

t 检验；以 % 表述计数资料，行 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 钆喷酸葡胺不良反应发生率与严重程度对比

干预组不良反应发生率低于常规组，且不良反应严重程度轻于常规组，P<0.05。见表 1。

表 1 钆喷酸葡胺不良反应发生率与严重程度对比 [n (%)]

分组	例数	无不良反应	轻度不良反应	中度不良反应	重度不良反应	总发生率
常规组	50	42 (84.00)	4 (8.00)	2(4.00)	2(4.00)	8(16.00)
干预组	50	48 (96.00)	2 (4.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.000
P 值	-	-	-	-	-	0.046

3.2 检查配合情况对比

干预组的流程知晓率、体位配合率、行为依从性高于常规组，P<0.05。见表 2。

表 2 检查配合情况对比 [n (%)]

分组	例数	流程知晓率	体位配合率	行为依从性
常规组	50	39 (78.00)	36 (72.00)	34 (68.00)
干预组	50	49 (98.00)	48 (96.00)	47 (94.00)
χ^2 值	-	9.804	11.314	11.842
P 值	-	0.002	0.001	0.001

3.3 不良事件应急处理效率对比

干预组不良事件的识别时间、首次干预时间、症状缓解时间短于常规组，P<0.05。见表 3。

表 3 不良事件应急处理效率 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	识别时间 (s)	首次干预时间 (s)	症状缓解时间 (min)
常规组	50	45.21 ± 10.34	78.54 ± 15.67	15.34 ± 3.27
干预组	50	18.52 ± 5.27	32.61 ± 8.99	6.87 ± 1.59
t 值	-	5.427	6.732	6.245
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

4 讨论

MR 增强检查中对对比剂的使用是提升成像质量的关键，但钆喷酸葡胺不良反应的发生给检查安全带来了严重威胁。钆喷酸葡胺不良反应主要表现为过敏反应、肾毒性反应及局部注射反应等，不仅可能影响检查的顺利完成，严重时还可能危及患者生命安全^[4]。因此，采取有效的护理干预措施，降低不良反应的发生风险，具有重要的临床意义。

本研究显示，干预组不良反应发生率低于常规组，且干预组无重度不良反应发生，常规组出现 2 例重度不良反应，

表明针对性护理干预可有效降低钆喷酸葡胺不良反应的发生率与严重程度。分析其原因，针对性护理干预通过精细化术前评估，能够及时识别存在不良反应高危因素的患者，并采取相应的预防措施，从源头上降低不良反应的发生风险；同时，优化对比剂使用与注射护理，能够减少对对比剂对患者机体的刺激，降低不良反应的发生概率^[5-6]。

在检查配合度方面，干预组流程知晓率、体位配合率、行为依从性均高于常规组，这与针对性护理干预中多元化健康宣教及心理疏导措施密切相关。通过向患者详细介绍检查相关知识，能够提高患者的认知水平，使患者充分认识到配合检查的重要性；同时，心理疏导能够缓解患者的负面情绪，增强患者的配合信心，从而提高患者的检查配合度^[7-8]。良好的检查配合度不仅能够确保检查的顺利完成，还能够减少因患者移动等因素导致的图像伪影，提升检查质量。

不良事件应急处理效率是衡量护理质量的重要指标之一。本研究显示，干预组不良事件识别时间、首次干预时间、症状缓解时间均显著短于常规组，这得益于针对性护理干预中完善的应急预案及定期的应急演练。护理人员通过系统培训，能够熟练掌握不良反应的早期识别方法及应急处理流程，一旦发生不良反应，能够迅速采取有效的干预措施，缩短患者的症状缓解时间。

综上所述，在 MR 增强检查中应用针对性护理干预，可有效降低钆喷酸葡胺不良反应的发生率与严重程度，提高患者检查配合度、不良事件应急处理效率，值得推广、应用。

参考文献

- [1] 尹慧,吴伟伟.预见性护理干预在肿瘤患者磁共振成像增强检查中的应用研究[J].江西医药,2025,60(7):648-651.
- [2] 张永芳.核磁共振成像增强扫描患者在检查期间接受全方位系统护理干预的效果评价[J].临床医药实践,2024,33(12):949-952.
- [3] 王晶,杨雪,王文杰,等.儿童钆喷酸葡胺注射液后肾功能变化分析及影响多因素Logistic回归分析[J].妇幼护理,2025,5(14):3373-3375,3378.
- [4] 高洁.磁共振成像对比剂钆喷酸葡胺不良反应和护理对策[J].首都食品与医药,2022,29(16):96-98.
- [5] 张亚萍,王婷,赵辉.护理干预在预防高压静脉注射对比剂外渗中的应用价值[J].甘肃医药,2023,42(8):745-746,753.
- [6] 刘艳艳,姜雪.颈外静脉对比剂外渗患者的护理报道1例[J].影像研究与医学应用,2025,9(10):192-193,196.
- [7] 凌佩佩,韦杰,覃小东,等.循证护理干预在妇科盆腔磁共振成像增强扫描检查中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(1):157-159,166.
- [8] 积累,王丽,黄淑程,等.健康教育结合心理护理在老年上腹部磁共振成像(MRI)增强扫描检查中的应用价值[J].生命科学仪器,2024,22(2):207-209.

A case of spontaneous bladder rupture with hemorrhagic shock after drinking alcohol: emergency nursing and experience

Dan Yin Yi Long Na Dai Gengsheng Wang Lixue Liu

921st Hospital of PLA Joint Logistics Support Force, Changsha, Hunan, 410003, China

Abstract

Background: This study highlights the rarity, insidious nature, and high-risk profile of alcohol-induced spontaneous bladder rupture, emphasizing that its symptoms are often misdiagnosed as acute peritonitis or appendicitis, which may lead to severe consequences if treatment is delayed. **Objective:** To report successful emergency management of a patient with alcohol-induced bladder rupture complicated by hemorrhagic shock. **Methods:** Through retrospective analysis of clinical data, the study outlines critical emergency nursing protocols including rapid triage, anti-shock therapy, condition monitoring, preoperative preparation, and psychological support. **Results:** Timely, accurate, and comprehensive emergency care stabilized the patient's vital signs, provided crucial time for surgery, and ultimately led to full recovery and discharge. **Conclusion:** Emergency nurses must maintain heightened vigilance in managing such cases, promptly identify shock symptoms, and implement bundled care measures within the "golden hour" to ensure favorable prognosis.

Keywords

Bladder rupture; alcohol consumption; hemorrhagic shock; emergency nursing; condition monitoring

一例饮酒后自发性膀胱破裂伴失血性休克患者——急诊护理与体会

尹丹 龙依 戴娜 汪更胜 刘丽雪

中国人民解放军联勤保障部队第九二一医院, 中国·湖南长沙 410003

摘要

背景: 简述饮酒后自发性膀胱破裂的罕见性、隐匿性及高危险性, 强调其症状易被误诊为急性腹膜炎、阑尾炎等, 耽误治疗可导致的严重后果。**目的:** 简述1例饮酒后膀胱破裂伴失血性休克患者的成功急诊救护经验。**方法:** 回顾性分析该病例的临床资料, 从快速分诊、抗休克治疗、病情观察、术前准备及心理护理等方面阐述急诊护理要点。**结果:** 患者通过及时、准确、全面的急诊护理, 生命体征趋于稳定, 为手术争取了时间, 最终康复出院。**结论:** 急诊护士面对此类患者需要高度警惕, 且迅速识别休克症状, 并在“黄金一小时”内实施集束化护理措施, 对预后至关重要。

关键词

膀胱破裂; 饮酒; 失血性休克; 急诊护理; 病情观察

1 引言

自发性膀胱破裂 (Spontaneous Bladder Rupture, SBR) 是一种极为凶险且罕见的急腹症, 其定义是指膀胱在无外伤情况下发生破裂, 尿液进入腹腔或盆腔引发病状。根据破裂部位与腹膜的关系, 可分为腹膜内型、腹膜外型及混合型。文献报道其发生率仅为 0.008%^[1], 临床上较为少见, 国内报道自发性膀胱破裂病死率达 15%, 国外文献报道死亡率高达 47%^[2]。如此悬殊的生存率差异, 凸显了早期识别与及时干预在救治过程中的决定性作用。

2 背景介绍

自发性膀胱破裂可能造成的原因: 主要因膀胱内压力骤升或膀胱壁结构异常, 导致膀胱壁自发性裂开, 多发生于膀胱充盈状态下。

与饮酒的关联性: 解释饮酒如何通过多种机制诱发破裂: 乙醇抑制中枢神经系统, 过量饮酒可导致神经肌肉接头功能障碍, 影响膀胱逼尿肌, 导致排尿困难。醉酒后大脑皮质神经中枢与脊髓排尿中枢受抑制所致的尿潴留, 使膀胱内压力骤升导致破裂^[1]。乙醇的利尿作用加剧膀胱充盈。随着膀胱内压力增加, 肌束广泛分离, 膀胱过度扩张、变薄, 导致增大的膀胱圆顶突出至下腹部而失去骨盆保护, 更易破裂^[3]。醉酒状态下腹部肌肉松弛、协调性差, 在呕吐、体位变动时腹部压力增加; 排尿用力过急、跌倒撞击腹部, 膀胱内压骤升, 易发生破裂。

【作者简介】 尹丹 (1995-), 女, 中国湖南岳阳人, 本科, 主管护师, 从事护理临床决策与病情观察研究。

急诊诊断的挑战：指出患者因醉酒无法清晰主诉，腹痛症状无特异性，极易漏诊、误诊，从而突显本病例护理研究的价值。

3 病例简介

· 患者李某，男性，45岁。因“大量饮酒后下腹痛12小时，症状进行性加重并伴烦躁、冷汗2小时”入院。

· 现病史：家属代诉，患者12小时前与朋友聚餐饮酒（酒量不详）一直处于醉酒状态，无外伤史。醒后不能排尿，感下腹部撕裂样持续性剧烈疼痛，进行性加重，伴恶心呕吐胃内容物数次，非喷射状。伴面色苍白、四肢湿冷、心悸、烦躁不安，由家属送至急诊。

· 既往史：体健，无手术外伤史。

· 入院查体：

T: 36.3℃, P: 132次/分, 细速, R: 26次/分, BP: 85/50 mmHg, SpO₂: 92%

· 腹部检查示全腹肌紧张，呈板状腹，压痛及反跳痛阳性，移动性浊音(+)，肠鸣音减弱。

· 初步诊断：急性弥漫性腹膜炎，失血性休克？尿潴留

4 急诊护理过程

4.1 快速分诊与启动应急预案

行动：接诊后，分诊护士捕捉到其“面色苍白、脉搏细速、血压低”等典型的休克失代偿期表现。依据急诊预检分诊标准，立即判断为危重患者（红色标识），绕过常规候诊区，直接送入抢救室。通知主治医师、责任护士及相关辅助科室人员就位。

依据：遵循急诊“生命第一”原则，抓住“黄金一小时”的抢救窗口。

4.2 紧急抗休克护理与监测

体位管理：协助患者取中凹卧位（头胸抬高20-30°，下肢抬高15-20°），此体位能促进回心血量，增加肾脏血流灌注，又能改善膈肌位置，利于通气，减轻腹肌紧张。

氧疗支持：立即给予高流量面罩吸氧（6-8 L/min），将SpO₂维持在95%以上，改善组织缺氧。

建立静脉通路：立即建立两条及以上静脉通路，必要时予以中心静脉置管（CVC），以便于快速、大量补液及监测中心静脉压（CVP）。遵医嘱快速输注平衡盐溶液、羟乙基淀粉等扩容液体。同时，遵医嘱给予酚磺乙胺、维生素K1药物以辅助止血。

严密监护：心电监护动态监测（5~15分钟记录一次）。重点关注：心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度、神志变化、尿量以及肢端末梢循环（如皮肤温度、色泽、毛细血管再充盈时间）。

在给患者进行腹腔穿刺时，抽出不凝血性液体，这一关键证据强有力地提示了腹腔内由活动性出血，为后续诊断指明了方向。

4.3 精准的病情观察与信息收集

在积极抗休克的同时，细致入微的病情观察时拨开迷雾、锁定病因的关键。

腹部体征评估：准确描述并记录腹部体征的变化（如肌紧张程度、压痛范围、移动性浊音）。

休克动态观察：患者在快速补液后，心率仍持续在120次/分以上，血压回升不明显，提示存在进行性活动性出血。

沟通与信息挖掘：利用患者短暂清醒或烦躁间隙，我们耐心、反复向其家属询问细节。获取了“患者醉酒后长达12小时不曾解小便”的关键信息，为诊断提供了重要线索。

标本采集：及时、准确地完成了血常规、血生化、凝血功能、血型鉴定及交叉配血等关键实验室检查。血常规结果回报：血红蛋白：89g/L（急性失血）。

4.4 高效的术前准备与协作

一旦高度怀疑膀胱破裂，我们的工作重心迅速转向为紧急手术做准备。

协助诊断：在医护的陪同下，安全护送患者至放射科完成急诊全腹CT平扫+增强检查。CT报告提示膀胱轮廓不清，周围大量积液（图1），膀胱造影剂外溢至腹腔（图2）。这一结论为腹膜内型膀胱破裂提供了影像学标准。返回抢救室后迅速配合医生完成床边腹部B超，提示腹腔大量积液，可确诊为膀胱破裂。超声与其他影像检查对比有着便捷、创伤性小等优点，因此是本病的首选检查方法^[9]。

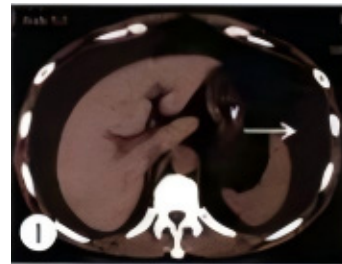


图1 腹部CT示大量积液

术前准备：遵医嘱立即为患者留置导尿管。插入尿管后，可见引出大量肉眼血尿（此现象是膀胱破裂的典型表现之一）。同步完成术前相关处置，如备皮、药敏实验等。

沟通联络：急诊科作为救治链的关键枢纽，我们迅速联系泌尿外科急会诊，同时与手术室、麻醉科及输血科进行沟通，确保患者能在最短时间内被接收并开始手术，实现了从急诊抢救到手术室的无缝对接。

4.5 专业的症状管理与心理护理

在整个抢救过程中，对患者痛苦与焦虑的管理同样不可忽视。

疼痛与烦躁管理：在诊断明确前，慎用镇痛剂，以免掩盖病情。采用数字评分法（NRS）对患者疼痛评估患者疼痛程度，以及疼痛部位、性质等。NRS>8分时，明确病因后遵医嘱予以地佐辛、曲马多等相对温和的镇痛药物，有效缓解了疼痛。对于因疼痛和恐惧引起的躁动，我们通过语言安抚、保持环境安静、约束保护（防止坠床）等方式管理患