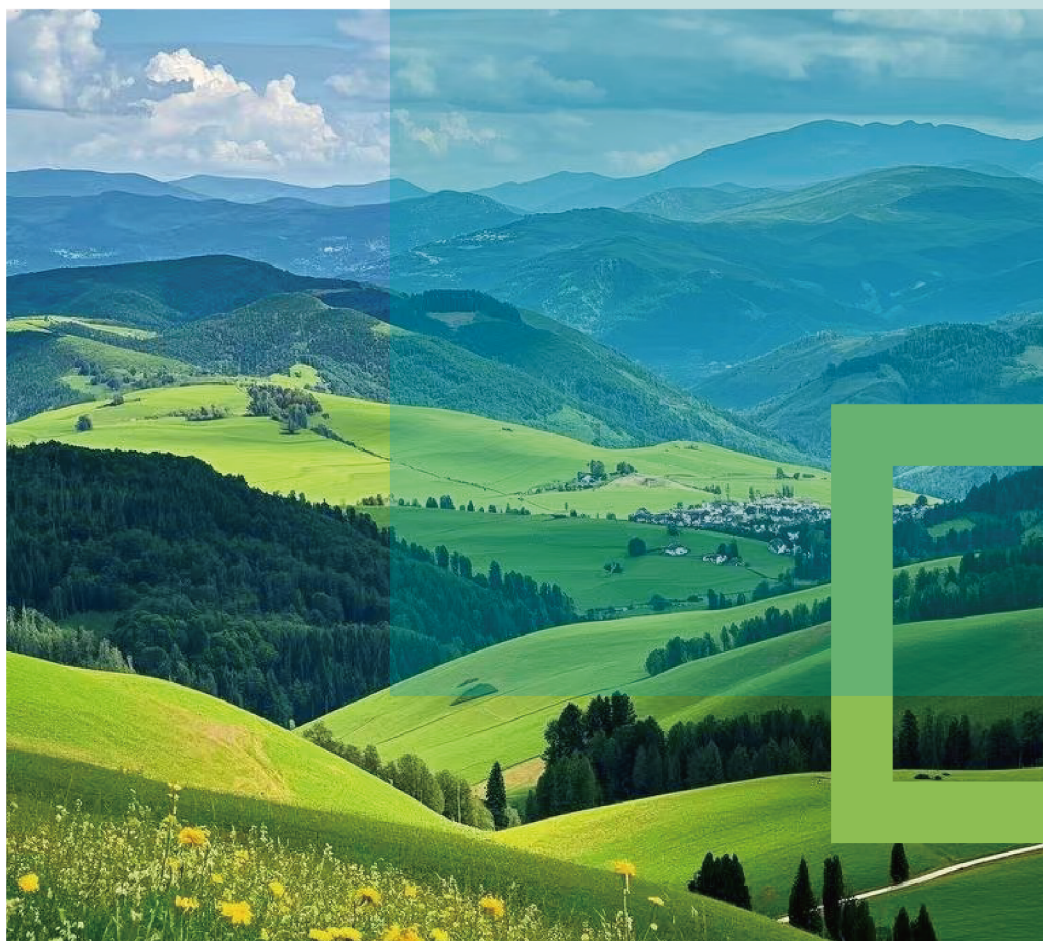


Journal of Rural Medicine

乡村医学

共享医学资源
赋能乡村医疗



2025年/第二期

ISSN 3060-947X

0 2



9 773060 947257



前沿科学出版社
FRONTIER SCIENTIFIC PUBLISHING



《乡村医学》是一本开放获取、同行评审，由前沿科学出版社主办、西安医学院协办的，专注于乡村医学领域的学术期刊，主要刊载该领域内的原创性研究论文、综述和评论等。

本刊的办刊宗旨是宣传国家卫生健康工作的方针政策，推广适宜于农村基层的医药卫生技术，传播与乡村密切相关的医药卫生科技信息，为中国各地农村医药卫生科技工作者提供发表论文、交流经验、讨论问题的园地，以提升乡村医生的学术水平和医疗服务质量，推动乡村医疗卫生事业的发展。

本刊面向乡村三级医疗预防保健机构，以乡村医药卫生工作者和乡村医生为主要读者对象，亦供城市社区医院、部队、厂矿企业、院校的基层医务人员阅读。

Journal of Rural Medicine is an open access, peer-reviewed academic journal dedicated to the field of rural medicine, sponsored by Xi'an Medical University and Frontier Scientific Publishing Pte. Ltd. It mainly publishes original research papers, reviews and commentaries in the field. The purpose of this journal is to publicize the policies of national health work, promote medical and health technologies suitable for the rural grassroots, disseminate medical and health technology information closely related to rural health, provide a platform for medical and health technology workers in rural areas across China to publish papers, exchange experiences, and discuss problems, in order to enhance the academic level and medical service quality of rural doctors and promote the development of rural medical and health undertakings. This journal is aimed at rural three-level medical and preventive healthcare institutions, with rural medical and health workers and rural doctors as the main target readers, and also available for grassroots medical personnel in urban hospitals, military units, factories and mines, and universities to read.

一名乡村医生的感言：守望乡土 医路同行

贺星龙

山西省临汾市大宁县徐家垛乡乐堂村卫生室医生



我是一名80后，来自乡村，学医毕业后又回到乡村，成为了一名乡村医生。

在我国广大乡村，像我这样坚守在基层医疗一线的乡村医生有千千万万，我们站在田野与生命的交汇处，用双脚踏遍乡间的沟沟壑壑，用双手守护着千家万户的健康。

曾经，我们的前辈被称作“赤脚医生”，那是一种很形象的称呼。一支体温计、一个听诊器、几片退烧药，就是最常用的家当。直到我初做乡村医生的时候，偏远贫瘠乡村的医疗条件依然没有得到太大的改善。但就是在这样艰苦的环境中和简陋的条件下，从赤脚医生到乡村医生，曾经撑起了那个时代守护乡村居民健康的半壁江山。

如今，随着国家对农村医疗卫生事业的重视与投入不断加大，标准化卫生室的建成、基础医疗设备的配备以及多样化的培训学习机会，为乡村医疗注入了新的活力，乡亲们在家门口就能享受到便捷的医疗服务。

然而，在新时代背景下，乡村医疗事业也面临着新的挑战。农村人口老龄化加剧，留守老人的慢性病需要长期管理，对我们的医疗服务提出了更高的要求；同时，农村急救资源的匮乏，成为应对突发医疗事件的瓶颈；另外，年轻的乡村医生相对较少，人才短缺问题依然存在。

在思索这些问题的过程中，《乡村医学》这本刊物为我打开了新的视野。其聚焦乡村医疗实践与健康管理，为基层医务工作者搭建了经验交流与知识共享的平台。本期，我写下了一篇《不忘从医初心 情系农村百姓》，既是对个人工作感悟的总结，也是对乡村医生群体工作状态的真实写照。

作为承上启下的一代乡村医生，我们既经历过乡村医疗的艰苦岁月，也迎来了新时代赋予的发展机遇。我们期盼5G医疗技术能够让三甲医院的专家“走进”村卫生室；期盼智能设备能够让高血压、糖尿病等慢性病管理更精准有效；期盼定向培养的医学生能够带着新技术与新理念返乡扎根；我们更期盼，乡村医生不再只是“苦守”的代名词，而成为受人尊敬、有职业尊严的群体。

随着乡村振兴战略的深入推进，农村医疗卫生事业迎来了前所未有的发展契机。我们将继续以守护村民健康为己任，致力于推动城乡医疗资源均衡发展，为乡村振兴筑牢健康基石。乡村医生的坚守与奉献，不仅承载着村民的健康期盼，更是乡村发展不可或缺的重要力量。我们愿做乡村振兴路上的健康守门人，让每个老人都能体面地老去，让每个孩子都能平安地长大，让外出打工的游子不再为父母的健康担心忧虑。我们相信，当更多年轻人愿意接过医药箱，当城乡医疗资源的沟壑逐渐被填平，当农民健康成为乡村振兴最温暖的底色，这片土地就会焕发出更蓬勃的生命力。

我们不是英雄，只是不愿辜负那一双双期盼的眼睛；我们不需要赞美，只希望当村民说起“我们村有医生在”时，眼里有光。愿我们的实践与探索，能为乡村医疗事业发展提供有益借鉴；愿更多人关注乡村医疗，助力乡村医生群体在守护健康的道路上不断前行。

愿乡村医生的故事，能够写在祖国广袤大地的褶皱里，写在亿万农民安心的笑容中，也记述在《乡村医学》的篇幅里。

谨以此文，致敬所有扎根乡土的医者。



乡村医学

Journal of Rural Medicine



名誉主编 Honorary Editor-in-Chief

赵以甦 美国梅奥医学中心及约翰霍普金斯大学, 西安红会医院 院士
Academician Edmund YS Chao Mayo Clinic/Johns Hopkins, Xi'an Honghui Hospital

主编 Editor-in-Chief

巩守平 西安医学院 教授
Professor Gong Shouping
Xi'an Medical University

副主编 Associate Editor

王胜昱 西安医学院 教授
Professor Wang Shengyu
Xi'an Medical University

编委 Editorial board members

安鹏 西安交通大学第二附属医院 副主任医师
Associate Chief Physician An Peng
The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

安玮娜 西安医学院 教授
Professor An Weina
Xi'an Medical University

陈姗姗 西安国际医学中心医院 副主任医师
Associate Chief Physician Chen Shanshan
Xi'an International Medical Center Hospital

程燕 西安市第一医院 主任医师
Chief Physician Cheng Yan
The First Hospital of Xi'an

樊星 空军军医大学第一附属医院 副主任医师
Associate Chief Physician Fan Xing
The First Affiliated Hospital of Air Force Military Medical University

苟兴春 西安医学院 教授
Professor Gou Xingchun
Xi'an Medical University

洪流 空军军医大学第一附属医院 教授
Professor Hong Liu
The First Affiliated Hospital of Air Force Military Medical University

黄磊 西安市第一医院 主任医师
Chief Physician Huang Lei
The First Hospital of Xi'an

李妮 西安医学院 教授
Professor Li Ni
Xi'an Medical University

李维新 西安交通大学第一附属医院 主任医师
Chief Physician Li Weixin
The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

刘建军 甘肃中医药大学附属医院 主任医师
Chief Physician Liu Jianjun
Affiliated Hospital of Gansu University of Chinese Medicine

刘涛 延安市黄龙县人民医院 副主任医师
Associate Chief Physician Liu Tao
Huanglong County People's Hospital of Yan'an City

卢博 西安医学院
Lubo
Xi'an Medical University

门可 西安医学院 教授
Professor Menke
Xi'an Medical University

屈勇 西电集团医院 副主任医师
Associate Chief Physician Qu Yong
XD Group Hospital

孙连庆 西安交通大学第一附属医院 主任医师
Chief Physician Sun Lianqing
The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

宋金鑫 西安市第一医院 主任医师
Chief Physician Song Jinxin
The First Hospital of Xi'an

王燕 西安医学院 副教授
Associate Professor Wang Yan
Xi'an Medical University

编委 Editorial board members (接上页)



王辉 西安市中医医院 主任医师
Chief Physician Wang Hui
Xi'an Traditional Chinese Medicine Hospital

张雨新 西安医学院 教授
Professor Zhang Yuxin
Xi'an Medical University

王凯 西安市红会医院 副主任医师
Associate Chief Physician Wang Kai
Xi'an Honghui Hospital

张红星 西安市红会医院 主任医师
Chief Physician Zhang Hongxing
Xi'an Red Cross Hospital

王莉 西安医学院第一附属医院 教授
Professor Wang Li
The First Affiliated Hospital of Xi'an Medical University

张明鑫 西安医学院第一附属医院 主任医师
Chief Physician Zhang Mingxin
The First Affiliated Hospital of Xi'an Medical University

王屹峰 浙江省肿瘤医院 教授
Professor Wang Yifeng
Zhejiang Cancer Hospital

赵海康 西安医学院第二附属医院 教授
Professor Zhao Haikang
The Second Affiliated Hospital of Xi'an Medical University

汪洋 西安医学院 教授
Professor Wang Yang
Xi'an Medical University

赵荣甫 民航西安医院 副主任技师
Associate Director Zhao Rongfu
Technologist Civil Aviation Xi'an Hospital

吴洁 西安市第一医院 主任医师
Chief Physician Wu Jie
The First Hospital of Xi'an

赵亚刚 陕西省安康市紫阳县中医院 副主任医师
Associate Chief Physician Zhao Yagang
Ziyang Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Ankang City, Shaanxi Province

吴喜利 西安交通大学第二附属医院 主任医师
Chief Physician Wu Xili
The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

杨盛力 华中科技大学同济医学院附属协和医院 教授
Professor Yang Shengli
Affiliated Union Hospital Tongji Medical College,
Huazhong University of Science and Technology

杨志平 上海明品整合医学研究院 教授
Professor Yang Zhiping
Institute for Integrative Medicine of Shanghai Mingpin

于照祥 西安医学院第一附属医院 教授
Professor Yu Zhaoxiang
The First Affiliated Hospital of Xi'an Medical University

于军 陕西省中医医院 主任医师
Chief Physician Yu Jun
Shaanxi Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine

喻光懋 绍兴市人民医院 教授
Professor Yu Guangmao
Shaoxing People's Hospital

张军峰 西安医学院 教授
Professor Zhang Junfeng
Xi'an Medical University

主 编：巩守平

副 主 编：王胜昱

责任编辑：廖宣军

美术编辑：毕欣然

ISSN: 3060-947X

邮 箱：
jrm@front-sci.com

官方网址：
<http://jrm.front-sci.com/>

编委会办公室地址：
37 Hougang Avenue 7,
#15-05 Evergreen Park,
Singapore 538803

版权声明

《乡村医学》采用 Creative Commons署名 - 非商业性使用 4.0国际 (CC BY-NC 4.0) 版权。读者有权在任何媒介以任何形式复制、发行本刊文章，亦可修改、转换或以本刊文章为基础进行创作。在分享及使用本刊文章时，使用者必须注明原文作者及出处，并标注对本刊文章所进行的修改。本刊文章版权的最终解释权归 Frontier Scientific Publishing 所有。
打印下载请上官网数据中心 print.front-sci.com。

目录

contents



论著

- 乡村振兴视域下陕西省农村籍大学生健康状况及其影响因素研究 1
/ 吴倩倩 苏旋 冯彦成 张海瑞 门可 马永红
- 基于课题研究型品管圈构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式 14
/ 黄非 白晓静 何泽琳 赵朋伟

病例分享

- 一例Bacon手术治疗超低位直肠癌术后患者的护理 24
/ 马小涵 朱琳 郭媛媛 徐滇玥 李越琦 王宝贤 赵朋伟

管理之窗

- 医改新政下基层检验科科研方向探讨 29
/ 刘蓓 李妮

乡村医生风采

- 不忘从医初心 情系农村百姓 34
/ 贺星龙

乡村振兴视域下陕西省农村籍大学生健康状况及其影响因素研究

吴倩倩, 苏旋, 冯彦成, 张海瑞, 门可, 马永红

(西安医学院公共卫生学院, 陕西, 西安, 710021)

DOI:10.12238/jrm.v2i2.13117

【摘要】 目的: 本研究旨在探讨陕西省农村籍大学生健康状况及其影响因素, 为后续实施相应的健康干预政策提供实证依据, 从而提高农村籍大学生健康状况, 为乡村振兴提供人才支撑。方法: 通过问卷调查 2345 名陕西省农村籍大学生, 收集其人口统计学资料、生活方式、自评健康状况和卫生服务需要状况等数据。运用卡方检验和 Logistic 回归等方法进行统计分析。结果: 研究发现农村籍大学生普遍自评健康水平较高, 但小部分人存在焦虑或抑郁情绪及身体疼痛或不适。两周患病率为 8.91%, 慢性病患病率为 4.35%, 均低于全国平均水平。回归分析发现体育锻炼、充足睡眠、参加社会医疗保险、有健康档案、多举办卫生保健讲座对健康有积极影响, 而吸烟、参加商业医疗保险对健康有负面影响。结论: 建议加强对农村籍大学生的健康教育, 提高其健康素养, 改变生活方式, 并加强疾病监测和干预, 增强社会医疗保险参保的持续性, 完善健康档案, 以改善农村籍大学生的整体健康状况。

【关键词】 乡村; 大学生; 自评健康状况; 卫生服务需要状况

【中图分类号】 R193

【文献标识码】 A

Research on the Health Status and Influencing Factors of Rural College Students in Shaanxi Province under the Comprehensive Revitalisation of Rural Areas

WU Qianqian, SU Xuan, FENG Yancheng, ZHANG Hairui, MEN Ke, MA Yonghong

(School of Public Health, Xi'an Medical University, Xi'an, Shanxi, 710021)

【Abstract】 **Objective:** The purpose of this study was to explore the health status and influencing factors of rural college students in Shaanxi Province, and to provide an empirical basis for the subsequent implementation of corresponding health intervention policies, so as to improve the health status of rural college students and provide talent support for rural revitalisation. **Methods:** A total of 2345 rural college students in Shaanxi Province were surveyed, and the data were collected, including demographic data, lifestyle, self-rated health status and health service needs. Chi-square test and logistic regression analysis were used for statistical analysis. **Results:** The study found that rural college students generally had a higher self-rated health level, but a small number of them had anxiety or depression and physical pain or discomfort. The two-week prevalence rate was 8.91% and the chronic disease prevalence was 4.35%, both lower than the national average. Regression analysis showed that physical exercise, adequate sleep, participation in social medical insurance, health records, and

more health care lectures had positive health effects, while smoking and participation in commercial medical insurance had negative health effects. **Conclusion:** It is recommended to strengthen the health education of rural college students, improve their health literacy, enhance their behaviour and lifestyle, strengthen disease surveillance and intervention, enhance the sustainability of social medical insurance, and improve health records, so as to improve the overall health status of rural college students.

【Keywords】 Rural; College students; Self-assessment of health status; Health service needs

2025年是实施“十四五”国民健康规划的收官之年，也是推进乡村全面振兴的关键之年。在乡村全面振兴中，人才振兴是核心组成部分和重要保障力量。其中，农村籍大学生是乡村人才的重要组成部分，既体现乡村教育和人才培养的成效，又是推进乡村全面振兴的重要建设力量。目前，在城镇就业难度和生活压力等推力作用下，在政策激励、乡村产业环境、社会支持及乡土情怀等拉力作用下，农村籍大学生返乡就业的意愿比较高^[1]，其中中西部比例更高，达到35%–45%^[2]。未来随着乡村全面振兴战略的深入实施，这一比例还会不断提高。可见农村籍大学生仍是推动乡村建设与可持续发展的重要力量，其健康状况会直接影响其返乡创业、就业的意愿和能力。

2023年中央一号文件提出“推进健康乡村建设”，明确将农村居民健康作为乡村振兴的重要目标。近年来，我国医疗卫生体系不断完善，城乡健康差距逐渐缩小，但仍然存在乡村居民日益增长地健康生活需要与乡村卫生资源不平衡、不充分之间的矛盾，乡村居民仍面临着一系列的健康挑战。现有研究多关注农村留守儿童、空巢老人等弱势群体，而农村籍大学生的健康问题长期被忽视。农村籍大学生看似脱离农村，实则由于家庭经济依赖、文化纽带等会受到乡村社会因素的影响，而且农村籍大学生这种城乡二元的双重属性又会通过健康信息分享等影

响乡村的健康治理工作。但是实际上，相对于城镇大学生，农村籍大学生由于农村生活环境、家庭环境、经济因素、文化传统、生活方式、卫生资源、身份认同感等因素的长期作用，可能存在着一定程度的健康脆弱性。如陈驰等认为由于受到城乡差距和家庭环境的影响，农村籍大学生更易出现环境适应和心理健康等方面的问题^[3]。因而，农村籍大学生健康状况不仅关乎个人福祉，更对乡村社会的可持续发展具有深远影响。

随着乡村全面振兴的深入实施，关注并改善农村籍大学生的健康状况，已成为提升乡村人力资源质量、促进健康乡村建设的重要环节。本研究旨在全面探讨陕西省农村籍大学生的健康状况及其影响因素，特别聚焦于自评健康状况与卫生服务需要状况，并基于健康社会决定因素及“生物-心理-社会”的医学模式等理论，深入分析影响上述健康指标的多维度因素。本研究有助于提供改善农村籍大学生健康状况的实证依据和政策建议，推动全社会对农村籍大学生健康问题的重视和投入，提高其健康素养和自我保健能力，提升其返乡服务能力，为乡村振兴提供稳定的人才支撑。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本文的研究对象为陕西省农村籍大学生。具体

是指户籍登记为陕西省农村地区（以户口簿为准），且目前就读于陕西省内普通高等院校的全日制在校学生。陕西省是中西部地区的农业大省和教育大省，高校密集且农村生源比例高，同时是农业农村部确定的“乡村振兴重点帮扶县”集中区域（如商洛市、安康市等），因而陕西籍学生具有一定的代表性和典型性，而且便于开展样本采集，获取数据。

1.2 研究方法

本研究采用问卷调查的方式，制定《陕西省农村籍大学生健康状况和卫生服务需要状况》调查问卷，问卷内容包含人口统计学资料，包括性别、年龄、民族、文化程度、婚姻状况；个人行为生活方式及社会因素资料，包括吸烟、饮酒、睡眠及运动情况、医保类型等；自评健康状况资料，包括总体健康水平、身体健康和心理健康程度等指标；卫生服务需要状况资料，包括两周患病率及其疾病谱、慢性病患者率及其疾病谱。其中，两周患病率是卫生服务需要指标，主要根据被调查者的自身感受和调查员的客观判断。尽管农村籍大学生主要生活在城市校园，本文仍调查了“小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数”“小区或村子健康知识宣传栏数目”等社会因素资料，主要是因为其健康状况仍与家乡的健康宣传环境和文化氛围密切相关。这种关联受早期健康观念塑造（长期烙印效应）、周期性返乡影响、家庭健康信息代际传递、乡村公共卫生投入水平等多重因素影响。研究这些变量不仅可揭示健康问题的深层根源，也为乡村振兴政策提供了“以家庭和社区为切入点，提升大学生健康水平”的创新路径。

调查员由西安医学院公共卫生学院师生组成，在开展调查之前，对调查员开展了规范化的培训。

采用偶遇抽样和滚雪球抽样的方法选择样本。

1.3 数据分析

用 EpiData3.1 建立数据库，由两人一起重复录入，并进行核对和校正。用 SPSS 25.0 进行数据分析，统计描述中，计数资料用率或构成比描述，计量资料中满足正态分布用 $\bar{X} \pm S$ ，不满足正态分布用 $M(P_{25}, P_{75})$ 。统计推断中，用 χ^2 检验、二元 Logistic 回归、有序 Logistic 回归等方法探究各因素对健康状况和卫生服务需要的影响程度。在单因素分析和多因素分析中，检验水准为 0.05。

2 研究结果

考虑到允许误差、检验水准、检验效能及总体率等因素的影响，同时还考虑错填、漏填、失访、拒访等现象，本研究总样本量应为 1600 人以上。本次调查实际调查人数为 2674 人，其中有效问卷 2345 份，问卷有效率达 87.7%。

2.1 一般情况

本次被调查人群中，男性人口 477 人，占 20.3%，女性人口 1868 人，占 79.7%，男女性别比为 1: 3.916； ≥ 20 岁有 1281 人（54.6%）；94.3% 是汉族；99.5% 处于未婚状态。被调查人群中，主要以不吸烟、不饮酒为主，分别占 96.4% 和 98.4%；在每周体育锻炼次数中，137 人（5.8%）从不锻炼，356 人（15.2%）每周不足一次，952 人（40.6%）每周 1-2 次，587 人（25.0%）每周 3-5 次，313 人（13.3%）每周 6 次以上。在睡眠情况中，不充足有 101 人（4.3%），一般、充足、很充足分别为 724 人（30.9%）、724 人（30.9%）、757 人（32.3%）。其中 1063 人（45.3%）在近一年做过健康体检，2029 人（86.5%）参加了社会医疗保险（城乡居民基本医疗保险），

276人(11.8%)参加了商业医疗保险,1327(56.6%)有健康档案,其余人没有或者不清楚。小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数0次占比43.6%,1-2次占比42.1%,3-4次占比10%,其余占比不到3%。小区或村子健康知识宣传栏数目1个的占比最高,为30.4%,0个、2个、4个及以上的分别占比23.6%、22.8%、23.2%。见表1。

2.2 健康状况

2.2.1 自评健康状况

本文将自评健康状况分为总体健康水平、身体健康程度及心理健康程度三个指标。总体健康水平采用自评健康得分测量,范围为1-10分,资料呈左偏态分布,且将其进行变量转换后仍为偏态,不利于进行后续分析。因而,本文将其转换为等级资料,将得分小于等于4的列为较低水平,5-8分列为中等水平,大于等于9分列为较高水平。经分析发现较低占比1.3%,中等占比35.1%,较高占比63.6%。心理健康程度采用焦虑或抑郁指标测量,不觉得焦虑或沮丧的有2723人(89.6%),自觉中度焦虑或沮

表1 农村籍大学生人口统计学资料

变量	属性	计数	频率 (%)	变量	属性	计数	频率 (%)
性别	男	477	20.3	健康体检	否	1282	54.7
	女	1868	79.7		是	1063	45.3
年龄	< 20	1064	45.4	社会医疗保险参加情况	否	316	13.5
	≥ 20	1281	54.6		是	2029	86.5
民族	汉族	2211	94.3	商业医疗保险参加情况	否	2069	88.2
	少数民族	134	5.7		是	276	11.8
婚姻状况	未婚	2334	99.5	健康档案	否	1018	43.4
	其它(已婚、离婚等)	11	0.5		是	1327	56.6
吸烟情况	否	2260	96.4	小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	0次	1022	43.6
	是	85	3.6		1-2次	987	42.1
饮酒频率	不饮或偶尔聚会时少量饮	2308	98.4	3-4次	234	10.0	
	每周定期饮酒	37	1.6	5-6次	42	1.8	
	从不锻炼	137	5.8	6次以上	60	2.6	
每周体育锻炼次数	不足1次	356	15.2	小区或村子健康知识宣传栏数目	0个	553	23.6
	1-2次	952	40.6		1个	714	30.4
	3-5次	587	25.0		2个	534	22.8
	6次及以上	313	13.3		3个及以上	544	23.2
睡眠情况	很不充足	39	1.7				
	不充足	101	4.3				
	一般	724	30.9				
	充足	724	30.9				
	很充足	757	32.3				

表2 农村籍大学生的自评健康状况

变量	属性	计数	频率 (%)
总体健康水平 (自评健康得分)	较低 (< 4)	30	1.3
	中等 (5-8)	824	35.1
	较高 (≥ 9)	1491	63.6
心理健康 (焦虑或抑郁)	不觉得焦虑或沮丧	2723	89.6
	自觉中度焦虑或沮丧	280	9.2
	自觉极度焦虑或沮丧	35	1.2
身体健康 (身体疼痛或不适)	无任何疼痛或不适	2845	93.6
	自觉有中度疼痛或不适	171	5.6
	自觉极度疼痛或不适	22	0.7

丧的有 280 人 (9.2%)，自觉极度焦虑或抑郁有 35 人 (1.2%)。身体健康采用身体疼痛或不适指标测量，无任何疼痛的有 2845 人 (93.6%)，自觉有中度疼痛或不适的有 171 人 (5.6%)，自觉极度疼痛或不适的有 7 人 (0.3%)。

2.2.2 卫生服务需要状况

本次被调查人群，共有 209 人自报调查前两周内患病，被调查学生两周患病率为 8.91% (209/2345)。调查显示，感冒咳嗽 (6.35%) 两周患病率最高，其次是头晕、头痛、耳鸣 (1.71%)、腰、背痛 (1.24%)、

表3 两周患病情况及不适表现分布

不适表现	患病人数 (人)	两周患病率 (n=2345) (%)	患病构成比 (n=278*) (%)
头晕、头痛、耳鸣	40	1.71	14.4
急慢性肠胃炎	24	1.02	8.6
腰、背痛	29	1.24	10.4
感冒咳嗽	149	6.35	53.6
手脚麻木	3	0.13	1.1
其他	33	1.41	11.9
合计	209	8.91	100.0

* 由于本题为多选题，此处的 n 指总响应入次数。

其它 (1.41%) 以及急慢性肠胃炎 (1.02%)，手脚麻木 (0.13%) 两周患病率最低。各种疾病和症状构成比从大到小依次为感冒咳嗽、头晕头痛耳鸣、其他、腰背痛、急慢性肠胃炎、手脚麻木。见表 3。

本次被调查人群，共有 102 人患有慢性病，慢性病患病率为 4.35% (102/2345)。调查显示，慢性病患病中其他 (3.75%) 患病率最高，其次是心脏病 (0.6%)、精神类疾病和高血压 (0.38%)、脑血管

表4 慢性病患病及疾病谱分布

	患病人数 (人)	患病率 (n=2345) (%)	患病构成比 (n=127*) (%)
高血压	9	0.38	7.1
脑血管疾病	4	0.17	3.1
糖尿病	2	0.09	1.6
心脏病	14	0.60	11.0
恶性肿瘤	1	0.04	0.8
精神类疾病	9	0.38	7.1
其他	88	3.75	69.3
合计	102	4.35	100.0

* 由于本题为多选题，此处的 n 指总响应入次数。

疾病(0.17%)、糖尿病(0.09%)及恶性肿瘤(0.04%)。见表4。

2.3 健康状况影响因素分析

2.3.1 自评健康状况影响因素分析

(1) 单因素分析

经过卡方检验,显示不同吸烟情况、饮酒情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检情况、健康档案、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目的大学生总体健康水平不同,其差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。

不同性别、年龄、吸烟情况、饮酒情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检情况、社会医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目的大学生身体健康程度不同,其差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。不同性别、吸烟情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、社会医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数的大学生的心理健康程度不同,其差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表5 大学生自评健康状况影响因素的单因素分析

变量	总体健康水平		身体健康程度		心理健康程度	
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P
性别	0.373	0.830	7.968	0.019*	11.155	0.004*
年龄	4.534	0.104	7.373	0.025 ^{ab}	0.528	0.768
民族	0.606	0.738	1.733	0.420 ^b	3.026	0.220
婚姻状况	3.573	0.168 ^b	0.513	0.774 ^b	1.081	0.582 ^b
吸烟情况	8.201	0.017*	6.088	0.048 ^{bc}	27.160	<0.001 ^{bc}
饮酒情况	13.882	0.001 ^{bc}	8.428	0.015 ^{bc}	5.025	0.081 ^b
每周体育锻炼次数	50.624	<0.001 ^{ac}	30.028	<0.001 ^{bc}	59.244	<0.001 ^{ac}
睡眠情况	161.123	<0.001 ^{bc}	65.300	<0.001 ^{bc}	130.213	<0.001 ^{bc}
健康体检	8.519	0.014*	13.367	0.001 ^{ac}	4.632	0.099
社会医疗保险参加情况	2.321	0.313	11.585	0.003 ^{bc}	8.054	0.018*
商业医疗保险参加情况	2.258	0.323	0.968	0.616 ^b	2.253	0.324
健康档案	10.802	0.005*	3.293	0.193 ^a	4.253	0.119
小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	27.385	0.001 ^{bc}	40.049	<0.001 ^{bc}	15.799	0.045 ^{bc}
小区或村子健康知识宣传栏数目	23.201	0.001*	15.607	0.016 ^{ac}	7.457	0.281 ^a

*表示卡方统计在0.05级别显著;上角标无字母表示采用pearson卡方;上角标是a表示采用Yate校正卡方;上角标是b表示采用fisher确切概率法。下同。

表 6 变量的定义及赋值表

变量	定义及赋值
性别	男=0, 女=1
年龄	< 20=0, ≥20=1
民族	汉族=0, 少数民族=1
婚姻状况	未婚=0, 其它(已婚、离婚等)=1
吸烟情况	否=0, 是=1
饮酒频率	不饮=0, 每周定期饮酒=1
每周体育锻炼次数	从不锻炼=1, 不足1次=2, 1-2次=3, 3-5次=4, 6次及以上=5
睡眠情况	很不充足=1, 不充足=2, 一般=3, 充足=4, 很充足=5
健康体检	否=0, 是=1
社会医疗保险参加情况	否=0, 是=1
商业医疗保险参加情况	否=0, 是=1
健康档案	否=0, 是=1
小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	0次=1, 1-2次=2, 3-4次=3, 5-6次=4, 6次以上=5
小区或村子健康知识宣传栏数目	0个=1, 1个=2, 2个=3, 3个及以上=4
总体健康水平(自评健康得分)	较低=1, 中等=2, 较高=3
心理健康(焦虑或抑郁)	不觉得焦虑或沮丧=1, 自觉中度焦虑或沮丧=2, 自觉极度焦虑或沮丧=3
身体健康(身体疼痛或不适)	无任何疼痛或不适=1, 自觉有中度疼痛或不适=2, 自觉极度疼痛或不适=3

(2) 多因素分析

本文分别以总体健康水平、身体健康程度及心理健康程度为因变量,以性别、年龄、民族、婚姻状况、吸烟情况、饮酒情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检、社会医疗保险、商业医疗保险、健康档案、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目为自变量,建立三个有序 Logit 模型,进行多因素分析。

三个模型均通过了平行线检验和拟合优度检验,且在模型的拟合中,显著性小于 0.05,说明偏回归系数至少有一个不为 0,即说明回归方程有意义。回归分析结果显示,每周体育锻炼次数越多、睡眠情

况越充足、有健康档案、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数越多,总体健康水平就越高。

吸烟是身体健康程度的危险因素,睡眠充足、参加社会医疗保险、卫生保健知识讲座次数多是身体健康程度的保护因素。女性、吸烟是心理健康程度的危险因素,睡眠充足是心理健康程度的保护因素。

2.3.2 卫生服务需要状况影响因素分析

(1) 单因素分析

经卡方检验,显示大学生两周患病率与年龄、吸烟情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检、商业医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生

表7 自评健康状况影响因素的多因素分析

	总体健康水平			身体健康程度			心理健康程度		
	β	OR	P	β	OR	P	β	OR	P
性别	0.018	1.018	0.879	-0.083	0.920	0.855	0.435	1.545	0.049*
年龄	0.016	1.016	0.870	0.118	1.125	0.774	-0.196	0.822	0.232
民族	-0.004	0.996	0.983	0.542	1.719	0.394	0.316	1.372	0.293
婚姻状况	1.700	5.474	0.124	-15.345	<0.001	-	-13.834	<0.001	-
吸烟情况	-0.034	0.967	0.890	1.269	3.557	0.045*	1.238	3.449	<0.001*
饮酒情况	-0.088	0.916	0.805	0.766	2.151	0.395	0.488	1.629	0.296
每周体育锻炼次数	0.181	1.198	<0.001*	-0.223	0.800	0.180	-0.104	0.901	0.146
睡眠情况	0.518	1.679	<0.001*	-0.396	0.673	0.018*	-0.664	0.515	<0.001*
健康体检	0.001	1.001	0.990	-0.0810	0.922	0.072	-0.159	0.853	0.346
社会医疗保险	0.120	1.127	0.428	-1.234	0.291	0.006*	-0.336	0.715	0.154
商业医疗保险	-0.013	0.987	0.933	-1.079	0.340	0.112	-0.380	0.684	0.166
健康档案	0.185	1.203	0.044*	-0.239	0.787	0.517	-0.174	0.840	0.256
小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	0.130	1.139	0.028*	-0.601	0.548	0.002*	-0.035	0.966	0.721
小区或村子健康知识宣传栏数目	0.059	1.061	0.211	-0.250	0.779	0.238	0.006	1.006	0.942

保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目有关 ($P<0.05$)。大学生慢性病患病情况与睡眠情况、健康体检、社会医疗保险参加情况有关 ($P<0.05$)。

(2) 多因素分析

本文分别以两周患病情况、慢性病患病情况为因变量，以性别、年龄、民族、婚姻状况、吸烟情况、饮酒情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检、社会医疗保险、商业医疗保险、健康档案、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目为自变量，进行二分类

Logistic 回归分析。其中自变量的定义与赋值仍采用表 6，因变量的定义与赋值及回归分析结果见表 9。变量筛选采用“向前：LR”的逐步回归方法，选择进入标准为 0.05。

以两周患病情况为因变量的回归分析结果显示，吸烟情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、商业医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数是两周患病情况的影响因素。吸烟和商业医疗保险参加情况是两周患病的危险因素，吸烟的两周患病风险是不吸烟的 2.092 倍，参加商业

表 8 卫生服务需要状况影响因素的单因素分析

变量	属性	两周患病情况				慢性病患病情况			
		否	是	χ^2	P	无	有	χ^2	P
性别	男	435	42	0.009	0.926	453	24	0.669	0.413
	女	1701	167			1790	78		
年龄	< 20	984	80	4.661	0.031*	1024	40	1.631	0.202
	≥ 20	1152	129			1219	62		
民族	汉族	2013	198	0.087	0.768	2117	94	0.897	0.344
	少数民族	123	11			126	8		
婚姻状况	未婚	2125	209	0.614 ^b	0.357	2232	102	1.000 ^b	0.612
	其它 (已婚、离婚等)	11	0			11	0		
吸烟情况	否	2066	194	8.288	0.004*	2164	96	0.954 ^a	0.329
	是	70	15			79	6		
饮酒情况	不饮或偶尔聚会时少量饮	2103	205	0.014 ^a	0.096	2207	101	0.008 ^a	0.929
	每周定期饮酒	33	4			36	1		
每周体育锻炼次数	从不锻炼	120	17	17.135	0.002*	127	10	6.242	0.182
	不足 1 次	307	49			342	14		
	1-2 次	871	81			916	36		
	3-5 次	546	41			564	23		
	6 次及以上	292	21			294	19		
睡眠情况	很不充足	37	2	40.626	<0.001*	34	5	30.667	<0.001*
	不充足	78	23			89	12		
	一般	647	77			683	41		
健康体检	充足	656	68	7.444	0.006*	700	24	5.223	0.022*
	很充足	718	39			737	20		
	否	1149	133			1215	67		
社会医疗保险加情况	是	987	76	0.663	0.415	1028	35	20.458	<0.001*
	否	284	32			287	29		
商业医疗保险参加情况	是	1852	177	5.472	0.019*	1984	85	2.463	0.117
	否	1895	174			259	17		
健康档案	是	241	35	2.716	0.099	298	50	1.365	0.243
	否	916	102			968	50		
小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	0 次	905	117	15.103	0.004*	970	52	7.321 ^b	0.120
	1-2 次	915	72			948	39		
	3-4 次	219	15			229	5		
	5-6 次	40	2			38	4		
	6 次以上	57	3			58	2		
小区或村子健康知识宣传栏数目	0 个	482	71	15.154	0.002*	520	33	6.461	0.091
	1 个	653	61			690	24		
	2 个	493	41			508	26		
	3 个及以上	508	36			525	19		

上角标表示意义同表 5。

表9 大学生卫生服务需求情况影响因素的多因素分析

	β	S \bar{x}	OR	P
两周患病情况 (否=0, 是=1)				
吸烟情况	0.738	0.302	2.092	0.014
每周体育锻炼次数	-0.181	0.069	0.834	0.009
睡眠情况	-0.302	0.073	0.739	<0.001
商业医疗保险参加情况	0.405	0.201	1.499	0.044
小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数	-0.265	0.096	0.767	0.006
慢性病患病情况 (否=0, 是=1)				
睡眠情况	-0.475	0.099	0.622	<0.001
社会医疗保险参加情况	-0.980	0.231	0.375	<0.001

医疗保险的两周患病风险是不参加的 1.499 倍。每周体育锻炼次数、睡眠情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数是两周患病的保护因素，每周锻炼次数越多，越不容易患病，锻炼次数多的两周患病是锻炼次数少的 0.834 倍；睡眠越充足，越不容易患病，睡眠充足的两周患病是睡眠不充足的 0.739 倍；小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数越多，越不容易患病，讲座次数多的两周患病是讲座次数少的 0.767 倍。

以慢性病患病情况为因变量的回归分析结果显示，睡眠情况和社会医疗保险参加情况是慢性病患病情况的重要影响因素，且睡眠充足和参加社会医疗保险均是保护因素。睡眠越充足，越不容易患慢性病，睡眠充足的慢性病患病是睡眠不充足的 0.622 倍；参加社会医疗保险的慢性病患病是没有参加医疗保险的 0.375 倍。

3 讨论

3.1 自评健康状况

研究结果显示，陕西省农村籍大学生的总体健康水平较高，占比达到 63.6%，这与贾欣欣和王诗涵对居民自评健康状况结果基本一致^[4-5]。心理健康方面，大多数学生没有焦虑或抑郁的情况。身体健康方面，绝大多数学生没有身体疼痛或不适，这表明大多数学生的身体健康状况良好。随着我国健康中国行动（2019-2030 年）的实施，大力倡导健康生活方式，提升了全民健康素养。但是仍有一小部分人的心理健康和身体健康程度较低，这可能是由于农村籍学生某些固化的健康行为模式、社会经济压力等导致的营养问题及身份认同等导致的卫生健康服务利用不足问题。因此，应继续提高农村籍大学生的健康素养，加强其健康监测，提高其卫生健康服务利用的水平，特别是需加强心理健康教育。

3.1.1 总体健康水平

经单因素分析和有序 Logistic 回归分析发现，每周体育锻炼次数越多、睡眠情况越充足，总体健康水平就越高，这一发现与已有研究一致^[5]，表明适量的体育锻炼和充足的睡眠对健康有积极的促进作用。因此，应鼓励农村籍大学生积极参与体育锻炼，改善睡眠质量。有健康档案、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数越多，总体健康水平就越高。这体现了乡村的公共卫生投入可能在早期对学生的影响较大，使学生形成了良好的健康行为模式，而且可能存在“乡村-家庭-学生”健康信息传播的良性循环模式，对提高学生的总体健康水平起了积极作用。因此，应定期举办卫生保健知识讲座和宣传活动，提高乡村的公共卫生服务水平，增强健康教育，建立完善的健康档案制度，提高农村籍学生的健康素养。

3.1.2 身体健康程度

单因素分析显示，大学生身体健康程度与性别、年龄、吸烟情况、饮酒情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检情况、社会医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目有关。回归分析结果显示，吸烟是身体健康程度的危险因素，睡眠充足、参加社会医疗保险、卫生保健知识讲座次数多是身体健康程度的保护因素。这一发现与已有研究一致，表明吸烟对健康有害，而充足的睡眠有助于保持身体健康。由于农村籍大学生经济压力较大，参加社会医疗保险可以社会互助共济的形式减少因疾病带来的经济负担，有利于提高医疗服务利用率，在一定程度上防止“小病拖成大病”，促进身体健康^[6]。因此，应加强对农村籍大学生的禁烟教育，倡导健

康的生活方式，以及增强大学生对于城乡居民医保参保的持续性。饮酒等因素在单因素分析中影响显著，但在多因素分析中未显示直接显著影响，但仍需关注其潜在危害。

3.1.3 心理健康程度

单因素分析得出，不同性别、吸烟情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、社会医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数的大学生心理健康程度不同，其差异均具有统计学意义。回归研究结果显示，女性、吸烟是心理健康程度的危险因素，而睡眠充足是心理健康程度的保护因素。这一发现与刘海燕、杨秀兰的研究结果一致^[7]。这也与“性别悖论”相一致，认为在发达国家中，虽然女性的平均预期寿命要长于男性，但女性的自评健康状况（尤其是心理健康）总是比男性差。提示我们应关注女性学生的心理健康问题。同时，应加强对学生的睡眠管理和加强禁烟措施。其他因素在单因素分析时影响显著，但在多因素分析时影响不显著。

3.2 卫生服务需要状况

两周患病率、慢性病患率是衡量居民短期或长期的卫生服务需要量和主要健康问题的重要指标，有助于为公共卫生政策的制定提供依据。研究结果显示，陕西省农村籍大学生两周患病率为 8.91%，慢性病患率为 4.35%，明显低于全国第六次卫生服务统计调查中居民两周患病率（32.2%）及慢性病患率（71.5%）^[8]，同样低于 2016 年永新县农村居民两周患病率（32.2%）^[9] 和乌鲁木齐市米东区农村居民两周患病率（26.33%）^[10]，这可能与本研究的调查对象有关，本文调查对象主要以大学生为主，年龄和学历影响了卫生服务需要。

3.2.1 两周患病率

经调查研究发现,陕西省农村籍大学生两周所患疾病谱依次是感冒咳嗽,头晕、头痛、耳鸣,腰、背痛、其它以及急慢性肠胃炎和手脚麻木,主要集中在呼吸系统、神经系统和肌肉、骨骼方面,与永新县调查结果基本一致^[9]。在所有的患病类型中,感冒咳嗽的患病率最高,达到了6.35%,这可能与季节变化、气候变化以及大学生的生活习惯有关。其次是头晕、头痛、耳鸣、腰背痛等,可能与学生的学习压力和生活环境有关。因此,建议基层医疗卫生机构应加强对上述常见病、多发病的诊治能力,同时也应加强对这些疾病的预防控制和干预措施。

单因素分析结果显示,不同年龄、吸烟情况、每周体育锻炼次数、睡眠情况、健康体检、商业医疗保险参加情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数、小区或村子健康知识宣传栏数目的农村籍大学生两周患病率的差异有统计学意义。二元 Logistic 回归分析结果显示,吸烟和商业医疗保险参加情况是两周患病的危险因素。每周体育锻炼次数、睡眠情况、小区或村子近半年举办卫生保健知识讲座次数是两周患病的保护因素。吸烟、体育锻炼不足、睡眠不足的两周患病率高,这与邓斐等人研究一致^[11]。这表明个人生活方式是影响健康的重要因素,要加强健康教育,改善个人的不良生活方式。参加商业医疗保险比不参加商业医疗保险的两周患病率高,这可能是由于他们健康风险意识高、健康感知较为敏感,更可能进行定期的健康检查和疾病预防、更频繁地利用医疗服务,因而更可能报告疾病。举办讲座次数及宣传栏数目越多,两周患病率越低,这表明乡村健康教育也是促进健康的重要影响因素。要通过提升乡村健康宣传水平,改善农村家庭整体

健康素养,形成“乡村-家庭-个人”的良性循环。

3.2.2 慢性病患病情况

经研究发现,陕西省农村籍大学生慢性病疾病谱依次是其他、心脏病、精神类疾病和高血压、脑血管疾病、糖尿病及恶性肿瘤。这与广西农村地区和云南通海县研究结果基本一致^[12-13],但患病率明显低于上述地区^[14-15],这可能与本研究中调查对象主要以大学生有关。慢性病除表现在循环系统方面,还依次分布在神经系统、内分泌系统,这与阙秀文等人的研究一致^[16]。

单因素分析结果显示,大学生慢性病患病情况与睡眠情况、健康体检、社会医疗保险参加情况有关。二元 Logistic 回归分析结果显示,睡眠情况和社会医疗保险参加情况是慢性病患病情况的重要影响因素,且睡眠充足和参加社会医疗保险均是保护因素。例如,一项针对成年人的大规模调查发现,睡眠不足与高血压、糖尿病和心血管疾病等慢性病显著相关^[17]。充足睡眠不仅有助于身体恢复和免疫功能提升,还能减少因压力导致的炎症和代谢紊乱,从而有效预防慢性病的发生。社会医疗保险不仅为个体提供了经济保障,降低了因疾病导致的经济负担,还通过促进医疗服务的可及性和利用,使得个体能够更早地进行健康管理和疾病干预,从而有效降低了慢性病患病率。

尽管本研究在设计和实施上力求严谨,但仍存在一些局限性。首先,由于时间和资源的限制,样本量有限且可能存在选择偏倚,研究结果可能无法完全代表整个陕西省农村籍大学生的健康状况。另外本研究未能涵盖所有可能影响陕西省农村籍大学生健康状况的因素。未来将深入探讨更多潜在的影响因素,如增加经济因素、家庭支持及“乡村-家庭-

个人”的传播链条等。其次，本研究采用横断面研究设计，无法确定因果关系。未来可以考虑采用纵向研究设计，以更全面地了解农村籍大学生的健康状况和变化趋势，并更深入地探讨各因素之间的因果关系。最后，本研究的数据收集主要依赖于被调查者的问卷，可能存在信息偏倚。未来可以通过结合客观数据（如体检结果、医疗记录等）来提高研究的准确性和可靠性。

【参考文献】

- [1] 王东红, 周恒灿. 应用型本科院校大学生就业期望特征与差异研究——基于 12859 份样本数据的分析 [J]. 职业技术教育, 2022, 43(32): 67-70.
- [2] 罗章松, 苏雪芹. 乡村振兴背景下农村籍大学生返乡就业意愿分析 [J]. 太原城市职业技术学院学报, 2023, 22(01): 111-114.
- [3] 陈驰, 张凌彦. 农村大学生心理健康问题及正确引导 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2017, 37(7): 813-814.
- [4] 贾欣欣, 胡红岩, 王萱萱, 等. 我国 15 岁及以上居民自评健康状况及其影响因素分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(6): 62-67.
- [5] 王诗涵, 王昌珺. 体育锻炼对我国农村居民健康状况的影响因素研究 [C]. 陕西省体育科学学会, 陕西省学生体育协会, 西安体育学院. 第一届陕西省体育科学大会论文集 (二). 东北师范大学, 2023: 8.
- [6] 任婕. 城乡居民基本医疗保险制度对农村老年人健康的影响研究 [D]. 上海财经大学, 2021.
- [7] 杨秀兰, 王婉露, 吴萌, 等. 大学生自测健康状况及其影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(36): 4476-4481.
- [8] 谢学勤, 吴士勇. 中国居民健康及卫生服务利用现状与变化趋势 [J].

中国卫生信息管理杂志, 2021, 18(1): 1-8, 142.

- [9] 刘登米. 永新县农村居民卫生服务需求和利用现状及对策 [D]. 南昌大学, 2018.
- [10] 周娜, 刘金宝, 文国新, 等. 乌鲁木齐市米东区农村居民卫生服务需求分析 [J]. 现代预防医学, 2016, 43(01): 85-87+186.
- [11] 邓斐, 张苗, 李菊, 等. 十堰市农村居民营养和健康状况调查分析研究 [J]. 重庆医学, 2021, 50(06): 1039-1043.
- [12] 农朝宇, 周蔓菁, 覃浩升, 等. 广西农村地区居民健康情况及其影响因素 [J]. 黑龙江科学, 2023, 14(11): 35-37.
- [13] 王秀英. 云南省通海县农村居民主要心血管疾病的疾病负担研究 [D]. 昆明医科大学, 2014.
- [14] 李海斌, 吴辉, 姜静, 等. 新乡市农村居民慢性病患病情况及影响因素分析: 2018 中国环境科学学会科学技术年会 [C]. 中国安徽合肥, 2018.
- [15] 刁文丽, 游弋, 潘磊磊, 等. 辽宁省 12143 名城乡居民慢性病患病现状及主要危险因素分析 [J]. 现代预防医学, 2017, 44(10): 1793-1797.
- [16] 阙秀文, 徐才芳, 严建雄, 等. 永定县农村居民卫生条件和健康状况 10 年动态分析 [J]. 海峡预防医学杂志, 2008, 25(01): 58-59.
- [17] 赖锦佳, 黄咏琪, 黄奕敏, 等. 我国中老年人慢性病共病与健康相关行为的关联性分析 [J]. 现代预防医学, 2023, 50(15): 2804-2810.

【基金项目】 陕西省教育厅科学研究计划项目 (24JK0635)。

【作者简介】 吴倩倩, 女, 西安医学院公共卫生学院助教。

【通讯作者】 马永红, 男, 西安医学院公共卫生学院教授。

基于课题研究型品管圈构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式

黄非¹, 白晓静¹, 何泽琳¹, 赵朋伟²

(1. 西安交通大学第一附属医院泌尿外科, 陕西, 西安, 710061;

2. 西安交通大学第一附属医院普通外科, 陕西, 西安, 710061)

DOI:10.12238/jrm.v2i2.13118

【摘要】目的：运用课题研究型品管圈构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式。**方法：**以“构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式”为活动主题，开展品管圈活动，分别从患者入院、围手术期、出院及居家等阶段进行现状调查及分析、挖掘攻坚点，拟定可行性对策后并予以实施，包括组建多学科个案管理团队，重协作；建立个案管理模式，重干预；个案管理信息化建设，重反馈等。**结果：**骶神经调控术二期转化率、患者平衡膀胱率、患者尿路感染发生率、患者生活质量评分、患者焦虑抑郁评分、患者满意度均较实施前有明显改善，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**课题研究型品管圈构建了以个案管理师为主导的神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式，使神经源性膀胱患者的临床管理更加全面化、标准化、具有延续性，提高了患者的生活质量。

【关键词】神经源性膀胱；骶神经调控术；个案管理；课题研究型品管圈

【中图分类号】 R699

【文献标识码】 A

The Case Management Model of Patients with Neurogenic Vesicosacral Neuroregulation was Constructed by Using the Research-based Quality Control Circle

HUANG Fei¹, BAI Xiaojing¹, HE Zelin¹, ZHAO Pengwei²

(1. Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University, Xi'an, Shanxi, 710061;

2. Department of Urinary Surgery, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University, Xi'an, Shanxi, 710061)

【Abstract】 Objective: To establish a case management model for patients with neurogenic vesicosacral neuroregulation by using research-based quality control circle. **Methods:** With the theme of “Building a case management model for patients with neurogenic vesicosacral neuroregulation”, quality control circle activities were carried out to investigate and analyze the current situation of patients from the stages of admission, perioperative period, discharge and home, explore the key points, formulate feasible countermeasures and implement them, including setting up a multidisciplinary case management team and focusing on cooperation. Establish a case management model, emphasizing intervention; Case management information construction, heavy feedback, etc. **Results:** The second-stage conversion rate of

sacral neuroregulation, balance bladder rate, incidence of urinary tract infection, quality of life score, anxiety and depression score, and satisfaction of patients were significantly improved compared with those before implementation, with statistical significance ($P < 0.05$).

Conclusion: The research quality control circle established a case management model for patients with neurogenic cystosacral neuroregulation led by case managers, which made the clinical management of patients with neurogenic bladder more comprehensive, standardized and consistent, and improved the quality of life of patients.

【Key words】 Neurogenic Bladder; Sacral neuromodulation; Case management; Research-based quality control circle

神经源性膀胱 (Neurogenic Bladder, NB) 是由于神经系统病变而导致的下尿路功能障碍^[1], NB 导致的排尿功能障碍常引起患者排尿困难、长期尿失禁、反复泌尿系统感染、尿路结石、肾积水、肾功能衰竭^[2]。骶神经调控术 (Sacral Neuromodulation, SNM) 是近年来发展的针对下尿路症状 (LUTS) 的一种有效治疗方法, 它是利用介入技术将低频电脉冲连续施加于特定骶神经以兴奋或抑制神经通路, 调节异常的骶神经反射弧, 进而影响并调节骶神经支配靶器官的功能, 从而达到治疗效果^[3]。骶神经调控术 (SNM) 分为两个阶段, 第一阶段体内植入电极, 电刺激器体外体验治疗 7~14 天后, 若症状改善 $\geq 50\%$ 或测试效果达到患者预期则进入第二阶段, 将电刺激器永久植入体内, 且需程控随访^[4]。整个过程耗时长、花费大, 患者个体差异大。

神经源性膀胱患者从确诊开始则需要进行膀胱功能管理, 膀胱功能管理包括患者自行记录排尿日记、实施饮水计划和自行间歇性导尿等^[5]。课题组前期问卷调查显示患者膀胱管理的现状并不理想, 而膀胱功能管理的好坏直接关系治疗成败, 同时此类患者伴随有心理、生理等各种问题, 最终走向肾衰竭, 因此神经源性膀胱行骶神经调控术患者的膀胱功能管理至关重要。个案管理模式 (Case Management, CM) 是指充分利用医疗成本及资源,

采用评估、计划、实施、协调、评价及反馈 6 个步骤, 对患者进行动态、持续、个体、全程化的专业指导与咨询, 确保个案接受完整的治疗与照护^[6]。目前, 国内外许多研究将 CM 模式应用于肿瘤^[7-8]、慢性病^[9]、精神疾病^[10]、艾滋病^[11] 等疾病中, 在多方位、多层次上证明了 CM 的有效性。

我院泌尿外科目前虽积累了一定的经验, 但尚未形成规范化、系统化、贯穿全程的管理模式。品管圈作为医院精细化管理的重要方法之一^[12], 近年来在各临床科室被广泛运用, 效果良好, 本研究将课题研究型品管圈应用于构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式中, 取得了一定的成效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本院 2022 年 06 月开始将课题研究型品管圈应用于构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式中, 选取在本院泌尿外科确诊为神经源性膀胱行骶神经调控术的患者 60 人为研究对象。纳入标准: ①符合 2018 版《骶神经调控术临床应用中国专家共识再版》SNM 适应症并由临床专业组医生确定行 SNM; ②临床诊断为神经源性膀胱; 初次行 SNM 一期植入; 年龄 ≥ 18 岁; ③患者及其家属知情同意。

排除标准：①术中或术后有急性并发症者；②患严重慢性疾病或器官功能衰竭者；③患精神疾病或存在认知障碍者；④生活不能自理者。剔除标准：①联系中断者；②主动要求退出者。收集骶神经调控术二期转化率，术后3月患者的平衡膀胱率、尿路感染发生率、生活质量评分、焦虑抑郁评分以及满意度。

1.2 方法

1.2.1 成立品管圈小组

2022年6月成立品管圈小组，小组成员由泌尿外科、神经外科、骨科、精神心理科、康复科等多学科团队人员组成，共16人，年龄27~52岁，平均35岁。

1.2.2 主题选定

圈员们通过头脑风暴法，并利用权重法和评价法进行主题选定，确定“构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式”为本期活动主题；经QC-story适用判定表，确定本期活动方向为课题研究型。

1.2.2.1 主题定义

神经源性膀胱^[1]：神经源性膀胱是由于神经系统病变而导致的下尿路功能障碍，通常需在存有神经系统疾病或神经损伤的前提下才能诊断；骶神经调控术^[2]：骶神经调控术是近年来发展的治疗下尿路症状（LUTS）的一种有效治疗方法，它是利用介入技术将低频电脉冲连续施加于特定骶神经以兴奋或抑制神经通路，调节异常的骶神经反射弧，进而影响并调节骶神经支配靶器官的功能，从而达到治疗效果；个案管理模式^[5]是指充分利用医疗成本及资源，采用评估、计划、实施、协调、评价及反馈6个步骤，对患者进行动态、持续、个体、全程化的

专业指导与咨询，确保个案接受完整的治疗与照护。

1.2.2.2 选题理由

对患者而言：降低患者并发症发生率，改善患者排尿症状，提高患者生活质量；对同仁而言：提升医生护士专科服务水平，规范神经源性膀胱骶神经调控患者标准化管理流程，提高服务质量；对科室而言：提高医护人员知识水平和操作技能，打造科室专科护理品牌，提升团队凝聚力和学科影响力；对医院而言：建立省级神经源性膀胱骶神经调控患者个案管理模式，通过我院的管理经验带动全省该类患者的管理发展，扩大医院影响力。

1.2.3 活动计划拟定

按照5W2H原则拟定活动计划表，明确活动内容、时间、地点、方法、责任人等，确定2022年6月~2023年5月为本次活动周期。

1.2.4 课题明确化

1.2.4.1 现状调查

运用系统图从人员、方法、材料、制度、信息5方面对神经源性膀胱行骶调控术患者的全程管理分别从入院、围手术期、出院及居家三个方面进行现状调查。

1.2.4.2 攻坚点挖掘及合并

全体圈员根据现状水平，通过查阅文献并结合同行现状确定目标值，运用头脑风暴法积极讨论、选出备选攻坚点，再依据上级方针、圈能力评估，按照“5、3、1”评分法进行攻坚点评价，根据“80/20法则”将192分以上确定为攻坚点，最后进行攻坚点合并，共得到4个合并攻坚点，分别为：①组建多学科个案管理团队；②建立标准化患者个案管理流程；③建立多维健康教育体系；④提高护理人员相关理论知识水平，掌握临床操作技能。具体见表1，

表 2。

表 1 攻坚点挖掘表

内容	把握项目	现状水平	期望水平	望差值	攻坚点	评价项目			采用 攻坚点		
						上级 方针	圈的 优势	克服 能力			
人员	SNM 管理团队	团队人员不足	建立 SNM 个案管理团队	提高 100%	组建 SNM 个案管理团队	74	76	76	226	√	
	SNM 多学科干预团队	无	建立多学科参与的管理团队	提高 100%	多学科参与	72	72	68	212	√	
方法	SNM 一期术后疗效评价表	无	制定一期术后疗效评估表	提高 100%	制定评价表	62	60	58	180		
	SNM 患者出院满意度 (术后 3 月)	满意度 87 分	满意度 98 分	提高 11 分	提升医疗服务	74	70	70	214	√	
	SNM 患者生活质量评分 (术后 3 月)	生活质量评分总分 406.24 分	生活质量评分总分 587.56 分	提高 172.32 分	精细化膀胱管理	74	74	76	236	√	
	SNM 患者焦虑抑郁评分 (术后 3 月)	焦虑抑郁评分总分 21 分	焦虑抑郁评分总分 17 分	降低 4 分	精细化膀胱管理与优质护理	80	80	78	238	√	
	SNM 患者平衡膀胱达标率 (术后 3 月)	平衡膀胱达标率 51%	平衡膀胱达标率 90%	提高 39%	精细化膀胱管理	78	80	74	232	√	
	SNM 患者尿路感染发生率 (术后 3 月)	尿路感染发生率 46.66%	尿路感染发生率 14.29%	降低 32.37%	间歇性导尿管理	80	80	76	236	√	
	患者信息管理系统	患者信息管理系统不健全	完善患者信息管理系统	提高 100%	修订患者信息管理系统	72	78	64	214	√	
	材料	入院宣传资料、宣传视频等	有, 但较单一	完善入院宣传材料等	提高 100%	编写宣传材料	70	78	72	220	√
		围手术期患者管理手册	无	建立患者管理手册	提高 100%	制定患者管理手册	78	70	78	226	√
		围手术期健康教育宣传材料及平台	有, 但较单一	完善围手术期宣传材料	提高 100%	制定围手术期宣传资料	78	72	80	230	√
程控设备		无	—	—	—						
SNM 程控记录手册	无	建立程控记录手册	提高 100%	制定程控手册	62	66	62	190			
SNM 患者随访手册	无	建立患者随访手册	提高 100%	制定随访手册	78	76	78	232	√		
神经源性膀胱 SNM 患者随访档案	不健全	完善 SNM 患者随访档案	提高 100%	修订患者随访档案	78	74	74	226	√		
出院后患者沟通平台	不健全	完善患者沟通平台	提高 100%	建立多种沟通渠道	66	64	60	190			

评价标准：1. 重要 5 分，次要 3 分，微小 1 分。2. 总分 240 分，根据 80/20 规律，总分 192 分以上判定为攻坚点。3. √ 代表选定的攻坚点。4. 合计圈员 16 人参与评分。

1.2.5 目标设定

本次活动共设定 6 个目标：① 骶神经调控术二期转化率由 60% 提高到 76%；② 患者平衡膀胱率由 53.3% 提高到 90%；③ 患者尿路感染发生率由 46.7% 降低到 14.29%；④ 患者焦虑抑郁评分由 21 分降低到 17 分；⑤ 患者生活质量评分由 406.58 分提高到 578.56 分；⑥ 患者满意度由 87 分升高至 95 分。

1.2.6 方策拟定

全体圈员通过头脑风暴、查阅文献法，针对攻坚点提出改进的方策，分别一次展开、二次展开，再依据可行性、经济性、效益性进行打分，按照“5、3、1”评分法进行评价，根据“80/20 法则”将 192 分以上判定为采纳对策，共入选 18 个方策。

1.2.7 最佳方策追究

活动小组对选定的 18 个方策进行障碍判定、副作用判定、列出消除障碍等措施，优化整合成 3 大

表2 攻坚点合并表

把握项目	期望水平	攻坚点	合并攻坚点
SNM 管理团队	建立 SNM 个案管理团队	组建 SNM 个案管理团队	组建多学科 SNM 个案管理团队
SNM 多学科干预团队	建立多学科参与的管理团队	多学科参与	
SNM 患者出院满意度 (术后 3 月)	满意度 98 分	提升医疗服务	建立 SNM 患者标准化个案管理流程
SNM 患者生活质量评分 (术后 3 月)	生活质量评分总分 587.56 分	精细化膀胱管理	
SNM 患者焦虑抑郁评分 (术后 3 月)	焦虑抑郁评分总分 17 分	精细化膀胱管理与优质护理	
SNM 患者平衡膀胱达标率 (术后 3 月)	平衡膀胱达标率 90%	精细化膀胱管理	
SNM 患者尿路感染发生率 (术后 3 月)	尿路感染发生率 14.29%	间歇性导尿管理	
患者信息管理系统	完善患者信息管理系统	修订患者信息管理系统	
神经源性膀胱 SNM 患者随访档案	完善 SNM 患者随访档案	修订患者随访档案	
神经源性膀胱患者诊疗流程	建立标准化诊疗流程	建立标准化诊疗流程	
神经源性膀胱患者围手术期管理流程	完善围手术期管理流程	修订围手术期管理流程	
SNM 二期转化率	SNM 二期转化率 76%	入组筛查管理	
SNM 患者随访流程	建立随访流程	制定随访流程	
入院宣传资料、宣传视频等	完善入院宣传材料等	编写宣传材料	建立多维度健康教育体系
围手术期患者管理手册	建立患者管理手册	制定患者管理手册	
围手术期健康教育宣传材料及平台	完善围手术期宣传材料	制定围手术期宣传资料	
SNM 患者随访手册	建立患者随访手册	制定随访手册	
护理人员相关理论知识	理论知识考核达标率 79.2%	系统培训相关理论知识	提高护理人员相关理论水平和操作技能
护理人员围手术期护理达标率	护理人员围手术期护理达标率 100%	系统培训围手术期护理	
护理人员间歇性导尿操作达标率	间歇性导尿操作达标率 100%	全体护理人员操作培训	

方策群组：①组建多学科个案管理团队，重协作；②建立个案管理模式，重干预；③个案管理信息化建设，重反馈。具体见表 3。

1.2.7.1 得失判定

对 3 大方策群组通过得失表分析利弊，见表 4。

1.2.7.2 时间安排

对 3 大方策群组实施的先后顺序绘制时间箭线图，见图 1。

1.2.8 最佳方策实施与探讨

1.2.8.1 重协作

组建多学科个案管理团队，重协作：①设立个案管理师岗位，要求参加培训班并取得合格证书，制定岗位要求、岗位管理制度和工作职能，充分发挥个案管理师管理者、协调者、教育者等多角色功能。②组建个案管理团队，团队成员由医疗、护理、医技、程控、辅助科室人员构成，制定团队工作制度，明确团队成员职责及分工，相互监督执行，个案管理师为主导者，个性化、动态化、全程化追踪患者情况，做好协调工作，同时团队中各科室职责分工明确，制定 MDT 协作诊疗模式。③建立院内多学科会诊网络，

表3 活动方策障碍判定表

攻坚点	方案	障碍判定	副作用判定	消除障碍	判定	方策
攻坚点一	1.1 成立多学科个案管理团队	范围广，组织难度大	团队配合度欠佳	统一组织培训	√	I
	1.2 制定个案管理师上岗标准，线上线下培训学习	要求较多，相关人员积极性不高	效果不佳	人员培训，领导统筹协调	√	
	1.3 制定个案管理师专项管理制度及工作内容	制度要求严格，工作内容繁琐	人力资源不足，执行率低	寻求专家指导，提高工作效率	√	
	1.4 制定团队管理制度，明确职责分工	制度执行难度大	质控人力成本增加	将其纳入科室质量管理体系	√	I
攻坚点二	2.1 建立 SNM 患者个案管理模式	无临床标准	临床护士对标准理解有差异	将标准纳入科室理论知识，考核	√	II
	2.2 建立 SNM 患者标准化诊疗流程	无标准化流程	标准流程执行不到位	纳入一级质控，专人质控监控	√	II
	2.3 优化 SNM 患者围手术期护理的标准化流程	临床护士需要与程控师配合	护士工作量增加	人员分配，专项负责	√	II
	2.4 优化 SNM 患者围手术期健康教育	内容多，工作量大	执行率低	人人参与，利用多种健康教育渠道	√	II
	2.5 修订间歇性导尿操作流程、制定居家护理操作流程	无居家护理操作流程	临床护士需在院和居家操作分别指导，工作量增加	操作培训；增加手册操作指导	√	II
	2.6 制定饮水计划健康教育标准化流程	需制定个性化方案，内容多	占用医务人员大量时间	合理安排工作，提高效率	√	II
	2.7 建立患者信息管理档案及患者管理手册	需要医护患协作填写	执行率低，患者文化程度高低不平	个性化指导患者	√	III
	2.8 制定 SNM 患者个案管理制度	制度要求严格，耗时长	占用医务人员大量时间	组织协调，纳入科室质量管理体系	√	II
攻坚点三	3.1 住院期间采用多种健康教育方式	耗费人力资源且耗时长	耗时，疗效不佳	合理分配时间，分阶段健康教育	√	II
	3.2 制作公众号、抖音视频等宣传相关知识	工作繁忙，耗时，工作量大	占用大量个人时间	成立宣传小组，责任分工合作完成	√	III
	3.3 制作健康教育手册	耗时长，患者文化程度有差异	占用人力及资金资源	个性化指导	√	III
	3.4 使用智慧好医生定期推送健康教育知识	需耗费人力资源时间安排	占用大量工作时间	科室根据情况安排调整	√	III
攻坚点四	4.1 定期组织理论知识培训及考核	培训内容多，占用休息时间	培训效果差	制定培训计划，合理安排	√	II
	4.2 操作培训并分组考核	占用工作及休息时间，考核压力大	产生负面情绪，效果差	可根据个人时间分组分时间段随机考核，无惩罚制度	√	II

个案管理师精准联络、高效协调。

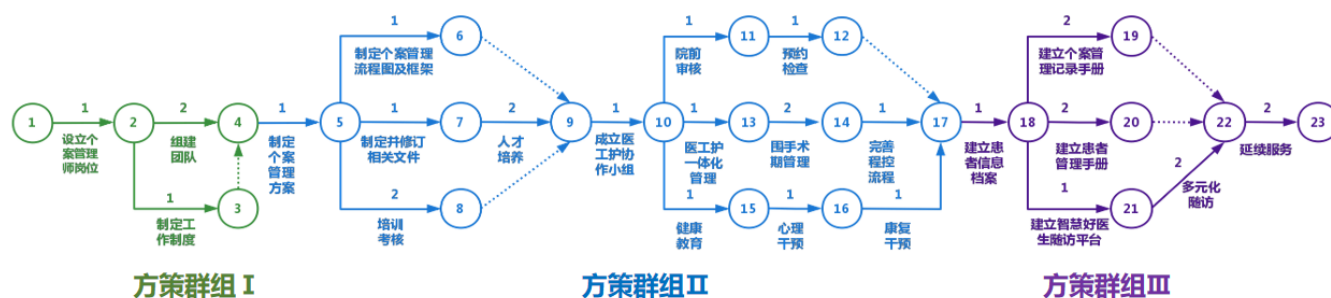
1.2.8.2 重干预

建立个案管理模式，重干预：①基于症状管理理论，查阅大量文献，寻找最佳证据，制定个案管理流程；完善个案管理制度、骶神经调控术标准化诊疗及程控随访、并发症处理流程；制定并修订相关健康教育及护理常规；完善间歇性导尿操作流程及居家护

理流程。②组织全员理论培训及考核、间歇性导尿操作培训及考核、一期二期围手术期护理床旁培训，并培养陕西省康复专科护士一名。③个案管理重点环节实施，重干预：成立医工护一体化协作小组；个案管理师对预住院患者进行院前管理，审核资料并登记、通过企业微信客户管理模式与患者及时沟通、预约住院手术；制定一站式预约检查流程，责

表 4 活动方案得失表

方策群组	得	失
I. 组建多学科个案管理团队，重协作	组建多学科个案管理团队，明确管理制度，个案管理师作为主导人，统筹兼顾，加强团队管理，人人参与度高，提高工作效率及业务能力	建立静态资料，增加工作量，需要多科室协作，同时个案管理师学习培训需花费至少一周时间
II. 建立个案管理模式重干预	建立个案管理模式，制定各项标准化工作流程，提供多维健康教育方式，从而降低并发症发生率，提高患者生活质量；同时临床相关理论及操作知识的培训及考核，可提升业务能力，提高工作质量，更好的管理患者，提高患者满意度	工作内容增多，显著增加了临床工作量，同时流程制度等需要临床验证及组员反复讨论，耗费时间，同时个案管理模式的构建与实施，耗费人力与精力
III. 个案管理信息化建设，重反馈	信息管理手册及平台建设，对于出院居家的患者更快、方便的管理，同时也增加了工作效率	信息平台的建设、管理，以及手册的编写耗费大量时间与精力



备注：①里的数字表示对策实施的先后顺序
线上的数字 1 表示1周时间完成这个策略

图 1 活动方案时间箭线图

任护士与技师直接联络，负责预约尿动力、膀胱镜等专科特殊检查，个案管理师追踪检查结果，并及时反馈给主管医生；医工护一体化管理，个案管理师与医生共同交班、查房、制定诊疗方案；术后体外刺激器的固定由程控师负责转变为个案管理师把关，同时优化固定方式，从改善前只固定腰带，经优化改善后，采取同侧固定、双重固定、卧位管理以及皮肤保护等多种方式，避免因测试电缆固定问题导致的电极移位、疼痛及压力性损伤；电极置入处伤口感染会导致电极拔除，影响治疗进程，因此由伤口专科护士强化伤口管理，并在个案管理手册

中添加伤口管理注意事项；完善程控流程，个案管理师与程控师协作床旁程控，观察患者对电刺激的感觉，适时调整电压和频率，填写手册进行宣教，在微信小组群内及时交流反馈程控情况，并记录程控信息；针对不同患者采用多元化、个性化的健康宣教方式，分工不同，责任护士进行常规宣教，个案管理师则进行强化追踪教育、反馈并改进；制定心理分级干预标准，采用焦虑抑郁评估量表对患者评估，并进行分级干预，≥ 11 分个案管理师重点关注给予心理护理，15 分以上高度重视，请精神心理科协助诊疗；膀胱功能康复管理，制定间歇性导尿

体位标准，由个案管理师指导患者如何正确执行间歇性导尿及饮水计划，记录排尿日记，对于脊髓损伤、骨折、合并肢体障碍等患者，由多学科协助联合诊治。

1.2.8.3 重反馈

个案管理信息化建设，重反馈：①建立个案管理文件夹，制定个案管理收案及结案标准，手册包括个案管理知情同意书、术前审核登记表等7项内容，对各环节进行评估、解决、评价，重视反馈结果。②制定患者管理手册，共42页，从患者信息，健康教育、围手术期管理、膀胱管理、随访、五位一体进行个体化全程管理。③建立患者信息管理档案，个案管理师发放管理手册，收集资料并进行统计分析。④依托“智慧好医生”建立随访平台，采用多种方式对患者进行随访，由个案管理师全面管理，针对患者的个性化差异通过电话微信心理沟通，提醒复查，并落实排尿改善情况、程控及心理等重点内容。⑤延续服务方面：个案管理师根据随访结果联系预约失禁专科护理门诊，为神经源性膀胱患者提供延续性护理服务，同时创建尿控资讯公众号及相关抖音账号，开展线上和线下义诊，组织三八健康管理活动，举办患教会及联谊会。

1.3 观察指标

观察指标包括：①统计实施前后骶神经调控术二期转化率。②统计实施前后患者的平衡膀胱率。③统计实施前后患者的尿路感染发生率。④统计实施前后患者的焦虑抑郁评分，焦虑抑郁评分采用综合医院焦虑抑郁量表（HADS），该量表由两个分量表（焦虑量表、抑郁量表）组成，共包含14个问题，每题评0~3分，焦虑和抑郁各占7个问题，各自总分均为0~21分，得分越高表明焦虑抑郁的严重程度越高：包括无症状（0~7分）、症状可疑（8~10

分）、有焦虑抑郁症状（11~21分）。⑤统计实施前后患者生活质量评分，采用生活质量量表（SF-36）由方积乾汉化，共36个条目，主要由8个维度组成，每个维度总分100分，分值越高表示生活质量越好。SF-36量表为普适性量表，被广泛应用于各个领域，有研究表明该量表适用于评价下尿路功能障碍患者的生活质量。⑥统计实施前后患者满意度，采用本科室自制SNM患者满意度调查表，总分100分。

本研究中，患者平衡膀胱率、尿路感染发生率、焦虑抑郁评分、生活质量评分以及满意度均为患者出院后3月时统计，模式实施前有效统计患者资料为30例，实施后为30例。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，比较采用两独立样本的t检验；计数资料用例和百分比表示，比较采用 χ^2 检验；检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 有形成果

通过品管圈活动对策实施后，SNM二期转化率高于实施前，但 $P > 0.05$ ，无统计学意义；患者平衡膀胱率高于实施前（ $P < 0.05$ ）；患者尿路感染发生率低于实施前（ $P < 0.05$ ）；患者焦虑抑郁评分低于实施前（ $P < 0.05$ ）；患者生活质量评分总分高于实施前（ $P < 0.05$ ）；患者满意度高于实施前（ $P < 0.05$ ），具体见表5，表6。根据计算公式得出目标达标率均在100%以上。

2.2 无形成果

通过此次品管圈活动，圈员的质量改善能力、责任心、协调沟通能力、愉悦感、团队精神、积极性、

表5 品管圈干预前后满意度、生活质量、焦虑抑郁评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	满意度	焦虑抑郁评分	生活质量评分
干预前	87.07±10.18	21.00±5.25	406.58±52.98
干预后	98.00±4.46	16.00±4.07	581.13±45.82
t 值	-5.318	5.076	-16.182
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001

表6 品管圈干预前后尿路感染人数、平衡膀胱人数以及二期转化率比较, 例 (%)

时间	尿路感染人数	平衡膀胱人数	二期转化率
干预前	14 (46.7%)	16 (53.3%)	18 (60%)
干预后	4 (13.3%)	28 (93.3%)	24 (80%)
X ² 值	7.93651	12.2727	2.85714
P 值	< 0.05	< 0.001	0.09

QCC 手法应用、活动信心等方面均有显著提升。

2.3 标准化

通过改进, 共形成 11 项标准化文书。

3 讨论

3.1 构建了以个案管理师为主导的神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式

本研究开展了以“构建神经源性膀胱骶神经调控术患者个案管理模式”为主题的品管圈活动, 以神经源性膀胱行骶神经调控术患者为改善对象, 基于症状管理理论, 建立以个案管理师为主导, MDT 团队为保障的多学科个案管理团队, 分别从入院、围手术期、出院及居家三个方面进行全程化干预, 整个过程重协作、重干预、重反馈, 最终形成了一套规范化、标准化、全程化、个性化的个案管理方

案, 提高了骶神经调控术二期转化率, 提高了患者平衡膀胱率, 改善了患者负面情绪, 降低了尿路感染发生率, 提高了患者生活质量, 提高了患者满意度, 取得了较好的临床疗效。同时本次活动由多科室共同协作完成, 圈员有伤口治疗师、心理医生, 康复专科护士等, 运用 APP 建立随访平台, 这也体现出课题研究型品管圈所解决的问题难、涉及部门多、辐射范围广, 多学科团队合作的必要性。此外, 全体圈员在运用课题研究型品管圈过程中发现问题、分析问题、解决问题方面的能力得到了大幅度提升。

3.2 个案管理模式提高了神经源性膀胱患者的生活质量

神经源性膀胱导致的排尿功能障碍常引起患者排尿困难、长期尿失禁、反复泌尿系统感染、尿路结石、肾积水、甚至肾功能衰竭, 其并发症多, 严重影响患者生活质量, 即使骶神经调控术后仍有下尿路功能障碍的存在, 需要严密随访管理。实施个案管理模式后, 从院前管理, 到骶神经调控术一期、二期围手术期管理, 以及出院及居家长期随访管理, 个案管理师密切追踪, 并对每个环节评估、计划、实施、协调、评价及反馈, 使得实施全程个案管理模式后的患者膀胱功能明显提高, 尤其是患者膀胱容量明显增加, 患者满意度、生活质量得到明显改善。因此, 经过课题研究型品管圈构建的个案管理模式干预, 提高了患者生活质量, 有效改善了疾病结局, 需要注意一点的是, 因为干预组有更多的患者行骶神经调控术二期手术, 骶神经调控术治疗效果有可能也对膀胱容量、残余尿、尿路感染发生率等有影响, 在以后的研究中需进一步将骶神经调控术疗效剔除, 采用随机对照研究了解个案全程管理的疗效。总的来说, 个案管理模式的实施对神经源性膀胱 SNM 术

患者具有积极作用, 值得推广。

【参考文献】

- [1] 金宗兰, 陈萍萍, 李磊, 等. 基于“互联网+”神经源性膀胱骶神经调控患者智慧化管理模式构建 [J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(05): 79-84.
- [2] 徐娟, 刘颖, 陈星, 等. 脊髓损伤伴神经源性膀胱患者三元联动式延续性护理实践 [J]. 中国护理管理, 2020, 30(02): 34-36.
- [3] 张威, 王建业, 万奔, 等. 骶神经调节术一期体验治疗效果的影响因素分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2018, 39(09): 694-697.
- [4] 廖利民, 刘智勇, 吕坚伟, 等. 骶神经调控术临床应用中国专家共识再版 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2018, 39(11): 801-804.
- [5] 马雪霞, 樊帆, 黄海. 全程管理在神经源性膀胱患者骶神经调节治疗的疗效评价 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志 (电子版), 2022, 16(01): 35-39.
- [6] 朱明珍, 王影新, 李明子. 个案管理护士胜任力指标体系的构建 [J]. 护理研究, 2022, 36(21): 3767-3774.
- [7] Hsu Y H, Chai H Y, Lin Y F, et al. Health-related quality of life and satisfaction with case management in cancer survivors [J]. J Clin Nuts, 2017, 26(23-24): 4597-4604.
- [8] Moreira RC, Mantovani Mde F, Sonano JV. Nursing Case Management and Glycemic Control Among Brazilians With Type 2 Diabetes: Pragmatic Clinical Trial [J]. Nurs pes. 2015, 64(4): 272-281.
- [9] 王惠丽, 梁宗桦, 张丽. 2型糖尿病患者个案管理的实践研究 [J]. 中华护理教育, 2016, 13(01): 53-57.
- [10] 崔虹, 何夏君, 丁寒琴, 等. 个案管理对社区精神分裂症患者服药依从性和生活质量的影响 [J]. 护理学杂志, 2014, 29(23): 77-79.
- [11] Johnson D, Polansky M, Matosky M, et al. Psychosocial Factors Associated with Successful Transition into HIV Case Management for those without Primary Care in an Urban Area [J]. AIDS Behav, 2010, 14(2): 459-468.
- [12] 张佳佳, 梁莉, 赵宇, 叶凤丽. 品管圈在缩短急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊科停留时间中的应用 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2023, 28(11): 160-164.

【作者简介】黄非, 女, 西安交通大学第一附属医院泌尿外科护师。

【通讯作者】赵朋伟, 男, 西安交通大学第一附属医院普通外科主管护师。

一例 Bacon 手术治疗超低位直肠癌术后患者的护理

马小涵, 朱琳, 郭媛媛, 徐滇玥, 李越琦, 王宝贤, 赵朋伟

(西安交通大学第一附属医院普通外科, 陕西, 西安, 710061)

DOI:10.12238/jrm.v2i2.13119

【摘要】 总结 1 例 Bacon 手术治疗超低位直肠癌术后患者的护理经验, 详细阐述了从病情观察、伤口护理、肠道功能恢复、肛门外置肠管的观察等护理措施及成效, 旨在为同类患者的术后护理实践提供参考。

【关键词】 超低位直肠癌; Bacon 术后; 护理

【中图分类号】 R735

【文献标识码】 A

Nursing Care of a Patient with Ultra-low Rectal Cancer Treated by Bacon Surgery

MA Xiaohan, ZHU Lin, GUO Aiai, XU Dianyue, LI Yueqi, WANG Baoxian, ZHAO Pengwei

(Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University, Xi'an, Shanxi, 710061)

【Abstract】 The nursing experience of a patient with Bacon surgery for ultra-low rectal cancer was summarized, and the nursing measures and effects such as condition observation, wound nursing, intestinal function recovery, and observation of anal external intestinal tube were expounded in detail, aiming to provide reference for postoperative nursing practice of similar patients.

【Key words】 Ultra-low rectal cancer; Bacon surgery; Nursing care

随着医疗技术的不断进步, 直肠癌的治疗方式也在不断优化。Bacon 手术是一种创新的结直肠手术技术, 特别适用于超低位直肠癌患者, 在保证疾病控制的同时最大限度地保留了患者的生理功能^[1]。该手术于 1945 年由 Bacon 教授首次提出, 随后得到了广泛的关注与持续改良, 发展成目前在多个国家普遍采用的改良 Bacon 手术。改良 Bacon 手术在切除标本后直接将结肠经肛门拖出, 待肠管与外科肛管愈合牢固后二期切除肛门外置结肠, 从而为患者保留了肛门, 提高了患者术后的生活质量^[2]。本研

究在围手术期, 结合快速康复外科理念对患者实施伤口护理、肠道功能恢复、心理护理等综合护理措施, 减少术后并发症的发生, 为该类患者术后护理实践提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者, 男, 78 岁, “以腹泻半年余”为主诉于 2024 年 11 月 27 日入院, 病人既往无高血压、糖尿病、心脏病史; 结肠镜示: 直肠癌; 病理诊断示: “直

肠活检”坏死组织见少许腺上皮呈重度异型增生；直肠指（膝胸位）诊示：肛周无红肿，无肿块、破溃，肛门括约肌无松弛，距肛缘 3cm 处 9 ~ 3 点钟方向触及肿瘤，质硬，中央呈溃疡，活动度差，退指指套无染血。

1.2 治疗及转归

患者于 2024 年 12 月 10 日行机器人下直肠癌根治术。

术后第一天：患者生命体征平稳，诉：肛门未排气排便，无腹胀、腹痛，听诊肠鸣音 2 次 / 分，骶前引流管引出淡红色液 20ml，肛门外置肠管颜色呈暗红色，无缺血、坏死，指诊肠管通畅，无狭窄，给予凡士林纱布湿敷，避免肠管外露导致脱水、干燥。血细胞分析 + 五分类：白细胞计数 $8.06 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 100g/L，中性粒细胞百分比 91.1%，降钙素原检测：降钙素原 0.470ng/ml。化验结果示中性粒细胞百分比、降钙素原高，给予抗感染、抑酸、化痰、止痛、补液及营养支持等对症处理，观察患者病情变化。

术后第二天：患者一般情况好，诉：肛门未排气排便，少量多次饮水后无腹胀、腹痛，听诊肠鸣音约 2 次 / 分，肠鸣音较前活跃，骶前引流管引出淡黄色液 100ml，肛门外置肠管颜色呈暗红色，指诊肠管通畅，无狭窄，嘱其适度行肛提肌锻炼，给予抗感染、抑酸、化痰、止痛、营养及抗凝等对症治疗。

术后第三天：患者一般情况好，自诉肛门排气排便，少量多次饮水后无腹胀、腹痛，听诊肠鸣音约 2-3 次 / 分，肠鸣音较前活跃，骶前引流管引出淡黄色液 100ml，肛门外置肠管颜色呈暗红色，指诊肠管通畅，无狭窄，继续观察肠管颜色变化，加强肛提肌锻炼，血细胞分析 + 五分类：白细胞计数

$3.8 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 32g/L，中性粒细胞百分比 82.1%，降钙素原检测：降钙素原 0.234ng/ml。化验结果示中性粒细胞百分比、降钙素原稍高，给予抗感染、抑酸、止痛、补液及营养支持等对症处理，观察患者病情变化。

术后第六天：患者一般情况好，自诉肛门排黄色稀便，并排气，少量多次流食后无腹胀、腹痛，听诊肠鸣音约 3 ~ 4 次 / 分，听诊肠鸣音活跃，骶前引流管引出淡黄色液 20ml，肛门外置肠管颜色呈暗紫色，指诊肠管通畅，无狭窄，继续观察肠管颜色变化。急诊肝功十项：白蛋白 26.1g/L，化验结果示白蛋白低，考虑机体消耗，蛋白摄入不足，嘱适当增加饮水量，高蛋白饮食，骶前引流量少，给予拔出骶前引流管。

2 护理

2.1 生命体征监测

术后严密监测患者生命体征，每 30 分钟至 1 小时测量血压、心率、呼吸、血氧饱和度一次，密切观察患者有无面色苍白、大汗淋漓等休克表现。持续监测 24 小时后，根据病情逐渐延长测量间隔时间。该患者术后生命体征平稳，未出现异常波动。

2.2 控制感染，促进伤口愈合

2.2.1 腹部伤口护理

观察腹部手术切口有无渗血、渗液，保持敷料清洁干燥，患者在咳嗽、翻身或用力排便时，腹压会增加，可能导致伤口裂开。所以要叮嘱患者尽量避免这些增加腹压的动作，一旦发现伤口有部分裂开，应立即告知医护人员进行处理^[3]。

2.2.2 会阴部伤口护理

由于超低位直肠癌手术会阴部留有切口，此处

易受粪便污染,增加了会阴部切口感染的愈合难度,采用特殊的会阴部护理措施^[4]。

(1) 伤口观察: 每天至少检查会阴部伤口两次, 仔细查看伤口有无渗血、渗液情况。术后伤口有少量血性渗出是正常现象, 但如果发现渗血持续不止或者渗液量增多、颜色异常(如变为脓性、浑浊), 可能提示伤口感染或者愈合不良。

(2) 体位管理: 为了减轻会阴部伤口的压力, 促进局部血液循环, 患者应采取合适的体位。一般建议患者采取半卧位或侧卧位, 避免长时间压迫会阴部伤口。同时, 可在臀部下方放置柔软的气垫, 以分散压力。当患者需要翻身时, 动作要轻柔, 避免因过度牵拉伤口而导致疼痛或裂开。

(3) 冲洗护理: 术后会阴部伤口容易受到粪便等污染物的污染, 冲洗可以保持伤口清洁, 减少感染的风险。一般在术后早期, 每天至少冲洗会阴部伤口2~3次, 冲洗时使用无菌的冲洗装置, 如注射器。冲洗压力要适中, 避免压力过高损伤伤口组织。将冲洗液缓慢地注入伤口, 从伤口的一侧冲洗, 让冲洗液从另一侧流出, 以彻底清洁伤口内的分泌物和坏死组织。冲洗后用碘伏棉球消毒, 再用无菌纱布覆盖。

(4) 换药操作: 换药时要严格遵守无菌操作原则。首先, 用碘伏棉球从伤口周围向中心消毒, 消毒范围要足够大, 一般距离伤口边缘3~5厘米。然后, 轻轻去除伤口表面的旧敷料, 观察伤口有无异常情况, 如有无新生的肉芽组织、有无缝线反应等。如果发现伤口有缝线反应, 即缝线周围红肿、有少量渗出, 可在医生的指导下进行相应处理, 如拆除部分缝线等。最后, 用无菌纱布或新型敷料覆盖伤口。患者术后腹部切口甲级愈合, 会阴部切口在精心护

理下, 愈合良好, 未发生感染。

2.3 肠道功能恢复护理

鼓励患者早期在床上翻身、活动四肢, 促进胃肠蠕动。待患者肛门排气后, 遵医嘱逐渐给予少量流食, 观察有无腹胀、腹痛等不适。该患者在术后第3天肛门排气, 逐步过渡饮食, 过程顺利。

2.4 肛门外置肠管护理

(1) 血运观察: 对于 Bacon 手术, 拖出肛门的外置肠管缺血坏死是术后较严重且常见的并发症之一。在 Sage 等的研究中, 外置肠管缺血坏死的发生率为 10.6%^[5]; 在唐寄焱的研究中, 外置肠管缺血坏死的发生率较高(21.6%)^[6]。此类患者肛门处的护理即为重点, 术后每日需更换肛门处敷料, 同时观察拖出结肠血运, 以防止发生坏死^[7], 正常的肠管颜色应该是红润的, 这表明其血液循环良好。如果肠管颜色变为紫色甚至黑色, 可能是其缺血的表现, 需要立即通知医护人员。

(2) 肠管回缩: 同时要注意观察外置肠管的长度、大小和形状, 肠管在术后初期有一些水肿, 是正常现象, 一般会在数周内逐渐消退。给患者建立专用纸质测量尺, 每日监测外置肠管长度, 并进行记录, 关注其有无回缩。

(3) 周围皮肤并发症: 患者通过肠管输出粪便泄漏引起^[8], 常表现为肛门周围皮肤发红和浸渍, 术后患者每次便后用温水清洗肛周皮肤, 保持局部清洁干燥。清洗要点: 轻柔, 免冲洗, 合适的 pH。清洗皮肤时动作要轻柔, 不要用力去摩擦。清洗液最好无香味、无刺激性, 且接近皮肤的 pH 值。Nix 等^[9]的研究表明清洗会阴部最好使用接近皮肤 PH 值(5.4~5.9)的产品。其次为了更好的保护肛周皮肤, 合理的使用皮肤保护剂也至关重要。保护剂

的使用是为了保护皮肤角质层不受大小便的刺激及大便中细菌的侵蚀。皮肤保护剂既要有水合作用也要透气,以保证长时间的使用不会引起皮肤的浸渍。常见的皮肤保护剂有两类,一类是油膏类如氧化锌、凡士林、二甲甲基硅油等;另一类是液体状的丙烯酸酯。有文献表明使用液状丙烯酸酯要比油膏类产品在成本控制上更好^[10]。

2.5 心理护理

患者术后因对疾病的恐惧、身体不适以及对肛门功能的担忧,易出现焦虑、抑郁情绪。责任护士运用叙事护理缓解患者焦虑情绪^[11],引导患者表达出困扰自身的问题,帮助患者树立战胜疾病的信心,同时充分发挥患者的社会支持作用,指导家属在陪伴过程中尽可能满足患者需求,共同配合治疗护理方案,发挥正向作用。

3 康复效果

经过系统的术后护理,患者术后恢复良好,饮食正常,肠道功能基本恢复至术前水平,能自主进行日常活动,会阴部切口愈合佳,未遗留明显后遗症,于术后2024年12月17日顺利出院,术后3~4周住院行Bacon术后二次手术。

4 小结

本个案展示了Bacon治疗超低位直肠癌术后全面护理的重要性与有效性。未来随着护理技术的不断发展,应进一步优化护理流程,加强多学科协作,为超低位直肠癌患者提供更优质、个性化的术后管理服务,助力患者更好地回归社会与生活。

【参考文献】

- [1] 江波, 孟志鹏. 低位直肠癌改良 Bacon 手术操作要点及并发症的预防和处理 [J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(05): 553-556.
- [2] 江波, 卢艳军, 刘海义, 等. 经自然腔道取标本改良 Bacon 术在低位直肠癌中的应用 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2018, 23(11): 827-830.
- [3] Lommi M, Raffaele B, Tolentino Diaz MY, Montini G, Puleio C, Porcelli B. Nursing outcomes in wound care management: A mixed method study. *Nurs Open*. 2023 Apr;10(4):2249-2263.
- [4] 江波, 孟志鹏. 低位直肠癌改良 Bacon 手术操作要点及并发症的预防和处理 [J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(05): 553-556.
- [5] Sage, PY., Trilling, B., Waroquet, PA. et al. Laparoscopic delayed coloanal anastomosis without diverting ileostomy for low rectal cancer surgery: 85 consecutive patients from a single institution. *Tech Coloproctol* 2022, 18(1): 511-518.
- [6] 唐寄焱. 改良 Bacon 肛门一次性成形术在超低位直肠癌保肛技术中的应用 [D]. 郑州大学, 2022.
- [7] 蔡明瑾, 高静, 柏丁兮, 等. 肠造口坏死预防与护理的最佳证据总结 [J]. 中华护理教育, 2023, 20(01): 93-98.
- [8] Stelton S. CE: Stoma and Peristomal Skin Care: A Clinical Review. *Am J Nurs*. 2019, 119(6): 38-45.
- [9] Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage*. 2004, 50(12):59-67.
- [10] Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007, 34(2):143-52.
- [11] 林素红, 郎杉, 岳爱华. 团体心理干预联合叙事护理在结直肠癌患者心理调适中的应用价值 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(27): 3808-3812.

【作者简介】 马小涵，女，西安交通大学第一附属医院普通外科护师。

【通讯作者】 赵朋伟，男，西安交通大学第一附属医院普通外科主管护师。

医改新政下基层检验科科研方向探讨

刘蓓, 李妮

(西安医学院医学技术学院, 陕西, 西安, 710021)

DOI:10.12238/jrm.v2i2.13120

【摘要】 在国家医改新政的背景下, 基层检验科作为医疗服务体系的基础环节, 其科研工作对于提升基层医疗服务水平、落实分级诊疗制度具有重要意义。本研究根据基层检验科的特点和职责提出了基层检验科可能开展的科研方向, 如提高常见疾病如呼吸道感染, 糖尿病、高血压等常见慢性病的实验室诊断和管理水平、加强质量控制、信息化与智能化管理研究等。同时, 提出了实现科研目标的策略与措施, 包括加强人员培训与团队建设、改善设备条件与技术水平、建立健全质量控制体系、加强与其他医疗机构的合作、争取政策支持与资源投入等。通过这些措施的实施, 有望助力基层检验科常见病与慢性病的早期诊断、个性化治疗及全程管理, 推动其科学研究的长足发展, 为全民健康目标的实现提供支撑。

【关键词】 基层检验科; 科研方向; 诊断水平; 质量控制

【中图分类号】 R197

【文献标识码】 A

Exploration of Research Directions for Primary Laboratory Departments Under New Healthcare Reform Policies

LIU Bei, LI Ni

(School of Medical Technology, Xi'an Medical University, Xi'an, Shaanxi, 710021)

【Abstract】 Under the backdrop of national healthcare reform policies, primary laboratory departments, as fundamental components of the medical service system, play a crucial role in enhancing the quality of primary healthcare services and implementing the hierarchical diagnosis and treatment system. This study proposes potential research directions for primary laboratory departments based on their characteristics and responsibilities, such as improving laboratory diagnosis and management for common diseases (respiratory infections, diabetes, and hypertension), strengthening quality control, and advancing research on informatization and intelligent management. Additionally, strategies and measures to achieve research objectives are suggested, including enhancing personnel training and team building, upgrading equipment and technical capabilities, establishing a robust quality control system, fostering collaboration with other medical institutions, and securing policy support and resource allocation. Through the implementation of these measures, primary laboratory departments are expected to contribute to the early diagnosis, personalized treatment, and comprehensive management of common and chronic diseases, thereby becoming a vital scientific research base in the public health system and providing a solid foundation for achieving the goal of universal health.

【Keywords】 Primary laboratory department; Research direction; Diagnostic capability; Quality control

在基层医疗卫生机构中，检验科发挥着极为重要的作用。作为医疗服务体系的基础环节，其为临床诊疗工作提供了大约 70% 至 80% 的诊断依据，在很大程度上影响了临床医生诊疗决策的准确性和及时性。此外，基层检验科还肩负着疾病监测、预警以及控制等重要职责，构成了公共卫生防御体系的关键一环。

在国家卫生改革持续深入的背景下，基层检验科迎来了新的发展机遇，同时也面临着诸多挑战。新医改政策着重强调基层医疗服务能力的提升，其中检验科在居民健康档案管理、慢性病监测以及传染病防控等领域的关键作用愈发受到重视。高质量的检验服务，不仅有助于提高基层医疗机构的诊疗水平，还能增强患者对基层医疗的信任度，从而推动分级诊疗制度的有效落实。

在基层检验科中开展科研工作具有重要的意义。首先，科研工作能够有效促进检验技术的更新换代以及质量管理水平的显著提升，使基层医院在疾病筛查和诊断方面更加精准，进而提高临床治疗效果和患者满意度。其次，科研活动有助于促进医务人员专业能力的提升和创新思维的培养，加速检验流程的标准化与信息化建设。此外，科研活动还能够推动新技术、新方法的引进与应用，从而提升检验科的技术水平和服务能力。

1 当前基层检验科科研工作现状与挑战

目前，基层检验科在开展科研工作时面临着诸多挑战。第一，人员配置与科研能力不足较为突出。许多基层检验科的工作人员“半路出家”，缺乏系

统的科研训练，且由于基层医疗机构对检验科的重视程度不足，科研培训和进修机会有限，导致检验人员科研能力提升困难。此外，基层检验科人员老龄化现象严重，年轻人才流失，进一步加剧了科研能力不足的现况^[1-2]。

第二，设备陈旧与资金投入不足问题较为严重。基层医院由于经费紧张，难以及时引进先进仪器设备，导致在高精度检测、数据采集和新技术验证方面存在明显短板^[3]。

第三，科研管理体制和激励机制的不健全也制约着科研工作。基层医疗机构在科研项目申报、成果转化和评估机制方面尚未建立完善的体系，缺乏有效的政策支持和奖惩措施，导致科研动力不足。此外，信息化建设滞后和数据共享困难，限制了与高水平科研机构及大学的技术交流与合作，影响了科研创新成果的产出。

2 基层检验科科研方向探讨

2.1 提高常见疾病的实验室诊断水平

基层医院检验科在科研工作中，可聚焦于常见病的实验室诊断研究，探索如何借助现有检测手段或引入新技术，提高疾病早期筛查、诊断和监测水平。

以呼吸道感染为例，这类疾病具有高发病率、短病程且临床表现不典型的特点，其诊断在很大程度上依赖于实验室检测指标。传统检测方法如血常规、快速抗原抗体检测，在敏感性与特异性方面存在局限性。近年来，分子生物学检测技术（例如 PCR、实时荧光 PCR 定量、多重 PCR 以及测序技术）在呼吸道病原体检测领域得到了广泛应用。这些技

术能够在短时间内精准、快速地检测病原体，从而大幅缩短患者从就诊到确诊的时间，有利于及时开展治疗并控制传染扩散。然而，分子生物学检测方法也存在检测时间长、成本较高的问题，目前在基层检验科尚未得到广泛推广。因此，针对基层资源有限的实际情况，开发和验证低成本、快速的适宜检测技术成为了亟待解决的关键问题。

慢性病（如糖尿病、高血压、慢性肾病及冠心病等）在基层社区中广泛存在，且病程较长、管理复杂。其临床管理需要定期监测生化指标和血液学参数。从实验室检测的角度来看，可以深入研究现有检测指标在慢性病风险评估、并发症预防以及个体化治疗中的应用价值。

对于糖尿病患者，可通过整合血糖、糖化血红蛋白（HbA1c）、血脂、尿微量白蛋白、肝肾功能等指标，构建一套适合基层的风险评估系统和管理方案^[4]。这将有助于全面评估糖尿病患者的病情和并发症风险，从而为个体化治疗提供科学指导。

在高血压患者的管理中，除了传统的血压测量和目前强调的动态血压监测外，基层检验科还可以开展检测一些与高血压相关的生物标志物，如肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAA）相关指标、炎症因子等，进一步明确高血压的疾病定位诊断。此外，由于个体的基因差异会影响降压药物的疗效和不良反应，通过检测与药物代谢、靶点相关的基因多态性，可以预测患者对特定降压药物的反应，为精准用药和个体化治疗提供依据^[5]。

对于高血脂患者，检测总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL - C）和高密度脂蛋白胆固醇（HDL - C）等核心指标，能够为高血脂诊断提供基础数据。针对肥胖、代谢综

合症患者，检验科需定期监测血脂变化，以此评估生活方式干预或药物治疗的效果。对于疑似家族性高胆固醇血症或混合型高脂血症患者，进一步检测载脂蛋白 A1（ApoA1）、载脂蛋白 B（ApoB）及脂蛋白（a）等指标，有助于明确分型并进行动脉粥样硬化性心血管疾病风险分层。在治疗监测与用药指导方面，通过监测 LDL- C 降幅来判断疗效，针对他汀类药物剂量不足或过量的问题，需要检验数据支持个体化调整。同时，对于长期使用他汀治疗可能导致的肝功能异常或肌酸激酶升高情况，检验科需定期检测相关指标（如丙氨酸氨基转移酶 ALT、肌酸激酶 CK），以确保用药安全^[6]。

此外，探索新型生物标志物的检测也是一个前沿方向。近年来，炎症因子、氧化应激指标以及代谢产物等新指标在慢性病诊断中的价值逐渐被认可。可以尝试将这些新型生物标志物与传统检测方法相结合，构建多参数联合检测体系，以期提高早期诊断率和风险分层水平。

2.2 加强基层检验科质量控制

基层医疗卫生机构检验科在质量控制方面存在诸多不足：部分机构的检验科人员配置不合理且不固定，轮岗频繁，缺乏对检验全过程的监管，实验室质控不严，导致检验结果的可靠性无法得到保障。仪器的使用、清洗、保养等操作不规范，发现检验误差后，未能及时修正标准曲线、校正仪器，这不仅降低了仪器的可靠性，也影响了检验结果的准确性。此外，对检验前标本的采集、保存和运输等环节的重视程度不够，标本采集失误、保存方法不当等情况时有发生。

针对上述问题，可研究探索建立一套完善的质量管理规范：成立专门的质控管理小组，制定详细

的标准操作程序 (SOP) 文件, 构建完整的质控制度, 明确检验技术人员的工作职责和具体工作流程, 确保检验工作的规范性和一致性, 全面提升质控管理水平^[7]。

目前, 即时检测技术 (POCT) 在基层医疗中的应用日益普及, 涵盖了血糖检测、快速血凝检测、心脏标志物快速诊断、尿液分析、呼吸道病原体检测等多个领域。然而, 其质量控制问题一直是争议的焦点。例如, 在高敏检测项目 (如高敏肌钙蛋白) 中, POCT 的敏感性和准确性往往低于中心实验室, 这导致临床医生对 POCT 结果的信任度降低。为了优化检测流程、降低检测成本, 研究便携式检测仪器或 POCT 方法与常规实验室检测结果的差异, 评估其在慢性病、常见病监测中的敏感性、特异性等指标具有重要意义。这对于资源相对匮乏的基层医院来说尤为关键, 因为可以有效缩短结果反馈时间, 便于及时调整治疗方案。

2.3 信息化与智能化管理研究

基层检验科在信息化和智能化管理方面面临诸多挑战: 基础设施薄弱, 部分基层检验科信息化硬件设备不足, 如计算机、网络设施陈旧或数量不够, 导致信息系统运行缓慢、不稳定。基层医疗机构资金有限, 难以投入足够的资金用于信息化系统的建设和升级, 限制了信息化管理的深度和广度。同时, 基层检验科普遍缺乏专业的信息化人才, 导致信息化系统的维护、管理和应用水平较低, 难以充分发挥信息化的优势。此外, 部分检验流程仍依赖人工操作, 缺乏统一的信息化管理标准和规范, 容易出现人为错误, 降低了检验质量。

针对这些问题, 应当积极争取政策支持, 同时探索与企业合作等多元化方式, 拓宽资金来源, 用

于信息化系统的建设和升级。开发适合基层检验科的信息化解决方案, 建立智能化数据管理系统。在单位内部制定统一的信息化管理标准和规范, 确保检验流程的标准化和规范化。通过数智化系统实现对检验数据的深度挖掘和分析, 为临床决策提供有力支持, 包括疾病诊断与预测、慢病管理指导等功能。同时, 积极参与区域内的数据共享和交流, 提升整体的诊断水平。

3 实现科研目标的策略与措施

3.1 加强人员培训与团队建设

基层检验科科研能力薄弱, 提升专业素养迫在眉睫。应“引进来”与“走出去”双管齐下: 一方面, 邀请三甲医院及高校检验专家开展技术培训, 聚焦分子生物学检测、POCT 质量控制等前沿技术; 另一方面, 鼓励基层人员参与线上学术会议或短期进修, 拓宽视野。为减少人才流失, 完善激励机制, 将科研成果与职称晋升、绩效奖励挂钩, 激发科研积极性。

3.2 改善设备条件与技术水平

基层医院应争取财政拨款或社会资本支持, 优先更新关键设备, 如全自动生化分析仪、荧光定量 PCR 仪等, 并引入适合基层的便携式检测仪器, 如小型化 POCT 设备。同时, 探索与第三方医学检验中心合作, 通过“区域检验资源共享”模式弥补设备短板。在技术层面, 联合科研机构开发低成本、高灵敏度的检测方法, 例如优化核酸快速提取流程或开发基于微流控芯片的检测技术, 逐步缩小与上级医院的技术差距。

3.3 建立健全质量控制体系

质量控制是检验结果可靠性的基石。建议成立质量管理领导小组, 参照相关标准制定标准化操作

程序，涵盖标本采集、仪器校准、结果复核等全流程。针对 POCT 设备，需定期与中心实验室进行结果比对，建立偏差预警机制。此外，引入信息化质控平台，实时监控检测数据波动，自动生成质控报告，减少人为误差。

3.4 加强与其他医疗机构的合作

基层检验科应主动与上级医院、高校及疾控中心建立协作网络。例如，联合申报区域性科研项目，聚焦慢性病标志物筛查或传染病快速诊断技术；参与多中心临床研究，共享数据与样本资源。通过“医联体”模式，实现检验结果互认，提升区域协同诊疗效率。

3.5 争取政策支持与资源投入

政府部门需将基层检验科建设纳入医改重点规划，加大专项资金扶持力度，并出台税收减免等优惠政策吸引社会资本。同时，推动医保政策向基层倾斜，将新型检测项目纳入报销范围，降低患者负担。通过政策引导，逐步构建“以科研促服务、以服务带科研”的良性循环。

4 结论

基层检验科作为基层医疗服务的核心环节，提升其科研能力对实现精准诊疗、落实分级诊疗制度意义重大。本文探讨了新医改背景下基层检验科提升诊断和服务水平的研究方向，这些措施的实施将推动基层检验科从“基础服务型”向“科研引领型”转变，助力常见病与慢性病的早期诊断、个性化治疗及全程管理。通过持续创新与资源整合，基层检验科有望成为公共卫生体系的重要科研阵地，为全

民健康目标的实现提供坚实保障。

【参考文献】

- [1] 方燕锟, 于鹏飞, 李胜强, 牟凤毓. 基层医院检验科服务能力探讨 [J]. 解放军医院管理杂志, 2021, 28(2): 157-159.
- [2] 刘淑芸. 基层医院开展科研的难点与对策 [J]. 中华医学科研管理杂志, 2016, 29(2): 156-158.
- [3] 雷雨芝. 关于社区卫生服务检验科工作的现状、问题及建议 [J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2020, 28(11): 207-207209.
- [4] Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Lernmark Å, Metzger BE, Nathan DM, Kirkman MS. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2023, 46(10): e151-e199.
- [5] 高血压精准化诊疗专家共识组, 曾春雨, 陈昱, 张瑞岩, 张抒扬, 周冰青, 邹雪, 杨立. 高血压精准化诊疗中国专家共识(2024) [J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(6): 505-519.
- [6] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会, 王增武, 李建军, 赵水平, 高润霖, 郭远林. 中国血脂管理指南(基层版2024年) [J]. 中国循环杂志, 2024, 39(4): 313-321.
- [7] 林蕾, 叶梅毅, 李祖平, 等. 县级区域医学检验中心对基层医疗卫生机构检验能力与质量提升的调查分析 [J]. 中国农村卫生, 2024, 16(8): 36-39.

【基金项目】 西安医学院创新创业教育改革专项研究课题(2024CCJG-12); 2024年陕西省高校德育中心课题(SGDY202414)。

【作者简介】 刘蓓, 女, 西安医学院医学技术学院副教授。

不忘从医初心 情系农村百姓

贺星龙

（山西省临汾市大宁县徐家垛乡乐堂村卫生所，山西，临汾，042305）

DOI:10.12238/jrm.v2i2.13121

我叫贺星龙，今年45岁，2008年入党，是山西省临汾市大宁县太古镇乐堂村的一名乡村医生，同时我还肩负着我们乡镇医院的防疫和妇幼保健工作。我从小出生在黄河边上一个贫困的农民家庭，大宁县是山西省经济相对落后的县，我们村一带又是大宁县最贫困的地方。这里土地贫瘠，十年九旱，生活在这里的老百姓祖祖辈辈靠以种地为生。过去有一句俗话说：“有女不嫁乐堂村”，充分体现了我们村的“穷”。

一、从小立志当医生

记得小时候，我们村没有医生，人们生了病没钱看，只好小病忍，大病扛。有时候确实忍不下去扛不过去了，才去70里之外的县医院看病。我12岁那年，爷爷得了重感冒，高烧不退，因为村里没有医生，我爸妈把爷爷送到县医院。过了两天他们就回来了，我妈难过地说：“医生说你爷爷的病耽搁的时间太长，治不了啦！”不久，爷爷离开了我们。这事对我打击特别大，那时候我就想，长大后能不能当一名医生，回来给村里乡亲们看病，给穷人看病，绝不让爷爷的悲剧重演。

二、乡亲帮我凑学费

初中毕业后，我考上了运城市卫校。这是一所民办学校，一年的学费是3000多。这对我的家庭来说是一个很大的数目，家里所有的积蓄只有302块，根本不够。在我准备放弃的时候，村里的乡亲们纷

纷跑到我家和我妈说：“咱娃考上卫校了，你供不起咱们大家凑钱一起供吧。”就这样你家拿30，他家拿50，记得最多的拿了300元，硬是帮我凑足了3025元学费。握着这一沓沓由零钱凑成的学费，我泪流满面。乡亲们鼓励我好好学，学成好回到村里给大家看病。我记下了众乡亲的嘱托，下定决心一定要刻苦努力，毕业后回村里给乡亲们看病。那时候的念头不是说卫校念书出来找一份什么安定工作，毕业之后能挣多少钱，而是学成之后怎么能给老百姓看好病。

三、一顿饭只花6毛钱

三年的卫校生活，我一直坚持刻苦学习，省吃俭用。我知道，我的每一分钱都来之不易，那是乡亲们的血汗钱。为了少打一份菜，每学期开学的时候，我都让我妈给我准备一大瓶韭花酱和油炸的辣椒面，这韭花酱和辣椒面就是我每顿吃的菜，每次都是打两个馒头，用馒头蘸酱和辣椒吃，一顿饭只花6毛钱。假期里我就捉蝎子、刨药材卖钱。学费不够，乡亲们就继续帮我凑。1999年毕业后，有同学联系我去太原的一家医药公司推销药品，还有一位同学让我和他在县城开诊所，我都没有答应。说句实话，那时候我也想到大城市发展，可我想到了村里人帮我凑学费供我上学，当时就只有一个念头：人，得知恩图报！

四、实习能吃各种苦

我从学校回到大宁，连家也没回，就直接来到

县医院实习。因为没有钱租房子住，我就睡在医院病房的长条椅子上。夏天晚上蚊子咬得根本睡不着觉，到了冬天冻得不行，我就和医院烧锅炉的师傅挤在一起，要么就和病人住在病房里，一有时间就向医生请教，和病人交流。

那时县医院妇科不让男实习生进产房、手术室，我就戴上帽子口罩捂严实，只露两只眼睛混进去，我自己也觉得挺可笑。但是，为了以后回到村里能应对各种各样的疾病，打针、输液、包扎、缝合等都得会，医疗、护理、检验知识都要掌握，我就豁出去了。

五、九百六十元办诊所

2000年，我实习结束，和我处了两年的女朋友因为我执意要回村和我分手了。当时亲戚同学都劝我别回去，村里又苦，又赚不到钱，年轻人应该出去到大城市闯一闯。我没听他们的，坚持回到了村里，当起了乡村医生。



刚开始，连最起码的卫生所、听诊器、血压计、药品什么的都没有。家里经济条件实在不好，我爸只好把准备给我娶媳妇的一孔土窑洞腾出来，把卖玉米的400元钱拿出来，不够；我爸又把家里仅有的2只绵羊也卖了，一共凑了960元钱，就这样，我在县卫生局考了一个乡村医生资格证，购置了必要的医疗器械和药品，一个简易的诊所就算筹建起

来了。

六、自己贴钱给百姓看病

诊所建起了，老百姓一开始不信任我，“你年轻人能看得了啥病？”就连我爸都不放心我看病，我每次出诊，他总是担心地问：“你能给人家看好吗？如果不行就让人家去乡镇或县城医院，别把人家给耽搁了。”为了让大家了解我，我就自己贴钱给大家看病。先给家里人和亲戚们看，给他们治好，他们一传十、十传百，这样慢慢地找我看病的人就多了。随着治愈的病人越来越多，附近村子里人都知道了乐堂村有一个卫校毕业生贺星龙在村里办诊所，真能给人看得了病。



七、上门出诊不怕难

我初回到村里那几年，村里的年轻人都出去打工了，留下来的都是老年人和留守儿童。许多老人行走不便，有的卧床不起，生活不能自理，还有13户无儿无女的五保户需要人照顾。这种状况，95%的病人都需要出诊。年轻人出外打工时都会来找我：星龙，我家老人和孩子留在家里有个七病八痛的，你过去照看一下。他们全托付给你了，有你在村里照顾他们，我们在外面打工也就安心放心了。

一开始出诊时没有交通工具，我就靠步行，用扁担挑着沉甸甸的出诊包，翻沟爬坡，涉水过河。

以前每个村都是土路，村民居住分散，我出诊范围的28个村子，分布在七沟八梁的黄河边上，这个梁上几个村那个梁上几个村，中间都由深沟相连接。从这个村要去那个村，翻沟走二三里就到，如果走大路就得绕十几里路。冬天下雪了，雪地里步行，雪灌进鞋里，脚趾头早早就生冻疮了。后来，我爸就把邻村人的一辆旧自行车买回来让我骑着去出诊。可是下雨下雪自行车根本骑不动，还是耽误了不少人的病情。没办法，我狠狠心跑到信用社贷了4000元买了一辆125摩托车，这下就方便多了。



后来老百姓家安了电话买了手机，我又制作了1000多张名片，名片上写着24小时上门服务，不收出诊费；五保户和看不起病的老百姓不要钱。每发出去一张名片，就是对老百姓的承诺，既然承诺了我就要做到。手机24小时不关机，只要有病人打来电话，即便是下雨下雪，或是半夜三更，我都要去。如果不去我就感觉对不起老百姓，良心上就过不去。

每年出诊最艰难的时候就是冬天村里下大雪，这种时候正是老人们病情比较容易加重的时间段，可雪天摩托车不能骑，我就得挑着出诊包步行出诊。有些重病人进不了大医院，120车来不了村里，他们找到我，我就想办法让病人转诊。

八、送医送药数十年

记得2013年腊月，索堤村贺润廷的孙子高烧抽

风，路上刚下过雪，我冒着风雪出诊。摩托来不及带防滑链，坡陡雪滑，连人带摩托摔进路边的排水沟里。我的脚和膝盖都碰破了，血把袜子也染红了，脚也肿了。看完病回到家里自己包扎了一下，第二天，拄着棍子一瘸一拐，为了给张立俊老人看病继续出诊。



因雪厚不能骑摩托，我就用扁担挑着出诊包翻沟走近道，结果行走艰难连人带药从坡上滚到坡底。这下我的右脚彻底不能动了。幸亏两个放羊的老汉把我从沟底扶上来，要不我会冻死在沟里。

老人的病情缓解了，我的脚伤更重了，那几天病人太多没有在意，后来脚又疼又肿，一天比一天肿得严重。12天后，经县医院拍片子，显示右足内踝关节骨折。我自己给自己打上石膏，县医院的医生说有两卷就够了，我就买了四卷。我想把石膏打得厚厚的，骑摩托出诊不误事，右脚还能踩刹车。就这样，打着石膏骑上摩托，我照旧又出诊了。



为了赶路，我的摩托车越骑越快，村里人给我

起外号：“摩托医生、疯子星龙、傻子星龙”。

我曾把大医院下了三次病危通知的张立山治好；我坚持为徐家垛村85岁的退伍军人贺德明插了十几年的导尿管，他常常都在半夜里排不出尿，我就半夜去处理；我在去曹家坡出诊的路上，摩托车翻车摔得脸上、手上、脚上鲜血淋淋，还是坚持给1岁的孩子把高烧给退了……

村里的病人急诊比较多，有些病必须立马进行抢救，严重的就得协助往大医院转。2014年农历7月14日，我正在云居村给一位患者看病，接到上村冯三贵妻子的求救电话，她焦急地说：“星龙，娃他爸在半路上被人头蜂蛰了，昏迷了”。我立即背上出诊包赶到现场，只见病人全身发紫，大汗淋漓，大小便失禁，出现昏迷状态。我立即给他注射了一支抗过敏的药，并在路上拦了一辆三轮车急忙往县医院送。到了县医院，冯三贵家人没带钱，我从自己兜里掏出300元钱，不够，我又从医院旁边开理发店我媳妇同学那儿借了500元，帮忙交了押金，给病人办理了住院手续。事后，病人家属见人就说：要不是星龙，我丈夫早就没命了。

九、辛劳辛苦不埋怨

村里许多老人行走不便，生活不能自理，有的大便不下，需要灌肠，有的小便不下，需要插管导尿。多年来，我把他们当成自己的亲人一样照顾，老人也把我当成了他们的儿子。他们有了病不给自己孩子打电话，第一时间先给我打电话。

和村里老百姓相处必须咱个人先吃苦吃亏，不能向钱看。有的家里水管不通了，有的家里电线短路了，有时村里路灯不亮了，我就去处理。

2013年我们村到曹家坡村村通水泥路项目开始施工，横穿乐堂村10公里的主干道动工，工程一切

都很顺利，可就在最后2公里处出现了问题。主干道末端处的曹家坡村，村民因土地问题挡住不让施工，影响工程进度，村两委干部协商没有起到效果。我知道后主动去协商，说我们路修好了，我去给你们看病也就方便了。从现在起，我给你们每人免费输两次液。就这么两句话，村民们就散开了。村民并不是为了能免费输两次液而买我的帐，关键是村民对我的信任。



每天，周边28个村子有二三十个电话叫出诊看病。有感冒发烧的，胃不舒服的，量血压的，孩子要接种疫苗的，各种各样。早上7点出发，有时候晚上十来点才能回家，一天几乎4、5个小时都奔波在路上。到了冬天，山里风大，加上下雪，寒风刺骨中，骑摩托冻得我两个胳膊两条腿冰冷冰冷的。这几年因为骑摩托我落下一些病，一着凉，关节就又疼又困，晚上睡到半夜才会缓解，淋了雨就会起风疹。由于长期吃饭不定时，引起糜烂性胃炎。到了过年的时候同龄人在一起吃饭喝酒打扑克，我还是这个村那个村出诊看病。虽然辛苦，但每次看完病患者拿自己家最好吃的东西招待我，有的送一袋花生，有的送一袋苹果，有的送几个包子，有的老年人拿出自己舍不得吃的鸡蛋给我家孩子吃，这时我的心里就十分的温暖。和乡亲们有了深厚的感情，就越发不舍得离开他们。我坚信，你对老百姓好，

他们就一定会对你更好。

十、面对家庭有亏欠

一提起妻子和孩子，我的心情就久久不能平静。平时我陪他们的时间太少，亏欠他们太多了。

2009年，我两个孩子到了上学的年龄，因为村里没有学校，妻子劝我一起去城里发展。妻子和我是同一个学校毕业的，她打听到卫校同学在城里开诊所一年能赚3万多。于是她劝我说跑出诊太累也挣不下钱，就动员我出去发展，同时也能让孩子接受更好的教育。恰好那时同学聚会，眼瞅着同学们不少都是有车有房，穿的名牌衣服，我也有些动心了，于是答应妻子一起去城里发展。

可村里人听说我要走了，这下不得了了，每天都有好多人来劝我不要走，每天晚上都能接到一些在外边打工的年轻人打回来电话说：你可不敢走，你走了，留在村里的老人和孩子有了病的咋办呀？

学校开学那天，索堤村70岁的郝芳花专门跑到我家，给我家孩子拿了20多个鸡蛋，握住我的手哭着说：星龙，你可不能走，走了谁给我们看病呀！我儿子都在外面打工，谁管我？你走了，我就活不成了！就在那一瞬间，我决定不走了，我要走了就对不起自己的良心，对不起曾经帮助过我的老百姓，更对不起老百姓对我的这份真情和信任！

为此事，妻子和我大吵了一架。可到最后，妻子还是包容了我，她一个人领着两个孩子去了县城，一边打工，一边照顾孩子。我继续留在村里给老百姓看病。

有时候，孩子问我：“爸爸，我学校的同学们穿漂亮衣服，住新楼房，我们怎么就住穿不上新衣服，住不上新楼房，老是租人家的房子？”听着孩子们的这些问话，我不知道作为爸爸该怎么回答孩子。

十一、服务百姓没遗憾

这些年虽然我吃了一些苦，吃了一些亏，流过一些汗，也流过一些血，但是百姓的信任，党和政府的关心，让我觉得所有的这些都值了。虽然我没有挣到钱，我身边周围28个村的4600多名老百姓离不开我，我也离不开他们。我感觉我活得有意义，有价值。



这些年，党和政府给了我很多荣誉。我感觉我干的所有工作都是应该的，同时我也感觉到身上的担子更重了。2021年，在党的百年华诞之际，我向党组织缴纳了1万元的特殊党费。

今后，我还一直要为乡亲们看病，不管农村条件再怎么苦，我都要坚持下去，不忘初心，一辈子跟党走，一辈子为老百姓服务！

【编者的话】

贺星龙，山西省临汾市大宁县徐家垛乡乐堂村卫生所医生。作为一名80后，他坚守贫困乡村25年。2013年，贺星龙的事迹被中组部评为典型事迹一等奖，并被多家媒体报道，获得了一系列荣誉：

2017年2月，获得中央电视台“全国最美医生”称号；

2017年7月，获中央宣传部、中央文明办、中央军委政治工作部、全国总工会、共青团中央、全国妇联“全国第六届道德模范提名奖”；

2017年8月，获人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局“白求恩奖章”；

2017年4月，全票当选中国共产党第十九次全国代表大会代表；

2018年3月，获中共中央宣传部“全国岗位学雷锋标兵奖”；

2018年5月，获共青团中央、全国青联中国“五四青年奖章”；

2019年9月，获中共中央宣传部、中共中央组织部、中共中央统战部、中央和国家机关工作委员会、中共中央党史和文献研究院、教育部、人力资源和社会保障部、国务院国资委、中央军委政治工作部“最美奋斗者”称号；

2019年10月，获国务院扶贫开发领导小组“全国脱贫攻坚贡献奖”；

2020年11月，获国务院“全国劳动模范”称号；

2021年6月，获中共中央“全国优秀共产党员”称号。

岁月流转，荣誉加身，贺星龙却始终如扎根乡土的老槐树，坚守着为乡亲们守护健康的初心。这

位来自中国广袤乡村的医生，用双脚丈量沟壑纵横的土地，以药箱承载生命的重量，他的日常行医之路，平凡中蕴藏着震撼人心的力量。

“医者仁心，知恩图报”八个字，是镌刻在贺星龙灵魂深处的誓言。他深知，是这片热土滋养了自己，乡亲们的信任就是最珍贵的馈赠。自踏上从医之路，他便将个人命运与乡村紧紧相连。无论寒霜酷暑，还是深夜黎明，只要乡亲一声呼唤，他便跨上摩托，穿过蜿蜒的山路，奔赴每一个需要他的角落。

“坚守乡村，乐于奉献”不仅是选择，更是他对生命价值的深刻诠释。在物质诱惑与精神追求的天平上，他毫不犹豫地偏向后者，用二十余载光阴，为乡村搭建起一道坚实的健康防线。那些深夜出诊时照亮前路的车灯，那些反复叮嘱患者的暖心话语，那些自掏腰包垫付的医药费，都是他用行动书写的大爱篇章。

贺星龙是千万乡村医生的缩影，更是新时代乡村振兴征程中的精神坐标。他的事迹，如同一束光，照亮了无数乡村医生前行的道路，也让人们看到，在乡村振兴的伟大事业中，每一份坚守与付出都意义非凡，都能汇聚成推动时代发展的磅礴力量。



乡村医学

Journal of Rural Medicine

本刊的办刊宗旨是宣传国家卫生健康工作的方针政策，推广适宜于农村基层的医药卫生技术，传播与乡村卫生密切相关的医药卫生科技信息，为中国各地农村医药卫生科技工作者提供发表论文、交流经验、讨论问题的园地，以提升乡村医疗卫生人员的学术水平和医疗服务质量，推动乡村医疗卫生事业的发展。