

中医病历

ZHONGYI BINGLI
GUIFAN SHUXIE
SHOUCE



规范书写手册

第二版

ZHONGYI BINGLI GUIFAN SHUXIE SHOUCE

王永炎 主编 湖南科学技术出版社

Z
Y
B
L
G
F
S
X
S
C

中医 病历规范书写手册

ZHONGYI BINGLI GUITAN
SHUXIE SHOUC

第二版

主 编：王永炎

副主编：寒 啸 陆惠民

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 衷敬柏 寒 啸

景录先

湖南科学技术出版社

中医病历规范书写手册(第二版)

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:长沙市湘雅路 280 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系:本社直销科 0731-4375808

印 刷:长沙鸿发印务实业有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址:长沙县高桥镇

邮 编:410145

出版日期:2004 年 1 月第 2 版第 6 次

开 本:787mm × 1092mm 1/16

印 张:13.5

插 页:4

字 数:346000

书 号:ISBN 7-5357-3030-2/R·645

定 价:22.00 元

(版权所有·翻印必究)

前

言

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，是医务工作者在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，对医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。病历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。病历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。规范病历书写格式，加强病历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历建设，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，1999年国家中医药管理局医政司曾委托中国工程院院士王永炎教授主持修订了《中医病案规范》并在全国中医、中西医结合医疗机构推行，对于中医病历的规范化书写和管理起到了积极作用。2002年9月新的《医疗事故处理条例》实施后，卫生部、国家中医药管理局又制定了新的《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》，在全国颁布实施。为配合《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》的实行，我们根据《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》的要求，对2000年版《中医病案规范书写手册》进行了全面修订，并按新规范关于病历的定义，将本书更名为《中医病历规范书写手册》，以期对临床医师学习、贯彻《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》有所帮助。

本手册主要内容包括3个项目：【规范要求】原文摘引《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》中病历的内容、格式及书写要求；【示例】以书写示例的形式体现【规范要求】的具体应用；【按语】项目则是对措辞精练的《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》原文的理解描述及有关注意事项的进一步说明，仅供读者参考，不具备约束性。对于《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》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部分内容以及与中医、中西医结合病历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”等，以附录形式刊载，供读者学习、实施《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》时参考。随着计算机应用的普及，国外及我国部分大型医院医疗文书已采用24小时制，本书【示例】亦推荐使用这一较为科学的记时方式，读者可酌情选用。

本书紧扣新的《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》，具有很强的实用性和可操作性，便于临床医师案头参考。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

2003年10月

目 录

§1 基本要求	(1)
1.1 病历的概念、种类	(1)
1.2 病历书写的概念与注意事项	(1)
§2 门（急）诊病历书写要求及内容	(3)
2.1 门诊病历首页（门诊手册封面）	(3)
2.2 门（急）诊病历记录	(3)
2.3 门（急）诊抢救记录与留观期间的观察记录	(7)
§3 住院病历书写要求及内容	(12)
3.1 住院病历的内容	(12)
3.2 住院病案首页	(12)
3.3 住院志（入院记录、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）	(12)
附：完整病历书写	(19)
3.4 病程记录	(25)
3.4.1 首次病程记录	(25)
3.4.2 日常病程记录	(28)
3.4.3 上级医师查房记录	(30)
附：三级医师查房制度	(32)
3.4.4 疑难病例讨论记录	(32)
3.4.5 交（接）班记录	(34)
3.4.6 转科记录（转出记录，转入记录）	(36)
3.4.7 阶段小结	(39)
3.4.8 抢救记录	(40)
3.4.9 会诊记录	(42)
3.4.10 术前小结	(43)
3.4.11 术前讨论记录	(44)
3.4.12 麻醉记录	(45)
3.4.13 手术记录	(47)
3.4.14 手术护理记录	(49)
3.4.15 术后首次病程记录	(49)
3.5 手术同意书	(50)
3.6 特殊检查、特殊治疗同意书	(51)

附：特殊检查记录	(52)
3.7 出院记录	(53)
3.8 死亡记录	(54)
3.9 死亡讨论记录	(55)
3.10 医嘱与医嘱单	(57)
附：护理文件书写一般规则	(59)
3.11 辅助检查报告单	(59)
3.12 体温单	(59)
3.13 护理记录	(61)
附：病室报告	(62)
附：整体护理病室报告	(64)
§4 其他	(65)
4.1 住院病案首页	(65)
4.2 特殊检查、特殊治疗的含义	(74)
附：医疗机构管理条例实施细则	(74)
4.3 民族医病历书写	(74)
附录1	(89)
附录1.1 住院病历的排列顺序	(89)
附录1.2 中医整体护理病历书写规范	(90)
附录2	(102)
附录2.1 中医证候、治法术语一览表	(102)
附录2.2 中医病证分类与代码	(137)
附录2.3 常见疾病中、西医病名对照表	(140)
附录2.4 常用标准医学、药物名词一览表	(174)
附录2.5 中医病历书写常见易误字、易混字一览表	(182)
附录2.6 常用临床检验正常参考值一览表	(191)
附录2.7 中华人民共和国法定计量单位一览表	(200)
附录2.8 用于构成十进倍数和分数单位的词头	(202)
附录2.9 医学上选定的国际单位制以外的暂时许用单位表	(203)
附录2.10 与医学有关的非许用单位表	(203)
附录2.11 医学中常用物理量单位	(204)
附录2.12 常用医学计量单位换算关系	(205)
附录2.13 常用医学英文缩写	(207)
附录2.14 出版物数字用法表	(209)
附录2.15 人的性别代码	(213)
附录2.16 婚姻状况代码	(213)
附录2.17 家庭关系代码	(213)
参考文献	(216)

§ 1 基本要求

1.1 病历的概念、种类

【规范要求】

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。

【按语】

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”，是医务工作者在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。对医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。规范病历书写格式，加强病历质量管理已成为中医、中西医结合医疗机构管理的重要工作。

1.2 病历书写的概念与注意事项

【规范要求】

1. 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。

2. 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

3. 住院病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，门（急）诊病历和需复写的资料可以使用蓝色或黑色油水的圆珠笔。

4. 病历书写应当使用中文和医学术语。通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。中医术语的使用依照有关标准、规范执行。

5. 病历书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过在本医疗机构合法执业的医务人

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。

7. 上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。修改时，应当注明修改日期，修改人员签名，并保持原记录清楚、可辨。

8. 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。

9. 病历书写中涉及的诊断，包括中医诊断和西医诊断，其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。中医治疗应当遵循辨证论治的原则。

10. 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患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

【按语】

病历书写是临床医师必要的基本功，应当“客观、真实、准确、及时、完整”，还应注意重点突出，条理清晰，字迹清楚，避免错别字、自造字。简化字应以中华人民共和国语言文字工作委员会发布的《简化字总表》为准；数字原则上应按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；日期应按年、月、日、时顺序；用阿拉伯数字填写；除个别情况（如血压）外，计量单位应尽量采用《中华人民共和国法定计量单位》，表达量值时使用的单位符号，除使用国际符号可能产生歧义者可采用中文符号（如“服药后 3 日 TG 开始下降”）外，均应选用国际符号（如“口服烟酸 3~6g/d”）；标点符号的使用应力求正确，应以国家质量技术监督局发布的《标点符号用法》为准。

中医术语的使用应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；中药名称的使用应依照《中华人民共和国药典》（最新版）；西医疾病诊断及手术名称应依照国家标准《疾病分类与代码》（最新版）；其他医学名词应尽量采用全国科学技术名词审定委员会公布的《医学名词》。

病历中每页均应填写患者姓名和页码，住院病历还应填写住院号。各项化验、检查报告单应分类粘贴，整齐有序，标记清楚。

病历书写的内容、时限和修改必须按照《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》的规定严格执行。病历归档后不得再做修改。

各类记录的签名均应签全名。

§ 2 门（急）诊病历书写要求及内容

2.1 门诊病历首页（门诊手册封面）

【规范要求】

1. 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（检验报告）、医学影像检查资料等。

2. 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。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

【示例】

××医院门诊病历

患者姓名：×××

性别：男

出生年月：××××年××月××日

民族：汉

婚姻状况：已婚

职业：教师

工作单位：××××学校

住 址：××省××市××街××号

药物过敏史：无

2.2 门（急）诊病历记录

【规范要求】

1. 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写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。

复诊病历记录书写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。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

2. 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

【示例】

（一）初诊病历记录

中医内科 2000.03.18. 9:00

突发头晕目眩 12 小时，伴恶心、耳鸣。

患者昨晚 9 时看电视时无明显诱因自觉左耳高调耳鸣如北风呼啸，继而头晕倒地。家人急抬入屋，卧床不起，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、传染病史及其他精神、神经系统疾病史。否认药物过敏史、手术外伤史、输血史。平素喜食辛辣、烟酒，性情急躁。近因工作繁忙，常加班加点，夜深方归。

T 37.5℃，P 98 次/min，R 21 次/min，BP 120/80 mmHg。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

神志清楚，语言清晰，诊查合作。皮肤温润，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。蜷卧于床，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/min，律齐，无杂音。腹软，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。

血常规：HB 120 g/L；WBC $7.5 \times 10^9/L$ ，N 0.68，L 0.32。

尿常规：黄、清，蛋白微量，镜检无异常。

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。予天麻钩藤饮合定痫汤化裁加减。

天麻 15 g，钩藤 12 g，栀子 12 g，黄芩 10 g，牛膝 12 g，半夏 12 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），赭石 15 g（先煎）。水煎服，1 剂/d。共 3 日。

2. 西医治疗：

地西泮，2.5 mg/次，3 次/d，共 3 日。

东莨菪碱，0.3 mg/次，3 次/d，共 3 日。

苯海拉明，25 mg/次，3 次/d，共 3 日。

3. 右侧卧位休息，避免强光、噪声刺激。

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：×××

(二) 复诊病历记录

中医内科 2000.03.21. 9:00

眩晕3日。

病史如3月18日初诊记录。服初诊药3日，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/min，R 21次/min，BP 120/75 mmHg。舌红，苔黄微腻，脉弦。唇、面色泽正常。

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，予天麻钩藤饮合定痫汤化裁加减，但增疏肝、健脾之药。

天麻 15 g，钩藤 12 g，栀子 12 g，黄芩 10 g，牛膝 12 g，半夏 12 g，天竺黄 12 g，石决明 30 g（先煎），磁石 30 g（先煎），赭石 15 g（先煎），香附 10 g，神曲 15 g。水煎服，1剂/d。共3日。

2. 西医治疗：

地西泮，2.5 mg/次，3次/d，共3日。

东莨菪碱，0.3 mg/次，3次/d，共3日。

3. 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：×××

(三) 急诊病历记录

急诊内科 2000.07.28. 1:30

突起上腹剧烈胀痛1小时，伴呕吐、恶寒、发热。

患者今天中午12时进食1/4只刚从冰箱取出的西瓜，继而进食1L冰啤酒及数碟凉拌卤菜。12时30分左右突起上腹剧烈胀痛，继而呕吐3次（开始为胃内食物，后为蛋黄色清涎，量不明），解软大便1次（色黄质软不稀，量不多），并感恶寒发热、脘腹满闷，腹痛不向它处放射。自服“十滴水”1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、胃炎等消化系统疾病及冠心病、痢疾等病史。否认药物过敏史。喜食辛辣、烟酒。

T 38.3℃，P 98次/min，R 22次/min，BP 120/75 mmHg。舌淡红，苔白腻，脉弦紧。

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，目眶微陷。扁桃体不肿大。胸廓外形正常，无压痛、叩痛。双肺叩诊清音，呼吸音正常。心浊音界正常，心率98次/min，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/min，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，墨非征阴性；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。

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。

中医诊断：胃脘

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。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/d。

针灸：足三里、内关、胃俞、脾俞。泻法。

3. 禁食（上方中药可少量频饮）及对症处理。

5%葡萄糖盐水 1500 mL 加 10%氯化钾 10 mL，静脉滴注，1 次/d。

阿托品，0.5 mg，肌内注射。（必要时）

甲氧氯普胺，10 mg，肌内注射。（必要时）

4. 留观。

医师：×××

【按语】

门诊病历是记录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，所以各级医师均必须重视门诊病历的规范书写。

1. 主诉：指患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。要求重点突出，高度概括，简明扼要。

2. 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，并结合中医问诊要求，记录目前情况。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、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

3. 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。

病史记录应当既确切扼要，又能反映出疾病的发生、发展和诊疗过程，对于可能与患者疾病有关的家族史也应记录。

4. 体格检查：根据病情需要进行全面或重点部位体格检查（可参考本书 §3 “完整病历书写”），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“℃”。

5. 辅助检查：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）。

根据卫生部和国家中医药管理局制定的《医疗机构病历管理规定》，医疗机构应当将门（急）诊患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入门（急）诊病历档案。

6. 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）。

7. 治疗：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/d”）、每日用药次数（如“3 次/d”）或每次用药天数（如“1 次/3d”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”，各种“饮食起居宜忌”，各种“随诊要求”及各种“注意事项”均可在同行列举，但这 4 项内容均应分行列举。

8. 医师签名：写在右边靠边处。每次记录医师均须签署全名，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画一斜线，由上级医师签署全名。

9. 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；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。

10. 急诊病历“处理”栏处方用药总量的记录：不留观者应记录用药总量；留观者临时处方应记录用药总量，长期处方可不记录用药总量。

11. 其他：

（1）各种症状及体征应使用医学术语记录，不得用医学诊断名词形容，患者提及的以前所患疾病的病名、药名及诊疗措施应加引号。

（2）一般项目、诊断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）门（急）诊病历的保管：根据卫生部和国家中医药管理局制定的《医疗机构病历管理规定》，在医疗机构建有门（急）诊病历档案的，其门（急）诊病历由医疗机构负责保管；没有在医疗机构建立门（急）诊病历档案的，其门（急）诊病历由患者负责保管。门（急）诊病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

2.3 门（急）诊抢救记录与留观期间的观察记录

【规范要求】

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，应当书写留观期间的观察记录。

【示例】

（一）急诊抢救记录

×××，女，59 岁，因恶心呕吐、气急、多汗 30 分钟于 2000 年 7 月 23 日 20 时 05 分入急诊科抢救室。

患者因家庭矛盾于今晚 19 时 10 分负气自服“敌敌畏”约 100 mL，19 时 30 分开始相继出现头痛、头晕，视物模糊，胸闷、气急，恶心，呕吐 3 次，多汗；遂由其子×××等急送来院求诊。

T 37.3℃，P 68 次/min，R 24 次/min，BP 150/90 mmHg。舌淡紫，苔白腻，脉弦。

神清合作，表情痛苦，急性病容，语言清晰。肌束震颤，皮肤湿润。双侧瞳孔等大、等圆，直径约 2mm，对光反应灵敏。口角流涎，有大蒜气味。颈软。双肺叩诊清音，无啰音。心率 68 次/min，律齐，无病理性杂音。腹平软，剑突下中度压痛，无反跳痛，肝、脾未扪及。脊柱四肢无异常发现。桡骨膜反射、膝腱反射及跟腱反射正常。Hoffmann 征、巴氏征及克氏征均阴性。

尿常规：(-)。

快速有机磷检测：阳性。

血清胆碱酯酶：1800 U/L。

血清 K^+ 4.3 mmol/L， Na^+ 141 mmol/L， Cl^- 102 mmol/L， CO_2CP 20 mmol/L。

肝功能：SGPT 30IU；总胆红素 8 mg/L。

肾功能：BUN 5.6 mmol/L；Cr 112 μ mol/L。

中医诊断：农药中毒。

西医诊断：有机磷杀虫药中毒。

抢救治疗计划：

1. 下病危通知，向患者儿子交代病情。
2. 测体温、脉搏；呼吸、血压、瞳孔，1 次/h。
3. 高流量持续给氧。
4. 洗胃，导泻。
5. 用阿托品、双复磷解毒。
6. 用中药解毒利尿。

抢救过程：

1. 用清水洗胃，于 20 时 05 分执行，在洗胃前抽胃液 10 mL，用快速有机磷检测管检测，结果为阳性，支持有机磷杀虫药中毒诊断。经反复冲洗，至 20 时 30 分止，胃液清亮。

2. 立即用阿托品 2 mg，加入生理盐水 20 mL 中静脉注射，于 20 时 15 分执行，在执行前抽静脉血 10 mL 送检血清胆碱酯酶活性、 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、 CO_2CP 、肝功能、肾功能检查，执行后见汗出减少，瞳孔约 3 mm，并保持静脉通道；于 20 时 30 分再次用阿托品 2 mg，加入生理盐水 20 mL 中静脉注射；患者出现颜面潮红，口干，瞳孔约 5 mm，心率 92 次/min；用阿托品 0.5 mg，加入生理盐水 20 mL 中静脉注射，1 次/h，于 21 时开始执行。24 日 1 时 20 分，出现躁动、皮肤干燥，心率 112 次/min，改用阿托品 0.5 mg，加入生理盐水 20 mL 中静脉注射，1 次/3h，于 2 时开始执行。

3. 在洗胃完成后，从胃管注入 50% 硫酸镁 100 mL，于 20 时 30 分执行，并保留胃管。患者在 22 时 30 分排泄稀便。

4. 高流量持续给氧，于 20 时 35 分执行。

5. 用双复磷 0.25 g，加入 5% 葡萄糖液 20 mL 中静脉注射，于 20 时 30 分执行，并于 24 时 10 分重复 1 次。

6. 用甘草 150 g，煎液 1000 mL，待冷。取 500 mL 冲滑石粉 25 g，于 21 时 10 分从留

置胃管注入；以后每次用 100 mL 冲滑石粉 3 g，从留置胃管注入，1 次/20min。于 21 时 50 分解出小便，送检小便常规。22 时 55 分拔除胃管。

经上述措施急救后，患者病情趋于稳定，于 3 时 20 分入睡。

24 日 6 时采血查：血清胆碱酯酶 4000 U/L。血清 K^+ 4.2 mmol/L， Na^+ 140 mmol/L， Cl^- 100 mmol/L， CO_2CP 20 mmol/L。7 时查：T 36.5℃，P 98 次/min，R 22 次/min，BP 150/90mmHg。舌淡紫，苔白腻，脉弦。双侧瞳孔等大、等圆，直径约 5mm；对光反应灵敏。颈软。双肺叩诊清音，无啰音。心率 98 次/min，律齐，无病理性杂音。腹平软，剑突下轻度压痛，无反跳痛，肝、脾未扪及。桡骨膜反射、膝腱反射及跟腱反射正常。Hoffmann 征、巴氏征及克氏征均阴性。

患者病情稳定，经与患者亲属和病房联系，于 24 日上午 10 时转内科病房继续治疗。

参与抢救人员：××副主任医师、×××主治医师、×××护师、××护士。

主持抢救医师：××副主任医师。

记录医师：×××

(二) 留观病历记录

急诊外科 1994.04.20.13:05

×××，男，35 岁，×××厂工人，住××市××街××号

因上腹部持续性胀痛 3 小时于 1994 年 4 月 20 日 16 时 5 分急诊扶送入院。

患者今日中午 11 时开始在朋友家聚餐，并饮 52°白酒 150 g，13 时开始感上腹胀痛，并向左腰部放射，阵发性加剧，伴恶心呕吐，吐出物为食物残渣，无血液，病后无寒战、发热，无腹泻，小便正常，在厂保健站肌内注射“阿托品”0.5 mg，腹痛无缓解，急转本院。

既往体健，无类似上腹疼痛史，否认消化性溃疡、胃炎等消化系疾病及冠心病等病史。否认药物过敏史。喜食辛辣、烟酒。

T 37.5℃，P 85 次/min，R 20 次/min，BP 98/68 mmHg。舌淡红，苔白腻，脉弦紧。痛苦表情，巩膜皮肤未见黄染，浅表淋巴结不肿大。心律齐无杂音，肺无啰音，腹平坦，上腹肌紧张，剑突下及左上腹明显压痛，无反跳痛，麦非征阴性，肝脾未扪及，双肾区无叩击痛。脊柱四肢无畸形，膝反射存在，克氏征、布氏征及巴氏征阴性。

初步诊断：

中医：胰痺？

食滞胃肠证？

西医：1. 急性胰腺炎？

2. 急性胃炎？

处理：

1. 留院观察。

2. 禁食 12 小时。

3. 生理盐水 20 mL + 西咪替丁 0.2 g，静脉注射，3 次/d。

4. 5% 葡萄糖生理盐水 1000 mL + 10% 葡萄糖注射液 2000 mL + 10% 氯化钾 30 mL，静脉滴注。

5. 查血白细胞计数及分类，血清淀粉酶，尿淀粉酶。

6. 密切观察血压、脉搏及腹痛变化。

医师：×××

(三) 留观病历病程记录

1994.4.20.18:00

留观后患者持续腹痛未缓解,亦未加重;P 84 次/min, BP 110/68 mmHg,疑为急性胰腺炎,已抽血检查血清淀粉酶、血常规。

医师: × × ×

1994.4.20.22:00

患者腹痛稍有减轻,液体在继续滴注,心肺无异常发现。上腹仍有压痛,血清淀粉酶 360 U, WBC $11.8 \times 10^9/L$ 。科主任 × × × 医师来检查患者,认为符合急性胰腺炎诊断,嘱收入病房诊治,已遵嘱收入院。

医师: × × ×

【按语】

1. 抢救记录:必须在抢救结束后立即记录,及时完成。应包括以下内容,重点记录病情及所采取的抢救措施的具体内容、时间和效果。

(1) 患者姓名、性别、年龄,主诉,进入抢救室时间,送诊者姓名及与患者的关系。

(2) 就诊时的主症、生命体征及阳性体征。

(3) 中医诊断、西医诊断。

(4) 各种化验检查结果及抢救治疗计划。

(5) 各种抢救措施的具体使用方法(如呼吸机、洗胃等有关内容的记录)、执行时间及实施后的病情变化。

(6) 详细记录用药(包括特殊用药)名称、用量、给药途径、给药速度、医嘱执行时间等。

(7) 记录上级医师及会诊医师意见,并注意标注时间。

(8) 向患者家属交待病情,记录与患者家属谈话的内容和患者家属对诊疗的意见,患者家属签字。

(9) 参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务,主持抢救医师签名,记录医师签名。

2. 急诊留观病历记录:

(1) 急诊科就诊病例需留观者,将急诊首诊病历记录作为留观病历记录,不必另写留观病历记录。但需开出治疗处方及写明留观注意事项,并向下一值班医师床头交班。

(2) 由普通门诊转来留观室者,根据首诊负责制的精神,由转入科室写好门诊病历、开好处方,提出初步诊断意见及留观注意事项,护送患者到留观室,并向值班医师当面交班。急诊值班医师接到普通门诊转来留观病例后,应立即参阅门诊病历,全面检查,写出留观病历记录及处方。

(3) 留观病历记录应分段描述下列内容:①科别、就诊具体时间;②患者一般资料:姓名、性别、年龄、职业、住址;③主诉;④现病史:包括起病时间,疾病发生发展情况,重要阳性症状及有关阴性症状,诊治过程;⑤既往史:以往健康状况,曾患过的重大疾病,与本次疾病有关的病史及相关生活习惯;⑥体格检查结果:T、P、R、BP,舌象、脉象,按系统顺序突出重点地记录阳性体征及有鉴别意义的重要阴性体征;⑦辅助检查的阳性结果及有关的阴性结果;⑧初步诊断:包括中医诊断、西医诊断;⑨处理方案;⑩医师签名。

(4) 留观病历,每天应有病程记录,如有病情变化则应随时记录。书写内容与要求可参考住院病历之病程记录。重点记录当时的病情变化(症状、体征、辅助检查结果)、处理及

与患者家属亲友等的沟通联系等情况。

(5) 如有上级医师或有关科室会诊，均应及时记录。

(6) 留观病例的最后转归（如住院、回家、死亡）应有记录。留观患者离院时要记录患者离院时病情、去向及随诊要求，自动离院者要求有患者或患者家属签字。

3. 其他：参见“门（急）诊病历记录”相关内容。