

病历书写不规范的隐患分析

陈舒元

奉贤区医疗急救中心 上海 201499

摘要：医护人员记录患者从疾病起始、进展、到最后结局，以及所进行的检验、确诊、医疗治疗等操作的过程，称为病历。病案即将收集来的信息经过概括、排列和深入分析，并依据既定的结构与规范记录下患者的医疗健康信息。它既是对临床操作成果的梳理，也是研讨疾患模式和解决医疗争议的法令基础，是国家的珍贵资产。对于医疗服务、疾病预防、教学培养、科学研究乃至医院管理等方面，病案扮演着至关重要的角色。因为一旦有医疗纠纷出现，作为已发生的诊断治疗经过考证困难，而病历作为纪实法律文书，在医疗纠纷诉讼中就显得尤为重要。而在院前急救当中，现场环境更加错综复杂，能够对于患者诊疗经过起绝对陈述作用的仅仅只有我们的院前急救病历。因此，如若病历书写不规范，则会导致医疗过程不严谨，埋下了纠纷的隐患。

关键词：病历书写；医疗纠纷；电子病历；卫生法规

Hidden trouble analysis of the non-standard writing of medical records

Shuyuan Chen

Fengxian District Medical Emergency Center, Shanghai 201499

Abstract: Medical staff record the patient from the beginning, progression of the disease, to the final outcome, as well as the test, diagnosis, medical treatment and other operations, called medical records. The information to be collected from medical records is summarized, arranged and analyzed, and patients' health information is recorded according to the established structure and norms. It is not only the combing of clinical operation results, but also the legal basis of the discussion of disease mode and the settlement of medical disputes. It is a precious asset of the country. Medical records play a crucial role in medical services, disease prevention, teaching and training, scientific medical research and even hospital management. Because once there is a medical dispute, it is difficult to verify the diagnosis and treatment, and the medical record, as a documentary legal document, is particularly important in the medical dispute litigation. In the pre-hospital emergency treatment, the scene environment is more complicated, and only our pre-hospital emergency medical records can make an absolute statement for the diagnosis and treatment of patients. Therefore, if the writing of medical records is not standardized, it will lead to the medical process is not rigorous and bury the hidden danger of disputes.

Key words: Medical record writing; Medical disputes; Electronic medical records; Health regulations

1 病例的定义

病例在法律中被这样描述：1.《病历书写基本规范》（卫医政发[2010]11号）第一条明确规定：“病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。”

经过我们综合整理，病历的定义可归纳为：

（1）是对患者病情产生、进展、确诊及疗效情形的有序记载；（2）在医疗服务流程里，通过汇总、评估、编排，并遵循既定的结构与准则撰写的记录和信息的集合；（3）在处理过程中，并非所有文件都属于病历范畴。例如，一些暂时性的文档如入院通知书和辅助诊疗项目的申请表，并不计入病历档案。尽管诸如报告单之类的记录会被保存为病历资料，但是病理组织切片、放射影像等则不包含在内，也不纳入病案的存档之列；（4）经过病案管理工作人员的整顿和归整，病历文档被存放于病案档案室，并由此成为正式病案；（5）具备法律效应。法律中有如此正规庄严的描述，然而不少患者看

完病拿着病历后有一个体验：为什么医生写的字是龙飞凤舞体，如同“鬼画符”，难道就不能好好写字吗？

随着社会的进步，老百姓的法律意识日益增长，在现如今医患矛盾日益尖锐的大背景下，而作为医务工作者，尤其是在院前急救与急诊两大领域下，急救任务繁重，时间非常紧迫乃至用争分夺秒来形容，在结束了一个病患的接诊处置后，后方的队伍长龙或者紧接着的急救任务迫使我们根本没有时间去完成详细的病历，潦潦草草了事。但正是这样潦草的病史，让我们辛苦的劳动付诸东流，甚至为此付出惨重的代价。在百度搜索“病历书写不规范”的词条，可见几千万例的报道，有的是院方自查，有的是卫生健康委员会对于当地医疗机构的检查与处分，然而更多的是对于病历书写不规范导致的医疗纠纷的报道。属实让人痛心不已。病历虽薄，却承载厚重责任。一旦产生医疗纠纷，不规范病历让医方担责可能性大大增加。

2 书写规范病历的重要性

2.1 法律文书

《病历书写基本规范》（卫医政发[2010]11号）第一条明确规定：“病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。”是具备法律效应的严谨文书。司法鉴定实务必须在充分占有客观资料的基础上，运用科学的方法来分析、研究问题。这里的客观资料，既包括医院的住院病历、门诊病历，也包括有关人员的陈述、证人证言，还包括能够反映案件真实情况的一切证据事实上，绝大多数医疗纠纷都发生在医疗行为实施后相当长的一段时间。在那时候发生的具体环境、医生的应对措施、医疗工作者的叙述、病人的描述、病史档案所载与实际情况往往存在矛盾，司法鉴定则主要取决于病史档案中记录的信息、其他相关证据以及法医出具的鉴定报告。

2.2 医疗

临床病历不仅为确诊、施治及执行预防手段提供了必要信息，同时也是评估医护人员对待疾病的专业能力的标准，亦为患者复发时的诊疗提供关键的参照信息。透过回顾临床病历，能够从中提炼出宝贵的经验与教训，为医疗服务的改善和医疗品质的提升奠定基础。试想，若是一份潦草的病历，除了能提供反面教材，对于医疗水平的进步能提供什么类型的样本？

2.3 教学

医疗记录堪称教育之珍贵资源，乃医学教学中极富生机的学习素材。病历的编撰与翻阅过程能够实现理论知识与实际操作的紧密融合，加深对学识的掌握，拓宽认知范围，同时也训练医护人员与医科学生的逻辑思考力和细致入微的专业态度。病历内的内容反映了医师对病人的治疗方案，手术的具体流程，一份详尽的病历对于推广卓越的诊治思维模式扮演了极为关键的角色。

2.4 科研

医疗记录构成了临床研究工作的基础资料。依托于这些详细记录，医学专业人员能够整理和评估疾病的起因、进程与治疗效果之间的规律性联系，进一步探讨治疗手段、预防策略与疾患及其康复过程的相互作用。此外，它们还有助于挖掘和鉴定创新的医疗方法和药品，使得医学科学得以持续进步。

2.5 医院管理

通过深入剖析众多病例记录，能够客观展示出院所的运营情况、医护技能、诊疗水准、管理方针以及医德风貌等医疗机构管理层面的能力。这些病例中包含的信息素材，也构成了国家公共卫生统计体系中的关键指标。因而，细致审视和评估病例，借此识别并解决问题，成为洞察医院日常运作、提升医疗服务质量不可或缺的手段，同样也是强化医院治理、持续优化医院管理水平的有效策略。

2.6 防病

依据疾病档案的归类调查和研究，能够掌握医疗工作者执行“初级、二级、三级防护”理念及其预防疾病与残疾行动的实施效果，同时对各类典型与易发情况的起因与演变有所了解，有助于为制定和施行预防手段、遵循预防优先的政策提供科学依据。

3 原因分析

3.1 认知问题

关于病历的书写规范，目前主要执行的是《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号），共计三十八条内容，对于病历书写的格式、内容、主诉、现病史、书写人员、上下级签字关系，病史的存档修改规范等事无巨细，然而无数医生对于病历的认知不到位，未系统性学习过该项法规，对于病历的认知归类为“任务”而已，以我单位为例，此项法规的提名或认知率为0%，没有一个医生学习甚至是知晓此项规定的存在，对于工作本身懈怠，将写病史视为负担，寥寥数语，漏洞百出，草草了事，归根结底为自身对于病历的认知问题。

3.2 业务能力问题

许多医生进入临床之前未系统性学习病历书写，或者直接接触电子病历，在选项中勾选体征，或者直接复制模板，导致病历书写能力缺失，没有系统性的观念病历该如何书写。病种千千万，病历各不相同，在复制模板的过程中而又因为粗心大意而导致病历中漏洞百出，一旦出现医疗纠纷，则直接因病历不合格直接导致官司落败。

3.3 态度问题

因为医疗工作任务繁忙，业务量巨大，许多医生在完成患者诊疗工作或者门诊工作之后已经疲惫不堪，所以病历书写潦草，或者未能按时完成病历，又或者完成病史后未能检查，导致其中出现错别字或者关键性的体征写错，从而酿成了苦果。

3.4 涂改病历

（1）涂改病历也是一个需要引起关注的问题。由于书写错误或者其他原因，医生可能需要对病历进行修改。然而，不规范的修改方式可能导致病历失去法律效力，甚至引发医疗纠纷。此类案例亦不少见。（2）因此，医生在修改病历时应该遵循相关规定，采用规范的方式进行修改，并确保修改后的病历真实、准确、完整。

3.5 伪造病历

（1）询问病史不详细或凭自己的主观印象记录。（2）记录不及时、不准确。如患者住院两三天甚至手术后没有书写病历；血压、脉搏、呼吸等生命体征前后记录不一致；刀伤的伤口大小前后记录不一致影响医疗、司法鉴定；病程记录不能准确记载上级医生查房的意见和指示；患者病情突然变化，家属要求复印或封存病历时，一时拿不出完整病历或病历记录与交待病情不相符致使患者家属认为病历不真实而引起的纠纷。（3）记录不连贯。由于各种原因没有及时记录而追加补记，造成病历记录不连贯或漏记、错记而引起的纠纷。

4 解决方案

4.1 制定和执行病历书写规范

（1）制定医院或科室的病历书写规范，明确书写内容、格式、术语使用等要求。（2）定期组织医务人员学习病历书写规范，确保每个人都了解和掌握规范要求。（3）设立病历书写质量检查小组，定期对病历进行抽查和评估，发现问题及时整改。

4.2 加强病史采集和记录

（1）在病人入院时，详细询问病人的病史，包括既往病史、家族史、过敏史等，并记录在病历中。（2）

在病人住院期间,及时记录和更新病情变化,包括症状、体征、辅助检查结果等。(3)在病人出院时,整理和完善病历,确保病历内容完整、准确。

4.3 提高诊断描述的准确性

(1)使用准确、规范的医学术语描述诊断结果,避免使用模糊或含糊不清的语言。(2)在病历中清晰记录疾病的分期、严重程度等信息,有助于指导治疗方案的制定。(3)定期组织医务人员学习医学知识,提高诊断准确性和病历书写质量。

4.4 规范治疗方案的记录

(1)在病历中详细记录治疗方案,包括药物使用、手术操作、康复计划等,确保治疗方案合理、可行。(2)在治疗方案发生变化时,及时在病历中记录相关信息,包括变化的原因、新的治疗方案等。(3)定期对治疗方案进行评估和调整,确保治疗效果最佳。

4.5 加强沟通与协作

(1)与病人保持良好的沟通,解释诊断结果、治疗方案等信息,确保病人能够理解。(2)加强医务人员之间的沟通与协作,确保病历内容准确、一致。(3)定期组织病历讨论会,分享病历书写经验和技巧,提高整体病历书写水平。

4.6 建立奖惩机制与持续改进

(1)建立病历书写质量奖惩机制,对病历书写质量优秀的医务人员进行表彰和奖励,对病历书写质量差的医务人员进行批评和惩罚。(2)定期对病历书写质量进行评估和反馈,发现问题及时整改,持续改进病历书写质量。(3)鼓励医务人员参与病历书写质量改进活动,共同为提高病历书写质量努力。

医院或者其他医疗机构面对进入临床实习或者工作的医学生研究生展开专项的病历书写培训。对于培训的学生,摒弃电子病史,手写各种类型大病历,由医教科专门审核并且整改。只有从进入临床前就开始严格要求病历书写,进入临床后才能养成好习惯。

具体措施如下:

(1) 细化病历书写规范和标准

为了提高病历书写质量,有必要细化病历书写规范和标准,严格执行规定,在书写时注意字体大小、排版、校对、字词使用等。同时要根据不同的病历类别确定不同的书写规范,如住院病历、门诊病历、急诊病历、抢救病历等,以此来保证病历书写的质量。

(2) 加强病历书写的培训

应加强病历书写的培训,以便让医务人员能够更加熟练地运用病历书写规范和标准,从而提高书写质量。一般来说,可以通过组织理论学习、实际操作培训、技能考核等方式,让医务人员在病历书写方面具备起码的基本能力,并能够持续提高自己的水平。

(3) 加强病历书写的质量监控

在病历书写方面,应加强质量监控,对医务人员的病历书写情况进行定期评估,对不符合标准的病历进行相应的整改,以此来确保病历书写的质量。

(4) 建立病历书写奖惩机制

为了让医务人员更有动力去提高自己的病历书写水平,应当建立相应的奖惩机制,将符合标准的病历书写行为纳入奖励范围,对不符合标准的病历书写行为进行处罚。

(5) 宣传病历书写的重要性

要想提高病历书写质量,还要通过宣传的方式来让医务人员了解病历书写的重要性,引导他们关注病历书写,并努力提高自己的水平。

(6) 借鉴先进的病历书写经验

最后,还可以借鉴先进的病历书写经验,如参照一些优秀的病历书写案例,及时更新病历书写规范和标准,从而推动病历书写质量的提升。

总之,病历书写质量的提高需要在规范、培训、监控、奖惩、宣传和经验借鉴等方面共同努力,方能取得成效。

5 总结

遵循病案记录规范,不仅可以提升病案的品质,也有助于确保医疗服务的水平与患者安全。应认识到,在解决医疗争议时,法院追求确认的只能是基于法律的事实,并不代表生活实境中的绝对真相。因而,当层层剥开纠缠复杂的外壳后,病案所展现的信息成为关键所在。为此,作为医师,在忠于自己职责的前提下,必须对病案进行规范记录,从而显现出对患者健康与生命至高无上的敬畏以及对工作细致入微的严谨,进而使得医疗纷争得以避免。

我们要认真对待每一份病历,认真书写病历也是对于我们自己的工作的肯定,每一份都将是份严谨的法律文书,要将每一份病历都当成一份传世经典来对待,要做到百年后,后人读来,也能感受到我们那有理有据的诊疗,感受我我们那一丝不苟的态度,感受到我们那悬壶济世的仁心。

参考文献:

- [1]李东鏢,武志坚,董玲珑.从临床法医学角度防范病历缺陷引发的医疗纠纷[J].解放军医院管理杂志,2012,19(08):703+776.
- [2]徐翠杰.定西市某医院不合格输血病历分析[J].医学与社会,2017,30(11):72-73+80.
- [3]白家琪,张红宇,李作兵,顾跃静,王全虹,张

洁,李晓杨.病历质量缺陷案例分析[J].中国卫生质量管理,2017,24(01):37-38.

[4]王有民,张秦初.病历作假——引发医疗纠纷的导火索[J].中国临床医生,2006(10):62-63.

[5]朱丽华.病历书写欠规范所引发的医疗纠纷[J].中国卫生人才,2015(06):46-49.

作者简介:陈舒元(1990.12-),男,汉,浙江台州人,毕业于齐齐哈尔医学院,本科学历,临床医学专业,研究方向:院前急救。