



快速康复下围术期捆绑护理在老年单髁置换患者中的应用

穆红,王丽丽,李俊,安帅

(首都医科大学宣武医院骨科,北京 100053)

摘要:目的 探讨快速康复下的围术期捆绑护理在老年单髁置换患者中的应用效果。方法 制定老年单髁置换患者围术期捆绑护理流程,将首都医科大学宣武医院2019年7月至2019年12月符合标准的80例患者按入院先后顺序分为试验组和对照组。试验组40例,男16例,女24例;年龄65~73岁,平均(68.78±3.35)岁;对照组40例,男18例,女22例;年龄65~75岁,平均(69.43±3.28)岁。试验组应用捆绑护理流程,对照组实施常规护理。分别对两组患者在入院、术后6h、术后24h、出院时的疼痛、膝关节功能、日常生活能力进行评价,出院时对患者满意度、住院费用及住院时间进行评价。采用访谈法对护士应用捆绑护理的主观感受进行询问。结果 试验组患者在术后6h、24h的疼痛、功能、日常生活能力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组出院时疼痛、功能、日常生活能力比较差异无统计学意义($P>0.05$);出院时试验组满意度高于对照组,住院费用及住院时间均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护士表示捆绑护理使工作流程清晰化,内容简洁化。结论 应用捆绑护理流程能规范护士针对老年单髁置换患者的护理行为,加快患者康复。

关键词:快速康复;单髁置换术;围术期;捆绑护理

文章编号: 1008-5572(2020)12-1143-05

中图分类号: R687.4

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

文献标识码: B



随着老龄化社会进程的加快,膝关节骨关节炎的患者数量不断增加,年龄45~75岁患病率为19.2%,80岁及以上患者增加到了43.7%^[1-2]。患者经常会出现疼痛、僵硬和关节功能丧失^[3]。早中期的膝关节骨关节炎多由内侧间室的病变开始出现^[4],单髁置换术(unicompartmental knee arthroplasty, UKA)为部分膝关节置换,是一种常用的治疗单间室膝关节骨关节炎的微创方法^[5-6]。UKA近年来得到迅速发展,随着技术的改进,术后效果和生存率在不断提高,但是,术后患者若不接受科学、积极的护理干预,就无法及时开展有效的膝关节功能锻炼,易增加患者痛苦,影响疗效与预后^[7]。因此,围术期如何进行医护配合以达到更优的手术效果,加快患者康复,给护士也带来了挑战。

在不同的护理模式下,患者的结局往往有较大的差别^[8]。在快速康复理念下,虽然优化术前禁食、禁饮流程等措施都取得了相应的研究成果^[9],但将优化的干预措施合并成系统化的捆绑护理流程在老年单髁置换患者中的影响报道较少。捆绑护理的定义是“组合3~5种小的、简单的实践(已被证明独立使用时可改善患者预后),用来改善护理过程和患者预后”^[10]。国外研究^[10]表明,捆绑护理对择期全髁或全膝关节置换术后疗效的影响中显示它可提高护理效率,对护理和患者结局产生积极的影响。因此,本研究基于快速

康复的理念,查阅文献并结合临床护理工作经验,医护配合制定了老年单髁置换患者围术期捆绑护理流程,为其提供有计划、有针对性的护理。经过临床实践,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年7月至2019年12月在宣武医院骨科行UKA患者为研究对象,根据纳入及排除标准,共80例患者纳入研究。根据入院的先后顺序分为试验组和对照组,为避免沾染,试验组和对照组患者不在同一病房。试验组40例,男16例,女24例;年龄65~73岁,平均(68.78±3.35)岁;对照组40例,男18例,女22例;年龄65~75岁,平均(69.43±3.28)岁。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)年龄≥65岁;(2)首次接受UKA;(3)单侧UKA;(4)知晓研究内容并愿意参加。排除标准:(1)沟通障碍,患有精神疾病;(2)合并未能控制的严重疾病、血液疾病、局部或全身感染;(3)存在深静脉血栓或神经损害。

1.3 方法

1.3.1 试验组

1.3.1.1 成立捆绑护理研究小组 组长由护士长担任,成员包括1名关节组主任、1名主管医师及2名骨科护士,其职称

分别为主任护师、主任医师、主治医师、主管护师(骨科专科护士)、护师(老年专科护士);组长负责研究设计、组内管理与科内实施过程的监管,关节组主任、主管医生负责技术指导与咨询,主管护师、护师负责资料收集、整理及实施过程的管理。

1.3.1.2 方案构建 查阅文献进行归纳,总结临床经验,由小组成员进行讨论,医护沟通,制定老年 UKA 患者围术期捆绑护理流程。进行专家咨询,本研究共邀请 3 位专家进行了 2 轮专家咨询,咨询专家均为高级职称,均从事临床工作 20 年以上,具有丰富的临床及管理经验。根据反馈意见进行修改,然后进行试运行,根据试运行的反馈结果对流程进行调整。

1.3.1.3 培训及考核 由研究小组成员组织科内学习,负责骨科全体护士及关节组医师进行流程的培训,每名护士完成两遍流程,每个步骤均按要求执行视为通过。反复强化,组长不定时检查,反馈信息,严格执行。

1.3.1.4 方案实施 捆绑护理流程包括 5 个时间段:入院、术前、术日、术后、出院,流程及实施内容如下。入院:宣教与评估,术前分别对年龄 ≥ 70 岁患者由骨科-老年科-营养科-麻醉科-药剂科形成的多学科团队成员进行老年综合评估,根据情况进行指导。术前:术前准备,不剃毛备皮,洗必泰沐浴消毒皮肤,不灌肠;术前 6 h 禁食不禁水,术前 2 h 口服术能 1 瓶(355 mL),同时禁水。距离手术时间 > 6 h,可进食易消化的主食,含纤维食物、鸡蛋、肉均不可食用,糖尿病患者餐前注射胰岛素;保证睡眠,遵医嘱术前一晚给予氯硝西泮片;超前镇痛,遵医嘱手术前 1 d 11 时、17 时及手术当天 7 时给予塞来昔布片。术日:椎管内麻醉患者手术结束后 1 h 饮水,全麻者完全清醒 2 h 饮水,3 h 进食,糖尿病患者依用餐时间进食,根据自身情况遵医嘱餐前注射胰岛素及口服降糖药;预防血栓,返回病房即刻开始踝泵运动,双侧下肢穿戴弹力袜(此后早穿晚脱),给予间歇充气加压泵(每次 30 min,每日 2 次)至术后 48 h;监护仪一般使用 2 h,如遇特殊视患者实际情况而定;无导尿管,观察排尿情况,6 h 未排尿时观察是否尿潴留;无引流管,患肢弹力绷带加压包扎;2 h 后可下地活动及大小便,保证术日在医护陪同下下地活动。术后:冰敷,2 次/日,20 min/次,中间隔毛巾;功能锻炼,Teach-back 健康教育、多动口、少动手(指导患者如何做,以“替代护理”达到“自我护理”)、同伴教育,并进行示范。出院:常规出院指导基础上进行延续护理,加入微信群,推送 UKA 相关知识,居家护理及功能锻炼注意事项,发送视频教育。

1.3.2 对照组 对照组患者进行常规护理措施,流程及实施内容如下。入院:入院宣教,优质护理病房相关内容介绍、疾

病、饮食、控制血糖;评估生命体征、疼痛、压疮风险、营养风险、跌倒/坠床风险、日常生活能力。术前:术前准备,备皮、肥皂水灌肠、宣教;术术前晚 21 时禁食水;保证睡眠,按需给药;减轻疼痛,按需给药。术日:均常规术后 6 h 进食水;血栓预防,踝泵运动,评估出血风险,遵医嘱使用抗凝药物预防血栓;监护仪使用至术后 1 d 晨起;术后 1 d 拔除尿管;间歇夹闭引流管,术后 1 d 根据引流情况拔除引流管;术后 1~2 d 下床活动。术后:止疼、消肿,遵医嘱使用药物;尽早指导锻炼,每日督促锻炼。出院:给予出院指导,如何康复锻炼及复查时间。

1.4 评价指标

1.4.1 疼痛 采用疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)评价^[11],总分为 10 分,分值越高,疼痛程度越大。在纸上面划一条 10 cm 的横线,横线的一端为 0,表示无痛;另一端为 10,表示剧痛;中间部分表示不同程度的疼痛。

1.4.2 膝关节功能评分 美国特种外科医院(hospital for special surgery, HSS)膝关节功能评分是目前国内外膝关节功能评价的主要指标^[12],由疼痛(30 分)、关节功能(22 分)、关节活动度(18 分)、肌力(10 分)、屈曲畸形(10 分)、稳定性(10 分)共 100 分组成。Cronbach's α 系数为 0.896,重测信度为 0.890。具有较好的信度和效度,可用于评估膝关节完成日常活动的的能力,反映膝关节的功能状态。膝关节功能得分分为各项评分总和,分数越高,说明功能康复越好。评分 ≥ 85 分为优,70~84 分为良,60~69 分为中, ≤ 59 分为差。

1.4.3 日常生活能力评定 应用 Barthel 指数评分^[13]评定,其 1965 年由美国学者 Mahoney 和 Barthel 发表,评价患者日常生活能力,包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、使用厕所、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 项内容,根据是否需要帮助及其程度分为 15 分、10 分、5 分和 0 分 4 个等级,评分分值为 2~4 个等级,最高分为 100 分,得分越高表示患者的生活质量越好。中文版 Barthel 指数评定简单,可信度与灵敏度高,Cronbach's α 系数 > 0.9 。

1.4.4 住院费用、时间及满意度 住院费用和时间在信息系统查询。满意度应用院内自制的满意度调查表,用于出院患者满意度调查,调查内容包括宣教、疼痛管理、技术等 10 个条目,每个条目设为 0~10 分,得分越高表示越满意。

1.4.5 护士感受 采用访谈法,研究者对骨科临床护士进行访谈,问题包括:(1)您在应用捆绑护理过程中有什么想法和感受?(2)您对捆绑护理流程的评价是什么?(3)您认为此流程还有什么待改进的地方吗?访谈结束后,研究者对访谈资料进行内容分析,并提炼主题。

1.5 资料收集方法 课题开展前对 1 名骨科专科护士及 1

名老年专科护士进行资料收集培训,合格后方可进行。膝关节功能由关节组主治医师进行判定。在入院、术后6 h、术后24 h、出院时分别对疼痛、膝关节功能、日常生活能力进行评价,在出院时对患者满意度、住院时间及费用进行评价。两组资料均由2名专科护士进行双人收集及录入。共发放问卷80份,收回有效问卷80份。

1.6 统计学方法 数据采用SPSS 22.0软件进行分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料采用%表示。将对照组与试验组调查结果进行比较,计量资料组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验;使用单因素重复测量方差分析比较试验组及对照组术前及术后不同时间点结果,使用Bonferroni法校正 P 值。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 两组患者年龄、性别、合并症、医疗支付方式等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 两组患者VAS、HSS、Barthel评分比较情况 两组患者入院和出院时VAS、HSS、Barthel比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);试验组患者在术后6 h、24 h的VAS、HSS、Barthel评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者术后各时间点VAS评分均较术前改善,但术后24 h VAS评分较术后6 h有所增加,而出院时VAS评分较术后6 h及24 h均显著降低;两组患者术后HSS及Barthel评分也均随时间增加,差异有统计学意义($P < 0.05$,见表1~3)。

表1 两组VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	入院时	术后6 h	术后24 h	出院时
试验组	4.33±1.49	1.40±0.63	2.00±0.60	0.65±0.53
对照组	4.75±1.35	1.73±0.68	2.40±0.59	0.75±0.44
t 值	1.334	2.215	3.007	0.916
P 值	0.186	0.030	0.004	0.363

表2 两组HSS评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	入院时	术后6 h	术后24 h	出院时
试验组	52.95±4.13	49.98±5.11	56.38±5.83	69.60±4.82
对照组	54.15±5.07	40.45±4.07	52.10±6.32	67.75±4.75
t 值	1.160	9.226	3.146	1.728
P 值	0.250	0.000	0.002	0.088

表3 两组Barthel评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	入院时	术后6 h	术后24 h	出院时
试验组	73.88±6.75	62.13±3.38	69.13±2.75	88.25±2.42
对照组	71.50±6.32	46.88±6.67	64.25±2.90	89.00±2.03
t 值	1.624	12.904	7.721	1.505
P 值	0.108	0.000	0.000	0.136

2.3 两组患者住院费用、住院时间、满意度比较 出院时试验组住院费用及住院时间均低于对照组,满意度较对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$,见表4)。

表4 两组住院费用、住院时间、满意度比较

组别	住院费用(万元)	住院时间(d)	满意度(%)
试验组	5.78±0.35	4.98±0.92	97.47±1.22
对照组	6.52±0.37	6.75±0.90	95.65±2.61
t 值	9.155	8.731	4.010
P 值	0.000	0.000	0.000

2.4 护士主观感受分析 研究者对护士应用快速康复下捆绑护理流程的主观感受资料进行分析,提炼出以下几点。(1)工作流程清晰化:根据护士的反馈,捆绑护理使护理工作流程清晰规范。如:“和集束化护理还有不同,针对某个患者到时间段就去干这项内容,前后一系列护理很有条理”“规范了,不用每次什么事都去问医生了,如有特殊患者,我们之间再沟通;如果对于某个患者的某件事情没有按时做,比如说首次下地活动为什么没有在手术当日进行,要做好说明”。(2)工作内容简洁化:护士表示减少了许多护理工作。如:“老年患者这么快就下地了,也不用一直用监护仪了,也没引流管和尿管了,方便多了,减少了我们很多工作”“有些患者术日早上还可以吃饭,回来过会儿也可以喝水吃饭,不用饿那么久,也不用额外补充液体了,感觉百利无一害,很快就能出院”“没有这么多治疗护理,我们可以有更多的时间陪伴患者了,之前忙都忙不完”。

3 讨论

3.1 捆绑护理流程促使患者达到快速康复 捆绑护理流程遵照循证医学及快速康复外科的理念,通过寻找科学问题、文献提取、经验总结、临床摸索,不断改进,优化工作程序、细化工作内容,环环相扣。本研究结果显示,试验组患者应用捆绑护理流程术后6 h、术后24 h疼痛、髌关节功能、日常生活能力均分别较同时段对照组效果好,对改善患者疼痛、功能、日常生活能力有积极作用,差异均有统计学意义。其与Laura等^[10]研究结果一致,捆绑护理对全髌关节置换术和全膝关节置换术患者的结局产生了积极影响。试验组患者应用捆绑护理流程,缩短围术期患者禁食水时间,减少管路留置,做好液体量管理,使患者早下床活动,优化、细化每一个环节。同时,多模式镇痛、超前镇痛对患者疼痛的控制至关重要,有效的降低了疼痛的发生,做到无痛管理。术前保证患者睡眠缓解焦虑,减轻患者对疼痛的畏惧,同时减少管路留置,为促进患者早期下床活动提供条件。同时,使患者早期进行康复训练的意愿提升,能更加主动地早期进行功能锻炼,使主动锻炼力度到位,达到功能锻炼的目的。同张晨

等^[14]研究一致,术后不放置引流管有益于患者早期功能锻炼,恢复膝关节活动度,促进膝关节功能的恢复,符合快速康复理念。捆绑护理减少患者管路留置时间,促使患者活动方便,医护指导下患者早期下床活动,生活尽快达到自理,提高了患者日常生活能力。将元素进行组合、统一成为整体被执行时,会产生比单元素的影响更好的结果^[10]。确定标准的捆绑流程,完全捆绑对护理结局有积极影响。

3.2 捆绑护理流程减轻各方面负担,提高患者满意度 标准化管理是一种现代化的科学管理方法^[15]。在标准化管理的基础上将单髁关节置换围术期护理进行标准化的捆绑护理流程可提高护理工作质量,提高社会效益和经济效益,促进患者早日康复,重返社会。陈畅等^[16]研究单髁关节置换快速康复组住院天数、住院费用方面均低于非快速康复组,并提高了术后满意度。朱丹瑜等^[17]研究表明,不同的护理模式下,患者的住院时间往往有较大的差别。本次研究中,试验组患者住院时间及住院费用均较对照组低,患者满意度较对照组高,与上述研究结论一致。我们认为,快速康复下捆绑护理的应用通过多学科团队综合老年评估与干预,减少老年患者围术期应激的病理生理反应,降低检查及治疗用药费用,同时缩短了术前等待时间;术后实现早期的自主功能锻炼,减少术后住院时间,从而降低住院常规费用,如医事服务费、床位费等,同快速康复宗旨^[18-19]一致。快速康复下捆绑护理使患者早日出院,降低住院费用,加快周转,减轻了患者、家庭、医院、社会各层次的负担。全国护理事业发展规划纲要(2016—2020)^[20]中指出:十三五期间,要大力培养专科护士,建立标准化的护理流程,提高医护质量及患者满意度。捆绑护理优化各个环节,改善护理水平,提升患者住院体验,提高满意度。

3.3 捆绑护理流程规范了护士针对老年 UKA 患者的护理行为 针对老年单髁置换患者制定围术期捆绑护理流程,是指在单髁置换相应护理方法科学性的深刻认识的基础上,制定符合老年患者和本科室实际情况的、规范科学的、渐进有序的护理流程。通过对护士进行专项培训,使护士了解护理流程。在实施过程中,由组长对护理工作进行检查和质控,不定时检查,反复强化,反馈信息,严格执行。通过应用该流程调查护士感受,使工作流程清晰化、工作内容简洁化。任春霞等^[21]研究表明,快速康复护理路径标准化管理有助于护士持续改进护理质量。护士在工作中有标准、有依据,增强护士的主动服务意识,保证护理工作高效有序的进行,同时也使护理管理逐渐向科学化迈进。

综上所述,在加速康复理念及循证医学的指导下,单髁置换患者围术期全程优化的捆绑护理流程的实施环环相扣,

使护理工作程序化。应用捆绑护理流程能规范护士针对单髁置换患者的护理行为,加快患者康复,减轻各方面负担,值得临床推广。但本研究也存在一定的局限性,样本量较少,患者远期效果没有比较,以期进行大样本及远期的效果研究。

参考文献:

- [1] 安帅,任杰,李征,等.两种手术方式治疗膝内侧间室骨关节炎早期疗效比较[J].实用骨科杂志,2018,24(9):794-798.
- [2] Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, et al. Epidemiology and burden of osteoarthritis [J]. Br Med Bull, 2013(105):185-199.
- [3] Preston S, Petrer M, Kim C, et al. Towards an understanding of the painful total knee: what is the role of patient biology [J]. Curr Rev Musculoskelet Med, 2016, 9(4):388-395.
- [4] White SH, Ludkowski PF, Goodfellow JW. Antero-medial osteoarthritis of the knee [J]. J Bone Joint Surg (Br), 1991, 73(4):582-586.
- [5] Vasso M, Del RC, Perisano C, et al. Unicompartmental knee arthroplasty is effective: ten year results [J]. Int Orthop, 2015, 39(12):2341-2346.
- [6] Pandit H, Hamilton TW, Jenkins C, et al. The clinical outcome of minimally invasive Phase 3 Oxford unicompartmental knee arthroplasty: a 15-year follow-up of 1000 UKAs [J]. Bone Joint J, 2015, 97(11):1493-1500.
- [7] 杨希,范萌,杨娉婷,等.高龄单髁关节置换术围术期快速康复的护理体会 [J]. 中日友好医院学报, 2018, 32(1):62.
- [8] 董玉静,尚少梅,么莉,等.国外延续性护理模式研究进展 [J]. 中国护理管理, 2012, 12(9):20-23.
- [9] 赵媛,彭贵凌.优化术前禁食禁饮流程对创伤骨科择期手术患者的影响 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(4):523-526.
- [10] Laura C, Ellen R, Daleen P, et al. Impact of bundled care on outcomes following elective primary total hip or total knee arthroplasty [J]. Orthop Nurs, 2019, 38(4):262-269.
- [11] 张生海,付立明,马兆吉,等.全膝关节置换前后老年骨关节炎患者关节功能评估及影响因素 [J]. 中国组织工程研究, 2015, 19(4):499-503.
- [12] 裴福兴,陈安民.骨科学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:101-102.
- [13] 于兑生,辉晓平.动疗法与作业疗法 [M]. 北京:华夏出版社, 2002:432.
- [14] 张晨,李永宁,宋国瑞,等.快速康复外科理念中不放置引流管对人工全膝关节置换术后康复的影响 [J]. 中国临床研究, 2020, 33(5):619-622.
- [15] 屈树娟.标准化流程在护理质量管理中的应用 [J]. 中国护理管理, 2016, 16(z1):24-25.

- [16] 陈畅,陈歌,刘俊才,等.膝关节单髁置换术后快速康复的临床疗效分析[J].实用骨科杂志,2019,25(11):969-973;990.
- [17] 朱丹瑜,尤春芳,朱伟平.加速康复外科理念在髋关节置换手术患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(5):665-668.
- [18] Christelis N,Wallace S,Sage CE,et al.An enhanced recovery after surgery program for hip and knee arthroplasty[J].Med J Aust,2015,202(7):363-368.
- [19] Kaye AD,Urman RD,Cornett EM,et al.Enhanced recovery pathways in orthopedic surgery[J].J Anesthesiol Clin Pharmacol,2019,35(Suppl 1):S35-S39.
- [20] 国家卫生计生委.全国护理事业发展规划(2016-2020年)(国卫医发[2016]64号)[EB/OL].(2016-11-24)[2020-04-29].<http://www.nhfpc.gov.cn/yzygi/s3593/201611/92b2e8f8cc644a899e9d0fd572aefef3.shtml>.
- [21] 任春霞,李伦兰,丁萍,等.肝癌快速康复护理路径对患者满意度和护士工作满意度的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(21):1625-1630.

收稿日期:2020-05-12

作者简介:穆红(1969—),女,主任护师,首都医科大学宣武医院骨科,100053。

(上接第1138页)

- [9] Zhao H,Liu H,Liang X,et al.Hylan G-F 20 versus low molecular weight hyaluronic acids for knee osteoarthritis: A Meta-analysis[J].Bio Drugs,2016,30(5):387-396.
- [10] Chou C,Lue K,Lee H,et al.Hylan G-F 20 has better pain relief and cost-effectiveness than sodium hyaluronate in treating early osteoarthritic knees in Taiwan[J].J Formos Med Assoc,2009,108(8):663-672.
- [11] Fotouhi A, Maleki A, Dolati S, et al. Platelet rich plasma, stromal vascular fraction and autologous conditioned serum in treatment of knee osteoarthritis[J].Biomedicine & Pharmacotherapy,2018(104):652-660.
- [12] Southworth TM,Naveen NB,Tauro TM,et al.The use of platelet-rich plasma in symptomatic knee osteoarthritis[J].J Knee Surg,2019,32(1):37-45.
- [13] 杨渊,富血小板血浆治疗膝骨性关节炎[J].中国组织工程研究,2015,19(48):7841.
- [14] Khatab S,van Buul G M,Kops N,et al.Intra-articular injections of platelet-rich plasma releasate reduce pain and synovial inflammation in a mouse model of osteoarthritis[J].Am J Sports Med,2018,46(4):977-986.
- [15] Grambart ST.Sports medicine and platelet-rich plasma[J].Clin Podiatr Med Surg,2015,32(1):99-107.
- [16] Chen SH,Kuan TS,Kao MJ,et al.Clinical effectiveness in severe knee osteoarthritis after intra-articular platelet-rich plasma therapy in association with hyaluronic acid injection; three case reports[J].Clin Interv Aging,2016(11):1213-1219.

收稿日期:2020-07-03

作者简介:刘文渤(1995—),男,研究生在读,广州中医药大学第二临床医学院,510006。