

本科生病历书写教学常见问题及对策探讨*

陈淑云 左玮 万璇 (通讯作者)

(南昌大学第一附属医院呼吸与危重医学科 江西南昌 330006)

摘要: 目的: 分析本科生病历书写常见问题, 探讨本科生病历书写质量评分表在病历书写教学中的作用。方法: 选择南昌大学临床专业本科生共121名, 利用病历书写质量评估表进行病历书写培训, 比较培训前后病历的质量和缺陷情况。结果: 培训前收集大病历共121份, 根据病历质量评分表, 平均病历质量评分72.15分, 缺陷率超过50%的项目有: 主诉、现病史、体格检查和诊断。病历质量点评和培训后共纳入120份大病历, 平均病历质量评分为86.19分。培训后各条目缺陷率均有明显下降, 其中, 主诉(培训前73.6%vs培训后24.8%, $P < 0.001$)、现病史(培训前99.2%vs培训后72.7%, < 0.001)、体格检查(培训前94.2% vs 培训后14.9%。 $P < 0.001$)。结论: 病历书写质量评分表可以有效减少本科生病历书写的缺陷率, 起到辅助教学的作用。

关键词: 病历书写 病历质控 本科生 教学

中图分类号: R-4; G642 **文献标识码:** A

DOI: 10.12218/j.issn.2095-4743.2022.13.145

病历反映了疾病发生、发展、转归和诊疗情况的全过程, 是临床医师进行正确诊断、抉择治疗和制定预防措施的科学依据^[1]。一份完整的病历, 能反映医生在病情观察及诊疗过程中的思维活动, 同时也能衡量医生的医疗质量及业务水平。病历书写是诊断学教学的重要内容之一, 也是教学的难点之一。本研究归纳分析了本科生病历书写中的常见问题, 并探讨了表格式病历书写质量评估表在病历书写教学中的作用。

一、资料与方法

1. 一般资料 选择南昌大学临床专业2015级本科生共121名, 分别在病历培训前后书写住院大病历。选择南昌大学第一附属医院呼吸与危重医学科常见病、多发病住院患者20例, 以入院当天为调研时间。要求患者年龄在12~70岁, 性别不限, 具有清楚表达沟通能力, 并配合查体。

2. 方法 根据百分制病历质量评分表对每份大病历进行质控评分。病历质量评分表依据第八版《诊断学》^[1]、卫生部《病历书写基本规范》^[2]和本院《住院病案书写质量检查表》制定而成。评分标准分为主诉、现病史、体格检查等13个大项目, 每个大项又进一步细化为四十一个小项目, 并对每个小项目进行赋分。例如, “主诉”被划分为四个小项目: “主诉描述不确”“主要症状或发病时间有错误或遗漏”“字数超过20字”和“其他: 主诉不符合要求(不能导出第一诊断, 用疾病名称等)”。 “现病史”则包含的9个小项目: “现

病史时间与主诉不一致”“起病情况描述不清楚”“发病经过顺序不对, 条理性差或有遗漏”“主要症状特点不清楚”“伴随症状不清晰”“重要阴性症状不清楚”“治疗经过描述不全面或未能概要”“大小便等一般情况未描述或遗漏”和“病史如同病人口述的记录”。“体格检查”包含5个小项目: “体格检查项目不齐全”“体格检查记录格式不规范”“相关查体重点未描述”“专科检查未能全面正确”和“体格检查顺序错误”。

按照评分表格对学生第一次上交的大病历进行评分和总结, 后进行集中点评和分析, 针对病历书写中的常见缺陷进行分析, 教授书写要点和提高方案, 然后进行第二次病历采集和书写。

3. 统计学处理 应用SPSS20.0统计软件进行数据分析, 计数资料以率或构成比表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 培训前学生病历书写情况及问题分析

共回收大病历121份, 根据质控评分表, 病历平均得分72.15分。其中, >90 分、 $80 \sim 90$ 分、 $60 \sim 80$ 分和 <60 分等各分数段的比例分别为2.5%、22.3%、54.5%和20.7%。缺陷率较高的项目及存在的主要问题见表1。缺陷率超过50%的项目有: 主诉(“主诉描述不确切”(81.0%), “时间描述不精确”(53.7%))、现病史(“主要症状特点不清楚”(71.1%), “治

*基金项目: 江西省学位与研究生教育教学改革研究项目(项目编号: JXYJG-2020-017); 江西省精品在线开放课程(项目编号: 2019-2-0046)。

疗经过描述不全面或未能概要”(81.0%),“发病经过顺序不对,条理性差或有遗漏”(51.2%),“病史如同病人口述的记录”(63.6%),体格检查(“记录格式不规范”(75.2%),“专科检查未能全面正确”(58.7%))和诊断(“次要诊断遗漏”(67.8%))。

表1 主要缺陷项目和原因

缺陷项目	缺陷率
治疗经过描述不全面或未能概要	81.0%
体格检查记录格式不规范	75.2%
主要症状特点不清楚	71.1%
次要诊断遗漏	67.8%
病史如同病人口述的记录	63.6%
主诉描述不确切	60.3%
专科检查未能全面正确	58.7%
时间描述不精确	53.7%
发病经过顺序不对,条理性差或有遗漏	51.2%
伴随症状不清晰	49.6%
辅助检查记录不规范	43.8%
字迹潦草或涂改或拷贝或逻辑错误	43.8%
重要疾病史遗漏或不清晰	42.1%
起病情况描述不清楚	38.8%
体格检查项目不齐全	38.8%
重要阴性症状不清楚	34.7%
吸烟饮酒史描述不详细	32.2%

2. 培训后学生病历书写情况

病历质量点评和培训后进行第二次病历采集和书写,共纳入120份大病历,平均得分86.19分。>90分、80~90分、60~80分等各个分数段的比例分别为25.4%、55.6%和19.0%,没有低于60分病历。培训后,优秀病历比例明显升高,培训前存在的各种缺陷情况也明显改善,有统计学意义(表2)。其中体格检查项目和辅助检查项目经过培训后缺陷率下降最为明显,而系统回顾中2个小项目(“系统回顾项目遗漏”“系统回顾有关阴性病史未提及”)在培训后更是未再出现缺陷。在小项目中“大病历书写顺序及格式不规范”“次要诊断遗漏”“病历摘要项目有遗漏”等情况也明显好转。培训后仍存在较高缺陷率的项目主要为现病史,主要缺陷内容:“治疗经过描述不全面或未能概要”(35.1%)“发病经过顺序不对,条理性差或有遗漏”(35.1%)“病史如同病人口述的记录”(29%)和“伴随症状不清晰”(27.8%)。

三、讨论

病历书写是诊断学教学的重点之一。本文统计分析本科生病历书写教学过程中常见的问题,发现其中缺陷率最多的是现病史(99.2%)、体格检查(94.2%)、病史摘要(82.6%)和主诉(73.6%)。谢玲玲^[3]等在指导本科生书写儿

表格2 培训前后项目缺陷情况比较

体格	缺陷率		χ^2	P值
	培训前	培训后		
一般情况	55.4%	8.3%	61.886	<0.001
主诉	73.6%	24.8%	57.553	<0.001
现病史	99.2%	72.7%	35.041	<0.001
既往史	52.1%	21.5%	24.330	<0.001
系统回顾	6.6%	0%	8.274	0.004
个人史	36.4%	5.8%	34.011	<0.001
婚育史	20.7%	4.1%	15.220	<0.001
家族史	3.3%	1.7%	0.684	0.408
体格检查	94.2%	14.9%	153.600	<0.001
辅助检查	52.1%	9.9%	50.255	<0.001
病历摘要	82.6%	45.5%	36.340	<0.001
诊断	32.2%	22.3%	3.000	0.083
书写	52.1%	18.2%	30.483	<0.001

科病历是也发现病历书写中存在的主要问题是“现病史条理不清楚”(49%)、“现病史书写不规范”(55%)、“体格检查中缺乏针对性体征的重点描述”(67%)及“摘要概括性不强”(75%)。这与本研究中的病历缺陷情况较为相似。

进一步分析原因,现病史最常见的缺陷问题有“治疗经过描述不全面或未能概要”(81.0%)、“主要症状特点不清楚”(75.2%)等。现病史多呈流水帐式记录,这种情况可能与本科生缺乏内外妇儿等专科疾病的相应认知,且尚未形成较好的临床思维相关,故在病史采集后不能用简短的语言描述出疾病的主要情况及特点^[4]。为克服缺乏专科疾病认知和临床思维的问题,目前有提出以病案为基础的教学模式,无论是理论考试成绩,还是病历书写的规范性和完整性评分,接受病案基础培训模式组均显著高于传统模式组^[5,6]。但是这种病案为基础的教学模式更多地用于实习和规培医师。对于本科生教学来说,探索结构化框架的问诊模式或许更能提高学生的问诊能力及病历书写成绩^[7]。针对临床医生的闭环式病历书写质控一体化模式可以显著提高临床病历质量,即利用Excel表格形式,设立病历具体项目、书写要求、质控标准及扣分值等进行病历质量控制^[8]。为了让尚未进入临床的本科生更快,掌握病历书写技巧和关键点,本研究借鉴结构化问诊模式和临床医生病历质控模式等前期研究结果,利用细化的结构化表格进行病历书写教学和考核,现病史的缺陷率从99.2%降至了72.7%,有明显的统计学差异。主诉的缺陷率更是从73.6%降至了24.8%。这说明尽管缺乏相应的疾病认知,规范和详细的病历质量评价细则可以提高本科生病历书写的质量。

另外,培训前体格检查的缺陷率也非常之高,其中最常见的缺陷项目为“体格检查记录格式不规范”(75.2%)。本研究发现利用结构化病历质量评估表辅助教学可显著提高体格检查的书写质量,克服记录格式不规范的问题。培训前后体格检查缺陷率从94.2%降至了14.9%,这种进步的原因考虑为初学者对病历格式,特别是全身体格检查的项目内容及记录格式掌握欠佳;且在体格检查时动作不熟练或紧张不能获得患者配合和充分交流影响了阳性体征的发现^[9],培训后学生对体格检查的要点和记录格式均有了清晰的认知,实践过程则更加自信,效果也更好。因此,教学中,教师需反复强调病历书写的重要性、完整性和规范性,加强学生对病历书写的认知,并反复练习^[10],对内容不熟悉的学生看着范例完成体格检查书写是必经之路。

本研究为推广教学成果,所有患者均为临床真实住院病人,病史采集前未提供诊断关键词和电子病历模板,且均要求手写大病历。因此在评分表中加入了书写考核项目:“字迹潦草或涂改或拷贝或逻辑错误”“错别字”。值得注意的是培训前后这两个项目的缺陷率为43.8%vs5%和14.9%vs10%。可见在病历书写教学中不仅仅是方法的授予,还应强调病历的严谨性和法律属性,以端正学习态度。

病历书写是医学生临床实习期间重要的基础技能,教学的目的是让学生达到熟练掌握最新病历书写技术、技巧和规定。随着医院规模的扩大及患者数量不断增多,临床医生的工作繁忙,教学精力和时间均有限。再者目前临床上应用的住院病历评价采用传统的病案质量控制的评价表格,侧重从病历的完整性、时效性、结构性予以评价,缺乏对病历内涵的针对性反馈。本研究中的病历质量评估表既强调了住院病历的完整性,又兼顾了病历的内涵,侧重于教学的可行性和方法的可推广性,可更快更好地辅助本科生学生掌握病历书写的要点。此外,利用病历书写质量评估表辅助初学者学习病历书写,量化了病历质量,弥补了以往本科生病历书写中

缺少量化标准和相关评价方法的缺憾,为病历书写教学方法的改革和探索提供新的思路,为学校管理者制定病历教学政策提供科学依据。结合本研究提示,量化考评方法是有利于实习医师病历内涵质量稳步提高。然而,医学院校本科生病历书写技能及病历内涵质量的提高,将是一项长期而艰巨的任务。

参考文献

- [1]谢玲玲,陈锦.儿科见习医师临床病历书写缺陷及对策[J].科学咨询,2018:56-57.
- [2]刘力平,牛义军.病历书写存在的主要问题与对策[J].中国病案,2008,9(8):24-25.
- [3]孟红旗,朱凡特.病历书写中的质量缺陷[J].医学与哲学,2010,31(8):70-71,80.
- [4]蒋玉良,胡燕生.七年制医学生病历书写技能的训练[J].中国病案,2014,15(12):59-60.
- [5]李飞,张利平,黄超群.CBS模式在住院医师病历书写规范化培训中的应用[J].中国病案,2017,18(6):93-96.
- [6]葛倩,廖奎,李启富.案例教学方法在临床医学实习生病历书写教学中的应用[J].现代医药卫生,2017,33(1):144-145,152.
- [7]刘丽杰,郭楠,王玫,等.以结构化问诊框架提高中医本科生临床问诊能力[J].中国中医药现代远程教育,2017,15:10-11.
- [8]于燕平,郝晓丽,陈文梅,等.基于现状调查分析为基础的闭环式病历书写质控一体化模式的构建[J].中国卫生产业,2020,17:185-187.
- [9]庄则豪,王承党,陈玉丽.病历书写教学的常见问题与对策[J].福建医科大学学报(社会科学版),2004,5(1):51-53.
- [10]王银硕,商向明,初艳彬,等.病历书写质量调查分析[J].中国病案,2013,14(9):23-25.