

• 病例报告 •

重度肝肺综合征患者行肝移植术后 并发呼吸衰竭及肾功能不全 1 例的护理

崔亚娟, 于颖, 李京, 刘莹, 肖馨慧, 陈小伟

(吉林大学第一医院 普通外科中心-肝胆胰外一科, 吉林 长春 130021)

【摘要】 总结 1 例重度肝肺综合征患者行肝移植术后并发呼吸衰竭及肾功能不全的护理经验。护理要点包括:分阶段序贯式呼吸治疗与护理,提升氧合指数,促进肺康复;连续性肾脏替代治疗与护理,修复受损肾脏;分段式动态落实营养支持方案,加速康复进程;开展延续性护理提高居家照护能力。经多学科团队精心治疗与护理 80 d,患者出院。随访 12 个月患者已脱离家庭氧疗,状态良好。

【关键词】 肝移植;肝肺综合征;呼吸衰竭;肾功能不全;病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.2097-1826.2026.05.027

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)05-0111-04

Case Report on Nursing Care for One Patient with Severe Hepatopulmonary Syndrome Complicated with Respiratory Failure and Renal Insufficiency after Liver Transplantation

CUI Yajuan, YU Ying, LI Jing, LIU Ying, XIAO Xinhui, CHEN Xiaowei (Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery I, General Surgery Center, The First Hospital of Jilin University, Changchun 130021, Jilin Province, China)

Corresponding author: YU Ying, Tel: 0431-81875177

【Abstract】 The nursing experience of one patient with severe hepatopulmonary syndrome who suffered from respiratory failure and renal insufficiency after liver transplantation were summarized. The key nursing measures included the following aspects: implementing phased sequential respiratory therapy and nursing care to improve oxygenation index and promote pulmonary rehabilitation; providing continuous renal replacement therapy and corresponding nursing intervention to repair impaired renal function; carrying out staged and dynamic nutritional support programs to accelerate the rehabilitation process; and conducting transitional care to enhance the ability of home-based care. With meticulous treatment and nursing care provided by the multidisciplinary team, the patient was discharged smoothly 80 days after admission. During the 12-month follow-up, the patient has weaned off home oxygen therapy and maintained a good general condition.

【Key words】 liver transplantation; hepatopulmonary syndrome; respiratory failure; renal insufficiency; case report

[Mil Nurs, 2026, 43(05):111-114]

肝肺综合征 (hepatopulmonary syndrome, HPS) 是肝硬化终末期的严重并发症,是指无基础心肺疾病的慢性肝病和(或)门静脉高压患者,因肺血管广泛扩张、氧合功能异常引发以低氧血症为核心的临床综合征,慢性肝病、肺血管扩张、低氧血症为经典三联征^[1-2]。HPS 起病隐匿、临床表现缺乏特异性、识别难度大,在肝硬化患者中该疾病的诊断率仅 0.45%^[3],在拟行肝移植的患者中该病的诊断率为 5%~30%^[4]。对于 HPS,肝移植是其唯一有效的根治手段^[5],且 HPS 引起的重度低氧血症为肝移植的优先指征^[6]。HPS 患者肝移植术后短期病死率较高、预后差,且氧合功能恢复时间较长^[7]。目前,针对重度 HPS 患者肝移植术后并发多器官功能

不全的护理方案报道相对有限。2024 年 3 月,我中心为 1 例丙型肝炎肝硬化合并重度 HPS 患者行肝移植术,现将护理方案与实践经验报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,66 岁,于 2024 年 3 月因丙型肝炎后肝硬化失代偿期合并 HPS 为行肝移植手术入院。患者 30 年前发现丙肝病毒阳性,抗病毒治疗后转阴,4 年前确诊肝硬化失代偿期;近 3 年出现胸闷、呼吸困难,长期家庭氧疗。入院查体:慢性肝病面容,皮肤、巩膜黄染,蜘蛛痣。体温 36.3℃,脉搏 86 次/min,呼吸 26 次/min,血压 137/65 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),吸氧状态下经皮血氧饱和度 (percutaneous arterial oxygen saturation, SpO₂) 82%,动脉血氧分压 (oxygen partial pressure in arterial blood, PaO₂) 59 mmHg。胆红素 68.6 umol/L,凝血酶原时间 (prothrombin time, PT) 17.10s,肌酐 45.0 umol/L,尿素

【收稿日期】 2025-10-16 **【修回日期】** 2026-01-05

【基金项目】 吉林省卫生健康科技能力提升项目(2024A017)

【作者简介】 崔亚娟,硕士,副主任护师,电话:0431-81875161

【通信作者】 于颖,电话:0431-81875177

24.29 mmol/L,超声心动图提示肺内血管扩张。

1.2 治疗及转归 患者入院完善相关检查,当日在全身麻醉下行供肝修整+原位肝移植+胃冠状静脉结扎术,手术时长 8.12 h,术中尿量 900 mL。术中吸入氧浓度(fraction of inspired oxygen, FiO_2) 100%,氧合指数 64~76 mmHg。术后持续气管插管连接呼吸机辅助通气,气道吸入一氧化氮(inhaled nitric oxide, iNO)联合静脉注射亚甲蓝治疗。术后 1 d 患者出现肾功能不全,给予 8 次连续性肾脏替代治疗(continuous renal replacement therapy, CRRT),术后 8 d 肾功能显著改善,停用治疗后肾功能逐渐恢复正常。患者 SpO_2 91%~92%,氧合指数 109 mmHg,拔除气管插管后,给予序贯无创呼吸机辅助通气结合经鼻高流量湿化氧疗。术后 16 d 患者发生艰难梭菌感染性腹泻,经动态调整营养制剂及鼻饲蒙脱石散+酪酸梭菌肠球菌三联活菌片后,术后 21 d 患者排便恢复正常。术后 60 d,患者改为普通面罩吸氧,10 L/min;术后 74 d,患者改鼻导管吸氧,8 L/min。术后 80 d,患者一般状态改善,肝功能正常,呼吸功能较前好转,鼻导管吸氧下 SpO_2 89%~92%,病情平稳顺利出院并继续家庭氧疗。随访 12 个月,患者已脱离氧疗,一般状态良好。

2 护理

2.1 分阶段序贯式呼吸治疗与护理

2.1.1 有创呼吸机辅助通气治疗阶段 HPS 患者肝移植术后病理生理机制复杂,易并发通气功能障碍、顽固性低氧血症及电解质紊乱,既干扰机械通气撤机,又影响预后。为破解该临床困境,护理团队制订并实施针对性干预。(1)肺保护通气护理:该患者因肺血管扩张、气体交换障碍,术后当天采用双水平气道正压通气(DuoLevel)模式,初始参数调整为潮气量 8 mL/kg、呼吸末正压(positive end-expiratory pressure, PEEP)为 6~8 cmH_2O (1 cmH_2O = 0.098 kPa)、 FiO_2 为 60%~100%、压力支持/峰值吸气压力(pressure support/peak inspiratory pressure, PS/PI)为 12~14/18~22 cmH_2O ,并根据生命体征、肺部呼吸音及血气分析动态调整;术后 6 d FiO_2 60%氧合指数为 112 mmHg,改为压力辅助控制通气(P-A/C)模式,调整参数 PEEP 为 8 cmH_2O 、 FiO_2 为 80%、PS/PI 为 10/15 cmH_2O ,按梯度递减 FiO_2 (每次递减 5%);术后 8 d FiO_2 60%氧合指数为 109 mmHg,静脉滴注甲泼尼龙 40 mg 以减轻呼吸道水肿,并成功拔管,采用序贯无创呼吸机辅助通气。(2)氧合提升干预护理:HPS 患者肝移植术后因内源性一氧化氮分泌减少,易形成顽固性低氧血症,单纯通气支持效果有限,且持续低氧会加重器官

损伤、影响预后^[8]。该患者术后存在明确低氧血症,术后 1 d 启动 iNO 治疗(吸入一氧化氮体积分数 20 ppm,标准状况下 iNO 体积分数 1 ppm \approx 1.34 mg/m^3)60 min 后, PaO_2 仅由 54 mmHg 升至 62 mmHg,未达阳性反应标准^[9],遂采用 iNO 联合亚甲蓝治疗。上调 iNO 浓度至 40 ppm,30 min 后 PaO_2 升至 71 mmHg,术后 2 d 按阶梯减量(从 40 ppm 递减至 5 ppm,每 8 h 减少 5 ppm;从 5 ppm 递减至 1 ppm,每 4 h 减 2 ppm),后以 1 ppm 维持 60 min 后撤除,全程氧合指数升至 112 mmHg。护理中每 15 min 监测 NO/ NO_2 浓度,无泄漏及不良反应。术后 1~4 d,采用 25%葡萄糖注射液 50 mL+1%亚甲蓝注射液(2 mL/支,济川药业集团有限公司)180 mg,经颈内静脉导管泵入,1 次/d(20 min),监测穿刺部位及生命体征,用药 24、48、72 h 氧合指数分别达 56、74、103 mmHg,呈阶梯性改善,为顺利撤机奠定基础。(3)低磷血症纠正护理:HPS 患者肝移植术后因代谢紊乱因素,易并发低磷血症(无机磷 <0.8 mmol/L)。低磷血症引发呼吸肌无力会削弱患者的自主呼吸能力,延长机械通气时间,增加呼吸机依赖的风险^[10]。该患者术后 2 d 无机磷为 0.7 mmol/L,立即经颈内静脉导管泵入复合磷酸氢钾(5%葡萄糖注射液 50 mL+复合磷酸氢钾注射液 4 mL),严格控制泵速为 9 mL/h,以避免高磷血症引发的抽搐、心律失常等;加强监测频率,每 12 h 复查无机磷水平;术后 4 d 无机磷升至 1.45 mmol/L,遂停药改为每日监测,后续未再出现无机磷测定结果异常,为顺利撤机提供了保障。

2.1.2 无创渐进式降阶梯氧疗阶段 HPS 行肝移植患者低氧血症完全改善需要 6~12 个月甚至更久^[7]。该患者人工气道撤除后仍面临低氧风险,且易因氧疗模式转换耐受不佳出现呼吸阻力增加、缺氧加重问题,导致再次插管。该患者术后 8 d 拔管,先采用无创呼吸机自主/定时(spontaneous/timed mode, S/T)模式辅助通气,初始参数调整为 PEEP 7 cmH_2O 、 FiO_2 60%、PS/PI 7/11 cmH_2O ,再根据患者氧合指数及耐受情况交替无创呼吸机辅助通气与经鼻高流量湿化氧疗。术后 9 d 尝试转换为经鼻高流量湿化氧疗,初始参数调整为温度 36℃、 FiO_2 60%、气体流量(flow rate, Flow)55 L/min。患者治疗 1 h 后即出现呼吸增快至 38 次/min、 SpO_2 降至 84%伴呼吸困难的不耐受表现,护理团队即刻为患者恢复无创呼吸机辅助通气以快速纠正缺氧;术后 11 d 再次评估后尝试相同氧疗方案,患者耐受良好,此后依据动脉血气分析结果逐步下调各项参数,术后 60 d 改为普通面罩吸氧(10 L/min),术后 74 d 转

为鼻导管吸氧(8 L/min,出院前降至 6 L/min)。针对该患者慢性鼻窦炎病史,当责任护士发现鼻腔中等量脓性分泌物时,及时给予 0.9%氯化钠注射液鼻腔冲洗(3次/d)联合丙酸氟替卡松鼻喷雾剂(2次/d)抗炎治疗,有效维持了呼吸道通畅、降低了呼吸阻力,最终实现氧疗模式的平稳过渡。

2.1.3 实施中西医结合肺部康复训练 HPS行肝移植患者拔除气管插管后易早期并发肺不张,该并发症可进一步损害肺通气/换气功能,延长氧疗时长、增加呼吸衰竭再发风险。早期干预与针对性康复是改善患者预后的关键。该患者拔管后床旁胸部彩色多普勒超声提示双肺肺不张,经鼻高流量湿化氧疗次日,SpO₂ 89%~93%,血流动力学稳定,多学科团队随即启动个性化中西医结合肺康复计划。(1)呼吸训练:采用三球仪呼吸训练改善肺通气,初始目标 20组/次,2次/d。患者首次训练至 12组时出现呼吸急促(呼吸频率较训练前增加≥10次/min)、呼吸肌乏力,SpO₂降至 81%,立即终止训练并卧床休息 10 min后症状缓解,SpO₂回升至 89%,后续基于 Borg 评分(Borg rating of perceived exertion, RPE)^[11]动态调整训练强度,训练第 4天顺利完成预设目标,术后 14d患者复查胸部彩色多普勒超声显示双肺复张。(2)四肢耐力训练:患者上肢抗阻训练取坐位或半坐卧位,双手分别持 2 kg哑铃配合呼吸节律完成屈伸动作,5个起落为 1组,3组/次,2次/d;下肢耐力训练采用脚踏功率自行车,初始强度 20~30 W,控制心率增加<静息+20次/min,单次 10~20 min,2~3次/d。初期由康复师辅助,第 9天患者实现自主训练,治疗师转为远程监控。(3)穴位按摩:中医科专科护士选取太渊穴、列缺穴、肺俞穴、膻中穴、足三里、定喘穴、肾俞穴 7个穴位,以调节改善肺功能,缓解呼吸困难症状,每次选择 3~5穴位行揉按法(力度以酸胀为宜),每个穴位 3 min,2次/d。首次护士床旁操作,第 2~3天督导家属规范操作,第 4天家属独立完成,护士用记号笔将穴位标记并每周复测手法,保证干预效果。(4)五音疗法:商音属金,主理肺腑功能。循环播放商音纯音乐《秋风词》《平山落雁》,同步开展穿衣、进食、床旁坐便椅等日常生活能力训练,训练强度及时长根据患者耐受程度进行动态调整,最终患者出院时可借助助行器完成床边步行,日常生活能力显著提升。

2.2 连续性肾脏替代治疗与护理 HPS肝移植患者术中因肾脏缺血-再灌注损伤及炎症反应等多重因素,围术期极易并发肾功能不全。该并发症以肾功能指标异常、尿量改变等全身症状为典型表现,其发生率高达 8.0%~81.0%,其中 8.2%~18.0%的

患者需接受透析治疗^[12],不仅会严重损害患者术后生活质量,还会显著降低远期预后效果。该患者术后 1d肌酐升至 249.7 μmol/L、尿素 33.48 mmol/L、eGFR 53 mL/min、24 h尿量仅 215 mL,临床考虑并发肾功能不全。多学科团队会诊后采用 CRRT 的连续性静脉-静脉血液透析滤过(continuous venovenous hemodiafiltration, CVVHDF)模式调整肾功能。参数设定为血流速 150 mL/min、脱水量 200 mL/h、透析液 1500 mL/h、置换液 1000 mL/h。治疗期间实施个性化护理:(1)甲磺酸萘莫司他精准抗凝。针对该患者 CRRT 前活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT)76 s、国际标准化比值(international normalized ratio, INR)2.1、血小板计数 32×10⁹/L,首选甲磺酸萘莫司他抗凝方案^[12]。即 5%葡萄糖注射液 4 mL+甲磺酸萘莫司他 20 mg充分溶解后加入到 0.9%氯化钠注射液 500 mL混匀后预充管路,起始剂量为 20 mg/h。根据跨膜压、静脉压及每 4 h凝血常规结果,按 5~10 mg/h 梯度调整剂量^[13](上限不超过 50 mg/h),维持 APTT 50~70 s、INR 2.0~2.5。该患者 CVVHDF 期间 APTT 48~82 s、INR 2.3~2.7,抗凝效果理想。(2)多部位出血风险防控。持续心电监测,每 2 h评估腹部切口、腹部体征及引流情况;每 30 min检查颈内静脉置管处有无皮下出血、渗血或血肿;密切监测消化道出血征象(黑便、呕血)及皮肤黏膜出血表现(瘀斑、瘀点),动态评估出血风险,治疗期间未发生明显出血事件。(3)肾功能动态监测。每日晨间检测肾功能,绘制肌酐、尿素氮及 eGFR 变化曲线,术后 8d经 8次 CVVHD 治疗后,患者肌酐降至 121.3 μmol/L、尿素降至 11.56 mmol/L、eGFR 升至 95 mL/min、尿量恢复至 1560 mL/d,遂停用 CRRT;术后 10d,患者开始口服尿毒清颗粒(2袋/次,3次/d),严格记录 24 h出入量;术后 19d,患者肾功能基本恢复正常。

2.3 分段式动态落实营养支持方案 肝移植术后患者容易发生营养不良,可增加感染风险,延长机械通气及住院时长。该并发症贯穿围术期恢复全程,早期营养风险筛查与个性化营养支持是改善患者营养状态、降低不良预后的关键^[14]。该患者术后营养风险筛查(nutritional riskscreening 2002, NRS-2002)评分为 5分,属高度营养风险,且血清白蛋白为 29.4 g/L,合并低蛋白血症。营养小组即刻启动个性化营养支持方案。(1)分段式动态营养支持:该患者体质量 62 kg,根据肝移植术后早期 30~35 kcal/kg·d^[15]的目标能量摄入标准,确定目标摄入量 1860~2170 kcal/d。术后 1d,患者经鼻空肠营养管以 20 mL/h 输注肠内营养混悬液,因患者镇静插管无法主诉腹胀,每 4 h

监测腹内压并动态调整速度,即腹内压 12~15 mmHg 时每次递增 10 mL/h,2~3 d 内增至 90~100 mL/h 以达到目标量;腹内压 >20 mmHg 时暂停输注^[16]。每 4 h 监测血糖,以胰岛素泵维持血糖 6.1~8.3 mmol/L。术后 13 d,患者过渡为每 4 h 口服 50 mL 肠内营养乳剂(瑞代),逐步增加口服量减少鼻饲量。术后 16 d,患者发生艰难梭菌感染性腹泻(10 次/d),故改为静脉营养支持,同时鼻饲蒙脱石散+酪酸梭菌肠球菌三联活菌片对症治疗。术后 21 d,患者排便恢复正常后重启肠内营养。术后 33 d,患者经口进食可满足营养需求,遂拔除鼻空肠营养管。(2)静脉补充白蛋白:针对该患者术后白蛋白 29.4 g/L 的低蛋白血症,静脉输注白蛋白 30 g/d,指导患者高蛋白饮食,并动态监测血清白蛋白水平;术后 21 d,患者白蛋白升至 37.4 g/L 后暂停输注,期间血清白蛋白低于 35 g/L 时追加补充,出院时血清白蛋白达 38.2 g/L,体质量增至 63.4 kg,营养状态显著改善。

2.4 开展延续性护理以提高居家照护能力 出院后实施延续性护理对提升家属照护能力至关重要。多学科团队制订的延续性护理方案包括:(1)开展多形式分层访视。患者出院后第 1、2、4 周专职随访护士进行居家访视,重点核查居家环境、物体表面消毒、康复训练、营养摄入等情况,同步指导家属照护知识与技能;每月通过微信视频访视,及时解决居家照护阶段遇到的问题;出院后第 2、3 个月安排肝移植随访问诊访视,结合检查检验指标调整诊疗方案与后续随访问时间。(2)建立标准化随访档案。由随访护士负责记录患者生命体征、康复锻炼项目及时长、随访指标结果、病情变化、居家照护状况及服药依从性等。(3)开通随访门诊一站式绿色通道。实现 20 min 钟内完成就诊、采血、彩超等检查,缩短随访等待时间。(4)强化呼吸道防护管理。指导患者外出时佩戴口罩、将鼻导管置于口罩内,携带便携式制氧机维持持续氧疗,警惕氧疗长时间中断;避免劳累、着凉等应激刺激加重缺氧症状。经 12 个月随访,患者肺功能实现康复,成功脱离家庭氧疗。

【参考文献】

[1] KUMAR P, RAO P N. Hepatopulmonary syndrome [J/OL]. [2025-09-05]. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMmicm1901205>. DOI:10.1056/NEJMmicm1901205.

[2] HAN S K, BAIK S K, KIM M Y. Pulmonary complications in patients with liver cirrhosis [J]. Korean J Gastroenterol, 2023, 82(5): 213-223.

[3] BOMMENA S, GERKIN R D, AGARWAL, et al. Diagnosis of hepatopulmonary syndrome in a large integrated health system [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2021, 19(11): 2370-2378.

[4] 马仁舒. 肝硬化患者中肝肺综合征的相关因素分析 [D]. 长春: 吉林大学, 2022.

[5] 李锋, 黄帅文, 黄加权. 肝肺综合征的中西医结合诊疗研究进展 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2025, 35(1): 115-118.

[6] 蔡均均, 张倩, 韩涛. 肝肺综合征的诊治对策 [J]. 中华肝脏病杂志, 2020, 28(5): 386-390.

[7] 苟国娥, 张萌, 杨柳, 等. 肝硬化失代偿期合并肝肺综合征的临床特征及相关因素分析 [J]. 肝脏, 2025, 30(10): 1319-1323.

[8] LAI Y, HUNG H C, LEE J C, et al. Hepatopulmonary syndrome and liver transplantation: impact on survival and postoperative complications [J/OL]. [2025-09-01]. <https://annalsoftransplantation.com/abstract/full/idArt/945297>. DOI:10.12659/AOT.945297.

[9] 中华医学会急诊医学分会, 北京医学会急诊医学分会, 北京医师协会急救医学专科医师分会, 等. 吸入一氧化氮治疗在急危重症中的临床应用专家共识 [J]. 中华急诊医学杂志, 2024, 33(7): 907-920.

[10] 柏萍, 王烨. II 型呼吸衰竭机械通气病人撤机失败风险预测模型的构建及验证 [J]. 循证护理, 2024, 10(8): 1432-1437.

[11] DE FREITAS A P V M, BELO L F, MARTINEZ L, et al. Use of the Borg dyspnea scale to identify dynamic hyperinflation during the 6-minute walking test in individuals with moderate-severe COPD: a pilot study [J]. Pulmonology, 2023, 29(4): 335-337.

[12] 鲁迪, 沈恬, 庄莉, 等. 中国肝移植受者肾损伤管理临床实践指南 (2023 版) [J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2024, 16(8): 1-13.

[13] 杨振华, 陈秋馨, 李倩玉, 等. 甲磺酸萘莫司他体外抗凝在血液透析高危出血风险患者中的应用观察 [J]. 中国血液净化, 2024, 23(9): 651-654, 662.

[14] 刘莹, 崔亚娟, 李京, 等. 一例多囊肝患者行肝移植术后并发呼吸衰竭及移植肝功能不全的护理 [J]. 军事护理, 2023, 40(2): 110-112.

[15] 戚熠, 谭艳, 李旭英, 等. 成人肝移植患者围手术期营养管理证据总结 [J]. 中国护理管理, 2024, 24(2): 218-223.

[16] 中国腹腔重症协作组. 重症患者腹内高压监测与管理专家共识 (2020 版) [J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(10): 1030-1037.

(本文编辑:沈圆圆,郁晓路)

(上接第 106 页)

[2] 王艳杰, 李小寒, 李佳霖, 等. 基于《护理学类教学质量国家标准》的基础护理学实训教学现状调查 [J]. 军事护理, 2023, 40(7): 39-42.

[3] 陈瑜, 刘海燕, 刘文婷, 等. 《精神心理照护学》“四式同堂”课程思政教学模式与实践 [J]. 军事护理, 2024, 41(5): 111-114.

[4] 中华人民共和国教育部. 高等学校课程思政建设指导纲要 [EB/OL]. [2026-04-27]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/s7056/202006/t20200603_462437.html.

[5] 安力彬, 李小花, 岳彤, 等. 《护理学类专业课程思政教学指南》解读 [J]. 中华护理教育, 2023, 20(1): 10-14.

[6] 龚艳艳, 王惠珍, 高钰琳. 护士职业价值观量表的编译和评价 [J]. 护理研究, 2011, 25(28): 2628-2630.

[7] 郭志东, 张小燕, 成守珍. 职业价值观在规范化培训护士共情与情绪智力之间的中介效应研究 [J]. 军事护理, 2023, 40(11): 32-35.

[8] 董斌, 武艳, 吴萍, 等. 课程思政视域下医学生思政素养现状及影响因素研究 [J]. 医学教育管理, 2020, 6(3): 278-284.

[9] 杜世正, 金胜姬, 张姮, 等. 基于循证思维的护理研究课程教学改革及效果评价 [J]. 军事护理, 2023, 40(1): 90-93, 105.

(本文编辑:沈圆圆)

《军事护理》稿约

《军事护理》(原《解放军护理杂志》)是海军军医大学主管、海军军医大学护理系主办的全国性护理专业学术期刊,以广大护理人员为主要读者对象。国内统一连续出版物号:CN 31-2186/R;国际标准连续出版物号:ISSN 2097-1826。月刊,120页,每月15日出版。为中国科技论文统计源期刊(核心期刊)、《中文核心期刊要目总览》核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心库来源期刊,面向国内外公开发行人,接受军队和地方的投稿及订阅。

1 办刊宗旨

贯彻党、国家和军队的卫生工作方针政策,面向军队和地方,反映新时代护理工作面貌,追踪学科前沿,传递军地护理新理论、新知识和新技能,突出军事护理,注重平战结合,搭建高水平护理学术交流平台。

2 主要栏目

本刊辟有专家论坛、论著、研究荟萃、循证护理、综述、护理教育、护理管理、专科护理、国外护理、中医护理、病例报告、技术与方法、短篇拾遗、信息专递等。

3 撰稿要求

3.1 文题名 应恰当简明地反映文章的特定内容,符合编制题录、索引和选定关键词等所遵循的原则,不使用非公知的缩略词、缩写字符和代号等;一般不用副题名。所有文章都需有中文题目和英文题名。中文题名一般不超过20个汉字;英文题名应与中文题名含义一致。

3.2 作者署名和单位 署名一般不宜超过6名,置于题名下方。作者单位须写全称(含科室)并注明城市和邮政编码,置于作者署名下方。汉语拼音署名姓前名后,姓和名首字母大写,复姓和双名连写。第一作者应提供个人资料(学历,职称,办公电话等),并给出通信作者的办公电话(座机)。

3.3 摘要和关键词

3.3.1 摘要 摘要一律采用结构式,250~350字为宜。目的部分简要说明研究的目的或所阐述的问题等;方法部分应说明研究的设计方案和实验方法,即研究对象的分组、干预措施、检测指标及方法等;结果部分应叙述研究的主要结果和数据以及统计学结果;结论部分应简要说明经论证得出的主要观点及学术价值。除综述外,所有来稿均须提供中英文摘

要,中英文摘要的内容应一致;同时给出全部作者的汉语拼音署名及英文单位名称。

3.3.2 关键词 所有文稿均须标引关键词。关键词标引应源自 MeSH 或《医学主题词注释字顺表》;未被词表收录的词如确有必要也可作为关键词标注。关键词数目一般为3~8个,个案报告和短篇报道等短文可为2~3个。所有中文关键词都必须有与之对照的英文关键词。

3.4 研究设计 凡临床试验类论文须在正文中说明试验程序是否经所在单位或地区独立伦理委员会的审核并批准,研究对象或其亲属是否知情同意并签署知情同意书。临床试验是指以人为对象的前瞻性研究,即预先将受试者或受试人群分配至接受一种或多种医疗干预,以评价医疗干预对健康结局的影响。其中“医疗干预”包括药物干预、外科治疗、医疗器械、行为疗法、治疗过程的改变、预防保健、护理干预等,要充分体现“随机、对照、重复、均衡”原则。

3.5 正文格式和层次结构 文章格式应符合论文书写的基本规范,各层次的标题应简短明确,同一层次的标题所用的词组结构、语态应一致。层次序号一律采用阿拉伯数字分级编号,一般不超过三级。文内接排的序号一律用括号码,如:(1)(2)……;若再分级用圈码,如,①②……。

3.5.1 前言 简明扼要地说明立题的目的、选题依据、简要介绍其研究方法、与其结果及学术价值。

3.5.2 对象(或资料)与方法 应能被他人重复验证。凡有文献记载的方法可加引文献。如是新方法、新工具的设计,应详细描述,交待实验设计的方案和方法,临床试验应写明受试对象的纳入和排除标准。

3.5.3 结果 可用文字、图、表,但三者不要重复。凡是能用文字说明的,一律用文字说明。所有数据必须经正确的统计学处理,给出相应的检验值。

3.5.4 讨论 必须紧扣实验结果展开,着重论证研究的新方法及由此得出的新观点。

3.6 志谢 要求文字简练,评价恰当,用语准确。

3.7 参考文献 文献引用量论著一般为5~15篇,综述类20~35篇,其他类文稿可适当减少,近3年的期刊文献量应大于总量的30%。参考文献采用顺序编码标注法,编号标注在文献作者姓名之后或引文内容之后。文后参考文献的著录项目应齐全,文献作者

3 名以内全部列出,4 名以上则列前 3 名,其后加“等”或“et al”,英文刊名须使用规范之缩写。具体要求请参见网络首页“参考文献著录要求”。

3.8 文字和名词 文稿要求主题明确、层次清楚、文字精炼、表达规范、设计合理、数据可靠,全文字数不超过6000字(含图、表、参考文献等)。文稿内使用的名词术语应前后统一,以全国科学技术名词审定委员会公布的名词为准。缩略词代表的中英文术语全称,除本刊约定外,应在正文首次出现时写出。简化字以《简化字总表》为准。药品名称以国家卫生部药典委员会公布的《中国药品通用名称》为准。

3.9 图、表、计量单位和数字 图、表均应有简明的中文图题、表题;图及表题一般不超过 20 个汉字。图、表序号一律用阿拉伯数字。图、表绘制要符合统计学要求。

3.9.1 图 图的宽度半栏不超过 8 cm,通栏不超过 17 cm。普通图片使用 JPG 格式保存,统计图表请用 Excel 格式保存。不用彩图。

3.9.2 表 表插入正文相应处,应具有自明性。按统计学制表原则设计,力求结构简洁,主、谓语位置合理;一律采用“三线表”。表内不设备注栏,如有需说明的事项,以简练文字注于表的下方。应给出表内参数的单位及量符号,放在表的右上方或各栏的表头。多项比较时应以不同符号标示,并在表注中说明该符号的比较对象。

3.9.3 计量单位 文稿应正确使用量和单位的名称与符号。图表中,表示数值的量和单位时,应采用“量/单位”的标准化形式,即把量符号写作分子,单位符号写作分母。表示量浓度或质量浓度时,使用 L(升)作为人体检验组分含量单位的分母。

3.9.4 数字 凡是可以使用阿拉伯数字且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字。公历世纪、年代、年、月、日和时间,必须用阿拉伯数字。

4 其他相关事项

4.1 关于文责 来稿须附作者单位介绍信,稿件的保密审查、无一稿两投现象、无署名争议、文章内容等事项均由作者负责。编辑部对文稿有删改权,有关事宜均与第一作者联络,请附作者联系方式(电话及 E-mail)。

4.2 关于版权 来稿一经接受刊登,作者需亲笔签署论文专有使用权授权书。所刊载论文专有使用权包括汇编权(文章的部分或全部)、印刷权和电子版的复制权、翻译权、网络传播权、展览权、发行权及许可文献检索系统或数据库收录权归本刊编辑部所有。期刊编辑部有权以网络版、光盘版等其他方式出版已刊登论文。未经本刊编辑部同意,该论文的任何部分不得转载他处。

4.3 投稿地址及查询 我刊不接收纸质投稿,请登录《军事护理》官方网站:<http://jfhzz.smmu.edu.cn>进行注册及投稿,投稿后由系统自动分配稿号,审稿周期为 3~6 个月。本刊不退稿,作者请自留底稿。稿件经初、复、终三审可刊用者,发送录用通知书。我刊目前暂不收取审稿费、版面费等任何费用。稿件刊登后,作者可以从相关数据库(中国期刊全文数据库、万方数据库、维普期刊资源整合服务平台)查询,或向我刊付费购买杂志。

通信地址:上海市杨浦区翔殷路 800 号海军军医大学护理系《军事护理》编辑部,邮政编码:200433,联系电话:021-81871496。

(上接第 110 页)

[15] OSTROFF M D, MOUREAU N L. Report of modification for peripherally inserted central catheter placement: subcutaneous needle tunnel for high upper arm placement[J]. J Infus Nurs, 2017, 40(4): 232-237.

[16] KIM I J, SHIM D J, LEE J H, et al. Impact of subcutaneous tunnels on peripherally inserted catheter placement: a multicenter retrospective study[J]. Eur Radiol, 2019, 29(5): 2716-2723.

[17] XIAO M F, XIAO C Q, LI J, et al. Subcutaneous tunneling technique to improve outcomes for patients undergoing chemotherapy with peripherally inserted central catheters: a randomized controlled trial[J/OL]. [2026-04-27]. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC33840246/)

PMC33840246/. DOI: 10.1177/03000605211004517.

[18] YOUNG T C, CHENG K H, TANG Y H, et al. Bleeding outcomes of a modified two-stage sheath-dilator technique for peripherally inserted central catheter placement in ICU patients: a retrospective cohort study [J/OL]. [2026-04-27]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC33840246/>. DOI: 10.1177/11297298251376981.

[19] 赵志莹, 陈国连, 陈莹莹, 等. 危重患者心腔内心电图联合超声引导下 3 种 PICC 置管方式比较研究[J]. 护理学杂志, 2026, 41(3): 53-57.

(本文编辑:沈园园)