

肿瘤患者失眠评估与护理干预的最佳证据总结

李繁荣¹, 唐如冰¹, 庞春华², 覃蕾¹, 赵凤娟³, 游雪梅¹

Assessment and nursing interventions for insomnia in cancer patients: best evidence summary Li Fanrong, Tang Rubing, Pang Chunhua, Qin Lei, Zhao Fengjuan, You Xuemei

摘要:目的 总结肿瘤患者失眠评估与护理干预的最佳证据,为改善肿瘤患者失眠症状提供实践依据。方法 计算机检索 UpToDate、JBI 循证实践数据库、美国国家综合癌症网络、医脉通、PubMed、中国知网等数据库中有关肿瘤患者失眠评估与护理干预的指南、专家共识、临床决策、最佳实践、证据总结、系统评价和 Meta 分析,检索时限为建库至 2021 年 4 月 22 日。由 2 名研究者对纳入的文献进行方法学质量评价后,进行证据的提取和归纳。结果 纳入 12 篇文献,包含 3 篇指南、1 篇专家共识、1 篇临床决策、3 篇证据总结、4 篇系统评价。汇总了关于失眠筛查与评估、评估工具、转诊、睡眠健康教育、心理干预、运动干预和中医护理 7 个方面的 24 条证据。结论 肿瘤科医护人员应定期筛查和评估肿瘤患者失眠状况,并根据临床实际组建多学科团队,结合患者意愿和睡眠情况提供适宜可行的干预措施,以改善患者睡眠质量。

关键词:肿瘤; 睡眠障碍; 失眠; 失眠评估; 循证护理; 心理干预; 运动干预; 证据总结

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.02.096

肿瘤患者在病程的各个阶段常存在不同程度的睡眠障碍,可发生于诊断前,并于治疗期间恶化,持续至治疗结束后^[1]。失眠是肿瘤患者中最常见的睡眠障碍,发生率为 20%~59%,是普通人群的 2~3 倍^[2],通常伴随着疼痛、疲乏等多种症状,影响肿瘤患者的生存质量和预后^[3]。对肿瘤失眠患者进行非药物干预,如认知行为干预,不仅可以改善患者主观、客观睡眠质量,还可以减轻患者疲乏、焦虑、抑郁症状,提高其生活质量^[4]。然而睡眠问题通常被患者和医护人员忽视,大部分肿瘤患者的失眠症状未得到及时、充分的干预^[5]。目前国内外关于睡眠障碍管理的指南数量在不断增加,针对肿瘤患者的症状管理指南主要由美国国家综合癌症网络更新与发布,但这些指南往往篇幅过长,内容较分散,缺乏针对失眠评估与护理相关证据的凝练与总结。同时,针对肿瘤患者失眠的非药物干预措施日益增多,但研究质量参差不齐,证据可信度有待探究。2021 年 4 月,本研究以循证理论为指导进行证据总结,形成针对成年肿瘤患者失眠评估与护理的最佳证据和实践意见,为改善肿瘤患者失眠症状提供实践依据。

1 资料与方法

1.1 文献纳入和排除标准 纳入标准:①研究对象为肿瘤失眠患者,年龄>18 岁;②涉及肿瘤患者失眠评估与护理的指南、专家共识、临床决策、最佳实践、证据总结、系统评价和 Meta 分析;③语种为中文和英文。

作者单位:广西医科大学附属肿瘤医院 1. 护理部 2. 肝胆外科 3. 头颈外科(广西南宁,530021)

李繁荣:女,硕士在读,护师

通信作者:游雪梅,youxuemei@stu.gxmu.edu.cn

科研项目:国家自然科学基金项目(81960308);广西科技厅重点研发计划项目(桂科 AB18126042)

收稿:2021-08-01;修回:2021-09-21

文。排除标准:原始研究;文献综述;数据不全和无法获取全文;已被更新的指南和已被纳入指南的系统评价;文献质量评价为 C 级。

1.2 文献检索策略 按照证据资源“6S”模型^[6]逐层检索。检索 UpToDate、JBI 循证实践数据库、Cochrane 图书馆、国际指南协作网(Guidelines International Network, GIN)、美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)、美国国家癌症研究所(National Cancer Institute, NCI)、加拿大心理社会肿瘤协会(Canadian Association of Psychosocial Oncology, CAPO)、医脉通、PubMed、CINAHL、中国知网等数据库。中文检索关键词为:失眠、睡眠障碍、肿瘤、癌症、指南、临床实践指南、指引、常规、共识、推荐、证据总结、系统评价、Meta 分析、Meta 整合。英文检索关键词:neoplasms, cancer, oncology, tumor; sleep initiation and maintenance disorders, insomnia, sleep disorder, sleep disorders, sleep disturbance; guideline, practice guideline, consensus, routine, recommendation, summary, evidence summary, practice recommendation, Meta-analysis, systematic review, Meta-analysis and systematic review。检索时限为建库至 2021 年 4 月 22 日。

1.3 文献质量评价 由经过系统循证护理培训的 2 名研究人员独立评价文献质量,采用中文版临床指南研究与评价系统(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE II)^[7]评价指南质量。采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心的文献质量评价工具(2016 版)^[7]对系统评价和专家共识进行质量评价。因临床决策来源于 UpToDate,属于证据资源金字塔中最顶层的证据,制订过程严谨,质量高,故直

接采用符合本研究的证据。采用证据总结的质量评价工具 CASE(Critical Appraisal for Summaries of Evidence, CASE)清单^[8]对证据总结进行质量评价。当出现评价结果分歧时,由循证护理专家参与讨论和判断,并最终形成一致意见。当来源不同的证据结论冲突时,遵循高质量证据优先、新发表优先。

1.4 证据汇总、分级及推荐级别 对纳入的文献逐篇阅读并逐条提取证据内容。对缺乏证据分级系统的文献采用 JBI2014 版证据预分级系统,按照生成最佳证据纳入的原始文献类型进行分级,分为 5 个级别(Level 1~5)。对有证据分级系统的文献,采用原有的分级系统。根据 JBI 证据的 FAME 结构即证据的可行性、适宜性、临床意义和有效性确定推荐级别^[9],分为强推荐(A 级)和弱推荐(B 级)。

表 1 纳入文献的基本特征

纳入文献	文献类型	文献主题	来源	发表年份
NCCN ^[10]	指南	肿瘤患者生存管理指南	美国国家综合癌症网络	2021
Lam 等 ^[11]	指南	肿瘤患者疼痛、便秘和失眠的中医姑息治疗	医脉通	2019
CAPO ^[12]	指南	成年肿瘤患者睡眠障碍的预防、筛查、评估和治疗	加拿大社会心理肿瘤学协会	2012
Kushida 等 ^[13]	专家共识	多导睡眠图的适应证和相关程序	PubMed	2005
Rivest 等 ^[14]	临床决策	肿瘤患者精神障碍的临床特征和诊断	UpToDate	2020
Fong ^[15]	证据总结	瑜伽治疗肿瘤相关性失眠	JBI	2021
Fong ^[16]	证据总结	认知行为疗法治疗肿瘤相关性失眠	JBI	2021
NCI ^[17]	证据总结	肿瘤相关性睡眠障碍	美国国家癌症研究所	2021
Matthews 等 ^[18]	系统评价	肿瘤相关性睡眠障碍的干预	CINAHL	2018
Tang 等 ^[19]	系统评价	步行可改善肿瘤患者睡眠障碍	PubMed	2019
Takemura 等 ^[20]	系统评价	有氧运动和身心运动改善肿瘤患者睡眠质量的效果	PubMed	2020
Yao 等 ^[21]	系统评价	中国传统运动改善肿瘤相关睡眠障碍	PubMed	2020

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南 本研究纳入 3 篇指南,1 篇^[10]推荐级别为 A 级,2 篇^[11-12]推荐级别为 B 级。3 篇指南的范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性、独立性领域的标准化百分比为 33.33%~100.00%,≥60% 领域数分别为 6、3、5 个。

2.2.2 专家共识 本研究纳入 1 篇专家共识^[13],仅条目 6“所提出的观点与以往文献是否有不一致的地方?”为“否”,条目 1~5 均为“是”。

2.2.3 证据总结 本研究纳入 3 篇证据总结,均为 2021 年发表。其中 1 篇^[17]来源于 NCI,另外 2 篇^[15-16]来源于 JBI 循证实践数据库,且作者相同。3 篇文献制作严谨,质量高,予以纳入。

2.2.4 系统评价 本研究纳入 4 篇系统评价^[18-21],2 篇^[19-20]文献 11 个评价条目结果均为“是”。1 篇文献^[18]的质量评价条目 6“由 2 名以上的评价者独立完成文献质量评价”、条目 7“提取资料时采用一定的措施减少误差”评价为“不清楚”,条目 9“对可能的发表偏倚进行评估”为“否”外,其他条目均为“是”。1 篇文献^[21]的质量评价条目 9“对可能的发表偏倚进行评

2 结果

2.1 纳入文献的基本特征 共检索到 2 929 篇文献,导入 NoteExpress 去重后获得文献 1 954 篇。通过阅读标题和摘要剩余 35 篇文章,通过阅读全文筛选,纳入 11 篇文献,追溯参考文献获得专家共识 1 篇,包含 3 篇指南^[10-12]、1 篇专家共识^[13]、1 篇临床决策^[14]、3 篇证据总结^[15-17]、4 篇系统评价^[18-21],均为英文文献。5 年内发表的文献 10 篇,1 篇专家共识发表已超过 10 年,该专家共识来源于 NCI 2021 年发表的关于睡眠障碍的证据总结所引用的原始文献,因该专家共识涉及的多导睡眠图对评估失眠具有指导意义,因此予以纳入。纳入文献来源及基本特征,见表 1。

估”和条目 10“在数据的支持下对政策和(或)实践提出推荐意见”评价为“否”,其他条目均为“是”。

2.3 证据汇总 对证据进行归纳和汇总,从失眠筛查与评估、评估工具、转诊、睡眠健康教育、心理干预、运动干预和中医护理 7 个方面进行综合,最终形成证据 24 条,见表 2。

3 讨论

3.1 总结形成的肿瘤患者失眠评估与护理干预证据具有可靠性和参考性 本研究通过系统、全面检索相关证据,并选用科学的文献质量评价工具如 AGREE II 和 CASE 清单等,使文献纳入的过程更严谨和高效。通过 2 名研究者严格的筛选和质量评价,最终获得 12 篇文献,其中 3 篇指南^[10-12]、1 篇专家共识^[13]、1 篇临床决策^[14]和 3 篇证据总结^[15-17]均来源于专业、权威的机构,质量较高;4 篇系统评价^[18-21]经过质量评价均为高质量文献,整体文献质量较好且具有时效性。证据推荐级别的形成经过团队共同探讨,根据 JBI 证据的 FAME 结构,并参考原文献的推荐级别,结合我国临床实际确定最终的推荐级别,使证据更具可靠性和参考性。

表2 肿瘤患者失眠评估与护理干预最佳证据

证据主题	证据内容	证据等级	推荐级别
筛查与评估	1. 医护人员应定期筛查肿瘤患者睡眠问题,建议在诊断初期、开始治疗、治疗期间、治疗结束、治疗后存活期、个人过渡时期(如家庭危机)、肿瘤复发或进展、生命末期对肿瘤患者进行睡眠筛查和评估 ^[12]	5 ^③	A
	2. 医护人员应动态评估肿瘤患者睡眠问题,特别是当患者经历了病情变化或治疗变化时 ^[10]	2A ^①	A
	3. 对经历失眠的肿瘤患者需评估引起失眠的相关因素。其主要相关因素有医疗因素、神经病学因素、精神症状、疼痛、轮班工作、某些药物、环境因素、睡眠卫生 ^[10]	2A ^①	A
评估工具	4. 需要进一步评估由于失眠给肿瘤患者带来的不良后果,如日间功能障碍、生活质量下降和心理痛苦 ^[10]	2A ^①	A
	5. 推荐使用埃德蒙顿症状评估量表—修订版(Edmonton Symptom Assessment Scale-revised version)和埃普沃思嗜睡量表(Epworth Sleepiness Scale)筛查失眠及其伴随症状 ^[14]	5 ^③	A
	6. 可选择匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index,PSQI)进行强化筛查 ^[10]	2A ^①	A
	7. 建议使用睡眠日记来评估失眠模式 ^[12]	5 ^③	B
	8. 建议使用失眠严重程度指数(Insomnia Severity Index,ISI)评估失眠严重程度 ^[12]	5 ^③	A
转诊	9. 当失眠原因不确定或行为干预和药物治疗无效时,可使用多导睡眠图进行评估 ^[13]	5 ^③	B
	10. 如果有难治的失眠症状和慢性失眠(>3个月)应转诊至睡眠专科医生 ^[10]	2A ^①	A
健康教育	11. 睡眠健康教育是失眠的预防策略,并作为肿瘤相关性失眠干预的第一步。但并不推荐单独使用此干预措施治疗失眠,应将其与失眠认知行为干预等方法联合使用 ^[10]	2A ^①	A
	12. 睡眠健康教育内容包括①规律作息:保持规律的就寝时间和起床时间。如有必要,每天下午最多小睡1次(不超过30min)。②规律锻炼:定期上午或下午进行身体锻炼,避免在睡前3h内进行中度及剧烈运动。③睡眠环境:保持黑暗、安静的房间和舒适的温度。临睡前减少暴露在强光下(如计算机、手机屏幕等),睡前关掉电子设备和发光设备。④饮食管理:临睡前避免摄入乙醇、尼古丁,限制液体摄入量。睡前3h内避免进食过多,睡前4h内避免摄入咖啡因。⑤情绪管理:别带着烦恼入睡,半夜醒来不要看时间以免影响再次入睡 ^[10]	2A ^①	A
心理干预	13. 心理干预是肿瘤相关性失眠干预的基本措施,建议家属及医疗团队通过对患者表达支持、安慰和关心来进行心理疏导,以提高患者应对肿瘤诊断及治疗的能力,减少由于失眠带来的焦虑 ^[17]	Ⅳ ^②	A
	14. 对于应对能力差的患者,肿瘤科护士可以提供基于证据的正念减压疗法信息和资源,以提高患者有效应对的能力,从而提高睡眠效率和睡眠质量 ^[18]	1 ^③	B
	15. 进行睡眠健康宣教和基础心理干预后,对仍存在失眠症状的患者应提供失眠认知行为干预 ^[12]	5 ^③	A
	16. 由肿瘤科护士提供的失眠认知行为干预,可以缩短慢性失眠肿瘤患者的主观、客观入睡潜伏期和入睡后觉醒时间 ^[17]	1 ^②	A
	17. 对肿瘤患者进行失眠认知行为疗法可使用多种方式,包括面对面干预或是个人或团体形式 ^[16]	1 ^③	A
运动干预	18. 失眠认知行为干预策略包括睡眠限制、刺激控制、放松训练、认知治疗 ^[10]	2A ^①	A
	19. 建议所有的早期肿瘤患者(0~Ⅲ期)进行有规律的有氧运动(如步行,每周3次,中等强度,持续8周),能改善不同类型的、处于不同治疗阶段肿瘤患者的睡眠质量 ^[19-20]	1 ^③	B
	20. 对于偏好瑜伽的失眠患者可以鼓励其选择瑜伽锻炼,瑜伽可能是有效、安全、耐受性良好和令人愉悦的支持性疗法,可作为其他锻炼方式的替代 ^[15]	1 ^③	B
	21. 建议选择低到中等强度的瑜伽,结合轻柔的“哈达瑜伽”和“恢复”姿势,配合呼吸和冥想练习,每周1~5次,每次50~120min,持续4~26周,可帮助改善失眠。但考虑到安全,骨科肿瘤和心肺肿瘤患者不应进行瑜伽锻炼。同时练习的速度和某些姿势必须调整以使患者适应 ^[15]	5 ^③	B
	22. 中国传统运动气功和太极拳可作为一种补充疗法,对改善肿瘤失眠患者的睡眠质量有潜在的益处 ^[21]	1 ^③	B
中医护理	23. 建议使用药枕、按摩、药膳的方法缓解失眠 ^[11]	Ⅲb ^④	B
	24. 针灸可以改善肿瘤患者的失眠,穴位建议选择神门、三阴交、百会 ^[11]	Ⅱa ^④	B

注:①NCCN证据分级。2A类,基于低水平证据提出的建议,NCCN专家组一致同意。②NCI证据分级。Ⅰ级,前瞻性随机对照试验;Ⅳ级,基于临床经验、专家委员会共识或权威综述的权威观点。③JBI2014版干预性研究证据预分级。Level 1,RCT/实验性研究;Level 5,专家意见/基础研究。④中医药的临床研究证据分级。Ⅱa,半随机对照试验或队列研究;Ⅲa,历史性对照病例系列;Ⅲb,自身前后对照病例研究。

3.2 准确、全面评估是肿瘤患者失眠管理的基础

研究显示,失眠会发生在肿瘤患者的疾病各个阶段,且容易复发和持久。对于诊断初期出现的失眠如果没有及时发现和干预,易导致慢性失眠,引起一系列负面影响^[22]。因此,需选择合适的工具对肿瘤患者进行定期、动态的失眠筛查和评估。NCCN指南^[10]和CAPO指南^[12]均强调定期筛查和动态评估的重要性,同时需要评估引起失眠的相关因素及其导致的不良后果,可帮助全面了解失眠特点,进而选择更有针对性的干预方案,因此筛查与评估均为A级推荐。对于评估工具的选择,目前绝大多数失眠评估工具已经过临床验证,具有简便、有效的特点。本证据总结A级

推荐的评估工具有埃德蒙顿症状评估量表—修订版、埃普沃思嗜睡量表、匹兹堡睡眠质量指数和失眠严重程度指数,这4个主观评估量表能较为详细地了解失眠及其伴随症状,5~10min可完成评价,不会对患者和医护人员造成负担。睡眠日记能够帮助全面评估失眠模式,但需要患者在几天内(如2周内)详细记录睡眠情况,这对患者的文化程度和依从性有一定的要求,因此B级推荐。在临床实际情境中,医护人员也可以对于文化程度较高、愿意配合的患者使用睡眠日记进行评估。虽然多导睡眠图被认为是睡眠监测的“金标准”,能准确全面地评估睡眠客观指标,但鉴于其经济成本高,应用困难,且其本身检查方式又可能

会对睡眠造成干扰^[23],综合考虑其可行性和适宜性给予 B 级推荐。

3.3 睡眠健康教育是失眠的预防策略 研究表明,许多经历失眠的患者都有不良的睡眠习惯,如睡前吸烟和酗酒,这可能会加剧或导致持久失眠^[17]。NCCN 指南^[10]指出,虽然目前尚未证实单一的睡眠健康教育能有效改善失眠,但它是失眠治疗的基础,同时也是失眠的预防策略。患者睡眠习惯不良往往是自我管理能力不足的体现,而医护人员在提高患者自我管理能力方面发挥着重要作用,对患者进行睡眠健康教育可以提高其睡眠行为的管理能力,从而减少不良的睡眠习惯,提高整体睡眠质量^[10]。基于此,建议医护人员为肿瘤患者提供睡眠健康教育,教育形式可以是口头宣教,也可以制作成手册,证据可操作性强,适宜临床工作,为 A 级推荐。

3.4 适宜可行的护理干预可改善肿瘤患者失眠症状 心理干预是治疗肿瘤患者失眠的基础措施。研究表明,肿瘤患者的睡眠障碍与消极的思维方式有关^[24]。因此,医护人员应该对患者进行心理疏导,经常表达支持、安慰和关心,与患者多交流沟通,帮助患者建立积极心态。CAPO 指南^[12]建议采用阶梯式护理方法来解决睡眠问题,对于基础心理干预后仍存在失眠症状者,应提供失眠认知行为干预。NCI^[17]表明由肿瘤科护士提供的失眠认知行为干预是有效的,且 JBI 证据总结^[16]指出其干预可以多种形式进行。肿瘤科护士可以根据需要选择更有利于患者依从的干预方式,提高干预效果,为 A 级推荐。但在证据提取和整合的过程中,发现部分干预措施的证据级别参差不齐,相关文献^[18,21]指出目前关于正念减压疗法、气功和太极拳的原始研究存在样本量小、干预方案异质性大的问题,因此未来仍需更高质量、大样本原始研究验证和探索其有效性。同时,研究表明,瑜伽在改善肿瘤患者失眠中的作用证据有限^[15]。但可以肯定的是瑜伽锻炼是令人愉悦的支持性疗法,在保证安全的前提下可以尊重患者参与瑜伽锻炼的意愿。未来基于本证据总结开展临床应用时,需根据我国临床实际和患者身体状况,在充分考虑安全性的前提下开展护理干预。此外,本研究发现要达到更好的干预效果,建议组建由肿瘤科医护人员、睡眠专科医生或精神科专科医生以及中医专业医护人员参与的多学科团队。NCCN 指南^[10]提出,当出现难治的失眠症状和慢性失眠(>3 个月)时应转诊至睡眠专科医生。提示对于肿瘤患者的失眠问题不仅需要临床医护团队,也需要睡眠专科医生或者精神科医生的参与,在对患者进行全面评估和干预后,若不能改善失眠症状,应让患者及时接受更专业的治疗,防止症状持续和恶化。CAPO 指南^[12]也建议当临床医护人员提供的认知行为干预未缓解失眠症状时,肿瘤患者应进一步接受睡眠专科

医生提供的失眠认知行为治疗。在临床工作中也发现,我国患者在接受西医抗肿瘤治疗的同时,会寻求中医辅助治疗。研究表明,常用的中医护理干预对失眠安全有效^[25],且指南^[11]提出药枕、按摩、药膳和针灸有利于改善肿瘤患者的失眠。但这些干预实施需要专业的中医知识,若有专业的中医科医护人员的参与和指导就能更好地辨证施治。由此可见,多学科团队合作更有利于为肿瘤失眠患者提供科学、有效和个性化的护理干预。

4 小结

本研究运用循证方法,总结了肿瘤患者失眠评估与护理的最佳证据共 24 条,涉及失眠筛查与评估、评估工具、转诊、睡眠健康教育、心理干预、运动干预和中医护理 7 个方面,旨在为临床医护人员对肿瘤失眠患者评估和干预提供依据。本证据总结表明,定期筛查和动态评估肿瘤患者的失眠,对其进行及时有效的干预是必要且有益的。鉴于部分干预措施的有效性仍待进一步临床验证,期待未来更高质量的原始研究开展探索。建议今后在证据应用时需积极开展多学科团队合作,结合临床实际、患者意愿和患者的身体情况开展循证实践。

参考文献:

[1] Santoso A, Jansen F, de Vries R, et al. Prevalence of sleep disturbances among head and neck cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Sleep Med Rev, 2019, 47: 62-73.

[2] Irwin M R. Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes[J]. Curr Psychiatry Rep, 2013, 15(11): 404.

[3] Ross T L, DeFazio A, Friedlander M, et al. Insomnia and its association with quality of life in women with ovarian cancer [J]. Gynecol Oncol, 2020, 158(3): 760-768.

[4] Espie C A, Fleming L, Cassidy J, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer[J]. J Clin Oncol, 2008, 26(28): 4651-4658.

[5] Zhou E S, Recklitis C J. Insomnia in adult survivors of childhood cancer: a report from project REACH[J]. Support Care Cancer, 2014, 22(11): 3061-3069.

[6] Alper B S, Haynes R B. EBHC pyramid 5, 0 for accessing preappraised evidence and guidance[J]. Evid Based Med, 2016, 21(4): 123-125.

[7] 朱政, 胡雁, 周英凤, 等. 推动证据向临床转化(五)证据临床转化研究中的文献质量评价[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(11): 996-1000.

[8] Foster M J, Shurtz S. Making the critical appraisal for summaries of evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence [J]. J Med Libr Assoc, 2013, 101(3): 192-198.

[9] 王春青, 胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.

- (本文编辑 李春华)

网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员,要求加作者为好友,或谎称文章录用或获奖,版面费或奖项评审费等;有些通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段,假借《护理学杂志》编辑部名义,以达到非法敛财的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

- E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞