



問題導向病歷紀錄

前言

無論在醫學院或醫院，教寫作病歷的老師都會教導一種被全球醫學界肯定超過半個世紀的病歷寫作方法——問題導向病歷紀錄（problem-oriented medical record, POMR）。POMR 原本簡易，但卻因為種種原因，例如指導病歷的老師為求病歷完美無瑕而對病歷製作加入許多個人要求、為迎合某些評鑑而加入過多評估項目，以及不友善的電子病歷設計造成的障礙等，導致病歷的製作變得複雜而困難，成為醫療人員沉重的負擔。有不少醫學生、住院醫師和專科護理師會抱怨寫病歷浪費他們很多時間，除了沒有充分的時間休息而可能影響病人安全之外，甚至連照護病人的時間也被剝奪。許多主治醫師也認為寫病歷對病人照護沒有幫助，只是因為醫院評鑑的要求而不得不做。醫療人員若有這樣的想法，病歷必然寫得不好，在醫院查核病歷被指正時更會感到憤憤不平，對寫作病歷便愈加厭惡，進入惡性循環之後，病歷紀錄竟成為不少醫療專業人員的一個揮之不去的夢魘！

將高品質醫療照護所必需的病歷紀錄視為臨床作業的絆腳石，確實是醫療人員的一種悲哀，教學醫院的教學負責人應該正視這個問題。在要求大家把病歷寫好的同時，必須致力於減少病歷寫作的障礙，包括簡化電腦軟體的操作程序和簡化病歷紀錄的內容。本文僅提出簡化 POMR 的想法和方向，在實務上還須依各院的主、客觀條件修正。

剪貼—摧毀病歷功能的動作

病歷的功能

- 臨床醫療
 - 診治疾病的重要工具
 - 醫護團隊的溝通：縱向、橫向、穿越時空
- 教學
 - 床邊教學的筆記本
 - 資淺醫師的臨床學習練習本
 - 教學相長的園地
- 研究
 - 病例分析、病例報告
 - 臨床試驗：個案報告表之底稿
- 法律層面
 - 控訴或辯護的證據
 - 醫療法之規定
- 保險給付
 - 申報的依據
 - 別退的憑藉
- 醫院評鑑
 - 醫療品質的指標
 - 經營者責任感的象徵

病歷有許多功能（如上表），但最重要的是作為臨床醫療診治疾病的工具，並提供醫護團隊在縱向、橫向，以及穿越時空的溝通。寫病歷主要不是給自己看，



而是要給可能在當下或之後會參與照護的其他醫療人員參閱的。因此，病歷的內容必須達到兩個條件：**真實**和**簡明**。

在電子病歷逐漸取代紙本病歷的今日，將病歷剪貼（copy & paste）是經常出現的動作——剪貼前一次入院紀錄（admission note）、剪貼前一天病程紀錄（progress note）、剪貼前一週每週摘要（weekly summary）及剪貼前一次門診紀錄（outpatient record）等，而出院紀錄（discharge note）則剪貼入院紀錄的內容。將病歷剪貼是一種敷衍了事的不良行為，大家也都知道不好，卻為何剪貼那麼盛行？除了為求快速完成之外，最重要的理由是病歷很難寫，只好用剪貼。

剪貼固然可圖一時之便，但卻至少有四個壞處：(1) 如有錯誤便會一直重複錯下去；(2) 若上次所做的事今次沒有再做，會被誤以為有做而提供了假的資訊；(3) 在貼上舊資料後常會再加入新資料而令紀錄愈寫愈長；(4) 因剪貼不需思索而錯失對病人病情反思的機會，容易導致決策錯誤。故剪貼的結果會令病歷變得冗長而摻雜錯誤訊息，使病歷的主要功能完全喪失。

POMR

POMR 的理念是由美國醫師 Lawrence Weed 在 1964 年首先發表在愛爾蘭醫學雜誌，但似乎沒有產生太大迴響；於是他又在 1968 年在新英格蘭醫學雜誌發表另一篇介紹 POMR 的文章，其後更建議病程紀錄使用 **SOAP**（**S**=subjective 主觀感受；**O**=objective 客觀發現；**A**=assessment/analysis 評估分析；**P**=plans 計畫方案）的格式。自此，POMR 成為全球最被推崇的病歷撰寫方式。

Weed 曾說：「科學家通常只集中注意一、兩個問題，但醫師一進門每 20 分鐘就得面對一個或一組新的問題。每當我面對病人時，我必須能看見病人的每一個問題——社會、心理、身體。如果問題 1 是肺炎，問題 5 是家中沒有暖爐，沒處理好問題 5 就無法處理好問題 1。」可見 Weed 提出 PMOR 時是以全人醫療為核心價值。

為了要處理病人的所有問題（包括心理和社會問題），POMR 是以系統化、格式化的方式記錄，以達成下面 5 個目標：(1) 避免遺漏問題、(2) 完整資訊蒐集、(3) 首重病人感受、(4) 助長思維決斷、(5) 促進人員溝通。而 POMR 系統有三個主要成份：(1) 明確的資料庫——病史、身體檢查、實驗室、X 光及特殊檢查。(2) 完整的問題列表（problem list）——生物、心理、社會及族群的問題。(3) 皆參照問題列表中的問題來記載——所有醫療小組成員均在同一病歷，按時間順序參照問題列表列舉的問題來記載；每筆針對特定問題的紀錄，皆包含資料庫中相關的資料及因應的計畫（包括診斷性、治療性及衛教性計畫）。在採用 **SOAP** 格式記錄的病程紀錄，則是經由下列幾個步驟：持續收集數據（**S + O**）⇒ 進行臨床思維，形成新的見解（**A**）⇒ 訂出新的計畫（**P**）。

POMR 理論上是合宜且可行，如前所述，由於被弄得太過複雜，導致不易懂也不易用，於是便會有使用剪貼，甚或敷衍了事。如果容許病歷製作採用簡易的版本，也許 POMR 會較被接受，病歷製作者就不會那麼依賴剪貼病歷了。本文的目的是要化繁為簡，為 POMR 訂出具體又簡易的規範，入門者只須依照來



做便可寫出合格的病歷紀錄，到臨床經驗漸增，然後再更上層樓。為了集中焦點，本文僅介紹入院紀錄、病程紀錄和問題列表。

入院紀錄

入院紀錄中有幾個項目有特別的要求，分述如下：

1. 主訴 (Chief Complaint)

含兩個元素：主要問題（症狀或不適）+ 發生多久。

例子：胸痛 15 分鐘；頭痛 3 小時；腹瀉兩星期；發燒 1 個月；體重減輕半年....

注意事項：

- (1) 以病人口語來描述最主要的症狀或狀況（包括病人擔心的事），避免使用醫學名詞或診斷（理由：以病人為中心、仍未到判斷的時候）。
- (2) 但若病人不了解自己的情形，則取其最主要的臨床問題為主訴。
- (3) 若超過一個主要問題：考慮全都納入。

2. 現病況 (Present Illness)

注意事項：

- (1) 這段落是對主訴作一個簡要而完整的敘述，與目前病況無關的過去病史不在此陳述。
- (2) 按時間順序敘述。
- (3) 每一種症狀的記述必須包括：“**LQQ-OPERA**”等
Location：位置（若為疼痛，描述是否有放射所及之處）
Quality：性質
Quantity：程度（痛：要用 pain scale）
Onset mode and time factors：起始模式及時間因素
Precipitating factors：誘發因素
Exaggerating factors：加劇因素
Relieving factors：緩解因素
Accompanying symptom：伴隨狀況
（註：LQQ-OPERA 是由中國醫藥大學洪瑞松教授所創，筆者認為是目前對症狀描述最佳的助記詞。）
- (4) 若為已知的診斷，須儘量蒐集四項內容：診斷（時、地、依據）、治療（含效果）、併發症、伴隨狀況。
- (5) 最後說明住院原因或目的。

例子：(主訴為「腹痛 3 小時」)

這名 77 歲的男性有慢性乙型肝炎超過 20 年的病史。在 2001 年，他被診斷為肝硬化，是經由超音波檢查發現肝變小且有不規則表面及脾腫大，那時他 Child-Pugh 評分大約在 5 到 6 分 (Class A)。他沒有接受定期追蹤，直到 2017 年 11 月，他感到下腹持續腹脹好幾個星期。在門診為他安排超音波和電腦斷層掃描，被發現在肝右後葉有一個 12 mm 的腫瘤。他的血清甲型胎兒蛋白顯著升高 (58,513 ng/mL，2017 年 11 月 12 日)，被診斷肝癌。由於患者及其家屬拒絕手術治療，於 2017 年 11 月 25 日進行肝動脈化療栓塞術姑息性治



療.....。

病人在今天早上有幾次腹瀉後感到腹痛和全身無力。疼痛在肚臍周圍和右側腰際，為隱隱的持續性疼痛，程度：4 至 5 分。疼痛在開始時較輕，然後逐漸加重，沒有明顯的誘發、加重和緩解因素，除腹瀉和全身無力外沒有其他伴隨症狀.....因此，他被送到我們急診，檢查的數據顯示：NH3=15、C 反應蛋白=2.5、總胆紅素=0.93、BUN/Cr=28/1.2、ALT=18、AST=79、ALK-P=137、Na=133、K=5.0、Ca=1.10、血紅素=10.2。在急性腹痛，疑似腫瘤破裂的臆斷下，他被收住院作進一步的評估和治療。

3. 過去病史 (Past Medical History)

注意事項：

(1) 若為已知的診斷，須儘量蒐集四項內容：診斷、治療、併發症、伴隨狀況。

例子：

病人在 1987 年在本院被診斷患有第 2 型糖尿病，當時飯前血糖高達 202 mg/dL。病人接受口服降血糖藥 (XXXX) 10 年。最近的 HbA1c (2017-12-25) : 7.3%，空腹血糖 110~135 mg/dL。病人無 AMI 或 CVA 病史，亦沒有“triopathy”病史，最近的眼底檢查在 2017-12-25，無視網膜病變。病人否認有高血壓或高脂血症病史，沒有結核病以及其他全身性疾病。

4. 身體診察 (Physical Examination)

注意事項：

身體診察的紀錄好壞主要是取決於檢查的技巧，技巧不佳紀錄便不可靠。除了要有好的技巧之外，對於異常發現必須要明確陳述位置和程度或大小（如適用），此外，有幾項檢查發現必須齊備幾項具體和特定的描述：

(1) 皮膚病灶：形態、組構、質地、位置與分佈、顏色。

例子：There were multiple fresh vesicular lesions with distribution limited in the right T7.

(2) 淋巴腺：大小、疼痛或壓痛、硬度、成群、位置。

例子：There were several movable, tender lymph nodes with soft consistence in the anterior cervical region; the largest was on the right side and measured 1 cm in diameter.

(3) 心雜音：時間、強度、形狀、音頻、位置、輻射。

例子：A pansystolic, grade IV/VI, rectangular, mid-frequency murmur, best heard at the apex, with radiation into the axilla.

5. 暫時診斷 (Provisional/Tentative Diagnosis)

注意事項：

(1) 敘述診斷及其理由，若未成診斷，便須按序列出鑑別診斷。

(2) 包括預計可能發生的問題（如併發症、病情惡化、後遺症等）。

例子：急性腹痛，疑似肝癌破裂；依據：腹痛特徵、相關病史（慢性乙型肝炎合併肝硬化及肝癌）、腹腔積液增加、貧血等。

6. 計畫 (Plans)



注意事項：

- (1) 每一項問題都有一組計畫，包括①診斷、②治療和③衛教諮商計畫。
- (2) 在撰寫時可整合為一套計畫或分開每一項問題寫一組計畫？

例子：

診斷性：密切監測生命徵、腹膜穿刺。

治療性：卧床、輸血及輸液（依需要）、準備且在必要時緊急執行栓塞治療。

衛教性：解釋病情及可能的因應措施。

病程紀錄

病程紀錄的撰寫原則仍然是要求**真實**和**簡明**。為求真實，宜避免剪貼，為求簡明，就得採用 **SOAP** 模式。

Subjective findings：病人/家屬/照顧者的陳述—感受或故事。

Objective findings：身體診察及檢驗室/影像檢查發現。

Assessment/Analysis：依據 **S** 和 **O** 提供的資訊所作的分析和判斷。

Plans：依據 **A** 的判斷訂出計畫（診斷、治療、衛教諮商）。

例子：

S：腹脹減輕，胃口佳，今早起床感覺體力恢復許多，已3天無腹痛。

O：BP 110/70, PR 84, RR 15, BT 36.5°C。

腹部微鼓，腸音正常，右上腹肝腫大（RCM 下 3cm，如前）。shifting dullness 似有似無，比昨天不明顯。下肢無水腫。

今日 Hgb 10.5 g/dL（三天前 10.2 g/dL）。

A：肝癌破裂栓塞治療後第四天，情況顯著改善且已穩定。

P：續監測生命徵 24 小時，若無變化明早出院並於兩週後門診追蹤。

預備今辦明出，今日下班前完成出院衛教諮商。

上面這個例子或許有人質疑是否過於簡單，筆者認為病歷紀錄是愈簡明愈理想。如上述病人的焦點問題是肝癌破裂，若其他伴隨疾病狀況都穩定，在每週摘要提及即可，每日的病程紀錄就是要儘量簡單。

若病人有兩個以上的不穩定狀況，是否一定要分開兩組以上的 SOAP？筆者認為病人有再多的問題依然就是一個人，應一起考量，如果能寫一組 SOAP 就能清楚交待，便沒有分開記錄的必要，除非真的太複雜才需要分開。但必須了解，把病人的問題分開記錄，會令後來閱讀的人較難抓到重點。凡事過猶不及，資訊不足的病歷固然不合要求，但把資訊弄得很複雜的病歷也是一樣的糟糕。如前所述，好的病歷有兩個條件：**真實**和**簡明**。

問題列表

問題列表常是醫療人員的痛—自己不想寫，醫院卻要求，而評鑑時委員則會評論。如果要求學生/學員填寫問題列表，必須先說服他們這並不是沒有意義的行為！問題列表的功能是要讓參與照護病人的醫療團隊每一位成員能在幾秒鐘內就對病人的狀況有全面的印象。特別是對值班和會診的醫師，在作出決策或

提供建議時不致因疏忽掉病人的某些狀況而造成遺憾。另一方面，如果問題列表遺漏了病人某些重要狀況，便可能導致參閱者完全忽略這方面的考量，則反而更加危險。因此，沒有問題列表的 POMR 當然並不完美，但有問題列表卻沒有認真填寫，則不如沒有問題列表。故醫院要求病歷要有問題列表之前，必須有充分的溝通和教育課程，而不是單方的宣告。曾有醫院將入院病歷的「暫時診斷」利用電腦軟體自動轉成問題列表的內容，但因在「暫時診斷」鍵入的資料通常未包含病人的全部問題，導致項多數問題列表並不完整，故筆者並不建議使用由電腦拼湊而非特定製作的問題列表。

問題列表的格式十分多元，筆者推薦西雅圖華盛頓大學醫學院所設計的工作問題列表（working problem list）。如下表所示，華盛頓大學的工作問題列表有四個欄位，分別是：**編號**、**問題敘述**、**開始日期**、**解決日期**。

下表的例子不盡完美，也許有老師認為問題 1 及 2 應整合在一起，又有認為問題 1 應分為三項：“chronic hepatitis B”、“cirrhosis”和“hepatocellular carcinoma”。其實怎麼分不重要，最重要的是能弄清楚病人整體狀況。至於病情的細節，則應記錄在病歷的正文之中。

編號	問題敘述	開始日期	解決日期
1	HBV cirrhosis and HCC, s/p TACE	2017/11/25	
2	HCC rupture	2018/1/22	
3	Type-2 DM	1998	
4	Acute appendicitis, s/p	1996/3/20	1996/3/21
5	Pneumonia	2018/1/24	
6			
7			
8			
9			

結語

病歷的要求只要**真實**和**簡明**。為了真實，最好避免剪貼；為了簡明，目前最好的方法就是 POMR。病歷寫作的目的是訊息的傳遞，而不是為了遷就某些人為的標準，如果病歷能**真實**和**簡明**，就不必拘泥於表達的用詞和格式了。最後還要強調，寫作的框架和文字有如病歷的軀體，如果欠缺思考和判斷，則病歷就像是失去靈魂一般，毫無意義。