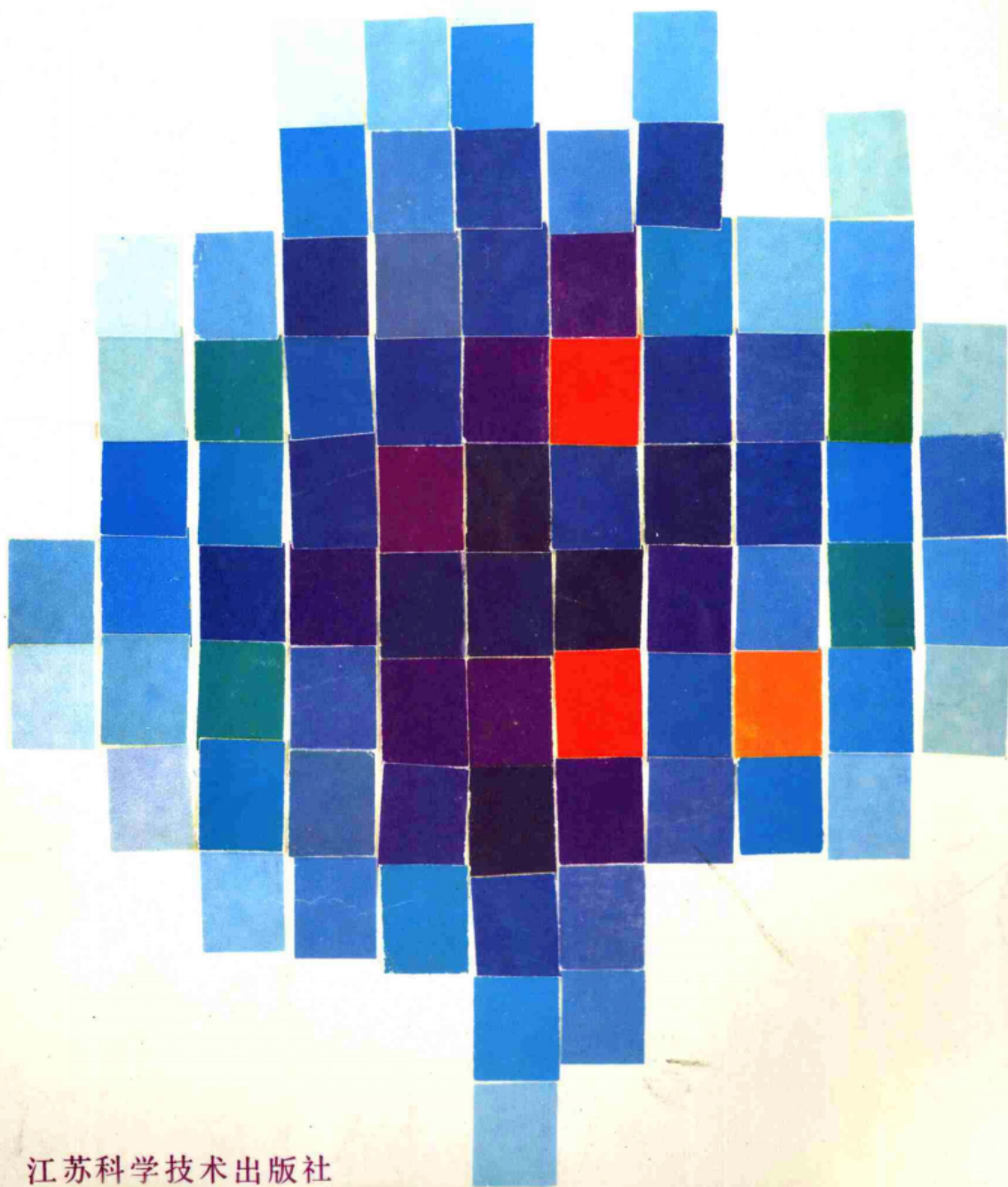


楼方岑 主编
(修订版)

病历示范



江苏科学技术出版社

ISBN 7-5345-1796-6



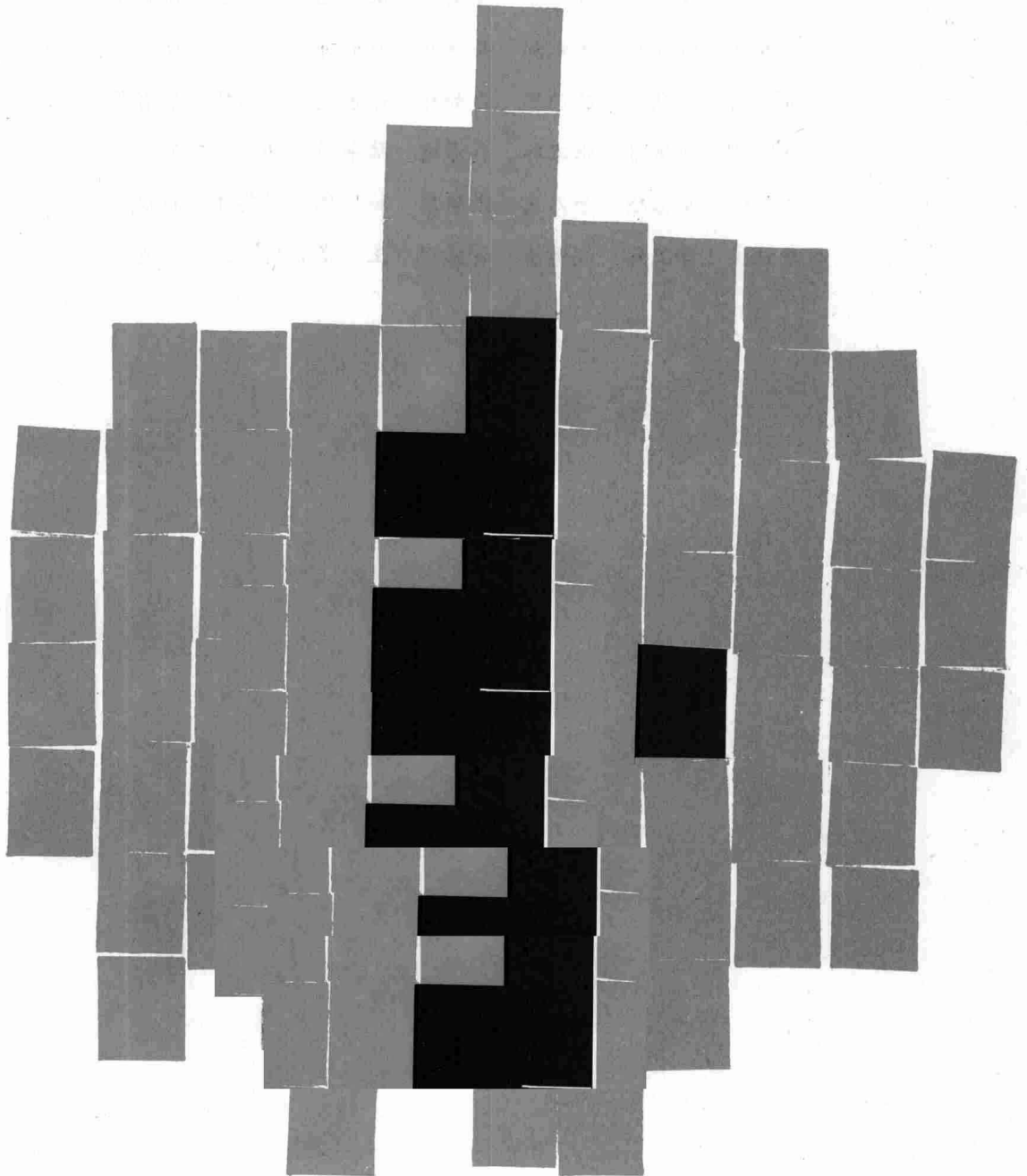
9 787534 517969 >

ISBN 7-5345-1796-6

R · 296 定价: 26.50 元

楼方岑 主编
(修订版)

病历示范



江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历示范/楼方岑主编. -2 版. -南京:江苏科学技术出版社,1989. 5(1999 重印)

ISBN 7-5345-1796-6

I. 病… II. 楼… III. 病案-写作
IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 46880 号

病 历 示 范

(修订版)

楼方岑 主编

出 版:江苏科学技术出版社
(南京湖南路 47 号,邮政编码:210009)
发 行:江苏省新华书店
照 排:南京理工大学激光照排公司
印 刷:无锡春远印刷厂

开本 787mm×1092mm 1/16 印张 26.25 插页 3 字数 800 000
1989 年 5 月第 1 版 2002 年 4 月第 2 版第 13 次印刷
印数 93 001—97 000 册

ISBN 7—5345—1796—6

R·296 定价:26.50 元

责任编辑 徐 欣

图书若有印刷装订错误,可向我社出版科调换

本书编委名单

楼方岑	瞿 瑶	叶曜芬	罗文侗	陈思聪	李 石	张贤康
张本立	钱尚华	宰春和	吴萍嘉	卢珊舟	高 瀚	廖万清
苏 渊	朱秋琴	殷德燧	白如林	徐志飞	闵志廉	朱有华
刘 麒	何清濂	张文林	奚寿增	陆书昌	孙 弘	吴益珍
胡仲瑾	莫振德	李乃义	张覃泉	施增儒	刘英棣	招镜尧
李桂生	谭卫林	沈鑑清	黄宗瑾	王 岚	周 立	毛惠琴

修 订 说 明

病历书写是医疗工作中的重要环节,它是医师对患者情况进行充分的调查研究,即病史询问、体格检查、实验室检验及器械检查的结果进行综合、分析和整理后写成的记录。在继续诊疗过程中,还须记录其病情变化、治疗效果、各项复查结果、各级有关医师的诊疗意见、会诊建议等内容。完整的病历应该是诊疗工作的一份全面记录和总结。它应具有准确而丰富的调查研究资料,完整地反映诊疗工作的全过程,可供患者以后患病进行诊疗时参考,并为临床、教学、科研和政法工作提供宝贵的素材和重要依据。此外,完整的病历还深刻地体现着医疗质量和学术思想水平。因此,临床医师必须不断地努力学习,以极端负责的精神和实事求是的科学态度,做好病历书写工作。

病历书写的各项要求,虽有明确规定,但许多临床医师,包括参加临床工作多年的住院医师,对于如何在实际工作中正确体现这些要求与规定,仍感困惑。为此,第二军医大学附属医院临床各科部分专业人员参加了本书的编写。本书几次印刷应市后,颇受各地医学院校的欢迎。为了适应临床医学的需要发展,编写人员特征询各方意见,对原书进行全面审修、增补,并继续出版,以应需要。

全书共分五章:第一章包括各种住院病历的内容与要求,分列28个专业科室的病历,如入院记录、入院病历、诊断讨论、诊疗计划、病程记录、手术记录、转科记录、死亡记录、特别记录、病案首页等,它是全书主体。第二章是各专业科室的门诊记录、急诊记录及各种门诊诊疗文件,并增加了各住院患者的初诊记录、出院小结、复诊及随访记录,使读者对各专业科室病例的收治过程能有较完整的印象。第三章是医疗工作过程中各专业科室间的会诊、检验、检查、治疗申请单和报告单的内容、书写要求与实例。其中主要包括临床检验、影像诊断、超声、心电及心功能检查、肺功能及血气分析、神经功能、听力及前庭功能、放射性核素(同位素)、理疗、病理检查等数十种实用的诊疗方法。也尽可能增加了一些较新颖的诊疗技术,如介入性超声诊疗及单光子发射计算机图像检查(SPECT)等,但限于篇幅,未能尽列。第四章是护理记录,各种表式均有所更新;护理病历亦已按新的要求重写。第五章所编参考资料10种,对正确书写病历是有帮助的。

本书所用医学名词、药学术语、计量单位、简化字等,基本源于《英汉医学词汇》、《英汉医学辞典》、《中华人民共和国药典》、《法定计量单位》和《简化字总表》等正式出版物。

本书内容基本来源于实际病例,为了适应实际需要,部分诊疗内容已作了修改。为了照顾病家利益,部分病人姓名、住址、诊疗编号、经治医师姓名等均作改动。

这次修订,为了工作方便,主要编写者已有变动,未参加具体修订任务者一般不再列名。书中如有不足之处,尚祈读者不吝指正。

楼方岑

1993年2月

目 录

第一章 病案书写	1
第一节 病案书写的一般要求及注意点	1
第二节 住院期间病案书写的内容与要求	2
第三节 传染病科病历	7
第四节 结核科病历	18
第五节 呼吸内科病历	23
第六节 心脏内科病历	29
第七节 消化内科病历	35
第八节 肾脏内科病历	42
第九节 内分泌内科病历	48
第十节 血液内科病历	56
第十一节 神经科病历	62
第十二节 精神科病历	72
第十三节 老年病病历	79
第十四节 肿瘤科病历	87
第十五节 皮肤科病历	94
第十六节 儿科病历	99
第十七节 中医科病历	106
第十八节 普通外科病历	112
第十九节 神经外科病历	122
第二十节 胸部外科病历	129
第二十一节 泌尿外科病历	135
第二十二节 肾移植病历	143
第二十三节 烧伤外科病历	151
第二十四节 整形外科病历	157
第二十五节 骨科病历	163
第二十六节 眼科病历	168
第二十七节 耳鼻咽喉科病历	176
第二十八节 口腔科病历	183
第二十九节 产科病历	193
第三十节 妇科病历	202
第三十一节 病案首页	208

第三十二节	转院记录及死亡报告	225
第二章	门诊记录	227
第一节	门诊病案记录内容及一般要求	227
第二节	传染病科门诊记录	229
第三节	结核病门诊记录	231
第四节	呼吸内科门诊记录	234
第五节	心脏内科门诊记录	237
第六节	消化内科门诊记录	238
第七节	肾脏内科门诊记录	240
第八节	血液内科门诊记录	242
第九节	内分泌科门诊记录	244
第十节	神经科门诊记录	245
第十一节	精神病科门诊记录	248
第十二节	老年病门诊记录	249
第十三节	肿瘤科门诊记录	250
第十四节	皮肤科门诊记录	252
第十五节	儿科门诊记录	253
第十六节	中医科门诊记录	256
第十七节	普通外科门诊记录	258
第十八节	神经外科门诊记录	259
第十九节	胸部外科门诊记录	261
第二十节	泌尿外科门诊记录	263
第二十一节	肾移植门诊记录	264
第二十二节	烧伤门诊及急诊记录	266
第二十三节	整形外科门诊记录	267
第二十四节	骨科(矫形外科)门诊记录	268
第二十五节	眼科门诊记录	270
第二十六节	耳鼻咽喉科门诊记录	273
第二十七节	口腔科门诊记录	276
第二十八节	产科门诊记录	280
第二十九节	妇科门诊记录	282
第三十节	门诊诊疗文件	284
第三章	会诊、检查、治疗申请单及报告单	289
第一节	临床各科会诊记录	289
第二节	临床、生化、细菌、免疫及细胞学检验	290
	附 临床检验正常参考值	303
第三节	影像诊断学检查	322
第四节	超声检查	326

第 五 节	心电图及心脏功能检查	330
第 六 节	肺功能检查	337
第 七 节	脑及神经功能检查	339
第 八 节	听力及前庭功能检查	344
第 九 节	纤维内镜检查	347
第 十 节	放射性核素检查	352
第 十 一 节	X 线、镭及放射性核素治疗	354
第 十 二 节	物理治疗	355
第 十 三 节	病理学检查	356
第四章	护理记录	363
第 一 节	体温单	363
第 二 节	医嘱本	364
第 三 节	医嘱记录单	365
第 四 节	特别护理记录单	367
第 五 节	病室报告本	369
附一	中医护理记录	371
附二	精神科护理记录	372
第 六 节	护理病历	372
第五章	重要参考资料	380
第 一 节	病案管理	380
第 二 节	医疗统计专用名词	382
第 三 节	药物法定名称临床分类	385
第 四 节	法定计量单位	390
第 五 节	处方用拉丁词缩写式	396
第 六 节	常用缩略语	399
第 七 节	希腊字母、罗马数字、常用元素表	402
第 八 节	简化字总表	403
第 九 节	医疗护理记录中的常见错误	409
第 十 节	常见错别字	411

第一章 病案书写

病案系病历及其它医疗护理文件的总称。病历包括入院记录、入院病历、病程记录、手术记录、转科记录、出院记录和门诊记录等。

第一节 病案书写的一般要求及注意点

1. 新入院患者的入院记录由住院医师认真书写。有实习医师者,除入院记录外,另由实习医师系统书写入院病历。入院病历不可代替入院记录。在病史询问及体格检查时,住院医师应指导实习医师进行。

2. 入院病历及入院记录须在采取病史及体格检查后,经过综合分析、加工整理后书写。所有内容 & 数字须确实可靠、简明扼要,避免含糊笼统及主观臆断;对阳性发现应详尽描述,有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。各种症状和体征应用医学术语记录,不得用诊断名词。患者提及以前所患疾病未得确诊者,其病名应附加引号。对本病有关的疾病,应注明症状及诊疗经过。所述各类事实,应尽可能明确其发生日期(或年龄)及地点,急性病宜详询发病时刻。

3. 入院病历及入院记录除着重记录与本专科密切有关的病史、体征、检验及其它检查结果外,对于病人所患非本专科的伤病情况及诊疗经过也应注意记录。所有未愈伤病,不论病史久暂,均应列入现病史中;已愈或已久不复发者方可列入过去病史。在列述诊断时,也应将当前存在、尚未痊愈的伤病名称逐一列举。

属于他院转入或再次入院的患者,均应按新入院患者处理。由他科转入者应写转入记录。由本科不同病区或病室转入者,只需在病程记录中作必要的记载与补充即可。

4. 入院病历及入院记录尽可能于次晨主治医师巡诊前完成,最迟须在患者入院后 24 小时内完成。如因患者病重未能详查而在 24 小时内不能完成入院病历时,则详细病程记录务须及时完成;入院病历可待情况许可时补足。大批收容时,由主任医师酌情规定完成病历的时间。

5. 除产科及大批同类病患者入院外,不可采用表格代替病历;如需用表格式病历,须经院长批准。

6. 疾病诊断和手术名称及编号,采用国际卫生组织出版的《国际疾病名称分类》(最新版),便于统计和分析。所用译名暂以《英汉医学词汇》(人民卫生出版社出版)为准,疾病名称及个别名词如尚无妥善译名者,可用原文或拉丁文。

7. 任何记录均应注明年、月、日。患者的急诊、抢救、手术等记录,应记明时刻。如 1991 年 7 月 6 日下午 9 时 30 分,可写作 1991-7-6,21:30。医师书写各项病案记录告一段落时,应签署本人姓名,签名应清晰易辨。住院患者的病历应经各级医师审阅。实习医师所写各项病案记录,应由住院医师以红笔修正及签名。修改病历应在患者入院后 48 小时内完成。修改甚多者应予誊清。

8. 每张用纸均须填写患者姓名、住院号、科别及用纸次序页数。入院记录、入院病历及病程记录应分别编排页码。

9. 根据医院具体情况,必要时书写中西医结合病历,于西医病历中增加中医四诊所得资料及中医辨证分析。西医诊断与中医诊断或辨证分型并列。其它医护记录亦应反应中西医结合情况。

10. 各项记录内容应充实完整,文词简洁确切,通俗易懂。各种记录除另有规定外,一律用蓝黑墨水笔书写,要求字体端正清楚,不可用草书及杜撰怪字,亦不得涂改和挖补。

(楼方岑)

第二节 住院期间病案书写的内容与要求

一、入院病历

一般项目 姓名、性别、实足年龄、婚否、籍贯(须写明国籍、省、市及县别)、民族、工作单位、军兵种、职务或职业及工种、地址、入院日期(急症或重症应注明时刻)、病史采取日期、病史记录日期、病情陈述者(如由患者自述,此项免记)。

主诉 患者感受最主要的症状或体征及其持续时间(时间短者应记明小时数)。如“持续发热 6 天,全身红色斑丘疹 3 天”。同时患有数种重要疾病如肺炎、糖尿病、白血病等,应在主诉中分项列出。

不宜用诊断或检验结果代替症状,主诉多于一项时,应按发生时间先后次序分别列出,如“发热、流涕、咽痛、咳嗽 2 天”;“多饮、多食、多尿、消瘦 5 月”;“瘀点、瘀斑、头晕 1 月”;“劳累后心悸、气急、浮肿反复发作 5 年余”;“尿频、尿急 3 小时”。

现病史

1. 将症状按时间先后,准确记载其发病日期、起病缓急、发病诱因,每一症状发生的时日及其发展变化的过程。与鉴别诊断有关的阴性症状亦须记载。

2. 在描述症状中应围绕重点并求得系统,如描写疼痛,应阐明其部位、时间、性质、程度及其它相关因素。

3. 按系统询问伴同的症状,以免遗漏。

4. 过去检查及治疗情况。

5. 对意外事件、自杀或他杀等经过详情与病况有关者,应力求客观、如实记载,不得加以主观揣测或评论。

6. 书写中西医结合病史时,按中医要求询问有关病史(参考中医科病历要求)。

7. 同时患有多种疾病者,可根据实际情况及记述与理解的方便,分段叙述或综合记录。与本科疾病无关的他科重要伤病未愈仍须诊治者,应分段叙述。

过去史 应记述过去曾患而现在已痊愈或无表现的伤病可从简,如目前仍有某些症状、体征及病变,则应从实记明;如系较重要的伤病,则宜改在现病史中记述。

1. 一般健康状况 健康或虚弱。

2. 急性传染病及皮肤病史 按时间先后顺序记载疾病发生时间、治疗结果,有无并发症。如无传染病及皮肤病史,亦须将与目前病有关而未发生的传染病及皮肤病名称记入此段中备查。

3. 曾否预防接种,其种类及最近一次接种的种类及日期。

4. 按系统询问有关疾病,包括五官器、呼吸系、循环系、消化系、血液系、泌尿生殖系、内分泌、代谢、神经精神系、运动系(肌肉、骨骼、关节)、外伤、手术史,中毒及药物等过敏史。

个人史

1. 出生地及经历地(特别注意自然疫源地及地方病流行区,注明迁徙年月)。

2. 生活及饮食习惯,烟酒嗜好程度。

3. 过去及目前职业及其工作情况(包括入伍或参加工作时间、工种或兵种、职务),有无粉尘、毒物、放射性物质、传染病患者等接触史。

4. 月经史 自月经初潮至现在的情况,月经周期和经期天数、闭经年龄,可依下式记录:

初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{经期相隔日数}}$ 闭经年龄 例如:16 $\frac{3\sim 4}{30\sim 32}$ 48

并应记明月经来潮时有无疼痛,每次月经量、色泽及其它性状,末次月经日期。

5. 婚姻史 结婚年月,配偶健康情况;如配偶已亡故,记明死亡原因及年份。

6. 生育史 妊娠及生育次数,生产正常否,有无早产或流产、节育、绝育史。

家族史

1. 父、母、兄、弟、姐、妹、子、女的健康状况。如已死亡,记明死亡原因。

2. 遇疑有遗传因素及生活接触因素的疾患时,应问明家族中有无相似患者。对于重要的遗传性疾病,应于充分调查后画出家系图。

体格检查 体格检查应注意光线充分,患者体位舒适,防止受凉,要求手法轻巧、正确,态度和蔼,切忌动作粗暴。检查应全面、系统、循序进行(儿童应依儿科常规执行);对重危患者则根据病情重点进行,灵活掌握。男医师检查女患者时,须有第三者在场。

一般状况 体温、脉搏、呼吸、血压(必要时记身高及体重);发育(正常、异常、欠佳);营养(良好、中等、欠佳、消瘦、肥胖);体位和姿势(如屈曲位、斜坡卧位等);面色(如红润、晦暗等);表情(焦虑、痛苦、慢性病容);神志(清晰、嗜睡、半昏迷、昏迷)及言语状态(清晰否、流利否、对答切题否),检查时是否合作等。

皮肤 色泽(正常、潮红、发绀、黄染、苍白),弹性,有无水肿、出汗、紫癜、皮疹、色素沉着、血管蛛、瘢痕、创伤、溃疡、结节。并明确记述其部位、大小及程度等。

淋巴结 全身或局部表浅淋巴结有无肿大,应注明部位(颌下、耳后、颈部、锁骨上、腋部、肘部及腹股沟部等)大小、数目、硬度、有无压痛及活动度;局部皮肤有无红热、瘰管或瘢痕。

头部

头颅 大小,外形正常或有何异常;眉发分布;有无疖、癣、外伤、瘢痕、肿块。

眼部 眼裂大小,眼睑及眼球运动,角膜,结膜,巩膜,瞳孔(大小、形状、两侧对称否、对光反应、调节反应),视野及视力(粗测)。必要时眼底检查。

耳部 耳郭有异形,外耳道有无分泌物,耳珠、乳突有无压痛,听力(粗测)。

鼻部 有无畸形、鼻翼扇动、阻塞、分泌物、鼻中隔异常及嗅觉障碍,鼻窦有无压痛。

口腔 呼吸气味,口唇色泽,有无畸形、疱疹、微血管搏动、口角皲裂;牙齿有无缺损、龋病、镶补等异常;牙龈有无溢血、溢脓、萎缩、色素沉着;舌苔、舌质、伸舌时有无偏位、震颤;口腔粘膜有无溃疡、假膜、色素沉着;扁桃体大小,有无充血、水肿、分泌物;咽部有无充血、分泌物,咽部反射,软腭运动情况,悬雍垂是否居中,吞咽正常否。

颈部 是否对称,有无强直、压痛、运动受限、静脉怒张、动脉明显搏动、肿块,气管是否居中。甲状腺有无肿大,如肿大应描述其形态、大小、硬度,有无结节、震颤、压痛、杂音等。

胸部

胸廓 形状,对称否,运动程度,肋间饱满或凹陷,肋弓角大小,胸壁有无水肿、皮下气肿、肿块、静脉曲张。肋骨及肋软骨有无压痛、凹陷等异常。乳房情况(乳头位置,乳房大小,皮肤性状:有无红肿、桔皮样外观、压痛、肿块等)。

肺脏 视诊:呼吸类型、快慢、深浅,两侧呼吸运动对称否。

触诊:语音震颤两侧是否相等,有无摩擦感。

叩诊:叩诊反响(清音、浊音、实音、鼓音),肺下界位置及呼吸移动度。

听诊:注意呼吸音性质(肺泡音、支气管肺泡音、管性呼吸音)及其强度(减低、增强、消失),语音传导,有无摩擦音、哮鸣音、干罗音、湿罗音。

心脏 视诊:心尖搏动的位置、范围、强度,心前区有无异常搏动、局限膨隆。

触诊:心尖搏动最强部位,有无抬举性冲动,有无震颤或摩擦感(部位、时间、强度)。

叩诊:左右心界线以每肋间距胸骨中线的 cm 数记载或绘图表示。

右 cm	肋间	左 cm
2.0	Ⅱ	3.0
3.0	Ⅲ	4.0
3.0	Ⅳ	6.0
	V	8.0

须注明锁骨中线至前正中线的距离。

听诊:心率及心律,如节律不齐,应同时计数心率及脉率。各瓣音区心音的性质和强度,有无心音分裂及第三、第四心音,比较主动脉瓣与肺动脉瓣第二音的强弱。有无杂音,应注意杂音发生的时间、强度、性质、最响部位,向何处传导等,有无心包摩擦音。

腹部 视诊:呼吸运动情况,腹壁是否对称,有无凹陷、膨隆、静脉曲张、蠕动波、局限性隆起,脐部情况。

触诊:腹壁柔软或紧张,有无压痛,压痛部位及其程度,拒按或喜按,有无反跳痛;有无肿块,其部位、大小、形态、硬度,触痛、活动度,呼吸运动的影响,有无搏动及波动等。

肝脏 可否触及。如可触及,应记录肝下缘距锁骨中线肋缘及剑突的 cm 数。注意肝缘锐钝、硬度,有无压痛,肝肿大时注意有无搏动、表面有无结节。

胆囊 可否触及,大小,有无压痛。

脾脏 可否触及,如能触及,应注明其表面光滑否,有无切迹及压痛,硬度,脾下缘距锁骨中线肋缘 cm 数(垂直径 AB 及最大斜径 AC),仰卧及侧卧时脾移动度。

肾 能否触及,大小,活动度,有无压痛等。

叩诊:肝、脾浊音界(上界以肋间计,全长以 cm 计),肝、脾区有无叩击痛。腹部有无过度回响、移动性浊音。

听诊:肠蠕动听(正常、增强、减弱、消失)及其音质与频率,有无胃区振水声,肝、脾区有无摩擦音。有无血管杂音,并记录其部位及性质等。

外阴及肛门 阴毛分布;外生殖器发育,有无包茎、尿道分泌物;睾丸位置、大小、硬度;有无压痛,附睾有无结节及肿痛;精索有无增粗、压痛、结节与静脉曲张;阴囊有无脱屑、皲裂及肿胀,如肿胀,当用透照试验,以明确是否阴囊积液。女性生殖器检查(参见妇科检查)必须有女护士在旁协助,或由女医师检查。肛门检查,有无外痔、肛裂、肛瘘、脱肛、湿疣等,必要时应行肛门直肠指诊或肛门镜检查。

脊柱及四肢 脊柱有无畸形、压痛、叩击痛;脊柱两侧肌肉有无紧张、压痛;肋脊角有无压痛或叩痛;四肢有无畸形、杵状指趾、水肿、静脉曲张、外伤、骨折;肌肉张力与肌力,有无萎缩;关节有无红肿、畸形及运动障碍;甲床有无微血管搏动;股动脉及肱动脉有无枪击音;桡动脉搏动及血管壁硬度。

神经系 四肢运动及感觉、膝腱反射、跟腱反射、肱二头肌腱反射、三头肌腱反射、腹壁反射、提睾反射、巴彬斯基征、克尼格征等。

专科情况 如外科病历须写外科情况,其它科如眼科情况、妇科情况等,应重点突出、详尽、真实、系统地描写该专科有关体征。参见各专科病历书写要求。

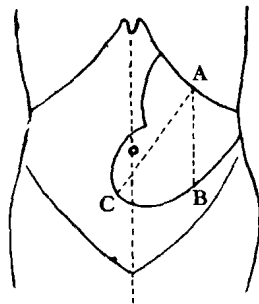
检验及其他检查 入院后 24 小时内应完成的主要检验,如血、尿、粪常规检验,以及 X 线、心电图检查等。入院前的重要检验结果可记录于病史中。

小结 用约 100~300 字,简明、扼要地综述病史要点、阳性检查结果、重要的阴性结果及有关的检验结果。

初步诊断 入院时主要伤病已确诊者可写“诊断”。根据全部病史及初步检查结果,通过综合分析,可作出全部现有疾病的初步诊断,分行列出。其次序依下列原则:主要病在先,次要病在后;本科病在先,他科病在后。主要诊断的可能性不止一项时,选择可能性最大的 1~2 项记上。诊断名称先写病名,其次按需要记明类型、部位、侧别;诊断名称较复杂者,可依病因学诊断、病理学诊断、解剖学诊断、病理生理及功能诊断等依次分行列举。初步诊断记于病历纸右半侧。

当书写中西医结合病历时,西医诊断与中医诊断并列。

签名 上述入院病历由实习医师、初到进修医师记载完毕签名后,再由住院医师复阅,用红笔修正后签署全名在其左方,并以斜线隔开。字迹必须端正清楚。



脾脏大小记录法

最后诊断 主要疾病确诊后,及时写出最后诊断(记于病历纸左半侧与初步诊断同高),包括病名、确诊日期,并签名。最后诊断与初步诊断完全相同时,可在最后诊断项目下写“同右”。最后诊断由住院医师记录,主治医师审后加签名。

二、入院记录

入院记录的内容、次序,一般与入院病历相同,但一般项目与主诉可连写成一段。对过去史、个人史、家族史及体格检查等项目中与本病无关的阴性资料,可适当精简,减少段落。对姓名、年龄、现病史、过去史、家族史及体格检查项目的小标题,均可适当省略不写。不写小结。入院记录由住院医师记录并签名,由主治医师审核、修改后签名于住院医师姓名的左侧。实习医师经主治医师同意书写入院记录,则由住院医师审核、修正及加签。入院记录的最后诊断由主治医师记录及签署。

三、诊断讨论及诊疗计划

住院医师或实习医师应根据需要(如诊断不易明确或病情严重、治疗较复杂者),撰写诊断讨论及拟定诊疗计划,但须重点突出、简明扼要。应包括:

(一)**分析讨论** 将主要症状、时间及其演变、体检发现及辅助检查结果有目的地分条归纳、分析讨论,简明扼要地提出拟诊理由及主要鉴别诊断。切忌刻板地重复入院记录的基本内容。

(二)**初步诊断** 包括各主要及次要疾病,已证实及未证实者(与入院记录同)。

(三)**诊疗计划** 根据初步诊断,订出检查项目、完成日期及治疗方案。主治医师必须亲自审定计划,并监督实施。

诊断讨论及诊疗计划内容较简单者,亦可列入病程记录的首次记录中,内容较复杂者则宜单列一段。

四、病程记录

(一)**记录时间** 入院后的病情变化及诊治情况,由住院医师或实习医师按时间先后次序及时记录。病情危急多变应随时记录;病重者至少每天记录1次;病情较稳定者可视需要简略记载,但至少每周1次。

(二)内容

1. 入院后首次病程记录应当天完成。主要写病人入院后当天情况,已采取的诊疗措施及已进行的诊疗准备工作情况,病人有何困难,如何协助解决等事项。诊断讨论及诊疗计划如未列专段,则亦可在此段叙述。

2. 患者当前的主诉,病情变化、情绪、饮食、睡眠等,体检及检验的重要发现,诊治工作进行情况及对病情的分析要有见解。

3. 特殊检查结果及其判断。

4. 一切诊疗手术记录,应包括手术步骤、手术的主要所见及手术后患者情况。有关手术科室的手术记录及术后病程参见有关项目。

5. 主任医师、主治医师及其他上级医师巡诊或会诊时的意见,宜详细准确地加以记录。

6. 特殊变化的判断、处理及后果,应立即记入。

7. 行政领导的重要意见,患者家属及组织负责人所交代的重要事项。

8. 每一个阶段检查或治疗后的小结,今后诊疗意见,交接班记录。

9. 如为中西医结合的病程记录,应记中医辨证施治情况,如证型改变、方药改变、中医的观察分析等。中医或针灸处方应记入中医处方记录单或病程记录。

10. 原诊断的修改,新诊断的确定,均应说明理由。

11. 凡由值班或代班医师在其值班、代班时间内所作的诊疗工作,均应按病情需要记入病程记录。

12. 患者出院时,应在住院病历及门诊病历书写出院记录或出院小结,其内容应包括入院时间、当时情况、病情演变、诊疗经过及经验教训、出院时情况、住院日数、最后诊断及嘱咐。

附 病程中一般常规工作

下列常规工作由实习医师或住院医师完成;由实习医师完成者,住院医师负责审核。

(一) **病程记录** 按前述病程记录要求书写。

(二) **血压** 入院时血压正常者,连测 2 天,每天 1 次;血压升高或降低者,酌情增加测量次数。

(三) **血液常规** 除入院时进行常规检查外,以后应按病情需要确定复查项目、时间及次数。如急性发热者每 1~3 天 1 次;长期发热者每周至少 1 次;应用对血液系统有影响的药物或放射治疗的患者,每周至少检查 2 次。

(四) **尿常规** 至少检查 1 次。发热患者或治疗期间可能发生肾损害者每周至少 2 次。

(五) **粪常规** 至少检查 1 次。如发现有问題,按需要进行复查。

(六) **检验记录** 血、尿、粪常规检验结果,应及时转抄于检验记录单上(包括日期、检验结果、检验者)。或与其他检验报告单同样,按报告日期顺序自上而下整齐地贴于专用纸左边,每张检验单上缘可用蓝黑笔(重要阳性结果可用红笔)简要记明检验日期、项目及结果,以利查阅。如采用新式顶端记明检验日期及结果的报告单,则可免加注。

五、转科记录

(一) **转科的联系** 因病情需要他科治疗者,经会诊征得他科负责医师和本科主治医师同意后方可转科;紧急情况下,住院医师亦可直接联系转科。

(二) **转出记录** 转科前由住院医师或实习医师书写转出记录,内容包括:

1. 一般项目 如姓名、性别、年龄等。
2. 现病史与所转科有关的病史,重要的过去病史;
3. 体检、检验和其他检查的重要发现;
4. 本科曾进行的治疗及其效果;
5. 病情演变情况、本科意见及会诊意见;
6. 诊断或初步诊断。

(三) **转入记录** 按入院记录内容包括入院后诊疗经过扼要书写,因须以本科疾病为主,故其记述内容可能与原有入院病历不同。

六、出院记录

患者出院前由住院医师或实习医师书写,内容基本类似病历摘要:入院时情况及各种检查结果,入院后诊疗情况及病情好转、缓解、痊愈程度,出院日期及住院日数;出院诊断,出院嘱咐。

七、死亡记录

患者在住院期间因救治无效而死亡,应立即书写死亡记录,内容包含:病历摘要、住院期间病情演变、抢救经过、死亡时间、死因、经验教训、最后诊断。

八、再次入院病历

患者再次住院,应在病历上注明本次为第几次住院,注意以下两种情况书写内容有别:

1. 因旧病复发再次住院,须将过去病历摘要及上次出院后至本次入院前的病情与治疗经过,详细记入病历中,有关过去史、个人史、家族史可从略。
2. 因新患疾病而再次住院,须按完整的住院病历格式书写,并将过去的住院诊断列入过去史中。

九、特别记录

为便于总结临床经验,提高医疗质量,进行教学与科研,对于某些常见伤病及特殊治疗经过,可拟订某些特别记录表格并按规定填写。特别记录表格不得代替正式病历与病程记录。

十、病历摘要

(一)填报手续 转院、出院或院外会诊等需要病历摘要者,由住院医师或实习医师书写,经主治医师或主任医师审签后送交医务处审阅盖公章,根据具体情况决定患者或护送人员带去或交邮寄。

(二)内容 1. 一般项目,按入院记录项目记载;2. 入院时情况及各项检查结果;3. 病程经过情况、治疗情况及治愈程度;4. 最后诊断;5. 患者当前情况;6. 必要时填写今后治疗、处置及其他注意事项。邀请院外会诊时,应提出会诊目的。

(楼方岑)

第三节 传染病科病历

一、传染病科病历书写要求

入院病历与入院记录参考一般病历写法,但对下列各项应特别注意:

现病史 所有症状均宜记明开始时间、程度、性质及演变经过。

1. 详询起病诱因及发病日期,急性病从本次发病算起,慢性病从首次发病算起,并注明复发时日。
2. 起病急缓,有何种前驱症状,如不适、倦怠、食欲减退等。
3. 发病初期的症状、体征如何,有无畏寒、寒战、高热、头痛、腰背四肢酸痛、出汗、软弱、肌痛。
4. 有发热者,其开始时刻、高低、热型变化如何;发热时其他症状有否加重,有无其他症状相伴出现;退热急缓,是否伴随出汗、其他症状减轻或消失。
5. 有无鼻出血、羞明、听力障碍、知觉或运动障碍、恶心、呕吐(性质及吐物性状)、抽搐、惊厥、嗜睡、昏迷、谵妄、烦躁不安。有无厌食、吞咽困难、腹痛、腹胀、便秘、腹泻、脓血便、粘液便。有无咽痛、咳嗽、咯痰、胸痛、呼吸困难、发绀。有无皮疹或出血点,其出现日期、数量、性状、顺序及部位如何。
6. 入院前曾行何种检查,其检查日期及结果如何;接受过何种治疗,尤须注意各种病因特效治疗,如化学合成药物及抗生素等,其药名、剂量、用法、疗程、反应等,均宜扼要记录。

接触史与预防接种史 病前有何种传染病接触史,具体接触方式、时间及程度。对肝炎患者还应询问针刺注射史、输血史、不洁饮食史、毒物及药物接触史。

曾预防接种者应询问接种名称、年月、次数及反应。

体格检查

1. 应详细全面系统检查,特别注意体温、神志、皮肤、淋巴结、眼结膜、咽部、心、肺、肝、脾、神经反射。阳性发现应详细描写,与诊断或鉴别有关的阴性结果亦应记录。

2. 对于口咽主要病变(如粘膜疹、溃疡、白膜、分泌物、肿大的扁桃体),皮疹、瘀斑、血管蛛、肿大的肝、脾、淋巴结或异常肿块,应详加记述,必要时用图表示。

(楼方岑)

二、传染病科病历举例 (一)

入院记录

李光辉,男,30岁,已婚,江苏无锡人,汉族。上海市明光剧团演员。住上海市黄浦区永康路141号。因反复乏力、纳差、腹胀半年余,加重1周,于1992年2月12日入院。

患者于半年前因乏力、纳差、腹胀、肝区痛来我院门诊,查肝功能总胆红素 $10.26\mu\text{mol/L}$,ALT86U、HBsAg、ABeAg阳性,抗HAVIgM、阴性,抗HCV阴性,以急性无黄疸型乙型病毒性肝炎转某区传染病医院住院治疗,经用水飞蓟宾葡甲胺片等治疗1月余,上述症状消失,ALT恢复正常出院,但HBsAg及HBeAg仍阳性。

3月前因患慢性阑尾炎急性发作住外院手术治疗,术中输全血400ml,其后ALT又是波动,并见麝浊及丙种球蛋白轻度异常,病毒性肝炎标志未见变化。术后体力未能恢复,常感右腹疼痛、腹胀、纳差、乏力。尤以近一周内明显加重,尿色深如浓茶,前天上午来我院肝炎门诊检查发现双眼结膜及皮肤轻度黄染,心肺无异常,腹平,右下腹有长约4cm的线状疤痕。肝上界第5肋间,肋下2cm,剑突下5cm,质中触痛(+).总胆红素 $51.3\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $42.8\mu\text{mol/L}$,ALT800U,HBsAg、HBeAg、抗HBeIgM、抗HCV均阳性,抗HAVIgM阴性。尿胆红素及尿胆原1:20阳性。诊断慢性迁延型乙型病毒性肝炎,急性黄疸型丙型病毒性肝炎重叠感染,收容入院。

过去身体健康。3岁时曾患麻疹并发肺炎,5周治愈;4岁患双侧腮腺炎,2周治愈;10岁曾患急性典型菌痢,服黄连素1周治愈;否认其他传染病史。幼年曾接种卡介苗、牛痘苗、百白破及灰髓炎活疫苗。幼年偶有脐区痛,数日或数周一发,曾呕出蛔虫一条。1980年春患急性扁桃体炎,用磺胺片、四环素治愈。1990年冬患急性阑尾炎,手术治愈。近2月有干咳,2周前曾咯出铁锈色痰少许,但无发热及胸痛。前年青霉素皮试反应阳性,服磺胺药后发生红色斑疹。

幼年生长无锡,12岁移居本市,17岁入本市戏曲学校学习,20岁毕业分配本市明光剧团当演员。幼年住无锡乡间,多次在湖河戏水,有无痒性皮疹记不清。曾到北京、广州、苏州、无锡等地演出,去秋在杭州曾吃醉蟹半只。无烟嗜酒嗜好。26岁结婚,妻3年前顺产一女,健。

父亲三年前死于肺癌,生前长期咳嗽,多次咯血。母亲3年来经常上腹痛,常服胃舒平,进食亦可缓解。一弟、一妹、一女均健康。

体格检查 体温 37°C ,脉搏54/min,血压16/10.7kPa(120/80mmHg),发育正常,营养中等,神志清楚,精神软弱,自由体位,应答切题,检查合作。全身皮肤轻度黄染,弹性良好,未见出血、紫癜、血管蛛及毛细血管扩张,毛发分布正常。左颌顶有长约3cm的线状疤痕一处,双侧腹股沟部淋巴结3个如蚕豆大,中等硬,无压痛,其余各处表浅淋巴结无肿大。头颅无畸形,发黑浓密,五官正常。结膜轻度黄染,双侧瞳孔等大,对光反应及调节反应正常。外耳道无溢液,双侧乳突无压痛。鼻腔通气良好,无溢液鼻甲及鼻中隔无异常,鼻窦无压痛。唇红润,牙列整齐,舌质红,苔黄腻,双侧扁桃体I°,肿大,咽粘膜未见明显充血水肿,无分泌物,颈软,静脉不怒张,气管居中,甲状腺不肿大,胸廓无畸形,呼吸运动双侧对称,胸壁未见扩张血管。双肺呼吸音清晰,未闻及干湿罗音。心界无扩大,心率54/min,律齐, $P_2>A_2$,各瓣音区未闻及病理性杂音。腹平坦,右下腹有长约4cm的线状疤痕一处,腹壁未见静脉曲张,腹柔软,无压痛、反跳痛