

DOI: 10.12209/CAIM202605280001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例腹腔镜下胰十二指肠切除术体位摆放的护理体会

张 妍, 张 磊

(北京中医药大学东方医院 手术室, 北京, 100078)

摘要: 本文总结腹腔镜下胰十二指肠切除术体位摆放的护理要点与临床意义, 主要包括术前访视、体位用物准备、改良平卧分腿位精准摆放流程、术中体位监护与并发症防控等系统化体位护理措施。通过梳理体位护理的流程与实践经验, 旨在实现体位摆放顺利, 术野充分暴露, 术中生命体征平稳, 避免压力性损伤、神经损伤、呼吸循环紊乱及体位移位等并发症的发生。

关键词: 胰十二指肠切除术; 改良平卧分腿位; 体位护理; 并发症预防

Nursing Experience of Patient Positioning in Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy: A Case Report

ZHANG Yan, ZHANG Lei

(Operating Room, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the key points and clinical significance of patient positioning in laparoscopic pancreaticoduodenectomy. It mainly encompasses systematic positioning nursing measures, including preoperative patient visits, preparation of positioning supplies, precise placement procedures in a modified supine position with split legs, intraoperative position monitoring, and prevention of complications. By reviewing the procedures and practical experience of positioning nursing, this article aims to achieve smooth positioning, adequate exposure of the surgical field, stable intraoperative vital signs, and avoidance of complications such as pressure injuries, nerve injuries, respiratory and circulatory disturbances, and intraoperative position displacement.

KEY WORDS: pancreaticoduodenectomy; modified supine position with split legs; positioning nursing; prevention of complications

腹腔镜诞生于20世纪初,近20年来,腹腔镜技术在我国临床发展迅速,广泛应用于胃肠、肝胆等系统疾病的治疗且取得良好效果^[1-2]。腹腔镜下胰十二指肠根治术(Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy, LPD)因其创伤小、恢复快及住院时间短等优势,已成为临床治疗胰头部及壶腹部周围恶性肿瘤的重要手术方式。然而该手术操作复杂、解剖部位深、手术时间长,因此对术中患者体位摆放的要求极高。由于手术室温湿度、辅助医疗器械、麻醉方式以及特殊手术体位等因素,患者术中无法自主翻身,局部组织持续受压,压力性损伤发生风险大大增加^[3]。因此,手术体位摆放是手术室护理的重要操作技能之一,患者手术体位的安全舒适是手术室安全质量管理的目标之一,不断改良优化体位摆放势在必行。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,70岁,因“皮肤巩膜黄染2周,伴上腹部隐痛、食欲减退”于2026年01月28日收入我院。入院症见:皮肤巩膜黄染,右上腹轻压痛。既往史:高血压病史8年,2型糖尿病病史5年,血压、血糖经药物控制尚可。

1.2 查体

一般情况:生命体征平稳,神志清楚,精神尚可。专科查体:皮肤、巩膜中度黄染,右上腹部轻压痛,无反跳痛及肌紧张,Murphy征阴性。中医查体:舌红,苔黄腻,脉弦数。

1.3 诊断

西医诊断:胰头癌;中医诊断:黄疸(阳黄,湿

收稿日期:2026-05-28

通信作者:张磊, E-mail: 81288092@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

热蕴结证)。辨证依据:患者以全身黄疸为主症,属中医“黄疸”范畴。湿热内蕴肝胆,胆汁外溢肌肤,故见身目黄染;湿热阻滞中焦,气机不畅,则见上腹隐痛、食欲减退;舌红、苔黄腻、脉弦数,均为湿热蕴结之象。

1.4 治疗

西医治疗:于2026年02月11日行腹腔镜下胰十二指肠切除术+经腹腔镜肠粘连松解术,术后予抗感染、营养支持及对症治疗。中医治疗:术前予清热利湿、疏肝利胆中药汤剂内服;术后予益气健脾、活血化瘀中药辅助康复。护理措施:围术期监测血糖、血压;术后鼓励早期下床活动,指导有效咳嗽排痰;遵医嘱予中药外敷及穴位按摩,促进胃肠功能恢复。治疗结果:术后黄疸逐渐消退,恢复经口进食,生命体征平稳,无严重并发症。患者于2026年03月10日病情好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

手术前1d由夜班护士至病房对患者进行访视,核对患者基本信息、既往史、手术史、过敏史及辅助检查结果;评估身高、体重、皮肤完整性、关节活动度、脊柱形态、体重与体型、金属植入物及心理状态。一般评估结果:症状为腰背部疼痛伴双下肢麻木,翻身活动受限,需协助变换体位;生命体征:体温(T)36.5℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)128/76 mmHg。体格检查:双下肢肌力Ⅳ级, L4-S1皮节区感觉减退;皮肤完整,无破损。

采用 Braden 压力性损伤风险评估量表 (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) 进行量化评分,该量表总分23分,评分≤16分为中度风险,评分≤12分为高风险,评分≤9分为极高风险,包含感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养状况及摩擦/剪切力6个子项。本例患者评分为16分,提示存在中度压力性损伤风险^[4]。根据评估结果制定个体化体位与皮肤保护方案,向患者讲解手术流程、体位摆放目的、配合要点及注意事项,缓解焦虑情绪,提高依从性,并依据压疮风险评估量表、神经损伤风险因素制定个体化体位摆放计划^[5]。

2.2 护理诊断

2.2.1 有术中压力性损伤的风险(Risk for Perioperative Pressure Injury)

相关因素:(1)手术预计时长6~8 h,局部组

织持续受压超过毛细血管闭合压阈值;(2)全身麻醉状态下感知觉与活动能力完全丧失,无法自主调整体位;(3)传统体位摆放方式(麻醉后移动患者)增加摩擦力与剪切力;(4)手术方式要求强制体位,压力分布不均。

2.2.2 皮肤完整性受损(Impaired Skin Integrity)——压力性损伤1期

相关病因:(1)长时间手术(6~8 h)导致持续性局部组织缺血;(2)骶尾部、足跟及肩胛部等骨隆突处承受的机械性压力超过组织耐受阈值。

2.2.3 有术中低体温的风险(Risk for Intraoperative Hypothermia)

相关因素:(1)全身麻醉导致体温调节中枢抑制及外周血管扩张;(2)手术区域大面积暴露,热量经辐射及对流丢失;(3)手术时长6~8 h,患者长时间暴露于低温环境。

2.2.4 有外周神经血管功能障碍的风险(Risk for Peripheral Neurovascular Dysfunction)

相关因素:(1)强制体位固定导致肢体长时间处于非生理位置;(2)骨隆突处及易受压部位的软组织承受异常压力;(3)术中低血压或循环波动导致肢体远端灌注不足。

2.2.5 皮肤完整性受损(Impaired Skin Integrity)——与患者基础状态相关

相关病因:(1)高龄导致皮肤结构退化,皮下脂肪及胶原减少;(2)低白蛋白血症(<3.5 g/dL)或营养不良状态,组织修复能力下降;(3)糖尿病、动脉硬化等基础疾病导致微循环障碍。

2.2.6 有皮肤—黏膜完整性受损的风险(Risk for Impaired Skin-Mucous Membrane Integrity)

相关因素:(1)传统油布辅料透气性差,局部潮湿环境降低皮肤抵抗力;(2)辅料或覆盖物不平整导致局部压力点增高;(3)术中出汗或冲洗液渗漏造成皮肤浸渍。

2.2.7 知识缺乏:体位护理相关知识(Deficient Knowledge regarding Positioning Care)

相关病因:(1)护理人员对术中压力性损伤防护规范认知不足;(2)专项培训未能覆盖体位摆放流程、固定方法、巡回关注要点及应急处理。

2.3 护理计划与护理结果

2.3.1 物品准备

根据患者情况准备手术所需体位垫、棉衬及约束带,包括头圈1个、肩托2个、托手板1个、绑手带1条、骶尾部凝胶垫1个、膝部凝胶垫2个、绑

腿带2条、足部软枕2个、棉垫若干及防压疮敷料若干;针对Braden评分提示的高风险因素,预防性使用压疮贴。备齐腹腔镜器械、气腹系统、监护设备及急救物品,确保功能完好。

2.3.2 平卧分腿位的制定

由手术医生主导,麻醉医生与巡回护士协作完成。手术医生需确认体位可充分暴露术野,保障手术顺利进行;麻醉医生需评估插管风险,关注术前、术中体位变化对患者的影响;巡回护士需全程把控围术期患者的安全与舒适^[6]。

2.3.3 针对各项护理诊断的护理计划与护理结果

2.3.3.1 有术中压力性损伤的风险

护理计划:(1)术前根据Braden评分(16分)及患者体型,个体化选用凝胶垫联合泡沫敷料,在骶尾部、足跟等部位预防性粘贴敷料;(2)麻醉前完成体位摆放,减少摩擦力与剪切力;(3)术中每1~2h在非无菌区微调肢体位置,如轻微抬放下肢、调整手臂角度;(4)术毕由巡回护士与恢复室护士双人交接受压皮肤情况并记录。

护理结果:(1)术后即刻:患者受压部位皮肤无发红、无压痕,无新发Ⅰ期及以上压力性损伤;(2)术后24h:骶尾部、足跟及肩胛部等骨隆突处皮肤完整,无按压后不退色的持续性红斑。

2.3.3.2 有术中低体温的风险

护理计划:(1)术前启用充气加温毯覆盖非手术区域,全程持续使用;(2)将静脉输液及腹腔冲洗液加温至37℃;(3)每30min监测一次体温,若低于36℃立即增加保暖措施,如提高加温毯温度、减少身体暴露。

护理结果:(1)术中:核心体温维持在 $\geq 36.0^{\circ}\text{C}$ (监测鼻咽温或鼓膜温);(2)术后苏醒期:患者无寒战,末梢循环良好(甲床红润);(3)出室前:体温 $\geq 36.0^{\circ}\text{C}$,无低体温相关并发症(如凝血异常、苏醒延迟)。

2.3.3.3 有外周神经血管功能障碍的风险

护理计划:(1)摆放平卧分腿位时,上肢外展 $\leq 90^{\circ}$,肘部垫软枕,胸窝处悬空,将膝部凝胶垫置于小腿上段;(2)用软枕将足跟悬空,避免跟腱及腓总神经受压;(3)术毕由麻醉医生与巡回护士共同检查双侧肢体感觉、运动及末梢循环情况,并记录于护理单。

护理结果:(1)术后即刻:双下肢肌力与术前无下降(仍为Ⅳ级),感觉减退范围无扩大;(2)术后24h:无新增肢体麻木、刺痛或活动障碍,足背

动脉搏动对称有力;(3)术中:肢体无过度牵拉、上肢外展未超过 90° 、胸窝无直接受压。

2.3.3.4 有皮肤—黏膜完整性受损的风险

护理计划:(1)使用高透气性、低致敏性的医用胶带及敷料,避免传统油布直接接触皮肤;(2)术中加强冲洗液管理,使用收集袋或吸水巾防止液体渗漏至体表及体位垫;(3)若术中出现多汗,及时用干纱布吸干并检查受压部位皮肤情况。

护理结果:(1)术毕:与辅料/敷料接触的皮肤无浸渍、发红、水泡;(2)术后24h:无接触性皮炎或器械相关性压力性损伤。

2.3.3.5 知识缺乏:体位护理相关知识

护理计划:(1)术前由高年资护士或护理组长现场示教平卧分腿位的摆放流程及减压措施;(2)制作体位护理查检表(Checklist),逐项执行并签字确认;(3)术后组织召开个案讨论会,总结本次体位护理经验,纳入科室护理标准。

护理结果:(1)术前:参与该患者手术的护士能复述3项及以上体位摆放与防压疮关键点,如骶尾部敷料使用、平卧分腿位神经保护、交接流程等;(2)术后:护理记录完整体现体位、皮肤、体温、神经功能的监测与交接情况;(3)长期:科室完成1次体位护理专项培训,并有考核记录。

2.4 护理实施

2.4.1 术前体位管理小组建立与方案制定

科室成立由巡回护士、洗手护士、麻醉医生及主刀医生共同组成的体位摆放护理专项小组,由巡回护士主持体位摆放方案讨论,明确分工与协作要点。结合全身麻醉方式、腹腔镜下胰十二指肠根治术的手术类型、预计6~8h的手术时长,以及患者年龄、BMI、营养状况、皮肤状态、活动能力、有无压疮史等基础情况进行综合评估。在患者骶尾部、足跟及肩胛部等骨隆突处及易受压部位均匀涂抹润肤油形成保护膜,减少摩擦力与剪切力。

2.4.2 患者入室与体位改良方法

患者入室后,由麻醉医生主导,手术医生及巡回护士配合共同核对手术部位。改良体位摆放方法(对比传统方式):(1)传统方式:先全麻插管,再由手术医生、麻醉医生及巡回护士共同拖拽患者至床沿,易导致患者受力不均,增加局部皮肤的摩擦力和剪切力;手术床被单在拖拽过程中易出现褶皱,压于患者身下形成压痕,增加术中压力性损伤风险。(2)改良方式:麻醉前让患者自行移至上

术床合适位置,使骶尾部与手术床背板平行或略超出。(3)辅料改进:采用无纺布中单替代传统油布建立无菌区,无纺布中单可提升患者局部皮肤的透气性与舒适性,避免因敷料不平整导致的局部压力增高与皮肤摩擦。(4)效果:改良后的精准体位摆放可有效避免人为增加的摩擦力与剪切力,降低术中压力性损伤的发生风险。

2.4.3 头部及躯干固定

在患者骶尾部、肩胛骨及足跟等骨隆突处均匀涂抹润肤油,并在这些重点部位预防性使用防压疮敷料,术中严密观察皮肤状况,定时进行局部减压与体位调整,保持皮肤干燥无潮湿、无皱褶。头部保持中立位,垫凝胶圈,避免颈部过伸或侧偏,保障气道通畅。骶尾部垫凝胶垫,根据患者体型和受压部位面积使用压疮预防贴分散压力。双侧肩托内衬软垫固定,缓冲肩托对皮肤的压力,防止头高足低位下滑,避免压迫神经及血管。建立无菌区时,骶尾部使用无纺布中单代替传统油布,减少敷料不平整带来的局部压力点。

2.4.4 上肢摆放

将托手板固定于患者左侧,左侧手臂伸直放置于托手板上,手臂与托手板之间垫棉垫,防止皮肤与托手板金属部位接触产生电灼伤;托手板外展角度不大于 90° ,远心端略高于近心端,避免臂丛神经损伤,用绑手带妥善固定,松紧度以能容纳一指为宜,同时密切观察静脉通路是否通畅,避免因体位变化牵拉输液通路引起药液外渗^[7]。右侧手臂自然放置于患者身侧,保持生理弯曲,用绑手带妥善固定,松紧度适宜。

2.4.5 下肢摆放

患者骶尾部与手术床背板平行或超出,调节腿板后,医护人员共同协助患者分开双下肢置于腿板上,两腿夹角为 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$,不必过度外展,以能容纳一名医助站立即可,外展角度不超过 90° ,避免造成大腿内收肌拉伤^[8]。膝部略屈曲,腘窝处垫膝部凝胶垫,足跟部垫软枕,保持踝关节功能位,防止足下垂。在距离膝关节上5 cm处用绑腿带固定,松紧度以能容纳一指为宜,防止损伤腓总神经。

2.4.6 体位摆放核心要求与三方核查

明确体位摆放核心要求为充分暴露术野,保护患者隐私,做好保暖,维持呼吸循环稳定,预防体位相关并发症。体位摆放完成后需三方核查,确保术野充分暴露、肢体处于功能位、皮肤无受

压、管路保持通畅且监护有效。消瘦患者的骨隆突处、脂肪肌肉较薄处长期受压易引发压力性损伤,摆放体位时应着重检查这些部位,使用体位垫或棉垫等保护措施缓冲压力,促进受压部位血液循环,减少皮肤压红、压力性损伤的发生^[9-11]。核查完毕后为患者盖好被单,防止术中低体温,实施被动保温干预,即将手术室温度调节为 25°C 并维持稳定,对非手术区域使用被单覆盖保温^[12-14]。

2.4.7 术中动态管理与人员培训

术中需加强巡视,腹腔镜下胰十二指肠根治术手术时间较长,术中需根据手术步骤,由巡回护士按照手术医生指令执行动态体位调节,调整前需告知麻醉医生,以便其提前做好循环管理准备。操作时牢固固定患者肢体,避免牵拉,维持体位稳定。术中注意提醒医助保持正确站立姿势,勿将双手或身体靠压在患者双腿上,避免造成压迫性损伤^[15]。对护理人员开展体位摆放专项培训,内容包括规范体位摆放流程、固定方法、巡回护士关注要点及应急处理流程。

2.5 护理评价

手术结束后缓慢将患者复位至平卧位,轻柔移除体位装置;根据患者皮肤情况移除压疮贴,全面检查皮肤有无压痕、红肿、红斑、水疱或破损等术中压力性损伤表现,同时评估患者肢体活动与感觉功能。评估结果显示,患者皮肤完整,无新发压力性损伤,肢体活动及感觉功能与术前无差异。与传统体位摆放易出现压痕、红斑等不良反应相比,本方案进一步证实了精准体位摆放的临床意义。确认无异常后护送患者返回ICU病房,与ICU护士交接体位护理、皮肤情况及注意事项^[16]。

3 讨论

手术体位是由患者姿势、体位垫使用及手术床操作三部分组成的位式,其摆放核心要求是在保证患者安全、舒适且无并发症的前提下,充分暴露术野,便于主刀医生操作,同时固定牢靠、不易移位、不影响呼吸循环功能^[17]。腹腔镜下胰十二指肠根治术是腹部外科最复杂的微创手术之一,具有术程长、暴露要求高及风险大等特点,因此体位摆放是手术室护理的关键环节^[18]。

手术室护理并非机械配合手术操作,更应注重“以人为本”的整体护理理念,为患者提供人性化护理与关怀,使患者在安全、舒适的环境中接受治疗。手术体位的合理摆放是手术成功的基本保

证,如何在患者麻醉后既保持机体正常生理功能,又充分暴露术野,是手术体位摆放中常遇到的矛盾点,也是手术室护理需不断探索和研究的课题^[19]。

针对患者制定的个体化体位方案可兼顾术野需求与生理安全,改良平卧分腿位是腹腔镜下胰十二指肠根治术的理想体位,而精细化防护与全程动态监护能有效降低术中压力性损伤、神经损伤及循环功能紊乱等并发症的发生率^[20-21]。主刀医生、麻醉医生和巡回护士三方共同监管是体位安全与手术顺利实施的重要保障。手术室护士需熟练掌握专科解剖知识、体位管理规范及应急处理能力,持续优化护理流程;规范化、精细化的体位摆放与护理配合可保障腹腔镜下胰十二指肠根治术安全实施,降低体位相关并发症风险,提升手术护理质量^[22]。

综上所述,科学、规范且标准化的体位摆放与护理配合,可显著提升腹腔镜下胰十二指肠根治术的安全性及流畅性,减少体位相关不良事件,为患者术后康复提供有力支持。临床应不断完善复杂微创手术体位的护理流程,加强专科培训,推动手术室护理高质量发展。

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] 陈丽娜. 快速康复护理对改善胰十二指肠切除术后患者早期血栓风险的效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(21): 3994-3998.
Chen L N. The effect of rapid rehabilitation nursing on improving the early thrombosis risk in patients after pancreaticoduodenectomy[J]. Int J Nurs, 2021, 40(21): 3994-3998. (in Chinese)
- [2] 王鹏睿, 王磊. 腹腔镜下保留十二指肠的胰头全切除术的核心技术及要点[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2025, 32(2): 148-151.
Wang P R, Wang L. The core techniques and key points of laparoscopic duodenum-preserving total pancreatic head resection[J]. Chin J Bases Clin Gen Surg, 2025, 32(2): 148-151. (in Chinese)
- [3] 姚丽娟, 李红梅, 钱卫琴, 等. 新型手术侧卧位固定垫的设计与临床应用[J]. 护理学报, 2019, 26(17): 77-78.
Yao L J, Li H M, Qian W Q, et al. Design and clinical application of a new type of surgical lateral position fixation pad[J]. J Nurs China, 2019, 26(17): 77-78. (in Chinese)
- [4] Bergstrom N, Braden B J, Laguzza A, et al. The braden scale for predicting pressure sore risk[J]. Nurs Res, 36(4): 205-210.
- [5] 周力, 马涛. 手术室护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [6] 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(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(2): 206-209. (in Chinese)
- [7] 谢彩霞, 赵萌, 彭朋, 等. 手术患者静脉输液药物渗出的原因分析及护理对策[J]. 中西医结合护理, 2021(8): 61-64.
Xie C X, Zhao M, Peng P, et al. Causes analysis and nursing countermeasures of drug exudation by intravenous infusion in operation patients[J]. Chin J Integr Nurs, 2021(8): 61-64. (in Chinese)
- [8] 王小丽, 白晓霞, 张平. 分腿式平卧位在妇科开腹手术中的运用[J]. 四川医学, 2010, 31(7): 1024-1025.
Wang X L, Bai X X, Zhang P. Application evaluation of the use of sub-leg supine position in gynecologic abdominal surgery[J]. Sichuan Med J, 2010, 31(7): 1024-1025. (in Chinese)
- [9] 汪勇, 喻琼, 李跃荣. 两种手术体位安置法在输尿管软镜手术中的应用效果[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(1): 82-84.
Wang Y, Yu Q, Li Y R. Application effect of two kinds of surgical position placement methods in flexible ureteroscopy surgery[J]. Lab Med Clinic, 2020, 17(1): 82-84. (in Chinese)
- [10] 邢宝坤. 患者手术体位摆放的原则方法及注意事项[J]. 药物与人, 2014, 27(4): 231.
Xing B K. Principles, methods and precautions of patients' surgical posture placement[J]. Med People, 2014, 27(4): 231. (in Chinese)
- [11] 乔莉娜, 金鲜珍, 廖春艳, 等. 外科重症患者压疮发生的危险因素分析及护理措施[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(8): 179-180.
Qiao L N, Jin X Z, Liao C Y, et al. Risk factors analysis and nursing measures of pressure sore in severe surgical patients[J]. J Clin Med Pract, 2016, 20(8): 179-180. (in Chinese)

- [12] 沈林, 张海伟, 张鹤达. 复合保温措施与压疮风险管理降低胰腺癌患者术中并发症的价值[J]. 河北医药, 2025, 47(9): 1562–1565, 1570.
Shen L, Zhang H W, Zhang H D. Value of combined heat preservation measures and pressure ulcer risk management in reducing intraoperative complications in patients with pancreatic cancer [J]. Hebei Med J, 2025, 47(9): 1562–1565, 1570. (in Chinese)
- [13] 朱秋燕, 吴婉英, 王丽芬, 等. 围手术期低体温的影响因素及预防措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(2): 141–145.
Zhu Q Y, Wu W Y, Wang L F, et al. Research progress of influencing factors and preventive measures of inadvertent perioperative hypothermia [J]. J Nurses Train, 2022, 37(2): 141–145. (in Chinese)
- [14] 杨丽. 手术室保温措施对老年全髋关节置换患者术中低体温、应激反应及凝血功能的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(4): 175–176.
Yang L. Effects of heat preservation measures in operating room on hypothermia, stress response and coagulation function in elderly patients undergoing total hip replacement [J]. Heilongjiang Med Pharm, 2021, 44(4): 175–176. (in Chinese)
- [15] 赵仙芝, 韩云. 手术体位不当致并发症的原因分析及预防[J]. 护士进修杂志, 1997, 12(1): 35–36.
Zhao X Z, Han Y. Cause analysis and prevention of complications caused by improper surgical posture [J]. J Nurses Train, 1997, 12(1): 35–36. (in Chinese)
- [16] 李婷婷, 王豫. 《手术室护理实践指南(2020年版)》出版: 介入手术间护理安全隐患分析及管理对策[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(3): 325.
Li T T, Wang Y. Publication of “practice guide of nursing in operating room (2020 edition)”: analysis of nursing safety hidden dangers in interventional surgery and management countermeasures [J]. J Interv Radiol, 2021, 30(3): 325. (in Chinese)
- [17] 潘鑫. 现代化手术室护理实用全书[M]. 长春: 吉林科学技术出版社, 2005.
- [18] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组. 腹腔镜胃癌手术操作指南(2007版)[J]. 中华消化外科杂志, 2007, 6(6): 476–480.
The Laparoscopic and Endoscopic Surgery Group of the Chinese Medical Association's Surgical Division. Laparoscopic Gastric Cancer Surgery Operating Guidelines (2007 Edition) [J]. Chin J Dig Surg, 2007, 6(6): 476–480. (in Chinese)
- [19] 钱蓓健, 周嫣. 实用手术室护理[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005.
- [20] 冯星梅, 罗建英, 王琳. 妇科腹腔镜手术体位并发症的预防与护理进展[J]. 上海护理, 2016, 16(1): 61–64.
Feng X M, Luo J Y, Wang L. Prevention and nursing progress of posture complications in gynecological laparoscopic surgery [J]. Shanghai Nurs, 2016, 16(1): 61–64. (in Chinese)
- [21] 方海丽, 周秀玲, 梁聪颖, 等. 心血管疾病患者手术获得性压力性损伤风险预测模型的研究进展[J]. 中国护理管理, 2024, 24(7): 1041–1046.
Fang H L, Zhou X L, Liang C Y, et al. Research progress on risk prediction models for Intraoperative Acquired Pressure Injury in patients with cardiovascular disease [J]. Chin Nurs Manag, 2024, 24(7): 1041–1046. (in Chinese)
- [22] 魏革, 刘苏君, 王方. 手术室护理学[M]. 3版. 北京: 人民军医出版社, 2014.

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 BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。