

全国高等学校医学规划教材
(供信息管理与信息系统专业用)

病案信息管理

主编 蔡筱英 赵文莲



高等教育出版社
Higher Education Press

全国高等学校医学规划教材

(供信息管理与信息系统专业用)

病案信息管理

主 编 蔡筱英 赵文莲

副主编 张帆

编 委 (以姓氏汉语拼音为序)

蔡筱英 华中科技大学

李忠民 中南大学

孙 焱 山西医科大学

张 帆 新乡医学院

张 浩 中国医科大学

赵文莲 华中科技大学



高等教育出版社

Higher Education Press

内容简介

本书为高等医药院校信息管理与信息系统专业规划教材之一。全书共十章:第一章绪论,介绍了病案及病案信息管理的概念、发展历史、作用及任务;第二章病案管理组织,介绍了病案管理委员会的组成与职责、病案科的人员编制与结构;第三章病案的技术管理,介绍了病案的建立、收集、整理、归档、供应以及病案的保存与销毁;第四章病案的质量管理,介绍了病案质量管理程序、病案书写规范与要求、病案的评级标准和评级方法;第五章随诊工作管理,介绍了医院随诊工作的方式、方法以及注意问题;第六章病案统计工作,介绍了病案统计工作的作用、特点、程序及病案统计指标;第七章国际疾病分类概况,介绍了ICD的沿革、国际疾病分类的相关概念、ICD-10的编排结构及基本操作方法;第八章ICD-10各章编码规则,详细介绍了ICD-10的21个章的编码难点与重点并对其进行了解析;第九章现代技术在病案管理中的应用,介绍了病案信息管理中的缩微技术、条形码技术、光盘存储技术以及电子病案;第十章病案管理与法律法规,介绍了与病案有关的条例及法规以及病案在使用过程中的法律问题。

图书在版编目(CIP)数据

病案信息管理/蔡筱英, 赵文莲主编. —北京: 高等教育出版社, 2006. 2

供信息管理与信息系统专业用

ISBN 7-04-019080-X

I. 病... II. ①蔡... ②赵... III. 病案-信息管

理-医学院校-教材 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 006002 号

策划编辑 刘晋秦 责任编辑 孙葵葵 封面设计 张楠 责任绘图 朱静
版式设计 马静如 责任校对 朱惠芳 责任印制 宋克学

出版发行 高等教育出版社
社址 北京市西城区德外大街4号
邮政编码 100011
总机 010-58581000

经销 蓝色畅想图书发行有限公司
印刷 北京人卫印刷厂

开本 850×1168 1/16
印张 15.25
字数 440 000

购书热线 010-58581118
免费咨询 800-810-0598
网址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.landaco.com>
<http://www.landaco.com.cn>
畅想教育 <http://www.widedu.com>

版次 2006年2月第1版
印次 2006年2月第1次印刷
定价 32.10元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 19080-00

前 言

病案是医院的重要信息资源,在现代医学中有着十分重要的作用。开发信息资源为医疗、教学、科研及社会服务,是病案信息管理的重要内容,也是病案事业发展的重要保障。

为了提高病案信息管理水平,推动我国病案管理教育事业的发展,我们编写了这本教材,系统阐述了病案发展状况、病案管理组织、病案的技术管理、病案的质量管理、国际疾病分类以及与病案管理有关的法律法规等内容,并附有一些案例,将理论与实践相结合,深入浅出地揭示了病案信息管理以及国际疾病分类的方法与技巧、原则与规则。

本教材贯彻了教材编写的“三基五性”,即注重教材的基本理论、基本知识和基本技能以及教材的系统性、科学性、启发性、先进性、适用性。

本教材内容丰富,实用性强,不仅可作为全国高等医药院校卫生信息管理专业、医疗保险专业、卫生事业管理专业、医事法学专业、法律专业的教材,还可供其他相关人员,如从事病案管理人员、临床医护人员、检验人员、从事医疗保险人员及医院各级管理人员使用。

在本教材编写时,参考了一些专著资料,在此谨对有关专家、作者及编者表示谢意。

病案信息管理在我国还属年轻学科,目前在专业结构、教材开发、教学内容和教学方法上还存在大量尚待完善和创新的地方,尤其是待开拓的领域很多。由于我们理论水平、实践经验以及资料占有有限,书中错误及不成熟之处在所难免,敬请前辈与同行们批评指正,并及时把各种建议和意见反馈给我们,以便在再版时进一步补充与修改,使之成为一本较为成熟的教材。

蔡筱英 赵文莲

2005年10月31日

郑 重 声 明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任，构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人给予严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，本社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话：(010) 58581897/58581896/58581879

传 真：(010) 82086060

E - mail：dd@hep.com.cn

通信地址：北京市西城区德外大街4号

高等教育出版社打击盗版办公室

邮 编：100011

购书请拨打电话：(010)58581118

目 录

第一章 绪论	1	一、病案的建立过程	32
第一节 病案	1	二、病案的形成特点	33
一、病案的定義	1	第二节 病案的收集与整理	34
二、病案的起源与发展	2	一、病案的收集	34
三、病案的属性	4	二、病案的整理	35
四、病案的作用	7	第三节 病案的归档、供应与示踪	36
五、病案的种类	12	一、病案的归档系统	36
第二节 病案信息管理	14	二、病案的供应系统	37
一、病案信息管理概述	14	三、病案的示踪系统	38
二、病案信息管理发展史	15	第四节 病案的保存与销毁	38
三、病案信息管理的内容	18	一、病案保存系统	38
四、病案信息管理的发展趋势	20	二、病案的销毁	39
思考题	20	思考题	40
第二章 病案管理组织	22	第四章 病案的质量管理	41
第一节 病案管理委员会	23	第一节 概述	41
一、病案管理委员会的组成	23	一、病案质量	41
二、病案管理委员会的职责	23	二、病案质量管理的必要性	41
第二节 病案科室	23	三、影响病案质量管理的因素	42
一、病案科室的设置	24	四、病案质量监控系统	42
二、病案科室的功能	24	五、病案质量管理程序	43
三、病案科室人员的配备	24	第二节 病案书写规范与要求	44
四、病案科室各岗位的职责	26	一、门诊病案	44
五、病案科室的基础设施建设	27	二、住院病案	44
六、病案科室的标准化建设	27	三、再次住院病案	48
七、病案科室的现代化建设	28	四、病程记录	48
第三节 目标管理在病案管理中的 应用	28	五、交(接)班记录	48
一、目标管理	28	六、会诊记录	48
二、目标管理的过程	29	七、转科记录和接收记录	49
三、目标管理的意义	29	八、术前小结	49
四、目标管理的障碍	29	九、术前讨论记录	49
五、目标管理应用于病案管理的注意 事项	30	十、手术记录	49
第四节 病案组织的改革与发展	30	十一、麻醉记录	50
思考题	31	十二、出院记录	50
第三章 病案技术管理	32	十三、死亡记录	50
第一节 病案的建立与形成	32	十四、死亡讨论记录	50
		第三节 病案质量监控	51
		一、病案内容质量监控	51

二、病案管理质量监控	52	二、整理资料	74
三、病案评级标准和评级方法	53	三、分析资料	75
思考题	59	四、统计资料的应用	75
第五章 随诊工作管理	60	第四节 病案统计指标	76
第一节 概述	60	一、医院常用统计名词	76
一、随诊	60	二、医院常用统计指标	76
二、随诊管理	60	三、复合统计指标体系	79
三、随诊的目的	61	四、医院统计指标与指标体系的发展 趋势	80
第二节 随诊工作的种类	61	思考题	80
一、保健性随诊	61	第七章 国际疾病分类概况	81
二、预防性随诊	61	第一节 国际疾病分类发展简史	81
三、诊断性随诊	62	一、早期的发展	81
四、观察疗效性随诊	62	二、国际死亡原因列表	82
第三节 随诊工作方法	62	第二节 世界卫生组织疾病分类合作 中心	83
一、常规随诊	63	一、疾病分类合作中心的分布	83
二、专题随诊	64	二、我国疾病分类合作中心	83
第四节 随诊的方式	64	第三节 国际疾病分类的相关概念	84
一、门诊随诊	64	一、疾病命名	84
二、发信随诊	65	二、疾病分类	84
三、家访随诊	65	三、疾病分类“家族”	84
四、委托当地机构或医疗组织代随诊	66	四、疾病分类轴心	85
五、电话、电子邮件随诊	66	第四节 ICD-10 简介	85
第五节 随诊的组织工作	67	一、ICD-10 的编排结构	85
一、医院的责任	67	二、ICD-10 中的专用术语	89
二、临床的责任	68	三、ICD-10 中的符号与缩略语	90
三、对病案人员的要求	68	四、ICD-10 的基本操作方法	91
四、随诊工作职责及要求	68	五、编码总规则	92
第六节 随诊信息统计	68	思考题	93
一、随诊工作统计	68	第八章 ICD-10 各章编码规则	94
二、随诊资料应用案例	69	第一节 某些传染病和寄生虫病	94
思考题	70	一、基本结构	94
第六章 病案统计工作	71	二、说明	95
第一节 病案统计概述	71	三、编码规则	95
一、统计学和病案统计的概念	71	编码练习	98
二、病案统计与医院管理统计	71	第二节 肿瘤	98
三、病案统计与临床病例科研统计	72	一、基本结构	99
四、病案统计的作用	72	二、说明	99
第二节 病案统计的特点	72	三、编码规则	101
一、病案统计信息的多元性	72	编码练习	105
二、病案统计工作的服务性	73	第三节 血液及造血器官疾病和某些 涉及免疫机制的疾病	105
三、病案统计资料的连续性	73		
第三节 病案统计工作的程序	73		
一、搜集资料	73		

一、基本结构	106	一、基本结构	127
二、说明	106	二、说明	127
三、编码规则	106	三、编码规则	127
编码练习	107	编码练习	128
第四节 内分泌、营养和代谢疾病	108	第十三节 肌肉骨骼系统和结缔组织	
一、基本结构	108	疾病	128
二、说明	108	一、基本结构	128
三、编码规则	109	二、说明	129
编码练习	109	三、编码规则	129
第五节 精神和行为障碍	110	编码练习	131
一、基本结构	110	第十四节 泌尿生殖系统疾病	131
二、说明	110	一、基本结构	132
三、编码规则	111	二、说明	132
编码练习	112	三、编码规则	132
第六节 神经系统疾病	112	编码练习	133
一、基本结构	112	第十五节 妊娠、分娩和产褥期	134
二、说明	113	一、基本结构	134
三、编码规则	113	二、说明	134
编码练习	114	三、编码规则	135
第七节 眼和附器疾病	115	编码练习	139
一、基本结构	115	第十六节 起源于围生期的某些	
二、说明	115	情况	140
三、编码规则	116	一、基本结构	140
编码练习	116	二、说明	140
第八节 耳和乳突疾病	117	三、编码规则	141
一、基本结构	117	编码练习	142
二、编码规则	118	第十七节 先天性畸形、变形和染色体	
编码练习	119	异常	142
第九节 循环系统疾病	119	一、基本结构	142
一、基本结构	119	二、说明	143
二、说明	120	三、编码规则	143
三、编码规则	120	编码练习	143
编码练习	122	第十八节 症状、体征和临床与实验室	
第十节 呼吸系统疾病	122	异常所见,不可归类在	
一、基本结构	123	他处者	144
二、编码规则	123	一、基本结构	144
编码练习	124	二、说明	144
第十一节 消化系统疾病	125	三、编码规则	145
一、基本结构	125	编码练习	146
二、说明	125	第十九节 损伤、中毒和外因的某些其他	
三、编码规则	125	后果	146
编码练习	126	一、基本结构	146
第十二节 皮肤和皮下组织疾病	126	二、说明	147

三、编码规则	147	五、全息电子病案	170
编码练习	151	思考题	171
第二十章 疾病和死亡的外因	151	第十章 病案管理与法律法规	172
一、基本结构	151	第一节 病案的所有权	172
二、说明	152	一、病案归医疗机构所有的基础和根据	172
三、编码规则	152	二、我国关于病案所有权的观点	173
编码练习	154	第二节 与病案相关的法规	175
第二十一章 影响健康状态和与保健		一、病案的保管	175
机构接触的因素	154	二、病案的开放	175
一、基本结构	154	三、病案的复印	176
二、说明	155	四、病案的封存与启封	177
三、编码规则	155	五、病案的书写与修改	178
编码练习	155	六、病案的保存时间	180
第九章 现代技术在病案管理中的应用	157	第三节 病案与举证责任倒置	180
第一节 计算机在病案管理中的		一、医疗纠纷及举证责任倒置	180
应用	157	二、举证责任倒置是保护弱者权益的	
一、病案首页信息管理系统	157	需要	181
二、病人姓名索引信息	158	三、举证责任倒置对医患双方的利	
三、病案出入库管理系统	158	与弊	181
四、影像病案网络管理系统	159	四、加强规范管理,防范医疗纠纷	182
第二节 缩微技术在病案管理中的		第四节 病案管理与个人隐私权	183
应用	159	一、病案中的患者隐私内容	183
一、病案管理中的缩微技术	160	二、病案利用中的侵权行为	184
二、缩微系统的优缺点	161	三、患者隐私的保护	184
第三节 条形码技术在病案管理中的		四、病案利用中患者隐私权的保护	184
应用	162	第五节 病案管理与医疗保障	186
一、基本概念	162	一、社会医疗保险的概念	186
二、条形码技术简介	162	二、商业医疗保险的概念	186
三、病案管理中的条形码技术	163	三、保险投保人病案的管理	187
四、条形码技术的优点	164	思考题	187
五、使用条形码技术的注意事项	164	附表	188
第四节 光盘存储技术在病案管理中的		附表 1 门诊病历	188
应用	164	附表 2 住院病案首页	193
一、光盘存储设备的分类	165	附表 3 非手术科室住院志	194
二、光盘存储病案的优点	165	附表 4 病程记录	201
三、光盘病案存储系统	166	附表 5 首次病程记录	202
四、实现光盘全病案管理系统亟待解决		附表 6 日常病程记录	203
的问题	167	附表 7 交(接)班记录	204
第五节 电子病案	167	附表 8 会诊记录	205
一、电子病案的概念	167	附表 9 转出(或转入)记录	206
二、电子病案的发展及应用	168	附表 10 术前小结	207
三、电子病案与纸质病案的比较	168	附表 11 术前讨论记录	208
四、电子病案发展中的问题	169	附表 12 手术记录	209

附表 13	麻醉记录	210	附录 1	医疗机构病历管理规定	215
附表 14	出院记录	212	附录 2	病历书写基本规范(试行)	217
附表 15	死亡记录	213	附录 3	医药卫生档案管理暂行	
附表 16	死亡病例讨论记录	214	办法	222	
附录		215	参考文献		227

CONTENTS

Chapter I Introduction	1	Section II The Category of Medical	
Section I Medical Record	1	Follow-up	61
Section II Management of the Medical		Section III Means of Follow-up	62
Record	14	Section IV Modes of Follow-up	64
Chapter II Organization of Medical Record		Section V Organization of Follow-up	
Management	22	Work	67
Section I Medical Record		Section VI Statistic of Data from	
Association	23	Follow-up	68
Section II Medical Record		Chapter VI The Statistics of Medical	
Department	23	Record	71
Section III Applications of MBO in		Section I Summarizing of Medical	
Medical Record		Record Statistics	71
Management	28	Section II The Characteristics of Medi-	
Section IV The Reformation and		cal Record Statistics	72
Development of Medical Record		Section III The Procedure of Medical	
Organization	30	Record Statistics	73
Chapter III Technical Management of Medical		Section IV The Index of Medical Record	
Record	32	Statistics	76
Section I Establishment and Forming		Chapter VII Generality of International	
of Medical Record	32	Classification of Diseases	81
Section II Collection and Arrangement		Section I Brief History of Development	
of Medical Record	34	of ICD	81
Section III Filing, Supply and Tracing		Section II Cooperation Center for the	
of Medical Record	36	WHO of International Classi-	
Section IV Preservation and Ruin of		fication of Diseases	83
Medical Record	38	Section III Relative Concepts of ICD	84
Chapter IV Quality Management of Medical		Section IV Brief Introduction of	
Record	41	ICD-10	85
Section I Introduction	41	Chapter VIII Each Coding Rule of ICD-10	94
Section II Standard and Requirement		Section I Certain Infections and	
in Writing of Medical		Parasitic Diseases	94
Record	44	Section II Neoplasms	98
Section III Quality Control of Medical		Section III Diseases of the Blood and	
Record	51	Blood Forming Organs and	
Chapter V Management of Medical		Certain Disorders	
Follow-up	60	Involving the Immune	
Section I Summarizing	60	Mechanism	105

Section IV	Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases	108	Section XX	External Causes of Morbidity and Mortality	151
Section V	Mental and Behavioral Disorders	110	Section XXI	Factors Influencing Health Status and Contact with Health Services	154
Section VI	Diseases of the Nervous System	112	Chapter IX	The Application of Modernization Technique in Medical Record Management	157
Section VII	Diseases of the Eye and Adnexa	115	Section I	The Application of Computer Technology in Medical Record Management	157
Section VIII	Diseases of the Ear and Mastoid Process	117	Section II	The Application of Microtechnique in Medical Record Management	159
Section IX	Diseases of the Circulatory System	119	Section III	The Application of Bar Code Technology in Medical Record Management	162
Section X	Diseases of the Respiratory System	122	Section IV	The Application of Compact Disc Technology in Medical Record Management	164
Section XI	Diseases of the Digestive System	125	Section V	Computerized Medical Records	167
Section XII	Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue	126	Chapter X	Medical Record Management and Law	172
Section XIII	Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	128	Section I	Ownership of Medical Record	172
Section XIV	Diseases of the Genitourinary System	131	Section II	Medical Record Related Law Problem	175
Section XV	Pregnancy, Childbirth and Puerperium	134	Section III	Medical Record and Inversion of the Burden of Proof	180
Section XVI	Certain Conditions Originating in Perinatal Period	140	Section IV	Medical Record Management and the Right of Privacy	183
Section XVII	Congenital Malformations, Deformations and Chromosomal Abnormalities	142	Section V	Medical Record Management and Medical Insurance	186
Section XVIII	Symptoms, Signs and Abnormal Clinical and Laboratory Findings, not Elsewhere Classified	144	Attached tables	188	
Section XIX	Injury, Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes	146	Appendixes	215	
			References	227	

第一章 绪论

Chapter I Introduction

内容摘要:本章第一节详细介绍了病案的基本概念、病案的发展历史、病案的基本属性、病案的社会作用以及病案的种类。第二节简明扼要地阐述了病案信息管理的含义、病案信息管理的目的、病案信息管理的内容及病案信息管理的发展趋势。

教学目的:通过本章的学习,使学生对医院病案有一个较全面的认识,知道病案信息的重要社会作用,了解病案基本属性之间的辩证关系,从而深入理解为什么要对病案信息进行管理以及管理的必要性。

学习要求:掌握病案与病案信息管理的基本概念,掌握病案信息管理的目的与内容,了解病案信息的社会作用,熟悉病案的基本属性与种类。

关键词:病案 病案的作用 病案属性 病案信息管理

病案是医院的宝贵财富和医学领域的主要信息资源之一,属于国家科技档案,对医学发展和人类健康有着十分重要的作用。

病案信息管理是一门新型的多学科的边缘学科,它涉及的学科范围广,主要有基础医学、临床医学、流行病学、心理学、医学生物工程学、社会伦理学、医院管理学、组织管理学、疾病分类学、统计学、计算机技术以及国家政策与法律、法规等相关专业,是一门科学性、专业性、技术性较强的学科。

病案信息管理是医院信息管理的重要组成部分,包括病案组织的管理、病案质量的管理、病案技术的管理、疾病分类和手术操作分类的规范管理、医院统计信息的管理等。

第一节

Section I

病案

Medical Record

病案是有关病人身体健康情况的文书资料,包括病人本人或他人对其病情的主观描述,医务人员对病人的客观检查结果,对病情发生、发展、转归情况的分析,医疗资源的使用和医疗费用的支付等信息。病案是动态医疗行为的静态书面记录,它客观、真实、系统、完整地记录了人类在维护生命安全以及与疾病和伤残作斗争过程中形成的理论、方法和技能,是具有法律意义的医疗科技档案。

一、病案的定义

“病案”这一名称缘于我国传统医学的病案史学,中医传统称“诊籍”、“医案”、“脉案”、“病志”等,现代医学称病案、病历、病史等,英美等国称“医疗记录(medical record)”、“病例历史(case history)”、“健康记录(health record)”等。病历、病史都是指病人疾病的历史,诊籍、医案或医疗记录都表示医疗案卷或医疗记录。案有案卷之义,历有过程之义。为统一其名称,1953年我国卫生部医政会正式将其定名为“病案”,这个名称一直沿用至今。

对于病案的内涵,学者们在自己的著作中给予了这样一些解释:

美国病案管理学家霍夫曼写到：“病案是由参与病人医疗的卫生专业人员所记载的关于病人生活史和保健的事件汇编，它包括病人过去和现在的病史及治疗史。病案必须及时撰写，要有充分的资料鉴别病人、支持诊断、评价治疗效果并准确记录结果。”

《医院病案管理学》一书中这样写道：“病案系医务人员记录疾病诊疗过程的文件，它客观地、完整地、连续地记录了病人病情变化及诊疗经过，是临床进行科学诊断治疗的基础资料，也是医学科学的档案资料。”

余永明在《中国病案管理》一书中写道：“病案是医护技人员在医疗活动中形成的应归档保存的医疗信息载体。”

刘新军在《病案学》中写道：“病案是医疗工作的完整记录，是疾病诊治全过程的真实反映，并按一定要求将其集中管理而形成的总体。”

不同的解释阐明了一个共同的原理，即病案是在医疗活动中形成的并通过规范整理的一种看得见摸得着的实体，是一种珍贵的医疗信息资源。

根据国家有关行政部门颁布的《中华人民共和国档案法》及《医药卫生档案管理暂行办法》规定，病案属于档案范畴，是医药卫生档案中的医疗档案。由此，我们给病案下这样一个定义：病案是医护技人员通过对患者进行问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等一系列医疗活动所获得的以文字、符号、图表、影像、切片等形式连续记录的并对其进行归纳、分析、整理后归档保存的医疗信息载体。

严格地讲，由患者保存的门诊手册仅属医疗文件，不应定为病案；当病案尚未完成并在形成过程中时，如医师书写病程记录，称之为写病历。只有当病案回收收到病案科室，按规定整理、编码、装订、归档，这时已成册，方可称为“病案”。有时，这些称呼可混用。其实，病案与病历的区别在于：病案是指完成或暂时完成医疗活动的医疗记录，而病历是指在医疗过程中的医疗记录。

一份好的病案应该能够很好地回答“谁(who)”、“什么(what)”、“为什么(why)”、“什么时间(when)”、“什么地点(when)”和“怎么样(how)”等问题，具体地说就是医疗的对象是谁，接受治疗的是什么疾病，为什么要这样治疗，医疗操作是在什么时间进行的，医疗操作是在哪里进行的以及医疗活动是如何进行的。病案除了能够回答上述问题外，记录时还要强调完整性、及时性和准确性。医疗过程中的每一次活动都应有记录，记录的内容应能够确定病人的身份，支持医师的诊断，评判医疗的合理性。

二、病案的起源与发展

追溯病案的起源，可以说与医学的起源是同时产生的，这就是说，什么时候有病案才能说明什么时候有医学，没有病案之时，就是有医学存在也无法知道。在原始时代，病案与医书是不能区分的，就是有医书也必须先有病案，有了病案才能总结成书。

1. 中医病案

中医病案是中医临床各科医生面对生活于特定时空环境中的具体患者所患具体病证实施辨证论治过程的文字记录，其中主要记录患者的生活习性、病情、诊断、治疗及预后等情况，从而成为保存、查核、考评乃至研究具体医生开展具体诊疗活动的档案资料。中医病案作为前人遗留下来的精华，是取之不尽的资源。

据甲骨文卜辞和史籍的记载，商朝殷人用身体的部位和器官命名疾病，如疾首(头病)、疾目(眼病)、疾齿(牙病)、疾腹(腹病)、疾子(小儿病)、疾育(产科病)、疾言(语言障碍、嘶哑)、疾鼻、疾身、疾胸、疾手、疾肘、疾足等，还有症状描述，如寄生虫“蛊”(𧈧)字表示虫在血中，蛀牙“𪔐”(𪔐)字表示龋窝是虫蛀的，这是我国最早的有关医学的文字记载。

我国最早的病案始于西汉时期的名医淳于意的“诊籍”。淳于意又称“仓公”，与张仲景、华佗并称汉代三大医学家，和扁鹊齐名。他看过的疑难病情都会记录下来，留给后人琢磨。这对中医的发展可谓一大贡献。可惜他的“诊籍”没有流传下来，仅在《史记·扁鹊仓公列传》中记载了他所治疗的25个病案，其病案格式包括姓名、身份、病史、症状、诊断、治疗和疗效等内容。

自汉以后,晋·葛洪的《肘后备急方》中收录了多种疾病,其中有很多是珍贵的医学资料。这部书中描写的天花症状以及其中对于天花的危险性、传染性的描述,都是世界上最早的记载,而且描述得十分精确。书中还提到了结核病的主要症状,并提出了结核病“死后复传及旁人”的特性,还涉及到了肠结核、骨关节结核等多种疾病,可以说其论述的完备性并不亚于现代医学。书中还记载了被疯狗咬过后用疯狗的脑子涂在伤口上治疗的方法,该方法比狂犬病疫苗的使用更快捷,而且有效。

宋代的医学教育十分注重对学生实际诊疗能力的训练,不但把医案分析列入考核范围,而且要求学生每治一病都要留下医案,记录诊疗经过及所施方药,等到年底,根据医案反映的实际治病水平,决定其能否升级或毕业。这种教育方式和制度大大促进了医案的普及与提高。宋·许叔微的《伤寒九十论》可谓我国第一部医案专著,它的产生和成就在中医病案学的发展史上占有十分重要的地位。该书将常见伤寒病证分为90种,每论首记病例和治疗过程,然后再以《内经》、《伤寒论》等典籍为依据,结合个人见解对医案加以剖析,阐发病机和处方用药的心得。其中有成功的经验,也有不治的病例。

继宋以后,金元时代出现了各派学说争鸣的局面。以刘完素、张从正、李杲、朱震亨为代表的四大家竞相著书立说,大大推动了中医学理论的发展。

明清时期,收集和研究医案的工作受到了重视,著名的医案专著大量问世,不但数量、类型日益增加,内容格式更加具体完整,而且还对医案进行全面的整理研究,这标志着明清医家已开始把病案作为专门的学问加以研究了。现存比较著名的明清医案专集有汪机的《石山医案》、薛己的《薛氏医案》、孙一奎的《孙文垣医案》、程仑的《程原仲医案》、聂尚桓的《奇效医述》、秦昌遇的《大方医验大成》、喻嘉言的《寓意草》、魏之琇的《续名医类案》、喻震的《古今医案按》、叶桂的《临证指南医案》等。

明·江瓘的《名医类案》十二卷被誉为我国历史上第一部系统而完备的医案著作,流传至今。该书收集了明以前历代名医的验案,分205门,内容丰富,涉及临床各科,病案格式包括姓名、性别、年龄、病史、症状、诊断、治疗和疗效等内容。

近代也出现了不少著名医案,如何廉臣的《全国名医验案类编》、秦伯未的《清代名医验案精华》以及徐衡之、姚若琴的《宋元明清名医类案》等。

对病案内容的记载,医学专家们采取了非常科学审慎的态度,一份好的记录都是在经过反复思考推敲之后才写出来的。书写中特别注意要使一份医案能够真实地记录病情,说明论治方法,诊断依据、如何鉴别以及投用药物的根据、作用和治疗结果无遗地都须记入病案。不仅重视记载成功有效的验案,也记载了很多失败错误的医案,以便从中吸取教训,避免错误。

新中国成立后,随着大批中医院的建立,中医病案发生了质的变化,中医病案通过循中医理论体系为根本,取西医实验室检查为辅佐,遵卫生部颁发的病案制度规定之要求,创立了中西医结合的现代中医病案记录格式与书写方法。1982年拟定了《中医病历书写格式和要求》,1988年完成了《中医病案书写规范》(征求意见稿),1991年在国家中医药管理局组织下正式制定了《中医病案书写规范》,此规范包括中医病案书写通则、中医病案的统一名称、中医病案的排列顺序及项目注释、中医病案书写格式、中医各科情况书写要求及病案举例等五大部分,从而使中医病案的书写走向规范化。2000年9月1日起试行新的《中医病案规范》,原《中医病案书写规范(试行)》和《中西医结合病案书写规范(试行)》同时废止。

2. 西医病案

虽然人类生存约有50万到100万年的历史,但文字的出现不过五六千年。在远古时代,人类尚没有文字,只能把医疗的记载刻画在岩石、泥块和墓门上。在西班牙洞穴中发现的刻有截指和环锯的壁画,就是那时的医疗记载。据考查这些刻画是旧石器时代的遗物,距今有25000年,既可以是最古最早的病案,也可以是最古最早的医书,完全是原始形的。

19世纪,一位名叫埃德温·史密斯的学者发现了一本利用纸莎草(古埃及用来写字的一种植物)记述的医学论文,长50m、宽1m,共12页,里面记录了48例外科临床病例。这些病例的记载都有一固定的形式,先有一“标题”,其次是“检查”,再次是“诊断”,最后为“治疗”,很接近今日病案记录的程序,这是古埃及的医学文字记载,现存于纽约历史学会。这一古本的原稿可能是早在金字塔时代(纪元前3000—2500年)

写的,现发现的是纪元前 1600 年时的抄本,该书的作者及抄者均已不明。

另一古典的医学论文,也就是病案,叫埃伯斯(Ebers)古写本,据说是在纪元前 1500 年写的,比上述古本晚一个世纪,现存于德国的来比锡大学。这一古写本是在 1872 年从一个尸体的两腿中间发现的,后来被德国的一位考古学家埃伯斯买到,故名 Ebers 古写本。系用纸草抄写,长 33.3 m、宽 0.4 m。记载的内容说明当时对疾病已有细微观察和很理性的治疗方法。特别值得提出的是,那时已经知道将蓖麻油作泻药用。它不是一个最古的医学记录,但也说明在此以前可能已使用了蓖麻油。

公元前 4 世纪,古希腊杰出的医学代表人物希波克拉底撰写了大量医学著作和病案记录,西方医学界称他为“医学之父”。他提倡了一种“誓约”,这一誓约直到今日还被规定为医师道德的准则。如医师必须为病人对他所说的话保密。因此,病案在某些情况下也是保密的。他敏于观察,善于思考,严谨治学,同时吸取了东方民族的医学成就和民间医疗理论,形成了具有特色的医学学术流派。他主张严密地观察病人,应在病床前详细深入地观察病情,而不是主观臆断和抽象地思考,认为只有这样才能掌握疾病的发生发展过程,从而确定有效的治疗措施。他所记载的关于一些疾病(如肺炎、产褥败血症、流行性腮腺炎、疟疾等)许多症状的描述至今仍在沿用。他还记述了用耳俯听病人的胸廓,可听到“振荡声”,把肺部的湿啰音比做醋的沸腾,把胸膜摩擦音比做皮带摩擦的声音等。他经过大量病例观察,提出“尿中有脓血、小片并带有臭味,表示膀胱溃疡”,“尿中有沉沙,为膀胱结石”。他认为病人如出现“指甲发黑,手脚发凉,唇青而松弛且外翻而凉,耳凉且皱缩,目糊(希氏面容)”,则预后不良。

公元 6 世纪以后,西欧开始建立医院。当时的医院依附于教会,多开设在大教堂附近。教会明文规定,医疗所专为僧侣而设,医院的组织与工作都具有宗教性质,它的护理重于医疗。虽然如此,病人住入医院均有简单的登记与护理方面的记录。到 12 世纪以后,医院得到政府的资助,医院规模逐渐扩大,实行分科,在大城市建立了先进的医学中心。至 14 世纪末,医院的组织日臻完备,病案的书写及管理已相当正规。

我国现代病案的兴起不过八九十年历史。随着帝国主义的武装侵略和宗教、文化的渗透,西医学传入中国,西方传教士在我国建立了很多教会医院。1909 年,美国在湖南省郴县开设了惠爱医院,当时没有病案记录,只有大型记录本,医生在询问病人时作一些登记,这就是当时的病案。北京协和医院于 1914 年开始建立病案。那时的病案也很简单,并没有像现在这样详细、全面的病案记录,更没有像现在这样多的检验记录,仅有一般医疗记录和体温记录。也没有专职的管理人员,亦无索引,由临床科室自行存放。1916 年,北京协和医院的病案增加了医嘱记录。1921 年成立了病案室,并建立有病人姓名索引系统、疾病分类系统、手术分类系统、病案编号系统。

三、病案的属性

病案属于医疗信息,有着一般信息共有的特点,但又有不同于其他信息的属性。正是这些不同的属性将病案信息与其他信息区别开来。

1. 病案的原始性

原始性是病案固有的属性,其原始性是由病案的形成和病案自身的特点决定的。从病案的形成来看,病案是在医护技人员对病人进行检查、诊断、治疗、护理的过程中形成的,它客观、真实、完整地反映了病人的发病过程和医疗结果,是最原始的记录。从病案的内容来看,它保留了病人以往每次患病的诊断、各种检验以及治疗的方法。患者经过治疗,其病患部位或器官都发生了不可逆转的变化,病人已经治愈或者死亡,这些内容都详细、系统地记录在病案中。无论是医患双方进行医疗纠纷的调查处理,还是有关部门进行医疗事故的鉴定、医疗保险的赔付,或者刑事诉讼涉及到病案时,病案将作为诊疗过程中医务人员具体诊疗行为、病人病情变化、治疗后病情转归等情况的原始记录,字字句句都是法律部门进行技术鉴定、司法鉴定、判断是非、划分责任的重要依据和原始凭证,这种凭证作用是其他任何东西所不能代替的。

2002 年 9 月 1 日起施行的国务院颁发的《医疗事故处理条例》第十六条规定:“发生医疗事故争议时,死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情

况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件,由医疗机构保管。”封存的目的就是要保证病案的原始性。

上述规定说明了病案原始性的重要。因此,除了按规定可以在一定时间内补记内容外,不应擅自修改病案。否则,一旦查实,行为人就将承担相应的民事责任和行政责任,严重的甚至可追究刑事责任。

2. 病案的保密性

由于医学诊疗的特殊性,患者必须向医务人员陈述家族和自己的疾病史,展现自己的隐私部位,讲述自己的情感变迁,介绍自己的人际关系,吐露自己的心理状况等不愿意对外公开的个人秘密,这些信息都被记录在患者的病案中。可以说,病案是属于私人隐私范围的秘密文件。保护患者的隐私,对病案使用设置权限以及对病案内容保密,不仅是法律的要求,也是对医务人员职业道德的要求。

卫生部、国家保密局 1996 年《关于印发卫生工作中国家秘密及其具体范围的规定的通知》规定了卫生工作中国家秘密及其具体范围,其中涉及到病案的保密。除了国家秘密外,还有属于单位部门和个人的秘密以及因患者的身份和职业不同、国家和地区疫情流行的不同、疾病性质的不同、科研新成果的不同等方面而产生一定的保密范围。

根据国家有关规定,病案密级分类标准如下:

(1) 军以上(或地方相当职务)在职干部,来访的外国元首、政府首脑及重要外宾,在社会上有一定影响的著名人士的病案信息为一级保密设置。其中,党和国家主要领导人及来访外国国家元首、政府首脑的健康信息为绝密,保密期限为长期。国家副主席、全国人大副委员长及同等级别干部及重要外宾的病案信息为机密,其保密期限不少于 20 年。

(2) 具有特殊或最近发现的疾病,疑难、罕见病例(诊治较成功的),正在研究中、未公开发表的新型治疗方法、新药、新的手术方式,具有爆发性的流行病等病案信息为二级保密设置。在一定时期内保密,并根据疾病性质设置不同的保密期限。

(3) 未经卫生行政部门公布的传染病疫情,自然灾害,战争,特殊事件病例为三级保密设置。另外,医学统计数字如病源分布、平均住院费用、单病种治疗质量等为三级保密设置。

(4) 具有医疗纠纷争议,涉及到病人隐私如艾滋病、性病、生理上的缺陷、心理疾病的病案信息为四级保密设置。

(5) 死亡病人病案信息为五级保密设置。

(6) 其他病人病案信息为六级保密设置,即普通病案,内容相对保密。

我国《执业医师法》中规定:“医师在执业活动中,泄露患者的隐私,造成严重后果,由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停 6 个月以上一年以下执业活动,情节严重的,吊销执业证书。构成犯罪的依法追究刑事责任。”《传染病防治法》第四十三条规定:“医务人员未经县级以上政府卫生部门批准,不得将就诊的淋病、梅毒、麻风病、艾滋病病人和艾滋病病原携带者及其家属的姓名、住址和个人病史公开。”《医疗机构病历管理规定》中指出:“医疗机构应当严格病案管理,严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。因科研、教学需要查阅病历的,需经患者就诊的医疗机构有关部门同意后查阅。阅后应立即归还。不得泄露患者隐私。”

3. 病案的证据性

病案由以往的为临床、教学、科研提供医疗信息,发展到今天进入举证倒置的法律程序,成为解决医疗纠纷过程中最具权威性的医疗文书。从法律的角度审视,病案属于我国民事法律规定的“书证”范畴,一旦发生医疗纠纷,一份病案就成为还原、证明某种医疗行为事实的客观依据,具有最原始的凭证作用,是保护病人、医院和医务人员合法权益的最有力依据。尤其是病案作为检查、诊断、治疗、护理等医疗全过程的书面记录,是临床工作的重要资料,具有其他证据所不具有的权威性。其权威性在于:在医疗纠纷引发的法律诉讼中,病案作为医疗过程的原始证据,一经法庭认证,即为定案依据,对于医疗纠纷的定性和责任划分,起着一锤定音的决定性作用。因此,有人称病案是医疗纠纷诉讼中的证据之王。