

儿科护理学课程思政教学案例

张 静 附属民大医院

引言

新生儿窒息是全球范围内导致新生儿死亡和儿童伤残的重要原因之一，据世界卫生组织统计，每年约有 100 万新生儿因窒息死亡，幸存者中约 25% 遗留脑瘫、智力障碍等后遗症。这一严峻现实不仅对临床救治技术提出高要求，更呼唤医护人员具备“生命至上”的职业信念、“分秒必争”的急救素养以及“预防为主”的公共卫生意识。在医学教育中，如何将专业技能训练与人文价值观塑造深度融合，成为新时代医护人才培养的核心命题。

本课程以《儿科护理学》“新生儿窒息”章节为载体，创新构建“专业能力+思政素养”双轨教学模式，突破传统教学中“重技术、轻伦理”的局限。课程特色体现为三点：一是以真实案例为纽带，将窒息救治的临床场景与医学伦理、法律规范、社会责任感紧密结合；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，强化规范化操作与团队协作意识；三是引入基层医疗现状、医患沟通困境等社会议题，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三个方面。其一为思政元素的场景化渗透，通过《小小的我》视频、医疗纠纷判例分析，将“生命伦理”“依法行医”等抽象价值观转化为可感知、可操作的行为准则；其二为能力与素养的协同评价，设计“技能规范性+沟通共情力+伦理决策力”三维考核体系，打破传统评价模式；其三，教学资源的跨界整合，联动基层医院、司法机构、公益组织，构建“临床-法律-社会”多元案例库，助力学生理解医学的社会属性。

在教学价值层面，本案例通过“情感共鸣-知识奠基-技能实战-思政内化”的闭环设计，不仅提升学生窒息复苏的临床胜任力，更培养其“敬畏生命、尊重规范、心系社会”的职业品格，为落实“健康中国 2030”战略目标、输送德才兼备的医护人才提供可复制的教育模式。

一、课程基本信息

《儿科护理学》是一门面向护理学专业三年级下学期学生开设的必修综合课程，课程学分为 4.5 分。本次授课内容为第七章“新生儿及新生儿疾病患儿的护理”中的第五节“新生儿窒息”，授课学时为 2 学时，教材选用《儿科护理学》（第 7 版，崔焱、张玉侠主编，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，结合线上线下混合式教学与情景模拟实践，实现专业能力与思政素养的双向提升。

（一）学情分析

1. 学生群体特征

（1）专业背景：护理学专业本科生，已完成基础医学课程学习，但儿科护理学实践经验较少，对新生儿专科知识掌握尚浅。

（2）学习阶段：处于从理论学习向临床实践过渡的关键期，需强化临床思维和操作技能。

2. 知识能力现状

（1）优势

具备医学基础知识（如呼吸循环系统、酸碱平衡），能较快理解窒息的病理生理机制。对标准化操作（如 Apgar 评分）有较强记忆能力，能通过理论学习掌握评分标准。

（2）不足

①实践技能薄弱：对复苏流程（如正压通气、胸外按压）缺乏操作经验，易出现步骤混淆或动作不规范。

②临床思维局限：分析复杂案例时，难以综合病因、临床表现和护理措施提出系统性解决方案。

③人文关怀意识不足：对患儿家属的心理需求和社会支持缺乏感性认知，沟通技巧有待提升。

3.学习特点与需求

（1）学习特点

①偏好直观教学：对视频、图片、情景模拟等动态教学方式接受度高，但对纯理论讲授兴趣较低。

②依赖教师引导：主动探究能力较弱，需通过结构化任务驱动自主学习。

③团队协作意愿强：在分组活动中积极参与，但角色分工和决策效率需进一步优化。

（2）学习需求

①技能强化：通过反复模拟操作掌握复苏流程，减少临床实践中的操作失误。

②思政内化：理解医学伦理（如“生命至上”“预防为主”）的现实意义，将其转化为职业行为准则。

4.思想政治素养现状

（1）认知层面：

对“医者仁心”“救死扶伤”等价值观有理论认同，但缺乏真实情境下的情感体验。对基层医疗资源不均等社会问题关注不足，公共卫生意识较为薄弱。

（2）行为层面

在模拟抢救中易因紧张忽略人文关怀（如安抚家属、解释病情），需强化共情能力训练。对规范化操作的严肃性认识不足，存在“重结果、轻过程”倾向。

（二）具体思路

1.以问题为导向，激发学习动机

（1）思政切入点：通过真实案例（如脑瘫患儿的家庭困境）引发学生对“医学社会责任”的思考。

（2）策略：

①课前：布置预习任务，要求学生收集新生儿窒息案例，分析病因与社会因素（如基层医疗资源不足）。

②课中：播放《小小的我》视频，直观展示窒息后遗症对家庭的影响，引导学生讨论“预防与救治的伦理优先级”。

2.以能力为目标，构建分层训练体系

（1）知识层

①LBL 讲授：系统讲解窒息病理生理、Apgar 评分标准，辅以动态流程图（如呼吸循环受阻机制）。

②认知工具：利用思维导图梳理知识点，标注“病因—表现—干预”的逻辑链。

（2）技能层

①标准化操作：分步演示 ABCDE 复苏流程，结合新生儿模型进行“错误操作—规范操作”对比演练。

②团队协作：分组角色扮演（leader、医生、护士、家属），模拟抢救场景，要求 5 分钟内完成初步复苏。

（3）思政层

①案例对比：分析因操作失误导致的医疗纠纷，结合《医疗事故处理条例》强调“依法行医”。

②价值观渗透：通过“分秒必争”的抢救演练，深化“生命无价”的职业价值观。

3.以学生为中心，设计互动式学习路径

（1）参与式学习：CBL 教学

①案例 1：产妇高危妊娠未定期产检，新生儿重度窒息——探讨“预防为主”的公共卫生意义。

②案例 2：抢救中家属情绪失控——设计沟通话术，培养共情能力。

（2）情景模拟

①角色分工：leader（决策者）、医生（执行者）、护士（执行者）、家属（情感表达者），要求团队协作中兼顾技术操作与人文关怀。

②压力测试：增设突发情况（如设备故障），考验应急决策与资源调配能力。

（3）反思式学习：

①课后作业：撰写“假如我是患儿家属”反思日记，结合《南丁格尔誓言》分析职业责任。

②操作视频自评：学生录制复苏操作视频，对照指南标准自我纠错，提交改进报告。

三、案例教学目标

1.知识目标

（1）掌握：新生儿 Apgar 评分法、新生儿复苏方案。

(2) 熟悉：新生儿窒息的临床表现和护理。

(3) 了解：新生儿窒息的病因、病理生理及新生儿复苏指南的更新。

2.能力目标

能完成新生儿窒息复苏全流程（含团队协作）。

3.素质目标

(1) 守护儿童健康，担当育人使命。

(2) 具备人文关怀素质，理解新生儿及其家长的共情能力。

(3) 形成“分秒必争，生命无价”的职业价值观。

四、案例教学实施过程

（一）课前准备

1. 学生任务

（1）预习内容

①阅读教材《儿科护理学》第7版“新生儿窒息”章节，重点关注 Apgar 评分、复苏流程。

②观看线上资源（中国大学 MOOC《儿科护理学》新生儿复苏指南解读视频）。

（2）预习作业

①完成预习思考题。

②分组收集1个新生儿窒息案例（需包含病因、临床表现、救治过程及社会背景），并进行初步分析。

2. 教师准备

（1）教学资源

①新生儿模型、复苏气囊、监护仪等教具。

②视频《小小的我》（脑瘫患儿故事）、窒息抢救操作示范视频。

③线上平台（学习通）发布预习资料、案例及讨论主题等。

（2）思政素材

①医疗纠纷案例（如操作失误导致肺损伤的司法判例）。

②基层医疗现状调查报告（窒息死亡率数据）。

（二）教学实施（90min）

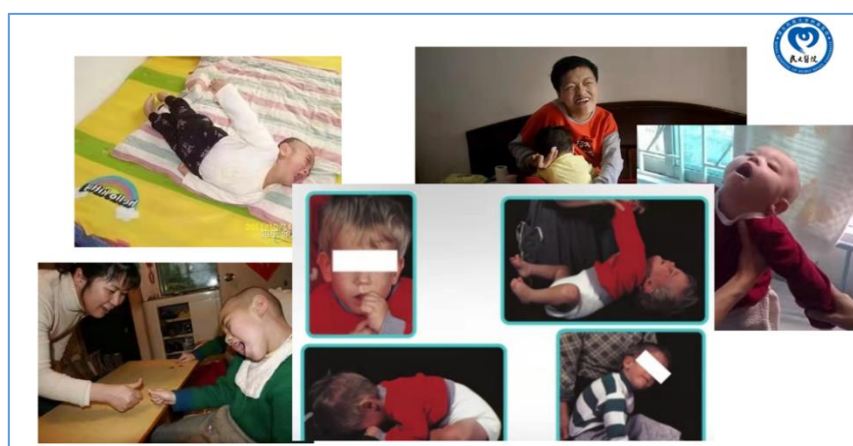
复习旧课（5min）

课程导入（10min）

1. 导入（Bridge-in）



（1）通过视频《小小的我》导入中国脑瘫患儿的现状，引出主题“新生儿窒息”及窒息抢救后可能遗留后遗症（如脑损伤、脑瘫等），引导学生关注患儿家庭的心理和社会支持。**让学生理解医学不仅是技术，更是对患者及家庭的全方位关怀，培养“医者仁心”的温度。**



脑瘫儿图片

（2）通过窒息患儿的图片引起同学们感官上的震撼，从而引起同学的注意和思考：什么是新生儿窒息？新生儿窒息的原因有哪些？有什么表现？引导同学们主动关注偏远地区因医疗资源不足导致窒息死亡率高的现状。**说明窒息的预防（如产前检查、高危妊娠管理）比抢救更重要，引导学生强化“预防大于治疗”的公共卫生意识，鼓励投身基层医疗事业。**

2. 目标（objective）

（1）（掌握）内容：新生儿 Apgar 评分法、新生儿复苏方案。

(2) (熟悉) 内容新生儿窒息的临床表现和护理。

(3) 具备人文关怀素质, 理解新生儿及其家长的共情能力, 形成“分秒必争, 生命无价”的职业价值观。

★ 重点: 新生儿窒息的临床表现、复苏方案

▲ 难点: 新生儿窒息的病理生理、复苏

3. 前测 (pre-assessment)

以问题探究的形式和云词汇了解学生知识掌握情况, 让教学目标落地。



新课讲解 (70min)

4. 参与式学习 (participatory learning)

(1) **LBL 讲授**: 定义、病因、病理生理、临床表现、治疗要点。

➤ **定义**: 胎儿因缺氧发生宫内窘迫或娩出过程中引起的呼吸、循环障碍, 以致生后 1 分钟内无自主呼吸或未能建立规律性呼吸, 而导致低氧血症和混合性酸中毒。新生儿窒息是引起新生儿死亡和儿童伤残的重要原因之一。

➤ **病因**:

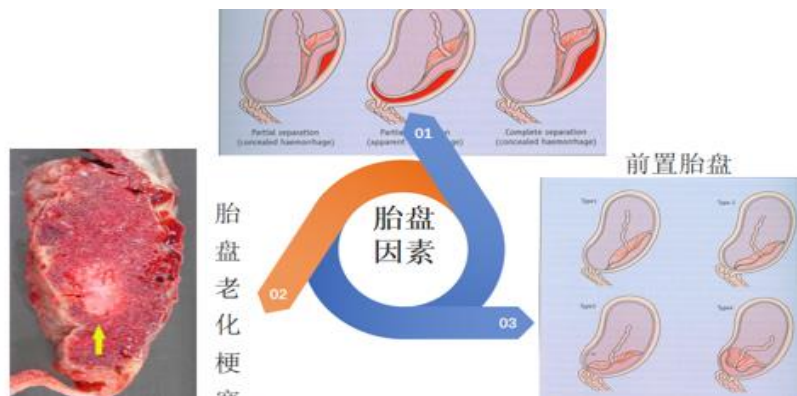
本质是缺氧; 凡影响胎盘或肺气体交换的因素均可引起窒息; 可出现于妊娠期、但绝大多数出现在产程开始后。

①孕母因素:

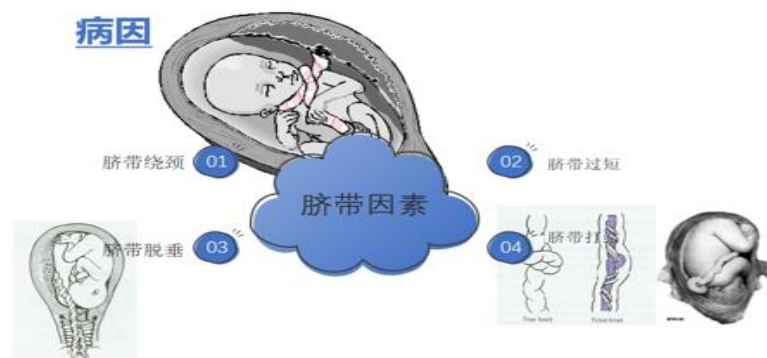


让学生明白窒息的预防（如产前检查、高危妊娠管理）比抢救更重要，强化“预防大于治疗”的公共卫生意识。

②胎盘因素



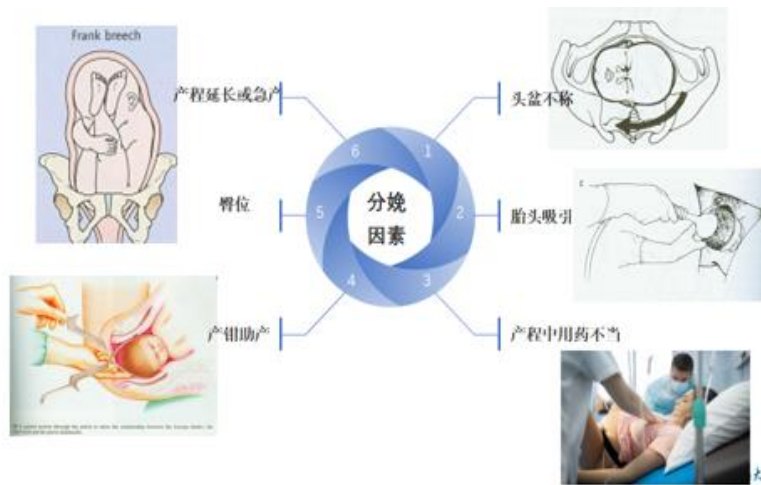
③脐带因素



④胎儿因素

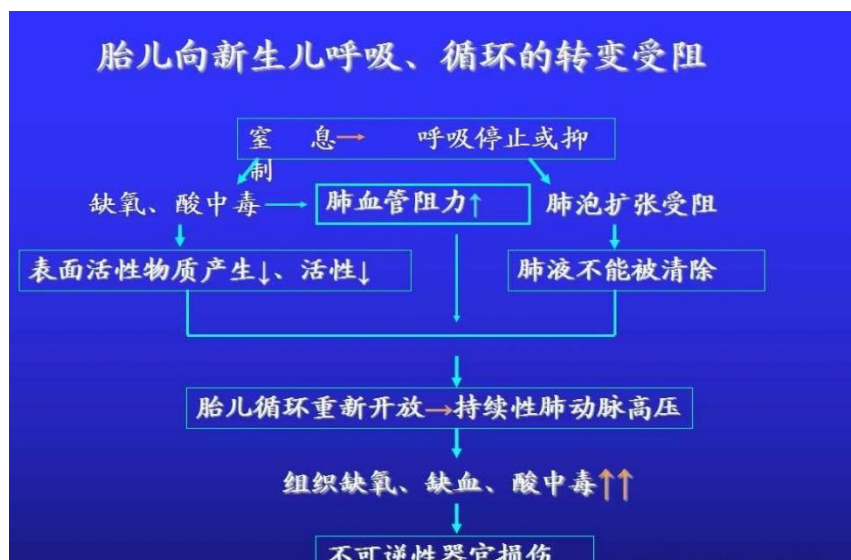


⑤分娩因素



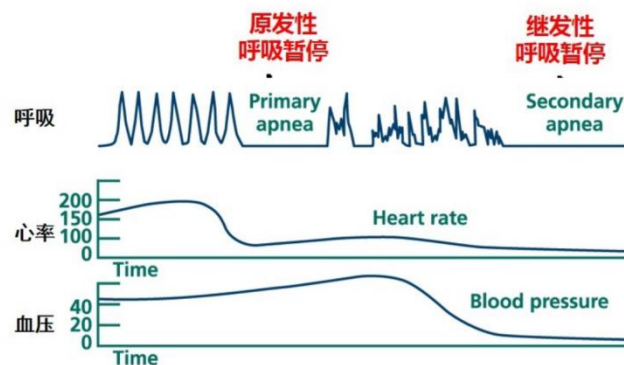
➤ 病理生理: ▲

①窒息时呼吸循环功能由胎儿向新生儿转变受阻

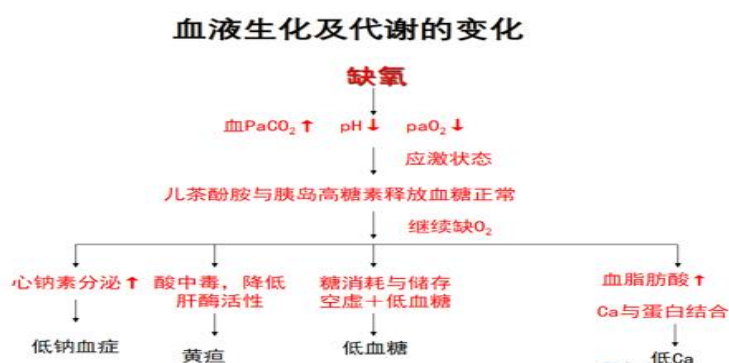


② 窒息时各器官缺血缺氧性改变

③ 呼吸改变:



④ 血液生化 and 代谢改变:



➤ 临床表现: ★ 掌握内容

① 胎儿缺氧（宫内缺氧）：评估是否存在造成胎儿或新生儿缺氧的因素，评估新生儿的 Apgar 评分及窒息程度：

- ◆ 早期 胎动↑ 胎心率>160 次/分
- ◆ 晚期 胎动↓ 胎心率<100 次/分 羊水胎粪污染

② 窒息程度判断：Apgar 评分是临床评价新生儿窒息程度，经典而简易的方法。

体征	评分		
	0	1	2
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红，四肢青紫	全身红
心率（次/分）	无	<100	>100
弹足底或插鼻管反应	无反应	有些动作如皱眉	哭或打喷嚏
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动
呼吸	无	有、不规则	正常哭声响

◆ 重度：0-3 分；轻度：4-7 分；正常：8-10 分。

◆ 生后 1 分钟、5 分钟和 10 分钟评分，1 分钟仅是窒息判断和分度的依据，5 分钟、10 分钟有助于判断复苏效果及预后。

③ 各器官受损表现：

◆ 中枢神经系统：缺氧缺血性脑病、颅内出血。

◆ 呼吸系统：羊水或胎粪吸入综合征、肺出血。

◆ 循环系统：心源性休克、心衰、缺氧缺血性心肌病。

◆ 泌尿系统：肾功能不全，衰竭、肾静脉血栓形成。

◆ 消化系统：应激性溃疡、坏死性小肠结肠炎等。

➤ 治疗要点：ABCDE 复苏方案：★ 掌握内容

◆ A（air way）：清理呼吸道

◆ B（breathing）：建立呼吸，增加通气

◆ C（circulation）：维持正常循环，保证心搏出量

◆ D（drug）：药物治疗

◆ E（evaluation and environment）：评价和环境（保温）

◆ ABC 最为重要，A 是根本，B 是关键，评价和保温贯穿于整个复苏过程。



➤ 注意事项：

◆ 分秒必争

◆ 产、儿科医生、护士共同进行

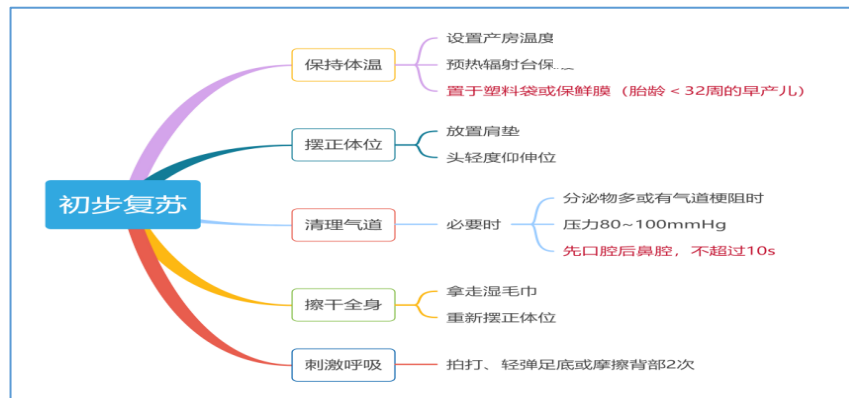
◆ 严格执行 ABCDE 方案

◆ 呼吸、心率、脉搏、血氧饱和度是窒息复苏评价的重要指征

➤ 复苏流程：★★▲

◆ 快速评估（6 秒完成）

◆ 初步复苏（30s 完成）



① 初步复苏（保暖）



② 初步复苏（摆正体位）：颈部轻度后仰 15°，“鼻吸气”位，咽后壁，喉、气管成直线

③ 初步复苏（清理呼吸道）：吸引时间每次≤10s，压力 80-100mmHg

④ 初步复苏（刺激呼吸）：拍打足底或触摸背部，2 次诱发患儿自主呼吸；评估呼吸和心率。

❖ 初步复苏后，应观察新生儿呼吸状况并评估心率。心前区听诊是最初评估心率的首选方法，计数心率 6s，数值乘以 10 即得出每分钟心率。

◆ 正压通气：

(1) 指针：

① 呼吸暂停 or 喘息样呼吸；

② 心率 < 100 次/min；

③ 有呼吸，心率>100 次/min，但有呼吸困难，持续紫绀，常压吸氧或持续气道正压通气不能维持 SPO2 目标值

(2) 评估:

- ① 心率 ≥ 100 次/min, 减低压力、频率;
- ② 心率 60—99 次/min, 评估通气技术、矫正通气、插管;
- ③ 心率 < 60 次/min, 气管插管、胸外心脏按压、脐静脉置管 (氧浓度上调至 100%)

❖ 为了更快速、准确地评估心率, 在胸外按压时, 推荐使用 3 导联心电监测

◆ 胸外按压:

- (1) 指征: 30 秒有效正压通气, 心率 < 60 次/min
- (2) 要求: 气管插管正压通气配合胸外心脏按压, 同时紧急脐静脉插管
- (3) 方法: 拇指法
- (4) 位置: 胸骨下 1/3 (两乳头连线中点下方), 避开剑突
- (5) 比例: 3:1, 按压 90 次/分, 正压通气 30 次/分钟
- (6) 深度: 胸廓前后径下陷 1/3, 按压者大声喊出 1、2、3、吸, 4 个动作 1 个周期, 应耗时约 2s, 每分钟应有 120 个“动作” (90 次按压和 30 次呼吸)



胸外心脏按压 60 秒评估心率: ≥ 60 次/min, 停按压, 继续通气, 下调 FIO。 < 60 次/min, 检查操作正确? 药物治疗

药物治疗:

(1) 指征:

- ① 有效正压通气和 60 秒胸外心脏按压配合 100% 氧浓度后, 心率仍 < 60 次/分

②在没有建立有效通气以前，无肾上腺素的应用指征

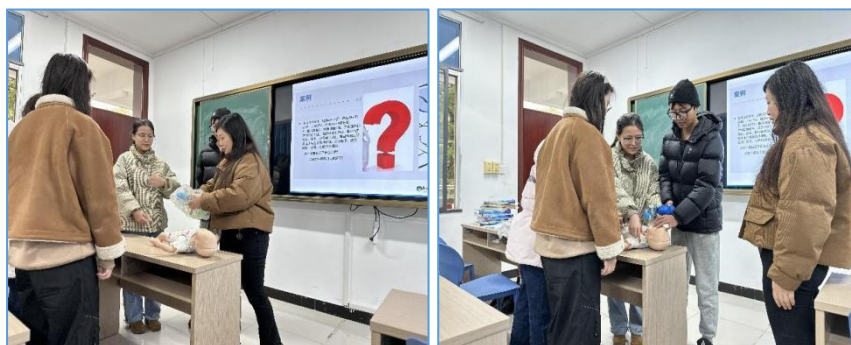
(2) 给药途径：首选脐静脉

用法用量：1：10000，0.1~0.3ml/kg（脐静脉）；0.5~1.0ml/kg（气管内），使用后如果心率仍<60次/分，每3-5分钟可重复给药。

(2) CBL 案例教学：通过学生自主解析新生儿窒息的案例，了解新生儿窒息的临床表现及存在的护理问题，让学生学会运用护理程序的方法对案例进行评估、诊断、护理、评价，从而激发学生的临床思维能力和解决问题的能力。



通过对案例的分析和老师的展示，揭示新生儿窒息的临床表现、护理诊断，**给同学展示新生儿复苏流程（NRP）的标准化操作是循证医学的体现**，同时对**比规范操作与随意操作的后果差异（如过度通气导致肺损伤）**，带入因操作失误引发的医疗纠纷案例，强调法律与伦理责任，**培养学生严谨的科学态度和规范化意识，树立依法行医、尊重证据的职业素养。**



(3) 情景模拟式教学：通过角色扮演，模拟新生儿复苏急救处理，分别模拟抢救指挥者、医生、护士、家属，通过一系列紧急抢救展现**新生儿窒息的抢救是争分夺秒的过程**，强调**“生命高于一切”的医学伦理**，**培养学生敬畏生命、**

勇于担当的职业精神，强化“生命至上”的医学初心。

(4) 错误分析法：展示 Apgar 错误评分及复苏步骤，展示正确抢救思路，树立决策意识。



(5) 人文沟通环节：人文关怀是护理学的精髓和本源，通过医护、医患、护患在角色中的演练，传达出对患者，对家属的人文关怀，**引导学生在从业中要努力做一个技术有精度，服务有温度且具有人文情怀的新时代医学生。**

(6) 点评互动环节：通过团队分秒必争的抢救、协作，**培养学生团队协作意识，树立“功成不必在我，功成必定有我”的集体主义精神。**

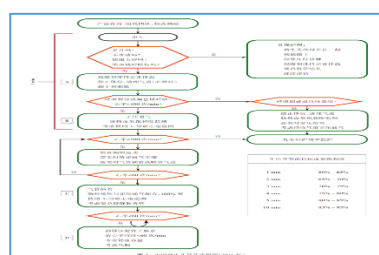
5. 后测 (post-assessment)

通过新生儿窒息案例，判断新生儿窒息程度，根据同学们分析问题的能力和应急处理能力判定其对知识的掌握情况。其中穿插目前救治中所采取的护理措施，如窒息救治技术的进步（如亚低温治疗、呼吸支持设备），**对比过去与现在窒息存活率的提升，体现科技对医学的推动，激发学生创新意识，鼓励将个人成长与国家医疗科技发展相结合。**

复习总结本次课内容、布置自主性学习内容作业（5 分钟）

6. 小结 (summary)

系统化梳理、总结、回顾知识点和技能要点，反馈目标完成情况，帮助学生改进和提高。



知识拓展：

新生儿窒息诊断注意事项:

①不能将 Apgar 评分作为诊断窒息的唯一标准。

②Apgar 评分不能完全指导复苏。

③复苏程序要按照新生儿复苏指南流程图的要求进行。建议在产房内复苏后填写 Apgar 评分的辅助表格。

④新生儿窒息的脐动脉血 pH 临床校正值分布范围: 7.00~7.20, 碱剩余分布范围为-10~-18 mmol/L, 诊断时可在上述范围内灵活掌握; pH<7.15 诊断新生儿窒息的敏感度、特异度分别为 96.1%及 69.9%, 而 pH<7.0 为 49.1%及 99.9%。

(三) 教学评估 (Evaluation)

1. 过程性评估

(1) 课堂参与度: 占 10%, 提问互动, 回答准确率。

(2) 案例分析: 占 10%。

(3) 模拟演练表现: 占 45%。其中沟通能力占 15%, 团队协作能力占 15%, 体现人文关怀占 15%。

2. 终结性评估 (课后)

(1) 知识测试: 占 10%。学习通线上测验 10 道选择题, 正确率 $\geq 85\%$ 为达标。

(2) 实践作业: 占 25%。

①操作视频: 占 10%。学生录制复苏流程视频, 自我对照指南标注错误点。

②反思日记: 占 15%。从“技术”与“情感”双维度评价自身表现, 需包含对“生命至上”的理解。

五、教学效果及反思

(一) 教学效果

1. 学生积极发言, 课堂参与度明显提升。

2. 案例分析

95%的学生能准确完成 Apgar 评分 (平均正确率 92%), 80%的学生能结合病因、临床表现提出针对性护理措施, 逻辑性显著增强。

3. 模拟演练

(1) 团队能高效分工, 在 5 分钟内完成初步复苏。冲突解决能力提升。

(2) 在“设备故障”压力测试中, 团队能冷静调整方案, 体现应急能力。

(3) 95%的学生认为情境模拟增强了同理心。

4. 知识掌握和技能提升

(1) 学习通线上测试正确率 100%。

(2) 95%的学生能完整复述 ABCDE 复苏流程步骤，操作失误率下降 50%。

5. 学生反思日记中不仅关注了技术，更体现了医学的温度，能结合自身体验，阐述对“生命至上”、“人文关怀”、“预防大于抢救”、“规范化操作的法律与伦理意义”理解。

(二) 教学反思

1. 存在问题

(1) 病理生理理解不足。

(2) 沟通技巧表面化：角色扮演中，部分学生仅背诵话术（如“请相信我们”），缺乏真实情感投入。

(3) 部分学生的建议过于理想化，缺乏对基层医疗资源限制的考量。

(4) 部分学生在伦理讨论中观点片面，缺乏深度。

2. 改进措施

(1) 通过动态图表、3D 模型等可视化工具解析疾病机制。

(2) 引入“标准化病人（SP）”，邀请资深护士模拟真实患儿及家属（如焦虑、愤怒等情绪），要求学生根据情境灵活调整沟通策略。

(3) 增设“情感共鸣工作坊”，通过观看真实医患沟通纪录片并撰写反思日志，引导学生体会患者及家属的情感需求。

(4) 邀请基层儿科护士开展“一线护理经验分享会”，通过真实案例分析资源约束下的护理策略。

(5) 组织学生参与社区卫生服务中心的实践调研，撰写“基层儿科护理现状报告”，要求提出兼具可行性与创新性的解决方案。

(6) 采用“辩论式教学”，将学生分为正反方，围绕伦理困境（如放弃治疗、隐私保护）展开辩论，强制要求每方至少援引两种伦理理论支持观点。

3. 后续教学建议

(1) 进一步开发儿科护理案例库，持续更新教学资源。

(2) 引入虚拟仿真平台，模拟复杂场景，提升决策能力。

(3) 强化师资培训，不断提升教师思政教学能力。

(4) 增加跨学科讲座，引导学生多维度思考。