

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2009



全国卫生专业技术资格
考试指导

病案信息技术

适用专业

病案信息技术(士、师、中级)

[附赠考试大纲]

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2009

全国卫生专业技术资格
考试指导

病案信息技术

适用专业

[附赠考试大纲]

病案信息技术
(士、师、中级)



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

2009 全国卫生专业技术资格考试指导 病案信息技术/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写.

—北京:人民卫生出版社,2009.1

ISBN 978-7-117-10859-1

I. 2… II. 全… III. ①医学—医药卫生人员—资格考
核—自学参考资料②病案—信息技术—医药卫生人员—资格
考核—自学参考资料 IV. R-42 R197. 323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 177393 号

本书本印次封一贴有防伪标,请注意识别。

病案信息技术

业专用章

2009 全国卫生专业技术资格考试指导
病案信息技术

病案信息技术
(中级、士)

编 写:全国卫生专业技术资格考试专家委员会

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址:北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编:100078

网 址:<http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

印 刷:北京市后沙峪印刷厂

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:37.5

字 数:889 千字

版 次:2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-10859-1/R·10860

定 价:76.00 元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话:010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自2001年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于2008年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》(国人厅发[2007]153号)文件精神,自2008年度起卫生专业技术资格考试中级资格新增疼痛学专业,卫生专业中级技术资格考试专业增加至113个。其中,全科医学、临床医学等64个专业的“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4个科目全部实行人机对话考试。其他49个专业的4个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作,特组织国内有关专家、教授编写了《卫生专业技术资格考试指导》病案信息技术部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求,参考国内外权威著作,将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来,以便于考生理解、记忆。全书内容与考试科目的关系如下:

“基础知识”:考核内容包括概论、病案科的组织管理、病案保护、病案管理、社区病案信息管理。

“相关专业知识”:考核内容包括解剖学、病理生理学、临床医学、计算机基础知识、病案与法、病案管理与医疗保险。

“专业知识”:考核内容包括电子病历、病案的质量监控、医院的信息系统、医院统计工作、现代化设备在病案管理中的应用。

“专业实践能力”:考核内容包括挂号系统、随诊工作、住院病人信息采集、疾病与手术分类。

为保持知识的系统性,避免知识点不必要的重复,本书未单独针对各层次人员分别编写相对应的三部分知识,而是整合了对所有层次人员要求的知识,因此考生在阅读本书时,应根据考试大纲的要求进行复习。

欢迎广大考生或专业人士来信交流学习:zgks2009@163.com。

目 录

第一章 病案管理学概论	1
第一节 病案管理的有关定义	1
第二节 病案信息的作用	2
第三节 病案管理发展的历史回顾	4
第四节 病案管理工作的基本范畴	5
第五节 病案管理教育	8
第六节 各类人员对病案的职责	9
第七节 病案管理的发展趋势	10
第八节 病案管理学术组织	11
第二章 病案科的组织与管理	14
第一节 病案科室的设置和隶属关系	14
第二节 病案委员会	15
第三节 病案科(室)的职责与功能	16
第四节 病案科人员编制	16
第五节 病案科的设备	18
第六节 病案科(室)管理实施方法	19
第三章 病案保护	29
第一节 病案保护的意義和任务	29
第二节 病案库房的建筑与设备	29
第三节 影响病案耐久性的因素	32
第四节 有害生物对病案的危害及防治	48
第五节 光及空气污染对病案的危害及防护	52
第六节 病案库房温、湿度的调节	56
第七节 病案的修复	60
第四章 病案管理	62
第一节 病案的编号	62
第二节 患者姓名索引	66
第三节 病案的建立与形成	70
第四节 病案的收集与整理	77
第五节 各种检查、检验回报的管理	81

第六节 病案的登记	83
第七节 病案的归档	86
第八节 病案的供应	90
第九节 病案控制和示踪系统	91
第十节 病案的保留	96
第十一节 病案表格	100
第五章 社区病案信息管理	108
第一节 社区病案信息管理	108
第二节 社区医疗组织结构	109
第三节 社区病案信息管理系统	110
第四节 社区病案信息管理内容	111
第五节 家庭健康档案与个人健康档案	111
第六节 建立健康档案的目的和意义	112
第七节 社区卫生服务管理	114
第八节 社区卫生服务个人健康档案管理	117
第六章 解剖学	124
第一节 运动系统	124
第二节 消化系统	133
第三节 呼吸系统	140
第四节 泌尿系统	143
第五节 生殖系统	145
第六节 内分泌系统	148
第七节 循环系统	149
第八节 感觉器官	158
第九节 神经系统	162
第七章 生理学	169
第一节 绪论	169
第二节 细胞	170
第三节 血液	173
第四节 血液循环	177
第五节 呼吸	181
第六节 消化	184
第七节 能量代谢与体温	187
第八节 泌尿系统	188
第九节 内分泌	191
第十节 生殖	193

第八章 病理学	194
第一节 细胞和组织的损伤与修复	194
第二节 局部血液循环障碍	198
第三节 炎症	203
第四节 肿瘤	208
第九章 临床医学	217
第一节 症状学	217
第二节 病毒性肝炎	233
第三节 艾滋病	235
第四节 流行性感冒	237
第五节 肺结核	237
第六节 急性气管-支气管炎	238
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	238
第八节 原发性高血压	239
第九节 心功能不全	239
第十节 胃炎	241
第十一节 肝硬化	242
第十二节 消化性溃疡	243
第十三节 尿路感染	243
第十四节 慢性肾小球肾炎	244
第十五节 再生障碍性贫血	244
第十六节 白血病	245
第十七节 系统性红斑狼疮	246
第十八节 类风湿性关节炎	247
第十九节 急性一氧化碳中毒	248
第二十节 急性催眠药物中毒	248
第二十一节 脑栓塞	249
第二十二节 原发性脑出血	249
第二十三节 肠梗阻	250
第二十四节 骨折	251
第二十五节 流产	252
第二十六节 异位妊娠	253
第二十七节 子宫肌瘤	254
第二十八节 新生儿病理性黄疸	254
第十章 计算机基础	256
第一节 计算机基础知识	256
第二节 Windows 系统使用基础	259

第三节	Word 2000 的应用	266
第四节	Excel 2000 使用基础	278
第五节	PowerPoint 2000 使用基础	287
第六节	FoxPro 数据库管理系统	292
第七节	计算机网络	304
第八节	计算机系统安全	311
第十一章	病案与法	313
第一节	法的基本知识	313
第二节	病案在法律中的作用	315
第三节	医务工作者的法律责任	317
第四节	病案专业人员的职责和依法承担的义务	323
第五节	病案管理的法律保障	324
第十二章	病案管理与医疗保险	326
第一节	医疗保险概论	326
第二节	定点医疗机构的管理	328
第三节	医疗保险服务范围与费用支付	329
第四节	医疗保险与病案管理	331
第十三章	电子病案	337
第一节	电子病案的概念及发展概况	337
第二节	电子病案系统的构成及主要技术	342
第三节	电子病案的管理	347
第十四章	病案的质量监控	349
第一节	概念	349
第二节	病案质量管理的任务和内容	350
第三节	病案质量的组织管理	354
第四节	病案信息专业技术环节质量评估及监控指标	356
第五节	病案书写质量评估标准	358
第六节	病案书写质量管理	363
第七节	ISO9000 相关知识	365
第十五章	医院的信息管理	367
第一节	医院信息管理概述	367
第二节	医院信息系统	368
第三节	病案统计信息系统	369
第四节	医院数据挖掘	372

第十六章 医院统计	376
第一节 医院统计概述	376
第二节 统计法律法规和规章制度	377
第三节 医院统计工作	378
第四节 统计资料的分析	379
第五节 常用统计方法	382
第十七章 现代化设备在病案管理中的应用	387
第一节 病案管理现代化的意义和组织	387
第二节 现代化设备的应用	389
第十八章 门急诊挂号	402
第一节 门急诊挂号部门的组织与管理	402
第二节 门急诊挂号处的系统管理	409
第三节 门急诊挂号操作流程	411
第四节 门诊挂号信息的利用	415
第十九章 随诊工作	418
第一节 随诊的概念	418
第二节 随诊工作的种类	420
第三节 随诊工作方式	422
第四节 随诊管理	428
第五节 随诊的组织工作	430
第六节 随诊资料的应用与统计	432
第七节 现代随诊工作的发展	434
第八节 随诊相关制度介绍	439
第二十章 住院患者信息采集	441
第一节 住院患者信息采集工作概述	441
第二节 住院患者信息采集工作常用表格	442
第三节 住院患者信息采集工作实践	450
第四节 住院患者信息采集工作质控	457
第二十一章 国际疾病分类(ICD-10)与手术操作分类(ICD-9-CM-3)	459
第一节 国际疾病分类基本概念	460
第二节 国际疾病分类的发展与应用状况	464
第三节 ICD-10 中的专用术语、符号与省略语	468
第四节 编码操作方法	472
第五节 内容类目表和四位数亚目及相关情况的解释	479

45	第六节 病案首页的填写要求	第 6 章	504
50	第七节 手术操作分类概述	第 7 章	510
51	第八节 手术编码操作	第 8 章	513
52	第九节 手术操作分类各章解释	第 9 章	520
53	第十节 主要手术或操作的选择	第 10 章	546
54		第 11 章	
788		第 10 章	
789		第 11 章	
789		第 12 章	
811		第 10 章	
811		第 11 章	
811		第 12 章	
811		第 13 章	
811		第 14 章	
811		第 15 章	
811		第 16 章	
811		第 17 章	
811		第 18 章	
811		第 19 章	
811		第 20 章	
811		第 21 章	
811		第 22 章	
811		第 23 章	
811		第 24 章	
811		第 25 章	
811		第 26 章	
811		第 27 章	
811		第 28 章	
811		第 29 章	
811		第 30 章	
811		第 31 章	
811		第 32 章	
811		第 33 章	
811		第 34 章	
811		第 35 章	
811		第 36 章	
811		第 37 章	
811		第 38 章	
811		第 39 章	
811		第 40 章	
811		第 41 章	
811		第 42 章	
811		第 43 章	
811		第 44 章	
811		第 45 章	
811		第 46 章	
811		第 47 章	
811		第 48 章	
811		第 49 章	
811		第 50 章	
811		第 51 章	
811		第 52 章	
811		第 53 章	
811		第 54 章	
811		第 55 章	
811		第 56 章	
811		第 57 章	
811		第 58 章	
811		第 59 章	
811		第 60 章	
811		第 61 章	
811		第 62 章	
811		第 63 章	
811		第 64 章	
811		第 65 章	
811		第 66 章	
811		第 67 章	
811		第 68 章	
811		第 69 章	
811		第 70 章	
811		第 71 章	
811		第 72 章	
811		第 73 章	
811		第 74 章	
811		第 75 章	
811		第 76 章	
811		第 77 章	
811		第 78 章	
811		第 79 章	
811		第 80 章	
811		第 81 章	
811		第 82 章	
811		第 83 章	
811		第 84 章	
811		第 85 章	
811		第 86 章	
811		第 87 章	
811		第 88 章	
811		第 89 章	
811		第 90 章	
811		第 91 章	
811		第 92 章	
811		第 93 章	
811		第 94 章	
811		第 95 章	
811		第 96 章	
811		第 97 章	
811		第 98 章	
811		第 99 章	
811		第 100 章	

第一章 病案管理学概论

第一节 病案管理的有关定义

我国地域辽阔,历史悠久,传统医学对患者的诊疗记录称为诊籍、医案或脉案,现代医学则有病案、病历、病史之称呼。案有案卷之义,历有过程之义。当病案未完成、未交到病案科时,一般称为病历,如医师书写病程记录称之为写病历。当病案已回收到病案科,经过整理加工,这时已成册,遂可称为病案。有时,这些称呼混用。严格地说,病案与病历的区别在于前者是指完成或暂完成的医疗活动的医疗记录,后者是指在医疗过程中的医疗记录。

病案是有关患者健康状况的文件资料,包括患者本人或他人对病情的主观描述和医务人员对患者的客观检查结果及医务人员对病情的分析、诊疗过程和转归情况的记录以及与之相关的具有法律意义的凭据。记录患者健康状况的记录可以是以文字形式,也可以是图表、图像、录音等其他形式。它们的载体可以是纸张、缩微胶片、磁盘、硬盘、光盘或其他设备。

目前,病案的称谓已不再仅指医疗记录(medical records),而是指更为广义的健康记录(health records)。这种改变首先出现在发达的国家,他们在20世纪90年代初开始使用健康记录这一名称。这与家庭医生、社区医疗不无关系,通过这些初级的医疗及健康的检查,形成了更为完整的个人健康档案,为医院的医疗提供有价值的信息。病案管理也涉及这些资料的收集与管理。

一份合格的病案应当能够准确地回答“谁”、“什么”、“为什么”、“什么地方”和“怎么样”等问题。具体地说就是病案记录的内容要能够明确的表达医疗的对象是谁?开出医嘱的是谁?执行医嘱的是谁?接受医疗的是什么疾病?为什么要这样医疗?医疗操作在什么地方进行?医疗活动是如何进行的?病案除了能够回答上述问题外,还要强调记录的完整性、及时性和准确性。在合格病案的基础上,对病程记录能够很好地支持医师所得出的诊断,支持所采取的医疗合理。这可以认为是一份好的病案。而一份高质量的病案则应当包含对病情的分析,甚至当前国内外对该疾病的认识,对该疾病检查及医疗的措施等。

病案管理含义有广义和狭义之分。狭义的概念指对病案的物理性质的管理,即对病案资料的回收、整理、装订、编号、归档和提供等工作程序。广义病案管理则指卫生信息管理,即不仅是对病案物理性质的管理,而且对病案记录的内容进行深加工,提炼出消息,如建立较为完整的索引系统,对病案中的有关资料分类加工、分析统计,对收集资料质量进行监控,向医务人员、医院管理人员及其他信息的使用人员提供高质量的卫生信息服务。在20世纪80年代初期,针对病案管理工作的发展及变化,国际上普遍认为“病案管理”的称呼过于狭窄,不能涵括其专业的所有方面,并就其是否更名为“卫生信息管

理”更为合适进行了讨论。在 20 世纪 90 年代初,美国、澳大利亚等国家纷纷将专业改名为卫生信息管理,杂志、学会组织也更名为卫生信息管理杂志、卫生信息管理学会。应当说,我国已从病案管理过渡到卫生信息管理,因而目前病案管理的名称只是惯用语,病案管理学实质上是指广义的含义,是卫生信息管理学,其管理的信息是以病案为主要来源。

病案管理学是研究病案资料发生、发展、信息转化、信息系统运行规律的学问。它是一个实用性的边缘学科。除病案管理、疾病分类、手术分类等自身专业外,还涉及基础医学、临床医学、流行病学、心理学、组织管理学、统计学、计算机技术、相关专业和国家政策及法律法规等。病案管理学的研究对象是病案管理、病案部门组织、专业技术、方法和标准。病案管理学的任务是通过理论研究,总结出一套行之有效的技术、方法和标准指导病案实际工作,使病案资料的收集、整理、分类、存储、信息加工、资料或信息的提供、病案管理的质量监控、病案书写质量监控等工作流程更加简便易行,符合时代的特点、客观实际的需要。病案管理学还应当研究病案教学的规律,通过正规专业教育及继续教育指导人才培养。

第二节 病案信息的作用

一份病案可谓集医疗信息之大成,一些病案资料本身就具有信息的特征。例如,使用者可以直接从化验报告的数据中获得信息,了解患者的疾病情况。病案所具有的信息作用主要是那些能直接供医疗服务的资料。还有一些病案资料需要通过加工才能具有信息作用,这主要是一些管理信息。总之,病案具有备忘、备考、守信、凭证的功能,这些功能在医院中发挥不同的作用。

一、医疗作用

病案的医疗作用主要是备忘。没有一个医师可以永久记住一个患者的健康历史,特别是一些细节,哪怕那个患者是他最亲近的家人。

医院的设置中可以没有某一临床专科甚至仅有一个专科也可以从事医疗活动,但是没有病案就无法维持医院的工作。在现代医疗中,医疗是一个整体行为,医师、护士和医技人员都直接参与到患者的医疗过程中,病案记录则是医务人员对疾病抉择诊断治疗的依据,病案资料可以维系医疗团体的信息传递。患者的健康历史,患过什么病,吃过什么药,做过什么治疗,对什么药物过敏,当前患者的病情诊断治疗的计划、方案这些记录对参与医疗的人员都至关重要。

二、临床研究与临床流行病学研究作用

病案对临床研究与临床流行病学研究具有备考作用。临床研究主要是对案例的研究,即个案或多个案例的研究。临床流行病学的研究则对案例相关性的研究,对疾病在家族、在人群流行、分布的研究。病案要想更好地服务于这一目的,必须有计划地收集相关的信息,建立好的索引系统。

三、教学作用

没有一种疾病的临床表现是完全相同的,因为不同的体质、不同的年龄等对疾病会

有不同的反应。因此,病案被誉为活的教材。病案作为教材的优点还在于它的实践性,它记录人们对疾病的认识、辨析、治疗的成功与失败的过程。

四、医院管理作用

病案的管理作用通常需要通过病案资料的统计加工才能发挥作用。例如,门诊量的增减、住院病种的变化、住院天数变化、医疗付费的多少、医疗质量的高低都是医院管理者感兴趣的内容。统计、分析这些变化的原因,对医院制定管理目标、评价管理质量有极其重要的意义。

病案对医院管理的作用是近年来才被逐渐认识到的新作用,对其方法及使用方面仍有许多研究的课题。

五、医疗付款凭据作用

随着我国医疗改革的深入,基本医疗保险制度、商业医疗保险在我国的开展,病案在医疗付款方面有了新的作用——凭证作用。病案如果丢失,在医疗付款中失去了凭据,将会遭到全部拒付。如果医嘱中记录了抢救费,病案记录中必须有抢救记录。如果医嘱中收了CT检查费,则病案中必须有CT检查报告,否则视为未执行检查,拒付检查费。这对病案记录的完整性、保管的完好性等提出了严格的要求。

在美国,1983年就开始了以“相关疾病诊断分组(Diagnosis Related Groups,简称DRGs)”为标准的“预付收费体制(Prospective Payment System,简称PPS)”。它是按病案中记录的疾病进行国际疾病分类编码,再归纳入DRGs相关的组别,并以它计算出收费的指数。DRGs近年来在国际上相当流行。欧美国家、亚洲国家甚至我们国家的香港和台湾地区,都采用了类似的收费体制。在这种收费制度下,规定了各种疾病的收费标准。因此,病案记录中的疾病诊断、疾病的编码都成了收费的关键。

六、医疗纠纷和医疗法律依据作用

医疗是一个高危市场。医院是以患者为医疗对象,极容易出现医疗意外、医疗事故,产生医疗纠纷和法律事件。

在病案中,有一系列须患者或家属签字的文件,如住院须知、手术同意书、危重病情通知书等。这些具有患者或家属签字的知情同意书等文件赋予医院某种权力,它具有法律作用。除了患者及家属签字的文件外,病案记录的本身也是具有法律意义的文件。它记录了医务人员的诊治过程,在新的法律条文“举证倒置”的要求下,一旦患者向法庭起诉医院并涉及病案时,医院必须向法院提供病案记录,提供医院“无过错”的证据。如果病案记录不恰当、不完整、不准确、有修改等,在法庭上都将是不利的证据;如果提供不出病案,其后果则更为严重。

七、历史作用

病案记录了人的健康历史,也记录人类对疾病的抗争史,同时病案记录也可以反映某一历史时期的历史事件。例如,现在不少人到医院要求提供出生记录,以作为移民到国外的证件。又如,北京协和医院的病案记录统计表明,日本侵华期间使用了细菌战毒

杀我国人民,结果华北地区霍乱病例明显增加。有人甚至利用病案来研究妇女在某一时期内与男人的地位差别。

第三节 病案管理发展的历史回顾

一、中国病案与病案管理发展回顾

医学发展的历史与病案发展历史的轨迹是齐头并进的,有了医学便有病案。

远古时代医药传说有“神农尝百草、伏羲制九针”。根据传说,伏羲属海岱民族(又称泰族),是东夷人的祖先,所处时代约为旧石器时代中晚期(大约生活在距今 10000~4000 年前)。伏羲曾教民众结网,从事渔猎畜牧,因此,将其视为原始畜牧业时期的代表。伏羲使用画八卦的方法记事,这比结绳记事有了较大的进步。伏羲还尝试百药,创制了九针。从那时起,人们开始用针具治病。在远古时期,除传说外,由于尚无文字,所以反映医学发展的遗迹是石刻,或刻录在山洞石壁、石柱,或刻录在墓门、墓壁上。

我国的医学档案起源于何时,尚未清楚。已知我国最早的医学文字记录可追溯到三千五百年前的商代。根据考古,商王朝后期都城遗址,位于河南省安阳市西北郊洹河两岸,又名殷墟,面积约 24 平方公里。据文献记载,自盘庚迁都于此至纣王(帝辛)亡国,整个商代后期以此为都,共经 8 代 12 王、273 年。年代约公元前 14 世纪末至前 11 世纪。在 1899 年清光绪 25 年,在河南安阳出土了大量的甲骨文,出土的商代甲骨文记录了打仗、祭祀、出巡、狩猎、疾病等情况。

较甲骨文晚些时候的是简牍。单一竹片为“简”,多片编连为“策”;单一木片为“牍”,较为狭的版叫“木简”,许多版、牍相连为“函”。我国先后在湖南长沙,湖北江陵、云梦,山东临沂,西北敦煌、武威等地发现了大量的秦、汉简册档案。2001 年,考古学还发现 1200 多块战国时期的简牍,破译了许多千古之谜。1977 年在安徽阜阳双古堆出土了第二代汝阴侯夏侯灶墓的汉简。夏侯灶卒于汉文帝前元十五年(公元前 165),故《万物》的竹简抄本年代,在西汉初年。据竹简出现的“越”、“符离”等春秋时期才有的地名,考证《万物》的撰写时代可能是战国初期或春秋时代。《万物》记载的药物种类有 71 种,其中玉石部 5 种,草部 23 种,木部 5 种,兽部 11 种,禽部 4 种,鱼部 11 种,果部 4 种,米谷部 4 种,菜部 4 种。此外,还有“莫盗”、“鼠享”、“大发”、“石卦”等待考。《万物》记载药物治疗的疾病,初步统计有病名 31 种,包括内、外、五官、神经等各科疾病。《万物》所记载的病证,如寒热、烦心、心痛、气臌、鼓胀、痿、瘞、折、痿、痛、耳、惑、睡、梦噩、失眠、健忘等,皆流传于后世,其中有的至今仍被沿用。

帛是丝织品,作为书写材料,几乎与简册同时并行。1973 年 12 月长沙马王堆 3 号西汉墓出土,约 29 件 12 万字,该墓入葬时间为汉文帝十二年。根据书体、避讳字和帛书上出现的纪年内容,专家推定为秦末至西汉初抄写。有古医书《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》甲本、《脉法》、《阴阳脉死候》、《五十二病方》、《却谷食气》、《阴阳十一脉灸经》乙本、《导引图》、《养生方》、《杂疗方》和《胎产书》等,为迄今发现的较古医书。我国最早的病案记录是由公元前 200 年西汉时的淳于意记录的,《史记·扁鹊仓公列传》记录了他写的病案 25 例,称为诊籍。

纸张产生于西汉,至东晋才逐步代替竹木材料。纸张病案至今仍为医疗记录的主要载体。在第二次世界大战中,缩影技术得到了发展,以后这种技术还应用到病案,成为新的载体。我国在病案中使用缩影胶片、胶卷,是在20世纪80年代初期。而在20世纪90年代的中期,光盘作为医学记录载体出现,同时,医学记录的某一部分采用电子形式也产生。

中国病案管理的历史也可以追溯到商朝,从殷墟出土的大量医疗记录甲骨文,必定有一定排列的顺序。存于中国历史档案馆的中国皇室的大量宫廷医案,它也必定需要适当的管理,但具体的方法尚未有报道。

中国现代医院的历史可以追溯到19世纪初,大都是西方传教士来华建立的。一般认为现代病案管理是以北京协和医院1921年建立病案室为始。虽然北京协和医院的前身——北京施医院的医疗记录是1861年开始的,但当时没有专职的管理人员,只是简单的汇集,没有索引,没有管理。中国还有其他医院建立早于1921年,也都是有记录,没有管理。

北京协和医院1921年建立,从此翻开了现代病案管理的一页。在1921年,北京协和医院的病案室便形成了相当完善的管理系统,建立有患者姓名索引系统、疾病分类系统、手术分类系统、病案编号系统、患者入院、出院登记等。1922年3月建立了医院病案委员会,推动着北京协和医院病案工作的发展建设。

二、外国病案发展回顾

外国的医疗记录历史同中国一样久远,最早也可追溯到旧石器时代。在西班牙旧石器时代的山洞的墙壁上,发现一环钻和手指截断的侧面图,这大约在公元前25 000年所作。

传说同样也是记录历史的一种方法。在埃及,传说在古埃及时代的透特(有四个不同的外文名称 Thot, Thoth, Anthothis, Althothis)是医学之神,文字的创造者。他被描述为人身朱鹭鸟头,他著写了36到42本书,其中有6本是医书,涉及人体、疾病、疗病的器械、药物和眼病。这些书应是当地僧侣所著,由于透特是文字之父,所以僧侣们请他指正,这些书也归功于他。在埃及历史上,另一个半神半人的医学家是Imhotep,他生活在金字塔时代(公元前2900年)。Imhotep被认为是Edwin Smith纸草(草制成的纸)的作者,纸草是在19世纪由Edwin Smith发现。纸草是公元前1600年抄写的,长15英尺,宽13英寸,两面共记录了48例外科病历。每一病历的书写都有固定格式,标题(描述疾病情况)、检查、诊断和治疗。对每一病例,他都指出要或不要进行治疗。

第四节 病案管理工作的基本范畴

一、收 集

病案资料的收集是病案管理工作的第一步,也是基础工作。在这一过程中要强调掌握收集资料的源头。对于门诊病案,资料源头产生于挂号室。因此,有的病案科是将挂号室作为病案科的一部分,这有利于工作流程的通畅。挂号室对病案工作的影响有如下

几个方面: 患者挂号后, 患者挂号的科别、病案号应立即送到病案科, 以便迅速将病案送到相应的临床科室。而 预约挂号的信息要准确地提交给病案科。

不应让患者自己去病案科取病案。

门诊病案的第二个收集信息处是新建病案处。对于每一个需要新建正规病案(大病案)的患者, 此时是最佳收集患者最基础的个人资料处所, 包括姓名、性别、年龄、身份证号、地址、工作单位、电话等。这些信息是建立患者姓名索引和病案首页的原始资料。门诊病案的其他资料是医师记录及各种检验报告。由于检验报告一般都是后送到病案科室, 因此及时、准确地将这些资料归入相应患者的病案中极为关键, 它们是医师对患者执行医疗计划的依据。

对于住院病案, 工作流程应始于住院登记。住院登记一般归属住院处领导。但此处也是收集患者身份证明等基本信息处。它不但是建立患者姓名索引、病案首页的原始资料, 而且其入院诊断等信息也是今后统计比较的资料。住院病案信息的收集要注意资料的完整性, 医师一般比较注重医疗过程及医疗结果, 对于记录、化验报告等内容常常会忽略粘贴, 甚至丢失。

无论是门诊还是住院资料的收集, 都将涉及病案表格。进入病案的所有医疗表格, 都应经过病案表格委员会审核, 其最重要的常务工作人员就是病案人员。或者说, 所有医疗表格的设计、制定通过表格委员会的认可后, 在印刷之前还必须由病案科审核方可印刷。表格设计、表格审核是病案科工作内容之一。

病案资料的收集包括一切与患者个人有关的个人主诉、病程记录、医疗操作记录、护理记录、检查化验报告、签字文件、随诊信件等。

二、整 理

病案整理是指病案管理人员将收回纷乱的病案资料进行审核、整理, 按一定的顺序排列, 将小纸张的记录粘贴, 形成卷宗。门诊病案的整理主要将记录按日期的先后顺序排放、粘贴。住院病案的整理则分为三种排列方式, 一是一体化病案(integrated medical record, IMR), 即将病案记录完全按日期先后顺序排放; 第二种是按资料来源排列的病案(source-oriented medical record, SOMR), 第三种为按问题排列的病案(problem-oriented medical record, POMR)。第一种方法不利于资料的比较, 因而现在不使用。第二种是目前普遍使用的方法。第三种则是应提倡的方法, 特别是适用于教学医院及今后电子病案的记录。

病案整理过程包括资料的装订, 一般是书本式装订(左装订), 应避免上装订方式。

三、加 工

加工是将资料中的重要内容转换为信息, 一般是采用索引形式。目前, 我国病案管理的加工主要是对病案首页内容的加工, 几乎所有的医院都将病案信息全部录入计算机。对疾病诊断采用 ICD-10 编码, 对手术操作采用 ICD-9-CM 编码。加工还应包括将病案资料的载体由纸张转化为缩影胶片、光盘甚至录入到计算机硬

盘。电子病案是发展方向,目前尚未有成功的范例,只是将病案部分的电子化而已。

四、保管及利用

保管是指病案入库的管理。保管对病案库的环境有一定的要求。如病案库的温度、湿度、防尘、防火、防虫害、防鼠、防光等。

病案只有使用,才能体现其价值。使用病案的人员除医师外,其他医务人员、医院管理人员、律师、患者及家属、医疗保险部门等都需要使用。越是近期建立的病案,使用频率越高。越是有价值的病案(特殊疾病、特殊人员),使用频率越高。保管好病案的目的是为了能够更好地提供利用。

保管好病案与病案排列系统、病案编号系统、病案示踪系统、病案借阅规定等有密切关系。没有最好的病案管理体系,系统、流程合理就是最好的。应视各医院的条件、环境、病案流通量等诸因素决定采用某一管理体系。较为理想的保管病案体系是:

单一编号+尾号排列+颜色编码+条形码

五、质量控制

质量控制(质控)是病案科的一项重要工作,它是通过查找质量缺陷,分析造成缺陷原因,最终达到弥补缺陷(提高服务效果、降低成本、增加效益等)的目的。

病案质控包括病案管理质控与病案内容质控两部分。病案管理质控是指对病案管理工作的各个流程进行质量检查、评估,例如出院病案的回收率、门诊病案的当日回库率、疾病分类编码的准确率等。通常,对病案本身记录的缺项检查也包括在管理质量控制范畴;病案内容质控主要通过病案书写质量检查进行监控,从格式到医疗的合理性等各方面的监控。监控包括环节质量监控和终末质量监控,它是医疗质量监控的重要手段之一。病案管理质量监控一般由受过病案管理专业培训的人员来完成,病案内容质量监控需要有良好医学背景的人员来完成。

在发达国家,早期的医疗质量监控是通过对医师资格的认证、对医师某项医疗准入的授权以及时通过同行检查(peer review)方式来实施的。而当今医疗质量监控是通过对设备及工作方法的标准化来获得保障。因此,现在的医疗质量监控方法必须是传统与现代的结合。由于病案可以在一定程度上反映医疗效果及工作流程、工作效率的情况,因此病案成为医疗质量监控的资料来源之一。病案质控的方法通常是采用如下步骤:制定标准、执行标准、检查执行情况、反馈。目前病案的终末质控仍占有一定地位,环节质控日益被人们重视,目标管理、科学的质控体系还未建立,质控方法也亟待提高。

六、服 务

病案信息作用的体现是利用,而不是看管。因此,病案管理的一个重要环节是服务。服务分为两类,一类是被动性的,是根据用户的需求提供信息或病案,如提供门诊、急诊或住院医疗所需要的病案;另一类是主动性服务,如主动地向医务人员通报存储的病种信息、管理信息、协助医务人员及医院管理人员设计研究方案,利用专业数据库查询研究数据,摘录数据、随诊病人和处理数据等。