

全国卫生专业技术资格考试用书编写专家委员会 / 编写

2017

全国卫生专业技术资格考试指导

病案信息技术

附赠考试大纲

**考前必备
权威畅销**

适用专业

病案信息技术（士、师、中级）专业代码 111、213、389



人民卫生出版社

2017

全国卫生专业技术资格考试指导

病案信息技术

[附赠考试大纲]

适用专业

病案信息技术(士、师、中级)

全国卫生专业技术资格考试用书编写专家委员会 / 编写

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

2017 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用书编写专家委员会编写. —北京:人民卫生出版社,2016

ISBN 978-7-117-23175-6

I. ①2… II. ①全… III. ①医学-资格考试-自学参考资料②病案-信息技术-资格考试-自学参考资料 IV. ①R-42②R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 206940 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

2017 全国卫生专业技术资格考试指导 病案信息技术

编写:全国卫生专业技术资格考试用书编写专家委员会

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:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印刷:三河市博文印刷有限公司

经销:新华书店

开本:787×1092 1/16 印张:36

字数:945 千字

版次:2016 年 11 月第 1 版 2016 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-23175-6/R · 23176

定价:110.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

为贯彻原国家人事部、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。

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《2017 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、病案科的组织与管理、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、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案、病案的质量监控、医院的信息管理、医院统计、现代化设备在病案管理中的应用。

“专业实践能力”:考核内容包括门急诊挂号、随诊工作、住院患者信息采集、国际疾病分类与手术操作分类。

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	第五节 病案信息资料处理(加工)..... 82
第一节 病案管理的有关定义..... 1	第六节 病案的归档..... 83
第二节 病案信息的作用..... 2	第七节 病案控制和示踪系统..... 87
第三节 病案管理发展的历史回顾..... 4	第八节 病案的供应..... 90
第四节 病案管理工作的基本范畴..... 5	第九节 病案信息的服务..... 92
第五节 病案管理教育..... 8	第十节 病案的保留..... 92
第六节 各类人员对病案的职责..... 9	第十一节 病案表格..... 96
第七节 病案管理的发展趋势..... 9	第五章 社区病案信息管理..... 103
第八节 病案管理学术组织..... 11	第一节 社区与社区卫生管理..... 103
第二章 病案科的组织与管理..... 14	第二节 社区健康档案..... 107
第一节 病案科(室)的设置和隶属关系..... 14	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)..... 114
第二节 病案委员会的组织和职责..... 15	第四节 社区健康档案管理信息服务..... 115
第三节 病案科(室)的职责与功能..... 15	第六章 解剖学..... 117
第四节 病案科人员编制..... 16	第一节 运动系统..... 117
第五节 病案科的设备..... 17	第二节 消化系统..... 124
第六节 病案科(室)管理实施方法..... 19	第三节 呼吸系统..... 131
第三章 病案保护..... 27	第四节 泌尿系统..... 133
第一节 病案保护的意義和任务..... 27	第五节 生殖系统..... 136
第二节 病案库房的建筑与设备..... 27	第六节 内分泌系统..... 138
第三节 影响病案耐久性的因素..... 30	第七节 循环系统..... 139
第四节 有害生物对病案的危害及防治..... 44	第八节 感觉器官..... 147
第五节 光及空气污染对病案的危害及防护..... 48	第九节 神经系统..... 150
第六节 病案库房温、湿度的调节..... 51	第七章 生理学..... 156
第七节 病案的修复..... 54	第一节 绪论..... 156
第四章 病案管理..... 56	第二节 细胞..... 157
第一节 病案的建立与形成..... 56	第三节 血液..... 160
第二节 病案编号的管理..... 66	第四节 血液循环..... 164
第三节 患者基本信息管理..... 70	第五节 呼吸..... 168
第四节 病案的收集与整理..... 74	第六节 消化..... 171
	第七节 能量代谢与体温..... 173
	第八节 泌尿系统..... 175
	第九节 内分泌..... 177

第十节 生殖	181	第四节 Excel 2000 使用基础	256
第八章 病理学	183	第五节 PowerPoint 2000 使用基础	264
第一节 细胞和组织的损伤与修复	183	第六节 FoxPro 数据库管理系统	268
第二节 局部血液循环障碍	186	第七节 计算机网络	278
第三节 炎症	191	第八节 计算机系统安全	284
第四节 肿瘤	195	第十一章 病案与法	286
第九章 临床医学	203	第一节 法的基本知识	286
第一节 症状	203	第二节 病案的归属权	289
第二节 病毒性肝炎	217	第三节 病案在法律中的作用	292
第三节 艾滋病	219	第四节 医务工作者的法律责任	297
第四节 流行性感冒	220	第五节 病案专业人员的职责和依法承担的义务	310
第五节 肺结核	221	第六节 病案管理的法律保障	311
第六节 急性气管-支气管炎	221	第十二章 病案管理与医疗保险	314
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	221	第一节 医疗保险概论	314
第八节 原发性高血压	222	第二节 定点医疗机构的管理	317
第九节 心功能不全	223	第三节 医疗保险服务范围及费用支付	317
第十节 胃炎	224	第四节 医疗保险与病案管理	320
第十一节 肝硬化	224	第十三章 电子病案	325
第十二节 消化性溃疡	225	第一节 电子病案的概念及发展概况	325
第十三节 糖尿病	226	第二节 电子病案系统的构成及主要技术	330
第十四节 慢性肾小球肾炎	227	第三节 电子病案的管理	334
第十五节 再生障碍性贫血	227	第十四章 病案的质量监控	336
第十六节 白血病	228	第一节 概念	336
第十七节 系统性红斑狼疮	228	第二节 病案质量管理的任务和内容	337
第十八节 类风湿关节炎	229	第三节 病案质量的组织管理	340
第十九节 急性一氧化碳中毒	230	第四节 病案信息专业技术环节质量评估及监控指标	342
第二十节 急性催眠药物中毒	230	第五节 病案书写质量评估标准	344
第二十一节 脑栓塞	231	第六节 病案书写质量管理	348
第二十二节 原发性脑出血	231	第七节 ISO 9000 相关知识	350
第二十三节 肠梗阻	232	第十五章 医院的信息管理	352
第二十四节 骨折	233	第一节 医院信息管理概述	352
第二十五节 流产	234	第二节 医院信息系统	353
第二十六节 异位妊娠	234	第三节 病案统计信息系统	354
第二十七节 子宫肌瘤	235	第四节 医院数据挖掘	356
第二十八节 新生儿病理性黄疸	235	第十六章 医院统计	359
第十章 计算机基础	237		
第一节 计算机基础知识	237		
第二节 Windows 系统使用基础	239		
第三节 Word 2000 的应用	245		

第一节	医院统计基础知识·····	359	第二十章	住院患者信息采集·····	422
第二节	统计报表制度·····	361	第一节	住院患者信息采集工作	
第三节	医院统计工作·····	362	概述·····	422	
第四节	统计分析基本知识·····	370	第二节	住院患者信息采集工作	
第十七章	现代化设备在病案管理		常用表格·····	423	
中的应用·····	374	第三节	住院患者信息采集工作		
第一节	病案管理现代化的意义和		实践·····	431	
组织·····	374	第四节	住院患者信息采集工作		
第二节	现代化设备的应用·····	375	质控·····	439	
第十八章	门急诊挂号·····	389	第二十一章	国际疾病分类(ICD-10)	
第一节	门急诊挂号工作的组织		与手术操作分类(ICD-9-		
管理·····	389	CM-3) ·····	441		
第二节	门急诊患者信息采集·····	392	第一节	国际疾病分类基本概念·····	442
第三节	出诊医师管理·····	394	第二节	国际疾病分类的发展与应用	
第四节	计算机挂号系统·····	395	状况·····	445	
第五节	挂号操作流程·····	398	第三节	ICD-10 中的专用术语、符号	
第六节	挂号信息的利用·····	399	与省略语·····	449	
第十九章	随诊工作·····	402	第四节	编码操作方法·····	453
第一节	随诊概述·····	402	第五节	内容类目表和四位数亚目及	
第二节	随诊工作的种类·····	404	相关情况的解释·····	459	
第三节	随诊工作方式·····	405	第六节	病案首页的填写要求·····	482
第四节	随诊工作常见问题·····	411	第七节	手术操作分类概述·····	488
第五节	随诊的组织工作·····	412	第八节	手术编码操作·····	490
第六节	随诊资料的应用与统计·····	414	第九节	手术操作分类各章解释·····	497
第七节	现代随诊工作的发展·····	416	第十节	主要手术或操作的选择·····	519
第八节	随诊相关制度介绍·····	420			
病案信息技术(士)考试大纲	·····	520			
病案信息技术(师)考试大纲	·····	535			
病案信息技术(中级)考试大纲	·····	551			



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。

在我国,“相关疾病诊断分组”虽然还处于研究阶段,但单病种结算的办法却如雨后春笋般的在全国范围内产生。单病种结算办法简单、易行,但存在更多不合理的因素,因此被认为是一种过渡的办法。2010年,原卫生部在全国范围内试点使用了112个疾病的临床路径,今后还将逐步地扩大临床路径的病种,而这些也是医疗付款的可能依据。上述种种,很大程度依赖于病案的凭证作用,医保部门对病案核查已成为惯例。

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,在法庭上都将是不良的证据;如果提供不出病案,其后果则更为严重。

七、医疗统计作用

病案在医疗统计中同样是利用病案的备考作用。病案涵盖了患者身份证明和有关医疗活动的信息,是医疗业务活动数量和质量统计分析的原始资料,医院领导制订计划,监督和指导工作所需要的统计数据,国家规定的医疗统计指标都可从病案信息中取得。医疗统计数据可为国家卫生统计部门提供疾病分布、发病率、死亡原因等数据,为研究疾病的防治和监测提供参考。

八、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、瘰、折、痿、痈、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。

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 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)。

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,特别适用于教学医院,有利于电子病案的记录。

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。

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,现在重点在于发展电子病案。电子病案是信息加工的最佳基础,其优点还包括可以降低医疗费用和提高医疗安全。因此,电子病案成为世界关注的和开发的重点。2004 年,美国总统布什签署命令建立国家卫生信息协调办公室,提出 10 年内在全美范围内将病案信息电子化。法国全球最大的民用计算机工程是投入 60 亿英镑(90 亿美元)用于电子病案项目。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,使病案电子化的运行提到了议事日程。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。缩微数码方式因其需要双重维护,一般医院也不采用。

四、保管

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。

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、病案流量等诸多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+计算机管理

单一编号可以保证病案的唯一性,可以使医师一次性、不会遗漏地获得患者全部资料。尾号排列可以加快纸质病案的检索、归档速度,而且可以保证工作面的平均和最大限度减少病案移架的情况。颜色编码可以减少病案归档的错误率,即使发生错误也可以在最短的时间内给予纠正。条形码则可以有效地控制病案的去向。条形码与计算机管理则提高了病案管理的准确性和工作的效率。

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对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能够更好地提供利用。

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。

病案资料的社会性利用在近年来有较大的发展,首先是患者流动性大,需要持医疗文件转诊。其次是医保部门的审核,需要患者提供病案复印件。这些使用都获得法律法规允许,病案科应给予提供。

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年、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。2005年北京大学医学网络学院与北京市崇文区卫生学校联合开办卫生信息管理专科升本科教育。

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、新乡医学院等院校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 adminis-

trator)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个和10个学时的继续教育,否则将取消注册资格。

由于电子病案的发展速度迅猛,一些发达国家认识到病案专业教育的迫切性。美国卫生信息学会提出2005年以后,病案的硕士教育作为病案专业学科的基础教育。鼓励病案工作者重返学校学习。

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、医务人员

医务人员是病案记录者,他们包括医师、护士和医技人员。

医务人员应当准确、完整、详细记录诊断治疗、检查、护理过程及结果,及时采集有关患者的健康信息及有法律作用的签字文件。

三、病案信息管理人员

收集、整理、加工、分类、统计、保管病案信息并提供病案信息的服务。

四、患者

遵守医院有关病案的规定,提供真实、可靠的个人信息和病情描述;爱护病案,不可随手拿走病案;患者可根据原卫生部关于病案复印的有关条例申请复印。

第七节 病案管理的发展趋势

我国病案(卫生信息)管理的发展迅速,但不平衡。在经济发达的地区,不少医院已建立院级局域网。总体上讲,病案管理的发展趋势正逐步向信息管理,向计算机化方向发展。今后病案(卫生信息)管理的发展趋势是:

一、广泛、深入地涉及医院经营管理

医疗产业概念在今天并不鲜见,医院管理的一个主要工作是经营管理。因此,今后医院的管理者不一定是临床医师,而应当是具有一定医疗知识经济师和专职的管理人员。医院之间存在竞争,这种竞争主要是服务质量的竞争。

病案信息可以提供丰富的管理信息,如医疗质量的优劣、病种费用的比较、医师水平的高低、医师工作数量的多少、住院病种的情况等等。聪明的管理者应当从长官意志管理和经验管理向科学管理转化,也就是要懂得利用病案信息进行医院的经营管理。

二、涉及医疗纠纷和法律案件

国务院颁布了新的医疗事故处理条例,随后卫生部颁发了病案管理的配套文件。如果医院要说明医疗无过错或仅有轻微的过错时,“举证倒置”的法律要求使医院负举证的义务,而证

据大都存在于病案中。在新形势下,医院不得不规范医疗的行为,包括病案记录的规范化。同时,医院还应当加强医疗质量控制的强度。

三、病案管理向卫生信息管理方向发展

病案的作用已不仅是传统的医疗作用,它的作用得到的扩展、延伸。原始病案资料在许多场合已不能满足各方面的要求,因此需要对信息的加工和管理。目前,我国医院的病案信息加工基本上限于病案首页,这还只是初步的、基本的信息管理。病案还存在丰富的信息,还有待开发。病案信息还可以与其他管理信息结合,发挥更大的信息作用。

病案管理向卫生信息管理方向发展的具体表现是电子化病案。在当今的E时代环境下,卫生也是E卫生,病案也必然要E病案。电子病案的概念绝不是一般的利用计算机的录入、输出功能,目前不少医院都存在简单地利用预先写好的某种疾病的病例模板,将同种疾病不同患者的病历套入。这是一种简单的复制,失去了每个病例的特异性。医务人员由于工作繁忙,常常不能将不同的情况完全修改后完成病历,出现了男性患者受孕3个月、女性患者阴茎发育正常的记录。

电子病案概念应当是无论患者在医院的任何专科治疗,都可以获得在医院各部门治疗的医疗信息;电子病案有警示系统,当出现不正常的化验报告时或药物配伍有禁忌时,计算机可以发出警告;电子病案系统还应当有电子资料库的支持,链接到一些电子图书、杂志资料库。当需要了解某种病的最新诊断、治疗方法时,可以获得参考资料,循证医学的方法可以直接引入病例治疗。实施电子病案在技术上没有困难,它的瓶颈是标准、观念和录入,当然经费也是一个极为重要的因素。

四、对传统纸张病案及索引的电子化加工

在对新信息收集、加工和管理的同时,传统的资料也存在加工管理、快速传输的要求。这是一项早晚都要完成的工作,也是一个阶段性的工作。一旦完成了转换,对于不再使用的纸质病案可以择地另存,对于超过保存年限的病案,也可以销毁。

纸质病案转换为影像病案一定要考虑医院电子病案的进程,最好与医院的电子病案系统同步。对于超过保存年限的纸质病案,销毁时应持审慎的态度,由病案委员会讨论,医院领导部门作出决定后方可实施。患者姓名索引一定要永久保存。

五、专业人才需求

病案管理是基本管理,信息管理是高层管理。后者需要更高级的加工、管理手段、知识与技能。信息管理离不开计算机技术,分类管理需要相关的知识,如基础医学知识、临床医学知识、流行病学知识及分类本身的规则等。

目前的人才培养主要还是中等专业及大专教育,本科教育刚刚开始,远远不能满足实际需求。我们与发达国家的距离不仅是硬件的差距,更主要的是人员的知识水平,也就是人员素质。教育是改变人员素质的最快途径,医院对高素质的人员将会有强烈的需求。

病案信息管理人员的岗位不会因为病案的电子化而消亡,只会随着电子化的全面普及和深入改变作业方式,逐步走向质量监控、信息挖掘和信息服务方向。病案信息人员也是不可替代的,医务人员替代不了,计算机人员也替代不了,它有自己的专业特点和技能,因此对病案信息高素质人才仍将会有长期的需求。