

规范化病历书写在提升内科临床诊疗质量中的应用价值探讨

朱其芳, 吴洪, 傅倩芸

中国人民解放军联勤保障部队第906医院, 浙江 宁波 315000

DOI:10.61369/MRP.2026090017

摘要 : 目的 探讨规范化病历书写管理模式应用于内科临床工作中的效果, 为内科临床质量管控提供科学的管理方案。方法 选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月我院内科收治的 200 例住院患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与干预组, 各 100 例, 对照组采用内科常规病历书写管理模式, 遵循基础书写规范完成病历记录, 干预组实施系统化规范化病历书写管控模式, 对比两组患者病历书写质量评分、病历缺陷发生率、临床诊疗差错率、诊疗耗时及患者满意度。结果 干预组病历完整性、书写规范性、诊疗逻辑严谨性、记录及时性评分分别为 (96.35±2.12) 分、(95.87±2.36) 分、(97.12±1.98) 分、(96.58±2.05) 分, 显著高于对照组的 (88.26±3.54) 分、(87.54±3.68) 分、(89.15±3.22) 分、(88.69±3.41) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预组病历总缺陷发生率 3.00%、临床诊疗差错率 2.00%, 显著低于对照组的 16.00%、13.00% ($P < 0.05$); 干预组平均诊疗耗时 (4.26±0.85) h, 短于对照组 (6.18±1.02) h, 患者满意度 98.00%, 高于对照组 85.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 全流程规范化病历书写管理可显著提升内科病历书写质量, 规范临床诊疗行为, 减少诊疗缺陷与差错, 优化诊疗效率, 改善医患沟通效果, 对持续提升内科整体临床诊疗质量具有重要的临床应用及推广价值。

关键词 : 规范化病历书写; 内科; 诊疗质量; 病历缺陷; 临床管理

Exploring the Value of Standardized Medical Record Writing in Improving the Quality of Clinical Diagnosis and Treatment in Internal Medicine

Zhu Qifang, Wu Hong, Fu Qianyun

The 906th Hospital of the Joint Logistics Support Force of the Chinese People's Liberation Army, Ningbo, Zhejiang 315000

Abstract : Objective To explore the effect of applying a standardized medical record writing management model in internal medicine clinical work and to provide a scientific management plan for quality control in internal medicine. Methods A total of 200 inpatients admitted to our hospital's internal medicine department from January 2024 to December 2025 were selected as study subjects. They were randomly divided into a control group and an intervention group, 100 cases each, using a random number table. The control group followed the conventional internal medicine medical record management model, adhering to basic writing standards. The intervention group implemented a systematic standardized medical record writing management model. The study compared the two groups in terms of medical record quality scores, incidence of medical record defects, clinical diagnosis and treatment error rate, time spent on diagnosis and treatment, and patient satisfaction. Results The intervention group scored (96.35±2.12), (95.87±2.36), (97.12±1.98), and (96.58±2.05) for completeness, writing standardization, logical rigor in diagnosis and treatment, and timeliness of record keeping, respectively, significantly higher than the control group's (88.26±3.54), (87.54±3.68), (89.15±3.22), and (88.69±3.41) ($P < 0.05$). The total defect rate of medical records in the intervention group was 3.00%, and the clinical treatment error rate was 2.00%, significantly lower than the control group's 16.00% and 13.00% ($P < 0.05$). The average time spent on diagnosis and treatment in the intervention group was (4.26±0.85) hours, shorter than the control group's (6.18±1.02) hours. Patient satisfaction was 98.00%, higher than the control group's 85.00% ($P < 0.05$). Conclusion A full-process standardized medical record writing management can significantly improve the quality of internal medicine medical records, standardize clinical diagnosis and treatment behaviors, reduce

defects and errors, optimize diagnosis and treatment efficiency, and improve doctor-patient communication. It has important clinical value and promotion potential for continuously enhancing the overall quality of internal medicine clinical care.

Keywords : standardized medical record writing; internal medicine; quality of diagnosis and treatment; medical record deficiencies; clinical management

病历是医务人员对患者疾病诊疗全过程的真实文字记录,是临床诊断、治疗方案制定、病情预后评估的依据,也是医疗质量管控、医疗纠纷处理、医学科研教学及医保结算的重要原始凭证。内科作为医院核心临床科室,收治疾病种类繁多、病程长短不一、合并症与并发症较多,诊疗流程繁琐,对病历书写的完整性、规范性、及时性、严谨性要求极高^[1]。临床实践中常规病历书写模式部分临床医师尤其是低年资医师书写随意性强、诊疗逻辑记录混乱、关键病程记录缺失、辅助检查结果分析不规范、医患沟通记录不完善等问题频发,不仅直接降低病历书写质量,导致诊疗流程不规范,增加漏诊、误诊、治疗方案偏差等诊疗风险,还易引发医患纠纷,影响医院整体医疗质量与口碑^[2]。随着现代医疗质量管理体系的不断完善,病历质量已成为评价临床诊疗水平、医疗安全管控成效的核心指标之一,规范化病历书写管理也成为内科质量持续改进的重点工作^[3-4]。本研究分析规范化病历书写对内科临床诊疗质量的提升效果,为内科精细化医疗质量管理提供依据。

一、一般资料及方法

(一) 一般资料

选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月我院内科收治的 200 例住院患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和干预组,每组 100 例。对照组:男 53 例,女 47 例;年龄 42 ~ 78 岁,平均 (60.35 ± 8.62) 岁;住院时长 5 ~ 22d,平均 (11.26 ± 3.58) d;疾病类型:心血管疾病 38 例,呼吸系统疾病 32 例,消化及内分泌疾病 30 例。干预组:男 51 例,女 49 例;年龄 40 ~ 79 岁,平均 (59.87 ± 8.95) 岁;住院时长 4 ~ 23d,平均 (10.98 ± 3.65) d;疾病类型:心血管疾病 36 例,呼吸系统疾病 33 例,消化及内分泌疾病 31 例。两组患者一般资料对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:①符合内科住院诊疗指征,住院时长 ≥ 4 d;②诊疗资料完整,可完成全程病历记录追踪;③患者及家属知情同意;④接诊医师为本院内科在岗执业医师。

排除标准:①急诊抢救、临终放弃治疗患者;②合并精神疾病、认知障碍,无法配合诊疗沟通者;③中途转科、转院,病历资料不完整者。

(二) 方法

1. 对照组采用内科常规病历书写管理方法:医师按照《病历书写基本规范》基础要求完成入院记录、病程记录、医嘱记录、检查报告粘贴、出院小结等常规书写工作。科室实行出院终末检查模式,患者出院后由科室质控员统一抽查病历,发现书写缺陷后简单反馈。

2. 干预组在常规诊疗基础上实施系统化全流程规范化病历书写管控模式:针对内科不同年资医师制定差异化培训方案,彻底解决低年资医师书写不规范、高年资医师书写随意化问题。低年资医师开展基础书写规范培训,重点讲解病历书写格式、必填项目、病程记录时间节点、症状体征描述标准、辅助检查结果规范录入,结合内科常见病病历模板实操演练;中年资医师重点讲

解诊断依据书写、鉴别诊断分析、治疗方案调整记录、病情变化追踪记录、医患沟通记录规范;高年资医师开展病历内涵质量培训,重点讲解危重病例记录、疑难病例分析记录、诊疗风险预判记录、科研型病历书写规范。

结合内科疾病诊疗特点,定制心血管、呼吸、消化、内分泌四大类专科标准化病历模板,统一入院记录、首次病程、日常病程、上级查房记录、病情变化记录、出院记录的格式、内容框架、书写逻辑。病情变化记录必须精准记录变化时间、症状体征、辅助检查结果、医师分析、调整方案、处置措施、预后评估,杜绝笼统化、模板化敷衍记录。

构建每日自查 + 科室日查 + 质控周查三级动态督查体系,医师自查,每日下班前核对当日病程记录、医嘱、检查结果记录,确保记录及时、内容真实、逻辑通顺;科室质控员日查,每日抽查当日新入院、危重、病情变化患者病历,实时筛查书写缺陷,当日反馈、当日整改。

建立病历缺陷台账,对督查发现的漏项、错项、逻辑混乱、记录滞后等问题逐一登记,明确缺陷责任人、整改时限。针对重复出现的共性缺陷,召开科室质量分析会,剖析问题根源,制定针对性整改措施;针对个性缺陷,一对一指导医师整改,整改完成后二次复核,确保缺陷彻底清零。

将病历规范化书写质量与医师绩效、评优评先、职称考核挂钩,设置病历质量考核分值,对零缺陷病历予以加分奖励,对重度、重复缺陷病历予以扣分、通报批评。建立年度病历质量档案,记录医师全年书写质量、缺陷频次、整改情况,形成长效约束机制,从根本上提升医师规范化书写意识。

(三) 观察指标

病历书写质量评分:采用内科病历质量评分标准,从病历完整性、书写规范性、诊疗逻辑严谨性、记录及时性 4 个维度评分,每个维度满分 100 分,分值越高代表病历书写质量越高^[5]。

统计两组病历缺陷情况,包含项目缺失、书写错误、记录滞后、逻辑混乱、诊断依据不全、医患沟通记录缺失等,计算总缺

陷发生率（总缺陷例数 / 总例数 × 100%）。

统计两组诊疗差错率（漏诊、误诊、治疗方案偏差、医嘱错误）、平均诊疗耗时、患者满意度。患者满意度采用院内自制医患满意度问卷，满分 100 分，≥ 90 分为满意，计算总满意度（满意例数 / 总例数 × 100%）。

（四）统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以均数 ± 标准差表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。所有数据结果精确保留小数点后两位。

二、结果

（一）两组病历书写质量评分对比

干预组病历完整性、书写规范性、诊疗逻辑严谨性、记录及时性各项评分显著高于对照组，组间对比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组病历书写质量评分对比（分）

组别	例数	病历完整性	书写规范性	诊疗逻辑严谨性	记录及时性
对照组	100	88.26 ± 3.54	87.54 ± 3.68	89.15 ± 3.22	88.69 ± 3.41
干预组	100	96.35 ± 2.12	95.87 ± 2.36	97.12 ± 1.98	96.58 ± 2.05
t 值	—	19.760	19.020	20.150	18.930
P 值	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

（二）两组病历缺陷发生率对比

干预组病历总缺陷发生率为 3.00%，显著低于对照组的 16.00%，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组病历缺陷发生率对比 [例（%）]

组别	例数	项目缺失	书写错误	记录滞后	逻辑混乱	总缺陷发生率
对照组	100	5 (5.00)	4 (4.00)	3 (3.00)	4 (4.00)	16 (16.00)
干预组	100	1 (1.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	1 (1.00)	3 (3.00)
χ^2 值	—	—	—	—	—	9.830
P 值	—	—	—	—	—	< 0.05

（三）两组临床诊疗质量指标对比

干预组临床诊疗差错率 2.00%，低于对照组 13.00%；平均诊疗耗时短于对照组；患者满意度 98.00%，高于对照组 85.00%，各项指标对比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 3。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 病历书写基本规范 [S]. 北京：卫生部，2010.

[2] 高晓苑，孙兰迪，秦晓蕾，等. 病历智能书写助手在住院病历实践中的应用效果研究 [J]. 协和医学杂志，2025，16 (2): 245–251.

[3] 王玉龙. 中国康复医学会老年康复专业委员会. 格式化和智能化老年康复住院病历关键要素书写规范专家共识 [J]. 康复学报，2026，36 (2): 89–95.

[4] 张翔，张亮，冯占春，等. 贫困地区乡镇卫生院住院病历书写规范现状分析与对策 [J]. 中国卫生事业管理，2005，21(4): 243–245.

[5] 李娟，张莉，陈静. 全流程质控管理在提升内科病历质量中的应用 [J]. 中国卫生质量管理，2023，30 (5): 45–48.

[6] 刘敏，赵刚，杨红. 分层培训结合标准化模板对内科病历书写质量的影响 [J]. 临床内科杂志，2024，41 (7): 472–474.

[7] 迟云飞，徐成峰，陈琦，等. 临床医学专业实习生病例书写问题分析及对策探讨 [J]. 中华临床医师杂志（电子版），2016，10(4): 599–602.

[8] 弓彬，弓学年，付明华. 老年病病历规范化书写的注意事项 [J]. 中外医疗，2008，27(36): 186–186.

[9] 陈宇，林小燕，黄丽. 病历缺陷闭环管理对降低内科诊疗差错的价值 [J]. 中国病案，2023，24 (8): 32–35.

[10] 王文霞，李亚梅. 运用疾病诊断相关组理论规范中医病历书写 [J]. 中国中医基础医学杂志，2014，20(4): 485–486.

表 3 两组临床诊疗质量指标对比

组别	例数	诊疗差错率 [例（%）]	平均诊疗耗时（h）	患者满意度 [例（%）]
对照组	100	13 (13.00)	6.18 ± 1.02	85 (85.00)
干预组	100	2 (2.00)	4.26 ± 0.85	98 (98.00)
χ^2 /t 值	—	8.720	14.560	9.780
P 值	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05

三、讨论

医疗质量与医疗安全是医院发展的核心，病历质量是医疗质量的载体，直接贯穿疾病诊断、治疗、预后全过程，内科疾病具有复杂性、多样性、迁延性特点，多数患者合并基础疾病，诊疗方案需根据病情动态调整，对病历记录的连续性、精准性、逻辑性要求高。不规范的病历记录会直接引发多重诊疗风险，病历信息缺失、逻辑混乱会导致上级医师诊疗判断偏差，引发漏诊、误诊、治疗方案不当等问题，记录滞后、沟通记录缺失易引发医患纠纷，无法保障医疗工作溯源性，病历质量不达标会影响医保结算、医学科研数据真实性，制约科室医疗质量持续提升^[6–8]。研究结果显示，干预组病历书写评分显著高于对照组，病历总缺陷发生率 3.00%，低于对照组 16.00%，表明规范化管控可全方位提升病历质量，有效规避书写漏洞。标准化模板的应用统一内科病历书写标准，杜绝内容缺失、逻辑混乱、表述不规范等共性问题，动态质控与闭环整改实现病历质量的持续优化，大幅提升病历记录的真实性、完整性、及时性与严谨性。病历是诊疗行为的真实记录，病历质量的提升直接带动临床诊疗质量的全面优化，本研究数据显示，干预组诊疗差错率降至 2.00%，显著低于对照组，诊疗耗时明显缩短、患者满意度显著提升。规范化病历书写要求医师精准梳理病情、完善诊断依据、细化诊疗方案、动态追踪病情变化，使医师规范自身诊疗行为，严谨开展病情评估与方案制定，从源头减少诊疗疏漏，完整、规范的病历记录可为后续诊疗、上级查房、会诊讨论提供精准参考，优化诊疗流程，减少重复检查、方案调整耗时，提升诊疗效率^[9–10]。

综上所述，系统化全流程的规范化病历书写管理模式，可有效解决内科传统病历书写存在的缺陷问题，显著提升病历书写质量，规范临床诊疗行为，降低诊疗差错风险，优化诊疗效率与医患沟通效果，具备极高的临床应用与全面推广价值。