

2013

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

附赠考试大纲

适用专业

病案信息技术（士、师、中级）



人民卫生出版社

2013

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

附赠考试大纲

适用专业

病案信息技术（士、师、中级）



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

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,2012.12

(2013 全国卫生专业技术资格考试指导)

ISBN 978-7-117-16645-4

I. ①病… II. ①全… III. ①病案-信息技术-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 265321 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内有 3 种防伪标志, 请注意识别。欢迎致电、来函查询真伪、举报盗版。电话: 010-59787491

E-mail: WQ@pmph.com

病案信息技术

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 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 37

字 数: 947 千字

版 次: 2012 年 12 月第 1 版 2012 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16645-4/R·16646

定 价: 100.00 元

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

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2012年度卫生专业技术资格考试有关问题的通知》(人社厅发[2011]110号)文件精神,临床医学以及中药学初级(士)、初级(师)、中级、中医护理学初级(师)、中级等65个专业“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4个科目的考试均采用人机对话的方式进行。其他52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《2013全国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、生理学、病理学、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、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。

欢迎广大考生和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.....	3
第四节 病案管理工作的基本范畴.....	5
第五节 病案管理教育.....	7
第六节 各类人员对病案的职责.....	8
第七节 病案管理的发展趋势.....	9
第八节 病案管理学术组织	10
第二章 病案科的组织与管理	13
第一节 病案科(室)的设置和隶属关系	13
第二节 病案委员会的组织和职责	14
第三节 病案科(室)的职责与功能	15
第四节 病案科人员编制	15
第五节 病案科的设备	16
第六节 病案科(室)管理实施方法	18
第三章 病案保护	27
第一节 病案保护的意義和任务	27
第二节 病案库房的建筑与设备	27
第三节 影响病案耐久性的因素	30
第四节 有害生物对病案的危害及防治	44
第五节 光及空气污染对病案的危害及防护	49
第六节 病案库房温、湿度的调节.....	52
第七节 病案的修复	55
第四章 病案管理	57
第一节 病案的建立与形成	57
第二节 病案编号的管理	68
第三节 患者基本信息管理	72
第四节 病案的收集与整理	76
第五节 病案信息资料处理(加工)	85
第六节 病案的归档	86
第七节 病案控制和示踪系统	90

第八节 病案的供应	94
第九节 病案信息的服务	95
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 社区与社区卫生管理	108
第二节 社区健康档案	112
第三节 社区病案信息管理系统(社区档案管理系统管理模式)	120
第四节 社区健康档案管理信息服务	122
第六章 解剖学	123
第一节 运动系统	123
第二节 消化系统	131
第三节 呼吸系统	138
第四节 泌尿系统	140
第五节 生殖系统	143
第六节 内分泌系统	145
第七节 循环系统	146
第八节 感觉器官	154
第九节 神经系统	158
第七章 生理学	164
第一节 绪论	164
第二节 细胞	166
第三节 血液	168
第四节 血液循环	172
第五节 呼吸	177
第六节 消化	180
第七节 能量代谢与体温	182
第八节 泌尿系统	185
第九节 内分泌	187
第十节 生殖	191
第八章 病理学	193
第一节 细胞和组织的损伤与修复	193
第二节 局部血液循环障碍	197
第三节 炎症	201
第四节 肿瘤	206
第九章 临床医学	214
第一节 症状学	214
第二节 病毒性肝炎	229

第三节	艾滋病	231
第四节	流行性感胃	232
第五节	肺结核	233
第六节	急性气管-支气管炎	233
第七节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	233
第八节	原发性高血压	234
第九节	心功能不全	235
第十节	胃炎	236
第十一节	肝硬化	237
第十二节	消化性溃疡	238
第十三节	糖尿病	238
第十四节	慢性肾小球肾炎	239
第十五节	再生障碍性贫血	240
第十六节	白血病	240
第十七节	系统性红斑狼疮	241
第十八节	类风湿关节炎	242
第十九节	急性一氧化碳中毒	242
第二十节	急性催眠药物中毒	243
第二十一节	脑栓塞	243
第二十二节	原发性脑出血	244
第二十三节	肠梗阻	245
第二十四节	骨折	246
第二十五节	流产	246
第二十六节	异位妊娠	247
第二十七节	子宫肌瘤	248
第二十八节	新生儿病理性黄疸	248
第十章	计算机基础	250
第一节	计算机基础知识	250
第二节	Windows 系统使用基础	253
第三节	Word 2000 的应用	260
第四节	Excel 2000 使用基础	271
第五节	PowerPoint 2000 使用基础	279
第六节	FoxPro 数据库管理系统	284
第七节	计算机网络	295
第八节	计算机系统安全	302
第十一章	病案与法	304
第一节	法的基本知识	304
第二节	病案的归属权	307
第三节	病案在法律中的作用	310

第四节	医务工作者的法律责任	315
第五节	病案专业人员的职责和依法承担的义务	327
第六节	病案管理的法律保障	328
第十二章	病案管理与医疗保险	331
第一节	医疗保险概论	331
第二节	定点医疗机构的管理	333
第三节	医疗保险服务范围及费用支付	334
第四节	医疗保险与病案管理	336
第十三章	电子病案	341
第一节	电子病案的概念及发展概况	341
第二节	电子病案系统的构成及主要技术	346
第三节	电子病案的管理	350
第十四章	病案的质量监控	352
第一节	概念	352
第二节	病案质量管理的任务和内容	353
第三节	病案质量的组织管理	356
第四节	病案信息专业技术环节质量评估及监控指标	358
第五节	病案书写质量评估标准	360
第六节	病案书写质量管理	365
第七节	ISO 9000 相关知识	367
第十五章	医院的信息管理	369
第一节	医院信息管理概述	369
第二节	医院信息系统	370
第三节	病案统计信息系统	371
第四节	医院数据挖掘	373
第十六章	医院统计	377
第一节	医院统计基础知识	377
第二节	统计报表制度	379
第三节	医院统计工作	380
第四节	统计分析基本知识	387
第十七章	现代化设备在病案管理中的应用	392
第一节	病案管理现代化的意义和组织	392
第二节	现代化设备的应用	393
第十八章	门急诊挂号	406
第一节	门急诊挂号工作的组织管理	406
第二节	门急诊患者信息采集	409
第三节	出诊医师管理	411
第四节	计算机挂号系统	412

第五节	挂号操作流程	415
第六节	挂号信息的利用	416
第十九章	随诊工作	419
第一节	随诊概述	419
第二节	随诊工作的种类	421
第三节	随诊工作方式	422
第四节	随诊工作常见问题	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	431
第七节	现代随诊工作的发展	434
第八节	随诊相关制度介绍	438
第二十章	住院患者信息采集	440
第一节	住院患者信息采集工作概述	440
第二节	住院患者信息采集工作常用表格	441
第三节	住院患者信息采集工作实践	448
第四节	住院患者信息采集工作质控	455
第二十一章	国际疾病分类(ICD-10)与手术操作分类(ICD-9-CM-3)	456
第一节	国际疾病分类基本概念	457
第二节	国际疾病分类的发展与应用状况	460
第三节	ICD-10 中的专用术语、符号与省略语	464
第四节	编码操作方法	468
第五节	内容类目表和四位数亚目及相关情况的解释	474
第六节	病案首页的填写要求	497
第七节	手术操作分类概述	503
第八节	手术编码操作	505
第九节	手术操作分类各章解释	512
第十节	主要手术或操作的选择	536
病案信息技术初级(士)考试大纲		537
病案信息技术初级(师)考试大纲		552
病案信息技术中级考试大纲		568

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,后者是指尚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患者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。包含初级机构的医疗及健康检查以及医院的诊疗记录,形成了更为完整的个人健康档案,这是广义的病案概念。狭义的病案概念仅指医院的医疗记录。

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地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,及医疗措施的合理性。并且医疗诊治过程中所获得的各种临床诊断都能正确地反映在病案首页上,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,提炼出信息,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,建立良好的索引系统。

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、不同的年龄等特征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, DRGs)”为标准的“预付收费体制(prospective payment system, 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凭证作用

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,一旦患者向法庭起诉医院并涉及病案时,医院可以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,所处时代约为新石器时代中晚期(大约生活在距今10 000~4000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 年),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、瘕、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 号西汉墓出土帛书约 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,但具体的方法尚未见报道。

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。

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,第一种是一体化病案(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地更好地提供利用。

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。

在现代医院病案管理的历史上,世界上公认的第一个病案室是在美国波士顿的麻省综合医院(Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts)。该院开院于1821年的9月3日,自开院日起,就保存了完整的临床记录,并对所有病例进行编目。但直至1893年才感到需要将编目转为卡片目录。于是,他们请来了图书管理员协助做这项整理工作,用打字的方法将1870年至1893年的编目资料用卡片做编目索引。以后的三年间,他们的卡片索引一直是由一位图书管理员协助做的。到了1897年底,该院正式聘用了一位图书管理员专职从事病案管理工作,做索引卡片也就成为她的一部分工作。因此,人类的第一个医院病案室就被认为是建于1897年。第一位病案管理员是Mrs Grace Whiting Myers,她是北美病案管理协会的第一任主席和美国病案协会的荣誉主席(1859—1957年)。

欧美国家在20世纪50年代开始采用缩微方式保存病案,随着科学技术的发展,以后又应用了缩微数码技术,现在主要重点是发展电子病案。2004年,美国总统布什签署了一个命令,建立了国家卫生信息协调办公室,提出在十年内在全美范围内将病案信息电子化。法国的全球最大的民用计算机工程是投入60亿英镑(90亿美元)用于电子病案。目前,由于计算机的广泛普及,医院越来越多的设备是数码设备,使运行病案电子化可以提到了议事日程。而历史病案的电子化则主要采用影像扫描方案。由于单纯缩微方法不利于计算机的检索,以及设备的专用性过强,一般医院都不采用,一些已采用缩微保存病案的医院为了使其可以在网络上运行,则将其转为电子方式。而缩微数码方式则由于需要双重维护而一般医院也不采用。

第五节 病案管理教育

一、中国病案管理教育发展史

我国现代病案管理始于1921年北京协和医院病案室。在这漫长的岁月里,都是以师带徒的形式培养病案管理人员,没有专业教育。1964、1965年两年间,北京协和医院采用护校三年级学生到病案室接受系统病案专业教育,培养了12名学生充实科室工作。1985年,北京市崇文区卫生学校举办了第一个正规教育的中专病案班,学生为已工作的各类人员,学制2年半。之后,全国病案中等专业教育如雨后春笋,发展至今,大约有40余所院校,招收的学员为中等

专业毕业生,学制为三至四年。1993年,病案管理业列入《中华人民共和国普通中等专业学校专业目录》。全国第一个医疗信息管理大专班于2000年在北京市首都医科大学燕京医学院(原顺义高等医专)开办,随后又有江苏、湖北等几个省设立了卫生信息大专班。2001年北京卫生学校开办了第一个高等职业病案班,2002年首都医科大学在北京市崇文区卫生学校开办病案管理成人教育大专班。

病案管理课程在一些大学本科也有引入,如武汉同济医科大学的图书管理系、湖南湘雅医科大学医药信息学系等。疾病分类课程在山东潍坊医学院作为学生的选修课程。沈阳医学院还设有本科医学信息专业,其专业重点虽是在图书,但其他课程基本与病案管理专业需求相同。

病案管理的非正规教育始于20世纪50年代。北京协和医院王贤星教授为全军军区总医院、全国铁路中心医院培训病案人员。国家卫生部举办的第一个全国病案管理培训班是由北京大学人民医院的李铭主任举办。1981年卫生部委托北京协和医院病案科为全国举办一期病案管理学习班。从此,病案专业的培训班从深度及广度方面都在不断发展、扩大。今天,全国每年都举办有数十个专业学习班及学术讲座。20世纪90年代中期,病案培训班成为继续教育的手段,参加者被授予继续教育学分,学分分为一级学分(部级)和二级学分(其他级别)。晋升中高级职称的人员要求每年一定要有25个学分。

二、外国病案管理教育发展史

美国于1935年在四所大型医院中开展了病案管理专业教育。其中Minnesota州的圣·玛丽(St. Mary)医院由于是学院的附属医院,因而它是第一所授病案学士学位的单位。到1994年,统计表明大约有230所大学或学院培养卫生信息管理人员,其中约50所授学士学位,180所授副学士学位(相当于我国的大专毕业文凭)。

世界上,除美国和澳大利亚有正规的学校教育外,加拿大、印度、以色列、新西兰、英国、德国、韩国等国家也有相应的病案管理教育。美国和澳大利亚还有硕士和博士教育。

继续教育是知识更新的必要措施。每一个专业人员无论学历多高、职称多高,都有接受继续教育的必要性。美国的病案专业人员分为注册病案管理员(registered record administrator)和注册病案管理技术员(registered record technician)。根据美国卫生信息管理学会的要求,他们自1975年始就要分别每年接受15和10个学时的继续教育,否则将取消注册资格。

第六节 各类人员对病案的职责

一、医院管理人员

选派适当的人员负责病案科工作,在人、财、物等方面给予合理的支持。监督、督促病案管理工作,协调病案科与全院的工作关系。

二、医 师

准确、完整、及时采集有关患者的健康信息及有关的法律作用签字文件,并详细记录诊断治疗过程及结果。