



面向 21 世纪 课 程 教 材
Textbook Series for 21st Century

医疗保险系列教材

病 案 学

主编 刘新军 顾眉君



中国劳动社会保障出版社

面向 21 世纪课程教材

Textbook Series for 21st Century

医疗保险系列教材

病 案 学

主 编 刘新军 顾眉君

副主编 张 晓 邹 珉

中国劳动社会保障出版社

版权所有

翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

病案学/刘新军,顾眉君编著. —北京:中国劳动社会保障出版社, 2002. 7

医疗保险系列教材

ISBN 7-5045-3543-5

I. 病…

II. ①刘… ②顾…

III. 病案-医学院校-教材

IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 044266 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

出 版 人: 张梦欣

*

北京地质印刷厂印刷 新华书店经销

787 毫米 × 960 毫米 16 开本 13.75 印张 253 千字

2002 年 7 月第 1 版 2002 年 7 月第 1 次印刷

印数: 3000 册

定价: 22.00 元

读者服务部电话: 64929211

发行部电话: 64911190

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

医疗保险系列教材编委会

名誉主任：孙载阳 乌日图

主 任：翟成凯

副主任：张 晓 李政伦

编 委：（按姓氏笔划）

王桂根 王福华 毛正中 刘乃丰 刘 蓉

刘国祥 刘新军 李少冬 李宁秀 李君荣

沈其君 沈焕根 陈启光 官 波 金志宁

范 健 周达生 周绿林 封卫东 顾眉君

梁 晶 袁智军 曹 乾 程晓明

医疗保险系列教材编写说明

自 1998 年国务院颁布《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》后,我国医疗保险制度改革正在不断推进和完善,商业健康保险市场也在形成,医疗保险越来越引起全社会广泛的关注,社会亟需一批医疗保险专业技术人才。为适应这种形势,近年来,许多高等院校开设了医疗保险专业(含方向)。然而,由于医疗保险是一个崭新的专业,师资和教材的相对缺乏,已成为制约医疗保险专业教育发展的主要问题。为了适应社会发展和 21 世纪高等院校医疗保险专业教学要求,东南大学公共卫生学院医疗保险学系利用多年的教学实践,以本校师资为骨干,组织有关专家编写了这套系列教材。希望本系列教材的出版,能对我国医疗保险人才的培养起到积极的推动作用。

本系列教材,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、基本技能和教材的系统性、科学性、启发性、先进性、适用性。作为一套系列教材,本教材更注重教材的系统性、适用性和先进性。在教材的内容上,突出医疗保险及相关学科的基本理论和方法;在体裁上,本系列教材推行案例式教学,编写力求追踪国内外医疗保险制度改革最新进展。本套教材可以适用于医疗保险、人身保险、卫生经济、医院管理等专业教学及从事相关工作的在职人员自学或培训使用。

本套系列教材包括:《健康医疗保险专业英语》(上、下)、《社会医疗保险概论》《健康保险原理与方法》《卫生保健经济学》《保险医学》(上、下)、《病案学》等,涵盖了健康保险、医学、经济学、管理学等学科知识。

由于医疗保险专业在我国是一个崭新的复合型专业,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,希望广大读者多提宝贵意见和批评指正,并及时把各种建议和意见反馈给我们,使之最终成为一套较为成熟的教材。

医疗保险系列教材编委会

2001 年 9 月 5 日

内 容 提 要

本书为高等院校医疗保险系列教材之一，主要内容有三部分：1. 病案总论，着重介绍了病案的基本概念、发展史、种类、形成及特点，其作用、价值、保存及与法律的关系以及有关人员对于病案的职责等；2. 病案的书写格式及书写内容要求；3. 病案管理，着重介绍了病案管理的内容及要求，编目登记，国际疾病分类，病案的质量控制、随诊工作、统计工作以及现代化设备在病案管理中的应用等。

本书不仅可作为全国高等院校医疗保险专业、卫生事业管理专业、劳动和社会保障专业、保险专业、医事、法律专业教材，还可供其他相关专业进修人员、在职人员使用。

目 录

第一单元 病案总论	(1)
第一章 病案概述	(1)
第一节 病案的基本概念	(1)
第二节 病案形成与发展史	(2)
第三节 病案的种类	(4)
第四节 住院病案的建立过程	(5)
第五节 病案的形成及特点	(6)
第二章 病案的作用与价值	(10)
第一节 病案的特点与目的	(10)
第二节 病案保存的价值及作用	(11)
第三节 保存病案的目的	(16)
第四节 医疗法律及病案与法律的关系	(18)
第三章 病案的保存	(23)
第一节 病案保存概述	(23)
第二节 病案保存的选择方法及保存标准	(25)
第三节 保存病案的方法	(27)
第四节 病案的销毁	(28)
第四章 有关人员对病案的职责	(30)
第一节 医疗及其他卫生工作人员对病案的职责	(30)
第二节 病案委员会及病案工作人员的职责	(33)
第二单元 病案的格式与内容	(35)
第五章 门诊病历及住院病案的基本内容	(35)
第一节 门诊病历的内容	(35)
第二节 住院病案的基本内容	(36)

第六章 住院病历内容与格式	(38)
第一节 住院病历	(38)
第二节 入院记录	(46)
第三节 再次住院病历	(46)
第七章 病程记录及其他记录	(47)
第一节 病程记录	(47)
第二节 交班小结和接班记录	(48)
第三节 会诊申请和会诊记录	(48)
第四节 转科小结和接收记录	(49)
第五节 手术前小结和手术中、手术后记录	(50)
第六节 麻醉记录	(53)
第七节 出院记录和转院小结	(56)
第八节 死亡记录	(57)
第九节 死亡病例讨论记录	(58)
第八章 病案首页填写要求及说明	(60)
第九章 常用检查报告单	(64)
第十章 护理文件	(67)
第三单元 病案管理	(82)
第十一章 病案管理工作的任务和内容	(82)
第一节 病案管理工作的任务和过程	(82)
第二节 病案管理工作的主要内容	(85)
第十二章 病案管理	(87)
第一节 病案编号	(87)
第二节 病案的收集整理工作	(92)
第三节 病案的归档	(96)
第四节 病案的供应	(101)
第五节 病案控制和示踪系统	(103)
第十三章 病案编目和登记工作	(109)
第一节 病人姓名索引卡	(109)
第二节 病案登记工作	(113)
第三节 疾病分类和手术操作分类	(120)
第十四章 国际疾病分类	(127)

第一节	国际疾病分类概述	(127)
第二节	国际疾病分类 (ICD—10) 的编排结构	(131)
第三节	国际疾病分类基本概念	(133)
第四节	国际疾病分类编码操作方法	(139)
第五节	肿瘤 (C00—D48) 的编码及难点解释	(144)
第六节	疾病诊断的书写与主要情况选择	(148)
第七节	手术操作分类	(155)
第十五章	病案质量控制	(163)
第一节	病案质量的概念	(163)
第二节	病案评级标准和评级方法	(163)
第十六章	随诊工作	(167)
第一节	概述	(167)
第二节	随诊的方式	(168)
第三节	随诊资料的应用与统计	(170)
第十七章	病案统计工作	(174)
第一节	病案统计工作的基本概念	(174)
第二节	病案统计工作的作用	(175)
第三节	病案统计工作的特点	(176)
第四节	病案统计工作分类	(177)
第五节	病案统计工作程序	(178)
第六节	病案统计支持的医院管理统计指标	(180)
第十八章	现代化设备在病案管理中的应用	(187)
第一节	电子计算机在病案管理中的应用	(187)
第二节	缩微技术在病案管理中的应用	(195)
第三节	条形码自动识别技术在病案管理中的应用	(198)
第四节	光盘存储系统在病案管理中的应用	(201)
第五节	电子病案	(203)
参考文献		(209)
后记		(211)

第一单元 病案总论

第一章 病案概述

第一节 病案的基本概念

一、病案的定义

病案又称为病史、病历，我国传统医学古称“诊籍”，后称医案、脉案。英、美等国称“case history (病例历史)”或“medical record (医学记录)”。病历、病史都是指病人疾病的历史。诊籍、医案或医学记录，都表示医疗案卷或医疗记录。以上命名因只能反映病案内容的一部分，且属档案系列，所以 1953 年卫生部予以正式定名为“病案”。关于病案的定义至今尚有争议，多数认为病案的定义应包含三层意思：一是记录患者健康状况的；二是在诊疗过程中形成的；三是集中起来统一管理各种诊疗材料。具备了这三个条件才能称之为病案。根据这个观点，这里给病案下一个完整的定义为：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。

二、表示病案数量的概念

病案总体：所谓总体是指性质相同的研究对象中所有观察单位的集合。由于病案是不断增长的，随着年限的延长，病案的数量则不断增加，因此，病案总体是一个动态的概念，而不是恒定不变的概念。

病案单元：它是针对病案总体中任意的某一份病案，这任意的某一份病案即称病案单元。它是调用病案进行研究的最基本单位，如病案个案分析。

组病案：它指在按照某种研究要求抽取病案总体中的一部分，病案总体中的这一部分称之为组病案。这里的组病案概念不同于统计学里的样本概念，统计学样本讲求随机抽样，而组病案只是按某种要求对病案进行分组。如：按解剖学系统分呼吸系统组病案、消化系统组病案等；按疾病名称分阑尾炎组病案、胃癌组

病案等；按出院（或就诊）科室分科室组病案；以年份为单位的组病案等。组病案是对某一类病案进行管理的单位，也是病案调阅的常用单位。

三、表示病案资料性质的概念

一次病案资料（原始病案）：它是已形成的可以传递的资料，是病案资料最基本、最重要的层次。上面讲到的病案总体、组病案、病案单元都是一次病案资料。一次病案资料一经形成，就需要给予利用，重复利用得越多，其价值就越高。要达到对一次病案资料的利用，主要依赖于二次病案资料。

二次病案资料：它是对一次病案资料的诊疗结果的一种表达形式，也是病案利用的第一阶段。属于二次病案资料的像疾病分类卡、手术分类卡、姓名索引卡和各种登记本等。二次病案资料的目的在于提高一次病案资料的传递速度和使用效率，因此，它是病案管理的主体。

三次病案资料：它是综合、积累、归纳许多病案资料的产物，是在合理利用二次病案资料的基础上，选用一些一次病案资料加以分析综合编写而成的，如临床病例分析。

从一次病案资料到二、三次病案资料，是一个由分散到集中、由片面到全面的病案加工和研究的过程，其目的是促进对病案的利用，发挥病案的作用。

病案资料的概念：指一、二、三次病案资料的总称。在特定的情况下，它可能单独指一次病案资料或二次病案资料或三次病案资料，也可能指一、二次病案资料或二、三次病案资料或一、三次病案资料。多数情况下是指一、二次病案资料，因为一、二次病案资料才是病案管理的重点。

第二节 病案形成与发展史

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，比文字记载要早得多。据考古发掘，西班牙石洞上发现的刻有截指和环锯的痕迹，就是距今有25 000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，第一个用科学观点和方法来书写病案的，是2 000多年前古希腊的名医——被称为“医学之父”的希波克拉底（Hippocrates），约生于公元前460—377年。他书写的病案记录，与现代的病案有些相似。他对病人的病情记述详细，内容有体温、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，后来被医学界视为典范。他提倡遵守“誓言”，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）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），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。

中国是一个文明的古国，病案记载有着悠久的历史。我国第一个写出比较完整病案的是汉初著名的医学家淳于意（生于公元前 205 年，卒年不详），他给病人看病都要把病人的姓名、居里、病名、脉象以及治疗经过等记载起来，叫做“诊籍”。病案在汉代称为“诊籍”。公元前 167 年文帝曾诏问淳于意给人看病的情况，他即举出 25 例以对。这些病例都被《汉书·扁鹊仓公列传》保存下来，使我们得知他“诊籍”的大致情况。

宋代以前，医生看病大多只记载治疗的方药，不记按语（病情记录）。宋代王安石变法以后，在唐代“太医署”的基础上曾设立专门的医学教育机构“太医局”，在学生学习结束时，命题考试，考试科目计分六种，其中科目中假令（试验证候方治）一项，相当于现在的病案分析，对每一疾病的按语（病情记录）及实施的方药，都要求详细叙述。这对检查学生理论和实践的结合程度是颇为合理的。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。到了明代，随着问诊被重视，病案的记载也被重视起来。明代中叶，韩懋在其《韩氏医通》中首先制定了病案格式，“规定要写病人姓名、籍贯、年、月、日；次要记载一般营养状态、身高、颜色；再注意病人语言声音。然后按病分类，拟订诊断，规定治法和处方，并告知调配方法”。此外，吴昆在《脉语》里，也具体规定了七项，其内容大体与韩氏的规定相仿，吴昆提出书写病案的顺序格式为时间、姓名、性别、年龄、住址、体形、生活习惯、发病和治疗经过等。此外，这一时期还出现了专门收集名家医案的著作，如江权的《名医类案》、魏之秀的《续名医类案》、喻昌的《寓意草》、叶天士的《临床指南医案》等。这些医案，不但记录了各种各样的实际病例、诊断过程、治疗效果等，而且大部分都附有著者的评论和体会。清初喻昌写的病案著作《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”，借于考核自己的治疗成效，为下一步诊疗提供依据，病案书写的科学性比以前更加提高了。

现代病案的兴起不过七、八十年历史。1909年,由美国在湖南省郴县开设的惠爱医院,尚没有病案记录,仅有大型记录本,医生在询问病人时做一些登记,这就是当时的病案。北京协和医院于1914年开始有比较完整的病案。那时的病案也很简单,并没有像现在详细、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。1913年,美国开展了医院标准化活动,对我国的病案记录产生了一定的影响,1916年,北京协和医院的病案增加了医嘱记录。解放后,我国病案记录从内容到格式都有了改进,目前全国各地的病案格式正趋于一致,病案的内容也进一步得到充实,初步形成了病人社会状况、医疗、医技诊断和护理四大部分。此外,中医病案也发生了质的变化,中医病案在循中医理论体系为根本,取西医试验室检查为辅佐,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。

第三节 病案的种类

病案的分类方法很多,现介绍几个主要的病案种类:

一、按患者收治方式分

按收治方式可将病案分为门诊病案与住院病案,一般所指的病案种类主要指门诊病案与住院病案。其中住院病案是病案管理的主体。

(一) 门诊病案

门诊病案可以是独立的,也可以列入住院病案统一管理,如肿瘤患者的病案,它主要考虑肿瘤患者的确诊大多在门诊完成,而某些恶性肿瘤目前尚无满意的治疗方法。住院病案的利用离不开门诊病案,但此种情况受门诊病案管理条件的限制,如已实行对门诊病案进行管理,只需把门诊首页和主要检查内容的备份列入住院病案。

门诊病案面广、量大,相对较住院病案利用价值低,所占人力、财力大部分医院难以承担,复诊及调阅困难。因此,我国目前大部分医疗单位未对门诊病案进行管理。有人提出不需对门诊病案进行管理或采用部分管理的方法,宜用对当日门诊病案按一定的要求进行分类处理,或同时对病案进行筛选,选择有保管价值的门诊病案进行管理,这看来是一条符合我国国情的门诊病案管理方法。总之,对门诊病案的管理要结合自身单位的实际,选择一个切实可行的办法。

门诊病案的管理一定要对新病例划分清楚,以便门诊病案的编号和统计。新病例的划分标准为:急性病指患者急性病第一次来诊,急性病治愈后又患同一种疾病,再做一个新病例统计;同一患者患有两种以上不同疾病时,其新病例应分

别各统计一例；慢性病的新病例数以年度为界，患慢性病在本年度内第一次来就诊时统计为新病例，以后在同一年内不再重复统计。慢性病指结核、高血压、溃疡病等不能确定发病日期的疾病。

（二）住院病案

住院病案信息量大，资料完整。我们经常讲的病案主要指住院病案，病案管理主要指的也是住院病案。但存在有收治的偏倚性，使得临床某些研究受限。

二、其他分类

按收治范围可将病案分为综合医院病案与专科医院病案。专科医院病案相对较综合医院病案要有特色，因为，专科医院疾病谱相对狭窄，病案也就相对集中，有利于加深病案管理的精度与深度。

按特定任务可将病案分为教学医院病案、科研医院病案、厂矿医院病案、军队医院病案等。由于医院的特定任务不同，病案管理的要求和所要达到的目的也不相同。如厂矿医院病案带有对职工医疗保健性质，病员固定，一人一号不变制，具有系统性，同时对研究职业病有特殊价值。

国外还有将病案分为一般医院病案与流动医院病案（如汽车医院病案、飞机医院病案等）的。

第四节 住院病案的建立过程

病案是有关病人资料的汇总，是在病人身上所实施的所有诊疗过程的记录。住院病案一般从病人在门诊或急诊就医后持有医生所开的住院证，在医院住院处办理住院手续后开始建立的。

建立病案的第一步就是要收集基本的和准确的身份证资料（在以后的章节中将做详细的论述）。

如果病人准备住院，则必须要有暂定的或明确的住院诊断，即病人住院接受治疗的原因必须要记录在病案首页上，然后病案随病人一起被送到病房。

在病房，护士要记录有关护理治疗计划的资料。医师要记录病人以下方面的资料：①主诉；②现病史；③既往病史；④家族病史；⑤体格检查；⑥治疗计划；⑦申请试验室或X线检查。另外，在每天记录的基础上，医师要不断记载病人的病程、医疗所见、治疗、检查结果及病人的全身状态。

护士要记录下所有的观察所见、使用的药物、治疗及他们给予病人的其他服务。

病人出院时，医师在病程记录的下面要记载病人出院时的状况、诊断治疗以

及病人是否需要随诊。此外，医师还要写出出院摘要，在病案首页上要记录主要诊断以及其他诊断和手术操作，并在首页上签上姓名以示对记录资料负责。

病人在出院处办理好出院手续，结清住院费用，病人的所有资料被送到病案室。

病人的所有资料经病案室管理人员按一定要求进行整理，装订后形成病案。

第五节 病案的形成及特点

一、病案的形成过程

当今医学、医疗的概念已扩展到增进健康、保健、预防、康复和福利等方面。过去主要在医学研究人员之间、医学研究人员与临床医生之间以及医学、医疗工作人员交流病案信息，现在已开始探讨医学和患者之间的病案信息交流。尤其是病案形成过程中更应注重与患者进行交流，因为患者才是病案信息的发生源，某一病案单元就是表述和记录某一患者求医行为的经过，包括病因、诊断、治疗、预后等。了解病案的形成过程，将有助于克服病案形成过程中的不利因素，如病案的不完整性、准确性差和不能及时归档等。

（一）各类人员在病案形成中的作用

1. 临床医生：临床医生在病案形成中处于主导地位，病案中的大部分内容都是由临床医生书写的，整个病案的组织完全靠临床医生，如做什么检查全部由临床医生决定。病案信息内容的精练与庞杂、信息量的大小等都与临床医生有直接关系，一个好的医生可能很快地抓住诊疗重点，所形成的病案一目了然，处理病案信息也就容易得多。因此，病案形成关键是抓医生，同时，临床医生之间配合协调得好不好对病案的形成同样起着重要作用。

2. 医技人员：医技人员根据医生所开出的检查申请单的要求做出检查，把结果记录在报告单上，提出自己的意见，供医生参考，最后并入病案中，作为病案的一部分。由于这一过程与时间关系不密切，故无规律性。另外，这部分信息的传递多数依靠医工、病人或其家属，容易造成检查报告单遗失或破损，影响病案的形成。

3. 护理人员：护理人员在病案形成过程中既是参与者，又是保管者，一份病案在形成过程中保管是否妥当，直接影响病案原材料收集的完整性或形成次序的排列整齐性等。护理人员除此之外还要完成护理病历、护理记录和心理治疗情况等记载。护理人员参与病案的形成具有相对的独立性，有时并不要医生决定，这一特点应引起注意。

4. 病案管理人员：病案管理人员对病案形成所负有的责任已引起人们的重视，他既是病案形成以后的管理者，又是病案形成的参与者。病案管理人员参与病案的形成是在患者治疗结束以后，不像临床医生、医技人员、护理人员是在患者诊疗过程中进行的。病案管理人员在患者诊疗结束后，仍继续对患者进行健康状况跟踪，以此来弥补病案在诊疗过程中的不完整。随诊工作就是如此。但并不是所有的病案都需要进行跟踪观察，而是有目的、有选择地进行。

（二）医生与患者之间的病案信息交流

临床医生在从事病案形成活动中，与患者进行病案信息交流，主要有：①获取患者病史、家族史、病人身体与精神异常的信息；②从患者身上获取到的各种信息与存储（已知）的知识进行对比；③在此基础上，判断还需要获取哪些有关病人的资料，应做哪些处理；④进行必要的处理（治疗等）之后，患者发生了哪些变化；⑤经过上述措施将所得到的经验汇总到已积累的知识中储存起来（见图 1—1 和图 1—2）。

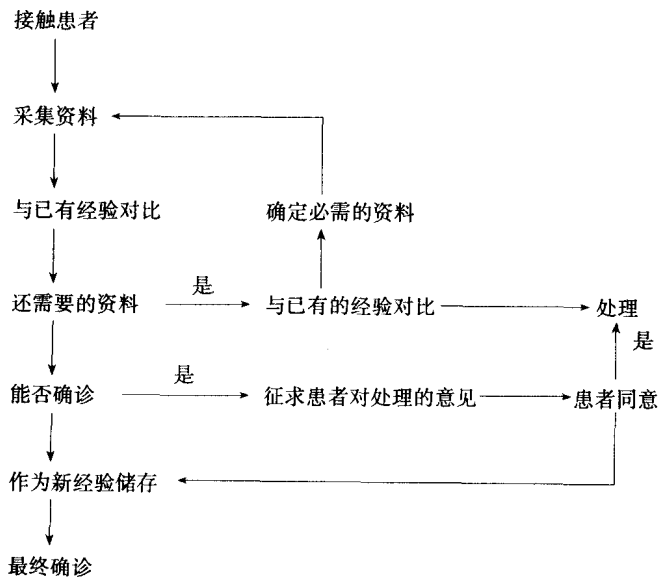


图 1—1 医生诊治程序

（三）病案形成的特点

1. 病案内容的复杂性：又称病案单元间的差异性。病案记录的内容是多种多样的，由于病案内容的多样化，使得病案之间产生差异，这种差异也就是我们常常所说的病案特征。

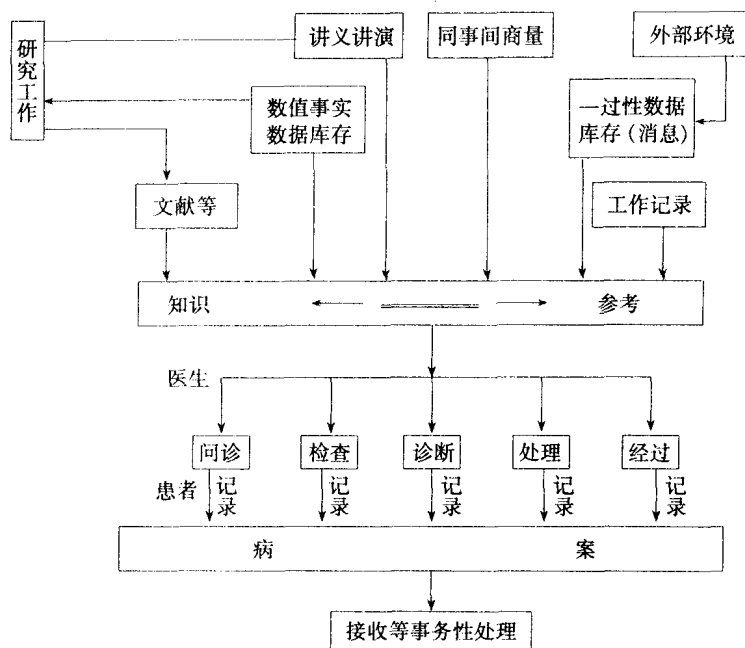


图 1—2 病案形成图

产生这种差异的原因是多方面的，一种是人为的差异，另一种是质的差异。人为的差异与参与病案形成人的医疗技术水平素质、服务态度等密切相关，例如同一患者同时由两名医师书写病案，结果所形成的病案不论从记录方式上，还是检查手段上都不相同。质的差异是患者疾病发生、发展和诊疗过程中所固有的，这些差异才真正是区分病案间差异的特征，也是病案管理揭示病案特征的根本。在实际工作中，有时很难区分究竟是人为的差异，还是质的差异。

2. 病案书写要求的一致性：目前全国各地在病案书写格式上正趋于一致。为什么要强调病案书写的一致性呢？主要是为了限制或约束人为书写病案时的差异，把这种差异降低到最低的限度，突出病案存在的质的差异，方便病案管理对病案信息进行处理，揭示更多的病案特征。还有一点是为了监督医务人员对患者所负的医疗责任，如将抢救过程是否及时、准确地记录下来，将关系到可能负的法律法律责任。

综上所述，病案内容的多样性、复杂化与病案书写要求的一致性是对立又统一的，我们既要求病案能反映患者疾病发生、发展和诊疗过程所发生的质的特征，保证这种特征的存在，在这个前提下体现病案内容的多样化，又要求病案书写格式受到一定的约束，减少人为造成的质的差异。