

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

---

(第四册)

金版电子出版公司

## 目 录

<b>第一篇 诊疗失误及其防范总论</b> .....	(1)
<b>第一章 诊疗失误概述</b> .....	(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)
<b>第二章 诊疗失误的原因分析</b> .....	(12)
第一节 误诊的病人原因 .....	(12)
第二节 误诊的医生原因 .....	(17)
<b>第三章 诊疗失误的后果及其评价</b> .....	(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)
<b>第四章 临床诊疗失误及其防范</b> .....	(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)
<b>第二篇 内科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(57)
<b>第一章 呼吸系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(59)
<b>第二章 消化系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(91)
<b>第三章 循环系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(129)
<b>第四章 泌尿系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(163)
<b>第五章 神经系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(245)
<b>第六章 内分泌系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(277)
<b>第七章 血液系统疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(312)
<b>第八章 内科诊疗失误典型病例分析</b> .....	(367)
<b>第三篇 外科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(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)

<b>第七篇 皮肤、性病科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1379)
<b>第一章 皮肤科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1381)
<b>第二章 性病科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1393)
<b>第三章 皮肤、性病科诊疗处理常规</b> .....	(1401)
<b>第四章 皮肤、性病科诊疗技术操作</b> .....	(1451)
<b>第八篇 传染科诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1463)
<b>第一章 传染科常见疾病诊疗失误与防范处理</b> .....	(1465)
<b>第二章 传染科诊疗失误典型病例分析</b> .....	(1527)
<b>第九篇 中医诊疗失误与防范处理及典型病例分析</b> .....	(1535)
<b>第一章 中医内科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1537)
<b>第二章 中医外科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1554)
<b>第三章 中医骨科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1564)
<b>第四章 中医五官科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1596)
<b>第五章 中医儿科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1610)
<b>第六章 中医妇科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1618)
<b>第七章 中医皮肤科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1641)
<b>第八章 中医针灸科诊疗失误与防范处理</b> .....	(1647)
<b>第一节 针灸临床操作禁忌</b> .....	(1647)
<b>第二节 针刺损伤及其救治处理</b> .....	(1656)
<b>第十篇 临床用药、护理与病历书写失误的防范处理</b> .....	(1677)
<b>第一章 临床用药失误的防范处理</b> .....	(1679)
<b>第二章 临床护理失误的防范处理</b> .....	(1693)
<b>第一节 护理差错事故与鉴定</b> .....	(1693)
<b>第二节 护理失误典型病例分析与处理</b> .....	(1703)
<b>第三节 护理缺陷及其防范处理</b> .....	(1709)
<b>第三章 病历书写失误的防范处理</b> .....	(1718)
<b>第一节 常见病历书写错误</b> .....	(1718)
<b>第二节 转出与转入记录书写错误</b> .....	(1721)
<b>第三节 申请会诊和会诊记录书写错误</b> .....	(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)
<b>第十一篇</b>	<b>临床诊疗常用诊断标准及处理原则 .....</b>	<b>(1769)</b>
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)

# 第十一篇

## 临床诊疗常用诊断 标准及处理原则





# 第一章 常见传染病诊断标准及处理原则

## 附录 常见传染病诊断标准及处理原则

中华人民共和国国家标准

### 麻风病诊断标准及处理原则

Diagnostic criteria and management of leprosy

GB 15973 - 1995

根据《中华人民共和国传染病防治法》及《中华人民共和国传染病防治法实施办法》特制定本标准。

麻风病是由麻风分枝杆菌(*Mycobacterium leprae*)引起的慢性传染病,主要侵犯皮肤和外周神经。如治疗不及时,有可能造成眼、面、手、足的残疾。

#### 1 主题内容与适用范围

本标准规定了麻风病的诊断标准及处理原则。

本标准适用于全国各级医疗保健机构、卫生防疫机构对麻风病的诊断、报告和处理。

#### 2 诊断原则

根据麻风菌侵犯皮肤、上呼吸道粘膜和外周神经引起的症状和体征,结合皮肤损害组织液涂片的细菌学检查和/或皮损活检的特异性病理改变,即可确诊麻风病。

### 3 诊断标准及分型

#### 3.1 诊断标准

3.1.1 慢性皮疹。

3.1.2 局限性麻木(温、痛、触觉障碍)。

3.1.3 外周神经粗大。

3.1.4 组织切刮涂片抗酸染色查菌阳性。

3.1.5 皮损活检有特异性病理变化或侵犯皮神经的非特异性炎症。

疑似病例:具备 3.1.1,3.1.2,3.1.3 任何两项。

确诊病例:具备 3.1.1,3.1.2,3.1.3 三项或疑似病例加 3.1.4 或 3.1.5。

查菌及活检方法见附录 A。

#### 3.2 分型

麻风病可分为 5 个逐渐移行的类型:由免疫力强的结核样型(TT),其间有免疫性不稳定的界线类偏结核样型(BT),中间界线类(BB)和界线类偏瘤型(BL)。此外,早期麻风皮损无特异性病理变化,称未定类(I)。

世界卫生组织技术报告(WHO TRS 675,1982)将五级分型归纳为皮肤涂片细菌阳性的多菌型(MB,包括 LL,BL,BB 及部分 BT)和细菌阴性的少菌型(PB,包括 I,TT 及部分 BT)麻风。各型麻风病的临床表现和病理特征见附录 B。

### 4 治疗原则

为了迅速消除传染性、缩短疗程,防止耐药性和复发需要用多种杀菌药物联合化疗(MDT, Multidrug therapy),治疗方案见附录 F。

部分患者在治疗的前、中、后可出现免疫变化,临床上称麻风反应。对麻风反应应及时予以抗炎症治疗,防止畸残,但不能停 MDT。麻风反应的症状及处理见附录 G。

### 5 停药后监测、临床治愈标准和复发判定

#### 5.1 停药后监测

各型麻风在完成 MDT 疗程后,均应每年至少进行一次临床(包括附录 D 内容)和细菌检查;MB 连续 10 年,PB5 年。停药时应嘱患者在出现新皮损或原有皮损红肿、有外周神经疼痛或者麻木区扩大时应及早主动就诊,以便及时判断是否出现了麻风反应或复发,并予以适当治疗。

#### 5.2 临床治愈(非活动)标准

MB 完成疗程后,在监测期内活动性症状(皮损红肿、外周神经粗大、疼痛)消失,细菌指数持续下降,至阴转后再每三个月查菌一次,即在 6 个月内连续三次阴性;PB 治疗后活动性损害消失,皮肤查菌仍为阴性者,即可判为临床治愈。对临床不活动者仍应完

成每年一次的临床和细菌检查,以便及时发现麻风反应或复发。

### 5.3 复发判定

患者经治疗达到临床不活动后,又出现麻风病的活动性症状和/或皮损查菌又呈阳性(某部位皮损查菌又较停药时增加 $\geq 2+$ ),或者皮损活检又重现特异性麻风病理改变时即为复发。当疑为复发时应核实服药是否规则,并注意与 I 型麻风反应(见附录 C),或与其他皮肤病鉴别。临床不活动的病例查菌阴转后又呈阳性时,必须认真核实前后查菌结果。

诊断复发须经省级皮肤病防治研究所进行临床、细菌和组织病理的检查,加以确认。如确为复发,应在重复 MDT(MB 重复三联, PB 由二联改为三联)前做活检,并由指定实验室接种鼠足垫,以确定菌株是否对 MDT 中的某种药物耐药,然后再决定是否更换治疗方案,在活检后应立即开始 MDT,判断复发前后仅宜做一次活检。

### 6 麻风畸残临床分级

麻风患者在外周神经受损的情况下,可出现相应部位皮肤麻木和肌肉麻痹,神经功能检查和畸残分级见附录 C。对所有麻风患者均应进行眼、面、手、足自我保护,以及受损神经相应部位肌肉功能锻炼的健康指导。

### 7 防治管理

为了早期发现病人,避免残疾发生,在各种体格检查中均应有检查麻风病的内容,即:在室内自然光线条件下,仔细检查全身皮肤有无麻木性皮疹和外周神经粗大等情况。如有可疑体征,应请皮肤科会诊。对可疑皮肤损害的边缘应刮取组织液,涂片做抗酸菌检查和/或做皮损的病理检查。

没有麻风专业机构的地/州和县应在防疫站内指定专人负责日常麻风防治工作(临床、细菌检查、组织活检、治疗、疗后监测以及接触者定期体检等),并向省或地/州上报流行病学统计、向基层进行宣传教育工作,并对患者家属/接触者在治疗和监测期应每年查体一次。我国的麻风防治指标见附录 E。

### 8 消毒方法

麻风菌尚不能在体外培养,其生长活力低于结核菌,勿需特别防护和消毒。检查病人后仅需用肥皂和流水洗手;污物可煮沸(30min)、曝晒(2h),常规消毒可与结核菌类似(用 75% 的酒精或 3% 漂白粉澄清液浸泡 1~2h),只要尽早发现病人,予以联合化疗,即可立即阻断传染。

附录 A

麻风菌检查法及麻风病理标本的送检

(补充件)

A1 查菌

A1.1 标本制备

除常规部位如耳垂、眶上及颌下外,要在2~3块活动性皮损的边缘上取材,共5~6处;以75%酒精棉球擦拭皮肤后,用左手中指和食指将皮肤捏紧,使变苍白,右手持消毒手术刀,用刀尖切一长5mm,深2~3mm的切口,然后转持刀柄90°,来回刮取切口边缘和底部的组织液,再均匀地按顺序在清洁的载玻片上涂成直径5~7mm的薄膜。刮取时应注意防止带血;每切刮一部位后,均应将刀尖拭净并以酒精火焰消毒;每名病人应换一新刀片以避免交叉污染和感染;取完一名患者的标本后,应将载玻片的反面放在酒精火焰上来回晃动2~3次以固定之,然后标记病历号及取标本日期,放入玻片盒内,防潮、防尘、防日光,在三日内连同送检单送化验室做抗酸染色检查。

A1.2 抗酸染色

A1.2.1 在玻片涂膜上滴加石碳酸复红染液,置酒精灯火焰上加热至出蒸气,稍停,再热;反复三次,共历3~5min,清水缓缓冲洗;注意切勿使染液沸腾或干涸。

A1.2.2 加1%盐酸乙醇液脱色1/2~1min,至无红色脱落,再用流水缓缓冲洗;切勿直接冲涂膜处。

A1.2.3 用0.3%美蓝水溶液复染1~3min,然后流水自片端缓缓冲洗、晾干、镜检。

A1.3 细菌密度指数(BI)

油镜(10×100倍)下检查,麻风菌呈鲜红色,背景呈浅蓝色。阴性涂膜至少查200个视野。每个涂膜中的菌量以细菌指数表示:

1+	平均每100个视野有细菌1~10条	至少检查100个视野
2+	平均每10个视野有细菌1~10条	至少检查100个视野
3+	平均每1个视野有细菌1~10条	至少检查50个视野
4+	平均每1个视野有细菌10~100条	至少检查50个视野
5+	平均每1个视野有细菌100~1000条	至少检查50个视野
6+	平均每1个视野有细菌1000条以上,有菌球。	至少检查25个视野

每名病人每次至少应选5个部位,各做1个涂膜。将5个涂膜所得的加号数的和除以5,即为该病人的细菌指数。

A2 病理标本

检查麻风皮损的病理,对诊断分型、评价疗效和判愈都很重要。标本要用 10% 中性福尔马林固定,送当地的中心实验室(州、省级)做 HE 和抗酸法染色;实验室并应在一月内出报告。

活检应选活动性损害的边缘高起部位,要在局部麻醉下无菌操作,避免挤压,沿皮纹切 12mm × 6mm,深达皮下脂肪组织的皮瓣,固定后附上送检单送至州、省级皮肤病防治所病理室。

中性福尔马林固定,可较好地保存组织的原有形态和麻风菌的抗酸性,配制方法;

福尔马林(40%甲醛水溶液)	100mL
磷酸二氢钠( $\text{NaH}_2\text{PO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ )	3.5g
磷酸氢二钠( $\text{Na}_2\text{HPO}_4 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$ )	6.5g
蒸馏水	900mL

附录 B  
麻风病的分型  
(补充件)

为了便于在基层开展联合化疗,世界卫生组织建议把马德里(Madrid)或雷德里-乔普林(Ridley - jopling)的麻风病分型法归纳为两型,即多菌型(MB, Multibacillary leprosy)和少菌型(PB, Paucibacillary leprosy)麻风:

表 B1

分型	多菌型(MB)	少菌型(PB)
马德里 (1953)	瘤型(L) 界线类(B)	结核样型(T) 未定类(I)
雷德里-乔普林 (1966)	瘤型 (LL) 界线类偏瘤型(BL) 中间界线类 (BB)	结核样型 (TT) 界线类偏结核样型(BT) 未定类 (I)
任何一个部位的 细菌(+)号数	≥ 2+	< 2+

机体对麻风菌的免疫反应有差异,因而有不同的临床和组织病理表现。根据细胞免疫力的强弱,麻风病可大致分为五个逐渐移行的类型:

**B1 未定类型(I)**

多为麻风的早期表现,有1个或数个浅色斑或淡红斑,边缘清楚或不清楚,有感觉障碍,常见于皮肤暴露部位;涂片查菌常为阴性。组织病理:真皮内附件、血管、皮神经周围可有淋巴细胞浸润,在神经和立毛肌内有时可见少数麻风菌。

**B2 结核样型(TT)**

有一至数个斑疹、斑块或丘疹性损害,边缘清楚,略高出皮肤,有的皮损中心部位外观正常或有萎缩,表面干燥有鳞屑,可有毳毛脱落和闭汗,感觉消失,皮损附近的皮神经支可粗大;有1~2条外周神经干粗大、质硬。组织病理:真皮内有上皮样细胞肉芽肿,可侵及表皮基底层,外围密集淋巴细胞,其中心区可见郎罕氏细胞。皮肤附件和神经中看不到麻风菌。

**B3 界线类偏结核样型(BT)**

皮损较少,分布不对称,多为红褐色或色素减退斑,可高出皮面,中央可有免疫性较强的“空白区”,边缘清楚,表面常粗糙有鳞屑,可触及皮损附近的皮神经,可有1~3条外周神经粗大压缩;大的皮损附近常有卫星样损害。皮损涂片麻风菌少或无。组织病理:表皮下可见无浸润带,真皮有上皮样细胞肉芽肿,其外围有较多的淋巴细胞浸润。皮肤附件和神经内可见或无麻风菌。

**B4 中间界线类(BB)**

皮损多少不等,一般不对称,为斑疹、斑块或结节等多形性损害,常呈黄红或暗红等多种颜色。皮损中部常见免疫区,内缘清楚,外缘多不明显。皮损表面光滑无鳞屑,有感觉障碍,查菌阳性。组织病理:真皮内有上皮样细胞肉芽肿,呈弥漫性分布,仅有少数淋巴细胞,无朗罕氏细胞;可部分累及神经,束膜呈层状,有中等数量的麻风菌(3~4+)。

**B5 界线类偏瘤型(BL)**

皮损较少,形态多样,较广泛,较对称,表面光滑,边缘不清楚,有感觉障碍,有多条外周神经粗大,质较软,菌量较多。组织病理:表皮下有无浸润带及巨噬细胞肉芽肿,后者的细胞有的呈空泡化,间有淋巴细胞,神经束膜呈层状,并有浸润;有较多的麻风菌(4~5+)。

**B6 瘤型(LL)**

早期皮损小而多,分布广泛、对称,为红色或褐色或似有色素沉着的斑疹,常有弥漫

性浸润,表面平滑有光泽,界限不清楚;晚期有斑块、结节或呈皱折状;神经粗大、质软。有对称性手足麻木,常规部位查菌多,可堆集成团。组织病理:表皮下有无浸润带,真皮内有巨噬细胞肉芽肿,淋巴细胞很少,在 HE 染色中组织细胞呈泡沫状;神经束膜呈层状结构;麻风菌极多,呈团状(5~6+)。

附 录 C

麻风复发与麻风反应的鉴别

(补充件)

在完成联合化疗后的监测期或其后,又出现了麻风的症状,即为复发。

复发的临床体征:

- a. 原有皮损范围扩大、变厚、边缘发红;
- b. 原无皮损的部位又出现了新的损害;
- c. 原查菌阴性部位又出现了麻风菌,或较在停药时某部位(损害)细菌增加 $\geq 2+$ ,尤其是又出现了完整菌。细菌指数在复查时若有增加,必须对照病历认真核实;
- d. 触摸原不痛的外周神经又有明显的疼痛。

在完成 MDT 疗程后,可出现 I 型麻风反应,往往误诊为复发,二者的特征见表 C1:

麻风反应与复发的鉴别:

表 C1

症 状	I 型反应	复 发
出现时间	治疗中或停药后 1/2~1 年内,但也可出现在停药一年以后	停药 1 年以后
发作特点	突然发作	缓慢
全身症状	发烧、乏力、关节痛	无
皮损特点:		
——原皮损	数个或全部旧皮损红肿发亮	个别原皮损的边缘发红、浸润
——新皮损	较少	主要为出现新皮损
——溃疡	损害常破溃	少见
——脱屑	皮损消退后有脱屑	不脱屑
——外周神经	侵犯以前已受累的神,运动障碍发展快	侵犯以前已或未受累的神,运动障碍发展慢
激素疗效	短期(4周)强的松治疗(40mg/日)奏效,以后每月减 10~5mg/日,至 6 个月减完。待用强的松 40mg/日 4 周与复发鉴别后,重复 MBMDT 方案,同时用激素治疗,用激素时不停 MDT	强的松治疗无效。用激素 40mg/日治疗 1 月后,临床无好转即停激素,重复 MBMDT 方案

## 附录 D

### 麻风病的神经功能检查和畸残临床分级

(补充件)

#### D1 神经损害检查

形态检查:按顺序沿神经经路进行。触摸各对神经,双侧对比神经的粗细、硬度、均匀度、触痛及放射痛等。注意有无神经瘤和神经脓疡。

必须双侧对比检查耳大神经、尺神经、腓总神经、胫后神经、眶上神经、正中神经、桡神经,以及皮损或麻木区附近有无皮神经粗大。

#### D2 感觉功能检查

检查痛、触及温度觉是否迟钝、减退或丧失。检查前,先向病人说明检查方法和要求,在取得病人的理解与合作后再进行测试。要求病人在闭眼或以物遮盖双目的情况下,指出并说出被测部位的感觉如何。应注意观察病人的表情和反应,以判断结果的可靠程度。

**D2.1 痛觉:**以针尖轻刺正常皮肤和皮损让病人回答“痛”或“不痛”,并观察其表情。不可刺的太轻或太重。

**D2.2 触觉:**用柔软的羽毛或棉签末端的棉絮轻触正常皮肤及皮损,让病人用手指指出每次触及的部位或回答触试的次数。

**D2.3 温觉:**用两支试管,一置冷水,一置热水(40℃左右)交替测试受检部位,并进行正常和皮损部位的对比,以了解其能否感知冷热。

一般可先做痛觉检查,而后测触觉和温度觉。触觉和痛觉丧失者,不必再测温度觉,如触、痛觉正常时,应测温度觉。

#### D3 运动功能检查

要记录受累神经支配的肌肉肌力是否正常,有无瘫痪或萎缩。

**D3.1 面:**通过抬额、皱眉、闭眼及吹口哨等动作,观察有无面神经麻痹。注意患者有无正常的眨眼动作,再令患者闭眼,看上下眼睑能否闭全;如不能闭合,应估计眼裂的距离(mm)。

**D3.2 手:**令患者外展小指,测其肌力,并观察拇指掌侧外展、手指外展、内收、对掌、握拳、腕背屈等动作的情况和力量。

**D3.3 足:**检查患足能否内翻、外翻,以及足背屈的情况及力量。



D4 麻风畸残的基础记录和分级(附基础记录表和分级表)

对在治疗中、后以及监测期中的麻风患者每次查体时都应进行手、足和眼的神经功能检查,如有异常要及时采取措施,以避免原有神经功能障碍加重或出现新的残疾。检查时可托住患者的手或足,用圆珠笔垂直地轻压双侧指、掌和足底的相应部位(单侧手有 11 点,足有 12 点),使形成一个约 1cm 直径的凹陷,嘱患者在不看的情况下指出压点所在,有感觉记“√”,否则记“×”(见表 D1 麻风病畸残基础记录)。

D5 神经炎的检查 and 记录

在治疗中及疗后的监测期中的每次体格检查,均应有神经功能检查内容。

D5.1 皮肤感觉和肌力在过去半年内有无变化。

D5.2 有无神经痛和压痛。

如“有”则记录其部位、程度及出现日期和检查日期等(见表 D1 麻风病畸残基础记录表和表 D2 麻风残疾临床分级登记表)。

表 D1 麻风病畸残基础记录

姓名\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 型别\_\_\_\_\_ 病历号\_\_\_\_\_

一、感觉检查:

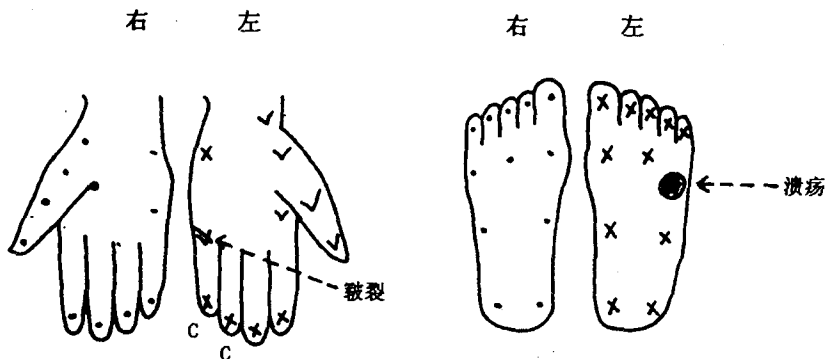
按图中标记的位置轻触皮肤,如患者能指出被触点(范围不超过 3cm)为有感觉,记“√”,否则记“×”。

二、其他检查:

爪形指(趾);在指(趾)端外记“C”,如有强直再记“S”。

皸裂、伤口、溃疡,在患处标记。

指(趾)短缩:记“—”表示短缩水平。



三、运动功能检查: