

医卫应用文

刘志勇 编著



云南科技出版社

医卫应用文

刘志勇 编著

云南科技出版社

责任编辑：夏映虹

封面设计：文 文

医卫应用文 刘志勇 编著

云南科技出版社出版发行（昆明市书林街100号）

四川省安岳县印刷厂印装

开本：787×1092 1/32 印张：6.19 字数：139千

1989 年 2 月 第1版 1989 年 2 月第1次印刷

印数：1—6000

ISBN 7-5416-0176-4/Z·27 定价2.40元

前 言

本书《医卫应用文》是为了适应卫生、医士、护士、药材等中专、技校、职业学校开设专业写作课和广大医卫工作者提高医卫应用文写作能力的需要而编写的。攀枝花市中心医院具有丰富临床经验的主治医生蔡惠君老师对全书作了审订。

本书体例新颖，内容翔实，例文典范，语言简明。全书共分5章23节，四十多种文体。基本上能满足医药卫生各专业写作的要求。

由于医卫写作是一门新的学科，正处在探索的过程中，加之作者水平有限，希望广大读者和专家赐教和批评指正。

编著者 刘志勇

1988年8月于攀枝花大学

目 录

第一章 医务记录	1
第一节 病历	1
一、门诊病历.....	2
二、住院病历.....	3
第二节 处方	7
第三节 病情记录	10
一、入院记录.....	10
二、再入院记录.....	11
三、病程记录.....	13
四、转科记录.....	14
五、接受记录.....	14
六、会诊记录.....	14
七、交接班记录.....	15
八、手术记录.....	16
九、出院记录.....	18
十、死亡记录.....	20
第四节 体检表单	22
一、检验报告单.....	22
二、x 线照像报告单.....	27
三、心电图报告单.....	28
第五节 护理记录	31
一、医嘱记录.....	31

二、护理记录	33
三、体温单	34
第二章 医卫情报	38
第一节 医卫消息	38
一、简讯	39
二、医卫动态	41
三、典型报道	43
四、综合报道	45
第二节 病例讨论	51
第三节 座谈纪要	63
第四节 医卫述评	74
第五节 医卫综述	82
第六节 医药广告	87
一、说明性医药广告	88
二、报道性医药广告	89
三、书信式医药广告	90
四、散文式医药广告	91
五、联语医药广告	93
第三章 医卫科技报告	95
第一节 病例报告	97
第二节 治疗经验	107
第三节 医卫科研简报	112
第四章 医卫科技论文	116
第一节 概述	116
第二节 观察性医卫科技论文	122
第三节 实验性医卫科技论文	133
第四节 调查性医卫科技论文	142

第五节 分析性医卫科技论文	150
第六节 说理性医卫科技论文	162
第五章 医卫科普应用文	167
第一节 医卫科普知识	167
一、解说性医卫科普知识	167
二、介绍性医卫科普知识	169
三、综合性医卫科普知识	171
第二节 医卫问答	183
第三节 医卫对话	188

第一章 医务记录

第一节 病 历

病历，亦称“病史”、“病案”。它是医务人员对病人患病经过和治疗情况所作的文字记录。

我国古代称病历为“诊籍”，后又称为“医案”。汉代司马迁《史记·扁鹊仓公传》称：“臣意所诊皆有诊籍，为后世医家之嚆矢。”宋代许叔微有《普济·本事方》，其后凡医家所能著述者，或据事直书，或列药为方，多有医案之作。汇集诸家医案为一册的著述，始于明代江民莹的《名医类案》。近代秦伯未著《清代名医案》，搜罗清代医案甚富。

现在的病历应用比古代更为广泛，它是记录病情变化的重要资料，是医生诊断和治疗疾病的依据，是医学科学研究的重要资料来源，也是患者了解病情，从中懂得医学知识，提高自我保健能力的参考资料。同时，病历还是一种法律依据。因此，写好病历是医务人员的一项基本功和应尽的职责，也是衡量医院医疗护理质量和技术水平的重要标志。

病历的内容包括病人的姓名、年龄、性别等一般登记事项，本次和以往患病及治疗的经过，病人和家庭成员的有关病史及其他有关疾病，体格检查、化验和其他有关检查的结果、诊断、护理和治疗，病情发展的经过和结果等的记录。但不同情况的病历，其范围、要求也是不同的。

病历按照使用的范围来分类，可分为门诊病历、住院病历两大类。

一、门诊病历

医疗、预防机构为不住院的病人医治疾病时所书写的病历。它除了一般登记事项外，还包括对病人的诊断治疗、健康检查预防接种，以及孕妇的产前检查等内容。由于门诊又可分为初诊和复诊，因此，病历书写的格式也有一定差异。

（一）初诊病历

初诊病历格式包括时间、体温、主诉、病史（既往史、个人史、家族史等）、体格检查（主要记录阳性体征及有排除诊断意义的阴性体征）、实验室检查及其他特殊检查结果、诊断（或印象）、处理、建议、医师签字等内容。

【例文一】（初诊病历）

×××人民医院门诊病历

姓名：李×

性别：男

年龄：29

就诊日期	诊 疗 记 录	医师签字
87、1、8	心慌累，气急，半卧位才好。 有关节炎史，过去在部队患过 “风心”。 PE：心尖区Ⅱ—Ⅲ°SM，吹 风样。心率70次/分，律齐， 肺（-）。 要求做EKG 报告：窦性心动过缓，律齐， 不全性不典型R-BBB R 血沉，抗“O”。	金××

【例文二】（初诊病历）

江×，女，17岁。1982年7月8日诊。

6月前，经来量多如崩，半月始尽，后2~3天又复发，服归脾益气等补益气血之剂后，反觉神倦力弱，腰酸肢软，纳差失眠。症见：面色无华，口干唇淡，舌质绛红，舌尖尤甚，脉细数而弱。

辨证：阴虚血热，失于固摄。

治则：养阴清热，固其冲任。

方药：熟地15克、生地15克、合欢皮10克、白芍12克、山药30克、麦冬15克、丹皮12克、枣皮12克、玄参12克。

（二）复珍病历

复诊病历格式包括复诊时间、体温、书写上次诊治的情况及上次建议检查的结果、体格检查（着重记录原来阳性体征的变化及新发现的阳性体征）、诊断、处理、建议、医师签字等内容。

【例文三】（复诊病历）

病 历 续 页

20/4 仍烧、微咳，全身关节痛。

查体：心尖二级缩鸣，律齐，舒期不明显。

R：青霉素40万m×4

氨基比林0.2
苯巴比通0.015 } × 8

（医生签名）×××

二、住院病历

又称全病历，是指病人入院后，病案中医生所书写的那

部分记录。住院病历的内容包括入院病历、入院记录、病程记录、会诊记录、术前讨论记录、手术记录、转科记录、接受记录、出院记录，或死亡记录等。本节主要介绍入院病历，其余部分在第三节介绍。

入院病历是病人入院时，由住院医师（或有处方权的进修医生）详细收集病史，系统地检查体格及必要的化验检查后，及时完成的入院病历记录（即入院志）。实习医生（或有处方权的进修医生），在24小时内（第二日查房前）完成。其内容具体包括如下：

1. 一般项目：姓名、性别、年龄、婚否、职业、民族、籍贯、工作单位及住址、入院日期、病历记录日期、病史陈述者、可靠程度。

2. 主诉：病人主要症状或体征及其持续时间。

3. 现病史：详细记录病人起病到入院时，病情发生、发展经过和诊治情况。包括起病情况、病情发展、伴随症状、一般情况等项目。要求把时间、地点、部位、性质、症状和体征反映出来。

4. 过去史：包括一般健康状况、传染病史、预防接种史、过敏史、各系统疾病史等。

5. 个人史：包括出生地、经历地及居住地、职业及接触史、月经史、婚姻及生育史等。

6. 家族史：包括父母、兄弟、姊妹的健康状况及死亡原因；遗传因素及生活接触因素等。

7. 体格检查：包括一般情况：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、发育、营养、体位、神志、表情、语言状况等；皮肤粘粘；淋巴结；头部、眼、耳、鼻；口腔：唇、齿、牙龈、舌、粘膜、扁桃腺、咽、喉等；颈部；胸部；胸

廓、乳房、肺、心；腹部：腹型、肠型、脐、肝、胆囊、脾、肾；肛门；生殖器：男性（包皮、睾丸、附睾、精索、阳囊）和女性（按妇产科检查内容）；脊柱及四肢；神经反射；颅神经、生理反射、病理反射；专科记录等。

8. 化验及其他检查：内血、大便、小便常规及x线、心电图、超声波、脑电阻图、B超等检查结果。

9. 中医辨证分析：主症、舌象、脉象、病机、辨证、治则等。

10. 初步诊断及签名等。

【例文四】（入院病历）

××市第一人民医院

病历续页

姓名：何××

住院号：1614

入院志

何××

干部

男

入院日期：87. 4. 8. 1pm

48岁

记录日期：87. 4. 8. 7

已婚

病史述者：病员本人

汉

可靠性：可靠

主诉：

反复咯粉红色痰半年。

现病史：

入院前半年，病人因劳累后咳嗽，咯粉红色痰，伴心累气紧，在××县医院诊断为风心病、心衰，给予强心、利尿治疗一月余，症状控制出院，出院后病人未竖

持服药，又继续工作，约一月后病情又发，再次住院，约20天出院，以后又咳嗽咯血痰，心累气紧，住××县医院，在该院口服地高辛、DCT等，症状控制后转我院进一步检查。

近半年来，病人无畏寒、发热，无关节痛史，双下肢不肿。

入院前27年（1960年）病人因体检诊断为风心病，即在27年中病人回顾有游走性关节痛，并常发作。

过去史：

否认高血压病史，无心前区痛史，否认肝炎、肺病史，未问出药物过敏史。

个人史：

四川南部县人，1956年参军到西藏，1964年到××工作至现在，无特殊嗜好。

家族史：未问出特殊病史。

体格检查：

T37°C P84次/分 BP100/70mmHg, R20次/分，扶入病房，慢性消瘦病容，查体合作；皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点，未扪及浅表淋巴结肿大；头颅、五官无畸形，听力可，乳突区无压痛，双侧眼球活动自如，瞳孔等大圆；对光反射敏，鼻通气好，副鼻窦区无压痛，口唇不发绀，扁桃体不肿大，咽不充血，颈不亢，气管居中，颈静脉怒张（±），甲状腺不肿大，胸廓无畸形，双侧呼吸动度一致，呼吸音清晰，心尖搏动于左锁骨中线外2cm，较弥散，可扪及震颤，心界扩大，心尖区可闻及SM/V·Dm，主A瓣区可闻及smⅡ，HR84次/分，其周围血管征中，腹平坦，未见肠型及蠕动

波，未见腹壁静脉曲张，软；肝脾肋下未及，无压痛、反跳痛，腹水征中，肠鸣音正常，脊柱四肢无畸形，双下肢不肿，NS中。

R: 1. 强心，

2. 对症，

3. 进一步检查排除其他并发症。

风湿性心脏病，二尖瓣双病变，律齐，心动Ⅲ

记录人：×××

第二节 处 方

(一) 处方的定义及源流

处方是医师临床时，为病人所开的药方或据以配制现成制剂的药方。

我国古代，对处方有称“方”、“药录”、“单方”、“药方”的。《庄子·逍遥游》载：“客闻之，请买其方百金。”这里的“方”即指药方。北周庾信《庾子山集·卧疾穷愁》诗：“稚川求药录，君平问卜林。”这里的“药录”泛指药方。《唐大诏令集》中的《颁广利方敕》载：“遂阅方书，求其简要，并以曾经试用，累验其功；及取单方，务于速效。”宋代李之仪《姑溪居士文集·跋荆公所书药方后》：“古之人多用单方，盖识病知药乃如是。后人浸昧兹理，遂杂用诸品。”这里的“单方”，指只用一、二味药专治某种疾病的药方，并说明了以后才逐渐采用“杂用诸品”的配方。后来所称的“处方”，即处治疾病的药方。

(二) 处方的内容

处方的内容有两方面：若是临诊开的药方，其内容包括病人姓名、性别、年龄、处方日期、药名、数量、剂型、用法、用量；若是据以配制现成制剂的药方，除了病人姓名、性别、年龄、处方日期以外，还包括制剂的名称、成药名、数量、制法等。

(三) 处方应注意的事项

1. 药品的使用：药品名称应以新版药典为准，不得使用化学符号；药品数量或剂量一律要阿拉伯数码书写，并注明单位（采用法定计量单位）；剂型应写明型式，如散剂、片剂、胶囊、注射剂、溶液剂、酏剂或软膏剂等；药物用法应写明具体方法，如口服、含服、皮下注射、肌肉注射、静脉注射、外用；用量应写明每日用药次数和每次数量，用量单位通用拉丁文缩写。普通内服药一般不得超过七天量；注射剂一般不超过一日量；片剂、酏剂、糖浆等，不超过三日量，连续使用不得超过七日量。制剂的制法，是根据处方，并按一定的操作规程将药物加制成一定剂型的药剂。例如将葡萄糖制成注射剂的葡萄糖注射液，将硼酸制成软膏剂的硼酸软膏，将地黄等药制成丸剂的六味地黄丸等。

2. 处方的书写：西药和成药处方，每一药名单药排列，可用中文、英文或拉丁文书写；中药名以中文书写，依剂方主次排列。旧时，中药要写明引药，即处方中选用某种药物以引导诸药达到病处，现一般不单独写明是药引，直接写入处方内；急症用药，应在处方右角上注明“急”，以便药房优先调配；外用药应注明“外用”字样；自费药品、外

购药品应注明“自费”、“外购”等字样；处方必须用蓝黑墨水书写，字迹必须清晰，内容不得涂改。

3. 处方权：医师或代行职务的医士、进修单位同意有处方权的进修医师或医士，有处方权；未同意有处方权的进修医师，其处方必须经上级医师（士）签字后方可生效。麻醉药必须有麻醉处方权的医师签字后方能生效。

【例文一】

×××市医院

处 方 笺

门诊号 021 科别 中医 1985年3月7日

姓名 王×× 性别 男 年龄 50

桃仁12g 红花9g 生地9g 当归12g

白芍12g 柴胡12g 炒川芎9g 三七10g

紫苏梗15g 丝瓜络1个

医师彭×× 药师 划价

【例文二】

×××卫生院

处 方 笺

门诊号 02 科别 口腔 1988年8月24日

姓名 刘×× 性别 男 年龄 35

①洗必泰 2包 化水含漱

②四环素 0.5gid×3

③扑炎痛 10Tid×3

医师徐×× 药师 划价

第三节 病情记录

病情记录是指病人住院后，医护人员在各时期、各种情况下的业务记录，如入院记录、再入院记录、病程记录、转科记录、接受记录、交接班记录、术前记录、术后记录、出院记录、死亡记录等。

一、入院记录

入院记录是指病人住进医院治病时，由住院医师（有处方权的进修医生）对病史、体格检查及化验检查后，及时完成的入院记录，其内容顺序与入院病历相同。入院记录对病史或与本病无关的阴性材料可以简化，其项目可不列标题而进行连贯方式书写。

【例 文】（入院记录）

××市第一人民医院 住 院 病 历 首 页

住院号：1614

门诊号：

内一科（转／科） 出院时科别： 内病房1病室39床
×线号：92491

姓名：何×× 年龄：48 性别：男 婚姻：已
职业：干 籍贯：××县

住址： 省 县 乡 组 家属姓名：赖××

工作单位及地址： ××县电视广播局 电话：