

常见肿瘤规范病历 质控标准及书写指南

辽宁省卫生厅 编著
辽宁省抗癌协会

北京大学医学出版社

常见肿瘤规范病历质控标准 及书写指南

辽宁省卫生厅
辽宁省抗癌协会

编著

北京大学医学出版社

CHANGJIAN ZHONGLIU GUIFAN BINGLI
ZHUKONG BIAOZHUN JI SHUXIE ZHINAN

图书在版编目 (CIP) 数据

常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南/辽宁省卫生
厅, 辽宁省抗癌协会编著. —北京: 北京大学医学出版
社, 2006. 7

ISBN 7 - 81116 - 038 - 2

I. 常… II. ①辽…②辽… III. 肿瘤—病案—书
写规则—指南 IV. R73 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 065919 号

常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南

编 著: 辽宁省卫生厅、辽宁省抗癌协会

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010—82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘燕 责任校对: 王怀玲 责任印制: 郭桂兰

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 9 字数: 258 千字

版 次: 2006 年 7 月第 1 版 2006 年 7 月第 1 次印刷 印数: 1—5000 册

书 号: ISBN 7 - 81116 - 038 - 2/R · 038

定 价: 22.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南

编写委员会

主任委员：姜 潮

副主任委员：董德刚 王天宇 宋文舫 柏 和

李卫平 周 敏 刘懿卿 孙丽华

委 员：王舒宝 刘永煜 王 辉 付庆才

李树春 张 林 张 斌 李联昆

高雅苓 陈 东 赵 岩

编者名单

主 编	姜 潮	辽宁省卫生厅	厅 长
副主编	董德刚	辽宁省卫生厅	副厅长
	王天宇	辽宁省卫生厅	副厅长
	宋文舸	辽宁省卫生厅	处 长
	柏 和	辽宁省肿瘤医院	院 长
	王舒宝	中国医科大学附属第一医院	教授
	赵 岩	辽宁省抗癌协会	秘书
	李卫平	辽宁省卫生厅	处 长
	周 敏	辽宁省卫生厅	调研员
	刘懿卿	辽宁省卫生厅	助理调研员
	孙丽华	辽宁省肿瘤防治办公室	副主任

参编人员(按章节顺序排列)

刘永煜	辽宁省肿瘤医院	副主任医师
陈 波	中国医科大学附属第一医院	副教授
王 辉	辽宁省肿瘤医院	主任医师
付庆才	辽宁省肿瘤医院	主任医师
尚 海	辽宁省肿瘤医院	副主任医师
李树春	辽宁省肿瘤医院	主任医师
张 林	中国医科大学附属第一医院	教授
张 斌	辽宁省肿瘤医院	主任医师
李联昆	辽宁省肿瘤医院	主任医师
王纯雁	辽宁省肿瘤医院	主任医师
高雅苓	辽宁省肿瘤医院	主任医师
陈 东	辽宁省肿瘤医院	主任医师
李沈峪	辽宁省肿瘤医院	主任医师
何文贵	辽宁省肿瘤医院	主任医师
于 洪	辽宁省肿瘤医院	主任医师
孙丽萍	辽宁省肿瘤医院	主任医师
李 霞	辽宁省肿瘤医院	主任医师

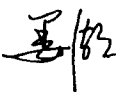
序

随着社会的进步和科学发展，人们对医疗服务质量的需求也越来越高。肿瘤的规范化诊治直接影响着患者的治愈率、生存期和生活质量。卫生部在《中国癌症预防与控制规划纲要（2004—2010年）》中，对癌症的预防和控制提出了明确的规划和要求。为配合中华医学会编写的《临床诊疗指南（肿瘤分册）》推行，针对肿瘤临床病历书写中存在的一些问题，辽宁省卫生厅和辽宁省抗癌协会组织有关专家编撰了《常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南》，经过多次讨论、反复修改，历经一年多的辛勤工作，本书终于问世了。

本书是一本与《临床诊疗指南（肿瘤分册）》相匹配的工具书。可指导肿瘤临床医生在病历书写过程中，更科学、准确地执行常见恶性肿瘤的诊治规范，同时也为卫生行政部门在管理工作中提供检查、评估的质控标准，使广大医务工作者在实际工作中有章可循，这必将极大地推动肿瘤临床诊疗工作的规范化、科学化进程，促进癌症的预防与控制工作，提高恶性肿瘤的诊治水平。

希望广大医务工作者，特别是肿瘤临床工作者学习和应用《常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南》，并对本书存在的问题和不足之处提出宝贵意见和建议，使其日臻完善。

辽宁省卫生厅厅长



编写说明

一、编写背景

恶性肿瘤的规范化诊治早已被世界卫生组织及专家们所公认，早在 20 世纪 70 年代初，国际抗癌联盟（UICC）对癌症的诊治就有了 TNM 分期，并随着医学的发展在不断更新。20 世纪 80 年代初恶性肿瘤的诊治已从专业化走向专科化，20 世纪 90 年代初中国抗癌协会出版了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》（以下简称《规范》），并由卫生部指令在全国推行，至今已有十几年历史了，使恶性肿瘤的诊治初步进入合理化、规范化阶段。但迄今为止仍没有与其配套的“质控标准”及完整的“质控管理体系”，使诊治规范的推行难以达到预期的效果。据有关资料统计：辽宁省每年约有癌症现患 8 万人，死亡近 6 万人。2002 年辽宁省肿瘤防治办公室对全省执行诊治规范情况进行了回顾性抽样调查，结果显示：规范诊治率仅为 32.46%；不规范诊治率为 67.54%。其中：市级以上医院设肿瘤科规范诊治率为 46.79%；县、市级医院设肿瘤科规范诊治率为 33.51%；未设肿瘤科县、市级医院规范诊治率为 3.31%。不同种类的恶性肿瘤的规范诊治率是：乳腺癌为 52.61%，依次是肺癌 46.36%、食管癌 39.21%、胃癌 31.34%、肠癌 8.03%，规范诊治率平均为 32.46%，距《规范》的要求相差甚远，直接影响到患者的生存率及生存质量。发现的主要问题：①诊断依据不足：无病理及细胞学诊断，无 TNM 分期或分期错误。②治疗不规范：未按 TNM 分期制定治疗方案，化疗用药不规范，无监测记录或不全等，严重影响着恶性肿瘤治疗效果。

为了贯彻落实卫生部《中国癌症预防与控制规划纲要（2004—2010 年）》，进一步推行《规范》，提高恶性肿瘤的诊治水平，根据当前的癌情及诊治现状，辽宁省卫生厅和辽宁省抗癌协会组织各专业委员会及部分专家共同编写了《常见肿瘤规范病历质控标准及书写指南》（以下简称《质控标准》），作为临床医师在肿瘤诊治中病

历书写的指南和“工具书”。

《质控标准》编写的目的：通过对恶性肿瘤病人住院病历的书写进行规范化质量监控，以提高恶性肿瘤的规范诊治率。使规范病历成为医疗、教学和科研工作的基础资料，达到学术交流的共享性、临床诊疗的指导性、医疗事故鉴定的法律性、质控管理评估的可行性。

二、编写依据

《质控标准》的编写是以国内外规范化诊疗技术为标准，本着理论与临床相结合的原则，兼顾整体规范与个体化治疗的关系，以达到最佳的治疗效果和生存质量。此书在编写过程中以 2002 年《医疗事故处理条例（中华人民共和国国务院令第 351 号）》文件，卫医发〔2002〕190 号《病历书写基本规范（试行）》、《医疗机构病历管理规定》辽宁省卫生厅 2004 年《辽宁省病历书写基本规范（试行）》，中华医学会主编的《临床诊疗指南（肿瘤分册）》及美国癌症研究联合会主编的《AJCC 癌症分期手册》为依据，力求科学性、实用性、准确性。

三、编写内容

本书共分四部分：首先概述了“病历书写基本规范”；第一篇为“常见肿瘤规范病历书写指南”，第二篇为“常见肿瘤化疗、放疗规范及病历记录”、第三篇为“规范病历质控评分标准”。

编写的癌种为胃癌、大肠癌、肝癌、乳腺癌、食管贲门癌、子宫颈癌、卵巢癌、喉癌、肺癌、骨及软组织肉瘤、鼻咽癌。

目 录

概述

病历书写的基本内容及要求	(3)
--------------------	-----

肿瘤外科病历书写的基本要求	(10)
---------------------	------

第一篇 常见肿瘤规范病历书写指南

第一章 食管、贲门癌	(15)
------------------	------

第一节 住院病历书写规范	(16)
--------------------	------

第二节 手术记录书写规范	(25)
--------------------	------

附录 模式病历及手术记录单	(28)
---------------------	------

第二章 胃 癌	(37)
---------------	------

第一节 住院病历书写规范	(37)
--------------------	------

第二节 手术记录书写规范	(47)
--------------------	------

附录 模式病历及手术记录单	(49)
---------------------	------

第三章 大肠癌	(57)
---------------	------

第一节 住院病历书写规范	(57)
--------------------	------

第二节 手术记录书写规范	(71)
--------------------	------

附录 模式病历及手术记录单	(74)
---------------------	------

第四章 肝 癌	(88)
---------------	------

第一节 住院病历书写规范	(88)
--------------------	------

第二节 手术记录书写规范	(98)
--------------------	------

附录 模式病历及手术记录单	(100)
---------------------	-------

第五章 喉 癌	(107)
---------------	-------

第一节 住院病历书写规范	(107)
--------------------	-------

第二节 手术记录书写规范	(113)
--------------------	-------

附录 模式病历及手术记录单	(115)
---------------------	-------

第六章 肺 癌	(122)
---------------	-------

第一节 住院病历书写规范	(122)
--------------------	-------

第二节 手术记录书写规范·····	(130)
附录 模式病历及手术记录单·····	(133)
第七章 乳腺癌·····	(140)
第一节 住院病历书写规范·····	(140)
第二节 手术记录书写规范·····	(146)
附录 模式病历及手术记录单·····	(148)
第八章 子宫颈癌·····	(155)
第一节 住院病历书写规范·····	(155)
第二节 手术记录书写规范·····	(165)
附录 模式病历及手术记录单·····	(167)
第九章 卵巢癌·····	(174)
第一节 住院病历书写规范·····	(174)
第二节 手术记录书写规范·····	(180)
附录 模式病历及手术记录单·····	(182)
第二篇 常见肿瘤化疗、放疗规范及病历记录	
第一章 化疗·····	(191)
化疗病历书写的基本要求·····	(191)
常见化疗药物毒副反应及处理·····	(192)
第一节 食管、贲门癌化疗规范·····	(196)
第二节 胃癌化疗规范·····	(199)
第三节 大肠癌化疗规范·····	(202)
第四节 肺癌化疗规范·····	(205)
第五节 乳腺癌化疗规范·····	(211)
第六节 卵巢癌化疗规范·····	(219)
第七节 骨及软组织肉瘤化疗规范·····	(221)
附录 模式化疗病历记录单·····	(228)
第二章 放疗·····	(231)
放疗病历书写的基本要求·····	(231)
常见正常组织放疗反应和防治·····	(232)
第一节 食管癌放疗规范·····	(234)
第二节 直肠癌放疗规范·····	(238)

第三节	鼻咽癌放疗规范·····	(241)
第四节	肺癌放疗规范·····	(247)
第五节	乳腺癌放疗规范·····	(250)
第六节	子宫颈癌放疗规范·····	(253)
附录	模式放疗病历记录单·····	(258)
第三篇 规范病历质控评分标准		
表 1	肿瘤外科规范病历质控内容评分标准(100 分) …	(267)
表 2	肿瘤化疗规范病历质控内容评分标准(100 分) …	(269)
表 3	肿瘤放疗规范病历质控内容评分标准(100 分) …	(271)

概述

病历书写的基本内容及要求

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

一、病历书写基本要求

1. 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。使用蓝黑墨水、碳素墨水（禁用圆珠笔），应用中文和医学学术语，数字一律用阿拉伯数字表示。可以使用通用的外文缩写和无正式中文译名的外文医学名词（以人民卫生出版社最新版的《英汉医学词汇》为准）。

2. 病历书写应当文字工整、字迹清晰，表达要明确、客观，不可含糊其辞或主观推断。书写过程中出现错字时，应当用原笔双横线画在错字上，改动处医师盖章或签名并注明修改日期，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。各项记录必须有完整的记录时间，按“年、月、日、时”顺序书写，按 24 小时制书写。每页标明患者姓名、住院号及页码。计量单位一律采用中华人民共和国法定计量单位。长度：米、分米、厘米、毫米、微米；容量：升、毫升；重量：千克、克、毫克、微克；血压的单位一律使用毫米汞柱(mmHg)。

3. 病历应当按照规定的内容书写，并由医务人员用正楷签署全名。实习、试用期医务人员书写的病历，应当经过合法执业医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定后书写病历。上级医务人员有审查修改下级医务人员书写病历的责任。对病历和各项记录的修改一律用红笔。修改时，应当注明修改日期，修改人员签名或盖章，并保持原记录清楚、可辨。出院记录、死亡记录、死亡病例讨

论记录须有主治医师以上的医师签字。因抢救急危患者未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

4. 凡具备完全民事行为能力的患者入院时要填写“知情选择书”。由其自愿指定病情的被告知者和医疗活动同意书签署者。对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人或其委托代理人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知“知情选择书”中所确定的被告知者。

二、门（急）诊病历书写要求及内容

门（急）诊病历内容包括门诊病历首页（门诊手册封面）、病历记录、化验单（检查报告）、医学影像检查资料等。门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

初、复诊在记录时间栏内，均要求记录“年、月、日”，急诊者要记录到分钟，时间以 24 小时制记录。初诊病历的内容应当包括：就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果、诊断及治疗意见和医师签名等。复诊病历的内容应当包括：就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断治疗处理意见和医师签名等。应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对收入急诊观察室的患者，应当建立急诊观察病历，书写留观期间的观察记录。内容包括体温单、入室记录、病程记录、辅助检查报告、护理记录、医嘱单。入室记录在 6 小时内完成，病程记录中要有上级医师意见和入室前病程记录，病程记录时间根据病情确定，每班至少记录一次。

三、住院病历书写要求及内容

住院病历内容包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、

化验单（检查报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含抢救记录）、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。住院志、首次病程记录、阶段小结、转科记录、交接班记录、抢救记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录必须由住院医师以上的医生书写。

住院志是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。住院病志的书写形式分为入院记录、一般病历、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。入院记录、一般病历、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

（一）入院记录内容要求

入院记录由住院医师书写。内容包括：一般情况、病史（主诉、流行病学、病因学、现病史、既往史、个人史和家族史）、体格检查、辅助检查、初步诊断和医师签名。

1. 一般情况 内容包括姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻状况、出生地、入院时间、记录时间、病史陈述者。

2. 主诉 指促使患者就诊的主要症状（或体征）及其持续的时间。主诉多于一项者，按发生的先后次序列出，并记录每个症状的持续时间，要求文字精练。

3. 流行病学、病因学 肿瘤的发生与机体的内外环境密切相关，主要包括病人的性别、年龄、民族、长期生活地、家族史、既往史、生活习惯、个人史等，在病历书写时应有所体现。

4. 现病史 指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写，要围绕主诉进行描写。内容包括：发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果，睡眠、饮食、大小便、精神、体力等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阴性资料等。与现病关系密切的病史，虽然年代久远亦应详细记述。与本次疾病虽无紧密关系，但仍需治

疗的其他疾病情况，可在现病史后按主次顺序分段予以记录。

5. 既往史 指患者过去的健康和疾病情况，内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史等。

6. 个人史（包括月经史、婚姻史和生育史） 要记录出生地、迁徙史、有无烟酒嗜好，必要时应记录特殊嗜好、饮食习惯、职业及工作环境、不洁性交史、冶游史以及性格和精神创伤史等情况。婚姻史应记录结婚年龄、配偶情况，必要时记录婚姻关系是否和睦等。女性病人要记录月经史和生育史。月经史应记录初潮年龄、行经天数、月经周期、末次月经时间（或绝经年龄），绝经年龄还应酌情记录月经的量、色，有无血块、痛经、白带等情况。生育史应当记录妊娠、生育和流产次数，可按（孕 n 、产 n 、流产 n ）格式记录及计划生育状况等。

7. 家族史 要记录父母、兄弟姐妹及子女等主要家庭成员的健康状况，若已死亡，应记录死亡年龄和原因。应记录家族中有无肝炎、结核、性病等传染性疾病。对于溃疡病、原发性高血压、糖尿病、癌肿、血液病、肾病、结缔组织病、免疫缺陷病和精神病等家族性疾病或有遗传倾向的疾病，需要问明两系三代亲属中有无类似疾病，必要时绘出家系图。

8. 体格检查 应当按照系统顺序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其五官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠、肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

9. 专科检查 应当根据不同癌种的需要记录专项的特殊情况，记录时必须全面详细。

10. 辅助检查 指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期，如系在其他医疗机构所做的检查，应当写明该医疗机构的名称。

11. 初步诊断 是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。患两种以上疾病，要每行写一种疾病，不可在一行内连续写多个病名。书写入院记录的医师签名。