

表 1 两组各项观察指标对比

指标	对照组	研究组	t/χ <sup>2</sup>	P 值
NIHSS 评分 (分)				
护理前	12.3 ± 3.2	12.5 ± 3.1	0.314	0.754
护理后	8.7 ± 2.5	5.2 ± 1.8	8.126	<0.001
Barthel 指数 (分)				
护理前	45.6 ± 10.2	44.8 ± 9.8	0.387	0.699
护理后	62.4 ± 12.1	78.6 ± 11.3	7.342	<0.001
Fugl-Meyer 评分 (分)				
护理前 (上肢 + 下肢)	38.5 ± 9.6	37.8 ± 9.2	0.372	0.711
护理后 (上肢 + 下肢)	52.3 ± 11.4	68.7 ± 10.8	7.891	<0.001
并发症发生率				
肺部感染	7 (12.7%)	2 (3.6%)	3.960	0.047
压疮	6 (10.9%)	1 (1.8%)	3.872	0.049
深静脉血栓	5 (9.1%)	1 (1.8%)	3.025	0.082
泌尿系统感染	4 (7.3%)	0 (0%)	4.127	0.042
总并发症发生率	22 (40.0%)	4 (7.3%)	18.763	<0.001

### 4 讨论

脑卒中俗称中风，是一种因脑部血管突然破裂或堵塞导致血液无法正常供应脑组织，进而引发神经功能损伤的急性脑血管疾病，疾病起病急、进展快，若不及时救治可能留下偏瘫、失语等后遗症，是中老年人致残和致死的主要原因之一。本研究结果显示，研究组在神经功能、运动能力及日常生活能力方面的改善显著优于对照组，并发症发生率更低。脑卒中患者的神经功能损伤是导致运动、认知及语言障碍的核心问题，康复护理强调早期介入，通过反复训练刺激神经突触可塑性，促进受损神经通路重塑。早期良肢位摆放可减少痉挛模式形成，降低关节挛缩风险，吞咽功能训练联合体位管理能减少误吸性肺炎发生，定时翻身与皮肤护理有效预防压疮，这些措施从源头减少脑卒中后常见并发症的发生，间接促进了患者康复进程<sup>[6]</sup>。

综上，康复护理通过多维度干预显著提升了脑卒中患者的神经功能、运动能力及生活自理水平，同时降低了并发症风险，临床价值明确，建议在神经内科常规护理中推

广，加强护理人员康复技能培训，为患者提供更优质的护理服务。

### 参考文献

- [1] 那芳,王雪,谭红宇. 神经内科护理中康复护理对脑卒中后偏瘫患者的预后观察 [J]. 婚育与健康, 2024, 30 (15): 172-174.
- [2] 刘小肃,刘小静. 个体化康复护理在神经内科女性脑卒中患者中的应用效果 [J]. 妇儿健康导刊, 2024, 3 (10): 136-139.
- [3] 李阳,成毅. 神经内科护士的脑卒中偏瘫康复护理认知、态度、活动现状及其影响因素分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8 (23): 5-8.
- [4] 金立. 探讨神经内科实施早期康复护理对脑卒中患者日常生活活动 (ADL) 能力的影响 [J]. 中国医药指南, 2023, 21 (09): 177-179.
- [5] 冯丽丽. 早期康复护理在神经内科脑卒中护理中的临床效果 [J]. 中华养生保健, 2023, 41 (05): 100-103.
- [6] 金立. 康复护理在神经内科脑卒中偏瘫患者中的应用效果 [J]. 中国医药指南, 2023, 21 (06): 140-142.

# Case 1: Study on rescue nursing diagnosis, measures and postoperative rehabilitation plan for rupture of common iliac artery in a 28-year-old female patient

Xiaowen Yin

Emergency Department, Second Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumuqi, Xinjiang, 830000, China

## Abstract

This study focuses on a 28-year-old female patient with a ruptured common iliac artery aneurysm. Considering her acute hemorrhagic shock and the unique physiological and psychological characteristics of young patients, we systematically developed nursing diagnoses, targeted measures, and staged rehabilitation plans for emergency care, postoperative recovery, and rehabilitation phases. By identifying four core diagnoses—insufficient tissue perfusion, pain, anxiety/fear, and potential complication risks—we implemented comprehensive nursing interventions covering emergency anti-shock treatment, postoperative complication prevention, and long-term rehabilitation management. The patient ultimately achieved complete recovery without complications and returned to normal work and life six months after surgery. These findings provide practical references for standardized nursing practices in similar cases among young women, thereby enhancing both rescue success rates and rehabilitation outcomes.

## Keywords

young women; total iliac artery aneurysm rupture; hemorrhagic shock; nursing diagnosis; postoperative rehabilitation; complication prevention and control

## 一例 28 岁女性患者髂总动脉瘤破裂抢救护理诊断、措施及术后康复方案研究

殷晓雯

新疆医科大学第二附属医院急诊科, 中国·新疆 乌鲁木齐 830000

## 摘要

本研究以 1 例 28 岁女性髂总动脉瘤破裂患者为对象, 结合其“急性失血性休克+年轻患者生理心理特殊性”, 系统梳理抢救期、术后恢复期、康复期的护理诊断、针对性措施及分阶段康复方案。通过明确“组织灌注不足、疼痛、焦虑/恐惧、潜在并发症风险”四大核心诊断, 实施“急救抗休克-术后并发症防控-长期康复管理”全流程护理, 患者最终无并发症发生, 术后 6 个月恢复正常工作与生活。研究结果可为年轻女性同类病例的标准化护理提供实践参考, 助力提升抢救成功率与康复质量。

## 关键词

年轻女性; 髂总动脉瘤破裂; 失血性休克; 护理诊断; 术后康复; 并发症防控

## 1 引言

研究背景: 髂总动脉瘤破裂病死率超 50%, 年轻女性 (< 30 岁) 发病多与先天性血管畸形相关, 起病隐匿且突发休克, 护理需同时应对“急症抢救紧迫性”与“年轻患者心理需求 (如担心生育、职业影响)”“康复预期高”的双重挑战, 临床护理方案需更具针对性。

研究目的: 总结 28 岁女性髂总动脉瘤破裂患者的核心护理要点, 明确各阶段护理诊断的识别逻辑与措施落地细

节, 形成可复制的“诊断-措施-康复”护理框架。

## 2 临床案例资料

### 2.1 患者基础信息

患者女性, 28 岁, 汉族, 某企业行政专员, 于 202X 年 X 月 X 日 14:00 因“突发持续性下腹部撕裂样疼痛 10 小时, 伴头晕、意识模糊 10 分钟”由家属陪同就诊于我院急诊。患者既往体健, 无高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史, 无手术、外伤及输血史; 否认吸烟、饮酒史, 无药物过敏史; 月经周期规律 (28-30 天), 末次月经为就诊前 1 周, 否认孕期、哺乳期及避孕药物使用史; 家族中无血管疾病、结缔组织病遗传史。急救车转运途中, 患者血压最低至

【作者简介】殷晓雯 (1988-), 女, 中国新疆乌鲁木齐人, 本科, 主管护师, 从事急诊护理研究。

68/40mmHg, 予鼻导管吸氧(4L/min)、静脉输注平衡盐溶液500ml后, 血压升至75/45mmHg, 遂启动血管外科急诊绿色通道。

## 2.2 入院评估

生命体征与意识状态: 符合失血性休克诊断标准);

症状体征: 意识模糊(GCS评分12分), 面色苍白、四肢湿冷, 下腹部压痛明显、移动性浊音阳性, 下肢皮温降低、足背动脉搏动减弱(右侧1级, 左侧2级);

辅助检查: 急诊CT示“右侧髂总动脉瘤破裂, 腹腔内积血”; 血常规血红蛋白65g/L(重度贫血), 凝血功能PT 18秒、APTT 45秒(均延长, 提示凝血异常)。

## 2.3 诊疗经过

入院后1小时内完成抗休克治疗(补液1500ml+申请浓缩红细胞4U), 随即行“右侧髂总动脉瘤切除+人工血管重建术”(手术时长3.5小时); 术后转入ICU监护3天, 病情稳定后转入普通病房, 住院10天出院, 术后6个月随访恢复良好。

## 3 护理诊断(基于NANDA-I标准与案例特征)

### 3.1 组织灌注不足

与髂总动脉瘤破裂致急性失血性休克、血容量锐减相关; 诊断依据①客观指标: 入院时收缩压75/45mmHg < 90mmHg, 心率128次/分 > 120次/分, 尿量12ml/h < 30ml/h, 毛细血管充盈时间4秒 > 2秒; ②症状体征: 面色苍白、四肢湿冷、指端发绀、意识模糊; ③辅助检查: 血红蛋白62g/L < 115g/L, 动脉血气分析提示代谢性酸中毒(BE -8mmol/L)。

### 3.2 急性疼痛

与动脉瘤破裂后血液刺激腹膜后神经丛(抢救期)、手术创伤及组织水肿(术后)相关; 诊断依据为患者主诉“撕裂样腹痛”, 抢救期VAS评分10分, 术后1天VAS评分6分。

### 3.3 焦虑/恐惧

与病情突发(无先兆症状)、濒死感(休克状态)、术后担心康复效果(诊断依据: ①情绪表现: 意识清醒后反复询问“会不会留后遗症”“能不能正常工作”, 夜间失眠(术后前3天每日睡眠不足4小时); ②行为表现: 对护理操作(如换药、静脉穿刺)存在抵触情绪, 依赖家属陪伴; ③心理评估: 焦虑自评量表(SAS)评分65分(>50分提示焦虑)。

### 3.4 潜在并发症风险

#### 3.4.1 再出血与血压波动、术后吻合口愈合不良、凝血功能异常相关

风险因素: ①患者术后血压波动幅度较大(术后24小时内收缩压波动范围85-115mmHg); ②手术吻合口直径16mm, 存在张力性愈合风险; ③术前凝血功能异常(PT 19秒), 术后需使用抗凝药物。

#### 3.4.2 下肢缺血与术中血管阻断、术后血栓形成或血管痉挛相关

风险因素: ①术中阻断右侧髂外动脉近2小时, 下肢缺血时间较长; ②术后卧床期间下肢活动减少, 血流缓慢; ③年轻患者血液黏稠度较高(术前血红蛋白62g/L, 术后输血后血液浓缩)。

#### 3.4.3 感染与手术创伤、引流管留置、机体免疫力暂时下降相关

风险因素: ①手术切口长12cm, 术中出血量850ml, 创伤较大; ②术后留置盆腔引流管、尿管及中心静脉导管, 存在医源性感染途径; ③术后早期体温37.3-38.1℃, 为感染易感状态。

#### 3.4.4 深静脉血栓(DVT)与术后卧床、血液高凝状态(创伤应激)、血管壁损伤相关

风险因素: ①术后前3天卧床, 下肢活动受限; ②术前D-二聚体3.5mg/L > 0.5mg/L, 提示血液高凝; ③手术操作中血管壁牵拉损伤, 激活凝血系统。

#### 3.4.5 焦虑状态与年轻女性对疾病预后、社会角色回归担忧相关(术后延续性诊断)

风险因素: ①患者为职场女性, 担忧术后无法回归工作; ②对人工血管长期安全性存在顾虑; ③缺乏同类年轻患者康复经验参考。

## 4 抢救期护理措施(入院0-1小时, 黄金抢救窗口)

### 4.1 紧急抗休克处理

通路建立: 10分钟内建立2条16G静脉通路(右侧颈内静脉+左侧肘正中静脉), 优先选择中心静脉通路监测CVP(目标8-12cmH<sub>2</sub>O);

液体复苏: 首1小时快速输注平衡盐溶液1500ml, 同步申请浓缩红细胞4U(输血前严格“三查八对”, 输血速度10ml/min, 避免过敏反应);

体位与保暖: 协助取中凹卧位(头胸抬20°、下肢抬30°), 用升温毯维持体温36-37℃(避免低体温加重凝血障碍)。

### 4.2 精准病情监测

生命体征: 每5分钟记录1次血压、心率、血氧饱和度, 重点观察血压回升趋势(目标收缩压90-100mmHg, 避免>110mmHg增加再出血风险);

关键指标: 每30分钟评估意识状态(GCS评分)、尿量(留置尿管记录), 每15分钟检查下肢足背动脉搏动(排除血管栓塞)。

### 4.3 疼痛与心理干预:

疼痛控制: 躁动明显、VAS评分10分时, 遵医嘱静脉推注吗啡5mg(年轻患者剂量减半, 避免呼吸抑制), 30

分钟后复评 VAS 降至 4 分；

心理支持：用短句告知患者“血压在回升，家属已在门口”，避免“破裂”“危险”等刺激性词汇；允许 1 名家属穿隔离衣短暂陪伴（5 分钟），通过肢体接触（握手）传递安全感。

## 5 术后护理措施（术后 1-7 天）

### 5.1 生命体征与器官功能监测：

#### 5.1.1 循环监测

持续心电监护 24 小时，血压控制在 100-120/60-70mmHg（用硝酸甘油微泵调节，波动幅度 < 20mmHg/次），每 2 小时触摸双侧足背动脉搏动（记录搏动强度，双侧对比）；若出现皮温降低、搏动减弱，立即汇报医生（警惕下肢缺血）。

#### 5.1.2 肾功能监测

尿量记录：每小时记录尿量、尿色、尿比重，目标尿量 > 0.5ml/kg/h（患者体重 50kg，尿量 > 25ml/h）；若尿量 < 25ml/h，排查原因（如血容量不足、肾血管痉挛），遵医嘱调整输液速度或使用利尿剂（如呋塞米 20mg 静脉推注）。肾功能指标：每日复查血肌酐、尿素氮，避免使用肾毒性药物（如氨基糖苷类抗生素），术后 3 天若肾功能指标异常（血肌酐 > 133 μmol/L），配合医生行肾功能保护治疗（如补液、碱化尿液）。

#### 5.1.3 体温监测

术后 24 小时内体温 37.5-38.0℃（考虑创伤应激），予物理降温（温水擦浴）；若体温 > 38.5℃，立即排查感染（如切口渗液、血常规白细胞计数），遵医嘱调整抗生素。

### 5.2 伤口与引流管护理：

#### 5.2.1 切口护理

术后前 3 天每日换药 1 次，用碘伏消毒切口周围 10cm 范围，观察敷料渗血（渗血直径 > 5cm 需加压包扎），术后 7 天切口甲级愈合；

#### 5.2.2 引流管管理

盆腔引流管：每小时记录引流量及性质，若鲜红血性液 > 200ml/h 持续 2 小时，提示再出血；本案例术后前 3 天引流量分别为 30ml、25ml、20ml（逐渐减少，正常）；

尿管护理：术后 24 小时开始夹闭训练（每 2 小时开放 1 次），术后 5 天拔除尿管，残余尿量 < 100ml（膀胱功能恢复良好）。

### 5.3 并发症精准防控：

再出血预防：严格控压（避免剧烈咳嗽、用力排便），遵医嘱用乳果糖 10ml bid 软化大便，术后 6 小时复查凝血功能（PT 15 秒、APTT 38 秒），调整华法林剂量至 2.5mg/d；

DVT 预防：术后 6 小时启动踝泵运动（每小时 15 次，每次 5 秒/动作），配合间歇充气加压装置（每日 2 次，每次 30 分钟），术后 24 小时予低分子肝素 4000IU 皮下注射 qd（注射部位为脐周 2cm 外，轮换点位）；

感染预防：每日更换引流装置（无菌操作），遵医嘱静脉输注头孢曲松钠 2g qd（共 5 天），每 2 小时协助翻身拍背（预防肺部感染），术后无感染发生。

### 5.4 阶梯化疼痛管理

评估频率：每 4 小时用 NRS 评分评估，术后 24 小时为疼痛高峰；

干预方案：NRS 1-3 分用布洛芬 0.3g po bid，NRS ≥ 4 分时口服对乙酰氨基酚 500mg（术后 1 天评 6 分药用，1 小时后降至 3 分）；术后 48 小时内切口冷敷（每次 20 分钟），48 小时后热敷（促进消肿）。

## 6 术后康复方案（分阶段适配年轻患者恢复特点）

### 6.1 早期康复（术后 1-7 天，卧床至床边活动期）

活动训练：术后 6 小时开始被动踝泵运动（护士辅助），术后 3 天床边站立（首次 5 分钟，逐渐延长至 15 分钟），避免弯腰、提重物（< 2kg）；

营养支持：术后 6 小时试饮温水，24 小时过渡至半流食（如小米粥、蒸蛋羹），每日补充蛋白质 1.5-2g/kg（如 50kg 患者每日 75-100g，约 2 个鸡蛋 + 100g 鱼肉），避免豆类、牛奶等产气食物。

### 6.2 中期康复（术后 1-4 周，生活自理至轻度活动期）：

功能训练：术后 1 周室内行走（每次 10-15 分钟，每日 3 次），术后 2 周开展直腿抬高训练（每日 3 组，每组 10 次，增强下肢肌力）；

生活能力恢复：术后 1 周自主完成穿衣、洗漱，术后 2 周尝试轻家务（如叠衣服、洗碗），避免长时间站立（> 1 小时）；

心理干预：用“康复案例分享”（如同龄患者术后 3 个月回归工作）缓解焦虑，术后 3 天发放图文版康复手册（标注训练进度表）。

### 6.3 长期康复（术后 1 个月 - 半年，回归社会期）：

生活方式调整：坚持低脂低盐饮食（每日盐 < 5g，每周吃鱼 3 次），术后 1 个月内不提重物（< 5kg），3 个月后可散步（每次 30 分钟，每日 1 次），半年内禁止跑步、跳跃等剧烈运动；

定期复查：明确术后 1、3、6 个月复查项目（血管超声评估人工血管通畅度、血压、血脂），术后 1 个月复查血压 125/80mmHg、LDL-C 2.3mmol/L（均达标）；

用药依从性：强调华法林需固定时间服用（如每晚 8 点），不可擅自停药，每月复查 INR（目标 2.0-3.0）。

## 7 健康宣教要点（聚焦年轻患者实用性需求）

### 7.1 疾病认知：破除误区，科学认知疾病

年轻患者发病多与先天性血管发育异常相关，并非由熬夜、劳累等后天因素直接导致，无需过度自责或焦虑。需