

中医 病案规范书写手册

ZHONGYI BINGAN GUIFAN
SHUXIE SHOUCE

王永炎 主编

湖南科学技术出版社

62
5

中医 病案规范书写手册

主 编 / 王永炎

副主编 / 寒 啸

编者(按姓氏笔画为序)

王 阶 王惠玲 张 鸿
吴向红 陈万根 陆惠民
赵宜军 袁敬柏 寒 啸
景录先

0 166031

湖南科学技术出版社

中医病案规范书写手册

主 编：王永炎

责任编辑：黄一九

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市展览馆路 66 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731-4441720

印 刷：长沙政院印刷厂

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：长沙市黄土岭正街 2 号

邮 编：410074

经 销：湖南省新华书店

出版日期：2000 年 9 月第 1 版第 2 次

开 本：787mm×1092mm 1/16

印 张：12.125

字 数：293000

印 数：15081~25098

书 号：ISBN 7-5357-3030-2/R·645

定 价：18.00 元

(版权所有·翻印必究)

前

言

中医病案是医务工作者在中医临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案，对中医医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。病案书写是临床医师必要的基本功，它反映着临床医务工作者医疗技术、科学作风和文化修养的水平。病案的建设及管理作为医院科学管理的重要内容日益受到重视。规范病案书写格式，加强病案质量管理已成为中医医疗机构管理的重要工作。

为了进一步加强中医病案建设，提高中医医疗服务质量，适应全国医药卫生体制改革和城镇职工基本医疗保险制度改革的要求，受国家中医药管理局医政司委托，我们对1992年起在全国试行的《中医病案书写规范》进行修订、完善，形成了新的《中医病案规范》，用于规范全国各级各类中医医院及临床医师的中医病案书写和管理工作。

在《中医病案规范》发布实施之时，我们根据《中医病案规范》的要求，参考、摘引了有关资料，编写了这本《中医病案规范书写手册》，以期对临床医师学习、实施《中医病案规范》时有所借鉴。

该手册主要内容包括3个项目：【规范要求】原文摘引了《中医病案规范》中病案的内容、格式及书写要求；【病案示例】以病案示例的形式体现【规范要求】的具体应用；【按语】则是对措辞精炼的《中医病案规范》原文的理解描述及有关注意事项的进一步说明。同时在附录中收载了《中医病案规范》中未作统一格式要求的部分内容、由护理部门或管理部门具体操作的内容，以及与中医病案书写有关的各种资料，如“中医证候、治法术语一览表”，“常见疾病中、西医病名对照表”，“常用标准医学、药物名词一览表”，“常用临床检验正常参考值一览表”等等，供读者学习、实施《中医病案规范》时参考。

全书紧扣新的《中医病案规范》，具有很强的实用性和可操作性，便于临床医师案头参考之用。本书引用资料很多，未能一一标明出处，在此谨向这些资料的原作者致以衷心的感谢。

由于编写时间仓促和学识水平所限，本书中的缺陷在所难免，不当之处还望同道不吝赐教。

编者

2000年8月

1 中医病案书写通则	(1)
1.1 文字、格式、用语及书写要求	(1)
1.2 病案书写人员资格要求	(2)
1.3 病案书写的时限	(2)
1.4 病案的阅改	(2)
1.5 其他	(3)
2 中医病案的标题名称	(4)
3 门诊病案书写	(5)
3.1 初诊记录	(5)
3.2 复诊记录	(7)
4 急诊病案书写	(9)
4.1 急诊初诊记录	(9)
4.2 急诊病程记录	(11)
4.3 急诊留观记录	(11)
4.4 急救记录	(11)
5 住院病案书写	(14)
5.1 住院病历	(14)
附：住院病历体格检查基本内容	(16)
5.2 住院记录	(25)
5.3 病程记录	(28)
5.3.1 首次病程记录	(28)
5.3.2 病程记录	(30)
5.3.3 交班记录	(32)
5.3.4 接班记录	(34)
5.3.5 转出记录	(35)
5.3.6 转入记录	(36)
5.3.7 阶段小结	(37)
5.3.8 术前讨论记录	(39)
5.3.9 手术同意书	(40)
5.3.10 麻醉同意书	(41)
5.3.11 输血同意书	(41)
5.3.12 手术记录	(41)

5.3.13 病例讨论记录	(43)
5.3.14 抢救记录	(45)
5.3.15 出院记录	(46)
5.3.16 死亡记录	(47)
5.3.17 死亡病例讨论记录	(48)
附: 专科病案书写要点	(50)
附1 中医肛肠科病案书写要点	(50)
附2 中医骨伤科病案书写要点	(50)
附3 中医外科病案书写要点	(51)
附4 中医妇科病案书写要点	(51)
附5 中医儿科病案书写要点	(51)
附6 中医针灸科病案书写要点	(51)
附7 中医皮肤科病案书写要点	(51)
附8 中医推拿科病案书写要点	(52)
附9 中医耳鼻喉科病案书写要点	(52)
6 三级医师查房制度	(54)
6.1 查房通则	(54)
6.2 各级医师查房要求	(54)
6.2.1 住院医师	(54)
6.2.2 主治医师	(54)
6.2.3 主任医师(含副主任医师、科主任)	(55)
6.2.4 住院总医师(总住院医师)	(55)
6.3 主任医师查房纪录	(55)
附录1	(58)
附录1.1 表格式专科检查记录	(58)
附录1.2 病案首页	(60)
附录1.3 住院病案的排列顺序	(66)
附录1.4 医嘱本	(67)
附录1.5 医嘱单	(70)
附录1.6 中医病案质量评价标准	(73)
附录2	(79)
附录2.1 中医证候、治法术语一览表	(79)
附录2.2 常见疾病中、西医病名对照表	(114)
附录2.3 常用标准医学、药物名词一览表	(148)
附录2.4 中医病案书写常见易误字、易混字一览表	(156)
附录2.5 常用临床检验正常参考值一览表	(165)
附录2.6 中华人民共和国法定计量单位一览表	(174)
附录2.7 常用医学计量单位换算方法	(176)
附录2.8 出版物数字用法表	(178)
附录2.9 人的性别代码	(182)

附录 2.10 婚姻状况代码	(182)
附录 2.11 家庭关系代码	(182)
参考文献	(185)

1 中医病案书写通则

【规范要求】

中医病案是医务工作者在中医临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案，也是解决医疗纠纷、判定法律责任、医疗保险等事项的重要依据。病案作为第一手的信息资料，对中医医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。病案书写是临床医师必要的基本功，它反映着临床医务工作者医疗技术、科学作风和文化修养的水平。病案的建设及管理作为医院科学管理的重要内容日益受到重视。规范病案书写格式，加强病案质量管理已成为中医医疗机构管理的重要工作。

1.1 文字、格式、用语及书写要求

【规范要求】

(1) 中医病案要求内容完整，重点突出，主次分明，条理清晰，语句精炼，字迹清楚，书写整洁，无错别字、自造字。

(2) 除病案首页的过敏药物名称和上级医师阅改病案处使用红色墨水笔外，其他书面文字书写一律使用钢笔、蓝黑色墨水。

(3) 简化字应以中华人民共和国语言文字工作委员会 1986 年 10 月 10 日发布的《简化字总表》为准。

(4) 病案中每页均应填写患者姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日×时顺序，用阿拉伯数字填写。

除住院病历、住院记录以外所有的病案记录均应按记录时间、内容、医师签名顺序书写。记录时间按×年×月×日（×时×分）书写。医师签全名位于右侧，字迹必须清晰易认。

(5) 中医术语的使用依照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》（最新版）、《中医病证分类与代码》（最新版）和中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（最新版）等有关标准规范；中药名称的使用依照《中华人民共和国药典》（最新版）；西医疾病诊断及手术名称依照国家标准《疾病分类与代码》（最新版）。

(6) 病案中护理记录按照国家中医药管理局颁布的《中医护理常规、技术操作规程》要求书写。

(7) 病案中的数字按 1995 年 12 月 13 日国家质量技术监督局发布的《出版物上数字用

法的规定》书写。

(8) 病案中的计量单位按国务院《中华人民共和国法定计量单位》、《常用人体检验数值新旧单位换算法》、《新旧压强单位换算法》书写和使用。

(9) 病案书写中要正确使用标点符号，以 1995 年 12 月 13 日国家质量技术监督局发布的《标点符号用法》为准。

(10) 病案书写要求使用统一印制的纸张。

1.2 病案书写人员资格要求

【规范要求】

- (1) 未获得执业医师资格者须书写住院病历。
- (2) 获得执业医师资格者可书写住院记录。
- (3) 进修医师是否书写住院记录由所在进修单位决定。
- (4) 病案其他部分书写人员资格见相应章节。

1.3 病案书写的时限

【规范要求】

(1) “门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录及“住院病案”中的“首次病程记录”、“抢救记录”、“手术记录”、“转入记录”、“接班记录”、“会诊记录”、“病程记录”要求即时完成。

(2) “住院病历”、“住院记录”、“死亡记录”要求在 24 小时内完成。

(3) “交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要求事前完成。

(4) “死亡病例讨论记录”要求在患者死亡 1 周内完成，必要时及时讨论。

(5) 住院病案要求在出院后 48 小时内完成归档。

(6) “病案首页”实行按科室（或病区）签署首页制度，要求在出院后 2 周内完成。

1.4 病案的阅改

【规范要求】

(1) 病案是重要的医疗文书，不得涂改、挖补或剪贴。错误字词如需改正，可用单线划去，将正确字词标注其旁。

(2) 住院医师负责指导和督促实习医师、进修医师书写病案，并负责阅改住院病历；主治医师负责阅改住院记录，并负责病案质量；正、副主任医师及科室（病区）主任应经常检

查病案质量。

(3) 住院病案在一页中阅改超过三处，须重新抄写。

(4) 住院病案经各级医师签署首页并归档后，不得再做任何修改。

1.5 其他

【规范要求】

(1) 书写病案要求做到认真、准确、客观、符合病情。要求住院病历完整系统，住院记录简明扼要、重点突出。

(2) 每份住院病案中必须有“住院记录”。住院病历与住院记录内容存在不一致时，以住院记录为准。

(3) 每份病案一般应体现三级医师查房。

(4) 各项化验、检查报告单分类粘贴，整齐有序，标记清楚。要求有统一印制的化验单、检查报告单粘贴纸。住院病案归档后应将所有检验资料用红铅笔左低右高斜线封档。

(5) 出院前要清点患者诊疗资料是否齐全。

(6) 病案书写中所涉及的标题用语以本《规范》为准。

(7) 根据现行《医疗机构管理条例实施细则》的要求，门诊病案保存 15 年，住院病案保存 30 年。病案的保存与管理遵照国家有关档案管理法规执行。

(8) 本规范适用于全国各级中医、中西医结合医疗机构。

2 中医病案的标题名称

【规范要求】

为使病案各部分名称规范，现将病案中各种标题名称统一规定如下：

- (1) 病案：指患者在门诊、急诊和住院期间的全部诊疗资料。
- (2) 门诊病案：指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。
- (3) 急诊病案：指患者在急诊就诊和急诊留观期间的全部诊疗资料。
- (4) 住院病案：指患者在住院期间的全部诊疗资料。
- (5) 住院病历：不用“大病历”、“入院病历”等名称。
- (6) 住院记录：不用“入院录”、“入院志”等名称。
- (7) 病程记录：不用“病程日志”、“治疗过程”等名称。
- (8) 交班记录：不用“交班志”、“交班小结”、“交班总结”等名称。
- (9) 接班记录：不用“接班志”等名称。
- (10) 转出记录：不用“转出志”、“转出病历”等名称。
- (11) 转入记录：不用“转入志”、“转入病历”等名称。
- (12) 阶段小结：不用“病程总结”、“病历小结”等名称。
- (13) 出院记录：不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。
- (14) 死亡记录：不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。
- (15) 术前讨论记录：不用其他名称。
- (16) 手术记录：不用“手术志”、“手术病志”等名称。
- (17) 诊断：不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。

3 门诊病案书写

【规范要求】

随着城镇职工基本医疗保险制度改革的逐步深化，门诊、急诊病案日益重要，医师应认真记录，进修、实习医师书写的门急诊病案须由带教医师签名负责。

3.1 初诊记录

【规范要求】

年 月 日 科别
姓名 性别 年龄 职业

主诉：同住院病历。

病史：主症发生的时间、病情的发展变化、诊治经过及重要的既往病史、个人史和过敏史等。

体格检查：记录生命体征、中西医检查阳性体征及具有鉴别意义的阴性体征。特别要注意舌象、脉象。

实验室检查：记录就诊时已获得的有关检查结果。

诊断：

中医诊断：包括疾病诊断与证候诊断。

西医诊断：

处理：

(1) 中医论治：记录治法、方药、用法等。

(2) 西医治疗：记录具体用药、剂量、用法等。

(3) 进一步的检查项目。

(4) 饮食起居宜忌、随诊要求、注意事项。

医师签名：

【病案示例】

××××年3月18日14时 科别：中医内科
姓名：××× 性别：男 年龄：40岁 职业：干部
地址：××市××街××号 联系人：××× 电话：××××××××
主诉：突发头晕目眩伴恶心、耳鸣，17小时。

病史：

患者昨晚9时看电视时无明显诱因自觉左耳高调耳鸣，继而头晕倒地，睁眼即觉周围天旋地转，闭目稍舒。时感恶心，但无呕吐。今晨由家人抬来就诊。现感头晕胀痛，目眩，耳鸣，恶心，口舌干苦，胸闷不舒，不欲饮食。发病时神志清楚，语言正常，无头痛、心悸、抽搐、吐涎沫及恶寒、发热。小便黄，大便干。

既往身体健康，否认高血压、颈椎病、癫痫病史，否认肝炎、伤寒等传染病史及其他精神、神经系统疾病史。否认药物过敏史。平素喜食辛辣、烟酒，性情急躁。

体格检查：

T 37.5℃，P 98次/分，R 21次/分，BP 16/10 kPa。

神志清楚，语言清晰，诊查合作。皮肤湿润，无黄染、水肿。周身浅表淋巴结无异常发现。痛苦面容，面色潮红。倦卧于床，不欲睁眼，眼球水平震颤阳性。左耳听力减退。唇赤。双肺叩诊清音，呼吸音正常，无啰音。心尖搏动及心浊音界正常，心率98次/分，律齐，无杂音。腹平软，无压痛、叩痛、反跳痛。未扪及肝、脾、肾。脾及双侧肾区无压痛、叩痛。脊柱无异常发现。四肢活动自如，肌力、肌张力正常。

舌质红，苔黄腻。脉弦滑数。

实验室检查：

血常规：Hb 120 g/L；WBC 7.5×10^9 /L，N 0.68，L 0.32。

尿常规：黄、清，蛋白微量，镜检无异常。

诊断：

中医诊断：眩晕

肝阳上亢、痰热动风证

西医诊断：梅尼埃病

处理：

(1) 中医治疗：平肝潜阳、清热化痰熄风。予天麻钩藤饮合定痛汤加减。

天麻 15 g	钩藤 12 g	栀子 12 g	黄芩 10 g
牛膝 12 g	法夏 10 g	胆南星 10 g	天竺黄 12 g
生大黄 10 g	石决明 30 g (先煎)	磁石 30 g (先煎)	代赭石 15 g (先煎)

水煎服，1剂/日，共3日。

(2) 作甘油试验。

(3) 右侧卧位休息，避免强光、噪声等刺激。

(4) 注意饮食、起居：戒烟酒，忌肥甘，避免劳累和精神过度紧张。治疗期间予半流质低盐饮食。

(5) 3月21日复诊。

医师：×××

【按语】

门诊病历是包含有患者病情的主要资料，它不仅反映着患者病情，也反映着医师诊疗患者过程中的思维和行动，因此又是医师工作成绩和质量的具体体现，是衡量医师工作质量和技术水平的重要根据，同时它还是重要的科研资料 and 具有法律性质的物证文件。所以各级医师均须重视门诊病历的规范书写。

1. 主诉：应记录“患者就诊的主要症状、体征及持续时间。要求重点突出，高度概括，

简明扼要”。不能用诊断或实验室检查结果代替症状、体征。时间描述应确切（参见“住院病历”【按语】）。

2. 病史：应既确切扼要，又能反映出疾病的发生、发展和诊疗过程，对于与患者疾病可能有关的家族史也应记录。对于其他医院或既往的诊断、治疗，描述时应加引号。

3. 体格检查：根据病情需要全面或重点进行体格检查（参见“住院病历体格检查基本内容”），扼要记录。一般而言，内科要检查和记录肺、心、肝、脾、肾等主要脏器，各专科要重点检查和记录专科疾病的体征，不能遗漏阳性体征或有鉴别诊断意义的阴性体征。

生命体征：包括体温、脉搏、呼吸、血压。其中体温单位为摄氏度，记录符号用“℃”。

4. 实验室检查：分行列举就诊时已获得的有关检查结果（包括各种实验室检查、X线检查、超声检查、心电图、MRI等辅助检查）。

5. 诊断：分行列举各个中医诊断、西医诊断。中医诊断中的证候诊断另起1行、右退1字列在疾病诊断的下面。西医诊断中的从属诊断亦另起1行、右退1字列在主要诊断的下面。若有多个诊断，应按“重要的、急性的、本科的在先，次要的、慢性的、他科的在后”的顺序分行排列。诊断应完整确切，不能以症状代替诊断，尽量避免用“待查”字样（如“心悸待查”等）。

6. 处理：所列各项内容均应分行列举（包括各种药物）。其中药物剂量应逐项记录每次用量（如“1剂/日”）、每日用药次数（如“3次/日”）或每次用药天数（如“1次/3日”即每3日1次）、总共用药天数（如“共3日”）。各种“进一步的检查项目”可在同行列举。各种“饮食起居宜忌”可在同行列举，各种“随诊要求”可在同行列举，各种“注意事项”可在同行列举，但这3项内容均应分行列举。

7. 医师签名：写在右边靠边处。每次记录医师均须正楷签署全名，字迹要清楚易辨。需请上级医师审核者，应在记录者签名的左上方划一斜线，由上级医师签署全名。

8. 其他：一般项目和医师签名的行尾不用标点符号；暂时不能完全确定的诊断可在行尾用问号结束本行；其他正文内容行尾均用句号结束本行。

3.2 复诊记录

【规范要求】

年 月 日 时 科别

记录以下内容：

(1) 前次诊疗后的病情变化、简要的辨证分析、补充诊断、更正诊断。

(2) 各种诊疗措施的改变及其原因。

(3) 同一医师守方超过3次后需要重新书写处方。

(4) 三次没有确诊或疗效不佳者必须有上级医师的会诊意见。上级医师的诊疗意见应详细记录，并经上级医师签字负责。

医师签名：

【病案示例】

××××年3月21日9时 科别：中医内科

服上诊药3天，眩晕明显减轻，头痛、耳鸣停止，已能张目视物和主动起坐。胸闷、口干苦减轻，已欲食但纳食不佳。小便微黄，大便正常。

T 37.5℃，P 78次/分，R 21次/分，BP 16/10 kPa，舌红，苔黄微腻，脉弦。唇、面色泽正常。

甘油试验阳性。

性躁者肝气易郁，肝阳易亢，久则化火，炼液为痰，痰火交阻，肝风内动，上扰清窍，故眩晕、耳鸣。肝失疏泄，横逆犯脾，故胸闷、恶心、不欲饮食。口干苦、舌红乃火热之征，苔黄腻、脉弦滑为痰热之象。上方用天麻、钩藤、磁石、石决明、代赭石平肝潜阳熄风，大黄、栀子、黄芩清热泻火，法夏、胆南星、天竺黄化痰。方药对证，诸症减轻，故诊断无需修改，治法仍予平肝潜阳、清热化痰熄风，方予天麻钩藤饮合定痫汤化裁加减，但增疏肝、健脾之药。

处理：

(1) 天麻 15 g	钩藤 12 g	栀子 12 g	黄芩 10 g
牛膝 12 g	法夏 10 g	天竺黄 12 g	石决明 30g (先煎)
磁石 30 g (先煎)	代赭石 15 g (先煎)	香附 10 g	神曲 15g

水煎服，1剂/日，共3日。

(2) 注意饮食、起居：戒烟酒，忌肥甘，避免劳累和精神过度紧张。

医师：×××

【按语】

复诊病历首先应重点记录前次诊疗后的病情变化、药物反应、上次检查后送回的报告单的主要内容，特别注意新出现的症状及其可能原因，避免使用“病情同前”之类字样。

体格检查可重点进行，复查上次发现的阳性体征、注意新发生的体征，扼要加以记录。

诊断无变化者不再填写诊断，诊断改变（补充或更正）者须再填写诊断。

其他注意事项参见初诊病历。

4 急诊病案书写

4.1 急诊初诊记录

【规范要求】

科别	年	月	日	时	分
姓名	性别	年龄	职业	婚况	
地址	联系人	电话			

主诉：患者急诊就诊的主要症状及持续时间。不能用诊断代替主诉。

病史：主症发生的时间、病情的发展变化、诊治经过、重要用药名称及详细用法、重要的既往病史、个人史、过敏史等。

体格检查：

(1) 记录生命体征、中西医检查阳性体征和有鉴别意义的阴性体征。

(2) 舌象：

(3) 脉象：

实验室检查：记录就诊时已获得的有关检查结果。

诊断：

中医诊断：包括疾病诊断与证候诊断。

西医诊断：

处理：包括以下内容：

(1) 有关急诊检查项目及结果。

(2) 中医论治：记录立法、方药、用法等。

(3) 西医治疗：记录各种诊疗措施，药物治疗要具体记录用药名称、药物规格、用量、用法等。

(4) 如有急诊抢救要记录采用的抢救措施、实施时间、用药及剂量、使用方法等。

(5) 及时向家属交代病情并记录家属的意见，必要时须家属签字。

(6) 饮食起居宜忌、护理原则、随诊要求等。

医师签名：

【病案示例】

科别：急诊内科 ××××年7月28日13时30分

姓名: ××× 性别: 男 年龄: 29 岁 职业: 干部 婚况: 已婚

地址: ××市××街××号 联系人: ××× 电话: ××××××××

主诉: 突起上腹剧烈胀痛伴呕吐、恶寒、发热, 1 小时。

病史:

患者今天中午 12 时进食冰镇西瓜、冰啤酒。12 时 30 分左右突起上腹剧烈胀痛, 继而呕吐 3 次, 呕吐物开始为胃内食物, 后为淡黄色清涎, 量不明。解大便 1 次, 大便色黄、质软、量不多, 并感恶寒发热、脘腹满闷, 腹痛, 不向它处放射。自己服“十滴水”一小瓶未效, 遂由亲友护送来院急诊。

既往身体健康, 否认消化性溃疡、胃炎等消化系疾病及冠心病、痢疾等病史。否认药物过敏史。喜食辛辣、烟酒。

体格检查:

T 38.3℃, P 98 次/分, R 22 次/分, BP 16/20 kPa。舌淡红, 苔白腻。脉弦紧数。

神志清楚, 诊查合作。发育良好。痛苦病容, 呻吟不止。皮肤弹性略差, 无黄染或水肿。浅表淋巴结无异常发现。面色苍白, 双目欠神, 眼眶微陷。扁桃体不肿大。胸廓外形正常, 无压痛、叩痛。双肺叩诊清音, 呼吸音清晰, 无干湿啰音。心浊音界正常, 心率 98 次/分, 律齐, 心音有力, 无病理性杂音及心包摩擦音。桡动脉脉率 98 次/分, 律齐。腹部对称, 无膨隆、凹陷或胃肠蠕动波。腹软, 剑突下和左上腹拒按, 有中度压痛、叩痛。全腹无反跳痛, 无移动性浊音。肝浊音界正常。未扪及肝、脾、肾脏及胆囊, 墨菲征阴性。肠鸣音亢进。无血管杂音。脊柱、四肢、周围神经系统无异常发现。

实验室检查:

血常规: Hb 120 g/L; WBC 7.5×10^9 /L, N 0.75, L 0.25。

尿常规: 黄、清, 蛋白微量, 镜检无异常。

大便常规: 黄、软。镜检无异常。

大便隐血试验: 阴性。

心电图: 正常心电图。

诊断:

中医诊断: 胃痛

寒邪犯胃证

西医诊断: 急性单纯性胃炎

处理:

(1) 预约胃镜检查, 待患者病情能接受时进行。

(2) 温胃散寒、化湿和中。

①良附丸合藿香正气散加减:

高良姜 10 g 附片 10 g 藿香 10 g 苏梗 10 g

厚朴 10 g 法夏 10 g 陈皮 10 g 茯苓 12 g

大腹皮 10 g 神曲 10 g。

水煎, 少量频饮, 1 剂/日。

②针灸: 足三里、内关、胃俞、脾俞。泻法。

(3) 留观。

医师: ×××