่นๆมาเขียนเป็น Impression โดยควรเลือกคำตามลำดับดังนี้

1. ถ้ายังวินิจฉัยโรคไม่ได้ในครั้งนี้ ให้เลือกคำที่บอกว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรคใด เช่น ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลชุมชน โดยมีแขนขาซ้ายอ่อนแรงเฉียบพลัน ตรวจพบลักษณะรอยโรคตามตำแหน่งที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน สามารถใช้คำว่า Cerebrovascular Accident บันทึกไว้เป็น Impression ได้
2. ถ้าวินิจฉัยโรคไม่ได้ และบอกไม่ได้ด้วยว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรคใด ให้บันทึกอาการสำคัญ หรือสิ่งตรวจพบสำคัญ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ให้การรักษาเบื้องต้นแล้วส่งต่อ สามารถใช้คำว่า Coma บันทึกไว้เป็น Impression ได้

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 52 ปี มีก้อนที่ทอนซิลข้างขวา แพทย์ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ นัดมาฟังผลครั้งหน้า ครั้งนี้ยังวินิจฉัยโรคไม่ได้ว่าจะเป็นมะเร็งต่อมทอนซิลหรือไม่

การเขียนคำวินิจฉัยโรค Impression : Mass Right Tonsil (แพทย์บางคนเขียนคำวินิจฉัยผู้ป่วยลักษณะนี้ว่า Rule Out Cancer of Tonsil ซึ่งทำให้ผู้อ่านไม่เข้าใจว่าที่จริงแล้วผู้ป่วยเป็นอะไรกันแน่ เพราะคำว่า Rule Out บอกแค่ ไม่แน่ใจว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ใช่ การเขียน Rule Out จึงไม่สื่อความหมายว่า ผู้ป่วยมีก้อนที่ทอนซิล)

การบันทึกแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดแบบฟอร์มสำหรับการสรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา (ภาพที่ 1) โดยเป็นเอกสารที่ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดในช่วงปีพ.ศ. 2543-2544 และยังใช้รูปแบบนี้จนถึงปัจจุบัน

การสรุปบันทึกผู้ป่วยใน แพทย์จะดำเนินการเมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยและสั่งจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยสรุปบันทึกผู้ป่วยในจะถูกส่งต่อให้เจ้าหน้าที่เวชสถิตินำไปลงรหัส ICD และจัดทำสถิติการเจ็บป่วยของโรงพยาบาล การสรุปบันทึกผู้ป่วยในอย่างครบถ้วนและถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อความครบถ้วนและถูกต้องของสถิติการป่วยและการตายของโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพสถิติการป่วยและการตายของประชากรไทยต่อไป

สถิติการป่วยและการตายของประชากรไทยเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขจะนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อวางแผนจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขของไทย หากแพทย์สรุปข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือผิดพลาด จะเกิดความผิดพลาดในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข เกิดผลเสียหายต่อส่วนรวม แพทย์จึงควรมีความรู้ในการสรุปบันทึกผู้ป่วยในเป็นอย่างดี

ภาพที่ 1 แบบฟอร์ม Discharge Summary

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND

ฉบับปรับปรุง เมษายน 2544

HOSPITAL

IN PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER	2. ID NO เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□	3. HOSPITAL NUMBER
4. PATIENT NAME	5. PATIENT ADDRESS	

6.PERSON TO BE NOTIFIED	7.ETHNIC GROUP	THAI	CHINESE	THAI ISLAM	THAI CHINESE	INDIAN	OTHER(SPECIFY)
NAME	PATIENT						
ADDRESS	MAID						

8. SEX 1.MALE 2.FEMALE	9. MARITAL STATUS	10.OCCUPATION

11.DATE OF BIRTH	12.AGE AT ADMISSION			13.GRAVIDITY	14. PARITY	15.LIVING CHILDREN	16.CONDITION OF CHILD AT BIRTH	17.BIRTHWEIGHT
		INFANTS ONLY					(CHECK ONE BOX OF EACH COLUMN)	
							□LIVEBORN □CLINICALLY MATURE	GRAMS
							□STILLBORN □CLINICALLY PREMATURE	
	YRS.	MO.	DAYS				*(COMPLETE FORMS OF STILLBIRTH ON BACK)	

18.WARD	19.DEPARTMENT				20. DATE OF	DAY	MONTH	YEAR	21. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (DAYS)
	01 MEDICINE 02 SURGERY 03 OBS.	04 GYN 05 PED 06 ENT	07 EYE 08 ORTHOPEDICS 09 PSYCHIATRY	10 RADIOLOGY 11 DENTAL 12 OTHER	ADMISSION				
					DISCHARGE				

22 DIAGNOSIS

(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS

(2) COMORBIDITY

(3) COMPLICATION(S)

(4) OTHER DIAGNOSIS

(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY

23 OPERATION

OPERATING ROOM PROCEDURES DATE TIME IN TIME OUT

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

24

NON OPERATING ROOM PROCEDURES

1 ( ) TRACHEOSTOMY

2 ( ) RESPIRATOR SUPPORT

3 ( ) .....

25. DISCHARGE STATUS	26. DISCHARGE TYPE
1. COMPLETE RECOVERY 6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER	1. WITH APPROVAL 5. OTHER
2. IMPROVED 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY	2. AGAINST ADVICE 5. DEAD, AUTOPSY
3. NOT IMPROVED 8. STILLBIRTH	3. ESCAPE 9. DEAD, NO AUTOPSY
4. NORMAL DELIVERY 9. DEAD	4. BY TRANSFER
5. UNDELIVER	ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ .....

IN CASE OF PERINATAL DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM

ATTENDING PHYSICIAN ..... SIGNATURE

APPROVED BY ..... SIGNATURE

แบบฟอร์มสรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา (In-patient Discharge Summary) ตามภาพที่ 1 จะมีการจำแนกประเภทของการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. การวินิจฉัยหลัก (Principal Diagnosis)
2. การวินิจฉัยร่วม (Co-morbidity)
3. โรคแทรก (Complication)
4. โรคอื่นๆ (Other Diagnosis)
5. สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (External Cause (s) of Injury)

การวินิจฉัยหลัก (Principal Diagnosis)

ช่องนี้ ให้บันทึกโรคหลัก โดยให้เขียน เพียงโรคเดียว เท่านั้น (ห้ามเขียนมากกว่า 1 โรค) โดยให้พิจารณาโรคที่ตรงกับคำว่า Main Condition ตามคำจำกัดความของ Standard Coding Guideline [2] ดังนี้ คือ

1. โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในคราวนี้
2. หากมีโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญพอๆกัน (ตามข้อ 1) มากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาเลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด
3. กรณีที่วินิจฉัยโรคไม่ได้ชัดเจนอาจบันทึกอาการและอาการแสดงเป็นภาวะหลัก (ระวังอย่าบันทึกอาการถ้ารู้ว่าเป็นโรคใด)

การวินิจฉัยร่วม (Co-morbidity)

ให้บันทึกโรคที่พบร่วมกับโรคหลักในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเขียนได้ หลายโรค มีคำจำกัดความ ดังนี้

การวินิจฉัยร่วม หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

ตัวอย่างโรคร่วม ที่พบบ่อยมี 2 แบบได้แก่ โรคเรื้อรังทั้งหลายที่พบในตัวผู้ป่วยมานานแล้ว และบาดแผลอื่นๆ นอกเหนือจากการบาดเจ็บหลักในผู้ป่วยบาดเจ็บ (เป็นโรคร่วมของผู้ป่วยบาดเจ็บ) ดังตัวอย่างในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวินิจฉัยร่วม

Example of common co-morbidity	
Chronic underlying disease	Associated wound
Diabetes mellitus type 2 Chronic renal failure Hypertension Ischemic heart disease Rheumatoid arthritis	Laceration wounds, abrasions Contusion, bruise, sprain and strain Tear tendon, muscle, artery, nerves

โรคแทรก (Complication)

ให้บันทึกโรคแทรกซ้อน โดยเขียนได้ หลายโรค มีคำจำกัดความ ดังนี้

โรคแทรก หมายถึง โรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคหลักแต่แรก แต่มาเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

ตัวอย่างโรคแทรก ที่พบบ่อยมี 2 แบบได้แก่ โรคแทรกตามตำราแพทย์ และโรคแทรกที่มิได้มีบันทึกไว้ในว่าเป็นโรคแทรกในตำรา หากแต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ ดังตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างโรคแทรกสองแบบ คือโรคแทรกที่มีเหตุมาจากโรคหลัก และโรคแทรกที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลัก

Example of common complication	
Complications as described in textbook	Other complications
Pulmonary embolism (following deep vein thrombosis) Wound infection (following appendectomy) Tear perineum (following delivery) Pulmonary edema (following treatment of dengue hemorrhagic fever)	Acute gastroenteritis (following deep vein thrombosis) Pulmonary embolism (following appendectomy) Fracture femur (following cataract surgery) Prolapsed hemorrhoid (following typhoid fever)

โรคอื่นๆ (Other Diagnosis)

ให้บันทึกโรคเล็กน้อยอื่นๆ โดยเขียนได้หลายโรคมีคำจำกัดความ ดังนี้

โรคอื่นๆ คือ โรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยอาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคหลัก หรือ พบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

ตัวอย่างโรคอื่นๆที่พบบ่อย ได้แก่ กลาก เกลื้อน ฟันผุ สิว ฝ้า รังแค เล็บขบ ฯลฯ

นอกจากการสรุปวินิจฉัยโรคแล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดหรือหัตถการ แพทย์ต้องสรุปการทำผ่าตัดหรือหัตถการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มสรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วย โดยมีหลักการดังนี้

การทำผ่าตัดและหัตถการต่างๆ

บันทึกการผ่าตัด แต่ละครั้ง ในแต่ละบรรทัด โดยเริ่มบันทึกการผ่าตัดครั้งแรกในบรรทัดที่ 1 และบันทึกการผ่าตัดครั้งต่อๆไปใน บรรทัดที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

การผ่าตัดแต่ละครั้ง ให้พิจารณาดูว่า โดยเริ่มจากเวลาที่ผู้ป่วยหมดความรู้สึกจนเริ่มกลับมามีความรู้สึกใหม่อีกครั้ง มีการทำผ่าตัดใดๆ ก็ให้ถือเป็นการผ่าตัดครั้งเดียวกัน (เช่น ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง และผ่าตัดกระดูก โดยการวางยาสลบเพียงครั้งเดียว ก็ให้บันทึกการผ่าตัดสมองและผ่าตัดกระดูกลงในบรรทัดเดียวกัน)

ระยะเวลาเริ่มการผ่าตัด ให้เริ่มนับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยหมดความรู้สึก และระยะเวลาสิ้นสุดการผ่าตัด คือเวลาที่เริ่มกลับมามีความรู้สึกใหม่ บันทึกลงในช่องวันที่เวลาเริ่ม และเวลาเลิกผ่าตัดของแต่ละบรรทัด

การบันทึกการผ่าตัด ไม่ต้องบันทึกวิธี Approach แต่ ให้บันทึก การผ่าตัดที่ทำจริง ดังนั้น คำว่า Explore Laparotomy, Craniotomy, Thoracotomy, Laminectomy ฯลฯ เหล่านี้ ไม่ต้องเขียนลงไป หากมีการผ่าตัดใดๆภายในอวัยวะเหล่านั้น ให้บันทึกเฉพาะการผ่าตัดหลักนั้นๆ

ตัวอย่าง เช่น ทำการผ่าท้องเพื่อเข้าไปตัดม้าม ให้บันทึกว่า Splenectomy (ไม่ต้องเขียนคำว่า Explore Lap) หรือ ทำการผ่ากะโหลกเพื่อระบายเลือดที่คั่งออกจากช่อง Subdural Space ก็บันทึกว่า Drainage Hematoma from Subdural Space (ไม่ต้องเขียนคำว่า Craniotomy)

หัตถการที่อาจบันทึกในช่องหัตถการ ได้แก่หัตถการที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและมักทำโดยแพทย์ เช่น Chest Drain หรือ Exchange Transfusion

หัตถการเล็กน้อย ไม่จำเป็นจะต้องบันทึกลงไป เช่น การใส่ NG Tube, Urinary Catheterization, การเจาะเลือด การให้น้ำเกลือ เพราะถ้าพื้นที่ไม่เพียงพอที่จะให้บันทึกลงไป และเป็นหัตถการที่มีความสำคัญน้อยซึ่งจะไม่ถูกนำไปวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการจัดทำสถิติการป่วย

ตัวอย่างที่ 3 การสรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดในแบบฟอร์มสรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา

ผู้ป่วยชาย 28 ปี ขับรถปิคอัพ ชนกับเสาไฟฟ้า 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล สลบหายใจช้าและตื้น มีแผลที่หน้าผาก กว้าง 10 ซม. ลึกถึงกระโหลก แขนขาซ้ายอ่อนแรงทำ CT-Scan พบ มี Acute Subdural Hematoma บริเวณ Right temporal อีก 30 นาทีต่อมาทำผ่าตัด Craniotomy with clot removal หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มลืมตาได้เมื่อเจ็บ แต่ยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรง 3 วันต่อมา มีไข้สูง ไอ เสมหะสีเขียวข้นวินิจฉัยว่า เป็น Klebsiella Pneumonia Left Upper Lobe ต้องให้ Antibiotics + เครื่องช่วยหายใจ อยู่ 7 วัน อาการไม่ดีขึ้น ซึมลงมากกว่าเดิม ตรวจ CT-Scan ซ้ำ พบมี Generalized Brain Edema มาก อีก 5 วันต่อมา ไข้ลดลง แต่พบว่า ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า Brain Death ใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออีก 25 วัน ญาติขอให้หยุดเครื่องช่วยหายใจ จึงเสียชีวิต

ภาพที่ 2 การสรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดในแบบฟอร์มสรุปบันทึกผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา

DIAGNOSIS	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS Acute Subdural Hematoma Right Temporal area
	(2) COMORBIDITY Laceration wound at forehead
	(3) COMPLICATION(S) Klebsiella Pneumonia Left Upper Lobe Generalized Brain Edema
	(4) OTHER DIAGNOSIS --
	(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY ขับรถปิคอัพชนเสาไฟฟ้า (*โปรดสังเกต ช่องนี้ ให้บันทึกกลไกการบาดเจ็บเป็นภาษาไทยได้)
OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES DATE TIME IN TIME OUT 1. Drainage Hematoma at Right Temporal Subdural Space .... 2. .... 3. .... 4. ....
	NON OPERATING ROOM PROCEDURES 1 ( ) TRACHEOSTOMY 2 (✓) RESPIRATOR SUPPORT 3 ( ) .....

การบันทึกบัตรผู้ป่วยนอก

การบันทึกบัตรผู้ป่วยนอกให้สมบูรณ์นั้น ปัจจุบันยังมีปัญหา เนื่องจากภาระงานของแพทย์ในปัจจุบันมีมาก ทำให้ไม่มีเวลาที่จะบันทึกเวชระเบียนส่วนนี้ได้สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามการบันทึกเวชระเบียนเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงควรทราบว่า ส่วนใดมีความจำเป็นสำคัญที่ต้องบันทึก (minimial requirement) การใช้การบันทึกเวชระเบียนโดยใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้ electronic medical record จะช่วยย่นเวลาของแพทย์ในการบันทึกเวชระเบียน

ก. ส่วนประกอบของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เวชระเบียนผู้ป่วยนอกในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อสกุล อายุ ที่อยู่ ของผู้ป่วยผู้ติดต่อ และแพทย์ผู้รักษา ส่วนนี้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ห้องบัตรที่จะบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน แพทย์บันทึกส่วนที่ระบุชื่อแพทย์ผู้รักษาให้อ่านออกชัดเจนเท่านั้น

ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ ในกรณีครบถ้วนสมบูรณ์ ควรบันทึกประวัติอดีต ประวัติครอบครัว

การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา

การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ซีด เหลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ ในกรณีที่บันทึกครบถ้วนสมบูรณ์นั้น อาจบันทึกการตรวจทุกระบบ โดยมีรายละเอียดมากน้อยตามความสำคัญที่เกี่ยวข้อง

การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค เมื่อบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว แพทย์ควรบันทึกการวินิจฉัย/วินิจฉัยแยกโรค การบันทึกอาจบันทึกเป็นปัญหา (problem list) พร้อมกับวินิจฉัยแยกโรคว่าปัญหานั้นอาจเกิดได้จากโรคอะไรบ้าง หรือให้การวินิจฉัยเป็นชื่อโรคที่เป็นไปได้มากที่สุด พร้อมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเป็นไปได้อย่างอื่นบางโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นและสำคัญ การบันทึกให้ครบถ้วน

สมบูรณ์นั้น อาจบันทึกการวินิจฉัยแยกโรคครบถ้วน พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลว่าการวินิจฉัยเข้ากับโรคใดมากกว่าโรคใด ด้วยเหตุผลใดกับผู้ป่วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้วบางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่สั่ง ในกรณีบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์นั้นแพทย์อาจบันทึกเหตุผลอธิบายว่าเหตุใดจึงส่งตรวจการตรวจแต่ละอย่างเพิ่มเติม เพื่อความชัดเจนได้ อย่างไรก็ตามมีบางโรคที่ไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีนั้นไม่จำเป็นต้องบันทึกในส่วนนี้

การรักษา ส่วนที่สำคัญคือ การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาพร้อมขนาดยา หรือการให้คำแนะนำ ในกรณีที่บันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์แพทย์อาจบันทึกเหตุผลการรักษาแต่ละอย่าง พร้อมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีระงับความรู้สึกและวิธีการทำ หัตถการโดยสรุป ในกรณีที่บันทึกให้ครบถ้วน แพทย์อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น วัสดุเย็บแผล เป็นต้น

เวชระเบียนผู้ป่วยนอกกรณีตรวจติดตาม ในกรณีตรวจติดตามข้อมูลที่บันทึกควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ประวัติการติดตาม บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคเบาหวาน บันทึกประวัติ อาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินเก่ง น้ำหนักลด ในกรณีบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ อาจบันทึกอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเป็นลม หิว ใจสั่น เหงื่อแตก อาการโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า บวม ตามัว

การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคไทรอยด์ ควรบันทึกชีพจร ขนาดความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ การตรวจร่างกายที่บ่งชี้ถึงภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เช่น มี tremor, lid lag หรือไม่ เป็นต้น ในกรณีบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ อาจบันทึกการตรวจร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น การตรวจระบบหัวใจ เป็นต้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวชระเบียนครบถ้วนเป็นส่วนจำเป็นสำคัญ ในกรณีครบถ้วนสมบูรณ์ อาจบันทึกการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจระดับ

fasting plasma glucose ได้ 135 มก./ดล. HbA1c 8.0% แปลผลว่าระดับการควบคุมยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือ FPG < 130 มก./ดล. HbA1c < 7.0% เป็นต้น อีกทั้งอาจบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งต่อไป

การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ เช่น Hypertension อาจบันทึกให้สมบูรณ์ โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน เช่น บันทึกว่าเป็น essential hypertension stage 2 กลุ่มเสี่ยงต่ำ และมีโรคแทรกซ้อนเป็น hypertensive heart diseases with heart failure

การรักษา บันทึกการรักษา เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ในกรณีครบถ้วนสมบูรณ์ อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำและอธิบายเหตุผล

ข. การประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

การตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ อาจใช้แบบประเมิน ซึ่งอาจประเมินด้วยตนเอง หรือใช้สำหรับองค์กรภายนอกมาประเมินตามตัวอย่างการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของราชวิทยาลัยอายุรกรรมแห่งประเทศไทยที่ใช้สำหรับประเมินเวชระเบียนของแพทย์ประจำบ้าน ถ้ามีคะแนนจาก 2/4 นั้น เป็นเกณฑ์ผ่านว่าได้บันทึกในส่วนที่จำเป็นสำคัญแล้ว

ในกรณีที่มีการพัฒนาต่อไปจากเกณฑ์ผ่านเพื่อให้เวชระเบียนสมบูรณ์มากขึ้น ควรมีข้อมูลตามที่ได้ระบุว่าเป็นเกณฑ์เพื่อให้เวชระเบียนมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

ตัวอย่างที่ 4 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครั้งแรก

ข้อมูลพื้นฐาน ที่บันทึกไว้จากห้องบัตร

Minimal Requirement

อาการสำคัญ น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม ใน 3 เดือน
ประวัติปัจจุบัน 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย nocturia 2-3 ครั้ง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีชาบริเวณปลายมือปลายเท้า น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมใน 3 เดือน จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน
ประวัติแพ้ยา ไม่มี

Minimal Requirement

- การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 65 กก. สูง 170 ซม. ความดันโลหิต 130/70 มม.ปรอท
- General appearance healthy, no pale, no icteric, no edema
- ตรวจระบบประสาท Decreased pin prick sensation ตั้งแต่บริเวณ ankle ทั้ง 2 ข้าง

ตรวจ heart normal S_1 S_2 no murmur

ตรวจ Chest no adventitious sound

ตรวจ abdomen not distend

Minimal Requirement

- การวินิจฉัย weight loss probably from diabetes mellitus
- differential diagnosis pulmonary tuberculosis, hyperthyroidism, malignancy

ภาวะน้ำหนักลดเข้าได้กับโรคเบาหวานมากที่สุด เนื่องจากมีอาการปัสสาวะบ่อยหิวน้ำบ่อยร่วมด้วย และตรวจพบโรคแทรกซ้อนคือ มี peripheral neuropathy ร่วมด้วย ส่วนโรควัณโรคไม่มีประวัติไข้ ไอ โรคต่อมไทรอยด์ ไม่พบอาการแสดง ส่วนมะเร็งควรตรวจหาสาเหตุอื่นก่อน

Minimal Requirement

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- FPG, creatinine
- ผลตรวจ FPG = 250 มก./ดล. Creatinine = 1.0 มก./ดล.

ส่งตรวจ FPG เพื่อวินิจฉัยเบาหวาน ส่งตรวจ creatinine ด้วย เนื่องจากถ้าเป็นเบาหวานในรายนี้ อาจต้องให้ยาเบาหวาน จึงตรวจดูโรคแทรกทางไต ซึ่งอาจเป็นข้อห้ามของการให้ยา

Minimal Requirement

การรักษา การให้ยา metformin 1 tab oral bid pc
แนะนำ diabetic diet

เริ่มให้ยา metformin
เนื่องจาก PG >200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางไตแนะนำผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 5 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกติดตาม

Minimal Requirement

ข้อมูลพื้นฐาน ชื่อผู้ป่วย Hospital number วันที่
ประวัติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ เหนื่อย ไม่มีอาการลุกขึ้นหน้ามือ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีแน่นหน้าอก

Minimal Requirement

มาติดตามความดันโลหิตสูง ขณะนี้ได้รับยา Hydrochlrothizide 50 มก./ดล.
การตรวจร่างกาย ความดันโลหิต 150/100 มก./ดล.
การตรวจหัวใจ เสียง 1 เสียง 2 ปกติ ไม่พบ murmur

Minimal Requirement

การตรวจปอด no adventitious sound
การตรวจระบบอื่นๆ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Sodium 130 potassium 4.0 chloride 100
carbon dioxide 30

Minimal Requirement

ผลการตรวจมี hyponatremia
การวินิจฉัย hypertension stage 2 กลุ่มเสี่ยงต่ำ, essential hypertension, diuretic induced hyponatremia

Minimal Requirement

การรักษา Hydrochlrothiazide 25 มก./วัน
Enalapril 5 มก./วัน
เนื่องจากมี hyponatremia จึงลดขนาดยา hydrochlrothiazide เป็น 25 มก./วัน เพิ่มยา Enalapril เนื่องจากความดันโลหิตยังไม่ถึงเป้าหมาย 140/90 มม.ปรอท แนะนำให้ลดน้ำหนัก เนื่องจากน้ำหนักเกิน

Minimal Requirement

ลงชื่ออ่านออกชัดเจน

ตัวอย่างที่ 6 การบันทึกข้อมูลหัตถการ

Minimal Requirement

Finding laceration wound at left calf 5 cm long ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ
Procedure repair wound under local anesthesia in two layer, fascia and subcutaneous was sutured with vicryl 3/0 , skin was sutured with Nylon 3/0.

ค. การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน

เนื่องจากภาวะงานของแพทย์มาก ไม่มีเวลาบันทึกเวชระเบียนได้สมบูรณ์ การสร้างแบบฟอร์มเพื่อให้แพทย์บันทึกให้ครบถ้วน โดยบางส่วนอาจให้เจ้าหน้าที่สอบถามและบันทึกแทน ดังแสดงตัวอย่างแบบฟอร์มบันทึกครั้งแรกติดตามในผู้ป่วยทั่วไป นอกจากนั้นอาจติดตามแบบฟอร์มในคลินิกเฉพาะโรค เช่น โรคต่อมไทรอยด์ตามภาพที่ 3

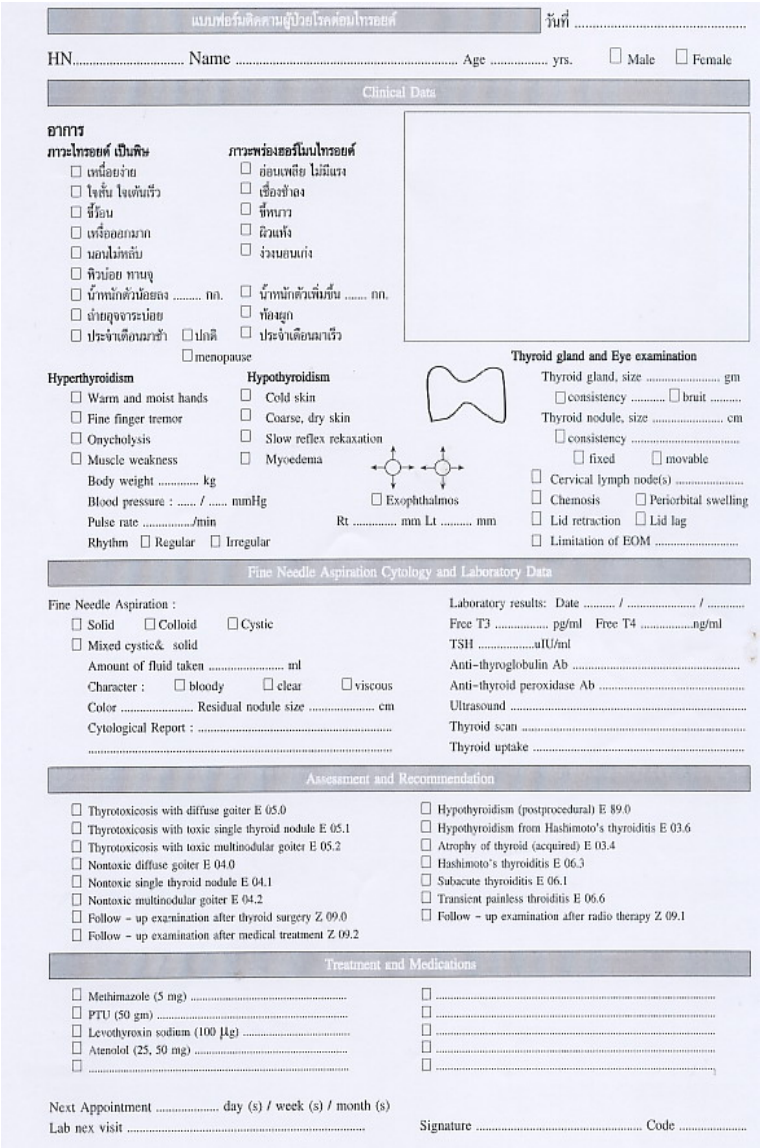
ง. เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน

เวชระเบียนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินมีมาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยนอก แต่ควรมีบันทึกที่สำคัญจำเป็นเพิ่มเติมที่สำคัญเพิ่มเติม สำหรับผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ได้แก่

การประเมิน Vital sign
การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน
การบันทึกการติดตามผู้ป่วยในขณะสังเกตอาการ
การสรุปก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

ภาพที่ 3 แบบฟอร์มติดตามผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์

แบบฟอร์มติดตามผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์



แบบฟอร์มติดตามผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์ วันที่ .....

HN..... Name ..... Age ..... yrs. ☐ Male ☐ Female

Clinical Data

อาการ

ภาวะไทรอยด์ เป็นพิษ
- ☐ เหนื่อยง่าย
- ☐ ใจสั่น ใจเต้นเร็ว
- ☐ ขี้ร้อน
- ☐ เหงื่อออกมาก
- ☐ นอนไม่หลับ
- ☐ หิวบ่อย ทานจุ
- ☐ น้ำหนักตัวน้อยลง ..... กก.
- ☐ ท้องเดียวบ่อย
- ☐ ประจำเดือนมาช้า ☐ ปกติ ☐ menopause

ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์
- ☐ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- ☐ เชื่องช้าง
- ☐ ขี้หนาว
- ☐ ผิวแห้ง
- ☐ ง่วงนอนเก่ง
- ☐ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ..... กก.
- ☐ ท้องผูก
- ☐ ประจำเดือนมาเร็ว

Hyperthyroidism
- ☐ Warm and moist hands
- ☐ Fine finger tremor
- ☐ Onycholysis
- ☐ Muscle weakness

Hypothyroidism
- ☐ Cold skin
- ☐ Coarse, dry skin
- ☐ Slow reflex rekaxation
- ☐ Myoedema

Body weight ..... kg
Blood pressure : ..... / ..... mmHg
Pulse rate ...../min
Rhythm ☐ Regular ☐ Irregular

☐ Exophthalmos
Rt ..... mm Lt ..... mm

Thyroid gland and Eye examination
- Thyroid gland, size ..... gm
  - ☐ consistency ..... ☐ bruit .....
- Thyroid nodule, size ..... cm
  - ☐ consistency .....
  - ☐ fixed ☐ movable
- ☐ Cervical lymph node(s) .....
- ☐ Chemosis ☐ Periorbital swelling
- ☐ Lid retraction ☐ Lid lag
- ☐ Limitation of EOM .....

Fine Needle Aspiration Cytology and Laboratory Data

Fine Needle Aspiration :
- ☐ Solid ☐ Colloid ☐ Cystic
- ☐ Mixed cystic& solid

Amount of fluid taken ..... ml
Character : ☐ bloody ☐ clear ☐ viscous
Color ..... Residual nodule size ..... cm
Cytological Report : .....
.....

Laboratory results: Date ..... / ..... / .....
Free T3 ..... pg/ml Free T4 .....ng/ml
TSH .....uIU/ml
Anti-thyroglobulin Ab .....
Anti-thyroid peroxidase Ab .....
Ultrasound .....
Thyroid scan .....
Thyroid uptake .....

Assessment and Recommendation
- ☐ Thyrotoxicosis with diffuse goiter E 05.0
- ☐ Thyrotoxicosis with toxic single thyroid nodule E 05.1
- ☐ Thyrotoxicosis with toxic multinodular goiter E 05.2
- ☐ Nontoxic diffuse goiter E 04.0
- ☐ Nontoxic single thyroid nodule E 04.1
- ☐ Nontoxic multinodular goiter E 04.2
- ☐ Follow – up examination after thyroid surgery Z 09.0
- ☐ Follow – up examination after medical treatment Z 09.2
- ☐ Hypothyroidism (postprocedural) E 89.0
- ☐ Hypothyroidism from Hashimoto's thyroiditis E 03.6
- ☐ Atrophy of thyroid (acquired) E 03.4
- ☐ Hashimoto's thyroiditis E 06.3
- ☐ Subacute thyroiditis E 06.1
- ☐ Transient painless throiditis E 06.6
- ☐ Follow – up examination after radio therapy Z 09.1

Treatment and Medications
- ☐ Methimazole (5 mg) .....
- ☐ PTU (50 gm) .....
- ☐ Levothyroxin sodium (100 µg) .....
- ☐ Atenolol (25, 50 mg) .....
- ☐ .....

Next Appointment ..... day (s) / week (s) / month (s)
Lab nex visit .....

Signature ..... Code .....

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน นอกจากการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น, ประวัติการเจ็บป่วย, การตรวจร่างกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกแล้ว

เวชระเบียนผู้ป่วยใน ควรประกอบด้วยส่วนเพิ่มเติมดังนี้

1. การตั้ง problem list แบบ POMR (problem oriented medical record) หรือ SOAP (subjective-objective-assessment และ plan) ตามตัวอย่างแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยใน
2. การบันทึกการดำเนินโรค (progress note)
3. การบันทึกการทำหัตถการ
4. การบันทึก Discharge summary

Problem Oriented Medical Record

Lawrence Weed เป็นผู้นำเสนอหลักการบันทึกเวชระเบียน แบบ Problem Oriented Medical Record ใน ปี พ.ศ. 2511 เขาได้นำเสนอการบันทึกเวชระเบียนเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่เป็น Database และ Progress Note ส่วนแรก ประกอบไปด้วย ผลการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ส่วนที่สองประกอบไปด้วย Problem List, Initial Plan และ Progress Note

การเขียน Progress Note ควรมีส่วนประกอบหลักให้ครบทุกด้าน ได้แก่

S – Subjective ข้อมูลที่ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ

O – Objective ข้อมูลที่แพทย์ได้จากการตรวจร่างกาย หรือการตรวจชันสูตร เพิ่มเติม

A – Assessment ผลการประเมิน สภาพปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค

P – Plan แผนการตรวจชันสูตรเพิ่ม แผนการรักษา การให้การศึกษาผู้ป่วยและญาติ

การเขียน Progress Note ควรเขียนทุกๆวัน ในช่วง 3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล และเขียนเพิ่มเติมในวันที่มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และเขียนครั้งสุดท้ายในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด

ข้อมูลการผ่าตัดและหัตถการเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายเรื่อง โดยผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการบันทึกข้อมูลการผ่าตัดและหัตถการที่ดี ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล นักศึกษาแพทย์ ผู้ให้รหัสทางการแพทย์ โดยประโยชน์หลักๆ มี 4 ข้อ ดังนี้

1. ใช้เป็นข้อมูลสำคัญประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยครั้งต่อไป

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละครั้ง แพทย์จะต้องได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและประวัติในอดีตของผู้ป่วยโดยครบถ้วน แพทย์มักจะซักประวัติ ถามผู้ป่วยเรื่องรายละเอียดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเคยได้รับในอดีต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจำรายละเอียดของการผ่าตัดไม่ได้ หากแพทย์บันทึกรายละเอียดของการผ่าตัดไว้ในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วย ก็สามารถค้นหาเอกสารบันทึกการผ่าตัดในอดีตมาใช้เป็นข้อมูลหลักเพื่อการดูแลรักษาในปัจจุบันได้

นอกจากนี้ หากผู้ป่วยย้ายที่อยู่หรือที่ทำงานไปยังสถานที่อื่นทั้งในหรือนอกประเทศ ผู้ป่วยยังอาจขอสำเนารายละเอียดการผ่าตัดติดตัวไปด้วย ซึ่งในปัจจุบันวงการแพทย์สามารถบันทึกข้อมูลการผ่าตัด ให้กับผู้ป่วยได้ทั้งในรูปแบบเอกสาร หรือรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น CD-ROM หรือ USB Drive เพื่อให้ผู้ป่วยเก็บรักษาไว้ หากผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อการดูแลรักษาครั้งต่อไป ผู้ป่วยก็สามารถส่งข้อมูลในรูปแบบเอกสารหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กับแพทย์คนต่อไปเปิดดูได้ทันที ทั้งนี้ในอนาคตอันใกล้แพทย์อาจขอเรียกดูข้อมูลลักษณะนี้ผ่านทาง Internet โดยใช้รหัสผ่านที่ได้รับอนุมัติจากผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่เก็บรักษาข้อมูลผู้ป่วย เข้าไปสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

2. ใช้เป็นแหล่งเรียนรู้เทคนิคการผ่าตัดสำหรับนักศึกษาแพทย์

นักศึกษาแพทย์ต้องเรียนเทคนิคการผ่าตัดเพื่อฝึกฝนทักษะในการทำผ่าตัดขั้นต้นก่อนจะสำเร็จการศึกษาไปปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ และนักศึกษายังต้องเรียนรู้ขั้นตอนการรักษาโรคที่ต้องใช้การผ่าตัดเป็นหลักผู้ป่วย เพื่อเข้าใจถึงสิ่งที่ศัลยแพทย์จะทำการรักษาโรคโดยการผ่าตัด ถึงแม้นักศึกษาแพทย์บางคนไม่คิดว่า ตนเองจะไปปฏิบัติหน้าที่เป็นศัลยแพทย์ แต่แพทย์ทั่วไปที่ส่งผู้ป่วยมาให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด ต้องมี

ความรู้ว่าศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดอย่างไรสำหรับโรคต่างๆ เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเบื้องต้น และสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วได้อย่างต่อเนื่อง

นักศึกษาแพทย์จึงใช้การอ่านบันทึกการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์บันทึกไว้ เพื่อการเรียนรู้เทคนิคการผ่าตัด นอกเหนือจากการเข้าดูการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ซึ่งการอ่านบันทึกการผ่าตัดสามารถช่วยให้เรียนรู้ได้มากขึ้น เพราะการดูการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้นักศึกษาเห็นรายละเอียดทั้งหมดของขั้นตอนการผ่าตัด ดังนั้นหากศัลยแพทย์บันทึกการผ่าตัดโดยละเอียด นักศึกษาแพทย์ก็จะเรียนรู้ได้มากขึ้น

3. ใช้เป็นแหล่งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาเทคนิคการผ่าตัด

ศัลยแพทย์จะต้องพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดสำหรับโรคต่างๆให้ก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ โดยเราจะเห็นได้ว่า การผ่าตัดหลายชนิดในอดีต กับในปัจจุบันมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะศัลยแพทย์ทั่วโลกได้ช่วยกันคิดค้นเทคนิคการผ่าตัดใหม่ๆ และนำมาถ่ายทอดให้กับศัลยแพทย์คนอื่นๆนำไปใช้ โดยข้อมูลที่ใช้พิสูจน์ว่าเทคนิคใหม่ดีกว่าเทคนิคเก่า คือข้อมูลบันทึกการผ่าตัดนั่นเอง โดยศัลยแพทย์จะต้องทำวิจัยรายละเอียด ขั้นตอน เวลาที่ใช้ทำผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ระหว่างการผ่าตัด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในบันทึกการผ่าตัด เปรียบเทียบกับโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่ได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ฯลฯ ทำให้บอกได้ว่าเทคนิคใหม่แตกต่างกว่าเทคนิคเก่าอย่างไร ดีกว่าหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะนี้ จะต้องใช้ข้อมูลที่ละเอียด และจำนวนผู้ป่วยมากพอสมควร จึงจะเปรียบเทียบความแตกต่างได้ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ หากศัลยแพทย์บันทึกรายละเอียดไม่มากพอ อาจทำให้บันทึกการผ่าตัดบางรายไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับรายอื่นๆได้ ทำให้เสียข้อมูลไปโดยเปล่าประโยชน์ บางครั้งก็จะต้องใช้เวลารวบรวมข้อมูลมากขึ้น ทำให้พัฒนาเทคนิคใหม่ๆได้ช้าลง

4. ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับผู้ให้รหัสการผ่าตัดในการให้รหัสให้ถูกต้อง

ผู้ให้รหัสทางการแพทย์ (Clinical Coder) คือบุคลากรวิชาชีพหนึ่งที่ทำหน้าที่เปลี่ยนข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย ให้กลายเป็นรหัสโรคและรหัสการผ่าตัด โดยผู้ให้รหัสจะต้องอ่านบันทึกการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดรวมทั้งหัตถการทั้งหมดที่แพทย์บันทึกไว้ แล้วเปลี่ยนเป็นรหัสตามระบบของ International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th Revision (ICD-10)

ในการให้รหัสการผ่าตัด ผู้ให้รหัสจะใช้บันทึกการผ่าตัดของแพทย์เป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล เพื่อให้รหัสให้ครบ โดยการผ่าตัดแต่ละครั้งจะมีหลายขั้นตอนทำให้ต้องให้รหัสหลายรหัส โดยทั่วไป การให้รหัสผ่าตัดใหญ่แต่ละครั้ง ผู้ให้รหัสจะให้รหัสสำหรับการผ่าตัดทั้งหมดโดยเฉลี่ย 2- 5 รหัส แต่หากศัลยแพทย์บันทึกการผ่าตัดไม่ละเอียดอาจทำให้ผู้ให้รหัสไม่สามารถให้รหัสได้ครบทั้งหมดตามที่ควรจะเป็น

รหัสการผ่าตัดจะถูกนำไปวิเคราะห์ และไปประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์หลายเรื่อง เช่น การทำสถิติการผ่าตัด การจัดกลุ่มผู้ป่วยการเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group- DRG) การคิดค่าธรรมเนียมแพทย์ [4] (Doctor Fee –DF) ฯลฯ หากศัลยแพทย์บันทึกรายละเอียดการผ่าตัดไม่ครบ และผู้ให้รหัสให้รหัสไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้การทำสถิติ การจัดกลุ่มผู้ป่วย และการคิดค่าธรรมเนียมแพทย์ผิดพลาดไปด้วย เกิดความเสียหายได้มาก

องค์ประกอบของบันทึกการทำผ่าตัดและหัตถการ

โดยทั่วไป บันทึกการทำผ่าตัด จะเป็นแบบฟอร์มกระดาษ 1 แผ่น ซึ่งมีหัวข้อและช่องว่างไว้ให้ศัลยแพทย์บันทึก ข้อความต่างๆลงไป หัวข้อที่กำหนดไว้ ได้แก่

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

(a) เลขประจำตัวผู้ป่วย	Hospital Number
(b) ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	Patient Name
(c) อายุผู้ป่วย	Patient Age
(d) เลขที่การรับไว้	Admission Number

ข้อมูลรายละเอียดการผ่าตัด

(e) การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด	Pre-op Diagnosis
(f) การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด	Post-op Diagnosis
(g) การผ่าตัด	Operation
(h) ชื่อศัลยแพทย์	Surgeon
(i) ชื่อวิสัญญีแพทย์	Anesthetist
(j) ชื่อพยาบาลผู้ส่งเครื่องมือ	Scrub Nurse
(k) เทคนิคระงับความรู้สึก	Anesthetic technique
(l) การจัดท่าของผู้ป่วย	Position
(m) แนวการกรีดผิวหนัง	Incision
(n) สิ่งตรวจพบในการผ่าตัด	Findings
(o) รายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด	Detail(steps) of operation

(p) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ร่วม	Devices usage
(q) เครื่องมือพิเศษที่ใช้ร่วม	Hi-tech assisting instrument
(r) ภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วม	Complication during operation
(s) คาดประมาณจำนวนเลือดที่เสียไป	Estimated blood loss

ในบรรดาหัวข้อต่างๆเหล่านี้ หัวข้อที่สำคัญที่สุด คือ หัวข้อ l-s เพราะหัวข้อเหล่านี้ จะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทั้ง 4 ข้อดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ที่ใช้ประโยชน์จากบันทึกการผ่าตัด (แพทย์และพยาบาล นักศึกษาแพทย์ ผู้ให้รหัสทางการแพทย์) จึงควรเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการบันทึกหัวข้อทั้งหลายนี้ เพื่อบันทึกให้ได้ดีหรือนำข้อมูลไปใช้ได้โดยถูกต้อง

แนวทางปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลส่วนที่สำคัญในบันทึกการผ่าตัด

ในที่นี้ จะกล่าวถึง แนวทางการบันทึกข้อมูลในหัวข้อ Position, Incision, Findings, Steps of operation, Devices usage, Hi-tech assisting instrument, Complication และ Estimated blood loss ดังต่อไปนี้

Position (การจัดท่าผู้ป่วย)

ในหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์จะบันทึกการจัดท่าผู้ป่วย โดยส่วนหนึ่งมักจะจัดท่าผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว ในช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก และก่อนเริ่มกรีดผ่าผิวหนัง โดยการจัดท่าผู้ป่วยที่ใช้บ่อยๆในการผ่าตัดได้แก่

1. Supine ท่านอนราบ
2. Prone ท่านอนคว่ำ
3. Lithotomy ท่านอนหงายและยกขาสองข้างขึ้นตั้งฉากกับลำตัวใช้ที่รองขา
4. Jack Knife ท่านอนคว่ำ และโก่งก้นขึ้น จัดหัวลงต่ำ
5. Sitting ท่านั่ง
6. Nephrectomy ท่านอนตะแคง ใช้หมอนหนุนเอว ส่วนใหญ่จัดท่านี้ในการผ่าตัดไต

ในผู้ป่วยบางราย แพทย์อาจต้องจัดท่าผู้ป่วยหลายครั้ง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนัก แพทย์จะเริ่มผ่าตัดโดยใช้ท่า Supine จนถึงขั้นตอนที่จะต้องตัดทวารหนัก จึงจะเปลี่ยนท่าเป็น Lithotomy การบันทึก Position ในผู้ป่วยรายนี้ แพทย์จะบันทึกไว้ทั้งสองท่า โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค คั่น ดังนี้ Supine, Lithotomy

Incision (แนวการกรีดผิวหนัง)

ในหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์จะบันทึกแนวการใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังของผู้ป่วย โดยคำที่ใช้ในการบันทึกที่พบบ่อยได้แก่

1. Midline แนวกลางลำตัว
2. Subcostal แนวขนานใต้ชายโครง
3. Transverse แนวขวางลำตัว
4. Longitudinal แนวขนานไปตามความยาวของอวัยวะ
5. Paramedian แนวขนานเส้นกลางลำตัว
6. Pfannensteil แนวโค้งขวางลำตัวที่ท้องน้อยคล้ายขอบกางเกง

Findings สิ่งที่ตรวจพบระหว่างการผ่าตัด

ในหัวข้อนี้ศัลยแพทย์ จะบรรยายรายละเอียดที่พบจากการผ่าตัด เช่น หากผ่าเข้าไปในช่องท้อง ก็จะต้องบรรยายลักษณะของอวัยวะต่างๆที่มองเห็นหลังจากผ่าเข้าสู่ช่องท้อง ได้แก่ ลักษณะของตับ ม้าม กระเพาะ ลำไส้ ฯลฯ หากผ่าเข้าไปในช่องอก ก็จะต้องบรรยายลักษณะปอด หัวใจ ว่าเป็นอย่างไร

โดยทั่วไป การบรรยายรายละเอียดในหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์จะแยกการบันทึกเป็น 2 ช่วง ช่วงแรก จะบรรยายลักษณะอวัยวะกลุ่มที่มีลักษณะผิดปกติ และช่วงหลังจึงจะบรรยายลักษณะอวัยวะที่ปกติ

ในหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์มักวาดรูปลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นไว้ด้วย เพื่อใช้ประกอบคำบรรยายให้ผู้อ่านเข้าใจลักษณะความผิดปกติได้ง่ายขึ้น

ตัวอย่างการบรรยายหัวข้อ Findings
กรณีผู้ป่วยแผลกระเพาะทะลุ
Findings

> Seropurulent fluid estimated amount 500 ml was found in peritoneal cavity, perforated chronic antral ulcer was found at anterior wall of stomach antrum, base of ulcer size 2x3 cm with 2 mm perforated hole. Normal liver, spleen, pancreas, small and large bowel.

Detail(steps) of operation รายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด

การบรรยายหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ จะบรรยายรวมกับ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ร่วม (Devices usage), เครื่องมือพิเศษที่ใช้ร่วม (Hi-tech assisting instrument) และสรุปปิดท้ายด้วยหัวข้อ ภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วม (Complication

during operation) และคาดประมาณจำนวนเลือดที่เสียไป (Estimated blood loss) โดยการบรรยาย มักเขียนเป็น แต่ละขั้นตอน และบอกรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน

ในหัวข้อนี้ ศัลยแพทย์ก็มักจะวาดรูปขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญไว้ เช่น หากมีการต่อลำไส้ ก็จะวาดรูปลักษณะการต่อลำไส้เอาไว้ เพื่อใช้ประกอบคำบรรยายให้ผู้อ่านเข้าใจลักษณะหรือผลลัพธ์ของการผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

ตัวอย่างการบรรยายหัวข้อ Steps of operation
กรณีผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
Steps of operation

- After skin incision, external oblique sheath was opened longitudinally.
- Internal oblique muscle splitted by blunt dissection, then peritoneum was incised to enter peritoneal cavity.
- The cecum was elevated out of abdomen to facilitate identification of appendix.
- Appendix was located, mesoappendix was ligated with silk 3/0 and divided.
- Appendectomy was performed, appendiceal stump was closed by double ligation technique with silk 2/0 after stump mucosa destroyed by electrocauterization.
- Peritoneal cavity(right lower quadrant fossa and Cul-de-sac was cleaned using gauze swab until dried off.\
- Peritoneum was closed with chromic catgut no. 0, continuous sutured.
- Abdominal wall was closed in two layers, external oblique suture with Dexon 3/0 continuous, skin was closed with Nylon 3/0, interrupted vertical mattress suture.
- No complication was found.
- Estimated blood loss = 10 ml.

REFERENCES

1. World Health Organization. Inte0rnational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, volume 2. 2nd ed. Geneva: The Organization; 2004.
2. Ministry of Public Health, Bureau of planning and strategy. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision,Thai Modification, volume 5, Standard Coding Guidelines. Nonthaburi: The Ministry; 2011.
3. Weed, L Lawrence. Medical Record That Guide And Teach. New England Journal of Medicine; 1968:268. p.652-657.
4. แพทยสภา. คู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ พ.ศ.2549. แพทยสภา, นนทบุรี พ.ศ. 2549

Medical record

Medical record

จัดพิมพ์โดย
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข