

重庆市住院医师规范化培训师资培训班

SOAP准则在病历中应用与规范

余更生 教授/主任医师
重庆医科大学附属儿童医院

引言

住培之路

探索阶段 1993-2000
发展阶段 2000-2010
完善阶段 2011-2013
住培的春天 2014年开始

1993
2000
2011
2013

1993年：开始探索住院医师规范化培训
1998年：接受全国医疗机构委托的儿科住院医师规范化培养
1999年：向社会招收住培学员
2011年：获批重庆市住院医师规范化培训基地
2014年：国家卫生计生委首批认定住院医师规范化培训基地
2015年：重庆卫生计生委推荐为国家住院医师规范化培训示范基地（全国24家、重庆市首家、儿科第一）

住院医师规范化培训示范基地

www.chcmu.com

与旧版标准的不同之处—以内科为例

一、培训目标

能够掌握正确的临床工作方法，准确采集病史，规范体格检查，正确书写病历；掌握内科常见疾病的诊疗常规和临床路径；基本掌握门、急诊常见疾病的诊断和处理；熟悉各轮转科室诊疗常规（包括诊疗技术）。培训结束时，住院医师能够具有较好的职业道德和人际沟通能力，具有独立从事内科临床工作的能力。

二、培训方法

采取在内科范围内各三级学科（专业）科室及其他相关科室轮转的形式进行。通过管理病人、参加门、急诊工作和各种教学活动（教学查房、病例讨论、专题讲座等），完成规定的病种和基本技能操作数量，学习内科的专业理论知识；认真填写《住院医师规范化培训登记手册》；规范书写病历，在轮转每个专业科室时至少书写2份住院病历；低年资住院医师参与见习/实习医生的内科临床教学工作，高年资住院医师指导低年资医师。

内科范围内的各三级学科（专业）科室及其他相关科室轮转具体安排如下，其中必选科室的轮转时间合计29个月，可选科室的轮转时间合计4个月。

（一）必选的轮转科室及时间

轮转科室	时间(月)	轮转科室	时间(月)
心血管内科(含心电图室)	4	肾内科	2
呼吸内科	3	感染内科	2
消化内科	3	内分泌科	2
急诊科	2	神经内科	2
风湿免疫科	2	急诊科	3
内科门诊(包括内科各亚专业)	2	重症监护病房	2

更具体、更细化、更强调职业道德、沟通能力及临床工作能力

对培训方法要求更具体：必选科室中删去了精神科和医学影像科，急诊科时间增加

www.chcmu.com

中国协和医科大学有著名的三宝

图书馆
病历
名教授/严格的住院医培养制度

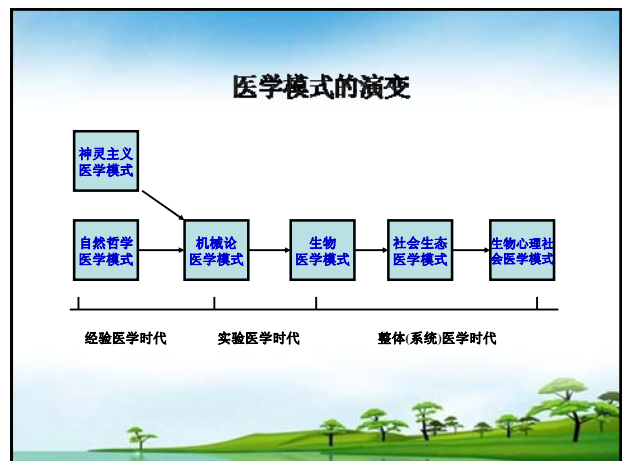
www.chcmu.com

协和医院三宝 医疗质量

- 图书馆
- 病历
- 名教授、住院医
- 学无止境
- 三基三严
- 以人为本

一脉相承 大师名医 品牌 品味 品质

www.chcmu.com



从纯生物学角度研究宿主、环境和病因三大因素的动态平衡。

提出了生物-心理-社会医学模式。

并且在一定程度上与中国传统医学有趋于一致之处。

提示了现代医学的发展方向

•现代医学模式是：
生物——心理—— 社会

•中医学医学模式：
人体—自然—社会心理（天人一体现）

生物心理社会医学模式的健康观
(Views of health of modern medical model)

世界卫生组织提出：“健康是指一种身体心理和社会的完美状态，而不仅仅是没有疾病或虚弱”。

World Health Organization 1948:
A state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.

健康可被理解为生物学、心理学和社会学三维组合 (three dimension)

◎ 从生物角度 ⇒ 看人的健康

◎ 从心理精神角度 ⇒ 观察人的健康，

◎ 从社会学角度 ⇒ 衡量人的健康

医生与病人

谁是老师?

- 敬畏生命——生命属于每个人
只有一次而已
- 敬畏病人——她把生命交给你
他是你的老师
- 敬畏医学——一个未知数最多的瀚海

如临深渊 . 如履薄冰

❖ 医疗服务管理部门为收集、统计和分析医疗相关信息而研究和开发了多个便于数据收集的分类系统。最常用的分类系统是疾病国际分类(International Classification of Disease, ICD) 以及由ICD 派生出来的各分类系统。

❖ 1987 年出版基层医疗国际分类 (International Classification of Primary Care, 简称ICPC) 。其中内容不同于ICD, 还包括对就诊原因, 医疗干预过程, 心理问题、家庭和社会问题等的分类。

- ❖ 全科医生和专科医生的工作内容不同:
- ❖ 在基层医疗环境中管理病人的过程, 会涉及病人健康问题的诸多方面, 如家庭问题、社会和心理问题等, 不仅限于ICD分类系统中的疾病。
- ❖ 基层所接诊的病人通常不具有明显的症状与体征, 对于这类问题, 全科医生难于在很短时间内明确诊断。如果沿用传统的ICD分类系统, 则难以收集这些资料。

- ❖ 全科诊疗的方式不单纯是治疗疾病, 以病史+体格检查+诊断+治疗为主的病历格式不能完全的反应全科诊疗的内容。
- ❖ SOAP格式能较好的体现全科诊疗思维, 如: S: 主观信息中包括家庭关系、社交问题等内容, O: 客观信息还包括病人的态度、行为等, A: 诊断是健康问题而不仅仅是疾病且包括对健康问题的评估, P: 诊疗计划的内容不仅限于诊断和治疗等。

病历和SOAP病历



2.1 病历

1. 病历是医务人员对患者疾病的发生、发展、转归,进行检查、诊断、治疗等医疗活动过程的记录。
2. 也是对采集到的资料加以归纳、整理、综合分析,按规定的格式和要求书写的患者医疗健康档案。
3. 病历既是临床实践工作的总结,又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据,是国家的宝贵财富。
4. 病历对医疗、预防、教学、科研、医院管理等都有重要的作用。



2.2 SOAP形式的病历

- ❖ SOAP准则 (Subjective-Objective-Assessment-Plan), 在ICPC国际社区医疗分类法中, 用来组织结构化社区医疗病历。
- ❖ SOAP是全科医疗健康档案在记录上广泛采用以问题为导向的记录方法 (problem oriented medical record, POMR) 的核心部分的描述方式。

附: ICPC

- ❖ 医疗服务管理部门为收集、统计和分析医疗相关信息而研究和开发了多个便于数据收集的分类系统。最常用的分类系统是疾病国际分类 (International Classification of Disease, ICD) 以及由ICD 派生出来的各分类系统。

附: ICPC

- ❖ 1972 年世界全科家庭医生组织 (WONCA) 成立。
- ❖ 1987 年出版基层医疗国际分类 (International Classification of Primary Care, 简称ICPC)。其中内容不同于ICD, 还包括对就诊原因, 医疗干预过程, 心理问题、家庭和社会问题等的分类。

为什么全科使用ICPC分类法

- ❖ 全科医生和专科医生的工作内容不同:
- ❖ 在基层医疗环境中管理病人的过程, 会涉及病人健康问题的诸多方面, 如家庭问题、社会和心理问题等, 不仅限于ICD分类系统中的疾病。
- ❖ 基层所接诊的病人通常不具有明显的症状与体征, 对于这类问题, 全科医生难于在很短时间内明确诊断。如果沿用传统的ICD分类系统, 则难以收集这些资料。

SOAP格式组织社区医疗病历的优势

- ❖ 全科诊疗的方式不单纯是治疗疾病，以病史+体格检查+诊断+治疗为主的病历格式不能完全的反映全科诊疗的内容。
- ❖ SOAP格式能较好的体现全科诊疗思维，如：S：主观信息中包括家庭关系、社交问题等内容，O：客观信息还包括病人的态度、行为等，A：诊断是健康问题而不仅仅是疾病且包括对健康问题的评估，P：诊疗计划的内容不仅限于诊断和治疗等。

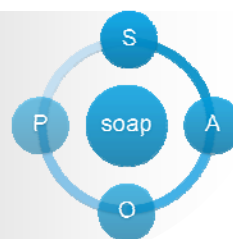
SOAP格式组织社区医疗病历的优势

- ❖ SOAP以问题为导向，较为全面地反映病人的生理、心理、行为和社会各方面的情况，反映未分化疾病和慢性病的进展情况。
- ❖ SOAP是个人健康档案的核心部分，为全科医生进行全方位、全过程，综合的、连续的、协调的服务提供记录空间和备查依据。充分体现以人为本，以健康为中心的管理，体现了医生的伦理法律责任。

SOAP病历的书写可简可繁

- ❖ 单独的一次门诊就诊和慢病管理都可以使用SOAP病历的形式。SOAP病历的书写可简可繁。
- ❖ 本次讲课以慢病SOAP病历所包含的内容为例分述SOAP各项内容。——参照宇信系统主要格式。
- ❖ 关于病历的书写要求参照卫生部《病历书写基本规范（2010年）》

S、O、A、P的主要内容和注意要点



3.1 病人主观资料

- ❖ **主观资料(S)**应包括：由病人或其就医时的陪伴者提供的主诉、现病史（包括疾病史症状描述、患者对不适的主观感觉和感受、主要的担心忧虑）、既往史（包括描述、目前用药情况）、家族病史（包括描述）、社会生活史、家庭情况和生活习惯（含个人史）、婚育史、月经史、过敏史。

(Subjective)

3.1.1 主诉和对主诉的要求

- ❖ 一般来说，主诉是指促使患者就诊的主要症状或体征+持续的时间（用阿拉伯数字）。
- ❖ 尽量简洁，一般不超过20 个字。
- ❖ “主诉”必须要能导出诊断。

3.1.2 主诉是病历的灵魂

- ❖ 好的主诉让人一眼看过就能大体判断出该患者所患疾病和严重程度。
- ❖ 如：多饮多尿12年，双下肢刺痛1年。
- ❖ 现病史要围绕主诉展开。

3.1.2.1 主诉中主症的写法

- ❖ 主症的提炼
- ❖ 主症的特点描述（发病的原因、起病的形式、主症的性质、主症的发作特点）
- ❖ 重要伴随症状的描述
- ❖ 特殊“主症”的表达

主症的提炼

- ❖ 病人的叙述：症状多，无主次，无顺序，或仅讲出一些表面的、次要的症状。
- ❖ 医师：详细询问病史，配合望、闻、切诊、体格检查，结合中西医各临床疾病的特征，相互参照。
- ❖ 判断：患者所诉说的哪些主要的、特征性的症状与某系、某疾病吻合，这些便是要确立的主症。

Sample One

- ❖ 患者诉1周来头昏乏力、胃脘痞满、纳食减少。
- ❖ 进一步追问得知1周来大便黑色，1~2次/日，望诊面黄舌淡。
- ❖ 考虑患者诸症为“便血”所致，主症应以黑便为主。
- ❖ 主诉：“大便色黑伴头昏、纳差、面黄1周”。

Sample Two

- ❖ 患者因纳呆、腹胀、恶心5天求治。
- ❖ 进一步询问患者，同时有小溲深黄。
- ❖ 望诊身黄、目黄，家属证实患者病后肌肤渐黄。
- ❖ 虽然并非因身黄、目黄、溲黄为主要痛苦而就诊，但其特异性比患者首诉诸症要强，当视为主症。
- ❖ 主诉：身黄、目黄、溲黄伴纳呆、腹胀、恶心5天。

主症的特点描述（一）

- ❖ 对主症的客观特点进行描述非常重要，特别是对一些危急重症及疑难病症。
- ❖ 在字数允许之内，尽量提供更多的有关主症特征性的信息。
- ❖ 具体内容包括发病的原因、起病的形式、主症的性质、主症的发作特点等。



主症的特点描述（二）



- ❖ 发病的原因：有些病例，特别是中毒，在主诉中加入原因描述后往往使人对病情一目了然。
- ❖ 例1：“误食喷洒‘甲胺磷’的蔬菜后出汗、呕吐1小时”
- ❖ 例2：“大量饮酒后神昏、息微2小时”。



主症的特点描述（三）



- ❖ 起病的形式：起病的快慢对疾病的轻重及诊断常有一定的提示。
- ❖ 如：“（用力后）突发性胸闷气喘2小时”。
- ❖ 如患者年纪较轻，身体高瘦，或发生于“慢性支气管炎、肺气肿”的病人，给人西医诊断初步印象为“自发性气胸”。
- ❖ 再如：“突发性口歪、左半身不遂1小时”，对于高血压病人常提示“脑出血”。



主症的特点描述（四）



- ❖ 主症的性质：能反映主症的特点，有助于进一步明确诊断。
- ❖ 如胃脘、腹、腰、肋部疼痛的患者，疼痛是胀痛、刺痛、绞痛、喜按还是拒按。
- ❖ 一些特征性的西医常用描述如“压榨性疼痛”、“柏油样大便”、“酱油色尿”等中医病历同样可以引用。



主症的特点描述（五）



- ❖ 主症的发作特点：如疼痛的发作是阵发性还是持续性，是进行性加重还是间断反复发作。
- ❖ 例如：一老年患者，以“胸部阵发性憋闷疼痛2天”为主诉，给人初步印象为“中医：胸痹心痛；西医：缺血性心脏病、不稳定型心绞痛”，
- ❖ 以“胸部持续性压榨性疼痛伴汗出2小时”为主诉，则要考虑“心肌梗死（真心痛）”。



重要的伴随症状的描述



- ❖ 在主症特征性描述缺乏或不充分的情况下，将重要的伴随症状加入主诉，可增加主诉的信息量，同时也能反映病情的轻重。
- ❖ 例1：“大便色黑1周”和“大便色黑伴头昏、纳差、面黄1周”
- ❖ 例2：“发热1周”和“发热，汗出不解，伴腹胀、便溏1周”



特殊“主症”的表达



- ❖ 如患者无特殊不适症状可以用主要阳性体征代替主症，如：“体检发现左肋下积块2天”。
- ❖ 确无症状及体征，仅因检查异常而进行诊治的病人，可以用检查的阳性发现作为“主诉”。如“体检发现血压升高1周”、“尿检发现蛋白3天”、“查血发现谷丙转氨酶阳性3天”等。

特殊“主症”的表达

- ❖ 尽量不将诊断性名词用于主诉。
- ❖ 体检中偶然发现的情况，要认真的询问了解病史，发现一些患者自认为很寻常的异常情况。
- ❖ 如早期肿瘤的体重下降，高血压病的头痛自认为是“感冒”，平时抽烟的人患了肺结核自认为是“支气管炎”等。

3.1.2.2 主诉中持续时间的描述

- ❖ 持续时间概括要全：主要指慢性疾病常反复发作的病人。
- ❖ 例1：“心慌胸闷2小时”和“反复发作性心慌胸闷5年，又作2小时”，
- ❖ 例2：“咳、喘伴心慌、双下肢浮肿10天”和“反复咳、喘20年，复作伴心慌、下肢浮肿10天”。

3.1.2.2 主诉中持续时间的描述

- ❖ 加重或发作时间要突出：把主诉的重点放到最近病情加重或发作的一段时间，从而达到突出主要问题，进一步治疗当前主要病症的目的。
- ❖ 反例1：“反复咳、喘10年”
- ❖ 反例2：“胃脘疼痛3年”

3.1.2 现病史

有了好的主诉，现病史要围绕主诉展开描述



- ❖ 现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写，记录目前情况。现病史时间和内容应与主诉时间一致。

3.1.2 现病史

- ❖ 内容包括：发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。
- ❖ 西医病历都应体现以上内容。
- ❖ 尤其要重视危急重症的鉴别并体现在病历中。

西医病历现病史要求的具体内容

- ❖ 1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。
- ❖ 2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。
- ❖ 3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

西医病历现病史要求的具体内容

- ❖ **4. 发病以来诊治经过及结果：**记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“ ”）以示区别。
- ❖ **5. 发病以来一般情况：**简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

《病历书写基本规范中》中的样本：

- ❖ **主诉：**发热、恶寒、咳嗽2天，右胸掣痛半天。
- 现病史：**1989年3月17日，因外出衣着不慎而始感头痛，连及巅顶，鼻塞声重，时流清涕，微有咳嗽，恶寒发热，无汗。自以为是“感冒”而服“去痛片”未效，但仍坚持工作。次日病情加重，头痛连及项背，周身酸楚无力，下午3时，突然发热、寒战，咳嗽顿作，痰粘而黄，涕浊，不欲饮食，便秘溲黄，遂到×院急诊。
- ❖ **急查：**T38℃，WBC：28900/mm³（2.8×10¹⁰/L），N：97%，L：3%，胸片示右中肺大片阴影，考虑为右中肺大叶性肺炎征象。急诊收入我病区。

注意事项

- ❖ 与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。
- ❖ **举例：**脑血管后遗症，近期发生肺部感染

3.1.3 既往史

- ❖ **既往史**是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史。中医方面诊治以及和体质相关的内容。
- ❖ 除非与本次发病有直接相关的疾病以外，原有的各种慢性疾病，可在既往史中对所患疾病的诊断、治疗情况及现状加以描述，以便在治疗选用药物方面加以考虑。

3.1.4 婚育史、月经史

- ❖ **婚育史、月经史：**婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录经带胎产史，初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。



3.1.5 家族史

- ❖ **家族史：**父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。



3.1.6 社会生活史、家庭情况和生活习惯

❖ **社会生活史、家庭情况和生活习惯**（包括“个人史”的内容）：包括出生地及长期居留地、患者曾经从事的工作与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，工作现状如处于工作状态还是休息、重要亲属患病情况、家庭关系状况如家庭关系融洽还是紧张，生活习惯包括饮食习惯、运动习惯、烟酒等不良嗜好，有无冶游史等。

3.1.7 食物或药物过敏史

重要内容，不可缺少

严谨 求实 创新 奉献

3.2 客观资料

❖ **客观资料(O)**：是指观察者（一般指医生）用各种方法获得的各种真实的资料。包括体检发现、生理学方面的资料、实验室检查结果、心理行为测量结果，以及医生观察到的病人的态度、行为等。

(Objective)

Sample

❖ **头面五官颈项**：头颅大小形态正常，目窠微陷，白睛不黄，红丝隐隐，鼻翼微有煽动，耳轮红润不枯，无耳瘰及生疮，牙齿黄垢，排列不齐，左右下磨牙各有一枚缺如，无龋齿及齿衄，亦无齿瓣。咽部色泽红润，未见乳蛾。项部对称，活动灵活，无青筋暴露，无瘰瘤瘰癧。

Sample

❖ **腰背四肢爪甲**：脊柱四肢无畸形、不肿，爪甲润泽。

❖ **前后二阴及排泄物**：无**肿大，无脱肛及痔瘕。大便黄而干，小便黄少，涕黄浊量不多，痰黄稠与暗红色交混，量多无腥臭，无脓样痰。

体格检查

❖ **一般情况**：（发育情况、营养情况、神志情况、体位情况、面容与表情）；

❖ **皮肤粘膜**：全身浅表淋巴结；头颅：眼（结膜、巩膜、角膜、瞳孔）耳；鼻；口腔；舌；咽；双侧扁桃腺；颈部；气管；颈静脉；颈动脉搏动；血管杂音；甲状腺；胸部：胸廓；乳房；肺；心脏；腹部（肝、脾等）；肛门、直肠及外生殖器；生理反射；病理反射；脊柱、四肢；神经系统如脑膜刺激征。

❖ 如有专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

体格检查

- ❖ 体格检查应当按照系统循序进行书写
- ❖ 内容包括：身高:cm；体重:kg；体重指数: kg/m²；腰围:cm；体温:℃；脉搏:次/分；呼吸:次/分；血压: / mmHg

辅助检查

- ❖ 辅助检查指与本次疾病相关的主要检查及其结果
- ❖ 应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号



3.3 对健康问题的评估

- ❖ **健康问题评估（A）**是问题描述中的最重要的一部分。完整的评估应包括诊断（健康问题）、鉴别诊断、疾病或问题的严重程度及预后等。
- ❖ 其中诊断是指经治医师根据患者就诊时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。第一诊断要与主诉相符合。待查病例应列出可能性较大的诊断。

(Assessment)

ICPC的分类标准

- ❖ 全科医疗所评价问题的名称须按统一使用的分类系统来命名。——基层医疗国际分类系统（ICPC）
- ❖ 评价不同于以往的以疾病为中心的诊断，其内容可以是疾病、生理问题、心理问题、社会问题，未明确原因的症状和/或主诉等。
- ❖ ICPC中如“头痛”这样的分类和诊断更贴近。

3.4 问题的处理计划

- ❖ **处理计划（P）**：是依据问题而提出，体现以“患者为中心、预防为导向”，按照“生物-心理-社会医学模式”计划内容全方位考虑而制定出的策略，而不仅限于开出药物。
- ❖ 计划内容一般应包括诊断计划、治疗策略（包括用药和治疗方式）、对病人的教育等。

(Plan)

从一个SOAP病历看全科特点

- ❖ 患者男性，46岁。近3个月，间断感觉头部胀痛不适，不太影响生活。自行服用止痛片后可好转。近1~2天因工作问题和同事稍有争执后，头部胀痛较前加重，伴头晕。










“S”

❖ **主诉:** 间断头痛3个月，加重伴头晕2天。



您的健康情况都在这里！
电子健康档案
低盐低脂饮食




(Subjective)

“S”

❖ **现病史:** 患者近3个月每因工作紧张不顺出现头部胀痛，枕部明显，无放射痛，服用止痛药后可好转，每次持续约3~4小时，不影响日常生活。无发热、鼻塞，不伴视物异常、眩晕、恶心、呕吐、肢体无力，无精神症状及癫痫。头痛与体位变化无关，每月出现2~3次，发作时曾在单位医务室测量血压多次，为145/100 mmHg 左右，未服药物。2天前，因工作问题和同事稍有争执后又出现头痛症状，程度较前稍重，伴头晕，烦躁、口苦咽干、无视物旋转。发病以来时有睡眠不佳、饮食如常，小便黄、大便干，体重无变化。

(Subjective)








“S”

❖ **既往史:** 否认高血压、糖尿病、冠心病病史，自诉无睡眠打鼾现象。素常偶因牙痛便秘自服牛黄解毒片等，目前未服用任何药物。

❖ **社会生活史、家庭情况和生活习惯:** 大专文化，公司高管，工作繁重，工作氛围紧张；家庭关系和睦；吸烟27年，15~20支/天，不饮酒；平素喜食咸菜和辛辣饮食；喜对抗运动。

(Subjective)








“S”

❖ **家族史:** 父亲65岁时死于卒中；母亲70岁时死于肺部感染；妻女体健。

❖ **过敏史:** 否认食物、药物过敏史。

(Subjective)








“O”

❖ **神识清**，情绪易激，面色略红，双目有神，形体适中。语声洪亮，口气较重。毛发皮肤无异常。

❖ **舌象:** 舌苔薄黄，舌质红而无瘀点，舌体大小适中无齿痕，活动自如，舌底脉络色红，未见迂曲。



(Subjective)

“O”

❖ 头颅大小形态正常，白睛不黄，红丝隐隐，五官牙齿未见异常。项部对称，活动灵活，无青筋暴露，胸部扁平，虚里搏动应手，腹软无癥瘕痞块，无青筋暴露。脊柱四肢无畸形、不肿，爪甲润泽。

(Objective)






“O”

❖查体：身高:174 cm；体重:75kg；体重指数：24.77kg/m²；腰围88cm；体温36.4℃，脉搏86次/分，血压150/105 mmHg

❖神志清楚，精神可，情绪易激。视野粗测无异常，眼球无压痛；鼻窦无压痛；无颈抵抗；颈动脉未闻及血管杂音，双肺呼吸音清晰，心律齐；腹部查体未见异常，脐周未闻及血管杂音；病理征（-）。



(Objective)

“O”

❖辅助检查：血常规、尿常规、生化、心电图、胸片、超声心动图、颈动脉超声、眼底检查待回报。

(Objective)






“A”

❖诊断：高血压（原因待查）2级（中危？）

❖鉴别诊断：原发性高血压和继发性高血压

(Assessment)

“A”



❖问题描述和评估：

❖该患者头痛为主要表现，多次测血压升高，可确诊为高血压；血压水平：2级；危险因素：吸烟；靶器官损害和鉴别诊断情况：待各项检查回报后确定。

❖生活上存在高盐饮食、喜食辛辣、吸烟、精神紧张易怒等健康问题。

❖患者预后与靶器官损害程度、生活方式改善及治疗依从性有关。

(Assessment)






“P”

❖1：诊断计划：完善检查，评估其它心血管危险因素、亚临床靶器官损害及临床情况，如怀疑继发性高血压转向上级医院。

❖2：治疗计划：如属中危，监测血压及其它危险因素1个月，如属高危，药物治疗。

(Plan)

“P”

❖3：健康教育计划：a：进行高血压知识的指导及高血压危险因素的评价。b：生活方式和行为指导：①低盐饮食和使用盐勺，少食辛辣，增加钾盐摄入；②教育患者戒烟；③教育患者保持良好的心境，减轻精神压力；④患者治疗依从性、家庭自测血压和家属情感支持教育；⑤告知患者诊治过程、约定完善检查后随访时间（告知高血压随访时间），告知患者出现血压>180/110 mmHg或剧烈头痛时须去专科医院就诊。

(Plan)

“P”

- ❖ 4: 养生指导: 推荐八段锦、舒心平血功等; 太冲、太溪、涌泉等按揉。
- ❖ 5: 中医治疗: 针刺、汤剂或成药。
- ❖ 6: 密切观察患者头痛缓解的情况。

(Plan)

病程记录

日常病程记录

姓名: 李强 性别: 男 年龄: 1天 科室: NICU 床号: 加9 登记号: 0000379265 病案号: 00476965

2012-05-21 07:25:06 抢救记录

患儿入院后反复呼吸暂停及青紫发作, 经皮氧饱和度在85-90%左右, 自主呼吸不规则, 无肺湿啰音, 全身反应弱, 给予吸氧, 气囊复苏处理后可恢复, 于今晚7:00患儿发生经皮氧饱和度下降至60-70%, 心率下降至50-60次/分, 立即给予清理呼吸道, 持续心肺复苏处理, 并于7:10、7:15分别给予1:10000肾上腺素针0.04ml静推注射, 患儿心率恢复至100次/分以上, 呼吸约30-40次/分, 不规则, 继续抢救治疗, 参加抢救人员: 儿科副主任医师、住院医师、值班护士。

2012-05-21 08:50:02 抢救记录

患儿于8:15再次发生病情变化, 氧饱和度下降至50-60%, 心率下降至60-70次/分, 立即给予持续心肺复苏, 呼吸囊复苏抢救治疗, 并于8:20、8:25应用两次1:10000肾上腺素0.04mg静推注射, 经过持续抢救无效, 心率、呼吸停止, 瞳孔瞳孔散大, 对光反应消失, 床边心电图提示一直线, 于2012.05.21.08:45宣布死亡, 上报医务科领导, 同意将患儿尸体运至太平间。

病程记录的定义

- ❖ **病程记录**是指继入院记录后, 经治医师对患者病情诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者病情的变化、重要的检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

卫生部: 病历书写基本规范(2010版)第二十二条,
陈文彬主编, 诊断学, 第7版, 北京: 人民卫生出版社, 2008: 235.

病程记录的分类

- ❖ 从记录的内容来看, 可分为**日常病程记录**(一般病程记录)和**特殊病程记录**两大类

(陈文彬主编, 诊断学, 第7版, 2008: 235.)

- ❖ 今天我们主要讨论日常病程记录书写一些相关问题

日常病程记录

日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性连续性。由经治医师书写, 也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写, 但应有经治医师签名。书写日常病程记录时, 首先应标明记录时间, 另起一行记录具体内容。



日常病程记录

- ❖ 对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录, 至少每天1次, 记录时间应当具体到分钟。对病重患者, 至少2天记录1次病程记录。对病情稳定的患者, 至少3天记录一次病程记录。

卫生部: 病历书写基本规范, 2010版, 第二十二条(二)

日常病程记录的内容

- ❖ 1. 病人自觉症状、情绪、心理状态、饮食、睡眠、大小便情况，可根据病情需要有针对性地记录。
- ❖ 2. 病情变化，症状、体征的改变或有新的发现，各项实验室及器械检查结果，以及对这些结果的分析判断和评价。
- ❖ 3. 各种诊疗操作的记录，如胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髓穿刺、腰椎穿刺、心导管检查、起搏器安置、各种造影检查等。

日常病程记录的内容

- ❖ 4. 对临床诊断的补充或修正以及修改诊断的依据。
- ❖ 5. 治疗情况，用药理由及反应，医嘱更改及理由。
- ❖ 上级医师查房记录即属于特殊病程记录也属于日常病程记录的内容（?）。
- ❖ 6. 家属及有关人员的反映希望和意见，医师向家属及有关人员介绍的情况。
- ❖ 7. 记录时间及签名。

日常病程记录

- ❖ 病程记录除了要真实及时外，还要有分析判断和计划总结，注意全面系统、重点突出、前后连贯。病程记录的质量可反映医疗水平的高低。



日常病程记录—1. 书写原则

- ❖ Less is more，重点突出、简明扼要；有分析、有判断；病情有预见、诊疗有计划；切忌流水账；疑难病例鼓励加入文献分析。
- ❖ 始终贯穿两条主线：
 - 方面真实、科学地患者病情现状、变化及转归
 - 方面准确地记录医生拟定或调整诊治方案的思维和科学依据，再现医生为救治患者所做的一切努力

日常病程记录—2. 病程格式

- ❖ **日期、时间**
- ❖ **Events**当日发生事件：如特殊检查、输血记录、多学科会诊、交待病情
- ❖ **Subjective**当前主诉：症状、疼痛、饮食、睡眠
- ❖ **Objective**客观结果：生命体征、出入量、体重、如实记录重点查体结果，有重点、条理清晰的摘录检验/检查结果
- ❖ **Assessment**评估：对目前存在的主要问题逐一分析，诊断及鉴别诊断，包括病情程度评估、预后判断等
- ❖ **Plan**诊疗计划：根据评估结果拟定下一步治疗方案，治疗决策变更

日常病程记录— 3. 及时签名

尚不能独立行医者需上级医师同时签名

赵久良 冯云路 主编. 协和内科住院医师手册（第2版）








病程记录的经典顺序—SOAP记录法

SOAP

- ❖ 主观陈述 (subjective)
- ❖ 客观体征 (objective)
- ❖ 评估 (assessment)
- ❖ 方案 (plan)








日常病程记录书写顺序

SOAP的记录顺序中，主观的（S）和客观的（O）数据都应记录，然后进行评估（A）以产生一个方案（P）

S & O → A → P



（日常病程记录书写顺序）

S—主观陈述（或主观的数据）

❖ 主观陈述：这里需要记录查房时患者主要主诉。与病历中的主诉一样，你可以使用患者的原话，也可以自己描述。和病历主诉不同之处在于，这里主要是指现在不适症状及活动性病变紧密相关的阳性和阴性症状。从这个方面来说，有点像病历中的现病史部分。



（Subjective）

S—主观陈述（或主观的数据）

❖ 主观的数据包括患者的症状从患者身上观察到的情况或者得到的信息。从本质上说，主观的信息都是描述性的，一般不能用诊断性测试或者程序进行肯定。大部分主观信息都是在获得病史的时候和患者交流得到的。



（Subjective）

O—客观体检（或客观信息）

❖ 客观信息（O）的主要来源是体格检查。其他相关的客观信息包括各种辅助检查结果。应注意记录体格检查和辅助检查的阳性结果和阴性结果，有关的阴性结果对某些疾病诊断和鉴别诊断也具有重要意义。



（Objective）

O—客观体检（或客观信息）

❖ 已经出结果的实验室检查项目应于记录，对暂时尚未出结果的实验室及器械检查项目也应记录，这点很重要，一些实验室检查要等数天或者数周才会出结果。列出尚未出结果的实验室检查项目可以帮助你查看是否已出结果。如果你写病程记录时，检查结果尚未出来，一定要确保以后追加记录。



（Objective）

A—评估

❖ 评估（A）是医师借助于所获得的患者的主客观信息进行分析讨论。首先应提出患者目前存在的问题，将诊断和鉴别诊断、治疗方案和普遍关心的问题有组织、有先后顺序地列出，并加以讨论。

(Assessment)

P—方案

❖ 根据评估的结果，制定相应的诊断和治疗方案或对现有方案修改或进一步完善。如果方案包括治疗中药物的改变，其改变的具体原因应该加以说明，药物、剂量、剂型、用药途经、治疗的持续时间及用药注意事项都应该包括在内。需要进行某些检查，其目的是什么？与患者交流的治疗信息（病情告知）也应当在此方案内。

(Plan)






日常病程记录书写举例（1）

2008—06—05 16:00

患者饮食好，无发热，无恶心、呕吐，无头痛、胸闷，24小时尿量3600m（应用利尿剂后）（主观陈述）。查体：T37.0℃，BP 140 / 90mmHg，双肺未闻及干湿性啰音，心率86次 / 分，律齐无杂音，双下肢轻度水肿。



化验回报：MA1440mg/L，转铁蛋白（TRU）93.7mg/L，NAG23U / L， α 1—微球蛋白（ α 1—M）15.7mg / L，MA / UCREA=3105mg/g↑；ANA谱：ANA1: 320，dsDNA弱阳性、nRNP（+），Sm（+），余正常（客观体检）。

日常病程记录书写举例（1）

于X主治医师查房：结合病史、临床表现及实验室检查，目前诊断明确，狼疮处于活动期（评估），现已应用激素及免疫抑制剂，应进行激素冲击前的检查，除外感染及细胞免疫功能低下的情况。患者血压较高，需调整降压药物，加用安博维150mgQD降压，注意肾功能及电解质变化情况（方案、诊疗计划）。



张××

日常病程记录书写举例（2）

2007—11—13

❖ 患者无明显口干、多饮、多尿，视物模糊较前稍好转，仍有头晕，无头痛，无眩晕，无腹胀、恶心、呕吐、腹痛。无冷汗、心悸、手抖等低血糖表现。查体：BP130 / 80mmHg，心肺腹（—），双下肢无水肿，双侧足背动脉搏动正常，双侧膝腱反射减弱。

日常病程记录书写举例（2）

❖ 辅助检查：监测血糖：空腹7—7.3 mmol / L，餐后两小时：5.9—14.8mmol / L，睡前：6.6—12.5 mmol / L。HbA1c 11.8%；UAER47.81ug/ml；24小时尿蛋白定量0.19g；胸片：双肺纹增多，主动脉迂曲，胸椎侧弯；颈椎X线片：颈椎病；腹部B超：未见异常；UCG：升主动脉增宽，左室舒张功能降低；肾动脉彩超：未见异常；颈动脉彩超：双侧颈动脉分叉处内中膜增厚；前列腺B超：前列腺钙化灶；肾血流：双肾血流灌注正常，右肾GFR45.6ml/min，左肾GFR52.6ml/min。

❖ 眼科会诊：双眼老年性白内障（轻度），处理：控制血压血糖，定期复查眼底（1年），显然验光。



日常病程记录书写举例（2）



- ❖ **李伟主治医师查房：**目前降糖方案为诺和灵30R16IU、10IU早晚餐前30分钟皮下注射、拜糖平50mg bid（与早中餐第一口饭嚼服）。患者合并颈椎病，有头晕，请骨科会诊，目前血压血糖控制可，继续按目前方案治疗。

李 伟



日常病程记录书写举例（3）



2008-12-12 09:00

- ❖ 患者精神、饮食可，无口渴、多饮，仍感乏力，昨日尿量1300ml。查体：BP 120/60mmHg，咽无充血，扁桃体不肿大，两肺未闻及干湿性啰音，心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，双下肢轻度可凹性水肿。



日常病程记录书写举例（3）



- ❖ **辅助检查：**血常规：WBC5.5×10⁹/L，RBC4.03×10¹²/L，HGB117g/L，PLT164×10⁹/L；尿常规：PRO+2，GLU+3，颗粒管型0-2HP，WBC0-3HP，24h尿蛋白定量：0.96g。尿蛋白电泳：白蛋白85.3%，球蛋白14.7%；血生化：Cr102μmol/L，BUN5.2mmol/L，UA510μmol/L，GFR 71.5ml/min/1.73m²；TP58.4g/L，ALB32.2g/L，GLB26.2g/L，A/G1.2，TB10.92μmol/L，ALT39U/L，AST29U/L；TC6.32mmol/L，TG2.64mmol/L，HDL-C1.09mmol/L，LDL-C4.28mmol/L；PT9.3秒，PTINRO.72，PT%213.69%，APTT26.5秒，FIB2.68g/L，TT19.70秒；FPG9.4mmol/L，糖化血红蛋白9.7%；胸片：右肺下野类圆形致密影，考虑钙化；ECG：正常心电图；彩超：脂肪肝（轻度）；低中频电诊断：示感觉振动阈值轻度风险；肢体动脉检查加测量：显示左侧胫后血流速度图异常；右侧ABI 0.99，左侧ABI 0.93。患者自测空腹及早餐后血糖分别为10.8mmol/L，19.7mmol/L。

- ❖ **眼科会诊：**糖尿病视网膜病变（单纯型）



日常病程记录书写举例（3）



- ❖ **王××副主任医师查房：**患者尿蛋白电泳为非选择性蛋白尿，提示主要为肾小球滤过功能受损，符合糖尿病肾病（DN）的诊断。关于DN的分期，ADA治疗指南（2007年版）已采用美国国家基金会（NKF-K/DOQI）对慢性肾脏病（CKD）的分期标准，分期的依据是肾小球滤过率，GFR≥90ml/min/1.73m²为1期，GFR 60-89ml/min/1.73m²为2期，GFR 30-59ml/min/1.73m²为3期，GFR 15-29ml/min/1.73m²为4期，GFR <15ml/min/1.73m²为5期，按其标准，本患者GFR 71.5ml/min/1.73m²，应为慢性肾脏病（CKD）2期。



日常病程记录书写举例（3）



- ❖ 大剂量的ACEI类或ARB类药物，有减轻尿蛋白，保护肾功能的作用，可给予贝那普利5mg口服，逐步加致大剂量（贝那普利40mg/d），因小剂量只有降压作用。用药期间注意监测肾功能及血钾。血糖较高，改诺和灵30R为门冬胰岛素30注射液早30iu、晚30iu餐前皮下注射。血脂升高，存在高脂血症，选用阿托伐他汀钙调脂治疗。给予羟苯磺酸钙以改善视网膜病变。PT9.3秒↓，TT19.70秒↑，但均未超过3秒（超过3秒为异常），目前血液无高凝倾向，不需要抗凝治疗。

赵××



日常病程记录书写举例（4）



2010-06-12 15:00

- ❖ 患者饮食好，精神、睡眠可，无咽痛，无心悸、腹痛，24小时尿量1800ml。查体：T36.40℃，BP 120/80mmHg，双肺未闻及干湿性啰音，心率76次/分，律齐，无杂音，腹软，无压痛，双下肢无水肿。
- ❖ **辅助检查：**Scr115μmol/L，BUN14.2mmol/L，电解质正常。

日常病程记录书写举例（4）

❖ 周××副主任医师查房：患者激素冲击后未诉不良反应，血糖、血压稳定，无明显水钠潴留，无感染表现，待CD3、CD4结果回归后可给予环磷酰胺免疫抑制剂治疗，注意预防并发症。

周XX

SOAP记录格式与入院记录和首次病程记录

❖ 入院记录和首次病程记录也是SOAP记录格式的体现。其中的主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、月经史、家族史为主观陈述（S），体格检查和辅助检查为客观体检（O），首次病程记录为评估（A，以诊断和鉴别诊断的方式进行）和方案（P，诊疗计划）。

S & O → A → P

日常病程记录的重要性

日常病程记录很花时间，而且坦率地说是项烦琐的工作。看起来好像用来照顾患者的时间被书写病程记录占用了，但是，**学习更好地书写病程记录，可能会给你带来一辈子好处。**这些好处是：

- ❖ 帮助你发现你需要进一步学习的地方
- ❖ 组织你的思路
- ❖ 促使你重新思考前面制定的诊疗计划
- ❖ 回顾病案资料和其他人写的内容
- ❖ 确保你注意到所有动态的病情变化
- ❖ 回顾医嘱，发现错误和需要修改的地方

日常病程记录的重要性

- ❖ 帮助你证实你可能预见的未来问题
- ❖ 记录你努力工作的结果，让同行了解你的业务水平
- ❖ 给你提供了一个展示自己的才华和智慧的舞台
- ❖ 让你坐下来休息几分钟

参考文献

- ❖ 卫生部：病历书写基本规范，2010版。
- ❖ 陈文彬主编. 诊断学. 第7版. 北京：人民卫生出版社，2008：235~236.
- ❖ 徐丛剑主译. 病历书写. 北京：人民军医出版社，2006：99~115.
- ❖ 陈东生 主译. 临床药物治疗学. 病例分析. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2008：2.
- ❖ 赵久良 主编. 协和内科住院医师手册（第2版）. 北京：中国协和医科大学出版社，2014：8.

我的联系方式：

电话：02363873997
QQ：1055546329

每周三上午知名专家门诊
每周六上午特需专家门诊

Thank You !