

最新 诊疗失误与 防范处理实务全书



ZUIXIN ZHENLIAO SHIWU
YU FANGFAN CHULI
SHIWU QUANSHU



最新诊疗失误与防范 处理实务全书

于文景 主编

(第一册)

金版电子出版公司

文本名称 最新诊疗失误与防范处理实务全书

文本主编 于文景

光盘出版发行 金版电子出版公司

光盘生产 河北彩虹(集团)有限公司

出版时间 2003年1月

光盘出版号 ISBN 7-900131-66-0/G·23

定 价 998.00元 (1CD 赠送配套资料四册)

前 言

诊疗失误是医院临床工作的一个重大问题,直接影响到病人的治疗效果,甚至生命。当前医疗事故纠纷发生率很高,造成少数地方的医患关系紧张,甚至很遗憾的出现了暴力事件,不能不说与各种原因造成的临床误诊误治确有很大关系。但由于种种原因,临床的诊疗失误很难完全避免,这其中源于病人方面的原因,也有源于医生方面的原因。这就需要我们医务人员不断提高业务水平,总结经验教训,尽量避免或减少误诊误治的发生,维护好医患双方的合法权益。

随着现代社会的迅速发展,疾病谱的变化,当前的临床诊疗工作难度在加大。同时,人民群众对医疗服务需求的不断提高,也给我们的医疗工作带来了许多新的挑战,对医疗技术人员的素质和医疗卫生事业的管理水平提出了更高的要求。当前临床医学诊疗技术发展较快,众多的一线医务人员急需加强业务学习,努力充实自己,才能紧跟时代的发展,更好地为人民群众服务。

为此,我们组织北京、上海、武汉、成都等地的一批业内专家,进行了本书的编写。本书紧跟现代医学的发展步伐,在总结过往经验的同时,也着眼于近年来临床医疗工作中出现的众多新问题、新见解,对临床各科疾病的诊疗失误及其防范处理进行了全面详尽的阐述,并收入有大量的临床典型病例,对临床各科的医务人员都具有极强的指导意义。

本书作者均为活跃在医疗临床和科研教育第一线的工作者,具有扎实的理论基础和丰富的实践经验,因此本书的实用性和权威性是毋庸置疑的,相信本书一定能为我国发展中的医疗事业起到应有的促进作用。全书洋洋三百余万字,共分为以下十二篇:

- 第一篇 诊疗失误及其防范总论;
- 第二篇 内科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;
- 第三篇 外科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;
- 第四篇 儿科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;
- 第五篇 妇产科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;
- 第六篇 五官科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;
- 第七篇 皮肤、性病科诊疗失误与防范处理及典型病例分析;

第八篇 传染科诊疗失误与防范处理及典型病例分析；

第九篇 中医诊疗失误与防范处理及典型病例分析；

第十篇 临床用药、护理与病历书写失误的防范处理；

第十一篇 临床诊疗常用诊断标准及处理原则；

第十二篇 医院临床诊疗工作相关法律法规。

由于本书编者众多,分散在各地多家医院和教育研究机构,平时工作繁忙,彼此之间缺乏深入沟通,因此本书在论述深度、行文风格及体例等方面很难做到尽善尽美,书中难免会存在不妥或疏漏之处,恳请广大读者惠于指正。

编 者

2002年11月

目 录

第一篇 诊疗失误及其防范总论	(1)
第一章 诊疗失误概述	(3)
第一节 诊疗失误的基本概念	(3)
第二节 诊疗失误的认定及责任	(5)
第三节 诊疗失误的分类	(8)
第二章 诊疗失误的原因分析	(12)
第一节 误诊的病人原因	(12)
第二节 误诊的医生原因	(17)
第三章 诊疗失误的后果及其评价	(27)
第一节 诊疗失误率的计算	(27)
第二节 诊疗失误造成的不良后果	(28)
第三节 诊疗失误与医疗事故	(32)
第四节 对诊疗失误的客观评价	(34)
第四章 临床诊疗失误及其防范	(37)
第一节 临床诊疗失误过程分析	(37)
第二节 临床诊疗失误的防范方法	(48)
第二篇 内科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(57)
第一章 呼吸系统疾病诊疗失误与防范处理	(59)
第二章 消化系统疾病诊疗失误与防范处理	(91)
第三章 循环系统疾病诊疗失误与防范处理	(129)
第四章 泌尿系统疾病诊疗失误与防范处理	(163)
第五章 神经系统疾病诊疗失误与防范处理	(245)
第六章 内分泌系统疾病诊疗失误与防范处理	(277)
第七章 血液系统疾病诊疗失误与防范处理	(312)
第八章 内科诊疗失误典型病例分析	(367)
第三篇 外科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(395)

第一章	普通外科诊疗失误与防范处理	(397)
第二章	心胸外科诊疗失误及防范处理	(485)
第三章	神经外科诊疗失误与防范处理	(505)
第四章	泌尿外科诊疗失误与防范处理	(526)
第五章	骨外科诊疗失误与防范处理	(545)
第六章	烧伤外科诊疗失误与防范处理	(664)
第七章	美容外科诊疗失误与防范处理	(682)
第八章	外科麻醉失误与防范处理	(704)
第一节	麻醉失误概述	(704)
第二节	麻醉失误的原因分析	(706)
第三节	麻醉失误的理论研究	(711)
第四节	麻醉失误导致的不良后果	(729)
第五节	麻醉失误的防范处理	(734)
第九章	外科手术一般并发症的防范处理	(758)
第十章	外科手术严重感染性并发症的防范处理	(815)
第十一章	外科手术异物遗留的防范处理	(832)
第十二章	外科诊疗失误典型病例分析	(836)
第四篇	儿科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(849)
第一章	儿科常见病诊疗失误与防范处理	(851)
第二章	新生儿疾病诊疗失误与防范处理	(915)
第三章	儿科诊疗失误典型病例分析	(943)
第五篇	妇产科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(969)
第一章	妇科常见疾病诊疗失误与防范处理	(971)
第二章	产科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1051)
第三章	妇产科诊疗失误典型病例分析	(1147)
第六篇	五官科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(1155)
第一章	五官科常见症状诊疗失误与防范处理	(1157)
第二章	眼科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1178)
第三章	耳鼻喉科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1218)
第四章	口腔科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1319)
第五章	口腔科诊疗失误典型病例分析	(1346)

第七篇	皮肤、性病科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(1379)
第一章	皮肤科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1381)
第二章	性病科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1393)
第三章	皮肤、性病科诊疗处理常规	(1401)
第四章	皮肤、性病科诊疗技术操作	(1451)
第八篇	传染科诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(1463)
第一章	传染科常见疾病诊疗失误与防范处理	(1465)
第二章	传染科诊疗失误典型病例分析	(1527)
第九篇	中医诊疗失误与防范处理及典型病例分析	(1535)
第一章	中医内科诊疗失误与防范处理	(1537)
第二章	中医外科诊疗失误与防范处理	(1554)
第三章	中医骨科诊疗失误与防范处理	(1564)
第四章	中医五官科诊疗失误与防范处理	(1596)
第五章	中医儿科诊疗失误与防范处理	(1610)
第六章	中医妇科诊疗失误与防范处理	(1618)
第七章	中医皮肤科诊疗失误与防范处理	(1641)
第八章	中医针灸科诊疗失误与防范处理	(1647)
第一节	针灸临床操作禁忌	(1647)
第二节	针刺损伤及其救治处理	(1656)
第十篇	临床用药、护理与病历书写失误的防范处理	(1677)
第一章	临床用药失误的防范处理	(1679)
第二章	临床护理失误的防范处理	(1693)
第一节	护理差错事故与鉴定	(1693)
第二节	护理失误典型病例分析与处理	(1703)
第三节	护理缺陷及其防范处理	(1709)
第三章	病历书写失误的防范处理	(1718)
第一节	常见病历书写错误	(1718)
第二节	转出与转入记录书写错误	(1721)
第三节	申请会诊和会诊记录书写错误	(1726)

目 录

第四节	手术与麻醉记录书写错误	(1732)
第五节	病程记录书写错误	(1735)
第十一篇	临床诊疗常用诊断标准及处理原则	(1769)
第一章	常见传染病诊断标准及处理原则	(1771)
第二章	常见皮肤病、性病诊断标准及处理原则	(2162)
第三章	常见中毒诊断标准及处理原则	(2221)

第一篇

诊疗失误及其防范总论

第一章 诊疗失误概述

第一节 诊疗失误的基本概念

一、误诊

误诊是指由于医务人员工作不负责任,或者专业技术水平没有达到应该达到的标准而导致对患者的病情诊断出现错误,并因此而导致治疗错误,给病人造成不良后果甚至发生死亡。误诊是一种医疗过失,是影响医院医疗质量的重要原因之一,是医院医疗质量不高的表现,误诊发生率高,反映出医院医疗服务体系处于功能不佳状态。

二、错诊

错诊是指医务人员对患者的病情诊断出现错误。错诊并不一定都是误诊。医务人员在疾病诊察时,限于各方面的原因,如疾病尚处于早期,临床症状和体征不明显,或者是特殊而又复杂少见的疾病难于适时明确诊断,或者因医疗技术水平、设备条件的限制等都可能造成诊断的错误,但这些诊断错误或者有时是不明确的诊断如“发热待查”、“头痛待诊”等,并不能笼统地归结为误诊。尸体解剖和病理学检查证实,临床诊断的正确率能达到70%的医师可以认为是一个相当高明的医师。由于各种疾病均具有复杂的发展过程,在典型的症状和体征还没有表现出来时,再高明的医生也难以确诊,只有疾病充分发展后,各种支持诊断的表现才逐渐明朗,才可能保证诊断的正确性,这时确立的正确诊断,并不能说明先前的不明确诊断或错误诊断就是误诊。

三、漏诊或诊断延迟

在多发性损伤中,由于损伤情况严重,医务人员在有些情况下可能顾此失彼或顾重失轻而导致初诊漏诊。漏诊大多数发生于急诊室,而在病人住院后发现,使病人病情诊断延迟。有些漏诊是在被漏诊的病情已经出现严重后果后才被发现,如一男性 25 岁患者,因与人打架被刀砍伤右腕部而到某医院就诊,清创术中探查发现指深、浅屈肌腱,尺、桡动脉及正中神经断裂,行上述结构缝合修补术,拆线后发现患手环指、小指掌指关节过伸、指间关节屈曲、拇指不能对掌等尺神经损伤体征,但未引起重视。拖延半年后病人到某大医院求诊时才被确诊并治疗,但因尺神经损伤时间过长,手内在肌肉已经萎缩,恢复很差,给病人造成了严重后果。这是一例典型的漏诊病例,在病人已有明显尺神经损伤的症状与体征而未被诊断,给病人造成了严重后果,显然是一种医疗过失。因医务人员工作不负责任,术中探查不仔细,业务水平低,在术后发现有异常而没有注意,至半年后右手内在肌肉已严重萎缩才确诊,失去了治疗的最佳时机,有诊疗的错误,有严重后果形成,应属于医疗事故范围。

漏诊或诊断延迟在性质上和误诊有共同之处,可归结为误诊范围内。漏诊或诊断延迟是否构成医疗事故,可参照后节有关误诊的确认。

四、误治

正确的治疗首先取决于正确的诊断,错误的诊断势必导致错误的治疗,轻者延误对患者的治疗时机,重则可造成病人发生死亡或残废。

引起误治的原因除误诊以外还有其他诸多原因,尤其以手术治疗中出现的误治最为常见,如手术医生工作责任心不强,没有认真做好术前准备,搞错手术部位;或者因业务水平不高,术中操作粗暴,致使重要器官或血管、神经受损;或者是术后不认真观察处理,以致出现原本可避免的并发症,不能达到预期治疗效果。例如有一位医生为一斜颈患者进行矫正手术,诊断为“左斜颈”,手术方法是把右侧胸锁乳突肌缩短以达到矫正目的。但由于术者粗心大意,病人送上手术台后没有仔细检查即给患者左侧颈部进行消毒并手术,结果使原本就短的左侧胸锁乳突肌变得更短,颈部左斜程度更加严重,给病人带来严重后果。还有,某医生为一肾结石病人做取结石手术,由于术前准备不充分,也没有仔细看 X 线报告单及片子,将病人送上手术台后,仅凭印象,切开了患者的右侧肾盂,结果没有发现结石。于是术者问病人哪边有结石,病人也说不清楚,问助手,助手也记不清,只好重新查看病历和 X 线报告单,上面清清楚楚地写着“左肾盂结石”的诊断。

内科出现的误治常见的是用药方面出现错误,有时不仅没能治好病,反而使病情加

重,甚至造成死亡。此外,牙科、五官科、儿科、妇产科、理疗室等其他科室,也都可能出现误治的情况。如某市人民医院以急性胃肠炎将患者××收住入院,入院后医生用5%葡萄糖盐水加黄连素静脉点滴,入院第1天,当滴注1小时后,病人出现抽搐、闷气、不适,医生只用手指掐人中穴、合谷穴,病人情况好转,液体继续滴完。第2天医生继续给病人静脉点滴黄连素,10分钟后,病人又出现抽搐、气短等不适,而且有加重趋势,医生认为病人属癱病,仍采取针刺人中、合谷、内关等穴,针刺后病情虽有所好转,但仍感不适。医生没有意识到静脉点滴黄连素对心脏的毒性反应,第3天继续给病人静脉点滴黄连素,当液体输入2/3时,病人突然心跳停止。护理人员急找医生,待医生赶到病房抢救时,病人呼吸、心跳已停止。该例医生在药物使用上只注重治疗作用而忽略了毒副反应,在病人已经出现毒副作用表现后不认真观察研究,不请示上级医生,主观认为病人属癱症发作,最终酿成一起严重医疗事故。

误治往往可能对病人带来不应有的损害,甚至造成极其严重的后果或死亡,因而误治肯定属于医疗过失。当误治给病人造成死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍或病情加剧等不良后果时,即发生了医疗事故。一般来讲,不论哪个科的误治,均是由责任或技术因素造成,即误治有责任性和技术性两类。

责任性误治是指医务人员对工作不负责任,马马虎虎,粗心大意等导致的治疗部位错误、治疗操作失误、用药不当等人为因素造成的治疗失误。责任性误治通过医生的主观努力是完全可以避免的,给病人造成的损害是原本不应有的,属于性质恶劣的医疗过失。

技术性误治是指由于医务人员对某些疾病的复杂性认识不足,或对手术中可能出现的意外情况估计不足,自身的医疗技术水平尚不能达到对有些疾病进行治疗或手术的水平而导致的误治。技术性误治虽与本人业务水平有关,但在某种意义上亦同时反映了其在上进心、责任心上尚有一定缺陷。

第二节 诊疗失误的认定及责任

一、误诊的认定

误诊是一种医疗过失,但由于疾病的复杂性,仪器设备的限制,使医务人员常对某种疾病的诊断不明确甚至出现错误,这些都不能笼统地认为是诊断方面的过失。临床上也不可能要求医生的每一次诊断都要正确无误,医学实践证明,在门诊或急诊科作出的诊断,往往会在住院后改变,住院后的“入院诊断”也常常会在观察病人的过程中得以

纠正,即使目前较先进的MRI、CT及DSA等检查也常常对某些疾病的诊断在性质上出现错误,而只有通过病理检查及病理解剖才可以做出最后的诊断。有文献表明,即使最好的医院,错误诊断的发生率仍可达10%~15%,因此,错误诊断在某些情况下是由客观原因所造成,并不随医务人员的主观意志而转移。日本《现代外科大全》记载,即使最常见的外科疾病阑尾炎,临床上的误诊率仍可达6.3%~34.4%,可想而知,比阑尾炎更复杂疾病的诊断就更难达到100%准确了。即使是一些具有丰富临床经验的医师,也难于对复杂的疾病作出及时而准确的诊断。临床上还存在一些极其罕见的疾病,即使经验丰富的高年资医生也未必能及时识别,所以,对临床上出现的诊断错误,尤其是对初诊医疗单位及初诊医师的误诊要区别对待,弄清楚是由于医务人员对病人关心不够,缺乏认真负责的工作态度,工作漫不经心,病史询问图简单省事,检查身体时粗枝大叶,对医院有条件进行的必要检查图方便而不让病人去做,甚至擅离职守,未对病人病情进行必要的观察、检查、检验而仅凭主观臆断还是由于疾病本身的复杂性而难以进行及时而准确的诊断,即误诊的认定问题。

对误诊的认定也应从工作态度、责任心及专业技术水平两个方面来认定。

1. 诊断过程中医务人员是否存在工作不负责任问题。由于医生工作的特殊性,要求医务人员必须具有高度的责任心和热情认真的工作态度。医疗工作的对象是躯体或心理上存在着某种障碍的特殊群体,即患有各种疾病的人。他们渴望得到人们的重视、理解和帮助,医务工作者必须把每一个患者都作为一个具体的人来对待,要热情认真,病史询问应仔细,身体检查既能注意局部,又能顾及全身情况,对病人的疑虑应耐心解释,消除其恐惧心理以争取配合诊疗。只有这样,才能有效减少误诊的发生率,进而减少医疗纠纷事故的发生。反之,医务人员因工作马虎、不负责任所致的诊断错误理所当然地归结为误诊。

事实上,在医疗诉讼案件中,病人及其家属在医务人员出现诊断问题后,常常反映医生对病人病情漠不关心、检查不仔细、诊断不负责任等情节,在认定是否误诊时也可作为衡量医生责任心的参考。同时也能从医务人员对病历的书写、病人症状体征主诉及求诊时间的描述记录、检查的项目、诊断的时间及依据、治疗方案、交接班记录、病程记录中寻找其服务质量的凭证来确定医生是否存在有责任心不强等问题。

从以上可以看出,在误诊的认定问题上,工作态度及责任心有重要意义。医务人员有诊断的错误,而且这种错误是由于工作不认真负责所致,则可以肯定这种错诊应属于误诊范围。至于医生工作认真负责但却发生了诊断错误,则要结合其技术水平来考虑是否属于误诊。

2. 在诊疗过程中,医务人员是否在业务水平上还没有达到应该达到的水平。这一点在医疗实践中有时很难衡量,正如前文所述,在某些疾病的典型临床症状和体征还没有表现出来时,再高明的医生也难以及时确诊,这时出现的诊断错误能为人们理解和接受,一般不认为属于本章所述的“误诊”。但是在疾病的临床表现及体征已经很明确的

情况下,由于医务人员的专业技术水平低下而没有诊断正确,出现错诊,则应属于误诊的范围,其错误的诊断若同时导致误治,则就成为不可原谅的误诊事故了。例如,某男,46岁,因交通事故受伤,以“骨盆骨折”收住入院,接诊医生是一名年轻的住院医师,查体见病人体温 37.7°C ,脉搏120次/分,呼吸30次/分,血压 $75/53\text{mmHg}(10/7\text{kPa})$ 。面色苍白,心肺阴性,腹肌紧张,下腹部有压痛及反跳痛,无移动性浊音,骨盆挤压试验(+),腹穿(-)。该住院医师诊断为“骨盆骨折,腹痛待查”。上级大夫在查过病人后指示,该患者为骨盆骨折病人,腹痛等表现可能系骨盆骨折合并腹膜后血肿所致,目前尚无手术指征,继续观察治疗。于是,住院医师对以前的诊断做了修正,诊断为“骨盆骨折;腹膜后血肿”。但是,病人腹痛继续加重无缓解,于入院后48小时对其行剖腹探查手术,术中见小肠充血水肿,吸出脓性渗出液约1000ml,距回盲部15cm处发现有 $2\text{cm}\times 2\text{cm}$ 肠破裂口,其它脏器未见损伤,腹膜外未见血肿。经作肠修补后给禁饮食、胃肠减压,输液输血,抗感染,抗休克等综合治疗,但中毒感染性休克终未能控制,病人在术后17小时死亡。该例,如果说接诊的住院医师水平没有达到识别该病的水平的话,身为副主任医师的上级医生则有不可推卸的责任,其诊断也就无可非议的属于误诊,并且有误治,也有严重的后果发生。

同时应该指出,在对错误的诊断是否属于误诊进行认定时,还应注意医院的医疗设备情况。如果因医院医疗设备条件较差,对某些部位的疾病或损伤不能进行有效的检查,即不具备确诊的条件,也可能导致错误的诊断发生,但这种错诊不能归结为误诊。实际上,限于医院设备条件差及医生技术水平低下等所致的诊断错误在目前尚在所难免。

总而言之,临床医学是一门实践性很强的学科,临床诊断水平的高低,不仅取决于医生的理论及学术水平,更重要的是取决于诊断的经验。临床医学诊断确有其困难、复杂的一面,例如,闭合性颅脑损伤的诊断如不借助CT及MRI检查,出现错诊及漏诊的机会将大大增加。闭合性颅脑损伤的病人也因为CT及MRI的问世而大大降低了死亡率。同样,腹腔疾病的诊断会因一层腹壁之隔而造成如山之障,但一经剖腹探查及病理学检查,腹内的病变情况及性质便可一目了然,所以亦不能以病理学的观点去苛求临床诊断,亦不能因尸体上的病变典型而轻易指责临床医生发生了“误诊”。在认定误诊时,认定人应对临床诊断的困难性及在某些疾病诊断中受客观条件限制的程度有足够的估计与认识。

二、误诊的责任

目前,关于医生导致误诊后是否要承担责任问题,成了热门话题。有人认为,误诊导致严重后果都要负法律责任,严重者要判刑,有人甚至呼吁要尽快立法等。有人不接受这种观点,理由也许很简单:①研究误诊的目的在于最大限度地减少误诊,如什么是

误诊的判定标准,就目前这种状况只能作为纯学术研究,局限在临床诊断学的范围内,应作为诊断学的分支;②误诊都不是接诊者的主观愿望,不同级别的医生其诊断水平可以有别;③全部诊断过程就是实现正确认识疾病本质的过程,由于事物的复杂性和认识能力、认识方法的局限性,误诊是无法避免的。④从立法的基本原则讲,任何立法应当是大多数人可以遵守的,这样才有意义和必要。⑤在临床医政管理上对误诊造成严重后果者给予行政处理或法律裁决的实例,但完全不是因为误诊要负法律责任,而是当事者要对导致误诊过程的行为负责,如服务态度极端恶劣,不认真检查病人,有章不循,不请示不报告,不会诊不讨论,主观臆断,缺乏根据的盲目诊断等。所以,责任不是在于误诊,而在于导致误诊的错误行为,误诊并不都存在责任问题,不能把两个不同的概念混为一谈。

误诊研究是一项严肃性的工作,是一个十分复杂的问题。在目前情况下,最好先扎扎实实地做好误诊研究的基础性工作。在对误诊的性质、标准及其主客观因素都没有弄清的情况下,讨论立法和惩治问题为时过早。这不但不能推动这一临床难题的研究进展,反而会带来混乱。

第三节 诊疗失误的判断标准

判断某个疾病是否被误诊,也应该象诊断一个疾病一样,有个相对的标准。根据目前对误诊所做的理论研究,以下几个相对标准仅供参考:

一、误诊发生在诊断过程之后

首先,误诊必须是经过医生的诊断过程之后作出的错误结论。也就是说,患者在受到致病因素作用之后,已经感觉到不适和有了某种疾病的痛苦,求助于医生,并经过医生的诊断,医生对疾病得出的结论与疾病的本质不一致,这才为误诊。如果患者已经发生了疾病,甚至疾病已经发展到了严重的程度,但其自身却未察觉明显的不适,或者因为某种原因未能就诊,而致病情拖延,失去了有效的治疗时机,甚至造成某些不良后果,这种因病人延迟就医造成的延误诊断不应看作误诊。在作医疗质量的评价或误诊率的统计时,应将这种情况摒除。相反,病人一旦求医就诊,无论疾病当时所表现出来的症状、体征是否典型,哪怕只是疾病极早期的表现,但是经过了医生的诊断,只是由于医生主观方面或者辅助检查方面等种种原因,所考虑的诊断与疾病的本质不一致,所用的治疗方法有误病情,均应视为误诊。另外,在评价是否误诊时,不能强调医院和接诊医生的级别如何,凡是经过医生诊断的,无论医生级别是高是低,医院是大是小,设备条件是