

张输尿管 1~2 周后再行 URL 治疗。

参考文献

[1] SCHWADERER A L, ODUGUWA A, KUSUMI K. Urinary stone disease in pediatric and adult metabolic bone clinic patients[J]. Urolithiasis, 2018, 46(2):173-178.

[2] WAQAS M, SAQIB I U, IMRAN J M, et al. Evaluating the importance of different computed tomography scan-based factors in predicting the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal stones[J]. Investig Clin Urol, 2018, 59(1):25-31.

[3] 史振雷, 张茨, 郭伟. 输尿管软镜碎石术前预置双 J 管的临床疗效[J]. 广东医学, 2016, 37(24):3729-3731.

[4] 施云峰, 李维国, 张捷, 等. 双 J 管留置时间对输尿管结石并感染患者疗效的影响[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(32):2588-2591.

[5] FAHMY A, YOUSSEF M, RHASHAD H, et al. Extractable fragment versus dusting during ureteroscopic laser lithotripsy in children: prospective randomized study [J]. J Pediatr Urol, 2016, 12(4):254. e1-254. e4.

[6] 黄锐, 梁晓雯. 缩短双 J 管留置时间对输尿管软镜碎石术后并发输尿管结石治疗的临床价值[J]. 中国微创外科杂志, 2014, 37(4):350-352.

[7] DELLINGER R P, LEY M M, RHODES A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012 [J]. Intensive Care Med, 2013, 39(2):165-228.

[8] 程跃, 谢国海, 严泽军, 等. 逆行输尿管软镜联合可视微通道经皮肾镜一期治疗鹿角形肾结石的临床分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2016, 37(2):127-130.

[9] 黎崇裕, 刘志龙. 诊治肾结石的几点体会[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(9):1273-1274.

[10] MIMIC A, DENCIC N, JOVICIC J, et al. Pre-emptive tramadol could reduce pain after ureteroscopic lithotripsy [J]. Yonsei Med J, 2014, 55(5):1436-1441.

[11] 杨炜青, 李逊, 何永忠, 等. 输尿管软镜碎石术前留置双 J 管的随机对照研究[J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2016, 10(2):26-29.

[12] 郝宗耀, 刘明, 梁朝朝, 等. 输尿管软镜术前留置双 J 管的疗效观察[J]. 安徽医科大学学报, 2016, 51(3):460-462.

[13] LEE Y J, HUANG K H, YANG H J, et al. Solifenacin improves double-J stent-related symptoms in both genders following uncomplicated ureteroscopic lithotripsy [J]. Urolithiasis, 2013, 41(3):247-252.

[14] 蔡万松, 蒋祥新, 闻立平. 术前免留置双 J 管一期输尿管软镜治疗肾结石的临床研究[J]. 中国内镜杂志, 2016, 22(4):58-62.

[15] SUGIHARA T, YASUNAGA H, Horiguchi H, et al. A nomogram predicting severe adverse events after ureteroscopic lithotripsy: 12 372 patients in a Japanese national series[J]. BJU Intern, 2012, 111(3):459-466.

(收稿日期:2018-01-12 修回日期:2018-03-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.16.044

## 小儿推拿疗法联合丙酸倍氯米松治疗慢性持续期支气管哮喘患儿疗效及对炎性因子表达的影响

杜宝静<sup>1</sup>, 王志东<sup>2</sup>, 周星<sup>1</sup>, 陈素萍<sup>1</sup>, 张美芳<sup>1</sup>, 张志英<sup>1△</sup>

(1. 河北省邯郸市妇幼保健院儿科 056001; 2. 河北省邯郸市中心医院放射科 056001)

**摘要:**目的 观察小儿推拿疗法治疗慢性持续期支气管哮喘患儿的疗效及对白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-23(IL-23)及转化生长因子β1(TGF-β1)水平的影响。方法 选取河北省邯郸市妇幼保健院收治的 70 例慢性持续期支气管哮喘患儿作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 35 例。对照组采用丙酸倍氯米松气雾剂经口雾化吸入治疗,观察组在对照组基础上给予小儿推拿法治疗,对比两组患儿临床疗效、IL-17、IL-23 及 TGF-β1 水平。结果 两组治疗后喘息、咳嗽、痰鸣音及哮鸣音积分均显著降低,观察组显著低于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05);两组治疗后用力肺活量(FVC)和 1 s 用力呼气容积(FEV1)均显著提高,且观察组治疗后 FVC 和 FEV1 高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05);两组治疗后血清 IL-17、IL-23 及 TGF-β1 水平均显著降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05);治疗后,观察组总有效率为 91.4%,显著高于对照组的 77.1%,差异有统计学意义(P<0.05)。结论 小儿推拿法联合丙酸倍氯米松可显著降低支气管哮喘慢性持续期患儿血清中 IL-17、IL-23 和 TGF-β1 水平,并能有效改善患儿肺功能、临床症状及体征,值得临床推广使用。

**关键词:**支气管哮喘; 小儿推拿; 转化生长因子β1; 白细胞介素; 肺功能

中图分类号:R725.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)16-2497-04

小儿支气管哮喘是一种由炎性细胞、气道结构细胞等多种细胞和细胞组分参与引起的慢性气道炎症

△ 通信作者, E-mail: yezi180000@163.com.

性疾病,该慢性炎症与气道高反应性相关,当易感个体接触外界刺激性因素时,通常会发生广泛而多变的可逆性气流受限,进而引发反复发作性喘息、胸闷、气促、咳嗽等症状,虽不危及患儿生命安全,但病程漫长,迁延不愈,严重影响患儿的生长发育和身心健康<sup>[1-3]</sup>。本次研究中,笔者采用小儿推拿法联合丙酸倍氯米松治疗支气管哮喘慢性持续期患儿,取得了显著的疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择河北省邯郸市妇幼保健院 2015 年 12 月到 2017 年 1 月收治的 70 例慢性持续期支气管哮喘患儿作为研究对象,按照随机数字表发分为观察组和对照组,每组各 35 例。观察组男 21 例,女 14 例;年龄 4~10 岁,平均(6.8±0.7)岁;病程 3 个月至 4 年,平均(1.5±0.4)年。对照组男 22 例,女 13 例;年龄 4~9 岁,平均(6.5±0.5)岁;病程 4 个月至 5 年,平均(1.7±0.5)年。两组性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)符合《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》对小儿支气管哮喘、临床分期及病情严重程度的规定<sup>[4]</sup>,即反复发作性喘息、胸闷、气促、咳嗽,多与物理性刺激、化学性刺激、呼吸道感染等有关,症状表现在夜间或清晨加重;哮喘发作时双肺可闻及以呼吸相为主的弥漫性哮鸣音;上述症状经抗哮喘治疗有效或可自行缓解;临床分期分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期。病情严重程度分为轻度持续、中度持续和重度持续。(2)符合《中医病证诊断疗效标准》中肺脾气虚型小儿支气管哮喘的标准<sup>[5]</sup>,主症:易感冒,呼吸气短,食少纳呆,疲倦体乏,食后腹胀,语声低弱;次症:自汗,恶风,久咳不愈,肠鸣,口淡不渴,排便异常。舌脉:舌淡苔白,脉缓或弱。(3)年龄 3~10 岁。(4)临床分期为慢性持续期。(5)治疗前 1 个月内未服用其他治疗支气管哮喘的药物。(6)患儿家长均在知情自愿参与本次研究,均签署知情同意书。

**1.3 排除标准** (1)合并心血管疾病、肝肾系统疾病及造血功能异常等病变者;(2)合并可导致喘憋或呼吸困难的其他疾病患儿;(3)推拿部位皮肤破损者;(4)未按规定治疗,无法评估疗效者;(5)治疗依从性较差不能坚持按疗程治疗者。

**1.4 方法** (1)对照组:给予丙酸倍氯米松气雾剂(上海信谊药厂有限公司,国药准字 H31020770,规格:50 g×200 揲)治疗,经口雾化吸入,剂量:轻度持续者,100 g/d,2 次/天;中度持续者,150 g/d,2 次/天;重度持续者,200 g/d,2 次/天。连续治疗 2 个月。(2)观察组:在对照组治疗基础上,给予小儿推拿法治疗。具体操作如下:选择肺经、脾经、八卦、足三里、肺俞、脾俞、肾俞、三关,捏脊诸穴为推拿穴位,直推补脾经 300 次,推按补肺经 200 次,推运内八卦 150 次,分推膻中 150 次,揉按足三里 150 次,揉肺俞、脾俞、肾

俞各 150 次,推三关 200 次,捏脊 5 遍,并根据患儿病证辩证推拿,痰多者加揉小横纹 150 次,夜眠不安者加捣小天心 150 次,发热者加推六腑 150 次,多汗者加揉肾顶 150 次,便秘者加推清大肠 150 次。隔日 1 次,以 12 次为 1 疗程,疗程之间间隔 5 d,连续治疗 2 个疗程。

**1.5 观察指标** (1)肺功能:使用肺功能仪测定两组患儿治疗前后肺功能指标的变化,主要包括用力肺活量(FVC)和 1 s 用力呼气容积(FEV1)。(2)症状积分:使用《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>对患者临床症状评分,主要包括喘息、咳嗽、痰鸣音及哮鸣音,分值越高,代表症状越严重。(3)炎症因子:分别取患儿治疗前后外周静脉血,经处理后,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-23(IL-23)及转化生长因子  $\beta$ 1(TGF- $\beta$ 1)水平。参照中华医学会儿科学分会呼吸学组制定的疗效标准,显效:治疗后,患儿哮喘症状得到明显改善,治疗后 FEV1 或呼气流量峰值(PEF)增加 25% 以上;有效:治疗后,患儿哮喘症状有所改善,治疗后 FEV1 或 PEF 增加 15%~25%;无效:治疗后,患儿哮喘症状无明显改善,甚至出现加重,治疗后 FEV1 或 PEF 测定值无明显变化<sup>[4]</sup>。有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS22.0 统计软件进行统计学分析。计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;等级资料采用秩和检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗后临床疗效比较** 治疗后,观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗后临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	24(68.6)	8(22.8)	3(8.6)	32(91.4)*
对照组	35	14(40.0)	13(37.1)	8(22.9)	27(77.1)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

**2.2 两组治疗前后临床症状改善状况比较** 两组治疗前喘息、咳嗽、痰鸣音及哮鸣音比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组喘息、咳嗽、痰鸣音及哮鸣音积分均显著降低,且观察组上述症状积分低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组治疗前后肺功能指标变化** 两组治疗前 FVC 和 FEV1 比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组 FVC 和 FEV1 均显著提高,且观察组治疗后 FVC 和 FEV1 高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

**2.4 两组治疗前后血清炎症因子水平比较** 两组治

疗前血清 IL-17、IL-23 及 TGF-β1 水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组血清 IL-17、IL-

23 及 TGF-β1 水平均显著降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 2 两组治疗前后临床症状改善状况比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗时间	喘息	咳嗽	痰鸣音	哮鸣音
观察组	35	治疗前	3.52±0.42	3.24±0.45	3.32±0.44	3.01±0.43
		治疗后	0.52±0.06 <sup>#*</sup>	0.28±0.03 <sup>#*</sup>	0.32±0.04 <sup>#*</sup>	0.68±0.07 <sup>#*</sup>
对照组	35	治疗前	3.55±0.46	3.22±0.43	3.28±0.42	3.04±0.41
		治疗后	1.43±0.25 <sup>#</sup>	1.46±0.25 <sup>#</sup>	1.75±0.28 <sup>#*</sup>	1.23±0.23 <sup>#</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

表 3 两组治疗前后肺功能指标比较(L,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	FVC		FEV1	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	2.15±0.32	3.51±0.42 <sup>#*</sup>	1.53±0.24	2.85±0.38 <sup>#*</sup>
对照组	35	2.12±0.34	2.87±0.39 <sup>#</sup>	1.55±0.26	2.25±0.33 <sup>#</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

表 4 两组治疗前后血清炎症因子水平比较(pg/mL,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	治疗时间	IL-17	IL-23	TGF-β1
观察组	35	治疗前	122.51±13.76	192.06±19.13	72.12±8.34
		治疗后	71.34±8.24 <sup>#*</sup>	110.52±12.56 <sup>#*</sup>	39.43±5.03 <sup>#*</sup>
对照组	35	治疗前	120.32±14.01	191.82±18.92	71.88±8.29
		治疗后	95.36±9.81 <sup>#</sup>	163.46±17.32 <sup>#</sup>	56.72±6.72 <sup>#*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

### 3 讨 论

小儿支气管哮喘是一种常见的慢性呼吸系统疾病,其临床表现多样,如咳嗽、憋气、呼吸受阻等,并伴有管道窄缩、黏膜水肿等明显的气道病理改变,临床治疗难度较大,对患儿的身体健康、生长发育及学习生活均产生严重的不良影响<sup>[7-8]</sup>。该病的发病机制较为复杂,临床普遍认为其与气道炎性反应具有密切的关联。大量研究表明,支气管哮喘患者的气道炎症反应在受到刺激后可表现为急性炎性反应,甚至部分患者在未接触过敏源刺激,即可出现肺功能降低和气道高反应性<sup>[9]</sup>。田宝平等<sup>[10]</sup>研究发现,支气管哮喘患儿血清 IL-17 和 TGF-β1 水平明显高于健康儿童,并认为患儿体内炎症因子紊乱不仅能够诱发哮喘变应性致敏和气道急性炎性反应,还可诱发气道慢性炎性反应,导致哮喘反复发作,迁延难愈。小儿支气管哮喘慢性持续期是指患儿每周均不同频度(或程度)的出现咳嗽、喘息、胸闷等症状,严重降低小儿生活质量<sup>[11]</sup>。糖皮质激素和长效 β2 受体激动剂是目前西医治疗小儿支气管哮喘的首选药物,其通过呼吸道雾化吸入方式给药,具有较好的抗炎效果,但长期应用会产生药物依赖性、耐药性及药物不良反应等问题,且无法达到根治目的,整体疗效欠佳<sup>[12]</sup>。

小儿支气管哮喘归属中医“哮证”“喘证”等范畴,

肺脏属于身体与外界直接连接的脏器,故机体若受到外邪侵袭,肺脏首当其冲。脾主运化,若小儿饮食不节或食用过于肥腻之物,机体无法完全消化和吸收,聚积于体内产生热,热气与体内湿气相搏,聚积于肺腑形成痰饮,遇外邪侵袭,表现出连续咳嗽等症状,此为哮喘症状。由此可见,小儿支气管哮喘的发生是内外因素相互作用的结果。小儿肺、脾、肾 3 脏不足,内伏痰饮是该病发生的内在因素;外邪侵袭、饮食不节、接触异物等为该病发生的外在因素。正如《证治外汇·哮喘》中记载:“膈有胶固之痰,外有非时之感,内有壅塞之气,三者相合……发为哮喘”。中医认为,小儿支气管哮喘慢性持续期的基本病理机制是正虚,具体表现为肺脾气虚、肺肾阴虚、三脏俱虚等,其中肺脾气虚型最为常见,患儿可见懒言气短、面色苍白、疲倦无力、喷嚏时作、盗汗自汗、易患感冒等症,故治疗应按照调理肺脾、扶正固本之法进行。小儿推拿法是中医外治法的重要组成部分,其以小儿独特的生理特点、病理特点及心理特点为依据,所选穴位严格准确,并施以特定手法,最终可达到防治疾病的目的<sup>[13]</sup>。脾经又称“脾土”,位于拇指桡侧缘,补脾经可起到健脾和胃、补气和血之功效;肺经位于无名指螺纹面,补肺经可起到补肺益气、宣肺止咳化痰之功效;内八卦位于手掌面,逆运内八卦可起到平喘、降气、止咳之功效;膻中为气之会穴,分推膻中可起到降气通络、宣肺化痰之功效;足三里属足阳明经,为胃之下合穴,揉足三里可起到燥化脾湿之功效;肺俞为肺之背俞穴,主治哮喘、咳嗽、肺痿等肺系疾病,揉肺俞可起到调补肺气、化痰止咳、宣肺理气之功效;脾俞为脾之背俞穴,揉脾俞可起到健脾胃、祛水湿、促运化之功效;肾俞为肾之背俞穴,揉肾俞可起到补肾纳气、滋阴壮阳之功效;三关位于手少阴和手太阳经脉上,推三关可起到调整肺气、温补气血之功效;捏脊疗法是中医传统的手法治疗,其通过对患儿夹脊穴和肾俞穴进行捏脊刺激,可起到调节督脉气血的作用,并具有培元固本、调和阴阳、健脾理肺之功效,最终可实现补肾纳气平喘的治疗目的<sup>[14]</sup>。本研究结果显示,观察组治疗后临床疗效明显高于对照组,且观察组治疗后临床症状积分、肺功能指标及血清 IL-17、IL-23、TGF-β1 水平改

善情况均显著优于对照组。提示小儿推拿法联合丙酸倍氯米松能够显著控制支气管哮喘慢性持续期患儿的哮喘症状,提高肺功能指标,降低患儿血清中炎症因子水平,可取得良好的临床疗效。此外,小儿推拿法配穴精简,操作手法简单易学,不失为一种安全、有效、简便的特色治疗方法。

## 参考文献

- [1] 张宝珍,裴竹英. 常规雾化联合推拿疗法治疗小儿支气管哮喘慢性持续期临床效果观察[J]. 中国医药科学, 2015, 5(22):56-58.
- [2] 柯宇星,郑洁丽,吴春远. 小儿支气管哮喘相关影响因素分析研究[J]. 临床肺科杂志, 2015, 20(7):1336-1338.
- [3] 田福玲,李旗,崔建美,等. 小儿推拿疗法在小儿支气管哮喘慢性持续期的作用机制和治疗效果研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(1):105-108.
- [4] 中华医学会儿科学会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(10):745-753.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1994:8-9.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:125-129.
- [7] 邹小卫,蒋豪明. 中西医结合治疗小儿支气管哮喘慢性持续期的临床疗效及对免疫功能的影响[J]. 中医儿科杂志, 2017, 13(2):46-49.
- [8] 彭丽娟. 沙美特罗替卡松粉吸入联合中医推拿治疗小儿哮喘慢性持续期疗效及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(23):2585-2587.
- [9] 刘小群,陈啸洪,张佩红,等. 慢性持续期哮喘患儿血清IL-17、TGF- $\beta$ 1水平变化及临床意义[J]. 蚌埠医学院学报, 2016, 41(9):1178-1180.
- [10] 田宝平,沈华浩. 白介素 17A 及其在支气管哮喘中的作用[J]. 国际呼吸杂志, 2013, 33(19):1471-1476.
- [11] 徐婉琳. 顺运内八卦配合常规推拿法治疗慢性持续期小儿支气管哮喘的临床观察[J]. 中国处方药, 2017, 15(6):101-102.
- [12] 王跃. 小儿推拿疗法在小儿支气管哮喘慢性持续期的疗效[J]. 中国实用医药, 2017, 12(9):141-142.
- [13] 雷龙鸣,邱石源,黄子娟. 浅述小儿推拿的主要特点[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(7):110-111.
- [14] 陈偶英,李英,钟捷,等. 捏脊疗法治疗小儿哮喘非发作期临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(3):76-77.

(收稿日期:2018-01-18 修回日期:2018-03-14)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.16.045

# 医护人员对手卫生知识的认知程度依从性及其影响因素分析

马跃英,邹学兰<sup>△</sup>,杨燕丽

(江苏省南京市中医院感染科 210006)

**摘要:**目的 分析医护人员对手卫生知识的认知程度、依从性及其影响因素。方法 随机选取 2015 年 5 月至 2017 年 5 月在该院各科室工作的医护人员 40 例,对其对手卫生知识的认知程度、依从性及其影响因素进行分析。结果 40 例医护人员在“卫生洗手指征”认知分析中,回答正确率最高的 2 项为“从患者污染部位到清洁部位”“接触不同患者”,正确率均为 95.0%;其次为“接触易感染患者时”“直接接触患者”,正确率为 92.5%;“穿脱隔离衣流程”回答正确率为 90.0%;“摘手套过程”“实施无菌操作前后”“处理污染物前后”正确率均为 87.5%;“手上有明显污染物”,正确率为 85.0%;“接触患者血液等前后”回答正确率为 80.0%。以上各项均回答正确率为 65.0%。医护人员在手卫生依从性分析中,依从性最高的为“手上有明显污染物”,为 87.5%;其次为“实施无菌操作前后”“处理污染物前后”,分别为 85.0%、80.0%;“接触不同患者”、“接触患者血液等前后”“摘手套过程”依从性分别为 77.5%、77.5%、72.5%;“从患者污染部位到清洁部位”“直接接触患者”“穿脱隔离衣流程”依从性分别为 67.5%、67.5%、65.0%;“接触易感染患者时”为 57.5%。以上所有均依从所占比例为 62.5%。医护人员手卫生依从性的影响因素主要为“消毒剂对皮肤有刺激”,占 90.0%;其次为“工作忙”,占 80.0%;再次为“医院干手用具缺乏”“医院缺乏有效监督机制”,分别占 60.0%、57.5%;最后为“缺乏关于手卫生的奖惩制度”,占 45.0%。结论 医护人员对手卫生知识的认知程度、依从性均较低,影响因素主要为消毒剂对皮肤有刺激、工作忙。医院应加强管理,重视对医护人员手卫生知识的教育,提高其对手卫生的重要性和危害性的认识。

**关键词:**医护人员; 手卫生知识; 认知程度; 依从性; 影响因素

中图分类号:R183

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)16-2500-03

医院感染是指住院患者在医院内获得的感染,该种感染受到了世界各国学者的普遍关注和高度重视,