

急危重症护理学课程思政教学案例

谢亚莉 附属民大医院

引言

呼吸困难是临床常见的急危重症症状之一，其病因复杂、进展迅速，严重者可危及生命。据统计，全球每年因呼吸困难导致的重症病例超过 500 万，其中约 20% 的患者因未能得到及时有效的救治而死亡。这一现状不仅对医护人员的急救技能提出了极高要求，更凸显了“生命至上”的职业信念和“快速反应”的急救意识的重要性。在急危重症护理教学中，如何将专业技能训练与人文关怀、伦理决策相结合，是培养高素质护理人才的关键。

本课程以《急危重症护理学》“呼吸困难”章节为载体，采用“专业能力+思政素养”双轨教学模式，旨在突破传统教学中“重技术、轻人文”的局限。课程特色体现在以下三个方面：一是以真实案例为纽带，将急救场景与医学伦理、团队协作、社会责任紧密结合；二是采用“BOPPPS 模型+情景模拟”混合式教学，通过角色扮演、错误分析等实践环节，强化规范化操作与应急决策能力；三是引入医疗资源分配、医患沟通等社会议题，引导学生从“技术执行者”向“健康守护者”的角色升华。

本案例的创新点表现在：思政元素的场景化渗透，通过《生命的呼吸》纪录片、医疗纠纷案例分析，将“生命伦理”“依法行医”等抽象价值观转化为可操作的行为准则；能力与素养的协同评价，设计“技能规范性+应急决策力+共情沟通力”三维考核体系；教学资源的跨界整合，联动急诊科、呼吸科、社区医疗机构，构建“临床-社会”多元案例库，助力学生理解护理工作的社会属性。

一、课程基本信息

《急危重症护理学》是一门面向护理学专业三年级（上学期）学生开设的必修专业核心课程，课程学分为4.0分。本次授课内容为第七章第四节“呼吸困难”，共2学时，所用教材为《急危重症护理学》（第5版，桂莉、金静芬主编，人民卫生出版社）。

二、课程教学整体设计思路

本课程采用“知识传授+技能训练+思政浸润”的三维教学模式，通过BOPPPS模型构建结构化课堂，结合情景模拟与案例分析，实现专业能力与职业素养的双向提升。

（一）学情分析

学生群体特征：已完成基础医学和内科护理学课程，对呼吸系统病理生理有一定了解，但急危重症护理实践经验不足。处于理论学习向临床实践过渡阶段，需强化急救思维和团队协作能力。

知识能力现状：

优势：能理解呼吸困难的病理生理机制，对常见病因（如哮喘、COPD）有一定认知。

不足：急救技能薄弱，对氧疗、气道管理等操作缺乏规范训练。临床决策能力不足，面对复杂病例时难以快速制定护理方案。对患者及家属的心理支持意识较弱，沟通技巧需提升。

思想政治素养现状：

对“救死扶伤”有理论认同，但缺乏真实情境下的情感体验。对医疗资源分配不均等社会问题关注不足，急救伦理意识需强化。

（二）具体思路

1. 以问题为导向，激发学习动机

课前布置预习任务，要求学生收集呼吸困难案例，分析病因与社会因素（如空气污染）。

课中播放《生命的呼吸》纪录片片段，展示呼吸困难患者的生存现状，引发

学生对“急救伦理”的思考。

2. 以能力为目标，构建分层训练体系

知识层：LBL 讲授呼吸困难的病因、分度及急救流程，辅以动态流程图。

技能层：分组模拟氧疗、气道管理、团队协作抢救等场景。

思政层：通过医疗纠纷案例（如延误救治导致脑损伤），强调“依法行医”和“时间就是生命”的职业价值观。

以学生为中心，设计互动式学习路径

案例教学：分析因空气污染导致的急性呼吸衰竭案例，探讨环境保护与公共健康的关系。

情景模拟：设置“家属情绪崩溃”场景，训练共情沟通技巧。

反思学习：课后撰写“假如我是患者”反思日记，结合《南丁格尔誓言》分析职业责任。

三、案例教学目标

知识目标

掌握：呼吸困难的临床表现、分度及急救流程。

熟悉：常见病因（如哮喘、肺栓塞）的护理要点。

了解：呼吸困难的最新诊疗指南。

能力目标

能独立完成初步评估并实施氧疗、气道管理等急救措施。

素质目标

培养“快速反应、生命至上”的职业价值观。增强团队协作意识与医患沟通能力。

四、案例教学实施过程

（一）课前准备

1. 学生任务

预习教材“呼吸困难”章节，重点阅读病因与急救流程。观看线上视频《呼吸困难急救技术示范》。

2. 教师准备

教学资源：模拟人、氧疗设备、急救药品等。

思政素材：医疗纠纷判例、环境污染与呼吸健康的研究报告。

（二）教学实施（90 分钟）

复习旧课（5 分钟）

导入（5 分钟）

播放纪录片《生命的呼吸》，展示患者痛苦与家属焦虑，引发情感共鸣。

提问：“如果抢救延迟 10 分钟，后果会如何？”引导学生思考急救的时效性。

知识讲解（40 分钟）

一）概述

呼吸困难（dyspnea）是指患者主观上感觉“空气不足”或“呼吸费力”，客观上表现为呼吸运动用力，严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、甚至发绀、辅助呼吸肌参与呼吸运动，并且可伴有呼吸频率、深度、节律的改变。

二）病因与发病机制

急性肺栓塞（acute pulmonary embolism, APE）是各种栓子阻塞肺动脉系统引起的以肺循环和呼吸功能障碍为主要表现的一组疾病或临床综合征的总称。发病机制为肺血管栓塞后，由于血栓机械性堵塞肺动脉，引发神经、体液因素参与的肺血管痉挛和气道阻力增加，从而引起通气/血流比例失调、肺不张和肺梗死，导致呼吸功能改变。

支气管哮喘（bronchial asthma）简称哮喘，是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。哮喘的发病机制非常复杂，气道炎症、气道反应性增高和神经调节等因素及其相互作用被认为与哮喘的发病密切相关。

急性呼吸窘迫综合征（acute respiratory distress syndrome, ARDS）是由各种肺内、肺外因素导致的急性弥漫性肺损伤和进而发展的急性呼吸衰竭。发病机制主要为肺毛细血管内皮细胞和肺泡上皮细胞损伤，造成肺毛细血管通透性增高、肺水肿及透明膜形成，引起肺容积减少、肺顺应性降低、严重的通气/血流比例失调，导致呼吸功能障碍。

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）是一组以气流受限为特征的肺部疾病，气流受限呈进行性发展。发病机制主要为各级支气管壁均有炎性细胞浸润，基底部肉芽组织和机化纤维组织增生导致管腔狭窄。

呼吸困难分类

疾病分类	症状描述	常见疾病
肺源性呼吸困难		
吸气性呼吸困难	吸气费力，出现三凹征，伴有高调吸气性哮鸣音	喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞
呼气性呼吸困难	呼气延长，伴有哮鸣音	慢性支气管炎（喘息性）、支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、弥漫性细支气管炎
混合性呼吸困难	吸气与呼气均费力，呼吸频率增快、深度变浅、呼吸音异常	重症肺炎、肺水肿、气胸、肺间质纤维化、胸腔积液、ARDS
心源性呼吸困难	劳动、平卧时加重，休息、坐位时减轻	急性左心衰竭、急性冠脉综合征、严重心律失常
中毒性呼吸困难	深而大或浅而慢的呼吸困难	一氧化碳、有机磷杀虫药、药物中毒及毒蛇咬伤
血源性呼吸困难	心率快，相关疾病史	重度贫血、甲亢危象、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症
神经精神性与肌病性呼吸困难	呼吸节律改变，有时有手足抽搐	严重颅脑病变、重症肌无力危象、癔症

三）病情评估与判断

病史 询问既往咳、痰、喘等类似发作史与既往疾病，如咳、痰、喘症状与季节有关，可能为肺源性呼吸困难。

项目	内容
询问病史	询问既往咳、痰、喘等类似发作史与既往疾病 咳、痰、喘症状与季节有关→肺源性呼吸困难 既往有心脏病史，呼吸困难发作与活动有关→心源性呼吸困难
起病缓急和时间	突然发作的呼吸困难→自发性气胸、肺水肿、支气管哮喘、急性心肌梗死和肺栓塞等 夜间阵发性呼吸困难→以急性左心衰竭致心源性肺水肿为最常见 夜间被迫端坐位→COPD患者 多在起病后7d内，约半数在24h内出现呼吸加快，随后呼吸困难呈进行性加重或窘迫→ARDS患者
诱发因素	有食物性和吸入性过敏原、运动、冷刺激、吸烟、上呼吸道感染等提示哮喘或COPD急性发作 有深静脉血栓的高危因素，排除其他原因的呼吸困难可考虑肺栓塞 在严重感染、创伤、休克和误吸等直接或间接肺损伤后12~48h内出现呼吸困难考虑ARDS 有过度用力或屏气用力史而突然出现的呼吸困难可考虑气胸

起病缓急和时间 突然发作的呼吸困难多见于自发性气胸、肺栓塞等；夜间阵发性呼吸困难以急性左心衰最常见。

诱发因素 有无过敏原接触、有无深静脉血栓的高危因素、有无严重感染、创伤等。

相关疾病及体征

疾病	体征
肺栓塞	颈静脉充盈，肺部可闻及局部湿性啰音及哮鸣音，肺动脉瓣区第二心音亢进或分裂，严重时血压下降甚至休克
支气管哮喘急性发作	胸部呈过度充气状态，吸气性三凹征，双肺可闻及广泛的呼气相哮鸣音，但非常严重的哮喘发作可无哮鸣音（静寂胸）
COPD	呼吸浅快、桶状胸、叩诊呈过清音，辅助呼吸肌参与呼吸运动甚至出现胸腹矛盾运动
气胸	患侧胸廓饱满、叩诊呈鼓音、听诊呼吸音减弱或消失

哮喘急性发作时病情严重程度的分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	
讲话方式	连续成句	常有中断	单字	不能讲话
精神状态	可有焦虑/尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡、意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	
呼吸频率	轻度增加	增加	常>30次/min	
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在，呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减低乃至无
脉率	<100次/min	100~120次/min	>120次/min	脉率变慢或不规则
奇脉（深吸气时收缩压下降）	无，<10mmHg	可有，10~25mmHg	常有，>25mmHg	无
使用 β_2 激动剂后PEF占预计值或个人最佳值	>80%	60%~80%	<60%或绝对值<100L/min 或作用持续时间<2h	
PaO ₂ （吸空气）	正常	≥60mmHg	<60mmHg	<60mmHg
PaCO ₂ （吸空气）	<45mmHg	≤45mmHg	>45mmHg	>45mmHg
SaO ₂	>95%	91%~95%	≤90%	≤90%
pH			可降低	降低

四）急救与护理

急救原则：

保持呼吸道通畅，纠正缺氧和（或）二氧化碳潴留，纠正酸碱平衡失调，为基础疾病及诱发因素的治疗争取时间，最终改善呼吸困难取决于病因治疗。

护理措施：

1.即刻护理措施：

保持呼吸道通畅。

氧疗：给予鼻导管、面罩或鼻罩吸氧。

建立静脉通路，保证及时给药。

心电监护：监测心率、心律、血压、呼吸和血氧饱和度。

准确留取血标本：采血查动脉血气、D 二聚体、血常规等。

取舒适体位：嘱患者安静，取半坐卧位或端坐卧位，昏迷或休克患者取平卧位，头偏向一侧。

备好急救物品。

做好隔离措施：对可疑呼吸道传染性疾病，应注意做好隔离与防护，防止交叉感染。

2.用药护理：

控制感染；

解痉、平喘；

维持呼吸；

维持血压；

止痛；

纠正酸中毒。

3.病情观察

监测生命体征和呼吸功能；

观察氧疗效果；

4.肺栓塞的护理

镇静：绝对卧床休息，保持安静，防止活动致使其他静脉血栓脱落。

胸痛护理：观察胸痛的部位、诱发因素、疼痛严重程度，必要时遵医嘱给予止痛药物。

溶栓治疗的护理：应密切观察患者有无出血倾向，如牙龈、皮肤黏膜、穿刺部位等；观察患者有无头痛、呕吐、神志改变等脑出血症状。

其他处理：做好外科手术和介入治疗的准备。

5.支气管哮喘急性发作的护理

应尽快配合采取措施缓解气道阻塞，纠正低氧血症，恢复肺功能，预防哮喘进一步恶化或再次发作，防治并发症。

6.ARDS 的护理

氧疗护理：确定给氧浓度的原则是在保证 PaO₂ 迅速提高到 60mmHg 或 SpO₂ 达 90%以上的前提下，尽量降低给氧浓度。

7.慢性阻塞性肺疾病急性发作的护理

在控制性氧疗、抗感染、祛痰、止咳、松弛支气管平滑肌等治疗措施的基础上，协助患者咳嗽、咳痰，必要时给予吸痰，保持呼吸道通畅。

8.气胸的护理

积极配合医生采取胸腔穿刺排气减压、胸腔闭式引流甚至是手术探查修补裂口的措施排除胸腔内气体，闭合漏口，促进患肺复张，减轻呼吸困难。

9.心理护理

10.做好转运工作

情景模拟（30 分钟）

角色扮演：护士、医生、患者、家属，模拟急性哮喘发作抢救场景。

压力测试：突发设备故障，考验应急决策能力。

总结与作业（10 分钟）

梳理重点：呼吸困难的快速评估与急救优先级。

布置作业：录制急救操作视频并撰写反思日记。

五、教学效果及反思

（一）教学效果

学生能准确识别呼吸困难分度，急救操作规范率提升至 90%。情景模拟中，85%的团队能在 8 分钟内完成初步抢救，沟通能力显著改善。

（二）改进措施

引入虚拟仿真平台，模拟复杂病例（如肺栓塞）。增设“伦理辩论”环节，讨论资源有限时的优先救治原则。