

中医教学

对书写中医病程录的几点看法

重庆市中医研究所 郭 铭 信

书写既能反映中医辨证论治特点，又切实可行的中医住院病历，是关系到提高医疗质量、发展中医学术的重要问题。有鉴于此，笔者根据临床、带教和指导下级医生书写中医内科住院病历的体会，就其中病程录部分的基本要求与书写方法，谈几点不成熟看法。

掌握记录病情的重点

病情记录是医者将查房搜集到的四诊资料经过分析归纳、综合整理而成。在记录时，对反映病情变化的各种症状、体征的改变，应区别其主次，重点突出。

主症变化是记录的重点。主症是病证必见之主要症状，常为病人最关心或最感痛苦之处，往往是病机证结的外在表现。例如咳嗽病患者的咳嗽，是病变及肺的有力证据。对咳嗽的变化，如声响、次数、程度、发作时间等，均宜一一记录。对体征在辨证中占特殊位置者，也应与主症同等看待。如温病伤阴的诸种表现中，以舌之润燥、苔之有无，最为敏感而重要，对判断伤阴来说，舌苔的变化即应作为重点来记录。当然，主症也具有相对性、可变性，这是由于原来主症的好转、消失，其他症状有可能成为新的主症，或因发生了合并症、并发症，使原来的主症退居次要地位。

病情突变，或骤然加重者，应详细记述。前者意味着证的变化，或发生了新的疾病；后者则是邪势暴张或正气衰败的反映。如胃脘痛发生呕血，则主要矛盾转化为呕血，必须综合与之有关的四诊资料，始能进行辨证处理。又如温病气分高热患者热势突然下降，若欲识别其为邪热消退、邪热内闭或正气欲脱，亦需要有详细的病情记录为依据。

与特殊治疗有关的病情变化，也应作为记录的重点。对常法治疗不满意而采用变法者，需仔细记录服药后的反应，以便与原有估计比较，借以肯定或修正原来的设想。如肺痈中期，用清热解毒、宣肺排脓无效，改用托毒排脓，除记录痰的色质、气味、数量等是否好转外，还应记录有无肺气壅塞、化火碍邪的证候出现。

理论用药可能引起但并未出现的副作用也应记录。如治疗属于温病范畴的“乙脑”，不完全按卫气营血论治，提前应用治疗下一层次的药物，未见引邪深入的弊病；又如把十九畏中的人参与五灵脂配合应用，未发现副作用，均属此范围。

此外，在病程记录中，还必须记录药物的副作用。熟谙药物的副作用，有意识地进行观察，其一旦出现，即应采取相应对策。对可能发生而未发生副作用者，亦应酌情记录。还应提请注意的是，最近陆续发现一些中草药有新的副作用，其中包括中毒和过敏反应。应该了解它们的临床表现和防治方法，以免把药物的不良反应误认为其他原因，而贻误病情，甚至错过抢救时机。

重视辨证在病程录中的主导地位

记录病情的目的乃是为辨证服务，治则方药是否变换，也必须以辨证结果为依据。因之，辨证应贯穿于诊治过程的始终。

辨证贵乎“准”。凡原辨“病”、辨“证”错误，或失之准确者，均应进行修正。如病名不当。仅注意病人呼吸困难诊断为喘证，而忽略其喉间痰鸣如水鸡声者，则应更正病名为哮喘。病名遗漏。如患者既往有黄疸史，继而发现胁下痞块，入院时腹部膨隆，白珠及皮肤发黄，小便短少，若只诊断为鼓胀者，则应补充诊断为：鼓胀，症积，黄疸。并结合其他见症判断鼓胀是属气鼓、水鼓或虫鼓；黄疸为阳黄或阴黄。病名重复。如因患肺癆而致咳嗽，若诊断为肺癆、咳嗽者，应删去咳嗽，以肺癆或癆嗽诊断为妥。

在住院观察期中，若病情发生变化，而又不能用原疾病解释，则应考虑有发生新的疾病的可能，应尽快予以明确。在未发生新病，原有辨证又准确无误者，对证的变化、证与证之间关系的改变，主要应注意以下几种情况：(1) 随着病情好转，原来的证已不复存在或退居次要地位。如哮喘病人发作时多为肺实肾虚，哮喘一经控制，多转为肾虚。(2) 原证的病因病

消失后, 常有不同程度的气阴受伤证残留。(3) 在多种邪气并存的证候中, 由于各种邪气消退快慢不一, 而发生邪气比例的变化。如湿热俱重者, 可转为湿重热轻或湿轻热重。(4) 在病变涉及多脏腑多层次时, 可表现为某一部分的病变首先得到好转或纠正。如邪热蕴肺合并阳明腑实, 在用泻下药后, 腑实证消失, 而肺热证则相对消退较慢。

患者病情复杂, 真假疑似, 一时难以辨识者, 应通过治疗, 视其反应, 再定其证候性质, 此即试探法。它既可发生在入院之初, 也可在病程中出现。此时, 应在全面记录病情的前提下, 指出其疑似之处: 是阴证似阳, 或是阳证似阴? 是疑其为虚, 或疑其为实? 是疑其为寒, 或疑其为热? 是采用正面试探, 或反面试探? 前者如阳明病, 不大便六七日, 恐有燥屎, 乃少与小承气汤试之。药后转矢气者, 为有燥屎, 反之则无。后者如疑其虚用消导之法, 疑其实用温补之剂, 疑其寒则凉之, 疑其热则温之。凡消而不投, 补而觉滞, 凉则呕吐, 温则烦躁, 均为真虚、真实、真寒、真热之证。在用此法时, 一是药要精专, 二是剂量要轻, 并注意及时观察服药反应, 尽快明确证候性质。

要反映辨证论治的全过程

病程记录是医者诊治病人的系统记录, 应真实地反映辨证论治的全过程。除了每次记录病情时不忘突出重点, 避免遗漏、如实记录辨证结果外, 还要注意病情记录的前后衔接, 反映治则方药的变更情况, 同时根据治疗后的反应, 适时地对疗效进行判定, 俾能从纵向反映患者在治疗情况下的病情变化和医者对病证认识、处理的全貌。

注意病情变化的连续性与可比性, 是保证病情前后衔接的有效方法。所谓连续性, 是指对前面记录的内容, 后面要有所交待。这不仅指原有症状、体征是否发生变化, 发生了什么变化, 什么时候发生变化而言, 并且还包括治疗措施所要起的作用和所欲达到的目的是否达到, 如对诊为风寒表实证患者给用辛温解表剂, 意欲通过发汗而解除表证。药后汗出否? 汗出后表证解除否? 有关病机分析和病变发展趋势预测的各种可能性中, 出现了哪种情况, 如温病患者邪在肺卫, 是在肺卫即解, 或是发生了传变? 是顺传阳明, 还是逆传心包? 有无伤阴发生? 所有这些, 都要根据观察结果, 一一记录清楚。对未曾预料到的病情变化, 也要及时记录。有时, 由于主客观因素影响, 而致病情遗漏, 则应补充记录。

可比性乃是指通过前后记录之间比较, 能够反映

出病情的具体变化。这就要求不仅仅只记录症状、体征的增减, 而且还要注意它们在性质、程度和数量上的变化, 后者对判断某些病证由量变到质变, 由部分质变到全部质变的动态过程, 甚为重要。因之, 对反映体内病变的病理性产物, 如痰的颜色和性质, 大便性状及小便色泽等变化情况, 医者应逐日查看。对病人的自觉症状, 应详细了解程度和性质上的变化。对于能够计数和计量的症状和体征, 如哮、喘等呼吸困难病人每分钟呼吸次数, 痢疾、泄泻、淋证等患者每日大、小便次数, 水肿、癰闭、消渴病人的每日尿量, 痰饮(热)、肺病等病人每日的痰量, 心悸等脉搏速率异常者每分钟的脉搏次数等, 均应准确记录其数量。

以上所说, 是病情比较单纯的情况。对发生合并症者, 这些原则仍可参考, 只不过病情较为复杂罢了。

治则方药的变更在住院期间颇为常见。究其缘由, 一是治则方药乃因证而施, 即使入院时证治无误, 随着所治证的好转或消除, 治则方药也要相应变更, 很少有自始至终不变的情况。二是对错误辨证进行修正后, 或在病程中发生了新的病证, 致使标本关系改变, 治则方药势必也要变更。对这两类情况, 都要在紧接辨证后, 记录更改的治则和方药。另外, 还有治则、方药本身不当而需纠正者。治则不当, 或误不与正确的辨证相吻合, 或未能突出重点, 针对性不强; 或标本关系处理欠妥。如阴虚风动, 不分滋阴、熄风的主次, 痼疾新感, 不先治外邪仍继续治旧病; 虚人感冒, 不扶正解表而专事发散等。由于治则主次混淆, 不分标本, 必然影响选方用药。而方药不当不只是选方组药不合适, 还有剂量大小和配伍比例问题。同样药物组方, 比例不同, 其作用和疗效也不同。凡此种种, 都要在变更治则方药时加以说明, 以便从正反两方面汲取教益, 务必证治相符, 理法方药融为一体。

由于中医的治疗多是着眼于“证”, 并随证的变化而作相应变化, 故疗效判定不只是在出院时才进行, 治疗过程中, 也要适时地对“证”和方药进行疗效判定。对后者的疗效判断, 应根据证候变化情况而定。一般而言, 原有证候减轻或消失者为有效, 无变化者为无效, 加重或出现深一层次的证候者为恶化。若病人住院时间较长, 或疾病呈明显的阶段性, 还必须对阶段疗效进行估计。

更正: 1984年第1期68页右栏倒数第2行第4字后应加“食”字; 倒数第3行第10字“里”应为“黑”; 倒数第5行最后一字“多”应去掉。63页左栏第19行倒数第3字“温”应为“清”。