04510711
ปกิณกะ

การสรุปรายงานผู้ป่วยใน : ปัญหาเรื้อรังที่แพทย์ละเลย

วิทยา ถิฐาพันธ์ พ.บ.*
ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล วท.บ. (พยาบาล)*

บทนำ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งถูกรับไว้ในโรงพยาบาลนั้น แพทย์ผู้ดูแลจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลายประการ เช่น การเขียนรายงานแรกรับ (Admission note), รายงานการดำเนินโรค (Progress note), แบบฟอร์มการปรึกษาหารือ (Consultation Form) และใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน (General In-Patient Summary) ในบรรดาแบบฟอร์มต่างๆ ใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน (General In-Patient Summary) เป็นแบบฟอร์มที่มีความสำคัญค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นแบบฟอร์มที่เป็นการสรุปขั้นตอนสุดท้ายเกี่ยวกับผู้ป่วยว่าเป็นโรคอะไร ได้การรักษาหรือผ่าตัดอย่างไร มีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาอื่นหรือไม่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในหลายประการ เช่นใช้ในการดูแลรักษาและตรวจติดตามผู้ป่วย ใช้ในการทำวิจัย ใช้ในการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน, ใช้ในการทำสถิติและรายงาน, ใช้ในการวางแผนบริหารงานของโรงพยาบาล,ใช้เป็นหลักฐานในการเขียนใบรับรองแพทย์, หรือใบประกันชีวิตและสุขภาพ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการป้องกันแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง

อย่างไรก็ตามมีแพทย์จำนวนน้อยมากที่ให้ความสนใจในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง และเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน อาจจะเป็นเพราะไม่เห็นประโยชน์ ไม่เคยเรียนวิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากไม่มีการเรียนการสอนที่แน่ชัดในหลักสูตรแพทยศาสตร์ รวมทั้งอาจเป็นเพราะแพทย์สนใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าที่จะบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มต่างๆ ซึ่งเป็นงานที่น่าเบื่องานสรุปรายงานผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจึงมักตกอยู่ในมือของแพทย์ที่ยังมีความรู้น้อย หรือยังอยู่ในช่วงเรียนรู้เช่น นักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน หรือแม้กระทั่งในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจถูกสรุปโดยบุคลากรอื่น เช่น พยาบาลประจำตึกหรือหอผู้ป่วยก็มี

จากเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงยังผลให้การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก, ขนาดใหญ่ หรือแม้แต่ในโรงเรียนแพทย์จึงมีปัญหามากมายทั้งในแง่การบันทึกที่ผิดพลาด ไม่ครบถ้วน นำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้

ใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน (General In-Patient Summary)

ใบสรุปรายงานผู้ป่วยในมีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน (รูปที่ 1) คือ

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชื่อ นามสกุล เลขที่โรงพยาบาล ที่อยู่ อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ฯลฯ

2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาของแพทย์โดยตรง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค (Diagnosis), การผ่าตัด (Operation) และการดูแลรักษาอื่นที่สำคัญ

3. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ สภาพของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย (Discharge status) และชนิดของการจำหน่าย (Type of discharge)

ในบทความนี้จะกล่าวแต่เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยคือส่วนที่ 2 เท่านั้น

GENERAL

SIRIRAJ HOSPITAL
FACULTY OF MEDICINE
MAHIDOL UNIVERSITY

GENERAL IN-PATIENT SUMMARY

1 ADMISSION NUMBER

2 HOSPITAL NUMBER (1-8)

3 PATIENT'S NAME

4 MARITAL STATUS
1 SINGLE 4 DIVORCED
2 MARRIED 5 WIDOWED
3 SEPARATED 6 PRIEST

5 SERIAL NUMBER OF ADMISSION (1 st 2 d 3 d etc)

6 PATIENT'S ADDRESS
NO SOI STREEL TAMBON AMPUR. CHANGWAT (9-12)

7 SEX (13)
1 MALE
2 FEMALE

9 10 AMPUR 11 12 CHANGWAT 13 SEX

8 ETHNIC GROUP (14): THAI 1 | CHINESE 2 | THAI ISLAM 3 | THAI X CHINESE 4 | INDIAN 5 | OTHER (SPECIFY) 9

9 OCCUPATION (15-16)

14 ETHNIC 15 16 OCCUPATION

10 PERSON TO BE NOTIFIED
ADDRESS

11 DATE OF BIRTH

12 AGE AT ADMISSION (17-18)
INFANTS ONLY
YRS MO DAYS

17 18 AGE 19 20 GRAV PAR

13 GRAVIDITY (19) 14 PARITY (20) 15 LIVING CHILDREN 16 SEROLOGY

20 DATE OF | DAY | MONTH | YEAR
ADMISSION (23 24)
DISCHARGE (25)

21 22 DEPT 23 24 M Y 25 M ADM. DISCH.

17 DEPARTMENT (21-22)
1 MEDICINE 5 PED 9 PSYCHIAT
2 SURGERY 6 ENT 10 RADIOLOGY
3 OBS 7 EYE 11 DENTAL
4 GYN 8 ORTHOPEDICS 12 OTHERS

19 WARD

21 LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (DAYS) (26-28)

26 27 28 LENGTH OF STAY

22 DIAGNOSES
(1) PRINCIPAL DISEASE, INJURY OR OTHER CONDITION FOR WHICH PATIENT WAS TREATED
(2) UNDERLYING CAUSE OF DISEASE
(3) PRINCIPAL COMPLICATIONS OTHER DISEASE
(4) OTHER DIAGNOSES (STATE WHETHER CHRONIC OR ACUTE)

29 30 31 DIAG 32 33 34
35 36 37 38 DIAG 2
39 40 41 42 DIAG 3
43 44 45 46 DIAG 4
47 48 49 50 OP. 1

23 OPERATIONS
OPERATION 1
OPERATION 2
OTHER DIAGNOSES, OPERATIONS AND REMARKS.

51 52 53 54 55 56 OP. 2 DISCH
57 58 59 60 61 62 DEATH AGE
63 64 65 66 67 68 E CODE
69 70 E CODE 71 72 73 74
75 76 77 78 HOSPITAL 79 80 Y YR CARD

25 DISCHARGE STATUS (55)
1 COMPLETE RECOVERY
2 IMPROVED
3 NOT IMPROVED
8 DEAD NO AUTOPSY
9 DEAD AUTOPSY

26 TYPE OF DISCHARGE
1 WITH APPROVAL
2 AGAINST ADVICE
3 BY ESCAPE
4 BY TRANSFER
5 OTHER (SPECIFY)
9 DEATH

IN CASE DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM

ATTENDING PHYSICIAN ..... SIGNATURE

APPROVED BY .. .. SIGNATURE

รูปที่ 1 แสดงใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน (General In-Patient Summary)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่

1. Principal disease, injury or other condition for which patient was treated

หมายถึง โรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นใดก็ตามที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ โดยที่ต้องเป็นการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายไม่ใช่การวินิจฉัยเบื้องต้นเว้นแต่ว่าไม่สามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายได้ ก็ให้การวินิจฉัยที่สามารถระบุได้มากที่สุดเป็นอาการหรืออาการแสดง โดยหลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำที่แสดงความไม่ชัดเจน เช่น Possible, Questionable, Suspected หรือ Rule out

2. Underlying cause of disease

หมายถึง โรคหรือสาเหตุดั้งเดิมที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาในครั้งนี้ด้วยสาเหตุอื่น แต่ไม่ใช่เหตุโดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในครั้งนี้

3. Principal complications

หมายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค การบาดเจ็บ ภาวะอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษาหรือผ่าตัดในครั้งนี้

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

หมายถึง โรค การบาดเจ็บ หรือภาวะอื่นใดก็ตามที่พบในผู้ป่วยรายนี้ แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในครั้งนี้

การผ่าตัด (Operation)

ในหัวข้อนี้จะเห็นว่ามีการแบ่งการผ่าตัดออกเป็น Operation1 และ Operation 2 ซึ่งแต่ละ Operation หมายถึง *การผ่าตัด 1 ครั้ง* ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็ก ผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดอวัยวะเดียว หรือหลายอวัยวะก็ตาม ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนี้

ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดมากกว่า 1 ครั้งในการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งเดียว ก็จำเป็นต้องบันทึกการผ่าตัดทุกครั้งแยกจากกัน

ตัวอย่างการบันทึกการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด

การบันทึกการวินิจฉัยโรคบางครั้งก็ง่ายมาก แต่บางครั้งก็ยุ่งยากเนื่องจากการดำเนินโรคค่อนข้างสลับซับซ้อน หรือมีโรคหลายโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ผู้บันทึกจึงควรรู้ว่าจะแยกการบันทึกโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ไว้ในหัวข้อใด ดังตัวอย่างที่จะกล่าวถึงข้างล่างนี้พอสังเขป

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยรายหนึ่งสบายดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มา1วัน ต่อมาอาการปวดเลื่อนไปอยู่บริเวณท้องน้อยข้างขวา แพทย์ตรวจแล้วให้การวินิจฉัยว่าเป็น Acute Appendicitis ให้การรักษาโดยการผ่าตัด จากการผ่าตัดพบว่าเป็น Ruptured appendicitis ได้ทำผ่าตัด Appendectomy with drainage หลังผ่าตัดสบายดีและจำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 14 หลังผ่าตัด

การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ควรเป็นดังนี้

---

1. Principal disease, injury or other condition for which patient was treated

Ruptured Appendicitis

2. Underlying cause of disease

-

3. Principal complications

-

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

-

Operation 1

Appendectomy with drainage

Operation 2

-

ข้อวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ให้การวินิจฉัยโรคขั้นต้นว่า Acute Appendicitis แต่สามารถให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายได้ว่าเป็น Ruptured Appendicitis จึงต้องบันทึกการวินิจฉัยโรคในหัวข้อที่ 1 ว่า Ruptured Appendicitis ไม่ใช่ Acute Appendicitis ซึ่งเป็นการวินิจฉัยโรคขั้นต้นและมีความชัดเจนน้อยกว่า ส่วนหัวข้อที่ 2, 3 และ 4 ไม่ต้องบันทึก สำหรับการผ่าตัดก็บันทึกใน Operation 1 ว่า Appendectomy with drainage

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 50 ปีมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมานาน แต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เนื่องจากไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ต่อมาขาซ้ายเน่า (gangrene of left leg) จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อตัดขาซ้ายออก (Left leg amputation) ภายหลังการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ภายหลังการรักษา 14 วัน

การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ควรเป็นดังนี้

---

1. Principal disease,injury or other condition for which patient was treated

Gangrene of left leg

2. Underlying cause of disease

Diabetes Mellitus

3. Principal complications

-

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

-

Operation 1

Amputation of left leg

Operation 2

-

ข้อวิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานมานาน แต่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยปัญหา gangrene of left leg เพื่อรับการผ่าตัด Amputation of left leg ดังนั้นการวินิจฉัยโรคในหัวข้อที่ 1 จึงต้องเป็น Gangrene of left leg *ไม่ใช่ Diabetes Mellitus* แต่เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นผลโดยตรงจากโรคเบาหวานที่มีอยู่เดิม ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคหัวข้อที่ 2 จึงต้องบันทึก Diabetes Mellitus ส่วนหัวข้อที่ 3 และ 4 ไม่มีการบันทึก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการวินิจฉัยโรคอื่นอีก สำหรับการผ่าตัด ก็บันทึกใน Operation 1 ว่า Amputation of left leg

ตัวอย่างที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 40 ปี แข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว คลำได้ก้อนในท้องน้อยมาประมาณ 2 เดือน แพทย์ตรวจแล้วให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า เนื้องอกมดลูก (Myoma Uteri) ได้รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยต่อ ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพียง 1 วัน ก็ไม่ยินยอมรักษาต่อและขอกลับบ้านโดยที่ยังไม่ได้การวินิจฉัยที่แน่ชัด เนื่องจากกลัวว่าอาจถูกผ่าตัด

การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ควรเป็นดังนี้

---

1. Principal disease,injury or other condition for which patient was treated

Pelvic Mass

2. Underlying cause of disease

-

3. Principal complications

-

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

-

Operation 1

-

Operation 2

-

ข้อวิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาต่อ ดังนั้นจึงต้องบันทึกการวินิจฉัยโรคในหัวข้อที่ 1 แค่เพียง Pelvic Mass เท่านั้น ไม่ใช่ Myoma Uteri เพราะยังไม่ได้การวินิจฉัยที่แน่ชัด แม้ว่าจะคิดถึงโรคนี้มากที่สุดก็ตาม นอกจากนี้ ยังไม่ควรให้การวินิจฉัยว่า Possible Myoma Uteri หรือ Questionable Myoma Uteri หรือ Suspected Myoma Uteri เนื่องจากเป็นการวินิจฉัยที่ไม่ชัดเจน ส่วนหัวข้ออื่นไม่มีข้อมูลที่จะบันทึก

ตัวอย่างที่ 4

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 50 ปี เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 5 ปีและความดันโลหิตสูงประมาณ 7 ปี มาโรงพยาบาลด้วยปัญหาเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดมาประมาณ 1 เดือน ภายหลังการตรวจแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ 1 ให้การรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้หลังการผ่าตัด 7 วัน

การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ควรเป็นดังนี้

1. Principal disease,injury or other condition for which patient was treated

Carcinoma of Uterine Corpus Stage I

2. Underlying cause of disease

-

3. Principal complications

-

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

Diabetes Mellitus

Chronic hypertension

Operation 1

Total abdominal hysterectomy

Bilateral salpingo-oophorectomy

Operation 2

-

ข้อวิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดประมาณ 1 เดือน และสามารถให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายได้ว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกระยะที่ 1 ดังนั้นการบันทึกการวินิจฉัยโรคในหัวข้อที่ 1 จึงเป็น Carcinoma of Uterine Corpus Stage I เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเป็นไม่ใช่เหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงต้องบันทึกโรคทั้ง 2 ไว้ในการวินิจฉัยโรคหัวข้อที่ 4 ส่วนการผ่าตัดแม้จะมีการผ่าตัดทั้งมดลูกและรังไข่ แต่เป็นการผ่าตัดครั้งเดียวกัน จึงต้องบันทึกไว้ใน Operation เดียวกัน คือ Operation 1

ตัวอย่างที่ 5

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด ตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ไป ทำแท้งกับหมอเถื่อน ไม่ทราบว่าใส่อะไรเข้าไปในช่องคลอด ภายหลังทำแท้ง 2 วัน ปวดท้องและมีเลือดออกมากทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลและให้การวินิจฉัยว่า Criminal incomplete abortion ได้ให้ยาปฏิชีวนะและขูดมดลูก ภายหลัง

การขูดมดลูกเลือดไหลไม่หยุดจึงนำผู้ป่วยไปตัดมดลูกออก ต่อมาผู้ป่วยเกิดไตวายและภาวะช็อคจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

การบันทึกในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ควรเป็นดังนี้

---

1. Principal disease, injury or other condition for which patient was treated

Criminal incomplete abortion

2. Underlying cause of disease

-

3. Principal complications

Acute renal failure

Septic Shock

4. Other diagnoses (state whether chronic or acute)

-

Operation 1

Uterine Curettage

Operation 2

Total Abdominal hysterectomy

ข้อวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลภายหลังไปทำแท้ง และแพทย์ได้ตรวจแล้วให้การวินิจฉัยว่าเป็น Criminal incomplete abortion ดังนั้นการบันทึกการวินิจฉัยโรคในหัวข้อที่ 1 จึงเป็น Criminal incomplete abortion ซึ่งภายหลังการดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาคือไตวายและภาวะช็อคจากการติดเชื้อดังนั้นจึงต้องบันทึกภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 ไว้ในการวินิจฉัยโรคหัวข้อที่ 3 ส่วนหัวข้อที่ 2 และ 4 ไม่มีข้อมูลที่จะบันทึก

สำหรับหัวข้อการผ่าตัด เนื่องจากหัตถการที่ทำนั้นเป็นการกระทำ 2 ครั้งแยกจากกัน จึงต้องบันทึกไว้ใน Operation 1 และ Operation 2 แยกจากกัน

ข้อบกพร่องในการบันทึกใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมานานพอควร พบว่ามีข้อบกพร่องของการบันทึกข้อมูลในใบสรุปรายงานผู้ป่วยในที่พบบ่อยๆ อยู่หลายประการ ได้แก่

1. การบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคในหัวข้อต่างๆ ไม่ถูกต้อง เช่น ลงบันทึกผิดหัวข้อ สลับหัวข้อ ไม่บันทึกข้อมูลที่ควรบันทึก หรือบันทึกข้อมูลที่ไม่ควรบันทึก

2. การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น บันทึกการผ่าตัดครั้งเดียวเป็นหลายการผ่าตัด บันทึกการผ่าตัดผิดหัวข้อ

3. มีความหลากหลายในการวินิจฉัยโรคค่อนข้างมากในโรคเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก อาจได้รับการวินิจฉัยได้เป็นหลายชื่อ เช่น Myoma Uteri, Liomyomatous Uterus, Multiple myoma Uteri หรือมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก อาจได้รับการวินิจฉัยเป็น Cervical intraepithelial neoplasia III หรือ severe dysplasia ซึ่งสร้างความสับสนค่อนข้างมากในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาต่อมา

4. ปัญหาเกี่ยวกับความละเอียดและชัดเจนของการวินิจฉัยโรค บางรายมีการวินิจฉัยโรคที่หยาบมาก เช่น congenital heart disease, Ovarian tumour หรือในบางรายก็มีการวินิจฉัยโรคที่ละเอียดมากเกินไป เช่น Mucinous Cystadenocarcinoma of both ovaries stage IV with metastasis to pelvic peritoneum, omentum, liver and lung ทั้ง 2 กรณีสร้างปัญหามากในการเก็บรวบรวมข้อมูลในภายหลัง ในกรณีที่ข้อมูลที่หยาบเกินไป มักเป็นข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ไม่ค่อยได้ ส่วนในรายที่ข้อมูลที่ละเอียดเกินไป ก็มักจะยุ่งยากในการรวมข้อมูล

5. การใช้คำย่อ มีรายงานจำนวนมากที่ใช้คำย่อในการวินิจฉัยโรค คำย่อบางคำก็เข้าใจกันทั่วไป แต่คำย่อบางคำก็ใช้กันเฉพาะในโรงพยาบาลแห่งนั้น ซึ่งก่อปัญหาอย่างมากในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากมีโอกาสแปลคำย่อนั้นผิดพลาดหรือเข้าใจไม่ตรงกันได้

6. ลายมือที่เขียน เป็นปัญหาที่อยู่ในอันดับ

ต้นๆ ของปัญหาในการบันทึกใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน พบว่ามีรายงานจำนวนไม่น้อยที่อ่านลายมือไม่ออก ทำให้การนำไปใช้ประโยชน์ทำได้ยากมาก

7. ตัวสะกดผิด มักพบในใบสรุปรายงานที่บันทึกโดยนักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน

แนวทางในการแก้ปัญหา

1. จัดให้มีการบรรยาย ฝึกอบรม แก่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์แพทย์เพื่อให้สามารถบันทึกใบสรุปรายงานผู้ป่วยจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

2. นำการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัดตามระบบของ International Classification of Disease (ICD) มาใช้เพื่อแก้ปัญหาความสับสน ความละเอียดและชัดเจนของการวินิจฉัยโรคหรือการผ่าตัด

3. จัดตั้งหน่วยงานเพื่อรวบรวมเวชระเบียนผู้ป่วยในของแผนกหรือภาควิชาฯ รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาโดยเฉพาะเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์ เช่น การวินิจฉัยโรค

4. เปลี่ยนระบบการเก็บรวบรวม การบันทึกข้อมูล จากการใช้สมุดบันทึก การเขียนด้วยมือ มาเป็นการทำทะเบียนผู้ป่วยในโดยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์แทน

สรุป

การบันทึกใบสรุปรายงานผู้ป่วยใน (General In-Patient Summary) เป็นงานที่ไม่น่าจะยากสำหรับแพทย์ขอเพียงแต่มีความรู้และความเข้าใจในแนวคิดของการวินิจฉัยโรค และการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้สถิติของโรคที่ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย จะมีประโยชน์อย่างมากต่อโรงพยาบาลและอาจถึงระดับประเทศไทยในแง่การศึกษา วิจัย วางแผน และพัฒนาทางด้านการแพทย์ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Volume 2 Instruction manual. Geneva : World Health Organization,1993: 96-123.