

中西医结合病历书写格式 及内容规范(试行草案)

(全国首届中西医结合病历书写规范化研讨会通过, 1988年9月, 青岛)

编者按 随着中西医结合临床研究工作在全国各地深入广泛地开展, 中西医结合病历书写的规范化问题已成为当前各地中西医结合医院和科研单位亟待解决的重要课题。为此, 中国中西医结合研究会湖南省分会、青岛市中西医结合医院及中西医结合杂志社共同倡导, 于1988年8月9~12日在青岛市召开了全国首届中西医结合病历书写规范化研讨会。全国27个省、市、自治区的116所中西医结合医院、中医院及综合性医院的代表参加了会议, 共收到论文132篇。会议着重讨论了衡阳市中西医结合医院及湖南医科大学附属第一医院共同提出的病历书写格式与内容, 并吸收各地代表们提出的内容及会上讨论的意见, 在原有基础上进行补充修改作为中西医结合病历书写格式及内容规范的试行草案, 供全国有关医院和科研单位参考试行。在试行过程中发现问题及时总结, 以便进一步修订, 使之逐步完善。

中西医结合病历书写格式及内容规范(试行草案)

一、指导思想 and 基本要求

病历是医务人员对疾病进行调查研究的科学记录。是诊断与治疗的重要依据, 随着中西医结合事业的发展, 全国不少省市都已成立了中西医结合医院、研究所, 或在综合性医院成立了中西医结合科室。因此制订一套完整的中西医结合病历(下称结合病历)书写规范, 是当前需要解决的问题。

目前以西医辨病与中医辨证相结合是中西医结合临床研究的主要形式, 也是中西医结合从实践到理论的必然过程, 是创立新的中西医结合诊疗模式的一个重要研究方法, 中西医结合病历与其它病历一样, 应成为对疾病进行调查研究的科学记录。根据上述指导思想, 中西医结合病历在格式与内容方面, 应有以下两个特点: (1)既要成为西医诊断与治疗的依据, 又要突出辨证论治、理法方药的特点。(2)在格式与内容的编排上, 应避免西医与中医内容的重复, 应精练扼要、重点突出, 主次分明、条理清晰, 符合中西医结合临床诊断与治疗的思维逻辑。

二、格式与内容

住院病历 住院号:

姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址、入院日期、发病节气。

主诉: 记录就诊时的主要症状、体征及其持续时间。

现病史: 围绕主诉详细记录从发病到就诊时疾病的发生、发展变化和检查、治疗经过。并结合中医“十问”的内容和问诊的特点。如对寒热、汗液、疼痛、饮食、口渴、精神、耳鸣、睡眠、二便等情况进行常规询问, 用医学术语加以描述。

过去史: 记录患者此次发病前的健康状态。曾患过的疾病或症状及其持续时间、治疗经过, 同时还需记录有无药物过敏史及预防接种史等情况。

个人史: 记录患者出生地、居住环境, 是否到过流行病地区、生活情况、饮食习惯、烟酒嗜好、职业工种及劳动条件、婚姻情况。女性患者应记录经、带、胎、产等情况, 小儿需记录胎次、产况及生长发育、喂养史等。

家族史: 主要了解患者家庭成员及直系亲属的健康情况, 有无传染病或遗传病史等。

体格检查:

体温(T)、脉搏(P)、呼吸(R)、血压(BP)。脉象: 浮、沉、迟、数、滑、涩、虚、实等。舌象: 舌质、舌苔等。

发育、营养、病容、神志、精神、面色、声音、气味、体位等。

皮肤粘膜: 色泽、弹性、水肿等。

淋巴结: 部位、大小、硬度、活动度等。

头颅: 有无异常。

五官: 眼、耳、鼻、咽喉、口腔、扁桃体等有无异常。

颈部: 活动度、血管、气管、甲状腺等情况。

胸廓: 有无畸形、压痛等。

肺：望、触、叩、听。

心：望、触、叩、听。

腹部：腹壁、肝、胆、脾、肾等情况，望、触、叩、听。

脊柱、四肢：有无畸形、压痛、水肿、肢温等。

肛门与外生殖器：病情需要时检查。

腱反射及病理征。

专科情况：

实验室及其它检查：

西医诊断依据：

中医辨证分析：（包括病位、病性、病因病机等）。

初步诊断：

西医（主病、兼病、病型）： 中医（病名、主证、兼证）。

中西医结合诊断：

诊治计划：

1. 为了进一步诊治所需做的检查。
2. 中西医结合治疗的思路与要点。
3. 中医药治疗。
4. 西医药治疗。
5. 调护。

签名：

日期：

（注）会议建议外科病历以天津南开医院中西医结合病历为主要模式。

三、病历格式与内容书写的若干说明

根据“结合病历”书写的指导思想与基本要求，及中西医结合“病”、“证”论治的临床思维特点，认真地分析和比较了现行的中医和西医住院病历的优点和不足，提出以西医住院病历为基础，在格式与内容的编排上，本着取长补短、求同存异、避免重复的原则，拟定了“结合病历”书写格式与内容草案。由于本草案几乎保留了西医住院病历的所有内容，因此，西医住院病历书写内容的具体要求基本都适用于“结合病历”，但是“结合病历”是中西医两种医学理论结合的产物（不管现阶段结合的程度和水平如何），毕竟有它固有的特色，表现在病历书写的具体内容上有以下几点。

1. 现病史中要重视对“现在症”的询问：中医的问诊，十分强调对现在症（现在症状）进行常规的询问，即患者就诊时的全部自觉症状，以及对辨证有意义的全身情况。如寒热、汗出、疼痛、饮食、口渴、二便、睡眠、精神、妇女经带等，这是中医问诊的重点、中医学对现在症所询问的内容极为详细，对其临床意义有深刻的认识，是中医辨证阴阳盛衰及病变性质的主要依据。而西医对这些内容的询问往往是比较简略，

中医却必须凭借这些临床症候进行辨证分析并凭证论治，进行“同病异治”或“异病同治”。因此，结合病历的现病史，除了同西医住院病历一样，围绕主诉或主症，详细地记录从起病到就诊时疾病发生、发展及其变化的经过和诊疗情况之外，还必须将中医学问诊的内容和特点，自然地融合进来，对现在症进行详细地询问和记录，如口渴这一症状应详细询问口渴喜饮、大渴引饮、渴喜热饮、渴喜冷饮、口渴不多饮、口渴喜漱而不欲咽、口渴不欲饮等，否则将无法进行中医的辨证论治。

2. 体格检查中要突出舌诊和脉诊：中医辨证十分强调“脉证合参”，有“舍证从脉”和“舍脉从证”之说。中医的舌诊和脉诊是中医望诊和切诊的主要内容，是中医辨证的重要依据，对于舌诊和脉诊的临床经验，结合病历必须予以突出。此外，与中医辨证关系密切的望、闻、切诊的其它内容，如患者的神、色、形、态、气息、肌肤的润燥温凉等，在结合病历中也应充分的反映。

3. 关于疾病的辨证分析：为了使疾病辨证分析的内容条理化、规范化，并富有逻辑性，根据中医“证”的诊断概念，辨证分析可以从四个方面进行。

（1）辨病因、病性：根据临床表现，分析病变发生的原因及病变的性质。如风、寒、暑、湿、火（热）、痰饮、虫积、食滞、血瘀、气虚、阳虚、阴虚、血虚、津伤、精亏、液脱等。

（2）辨病位：根据临床表现，分析病变所居的部位，或疾病发展过程中所处的阶段（层次）。如心、肝、脾、肺、肾、大肠、小肠、胃、胆、膀胱、经络、筋骨、关节、肌肉等部位，以及六经、卫气营血、三焦等阶段。以上是辨证分析的两个主要内容，通过病因、病性与病位合参，即可得出证型的初步诊断。

（3）分析病势：运用中医学有关理论，根据发病过程和临床表现，对上述病因、病性及病位的发生、发展、演变趋势进行分析，了解其原发与继发、主证与次证、兼证等关系。从而得出病证之间的标本缓急，找出主要矛盾或主要矛盾方面，以指导临床论治。

（4）阐明病机：即运用中医学的正邪斗争、阴阳失调、气血失常、脏腑功能紊乱等病机理论及现代医学病理生理学知识，简要的对上述病证的发生、发展和变化的机制作出说明。如果病位、病性比较简单或病情不太复杂，辨证可以简化为三部分，即病位、病性、病因病机。病势分析则可省略。

4. 关于中西医双重诊断的问题，诊断部分除了按

西医的要求写出西医疾病的诊断外,还需要根据中医辨病与辨证分析作出中西医病名与证型(主证、兼证)的诊断。如萎缩性胃炎,当临床表现为胃脘胀痛,纳差、畏寒、倦怠、苔薄白、脉濡缓时,中医诊断即为胃脘痛、脾胃虚寒型。

随着中西医结合临床工作的不断深入开展,已陆续出现了中西医结合型的病名诊断。如急性阑尾炎,根据临床发病经过及表现,可分别诊断为瘀滞期阑尾炎、蕴热期阑尾炎、毒热期阑尾炎。这种诊断既包括了西医病名和中医证型的诊断内容,又将急性阑尾炎不同病期的中西医病理分期的内容融合在一起,这有利于促进中西医诊断上的结合。因此“结合病历”中的诊断,如各科条件成熟,鼓励尽量能作出中西医结合型的病名诊断。

5. 诊治计划要体现病证结合论治的特点:结合病历的诊治计划,应重点突出中医在治疗上的结合,这是结合病历的一个重要内容和特色,中西医结合治疗上的结合,不等于盲目地、机械地、简单地中药

治疗加上西药治疗的简单重复,而是在中西医双重诊断的基础上,根据中西医两套医学理论,中西医结合研究的新进展,权衡“病”“证”,抓住疾病的主要矛盾方面,合理地进行“舍证从病”或“舍病从证”或“病证兼顾”,有选择地、有计划地运用中西医两法治疗。使西医西药与中医中药的治疗优势有机地结合起来,制定出最佳的中西医结合治疗方案。

中西医结合诊治计划的书写内容,除了为进一步诊治尚需要进行的各项理化检查的计划和一般医嘱外,应重点突出中西医结合治疗方案的制定。提出中西医结合治疗的思路与要点。如这个病例需不需要结合,怎样结合,结合的具体步骤及方法等,并简要说明其理由。

6. 关于中西医术语的运用:中西医名词术语均可运用,以描述准确、清楚、通俗易懂为原则。

[李家邦 张自强 郑锦章 徐金香 黄蜀明整理(以姓氏笔划为序)]

补阳还五汤加减治疗骨肿瘤术后腓总神经受压 1 例

北京积水潭医院 刘家祺 徐万鹏

常某某,女,24岁。住院号165062。患者因左股骨下端骨肉瘤于1980年在我院行左股骨下段肿瘤段截及异体半关节置换术。术后3年异体骨骨折,再次手术,后又感染,1年半后于1985年4月取出异体骨,形成左股骨下段缺如。于1987年11月10日在我院又作人工膝关节置换术。术后该侧下肢疼痛剧烈。至11月21日无明显减轻。作肌电图示腓深神经完全损伤,腓浅神经不全损伤。于11月24日作腓总神经探查术,发现腓总神经在腓骨头处为弓状韧带压迫,呈扁平状,暗红色,无光泽;剪断该韧带以松解腓总神经。术后疼痛虽有好转,但仍因疼痛影响睡眠,不敢下地活动。12月8日中医会诊,仍诉左下肢胀痛,串痛怕凉;检查左小腿、左足发凉,压痛明显,右足及趾不能背伸;舌暗红苔微黄腻,脉细弱。辨证属气虚肾亏,血络瘀阻。治以益气补肾、活血通络。方用补阳还五汤加减:生黄芪60g,补骨脂、骨碎补、透骨草、红花、元胡、地龙、川椒各10g,仙灵脾、当归尾、赤芍、女贞子、牛膝各15g,细辛3g。水煎服,日二次。2剂后疼痛明显减轻,4剂后已能扶拐下地

走动。因舌苔略黄腻,上方去补骨脂、红花,加生苡仁30g,丹参18g,生芪增为75g。又服四剂后疼痛已不明显,精神亦佳,但左下肢活动仍无恢复。又于方中加入鹿角镑、枸杞子各15g,砂仁10g,去元胡、细辛和川椒。又服8剂后疼痛几乎完全消失,左下肢转温,乃出院。按上方续服。一月后函告患肢活动已略有恢复。

体会:患者7年间共作四次手术,且伴长期慢性感染,元气已耗,成气虚肾亏之体。患肢疼痛主要是血络瘀阻所致。故方中重用生黄芪以复元气,补骨脂、骨碎补、仙灵脾、牛膝、女贞子等以补肾阳兼及肾阴。再用活血通络之品以活血止痛,细辛、川椒配元胡止痛效果良好,而补骨脂、骨碎补、透骨草三味配伍均入肾走骨,对筋骨损伤最宜。服2~4剂后疼痛即明显好转,继之发凉亦减,活动亦渐恢复。当然患者腓总神经受压,最重要还是行松解术,术后配合中医药治疗,不但局部症状能较快恢复,而全身一般情况亦迅速好转。