护理案例报告模板建议

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **内容** | **写作要点** | **备注说明** |
| **题目** | □题目应体现研究类型为“病案报告”  □题目可选“【几】例（案、则）/【特殊性】/【疾病名称】/【护理】/【病案报告】（个案/报告）” | 必填，少于20字，不使用外文缩写词，需体现病例的特殊性和研究重点。 |
| **作者署名及其单位** | □申报人姓名采用姓在前、名在后  □申报人单位填写职称申报单位（如：XX医院，XX大学附属医院，XX中心），具体到二级机构（如XX科室，XX部门）  □写明申报人目前职称、专业及拟申报职称、专业 | 必填，单位名称需官方准确。 |
| **引言** | □简要总结该病例的背景情况，该病例的特殊性  □撰写本病案报告的必要性  □本病例当前的疗护标准以及本病例的贡献，来源和出处标注参考文献 | 必填，200字以内，客观描述。 |
| **1.病例资料** | | |
| **1.1 患者信息及病史** | □患者人口学信息、病历号、出入院时间/接诊时间及其他  □主诉：促使患者本次就诊的主要症状  □现病史：按时间顺序、以时间轴为纲对本病例的主要症状和诊疗过程进行描述  □既往史：家族史，手术史，心理状况，生活方式，遗传信息，流行病学史等，包括既往干预措施和结果 | 必填，不超过400字，详细、准确，可以辅助图、表，保护患者隐私，注意信息的时效性和完整性。 |
| **1.2 体格检查** | □描述患者的体格检查发现  □西医表述（视、触、叩、听）  □中医表述（望、闻、切）（中医专业填写） | 必填，不超过200字，阳性发现和重要的阴性体征。 |
| **1.3 诊断** | □诊断方法：包括实验室检查，影像学检查等  □诊断推理：包括鉴别诊断以及其他的诊断  □相关预后的判别与特征（如适用）  □中医病案须包括中医诊断、中医辨证和西医诊断 | 必填，不超过400字，阐述诊断依据和鉴别诊断。 |
| **1.4 治疗干预** | □干预类型（如：推荐的生活方式、治疗、药物疗法、中医药、手术、操作等干预方式）  □干预管理（如：剂量、强度、持续时间）  □记录干预的变化，以及相应的解释说明  □其他同时实施的干预 | 必填，不超过400字，变更需说明理由，阐述诊疗过程。 |
| **2.护理** | | |
| **2.1 护理评估** | □收集患者生理、心理、社会方面的资料，体现整体护理理念  □中医护理评估要以中医理论为基础，遵循整体观及辨证施护原则  □可根据患者情况进行症状严重程度及风险评估 | 必填，不超过200字，用科学、公认的评估方法，如量表或测量工具等收集相关资料。 |
| **2.2 护理诊断** | □列出护理诊断和顺序 | 必填，不超过200字，须对护理问题进行梳理和凝练，整理出本案例中最需要解决、最值得关注的护理问题，逐条列出护理诊断，也便于与后续的护理计划和措施相对应。 |
| **2.3 护理计划** | □确定护理目标，制定护理措施，形成护理计划 | 必填，不超过300字，可以辅助图、表。应简要说明给予患者某项干预的理由，对发生当前护理问题的原因，预期护理疗效有一定的阐述。 |
| **2.4 护理实施** | □护理实施的内容和完成时间（包括病情观察，心理护理、饮食护理、用药护理、 生活起居护理、中西医专科护理措施、健康教育、沟通情况等） | 必填，不超过300字，可以辅助图、表。需要重点展开的部分，对此部分的描述应详细、具体，增加理论（循证）依据，提高干预的准确性和透明度。 |
| **2.5 护理评价** | □病例患者或当事人的主观感受，护理效果，观点或经验  □病例患者健康情况或量表的变化或指标的变化 | 必填，不超过300字，可以辅助图、表。描述护理措施的效果。 |
| **3.结果和随访** | | |
| **3结果和随访** | □临床结果（可包括患者或当事人对结果的评价）  □对干预依从性和耐受性进行评估  □不良反应和意外事件  □重要的随访结果 | 必填，不超过300字，可以图表辅助。清晰说明治疗结果和患者后续情况，提供长期观察数据。 |
| **4.讨论** | | |
| **4.1讨论** | □本病例相关的背景、理论、标准、指南、现状与进展的描述，突出重点  □本病例的优势和局限性  □对照类似已发表的案例相关文献，找出差异点进行讨论  □本病例报告的价值所在，护理的作用和价值  □结论  □一些可能的发展和应用，如长期随访或新的研究课题  □观点和来源标注参考文献 | 必填，不超过500字，实质性讨论，避免重复，提供深入分析和前瞻性观点。 |
| **4.2参考文献** | □观点和来源标注参考文献，可包括著作、教材、指南、专家共识等  □按照GB/T 7714-2015规范 | 选填，准确引用，体现研究的学术性和权威性。 |
| **5.附加材料** | | |
| **5附加材料** | □病案首页/门诊病历  □能够反映申报人贡献的病程记录（如查房意见、病历讨论、会诊记录、手术记录等）  □支持病案报告的检查、报告等 | 必填，病案资料扫描，注意保护患者隐私。 |

**样稿**

1例暴发性心肌炎心脏骤停患者的护理案例报告

**申报人：** \*\*\*

**单 位：** \*\*\*医院，\*\*\*科

**目前职称：**主管护师

**拟申请职称：**副主任护师

**拟申请专业**：护理学

暴发性心肌炎(fulminant myocarditis,FM)是心肌炎最为严重和特殊的类型，其特征是突然和严重的弥漫性心脏炎症，通常需要机械循环支持来维持循环和组织灌注。体外膜肺氧合（extracorporeal membrane oxygenation,ECMO）是一种持续的体外生命支持手段，有两种不同的工作模式，即静脉到静脉（venovenous ECMO,VV-ECMO）和静脉至动脉（venous-arterial ECMO,VA-ECMO）。VV-ECMO模式仅具有呼吸辅助功能，VA-ECMO模式同时具有循环和呼吸辅助作用，可用于心脏骤停期间患者的复苏。本文总结1例暴发性心肌炎心脏骤停患者行VA-ECMO治疗的护理经验，现报告如下。

**1.病例资料**

1.1 患者信息及病史

患者男性，35岁，主因“咳嗽咳痰胸闷半月余，突发意识丧失5min”于2023年11月28日18:11就诊于急诊科，即予心肺复苏术，22次非同步200J电除颤，建立静脉通路给予补液、强心治疗。心血管科会诊行ECMO辅助维持心肺功能，11月29日10:00在手术室行ECMO安装术，14:24收入监护室治疗。患者呈镇静状态，持续气管插管外接有创呼吸机辅助呼吸，VA-ECMO辅助循环，左桡动脉血压监测，右颈内深静脉置管，留置胃管、尿管。

1.2 体格检查

入院查体：患者呈镇静状态，听诊双肺呼吸音粗糙。心脏专科检查：叩诊心界无扩大，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。中医望闻切：患者体型中等，面色偏暗，未闻及特殊气味及异常声音，脉沉细。既往体健，否认药物及食物过敏史。实验室检查：白细胞（WBC）23.96×109/L，C-反应蛋白（CRP）74.59mg/L，心肌肌钙蛋白（cTNI）32.49ng/mL，肌酸激酶（CK）7363.9U/L，白蛋白（ALB）31.7g/L，血红蛋白（HGB）112g/L。胸片检查：双肺感染。B超检查：左室壁运动异常，左心功能减低。

1.3 诊断

中医诊断：卒心痛；证型：痰瘀互结证。西医诊断：暴发性心肌炎。

1.4 治疗干预

予中医内科特级护理，24h心电监护，持续气管插管外接有创呼吸机辅助呼吸，VA-ECMO辅助循环。西医治疗以抗感染、营养心肌细胞、纠正电解质紊乱为主，中医治疗以豁痰开结、活血通脉为主，治疗过程如图1所示。

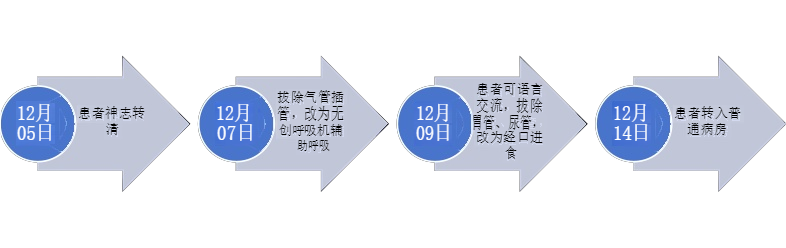


图1治疗过程

**2.护理**

2.1护理评估

患者意识为镇静状态，镇痛镇静评分（RASS）为-4分，属重度镇静；痰液黏稠，属于Ⅲ度重度黏痰；营养状况评分为4分，提示有营养风险；深静脉血栓（DVT）评分为20分，属于高危；压力性损伤风险评估（Braden）评分为9分，属极高危；Morse跌倒评分为50分，属于高度危险；自理能力评分（Barthel）为0分，完全需人照料。存在的护理问题为清理呼吸道无效，有血栓形成、感染、压力性损伤形成的风险。

2.2护理诊断

2.2.1清理呼吸道无效：与患者镇静、无法自主咳痰有关。

2.2.2气体交换受损：与痰液黏稠有关。

2.2.3有感染的风险：与留置ECMO管路、尿管、深静脉置管有关。

2.3护理计划

结合患者症状，制定护理计划：加强VA-ECMO护理，成功撤机拔管；加强气道护理，成功脱机拔管；避免管路相关性感染。

2.4护理实施

2.4.1采用多学科合作模式，组建ECMO特护小组

迅速组建ECMO特护小组，包括外科医生、内科医生、责任护士、体外循环师。责任护士准备急救药品物品、接收患者实施护理；外科医生负责ECMO置管和撤除管路；内科医生负责病情管理及各种仪器参数设定；体外循环师负责调试ECMO相关参数。患者入科后，责任护士与巡回护士交接病情，核对各种管路及用药。护士严密观察患者生命体征，每2h复查血气和激活全血凝固时间（activated clotting time,ACT），监测电解质和酸碱平衡状况，警惕因电解质紊乱导致的恶性心律失常，患者入院后未再发生恶性心律失常。

2.4.2制定ECMO护理方案，实施全方位精细化护理

制定ECMO护理方案，具体包括管路护理、参数设置、抗凝护理和并发症的观察与护理。①管路护理：ECMO管路固定极其重要，体外管路沿肢体平行固定，护士应每小时严格检查管路，观察膜肺及管路内有无血栓形成，检查方法为使用手电筒照射整个体外循环管路。观察管道是否发生震动现象。②合理设置参数：密切观察流量与转速，根据动脉血气结果、尿量等动态调节。该患者ECMO使用期间转速在2800r/min，气流量2.4～2.6L/min，氧浓度60%～80%，水箱温度设36℃～37℃。③抗凝护理：全程开启抗凝治疗，每2h检测ACT/APTT一次，目标值ACT为180～210s，APTT为50～70s。④并发症观察与护理：ECMO运转期间常见的并发症有出血和血栓、感染、溶血等，密切观察并做好护理。

2.4.3维持人工气道通畅，加强安全气道管理

保持气道通畅，监测气囊压力，使气囊压力维持在25～30cmH2O，并妥善固定。加强人工气道的湿化处理，根据患者的痰液情况及呼吸机管路湿化的情况调节管路湿化。吸痰时严格无菌操作，密切观察血氧饱和度并记录。

2.4.4精准辨证施护，实施个性化中医特色护理

患者入院5d未排大便，肠鸣音为2～3次/min，辨证为痰热腑实证，遵医嘱予中药口腔护理以清热解毒，手指点穴及中药膏摩技术以行气通腹。①中药口护：中药口腔护理可以有效地预防机械通气患者的VAP的发生，同时改善患者口腔环境，提高患者舒适度。针对该患者中医辨证结果，将金银花、薄荷、菊花、连翘各10g组方代煎中药外用汤剂，行口腔护理，2次/d。②手指点穴及中药膏摩：针对该患者的中医辨证结果，将厚朴、陈皮、麸炒枳实、麸炒白术、木香五味中药各20g组方配方颗粒，用凡士林调成中药膏，涂抹于患者腹部，采用指推法按照小肠、升结肠、横结肠、降结肠的顺时针走向按摩全腹，点按中脘穴（脐中上4寸）、气海穴（脐下1.5寸）、关元穴（脐中下3寸），每穴1min，再用掌根按揉神阙穴，1次/d，20min/次，5d为1个疗程，1个疗程后患者正常日行一便。

2.5护理评价

经过15d的护理，患者转入普通病房，各评估量表评价结果详见表1。

体温及相关血液检查评价显示，患者体温、CRP、cTNI、CKMB、ALB均达到正常范围，WBC略高于正常指标，HGB稍低于正常值，详见表2。

表1量表评分变化

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估时间 | RASS/分 | 气道评估 | NRS-2002/分 | DVT/分 | Braden/分 | Morse/分 | Barthel/分 |
| 11.29 | -4 | 重度黏痰 | 4 | 20 | 9 | 50 | 0 |
| 12.05 | -2 | 中度黏痰 | 3 | 18 | 11 | 50 | / |
| 12.08 | 0 | 少量黏痰 | 3 | 12 | 13 | 35 | 50 |
| 12.13 | 0 | 少量稀薄痰 | 2 | 10 | 19 | 35 | 85 |

表2体温及相关血液检查结果变化

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查时间 | 体温/℃ | WBC/（109/L） | CRP/（mg/L） | cTNI/（ng/mL） | CKMB/（U/L） | ALB/（g/L） | HGB/（g/L） |
| 11.29 | 36.5 | 23.96 | 74.59 | 32.49 | 76.5 | 31.7 | 112 |
| 12.03 | 37.2 | 14.12 | 66.37 | 13.74 | 1.57 | 35.8 | 79 |
| 12.07 | 38.1 | 18.00 | 59.66 | 1.46 | 1.26 | 40.5 | 108 |
| 12.13 | 36.3 | 10.28 | 6.7 | ＜0.1 | 1.21 | 41.1 | 116 |

**3.结果和随访**

12月19日患者各项功能及指标基本恢复正常，达到出院标准，住院期间无不良事件及意外事件发生。一个月后，电话随访，患者已完全康复，融入正常社会生活中。

**4.讨论**

FM起病急骤，病情进展极其迅速，本案例患者入院有上呼吸道感染病史，胸闷、气促等症状，突发呼吸心跳骤停、室颤，肌酸激酶、肌钙蛋白均显著升高，心脏超声提示左室壁运动异常，根据2017年《成人暴发性心肌炎诊断与治疗中国专家共识》诊断为FM成立。FM早期病死率极高，药物和机械支持治疗后的院内病死率仍可高达40%～80%。本案例患者经过积极救治和精心护理，患者转危为安，该案例的成功取决于以下三点。

第一，成立ECMO团队，实施多学科协作。第一时间内组成ECMO特护小组，启动护患比1:1特护模式，团队小组成员均为经验丰富的骨干医护、体外循环师，多学科合作，全力救治。

第二，ECMO及时应用，联合多种治疗手段。ECMO对暴发性心肌炎的救治作用已得到大量临床数据支持，早期应用机械循环辅助度过急性期是改善预后的关键。本案例患者在发病10h内应用ECMO维持循环功能，应用有创呼吸机维持呼吸功能，给予有创血压监测、抗感染、抗病毒、中医药醒脑开窍等治疗，多种治疗手段联合应用是抢救成功的关键。

第三，中西医结合护理，个性化施护。生命支持治疗离不开精细化专业化的护理，护士密切关注病情变化，加强呼吸支持、循环支持、体外管路管理、抗凝管理，精准中医辨证施护，给予中医适宜技术中药膏摩、手指点穴及穴位按摩，以达到整体综合调节和治疗的效果。本案例体现了现代化治疗护理和中医治疗护理的有效结合，中西医结合护理对于疾病的转归和康复起到了至关重要的作用，值得在临床上广泛推广。

**5.附加材料**

略