

江凤鸣
季哲生 主编
李乃庚

中医 病历 手册

ZHONG YI BING LI SHOU CE

323

南京出版社

(苏)新登字第009号

中 医 病 历 手 册

主编 江风鸣 季哲生 李乃庚

南京出版社出版发行
盐城市印刷厂印刷

开本787×1092 1/32 印张12 字数 275千

1992年2月第1版 1992年2月第1次印刷

印数1—5000册

ISBN7—80560—574—2/R·13

定价：精 装 7.60元

平 装 5.40元

责任编辑 卞昌贵

(本书凡有印装质量问题可向承印厂调换)

前 言

病历不但是医院医疗质量的记载，而且也是医院管理状况的缩影。1983年以来，我们认真贯彻落实了卫生部颁发的中医住院病历格式及书写细则的试行标准，同时积极参加了江苏省中医药管理局编写《江苏省中医病历书写规范》的讨论和撰写。近来又学习讨论了1991年国家中医药管理局制定的《中医病案书写规范》。在实践中，我们深切体会到，要提高各级中医师的病历书写水平，使中医病历早日规范化、标准化，尚需要一本内容翔实、格式兼备、示范齐全、便于查阅的参考资料，这本《中医病历手册》正是基于这个出发点而编写的。

在本书编写过程中，我们参阅了大量的有关资料，书中较详尽地介绍了病历的书写要求和方式，各专科病历的内容、特点、格式和示例，对病历的简史、病历的质量评定、病历的管理等，也作了简要论述。对从事临床、教学、科研的中医工作者，特别是低年资住院医师，以及医学院校的实习生，是一本必备的参考书。

本书在编写过程中曾得到南京中医学院第二附属医院副院长于勇等同志的支持，特在此表示衷心的感谢！由于编者水平所限，书中疏误之处在所难免，敬请读者以及专家们提出批评指正。

编著者

1991年9月10日

目 录

第一章 概论	(1)
第一节 病历简史.....	(1)
第二节 病历的作用.....	(4)
第三节 病历书写的基本要求.....	(6)
第四节 传统病历的写法简介.....	(7)
第二章 门诊与急诊病历	(21)
第一节 门诊病历.....	(21)
第二节 内科门诊病历.....	(23)
第三节 妇科门诊病历.....	(25)
第四节 儿科门诊病历.....	(27)
第五节 针灸科门诊病历.....	(30)
第六节 推拿科门诊病历.....	(31)
第七节 外科门诊病历.....	(34)
第八节 骨伤科门诊病历.....	(36)
第九节 皮肤科门诊病历.....	(38)
第十节 眼科门诊病历.....	(40)
第十一节 耳鼻喉科门诊病历.....	(42)
第十二节 口腔科门诊病历.....	(44)
第十三节 痔科门诊病历.....	(46)
第十四节 急诊病历.....	(47)
第十五节 家庭病床病历.....	(52)

第三章 住院病历····· (57)

- 第一节 住院病历····· (57)
- 第二节 内科住院病历····· (61)
- 第三节 入院记录····· (65)
- 第四节 再次住院病历····· (68)
- 第五节 再入院记录····· (71)
- 第六节 妇科住院病历····· (73)
- 第七节 儿科住院病历····· (77)
- 第八节 外科住院病历····· (80)
- 第九节 骨伤科住院病历····· (84)
- 第十节 痔科住院病历····· (87)
- 第十一节 眼科住院病历····· (93)
- 第十二节 针灸科住院病历····· (96)
- 第十三节 推拿科住院病历····· (98)
- 第十四节 口腔科住院病历 ····· (102)
- 第十五节 耳鼻喉科住院病历 ····· (105)

第四章 病程记录 ····· (110)

- 第一节 入院当天病程记录 ····· (110)
- 第二节 日常病程记录 ····· (112)
- 第三节 上级医师查房记录 ····· (116)
- 第四节 阶段小结 ····· (118)
- 第五节 会诊记录 ····· (119)
- 第六节 交接班记录 ····· (124)
- 第七节 转科与接收记录 ····· (128)
- 第八节 转院记录 ····· (132)
- 第九节 手术前讨论记录 ····· (134)

第十节 手术记录	(137)
第十一节 死亡记录	(139)
第十二节 死亡病例讨论记录	(142)
第十三节 出院记录	(145)
第十四节 病历首页	(148)
 第五章 处方	(155)
第一节 处方的结构与格式	(155)
第二节 书写处方的要求	(156)
第三节 处方举例	(157)
 第六章 护理文件	(160)
第一节 体温单	(160)
第二节 医嘱单	(163)
第三节 护理病历	(165)
第四节 护理记录单	(166)
第五节 护理计划	(166)
第六节 危重病护理记录单	(167)
第七节 病区交班报告	(168)
第八节 医嘱本	(169)
第九节 病历排列顺序	(171)
 第七章 临床检查申请单与报告单	(210)
第一节 临床检验	(210)
第二节 x线检查	(213)
第三节 心电图检查	(214)
第四节 超声检查	(215)
第五节 纤维内镜检查	(216)

第六节	脑电图检查	(217)
第七节	脑血流图检查	(218)
第八节	肌电图检查	(218)
第九节	肺功能检查	(219)
第十节	放射性核素检查	(220)
第十一节	CT与磁共振成像检查	(221)
第十二节	病理学检查	(222)
第八章	病历的修改	(273)
第一节	病历修改的一般要求	(273)
第二节	病历修改的程序与方法	(276)
第三节	病历修改的内容	(277)
第四节	修改病历的常用符号	(283)
第九章	病历的质量评定	(285)
第一节	病历质量评定的目的与方法	(285)
第二节	门诊病历质量的评分标准	(286)
第三节	住院病历质量的评分标准	(286)
第四节	处方质量的评分标准	(286)
第五节	护理病历的评分标准	(286)
第十章	病历的管理	(296)
第一节	病历管理制度	(296)
第二节	门诊病历的管理	(298)
第三节	住院病历的管理	(301)
第四节	归档病历的管理	(303)
第五节	病历的借阅	(305)

附 录..... (306)

- 一、中医病案的统一名称.....(306)
- 二、中医病案书写格式.....(308)
- 三、常用法定计量单位..... (315)
- 四、临床检验正常参考值..... (327)
- 五、临床生化检验参考值..... (333)
- 六、临床常用中西文对照表..... (360)
- 七、处方常用中西文对照表..... (364)

第一章 概 论

第一节 病历简史

病历是医务人员在诊疗过程中，对患者健康情况和诊治过程所作的文字记录，是评价医院管理、考核医生水平的主要依据，也是医学教育和医学研究的珍贵资料。历代医家对病历的书写都极为重视。早在汉代初期，医学家淳于意给病人看病，就把病人的姓名、里居、病因、脉象、病名以及治疗经过等都记录下来，他把这种记录叫做“诊籍”。公元前167年，淳于意举出24例《诊籍》来回答汉文帝的诏问，这些病例，都被《史记·仓公列传》记载下来，是祖国医学最早的、保存较完整的病历资料。《重印全国名医验案类编》称《诊籍》是“后世医案之滥觞”。

病历在我国汉代称为“诊籍”，宋代以后则称为医案、脉案、方案、验案等，这和宋代的医学教育制度有关。宋代以前，医生看病大都不写按语，只记录治疗方药。宋代医学教育则要求理论联系实际，太医局对实习学生发给类似病历的表格，学生必须依照要求，先写按语，详细叙述病情，然后再记录所用方药，年终作为奖惩依据。此时设立的医学科考试，也要求应试者对所考的病例要写好症因脉治作为按语，再写方药，这种有按语的病历，就逐渐被称为医案、脉案等，病历的书写也更趋完善。

明代韩悉，在其所著的《韩氏医通》中，首先制定了病

历格式，他不仅规定医案要写病人姓名、籍贯、诊治年月日，还要按照“六法兼施”的要求，一望形色、二闻声音、三问病情、四切脉理、五论病源、六治方法的顺序书写，使病案书写的要求更为具体详细。明代吴崑还提出了医案的书写程序：先写日期、姓名、性别、年龄、住址；次写体形、颜色、生活习惯，再写发病和治疗经过等，其内容大体与韩氏的规定相仿。他们都为完善病历的规格要求做出了贡献。

我国历代医学家，都十分重视积累和研究病案资料。最早的文献见于《左传》、《史记》，此后历代均有记载，并以此理论联系实际，进行著书立说。古代的病案与医书有时是不分的，例如张仲景的《伤寒论》，计有条文197条、112方，多数是其临床实录。宋代许叔微，利用他经治的病例，写成《伤寒九十论》，每论先介绍病例及治疗经过，然后再加以评述，并阐发其道理，类似于现在的病案讨论。医案出现专著，始于明代，如江瓘和他的儿子江应宿编写的《名医类案》，上自秦越人、淳于意、华佗等人，下迄明代的名医治验，并有自己的医案和评论意见，内容很丰富，是宝贵的医学资料。

明清时期，病历书写逐步完善，并迅速发展，出现了许多医案专著。除《名医类案》外，还有汪机、孙泰来、薛己、缪希雍、俞昌、叶天士、吴塘、陆以湑、柳宝怡等人的医案，这些医案在格式与内容上都比较完善。清代俞昌的《寓意草》是一本医案笔记，记录了以内科杂病为主的疑难医案62则，详记病因、病情、辨证施治经过，书前有医论两篇，强调“先议病、后用药”的医疗程序。在《与门人定义病式》中他自订了议病格式，要求病案记载内容应包括：

“某年某月，某地某人，年纪若干？形之肥瘦、长短若何？色之黑白枯润若何？声之清浊长短若何？人之形态苦乐若何？病始何日？初服何药？次后再服何药？某药有效？某药不效？时在昼夜孰重？寒热孰多？饮食喜恶多寡？二便滑涩有无？脉之三部九候，何候独异？二十四脉中何脉独见？何脉兼见？其证或内伤，或外感，或兼内外，或不内外，依经断为何病？其标本先后何在？汗吐下和，温清补泻何施？其药宜七方中何方？十剂中何剂？五气中何气？五味中何味？以何汤名为加减和合？其效应定于何时？一一详明，务令纤毫不爽，起众信从，允为矜式，不必演文可也。”由此可见，到了清代，医学大家对病历的书写要求已很详尽。

新中国成立以来，中医事业得到空前发展，随着中医机构的建立，中医病历也得到了进一步重视。1953年，我国卫生部要求有条件的医院都要建立病历档案，并规定把病历档案统一称为病案，以加强对病历的管理。在近十多年间，就出版了许多以病案资料为主要内容的专著（如蒲辅周、黄文东、任应秋、岳美中、赵炳南等人的医案）。这些医案不管从内容上还是从格式上，都是提高病历书写质量的最好借鉴。

近年来，报刊杂志上有不少专门讨论书写中医病历的文章，如杨干潜的“重视写好中医病历”（《新中医》1980年第1期）、姜达歧的“怎样写好中医医案”（《中医杂志》1980年第7期）、房定亚等“谈谈中医病历书写的基本格局”（《上海市中医药杂志》1980年第4期）及孙孝洪“谈谈医案写作中的几个问题”（《浙江中医杂志》1981年第4期）等。1983年，国家卫生部颁布了中医住院病历格式及书写细

则的试行标准，1987年，《健康报》又进行病历书写问题的讨论，指出了当前在病历书写上存在的问题，诸如格式不统一，有的过分大而全，有的过分简单，重复内容多，增加医师不必要的负担，还有对写好病历的重要性认识不足，马虎了事，不主动请示上级医师，或上级医师指导不力等。在讨论中提出了不少改进的办法，希望病历的书写能早日规范化、标准化，使其既有利于总结和交流，也有利于督促和检查，更有利于进修、实习人员尽快掌握，为保障人民健康发挥作用。

第二节 病历的作用

病历是临床实践的真实记录，它不仅记载了患者的发病情况，诊疗过程和效果，而且还反映了医务人员的业务水平和工作作风。为医疗、教学、科研、预防和医院管理等方面经验的积累，提供了原始材料，便于研究和查考。病历经过收集、整理和编目，按有关要求归档，就形成了病历档案，简称病案。这是国家档案宝贵财富的一个组成部分。其作用，主要有以下几个方面：

第一，病历是总结医疗经验，探索疾病发生、发展规律的基本资料。病历记载了医师在诊疗过程中的思维和行动，是临床工作的现场文字记录，其中有成功的经验、也有失败的教训。这些经验和教训，只要我们善于学习，认真研究，就是提高医疗质量和技术水平的重要途径。事实上，很多疾病就是通过对病案的分析，再经过临床实践和反复研究，找到治疗的新方法、提高治愈率、降低病死率的，从而推动了

医学的发展，为人民健康事业做出了贡献。

第二，病历是医学教育的重要材料。实习医师、低年资的住院医师，进行病历的书写和修改，这是理论联系实际，提高业务水平的最好方法。典型病例具有直观、生动的优点，用于教学有良好的效果。历代的医案，是祖国医学的宝贵遗产，记载了前人防治疾病的丰富经验，对指导今天的科研和临床实践，仍有学习和应用价值。

第三，病历是制定防病措施，发展预防医学的基础。卫生部门通过对疾病的分类统计，可以了解有关疾病的发生、发展情况，为开展防病工作，研究预防措施提供依据。历代病案中有很多预防疾病、延年益寿的实践经验，如记载了清代王宫大臣诊病情况的清宫医案，其中对防治老年性疾病的经验尤为丰富，很多养生之道和预防传染病流行的措施，都是长期实践的总结，需要我们继承和发扬。病案还可以反映一定时间、一定区域的社会状况，所以有些国家常利用病案进行社会调查，作为制定政策、指导工作的参考。

第四，病历是评价医院管理水平和医务人员业务能力的主要依据。通过检查、分析病历中反映出来的问题，如误诊、误治，差错事故以及危重病人的抢救、死亡原因的分析等，可以较客观地评价医院工作，从而总结经验教训，提高管理水平。根据病历的书写内容，还可以衡量医务人员的责任心，业务技术水平和分析判断能力。病历中应该记载的各个项目，是否齐全，是否客观真实，是否符合要求，都是对医务人员进行考核的主要内容。

第五，病历也是医疗法律上的重要依据。为处理医疗纠纷和伤残事故，需要有客观真实的病历记载作根据，必要时

还可以为有关社会调查提供法律证据。

第三节 病历书写的基本要求

书写病历，原则上要求内容完整准确、文字简炼明了、记录及时、手续齐全、书写整洁。实际上写好一份概括性强、重点突出又无遗漏的病历是很难的。关于病历中各项记录的具体要求，在以后的各个章节中还将讨论，现在就书写病历的基本要求介绍以下几点：

（1）态度要认真负责。在采集病史过程中医务人员要以全心全意为人民服务的负责精神，体贴病人疾苦，耐心细致地询问病情。在进行病历书写时，态度要严肃认真，实习医师书写的病历须经上级医师修改后誊清，住院病历中的辨证分析、诊疗计划，必要时应讨论后再写。字迹要端正，不得随意涂改或剪贴。书写结束时，记录医师要全名签字，以示负责。上级医师应逐级检查指导，并签署全名，以示慎重。

（2）内容要客观真实。应按照病历书写的每个项目要求，实事求是地反映病情，不得遗漏或任意简略，更不得主观臆测。为确保资料的真实可靠，病史最好向患者本人或最熟悉情况的人了解，对病情的重点和疑点要认真查清。为了保证记录的真实性，必须做到记录及时，住院病历要求在病人入院24小时内完成，门诊病历要求当时完成。对重危病人的抢救情况，更应随时做好各项记录。出院记录，应在病人出院前完成；死亡记录，应在病人死亡24小时内完成。

（3）文字要简炼明了。简炼不是简单，而是要简明清

晰，说理清楚，重点突出，理法方药贯通一致，使人看后能有一个完整而深刻的印象。必须防止抽象笼统，对症状的描写不具体，或没有主次，平铺直叙，不能围绕具体病情加以分析，只有一般的共性认识，缺少对病例特点的解剖，或用不必要的引证，以致拉杂冗长。各种词汇和术语，必须符合要求，不能以方言土语代替医学术语。外文略语及符号必须是国际通用的，符合规定的方可使用。简化汉字需按1964年中国文字改革委员会、文化部、教育部联合公布的《简化字总表》的规定书写，不可生造。

（4）格式要统一完整。病历必须按照规定的格式书写，每个项目的内容，要顺序填写，不得先后颠倒，或随意增减。项目的标题名称要统一，标题位置要固定。为使卷面整齐美观，书写时不能空格、越格或跨线，标点符号要正确，书写一律使用钢笔，不得使用铅笔或圆珠笔。墨水应使用蓝色或黑色，为醒目起见，上级医师修改时要使用红墨水。时间记录必须完整，即年、月、日，必要时应写到时、分。度量单位要用国家统一规定的法定计量单位名称。

第四节 传统病历的写法简介

现在的中医病历是在传统中医病历的基础上发展起来的，而且目前还有不少老中医按传统的格式书写中医门诊病历，还有很多中青年医生，在积极学习历代医家的医案，努力继承传统病历的优良传统，包括脉因症治齐全，理法方药一致，辨证精当，文字简练等等，来提高门诊病历和住院病历的书写水平。为了把这方面的工作做得更好，本章简要介

绍传统病历的主要写法，以供参考。

传统病历从书写的体裁讲有散文类，医话类、表格类，诗、词、歌、赋类等。从书写的方法讲有症因理法式、病史层析式、类症鉴别式、理因症法式、韵文式、填充式、宫廷式等等。现对这些传统写法分别举例说明。

一、症因理法式：这是传统病历中最常见的一种书写方法，开始除写好患者姓名，性别等一般项目外，是先写四诊所得的症状，再写辨证，分析病因病机，而后立法处方，顺序为文，条理清楚，层次分明，这种写法的医案较多。

【例】祁姬，中风延今一载，左手不能招举，左足不能步履，舌根似强，言语蹇涩，脉象尺部沉细，寸关濡滑，舌边光，苔薄腻。年逾七旬，气血两亏，邪风入中经脑，营卫痹塞不行，痰阻舌根，故言语蹇涩也。书云：“气主煦之，血主濡之”。今宜益气养血，助阳化痰，兼通络道，冀望阳生阴长，气旺血行，则邪风可去，而湿痰自化也。

潞党参 生黄芪 生於朮 生甘草 熟附片 川桂枝
全当归 大白芍 大川芎 怀牛膝 厚杜仲 嫩桑枝 红枣
指迷茯苓丸

（《丁甘仁医案》）

【例】卫左 始由发热恶寒起见，继则表不热而里热，口干不欲饮，四肢逆冷，脉沉苔腻，加之呕哕呃逆，大便不实。外邪由太阳而陷于太阴，不得泄越，阳气被遏，胃阳不宣也。脉沉非表，为邪陷于里之证，四肢逆冷，经所谓阳气衰于下，则为寒厥是也。伤寒内陷之重证，姑拟四逆汤加减，通达阳气，和胃降浊。

淡干姜 丁香 川桂枝 六神曲 炙甘草 柿蒂 熟附子 川朴 陈皮 仙半夏 熟谷芽 生姜

（《丁甘仁医案》）

这些案例在历代医家的医案中比比皆是，既简明，又周密，开门见山，易学易行。

二、病史层析式：这种写法，边写症状，边分析病因病机，夹叙夹议，有相当难度，要求理论联系实践，层层分析，既要丝丝入扣，又要富于文彩，是一种要求较高的格式，因为病人叙述病情时很难条理清楚，更难符合病历书写的需要，医者要在诊病的短暂时间内，把症状发生的先后进行分类组合，辨证分析清晰而又系统，欲达到这一境界，既要勤于学习，还要不断实践，方能运用自如。

【例】脾宜开则健，胃宜降则和，东垣大升阳气，其治在脾；仲景急下存津，其治在胃；久胀而泄，脾伤及肾；新泄纳减，肾伤及胃；中焦无砥柱之权，气失和降，下焦失藏聚之机，气欠摄纳。饮邪停于膈，脘宇自觉懊恼；水邪蓄于肠，腹笥时或鸣响；升降之气失度，清浊之邪不分；小溲愈多，腹笥为之乍大乍小；大便为多，肠胃之乍通乍窒。左手寸关弦细，尺部独弱，右手寸关柔细，尺部更软，舌中松白，舌边淡绛。正气久虚不复，精神殊为狼狈，欲求胃醒，务在生津养液，欲求脾健，端在升清降浊。

饭於术 米炒麦冬 茯苓 广皮 吉林人参 姜夏 谷芽 白莲子 益智仁 升麻 葛根 川芎藭 荷梗

（《清代名医医案精华·金之久医案精华》）