

第一章 总 论

第一节 病案管理专业发展史

“病案”名称缘于中国传统医学的病案史学,古称“**诊籍**”“**脉案**”“**病志**”“**病史**”等;现代统称“**病案**”;国外称“**医学记录 (medical record)**”、“**健康记录 (health record)**”、“**病例历史 (case history)**”等,其义亦同,都表示医疗案卷或医疗记录。1953 年国家卫生部正式定名为“**病案**”,为中国病案学科的发展和病案管理工作奠定了标准化的基础。

一、病案发展史

(一)中医病案

我国和古希腊、古埃及、古印度被称为世界四大文明古国。自从有了人类出现,原始部落时代人与人之间传递信息靠的是记号、图腾、原始发音等手段,以后发展演变成象形文字,如甲骨文和语言。有了人类就有了“**神巫**”等医疗活动,始有医药。中国的中医和针灸是从“**神巫**”发展演变而来,传说新石器时代伏羲制九针,用骨针为人民治疗疾病,著成了《**黄帝针灸**》。黄帝岐伯论经脉后著成《**素女脉诀**》。神农尝百草,教人民如何去识别香花与毒草,辨别能喝的水,认识能吃的果实、粮食、蔬菜、药材等,并著出《**神农本草经**》,伏羲、黄帝、神农所创医学后称为**三世医学**。约在原始社会末期和奴隶社会早期初步形成了医药、砭石、微针、灸灼、导引、按摩等治疗方法,始有医学雏形。据传说神农尝百草中毒而死。他虽然死了,但给人类创造出生存的能力。从历史发展角度可以看出,先有实践后有理论;先有记号、图腾原始发音,而后有文字语言;先有医药而后有病案。原始部落发展到后来的夏、商、周、春秋战国、秦、汉等朝代,中国医药和病案不断发展进步,中医的医案、脉案、偏方都已记录在案。

据甲骨文卜辞和史籍的记载,商朝殷人已经认识了许多疾病,他们已用身体的部位、器官命名疾病,如疾首、疾目、疾耳、疾鼻、疾身、疾胸、疾手、疾肘、疾足等,创造了龋、蛊、疟等病名,并能将中草药煎汤服用。到了西周时,就已发展成为专职医师,分为疾医(内科)、疡医(外科)、食医(营养)和兽医四科。

从春秋到秦汉是中医学的奠基阶段,并与最早提出的“阴、阳、风、雨、晦、明”六气致病学说相结合。著名的医学家扁鹊就生在春秋战国时代,他能用“望、闻、问、切”四诊方法诊断疾病,用针、砭、药熨、口服汤药等方法治疗疾病,在医德方面他提出“随俗为治”的原则,强调“信巫不信医”为“六不治”之一,旗帜鲜明地与神巫迷信作斗争,史称我国“巫医分业”的第一人。《**黄帝内经**》始著于那个时代。传说秦始皇焚书坑儒,并没有烧掉对人民有益的历法、兵法、农桑、医药等书籍。公元前 199 年,西汉时的淳于意首创“**诊籍**”,为我国病案之始,东汉末期的《**伤寒论**》、《**金匱要略**》的著者张仲景等医药学家,

都记录了很多病案、医案，有记载长沙马王堆墓出土中医病案 70 例。

以后的历朝历代医、药学家大都是以宫廷御医和民间郎中两种形式行医，发明了造纸术后，很多案例都能记载、流传下来，不断发展和完善医药病案。三国，归晋后的十六国，南北朝，隋、唐，五代十国，以后的宋、辽、夏、金、元都是长期的连年战争，虽有很多偏方、秘方、医案、专著和名著，大多数在历朝历代的连年战火、灾荒中被毁失传。到明、清和民国时期，中医药病案有了进一步发展，记载较为完善，名医名家也较多。

1949 年以后，由于我们党“中西结合”共同发展的政策好，中医院校、中医医院、中医研究院、中西医结合医院，如雨后春笋般建立起来，也使病案得到大发展。改革开放后，中医病案的规范化，中医疾病分类，中医病案计算机管理的开展，促进了中医病案向西医病案管理的标准化、现代化发展。

（二）西医病案

古埃及、古希腊等国家医学和病案发展历史也很悠久。据记载，在西班牙洞穴中发现有旧石器时代的“截指术”的壁画。大约在公元前 1600 年，古埃及、伊汶·司密斯利用纸草记述了 48 例外科手术病案，其格式类似现代病案。大约在公元前 460 年前，古希腊杰出的临床医学家希波克拉底，撰写了大量医学著作和病案记录，他的病案记录与现在的病案很多方面相一致，西方医学界称他为“医学之父”，他为医学和病案的发展奠定了基础。中国造纸术的传入西方后，生物学、解剖学、细菌学和药理学的发展，特别是现代科技引进到病案管理专业以后，也大大地促进了医学病案的发展。

（三）我国西医病案

我国封建社会的封闭、自守，致使医学发展缓慢。明、清及民国时期，随着帝国主义的武装侵略和宗教、文化的渗透，西医学也传入中国。他们在中国建立了很多教会医院。到建国前，这些类医院有 340 所。建国后，中国在改建旧医院的基础上，又建立大批新医院。现已形成了完整的三级医院网络体系。我国病案随着西医医院建立而不断完善和逐步发展。北京协和医院于 1914 年最早有了完整病案，1919、1920 年，北京同仁医院、妇婴医院、道济医院和湘雅医院也都有病案。北京协和医院病案室王贤星主任等我国病案界老前辈为我国病案事业的开拓、建立和发展奠定了良好的基础。

80 年代后期，我国开展了等级医院评审工作，壮大了病案管理中、高级医疗人才队伍，提高了病案工作的地位、档次和管理水平。推动病案管理事业发展到以纸张为主，缩微和电子病案的新时代。

二、病案管理学科发展史

（一）我国病案管理学科发展简史

我国最早的教会医院大部分都是在 19 世纪末期和 20 世纪初期由印度、英国、美国等国家的教会组织建立起来的。有了西医院后逐渐有了病案的记录，有了病案记录后才有了病案管理。我国最早于 1914 年就有了完整的病案，1921 年北京协和医院建立病案室，王贤星前辈担任主任，建立了姓名索引、实行多号制病案编号。应该说从 1914 年就已开始了病案管理工作。最早的学术论文是梁伟澜先生于 1954 年在《中华医学杂志》上发表的《建立病案学科》，同期也发表了王贤星主任《建立学科的重要性》的文章。他们明确提出了病案作为

一种新兴学科。1964年1月在北京召开医务工作者会议时，王贤星主任等就病案管理工作的管理组织、工作范围、人员培养、疾病分类、编号工作、病案保存年限和病案室建设等事项进行全面的书面报告，受到会议的重视。限于当时历史背景、条件、人才等多方面因素，80年以前一直没能成立病案管理学科，只是地区性交流。1981年后，才组织起全国性的学术活动。

第一届全国病案管理学术会议由卫生部和中华医学会医院管理学会主办，于1981年9月在南京召开。27个省市的109名代表（其中列席代表15人）参加会议，共收到论文266篇。此后，北京、天津、上海、江苏、湖北、黑龙江、山西等省市成立地区学术组织，开展学术交流和举办短训班。

第二届全国病案管理学术会议，于1988年12月在河北省石家庄市召开。来自全国28个省市、自治区和解放军代表共计154人（其中列席代表66人），会议收到论文共167篇，并由医院管理杂志编印专刊，会议成立了中华医学会医院管理学会病案管理学组。

第三届全国病案管理学术会议，于1993年1月在北京召开。来自全国28个省市、自治区和解放军代表共计254人，会议收到论文共399篇。会议中心主题是“加强病案管理，发挥病案资料信息优势，为医院医、教、研改革提供优质服务”。会议进行换届改选。

第四届全国病案管理学术会议，于1994年8月在哈尔滨召开。来自全国28个省市、自治区和解放军代表共计170人，会议收到论文共298篇。会议主题是“国际病案分类和手术分类专题”。

第五届全国病案管理学术会议，于1995年10月在广西桂林召开。来自全国27个省市、自治区和解放军代表共计340人，会议邀请了国际教育委员会主任、澳大利亚悉尼大学卫生信息管理学校校长沃森教授，香港医院管理局负责病案管理的冯起女士和香港龙德夫人那打素医院病案室主任黄少霞女士参加，并做专题报告。大会共收论文672篇。

第六届全国病案管理学术会议，于1996年9月在成都召开。来自全国28个省市、自治区和解放军代表共计300余人，会议收论文共584篇。这次会议主题是“病案管理、病案质量的规范化及标准化”。

第七届全国病案管理学术会议，于1997年9月在江西省庐山召开。来自全国28个省市、自治区和解放军代表共计200多人，会议收到论文300余篇。会议主题是“病案管理教育问题”。

第八届全国病案管理学术会，于1998年8月在湖南省张家界市召开。来自全国27个省市、自治区和解放军代表共计214人，会议收论文共600多篇。会议主题是“面向21世纪病案信息资源的开发与利用”。

（二）国际病案管理学科发展简史

国外先进国家病案管理事业发展较早、较快，早在19世纪末，他们已都成立国内的病案学术组织。1913年美国医师弗兰克林·马丁丁（Franklin H Martin）领导的美国外科学院首先提出医院标准化，将病案的标准化列为医院的标准之一，把病案记录做为标准化的依据，来评估医院工作，大大的促进了病案质量的提高。1928年，美国成立了全国性病案协会；1942年，加拿大成立病案管理员协会；1948年，英国成立病案学会；1952年，澳大利亚成立病案管理联合会。1952年在英国伦敦召开第一次国际病案工作者代表大会，以后每四年

一次，1968年召开第五次代表大会，正式成立国际病案协会，仍确定每四年召开一次代表大会。见表 1-1。

表 1-1 国际病案工作者代表大会一览

	时 间	地 点	参加国家和地区	代表人数
1	1952	英国伦敦	9	304
2	1956	美国华盛顿	12	723
3	1960	英国爱丁堡	16	346
4	1963	美国芝加哥	18	1000
5	1968	瑞典斯德哥尔摩	19	700
6	1972	澳大利亚悉尼	24	不详
7	1976	加拿大多伦多	23	2000
8	1980	荷兰	不详	不详
9	1984	新西兰奥克兰	17	340
10	1988	美国德克萨斯达拉斯	不详	2700
11	1992	加拿大温哥华	27	503
12	1996	德国慕尼黑	30	300

国际病案协会为全世界各国病案管理事业做出不可泯灭的贡献，现在国际上已将病案管理专业更名卫生信息管理学科。

三、国际疾病分类发展史

(一)我国国际疾病分类

在我国早在 1964 年，王贤星主任等就提出了疾病分类问题。1981 年 1 月经卫生部批准，在北京协和医院建立了世界卫生组织疾病分类合作中心，并编译两卷中英文对照本 ICD-9，1987 年在全国推广使用，1993 年国家技术监督局确定国际疾病分类为我国疾病分类编码的国家标准。此项工作促进了我国的 ICD-9 推广使用、普及与提高，为在 2001 年推广使用 ICD-10 打下了良好基础。

目前世界卫生组织在全世界建有十个疾病分类合作中心，见表 1-2。

(二)国际疾病分类

国际疾病、损伤和死亡原因分类统计从最初简单规模到目前为止，有 100 年的历史，1900 年制定了国际疾病死亡原因分类法，提供给各国参考比较，以后于 1910 年、1920 年、1929 年及 1938 年曾 4 次修订。1948 年第六次修订，标志着国际卫生统计的新阶段的开始。第六版起制定了死亡根本原因和疾病分类及损伤原因的国际疾病分类学，通过了关于生命统计和卫生统计的全面国际合作计划。1975 年第九次修订后的“国际疾病分类”更细了，围产期死亡和妊娠死亡也另有了分类。

现在世界卫生组织规定，鉴于 ICD-9 已使用多年，于 1993 年 ICD-10 正式生效，修改后 ICD-10 的名称为《国际疾病分类和有关问题的统计分类》，供世界各国 2000 年以后使用。

表 1-2 世界卫生组织建立的疾病分类合作中心

国家	中心所在地	语种
英国	伦敦	英语
委内瑞拉	加拉加斯	西班牙语
美国	马里兰	英语
法国	巴黎	法语
巴西	圣保罗	葡萄牙语
俄罗斯	莫斯科	俄语
中国	北京	汉语
瑞典	乌普萨拉	瑞典
澳大利亚	坎培拉	英语
科威特	科威特	阿拉伯语

四、病案管理专业教育发展史

(一)病案管理专业教育特点

病案管理是一门新兴的、综合性的边缘学科。它涉及面很广，主要有基础医学，临床医学，预防医学，医学生物工程学，社会伦理学，医院管理学，病案管理学，疾病分类学，统计学，计算机应用等专业。它包括病案的组织管理，专业技术管理，病案质量管理，疾病分类和手术操作分类，医院统计信息等。

病案管理专业教育要贯彻医学基础理论与专业基础理论结合、系统专业理论与技术操作实践结合、普通培养教育与重点培养教育结合、工作择期培训与长远规划培训结合、学科梯队培养与阶段智能教育结合的原则。

(二)病案管理专业教育形式

1. 系统教育 在大、中专医学院校应开设“病案管理专业”的专科、本科教育，培养不同层次的病案管理人才。

2. 在职教育 在职教育对象包括未通过正规医学教育和病案专业系统理论学习的在职病案管理人员，其教育形式有：岗位培训、脱产或半脱产培训、短期学习班培训、师傅带徒弟的“传、帮、带”方式培训。

3. 继续教育 对经过系统教育的病案管理人员，还要结合专业进行轮转培训培养，不断更新知识，使其最终熟练掌握本专业的各项技术技能，成为实用型的中级或高级病案管理人才。

(三)我国病案管理专业教育

我国病案管理专业起步较晚，发展较慢。1964年王贤星等老前辈，就已向“全国医务工作大会”提出了“培育人才”的问题，在实际中他们也非常重视培养人才。此后在三年护士的毕业生中，在病案室授课，2年共培养12名学员，但过去的都是师傅带徒弟的“传、帮、带”方式，1980年初他们反复向卫生部医政司建议成立专门学校，经过他们的不懈努

力，1981年10月5日至12月5日卫生部在北京协和医院举办全国第一期学习班，共计55人，学期2个月。1985年9月在北京市崇文区卫生学校开办了我国第一个病案管理中专班，学制2年半，大部分招收的是初中、高中文化程度的在职人员。以后从初、高中毕业生中招收正规中专班，学制3年。河南、上海、山西、河北、湖南、湖北、广东等也开办了病案管理中专班，中华医学会北京分会病案管理学组成立后共举办了全国性学习班21期，培训约2000人。1993年7月在西安医科大学举办第一期全国国际病案管理学习班，1998年8月在湖南张家界举办了第二期全国国际病案管理学习班，三位国际病案协会主席再次为学习班授课。两次学习班共培训400多人。全国举办的各种类型学习班为病案界培养大批人才，现正努力争取创办大专班和本科班。

(四)国际病案管理专业教育

80年代中期美国病案管理院校137所，高级学校54所，学制为四年，毕业后获学士学位，工作一年，经全国病案协会测验合格后发给证书，成为“注册的病案管理员(RRA)”。低一级的学校83所，招收高中毕业生，学制2年，毕业后工作一年，经病案协会考试合格发给证书为“认可的病案技术员(TRT)”。还有函授学习，学完25门课后予以承认学历。澳大利亚1972年开始建立病案管理专业教育，到80年代有4所病案管理学校，学制3年，招收高中毕业生，毕业后获学士学位，现悉尼大学、坎培拉卫生科学学院信息病案管理学校，自1990年开始招收硕士研究生。朝国每年从大学毕业生中招收6名学生培养2年，学习病案管理专业，毕业后为高级人才。现在美国、日本、澳大利亚、德国、荷兰、英国、韩国等一些国家都十分重视病案管理专业，并改名“卫生信息管理专业”，近年病案管理专业得到空前的发展。

五、病案管理专业技术职称简史

为更好地调动病案专业技术人员的积极性和创造性，鼓励其努力钻研业务，提高病案科学管理水平，促进病案管理事业的发展和加强医院建设，1982年4月~8月，北京、天津、上海、江苏、黑龙江五个省市的代表，为病案人员职称评定条件、标准和要求草拟方案，上报卫生部医政司。1983年5月17日卫生部印发了卫(83)159号文件，明确规定病案管理专业技术干部职称，分为技士、技师、主管技师、副主任技师和主任技师5级。在确定或晋升职称时，考核标准一般应以学识水平、业务能力和工作成就为主要依据，适当考虑学历、外语能力和专业的资历。鉴于全国各地医院对病案管理人员技术职称评审标准不统一，1996年9月在成都召开的第六次全国病案管理学术会议，再次发表北京病案管理学组的文章《病案管理专业各级技师培养考核标准的建议》，向全国各医院的人事部门和病案界再次明确提出病案管理的各级专业技术人员考核、晋升标准的建议，促进了病案界专业人员的人才梯队建设和发展。

病案是临床医学实践的记录，中国的病案形成已几千年历史，我国近代病案发展是随着西医学的传入和医院的建立及医学科学的不断进步而发展起来的。目前，我国病案管理是以纸张病案为主，正在采用缩微病案、计算机等新技术进行病案管理，病案管理正朝向标准化、规范化、现代化方向迈进。

第二节 病案管理学的定义、研究对象及任务

一、病案管理学的定义

在给病案管理学下定义之前，首先给病案下定义，并研究概念。

(一)病案的概念

概念是思维形式最基本的组成单位，是构成判断、推理的要素。

概念的定义可以简单描述为：它是反映事物特性或本质的一种思维形式。在逻辑学中给概念下定义最一般的方法是“属”加“种差”的方法，用公式表示为：

被定义概念 = 种差 + 属概念

公式中“被定义概念”是需要解释的概念；“属概念”是指能包含被定义概念的邻近上位概念；“种差”是指被定义概念与同一属概念下与之并列的其他概念所含属性的差别。例如人的定义是：人是能够制造和利用生产工具并能抽象思维的动物。动物是属概念，能够制造和利用生产工具并能抽象思维是种差。

给概念下定义应当遵守的逻辑规则：

1. 定义的概念与被定义概念的外延必须重合。任何一个真实反映现实的概念都有内涵和外延两个方面，如果违反这条规则，下定义概念的外延就会比被定义概念的外延多或少。如“形式逻辑是关于推理和证明的科学。”这个定义就违反了这条规则，属“定义过窄”。

2. 下定义的概念不应该直接或间接包括被定义概念。这就是说，定义概念必须能够直接说明被定义概念，而不能依赖被定义概念。如“太阳就是白昼发光的星球”。“白昼发光的星球”这个定义的概念间接地暗含“太阳”这个被定义概念。违反这条规则的错误称为“循环定义”的错误。

3. 定义不应包括含混的概念和词语，不能用隐喻。定义要求能明确揭示概念的内涵。如杜林曾给“生命”下定义是“通过塑造出来的模式化而进行的新陈代谢”。其所讲的意思不清，含混模糊，这是一个错误的定义，违反了下定义的规则。

4. 定义不应是否定形式。我们之所以要给概念下定义，就是为了明确揭示概念的内涵，因此，必须正面揭示它是什么，它具有什么性质。如“有机物不是无机物”，“直线不是曲线”等就只是否定了它是什么，否定了它具有什么性质，而没有揭示“有机物”、“直线”的固有特性的本质，因此，它不符合定义的要求。

以上四条规则是给概念下定义时必须遵守的，但靠这些规则作出一个正确的定义是不够的，还必须掌握有关知识，具有丰富的实践经验，对事物进行认真的、周密的调查研究，作出正确的定义。

为病案下定义最关键的是找出病案的属概念，其次是找出在这一属概念之下，与病案有关的信息资料。病案的属概念是什么？在病案界认识不统一，归纳起来有两种：一种认为是“医疗文件材料”另一种认为是“医疗记录”。

用“医疗文件材料”作为病案属概念的定义方法较多。病案习惯上又称病历。1953年卫生部将对病人诊断治疗记录的文件定名为病案，这一概念沿用至今。随着医学科学技术的

发展，许多新情况和新问题需要我们重新研究确定，以适应病案事业发展。病案定义可概括为“病案是指医护技术人员在对患者进行检查、诊断、治疗、护理等医疗活动中形成的不同载体的医疗文件材料。”

用“医疗记录”作为病案属概念的定义，其定义为“病案是指在医疗活动中形成的应归档保存的不同载体形式的医疗记录。”美国病案管理学家赫夫曼（Huffman）曾为病案下定义：“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”。

此外，还有一些论文把病案定义为：“病案就是病人诊疗记录的案卷”、“病案是医务人员对病人诊断治疗过程所记录的文件”、“病案是专业人员关于给病人医疗所记录的资料的重要文件”等等。不同的定义阐明了一个共同的道理，就是病案是在医疗活动中形成的并且通过规范整理的一种看得见摸得着的实体，是一种珍贵的信息资源。由此，我们为病案下这样一个定义：

病案是医护技术人员在医疗活动中形成的应归档保存的医疗信息载体。

这个定义可以理解为：

（1）病案首先是一种医疗信息载体。它包括文字、图片、声像和实物型，可以说内容丰富，形式多样。

（2）病案形成于医护技术人员。这就对产生信息源的医护技术人员提出了更高的要求。

（3）病案应归档保存。突出了病案的重要性，对病案管理有明确的要求，是我们建立病案科室的重要理论依据。

（4）病案是在医疗活动中形成的，是病案区别于其他信息载体最主要的特征。

这个定义符合病案定义的各项规则，用它指导实际工作并为医疗服务将发挥重要的作用。

（二）病案管理学的定义

病案管理学是我国一门新兴的边缘学科，目前，从已出版的一些书籍和已发表的一些文章看，对病案管理学的概念还没有一个科学的描述。我们在给病案管理学下定义之前，先搞清什么是病案管理。

病案管理是医院科学管理的重要组成部分，是医院工作的基础。病案管理就是依据国家有关法律法规，利用现代化的管理手段，对病案的形成、收集、整理、鉴定、保存、利用、质量检查、统计等实施的一系列方法、手段。

病案管理学是研究病案的形成及其病案信息系统运行规律，阐述病案管理基本原理和普遍适用的技术、技能、方法的一门学科。随着病案管理理论的深入发展和病案管理现代化程度的提高，病案管理学的内容也日趋丰富。

病案管理学的研究主要从病案的形成开始，其中包括病案的组织、收集与整理、价值鉴定、质量管理、疾病分类与编码、保护、现代化管理、开发利用、科学研究、统计、职业教育等，最终到病案发挥其重要作用的评估以及病案价值增减的研究，其相对完整与独立组成了病案管理学的体系，同时也逐步形成了这门新兴学科。在研究病案管理学时还必须明确一个概念，就是病案信息资源，即病案的集合。

二、病案管理学研究对象及任务

病案管理学，是以病案信息资源及其组织管理和开发利用工作为研究对象的边缘学科。简言之，病案管理学研究对象是病案和管理病案的人。

研究病案管理学的目的，是为了探索病案信息系统运行规律，寻求病案管理工作最佳模式，最大限度地开发利用病案信息资源，为病案管理事业的长足发展提供有关理论、原则和方法，为医疗、教学、科研提供优质服务，为广大人民群众服务。

（一）病案信息资源是病案管理工作的物质对象和病案管理学的研究对象

病案信息资源是病案管理工作的基础，是重要的医疗信息。没有病案信息资源就没有病案管理工作和病案管理学。病案记录了人们在维护生命安全、与疾病不断斗争过程中形成的理论、方法和技能，是广大医护技人员实践经验和智慧的结晶。因此，对病案信息资源实现科学管理并发挥其作用，就必须对病案即病案信息资源进行研究。

病案管理学研究病案信息资源形成过程及其规律。病案信息资源是一切医务活动形成的记录，也是患者病情发生、发展以及接受治疗和转归的过程。研究其形成特点及规律，保证病案信息资源的完整、准确，是实现病案科学管理的依据和基础。

病案管理学研究病案信息资源的本质。病案信息资源具有自身的特点，又与其它信息资源有共同的地方。病案的科学性、真实性直接影响到每个人的健康，其信息量的大小可影响到医疗质量，有些记录还会引起不必要的麻烦（打官司）。因此，如何用科学的定义来表述和揭示病案信息资源的本质属性，就成为病案管理学研究的重要内容。

病案管理学研究疾病分类与编码及其特点。病案管理学的一项重要内容，就是要对不同的疾病进行研究并分类编码，做好这项工作对病案信息资源的开发利用工作至关重要。

病案管理学研究病案信息资源的价值。对病案价值的研究是病案管理学得以发展的重要内容，研究病案信息资源价值并发挥价值作用的同时也体现了管理者的价值。因此，研究病案信息资源的价值体系，更有利于发挥病案信息资源的作用。

（二）病案信息资源的组织管理和开发是病案管理学研究的重要对象

病案管理学研究病案管理的基本原则和性质。我国病案管理工作是医院管理工作的重要组成部分，是一项专业工作，在国家法律、法规和规章制度范围内开展工作。其性质随所在医院的性质而定。不论是何种性质的病案管理机构，其共同目标是一致的。特别是在卫生改革不断深入的今天，研究病案管理工作的性质、地位和作用，也是病案管理学的一项重要内容。

病案管理学研究我国病案事业的组织和管理。病案管理学研究我国病案事业构成和组织，阐明宏观和微观管理的基本内容、工作原理和方法。研究我国病案事业发展的历史，从中总结成功的经验和失败的教训，提出我国病案事业发展长远目标及管理模式。

病案信息资源的开发利用是病案管理学研究的核心内容。病案管理的目的是利用并发挥其作用。如何有效开发病案信息资源是我国病案管理的首要任务。因此，研究病案信息资源开发利用工作的任务、要求和具体原则、方法，以及运用现代化手段，是病案管理学的核心内容。

（三）病案管理职业教育是病案管理学研究的基本内容

病案管理学研究病案管理事业需要的专业人才。在我国病案管理职业教育起步晚，起点低，急需培养一大批专业人才。如何培养人才，包括学科设置、教学安排，培训教材的编写等其原则、方法、层次都需要进一步研究并为行政机关提供理论依据。因此，研究病案管理事业需要什么样的专业人才，是病案管理学近期研究的一项重要内容。

病案管理学研究病案管理职业教育在病案事业发展中的地位。病案管理职业教育是病案事业发展的战略重点，是全面开创我国病案事业建设新局面的关键。通过专业培训，培养大量的病案管理人员，是促进和推动病案事业发展的根本保证。因此，对病案管理职业教育在病案事业发展中的地位的研究，有利于合理定位。

（四）病案的保护技术是病案管理学研究的重要内容

病案的形成具有它的特殊性，其载体形式多，规格大小不统一，加之病案来源于医院科室，某些病案还来源于传染科室，所以，病案受污染程度不一样，病案的消毒成为首先要解决的问题。如何在不损害载体质量的情况下消毒？如何更好有效地保存病案？等等，是病案管理学必须作出回答的问题。只有病案得以安全可靠地保存，才能发挥其价值作用，才能保证每个患者的健康安全不受侵害。病案的安全保存是医务工作者攻克疑难病症的重要技术资源，是医学科学研究的重要条件之一。

在我国，病案管理学的任务是：以辩证唯物主义和历史唯物主义为指导，以科学技术知识为基础，运用管理科学、医学科学、卫生统计等理论和方法，借鉴、参考国内外有关学科有益经验，研究总结病案管理工作实践经验，阐明病案形成和发展规律，建立起具有中国特色的病案管理学科体系，为医院各项工作服务，为人民健康服务。

三、病案形成的特点和规律

病案形成规律是病案管理工作的理论基础，是病案管理学研究的核心内容之一。病案是医疗活动形成的信息载体，受人们思想意识和医学科学技术发展水平的影响，要掌握这种规律，并适应这种规律，使形成的病案信息资源更加完整、准确、科学，更加符合医疗、教学、科研的需要，这是我们研究病案形成规律的根本目的。

（一）病案形成有针对性

病案不同于小说、散文等随作家创造、构思而成，它是针对某个人，某种疾病而形成的记录。病案的形成与其他信息材料（资源）的形成有所区别。第一，不是自然形成的；第二，针对性强，有目的；第三，形成的材料可借鉴性强，科研价值高。因此，病案形成有针对性是它的基本特性。

（二）病案具有记录性和原始成果性

病案的记录性是病案信息资源的生命线。没有完整的记录，信息资源就残缺不全，其价值很难体现出来。如缺少任何一部分记录，其记录性将呈不完全状态，从而削弱了病案的准确性和科学性。病案的成果性是体现医护技人员在医疗活动中的智慧结晶。特别是开创第一例或罕见病例的救治成功，其本身就是运用科学技术创造性的劳动成果，病案在申报成果奖时就成为特别重要的原始材料。所以说病案具有原始成果性。病案具有双重性质（记录性和原始成果性）是病案信息资源最基本属性。

（三）病案载体多样性

随着医学科学技术的发展，新技术在临床上广泛应用，使其形成记录的载体呈现多种形式，有纸张、胶片、磁卡、磁盘、录音和录像带等，规格尺寸不统一，差别甚大。按照病案管理的有关规定，一次诊断治疗的有关材料应集中保存，载体形式的多样化给保存和利用都带来许多不便。因此，病案信息载体多样性是病案形成的一种特殊属性。

（四）病案的形成是超前性和滞后性的统一

病案的形成，可分为三个阶段（三个过程）或三种情况。一是医师医嘱，先记录后执行，然后再记录结果。二是正在检查中的自动记录，如心电图、录像等，多数是检查结果与记录同步完成。三是操作在前，记录在后，如抢救危重病人，往往是抢救工作结束后再完成记录。在平时工作中，医护技人员容易忽视这些，特别是在处理一些医疗纠纷中，患者一方不太理解医生在处理治疗记录的有关问题。从多起医疗纠纷来看，患者一方总对病案有怀疑或认为医师修改了病案。我们从辩证唯物主义的观点来看这个问题，以科学的态度，实事求是的态度来分析这个问题，认为：医生在抢救或治疗患者时，完全不可能一边抢救一边记录，只有待整个医疗活动结束后，尽快补记救治情况。再者，医生在记录后及时发现了问题，是可以补记的，但必须注明。所以，病案的形成是超前性和滞后性的统一。

（五）病案的形成时间长短不一但有结果性

不同的疾病有不同的治疗方法，时间长短不一，短的只有几天，长的可达几十年，无论时间多久，总会有个治疗结果。当医学技术还没有发展到可以完全治好一个病人的时候，病案的形成和作用是在存在的。病情、医疗技术、医疗时间三者有着密切的关系。因此，在实施病案信息化管理工作中，要掌握这一规律和特性，以便统筹安排好病案的收集、整理和开发利用工作。

总之，病案的形成规律和特性随着医学科学技术的发展和病案管理学科的不断成熟以及人们认识程度的提高，一定会有新的观点和新的结论。本论述只是初浅的认识，但愿能引起病案管理工作者和关心支持病案管理事业有识之士的关注，为发展这门学科共同努力。

第三节 患者的权利与病案内容分类

病案的形成是由医师、护士、医技人员详细询问病史，仔细体检病人，综合分析诊断，正确合理治疗，认真精心护理后，用文字、图表和影像手段全面、系统、客观的书写记录下来的全部病案资料，然后由病案管理者整理、装订，形成一份完整的病案。因此，病案的形成过程主要是书写记录的过程。当然，也是病案管理过程。

一、患者的权利

我们在研究病案内容之前先介绍患者享有以下 7 种基本权利，即患者的价值，以便更好地理解病案管理的意义。

1. 医疗保健权 公民患疾病或受到其它损伤时，享有从医疗保健机构获得医疗保健服务的权利。
2. 生命健康权 包括生命权和健康权，公民的生命非经司法程序，任何人不得随意剥夺；公民有权维护自己的正常机能。

3. 知情同意权 包括了解权、被告知权、选择权、拒绝权和同意权等。患者对自己的病情、将支付或已支付的医疗费用、医师做出的诊断、即将接受的治疗及其效果有权知道全部真实情况，并有权决定是否同意医师提出的手术、特殊检查、使用贵重药品或其它特殊治疗的建议。

4. 隐私权 患者享有不公开自己病情、家族史、接触史、身体隐蔽部位、异常生理特征等个人生活秘密和自由的权利，未经本人同意或授权，医院及其工作人员不得泄露。

5. 受尊重权 患者接受医疗服务过程中，不能因年龄、病种、社会地位、经济状况等因素受歧视或不公正待遇，患者享有受到尊重的权利。

6. 与亲属联系权 住院患者有与亲属取得并保持联系的权利。

7. 获得赔偿权 患者的身体器官受到非正常治疗造成损害时，有权获得赔偿。

二、病案内容分类

(一)病人病案种类

根据病情的轻、重、缓、急，病人分为四种类型。第一种，需要紧急救治的病人称为急诊病人。第二种，病情不够急诊条件、慢性病人或出院后需在门诊复查继续治疗的病人，称为门诊病人。第三种，在门诊、急诊检查、诊断、治疗受环境、设备条件和技术条件限制，需要住院以后进一步诊治的病人，称为住院病人。第四种，因行动不便（如偏瘫），经济困难或康复期，可以在家中得到社区医疗保健机构治疗的病人，称为家庭病人。因此，急诊病人观察治疗记录下来的资料称为急诊观察病案；门诊诊治记录下来的资料称为门诊病案；住院病人诊治、护理记录下来的资料，称为住院病案；在家休养治疗记录下来的资料，称家庭病案。但是，我们现在的传统习惯把病案分为两种，即住院病案和门诊病案（包括急诊观察病案和家庭病案资料在内）。从病案内容与形成过程又把病案内容分为五个部分（主要指住院病案）。

(二)病案内容划分

1. 病人身份和社会关系部分 内容包括：住院次数，门诊号，住院号，病人姓名，性别，出生年、月、日，实际年龄，婚姻状况，职业，出生地，民族，国籍，工作单位及地址，户口地址，邮政编码，电话号码，经济担保人、关系，单位电话，入院日期，入院科别，门、急诊诊断，入院时情况，危、急、一般，入院诊断。儿科要包括父母的一般情况。其他包括与病人来往信件，其他医院的病案摘要，介绍信，家属及单位同事签字书以及外院出院证明书等等。这些主要内容在门诊病案首页和住院病案首页的前一部分体现出来。

门诊病案首页没有前面住院首页所述那么多的项目，只有门诊号、病人姓名、性别、婚否、职业、工作单位及地址、现在住址、电话、就诊科别等。由于各类各级医院的规定不同，门诊病案首页需要经过挂号人员填写，而住院病案大部分由接诊医师填写完成。

2. 医师记录部分 内容包括：住院病案、入院记录或再住院病案，首次病程记录，病程记录，抢救记录，阶段小结，交、接班记录，转科、转入记录，会诊记录，麻醉记录，术前讨论记录，手术记录，病案讨论记录，术后病程记录，出院记录，死亡记录，死亡通知书，死亡讨论记录，出院病案首页有关部分，出院医嘱和处方，出院证明书，病案摘要和病案内各种表格的改革的设计都是由医师来实现。

3. 护士记录部分 内容包括：护理计划，长期、临时医嘱，体温单，特护记录，ICU、CCU 监护记录，抢救记录，产科分娩记录，婴儿室内的新生儿记录，护理记录和总结及手术当中的器械材料清点单及其各种护理方面的表格等都是由护士记录完成。

4. 医技人员检查报告部分

(1) 检验方面 临检有血、尿、便常规检查，痰、分泌物、脑脊液常规等。生化检验有骨髓免疫方面的检查，血、心、肝、胆、胰、脾、肾、甲状腺、肾上腺等生化和免疫方面的各项检查报告部分等等。细菌学方面的检验有血、脓、痰、胸水、腹水、细菌培养及药物敏感试验等。

(2) 心电生理方面 心电图、超声心动图，24 小时监测动态心电图，平板运动试验心电图，心电生理等。

(3) 超声波检查方面 甲状腺，胃肠、腹腔、肝、胆、胰腺，子宫、附件，双肾、肾上腺、膀胱、输尿管及体表肿物等器官组织。

(4) X 线检查方面 胸、腹部透视，胃肠钡餐造影和气钡双重造影（钡灌肠造影），头、颈、脊椎、四肢骨的照像，肝、胆、胰、胃肠、四肢、血管的造影，CT 和 ECT 的断层扫描照像及 MRI（磁共振）照像报告等。

(5) 放射性核素检查方面 肾图、胃扫描，肝、脾、甲状腺、肾上腺、胸腹、全身骨骼 γ 照像等扫描检查。

(6) 病理方面 病理报告，尸检报告等。

5. 临床科室介入检查和治疗报告部分 内容包括：介入检查及治疗的心导管检查、冠状动脉造影和溶栓治疗，肝动脉插管造影或化疗，下肢动脉造影，溶栓治疗，肿瘤的插管化疗等等。

以上这些记录内容积累在一起，通过病案管理手段，形成一份完整的住院病案或门诊病案。

第四节 我国病案管理的发展与展望

现代病案管理在近百年的发展史中，由简单的保管工作发展为今天公认的新兴学科。在美国等发达国家，不但成立了国际病案管理协会，有正式的专业刊物，而且开办了病案管理的正规教育，其中有大学水平的职业教育，也有硕士和博士水平的教育。

我国的病案管理起步较晚，但发展之迅速引起了国际瞩目，近年来，我国不断有代表参加国际重大的学术交流会议，发表论文，并有外国专家来华访问。1992 年我国病案管理组织被接纳为国际病案协会的正式成员，这标志着我国病案工作开始跨出国门，走向世界。

一、我国病案管理发展状况

我国现代病案管理的发展史，可分为两个阶段。第一阶段从 1921 ~ 1980 年，这是一个相对封闭的阶段。第二阶段从 1981 ~ 1996 年，这是一个病案发展相当活跃的阶段，是一个变革的阶段。

(一) 第一阶段

我国现代病案管理始于 1921 年,在北京协和医院开院的同时,建立了一个在当时世界上都可以说是先进的病案室,它能够完成病案管理的基本任务,具有保存、检索和供给病案的功能。合理的病案编号系统、归档系统、疾病分类索引、手术分类索引、姓名索引以及出入院登记等一系列工作,使当时管理医院的美国专家大为赞赏。当年开展的一些病案管理方法,有许多至今仍然被沿用,可以说,北京协和医院当时的病案室是一个典范,它的管理模式,影响着国内许多医院。科学的管理方法和丰富的病案资料使它成为协和医院的三宝之一而闻名。

这一阶段病案管理的特点是各自为政,交流甚少。解放后,病案管理工作随着我国医疗卫生事业的很大发展,病案室的建设加强,专业管理人员队伍壮大,管理方法和工作制度不断健全,进入了传统的科学管理的新阶段。情况虽有重大的改观,但毕竟专业教育培训工作未能开展,老一辈的病案人员也曾奔走呼吁,申请举办专业教育,但未能如愿。病案管理科学还处于初期发展阶段,所以除已出版的一本内容简要的《病案管理》著作外,学术著作不多,又由于通讯媒介落后以及没有学术团体等诸多因素的限制,因而这一时期的病案管理处于封闭状态。

封闭管理所带来的后果是发展不平衡,从管理手段而言,并没有特殊的设备,一般只需要病案架和卡片柜,只有在个别大医院里才能有英文打字机和病案纸张的打孔机。由于没有专业教育,病案人员只能从实际工作中学习,从师于工龄稍长的人员。这一时期病案管理的优劣取决于病案工作流程的合理性与是否有健全的登记索引。如在协和医院,一个工作人员在一小时之内查找一百份病案并不困难,而在其他医院却很难做到这一点。

(二)第二阶段

改革开放的春风给这一专业带来了生机,从 1981~1996 年的 15 年间,我国病案管理发展迅速,主要表现:

1. 正规专业教育与继续教育 我国现有医院 6 万多所,县级以上医院 1 万余所,城市中的大型教学综合医院的病案管理人员可多达 50~60 人,估计病案管理人员已超过 10 万人。由于过去没有专业教育,专业水平普遍较低,提高病案管理人员素质最直接、最有效的办法就是开展专业教育。在过去的 15 年间,正规教育和继续教育已取得显著成绩。

我国的病案正规教育始于 1985 年,北京市崇文区卫生学校开办了全国第一个病案管理中专班。随后,山西、湖南、河北、上海、天津、湖北和广东 10 所学校也开办了病案管理中专班,培养出毕业生 500 余名。

病案的继续教育始于 1981 年,卫生部委托北京协和医院举办了第一个全国病案管理培训班,此后,短期培训班涉及病案管理的各个方面,有疾病分类、手术分类、质量控制、医院统计、计算机应用和病案管理基础等。短期教育弥补了正规教育的不足,有效地促进了病案管理理论的普及,提高了工作人员实际工作能力。

2. 学术组织与学术交流 1982 年,北京成立了我国第一个病案学术组织。继后,全国又有 15 个省成立了病案专业学组,1988 年成立了全国病案管理学组,1992 年我国病案学组正式参加国际病案协会,成为第 18 个成员国。全国学组的成立促进了病案管理的发展,同时参加国际学术活动,促进国际学术交往。

3. 病案科室职能 改革开放以来,新技术、新方法和新思维给病案管理的传统管理方

法和管理模式带来了极大的冲击，病案科室的职能在新形势下正在逐渐转变。

过去病案科室的职能十分单纯，仅限于收集、保管和提供。病案管理是以整份病案为基础的被动性服务。如今，随着医院管理的发展和人们对医疗质量重视程度的提高，对病案管理有提供更深层次服务的要求，即需要提供病案内信息的服务，虽然是初级的病案信息服务，但它促使病案室的职能转变及对病案内信息的加工和提炼。例如：三级医院评审要求病案的在架率达到 100%，不丢失病案，同时还要求有较高的病案书写质量，因此，病案科室纷纷增加质量控制人员。又如：卫生部开展病种质量控制、医院感染控制和按照国际疾病分类标准的住院病人疾病分类统计，因而，各医院又纷纷开展计算机病案管理，以加强病例、病种的检索和报告手段。总之，病案科室的职能正逐步由传统的病案管理转向病案信息管理，由被动的服务转向主动的服务，由单纯为医疗、科研和教学服务扩展到为卫生经济、计划、研究、调节、评价、决策、管理以及预防等多方面的服务。

4. 高科技的应用 1980 年以前，医院对病案科室的设备资金投入除了必不可少的办公用品、病案架和卡片柜之外，其它投入几乎为零。而在 1980 年以后，一些医院对病案科室引进高科技产品投入了大量的资金，北京市有的医院投入已超过百万元。北京市卫生局要求各医院采用计算机软盘报告统计数据，这就要求医院配备计算机完成此项工作。高科技技术应用于病案科室主要是大城市中的大中型医院。这些科技产品主要用于解决病案的储存、信息的加工和管理。例如，采用计算机磁盘、光盘或缩微胶片代替包括固定的或密集病案架保存病案，用条型码代替手工登记进行病案的追踪管理。

近年来，病案管理人员和计算机人员相互配合，编制实用软件，主要包括病案首页管理软件、医院统计软件、病案示踪软件、姓名索引软件、出入院病人管理软件、医疗质量评价软件和门诊挂号管理软件。这些软件的应用在有的单位独立进行，有的则已联网操作。

高科技产品的应用在各地区医院的发展很不平衡，经济发达的地区或领导重视的医院发展较快。在发展快的医院中，有的科室已在试用将病案全部录入计算机硬盘，开始了无纸病案的探索。

二、我国病案管理与发达国家间的差距

我国的病案虽然统一了首页，也有许多比较先进的管理方法，但是，与发达国家比较，还有较大的差距。

1. 人员素质 工作人员的素质表现在对工作的态度、对专业的认识及工作的能力。影响素质的因素又是多方面的、复杂的。一般而言，欧美的病案工作人员受过专业教育，能够自觉严格按照操作规程工作，而我国病案管理虽然也有比较健全的工作制度，但执行起来缺乏力度，例如病案丢失，在我国医院的病案室是一个普遍存在的问题，而欧美国家则很少有病案丢失的现象，这就是一个与工作人员素质有关的问题。

工作能力与专业知识有关，而专业知识又与专业教育相关，虽然我国近年来专业教育有长足的进步，但毕竟起步较晚。在美国，2 亿人口的国家有病案专业学校 150 余所，其中大部分是培养大学本科生。而我国目前还没有一所培养病案高级人才的大专院校，据对全国 76 所医院的调查报告显示，在病案科室工作的高中级职称达到 25.7%，从表面看，这决不会低于发达国家病案部门拥有同类人员的比例，可这是一个假象，许多高中级职称人员，他

们主要负责病案质控，这诚然对病案管理有所帮助，但不等于他们能够提高医院病案管理的水平。

2. 设备与方法 发达国家经济条件好，设备先进。如加拿大的一所医院病案室，有近百个计算机终端。在欧美，不少医院都配有听打录入的文字处理系统，不但免去了医师书写病案的工作，更重要的是这些资料可以直接作为电子病案进行存储、加工处理和检索。目前，发达国家病案管理设备主要是在计算机方面的发展，有的医院已将部分有关信息存放到工作站，这样通过信息高速公路就可以检索到。

由于病案系统是发达国家病案管理人员目前所关心和开发的工作，传统的管理方法正在逐步改变，信息收集、分析和传递是其工作核心。事实上，病案管理这一概念也已改变，1989年，美国病案协会就已更名为美国卫生信息管理协会，病案学校也相应更名为卫生信息管理学校，其他欧美国家也纷纷效仿。这不仅仅是名称的改变，实际上是病案管理转向卫生信息管理一次质的飞跃。

我国在设备上与发达国家的差距比较大，计算机在病案管理方面的应用相当局限，软件开发不够，形成计算机网络的医院为数更少。我们的管理主流仍是病案本身，仅涉及一些简单的病案内在信息加工处理和检索。

3. 有关病案的法律 发达国家的医疗法律比较健全，人们的法律意识也比较强，一旦对医疗不满意，他们就会投诉医院。法律是患者和医院保护自身利益的武器，而病案则是处理问题的依据。病人与医院打官司时，病案人员常常被传到法庭，持病案作证。因此，病案人员必须了解法律，他们在学校学习期间，法律就是一门重要课程。

我国的医疗法尚不健全，还没有病案法，这是我们亟待解决的薄弱环节。

三、病案管理的发展趋势

在未来相当长的时间内，我国病案管理仍会保持迅猛发展的势头。首先是因为有良好的外部发展条件，如卫生政策、信息需求及管理手段都有利于病案管理发展，疾病预防、卫生保健、医院管理、医疗保险等方面将更充分利用病案信息。高科技产品的开发和应用为病案信息开发与传递创造更加良好的外部环境。其次病案管理发展的内在因素也在不断成熟，如管理人员对病案信息的认识及重视程度的提高、病案管理人员对病案信息的收集、加工、处理和传递技术的应用水平也越来越高，随着病案学术组织的成立，学术交流更加广泛深入，这些因素都是病案管理发展的有利条件。因此，可以预测病案管理未来发展趋势表现在以下几方面：

1. 病案管理教育将会继续扩展 高等教育有望开展；继续教育逐渐纳入正轨；病案管理学术组织将会更加健全完善。

2. 病案利用率增加 由于对健康重视，医疗纠纷会增加，病人、医院和社会将会利用病案信息来保护自身利益，因此，有可能在今后的 15 年内产生比较完善的有关病案信息的法律，以保证病人、医院切身利益不受损害。

3. 病案管理日趋规范化 包括信息收集的规范化及质量控制的规范化等等。

4. 高科技产品在病案管理部门的应用会更加广泛 随着信息网络的建成、管理软件的开发，听打系统、光盘储存病案资料，以及作为病案追踪系统的条码技术也将会逐步推广

和普及，计算机化病案将有较大发展。

5. 现行的医疗体制会有较大的改革 随着医疗保险业的发展，以病案信息为依据，一种类似于美国 DRGs 的比较合理的收费制度将会被推出。

6. 对病案人员的技能要求提高 2010 年以后，许多工作完全是依靠计算机来完成，甚至连简单的挂号、查号工作也是这样。不掌握计算机知识，是 21 世纪的新文盲，无法胜任 21 世纪的病案管理工作，社会在发展，科技在进步，病案管理转变为病案信息管理是必然的。面对今后可能的种种转变，病案管理人员应当有思想准备，学习新知识，掌握新技能，迎接转变的挑战。