# 最新高血压教学查房总结(3篇)

来源：网络 作者：繁花落寂 更新时间：2024-10-16

*总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢!高血压教学查房总结篇一目标：1、此次教...*

总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢!

**高血压教学查房总结篇一**

目标：

1、此次教学查房结束后，学员能比较规范的围绕高血压病人的一般信息、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史进行问诊。

2、此次教学查房结束后，学员能比较规范的测量血压、进行心脏体格检查。

3、此次教学查房结束后，学员能掌握高血压的定义、了解高血压分级分层。

4、5、6、此次教学查房结束后，学员能列举出高血压的主要靶器官损害。 此次教学查房结束后，学员能指出高血压病主要的鉴别诊断。此次教学查房结束后，学员能说出目前高血压病治疗的主要方法：改善生活行为、药物（常用六大类并各讲出一个代表药物）。

重点：

1、2、3、4、5、问诊技巧：围绕重点、条理清晰有序、内容不遗漏项目 心脏体格检查：方法（视、触、叩、听），测血压 高血压的定义 高血压分级分层

主要辅助检查： 血生化（肝功、肾功、血糖、血脂、血尿酸、电解质）、尿常规、心电图、超声心动图、颈动脉超声、眼底镜、动态血压

6、主要靶器官损害：心脏、脑、肾脏、视网膜

7、主要治疗方法：改善生活行为（控制体重、低盐低脂、戒烟限酒），常用药物（利尿剂、b阻滞剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素ii受体阻滞剂、α1受体阻滞剂）

课程长度： 90分钟

教学形式：

1、10分钟实习生问诊

2、5分钟实习生测血压、心脏体格检查

3、5分钟主管医师重点规范心脏体格检查、测血压

4、5分钟实习生汇报病情

5、10分钟实习生讨论：诊治方案（诊断、下一步检查安排、治疗）

6、35分钟教员讲课：结合病例，讲述高血压的定义、高血压分级分层、临床表现、辅助检查、诊断及鉴别诊断、治疗、预防。

7、15分钟互动：提问、解答、讨论、

总结

8、5分钟科室主任总结、点评

9、指导老师点评

要求的材料：

1、高血压病人、病历、辅助检查资料。

2、教案、ppt、电脑、投影仪、激光笔、听诊器、血压仪

3、给每个学员打印出教案

参加人员：

1、2、3、4、过程：

一、教学查房的准备阶段： 将教学查房的病例提前三天通知实习生及科室相关人员、要求熟悉病例，查阅相关知识，准备问题。

二、教学查房的实施阶段： 在病房20分钟：

1．10分钟实习生甲对患者进行问诊，并汇报。

2．5分钟实习生乙对患者测血压、进行心脏体格检查，并汇报。3．5分钟主管医师规范进行心脏体格检查 在示教室70分钟：

1.学员甲根据问诊及体格检查，归纳汇报

2.教员点评学员问诊、体格检查、病史汇报情况，并结合病例进一步规范培养学员临床思维

3.学员乙根据病史提出诊断及鉴别诊断、下一步检查方案及治疗方案

4.结合病例进行学习：高血压的定义、高血压分级分层、临床表现、辅

3 教学查房者 本科室实习生2名 病人主管医生

内科实习生、科室主任、科室教学秘书 助检查、诊断及鉴别诊断、治疗、预防。5.5分钟科室主任点评总结本次教学查房。6.指导老师点评

三、

教学查房站位及坐位 1． 病房问诊及查体：

病人右侧从头至尾分别是问诊实习生、查体实习生、教员； 病人左侧从头至尾分别是科室主任、主治医生、主管医生； 病人尾侧中间是此次查房指导老师，其他实习生分立两侧，其他人员后排 2． 示教室教学 教员在讲台

参加此次查房2名实习生、此次查房指导点评老师、科室主任、主管医生坐第一排

科教科负责人及工作人员坐第二排 其他实习生坐第二、三排 其他坐后排

**高血压教学查房总结篇二**

风湿中医科6月份教学查房

日 期：2024.07.25 地 点：风湿中医科示教室 主持人：郑国华 主讲人：翟婷婷

题 目：高血压的护理措施 参加人员：

郑国华（主管护师）：

首先，欢迎大家来参加这个月的业务学习。今天的业务学习由翟婷婷主讲，针对我们科室最近住进来许多高血压的患者，我们要熟悉高血压患者的护理，所以让翟婷婷今天重点给我们讲讲高血压的护理措施。大家认真听讲，把学到的知道能很好的应用到临床上，下面由翟婷婷汇报病史。翟婷婷（护士）：

患者：男性，68岁，退休司机，主诉：反复头昏、头痛20年，再发半天。现病史：20年其那反复头昏、头痛诊断高血压（高值不详），服北京降压0号，血压控制在145/95mmhg左右，症状反复发作。有时心悸，平时活动不受限制。12小时前头昏、头痛伴恶心，血压：180/120mmhg。急症处理：尼群地平10mg含服，血压135/76mmhg，症状缓解。行ct检查后收入院，个人无病史，家族中兄弟多肥胖，有类似的高血压病史。

体格检查：脉搏70次/分 呼吸23次/分 血压115/70mmhg。体形肥胖。心脏检查：心前区无隆起，心尖搏动第5肋间左锁骨中线上。触诊：无抬举性搏动。叩诊：心界叩诊左扩大。听诊：心率70次/分，心律齐，a2>p2，未闻及杂音。双下肢无水肿。ct报告：双侧基底节区可见多斑点状，节结状低密度影，边界清楚。我的病史汇报完毕，下面大家可以谈谈自己知道的护理措施。阮子霞（护士）：

1）保证合理的休息及睡眠，避免劳累提倡适当的体育活动，尤其对心率偏快的轻度高血压病人，进行有氧代谢运动效果较好，如骑自行车、跑步、做体操及打太极拳等，但需注意劳逸结合，避免时间过长的剧烈活动，对自主神经功能紊乱者可适当使用镇静剂。严重的高血压病人应卧床休息，高血压危象者则应绝对卧床，并需在医院内进行观察。

2）心理护理病人多表现有易激动、焦虑及抑郁等心理特点，而精神紧张、情绪激动、不良刺激等因素均与本病密切相关。因此，对待病人应耐心、亲切、和蔼、周到。根据病人特点，有针对性地进行心理疏导。同时，让病人了解控制血压的重要性，帮助病人训练自我控制的能力，参与自身治疗护理方案的制订和实施，指导病人坚持服药，定期复查。

3）饮食护理应选用低盐、低热能、低脂、低胆固醇的清淡易消化饮食。鼓励病人多食水果、蔬菜、戒烟、控制饮酒、咖啡、浓茶等刺激性饮料。对服用排钾利尿剂的病人应注意补充含钾高的食物如蘑菇、香蕉、橘子等。肥胖者应限制热能摄入，控制体重在理想范围之内。

4）病情观察对血压持续增高的病人，应每日测量血压2～3次，并做好记录，必要时测立、坐、卧位血压，掌握血压变化规律。如血压波动过大，要警惕脑出血的发生。如在血压急剧增高的同时，出现头痛、视物模糊、恶心、呕吐、抽搐等症状，应考虑高血压脑病的发生。如出现端坐呼吸、喘憋、紫绀、咳粉红色泡沫痰等，应考虑急性左心衰竭的发生。出现上述各种表现时均应立即送医院进行紧急救治。

5）用药护理服用降压约应从小剂量开始，逐渐加量。同时，密切观察疗效，如血压下降过快，应调整药物剂量。在血压长期控制稳定后，可按医嘱逐渐减量，不得随意停药。翟婷婷（护士）：

阮子霞讲的很好，但是讲的比较笼统，在用药和饮食上可以讲的更细一点，我在用药上在补充一点。服用降压药应从小剂量开始，逐渐加量。同时，密切观察血压变化，如果血压下降过快，应调整药物剂量。在血压长期控制稳定后，可按医嘱逐渐减量，不得随意停药。某些降压药物可引起体位性低血压，在服药后应卧床2-3小时，必要时协助病人起床，待其坐起片刻，无异常后，方可下床活动。同时，在变换体位时也应动作缓慢，以免发生意外。有些降压药可引起水钠潴留。因此，需每日测体重，准确记录出入量，观察

水肿(过多的体液在组织间隙或体腔中积聚称为水肿(edema)。正常体腔中只有少量液体，若体腔...)情况，注意保持出入量的平衡。密切观察老人降压药的疗效，经常询问老人的自我感觉，有无头晕、头痛、胸闷、憋气等，观察其精神状态，以评估最佳血压值。胡圆圆（护士）：

我来补充一些饮食的护理。中国人的饮食以谷类为主，比西方饮食习惯好，对减少高血压、冠心病发病有一定好处。高血压患者饮食应限制脂肪，少吃肥肉、动物内脏、油炸食品、糕点、甜食，多进食蔬菜、水果、鱼、蘑菇、低脂奶制品等。流行病学调查证实饮食中盐量与高血压的发病有关，我国北方高血压患病率比南方高，说明低盐饮食在高血压防治中的意义。高血压患者每天摄人盐量应少于5克(约小汤匙半匙)，尤其对盐敏感的病人效果更好。最好戒烟，因烟中含有尼古丁，能刺激心脏使心跳加快，并使血管收缩，血压升高。过量吸烟者患心肌梗死的报道屡见不鲜。限制饮酒。大量饮酒，尤其烈性酒，可使心跳加快，血压升高，有些病人即使饮酒后当时血压不高，但过后几天仍可使血压升高。因此，原发性高血压人应限制饮酒。茶叶中含有少量茶碱，其利尿作用对高血压有一定好处，但喝茶过浓，茶碱含量过高，会引起兴奋、失眠、心悸。因此，高血压患者最好不喝茶或喝清淡的绿茶。郑国华（主管护师）：

胡圆圆对饮食方面讲的很细，很好。对我们今后对病人的健康宣教很有帮 助，下面还有谁要补充的吗？ 徐小青（护师）：

减肥、控制体重也是高血压患者护理很重要的一方面。肥胖者高血压的患病率是正常体重者的2～6倍，超重是高血压的独立危险因素，降低体重能降低血压和减少降压药的用量。减肥、控制体重最有效的方法：一是节制饮食，减少每天摄人的总热量；二是增加体力活动，包括快步、慢跑、游泳等。翟婷婷（护士）：

对于我们住院的高血压患者还有一点非常重要的护理错就是防跌倒。首先要告知患者及家属防跌倒的重要性，作为护理人员我们要经常巡视病房，地面保持干燥，要求患者穿防滑鞋，穿合适的衣服，必要时留陪护。郑国华（主管护师）：

大家发言非常积极，对高血压患者的护理回答的基本全面，希望能应用到临床上，做好高血压的护理。

**高血压教学查房总结篇三**

高血压病区教学查房 教学查房老师名字:刘唐威

参加的住培人员及其他学员：黄莹、莫与海、朱庆光、黄咿兰、谢天敏、徐启莹、林子群、苏霞云、蓝桂伍

时间;2024年6月14日 地点:高血压病区

教学查房内容：高血压管理 教学查房具体步骤： 住培医师汇报病史：

患者张云福，女，62岁0月，因“头晕、头痛1年”于2024年6月9日 16:37:00非急诊步行入院。病史特点如下：

1、老年女性，起病缓，病程长；

2、患者自诉1年来开始出现头晕、头痛，位于头顶、枕部，活动及站立行走后明显，伴有眼花、视物旋转，无胸闷、胸痛、心慌，无乏力、出冷汗，无晕厥，无咳嗽、咳痰、呼吸困难等不适，头晕时测血压130-180/80-102mmhg，服用硝苯地平缓释片1片后上症可缓解。1年来头晕、头痛反复发作，每次发作性质同前。1周前再次头晕再次发作，伴有眼花、心慌、恶心想吐，无乏力、出冷汗，无胸闷、胸痛，无晕厥不适，遂至我院急诊科就诊，急诊测血压179/95mmhg，予厄贝沙坦1片降压治疗，血压未能下降，患者自服硝苯地平缓释片1片后血压可下降，上症缓解。前天患者为求治疗来我科门诊就诊，门诊拟“高血压2级”收住我科。患者系起病以来精神、睡眠欠佳，食欲正常，大便正常，夜尿约3次每晚。体重未见明显改变。

3、既往史：高血压病史5年，平日监测血压波动于100-140/80-90mmhg，不规律服用硝苯地平缓释片降压。否认冠心病、糖尿病史，否认肝炎、结核或其他传染病史，双黄连过敏，否认外伤史，否认手术史，否认输血史，否认烟酒嗜好。

4、查体：t：36.9oc，p：68次/分，r：20次/分，bp：138/72mmhg。神志清楚，正常面容，皮肤巩膜无黄染，全身淋巴结未扪及肿大颈静脉正常。胸廓对称无畸形，无局部隆起或凹陷，胸壁无压痛，呼吸节律规整。，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音。心界不大，心率68次/分，心律齐，主动脉瓣可闻及3/6及收缩期杂音。余瓣膜未闻及杂音。腹部外形正常，全腹柔软，无压痛及反跳痛，腹部未触及包块，肝脏肋下未触及，脾脏肋下未触及。移动性浊音阴性。四肢无畸形，未见杵状指（趾），未见静脉曲张，四肢无水肿。各关节未见异常，活动无受限。生理反射存在，病理反射未引出。

5、辅助检查：暂缺。。

入院诊断：高血压3级

主管医师补充病史：入院后完善相关检查：肾功能：尿酸\*377μmol/l，内生肌酐清除率148ml/min。电解质：钾3.220mmol/l。血脂：总胆固醇\*7.35mmol/l，甘油三酯\*1.48mmol/l，高密度脂蛋白胆固醇\*1.500mmol/l，低密度脂蛋白胆固醇\*5.200mmol/l。空腹血葡萄糖\*5.57mmol/l。餐后2h血葡萄糖10.46mmol/l。葡萄糖化血红蛋白6.20%。空腹胰岛素91.56pmol/l。餐后2小时胰岛素1183.00pmol/l。24小时尿蛋白325.5mg/24h。微柱凝胶(卡式)血型鉴定o型rh(d)阳性+。随机尿微量白蛋白9.04mg/l，尿白蛋白/尿肌酐1.7mg/mmol。血常规、肝功能、心肌酶、凝血四项、甲功五项、超敏c反应蛋白、感染性疾病综合性检查、24h尿微量白蛋白、随机尿微量白蛋白+肌酐均未见明显异常。动脉硬化监测：

1、全身大动脉中度硬化，中小动脉重度硬化；

2、左室收缩功能正常范围。ogtt试验：空腹血葡萄糖\*4.91mmol/l。餐后1h血葡萄糖11.95mmol/l。餐后2h血葡萄糖13.64mmol/l。餐后3h血葡萄糖3.92mmol/l。胰岛素(空腹)160.30pmol/l，胰岛素(餐后1h)1082.00pmol/l，胰岛素(餐后2h)>1254.00pmol/l，胰岛素(餐后3h)558.20pmol/l。心脏彩超：

1、符合高血压病心脏改变并二尖瓣轻微关闭不全。

2、左室顺应性降低，左室收缩功能测定在正常范围。胸部平片未见异常。彩超：

1、脂肪肝；

2、双侧椎动脉内径测值小，血流阻力指数增高；

3、符合双侧颈动脉粥样硬化症（双侧颈动脉多发软斑、硬斑形成）；

4、双侧颈内静脉血流通畅、未见血栓声像；胆、胰、脾、双肾回声未见异常；双侧肾动脉彩色超声未见异常；双侧输尿管未见扩张。股主动脉旁未探及囊实性肿块。动态血压及心电图：

1、窦性心律

2、偶发房早，间歇性st改变；

3、心率变异性分析未见异常；

4、动态血压监测平均收缩压及舒张压增高，为非杓型血压，睡眠-谷晨峰血压为18mmhg，血压变异性分析未见异常。

主持医师分析讲解：由患者血压水平180/110mmhg以上，多次血压高，诊断高血压3级。年老起病，考虑原发性高血压。入院检查血脂异常，胆固醇高，血糖高，行糖耐量试验考虑糖尿病。尿蛋白定量大于300mg/天。有左室肥厚。危险分层为极高危组。补充诊断：1.2型糖尿病 2.高脂血症。患者长期用药，血压仍控制不佳，需考虑是否按嘱坚持用药、是否合理应用降压药（联用、利尿剂使用等）、测量血压是否准确、有无白大衣现象（诊室高血压）、有无合并使用了影响血压的药物：如非甾体抗炎药(nsaids)、拟交感神经药物、口服避孕药、红细胞生成素、对乙酰氨基酚等、是否合并有睡眠呼吸暂停综合征、是否合并继发性高血压、是否改善了生活方式等。结合患者病史，患者未规律服用降压药物、存在不良生活方式。故告知患者应遵嘱用药，且控制体重、适当运动、限制食盐、限酒戒烟、适量补钙、保持情绪乐观。同时有助于血糖及血脂的控制。且需定期监测血糖、血脂。

及时坚持用药的高血压患者，也有需要到上级医院诊疗的需要。卫计委对于转诊有明确要求。标准1.社区初诊的高血压患者，如有以下情况之一：多次测量血压水平达三级需要进一步评估治疗；合并靶器官损害需要进一步评估治疗；高血压急症；怀疑继发性高血压；妊娠和哺乳期妇女。2.在社区随访的高血压患者，如有以下情况之一：采用2种以上降压药物规律治疗，血压仍然不达标；血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制；血压波动较大，临床处理有困难；随访过程中出现新的严重临床疾病或原有疾病加重；患者服用降血压药物后出现不能解释或难以处理的不良反应；高血压伴有多重危险因素或靶器官损害而处理困难。双向转诊原则：收缩压≥200舒张压≥120急诊转诊 收缩压≥180舒张压≥110同时检测脉搏、心率等根据高血压紧急情况处理原则，观察2小时若病情不能得到控制，随时转诊 收缩压＜180舒张压＜110出现以下情况的紧急处理后转诊

1、剧烈头痛或头痛

2、恶心呕吐

3、视力模糊眼痛

4、心悸胸闷

5、喘憋不能平卧

6、心前区疼痛。对于发生高血压急症的患者：需在1-2小时内将血压降至适当水平的高血压危急症，包括：高血压危象；高血压脑病；高血压合并脑卒中、颅内出血、蛛网膜下腔出血；高血压合并不稳定性心绞痛、急性心肌梗塞、急性左心衰伴肺水肿、急性主动脉夹层；妊娠子痫；这些患者常伴有急性靶器官损害。需静脉控制性降压，使血压短期恢复安全水平。高血压亚急症：需在24小时内将血压降至适当水平的高血压次急症，包括：高血压3级；高血压伴有进行性靶器官损害；急进型恶性高血压；妊娠高血压；围术期高血压；这类患者常无或仅有很轻的靶器官损害；可应用口服降压药使血压在数小时内下降安全范围。处理诊断明确，治疗方案确定，病情稳定的患者，可下转至基层医疗卫生机构的标准。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找