

医学案例编写及入库规范

2015 年 5 月

一、案例总体要求

医学案例库是一个在线病例库及临床模拟诊断系统，应用于教学、培训和评估学生的临床思维能力。医学案例必须是真实医学病例，无学术争议，并且适合于专业学位硕士和博士研究生的临床教学（学习和考核），重点培养学生解决实际临床问题的能力。医学案例的采集必须符合伦理准则，得到患者的知情同意。

医学案例包括交互式病史采集、全面的体格检查、全面的辅助检查、诊断和鉴别诊断、处置方式、教学说明书、知情同意书。

医学案例的录入使用单机版的“病例录入系统”离线编写。病例录入系统的主要功能是为病例教学软件提供格式化的病例，供学生在教学软件中使用。

二、案例编写要求细则

一个完整的案例包括基本信息、问诊、体格检查、辅助检查、鉴别诊断、诊断和处置等案例内容，教学说明书，知情同意书以及对案例内容的各个项目进行赋分。赋分的目的是将案例用于考核研究生的临床思维能力，每个案例赋分总值为 100 分，赋分的总体原则是正确项目为正值、错误或干扰项目为负分。

病例录入系统除支持文字录入外，还支持体格检查和辅助检查的图片和视频资料上传。图片上传支持的文件格式为 jpg、bmp、png，文件大小不能超过 1M。视频上传仅支持 flv 文件格式，大小不能超

过 10M。图片和视频文件总大小不能超过 200M。

（一）基本信息

基本信息页面包括病例基本信息和病人基本资料。如图 1 所示：



图 1 基本信息录入界面

1、病例基本信息包括以下项目：

【案例名称】是指案例最主要的诊断名称。【症状描述】请用一句话描述案例的年龄、性别和最基本的症状。【诊断】是指案例的诊断，按国际疾病分类系统第 10 版 ICD-10 填写。【核心知识点】指该案例需要学生着重学习的内容和知识点，如“胸痛的鉴别诊断”、“急性心肌梗死合并左心衰的治疗”。【关键词】用于案例检索，由最主要诊断、最主要症状、重要并发症、特殊治疗等组成。【疑难指数】请参照诊断相关组 DRGs 进行评分。【案例提供者】请根据实际情况填写。【案例提供单位】请填写案例提供者所在的医学院校名称。

2、病人基本资料包括以下项目：

病人的姓名、性别、照片、年龄、出生年月、婚姻、籍贯、职业、

工作地点、主诉。照片需上传病人的正面免冠彩色头像，文件不能超过 100kb，文件格式为 jpg、bmp、png。

3、创建病例

选择病例类型，输入病例名称等病例基本信息，再输入病人的基本资料，点击确定，系统会在【我的文档】目录下生成以病例名称为文件名的病例文件。

4、打开病例

在菜单栏中选择文件->打开，找到已有的病例文件打开。

5、另存病例

在菜单栏中选择文件->另存为，可以将当前病例另存为其他的文件名或另存到其他位置。

（二）问诊

需将问病史的过程完整呈现，问诊采用交互式一问一答的形式。问诊的问题既需包含阳性症状的内容，也需包含阴性症状的内容，还需包含和诊断无关的问诊问题（至少两个问题）。同时需对每个问题进行赋分，根据和疾病诊断的关联重要程度，赋值为-2 至 2 分。

问诊页面如图 2 所示：

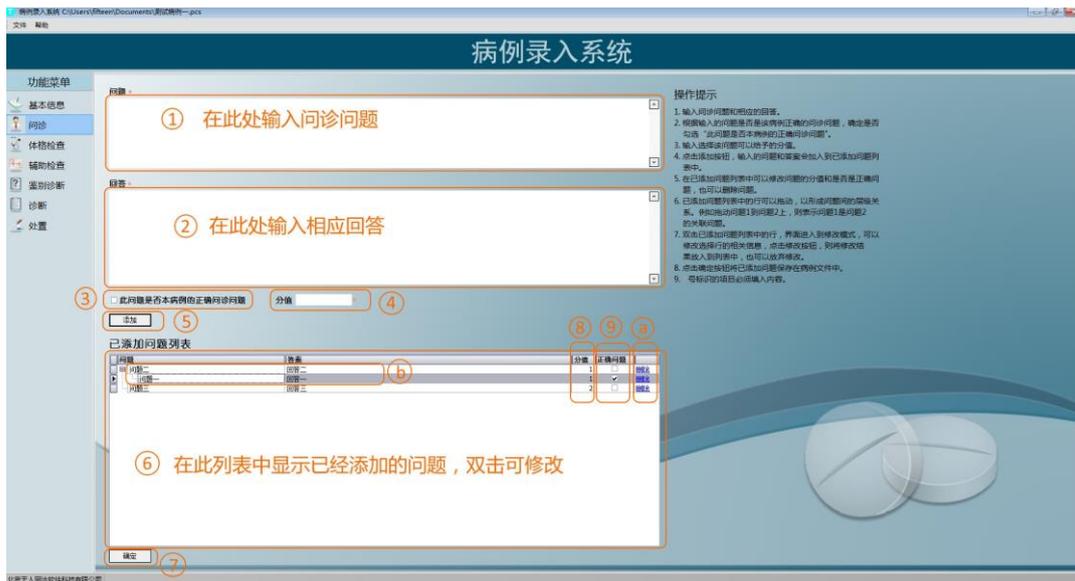


图 2 问诊内容录入界面

1、添加问诊问题

- 1) 在图 2 中①处所示的位置输入问诊问题。
- 2) 在图 2 中②所示的位置输入相应的回答。
- 3) 根据输入的问题是否是该病例正确的问诊问题，确定是否勾选“此问题是否本病例的正确问诊问题”，图 2 中③所示位置。
- 4) 在图 2 中④所示位置输入选择该问题可以给予的分值。
- 5) 点击图 2 中位置⑤处的【添加】按钮，输入的问题和答案会加入到【已添加问题列表】（位置⑥）中。
- 6) 可重复步骤 1) 到 6) 添加多个问题及回答。
- 7) 点击图 2 中位置⑦处【确定】按钮将新增加的问题保存到病例文件中。

2、删除问诊问题

在【已添加问题列表】中，点击【删除】（图 2 中位置@），会弹出如图 3 所示的系统确认提示框，点击【确定】，则删除此行；点击

【取消】则放弃删除。若进行了删除，最后点击图 2 中位置⑦处【确定】按钮将删除的问题从病例文件中去除。

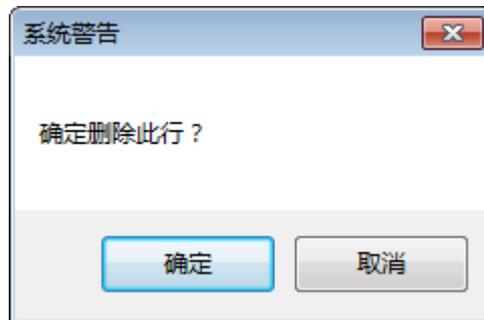


图 3 删除提示框

若想要删除的问题在鉴别诊断或诊断中被选择为了诊断依据，则不能删除，系统会弹出如图 4 所示的提示框。

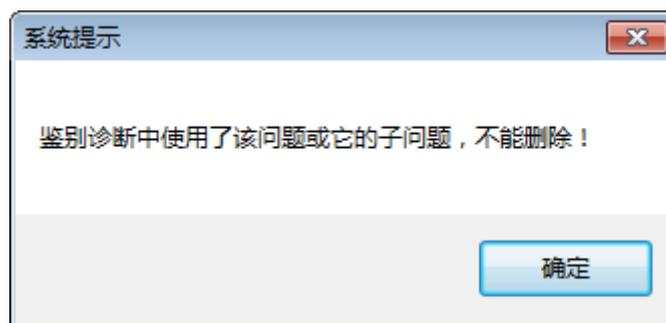


图 4 拒绝删除问诊问题提示框

3、修改问诊问题

可以直接在【已添加问题列表】中⑧处的位置修改问题的分值，在⑨处的位置修改“此问题是否是本病例的正确问诊问题”。

若要修改问题或答案的内容，可以在【已添加问题列表】中双击想要修改的行，则该行的内容会出现在录入时相应的位置，界面进入到修改模式，如图 5 所示。然后可以对问题进行修改，修改完成点击【修改】按钮，修改的结果会更新到【已添加问题列表】中；若要放

弃修改，则点击【放弃修改】按钮。若进行了修改，最后需要点击图 2 中位置⑦处【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

图 5 问诊问题修改界面

4、设置问题层级关系

若要设置问题间的层级关系，可以在【已添加问题列表】中进行拖动操作，例如拖动“问题一”到“问题二”上，则“问题一”变成了“问题二”的子节点，如图 2 中⑥处所示。然后点击图 2 中位置⑦处【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

（三）体格检查

体格检查应全面、客观、准确，所有体格检查项目均需录入，包括生命体征和一般情况、头颈部、胸部、腹部、脊柱与四肢、神经系统等。外科、妇产科等专业还需录入专科查体。体格检查项目既可以勾选检查列表提供的结果，也可以自行输入，对极具特征性的体征应上传图像和视频资料。同时需对每个体格检查项目进行赋分，根据和疾病诊断的关联重要程度，赋值为-1 至 2 分。

体格检查页面如图 6 所示：



图 6 体格检查录入界面

1、添加体格检查项目

- 1) 在检查一级类别列表中单击选择检查一级类别(图 6 中①处)。
- 2) 在检查二级类别列表中单击选择检查二级类别(图 6 中②处)。
- 3) 在检查项目列表中选择检查项目 (图 6 中③处)。
- 4) 在检查结果列表中分别选择症状、程度、部位, 这三个项目也可以自行输入(图 6 中④处)。
- 5) 若检查项目有子项, 则分别选择子项的症状、程度、部位, 同样可以自行输入。
- 6) 根据选择的检查项目是否是该病例的正确检查项目, 确定是否勾选“此项目是否本病例的正确检查项目”(图 6 中⑤处)。
- 7) 在图 6 中⑥处输入选择该检查项目可以给予的分值。
- 8) 若检查结果有图像, 可以点击图 6 中⑦处的【上传结果图像】按钮进行上传。支持的文件格式为 jpg、bmp、png, 文件大小不能超过 1M。

9) 若检查结果有视频, 可以点击图 6 中⑧处的【上传结果视频】按钮进行上传, 视频只支持 flv 格式的文件, 文件大小不能超过 10M。

10) 点击图 6 中⑨处【添加】按钮, 检查项目的相关信息会加入到【已选择的检查项目列表】(位置⑩) 中。

11) 重复步骤 1) 到 10) 可添加多项检查项目。

12) 点击图 6 中⑪处【确定】按钮将【已选择的检查项目列表】中的内容保存到病例文件中。

2、删除体格检查项目

在【已选择的检查项目列表】中, 点击【删除】(图 6 中位置⑫), 会弹出如图 3 所示的系统确认提示框, 点击【确定】, 则删除此行; 点击【取消】则放弃删除。若进行了删除, 最后点击图 6 中⑪处【确定】按钮将删除的检查项目从病例文件中去除。

若想要删除的检查项目在鉴别诊断或诊断中被选择为了诊断依据, 则不能删除, 系统会弹出如图 7 所示的提示框。



图 7 拒绝删除检查项目提示框

3、修改体格检查项目

可以直接在【已选择的检查项目列表】中⑬处修改检查项目的分值; 在⑭处添加、查看或删除图像; 在⑮处添加、查看或删除视频;

在①处的位置修改“此项目是否是本病例的正确检查项目”。

若要修改检查内容或检查结果，可以在【已选择的检查项目列表】中双击想要修改的行，则该行的内容会出现在录入时相应的位置，界面进入到修改模式。然后可以对检查项目进行修改，修改完成点击【修改】按钮，修改的结果会更新到【已选择的检查项目列表】中；若要放弃修改，则点击【放弃修改】按钮。若进行了修改，最后需要点击图 6 中位置②处【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

（四）辅助检查

辅助检查应尽可能全面，包括临床化学检验、微生物学检验、影像学检查、病理学检查、心电图、肺功能测定、内镜检查等。辅助检查应包含支持诊断和用于鉴别诊断的检查项目，还应包含和诊断无关的检查项目（至少两项）。辅助检查中必须包含血常规、尿常规、肝肾功能、胸部 X 线、心电图结果。对于心电图、影像学、病理学、内镜等检查既需录入文字结果，还需上传图像和视频资料。同时需对每个辅助检查项目进行赋分，根据和疾病诊断的关联重要程度，赋值为 -1 至 5 分。

辅助检查页面如图 8 所示：



图 8 辅助检查录入界面

1、添加辅助检查项目

- 1) 在检查一级类别列表中单击选择检查一级类别(图 8 中①处)。
- 2) 在检查二级类别列表中单击选择检查二级类别(图 8 中②处)。
- 3) 在检查类别则在检查项目列表中选择检查项目(图 8 中③处)。
- 4) 图 8 中④处输入检查结果, 参考结果会出现在⑤所在的位置。
- 5) 根据选择的检查项目是否是该病例的正确检查项目, 确定是否勾选“此项目是否本病例的正确检查项目”。(图 8 中⑥处)
- 6) 在图 8 中⑦处输入选择该检查项目可以给予的分值。
- 7) 若检查结果有图像, 可以点击图 8 中⑧处的【上传结果图像】按钮进行上传。支持的文件格式为 jpg、bmp、png, 文件大小不能超过 1M。
- 8) 若检查结果有视频, 可以点击图 8 中⑨处的【上传结果视频】按钮进行上传, 视频只支持 flv 格式的文件。文件大小不能超过 10M。

9) 点击图 8 中①处【添加】按钮，检查项目的相关信息会加入到【已选择的检查项目列表】(位置②)中。

10) 重复步骤 1)到 10)可添加多项检查项目。

11) 点击图 8 中③处【确定】按钮将【已选择的检查项目列表】中的内容保存到病例文件中。

2、删除辅助检查项目

在【已选择的检查项目列表】中，点击【删除】(图 8 中位置④)，会弹出如图 3 所示的系统确认提示框，点击【确定】，则删除此行；点击【取消】则放弃删除。若进行了删除，最后点击图 8 中⑤处【确定】按钮将删除的检查项目从病例文件中去除。

若想要删除的检查项目在鉴别诊断或诊断中被选择为了诊断依据，则不能删除，系统会弹出如图 7 所示的提示框。

3、修改辅助检查项目

可以直接在【已选择的检查项目列表】中⑥处修改检查项目的分值；在⑦处添加、查看或删除图像；在⑧处添加、查看或删除视频；在⑨处的位置修改“此项目是否是本病例的正确检查项目”。

若要修改检查内容或检查结果，可以在【已选择的检查项目列表】中双击想要修改的行，则该行的内容会出现在录入时相应的位置，界面进入到修改模式。然后可以对检查项目进行修改，修改完成点击【修改】按钮，修改的结果会更新到【已选择的检查项目列表】中；若要放弃修改，则点击【放弃修改】按钮。若进行了修改，最后需要点击图 8 中位置⑩处【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

(五) 诊断

诊断的名称从系统中的选择项中选择，主要诊断、次要诊断，选中诊断名称后需勾选诊断依据。同时需对诊断名称进行赋分，根据诊断的主次，赋值为 1-10 分。

诊断页面如图 9 所示：



图 9 鉴别诊断录入界面

1、添加诊断

1) 在图 9 中①处所示的单选框中选择“主要诊断”、“次要诊断”或是“并发症”。

2) 在图 9 中③处所示诊断结论列表中选择诊断结论，选择的诊断结论会显示在图 9 中④所示的区域。可以在②所示的输入框中输入关键字对诊断结论进行过滤，如图 10 所示。



图 10 通过输入关键字对诊断结论进行过滤

- 3) 重复 1) 和 2) 可以在一条诊断结论中添加多条内容。
- 4) 根据鉴别诊断结论是否是该病例的正确的诊断结论，确定是否勾选“此诊断是否是本病例的正确诊断”（图 9 中⑤处）。
- 5) 在图 9 中⑥处输入选择该诊断结论可以给予的分值。
- 6) 点击图 9 中⑦处【添加】按钮，系统会弹出选择诊断依据页面，如图 11 所示。

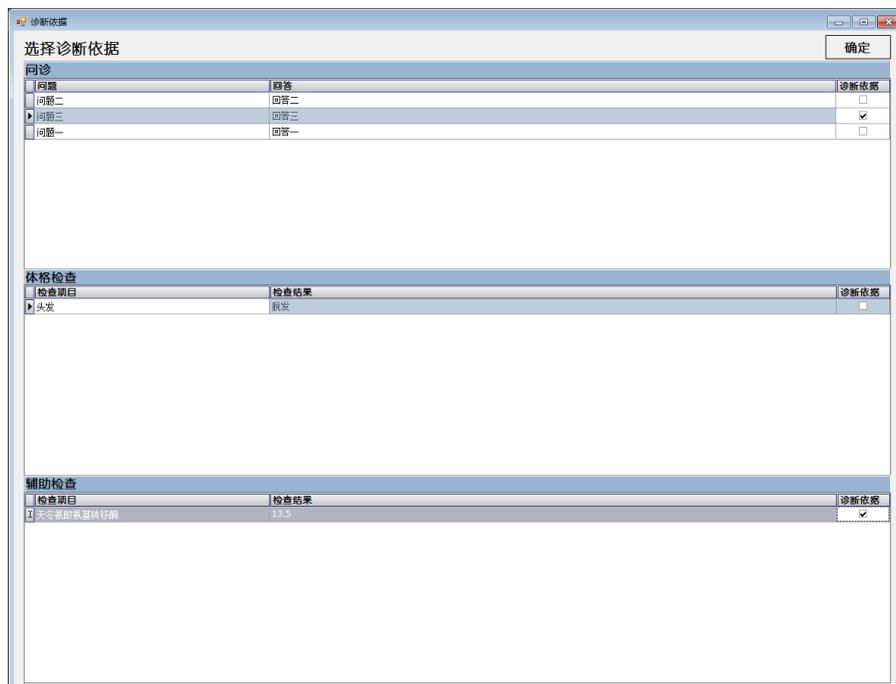


图 11 诊断依据选择界面

7)在图 11 所示的界面中选择诊断依据,然后点击右上角【确定】按钮,诊断的相关信息会加入到【已选择的鉴别诊断】列表中(图 9 中⑧处)。

8) 重复步骤 1)到 7)可添加多条诊断结论。

9) 点击图 9 中⑨处【确定】按钮将【已选择的鉴别诊断】中的内容保存到病例文件中。

2、删除诊断

在【已选择的诊断】中,点击【删除】(图 9 中位置㉔),会弹出如图 3 所示的系统确认提示框,点击【确定】,则删除此行;点击【取消】则放弃删除。若进行了删除,最后点击图 9 中处⑨【确定】按钮将删除的诊断结论从病例文件中去除。

3、修改诊断

可以直接在【已选择的诊断】中㉕处的位置修改诊断结论的分值,在㉖处的位置修改“此诊断是否是本病例的正确诊断”。

若要修改诊断结论和诊断依据,可以在【已选择的鉴别诊断】中双击想要修改的行,则该行的内容会出现在录入时相应的位置,界面进入到修改模式。然后可以对诊断内容进行修改,修改完成点击【修改】按钮,修改的结果会更新到【已选择的诊断】中;若要放弃修改,则点击【放弃修改】按钮。若进行了修改,最后需要点击图 9 中位置⑨处【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

(六) 鉴别诊断

鉴别诊断包括需要和诊断进行鉴别的诊断(至少两项)、还需填

写某些错误和无关诊断（至少一项）。鉴别诊断的名称从系统中的选择项中选择，主要诊断、次要诊断，选中诊断名称后需勾选诊断依据。同时需对鉴别诊断进行赋值，需要进行鉴别的诊断赋值为 1-5 分，错误和无关的诊断为负分。

鉴别诊断的操作与诊断类似。

（七）处置

处置方式包括：护理，饮食及营养，监测及支持，药物，介入及手术，特殊处理，会诊，宣教，康复，社区资源，随访。录入的处置方式应准确全面。同时需对各个处置方式进行赋分，根据处置方式的主次赋值为 1-5 分。处置页面如图 12 所示：



图 12 药物处置录入界面

1、选择处置方式

在图 12 中①所示位置处选择处置方式，药物处置和非药物处置的界面略有不同。

2、添加药物处置

- 1) 在图 12 中②所示位置处选择药物一级类别。
- 2) 在图 12 中③所示位置处选择药物二级类别。
- 3) 在图 12 中④所示位置处选择药物名称。
- 4) 在图 12 中⑤所示位置处输入用药途径，可以输入多种供学生学习时选择，其中单选框选中的项表示正确用药途径。
- 5) 在图 12 中⑥所示位置处输入用药剂量，可以输入多种剂量供学生学习时选择，其中单选框选中的项表示正确剂量。
- 6) 根据处置内容是否是该病例的正确的处置，确定是否勾选“此处置方式是否是本病例的正确处置”（图 12 中⑦处）。
- 7) 在图 12 中⑧处输入选择该处置可以给予的分值。
- 8) 点击图 12 中⑨处的【添加】按钮，处置的相关信息会加入到【采取的治疗措施】列表中（图 12 中⑩处）。
- 9) 重复步骤 1) 到 9) 可添加多条药物处置。
- 10) 点击图 12 中⑨处【确定】按钮将【采取的治疗措施】中的内容保存到病例文件中。

3、添加非药物处置

若选择非药物处置项目，则界面变成图 13 所示：



图 13 非药物处置录入界面

- 1) 在图 13 中②处的输入框中输入处置内容。
- 2) 根据处置内容是否是该病例的正确处置, 确定是否勾选“此处置方式是否是本病例的正确处置”(图 13 中③处)。
- 3) 在图 13 中④处输入选择该处置可以给予的分值。
- 4) 点击图 13 中⑤处的【添加】按钮, 处置的相关信息会加入到【采取的治疗措施】列表中(图 13 中⑥处)。
- 5) 重复步骤 1) 到 4) 可添加多条处置内容。
- 6) 点击图 13 中⑩处【确定】按钮将【采取的治疗措施】中的内容保存到病例文件中。

4、删除处置

在【采取的治疗措施】中, 点击【删除】(图 12 中位置⑨或图 13 中位置⑨), 会弹出如图 3 所示的系统确认提示框, 点击【确定】, 则删除此行; 点击【取消】则放弃删除。若进行了删除, 最后点击图 12 中⑩处或图 13 中⑩处的【确定】按钮将删除的诊断结论从病例文

件中去除。

5、修改处置

可以直接在【采取的治疗措施】中图 12 中⑥处或图 13 中⑦处的位置修改处置的分值，在图 12 中③处或图 13 中⑧处的位置修改“此诊断是否是本病例的正确诊断”。

若要修改处置的具体内容，可以在【采取的治疗措施】中双击想要修改的行，则该行的内容会出现在录入时相应的位置，界面进入到修改模式。然后可以对处置内容进行修改，修改完成点击【修改】按钮，修改的结果会更新到【采取的治疗措施】中；若要放弃修改，则点击【放弃修改】按钮。若进行了修改，最后需要点击【确定】按钮将修改保存到病例文件中。

（八）教学说明书

就此医学案例应用于专业学位研究生教学中需要注意和强调的内容进行说明，以 word 或 pdf 格式书写，文件大小不能超过 50M。

（九）知情同意书

提供知情同意书的模板，由患者签署后，扫描成 pdf 文件上传，纸版文件也需提交。

三、案例录入软件安装及生成的文件

（一）“病例录入系统”软件安装

病例录入系统软件安装提供两种形式：（1）.msi 安装包，双击安装文件，按照提示安装完成后即可使用；（2）.rar 压缩文件包，解压后点击 caserecord.exe 文件直接使用。

(二) 案例录入完成生成的文件

- 1、知情同意书 (pdf 版、纸版)
- 2、病例文件：在【我的文档】目录下生成以病例名称为文件名的病例文件 (pcs 格式)
- 3、教学说明书 (word 或 pdf 格式)