

临床中的应用体会[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(3):326-327.

[26] ECER H D, SARITAS S. The Effects of music on the life signs of patients in the reanimation unit/ recovery room after laparoscopic cholecystectomy [J]. *Holist Nurs Pract*, 2019, 33(5):295-302.

[27] 方学云, 于春波. 通道辅助跟腱微创吻合术与传统开放手术治疗急性跟腱断裂手术指标与并发症对比[J]. 智慧健康, 2022, 8(20):91-94.

• 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.22.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241029.1618.004\(2024-10-29\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20241029.1618.004(2024-10-29))

[28] 王淑娟, 田文艳, 陆皓. 探讨“5E”伤害预防策略对住院高血压老年患者跌倒坠床风险的影响[J]. 西部中医药, 2021, 34(3):135-138.

[29] 刘艺华, 王福科, 于春燕, 等. 5E 康复护理对 2 型糖尿病患者运动康复效果的影响研究[J]. 云南医药, 2023, 44(3):109-111.

(收稿日期:2024-03-19 修回日期:2024-07-28)

(编辑:姚雪)

基于德尔菲法构建反复鼻出血患者危险因素评估量表*

肖克珍¹, 王春苗¹, 南方¹, 王昌青¹, 朱晓雪¹, 宋彩霞¹, 商森^{1△}, 田梓蓉², 黄振校¹, 王奎吉¹

(首都医科大学附属北京同仁医院:1. 耳鼻咽喉头颈外科;2. 护理部, 北京 100176)

[摘要] 目的 运用德尔菲法构建反复鼻出血患者危险因素评估量表, 为临床护理人员对反复鼻腔出血患者进行科学、实用、全面的评估提供参考。方法 成立研究小组, 采用文献回顾的方法制订原始条目池, 遴选相关领域专家 20 名, 应用德尔菲法进行 2 轮专家函询, 整合专家意见, 最终形成反复鼻腔出血患者危险因素评估量表。结果 2 轮函询问卷有效回收率均为 100.0%, 专家权威系数分别为 0.965 和 0.975, 肯德尔和谐系数分别为 0.609、0.538。根据 2 轮函询结果, 对条目进行调整, 最终形成 3 个一级指标和 26 个二级指标的反复鼻腔出血患者危险因素评估量表。结论 基于德尔菲法构建的反复鼻腔出血患者危险因素评估量表可作为反复鼻腔出血患者专科护理病情的评估工具。

[关键词] 德尔菲法; 反复鼻出血; 危险因素; 评估量表

[中图分类号] R762

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2024)22-3509-05

鼻出血是最常见的耳鼻咽喉科急症之一, 在人群中的发生率高达 60%, 其中约 1/10 的患者会寻求医疗救治^[1]。鼻出血易引起患者焦虑、恐惧等负面情绪, 患者心理负担重, 再次出血的风险较高^[2]。我国和英国制定的鼻出血治疗指南^[3-4]显示, 初步评估成为鼻出血患者治疗的关键一步。护理人员是鼻出血患者的第一接诊人, 建立反复鼻出血风险预测的专科护理评估表可以使护理人员能够全面地评估患者病情和危险因素, 以便制订相应的护理措施和急救物品准备, 做好预见性护理。本院 2018 年制订了住院急诊鼻出血患者临床危险因素评估表, 但在临床应用中发现其评价指标不全面, 不能准确反映患者再次出血的危险程度。因此, 为了使护理人员更好地判断鼻出血患者再出血的风险程度, 减少护理工作中的盲目性和被动性, 本研究采用德尔菲法对相关领域专家进行函询, 构建反复鼻出血危险因素评估量表, 以期为临床护理人员提供可量化的专科护理病情评估工具。

1 资料与方法

1.1 成立研究小组

本研究小组共 6 名成员, 由本院医生、护士组成, 包括 2 名副主任医师、2 名副主任护师、2 名主管护师。主要任务:(1)编制专家函询问卷;(2)选择并确定函询专家;(3)整理、统计和分析专家提出的意见及评分结果;(4)形成最终的反复鼻腔出血危险因素评估量表。

1.2 构建条目池

拟定初步评估指标: 在 OVID、美国国立医学图书馆、加拿大安大略省注册护士协会、美国国立指南库、中国知网、万方、维普、中国生物医学文献数据库、考克兰图书馆、医脉通指南网、澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心网站等中英文数据库中, 以中文关键词“鼻出血”“反复鼻出血”“难治性鼻出血”“急诊鼻出血”“隐蔽性鼻出血”“诊断”“治疗”“诱因”“高危因素”“危险因素”“评估”、英文关键词“epistaxis, recurrent nasal bleeding”“intractable epistaxis”“emergency epi-

* 基金项目:首都医科大学附属北京同仁医院内科科研基金项目(2020-YJJ-HLL-009)。△ 通信作者, E-mail:daweifeier@126.com。

staxis”“concealed epistaxis”“diagnosis”“cure”“inducement”“high risk factors”“dangerous factor”“assessment”等进行文献检索,检索时限为建库至 2023 年 10 月。纳入指南、专家共识、系统评价、原始研究,排除非随机对照研究、个案护理及综述,研究对象为鼻出血患者,共检索文献 657 篇,剔除查重后的重复文献 117 篇、不符合纳入标准的文献 125 篇,阅读全文后剔除质量低下、描述不清的文献最终纳入 15 篇,其中指南 10 篇^[3,5-13]、系统评价 5 篇^[14-18]。研究小组成员详细阅读、分析所纳入的 15 篇文献,参考目前现有的、常用的鼻出血风险评估工具,再结合我国鼻出血患者实际情况,采用小组讨论的形式,初步建立反复鼻出血危险因素条目池,包括 3 个一级指标(一般资料、既往病史及用药史、病情评估)及相对应的 22 个二级指标。二级指标中高血压、糖尿病、抗凝药是参照英国鼻科学会鼻出血多学科治疗指南初步评估表^[5],鼻外伤、鼻窦肿瘤、心血管疾病参照 2018 年本院制订的住院急诊鼻出血患者临床危险因素评估表^[19],血液系统疾病、饮酒史参照国际耳鼻咽喉头颈外科杂志^[20],其他指标参考了纳入相关文献和专家临床经验。

文献纳入标准:(1)研究对象为反复鼻出血;(2)研究内容涉及鼻出血危险因素、诱因、出血评估、出血治疗等;(3)文献类型为指南、证据总结、临床决策、系统评价、专家共识、原始文献;(4)文献语种限定为英文或中文。文献排除标准:(1)重复发表或已更新的文献;(2)研究信息不全、难以获取全文及文献质量评价不通过的文献;(3)解读类型或翻译版本的文献。

1.3 方法

基于德尔菲法结合函询专家意见修订方案,对第 1 轮结果进行统计,将专家认同率低的条目池予以删除,形成第 2 轮专家函询问卷,通过统计分析,专家意见基本趋于一致时结束调查,形成最终方案。

1.4 专家函询问卷的设计

专家函询问卷由 3 项内容构成。(1)前言:简要说明研究目的、研究内容;(2)专家一般情况:包括专家一般资料、专家对填表内容的熟悉程度、判断依据对专家影响程度评分;(3)反复鼻腔出血危险因素评估量表:量表中评价指标分为很不重要、不重要、一般重要、重要、很重要 5 个等级,依据 Likert5 级评分法分别赋值 1~5 分。本研究指标筛选要求重要性评分均分 >3.5 分,变异系数 <0.25 ^[21],同时结合专家的文字性意见,经研究小组集体讨论。

1.5 专家函询

1.5.1 遴选专家

选取北京、浙江、河南、福建、辽宁、上海、广东、山

东、安徽等地区的三甲医院 20 名相关领域专家。入选标准:(1)从事耳鼻咽喉头颈外科领域并有影响力的资深临床医疗和护理专家;(2)从事耳鼻咽喉头颈外科工作经验 ≥ 7 年;(3)对于反复鼻出血的危险因素及预防有清晰的认知,有相关工作经验或研究经验的临床专家;(4)本科及以上学历,中级及以上职称;(5)对本研究有良好的积极性,能提供比较全面的意见并能够参加 2 轮专家函询。

1.5.2 发放函询问卷

函询问卷采用电子邮件的形式向遴选出的专家一对一发放及回收,每次函询均有详细的填写说明,回收后对数据进行整理分析,研究小组讨论后形成第 2 轮专家函询问卷。在第 2 轮函询问卷中每个条目重要性评价标准同第 1 轮,且要求专家确认每个条目是否需要保留。第 2 轮函询问卷中附有第 1 轮函询结果,使专家充分了解上轮函询情况,每轮函询问卷发放后 14 d 内收回。

1.5.3 质量控制

专家遴选环节:本研究选择 9 个地区的 20 名专家,入选专家具有一定影响力,以保证函询结果的可靠性与科学性。专家函询环节:研究小组将每轮函询的重要性评分均分、变异系数及修改意见反馈专家,使其充分了解上轮函询结果。2 轮函询时间间隔 20 d,以避免记忆影响偏移。

1.6 统计学处理

采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以频数或百分比表示。专家积极系数采用问卷的有效回收率及提出意见专家所占比例表示,专家权威程度采用专家权威系数表示^[22],专家协调程度采用变异系数和肯德尔和谐系数(Kendall's W)表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 专家基本情况

20 名函询专家基本情况见表 1。

表 1 函询专家基本情况

项目	人数(n)	构成比(%)
年龄		
30~40 岁	6	30.0
>40~50 岁	11	55.0
>50~60 岁	3	15.0
工作年限		
7~10 年	2	10.0
>10~20 年	9	45.0
>20~29 年	6	30.0
≥ 30 年	3	15.0

续表 1 函询专家基本情况

项目	人数(n)	构成比(%)
学历		
本科	8	40.0
硕士	6	30.0
博士	6	30.0
职称		
中级	5	25.0
副高	11	55.0
正高	4	20.0
职务		
护士	3	15.0
病区护士长	3	15.0
总护士长	2	10.0
医生	9	45.0
科室副主任	1	5.0
科室主任	2	10.0

2.2 专家积极性、权威程度、协调程度

经过 2 轮函询后意见趋于一致,有效回收率均为 100.0%,其中 35.0%的专家提出了建设性意见,说明专家积极性和合作程度较高,对此项研究工作十分重视。

2 轮函询的专家权威系数分别为 0.965、0.975,表明专家权威程度高,见表 2。

表 2 专家权威程度

轮次	判断系数	熟悉程度系数	权威系数
第 1 轮	0.970	0.960	0.965
第 2 轮	0.990	0.960	0.975

本研究各指标的变异系数均 <0.25 ,2 轮函询专家 Kendall's W 分别为 0.609、0.545($P<0.001$),说明专家的协调程度良好,见表 3。

表 3 专家协调程度

轮次	Kendall's W	χ^2	P
第 1 轮	0.609	280.178	<0.001
第 2 轮	0.545	326.804	<0.001

2.3 专家函询结果

第 1 轮专家函询:根据专家提出的文字建议,对量表部分条目进行了调整,将“是否明确找到出血点”修改为“未明确出血点情况下鼻腔填塞”,删除“止血治疗方法前或后鼻孔填塞”“性别”“精神心理类疾病”,增加“环境因素(工作或生活环境)”“鼻咽癌”“活血中成药服用史”“不明原因的鼻出血”“因原发病必

须使用抗凝药物”“不能保持情绪稳定,容易激动”“打喷嚏、咳嗽导致鼻腔填塞物松动”。第 2 轮函询专家意见趋于一致,所有指标符合保留标准,结束函询,最终构建包含 3 个一级指标、26 个二级指标的反复鼻出血患者危险因素评估量表,见表 4。

表 4 各指标重要性评价结果

指标	重要性评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	变异系数
1 一般资料	4.95 \pm 0.22	0.05
1-1 年龄	4.50 \pm 0.61	0.13
1-2 吸烟史	3.95 \pm 0.76	0.19
1-3 饮酒史	4.15 \pm 0.67	0.16
1-4 近 1 周内劳累及剧烈运动相关	3.75 \pm 0.79	0.21
1-5 环境因素(工作或生活环境)	4.05 \pm 0.39	0.10
2 既往病史及用药史	5.00 \pm 0.00	0
2-1 高血压	4.90 \pm 0.31	0.06
2-2 糖尿病	4.40 \pm 0.75	0.17
2-3 心血管疾病	4.75 \pm 0.55	0.12
2-4 遗传性毛细血管扩张症	4.90 \pm 0.31	0.06
2-5 血液系统疾病	4.90 \pm 0.31	0.06
2-6 既往鼻内镜手术史	3.65 \pm 0.67	0.18
2-7 鼻咽癌	4.35 \pm 0.49	0.11
2-8 鼻外伤	4.10 \pm 0.72	0.18
2-9 鼻窦肿瘤	3.95 \pm 0.51	0.13
2-10 非甾体抗炎药或抗凝药物长期服用史	4.25 \pm 0.44	0.10
2-11 活血中成药服用史	3.85 \pm 0.75	0.19
2-12 既往鼻出血治疗输血史	4.05 \pm 0.51	0.13
2-13 既往鼻出血止血手术次数	4.05 \pm 0.51	0.13
3 病情评估	5.00 \pm 0.00	0
3-1 体温	3.80 \pm 0.62	0.16
3-2 血压	4.30 \pm 0.47	0.11
3-3 心率	3.70 \pm 0.57	0.15
3-4 不明原因的鼻出血	4.75 \pm 0.44	0.09
3-5 未明确出血点情况下鼻腔填塞	4.90 \pm 0.31	0.06
3-6 因原发病必须使用抗凝药物	4.90 \pm 0.31	0.06
3-7 不能保持情绪稳定,容易激动	4.00 \pm 0.46	0.11
3-8 打喷嚏、咳嗽导致鼻腔填塞物松动	4.25 \pm 0.55	0.13

3 讨 论

本研究量表是在综合分析文献资料、鼻出血治疗指南、耳鼻咽喉头颈外科学相关书籍及住院急诊鼻出血患者临床危险因素评估表应用的基础上,经过 2 轮专家函询构建而成,结论较可靠。2 轮函询问卷有效回收率均为 100.0%,专家积极度高;专家的权威系数为 0.965、0.975,表明专家权威程度高;第 2 轮函询的

Kendall's *W* 为 0.545, 变异系数为 0.06~0.22, 表明通过 2 轮函询的调整和修改, 专家对相关条目设定意见趋于一致, 认同度较高, 结果可信^[23]。

鼻出血往往不是孤立的疾病。殷潇等^[24]报道性别、年龄与鼻出血的发生关系密切, 高血压史、糖尿病史及心脑血管疾病是鼻出血最常见的伴发疾病。钟振华等^[25]报道有高血压者发生鼻出血的风险是无高血压的 14.455 倍, 有饮酒史发生鼻出血的风险是无饮酒史的 3.377 倍, 服用抗凝药物者发生鼻出血的风险是无服用抗凝药物的 3.745 倍。本院于 2017—2019 年共收治鼻出血患者 286 例, 因反复鼻出血行鼻腔填塞止血的患者 240 例, 其中 190 例有高血压史, 由此可见伴高血压的鼻出血患者更容易反复发生鼻出血。在临床中许多反复鼻出血患者往往因自身心血管相关疾病需要长期不间断的口服抗凝药物, 而尤其是诱发鼻出血的高危因素, 抗凝药物则成为一把双刃剑, 在临床实践中重视程度较高, 专家函询结果也显示其得分较高。有研究^[26-27]报道, 遗传性出血性毛细血管扩张症 (hereditary hemorrhagic telangiectasia, HHT) 是一种少见的常染色体显性遗传血管发育异常疾病, 反复自发性鼻出血是 HHT 最常见症状, 专家一致认为该疾病对于反复鼻出血患者尤为重要。宋冰等^[28]报道传统的鼻腔填塞难以及时准确地压迫止血点, 且受视野范围限制, 压迫止血操作往往不够全面, 鼻内镜下微创治疗视野范围广、图像分辨率高, 能准确找出出血部位, 并且在鼻腔镜下采用单级或双级电凝进行止血的效果良好。临床中鼻出血患者往往优先前往急诊就诊, 但受急诊救治条件的限制, 医生有时很难发现隐藏的出血点, 在未明确出血点情况下对患者进行鼻腔填塞存在一定的盲目性, 会增加反复鼻出血的风险。第 1 次止血后患者应引起重视, 需要避免用力打喷嚏、咳嗽、洗热水浴、服用活血类药物及食物等^[29]。ABRICH 等^[30]回顾性分析了复发性鼻出血的危险因素发现, 既往所认为的危险因素如鼻中隔穿孔、鼻中隔偏曲、鼻炎、鼻窦炎及上呼吸道感染并未增加复发性鼻出血的风险。

鼻出血是常见的耳鼻喉科急症之一, 及时救治是减少患者并发症发生的关键, 进行有效的护理评估和干预对于患者的康复至关重要^[31]。而目前临床工作中尚缺乏可量化的专科护理病情评估工具, 临床不同能级的护理人员知识结构与临床经验不同, 主要依靠护理经验评估患者病情的严重程度及再出血风险, 低年资护士可能会对患者病情和安全风险评估不准确, 影响护理观察及应对措施的及时性。构建反复鼻出血患者危险因素评估量表, 护理人员可以不受能级与

临床经验影响, 能科学、全面、有效地进行专科护理病情评估, 预判患者的再出血风险程度, 制订相应的护理措施。同时也为临床护理人员提供可量化的专科护理病情评估工具, 减少护理工作的盲目性和被动性, 增加护理工作能动性, 有利于护理人员有选择性地重点护理与预防, 从而有针对性地为患者提供最佳护理措施, 对疾病的治疗和临床护理质量提高有着重要意义。

本研究通过德尔菲法构建了反复鼻出血患者危险因素评估量表, 为临床反复鼻出血患者提供了标准化的专科护理病情评估, 更科学地判断疾病风险程度。但本研究存在一定局限性, 目前缺乏临床应用, 下一步将该量表赋值并确定风险程度, 逐步推广, 让临床更好地运用该评估工具, 提升医疗及护理服务质量。

参考文献

- [1] 于亮, 万玉柱. 原发性鼻出血的临床研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021, 27(4): 480-483.
- [2] 张小锋, 白瑜, 常瑾. 以循证护理为基础的临床护理路径对鼻出血患者的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(16): 2907-2910.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 鼻出血诊断及治疗指南(草案)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50(4): 265-267.
- [4] National ENT Trainee Research Network. Epistaxis 2016: national audit of management[J]. J Laryngol Otol, 2017, 131(12): 1131-1141.
- [5] 刘懿霆, 沙骥超, 朱冬冬, 等. 英国鼻科学会鼻出血多学科治疗指南及共识解读[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 33(11): 1022-1026.
- [6] National ENT Trainee Research Network. The British Rhinological Society multidisciplinary consensus recommendations on the hospital management of epistaxis[J]. J Laryngol Otol, 2017, 131(12): 1142-1156.
- [7] TUNKEL D E, ANNE S, PAYNE S C, et al. Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis)[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2020, 162 (Suppl. 1): 1-38.
- [8] RECORD S. Practice guideline: epistaxis in children [J]. J Pediatr Health Care, 2015, 29(5): 484-488.

- [9] BEQUIGNON E, VÉRILLAUD B, ROBARD L, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). First-line treatment of epistaxis in adults[J]. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2017, 134(3): 185-189.
- [10] VERILLAUD B, ROBARD L, MICHEL J, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Second-line treatment of epistaxis in adults [J]. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2017, 134(3): 191-193.
- [11] ESCABASSE V, BEQUIGNON E, VÉRILLAUD B, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Managing epistaxis under coagulation disorder due to antithrombotic therapy[J]. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2017, 134(3): 195-199.
- [12] MICHEL J, PRULIÈRE ESCABASSE V, BEQUIGNON E, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Epistaxis and high blood pressure[J]. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2017, 134(1): 33-35.
- [13] 中国人体健康科技促进会儿童变态反应专业委员会. 儿童鼻出血诊断与治疗: 临床实践指南 (2021 年) [J]. *中国实用儿科杂志*, 2021, 36(10): 721-724.
- [14] MIN H J, KANG H, CHOI G J, et al. Association between hypertension and epistaxis: systematic review and meta-analysis[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 157(6): 921-927.
- [15] KIKIDIS D, TSIIOUFIS K, PAPANIKOLAOU V, et al. Is epistaxis associated with arterial hypertension? A systematic review of the literature[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014, 271(2): 237-243.
- [16] WILLIAMS A, BIFFEN A, PILKINGTON N, et al. Haematological factors in the management of adult epistaxis: systematic review [J]. *J Laryngol Otol*, 2017, 131(12): 1093-1107.
- [17] KHAN M, CONROY K, UBAYASIRI K, et al. Initial assessment in the management of adult epistaxis: systematic review [J]. *J Laryngol Otol*, 2017, 131(12): 1035-1055.
- [18] 王东, 戚思国, 骆文龙, 等. 瑞纳凝胶和膨胀海绵用于鼻出血和鼻腔术后填塞的 meta 分析[J]. *中国组织工程研究*, 2015, 19(38): 6217-6222.
- [19] 李莉, 肖克珍, 白丽娜, 等. 急诊鼻出血住院患者临床危险因素评估表的研制[J]. *国际护理学杂志*, 2018, 37(15): 2022-2025.
- [20] 陈祥静, 苏涛, 张雄. 长期过量饮酒与鼻出血的关系[J]. *国际耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2018, 42(5): 277-279.
- [21] 许多, 韩咏琪, 徐小群. 基于德尔菲法护理管理人员质量管理工具指标体系的构建[J]. *中华现代护理杂志*, 2022, 28(36): 5079-5083.
- [22] 任依露, 陈思超, 冯国芳, 等. 基于德尔菲法构建母乳喂养门诊咨询记录单[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(28): 3788-3796.
- [23] CENTENO C J, JEROME M A, PASTORIZA S M, et al. Use of bone marrow concentrate to treat pain and musculoskeletal disorders: an academic Delphi investigation[J]. *Pain Physician*, 2021, 24(3): 263-273.
- [24] 殷潇, 孙常领. 鼻出血的好发部位及多因素回归分析[J]. *中国实验诊断学*, 2019, 23(4): 651-652.
- [25] 钟振华, 程泽星, 庄远岭, 等. 鼻出血发病的相关因素分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2015, 21(5): 402-405.
- [26] 尹紫聪, 付志强, 张娜. 遗传性出血性毛细血管扩张症致鼻出血 1 例[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2023, 30(4): 266-267.
- [27] 石书婧, 王会青, 梁华, 等. 遗传性出血性毛细血管扩张症致反复鼻出血 1 例[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2020, 26(2): 200-204.
- [28] 宋冰, 袁琴, 付昌婕, 等. 探讨难治性鼻出血的临床特征及鼻内镜下微创治疗的临床疗效[J]. *临床研究*, 2016, 24(7): 51-52.
- [29] 熊琼, 赵瑜, 黄水仙. 二次鼻内镜下鼻出血治疗的临床分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2020, 27(7): 413-414.
- [30] ABRICH V, BROZEK A, BOYLE T R, et al. Risk factors for recurrent spontaneous epistaxis [J]. *Mayo Clin Proc*, 2014, 89(12): 1636-1643.
- [31] PHILLIPS J P. Nursing science, nursing theory: nurse atheists, nurse agnostics, nurse theists[J]. *Nur Sei Quart*, 2018, 31(1): 105-108.