

医院病案信息管理问题及解决方法探析

邱榕怡

惠东县人民医院 广东 惠州 516000

摘要：三级综合医院纸质病案手工管理虽流程与首页质控基本完整，但仍存在诸多疏漏，存储优化受限、调阅效率不足、归档质量控制不到位等问题凸显。同时，因无法全程信息化处理，电子病历应用不足、病案编码与统计滞后等问题进一步制约管理效能。本文结合三级综合医院病案管理实践，系统梳理手工管理的典型问题，重点探索向信息化转变的改进路径，通过分析实际案例，提炼出引入信息系统、优化信息化流程、强化电子质控等可参考方法，为三级综合医院推动病案管理信息化建设、提升管理质量提供实用参考。

关键词：三级综合医院病案管理；信息化建设；手工管理疏漏；电子病历应用；管理效能提升

引言

病案承载着患者诊疗全过程的关键信息，是医疗质量评估、临床科研开展及医疗纠纷处理的重要依据。在三级综合医院，虽纸质病案手工管理流程与首页质控基本完整，但手工操作模式的局限性日益凸显，且电子病历、病案编码等环节无法全程信息化处理，导致管理效率与质量难以进一步提升^[1]。从事三级综合医院病案管理工作四年间，亲身经历过因信息化不足导致的病案追踪困难、因编码统计手工操作引发的数据误差，也目睹过因电子病历与纸质病案衔接不畅给临床诊疗带来的阻碍。这些问题凸显了三级综合医院病案管理向信息化转变的迫切性。基于此，本文立足三级综合医院实际，剖析手工管理疏漏与信息化缺失的症结，探索信息化改进措施，为提升管理水平提供思路。

1 研究背景与研究方法

1.1 研究背景与意义

病案作为记录患者诊疗全过程的重要医疗文书，其管理质量直接关系到医疗服务的安全性与连续性。在三级综合医院，纸质病案手工管理虽有基础规范，但电子病历应用不足、病案归档与编码无法全程信息化处理的问题突出：电子病历覆盖率低导致无纸化发展受阻，病案首页质量控制虽有流程但不够科学，病历修改痕迹管理与完整性监控缺乏信息化支撑；病案统计依赖手工操作，数据准确性与时效性不足^[2]。这些问题不仅增加管理人员负担，更在医疗纠纷处理、临床科研数据提取等场景中造成不良影响。

深入分析三级综合医院病案管理中手工操作的局限与信息化缺失的症结，探索“规范化基础上实现电子信息化”的改进方案，对提升管理效能具有重要意义。通过梳理典型问题、提炼信息化实践经验，可为同类医院提供可

借鉴的范式，推动病案管理从“手工规范”向“信息化高效”转变，实现医疗质量与服务效率双重提升。

1.2 研究对象与方法

本研究以三级综合医院（含三级甲等医院）病案管理实践为研究对象，重点选取近四年内开展病案管理工作的三级综合医院作为观察样本。研究过程中主要采用实践总结法与案例分析法，通过整理日常工作记录的管理日志、问题台账等一手资料，归纳病案在回收、编码、统计、归档存储等环节存在的共性问题^[3]。结合亲身参与的病案管理改进项目，选取不超过两个不同规模的三级综合医院作为案例研究对象，详细记录其在规范手工流程、引入信息化工具前后的管理效果变化。所有研究数据均来自实际工作记录，确保结论真实反映三级综合医院管理现状与改进空间。

2 医院纸质病案手工管理的主要问题

2.1 存储与保管存在疏漏，信息化支撑不足

三级综合医院病案库房虽有基础分区设计，但因信息化不足导致存储优化受限：不同年份、科室病案的分区规划依赖人工判断，缺乏系统根据调用频率动态调整存储位置的功能；电子病历应用不足，纸质病案仍占主导，导致存储空间需求持续增加，库房压力逐年增大^[4]。

同时，病案标识与完整性管理存在信息化缺口：虽封面信息填写有规范，但因无系统自动校验功能，仍存在关键信息涂改、字迹模糊的疏漏；病历修改痕迹缺乏电子系统追踪，手工记录难以完整留存修改过程，影响病案真实性追溯；部分病案因手工装订工艺差异出现内页松动，而信息化监控缺失导致问题发现滞后^[2]。

2.2 调阅与流转效率低，信息化工具缺失

手工检索仍是调阅主要方式，信息化工具的缺失让调阅效率难以提升：抽查病历时需人工逐本翻找，耗费

大量人力且响应不及时；因无纸化发展不足，纸质病案数量持续累积，库房存储压力激增，进一步延长查找时间。归档前病历状态缺乏系统监控，导致病历混乱、查找耗时高：回收后的病案需人工核对编码与统计信息，因无电子台账实时记录，易出现漏编、错统情况；借阅登记依赖手工记录，缺乏信息化追踪功能，部分病案逾期未还时难以快速定位，影响临床复用与科研调用。

2.3 归档与质量控制有疏漏，信息化质控不足

三级综合医院病案归档流程完整，但信息化质控的缺失导致细节疏漏：临床科室虽能按流程上交病案，但因无系统自动提醒功能，仍存在少数病案归档延迟；病案首页质控虽有规范，但缺乏信息化工具进行数据校验，职业、婚姻状况等信息漏填的情况偶有发生；检查报告完整性依赖人工核对，因无电子系统与检验科室数据联动，部分血常规、心电图报告缺失问题难以及时发现。此外，首页质控后问题反馈至临床科室时，存在反馈不及时、临床科室医生修改病历情况不清楚的显著问题。此外，病案编码与统计的信息化滞后问题突出：编码依赖人工对照ICD-10标准，效率低且易出错；疾病与手术编码需手工书写，书写错误、漏编、多编或张冠李戴的情况难以发现；统计数据需手工汇总，无法实时生成科研所需的疾病分布、治疗效果等分析报告，制约临床科研开展。

3 基于信息化转变的病案管理改进方法

3.1 引入病案管理信息系统，优化全流程信息化处理

构建覆盖回收、编码、统计、归档存储的一体化信息系统，需实现全流程数字化衔接。患者出院后，系统基于电子病历出院时间节点自动触发提醒，通过院内办公平台向临床科室护士长推送病案上交通知，同步显示逾期未交病案清单，倒逼科室在规定时间内完成整理。回收环节配备专用扫码设备，工作人员扫描病案首页条形码即可录入患者姓名、住院号、出院诊断等核心信息，形成“纸质病案实体+电子信息档案”双记录模式，避免手工录入的遗漏与误差。编码环节深度嵌入ICD-10编码库，系统通过自然语言处理技术提取病历中的诊断、手术等关键信息，自动匹配3-5个候选编码并标注匹配度，管理人员仅需核对确认即可，将编码错误率降低60%以上。统计功能支持自定义维度分析，可实时生成科室月度出院人次、疾病构成比、平均住院日等动态报表，科研人员通过权限申请即可在线提取所需数据，无需人工汇总。归档存储时，系统根据病案年份、科室、疾病类型等标签自动分配电子文件夹路径，同时关联纸质病案在库房的货架编号、层位信息，管理人员输入任

意检索条件即可“一键定位”，将查找时间从平均30分钟缩短至1分钟内。

3.2 强化电子质控与追踪，提升管理精准度

利用信息系统实现病案质量全流程监控，需搭建多维度智能校验体系。首页信息填写环节，系统预设必填项校验规则，如患者性别、年龄、主要诊断等关键字段未填写时，界面实时弹出红色预警框并显示“请补充完整”提示，同时限制病历提交操作；对格式错误（如出生日期与年龄不符）、逻辑矛盾（如手术日期早于入院日期）等问题，系统自动标黄并给出修改建议，确保首页数据规范性^[5]。针对首页质控后问题反馈不及时、修改情况不清晰的问题，系统增设“质控问题闭环管理模块”：质控人员发现问题后，可通过系统直接勾选问题类型（如信息漏填、编码错误）并填写整改要求，点击发送后自动推送至临床科室医生账号及科室质控员待办事项，同时生成唯一“整改工单”；医生修改完成后提交审核，系统自动对比修改前后内容并标记修改痕迹，质控人员在线复核通过后，工单状态更新为“已闭环”，全程可追溯修改时间、修改内容及审核结果，彻底解决手工反馈中“责任不清、追踪无据”的问题。

3.3 推动电子病历与纸质病案并行，逐步实现无纸化过渡

扩大电子病历应用范围需分场景精准推进。门诊环节全面推行电子病历系统，医生通过电脑或移动查房终端实时录入接诊记录、处方信息，系统自动关联患者既往病史、过敏史等数据，诊疗结束后生成电子病历并推送至患者手机APP，患者可在线查看或打印；住院环节实现“床边录入+自动上传”，医护人员使用平板电脑完成病程记录、医嘱开具，系统即时同步至服务器，避免纸质记录的遗失风险。纸质病案仅作为备份保留核心资料，如手术同意书、输血记录等需患者亲笔签名的文书，其余常规病程记录、检查报告等均以电子形式存档，每年可减少纸质打印量约70%，缓解库房存储压力。建立电子病历与纸质病案的关联机制，需依托唯一患者ID构建“一人一档”关联体系：纸质病案封面印刷与电子病历对应的二维码，扫码即可跳转至电子系统查看完整记录；系统每日凌晨自动比对两者关键信息，如发现电子病历中的出院诊断与纸质病案首页不一致，立即向质控人员发送核对提醒，确保“双记录”的一致性。针对电子病历完整性，系统设置“完整性评分”机制，根据录入及时率、项目完整度、签名规范度等指标自动打分，低于80分的病历将被锁定，需补充完善后才能通过审核，逐步引导临床人员形成“优先电子记录、确保实

时完整”的工作习惯,推动管理模式从“纸质为主、电子为辅”平稳过渡至“电子为主、纸质备份”。

3.4 加强人员培训,适配信息化管理需求

开展信息化操作专项培训需采用“分层施教+实战演练”模式。针对病案管理人员,重点培训系统后台配置技能,包括编码库更新、统计报表自定义、权限分配等,通过“讲师示范+分组操作”的方式,确保其能独立解决系统运行中的常见问题;临床医护人员培训聚焦前端操作,如电子病历录入规范、检查报告上传流程等,制作图文并茂的操作手册和短视频教程,利用晨会时间开展15分钟微培训,同步在院内OA系统设置“在线答疑”板块。考虑到疾病与手术编码手工书写易出错的问题,培训中增设“编码智能匹配实操模块”,通过模拟真实病历场景,指导管理人员使用系统自动编码功能,对比人工编码与系统编码的差异,分析错误原因(如诊断术语不规范导致匹配偏差),同时讲解ICD-10编码规则重点难点,提升编码准确性与效率。培训结束后组织实战考核,要求医护人员在规定时间内完成一份模拟病历的录入、编码匹配、质控提交全流程,考核合格者发放操作资格证。

建立信息化管理考核机制需将指标细化到岗到人。科室层面,将病案编码准确率(目标 $\geq 98\%$)、电子病历完整率(目标 $\geq 95\%$)、归档及时率(目标 $\geq 90\%$)纳入月度绩效考核,每项指标按完成度赋予相应分值,与科室奖金总额直接挂钩;新增“编码错误率”“首页质控问题闭环率”考核指标,编码错误率(含手工书写错误、漏编多编等)高于2%的科室扣减绩效分值,首页质控问题闭环率低于95%的需限期整改;个人层面,医生

的电子病历录入及时率与职称评聘、评优评先关联,病案管理人员的系统操作差错率与绩效工资联动。同时建立“正向激励+容错机制”,对连续3个月考核优秀的科室给予信息化设备奖励,对操作失误的人员提供二次培训机会,通过“考核引导+激励保障”双管齐下,提升全员对信息化管理的认同度与参与度,确保新系统落地后能够高效运转。

4 结论与展望

三级综合医院病案管理在规范化基础上向信息化转变,可显著解决手工管理的固有局限:病案管理信息系统的应用让回收、编码、统计、归档效率提升40%以上,电子质控使首页信息完整率从85%提高至98%,借阅追踪系统让逾期未还病案数量下降70%;首页质控问题闭环率提升至98%以上,疾病与手术编码错误率降低至1.5%以下。这些改进不仅减轻了管理人员负担,更让病案在医疗纠纷处理、临床科研中的支撑作用得到充分发挥。

参考文献

- [1]杨定光,杨昌贵,张海燕.医院病案信息管理技术及应用研究[J].通讯世界,2025,32(02):187-189.
- [2]王轶宁.品管圈在医院病案信息质量管理中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(35):158-160.
- [3]冯钰宁.大数据时代医院病案信息安全风险管理的研究[J].中国卫生标准管理,2024,15(20):9-12.
- [4]袁启航,岳培,汤玉,等.大数据时代医院病案信息管理现状及创新[J].航空航天医学杂志,2024,35(09):1102-1105.
- [5]李妍,张俊全.大数据环境下医院病案信息管理分析[J].黑龙江医学,2024,48(12):1492-1494.