

Appendix 2 模擬教學設計的計畫

原始資訊

Paul Miller, 72 歲, 3 個小時之前以急性腹部疼痛收住院。彌散性腹部疼痛及柏油樣便 2 天、否認噁心、嘔吐和腹瀉。預定早上坐結腸鏡和食管胃十二指腸鏡檢查。入院時疼痛評分為 6 (標準 0-10), 給予嗎啡酮 1mg 靜脈注射。生命體征: T 98.7, HR 80's, BP 130/80.

生日: 2 月 8, 1941 **體重:** 165 磅

既往史

高血壓; 糖尿病

骨關節炎

膽囊炎

痔瘡

日常服藥

阿司匹林 325mg PO QD

Captopril 12.5 mg PO Q8 h; Naproxen 500 mg PO bid

診斷檢查結果

腹部系列—正常範圍之內

WBC	7,000 mm3	PT	12 sec.
RBC	3.2 million/mm	PTT	30 sec
Hgb	8.3 g/dl	INR	1.0
Hct	31 %	Platelets	255000 cu/mm
空腹血糖	138 mg/dL		
鉀	3.6 mEq/L		
鈉	145 mEq/L		
氯	108 mEq/L		
尿素氮	24 mg/dL		
尿肌酐	0.9 mg/dL		

入院醫囑

早上複查全血細胞數、Basic Metabolic Panel; 疼痛時, 嗎啡酮(Dilaud) 1mg 靜脈注射, q2h; 1000ml 生理鹽水 (含氯化鉀 20Meq) 100 mL/hour, NPO

學習目標

護理程式在消化道出血患者中的應用

- 評估患者, 收集相關證據
 - 識別線索, 做出推斷
 - 證實資料
- 診斷病人存在的和潛在的健康需求。
 - 組合資料
 - 下診斷結論 (確認問題)
- 根據病人需求制定護理計畫
 - 列出優先順序
 - 預測成果目標
 - 臆測可能的干預措施
- 執行照護計畫
 - 考驗干預措施
- 評價以實現結果為導向的過程
 - 根據成果目標評價
- 自我評價反思干預策略
 - 自我反思

模擬教學前的學員任務

- 複習消化道出血和低血容量性休克的課堂知識 (病理、治療、護理管理)
- 心律失常 (竇性心律過速、室性心律早班, 室性心律過緩)

技能測評

靜脈給藥和輸液, 輸血

場景過程大綱

類比病人行為 & 補充資料	評估: 識別線索 證實資料, 組合資料	診斷: 下診斷結論 (確認問題)	計畫: 列出優先順序/結局標準/干預	實施: 考驗干預措施	評價: 根據成果目標評價	評價補充資料
階段一 -病人呻吟“我胃痛...很渴” -全腹銳痛, 強度 7/10 -腸音正常, 無腹脹 -病人坐在便盆上, 柏油樣便 500 mL -監視器顯示竇性心動過速心 率 130...BP 80/70, RR 28 Ox(血氧飽和度)92% -肺呼吸音清 -毛細血管再充盈 5 秒 脈搏容量低; 皮膚濕冷 -少尿 (尿濃縮, 50ml/4h) -血糖 126	-核對病人 ID -識別竇性心律過速- 記錄生命體征 & 核 實數據低值。 -評估疼痛 (性質, 部位, 強度) -需要額外的資料: 毛 細血管再充盈時間, 脈量, 皮膚顏色/濕 度, 尿量 -核實是否存在便血 -測血糖	低血容量 疼痛 (考慮其他可能性/鑑別診斷: 低血糖)	-根據在低血壓情況 下給麻醉藥的風 險, 首先處理低血 容量 預測滿意的/不滿意的 結局 通過風險-利益分析, 考慮可能的干預 (不滿意的學生決 策: 將疼痛放在重 建體液平衡面前)	-抬高床尾. -用 SBARR 告知醫生 -按醫囑快速靜脈補液 500mL 生理鹽水/15 分鐘, 原 持續性 IV 灌注液增至 150mL/h; 給氧 2L - 監測補液併發症 - 補液後血壓回升後決定給 1 mg IV Dilaudid: 給前要查 藥典以決定給此藥的速 度, 是否需稀釋, 是否與 持續 IV 灌注液相溶, 及觀 察併發症 -按醫囑輸血: 描述步驟, 輸血速度 & 監測併發症	-重新評估體液狀 態: 生命體征, 肺 部呼吸音, 尿輸出 量, 皮膚顏色/濕 度, 毛細血管再充 盈時間 -評估病人對麻醉藥 的反應 -評價患者的輸血反 應: 生命體征 & 肺 部呼吸音	補液後評價資料 -BP 110/80/80, HR 104 -肺部呼吸音清 -皮膚: 蒼白, 涼 & 乾燥 -毛細血管再充盈時間 3 秒 -尿量 (深, 60ml/5h) 給麻醉止痛藥 -疼痛強度: 2 - BP 104/76, HR 112, RR 22, Ox 95% 輸血後評價資 料:(階段二評估資 料): (開始階段 2)

<p>階段二 (輸血後)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 血氧飽和度(Ox) 88% - 肺部濕羅音 - 呼吸 28, BP 140/80, HR 118 -尿濃縮, 80ml/8h -頸靜脈高脹 -無水腫 	<ul style="list-style-type: none"> - 關注低氧飽和度-將低氧飽和度與補液/輸血併發症相聯繫 -核實生命體征與肺部呼吸音 	<p>補液過量導致的心衰</p>	<ul style="list-style-type: none"> -預測滿意的/不滿意的結局. -考慮可能的干預及風險-利益分析，. <p>(不滿意的學生決策：不能識別肺水腫的體征和症狀)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -抬高床頭 -降低輸液速到到 20ml/h -使用 SBARR 程式告知醫生 -重新核對醫囑 -靜脈給予速尿 40mg：核對輸液速度，稀釋是否與持續 IV 灌注液相溶,及觀察併發症 <p>(重新評估呼吸狀態，處理呼衰)</p>	<ul style="list-style-type: none"> --評價病人對利尿的反應：尿輸出量，肺部呼吸音，生命體征 	<ul style="list-style-type: none"> -給速尿 3 小時後尿量: 1400 cc -肺部呼吸音清 -BP 124/72; RR 20, HR 88, Ox. 96% <p>(開始階段 3)</p>
<p>階段三</p> <p>監測: 竇性心動過速與二聯 PVC</p> <p>無胸痛或氣短 BP120/72; RR20 Ox 96% 肺部呼吸音清</p>	<ul style="list-style-type: none"> -識別室性早搏及其重要性. -將室性早搏與利尿和冠心病併發症相聯繫 -核實相關的體征和症狀（生命體征變化、心悸、胸痛） 	<p>利尿導致電解質不平衡的心律失常</p>	<ul style="list-style-type: none"> -考慮核實血清電解質以確定或排除可能的低血鉀症 . -預測滿意的/不滿意的結局 -通過風險-利益分析，考慮可能的干預 . <p>(不滿意的學生決策：不能認識到心律失常的重要性)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -使用 SBARR 程式通知醫生患者室性早搏 -核對醫囑，核對血清電解質 -識別血鉀水準是異常的，並識別可能的原因 - 通知醫生& 核對醫囑: 給 20Meq KCL，輸完後檢查血鉀水準 -給氯化鉀：檢查輸液速度和併發症 <p>(處理更嚴重的心律失常，室性心動過速)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -解析血鉀水準，以決策是否通知醫生 <ul style="list-style-type: none"> --評價給氯化鉀的反應及觀察併發症 	<ul style="list-style-type: none"> -血鉀水準 3.0 <p>(模擬結束)</p>