

患者病历在医疗纠纷处理实践中的问题与对策

郭瑞

郑州市骨科医院

DOI:10.32629/carnc.v3i12.21832

[摘要] 目的：探究患者病历在医疗纠纷处理实践中的问题与对策。方法：2024年5月~2026年5月，取我院受理的医疗纠纷案例78例，以病历管理形式为依据分组，对照组+病历管理常规模式，观察组+病历全流程规范化质控管理模式，组间价值分析。结果：观察组病历书写缺陷、流程管理缺陷、证据固定缺陷发生率较对照组更低，纠纷举证合格率、纠纷调解成功率较对照组高，医疗机构轻微责任、对等责任、主要责任总几率较对照组低($P<0.05$)。结论：全流程、系统化病历质控干预利于病历缺陷发生率降低，强化病历法定证据效力，优化医疗纠纷处置结果，减少医疗机构责任认定风险，值得借鉴。

[关键词] 医疗纠纷；病历；主要责任；病历缺陷

中图分类号：R197.3 文献标识码：A

Problems and Countermeasures of Patient Medical Records in the Practice of Medical Dispute Resolution

Rui Guo

Zhengzhou Orthopedic Hospital

Abstract: Objective: To explore the problems and countermeasures of patient medical records in the practice of medical dispute resolution. Methods: A total of 78 medical dispute cases accepted by our hospital from May 2024 to May 2026 were selected and grouped according to medical record management modes. The control group adopted the conventional medical record management mode, while the observation group adopted the full-process standardized quality control management mode. The effects between the two groups were analyzed. Results: The incidence of medical record writing defects, process management defects and evidence fixation defects in the observation group was lower than that in the control group. The qualified rate of evidence presentation for disputes and the success rate of dispute mediation were higher, and the total probability of minor liability, equal liability and primary liability of medical institutions was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Full-process and systematic medical record quality control intervention can reduce the incidence of medical record defects, strengthen the legal evidentiary effect of medical records, optimize the handling results of medical disputes and decrease the risk of liability identification for medical institutions, which is worthy of reference.

Keywords: medical dispute; medical record; primary liability; medical record defect

引言

病历记录了医疗卫生服务途中各类病情变化、诊疗行为、医患沟通、医疗处置的一类法定医学文书，为医疗纠纷事实、医学技术总结、医疗质量管控认可的核心依据^[1]。现下，医疗服务供需结构不断变化，群众医疗维权意识持续提升，处置医疗从既往经验化协商慢慢向规范化、证据化、司法化判定模式转变，病历资料及时性、真实性、完整性、规范性可对纠纷处置结果与责任划分产生直接影响。伴随电子病历全面普及，系统录入不规范、复制粘贴泛滥、病程记录同质化等新型病历问题持续增多，进一步加大医疗纠纷证据认定难度，对病历精细化管控提出更高要求。病历管理常规模式注

重离院后的终末审核，诊疗全程缺少动态性的监管，有保管疏漏、封存不规范、逻辑矛盾、内容缺项、书写滞后等诸多短板，于无纠纷场景中此类隐形的缺陷很难暴露，但医疗纠纷一旦触发，极易出现医疗机构责任加重、证据不被采信、举证瑕疵等不利局面出现^[2]。管理传统形式难以适配现下医疗纠纷证据精准处置要求，无法达到风险前置性的防控。本文经全流程病历质控系统构建，对比规范化干预、常规管理运用效果，明确医疗纠纷处置结局与病历缺陷的相关性，为优化病历管理、防控纠纷风险、规范处置流程提供支撑。

1 资料与方法

1.1 临床资料

Clinical Application Research of Nursing Care

2024年5月~2026年5月，取我院受理的医疗纠纷案例78例，以病历管理形式为依据分组，对照组39例，男：女=21:18，年龄22~76岁（48.32±6.25）岁；观察组39例，男：女=20:19，年龄21~77岁（47.92±6.42）岁；组间一般资料（P>0.05）。

纳入标准：纠纷事件登记归档完整，诊疗病历资料完整；纠纷含沟通争议、预后争议、诊疗争议等医疗纠纷常见类型；病例资料完整，可用于统计缺陷、评估效果。

排除标准：无实施诊疗争议事件、单纯患者主观情绪纠纷；病历资料由于外力损毁难以完整统计；纠纷未通过正规举证、调解、归档流程。

1.2 方法

对照组+病历管理常规模式，以书写基础规范为依据，医务人员日常书写病历记录，每月科室进行病历常规抽查一次，患者离院后病案室进行病历归档、审核工作。质控无专项动态机制，无重点监管纠纷高风险病历手段，发生医疗纠纷后，以常规流程为依据进行调取、复印、封存、举证等工作，无缺陷整改、前置干预流程。

观察组+全流程规范化质控干预策略，分析极易发生医疗纠纷的病历问题，并据此提供系统性的整改，具体手段包含：（1）实时书写病历标准规范：全院书写病历细则统一，确定记录急诊抢救、病情改变、手术操作、特殊诊疗、医患沟通等关键节点的时限，严厉杜绝后续集中补录的情况。诊疗所有记录均需保证客观量化，明确记录患者告知记录、过敏史、既往史、拒绝诊疗记录等内容，不要出现主观性模糊的描述，文书规范、签名格式、医学术语严格统一，避免前后内容出现逻辑上的矛盾。（2）创建质控全程动态体系：创建三级质控模式，即科室自查、医务科督查、病案室终身，前移质控节点至诊疗全过程。定期抽查运行病历，重点审核疑难病历、危重患者、高风险手术，记录滞后、内容矛盾、书写缺项等及时整改。（3）规范管理纠纷病历相关证据：封存、调取、保管、复印病历标准统一，一旦出现纠纷苗头，证据固定流程马上启动，达到医患双方共同清点、签字封存、全程保留痕迹。电子病历权限管理、异地备份、操作留痕完善，严厉杜绝资料缺失、数据丢失、篡改等问题。（4）全院接受专项培训考核：按时组织医务人员学习纠纷风险要点、证据规范、病历法律属性，在绩效考核中纳入质控合格率、病历缺陷率，促使医务人员创建规范书写、树立证据的意识，有效规避病历瑕疵。

1.3 观察指标

（1）病历缺陷发生率：含书写缺陷、流程管理缺陷、证据固定缺陷。

（2）纠纷处置效果：含医疗纠纷举证合格率、纠纷调

解成功率。

（3）纠纷责任判定结果：无责任、轻微责任、对等责任、主要责任。

1.4 统计学处理

处理数据借助SPSS 26.0，差异有统计学意义P<0.05。

2 结果

2.1 病历缺陷发生率

组间病历缺陷发生率分析（P<0.05），见表1。

表1 病历缺陷发生率（例，%）

组别	例数	书写缺陷	流程管理缺陷	证据固定缺陷	合计
对照组	39	12（30.77）	10（25.64）	9（23.08）	31（79.79）
观察组	39	4（10.26）	3（7.69）	2（5.13）	9（23.08）
X ²		4.523	4.134	5.187	25.420
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 纠纷处置效果

对照组56.41%举证合格（22例）、51.28%调解成功（20例）；观察组89.74%举证合格（35例）、84.62%调解成功（33例），组间纠纷处置效果分析（X²=10.234,9.478,P<0.05）。

2.3 纠纷责任判定结果

对照组35.90%无责任（14例）、33.33%轻微责任（13例）、20.51%对等责任（8例）、10.26%主要责任（4例），64.10%有责总占比（25例）；观察组82.05%无责任（32例）、12.82%轻微责任（5例）、5.13%对等责任（2例），0.00%主要责任（0例），有责总占比17.95%（7例）；组间纠纷责任判定结果分析（X²=16.854,4.564,4.134,4.217,17.928,P<0.05）。

3 讨论

病历资料完整性、规范性可直接影响医疗纠纷事实认定客观的程度，医疗纠纷司法处置体系核心原则为证据裁判，病历资料可直接佐证诊疗行为合理性、合法性。长期以来，临床工作固有认知是重视诊疗，忽视文书管理工作，医务人员认为病历是记录临床工作的载体，未能重视文书自身的法律证据价值，诊疗期间有随意记录、时限滞后、内容笼统、缺失关键信息等各类问题出现^[3]。病历常规管理仅借助终末审核达成质控工作，发现问题的时间相对滞后，形成缺陷后，溯源整改难以达成，出现纠纷后，集中暴露各类隐形的缺陷，影响司法判定流程与纠纷调解^[4]。

本文结果可见，对照组行管理常规模式，该模式下发生病历整体缺陷的几率较高，问题主要类型为证据固定缺失、管理流程疏漏、书写不规范。书写层面缺陷主要在多模块文书内容逻辑冲突、医患沟通及风险告知记录缺失、描述病情缺乏量化依据、关键节点记录滞后，上述诸如此类的问题影响诊疗，使之全过程难以经文书完整精准还原。管理流程缺

Clinical Application Research of Nursing Care

陷主要在保管借阅流程不严谨、归档审核标准过于宽松、运行病历监管空白等方面集中体现,频繁发生病历资料归档不全、缺页、散落等情况^[5]。固定证据缺陷主要集中体现在封存资料未在纠纷萌芽期及时展开,调取复印流程欠缺规范性,管控电子病历权限不严,留存原始数据效率不足。上述问题共同影响,以至于常规管理举证合格率相对较低,调解纠纷的阻力明显增大,升高了医疗机构有责判定比例^[6]。

本文观察组开展病历质控全流程干预手段,从源头进行病历管理体系重构,转变了既往质控重心,使之由终末整改向全程防控转变。书写标准化细则可使全院文书规范统一,指出诊疗高风险行为的时间标准、记录要求,补充诊疗关键环节的记录空白,病历内容更具连贯性、真实性^[7]。质控三级动态体系可实时筛查运行病历,轻微缺陷可即时纠正,以免持续累积小问题,最终形成证据重大瑕疵^[8]。证据固定标准化流程可使处置纠纷初期文书管理行为规范,确保病历资料更具完整性、原始性,确保文书法定的证据效力。专项考核培训可使全员风险认知增强,确保长效落实规范化管理病历的效果^[9]。

干预后,观察组发生病历各类缺陷的几率显著降低,纠纷举证合格水平提升显著,顺利推进纠纷调解的占比升高,大幅减少医疗机构的有责判定。经数据分析提示,系统化病历干预可有效解决临床管理病历的不足,规避处置医疗纠纷中的不利证据因素。规范化管理病历可使诊疗行为合规性、科学性完整还原,医患双方的行为边界有效清晰界定,避免主观争议干扰纠纷处置的结果,纠纷处置更具高效性、公平性^[10]。

防控医疗纠纷为医疗机构管理质量安全核心内容,病历质量为管控纠纷风险基础环节。医疗机构需更改加强被动整改管理思维,创建病历质控全链条、动态化、常态化机制,不断强化医务人员证据留存意识、文书规范能力,经制度流程完善、监管标准细化、考核约束落实,不断降低因病历缺

陷所致医疗纠纷风险,医患双方权益得到保证,利于维护医疗执业稳定有序环境。

[参考文献]

[1]陈俊良,刘峰海,罗添文,等.电子病历系统应用背景下医疗纠纷的风险隐患和防范对策[J].现代医药卫生,2025,41(2):549-552.

[2]江传辉.瑕疵病历在医疗纠纷案中的证据认定研究[J].中国医院,2024,28(2):72-75.

[3]周书名.从医疗纠纷诉讼角度看病历档案质量问题及提出对策[J].兰台内外,2023(36):59-61.

[4]刘小华,张宁宁.基于医疗纠纷案件视角对产科质量管理的建议[J].首都食品与医药,2025,32(11):82-84.

[5]胡静.医疗资源整合背景下的病历档案系统性迁移与治理——以淄博市中心医院整合为例[J].山东档案,2026(1):67-68.

[6]李明,邹晓琦,孙文玲,等.广州市越秀区3所综合医院93例医疗损害责任纠纷案件法院审理浅析[J].广州医药,2025,56(1):131-138.

[7]李明,于宏.广州三所综合医院85例医疗损害责任纠纷案件分析[J].现代医院管理,2023,21(5):55-59.

[8]崔媛媛,陈晖.北京市266例未成年患者医疗损害责任纠纷案例分析[J].中国卫生质量管理,2021,28(1):92-95.

[9]徐福德.基于案例分析的医疗纠纷损害鉴定问题与对策研究[J].临床医学前沿,2026,8(2).

[10]齐飞龙.医疗纠纷处置中病历封存问题及对策研究[J].数字化用户,2025(30):205-207.

作者简介:

郭瑞(1982.12-),女,汉族,河南周口,本科,中级,研究方向为医疗纠纷。