

·综述·

## 外感高热患儿的降温方式\*

庾小明

(广西桂林市中医医院,广西桂林,541002)

[关键词] 外感高热;降温;护理

[中图分类号] R47 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2015)06-0072-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.06.022

### Cooling methods for children with exogenous high fever: a literature review

Yu Xiaoming//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(6):72.

[Key words] exogenous high fever; cooling methods; nursing

发热是机体对各种有害刺激的防御反应,小儿体温调节中枢发育不成熟,发热时体温上升较快,体温急剧上升和持续不退易导致患儿脑组织等重要脏器缺氧,甚至引起全身抽搐和脱水,须紧急降温处理,如果处理不及时或不当,会导致小儿死亡或遗留后遗症<sup>[1-2]</sup>。患儿发热,多因感受风热疫毒之邪,其发病急骤,若邪热不解,热盛动风,可致神昏抽搐,变生多种其他疾病<sup>[3]</sup>。故一旦出现发热之症,应急退其热,积极降温是治疗疾病的重要环节。临床上不管采取何种方式进行降温,均需全面评估病情并选择合适的降温方式,及时评价降温效果。现就外感高热患儿临床降温方式进行综述,报道如下。

#### 1 外感高热临床症状及发病特点

外感高热是常见的中医急症之一,包括流行性感冒、上呼吸道感染等。中医认为<sup>[4]</sup>,外感高热是由于在卫外功能减弱的基础上,因起居不当,寒温失调、过劳累、气候突变等诱因,引起肌腠不密,外邪侵袭,卫表被郁,肺失宣肃所致,以恶寒、发热、体

温升高、口渴、脉数等为主要临床特征<sup>[5]</sup>。其发病特点是较快、较急、变化较多,且与季节时令关系密切<sup>[6]</sup>。患儿因体温调节中枢发育不成熟,体温易急剧上升,且持续不降。高热易导致神经细胞突然异常放电而发生惊厥,严重者导致患儿死亡或遗留后遗症<sup>[7]</sup>。

#### 2 外感高热降温方式

##### 2.1 物理降温

有学者认为<sup>[8]</sup>,发热首选物理降温。物理降温是通过扩张外周皮肤血管,加强蒸发、传导、对流等散热过程来降低体表温度<sup>[9]</sup>,虽然此治疗手法复杂,耗时长,但不良反应少。

**2.1.1 擦浴法** 擦浴法包括温水擦浴和酒精擦浴。患儿取仰卧位,调节室温 28 ~ 30℃,头部置冰袋,足底置热水袋,用 32 ~ 35℃温水擦拭全身皮肤。擦拭顺序依次为上肢、躯干、下肢,边擦拭边按摩,擦拭大血管经过的浅表部位时(腋窝、肘窝、腹股沟、腘窝等)延长擦拭时间,擦拭以皮肤发红为止。前胸、腹部及后颈等对冷刺激敏感的部位禁止擦浴。擦浴完毕后取下热水袋 30 min 后测量体温,如体温小于 39℃,取下冰袋。降温处理后 30 min、60 min、90 min 测量患儿的腋下体温。程涵蓉等<sup>[10]</sup>对 1 ~ 10 岁 39℃以上的患儿进行擦浴降温,比较温水擦浴、常温酒精擦浴、温热酒精擦浴 3 种物理降温方法,发

[基金项目] \* 本课题为广西桂林市科学研究与技术开发计划课题,项目编号为 20150126-5-3。

[收稿日期] 2014-06-15

[作者简介] 庾小明(1971-),女,广西桂林人,主管护师,本科,主要从事临床及公共卫生护理工作。

现温热酒精擦浴降温效果最好。张鑫等<sup>[11]</sup>认为,酒精擦浴只适用于高热无寒战又无汗的应急处理,如果患者已经出汗,表明体温已经开始外散,此时并不适合酒精擦拭。乙醇是一种有机溶剂,有机溶剂可增加皮肤吸收性,患儿体表面积相对较大,皮肤菲薄,毛细血管丰富<sup>[12]</sup>,所以酒精擦浴易使患儿吸收大量的乙醇,充分扩张血管,从而达到降温的目的。

**2.1.2 灌肠法** 高热降温困难的患儿可采用4℃生理盐水50~100 mL保留灌肠。灌肠时注意灌入速度不宜过快,一般15~20 mL/min为宜,灌肠过程中注意观察患儿的反应,若出现面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、脉速、心慌气促应立即停止灌肠。陈桂林<sup>[13]</sup>在灌肠过程中采用指导患儿深呼吸,腹部放松,保持灌肠液在肠内停留片刻的方法,取得更好的降温效果。

**2.1.3 冰敷法** 冰敷法包括冰袋降温和冰帽降温。使用冰袋冰枕时要注意在患儿颈、耳、肩部垫数层纱布,冰袋不得置于患儿前胸、腹部及后颈等对冷刺激敏感的部位,以防发生冻疮及反射性心率减慢、腹泻等并发症。使用冰袋的多少,时间的长短视体温高低和退热效果而定,要特别重视患儿头部的降温,以增加脑组织对缺氧的耐受性,减少脑组织的耗氧量,降低机体代谢率。张芹芹<sup>[14]</sup>在高热惊厥急救时第1时间采用冰袋冷敷前额的方式降温,在治疗的20例患儿中,无1例发生第2次抽搐。张扬等<sup>[15]</sup>对高热患者使用纸尿裤冰帽物理降温方法,2 h内降温效果明显好于传统冰帽降温。

**2.1.4 静脉降温法** 体内输入冰液体可吸收体内大量的热量,从而使体温下降。操作方法:取2~10℃的10%葡萄糖、5%糖盐水、林格氏液500~1000 mL,输液袋予棉套保温,进行静脉滴注,开始滴速为40滴/min,低温液体为10℃,如降温效果不理想且患者生命体征稳定,可逐渐增快静脉滴注速度至60滴/min,体温下降至38.5℃左右时,停止输入低温液体。张为朵等<sup>[16]</sup>使用静脉滴注低温液体治疗流行性出血热发热患者,取得较好的效果。笔者认为,静脉降温适合于中枢性高热和超高热患儿,但降温期间注意密切观察患儿生命体征变化情况。

## 2.2 药物降温

**2.2.1 非甾体类抗炎药** ①乙酰氨基酚可选择性抑制中枢环氧化酶,对外周抑制作用很弱,故退热作用较弱,维持时间短,其退热效果与剂量成正比,但剂量过大会引起肝肾功能损害。一般采用对乙酰氨基酚栓肛门给药,1粒/次(含对乙酰氨基酚150 mg/粒)。②布洛芬作为WHO推荐使用的退热药,其作用已得到广泛的临床验证<sup>[17]</sup>,主要通过抑制下丘脑前列腺素E<sub>2</sub>的生成而实现,同时还能刺激机体产生内源性的“致冷原”,如垂体后叶血管加压素和黑细胞刺激素。布洛芬还具有抗感染作用,不良反应发生率极低,主要是轻微的胃肠道反应,少数患儿可出现白细胞数量减少的症状。刘霄<sup>[18]</sup>将布洛芬、赖氨匹林和对乙酰氨基酚治疗小儿发热的疗效进行比较,结果显示布洛芬的降温效果优于后者。一般(0.4±0.1)mL/(kg·次),4~6 h后根据患儿体温情况酌情重复使用,24 h不超过4次。服药后2~3 h的效果最为显著。③尼美舒利退热作用主要通过高度选择性抑制环氧化酶COX-II的生成而实现,对环氧化酶COX-I抑制作用不明显,可避免或减少胃肠道黏膜损害,胃肠道不良反应减少。胡学惠<sup>[19]</sup>比较尼美舒利与布洛芬两种药物退热效果,发现尼美舒利给药后1 h退热幅度更大,起效快,维持时间长,并且无明显的不良反应。综上所述,笔者认为,尼美舒利退热效果较好而且安全。

**2.2.2 其他类退热药** 双氯芬酸为一种新型的非甾体类强效消炎镇痛药,主要抑制环氧化酶COX,其胃肠反应相对较轻,易造成腹泻。白细胞数量减少、肝、肾功能不全的患儿需要慎用这类药物。用法:双氯芬酸钠栓塞入肛内1.5~2.0 cm,2~4岁1/3颗,5~7岁1/2颗,8~12岁2/3颗(每次最大量不超过1颗),给药后需捏住患儿臀部并保持侧卧位10~15 min,防止患儿哭闹、蹬腿等易使腹压增加和产生直肠刺激的动作,避免药液渗出肛门外。姚静婵等<sup>[20]</sup>经研究发现,双氯芬酸栓剂退热效果明显优于泰若林。

## 2.3 物理降温结合药物降温

临床工作发现,在对高热患儿进行物理降温时,虽然使用0.5 h后能使体温有所下降,但要使

体温达到 38℃ 以下,往往要持续操作 1 h 以上,通常维持只有 1 ~ 2 h。因此,单纯使用物理降温,虽很少引起不良反应,但操作过程耗时长,易反弹。为了取得更好的疗效,常常使用退热药物结合物理降温。当患儿体温在 39.5℃ 以上,仍有体温上升期的表现:患儿自感发冷或恶寒,有的可出现寒战、皮肤苍白现象,这时不宜采用物理降温,应使用使体温调节中枢的体温调定点回降的药物,如布洛芬、氨基比林等。刘芙蓉等<sup>[21]</sup>使用布洛芬混悬液联合医用退热贴,降温有效率为 80.0%,而单独使用布洛芬混悬液有效率为 62.73%。及时用药可使体温调定点下移,使体温调节中枢处于抑制状态,待体温调定点下降到 39.5℃,产热和散热在高水平状态下相对平衡,此时再用物理降温,既能使患儿感觉舒适,又能增加降温效果。要注意的是半岁以内婴儿发热时不宜用退热药来降低体温,而应选用物理降温,如松开包被,洗温水澡等。较大的儿童使用退热药物时,一般建议超过 38.5℃ 后才考虑使用,但既往有过高热惊厥的患儿可以积极退热,防止再次出现惊厥。如果患儿服用一种药物时出现呕吐,应该选择另外一种药物,不过原则上,使用对乙酰氨基酚后 4 h 可选择布洛芬,使用布洛芬后 6 h 可选择对乙酰氨基酚。多种退热药物最好不要同时使用,否则会使患儿出汗过多,导致虚脱、低体温,甚至休克。临床上应用时应注意药物的成份、药理作用、禁忌症等,反复使用时一定要注意用量,需要定时检查肝肾功能及血常规,以免发生不良反应。

## 2.4 中医降温

**2.4.1 中药温水擦浴** 青蒿为菊科植物,含青蒿碱、挥发油和维生素 A,性苦微寒入胃、胆、心、肾四经,有清解暑热之功效,能泄暑热之火而不耗气血,能引骨中之火行于肌表<sup>[22]</sup>,通过清热透络,引邪外出泄汗使体温下降<sup>[23]</sup>。叶雪雯等<sup>[24]</sup>用青蒿 200 g 加 3 000 mL 水煎 30 min 制成 32~35℃ 青蒿液擦浴后,可有效降低患儿体温。高热 40℃ 以上患儿擦浴后取青蒿液纱布外加热水袋脐部暖敷 30 min,达到良好的降温效果。柴胡性轻清上升,宣透疏散,长于透表泄热;葛根解肌退热;金银花清热解毒;荆芥长于发表散风;银花、荆芥、连翘疏风解表,清热解毒,主散肌表之热,其功效主要与抗菌抗病毒、

抗细菌毒素、解热抗炎作用有关;石膏、板蓝根能清热泻火解毒,主退里热;红花主活血通经,其功效主要表现在扩张血管以助散热;冰片功能开窍醒神,各种药联用达到解肌清热,泻火解毒,疏通经络,祛邪外出作用而降温。马君蓉等<sup>[25]</sup>采用由柴胡、葛根、银花、荆芥、连翘、石膏、红花、冰片、板蓝根组方成外搽剂,轻擦额头、颈部、手心、手腕、肘窝、腋窝、腹股沟、腘窝、足心等大动脉搏动处,时间为 15 ~ 30 min 或泡浴(采用小儿浴热净擦剂以 1 : 10 兑入温开水泡浴,在泡浴前先将患儿用香皂水洗净全身,再行浸泡,时间为 15 ~ 30 min),擦浴或洗浴降温取得良好降温效果。

**2.4.2 中药口服降温** 中药对于外感表证发热,无论风寒、风热表证,皆可使用清气泄热、清热解毒、辛凉透表<sup>[26]</sup>之方。叶成德<sup>[27]</sup>采用石膏、金银花、大青叶、葛根、贯众、柴胡、黄芩、连翘、青蒿、生甘草制成解肌清热饮治疗外感高热患儿 166 例,总有效率 94.57%;邓旭光等<sup>[28]</sup>采用柴胡、葛根、黄芩、羌活、白芷、生石膏、苍术、青蒿、黄芪、甘草制成以解热灵汤治疗 56 例外感高热患儿,治疗总有效率为 94.6%;张铭熙<sup>[29]</sup>采用清热解毒滋阴法治疗外感发热患儿也取得较好疗效,并且缩短患儿发热时间;左怀荣<sup>[30]</sup>使用双葛退热合剂治疗外感高热,患儿服用双葛退热合剂后,高热明显下降;奚肇庆等<sup>[31]</sup>观察退热颗粒对外感发热卫分证、卫气同病证的退热疗效影响,结果示退热颗粒治疗外感发热具有较好退热疗效;刘兰林等<sup>[32]</sup>使用升清降浊活血方治疗流行性感冒风热表证发热的临床效果与抗病毒口服液相似,升清降浊活血法是有有效的退热疗法。所有结果均说明采用口服中药可降低外感高热患儿的体温。

**2.4.3 中药灌肠** 张仲景在《伤寒论·辨阳明病脉证并治》提到“大猪胆汁一枚,泻汁,和少许醋,以灌谷道内,如一食顷,当大便出宿食恶物,甚效”<sup>[33]</sup>。由于肺失宣肃,而肺与大肠相表里,药物自大肠吸收入体内,通过经脉复归于肺,肺朝百脉,宣发通降,将药物输布于五脏六腑四肢百骸,达到治疗作用<sup>[34]</sup>。金银花、连翘辛凉解表,清热解毒;黄芩清肺热,还可清肺与大肠之郁热;石膏性寒味辛,外解肌表邪热,又是清气分实热之要药;板蓝根具有清



热解毒,凉血之功效;大青叶具有解清解毒之功,淡竹叶起到清热泻火的效果;淡豆豉具有解表,宣发郁热的作用。颜志清<sup>[35]</sup>将金银花、生石膏、连翘、板蓝根、大青叶、淡竹叶、黄芩、淡豆豉浓煎至 100 mL,制成灌肠液,进行中药保留灌肠,发现与布洛芬混悬液相比,降温效果更好。

## 2.5 耳部刺络放血治疗

刺络放血是用针具刺破人体某些腧穴、病灶处、病理反应点或浅表小静脉,放出少量血液治疗疾病的方法,是针灸的传统方法之一<sup>[36-37]</sup>。其作用机理是:当人体内脏和经脉功能失调时,机体就会发生疾病,络脉也会相应地表现出充血、扩张,甚至变形等病理变化。《黄帝内经》云:“血有余,则泻其盛经出其血,视其血络,刺出其血,无令恶血得入其经,以成其疾。”《素问·阴阳应象大论》指出血实有余的病证可用刺血络法治疗,调理原则是“血实宜决之,菀陈则除之”。其治疗机理是调整阴阳,疏通经络,调和气血,旨在攻逐邪气,邪去则正安,临床多用于实证、热证<sup>[38]</sup>。张旻等<sup>[39]</sup>对高热患儿采用耳尖穴放血治疗,先轻揉患儿耳部使其充血,将耳尖部皮肤用 75% 酒精常规消毒后,用小号三棱针快速点刺耳尖,迅速连点 2 针,边挤出血数滴,用棉球擦去,按压防止皮下瘀血。次日症状全部好转,1 次告愈,3 个月后随访未见复发。林香惜、杨涛<sup>[40-41]</sup>采用以 7 号针头直刺耳尖穴治疗小儿高热,结果显示降温效果显著。相关研究结果显示<sup>[42-43]</sup>应用耳尖穴刺络放血治疗高热患儿,其总有效率 93.8% ~ 100%。结果表明,采用耳尖穴刺络放血治疗高热患儿具有较好的降温效果。除了单纯采用耳部刺络放血治疗方法外,还有的学者将此方法与中药注射液、温水擦浴相结合,黎碧婵等<sup>[44]</sup>采用耳尖放血疗法及柴胡注射液曲池穴注射治疗外感发热患儿,取得较好的疗效;魏利召等<sup>[45]</sup>通过采用耳尖放血法和温水擦浴,从而有效降低小儿急性上呼吸道感染患儿的体温;庾小明<sup>[46]</sup>采用温水擦浴+足浴+耳背刺络放血给外感高热患儿降温,效果明显优于物理降温、单纯耳背刺络放血,而且避免反复使用药物降温导致的不良反应,还能增强机体免疫力,总有效率可达到 98.2%。以上研究结果表明,耳部刺络放血治疗高热患儿治疗效果确定,在稳定降

温的同时,还能增强机体免疫力,是一种安全有效的治疗方法。

## 4 结论

随着广谱抗生素的泛用,耐药菌株不断增加,病毒感染无特效药,治疗中产生了诸多困难。外感高热患儿降温方式包括物理降温、药物降温、中医降温和耳部刺络放血治疗,笔者认为单纯采用药物降温可增加患儿肌肉(静脉)注射或口服退热药的痛苦,采用中西医结合的方法,更易为患儿接受,是一种较理想的小儿高热的物理退热方式。

## 参考文献:

- [1] 雷凤琼,肖婷.自制保暖胸衣在婴幼儿腹部手术中的应用[J].护士进修杂志,2012,27(20):1892.
- [2] 洪利芬,吴育平,李芳芹.手足口病高热患儿采用不同降温方法疗效比较[J].实用医学杂志,2011,27(5):896.
- [3] 陈先泽,陈越.小儿高热急症的辨治体会[J].中医药通报,2003,2(1):36-38.
- [4] 李雪琴,韩宁林.中医药治疗外感高热进展[J].中国中医急症,2012,21(1):97.
- [5] 郑艳,奚肇庆.外感高热的临床与实验研究进展[J].中国中医急症,2010,19(2):295-297.
- [6] 罗惠玲.辩证施护在外感发热物理降温中的实施体会[J].护理实践与研究,2009,6(11):117.
- [7] 阮文.小儿持续高热的护理体会[J].全科护理,2010,8(2):329.
- [8] 程涵蓉.上呼吸道感染高热患儿不同物理降温方法的疗效观察[J].护理学报,2011,18(1B):43-44.
- [9] 杨涛.耳尖穴放血治疗小儿高热临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(6):85.
- [10] 程涵蓉.上呼吸道感染高热患儿不同物理降温方法的疗效观察[J].护理学报,2011,18(1B):43-44.
- [11] 张鑫,张乐乐.不同温度酒精用于高热患者物理降温的效果研究[J].护士进修杂志,2010,25(22):2027-2028.
- [12] 王卫平.儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:975-976.
- [13] 陈桂林.小儿急性上呼吸道感染的物理降温和药物降温护理[J].临床医学,2011,31(8):125.
- [14] 张芹芹.冰袋降温在降低小儿高热惊厥二次抽搐率中的作用[J].当代护士,2012(2):76.
- [15] 张扬,于凌燕,李春花,等.自制冰帽降温效果观察[J].现代临床护理,2012,11(6):87.
- [16] 张为朵,徐芝芳,于爱荣,等.静脉滴注低温液体治疗流行性出血热发热期的疗效观察[J].齐鲁护理杂志,2004,10(12):899.

- [17] 周海荣. 应用布洛芬治疗小儿高热的护理体会[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(23): 13.
  - [18] 刘霄. 布洛芬、赖氨匹林和对乙酰氨基酚治疗小儿发热的疗效比[J]. 中国当代医药, 2009, 16(4): 34-35.
  - [19] 胡学惠. 尼美舒利与布洛芬治疗高热患儿疗效比较[J]. 中国实用医药, 2010, 5(14): 52.
  - [20] 姚静婵, 胡国华, 林益平, 等. 双氯酚酸钠对小儿高热快速退热的临床疗效观察[J]. 河北医学, 2001, 7(1): 13.
  - [21] 刘芙蓉, 付丹, 曾烈梅, 等. 布洛芬混悬液联合医用退热贴在小儿高热中的应用效果分析[J]. 中外医疗, 2013, 30: 98.
  - [22] 孟春歌. 青蒿鳖甲汤治疗高热 1 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(7): 863.
  - [23] 肖培根. 新编中药药志[M]. 北京: 化学工业出版社, 2002: 154-155.
  - [24] 叶雪雯, 李东华, 郑书恭, 等. 高热患儿采用青蒿温水擦浴降温观察[J]. 护理学杂志, 2008, 23(10): 10-11.
  - [25] 马君蓉, 冉志玲, 余勇. 小儿浴热净搽剂治疗小儿外感高热疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(3): 210-211.
  - [26] 任素琼, 陈艳洋, 邓丽莎, 等. 中西医结合治疗小儿外感高热 242 例疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 14(2): 581.
  - [27] 叶成德. 解肌清热饮治疗外感高热 166 例[J]. 陕西中医, 2001, 2(3): 144.
  - [28] 邓旭光, 陈宁, 金庆文. 解热灵汤治疗外感高热 56 例[J]. 湖南中医杂志, 2001, 17(3): 39.
  - [29] 张铭熙. 清热解暑养阴法治疗外感发热 300 例临床观察[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(6): 65.
  - [30] 怀荣. 双葛退热合剂治疗外感高热 100 例[J]. 吉林中医药, 2008, 28(7): 496.
  - [31] 奚肇庆, 徐艳. 透表清气法对上呼吸道感染病毒性感染发热体温影响的临床研究[J]. 中国中医急症, 2008, 17(3): 281-282.
  - [32] 刘兰林, 王翼洲, 季红燕, 等. 升清降浊活血法治疗温病肺系发热的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 14(1): 28-30.
  - [33] 熊曼琪. 伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 26.
  - [34] 陈小媚. 中药直肠给药配合石膏外敷治疗儿童外感高热疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(5): 387.
  - [35] 颜志清. 中药保留灌肠治疗小儿感冒发热的效果观察[J]. 全科护理, 2010, 8(8): 2008-2009.
  - [36] 李红波, 蔡爱群. 刺血疗法选穴部位研究概述[J]. 中医外治杂志, 2012, 21(3): 51.
  - [37] 孙阁, 冯新义, 孙国华, 等. 刺络放血疗法的实验及临床研究进展[J]. 河北中医, 2007, 29(6): 561.
  - [38] 陈庚. 《内经》刺络放血理论与应用[J]. 吉林中医药, 2008, 28(6): 461.
  - [39] 张旸, 李岩, 李平. 耳尖穴放血在儿科疾患中的应用举隅[J]. 中国针灸, 2008, 28(11): 843.
  - [40] 林香惜. 耳尖放血治疗小儿高热的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2001, 6(8): 79.
  - [41] 杨涛. 耳尖穴放血治疗小儿高热临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(6): 85.
  - [42] 袁远芬. 耳尖穴刺络放血治疗高热 35 例治疗观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2005, 27(1): 47-48.
  - [43] 曹世强. 刺络放血治疗上呼吸道感染发热 40 例[J]. 河北中医, 2004, 26(3): 205.
  - [44] 黎碧婵, 黄晓利. 耳尖放血、穴位注射佐治小儿外感发热的临床观察[J]. 医学创新研究, 2008, 5(14): 7.
  - [45] 魏利召, 罗少波, 胡海翔. 针刺疗法治疗小儿急性上呼吸道感染高热的临床观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2011, 33(6): 114.
  - [46] 庾小明. 物理降温结合耳背刺络放血治疗外感高热患儿的效果观察[J]. 当代护士, 2012(7): 49-50.
- [本文编辑: 郑志惠]

[本文编辑:郑志惠]

欢迎征订《现代临床护理》杂志!