

病历档案
管理基础

任遵圣 编著

BING
LI
DANG
AN
GUAN
LI
CHU

323

病历档案管理基础

任遵圣 编著



江苏科学技术出版社

内 容 提 要

本书是一本介绍病历档案管理基础知识的读物。作者运用档案学的科学理论，总结了我国病历档案管理的研究成果和实践经验。全书共分九章，既概要介绍了病历档案管理的理论，又详尽说明了病历档案书写、编号、统计、保管和利用的具体方法，内容新颖，切合实用。

本书可供各级卫生管理部门、档案部门、各类医院、卫生所、医务室工作人员阅读，也可供大专院校档案专业和医学院校师生参考。

病 历 档 案 管 理 基 础

任 遵 圣 编 著

出版：江苏科学技术出版社

发行：江苏省新华书店

印刷：徐州印刷厂

开本787×1092毫米 1/32 印张2.5 字数50,000

1983年12月1版 1983年12月第1次印刷

印数1—13,300册

书号14196·143 定价 0.35元

责任编辑 伍幼威

前 言

近两年来，我在一些地方专题讲授病历档案管理。《病历档案管理基础》一书，就是在讲课教材的基础上增补、编写而成的。

医院是防病治病、保障人民健康的事业单位。加强医院管理，关系到国家和民族的兴旺发达。办好医院既需要现代化的医疗技术和设备，更需要现代化的管理。现在，医院管理已成为一门独立的学科，病历档案管理则是医院管理的重要组成部分。随着现代医学科学的发展，病历档案的类型和数量越来越多，内容越来越丰富。加强病历档案的管理和研究，对继承祖国医学遗产，提高医疗和医院管理水平，促进医学教育事业的发展，都具有重要的作用。但是，病历档案工作，仍是当前医院管理工作中的一个薄弱环节。运用档案学的理论去研究、解决病案管理工作中的问题，近年来已引起医务界和档案界的重视。为了总结这方面的研究成果，探讨病案管理工作中的问题，现不揣浅陋，把一些不成熟的见解，求教于专家。

本书可供各级卫生管理部门、档案部门、各类医院、卫生所、医务室工作人员阅读，也可供大专院校档案专业和医学院校师生参考。

病历档案管理在我国档案学研究中是一个新的领域。编写此书，对笔者来说只是一种尝试。书中若有错误之处，敬请读者不吝指正。也希望本书出版以后能听到各方面的意见，以便进一步修改。

目 录

前 言

第一章 病历档案的历史和作用	1
第一节 病历档案的概念.....	1
第二节 病历档案的历史.....	2
第三节 病历档案的作用.....	4
第二章 病历档案管理概述	8
第一节 病历档案管理的性质和任务.....	8
第二节 病历档案管理的基本内容.....	10
第三节 病历档案管理的现代化.....	12
第三章 病历档案管理的组织与任务	15
第一节 病历档案管理的组织.....	15
第二节 病历档案管理人员.....	17
第四章 病历的书写	19
第一节 病历书写的意义.....	19
第二节 病历书写的要求.....	19
第三节 如何提高病历书写的质量.....	26
第五章 病历档案的编号	28
第一节 病历档案编号的作用和要求.....	28
第二节 病历档案编号的方法.....	29
第六章 病历档案的整理	35
第一节 病历档案整理的原则和内容.....	35
第二节 病历档案的分类和组织保管单位.....	36
第三节 病历档案的排列和编制目录.....	42

第七章 病历档案的统计	45
第一节 病历档案统计的任务和步骤.....	45
第二节 病历档案登记.....	46
第三节 病历档案统计的主要指标.....	50
第八章 病历档案的保管	55
第一节 保管的任务和病历档案的损毁原因.....	55
第二节 病历档案的保管条件和防护措施.....	57
第三节 病历档案室的建筑.....	59
第九章 病历档案的利用	62
第一节 病历档案利用的涵义和要求.....	62
第二节 病历档案利用的特点.....	63
第三节 病历档案参考工具的编制.....	64
第四节 病历档案利用的方法.....	72

第一章 病历档案的历史和作用

第一节 病历档案的概念

人们有了疾病,去医院就诊或住院时,医师首先要询问病人的主要症状、疾病发展过程、以往健康状况、个人生活史以及家族史等,并根据病人的叙述和各项检查,记下对病人病情的分析、诊断、治疗处理措施等。这种由医师在诊疗过程中所作的详细而系统的文字记录,以及各种化验、检查报告,经过收集、整理和编目,并按有关要求归档,就形成了“病历档案”。

那么,病历档案的概念是什么呢?病历档案是记录患者健康状况和在疾病发生、发展以及诊疗全部过程中形成的,具有查考、利用价值的,并按照一定要求集中、保管的各种诊疗材料。

病历档案一般分为门诊病历档案和住院病历档案两类。门诊病历档案是患者门诊医疗的全部记录,内容包括门诊病案首页、副页、各种检查记录等。住院病历档案是患者住院医疗的全部记录,内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术前记录、转科记录、接收记录、会诊记录、各种检查报告(如:化验、放射线、心电图、基础代谢、同位素、病理检查报告),以及体温记录、医嘱记录、重危病人护理记录、死亡报告和出院总结等。

病历档案具有如下基本属性:

第一，病历档案作为档案的一个门类，是国家档案宝贵财富的组成部分。

第二，病历档案是各种医疗真实的历史记录，不仅如实地记述和反映了患者发病过程、诊疗经过和效果，而且是反映各类疾病发生和发展过程的第一手原始材料。

第三，只有按照一定要求集中、保管起来的疾病医疗记录材料，才是病历档案。病历档案不能是一份份孤立的疾病医疗记录材料，而必须是具有内在联系的、能客观而全面地反映病人发病过程和医疗效果的整体。

第四，病历档案具有实用价值。病历档案从各个方面记载了人类与疾病作斗争的历史。从整体上说，我国当代的病历档案反映了十亿人民生、老、病、死的基本情况。病历档案还为医院管理、临床医疗、教学和科研积累、提供了第一手材料，不仅可供查考，也可用作医疗的凭证。

第二节 病历档案的历史

病历档案简称病案，一般群众称作病历，我国古代又称作诊籍或医案。一九五三年，我国卫生部规定把病历档案统一称为病案。

病历档案的起源很早。

在原始社会里，人们有了病痛，必然会产生消除病痛的愿望，探索某些原始的防治方法，从而产生了人类医药活动的萌芽。人类医药学的产生，比文字的记载要早得多。据考古发掘，在西班牙石洞壁上发现的刻有截指和环锯的痕迹，就是距今有二万五千年的远古时代的医疗记载。这些刻画是旧石器时代的遗迹，有人认为就是当时的病案。这是迄今发现的最早

的病案，也可以说是最古的原始形态的医书。在古代，病案与医书原是没有区分的。

在世界医学史上，第一个采用科学观点和方法来书写病案的，是两千年前古希腊的名医——被称为“医学之父”的希帕克拉底（Hippocrates，约生于公元前460—377年）。他书写的病案记录，与现代完整的病案有些相似。他对病人的病情记述详细，内容有体温、脉搏、呼吸、排泄物、痰、局部疼痛及整体活动等。他书写病案的体裁、风格及程序，后来被医学界视作典范。他提倡一种“誓约”，即医师必须为病人所说的话保密，这已成为当今医德的一条准则。

犹太时代（732—1096年）的医疗记载，是教会里的圣经和犹太教的法典。

到了中世纪（1096—1600年），开始建立了具有一定规模的医院，也开始有了病案保管制度。英国的圣巴德洛迈医院就是在这时期建立的，至今依然存在。圣巴德洛迈医院创立时就有了病案保管制度，并建立了世界上第一个病案室。这期间，已有人利用病案来编写著作。

中国是一个文明古国，病案记载有着悠久的历史。早在汉初，医学家淳于意（约公元前216—150年）就著有“诊籍”。病历档案，在汉代称“诊籍”。《史记·扁鹊仓公列传》中就记载了他的“诊籍”二十五例，其中记录了病人姓名、病因、诊断、治疗等。这是我国最早的、比较完整的医案资料。

宋代以前，医生看病大都只记载治疗的方药，不记按语。宋代设立了医学科，命题考试，对每一疾病的按语（病情记录）及所施的方药，都要求详细叙述，并取其中最好的记录报送太医局。从此，医生看病都先写按语，再记录治疗的方药，病案书写更为完整。明代中叶，韩悉撰写了《医案一宗》。医案，就是病

历档案。这本著作提出了病案书写的格式，不仅要求记录病人姓名、时间、地点，还要求详细记载望、闻、问、切“四诊”中的资料，为辩证施治提供依据。一五八四年，吴崑在《脉案格式》中，提出书写病案的程序为时间、姓名、性别、年龄、住址、体形、生活习惯、发病和治疗经过等。此书对医学科学的发展，起了积极作用。清初喻嘉言写的病案著作《议病式》，则要求详细记录时间、地址、性别、年龄、形态等，以便分析内外环境与疾病的关系；同时记录疾病的发生、发展经过，以及详细的现病历，作为临床分析和判断的依据。他还开出具体的方药，并且写明“效验定于何时”，借以考核自己的治疗成效，为下一步诊疗提供依据。从我国古代医学史籍可以看出，古代的医学家十分重视病历档案的保管和管理，并已经利用病历档案来著书立说。如宋朝的许可知、张季明，明朝的薛立斋、陈维宜、孙文恒、江蘧，清朝的喻嘉言、魏之琇等。明朝江蘧父子所著的《名医类案》，以及清代魏之琇所著的《续名医类案》，搜集了许多本人和他人治疗的医案，内容丰富。

我国近代医院的建立，约有一百四十多年的历史。医院的病案管理则始于七十多年前。但是，在旧中国，绝大多数医院没有健全的病案管理组织，甚至不做病案记录。只有极少数大医院做了一些比较完整的病案工作。新中国成立后，党和政府十分重视人民卫生保健事业，采取了各种措施，加强对病历档案的管理。现在，病历档案的管理，已发展为档案学的一个分支，成为一门有特定研究对象和任务的学科。

第三节 病历档案的作用

随着现代医学科学的发展，病历档案材料的类型和数量

日益增多,内容越来越丰富,作用越来越显著。提高病历档案的科学管理水平,充分发挥病历档案的作用,对于提高十亿人民的健康水平,对于降低各种疾病的发病率,迅速消灭一些烈性传染病,都具有重要的意义。

病历档案的作用,主要有以下几个方面:

第一,病历档案记载着前人从事医学科学研究的成果和智慧结晶,可以传之后代,为人民造福。我国第一历史档案馆珍藏着相当完好的清宫病案,总数约有三、四万件之多。其内容包括皇帝、皇后、妃嫔、王子、太监、宫女以及部分王公大臣的原始诊病记录,皇后用药底簿,以及皇帝关于医药的“朱批”等。这些病案,反映了清代中医的学术水平,是祖国医药学的宝贵遗产。仅以慈禧、光绪的病案而言,就有涉及长寿、补益、调经、生育,以及治疗脾胃、肝肾、眼耳鼻喉等各种疾病的医治经验,对当今临床中医治疗,特别是对慢性病的调理和老年性疾病的防治,仍有实用价值。北京中医研究所清宫医案研究室已整理出版《清宫医案研究》一书,全书约一百五十万字。

第二,病历档案是医学教学和医学研究的宝贵资料。中国医学科学院首都医院在治疗妇科肿瘤——绒毛膜上皮癌方面,已达到了国际先进水平。专家们认为这一成果的意义,不仅在于为根治绒毛膜上皮癌找到了一种效果较好的方法,而且在于为征服其它妇科恶性肿瘤开创了一条新的途径。这一重大科研成果,就是利用这种病例的病历档案一千一百余册,结合临床实践反复研究取得的。国内有一医院仅在一九八〇年的科研活动中,就利用病历档案二万零三百四十九册。该院近年发表的科学论文,有百分之八十以上都是通过病历档案的研究完成的。

第三，病历档案是医务人员辛勤劳动的历史记载。这其中成功的经验，也有失败的教训；有典型病例，也有疑难杂症。这些珍贵资料，为提高医疗质量和技术水平提供了一个方面的根据。某县人民医院，通过对七十五册急性出血性坏死性小肠炎病历档案的分析和研究，寻找出提高治愈率的方法。该病的治愈率一九七四年为百分之五十七点一，到一九七九年提高为百分之八十七点五；病死率一九七四年为百分之四十二点九，到一九七九年下降为百分之十二点五。

第四，病历档案是评价医院管理水平、考核医务人员业务能力和医德的主要依据。医院领导和卫生管理部门如果经常注意检查、归纳和分析病案中反映出来的问题，如危重病人的抢救、死亡原因的分析，误诊、误治，手术麻醉并发症，差错事故，以及新疗法、新技术的临床应用等，就可以比较客观地评价医院的工作，从而总结经验教训，提高管理水平。根据病历档案记载的内容，还可以衡量医务人员的责任心、业务水平、分析判断能力和道德品质。如病人主诉是否记载完整，诊断是否符合实际，治疗是否准确、及时、有效，用药是否恰当等，均应作为对医务人员进行考核的内容。

第五，病历档案也是医疗法律上的重要依据。病历档案可为处理医疗纠纷和伤残事故，以及为有关社会调查提供法律证据。一九八一年，《瞭望》杂志和《人民画报》刊登了一则消息，报道“一些贪婪的骗子纷纷以各种诡诈之术，前往日本有关方面申请领取中国公民赵碧琰名下数十年前的巨额财产。”为此，赵碧琰请求得到法律帮助。为了证实赵碧琰及其子赵宗阳的血缘关系，保护我国公民在国外的财产，有关方面在北京首都医院查到了赵宗阳幼年时患病的病历档案。这件轰动日本的中国公民财产案，终于取得了有力的法律证据。

第六,病历档案还可以从一个方面反映社会状况,具有广泛的社会性。某医院从一九八〇年和一九六一年两个年度的病历档案中,分别随机抽取一百例病历档案,做新生儿体重的对比。计算结果表明,新生儿体重一九八〇年比一九六一年平均增加三百七十五克。这就证明了二十多年来,我国人民生活水平在逐步提高,孕妇保健和营养得到了改善。不少国家的社会学家,经常通过病历档案调查分析社会情况。我国有关部门也常常利用病历档案进行社会调查,作为制定政策、指导工作的参考。

第二章 病历档案管理概述

第一节 病历档案管理的性质和任务

一、病历档案管理的性质

现代化医院医疗管理是由许多环节组成的，病案管理是医疗管理的重要内容之一。其性质可概述为：

一、病历档案管理是一门科学。当代科学界普遍认为，知识的整理也是科学研究的主要内容。美国资源委员会提出：科学研究应该包括对已经产生的知识的整理、统计、图表及其数据的收集、编辑和分析研究工作。有的专家认为，“创造知识、修正知识和整理知识的探索工作，谓之科学研究。”病历档案管理作为一种整理知识的工作，当然是一门科学。在一定的意义上讲，病历档案管理，就是以搜集、整理、分析、存贮和检索病历档案为内容的一种科学劳动。

二、病历档案管理是医疗管理的组成部分。病历档案是由医师诊疗的记录和各种检查报告等组成的。这些材料既是医务人员集体智慧的结晶，又是提高医疗质量不可缺少的条件。医学科学要发展，就得继承和借鉴已有的成果。病历档案是贮存医疗成果的一种形式。从这个意义上讲，管好、用好病历档案，实际上就是一种医疗管理活动。

三、病案管理是随着现代医学发展而产生的一门新分支

学科。十九世纪中叶以前,医疗尚处于仅凭经验和记忆的单独治疗阶段。此时的病案是与医生的经验与记忆相联结的,病案记录与诊疗是一个不能分离的整体。近百年来,随着现代医学科学的发展,一个医生不可能单独完成诊疗任务,必须要依靠各种仪器和检验技术。同时,医学领域内的学科越分越细,专业性加强,许多疾病必须得到多科医生的会诊或协同处理。特别是疑难病症,不是一个医生或一个专科所能解决的。病历档案就是各医疗科室、各检验科室诊疗患者的记录,也是传递、贮存诊疗结果的工具。病历档案还具有交流诊疗情况,协调诊疗行动的性质。病历档案管理,就是在现代医学的发展过程中,逐步成为具有自己特殊的研究对象、研究课题和研究方法的相对独立的新学科。

二、病历档案管理的基本原则和任务

一九五六年,国务院在《关于加强国家档案工作的决定》中规定:“档案工作的基本原则是集中统一地管理国家档案,维护档案的完整与安全,便于党和国家各项工作的利用。”一九八〇年,经国务院批准的《科学技术档案工作条例》规定:“各单位都要按照集中统一管理科技档案的基本原则,建立、健全科技档案工作,达到科技档案完整、准确、系统、安全和有效利用的要求。”病历档案管理是国家档案管理工作的一部分,必须执行这些基本原则和要求。

根据国家档案工作的基本原则和要求,病历档案管理必须做到:

(一)集中统一管理。我国科技档案是按专业实行集中统一管理的。根据国家有关规定,各级人民政府所属医学卫生主管机关,都应加强对所属系统病历档案管理工作的领导。各级

档案管理机构同样应当加强对病历档案管理工作的指导、监督和检查。就一个医疗单位来说，病历档案应由病案室集中统一管理，不能由各业务部门分散管理。

(二) 维护病历档案的完整与安全。所谓完整，指的是凡已形成的或属于归档范围的病案材料，都应当全部集中保管起来，并要求保持病案材料的有机联系。所谓安全，就是注意保护病案，严格各项制度，经常检查核对，提高保护技术水平，最大限度地延长病案的寿命。

(三) 便于查考和利用。保管病历档案的目的，最终是为了充分发挥病历档案的作用，及时而准确地为医疗、教学和科研工作服务。这就要求为查考和利用病历档案创造一切可能的便利条件。

病历档案管理的上述基本任务，是通过各项具体的工作环节来完成的。

第二节 病历档案管理的基本内容

病历档案管理的基本内容，可以概括为病历档案的形成、管理和提供利用这三个环节的工作。“形成”是病案工作的起点，“管理”是病案工作的基础，“使用”是病案工作的目的。这三个环节也说明了病案工作的特点及其相互关系。

病历档案的形成，是指医疗文件从产生到归档的全部过程。在病历档案形成的阶段，主要工作可分为病历档案的形成和归档两个方面。其具体要求为：

(一) 病历档案是由医疗文件材料转化而来的。为了确保病历档案的完整、准确和精炼，必须在病历档案材料形成过程中把好质量关。病历档案内容的完整和准确，是搞好病历档

案管理的前提。否则,保管的病历档案再多,也没有价值。在食道癌的病历档案中,若没有饮食习惯的记载,在乳腺癌的病历档案中,若没有婚姻状况的记载,这些病案在诊疗活动中也就难以发挥其应有的作用。

为了保证病历档案的完整、准确、系统和有效利用的目的,病案室要对病历档案的书写质量提出合理的要求,并加强具体的指导和检查。在病历档案的形成过程中,还必须制定签署审批制度。

(二)要在病历档案形成过程中做好积累工作。病历档案产生于若干个不同的诊疗和检验科室。这些病案材料从不同的侧面反映了患者的诊疗过程和结果。在诊疗过程中,又要以有关的病案材料为依据,进行必要的协调。这样,在病案中就有一些传递性的材料,如各种检查回报单等。这部分病案材料需要流通,因此在其形成过程中,要实现归口管理,防止散失。病案材料作为诊疗活动的真实记录,要随着诊疗活动的发展不断得到补充和完善。已经形成的病案材料务必不能散失,以保证诊疗工作的顺利进行。

(三)归档是医疗文件材料转化为档案的转折点。当一个病人诊疗结束并取得相应的结果后,应及时地将记录诊疗全过程及其结果的材料整理归档。病案的归档,是贯彻集中统一管理原则的具体措施。各医疗单位只有建立、健全病历档案的归档制度,才能把有使用价值的医疗文件材料完整而系统地保存下来。

病历档案在形成过程中,管理工作可以概括为四项:(1)按时收集病案。收集时,要逐份清点,并将未按规定完成的病案退回,由有关医师填写完整。(2)检查病案内容的完整和准确,包括病案首页各项指标有无漏填,以及传染病、恶性肿瘤、