

- [2] 张寅, 周亦伦, 赵海丹, 等. 轻度下调血液透析液钠浓度可有效降低处于干体重的行维持性血液透析的终末期肾病伴高血压患者血压和血钠: 多中心、自身对照研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(36): 4585-4589.
- [3] 曹翠云, 黄巍. 伴高血压的维持性血液透析患者血压变异性对心血管事件发生的影响[J]. 中国血液净化, 2021, 20(6): 378-381.
- [4] 刘霄云. 基于结构-过程-结果三维质量评价模式的延伸护理在尿毒症血液透析患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(9): 176-178, 182.
- [5] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南 2018 年修订版[J]. 心脑血管病防治, 2019, 19(1): 1-44.
- [6] 李俊, 刘朝杰, 李宁秀, 等. 生命质量评价量表 SF-36 中国量化标准研究[J]. 华西医科大学学报, 2001(01): 36-38, 47.
- [7] 刘霞. 5E 康复模式的延续性护理联合综合护理干预在高血压肾病护理中的应用[J]. 吉林医学, 2023, 44(6): 1625-1627.
- [8] 梁小平. 风险分级护理对高血压肾病维持性血透患者内瘘功能及心血管事件的影响观察[J]. 心血管病防治知识, 2023, 13(6): 62-64.
- [9] 劳美珍, 冯巧梦. 膳食护理干预在高血压肾病血液透析患者中的应用效果[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(8): 1391-1394.

- [10] 张娟. 结构-过程-结果三维质量评价护理模式在慢性肾衰竭高通量血液透析患者中的应用观察[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(8): 895-896.
- [11] 陆敏娟. 结构-过程-结果三维质量评价护理模式应用于慢性肾衰竭(CRF)高通量血液透析患者中的效果[J]. 临床护理研究, 2022, 31(22): 118-120.
- [12] 沈凤丹, 徐月明. 结构-过程-结果三维质量评价模式对腹膜透析不良事件的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(23): 4231-4234.
- [13] 丰焕云, 英艳丽, 朱明明, 等. 全程跟踪护理并持续质量改进对维持血液透析患者血管通路管理的护理价值[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(18): 3387-3391.
- [14] 杨芳, 刘丽琴. 持续质量改进模式对接受维持性血液透析患者并发低血压的预防效果[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(3): 188-190.
- [15] 李白, 王妍云. 基于 Donabedian 质量理论的血管通路持续质量改进对血液透析病人营养状况及凝血功能的影响[J]. 全科护理, 2022, 20(14): 1948-1950.
- [16] 潘海燕, 曾建好, 成月莹, 等. 营养护理干预对终末期肾病维持性血液透析患者生活质量的影响[J]. 海南医学, 2021, 32(5): 678-680.

医护一体化预见性护理在婴幼儿围手术期低体温预防中的应用

刘晓燕 赵宏波* 张平 岑茜 刘丹凤

(深圳市儿童医院手术室, 广东 深圳, 518038)

摘要: **目的** 探讨医护一体化预见性护理在婴幼儿围术期低体温预防中的应用效果。**方法** 选择 2023 年 12 月—2024 年 2 月在深圳市儿童医院实施手术的 79 例婴幼儿为研究对象, 其中, 38 例组成对照组, 实施常规护理控制围术期低体温, 另 41 例组成观察组, 实施医护一体化预见性护理控制围术期低体温, 比较两组患儿不同时间点的体温变化、术后麻醉恢复时间和并发症发生情况。**结果** 两组患儿在麻醉前 30 min、手术开始及结束时体温比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 但在手术至 30 min 时, 对照组最低与最高体温均低于观察组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患儿恢复自主呼吸时间、麻醉后苏醒时间和复苏室滞留时间均高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。对照组患儿术后低体温、寒颤、躁动等并发症发生率低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 医护一体化预见性护理干预在针对婴幼儿围手术期低体温预防中具有良好效果, 其不仅可预防术中患儿体温降低, 而且对控制患儿术后麻醉恢复时间和并发症的发生具有积极意义。

关键词: 医护一体化; 预见性护理; 婴幼儿; 围手术期; 低体温

中图分类号: R 473.72 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-06-0161-04

正常机体的运转离不开人体体温恒定范围的维持, 正常体温的波动不会对人体新陈代谢及生理功能造成影响^[1-2]。全身麻醉会造成人体代谢能力降低, 会对体温调节系统产生抑制作用, 进而导致患者围术期低体温的发生, 对患者的预后造成影响^[3-4]。术中低体温的概念为围术期体温低于 36℃,

婴幼儿年龄较小, 体温调节系统和机制及中枢神经系统发育不完善, 皮肤薄、皮下脂肪少, 体表面积较大, 温度不易保持恒定, 而且婴幼儿体温极易受到外界温度的影响, 特别是在手术过程中, 手术环境、麻醉药物以及灌注液温度等因素的影响也较大, 低体温发生率及风险也较高^[5]。婴幼儿术中低体温的产生可能会造成婴幼儿出现凝血、手术切口感染及心肌损伤等严重并发症。而婴幼儿在手术过程中, 会发生内脏器官大面积暴露, 麻醉药物对体温调节功能的抑制是患儿发

作者简介: 刘晓燕 (1990—), 女, 汉族, 籍贯: 山东省枣庄市, 本科, 主管护师, 研究方向: 婴幼儿围术期体温管理。

* **通讯作者:** 赵宏波, E-mail: xiaoyan_0514@qq.com。

生低体温的主要因素,并且会影响患儿麻醉后的早期恢复^[6]。由此,婴幼儿全麻手术过程中应加强护理干预,以维持婴幼儿术中的核心体温^[7]。医护一体化预见性护理可以将医护一体化与预见性护理相结合,更能充分将医护资料充分互补,从而预防风险事件的发生^[8]。本研究利用医护一体化预见性护理应用于围术期低体温婴幼儿,并观察其效果,现将其报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2023 年 12 月—2024 年 2 月在深圳市儿童医院实施手术的 79 例婴幼儿为研究对象,其中,2023 年 12 月—2023 年 12 月进行手术的 38 例患儿为对照组,实施常规护理控制围术期低体温,2024 年 1 月—2024 年 1 月进行手术的 41 例婴幼儿为观察组,实施医护一体化预见性护理控制围术期低体温。对照组男 20 例,女 18 例;年龄 28 d ~ 3 岁,平均年龄 (2.13 ± 1.42) 岁;手术风险 NNIS 分级为 I 级 23 例,2 级 15 例;美国麻醉医师协会 ASA 分级为 I 级 8 例,II 级 20 例,III 级 10 例。观察组男 21 例,女 20 例;年龄 28 d ~ 3 岁,平均年龄 (2.21 ± 1.51) 岁;手术风险 NNIS 分级为 I 级 25 例,2 级 16 例;美国麻醉医师协会 ASA 分级为 I 级 9 例,II 级 21 例,III 级 11 例。两组患儿性别、年龄、NNIS 和 ASA 等一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过深圳市儿童医院医学伦理委员会审核(批号:202315602)。患者家属充分了解研究相关内容后,自愿签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①手术时婴幼儿年龄在 28 d ~ 3 岁;②婴幼儿术前体温正常,术前 1 d 体温婴幼儿体温为 (36.5 ± 0.5) °C,无体温过低或过高现象;③为择期手术婴幼儿。

排除标准:①合并血液系统、免疫系统及神经心血管系统异常;②手术前发生体温异常;③合并重要脏器功能不全;④急诊或日间等非择期手术。

1.3 方法

对照组的手术实施条件主要在静吸复合麻醉下,同时实施常规护理,主要内容:将患儿接入至手术间内,术中应用保温毯全程对患儿实行保温措施,手术室内温度维持在 24 ~ 26 °C,湿度为 40% ~ 60%,输注的液体温度保持在 37 °C,手术过程中全程使用保温毯及棉被对患儿进行保温;术中冲洗液也同样保持在 38 ~ 40 °C。在手术过程中应持续监测患儿心率、血氧饱和度、血压、呼吸等体征。对肛门部测温,并进行定时监测。婴幼儿转入麻醉复苏室或重症监护室前要对婴幼儿体温进行复核,体温 ≥ 36 °C 方可进行转运,如体温 < 36 °C 则需要对婴幼儿进行加温,保证其体温稳定 ≥ 36 °C,对低体温婴幼儿提温过程要保证升温速度为 0.3 ~ 1.2 °C/h,针对重度低温婴幼儿或者心脏功能较差的婴幼儿控制其升温速度为 3 °C/h;术后转回目标病房后,对婴幼儿病床进行预热,同时使用心电监护仪器监测核心温度和心率;整体护理措施的实施要求医生与护理人员共同参与完成,对交接班、查房都要

完成医护一体化,加强巡视及沟通,对婴幼儿输液治疗及动态反应要及时掌握,如出现不良反应及并发症要协同处理并做好记录。

观察组在对照组基础上实行医护一体化预见性护理,具体措施:①建立医护一体化团队。主要由主治医师、护理组长、主管护师等组成,由医生与护理人员共同完成护理工作。②培训。团队成员均要经过医护一体化培训,首先了解医护一体化预见性护理的知识及落实措施,加强婴幼儿围手术期低体温的发生机制与原因的了解,并进行考核,考核合格后方可参加护理工作,护理组长负责案例护理分析,医生负责低体温机制、原因及相关救治的讲解,小组护士主要负责相关操作示范,如术中保温措施实施及救护等。③低体温原因分析。采用查阅文献、头脑风暴法等循证医学手段对婴幼儿围术期低体温的原因进行分析总结,由此了解婴幼儿围术期低体温的原因主要是婴幼儿机体免疫功能低下、体温调节能力差。④制订相关护理方案。团队成员对渗漏原因结果进行分析,同时结合文献依据和护理经验制订医护一体化的预见性护理措施。⑤实施制订护理方案。首先根据婴幼儿手术特点及病情严重程度在术前对其进行综合评估,由主治医师反馈给手术室责任护士,根据医嘱密切监测患儿血压、血氧饱和度的变化;其次协助婴幼儿家属完善各项术前检查,对婴幼儿低体温发生的危险因素全面排查,主治医师与责任护士配合对婴幼儿家属进行术前宣教,除讲解婴幼儿原发疾病的诊治方案外,还要与婴幼儿家属讲解婴幼儿术中发生的各种并发症及处理方法,其中包括围手术期低体温的概念、处理措施及预防方案;在手术过程中,医生及麻醉师除观察婴幼儿体征及状态外,还应与护理人员进行沟通交流,特别是要密切观察患儿呼吸、心率、体温及血压,尤其是体温变化,手术过程中的室内湿度要维持在 45% ~ 60%,温度维持在 26 °C,婴幼儿利用输血输液加温仪,同时给与辐射台保暖措施,其余措施参照对照组;手术后保温护理,婴幼儿手术过后体温过低不应拔出气管插管,待婴幼儿复温后方可拔管。

1.4 观察指标

①两组婴幼儿不同时间点体温变化:包括麻醉前体温、手术开始时体温、手术进行至 30 min 最高和最低体温、手术结束时体温。

②两组婴幼儿术后麻醉恢复时间:包括婴幼儿恢复自主呼吸时间、麻醉后苏醒时间和复苏室滞留时间。

③并发症发生情况:包括低体温、寒战、躁动。并发症发生率 = (低体温 + 寒战 + 躁动) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 24.0 统计学软件对所收集资料进行统计学分析,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组婴幼儿不同时间点体温变化比较

两组婴幼儿在麻醉前 30 min 体温、手术开始及结束时体

温比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);但在手术至 30 min 时,对照组最低与最高体温均低于观察组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组婴幼儿不同时间点体温变化比较 ($\bar{x} \pm s$, $^{\circ}\text{C}$)

组别	例数	麻醉前 30 min	手术开始时	手术进行至 30 min		手术结束时
				最低	最高	
对照组	38	36.22 $\pm$ 0.45	36.08 $\pm$ 0.29	33.83 $\pm$ 0.25	36.54 $\pm$ 0.33	36.33 $\pm$ 0.41
观察组	41	36.31 $\pm$ 0.38	36.13 $\pm$ 0.32	35.26 $\pm$ 0.31	36.84 $\pm$ 0.36	36.42 $\pm$ 0.28
t		0.963	0.726	22.459	3.851	1.147
P		0.339	0.470	<0.001	<0.001	0.255

2.2 两组婴幼儿术后麻醉恢复时间比较

观察组婴幼儿恢复自主呼吸时间、麻醉后苏醒时间和复苏室滞留时间均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组婴幼儿术后麻醉恢复时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	恢复自主呼吸时间	麻醉后苏醒时间	复苏室滞留时间
对照组	38	14.52 $\pm$ 1.33	66.25 $\pm$ 7.14	61.42 $\pm$ 9.76
观察组	41	13.08 $\pm$ 1.16	53.42 $\pm$ 7.05	51.53 $\pm$ 8.94
t		5.138	5.008	4.701
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组婴幼儿并发症比较

对照组婴幼儿术后发生低体温 5 例(13.15%),寒颤 1 例(2.63%),躁动 2 例(5.26%),合计 8 例(21.05%);观察组婴幼儿术后发生低体温 2 例(4.87%),躁动 1 例(2.44%),合计 3 例(7.31%)。观察组并发症发生率低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 两组婴幼儿并发症比较 [n (%)]

组别	例数	低体温	寒颤	躁动	合计
对照组	38	5(13.15)	1(2.63)	2(5.26)	8(21.05)
观察组	41	2(4.87)	0(0.00)	1(2.44)	3(7.31)
χ^2					3.104
P					0.078

3 讨论

婴幼儿围手术期体温管理的重要性不言而喻,婴幼儿体温调节的中枢发育仍不完全,皮下脂肪层薄,散热明显,体温极易受到周围环境的影响而出现较大波动,可诱发诸如寒冷损伤综合征、凝血功能障碍等并发症,乃至死亡。婴幼儿刚离开母体,加之自身疾病带来的机体负担,患儿更易受外界温度的影响^[9-11]。在围手术期,不可避免地需要接受一系列处理措施从而暴露在外界环境中,长时间的低体温会带来患儿全身广泛出血、酸中毒、硬肿症的风险^[12-13]。因此,对婴幼儿围手术期的低体温管理具有重要意义。

医护一体化预见性护理是将医护一体化与预见性护理模式相结合,医生对患儿疾病走势及低体温的影响提前进行预判,并直接参与到护理工作中,而预见性护理可以作为一种循证医学理念来应用,提前找出影响婴幼儿围手术期低体温的危险因素并加以控制^[14-15]。深圳市儿童医院手术室将医护一体化预见性护理应用在婴幼儿围手术期低体温的预防中,

效果良好。结果显示,两组患儿在麻醉前体温(30 min)、手术开始及结束时体温差异均无统计学意义($P>0.05$);但在手术至 30 min 时,对照组最低与最高体温均低于观察组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患儿恢复自主呼吸时间、麻醉后苏醒时间和复苏室滞留时间均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。对照组患儿术后发生低体温 5 例(13.15%),寒颤 1 例(2.63%),躁动 2 例(5.26%),合计 8 例(21.05%);观察组患儿术后发生低体温 2 例(4.87%),躁动 1 例(2.44%),合计 3 例(7.31%)。观察组较对照组并发症发生率低,但差异无统计学意义($P>0.05$)。由此可知对婴幼儿执行医护一体化预见性护理具有较好的应用效果,利用预见性护理模式将患儿术前、术中及术后产生的可能造成低体温的因素进行梳理,明确整个小组成员间的职责,将医疗与护理主观能动性充分进行调动,其较其他低体温护理模式更为实用^[16]。医护一体化预见性护理可以充分整合医务人员对疾病诊断及判断,对手术室围手术期低体温管理起到规范作用,从而保障婴幼儿手术的安全,这也是其较其他低体温患儿手术护理的优势所在^[17]。以上研究结果亦表明,医护一体化预见性护理对婴幼儿低体温护理具有重要的意义,也是预防婴幼儿在围手术期发生低体温的重要措施,可在一定程度上提高婴幼儿围手术期体温,减少低体温的发生。

综上所述,医护一体化预见性护理干预在针对婴幼儿围手术期低体温预防中具有良好效果,其不仅可预防术中患儿体温降低,对控制患儿术后麻醉恢复时间和并发症发生有积极的意义,值得临床应用。

参考文献

- [1] 杭岚,杜娜,宣炜嘉.不同保温措施对泌尿外科腹腔镜手术患儿术中体温、生理指标及凝血功能的影响[J].吉林医学,2023,44(3):765-768.
- [2] 张博,李瑞英.基于医护一体化的预见性护理干预对心血管内科高渗性药物所致渗透性损伤及静脉炎的预防作用[J].临床医学实践与研究,2021,6(11):175-177.
- [3] 李玉洁,周浩,席俊华.基于医护一体化的预见性护理在输尿管软镜碎石术围术期护理中的应用[J].中华全科医学,2022,20(8):1427-1429,1443.
- [4] 郑泽,栾艳霞.低体温预见性护理在预防小儿全麻术后低体温中的应用研究[J].临床医学工程,2022,29(5):709-710.
- [5] 孙亮,高倩,王广,等.麻醉后恢复室期间全身麻醉患者发生低体温的影响因素[J].中华医学杂志,2021,101(1):52-56.
- [6] 郭丽芳,周婷,李伶.基于4R危机管理理论的低体温应急流程在手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(2):147-149.
- [7] 匡琪琦,李波,吴葵.前馈控制联合复合保温措施对全身麻醉术后苏醒期病人躁动及体温的影响[J].全科护理,2023,21(25):3524-3527.
- [8] 李悦,李丽,房馨,等.手术患儿术中低体温风险预测模型的构建及验证[J].齐鲁护理杂志,2023,29(8):32-35.
- [9] 陈红,叶天惠,熊晓菊,等.手术室早产儿低体温预防的精准管理[J].护理学杂志,2019,34(18):45-47.
- [10] 朱秋燕,吴婉英,王丽芬,等.围手术期低体温的影响因素及预防措施研究进展[J].护士进修杂志,2022,37(2):141-145.
- [11] 肖文,董河,黄辉,等.不同保温措施对腹腔镜手术中小儿体温的

影响[J]. 青岛大学学报(医学版),2020,56(6):653-656.

[12] 郑伟熙,李桢鸣,薛云琴,等.循证护理干预在预防小儿腹腔镜手术围术期低体温中的应用[J].中外医疗,2021,40(32):173-177.

[13] 张震,郭海云,侯武刚,等.围手术期低体温研究进展[J].解放军医学杂志,2023,48(4):476-481.

[14] 秦呈燕,冯少君,张爱萍.预见性护理在小儿腹腔镜手术患儿预防非计划性低体温中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(8):112-114.

[15] 谢庆,彭勤宝,周成斌,等.间断热疗在低体质量婴儿体外循环改良超滤期的应用[J].岭南心血管病杂志,2021,27(6):704-707.

[16] 甘瑞,李霞,吴婷.运用全程暖链体温管理方法降低手术患儿低体温发生[J].新疆医学,2021,51(11):1276-1279.

[17] 洪佳莹,吴彦.综合保温干预在降低新生儿开腹手术低体温的应用研究[J].基层医药论坛,2018,22(30):4271-4272.

基于延续性护理的用药指导联合激励式护理 在胆囊结石术后服药的应用效果

田力力

(内蒙古自治区人民医院肝胆胰脾外科,内蒙古 呼和浩特,010017)

摘要:目的 探讨基于延续性护理的用药指导联合激励式护理在胆囊结石术后服药中的应用效果。方法 选取 2023 年 8 月—2023 年 10 月内蒙古自治区人民医院收治的 146 例胆囊结石术后恶心呕吐患者作为研究对象,应用随机数表法将其分为观察组与对照组,每组 73 例。对照组采取常规护理,观察组在常规护理基础上增加延续性护理的用药指导联合激励式护理。结果 干预后,观察组 HAMD、HAMA 评分低于对照组,GSSES 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);护理后,观察组不依从率低于对照组,完全依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组患者 WHO-QoL-BREF 评分中关于社会关系、环境、生理、心理 4 个领域的分数高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于延续性护理的用药指导联合激励式护理可改善胆囊结石患者术后的负面情绪,提升患者自我效能与用药依从性,辅助降低术后并发症发生率,改善患者生活质量。

关键词: 延续性护理;用药指导;激励式护理;胆囊结石;并发症

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-06-0164-04

胆囊结石是指胆囊相关胆道系统发生结石的疾病,是当前临床上的常见病、多发病。结石形成后不但对胆囊黏膜产生刺激,造成胆囊慢性炎症,而且当结石在胆囊管后或胆囊颈部嵌顿时还容易引发感染^[1]。当前临床上对于胆石症多采取腹腔镜手术治疗,该手术方式具有恢复快、创伤性小等优势,得到广泛医学学者的认可^[2]。但临床实践发现,胆囊结石术后恶心呕吐的发生率较高,为患者带来极大不适,也可能引发吸入性肺炎、水电解质失衡、营养不良等,降低机体抵抗力,增加术后感染发生率^[3]。因此,术后常服用药物来缓解恶心呕吐情况,如甲氧氯普胺作为多巴胺第 2 受体拮抗剂,可作用于延髓催吐化学感受器,具有强效中枢性镇吐作用,可用于预防或治疗胆囊术后恶心呕吐情况^[4]。但由于胆囊结石术后发生恶心呕吐的患者机体抵抗能力较差,同时合并焦虑、抑郁等负面情绪、术后恢复缓慢、出院后依然需要持续用药治疗等原因,导致患者的用药依从性并不高,所以,对此类患者采取科学的院外辅助护理干预,对术后康复具有重要

价值。因此,本研究旨在探讨基于延续性护理的用药指导联合激励式护理在胆囊结石术后服药中的应用效果,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 8 月—2023 年 10 月内蒙古自治区人民医院收治的 146 例胆囊结石术后恶心呕吐患者作为研究对象,应用随机数表法将其分为观察组与对照组,每组 73 例。对照组男 40 例,女 33 例;年龄 43~75 岁,平均年龄(54.24 ± 4.47)岁;恶心呕吐严重程度:轻度 28 例,中度 30 例,重度 15 例。观察组男 43 例,女 30 例;年龄 41~76 岁,平均年龄(54.86 ± 4.51)岁;恶心呕吐严重程度:轻度 24 例,中度 33 例,重度 16 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经内蒙古自治区人民医院医学伦理委员会批准。所纳入患者对本研究知情并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合胆囊结石诊断标准,且具有手术治疗

作者简介: 田力力(1982—),女,汉族,籍贯:内蒙古自治区兴安盟,本科,主管护师,研究方向:肝胆胰脾外科临床护理。