

烧伤患儿创面换药时中深度镇静的研究进展

冯华丽¹ 王莎¹ 项芹¹ 徐彩娟² 仲宇¹ 郑欣欣¹ 尤敏¹ 兰岚¹

¹湖州师范学院护理学院,湖州 313000;²浙江大学医学院附属第二医院护理部,杭州 310009

通信作者:徐彩娟,Email:xucaijuan@zju.edu.cn

【摘要】 中深度镇静能有效减轻或消除烧伤患儿创面换药时的疼痛及躯体不适感,改善患儿焦虑、躁动甚至谵妄,降低患儿的代谢速率,使其处于安静、舒适、配合的状态,有助于换药操作的顺利完成。该文从烧伤患儿中深度镇静的概述、实施要点及作用三大方面进行综述,详细介绍了不同给药途径的中深度镇静用药方案及评估与监测内容,并对相关并发症的预防及管理、中深度镇静实施流程管理提出建议,以期为我国开展烧伤患儿创面换药的中深度镇静提供借鉴。

【关键词】 烧伤; 儿童; 中深度镇静; 创面换药

Research progress on moderate and deep sedation during wound dressing change in pediatric burn patients

Feng Huali¹, Wang Sha¹, Xiang Qin¹, Xu Caijuan², Zhong Yu¹, Zheng Xinxin¹, You Min¹, Lan Lan¹

¹School of Nursing, Huzhou University, Huzhou 313000, China; ²Department of Nursing, the Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310009, China

Corresponding author: Xu Caijuan, Email: xucaijuan@zju.edu.cn

【Abstract】 Moderate and deep sedation can effectively relieve or eliminate the pain and body discomfort during wound dressing change in pediatric burn patients, relieve anxiety, agitation, and even delirium of the children, reduce the metabolic rate of the children, make them in a quiet, comfortable, and cooperative state, which is conducive to the smooth completion of dressing change. This paper summarized the three aspects of moderate and deep sedation in pediatric burn patients, including the overview, main points of implementation, and effects, and further introduced the moderate and deep sedation medication regimens for different routes of

administration, as well as the content of evaluation and monitoring. Suggestions on the prevention and management of related complications and the management of moderate and deep sedation implementation procedures were put forward, in order to provide references for the development of moderate and deep sedation for wound dressing change in pediatric burn patients in China.

【Key words】 Burns; Child; Moderate and deep sedation; Wound dressing change

烧伤操作性疼痛是指各种诊疗操作如清创换药、功能锻炼等引起的患者不愉快的主观感受,其中最多见的是换药痛,即医护人员在进行创面换药时引起的患者疼痛^[1]。儿童是发生烧伤的高危人群,由于对疼痛的认知不足,且敏感度远高于成人^[2],其在接受换药时往往配合度较低,进而延长了换药时间,承受更多痛苦,同时增加了其家属及医护人员心理压力。如何有效管理烧伤患儿的换药痛是医护人员长期面临的难题之一。目前临床中常通过给予强效、短效镇痛药辅以非药物干预来减轻烧伤患儿的换药痛^[3];然而,对于烧伤面积较大、疼痛敏感性高或极难配合换药的患儿而言,单一镇痛药物或非药物治疗手段效果并不显著。随着多模式镇痛方案的广泛应用,国外部分烧伤中心对烧伤患儿开展了中深度镇静下“无痛换药”的相关研究,结果显示患儿换药痛及相关焦虑显著减轻,且并发症发生率较低^[4]。国内多在门诊检查与急诊治疗相关操作中进行中深度镇静,鲜见在烧伤患儿常规创面换药中开展中深度镇静。有鉴于此,本文旨在对中深度镇静及其在烧伤患儿创面换药中的应用进行阐述,为我国开展相关临床实践提供参考。

1 烧伤患儿中深度镇静的概述

美国麻醉医师协会(ASA)将镇静深度分为最小镇静、

DOI:10.3760/cma.j.cn501225-20220421-00153

本文引用格式:冯华丽,王莎,项芹,等.烧伤患儿创面换药时中深度镇静的研究进展[J].中华烧伤与创面修复杂志,2023,39(1):96-100.DOI:10.3760/cma.j.cn501225-20220421-00153.

Feng HL, Wang S, Xiang Q, et al. Research progress on moderate and deep sedation during wound dressing change in pediatric burn patients[J]. Chin J Burns Wounds, 2023, 39(1): 96-100. DOI: 10.3760/cma.j.cn501225-20220421-00153.



中度镇静、深度镇静和全身麻醉 4 个水平^[5]。其中,中度镇静是指患儿在触觉刺激下能对言语刺激做出反应,该状态下患儿可维持自然通气,无须辅助通气,心血管功能通常不受影响;深度镇静是指患儿不易被唤醒,对反复或疼痛刺激能有目的地做出反应,此时患儿通气功能受损,自主通气可能不充分,需要辅助维持气道通畅,心血管功能通常不受影响。然而,由于镇静状态的连续性,中度镇静极易过渡到深度镇静,实际工作中通常不做严格区分,故将中度镇静与深度镇静统称为中深度镇静。

不同发育程度或行为状态的患儿对镇静的需求存在较大差异,中深度镇静通常适用于换药面积较大、预计耗时较长、感到过度疼痛或焦虑,以及身体活动严重干扰换药安全进行的烧伤患儿^[5-6]。然而,依据 ASA 身体状态分级,Ⅰ级患儿体格健康、无急慢性疾病,Ⅱ级患儿有轻度全身性疾病、功能代偿仍健全,这 2 类患儿镇静风险较小,可进行任何程度的镇静;Ⅲ级及以上患儿通常患有严重全身性疾病,日常活动受限,此时镇静具有较大风险,应充分评估气道、心脏功能,做好充足准备,对镇静期间可能发生的并发症采取有效措施,积极进行预防^[7]。

传统烧伤患者的清创换药通常在手术室进行,近年来,由 ASA、美国急诊医师学会等发布的程序镇静相关指南均指出,在遵循程序镇静操作标准条件下,于手术室外(如 ICU 床旁、门急诊室等)实施中深度镇静下换药操作也是安全的^[5,8]。对于烧伤患儿,可于烧伤 ICU 行床旁中深度镇静下换药,若患儿疼痛剧烈或躁动明显,中深度镇静仍无法满足镇静需求时,应进入手术室在全身麻醉下完成换药^[6,9]。此外,中深度镇静下换药方案由麻醉科和烧伤科医师针对患者情况共同制订,由麻醉科医师主导镇静,烧伤科医师进行换药,烧伤科护士则负责持续监测患儿病情及反馈方案的实施效能^[5],且该项操作需要在患儿家长的配合与支持下进行。

2 中深度镇静在烧伤患儿创面换药中的实施要点

2.1 不同给药途径的中深度镇静用药方案

在烧伤患儿换药期间,对镇静镇痛药物及其给药途径进行选择时,不仅要考虑年龄、烧伤部位、烧伤深度、烧伤面积、创面愈合阶段和预计换药时间,还应考虑到烧伤使机体对镇静镇痛药物的代谢能力下降而导致患者对药物的耐受性降低等因素^[10]。由于镇静类新药物应用于患儿时存在一定的局限性,了解常用镇静镇痛药物的药代动力学、药效学和药物不良反应,以及如何选择合适的给药途径至关重要。

2.1.1 静脉给药途径的用药方案 通过静脉途径单独或联合使用氯胺酮、丙泊酚、芬太尼、右美托咪定等药物,可达到良好的镇静镇痛效果。Seol 等^[11]在 2 组烧伤患儿的创面换药中,分别采用静脉输注丙泊酚-氯胺酮和丙泊酚-瑞芬太尼行深度镇静,结果显示 2 组患儿呼吸抑制、缺氧、自主活动、恶心呕吐等发生率均较低,且丙泊酚-瑞芬太尼组患儿意识恢复时间更短。Canpolat 等^[12]比较了静脉输注氯

胺酮-丙泊酚和氯胺酮-右美托咪定深度镇静方案在烧伤患儿创面换药期间的应用效果,结果表明,静脉输注镇静药物可为烧伤患儿创面换药提供较好的镇静镇痛效果,且氯胺酮-右美托咪定组患儿呼吸抑制等不良事件的发生率更低。

2.1.2 非静脉给药途径的用药方案 通过口、鼻、直肠途径单独或联合使用咪达唑仑、氯胺酮、芬太尼、右美托咪定等药物,也具有较好的镇静镇痛效果,且给药方式更易于被患儿接受。(1)口服给药。一项研究对比了 1~5 岁烧伤患儿在接受坏死组织清创及敷料更换时口服咪达唑仑-氯胺酮与咪达唑仑-对乙酰氨基酚-可待因的镇静镇痛效果,结果显示咪达唑仑-氯胺酮效果更好^[13]。此外, Yang 等^[14]研究表明,在小儿烧伤创面换药时,口服柠檬酸芬太尼可起到与口服吗啡相当甚至更强的镇静和镇痛作用。(2)经鼻给药。一项研究表明,与口服水合氯醛相比,经鼻给予右美托咪定可提高眼科检查、磁共振检查等诊断检查操作中不合作患儿的镇静成功率,并缩短镇静起效时间,明显降低恶心、呕吐发生率,且不延长意识恢复时间^[15]。此外, Guthrie 等^[16]的研究显示,鼻内给予氯胺酮在撕裂伤、骨折、烧伤等急诊小儿创面修复与换药中的应用是安全的,且有良好的镇静、镇痛和抗焦虑作用,与前一年同一时期采用静脉途径给予氯胺酮相比,该方案还提高了医护人员使用氯胺酮的满意度及患儿在操作中的舒适度。(3)经直肠给药。一项对 90 例 6 个月~4 岁烧伤患儿创面换药时使用氯胺酮的剂量效应的研究表明,通过直肠持续 30 min 给予外消旋氯胺酮(6 mg/kg)和咪达唑仑(0.5 mg/kg)可达到最佳镇静效果,患儿意识恢复时间最短,且无须给予额外的镇静镇痛药物^[17]。(4)鼻内联合直肠途径给药。Frestadius 等^[18]回顾了鼻内滴注右美托咪定联合直肠给予氯胺酮方案用于 58 例 5 岁以下烧伤患儿创面换药时镇静镇痛的安全性及有效性,结果显示所有患儿均顺利完成镇静,没有发生任何并发症或不良事件。

综上所述,在烧伤患儿换药时,氯胺酮、丙泊酚、芬太尼、右美托咪定和咪达唑仑等药物单用或联合使用均可产生较好的镇静镇痛效果,但由于研究有限,尚不能确定最佳药物配伍,对于镇静镇痛药物的最佳用药时间及合理的用药剂量也有待于进一步探讨。此外,由于多数门诊患儿没有建立静脉通道,此时非静脉给药可以作为首选方式。

2.2 镇静的评估与监测

正确、及时、全面地对患者进行镇静深度评估及监测是保证中深度镇静安全、有效实施的前提。烧伤患儿在中深度镇静下接受换药,具有发生低血压、呼吸抑制等相关并发症的风险,因此,从镇静开始前至换药结束后均需采用合适的评估工具对患儿的镇静深度进行动态评估和监测。

2.2.1 评估工具 目前国内外常用的儿童镇静深度评估工具分为程序性镇静评估工具和危重症患儿镇静评估工具。前者包括儿童镇静状态量表(PSSS)、密歇根大学镇静量表(UMSS),主要被用于儿童进行诊疗检查或有创操作时的镇静深度评估;后者包括 Richmond 躁动镇静量表

(RASS)、Ramsay 镇静量表(RSS)、行为状态量表(SBS)、Pasero 阿片类药物镇静量表(POSS)、舒适行为量表(CBS)等,其中 SBS 为行机械通气的患儿专用,POSS 为使用阿片类药物镇静的患儿专用,而 RASS、RSS 和 CBS 则为危重症患儿普适性评估工具^[19]。

一项调查研究显示,烧伤患儿镇静时常用的量表是改良 RASS^[20]。该量表最初被用于成年重症监护患者,Tapia 等^[21]将其与 CBS 进行比较,验证了其在儿科重症监护患儿镇静评估中的有效性和可靠性,该量表现已在儿科重症患儿中广泛应用。另一项研究在比较 2 种不同中深度镇静方案用于 1~5 岁烧伤患儿创面换药的效果时,采用了 UMSS 评估镇静程度^[13]。此外,Frestadius 等^[18]在烧伤患儿创面换药进行中深度镇静时,使用了 RSS 评估镇静程度,结果显示患儿最高镇静得分为 3 分,即处于嗜睡状态。部分研究在烧伤患儿创面换药镇静期间未使用专门用于评估镇静的工具,而是将疼痛和焦虑水平作为评价指标,以此来反映镇静效果^[22]。

由此可见,现有研究在烧伤患儿镇静时选用的评估量表不一致,且部分研究尚未使用镇静评估工具。不同年龄和疾病情况的烧伤患儿对于不同镇静药物和给药途径的行为反应存在差异,研究者对镇静评估工具的选择和使用认知不足,这可能导致了量表选择的差异。镇静时常规结合仪器监测生命体征、血氧饱和度等生理参数以观察镇静深度,这也可能导致部分医护人员对镇静量表的使用较少。此外,POSS、POSS 等工具目前尚无汉化版本,其作用未在烧伤患儿中得到大样本验证,导致其在我国的发展及使用受到限制。

2.2.2 监测内容 加拿大麻醉医师协会程序镇静指南建议,对于需要中深度镇静的患者,应监测和记录心率、血压、呼吸频率,连续监测血氧饱和度和镇静深度,并常规监测呼气末二氧化碳分压^[23]。中度镇静时,应每 10 分钟记录一次生命体征;深度镇静时,至少每 5 分钟记录一次生命体征^[7]。除此之外,用阿片类药物镇静时,应采用仪器设备监测通气结合医护人员直接观察患儿口鼻、胸腹运动情况并记录,对呼吸抑制高危人群应提高直接观察的频率^[24]。在对烧伤患儿进行生命体征监测时,为避免血压袖带充气对创面产生刺激,应尽量选择皮肤完整部位进行测量。若患儿烧伤面积较大,电极贴片无法附着于烧伤创面,可采用电极针或夹代替;当血氧饱和度监测部位有限时,可采用反射式血氧饱和度测定法,即将探针贴附于耳、鼻、舌头、阴茎表面、嘴唇或前额等部位进行血氧饱和度测量^[25]。对于镇静深度的监测,除采用 RASS 等量表进行主观评估外,脑电双频指数(BIS)监测作为一种客观监测方法,可准确监测患者的镇静深度,有助于减少镇静药物使用剂量,避免镇静过深^[26]。然而,由于 BIS 对镇静深度的预测价值因患者年龄和镇静剂种类不同而存在差异^[27],目前学术界对于其用于儿童镇静期间的监测价值尚存在争议。

3 中深度镇静在烧伤患儿创面换药中的作用

3.1 不增加不良事件的发生率

美国一项关于烧伤患儿手术室外换药时镇静镇痛的调查研究表明,使用阿片类、苯二氮䓬类和氯胺酮等常用镇静镇痛药物进行中深度镇静下换药时,非计划性拔管、低血压、缺氧等不良事件的发生率均<5%^[20]。加拿大一项研究回顾了 74 例小儿门诊烧伤患儿 304 次中深度镇静下换药时镇静相关不良事件的发生情况,结果显示,11 例(3.6%)患儿发生了因镇静药物残留导致意识恢复时间延长至超出预期 2 h、口服镇静剂不够而转静脉镇静等轻度不良事件^[4]。除此之外,多项研究均表明,烧伤患儿能在中深度镇静下顺利完成换药过程,且不良事件发生率较低^[11,15,18]。由此可见,在烧伤患儿创面换药时实施中深度镇静不增加不良事件的发生率,是相对安全的。

3.2 减轻疼痛及焦虑程度

Nemeth 等^[28]采用鼻内给予氯胺酮和/或咪达唑仑方案对烧伤、撕裂伤等急性创伤患儿实施镇静和镇痛,每 5 分钟进行 1 次疼痛和镇静深度评估,结果患儿创面换药中疼痛评分下降了 4 分,表明该方案可以有效减轻患儿疼痛。Canpolat 等^[12]研究也显示,氯胺酮-丙泊酚与氯胺酮-右美托咪定静脉用药均可改善烧伤患儿创面换药时的疼痛和焦虑,有助于换药操作的顺利进行。

3.3 缩短换药操作时间

国内研究表明,与单用氯胺酮相比,右美托咪定复合氯胺酮中深度镇静方案可减轻烧伤患儿换药过程中的躁动,提高患儿的配合度,缩短换药时间,减少患儿痛苦^[29]。此外,Griggs 等^[30]认为,在烧伤患儿尤其是大面积烧伤患儿换药中应用中深度镇静不仅能减轻患儿躯体疼痛,缓解患儿的紧张、焦虑及躁动,提高舒适度,还有助于减轻应激反应,提高机体对换药操作的耐受能力,进而缩短换药时间,提高工作效率。

3.4 提高医师及患儿家属满意度

有研究者在 1~3 岁烧伤患儿深度镇静下换药结束后记录外科医师的满意度(评分 1~4 分,分值越高代表满意度越高),结果显示,丙泊酚-瑞芬太尼组医师满意度 3 分以上的有 24 人(96%),丙泊酚-氯胺酮组医师满意度 3 分以上的有 21 人(84%),满意度均较高^[11]。另有研究者采用直肠给予氯胺酮和咪达唑仑方案对门诊烧伤换药患儿进行中度镇静,出院之前用满意度评分量表(评分 1~10 分,分值越高代表满意度越高)评估患儿家属对患儿疼痛治疗的满意度,结果表明,患儿家属的满意度平均分为 9.1 分,总体较满意^[31]。

4 中深度镇静管理的相关建议

4.1 并发症的预防及管理

研究显示,小儿镇静时呼吸抑制、误吸、呼吸暂停、气道阻塞、喉痉挛等相关并发症的发生率较低但持续存在^[10]。在对有吸入性损伤的患儿行中深度镇静时,应尤其注意观察其呼吸情况,必要时行气管切开。呼吸抑制的高发时机

是静脉给药后 5~10 min 内及吸痰、穿刺等相关刺激去除时,此时应对患儿进行严密监测,及时识别和处理通气不足和呼吸功能障碍^[32]。误吸的发生往往是由操作前不严格禁食所致。为提高患儿的舒适度同时避免禁食时间过短可能导致的误吸发生,2020 年促进程序性镇静国际委员会建议镇静前应根据患儿特征、合并症、操作类型和预期镇静程度等因素进行误吸危险分级,不同风险级别患儿的禁食时间与 1985 年颁布的《儿童中深度镇静和全身麻醉指南》推荐相比均有缩短,在对低风险患儿进行中深度镇静时应灵活调整禁食时间,高危患儿应严格遵循禁食原则^[33]。为做好呼吸暂停、喉痉挛和气道阻塞等并发症的管理,ASA 于 2018 年更新的《中度程序性镇静和镇痛的实践指南》建议,在实施镇静时,现场应至少有 1 名医护人员具备气管切开/插管、吸痰、维持气道通畅的技能,并应熟练掌握儿科高级生命支持技术^[5]。此外,镇静场所应配备适用于不同年龄患儿气道管理和复苏的必要设备和药物,针对心血管疾病患儿还应配备除颤仪。

4.2 实施流程的管理

尽管中深度镇静在儿科领域应用的安全性及有效性已经得到认可,但其实际实施情况并不理想。有研究者对上海市 3 家三级甲等医院的儿童 ICU(PICU)护士的镇静护理行为进行调查,结果显示,超过一半的护士未使用镇静评估工具,且年龄、职称、实施镇静的态度等是影响护士镇静护理行为的重要因素^[34]。另一项在山东省 6 家三级甲等医院 PICU 中开展的回顾性研究显示,在接受镇静治疗的患儿中仅 57.3% 的患儿接受了镇静评估^[35]。由此可见,我国部分医护人员对镇静评估的重视程度及镇静相关知识水平有待进一步提高。

建议各烧伤中心成立烧伤患儿中深度镇静管理小组,对医护人员开展系统培训,普及包括中深度镇静适应证及禁忌证、镇静镇痛药物及给药途径选择、镇静评估工具的使用、病情监测与突发事件应急处理等在内的相关知识,并进行实时考核。另外,建议在中深度镇静方案实施前进行小范围预试验,以便查找问题,及时调整方案。除此之外,烧伤患儿中深度镇静方案的制订与实施需要麻醉师、烧伤科医护人员、药师等多学科医护人员的协作,同时需要相关人员对整个流程进行监控,因此,医疗组织及管理者应完善镇静镇痛相关管理制度,明确镇静实施时各类人员职责,按需进行人员调配,积极协调沟通。

5 小结

控制烧伤患儿创面换药时的疼痛与相关焦虑对提高患儿舒适度、医护人员及家属的满意度、医疗及护理质量而言至关重要。本文介绍了中深度镇静的相关内容,分析并探讨了中深度镇静在烧伤患儿创面换药时的作用,并提出了相关建议。目前,国内烧伤患儿创面换药的中深度镇静相关文献数量尚少,未来还需进一步开展高质量的随机对照研究,以深入验证其安全性及有效性。而 PSSS、POSS 等镇

静评估工具目前尚无汉化版本,我国学者临床应用这些量表前需将其汉化并在相应人群中进行信效度检验以证明其适用性。除此之外,相关部门可根据医院条件制订烧伤患儿中深度镇静流程标准,以规范医护人员镇静过程中的操作,降低不良事件的发生率,保证镇静流程安全、有序进行。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 《中华烧伤杂志》编辑委员会. 成人烧伤疼痛管理指南(2013 版)[J]. 中华烧伤杂志, 2013, 29(3): 225-231. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2013.03.002.
- [2] 吴巍巍,路英慧,程丹,等. 烧伤患儿的疼痛评估及非药物干预研究进展[J]. 中华烧伤杂志, 2020, 36(1): 76-80. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2020.01.015.
- [3] ISBI Practice Guidelines Committee, Advisory Subcommittee, Steering Subcommittee. ISBI practice guidelines for burn care, part 2[J]. Burns, 2018, 44(7): 1617-1706. DOI: 10.1016/j.burns.2018.09.012.
- [4] Chan R, Van Slyke AC, Bucevska M, et al. A 3-year review of an outpatient burn sedation program in a tertiary burn care centre: is it safe and does it work?[J]. Plast Surg (Oakv), 2019, 27(4): 305-310. DOI: 10.1177/2292550319876663.
- [5] Practice guidelines for moderate procedural sedation and analgesia 2018: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology [J]. Anesthesiology, 2018, 128(3): 437-479. DOI: 10.1097/ALN.0000000000002043.
- [6] Shiferaw A, Mola S, Gashaw A, et al. Evidence-based practical guideline for procedural pain management and sedation for burn pediatrics patients undergoing wound care procedures[J]. Ann Med Surg (Lond), 2022, 83: 104756. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.104756.
- [7] Coté CJ, Wilson S, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, et al. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients before, during, and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures[J]. Pediatrics, 2019, 143(6): e20191000. DOI: 10.1542/peds.2019-1000.
- [8] Green SM, Roback MG, Krauss BS, et al. Unscheduled procedural sedation: a multidisciplinary consensus practice guideline[J]. Ann Emerg Med, 2019, 73(5): e51-e65. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.02.022.
- [9] Gregoretti C, Decaroli D, Piacevoli Q, et al. Analgo-sedation of patients with burns outside the operating room[J]. Drugs, 2008, 68(17): 2427-2443. DOI: 10.2165/0003495-200868170-00003.
- [10] Fagin A, Palmieri TL. Considerations for pediatric burn sedation and analgesia[J/OL]. Burns Trauma, 2017, 5: 28[2022-04-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29051890/>. DOI: 10.1186/s41038-017-0094-8.
- [11] Seol TK, Lim JK, Yoo EK, et al. Propofol-ketamine or propofol-remifentanyl for deep sedation and analgesia in pediatric patients undergoing burn dressing changes: a randomized clinical trial[J]. Paediatr Anaesth, 2015, 25(6): 560-566. DOI: 10.1111/pan.12592.
- [12] Canpolat DG, Esmoğlu A, Tosun Z, et al. Ketamine-propofol

vs ketamine-dexmedetomidine combinations in pediatric patients undergoing burn dressing changes[J]. J Burn Care Res, 2012, 33(6): 718-722. DOI: 10.1097/BCR. 0b013e3182504316.

[13] Norambuena C, Yañez J, Flores V, et al. Oral ketamine and midazolam for pediatric burn patients: a prospective, randomized, double-blind study[J]. J Pediatr Surg, 2013, 48(3):629-634.DOI:10.1016/j.jpedsurg.2012.08.018.

[14] Yang C, Xu XM, He GZ. Efficacy and feasibility of opioids for burn analgesia: an evidence-based qualitative review of randomized controlled trials[J]. Burns, 2018, 44(2): 241-248. DOI:10.1016/j.burns.2017.10.012.

[15] Li L, Zhou J, Yu D, et al. Intranasal dexmedetomidine versus oral chloral hydrate for diagnostic procedures sedation in infants and toddlers: a systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(9): e19001. DOI:10.1097/MD.00000000000019001.

[16] Guthrie AM, Baum RA, Carter C, et al. Use of intranasal ketamine in pediatric patients in the emergency department[J]. Pediatr Emerg Care, 2021, 37(12): e1001-e1007.DOI:10.1097/PEC.0000000000001863.

[17] Grossmann B, Nilsson A, Sjöberg F, et al. Rectal ketamine during paediatric burn wound dressing procedures: a randomised dose-finding study[J]. Burns, 2019, 45(5): 1081-1088.DOI:10.1016/j.burns.2018.12.012.

[18] Frestadius A, Grehn F, Kildal M, et al. Intranasal dexmedetomidine and rectal ketamine for young children undergoing burn wound procedures[J]. Burns, 2022, 48(6): 1445-1451.DOI:10.1016/j.burns.2021.08.005.

[19] 张婉莹,戴燕红,金花,等. 儿童镇静程度评估工具的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(11): 1644-1648. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2021.11.007.

[20] Hansen JK, Voss J, Ganatra H, et al. Sedation and analgesia during pediatric burn dressing change: a survey of American Burn Association centers[J]. J Burn Care Res, 2019, 40(3): 287-293. DOI: 10.1093/jbcr/irz023.

[21] Tapia R, López-Herce J, Arias Á, et al. Validity and reliability of the richmond agitation-sedation scale in pediatric intensive care patients: a multicenter study[J]. Front Pediatr, 2021, 9: 795487. DOI: 10.3389/fped.2021.795487.

[22] Yang JO, Kim SJ, Cho H, et al. Effects of a conscious sedation dressing on pain and anxiety in pediatric burn patients[J]. Jpn J Nurs Sci, 2020, 17(1): e12273. DOI: 10.1111/jjns.12273.

[23] Dobson G, Chong MA, Chow L, et al. Procedural sedation: a position paper of the Canadian Anesthesiologists' Society [J]. Can J Anaesth, 2018, 65(12): 1372-1384. DOI: 10.1007/s12630-018-1230-z.

[24] Cravero JP, Agarwal R, Berde C, et al. The Society for Pediatric Anesthesia recommendations for the use of opioids in children during the perioperative period[J]. Paediatr Anaesth, 2019, 29(6): 547-571. DOI: 10.1111/pan.13639.

[25] 贾梦倩,袁心刚. 烧伤儿童药物镇静镇痛的现状及研究进展[J]. 中华烧伤与创面修复杂志, 2022, 38(2): 190-195. DOI: 10.3760/cma.j.cn501120-20200908-00404.

[26] Park SW, Lee H, Ahn H. Bispectral index versus standard monitoring in sedation for endoscopic procedures: a systematic review and meta-analysis[J]. Dig Dis Sci, 2016, 61(3): 814-824. DOI: 10.1007/s10620-015-3945-9.

[27] Malviya S, Voepel-Lewis T, Tait AR, et al. Effect of age and sedative agent on the accuracy of bispectral index in detecting depth of sedation in children[J]. Pediatrics, 2007, 120(3): e461-470. DOI: 10.1542/peds.2006-2577.

[28] Nemeth M, Jacobsen N, Bantel C, et al. Intranasal analgesia and sedation in pediatric emergency care—a prospective observational study on the implementation of an institutional protocol in a tertiary children's hospital[J]. Pediatr Emerg Care, 2019, 35(2): 89-95. DOI: 10.1097/PEC.0000000000001017.

[29] 胡再昌,徐刚,张筱薇,等. 右美托咪定复合氯胺酮在烧伤患者换药过程中应用的效果荟萃分析[J]. 中华烧伤杂志, 2020, 36(6): 458-464. DOI: 10.3760/cma.j.cn501120-20190327-00145.

[30] Griggs C, Goverman J, Bittner EA, et al. Sedation and pain management in burn patients[J]. Clin Plast Surg, 2017, 44(3): 535-540. DOI: 10.1016/j.cps.2017.02.026.

[31] Heinrich M, Wetzstein V, Muensterer OJ, et al. Conscious sedation: off-label use of rectal S(+)-ketamine and midazolam for wound dressing changes in paediatric heat injuries[J]. Eur J Pediatr Surg, 2004, 14(4): 235-239. DOI: 10.1055/s-2004-817960.

[32] Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children[J]. Lancet, 2006, 367(9512): 766-780. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68230-5.

[33] Green SM, Leroy PL, Roback MG, et al. An international multidisciplinary consensus statement on fasting before procedural sedation in adults and children[J]. Anaesthesia, 2020, 75(3): 374-385. DOI: 10.1111/anae.14892.

[34] 刘佐嘉,戈晓华. 重症监护室机械通气患儿镇静护理现状及影响因素调查[J]. 上海护理, 2018, 18(8): 14-18. DOI: 10.3969/j.issn.1009-8399.2018.08.003.

[35] 王海青,辛美云,朱洪峰,等. 山东省多中心儿童重症监护室镇静镇痛治疗及管理状况调查[J]. 中国小儿急救医学, 2020, 27(4): 279-283. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4912.2020.4.009.

(收稿日期: 2022-04-21)

广告目次

南海朗肽制药有限公司	对中文目次 1
江西省科星生物工程有限公司	对中文目次 2
上海腾瑞制药股份有限公司	对英文目次 1
保赫曼(上海)贸易有限公司	对英文目次 2
浙江医学科技开发有限公司	插页 1
苏州汇涵医用科技发展有限公司	插页 2
苏州爱得科技发展股份有限公司	对正文
珠海亿胜生物制药有限公司	封三
武汉维斯第医用科技股份有限公司	封底

《中华烧伤与创面修复杂志》稿约

《中华烧伤与创面修复杂志》(原名《中华烧伤杂志》),于 2022 年 1 月正式出刊,是由中国科学技术协会主管、中华医学会主办的全国烧伤学术界权威刊物,在我国临床医学领域高质量科技期刊分级目录中位于整形外科学 T1 级及烧伤外科学 T2 级,是目前国内少有的同时被《PubMed》《Medline》《Scopus》及国内三大核心《中国科技论文统计源期刊》《中国科学引文数据库(CSCD)》《中文核心期刊要目总览》等国内外重要检索机构收录的期刊。本刊办刊宗旨:贯彻党和国家的卫生工作方针政策,贯彻理论与实践、普及与提高相结合的方针,反映我国烧伤救治与创面修复领域的科研和临床工作进展,促进国内外烧伤救治与创面修复领域的学术交流。

一、征稿范围

1. 重点报道内容:急慢性创面修复、休克与脏器损害、感染与免疫、组织工程、营养代谢、康复与瘢痕防治、材料科学等与烧创伤及创面修复领域相关的基础与临床研究。

2. 主要栏目:指南与共识、专家论坛、重点号专栏、创面修复专栏、新技术与新理念专栏、论著、综述等。

指南共识类文章:具有学术权威性的指导类文章。指南共识类文章须具备以下条件:(1)有明确的应用范围和目的。(2)制订方为该学科学术代表群体,权益相关各方均有合理参与。(3)有科学的前期研究铺垫,须有循证医学证据支持,制订过程严谨规范,文字表述明确,选题有代表性。(4)内容经过充分的专家论证与临床检验,应用性强。(5)制订者与出版者具有独立性,必要时明确告知读者利益冲突情况。(6)制订者提供内容和文字经过审核的终稿。指南共识制订前应进行前瞻性注册(国际实践指南注册平台 <http://www.guidelines-registry.org>),制订完成后按照规范化格式进行撰写和报告(RIGHT 清单)。文章发表前需要按中华医学会杂志社要求进行专家外审,并送杂志社总编室终审。

专家论坛:对某一领域的研究现状和未来发展进行归纳和评价,其观点应反映学术界主流趋势。撰写时可对某一领域内一个具体问题,结合已有的研究结果,介绍作者自己的经验,表明作者个人的观点,并有相应的证据支持。作者 1 名或 2 名,第一作者须为该领域造诣深厚的专家。

论著:可按前言、资料(对象)与方法、结果、讨论 4 部分的结构进行撰写,包括图、表、参考文献在内一般不超过 6 000 字。前言应简要阐明研究设计的背景、采用的研究方法及其拟达到的目的,可引用文献,不宜超过 500 字。研究方法中应明确提出研究类型,研究类型的关键信息也需在摘要和文题中体现。具体内容包括:临床研究或实验研究,前瞻性研究或回顾性研究,病例系列研究、病例对照研究、队列研究、非随机对照研究或随机对照研究等。结果需与方法一一对应,避免出现评论性语句。讨论中出现的结果必须在前文结果部分有所表述。Meta 分析需严格选择符合要求的文献(临床随机对照研究)进行分析,有严格的选择与剔除标准,主题选择得当,方法科学严谨;检索数据库遴选全面、具有代表性,文献来源期刊也应适当遴选。

综述:摘要为非结构式,综述是对某一领域内某一问题的新近研究现状的总结,可结合作者的研究结果和观点,进行客观归纳和陈述。应选择目前研究进展较快的主题,不宜选择发展平缓的主题。应尽量选择 5 年以内的文献进行综述。行文采用第三人称。

二、文稿要求

1. 文题:简明、突出,准确反映文章研究对象、主题,尽量避免缩写词。中文文题一般不超过 20 个汉字,英文文题一般不超过 10 个实词。

2. 作者:作者姓名在文题下按顺序排列,作者单位不同时,作者名及作者单位对应冠上编号,投稿后不应再作更改,且需将其中 1 名标为通信作者,并注明其 Email。仅有 1 位作者,不再标注“通信作者”字样,直接在作者单位下另起一行著录 Email 地址。作者应同时具备以下 4 项条件。(1)参与选题和设计,或参与资料的分析与解释者;(2)撰写论文或对其学术内容的重要方面进行关键修改者;(3)对最终要发表的论文版本进行全面的审阅和把关者;(4)同意对论文的所有方面负责,保证对涉及研究工作的任何部分的准确性和科研诚信的问题进行恰当的调查,并及时解决者。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。作者署名有争议或投稿后确实需要申请变更作者顺序时,需附单位证明

及全部作者签名的署名无异议的书面证明。

不建议著录同等贡献作者,需确定论文的主要责任者。同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明,期刊编辑委员会进行核查。

3. 医学伦理问题及知情同意:当报告以人为研究对象的临床研究时,作者应该说明其遵循的程序是否符合负责人体试验的委员会(单位性的、地区性的或国家性的)所制订的伦理学标准,提供该委员会的批准文件(批准文号著录于论文中)及受试对象或其亲属的知情同意书。如无批准文件,需说明是否符合 2013 年修订的《赫尔辛基宣言》的基本原则。研究涉及实验动物时,材料与方法中需注明动物许可证号及实验操作是否遵循国家或单位的动物伦理操作规范,如获得审查批准,应提交实验动物伦理审查委员会批文和批准文号。

4. 摘要:文章均须附中、英文摘要,摘要采用第三人称撰写,论著、短篇论著类为结构式摘要,包括目的、方法、结果(应给出主要数据)、结论 4 个部分,各部分冠以相应的标题,其他栏目如论坛、综述、病例报告、经验交流等为非结构式摘要,中英文内容须对应,切勿缺项。中英文摘要包括文题、所有作者姓名、所有作者单位名称、所在城市名及邮政编码,英文摘要作者名拼写形式(以汉族作者为例)请遵照如下原则。姓在前,复姓连写,仅首字母大写;名在后,首字母大写,名字间不加分隔符“-”;姓、名均不缩写,姓与名之间空 1 格。

5. 关键词:文章均需标引 3~8 个关键词。请尽量使用美国国立医学图书馆最新版《Index Medicus》中《医学主题词表(MeSH)》规范用词。中英文关键词须一一对应。

6. 基金项目:涉及课题基金项目需双语著录,中、英文分别置于中、英文关键词下。

7. 前瞻性临床试验研究:临床试验注册号应是从 WHO 认证的一级临床试验注册中心获得的全世界唯一的注册号。临床试验注册号写在基金项目下一行。以“临床试验注册”为标题,写出注册机构名称和注册号。前瞻性临床试验研究论著摘要应含有 CONSORT(Consolidated Standards of Reporting Trials)声明(<http://www.consort-statement.org/home>)列出的基本要素。

8. 医学名词:应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》《医学主题词注释字顺表》《中医药主题词表》中的主题词。对没有通用译名的名词术语于文内第 1 次出现时应注明原词。中文药物名称应使用最新版本的《中华人民共和国药典》或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》(非法定药物)中的名称,英文药物名称则采用国际非专利药名。

9. 图表:图表及题目紧随文后。说明性文字应置于图/表下方,并用中文注释图/表中的全部英文缩写。

线图与散点图及条图的制作要求:请在 Photoshop 软件中完成图片制作,图片不合层并储存为 TIFF 文件格式,分辨率设为 350 DPI,印刷模式彩图请选择 CMYK,黑白图请选择灰度图。原则上通栏图宽 16.5 cm,半栏灰度图、彩图宽 7.5 cm,半栏线条图宽 7.0 cm。图片上下左右不留空白。数据图主线(图中线)与辅助线(坐标轴线)粗细比约为 2:1(辅助线请选择 3 像素,主线请选择 5 像素);纵、横标目的量和单位符号应齐全,置于坐标轴的外侧居中排列;标值置于坐标线外侧,标值的截止应覆盖图中全部曲线;标值线朝内,长短粗细(请选择 3 像素)一致;坐标名称与标值数列的间距约 2 mm,坐标标值与坐标轴线的间距约 1 mm;图中文字、数字的字体字号为 Photoshop 软件中的宋体 7 点。线图和散点图纵横轴都必须标注原点值,从 0 或任意值开始,标值应符合数学原则、等距或有一定规律。线图的横轴表示某一连续自变量,如时间、年龄;纵轴表示因变量,例如某事物的率或频数。以 $\bar{x} \pm s$ 表示的数据图应有标准差线,图中注释用的角码符号一律采用单个右上角码的形式,按英文字母小写形式顺序选用 a、b、c……在图注中依照先纵后横的顺序依次标出。曲线超过 1 条需附图例。散点图内点数应与图题中总数一致。条图中表示数值的轴必须从 0 开始,等距标注不能折断;直条宽度应相等,间隙也应相等并与直条宽度相同;复式条图、分段条图需使用图例,同组直条间不留间隙。

其他图片的制作要求:用标尺表示缩放倍数的图片,标尺及其所代表长度应清晰可辨,标尺线为 3 像素、标尺下文字是宋体 5 点;染色图片请注明染色方法和放大倍数;请在图片上用箭头标注阳性部位。

表格的制作要求:本刊采用三线表(顶线、表头线、底线),要求表内数据同一指标有效位数一致,用 $\bar{x} \pm s$ 表示的数据,一般按标准差的 1/3 确定有效位数。表中应注明各组样本数。表格纵向标目应为各组组名、横向标目为检测指标。请在有统计学差异的数据右上角标注 a、b、c 等,不要用其他符号或图形,表注中说明相

关统计学比较情况。

10. 计量单位:执行 GB 3100/3101/3102-1993《国际单位制及其应用/有关量、单位和符号的一般原则/(所有部分)量和单位》的有关规定,具体可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》(北京:人民军医出版社,2001.)。单位名称与单位符号不可混合使用,组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂形式表示(如“ $\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ ”不能表示为“ $\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ ”或“ $\text{mg}/\text{kg}\cdot\text{d}^{-1}$ ”)。

11. 数字:执行 GB/T 15835-2011《出版物上数字用法》。公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。表示百分数的范围和偏差时,应写为 5%~10% 或 $(10.5\pm 0.6)\%$ 。附带尺寸单位的数值相乘时,按下列方式书写:4 cm×3 cm×5 cm,不应写成 $4\times 3\times 5\text{ cm}^3$ 。用相对数时,分母不宜小于 20,要注意区分百分率与百分比。

12. 统计学处理

研究设计:应说明研究设计的名称和主要做法。例如调查设计(分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究)、实验设计(应交代具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等)、临床试验设计(应交代属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等);主要做法应围绕 4 个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

统计学符号:按 GB 3358.1-2009《统计学词汇及符号》的有关规定书写,均用斜体,例如 \bar{x} 、 M 、 s 、 $s_{\bar{x}}$ 、 t 、 F 、 χ^2 、 r 、 v 、 P 、 P 值前应给出具体统计量值,如 t 值、 χ^2 值、 q 值等。

用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 $M(Q_1, Q_3)$ 表达呈偏态分布的定量资料。用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则。对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散布图,选用合适的回归类型,不应盲目套用直线回归分析;对具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计学分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。应请统计学专家把关。

涉及统计学分析时,应说明统计学检验方法。正文中统计量(如: $t=3.45$, $\chi^2=4.68$, $F=6.79$)和 P 值应给出具体值,统计量值精确到小数点后 2 位, P 值精确到小数点后 3 位; P 值为 0.000 时应写为 $P<0.001$ 而不写 $P=0.000$ 。当涉及总体参数估计[如总体均数、总体率、相对危险度(RR)值、比值比(OR)值、风险比(HR)值等]时,在给出显著性检验结果(统计量值、 P 值)的同时,给出 95% 置信区间。

13. 缩略语:4 个汉字(不含)以上的术语可使用缩略语。应于首次出现处先使用中文全称,然后用括号标注出缩略语。本刊可直接使用的缩略语刊登于每期杂志“读者·作者·编者”栏目及网站“作者中心”栏目中。

14. 参考文献:执行 GB/T 7714-2005《文后参考文献著录规则》。依照其在正文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号上标出。中英文参考文献均使用英文状态下的符号进行著录。参考文献中的作者为 1~3 名则全部列出,3 名以上者仅列出前 3 名,后加“等”或“et al”。题名后标注文献类型标志,标志代码参照 GB 3469-1983《文献类型与文献载体代码》。外文期刊名称用缩写,中文期刊名称用全名。对有 DOI 编码的文章必须著录 DOI,列于该条文献末尾。参考文献排列顺序应与正文序号一致,须注明起止页码;文献类型为期刊者,须注明年、卷、期号。参考文献数量:论著、综述≥35 条,除必须的经典文献外,建议用引用高影响力期刊近 5 年的文献。修稿过程中,提供文献查询截图或文献网页链接供编辑部复核。

15. 利益冲突声明:利益冲突信息应为稿件的一部分,有或无利益冲突均需在文章中报告。要求在文后、参考文献前注明利益冲突。如有志谢、作者贡献声明,应接排在利益冲突声明后面。

16. 志谢:在文后志谢是表示感谢并记录在案的意思。对给予实质性帮助而又不能列为作者的单位或个人应在文后给予志谢,但必须征得被志谢人的书面同意。被志谢者包括以下几类人群。(1)协助完成研究工作和提供便利条件的组织和个人。(2)协助诊断和提出重要建议的人。(3)给予转载和引用权的资料、图片、

文献、研究思想和设想的所有者。(4)做出贡献又不能成为作者的人,如提供技术帮助和给予财力、物力支持的人,需阐明其支援的性质。(5)其他需志谢者。

17. 作者贡献声明:原创性论著均须著录作者贡献声明。声明中写明每位作者对研究的计划、实施和报告做了哪些具体工作,写法可参考本刊2022年起已发表论著。

三、投稿

请进入《中华烧伤与创面修复杂志》官方网站(<http://www.zhsszz.org>)“在线投稿”,首次投稿应先注册,选择成为《中华烧伤与创面修复杂志》作者。投稿时请删去稿件中所有作者姓名和单位信息及基金项目号,包括中文摘要和英文摘要部分,以及正文中提及的作者单位,不要使用修订格式。同一篇论文若有修改请联系编辑部,请勿重复投稿。

文稿需附《中华医学系列杂志论文投稿介绍信》及《中华医学会系列杂志论文授权书》(投稿时请在“中华医学会杂志社远程稿件管理系统”中下载,2份文件均需作者按顺序签字、单位盖鲜章后寄到编辑部),对稿件的真实性及无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等事项负责。

四、审稿

实行以同行审稿为基础的三审制(编辑初审、专家外审、编委会终审)、双盲审稿制。

五、撤稿事项

论文发表后存在以下情况之一者,编辑部将联合作者及作者所在机构对论文进行撤稿处理。(1)已经证实论文存在较严重的不可信、学术不端(包括捏造数据和篡改数据)或者非主观的错误,以至于该论文所报道的发现和结果不可信。(2)论文存在剽窃问题。(3)论文所报道的研究违反医学伦理规范。(4)重复发表。(5)在稿件发表流程中存在严重缺陷。

在保证撤稿声明内容完整、清晰的基础上,编辑部将与所有作者就撤稿声明的内容达成一致,以保证各方的利益。但在无法就撤稿声明的内容与作者达成一致时,如已有充足证据表明必须撤稿,编辑部会尽快刊出撤稿声明。

六、“快速通道”发表

申请学术论文进入“快速通道”的要求:(1)凡内容涉及重大创新和国内首创的基础、临床方面的论文,均可申请进入“快速通道”。(2)作者本人提出进入“快速通道”的书面申请。(3)提供省级以上图书馆或数据库的查新报告。(4)提供2位同行知名专家(作者所在单位的专家和作者的导师应回避)的推荐信,推荐信内容应包括学术论文为“首创”及申请“快速通道”的理由。(5)提供申请快速发表论文的作者署名、发明权(即首创权)无争议的证明。(6)提供由作者单位科研部门开具的介绍信。凡符合上述规定和要求且获准进入“快速通道”的论文,将由本刊编委会专家审议。如审查后同意论文发表,本刊承诺在收到稿件后4个月内刊出。

七、注意事项

1. 根据《著作权法》并结合本刊具体情况,凡在接到本刊回执后3个月内未接到稿件处理意见者,请及时与本刊联系,切勿一稿两投。一旦发现一稿两投,本刊将立即退稿;一旦发现一稿两用,本刊将刊登该文系重复发表的声明,在中华医学会系列杂志上通报,并在2年内拒绝署有该文第1作者姓名的任何来稿。

2. 文稿一律文责自负。按照《著作权法》有关规定,本刊可对稿件做文字修改、删节,凡有涉及原意的修改,则提请作者考虑。文稿一经接受刊登,专有使用权即归中华医学会所有。接受刊登的论文,未经中华医学会同意,该论文的任何部分不得转载他处。

3. 本刊官方网站:<http://www.zhsszz.org/>,电子邮箱:shaoshangzazhi@163.com、shaoshangzazhi@vip.163.com。本稿约网站链接:<http://www.zhsszz.org/author/879513.htm>。