

临床医疗文书

主编 蒋叔凯
主审 周济海

江西科学技术出版社

(赣)新登字第003号

临床医疗文书

蒋叔凯 主编

江西科学技术出版社出版发行

(南昌市新魏路)

江西赣南印刷厂印刷

开本787×1092 1/16印张14.875字数30万

1993年5月第1版 1993年5月第1次印刷

印数1—5,000

ISBN7-5390-0629-3/R·134定价: 7.60元

内 容 提 要

临床医疗文书是医院的基础医疗工作，它是诊治和预防疾病的重要依据，是教学和科研的宝贵资料，也可提供法律依据。临床医疗文书质量的高低，不仅反映了一所医院医护人员的基本素质，也反映了医院的管理水平。

本书共分三篇，另加附录。第一篇为病案部分，根据医院分级管理对病案书写的要求和卫生部对病历首页全国统一书写的规定，本篇编入了各专科病历和病案中其它记录书写的内容和要求，并按正规化、规范化作出了示范。第二篇为医技部分，在综合全国各大医院医技科室申请单、报告单的基础上，设计了合理、适用的申请单、报告单的格式，并录入了国内新开展项目的申请单、报告单。第三篇为护理部分，按照江西省等级医院期前检查对五种护理表格提出的要求，进行了归纳整理，统一了表格和书写要求。附录部分，编入了病案管理，医疗文书中常见错别字，常用外文缩写，淘汰的检验项目，以及检验正常值等。

本书适合各级临床医师，特别是住院医师和实习医师使用。

目 录

第一篇 病历部分

第一章 病历	(1)
第一节 病历的分类	(1)
一、完整病历	(1)
二、入院病历	(5)
三、再次入院病历	(5)
第二节 病历编写的技巧	(6)
一、主诉的编写	(6)
二、现病史的编写	(7)
三、既往史的编写	(8)
四、病历小结或专科情况的编写	(9)
第二章 内科病历	(10)
第一节 内科病历书写的内容和要求	(10)
一、内科完整病历书写的内容和要求	(10)
二、内科入院病历书写的内容和要求	(15)
三、内科再次入院病历书写的内容和要求	(15)
第二节 内科病历示范	(15)
一、内科完整病历示范	(15)
二、内科入院病历示范	(18)
三、内科再次住院病历示范	(19)
第三节 内科各专科病历小结示范	(20)
一、消化内科病历小结	(20)
二、呼吸内科病历小结	(21)
三、心血管内科病历小结	(22)
四、血液内科病历小结	(23)
五、肾脏病内科病历小结	(23)
六、内分泌内科病历小结	(24)
七、神经内科病历小结	(25)

八、老年病内科病历小结·····	(28)
第四节 精神病病历示范·····	(29)
一、精神病病历书写的内容和要求·····	(29)
二、精病病历示范·····	(31)
第五节 传染病病历示范·····	(33)
一、传染病病历的内容和要求·····	(33)
二、传染病病历示范·····	(33)
第三章 外科病历·····	(36)
第一节 外科病历书写的内容和要求·····	(36)
一、病历部分·····	(36)
二、检查部分·····	(36)
第二节 外科病历示范·····	(37)
一、外科完整病历示范·····	(37)
二、外科入院病历示范·····	(39)
三、外科再次住院病历示范·····	(40)
第三节 外科各专科情况示范·····	(41)
一、普通外科专科情况·····	(41)
二、矫形外科专科情况·····	(41)
三、胸部外科专科情况·····	(42)
四、泌尿外科专科情况·····	(43)
五、神经外科专科情况·····	(44)
六、烧伤外科专科情况·····	(45)
七、整形外科专科情况·····	(46)
八、肿瘤外科专科情况·····	(47)
第四章 妇产科病历·····	(48)
第一节 妇产科病历书写的内容和要求·····	(48)
一、产科病历·····	(48)
二、妇科病历·····	(49)
第二节 妇产科病历示范·····	(51)
一、产科病历示范·····	(51)
二、妇科病历示范·····	(63)
第五章 儿科病历·····	(72)
第一节 儿科病历书写的内容和要求·····	(73)
第二节 儿科病历示范·····	(77)
第六章 眼、耳鼻喉、口腔科病历·····	(81)
第一节 眼、耳鼻喉、口腔科病历书写的内容和要求·····	(81)
一、眼科病历书写的内容和要求·····	(81)
二、耳鼻喉科病历书写的内容和要求·····	(82)

三、口腔科病历书写的内容和要求	(83)
第二节 眼、耳鼻喉、口腔科病历示范	(85)
一、眼科住院病历示范	(85)
二、耳鼻喉科住院病历示范	(88)
三、口腔科住院病历示范	(90)
第七章 皮肤性病科病历	(92)
第一节 皮肤性病科病历书写的内容和要求	(92)
一、病史	(92)
二、体格检查	(92)
第二节 皮肤性病科病历示范	(93)
第八章 中医科病历	(95)
第一节 中医科病历书写的内容和要求	(95)
一、中医病历的四诊内容	(95)
二、中医病历的格式和要求	(97)
第二节 中医科病历示范	(100)
第九章 住院期间的其它记录	(106)
第一节 病程日志类	(106)
一、首次入院记录	(106)
二、病程记录	(107)
第二节 阶段小结类	(107)
一、病程小结	(108)
二、交班记录	(108)
三、接班记录	(109)
四、转科记录	(110)
五、接收入院记录	(110)
六、出院小结	(111)
七、死亡小结	(112)
第三节 讨论记录类	(113)
一、临床病案讨论	(113)
二、术前讨论	(114)
三、死亡讨论	(115)
第四节 特殊诊疗记录类	(115)
一、会诊记录	(115)
二、麻醉记录	(117)
三、手术记录	(119)
四、病历首页	(120)
第十章 门诊病历	(123)
第一节 初诊病历书写的内容和要求	(123)

一、初诊病历·····	(123)
二、复诊病历·····	(124)
三、中医门诊病历·····	(124)
第二节 门诊的其它记录·····	(125)
一、转诊单·····	(125)
二、诊断证明书·····	(125)
三、住院证·····	(126)
四、处 方·····	(127)

第二篇 医技部分

第十一章 影像学检查申请单和报告单·····	(129)
第一节 申请单和报告单的一般格式与内容·····	(129)
一、申请单的一般格式与内容·····	(129)
一、申请单的填写要求·····	(129)
三、报告单的一般格式与内容·····	(129)
四、报告单的填写要求·····	(129)
第二节 X线检查·····	(130)
一、电子计算机体层扫描(CT)·····	(130)
二、X线透视、摄片、造影·····	(132)
三、介入性放射学·····	(135)
四、数字减影血管造影·····	(137)
第三节 磁共振成像(MRI)·····	(139)
一、MRI申请单和报告单的书写与要求·····	(139)
二、MRI申请单和报告单的实例示范·····	(140)
第四节 B型超声波·····	(141)
一、常规B超·····	(141)
二、B超介入 诊断·····	(143)
第五节 超声心动图·····	(144)
一、切面超声心动图·····	(144)
二、M型超声心动图·····	(145)
三、多普勒超声心动图·····	(146)
四、超声心功能测定·····	(146)
五、心脏声学造影·····	(147)
第六节 核医学影像·····	(148)
一、同位素扫描·····	(148)
二、同位素肾图·····	(149)
三、电子计算机核素扫描(ECT)·····	(150)
四、放射性核素治疗·····	(150)

第十二章 内窥镜检查申请单和报告单	(152)
第一节 纤维胃镜	(152)
一、申请单的内容与填写要求.....	(152)
二、报告单的内容与填写要求.....	(152)
第二节 下消化道纤维内窥镜	(153)
一、申请单的内容与填写要求.....	(153)
二、报告单的内容与填写要求.....	(153)
三、申请单和报告单示范.....	(154)
第三节 腹腔镜	(155)
一、申请单的内容与填写要求.....	(155)
二、报告单的内容与填写要求.....	(155)
三、申请单和报告单示范.....	(155)
第四节 纤维膀胱镜	(156)
一、申请单的内容与填写要求.....	(156)
二、报告单的内容与填写要求.....	(156)
三、申请单和报告单示范.....	(156)
第五节 纤维支气管镜	(157)
一、申请单的内容与填写要求.....	(157)
二、报告单的内容与填写要求.....	(157)
三、申请单和报告单示范.....	(157)
第六节 妇产科内窥镜	(159)
一、申请单的内容与填写要求.....	(159)
二、报告单的内容与填写要求.....	(159)
三、申请单和报告单示范.....	(159)
第十三章 电生理与功能检查申请单和报告单	(161)
第一节 心电图	(161)
一、心电图检查申请单的内容与填写要求.....	(161)
二、常规心电图报告单的内容与填写要求.....	(161)
三、运动试验心电图报告单的内容与填写要求.....	(161)
四、药物诱发试验心电图报告单的内容与填写要求.....	(161)
五、动态心电图报告单内容与填写要求.....	(161)
六、心电图申请单和各种报告单示范.....	(162)
第二节 心向量图	(165)
一、申请单的内容与填写要求.....	(165)
二、报告单的内容与填写要求.....	(165)
三、申请单和报告单示范.....	(165)
第三节 心功能图	(167)
一、申请单的内容与填写要求.....	(167)

二、报告单的内容与填写要求	(167)
三、申请单和报告单示范	(167)
第四节 脑电图与脑地形图	(168)
一、申请单的内容与填写要求	(168)
二、脑电图报告单内容与填写要求	(168)
三、脑地形图报告单内容与填写要求	(168)
四、申请单和报告单示范	(169)
第五节 神经诱发电位检查	(170)
一、申请单的内容与填写要求	(170)
二、报告单的内容与填写要求	(170)
三、申请单和报告单示范	(170)
第六节 脑血流图	(171)
一、申请单的内容与填写要求	(171)
二、报告单的内容与填写要求	(172)
三、申请单和报告单示范	(172)
第七节 肺功能测定	(173)
一、申请单的内容与填写要求	(173)
二、报告单的内容与填写要求	(173)
第十四章 检验、病理学检查申请单和报告单	(175)
第一节 检验申请报告单书写的格式与要求	(175)
一、临床检验申请报告单	(175)
二、生化检验申请报告单	(175)
三、血清及免疫学申请报告单	(175)
四、细菌培养申请报告单	(175)
第二节 检验申请报告单示范	(176)
第三节 病理学检查	(180)
一、病理学检查申请报告单书写的内容和要求	(180)
二、病理学检查申请报告单示范	(180)

第三篇 护理部分

第十五章 护理记录	(185)
第一节 观测单	(185)
一、观测单记录的内容和要求	(185)
二、体温、脉搏、呼吸表示符号及绘制	(186)
三、观测单的格式与示范	(186)
第二节 医嘱本	(189)
一、医嘱本书写的内容和处理要求	(189)
二、医嘱本的格式与示范	(190)

第三节 医嘱记录单.....	(190)
一、医嘱记录单图写的内容和要求.....	(190)
二、医嘱记录单的格式与示范.....	(190)
第四节 特别护理记录单.....	(197)
一、特别护理记录单书写的内容和要求.....	(197)
二、特别护理记录单的格式与示范.....	(197)
第五节 病室报告.....	(201)
一、病室报告书写的内容和要求.....	(201)
二、病室报告的格式和示范.....	(201)
第十六章 护理病历.....	(205)
第一节 护理病历书写内容和要求.....	(205)
第二节 护理病历中常用的护理问题.....	(206)
附 录	(208)
一、病案排列顺序.....	(208)
二、计量单位.....	(209)
三、医疗常用拉丁词缩写式.....	(215)
四、医疗文书中常见的错别字.....	(218)
五、国家卫生部规定首批淘汰和替代的临床检验项目及方法.....	(219)
六、临床检验正常参考值.....	(220)
七、临床生化检验参考值.....	(223)

第一篇 病历部分

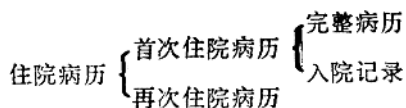
第一章 病 历

临床上应用的各种记录,包括医护人员在接诊一个患者的整个诊疗过程中所作的病史采访、体格检查、诊断、治疗和护理方面的记录,以及各种实验室报告等,统称为病案。一份完整的病案,应该对患者疾病发生的原因、发展的过程、各种检查的结果、诊断和治疗的经过,以及转归等问题,通过调查、分析、鉴别、总结,而后应用记叙、表格和图表的形式作出科学的、全面的、系统的记录。

临床上又习惯地把病案中的“入院记录”部分称为病历。病历是住院医生在接诊一个新入院的患者时,对患者入院前疾病发生、发展的经过,门诊检查和治疗的有关资料和入院后采访病史和体格检查的结果,进行综合归纳、分析整理作出书面记录和提出初步诊断。本章所指的病历,就是这一部分记录,通常也习惯地称之为住院病历。

第一节 病历的分类

病历从广义上可分为门诊病历和住院病历两大类。门诊病历在第十章中介绍,本节着重分析住院病历。住院病历根据患者入院的次数和完成病历的医生的资历作如下分类。



一、完整病历

(一) 完整病历的编写要求

(1) 完成人和完成时间:完整病历由实习医生和无处方权的进修医生完成编写。在接到新病人入院通知后,应立即去病房采集病史,一般应与住院医师一同在床前作细致地体格检查,然后根据病史、体检和初步的实验室检查结果,作出书面的客观、真实、准确的记录。完整病历应在病人入院后24小时内编写完成。若患者病情危重,则必须及时完成首次入

院记录。

(2) 完整病历的内容: 完整病历的内容包括十四个项目, 它们依次是: 一般项目、主诉、现病史、既往史、个人生活史、月经史、婚姻史、生育史、家族史、体格检查、实验室检查及其它特殊检查、病情摘要、诊断依据和初步诊断。通过完整病历的编写, 既能反映出患者疾病发生、发展的过程和对疾病分析判断的结果, 又能反映出与病人健康有关的可供诊断参考的其它资料。

(二) 完整病历的格式和编写重点

姓名	部职别
性别	通讯地址
年龄	入院时间
民族	记录时间
婚姻	病史陈述人
籍贯	可靠性

主 诉 就诊时的主要症状、体征和持续的时间。

现病史 发展至就诊的全部过程。

既往史 过去健康状况的概括。

个人史 出生地、居住地, 在流行病区居住生活史, 有无预防接种史。生活习惯, 特殊嗜好, 如吸烟或饮酒的时间和数量等。

月经史 初潮年龄 $\frac{\text{行经日数}}{\text{月经周期}}$ 末次月经时间(闭经年龄)。此外, 还要记叙月经量和颜色, 有无痛经等。

婚姻史 结婚年月, 配偶健康状况, 如配偶已故, 须记录死亡原因和时间; 若已再婚, 亦要写明相应情况。

生育史 妊娠次数, 有无流产、早产、手术产、产褥热史, 计划生育措施。

家族史 家庭成员的健康状况, 若其中有死亡者须记录死亡原因, 特别注意有无传染病和遗传性疾病。

体格检查

一般情况: 体温(T), 脉搏(P), 呼吸(R), 血压(BP), 发育, 营养(良好、中等、欠佳、消瘦、肥胖), 体位(自动、被动、强迫), 面容与表情(安静、焦虑、痛苦、恐惧、急性或慢性病容), 神志(清楚、模糊、嗜睡、半昏迷、昏迷), 以及是否能回答提问和配合检查等。

皮肤粘膜: 颜色(正常、潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着), 弹性, 有无水肿, 紫癜、皮疹, 皮下结节或肿块, 蜘蛛症、溃疡和瘢痕, 并注明大小、形态和部位。

淋巴结: 全身或局部表浅淋巴结(颌下、颌下、耳后、颈部、锁骨上、腋窝、肘部、滑车上、腘窝及腹股沟等部位)有无肿大, 需记述数目、大小、硬度、压痛、移动性、瘰管、瘢痕等。

头部:

头颅: 大小、外观(疖肿、肿块、瘢痕、头癣)、压痛、毛发(色泽、分布、稀疏

度)。

眼：眉毛、睫毛、眼睑（水肿、运动）、眼球（斜视、运动、震颤、凸出）、结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡）、角膜（混浊、瘢痕）、巩膜（有无黄染）、瞳孔（大小、形态、双侧是否对称、对光及调节反应）；必要时作眼底检查。

耳：耳部外形，外耳道分泌物，乳突有无压痛，听力。

鼻：有无畸形、有无鼻翼扇动，鼻腔有无出血、分泌物、阻塞，鼻中隔情况，鼻窦压痛和嗅觉。

口腔：呼气气味，口唇（色泽、疱疹、皲裂、溃疡），牙（缺损、龋齿、镶补），牙龈（肿胀、出血、溢脓、铅线、萎缩），舌（形态、活动、偏位、震颤、舌质、舌苔），粘膜（色素沉着、假膜、溃疡），扁桃体（大小、水肿、充血、分泌物），咽部（吞咽活动、充血、水肿、分泌物）。

颈部：对称，强直，压痛，活动受限，颈静脉怒张或异常搏动，气管位置，甲状腺有无肿大，肿大则记述大小、硬度、结节、震颤、杂音、压痛。

胸部：

胸廓：外观（形状、对称、肋间饱满程度、肋弓角大小、胸壁水肿、皮下气肿、肿块、静脉怒张），呼吸（运动度、频率、节律），乳房（外观、大小、皮肤性状、红热肿痛、压痛、肿块）。

肺脏：

视诊：呼吸类型、快慢、深浅，两侧呼吸运动对称情况。

触诊：语颤、压痛、有无胸膜摩擦音。

叩诊：叩诊音（清、浊、实或鼓音），肺下界（位置和移动度）。

听诊：呼吸音性质（肺泡音、支气管肺泡音、管性呼吸音），呼吸音强度（减低、增强、消失）有无干、湿罗音，哮鸣音、胸膜摩擦音，以及语音传导等情况。

心脏：

视诊：心尖搏动（位置、范围、强弱），心前区（有无异常搏动、局限隆起）。

触诊：心尖搏动最强部位所在的肋间位置和有无抬举性冲动，各瓣膜区能否扪及震颤或摩擦感。

叩诊：左右心界的叩诊线，在每肋间与胸骨正中线的距离（厘米数），可用表格表示（如表所示）。

听诊：心率和心律，心音的性质和强度，杂音的部位、性质、强度、传导和发生时间（收缩期或舒张期），有无心包摩擦音。

右cm	肋 间	左cm
2.5	2	2.5
2.5	3	4.0
3.0	4	6.5
	5	9.0

血管检查：脉搏的频率、节律，动脉壁的性质和紧张度，以及周围血管征象。

腹部：

视诊：外观（对称、隆起、凹陷），呼吸运动，肠蠕动波，静脉曲张，脐部情况。

触诊：腹壁紧张度，压痛、反跳痛的部位和程度，肿块（部位、大小、形态、硬度、触

痛、波动感、移动度)，肝脏（锁骨正中线肋缘下厘米数、剑突下厘米数，硬度、光滑程度、压痛），脾脏（能否触及，如能触及，应描述其大小、切迹、压痛、硬度、活动度），胆囊（能否触及，大小，莫非氏（Murphy）征），肾脏（双肾能否触及，双肋脊角压痛）。

叩诊：肝、脾浊音界，肝、脾、肾区叩击痛，腹部有无移动性浊音。

听诊：肠鸣音（正常、增强、减弱、消失），胃区振水音，血管杂音。

肛门和直肠检查：痔、肛裂、肛痿、脱肛、湿疣；直肠可行肛门直肠指诊或肛门镜检查以了解肿块、狭窄、前列腺情况。

生殖器官检查：阴毛分布，阴茎发育，有无包茎，尿道口（外翻、红肿、分泌物），睾丸（位置、大小、硬度、压痛），附睾（结节、肿块、硬度、压痛），精索（粗细、压痛、硬度、结节、静脉曲张），阴囊（脱屑、皲裂、肿胀、透光试验）。女性生殖器官检查包括下腹部、外阴部和窥阴器检查，双合诊检查、三合诊检查或直肠指诊检查，必须有女护士在旁协助，或由女医生检查。

脊柱和四肢：脊柱（畸形、压痛、活动度），四肢有无畸形，杵状指趾，静脉曲张，骨折，肌张力，关节有无肿胀、强直，肌肉萎缩、肢体瘫痪。

神经系统：膝腱反射、跟腱反射、肱二、三头肌反射、腹壁反射、提睾反射，以及病理反射如巴彬斯基（Babinski）氏征、克尼格（Kernig）氏征、布鲁辛斯基（Brudzinski）氏征等。

专科情况

外科、妇科、眼科、耳鼻咽喉科等病历应系统地、全面而又重点突出地描写本专科的有关体征，可参看各专科情况的书写要求。

实验室检查

指入院后24小时内应完成的检验项目，如血常规、尿常规、粪便常规，以及X线、心电图等检查结果，入院前的有诊断意义的检查项目可记录于病史中。

摘要：综合病史、体检、实验室检查，摘其要点，作简明、扼要的综述。

诊断依据及鉴别诊断 运用讨论的形式，对疾病进行定性诊断和定位诊断，达到分析、归纳、鉴别的目的。

初步诊断 对入院时已能明确诊断的疾病名称或可能诊断的疾病名称，分清主次，顺序排列，记录于病历纸的右半侧。诊断名称先写病名，然后描述类型、部位、类别。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（功能）的内容依次分行列举。例如：

（1）冠心病：心绞痛、急性前壁心肌梗塞、心脏扩大（左室）、完全性右束支传导阻滞、频发室性早搏等。

（2）心源性休克。

（3）高血压病Ⅰ期。

完成诊断的书写后，记录者必须签全名。主要疾病确诊后，应及时记录最后诊断，最后诊断记录于病历纸左半侧，与初步诊断同高的位置，包括病名、确诊日期、医生签名。

二、入院病历

(一) 入院病历的编写要求

(1) 完成人和完成时间：入院病历由住院医师和有处方权的进修医生编写。要求在患者入院的次晨查房前完成，最迟须在患者入院后24小时内完成。

(2) 入院病历的内容：入院病历的内容和次序大体上和完整病历相同，但比完整病历精练且重点突出。一般项目与完整病历相同，主诉和现病史的要求也与完整病历相同，但对既往史、个人史、月经史、婚姻史、生育史、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。体格检查中头部、颈部、胸部、腹部和视诊、触诊、叩诊、听诊等字样可不必列出。摘要和诊断依据及鉴别诊断部分亦可省略。

(二) 入院病历的格式

姓名	部职别
性别	通讯地址
年龄	入院时间
民族	记录时间
婚姻	病史陈述人
籍贯	可靠性
主诉	
现病史	
既往史	
个人史、月经史、婚姻和生育史等	
家族史	
体格检查	
专科情况	
实验室检查	
	初步诊断
	记录者(签名)

三、再次入院病历

(一) 再次入院病历的编写要求

再次入院病历的完成人与完成时间与入院病历相同，是医生为曾因同一种疾病在本院住院治疗过的病人再次入院而编写的病历。

在编写再次入院病历的时候，必须在一般项目的后面注明第几次入院。一般项目可连写成一段。现病史必须详细记述自上次出院至本次入院的病情变化和治疗经过。既往史、个人史、月经史和婚育史等均可省略。

(二) 再次入院病历的内容与格式

内容包括姓名、性别、年龄、民族、籍贯、婚姻、工作单位、职别、通讯地址、于×年×月×日第×次入院。

主诉

现病史

体格检查

专科情况

实验室检查

初步诊断

记录者(签名)

第二节 病历编写的技巧

一、主诉的编写

主诉是患者就诊时感觉最主要的症状,表现最突出的体征和这些症状、体征持续的时间(天数、小时数或分钟数)。如症状性质有特征也应记入。它是医生通过对患者病情的问诊、望诊和初步体格检查后,对病情作出初步分析的基础上,对患者所患疾病在入院前所发生的经过作出的高度概括,是现病史中应该深入询问的主题,通常只用简短的一两句话来表达。

(一)主诉的种类

(1)单一式主诉:患者的疾病表现较为明显,可用一条主诉进行概括。如:“右上腹胀痛1月,伴黄疸半月”。在单一主诉中,可以同时出现几个主要症状和体征,应按时间发生的先后依次分别列出。如:“怕热、多汗、多食、消瘦3年余,胸闷、心悸1个月”。

(2)复合式主诉:患者的疾病涉及到几个系统,所出现的症状和体征是由不同性质的疾病所造成,不能用单一式主诉来概括时,可列出几条不同的主诉。如:“①右侧胸痛,咳嗽三周,发热10天。②全身出现痒性红色皮疹7天。”在复合主诉中,医生必须先对患者诸多的症候群进行分析、归类,然后按发生时间的先后编写出几条主诉。

(二)主诉编写的方法

(1)症状的编写:编写症状时要简单明了,重点突出,同时必须应用症状学名词。如:“发热、头痛、胸痛、腹痛、水肿、咳嗽、心悸、发绀、腹泻、便血、黄疸、血尿等。”

①不能用诊断学名词代替症状:如“妊娠40周,头痛、头晕2天”应写成“停经40周,头痛、头晕2天”。又如“脑震荡5小时”应写成“头部撞击伤5小时”。

②不能用检查结果代替症状:如“右胫骨中段螺旋形骨折3小时”应写成“左小腿跌伤、疼痛、活动障碍3小时”。因为“左胫骨中段螺旋形骨折”是患者门诊X线检查的结果,而其症状为外伤后“疼痛”、“活动障碍”。

③要用词得当:主诉编写的用词要准确、精练、言简意明。例如把“入睡困难”或“多梦”写成“失眠”,把“厌食”、“饱胀”写成“吞咽困难”都是用词不准确,造成主要症状含意不清。又如用地方方言生造症状学名词,把“气紧”、“咳嗽”等“呼吸困难”的表现写成“拉气”,把“腹泻”写成“拉稀”,都是用词不当的表现。

④要主题突出,避免繁锁:主诉是病情的高度概括,要围绕主要疾病来编写,要主题突

出。编写时不必把某些症状或体征的诱因、传导记入主诉,而把这些留待现病史中描述。例如把“右上腹阵发性绞痛3天”写成“进食后右上腹疼痛且向同侧肩胛部放射3天”就显得繁锁、不精练。另外,把一些非主要的症状编入主诉也嫌累赘,例如“乏力”一词可见于多种不同的疾病,对诊断无明显帮助,可不必编入主诉。在单一式主诉中,与本病无直接关系的次要诊断的症状和体征也可不必编入主诉。

二、现病史的编写

现病史是患者从发病到就诊时疾病发生、发展、演变和诊疗经过的全过程,是病史记录的主体部分。

(一) 现病史编写的内容

(1c) 起病情况:起病的时间、地点、起病的急缓,有无明显的原因或诱因。

(2c) 主要症状或体征的特点:要详尽地描述主要症状或体征发生的诱因、部位、性质、发作时间、持续时间,以及导致这些症状或体征加重或缓解的因素。

(3) 病情的发展和演变:要描述病情的发展是持续性还是间歇性;病情的演变是进行性加重还是逐渐缓解。若是进行性加重,要记录加重的演变过程和分析导致加重的主要因素;若是逐渐缓解,也要记录缓解的演变过程和分析导致缓解的主要因素。

(4) 伴随症状:伴随症状对诊断和鉴别诊断起着重要作用,因此除了要描述伴随症状出现的时间、特点和演变过程外,还要分析其与主要症状的关系。

(5) 诊疗经过:起病后至入院前的治疗经过和疗效。在编写中,要记录清楚进行过那些检查和检查结果;何时、何地诊断为什么病,作过何种治疗;特别对曾用药物的名称、剂量作重点记录。

(6) 一般情况:简要地描述患者病后的精神状态、饮食、二便、睡眠、体重、体力等的变化情况。

(二) 现病史的编写方法

(1) 写作形式:现病史的写作形式可分为一段体和多段体两种。常用的是一段体写作形式,即全部现病史内容,以一段文字按先后顺序连续完成。如若患者同时患有多种疾病,可根据实际情况及记述与理解的方便,按多段体分段记录;与本科无关的他科伤病尚需治疗者,也可按多段体形式分段记录。

(2) 要内容完整、逻辑性强:一份好的现病史必须是主题突出、层次分明,内容衔接,条理清晰,逻辑合理。应将病情的轻重、主次、先后安排有序,从起病开始,然后按症状、体征发生的先后,逐一将其特点和演变过程完整细致地写明、写透,对诊断和鉴别诊断有关的内容不可遗漏,不可前后颠倒。例如一急性阑尾炎患者,先有突然发生的上腹部或脐周围疼痛,继而有轻度恶心或呕吐,经过几小时或十几小时后,腹痛转移至右下腹呈持续性,常伴低热。其特征是以腹痛为主要症状,其它伴随症状均在腹痛后发生。若颠倒了次序,先有发热、恶心呕吐,再有腹痛者,则不可能诊断为急性阑尾炎了。

(3) 要围绕诊断,主题突出:现病史的主题是疾病的诊断与鉴别诊断。因此,在编写现病史时,描述症状或体征的特点和演变就必须围绕主题,表现主题,提炼主题,深化主题,为明确主题服务。在编写中,必须把与主要诊断有关的重要症状和体征的发生时间、部