

第三篇 病历书写和诊断 思维方法

第一章 病历书写

病历的重要性书写的基本要求及病历的格式与内容，是本章必须掌握的内容。

病历是临床医生对病人进行诊断、治疗等项工作的全部记录，也称病案。

一、病历的重要性

1. 完整的病历是医生对疾病作出比较正确的诊断，确立正确的治疗方案，判断预后，制定有效预防措施的重要依据。

2. 完整的病历是临床教学和医学科学研究的宝贵资料。通过复习病历可以提高临床医生的业务水平，掌握疾病的发展规律，不断提高医生对疾病的认识。

3. 书写病历是培养临床医生的重要环节之一。因为在书写的过程中，临床医生必须从实际出发，独立思考，分析综合，作出诊断，制定治疗方案。因此，这是一个理论联系实际的过程，也是临床医生最重要的基本功之一。

4. 病历是衡量医院和医生的基础质量、医疗质量、学术思想水平、医院管理水平的重要依据。

5. 病历是涉及医疗纠纷及诉讼的重要依据。

因此，临床医生必须刻苦学习，以对待工作极端负责的精神和对技术精益求精、实事求是的科学态度，严肃认真地书写病历。

二、书写病历的基本要求

1. 病历内容必须准确、完整、重点突出，主次及层次分明，条理清楚。如单凭主观臆测、随意虚构，则成为临床医生的品德和作风问题。

2. 病历书写要规范，要用通用的医学术语和词汇。文理要通顺、精练，字迹要清楚规整，不得随意涂改或剪贴。标点符号使用正确。要用统

一规范的简化汉字，不得自造字。

3. 病历格式要规范。临床医生必须按规定的格式书写。目前有三种格式，即传统病历（住院病历）、表格式病历、电子病历。后者尚未推广开来。

4. 记录完毕要签全名，并注明记录日期。急危重病人要注明具体时间。如有少处修改或补充必须签字。

三、病历格式与内容

(一) 门诊病历

1. 注明科别、就诊日期或时间。

2. 急、危、重病人，必须就诊后及时记录，并记录时间。除记录重要病史和体征外，必须记录生命体征，以及抢救经过。

(二) 住院病历 病人在住院期间的病历包括住院病历、入院记录、病程记录、会诊记录、转科记录、出院记录或死亡记录。

住院病历格式和内容：

住 院 病 历

姓名	籍贯（出生地）
性别	住址
年龄	入院日期
民族	记录日期
婚姻	病史陈述者
职业	可靠程度

病 史

主诉
现病史
既往史
系统回顾
个人史
婚姻史
月经史
生育史
家族史

体格检查

体温 脉搏 呼吸 血压

一般状态 发育，营养（良好、中等、不良），意识状态（清晰，兴奋，躁动，抑郁，嗜睡，意识模糊，昏睡，昏迷），面容与表情（急性或慢性病容、表情痛苦等），体位（自动体位、被动体位、强迫体位），步态，能否与医师合作。

皮肤黏膜 颜色（苍白、发红、发绀、黄染、色素脱失或沉着），湿度与出汗，弹性，皮疹，皮肤脱屑，紫癜，蜘蛛痣，水肿，皮下结节，瘢痕，毛发。

淋巴结 全身或局部浅表淋巴结（有无肿大、大小、数目、硬度、压痛、活动度、瘰管、瘢痕等）。

头颅 大小、形态，压缩，包块，头发。

眼 眉毛（脱落），眼睑（水肿、运动、下垂），睫毛（倒睫），眼球（突出、凹陷、运动），结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡），巩膜（黄染），角膜（混浊、瘢痕、反射），瞳孔（大小、形态、对称、对光及调节反射等）。

耳 外形，痛风结节，外耳道，分泌物，乳头压痛，听力。

鼻 畸形，鼻翼扇动，阻塞，鼻窦压痛，分泌物，出血等。

口 气味，唇（色、疱疹、皲裂、溃疡），牙（龋齿、缺牙、镶牙、义齿、残根、注明位置），牙龈（色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线），舌（形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜），黏膜（疹、出血、溃疡），扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜），悬雍垂，咽（色泽、分泌物、反射），喉（发音），腮腺（肿大）。

颈 对称，强直，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征，颈动脉异常搏动，气管位置，甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、杂音）。

胸部 胸廓（对称、畸形、隆起、压痛），呼吸（频率、节律、深度），异常搏动，乳房（大小、包块等），静脉曲张。

肺脏

视诊：呼吸运动，肋间隙增宽或变窄。

触诊：呼吸运动度，触觉语颤，胸膜摩擦感，皮下捻发感。

叩诊：叩诊音，肺下界，肺下缘移动度。

听诊：正常呼吸音，异常呼吸音，啰音，胸膜摩擦音，语音传导等。

心脏

视诊：心尖搏动位置，范围，强度，心前区的其他搏动。

触诊：心尖搏动的位置，范围，性质，强度，震颤，摩擦感。

叩诊：心脏浊音界，左锁骨中线至前正中线的距离（cm）。

听诊：心率，心律，心音，心杂音，心包摩擦音。

脉搏：脉率，节律，紧张度，强弱与大小，波形。动脉壁的性质及紧张度。

周围血管征：毛细血管搏动征，枪击音，水冲脉，动脉异常搏动。

腹部 腹围

视诊：外形，呼吸运动，皮肤改变，腹壁静脉，蠕动波，腹部搏动，腹直肌分离，疝。

触诊：腹壁的紧张度、压痛及反跳痛，包块，液波震颤，腹内脏器的触诊。

叩诊：腹部叩诊音，腹内脏器叩诊，胃泡鼓音区，腹水的叩诊。

听诊：肠鸣音，振水音，血管杂音，摩擦音等。

肛门及直肠 痔，肛裂，脱肛，肛痿，直肠指诊发现等。

外生殖器

男性：畸形，包皮，睾丸，附睾，精索，鞘膜积液等。

女性：由妇科医师检查。

脊柱 畸形，压痛，活动受限等。

四肢：畸形，杵状指（趾），静脉曲张，骨折，关节改变，水肿，肌肉萎缩，肢体瘫痪或肌张力增强等。

神经反射 生理反射（浅反射、深反射），病理反射（锥体束征、脑膜刺激征），必要时作其他特殊检查。

专科情况 如外科情况、妇科情况等。

实验室及仪器检查

实验室检查 血、尿、便三大常规检查，如入院前没检查，也要在24小时之内完成并记录其结果。如果入院前三项检查及其他检查已作，要记录结果及日期和地点。

仪器检查 根据需要进一步作其他仪器检查（如X线、心电图、超声波等）。

摘 要

是将病史、体格检查、实验室检查及其他仪器检查资料摘要综合，以给各级医师通过简要了解病情，提出诊断依据。

初步诊断
医师签名或盖章

1. 入院记录

(1) 入院记录与住院病历基本相同，但要重点突出，简明扼要。不必逐项列标题，可以按入院病历的标题顺序分段书写，最后写出初步诊断，医师签名。

(2) 低年资住院医师和进修医师，只有在上级医师认为病历书写质量合格时，方能书写入院记录。

2. 病程记录

(1) 病程记录是记录病人住院期间的全部病情经过。记录要及时，内容要准确，重点要突出，避免繁琐。要有分析、有综合、有判断、有预见、有计划、有总结。不要记成流水账。

(2) 记录要实事求是，既要尊重他人意见，又要善于提出自己的见解，不要随声附和或毫无原则地迁就他人。在住院过程中，对病情如有新的发现，或诊断有误，要立即更改或补充。

(3) 记录内容

1) 病人自觉症状、情绪变化、心理状态、饮食、睡眠、大小便情况等。病情变化，新的症状的出现及体征的改变、并发症的发生等。

2) 特殊检查的结果及其分析、判断、诊治操作技术的经过，治疗效果及反应，重要医嘱的更改及理由。

3) 对病情分析及今后的诊治意见和计划。

4) 本科各级医师对诊治的意见。

5) 各科会诊的意见。

6) 家属及有关人员的反应、希望和意见。

7) 对原诊断的修订、补充及新的诊断的确定，并说明依据。

8) 较长期住院病人，要定期写出阶段小结。

3. 会诊记录 病人在住院期间，如出现他科情况，经有关科会诊之后，由会诊科医师书写会诊记录，其内容为会诊医师对病史、体征的补充，对病情的分析、诊断以及进一步诊治意见。

4. 转科记录 病人在住院期间出现他科情况，经有关科会诊之后同意转科，要写出转科记录。内容为主要的病情，诊治情况，转科理由；接收科室应写转入记录，内容为转科前情况及转入本科时的主要病情、检查结果及治疗计划。

5. 出院记录 是病人的住院小结，主要内容为入、出院日期，入院时情况，如主要病史、症状、体征、实验室及其他特殊检查结果等。住院期间的病情变化，诊治经过。出院时情况，如症状、体征改变情况及现在病情。出院诊断，出院医嘱。

6. 死亡记录 病人住院期间，因病情严重，经过抢救无效死亡，要立即书写死亡记录。其内容为病历摘要、住院情况、转危原因、抢救经过、死亡时间、死亡原因、最后诊断。

(三) 再住院病历 病人再次住院，应在病历上注明本次住院为第几

次，具体要求为：

1. 属于旧病复发再次住院者，将过去病历摘要记录，从上次出院后至本次住院前的病情、诊治经过要详细记录，对既往史等如无新的情况补充，均可从略。

2. 如属新患疾病再次住院，按入院病历格式及内容书写。过去住院所诊的疾病，记入既往史或系统回顾中。

附：病历举例

住院病历

姓名	郝××	籍贯	河北省×县×村
性别	女	住址	承德市中兴路4组3号
年龄	34岁	入院日期	1986年1月4日15:00
民族	汉	记录日期	1986年1月4日16:00
婚姻	已婚	陈述者	患者本人
职业	小学教师	可靠性	可靠

病 史

主诉 劳累后心慌气短6年，不能平卧1周。

现病史 患者于6年前无明显诱因而感体力下降，每于重体力劳动后即出现心慌气短，稍事休息后，很快缓解。病后曾去当地医院就诊，经检查发现心尖部有心脏杂音，诊断为“风湿性心脏病二尖瓣狭窄”。此后除不能负担重体力劳动外，能坚持日常工作。于2年前常因较重的体力劳动，如上楼、洗衣服等，即出现上述症状，并伴有咳嗽、下肢轻度水肿。经用“强心剂”、“氨茶碱”、“双氢克尿塞”等治疗，症状好转，水肿消退，但不能坚持日常工作。1周前因受凉后流清涕，咽痛，心慌气短，不能平卧，下肢水肿加重，伴有尿少、咳嗽、咳血丝痰，上腹部饱满，食欲减退。来我院门诊胸透检查，见心脏增大，伴有肺淤血的征象。心电图示二尖瓣型P波。以风湿性心脏病于1986年1月4日收入院。入院前半月内，除服用“速效感冒胶囊”外，未用洋地黄及其他药物。

患者自发病以来，无发热、关节肿痛、多汗、大口咯血、鼻衄、夜间阵发性呼吸困难、心前区痛、一侧肢体活动障碍等情况。

既往史 14岁时患“麻疹”。10岁以后经常患咽痛，曾于某医院诊为“急性扁桃体炎”，未经手术治疗。无传染病史、外伤史、过敏史、预防接种史、手术史等。

系统回顾

呼吸系统：无慢性咳嗽、咳痰、咯血、发热、盗汗等病史。

循环系统：患风心病以前无心慌气短、发绀、心前区痛、下肢水肿及高血压病史等。18岁时患两膝踝等大关节游走性疼痛，同时伴以红肿，手足等小关节无肿痛，无心慌气短。以后经常反复发作，每次均经医院诊为“风湿性关节炎”，给予阿司匹林等治疗后缓解。缓解以后从事体力劳动无心慌气短等。

消化系统：无食欲不振、反酸、烧心、嗝气、咽下困难、恶心、呕吐、腹痛、腹泻及柏油样便等病史。

泌尿系统：1年前曾有尿频、尿急、排尿痛，经某医院诊为“急性肾盂肾炎”，用庆大霉素等药治疗，1周后痊愈，以后未再复发。

血液系统：无苍白、无力、皮肤出血点、淤斑、鼻衄、牙龈出血等病史。

内分泌及代谢系统：无精神兴奋、畏寒、乏力、记忆力减退、脱发、多饮、多食、多尿等病史。

肌肉及关节系统：无四肢肌肉麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等病史。无关节运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天缺陷等病史。

神经系统：无头疼、头晕、抽搐、意识障碍及肢体瘫痪等病史。

个人史 生于原籍，并久居原籍，未到过远方及疫区或牧区。于1957年任小学教师至今，无烟酒嗜好。

婚姻史 26岁结婚，爱人身体健康，夫妻和睦。

月经史 16 $\frac{3-5}{28}$ 无痛经，白带不多，无大量出血史。

生育史 10年前顺产一女婴，健在。无流产、手术产及死胎。

家族史 父母均健在。家族成员中无特殊病史可记述。

体格检查

T37.1℃ P105次/分 R 24次/分 BP 14/10kPa

一般状态 发育正常，营养中等，扶入病房，端坐位，表情痛苦，两颊部及口唇明显青紫，呈二尖瓣面容。意识清楚，检查合作。

皮肤及黏膜 全身皮肤及黏膜未见黄染，出血点，红斑，结节，及其他特殊皮疹。皮肤弹性正常，无潮湿。毛发及指甲无异常。

淋巴结 全身浅表淋巴结未见肿大。

头部 头颅无畸形，头皮有光泽，无脱发。

眼 眉毛及睫毛无脱落，睫毛排列整齐。眼睑无水肿及下垂。眼球无凸出及凹陷、斜视、震颤及运动障碍。结膜两侧上穹窿部充血，血管模糊不清，有较密集的滤泡，无出血点。巩膜无黄染。角膜透明，无溃疡。瞳孔两侧等大等圆，直径4mm，对光反射和调节反射均灵敏。

耳 耳廓无畸形，外耳道通畅，无分泌物，乳突无压痛，听力无减退。

鼻 鼻无畸形，鼻腔通畅，有少量黏液性分泌物，鼻中隔向右偏曲，嗅觉正常。鼻旁窦无压痛。

口腔 无特殊口臭，口唇明显发绀，干燥有脱屑。口腔黏膜未见溃疡，牙齿 $\bar{6}$ 龋齿，无义齿。牙龈无红肿、溢脓、出血及铅线。舌体居中，无震颤，有灰白色薄苔。咽明显充血，左侧扁桃体Ⅱ度肿大并充血，有少量脓性分泌物。悬雍垂居中。软腭运动对称。喉发音嘶哑。

颈部 颈无抵抗。两侧颈静脉明显怒张，肝颈静脉回流征阳性。气管居中，甲状腺不肿大。

胸部 胸廓无畸形，两侧对称，乳房发育正常，胸壁未见静脉曲张，无结节及肿块。

肺脏

视诊：胸式呼吸运动增强。

触诊：两侧语颤正常。

叩诊：两肺清音，肺肝浊音界右锁骨中线第5肋间。

听诊：两肺呼吸音粗糙，两肺底有细小水泡音。

心脏

视诊：心尖搏动于第5肋间左侧锁骨中线外1.5cm，范围2cm×2cm。

触诊：心尖部可触及舒张期震颤。

叩诊：心脏浊音界向两侧扩大。

听诊：心率140次/分，脉率105次/分，心音强弱不等， $P_2 > A_2$ ，心律绝对不齐，心尖部可闻及4级收缩期吹风样杂音，向左腋下传导，并可闻及舒张期雷鸣样杂音，未闻及开放性拍击音。无心包摩擦音。

血管 无周围血管征。

腹部 腹围86cm。

视诊：腹部平坦，无腹壁静脉曲张。剑突下可见明显心脏搏动。未见肠型及蠕动波。

触诊：腹软，无压痛及反跳痛。未触及包块。肝于右锁骨中线肋缘下4cm，剑突下8cm，质中等，表面光滑，边缘较钝，触痛明显。脾未触及。无液波震颤。

叩诊：鼓音，无移动性浊音。

听诊：肠鸣音正常，未闻及血管杂音。

肛门及外生殖器 无脱肛及肛裂，无外痔，外阴轻度水肿。

脊柱及四肢 脊柱无畸形，活动无障碍，各椎体及脊肋角无叩击痛。四肢活动自如，下肢明显指凹性水肿，无静脉曲张，无杵状指（趾）。

神经系统 肱二头、三头肌腱反射，膝、跟腱反射两侧正常，无病理反射。

实验室及仪器检查

血常规 Hb 125g/L, RBC 4×10^{12} /L, WBC 9.2×10^9 /L, N 78%, L 22%。

尿常规 尿深黄色, pH 6.5, 比重 1.016, 尿蛋白及糖阴性。镜检白细胞 0~2 个。

肝功能 ALT 6.5U/L, 总蛋白 66.29g/L, 白蛋白 46.29g/L, 胆红素 < 17.1 mmol/L。

胸透 心脏向两侧扩大, 以左下为主, 心腰平直。

心电图 P 波消失, 代之以小 f 波, R 波电压不等, R-R 间隔不等, $R_{V_1} > 2.5$ mV, 提示双室肥厚。

病历摘要

患者郝××, 女, 34 岁, 已婚, 汉族, 小学教师。因劳累后心慌气短 6 年, 不能平卧 1 周。门诊以风湿性心脏病收入院。

患者于 6 年前重体力劳动后即感心慌气短, 休息后可缓解。曾诊为“风湿性心脏病二尖瓣狭窄”, 尚能坚持日常工作。两年前稍活动就心慌气短, 伴有咳嗽, 下肢轻度水肿。已不能胜任日常工作。1 周前因受凉致上述症状加重, 不能平卧, 伴咳血丝痰, 经门诊入院。

T 37.1℃ P 105 次/分 BP 24/10kPa

发育正常, 营养中等, 端坐呼吸, 二尖瓣面容。皮肤、黏膜、浅表淋巴结及耳鼻均未见异常。咽部充血, 左侧扁桃体 II 度肿大, 充血, 有少量脓性分泌物。颈静脉怒张, 肝颈静脉回流征阳性, 气管居中, 甲状腺不肿大。胸式呼吸运动增强。两肺叩诊清音, 肺肝界于右锁骨中线上第 5 肋间。两肺呼吸音粗糙, 两肺底有细小水泡音。心尖搏动于左侧锁骨中线外, 范围略增大。心尖部可触及舒张期震颤。心脏浊音界向两侧扩大。心率 140 次/分, 脉率 105 次/分, 心音强弱不等, $P_2 > A_2$, 心律绝对不整, 心尖部可闻及收缩期吹风样杂音, 向左腋下传导, 并可闻及舒张期雷鸣样杂音。肝于右锁骨中线肋缘下 4cm, 剑突下 8cm, 质中等, 有压痛。

胸透 心脏向两侧扩大, 以向右下扩大为主。心腰平直。

心电图 P 波消失, 代之以小 f 波, R 波 $V_1 > 1$ mV, $R_{V_5} > 2.5$ mV, R-R 间隔不等。提示双侧心室肥厚。

初步诊断

1. 风湿性心脏病
二尖瓣狭窄和关闭不全
心房颤动
心功能Ⅳ级
2. 慢性扁桃体炎急性发作
3. 沙眼
4. 龋齿

住院医师/实习(进修医师)

签名

住院志

患者张××，男，60岁，回族，已婚，牧民，河北省围场县黄土坎乡二道沟村人。因咳嗽、咳痰10年，心悸、气短、下肢水肿2年，加重10天，于1990年12月5日入院。

患者于10年前开始，每于入冬即咳嗽，咳少量白色黏痰。夏秋两季缓解。5年前每因受凉而咳嗽，咳黄色脓痰，每日量约50~100ml，稍劳累感胸闷、气短。曾诊断为“慢性支气管炎”，用“复方氨茶碱”、“青霉素”、“链霉素”等药物治疗而缓解。2年前活动后心悸、气短，时有入夜不能平卧，而被迫高枕卧位，尿量减少，两下肢出现水肿。县医院诊为“慢性支气管炎”、“阻塞性肺气肿”、“慢性肺源性心脏病”。用“红霉素”、“杏仁水合剂”等药治疗可缓解，入院前10天又因受凉而致发热，体温39.5℃，频频咳嗽，咳黄痰，且不易咳出。呼吸困难，昼夜不能平卧，腹胀不敢进食，尿量减少。门诊以肺源性心脏病收入院。半个月来未服用洋地黄类药物。

患者自发病以来，食欲不振，大便正常，小便量明显减少，睡眠不佳。

既往身体健康，无传染病史、手术史、外伤史以及过敏史，未接受过预防接种。

生于原籍并久居，有吸烟史30年，每日约20支，嗜酒40年，每日量约250ml。25岁结婚，妻子及一子均健在。父母均于10年前死于“脑出血”。

体格检查

T 37℃ P 102次/分 R 32次/分 BP 16/10kPa

发育正常，营养中等，半卧位，慢性痛苦病容，神清合作。皮肤、黏

膜、浅表淋巴结无异常。眼睑无水肿。舌质暗红，被薄白苔。颈静脉明显怒张。胸形桶状，肋间隙增宽，呼吸活动度对称减弱。两侧语颤减弱。叩之过清音，肺肝浊音界于右锁骨中线第7肋间，两肺下缘移动范围不明显。两肺呼吸音减弱，呼气音延长，并可闻及中小水泡音，两肺上叶可闻及干性啰音。心尖搏动不明显，剑突下可见明显心脏搏动。心脏浊音界不扩大。心率110次/分，节律规整，心音遥远， $P_2 > A_2$ ，心尖部可闻及2级收缩期杂音。肝右锁骨中线肋缘下3cm，剑突下4cm，质中等，表面光滑，边缘钝，有轻压痛，肝颈静脉回流征阳性，脾未触及。叩鼓音，肠鸣音减弱。肛门及外生殖器未见异常。脊柱及四肢无活动障碍，可见杵状指(趾)，并有指凹性水肿。肱二头、三头肌腱及跟腱反射，膝腱反射正常。无病理反射。

初步诊断

1. 慢性肺源性心脏病
2. 慢性支气管炎急性发作
3. 慢性阻塞性肺气肿

医师签字×××

(王巨德)