

# 揞针二白穴联合祛毒汤坐浴用于湿热下注型混合痔术后患者

李子锋<sup>1</sup>, 席祖洋<sup>2</sup>, 易文<sup>1</sup>, 常彩云<sup>1</sup>, 范玉玲<sup>1</sup>, 覃鹏飞<sup>1</sup>, 曾晓倩<sup>1</sup>

**摘要:**目的 观察揞针二白穴联合祛毒汤坐浴治疗湿热下注型混合痔患者术后疼痛及水肿的临床疗效,为混合痔患者术后个性化护理提供依据。方法 将58例湿热下注型混合痔患者按照是否接受揞针治疗分为对照组(29例)与观察组(29例),对照组给予祛毒汤坐浴,观察组给予揞针二白穴联合祛毒汤坐浴,比较两组VAS评分(术后1 d、3 d、7 d)与水肿评分(术后3 d及7 d)。结果 两组术后不同时间VAS评分比较,干预效应、时间效应和交互效应均 $P < 0.05$ ,观察组术后3 d、7 d VAS评分及水肿评分显著低于对照组(均 $P < 0.05$ )。结论 揞针二白穴联合祛毒汤坐浴可有效降低湿热下注型混合痔患者的术后疼痛,缓解水肿,无不良反应发生。

**关键词:**痔; 手术; 揞针; 祛毒汤; 坐浴; 疼痛; 水肿; 中医护理

**中图分类号:**R473.6;R248 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.05.058

**Application of press needle Erbai point combined with Qudu decoction hip bath in postoperative patients with mixed hemorrhoids of damp heat type** Li Zifeng, Xi Zuyang, Yi Wen, Chang Caiyun, Fan Yuling, Qing Pengfei, Zeng Xiaoqian. Department of Traditional Chinese Medicine, The First College of Clinical Medical Science, Three Gorges University/Yichang Central People's Hospital, Yichang 443003, China

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical effect of press needle Erbai point combined with Qudu decoction hip bath on alleviating postoperative pain and edema in patients with mixed hemorrhoids of damp heat type, so as to provide a reference for developing personalized nursing for patients with mixed hemorrhoids after operation. **Methods** A total of 58 patients with mixed hemorrhoids of damp heat type were divided into a control group and an experimental group according to whether received press-needle treatment, with 29 cases in each group. The control group was treated with Qudu Decoction hip bath, while the experimental group was treated with press needle Erbai point combined with Qudu decoction hip bath. The VAS scores (1 day, 3 days and 7 days after surgery) and edema scores (3 days and 7 days after surgery) were observed and compared between the two groups. **Results** According to VAS scores in the two groups at different time points, the intervention effect, time effect and intervention  $\times$  time effect were significant (all  $P < 0.05$ ), the VAS scores on 3 days and 7 days after the surgery in the experimental group were significantly lower than those in the control group (both  $P < 0.05$ ). The edema scores on 3 days and 7 days after the surgery in the experimental group were significantly lower than those in the control group (both  $P < 0.05$ ). **Conclusion** Press needle Erbai point combined with Qudu decoction hip bath can effectively alleviate postoperative pain and edema in patients with mixed hemorrhoids of damp heat type, and there is no adverse reaction.

**Key words:** hemorrhoids; operation; press needle; Qudu decoction; hip bath; pain; edema; traditional Chinese medicine nursing

中医认为脏腑本虚,湿热下注,瘀阻肛门,气机阻滞,筋脉纵横而发为痔病<sup>[1]</sup>。我国肛肠疾病的发病率约为46%,而混合痔是最常见的一种,约占肛肠疾病的80.98%<sup>[2]</sup>。混合痔外剥内扎术是混合痔手术的经典术式,临床上对于Ⅲ~Ⅳ度、保守治疗无效的患者常采用手术治疗。但手术会使肛垫组织受损,进而导致术后肛门疼痛、肛缘水肿等,严重影响患者伤口愈合及生活质量<sup>[3]</sup>。混合痔分为湿热下注、风伤肠络、气滞血瘀及脾虚气陷4种证型,湿热下注者术后肛门肿痛常因湿热下注而生,又因湿热偏重而发,

加上手术损伤脉络,更使脉络不通、气血凝滞,伤口肿痛明显。目前中医护理措施治疗混合痔较为成熟,常用的措施包括针灸、贴敷、中药坐浴、穴位埋线等,可有效缓解混合痔患者术后疼痛与水肿<sup>[4]</sup>。揞针为皮内针,是中医针灸的分支,《素问·离合真邪论》记载,“吸则内针,无令气忤,静以久留”,对混合痔患者进行揞针治疗,可持续刺激相关腧穴,起到顺畅气机、调理气血、消肿止痛的功效<sup>[5]</sup>。祛毒汤是我科常用的自制坐浴方剂,前期研究表明祛毒汤坐浴可改善混合痔患者术后疼痛及水肿<sup>[6]</sup>,但揞针二白穴联合祛毒汤坐浴对于湿热下注型混合痔的临床疗效尚不明确。本研究对湿热下注型混合痔患者采用揞针二白穴联合祛毒汤坐浴,效果较好,介绍如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究以疼痛评分为主要结局指标,根据查阅相关文献<sup>[7]</sup>的结果可知,对照组的疼痛

作者单位:三峡大学第一临床医学院(宜昌市中心人民医院)1. 中医科  
2. 护理部(湖北 宜昌,443003)

李子锋:男,本科,主管护师

通信作者:席祖洋,297242464@qq.com

科研项目:宜昌市医疗卫生研究项目(A20-2-016)

收稿:2022-10-10;修回:2022-12-12

评分均数为(4.57±1.43)分,观察组的疼痛评分均数为(3.30±1.15)分,预计观察组疼痛评分可下降1.27分,要求双侧检验,α为0.05,检验效能为90%。采用PASS15软件计算得到两组样本量均为23例,考虑20%的缺失率,确定最终纳入样本量至少为各组29例,总计至少纳入58例研究对象。本研究于2022年3~4月,便利选取我院中医科的58例湿热下注型混合痔患者作为研究对象。纳入标准:①年龄18~60岁;②诊断为Ⅲ~Ⅳ度的湿热下注型混合痔(中医诊断标准参照《中医肛肠科常见病诊疗指南》<sup>[8]</sup>,西医诊断标准参照《痔临床诊治指南2006版》<sup>[9]</sup>),并在局麻下接受混合痔外剥内扎术治疗;③痔的数目在2个及以上;④既往无肛周手术史;⑤

理解能力正常,知情同意自愿参与本研究。排除标准:①并存肛瘘、息肉及其他胃肠疾病;②并存糖尿病、高血压等其他基础疾病;③妊娠或哺乳期女性;④患有精神疾病或肿瘤;⑤术前混合痔疼痛或水肿;⑥1个月内接受过针灸或中药坐浴治疗。剔除标准:①依从性较差无法完整接受干预;②针刺部位皮肤红肿或破溃;③治疗中出现不良反应(肛周瘙痒、皮疹、留针处疼痛、红肿)。根据患者意愿是否选择揞针治疗进行分组,愿意接受揞针者自动纳入观察组,其余患者纳入对照组,两组各29例。两组住院期间均完成干预,未出现脱落及不良反应。两组一般资料比较,见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程 [月, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	文化程度(例)			BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2, \bar{x} \pm s$ )	吸烟 (例)	饮酒 (例)	混合痔数目 [个, $M(P_{25}, P_{75})$ ]
		男	女			小学/初中	中专/高中	大专及以上				
对照组	29	15	14	44.65±11.00	3(1,12)	9	9	11	24.21±2.64	6	7	4(3,5)
观察组	29	17	12	47.34±10.38	2(0.5,6)	9	8	12	23.10±3.33	10	9	4(3,4)
统计量		$\chi^2=0.279$		$t=-9.580$	$Z=-1.433$	$Z=-0.166$			$t=1.397$	$\chi^2=1.381$	$\chi^2=0.345$	$Z=-0.967$
P		0.597		0.342	0.152	0.869			0.168	0.240	0.557	0.334

## 1.2 方法

### 1.2.1 干预方法

两组手术方式均为混合痔外剥内扎术,麻醉方式均为局部浸润麻醉,术后常规给予抗感染(头孢呋辛1.5g/次,静脉滴注,2次/d,持续3d)、止血(白眉蛇毒血凝酶2U/次,静脉滴注,1次/d,持续7d)、镇痛(氟比洛芬酯100mg/次,静脉滴注,2次/d,持续7d)治疗。口服血管保护剂地奥司明片(1.35g/次,2次/d,持续7d)。疼痛难以忍受者给予盐酸曲马多注射液0.1g肌内注射。每日马应龙麝香痔疮膏(4g/次,1~2次/d,持续7d)或肛泰软膏(4g/次,1~2次/d,持续7d)伤口换药。常规护理包括了解病史、保持病房环境整洁、严密观察伤口状况、营养支持、情志护理。在此基础上,对照组予以祛毒汤坐浴。以“清热解毒、活血化瘀、利湿消肿、散结止痛”为原则,选取花椒、侧柏叶、五倍子、秦皮、麸炒仓朮、黄柏、麸炒枳壳、防风及甘草各15g,马齿苋、地榆各20g,芒硝30g组成祛毒汤配方颗粒(我院自制)。患者术后1d开始坐浴,将祛毒汤配方颗粒加入500~1500mL开水溶解后放入坐浴器中,先蒸汽熏蒸手术切口3min,待水温38~42℃时进行坐浴,持续10~20min,治疗7d。观察组在对照组的基础上联合揞针干预,由科内经过专业培训并通过考核的中医专科护士进行操作。在中医科专家的指导下,选取二白为主穴,合谷与太冲为配穴,双侧共计8个穴位。进针方法:根据患者的皮脂厚度与穴位的敏感程度,选择独立包装的直径2mm、长度0.9mm或直径2mm、长度1.5mm的揞针(四川源泉医疗器械有限公司生产)。手术后1h内进行留针,操作前取得患者同意,协助患者取平卧位或坐位,采用75%乙醇棉签

消毒针刺部位皮肤,将揞针以90°刺入穴位,外贴环形胶布,适当按压穿刺部位以确保环形胶布紧贴皮肤(3d/次,共2次)。揞针刺入皮肤后留存3d,3d后更换1次。留针期间垂直按压每个穴位30s,3次/d,间隔时间为4h,以患者能够耐受的力度为宜。留针完成后使用镊子夹紧胶布向上拉出,确保针头未遗留在皮肤内,并采用75%乙醇棉签消毒。

### 1.2.2 评价方法

①疼痛评分。采取视觉模拟评分(Visual Analogue Scale, VAS)<sup>[10]</sup>,该评分为一种直观的评估方法,得分0~10分,得分越高代表疼痛程度越重。轻度疼痛1~3分,中度疼痛4~6分,重度疼痛7~10分。护士或医生为患者解释清楚后,由患者根据自身的疼痛状况进行打分(每天换药和排便时),分别在术后1d、3d及7d进行记录(曲马多用药6h内不进行评估),取当天记录最高的1次疼痛评分。②水肿评分。参照《混合痔的诊断依据、证候分类、疗效评定》<sup>[11]</sup>,该标准得分0~3分,得分越高水肿程度越严重。0分,无水肿;1分,水肿仅1处,直径≤1cm,皮纹存在,组织轻度隆起,日常活动基本不受限;2分,水肿1处或多处,1cm<水肿直径≤2cm,皮纹不明显,组织中度隆起,日常活动轻度受限;3分,水肿多处,水肿直径>2cm,皮纹消失,组织重度隆起,皮肤光亮,日常活动受限。多处水肿者,则将水肿直径相加计算总直径。由科内手术室专职护士在术后3d及7d换药时进行评估并记录。③不良反应。包括肛周瘙痒、皮疹、留针处疼痛、红肿,由责任护士每日床边交班时查询患者并记录。

### 1.2.3 统计学方法

采用SPSS25.0软件进行统计分析,正态分布计量资料采用均数±标准差描述,不符合

正态分布的采用  $M(P_{25}, P_{75})$  描述。组间比较采用  $t$  检验、Mann-Whitney  $U$  检验或 Wilcoxon 检验、 $\chi^2$  检验、重复测量的方差分析。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

表 2 两组不同时间 VAS 评分比较

组别	例数	h, $\bar{x} \pm s$				$F_{时间}$	$F_{组间}$	$F_{交互}$
		术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d				
对照组	29	8.34 ± 0.54	6.72 ± 1.10 <sup>a</sup>	4.69 ± 0.97 <sup>ab</sup>	288.313 <sup>*</sup>	11931.232 <sup>*</sup>	4.764 <sup>*</sup>	
观察组	29	8.10 ± 0.76	5.83 ± 0.93 <sup>ac</sup>	3.38 ± 0.86 <sup>abc</sup>				

注：<sup>\*</sup>  $P < 0.05$ ；与本组术后 1 d 比较，<sup>a</sup>  $P < 0.05$ ；与本组术后 3 d 比较，<sup>b</sup>  $P < 0.05$ ；与对照组比较，<sup>c</sup>  $P < 0.05$ 。

表 3 两组不同时间水肿评分比较

组别	例数	术后 3 d				术后 7 d				Z	P	
		0 分	1 分	2 分	3 分	0 分	1 分	2 分	3 分			
		对照组	29	17	4	6	2	19	7			2
观察组	29	24	3	1	1	26	2	1	0	-2.000	0.046	
Z			-2.084				-2.170					
P			0.037				0.030					

2.3 不良反应 两组患者均未出现不良反应。

### 3 讨论

3.1 揞针二白穴联合祛毒汤坐浴可降低患者术后疼痛程度 湿热下注症的病因主要与饮食肥甘厚腻损伤脾胃导致湿热内生，湿性趋下，下注肛门有关，证见便血量大，颜色鲜红，肛门潮湿灼热等。肛门神经受交感、副交感及躯体神经系统支配，局部神经末梢丰富而敏感，尤其对疼痛敏感<sup>[12]</sup>。手术可导致肛周组织受损，周围及中枢神经系统敏感性的改变，从而引起疼痛。中医认为疼痛有“不通则痛”与“不荣则痛”两种。混合痔术后疼痛应属于“金疮”与“痛症”，金属刀刃创伤机体致使经络损伤，气血运行不畅则机体气滞血瘀<sup>[13]</sup>。湿热下注者手术创面湿热尚未消退，热毒阻滞经络，气血瘀阻不通，不通则痛；金刃致使机体受损，气血失和，脏腑、经脉失于气血濡养，导致肌肤腠理失于营养所致，不荣则痛<sup>[14]</sup>。本次研究发现，两组术后不同时间 VAS 评分比较，干预主效应、时间主效应和交互效应均  $P < 0.05$ ，观察组术后 3 d、7 d 的 VAS 评分显著低于对照组(均  $P < 0.05$ )，提示随着时间的延长，揞针二白穴联合祛毒汤坐浴可持续降低患者术后疼痛，且止痛效果优于单一祛毒汤坐浴。《扁鹊神应针灸玉龙经》记载：“痔瘻之疾亦可针，里急后重最难禁；或痛或痒或下血，二白穴在掌后寻”。二白穴作为经外奇穴，属于中医针灸理论的穴位特殊治疗作用范畴，具有止痛、消炎等效果<sup>[15]</sup>。祛毒汤配方颗粒的组成成分含有花椒，花椒有局部麻醉作用，能可逆地阻断神经冲动的传导，从而达到镇痛的效果<sup>[16]</sup>。在坐浴过程中，可通过蒸汽的热力与中药的药力直接作用于肛周及腠理，促进气血运行，温通气血经络，使得创面刺激所致的肛门紧缩感于坐浴后而产生松解、舒适感，从而达到缓解疼痛的目的<sup>[17]</sup>。祛毒汤坐浴与穴位揞针相辅相成，共行疏通气血经络之

## 2 结果

2.1 两组不同时间 VAS 评分比较 见表 2。

2.2 两组不同时间水肿评分比较 见表 3。

功效，两种措施同时刺激使得效应量增加，所以止痛效果优于单一祛毒汤坐浴。

3.2 揞针二白穴联合祛毒汤坐浴可改善患者切口水肿状况 湿热下注者湿热病邪贯穿病程始终，术后有形之邪已去，但湿热仍留恋局部不去，湿热相结，汇于肛门，阻碍气血运行则出现肛门水肿。手术会损伤肛周血管，引起周围神经细胞轴突细胞质逆向流动，促进神经末梢 P 物质的释放，导致局部血管组织通透性增加，组织水肿<sup>[18]</sup>。本次研究表明，观察组术后 3 d、7 d 水肿评分显著低于对照组(均  $P < 0.05$ )，提示揞针二白穴联合祛毒汤坐浴可改善患者肛门水肿症状，且消肿效果优于单一祛毒汤坐浴。外感之邪炽盛，则肛门周围经络阻滞，气化功能失调，治疗应清热利水，理气化湿<sup>[19]</sup>。故本研究以“清热解毒、活血化瘀、利湿消肿、散结止痛”为原则，配置成祛毒汤中药坐浴方剂用于湿热下注型混合痔患者术后坐浴。前期研究表明祛毒汤坐浴对混合痔术后水肿的疗效明确，蒸汽与温水的刺激可促进局部血液及淋巴液循环，加速新陈代谢，提高局部组织的营养及功能，同时活跃单核巨噬细胞系统的吞噬功能<sup>[6]</sup>，所以对慢性炎症有较好的效果，可加速水肿与淤血的消散，促进伤口愈合。其成分芒硝具有组织渗透及收敛功效，通过扩张小血管平滑肌改善微循环，减轻局部炎症，从而达到清热消肿的目的；黄柏清热解毒、燥湿消肿，可抑制早期炎症性水肿及后期肉芽增生；马齿苋、苍术等对于葡萄球菌、链球菌、大肠埃希菌等病菌均有明显的灭菌及抑菌作用；五倍子、侧柏叶等还可收缩血管达到止血的作用；甘草健脾，调和诸药，同时甘草黄酮具有抗脂质过氧化作用<sup>[16]</sup>。揞针作为临床上针灸的替代疗法，具有持续性、无不良反应、无痛苦、操作简便等特点<sup>[5]</sup>。《针灸大全》记载，“四穴四关，太冲、合谷是也”，开四关重在理气通血，使经脉畅通，肿痛消除。

故本研究以选取合谷与太冲为配穴,两穴同取,上下相配,阴阳相合,共奏理气通血、疏通经络之功<sup>[20]</sup>。祛毒汤坐浴加速局部中药吸收,揸针持续刺激相关膻穴,两者联合可激发肛周经气,气动水行,同时还可通经活络、清热利湿、消除水肿,所以联合干预的消肿效果优于单一祛毒汤坐浴。

**3.3 不良反应** 本研究中两组患者均未发生局部不良反应。采用的揸针长度仅 0.9 至 1.5 mm,留针后大多只达到表皮层,对于神经末梢的刺激较小,所以较少出现针刺部位疼痛与皮肤红肿。祛毒汤为中药坐浴方剂,除非患者对中药过敏,否则发生局部不良反应的可能性较小。

**4 小结**

揸针二白穴联合祛毒汤坐浴可有效降低湿热下注型混合痔患者术后疼痛,缓解水肿,且在治疗中无不良反应的发生。但在留针过程中需注意患者保持良好体位,精准定位穴位,确保能够持续刺激相关膻穴。本研究样本量较少,治疗时间较短,且未进行随访。未来可开展高质量、大样本的实验性研究,探讨揸针二白穴联合祛毒汤坐浴治疗湿热下注型混合痔患者的远期治疗效果。

**参考文献:**

[1] 孟丽娜,张博.《疡科心得集》痔病辨治思想探析[J]. 中西医结合研究,2020,12(3):187-188.  
 [2] 刘蔚,高记华,周璐,等. 中国居民肛肠疾病常见症状分析[J]. 中国公共卫生,2016,32(12):1655-1659.  
 [3] 李子锋,周晓静,雷云宏,等. 中药熏洗与高锰酸钾熏洗对痔疮术后患者治疗效果的 Meta 分析[J]. 巴楚医学,2019,2(3):65-73,77.  
 [4] 舒玉珍,张肖楠,张丽娟,等. 混合痔患者术后的中医综合护理[J]. 护理学杂志,2022,37(16):44-46.  
 [5] 张晓娟,李子锋,丁劲,等. 揸针联合五音疗法对肝阳上亢型高血压患者失眠的效果[J]. 护理学杂志,2022,37(1):46-48.  
 [6] 常彩云,邓三于,易文. 祛毒汤坐浴联合马应龙麝香痔疮膏外涂缓解痔疼痛、水肿、出血的效果观察[J]. 中国肛

肠病杂志,2013,33(8):57-58.  
 [7] 袁文贝,刘一灿,李忠卓,等. 中药熏洗联合揸针八髎穴治疗混合痔术后疼痛临床观察[J]. 中国民族民间医药,2021,30(2):102-105,111.  
 [8] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:61.  
 [9] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.  
 [10] Shafshak T S, Elnemr R. The Visual Analogue Scale Versus Numerical Rating Scale in measuring pain severity and predicting disability in low back pain[J]. J Clin Rheumatol,2021;27(7):282-285.  
 [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-001.9-94[M]. 南京:南京大学出版社,1994:58-60.  
 [12] 朱怀宇,胡四育,王增文,等. 自控镇痛泵应用于肛肠术后的疗效观察[J]. 中外医学研究,2013,11(26):29-30.  
 [13] 武月. 加位芍药甘草汤缓解混合痔术后疼痛的临床疗效观察[D]. 南京:南京中医药大学,2018.  
 [14] 伍跃麒,谷云飞. 中医治疗混合痔术后疼痛的临床进展[J]. 当代中西医结合杂志,2014,23(15):1706-1708.  
 [15] 王波. 二白穴不同干预方法对混合痔术后疼痛的临床研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2012.  
 [16] 田代华. 实用中药词典[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:869.  
 [17] 郑祖艳,孟宪宇,苗永新. 揸针二白穴联合中药熏洗治疗痔疮术后疼痛临床观察[J]. 上海针灸杂志,2020,39(2):216-219.  
 [18] 潘少骅,彭小南,洪卫祥. 痔瘕术后疼痛的治疗近况[J]. 结直肠肛门外科,2009,15(3):209-212.  
 [19] 孙丹. 中药熏蒸治疗 PPH 术后肛门水肿的疗效观察与护理[J]. 中国医药指南,2015,13(18):240.  
 [20] 朱英杰,金珠,黄丽,等. 电针治疗混合痔外剥内扎术后疼痛的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(27):2987-2990,2995.

(本文编辑 钱媛)

**《护理学杂志》入编 2020 年版《中文核心期刊要目总览》**

2021 年 3 月,本刊收到《中文核心期刊要目总览》编委会通知,《护理学杂志》入编《中文核心期刊要目总览》2020 年版(即第 9 版)临床医学/特种医学类的核心期刊。中文核心期刊评价采用定量评价和定性评审相结合的方法。定量评价指标体系采用了被摘量(全文、摘要)、被摘率(全文、摘要)、被引量、他引量(期刊、博士论文)、影响因子、他引影响因子、5 年影响因子、5 年他引影响因子、特征因子、论文影响分值、论文被引指数、互引指数、获奖或被重要检索系统收录、基金论文比(国家级、省部级)、Web 下载量、Web 下载率 16 个评价指标,选作评价指标统计源的数据库及文摘刊物达 48 种,统计到的文献数量共计 142 亿余篇次,涉及期刊 13 764 种。参加核心期刊评审的学科专家 1 万多位。经过定量筛选和专家定性评审,从我国正在出版的中文期刊中评选出 1 990 种核心期刊。

本刊再次入编《中文核心期刊要目总览》,是专家学者对《护理学杂志》学术质量和编辑质量的肯定与认可。在此,《护理学杂志》衷心感谢各级领导、各位编委、审稿专家、作者、读者及护理同仁长期以来给予本刊的关心、支持、帮助与厚爱。本刊将不忘初心,牢记使命,锐意进取,开拓创新,为护理人员搭建优质的学术交流平台,为推动护理学科发展贡献力量。