

1 例胸腔镜下右侧肺叶切除术侧卧位摆放的护理体会

胡艳明, 侯建梅

(宣威市中医医院 麻醉科, 云南 曲靖, 655400)

摘要: 胸腔镜下肺叶切除术是治疗肺部疾病的常见微创术式, 术中侧卧位的正确摆放对手术视野暴露、操作便利性及患者术后并发症预防具有重要意义。通过规范化护理干预, 将舒适护理贯穿手术全程, 可有效减少体位相关并发症(如压力性损伤、神经损伤及循环呼吸抑制等), 提高手术安全性及患者舒适度, 充分暴露手术野, 提高手术成功率与患者术后康复质量。本文就1例侧卧位胸腔镜下右侧肺叶切除术患者的体位摆放进行分析。

关键词: 胸腔镜手术; 肺叶切除; 侧卧位; 压力性损伤; 护理体会

Nursing Experience in Lateral Decubitus Positioning for a Patient Undergoing Thoracoscopic Right Lobectomy

HU Yanming, HOU Jianmei

(Department of Anesthesiology, Xuanwei Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qujing, Yunnan, 655400)

ABSTRACT: Thoracoscopic lobectomy is a common minimally invasive procedure for treating pulmonary diseases, where proper lateral decubitus positioning is crucial for optimal surgical field exposure, operational convenience, and prevention of postoperative complications. Through standardized nursing interventions integrating comfort care throughout the procedure, positioning-related complications (e. g., pressure injuries, nerve damage, and cardiopulmonary compromise) can be effectively minimized. This approach enhances surgical safety, patient comfort, and surgical field exposure, thereby improving operative success rates and postoperative recovery quality. This article analyzes the positioning management for a patient undergoing right lobectomy via thoracoscopy in lateral decubitus position.

KEY WORDS: thoracoscopic surgery; lobectomy; lateral decubitus position; pressure injury; nursing experience

电视辅助胸腔镜手术(VATS)是临床常用的一种微创胸外科手术方式,VATS使用带有高清摄像头和光源的胸腔镜,通过小切口进入胸腔,将实时影像传输至显示屏,指导手术操作。其优点是切口小、减少肌肉切断、降低术后疼痛、恢复快和减少住院时间^[1]。术中需取侧卧位,导致患者术中不能自主翻身,身体局部组织持续受压,极易发生压力性损伤。因此,手术体位的安置至关重要,正确的安置即能充分暴露手术野,同时又能确保患者在手术中的舒适与安全,且有利于麻醉医生随时观察患者的情况,防止并发症。

侧卧位是目前临床胸外科最广泛应用的手术体位,是将患者向一侧自然卧位,头部侧向健侧方向,双下肢自然屈曲,前后分开放置。双臂自然向

前伸展,患者脊柱处于水平线上,保持生理弯曲的一种手术体位。本例患者通过术中精细化的护理及改良后使用臀垫、腿部方垫等,优化侧卧位的摆放,患者围术期均未发生体位相关的并发症。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,60岁,主诉8年前体检发现右肺下叶结节,当时无特殊不适,未行治疗。10 d前发现咽痛,在当地输液及口服药物治疗,治疗后不见好转,昨日出现胸痛,于2025年03月11日来我院就诊,复查胸部CT发现,右肺下叶前基底段见实性结节,重度强化,大小约21 mm×14 mm,右侧肺门区及支气管隆突下见增大及强化淋巴结影,考虑

恶性待排。双肺见多发小、微小结节,部分性质待定,未见强化。当日门诊医生以“右肺下叶结节”收入院。

入院症见:精神、饮食、睡眠可,大小便正常,舌苔淡,苔白腻,脉滑。病程中无咳嗽、咯血、心悸、气促及呼吸困难等。既往史:患者自诉,既往体健,否认“冠心病、高血压、糖尿病”等病史,否认传染病史、手术史及外伤史等。

1.2 查体

患者体温(T)36.6℃,脉搏(P)68次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)130/82 mm Hg,血氧饱和度(SPO₂)96%;一般情况尚可,口唇无紫绀,伸舌居中,双侧扁桃体无肿大,气管居中;心界叩诊不大,心率(HR)68次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,无压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾未触及肿大,肝肾区无叩痛;脊柱四肢无畸形,活动度良好,双下肢不肿。

专科检查:颈部淋巴结未触及肿大,胸廓对称无畸形,肋间隙未见明显增宽或狭窄。双肺呼吸动度对称,节律规则,胸式呼吸存在,两侧语颤对等,无明显胸部压痛,未触及明显骨擦感及胸膜摩擦感、皮下捻发感,胸廓挤压征(-),双肺叩诊呈清音,肺下界位于腋中线、锁骨中线、肩胛下角线第6、8、10肋间,肺下缘移动度6 cm,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿罗音,语音传导正常。肺功能可,憋气试验25 s。

辅助检查:2025年03月11日CT检查(64排及以上)胸部(平扫),上腹部(平扫)诊断意见:右肺下叶前基底段见实性结节,较前增大,重度强化,大小约21 mm×14 mm,右侧肺门区及支气管隆突下见增大及强化淋巴结影,考虑恶性待排;余双肺见多发小、微小结节,部分性质待定,未见强化;心外形不大,大血管未见明显异常征象;肝、胆、胰、脾未见明显异常。

1.3 诊断

中医诊断:肺积;西医诊断:右肺下叶前基底段实性结节、双肺结节性质待查、急性上呼吸道感染。中医鉴别诊断:肺癆以咳嗽、咯血等肺系症状为主,因虫气内传亦可染及其它脏腑,还可伴见潮热、盗汗、身体逐渐消瘦及食少等其它表现;肺痈是由风热邪毒蕴滞于肺,热壅血瘀,血腐化脓而成,临床以发热、胸痛、咳吐腥臭脓血痰为主症。

1.4 治疗

患者于2025年03月14日行手术治疗,手术

方式为胸腔镜下右肺下叶切除加淋巴清扫术,手术时长4 h,术后患者返回病房,给予预防感染、润肺化痰及对症支持治疗等,术后恢复可,切口愈合良好,于2025年03月25日结束治疗出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 压力性损伤评估

术中获得性压力性损伤危险因素评估(CORN)^[2],术前评估>14分为高风险患者,9~14分为中风险患者,评分<9分为低风险患者;术中评估>12分为高风险患者,8~12分为中风险患者,评分<8分为低风险患者。该患者术前评分为10分,术中评分为11分,均属于中风险患者。

2.1.2 术中低体温评估

测试患者对体温的敏感度,将冲洗液及术中输液液体加温,观察患者能否耐受,采用由瑞典的Lundgre等基于数字评估法进行编制的冷不适量表(Cold Discomfort Scale, CDS)^[3],对患者进行低体温评估。该量表使用0~10的整数值评估病人的冷感受,0代表没有任何冷的感觉,10代表难以忍受的寒冷。根据患者主观感受评分,本例患者评分为2分。

2.1.3 焦虑评估

采用焦虑自评量表(SAS)对该患者进行术前焦虑程度评估^[4],SAS总分<50分为正常,50~60分为轻度焦虑,61~70分是中度焦虑,评分>70分属于重度焦虑。本例患者总分为55分,存在轻度焦虑情绪。

2.1.4 心电图检测

于记录肌肉的肌腹内刺入同心圆针电极,在检查部位肌肉处于静息状态、大力收缩状态、轻收缩状态时开展测定^[5],术前心电图检测正常。体位固定后,充分暴露右后外侧肋间隙(第5~8肋),术野处于自然展开状态,便于手术医生操作,缩短手术时间。

2.2 护理诊断

①有窒息的风险与侧卧位双腔支气管插管失败有关;②有压力性损伤的风险与手术时间长、侧卧位及患者年龄大有关;③有术中低体温发生的风险,与手术时间长、术中失血、大量冲洗液有关;④体液不足与术前禁食禁饮有关;⑤焦虑、恐惧与患者缺乏疾病的相关知识,担心手术及愈后有关。

2.3 护理计划

①备好麻醉所需用物及抢救物品,降低窒息发生的风险。②准备好术中所需体位垫(备齐体位垫:凝胶头圈1个、凝胶臀垫(50 cm×40 cm)1个、海绵腋垫1个、托手板2个、侧卧位前后挡板各1、麻醉头架1个、海绵材质腿部方垫(20 cm×40 cm)2个、棉垫若干,预防术中压力性损伤的发生。③准备术中液体加温仪,冲洗液提前加热,预防术中低体温的发生。④协助麻醉医生进行中心静脉、动脉穿刺置管,妥善固定,防止脱管。⑤进行术前访视,向患者讲解疾病相关知识及手术成功的案例,减轻患者的焦虑与恐惧^[6]。

2.4 护理实施

2.4.1 麻醉配合

全身麻醉后,协助麻醉医师侧卧位双腔支气管插管或者是支气管封堵器插管,纤支镜定位,单肺通气前确认健侧肺氧合功能^[7-8]。

2.4.2 体位摆放护理

体位摆放遵循“充分暴露术野、维持生理功能、保护受压部位”原则^[9]。①头部及躯干固定:采用“轴线翻身法”,由3名医护人员同步平移患者,将患者转为左侧卧位(健侧在下),左侧胸廓朝向术者。保持颈椎中立位,避免颈部过度侧屈或旋转。在髋部加垫一个凝胶臀垫^[10],避免侧卧时间太长导致髋前上棘发生压力性损伤。头下垫凝胶头圈,高度平下侧肩高,保持耳廓悬空,在头圈上垫一块棉垫,用于吸附患者口鼻腔分泌物^[11]。注意保护下侧眼睛,避免受压。腋下距肩峰10 cm处垫海绵腋垫,巡回护士双手从患者腋下能触摸到对侧手指,以防止下侧手臂受压。气管导管偏向健侧(左侧),避免压迫。腹侧用固定挡板支持耻骨联合,背侧用挡板固定骶尾部或者肩胛区(离手术野至少15 cm),在挡板与患者皮肤之间垫棉垫,以缓冲挡板对患者皮肤的压力。

②上肢摆放:将2个托手板一上一下分别固定在患者健侧,右上肢屈曲呈抱球状置于可调节托手板上,远端关节稍低于近端关节,固定带固定,松紧以不影响循环为宜;左上肢外展于托手板上,远端关节高于近端关节,共同维持胸廓的自然舒展。手臂与托手板之间垫棉垫并妥善固定,防止患者皮肤与托手板金属部分接触引起电灼伤,不可悬空放置,托手板应与左侧手臂平行,不可过度外展,避免神经损伤,同时注意静脉通路是否通畅。每隔2 h实施手术体位微调,如抬高或变换

受压部位,或调节手术床角度,减轻局部压力,促进血液循环^[12]。

③下肢摆放:将右下肢的膝关节、踝关节处各用一个海绵材质腿部方垫垫起^[13],并屈膝60~70°,改变以往传统的在两腿之间垫腿枕,左下肢伸直,并在外踝处垫棉垫以保护骨隆突处,改良后腿部方垫使病人的右下肢压力均匀的分散在体位垫上,改善远端末梢循环,保护踝关节皮肤,避免受压。

④巡查:需围绕患者检查1圈,查看体位摆放是否合理。重点保护眼睛、耳廓、肩峰、髂嵴、及踝关节,这些部位为骨隆突处或肌肉、脂肪较薄处,受压时间长易引起压力性损伤。对于瘦弱的患者,在骨隆突处加垫凝胶垫或者棉垫,以缓解局部压力。体位摆放完成后,用被单盖住患者身体,做好保暖。准备加温装置(如充气式保温毯),预防术中低体温影响循环稳定^[14-15]。

2.4.3 术中监测与调整

体温监测:术前30 min调节室温至22~24℃,湿度40%~60%。手术开始前,使用充气式加温毯(温度设定范围为38~43℃)给患者保暖,术中冲洗液从恒温箱内现用现取(温度38~40℃)、输注超过1000 mL的液体以及冷藏血制品,使用输液加温设备加温至37℃以上再输注^[16]。术中密切关注患者血压、血氧、体温等变化,一旦出现低体温征兆及时采取措施进行纠正。循环监测:监测有创动脉压及CVP,同时避免过度倾斜导致健侧肺血流灌注不足。呼吸管理:确保气管导管固定牢靠,避免移位。密切观察SpO₂及ETCO₂波形,及时清除气道分泌物。神经保护:肩关节外展或上举不超过90°,两肩甲连线与手术台成90°^[17],双上肢置于可调节托手架上,外展不超过90°^[18],每30 min检查肢体末梢血运及感觉,及时调整约束带松紧度。

2.4.4 管路护理

妥善固定各管路,尿管、中心静脉管路,胸腔闭式引流管选择小口径(10~14F),各部位衔接处均要求密封,保证密闭性^[19]。避免引流管打折、受压及阻塞,保持引流通畅并妥善固定,做好标识。搬运患者防止引流管脱出,引流瓶始终保持低于患者胸腔位置,以免瓶内液体逆流,并交代注意事项。

2.4.5 情志护理

术前访视时,除日常宣教以外,向患者介绍以

往手术成功的案例,增加患者对于疾病、手术的了解,提高患者配合度,缓解负面情绪,给予患者情感支持,提高自信心,确保手术顺利进行。

2.5 护理评价

本例患者术前CORN评分为10分,CDS评分为2分,SAS评分为55分;术中CORN评分为11分,肌电图检测正常;通过术前宣教、术中护理,术后24 h患者未发生压力性损伤,肌电图检测正常,CDS评分2分,SAS评分为45分,疗效显著,详见表1。手术结束后,仔细观察患者未发生皮肤压痕、红斑及破损等不良反应,与传统体位摆放后易出现压痕、压力性损伤形成鲜明对比,改良后侧卧位腿部方垫及臀垫的使用,明显起到分散压力的作用,可有效减少局部皮肤受损及压力性损伤的发生。术后患者皮肤正常,未发生术中压力性损伤及神经损伤。患者麻醉苏醒后,情绪稳定,能准确回答问题,经麻醉复苏后,安返病房,术后体温正常,未发生术中低体温。

表1 疗效评估

评估项目	术前	术中	术后24 h
CORN	10	11	/
CDS	2	/	2
SAS	55	/	45

2.6 预防并发症

2.6.1 压力性损伤

安置侧卧位后,评估患者脊椎是否在一条水平线上,脊椎生理弯曲是否变形,下侧肢体及腋窝处是否悬空,骨突部位(肩部、髌部、膝外侧及踝部等)压力集中,需通过分散压力(如使用凝胶垫)及缩短手术时间降低风险^[20]。

2.6.2 神经损伤

臂丛神经损伤多因上肢过度外展或牵拉,强调术中肢体功能位的维持及约束带合理使用。下肢固定带需避开膝外侧,距膝关节上方或下方5 cm处,防止腓总神经损伤^[21]。

2.6.3 肺部感染

术后早期恢复性运动锻炼是防止术后肺部并发症的重要手段,应增加患者的姿势调整,尽早下床活动,也可增加肩部运动。研究显示,在术后第2天或患者术后可独坐时增加踏步机锻炼,可显著降低术后呼吸道感染和呼吸困难的发生率,并能显著缩短住院时间。术后早期下床行走对于降低肺栓塞风险 also 具有重要意义^[22]。

2.6.4 血栓形成

腹侧用固定挡板支持耻骨联合时,避免固定挡板压迫腹股沟,导致下肢缺血或深静脉血栓的形成^[23]。

2.7 术后护理

2.7.1 皮肤与神经功能评估

术后完成CORN术中获得性压力性损伤风险评估量表评分,对骨突部位(如髌骨、肩胛骨)进行48 h动态观察。检查术侧上肢肌力及感觉,指导握力球训练预防血栓。

2.7.2 疼痛管理

联合应用肋间神经阻滞与静脉镇痛泵,减少阿片类药物用量,促进早期下床活动。

2.7.3 呼吸康复

术后6 h开始渐进式呼吸训练(如缩唇呼吸、主动循环呼吸技术),加速肺复张^[24]。

3 结果和随访

术后第2天访视患者,患者胸腔闭式引流管通畅,引流出淡血性液体约250 mL,水封瓶连接导管水柱波动大,无明显气泡冒出。指导患者取半卧位,有利于呼吸和引流,教会患者术后有效的咳嗽,促进肺扩张。告知患者下床活动时,保持引流管通畅,引流瓶低于膝关节,避免突然转身、弯腰或提重物,防止管道脱出。术后给予预防感染、润肺化痰及对症支持治疗,术后恢复可,切口愈合良好,于2025年03月25日结束治疗出院。出院后告知患者保持切口清洁干燥,一周复查血常规,2周复查化疗,建议行基因检测,不适随诊。

4 讨论

侧卧位是胸科手术常用体位之一,做好体位护理,预防护理并发症的发生是手术室护士的重要职责。改良后的侧卧位摆放运用人体力学的原理,在传统体位摆放的基础上,在受压髌部使用凝胶臀垫,凝胶垫可从解剖学结构方面使患者躯体得到有效支撑,减轻受压部位血流阻断情况,预防压力性损伤。在右下肢膝关节、踝关节处各垫一个海绵材质腿部方垫,使病人的右下肢压力均匀分散在体位垫上,减轻左下肢压迫感。改良后的侧卧位能减轻患者骨隆突处部位的负荷,减少术后并发症的发生,提高患者舒适度^[25-26]。

体位摆放需多学科协作,手术医生明确手术所需的体位要求,便于术中操作;巡回护士负责指

导体位摆放的具体操作,准备相关用物(如体位垫、托手板等);麻醉医师评估体位对患者呼吸、循环等生命体征的影响;巡回护士、手术医师、麻醉医师共同确认体位需求,确保术野暴露与术中肢体功能位的维持,避免压力性损伤、神经损伤、循环呼吸抑制等并发症的发生^[27]。

本文通过对1例胸腔镜肺叶切除手术侧卧位患者的护理,得到手术团队的充分认可,未来可进一步探索智能化监测设备在体位管理中的应用价值及对体位参数的优化。改良后侧卧位摆放的护理兼顾安全性与精准性,通过系统化评估、标准化操作及多学科协作,最大限度降低体位相关风险,提高手术效率,促进患者尽快康复。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杨带芹,郑赛华,阮亮,等.精细护理在肺叶切除术患者围术期中的应用[J].广州医科大学学报,2024,52(5):50-55.
YANG D Q, ZHENG S H, RUAN L, et al. Application of fine nursing in perioperative period of patients with pulmonary lobectomy[J]. Acad J Guangzhou Med Univ, 2024, 52(5): 50-55. (in Chinese)
- [2] 郭莉主编,中华护理学会手术室护理专业委员会编制.手术室护理实践指南2023年版[M].北京:人民卫生出版社,2023:294-295.
- [3] 章明阳,刘京辉,金雁,等.围手术期低体温风险预测模型的系统评价[J].护理学报,2024,31(22):54-60.
ZHANG M Y, LIU J H, JIN Y, et al. Systematic review of perioperative hypothermia risk prediction models[J]. J Nurs, 2024, 31(22): 54-60. (in Chinese)
- [4] 张雅萱,张磊,唐玲,等.1例肩关节镜手术体位摆放的护理体会[J].中西医结合护理,2023,9(2):206-209.
ZHANG Y X, ZHANG L, TANG L, et al. Patient positioning and nursing cooperation of arthroscopic surgery of the shoulder: a case report[J]. Chin J Integr Nurs, 2023, 9(2): 206-209. (in Chinese)
- [5] 田雨溪,袁盼盼,王新高.免疫介导性周围神经病的病理生理学机制及诊疗进展[J].中华预防医学杂志,2024,58(9):1432-1437.
TIAN Y X, YUAN P P, WANG X G. Immune-mediated neuropathies: pathophysiology and management[J]. Chin J Prev Med, 2024, 58(9): 1432-1437. (in Chinese)
- [6] 吴志环,杨秋香,郑姿颖.手术室护理术前访视与宣教对患者术前睡眠及不良情绪的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(3):592-594.
WU Z H, YANG Q X, ZHENG Z Y. Analysis of the impact of preoperative nursing visits and education on preoperative sleep and adverse emotions of patients in the operating room[J]. World J Sleep Med, 2023, 10(3): 592-594. (in Chinese)
- [7] 中华医学会麻醉学分会危重症学组.侧卧位气管插管术专家共识(2024版)[J].中华麻醉学杂志,2025,45(2):132-137.
Critical Care Group of the Anesthesiology Branch of the Chinese Medical Association. Expert consensus on tracheal intubation in the lateral position (2024 edition)[J]. Chin J Anesthesiol, 2025, 45(2): 132-137. (in Chinese)
- [8] 裴焕爽,于佳佳,孟雨,等.氟比洛芬酯对胸腔镜右肺叶切除术患者单肺通气期间肺功能的影响[J].临床麻醉学杂志,2024,40(5):453-457.
PEI H S, YU J J, MENG Y, et al. Effect of flurbiprofen axetil on lung function in patients undergoing thoracoscopic right lung lobectomy during one-lung ventilation[J]. J Clin Anesthesiol, 2024, 40(5): 453-457. (in Chinese)
- [9] 马丽,赵晶,何丽,等.MRI引导下介入手术围手术期护理标准专家共识[J].中国介入影像与治疗学,2022,19(1):7-11.
MA L, ZHAO J, HE L, et al. Expert consensus on perioperative care standards for MRI-guided interventional procedures[J]. Chin J Interv Imag Ther, 2022, 19(1): 7-11. (in Chinese)
- [10] 王致远,王银玉,周怡.CORN风险评估量表指导的适度集束化护理在神经外科侧卧位手术患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(9):103-105.
WANG Z Y, WANG Y Y, ZHOU Y. Application of moderate cluster nursing guided by CORN risk assessment scale in patients undergoing lateral position surgery in neurosurgery department[J]. J Clin Nurs Pract, 2024, 10(9): 103-105. (in Chinese)
- [11] 王灵英,胡黎敏,周海棠,等.自制可调节枕头在侧卧位手术中的应用[J].中国实用护理杂志,2016,32(7):541-542.
WANG L Y, HU L M, ZHOU H T, et al. The Application of Self-Made Adjustable Pillows in Lateral

- Position Surgery [J]. *Chin J Pract Nurs*, 2016, 32 (7): 541-542. (in Chinese)
- [12] 洪彬芳, 林珂, 白菁, 等. 手术病人术中获得性压力性损伤风险评估工具的研究进展[J]. *护理研究*, 2024, 38(17): 3094-3097.
- HONG B F, LIN K, BAI J, et al. Research progress on risk assessment tools for intraoperative acquired pressure injury in surgical patients [J]. *Chin Nurs Res*, 2024, 38(17): 3094-3097. (in Chinese)
- [13] 黄倩. 手术室体位护理对长时间侧卧位患者舒适度、睡眠质量及压疮发生率的影响[J]. *世界睡眠医学杂志*, 2023, 10(7): 1637-1639.
- HUANG Q. Effect of operating room position nursing on patient comfort, sleep quality and incidence of pressure ulcers in long-term lateral positioning [J]. *World J Sleep Med*, 2023, 10 (7) : 1637-1639. (in Chinese)
- [14] 柯稳, 高兴莲, 余文静, 等. 腹部手术患者术中低体温发生率及风险因素的Meta分析[J]. *现代临床护理*, 2022, 21(12): 52-61.
- KE W, GAO X L, YU W J, et al. Meta-analysis of the incidence and risk factors of postoperative hypothermia in adult abdominal surgery patients [J]. *Mod Clin Nurs*, 2022, 21(12): 52-61. (in Chinese)
- [15] 李梅春, 纪忠, 赵云, 等. 急诊行急性肠梗阻手术中低体温危险因素分析及预测模型建立[J]. *蚌埠医学院学报*, 2024, 49(5): 659-662.
- LI M C, JI Z, ZHAO Y, et al. Analysis of the risk factors of hypothermia during emergency treatment for acute intestinal obstruction and establishment of prediction model [J]. *J Bengbu Med Coll*, 2024, 49 (5): 659-662. (in Chinese)
- [16] 黄宇光. 围术期患者低体温防治专家共识(2023版)[J]. *协和医学杂志*, 2023, 14(4): 734-743.
- HUANG Y G. 2023 Chinese expert consensus statement for prevention and management of perioperative hypothermia [J]. *Med J Peking Union Med Coll Hosp*, 2023, 14(4): 734-743. (in Chinese)
- [17] 宋方丽. 不同侧卧体位在胸外科手术中的效果分析[J]. *循证护理*, 2021, 7(11): 1554-1556.
- SONG F L. Analysis of the effect of different lateral positions in thoracic surgery [J]. *Chin Evid Based Nurs*, 2021, 7(11): 1554-1556. (in Chinese)
- [18] 任应博, 张英. 胸外科手术全麻前后安置侧卧位效果比较[J]. *世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)*, 2019, 19(36): 70, 85.
- REN Y B, ZHANG Y. Comparison of the effect of lateral position before and after general anesthesia in thoracic surgery [J]. *World Latest Med Inf*, 2019, 19(36): 70, 85. (in Chinese)
- [19] 中华医学会呼吸病学分会, 李为民. 恶性胸腔积液治疗的中国专家共识(2023年版)[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2023, 46(12): 1189-1203.
- Chinese Medical Association Respiratory Diseases Branch, LI W M. Chinese expert consensus on treatment of malignant pleural effusion (2023 Edition) [J]. *Chin J Tuberc Respir Dis*, 2023, 46 (12) : 1189-1203. (in Chinese)
- [20] 高兴莲, 郭莉, 何丽, 等. 术中获得性压力性损伤预防专家共识[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(1): 44-47.
- GAO X L, GUO L, HE L, et al. Expert consensus on prevention of intraoperatively acquired pressure injury [J]. *J Nurs Sci*, 2023, 38(1): 44-47. (in Chinese)
- [21] 孙育红, 郭莉主编, 中华护理学会手术室护理专业委员会编制. 手术室护理实践指南2024年版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024: 48-52.
- [22] 王天佑, 李单青, 崔永, 等. 胸外科围手术期肺保护中国专家共识(2019版)[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2019, 26(9): 835-842.
- WANG T Y, LI S Q, CUI Y, et al. Chinese experts consensus on perioperative lung protection (Version 2019) [J]. *Chin J Clin Thorac Cardiovasc Surg*, 2019, 26(9): 835-842. (in Chinese)
- [23] 北京护理学会手术室专业委员会, 中日友好医院. 手术室静脉血栓栓塞症预防与护理专家共识[J]. *中华现代护理杂志*, 2022, 28(20): 2661-2669.
- Beijing Nursing Association Operating Room Professional Committee, China-Japan Friendship Hospital. Expert consensus on prevention and nursing of venous thromboembolism in Operating Room [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2022, 28(20): 2661-2669. (in Chinese)
- [24] 张嘉妮, 蒋秋鑫, 赖小琴, 等. 胸腔镜肺结节日间手术围手术期健康教育专家共识[J]. *华西医学*, 2025, 40(2): 183-187.
- ZHANG J N, JIANG Q X, LAI X Q, et al. Expert consensus on perioperative health education for patients undergoing thoracoscopic pulmonary nodule day surgery [J]. *West China Med J*, 2025, 40(2): 183-187. (in Chinese)
- [25] 陈晓晶, 张娟娟, 唐丽银. 抗压力凝胶垫在以侧卧位行胸腔镜下肺部手术患者中的应用效果[J]. *医疗装备*, 2022, 35(22): 173-175.
- CHEN X J, ZHANG J J, TANG L Y. Effect of an-

- ti-pressure gel pad in patients undergoing thoracoscopic lung surgery in lateral position [J]. *Med Equip*, 2022, 35(22): 173-175. (in Chinese)
- [26] 贺力武, 袁丽蓉, 廖先梅. 改良侧卧位对胸腔镜手术患者体位并发症的影响[J]. *智慧健康*, 2024, 10(34): 173-175, 184.
- HE L W, YUAN L R, LIAO X M. Effect of improved lateral position on positional complications of patients with thoracoscopic surgery [J]. *Smart Healthc*, 2024, 10(34): 173-175, 184. (in Chinese)
- nese)
- [27] 刘佩玉, 安晓燕, 吕晓凡, 等. 全身麻醉手术成年人患者体位相关性神经损伤预防的最佳证据总结[J]. *中国实用护理杂志*, 2023, 39(19): 1477-1484.
- LIU P Y, AN X Y, LV X F, et al. The best evidence summary for the prevention of postural nerve injury in adult patients undergoing operation with general anesthesia[J]. *Chin J Pract Nurs*, 2023, 39(19): 1477-1484. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。