



目 录

一、临床护理工作流程

一般患者入院流程.....	1
急诊患者入院护理流程.....	2
患者转床护理流程.....	3
一般患者转科护理流程.....	4
危重患者转科护理流程.....	4
接待重危转科患者服务流程.....	5
患者出院护理流程.....	5
患者转院护理流程.....	6
出院（电话、居家服务等）随访、预约流程.....	6
门诊急诊病人入院身份识别流程.....	7
住院病人身份识别流程.....	8
腕带佩戴流程.....	8
静脉输血时的查对流程.....	9
临床输血过程的质量管理监控及效果评价流程.....	10
静脉药物配置操作流程.....	11
配液、注射、输液时的查对流程.....	11
静脉采血时的查对流程.....	12
产房、产科与新生儿科转运交接流程.....	12
急诊与手术室、ICU、病房转运交接流程.....	13
手术室与病房、ICU 交接转运流程.....	13
病房转入 ICU 流程.....	14
ICU 转入普通病房流程.....	15
医嘱核对流程.....	16
医嘱处理流程.....	17



发生护理安全（不良）事件上报及处理流程.....	18
护理安全隐患上报流程.....	19
压疮管理流程.....	20
压疮报告流程.....	21
压疮会诊流程.....	22
高危药品使用流程.....	23
麻醉药品及一类精神药品注射空安瓶回收流程.....	24
口服给药流程.....	24
危急值报告流程.....	25
医护人员职业暴露处理与报告工作流程.....	26
病人走失的应急流程.....	27
水银泄露处理流程.....	28
护理会诊流程.....	28
疼痛护理流程.....	29
临床输血护理流程.....	30
手术患者术前预防性抗菌药物交接流程.....	31
围手术期术前处理流程.....	32
围手术期术中处理流程.....	33
围手术期术后处理流程.....	34
围手术期患者护理流程.....	35
患者入手术室护理流程.....	35
接手术患者回病房护理流程.....	36
二、护理人力资源管理 workflow	
紧急情况下护理人力资源调配流程.....	37
执业护士首次注册流程.....	37
护士延续注册流程.....	38
执业护士注册变更流程.....	38
护士（病、产）请假上报流程（书面请假）.....	39



三、操作护理流程

腹式呼吸操作流程.....	40
指导有效咳嗽工作流程.....	40
床上翻身训练操作流程.....	41
呼吸功能锻炼工作流程.....	41
标本采集查对流程.....	42
留取大小便标本的操作流程.....	43
临时静脉输液流程.....	44
长期静脉输液流程.....	45
静脉化疗操作流程.....	45
静脉留置针封管操作流程.....	46
协助进餐护理流程.....	46
晨、晚间护理流程.....	47
排泄护理工作流程.....	48
新生儿体重测量流程.....	48
特检护理流程.....	49
特殊检查及治疗护理工作流程.....	49
为危重患者实施护理操作流程.....	50
引流管护理流程.....	51
气管插管的配合流程.....	52
床边动脉血气操作流程.....	52
临床危急值报告处理工作流程.....	53
体温表大消毒流程.....	53
体温表日常消毒流程.....	54
紫外线灯管消毒护理工作流程.....	54

四、仪器设备使用流程

微量注射泵使用及维护流程.....	55
静脉输液泵使用及维护流程.....	56



监护仪使用及维护流程.....	57
电动吸引器操作流程.....	58
心电图机操作流程.....	58
除颤仪操作流程.....	59
呼吸机操作流程.....	60
无创机械通气操作流程.....	61
简易呼吸气囊使用护理流程.....	62
血糖仪操作流程.....	63
胰岛素笔皮下注射胰岛素操作流程.....	63
持续胰岛素泵皮下注射胰岛素操作流程.....	64
微波治疗仪护理流程.....	64

五、常见检查治疗工作流程

气管插管的配合流程.....	65
呼吸道病原体检测工作流程.....	65
纤支镜检查的护理流程.....	66
腰椎穿刺术的护理流程.....	66
腹腔穿刺检查的护理流程.....	67
骨髓穿刺活检检查的护理流程.....	68
腰椎穿刺检查的护理流程.....	68
三腔二囊管使用的护理流程.....	69
食管静脉曲张套扎及硬化剂治疗的护理流程.....	70
内镜下高频电切术的护理流程.....	71
食管狭窄扩张术的护理流程.....	71
EMR、ESD 术的护理流程.....	72
腹膜透析换液的护理流程.....	72
肾盂造影检查的护理流程.....	73
肾 ECT 造影检查护理流程.....	73
禁水加压试验的护理流程.....	74



石膏固定术护理流程.....	75
牵引术护理流程.....	76
腹部正位片（KUB）检查护理流程.....	77
皮肤换药护理操作流程.....	77
口腔冲洗技术操作流程.....	78
六、专科护理流程	
鼻腔冲洗护理流程.....	80
剪鼻毛护理操作流程.....	80
外耳道滴药护理流程.....	81
鼻腔滴药护理流程.....	81
泪道冲洗术护理流程.....	82
结膜下注射护理流程.....	83
结膜结石剔除术护理流程.....	83
角膜异物取出术护理流程.....	84
沙眼滤泡压榨术护理流程.....	85
麦粒肿切除术护理流程.....	85
翼状胬肉切除术护理流程.....	86
七、岗位工作流程	
主班护士工作流程及工作内容.....	90
D 班责任护士工作流程及工作内容.....	92
N 班护士工作流程及工作内容.....	97
责任护士工作流程 (APN 班模式)	100
P 班护士工作流程.....	105
N 班护士工作流程及工作内容.....	108
八、防范与应急预案	
烫伤防范预案.....	110
躁动防范预案.....	112
化疗药物外渗防范预案.....	117



药物引起过敏性休克防范预案.....	121
危重患者重点环节风险防范预案.....	123
输血及药物不良反应防范预案.....	127
患者发生跌倒时的应急预案与流程.....	134
患者发生坠床时的应急预案与流程.....	136
常见急性化学中毒的应急预案与流程.....	138
急性食物中毒的应急预案与流程.....	139
病房发生食物中毒时的应急预案与流程.....	140
发生火灾时的应急预案与流程.....	141
发生地震时的应急预案与流程.....	143
被困电梯自救应急预案与流程.....	144
病房接到停电通知或突然停电时的应急预案与流程.....	144
病房接到停水通知或突然停水时的应急预案与流程.....	146
病房泛水时的应急预案与流程.....	148
失窃的应急预案与流程.....	149
患者死亡后，发生纠纷的应急预案与流程.....	150
护士在岗时突然生病不能工作的应急预案与流程.....	150
发现自己或同事发生护理工作不良事件的.....	151
应急预案与流程.....	151
病区物品或药品不足的应急预案与流程.....	152
信息化系统故障时的应急预案与流程.....	153
心脏骤停患者的抢救预案与流程.....	154
患者发生静脉空气栓塞时的应急预案与流程.....	156
输液过程中出现肺水肿时的应急预案与流程.....	157
患者术后恶心呕吐的应急预案与流程.....	158
患者发生误吸时的应急预案与流程.....	158
患者术后返流误吸的应急预案与流程.....	160
发生喉痉挛的应急预案与流程.....	160



发生用药错误时的应急预案与流程.....	161
口服药给药错误的应急预案与流程.....	162
血管活性药物外渗的应急预案与流程.....	163
急诊洗胃过程中遇停电或故障时的应急预案与流程.....	164
吸氧过程中中心吸氧装置出现故障时的应急预案与流程.....	165
患者外出检查途中发生病情变化的应急预案与流程.....	166
危重患者转运时发生意外的应急预案与流程.....	167
患者发生走失的应急预案与流程.....	168
患者自杀时的应急预案.....	169
患者外出或外出不归时的应急预案与流程.....	170
气管插管患者出现插管脱出时的应急预案与流程.....	171
呼吸机使用过程中出现断电时的应急预案与流程.....	172
呼吸机使用过程中发生故障的应急预案与流程.....	173
监护仪使用过程中出现意外的应急预案与流程.....	174
输液泵、注射泵使用过程中出现意外的应急预案与流程.....	175
除颤仪调配预案及流程.....	176
除颤仪发生故障的应急预案及流程.....	177
病房发现传染病患者时的应急预案与流程.....	178
病房发现疑似或确诊禽流感病毒感染患者的应急预案与流程.....	179
紧急封存患者病历时的应急预案与流程.....	180
紧急封存患者标本时的应急预案与流程.....	181
发现血标本采集错误的应急预案与流程.....	182
大小便标本被拒收的应急预案与流程.....	183
采集、暂存与运送标本过程中皮肤黏膜污染或.....	184
刺伤的应急预案与流程.....	184
采集的标本不合要求时的应急预案与流程.....	185
上消化道大出血的抢救护理预案与流程.....	186
急性有机磷农药中毒的抢救护理预案与流程.....	188



重症哮喘抢救护理预案与流程.....	190
大咯血患者抢救护理预案与流程.....	191
感染性休克抢救护理预案与流程.....	193
慢性呼吸衰竭患者抢救护理预案与流程.....	194
急性呼吸窘迫综合征抢救护理预案与流程.....	195
肺栓塞患者抢救护理预案与流程.....	197
急性心肌梗死抢救护理预案与流程.....	198
心源性休克抢救护理预案与流程.....	199
主动脉夹层抢救护理预案与流程.....	200
严重心律失常抢救护理预案与流程.....	201
急性左心衰抢救护理预案与流程.....	202
高血压急症的应急预案与流程.....	203
心绞痛的应急预案与流程.....	204
脑出血患者的抢救护理预案与流程.....	204
脑出血患者发生再出血的抢救护理预案与流程.....	206
抽搐患者的护理预案与流程.....	207
颅内出血抢救护理预案与流程.....	209
急性肾功能衰竭护理预案与流程.....	211
糖尿病酮症酸中毒护理预案与流程.....	213
糖尿病非酮症高渗性昏迷护理预案与流程.....	214
严重低血糖患者抢救护理预案与流程.....	216
甲亢危象抢救护理预案与流程.....	218
肾上腺皮质危象抢救护理预案与流程.....	220
DIC 抢救护理预案与流程.....	222
急性荨麻疹的护理预案与流程.....	224
急腹症患者抢救护理预案与流程.....	225
创伤性休克抢救护理预案与流程.....	226
肠梗阻的护理预案与流程.....	228



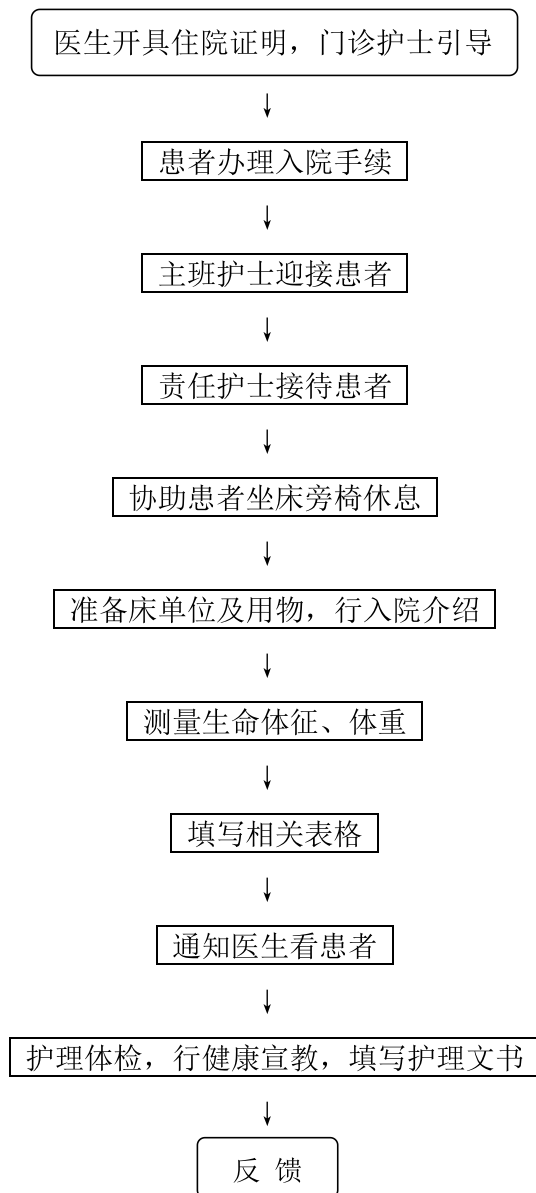
胃肠穿孔的护理预案与流程.....	229
腹部创伤患者抢救护理预案与流程.....	230
腹部术后伤口裂开的护理预案与流程.....	231
张力性气胸抢救护理预案与流程.....	232
自发性气胸的护理预案与流程.....	233
急性胸部外伤的护理预案与流程.....	234
胸腔穿刺术后突发血气胸的护理预案与流程.....	235
甲状腺危象的抢救护理预案与流程.....	236
开放性骨折护理预案与流程.....	237
股骨头置换术后股骨头脱出的护理预案与流程.....	239
肾绞痛患者的护理预案与流程.....	240
膀胱破裂的护理预案与流程.....	241
鼻出血患者护理预案与流程.....	242
急性喉阻塞护理预案与流程.....	243
呼吸道异物急救护理预案与流程.....	244
食道异物急救护理预案与流程.....	245
阴道大出血护理预案与流程.....	247
宫外孕急救护理预案与流程.....	248
子痫患者的抢救护理预案与流程.....	249
产后大出血的抢救护理预案与流程.....	250
脐带脱垂的抢救护理预案与流程.....	251
中、重度妊娠高血压综合征的护理预案与流程.....	252
胎膜早破的护理预案与流程.....	253
产前出血的护理预案与流程.....	253
子宫破裂的护理预案与流程.....	254
羊水栓塞的护理预案与流程.....	256
产时心力衰竭的护理预案与流程.....	256
急产的护理预案与流程.....	257



胎儿宫内窘迫的护理预案与流程.....	258
呼吸衰竭患儿抢救护理预案与流程.....	258
新生儿危重患儿抢救护理预案与流程.....	260
新生儿复苏的操作流程.....	261
肝性脑病的抢救护理预案与流程.....	263
骨折患者院前急救护理预案与流程.....	265
急性心肌梗死患者院前急救护理预案与流程.....	266
急性上消化道出血院前急救护理预案与流程.....	267
造口大出血的护理预案与流程.....	268
PICC 堵管的护理预案与流程.....	269
PICC 导管感染的护理预案与流程.....	270
PICC 导管出现过敏的护理预案与流程.....	271
PICC 置管后发生静脉炎的护理预案与流程.....	272
PICC 置管后形成血栓的护理预案与流程.....	273
PICC 导管带管过程异位的护理预案与流程.....	274
PICC 导管带管过程中导管脱出的护理预案与流程.....	274
三向瓣膜式 PICC 导管体外断裂的护理预案与流程.....	275
PICC 导管断裂滑入体内的护理预案与流程.....	276
PICC 置管患者发生猝死的护理预案与流程.....	277
门诊患者发生猝死的护理预案及流程.....	277
门诊患者跌倒的应急护理预案与流程.....	279
门诊候诊病人突发病情变化应急预案.....	280
门诊候诊病人突发病情变化应急处理流程.....	281

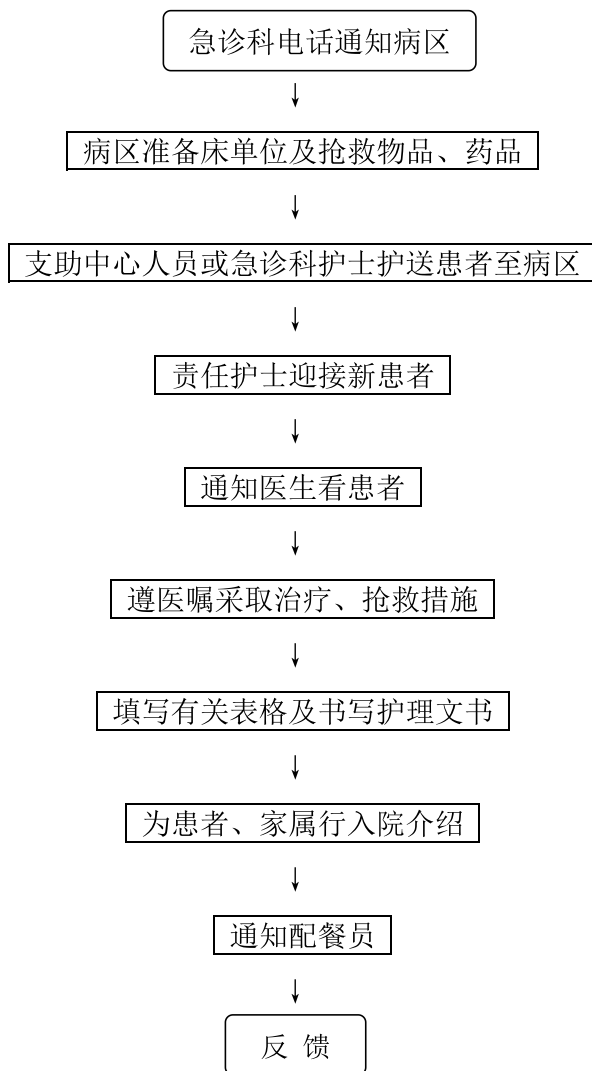


一般患者入院流程





急诊患者入院护理流程





患者转床护理流程

双人核对、确认转床医嘱并签名，打印治疗单



通知责任护士和患者，并转床



责任护士床边交接班



两名护士共同转患者处信息



两名护士共同转护士站信息



两名护士共同转病历信息



两名护士共同转各类治疗牌



两名护士共同转治疗室信息



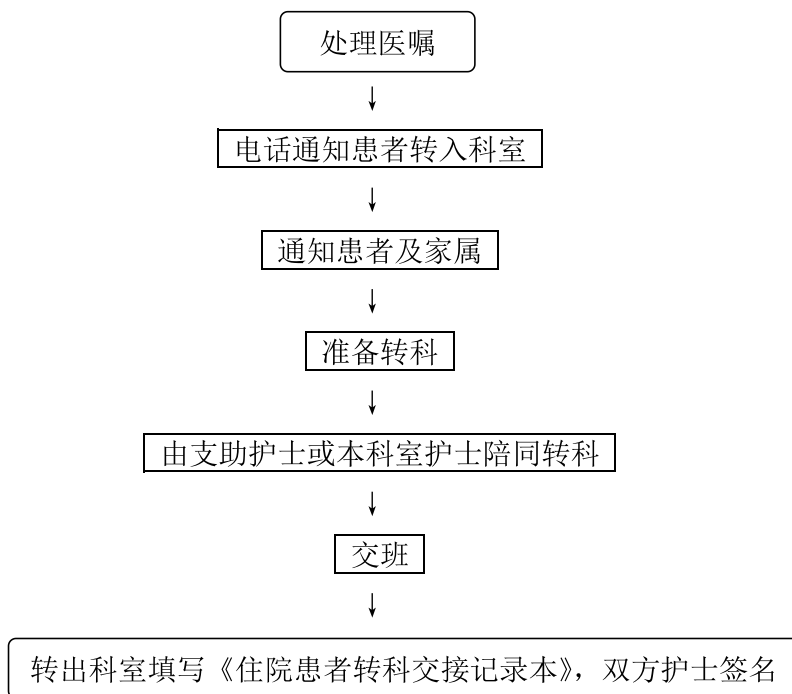
两名护士共同转各种登记本



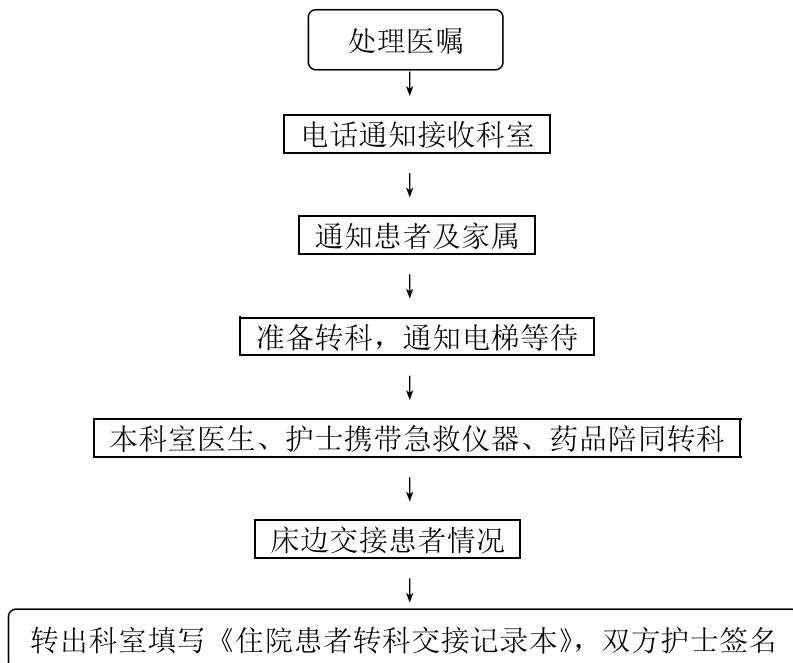
交 班



一般患者转科护理流程

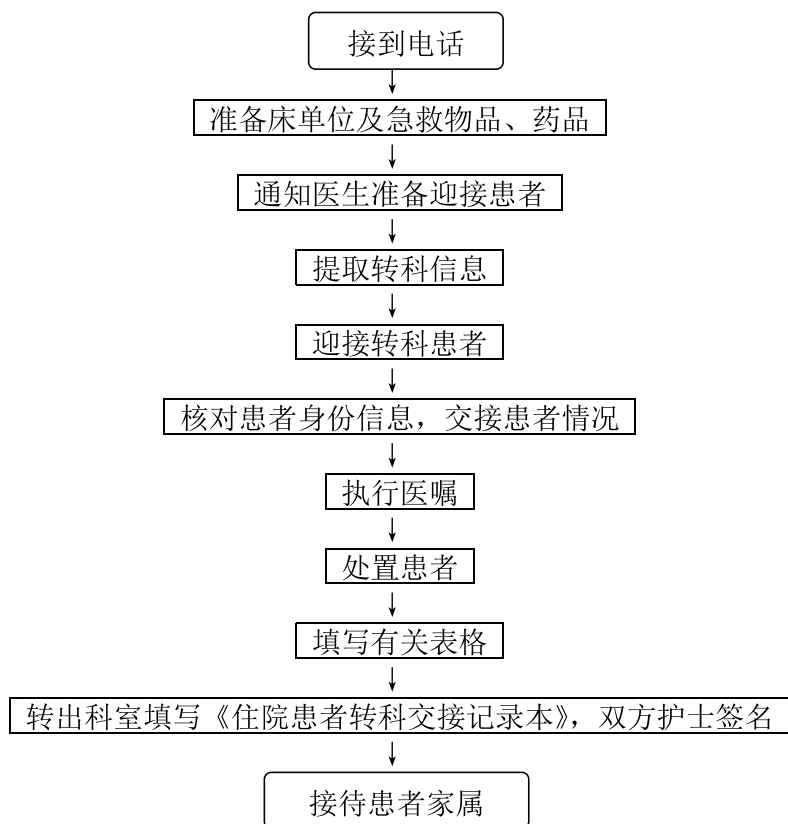


危重患者转科护理流程

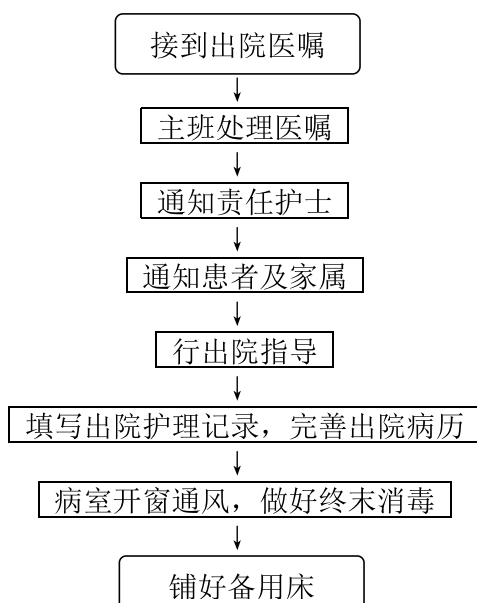




接待重危转科患者服务流程

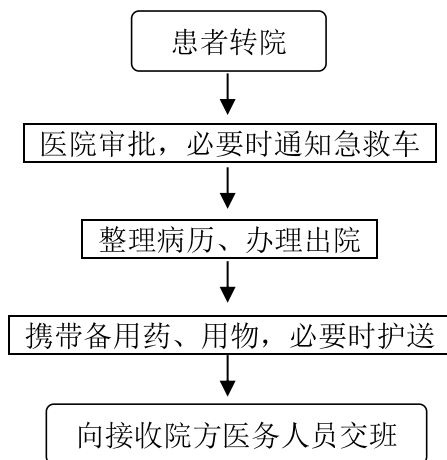


患者出院护理流程

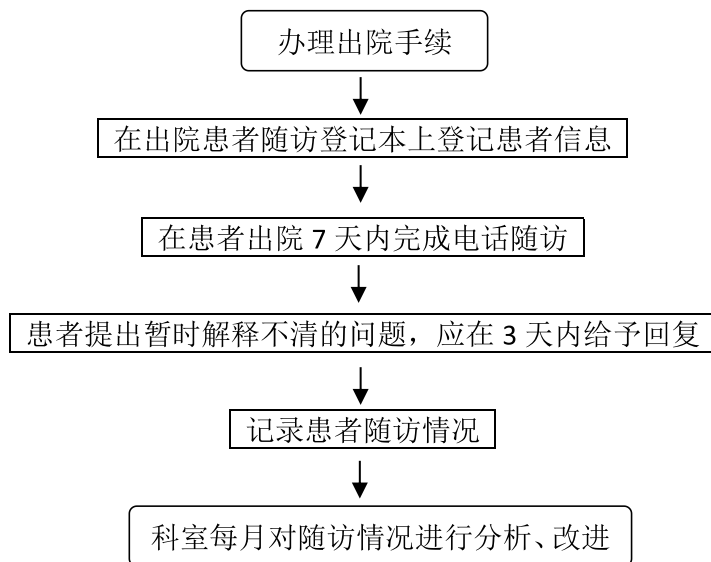




患者转院护理流程

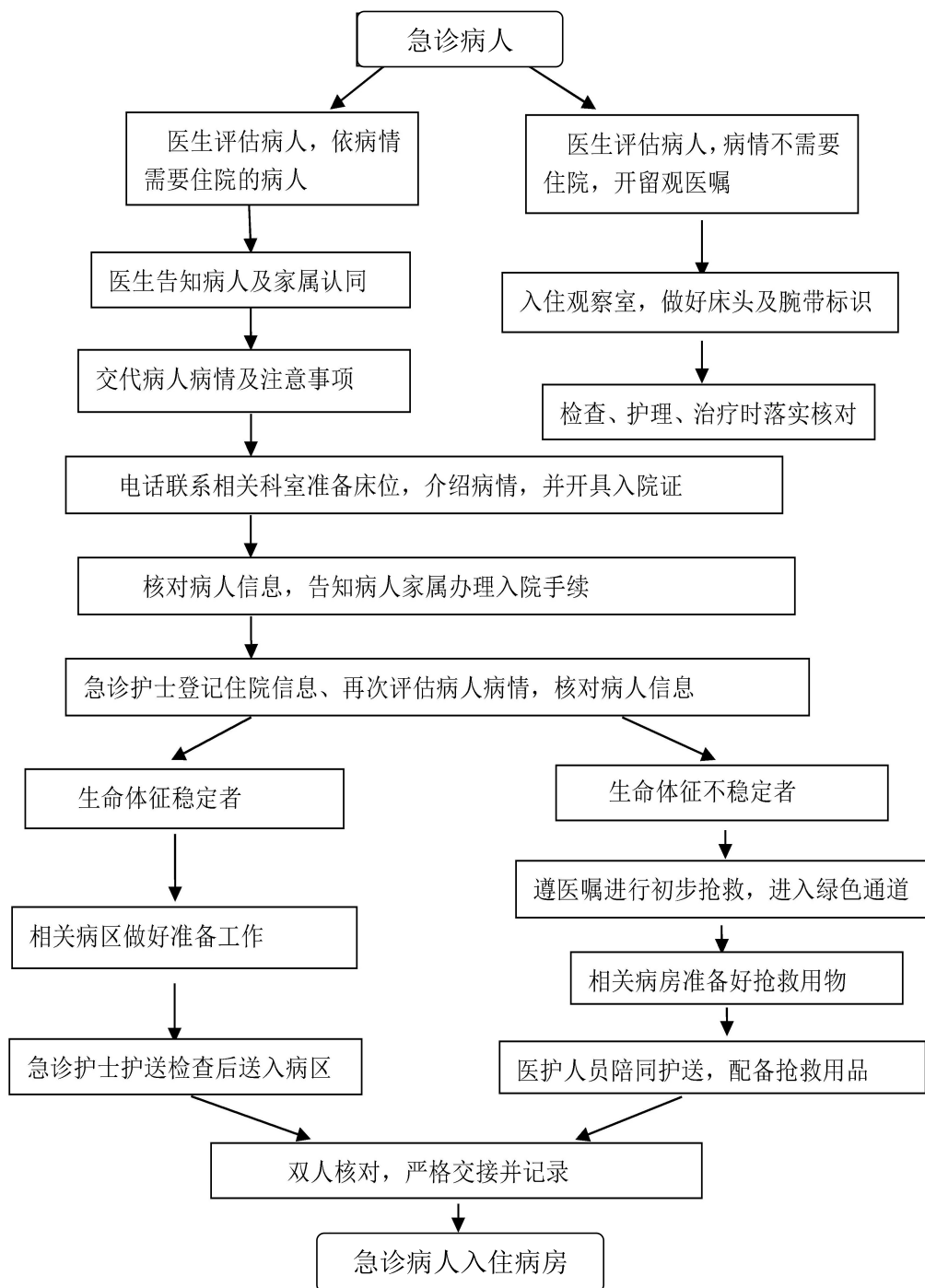


出院（电话、居家服务等）随访、预约流程



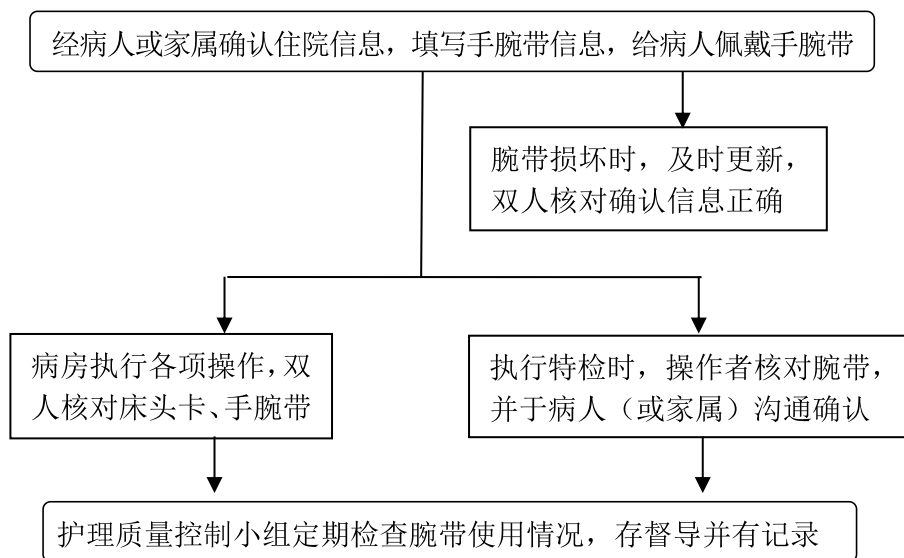


门诊急诊病人入院身份识别流程

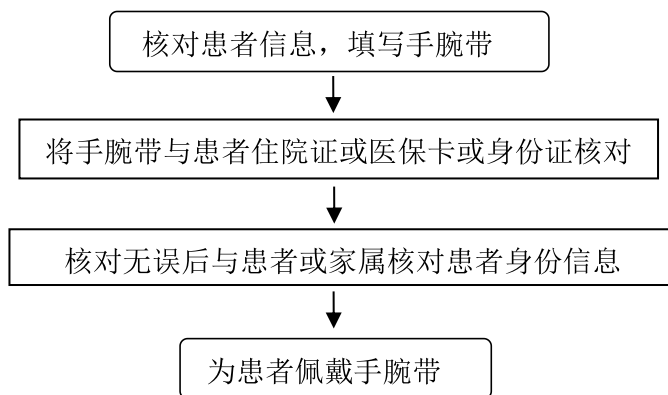




住院病人身份识别流程

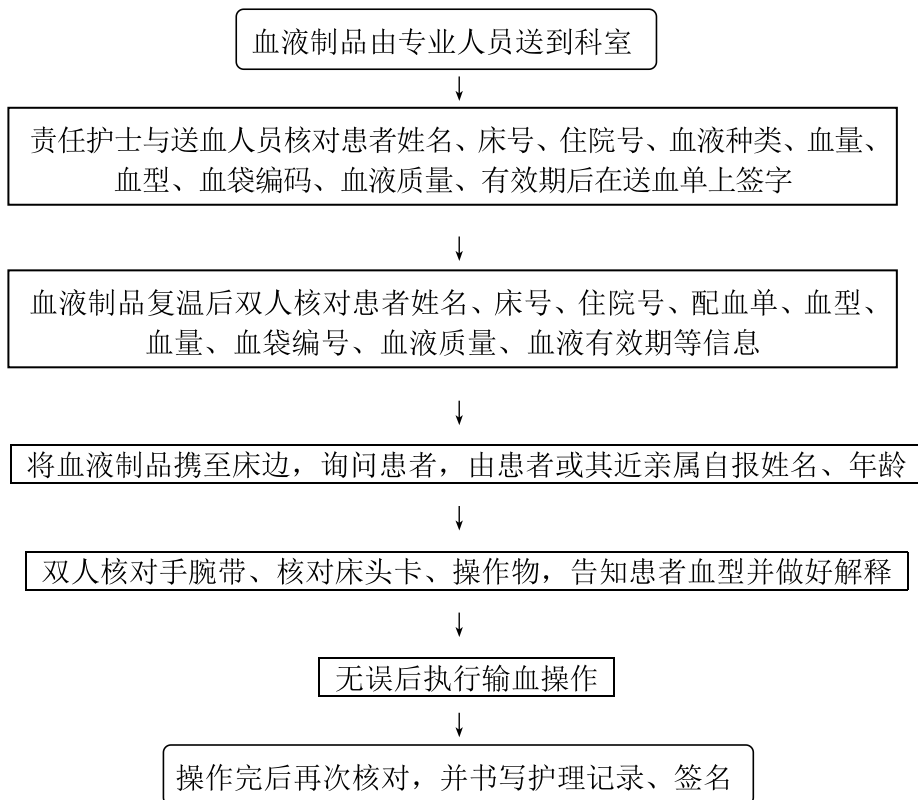


腕带佩戴流程





静脉输血时的查对流程



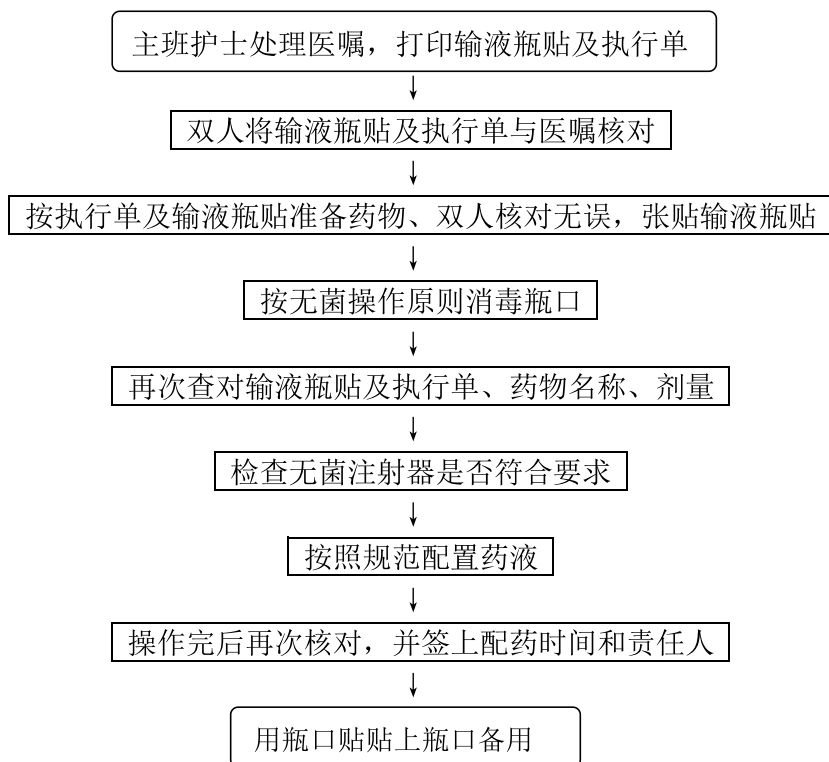


临床输血过程的质量管理监控及效果评价流程

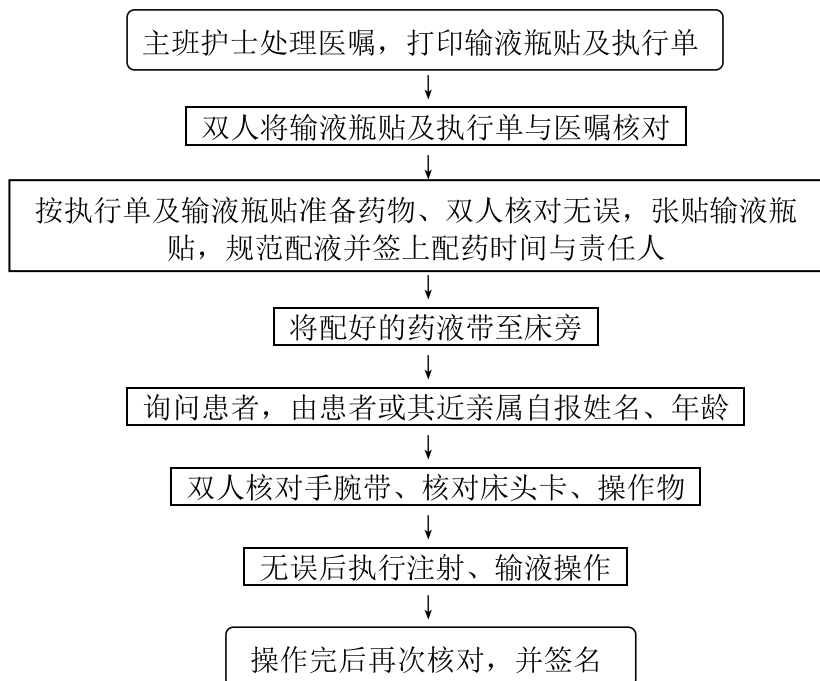




静脉药物配置操作流程

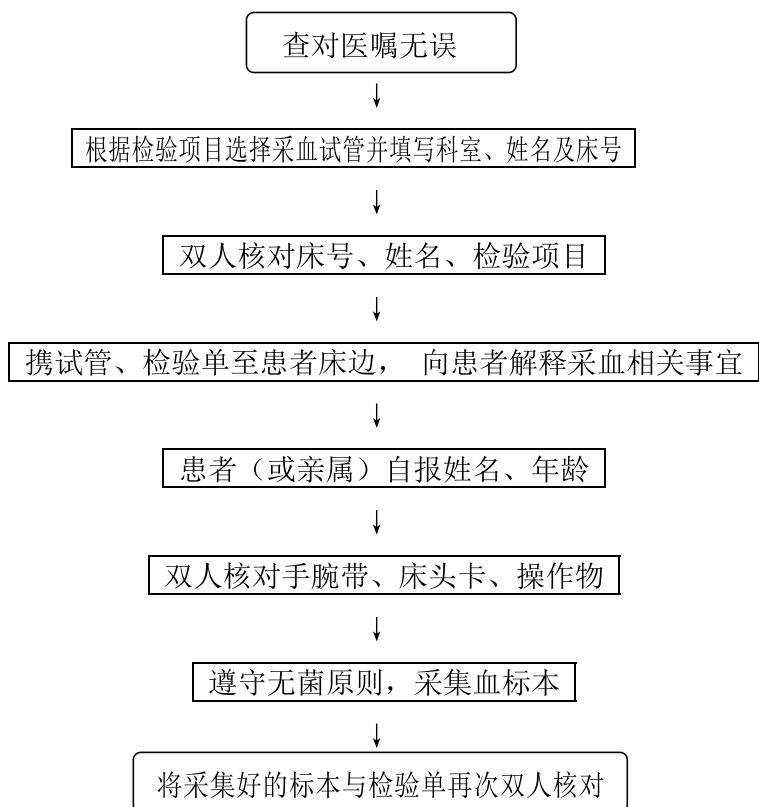


配液、注射、输液时的查对流程

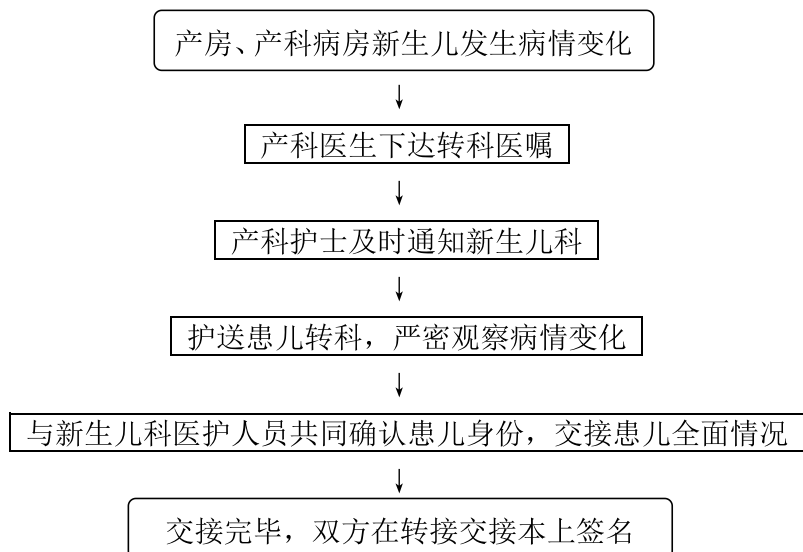




静脉采血时的查对流程

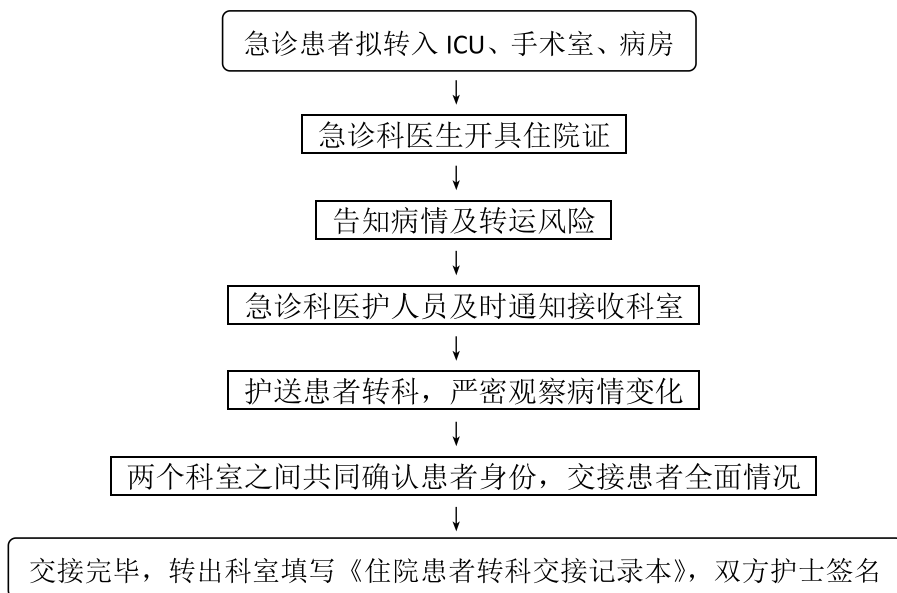


产房、产科与新生儿科转运交接流程

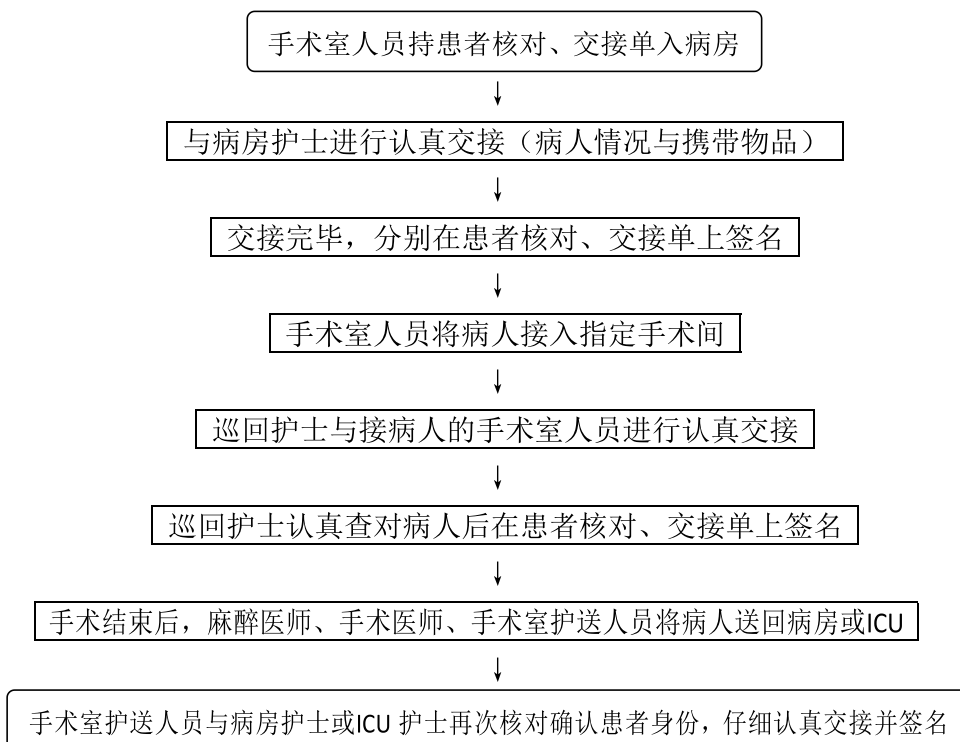




急诊与手术室、ICU、病房转运交接流程

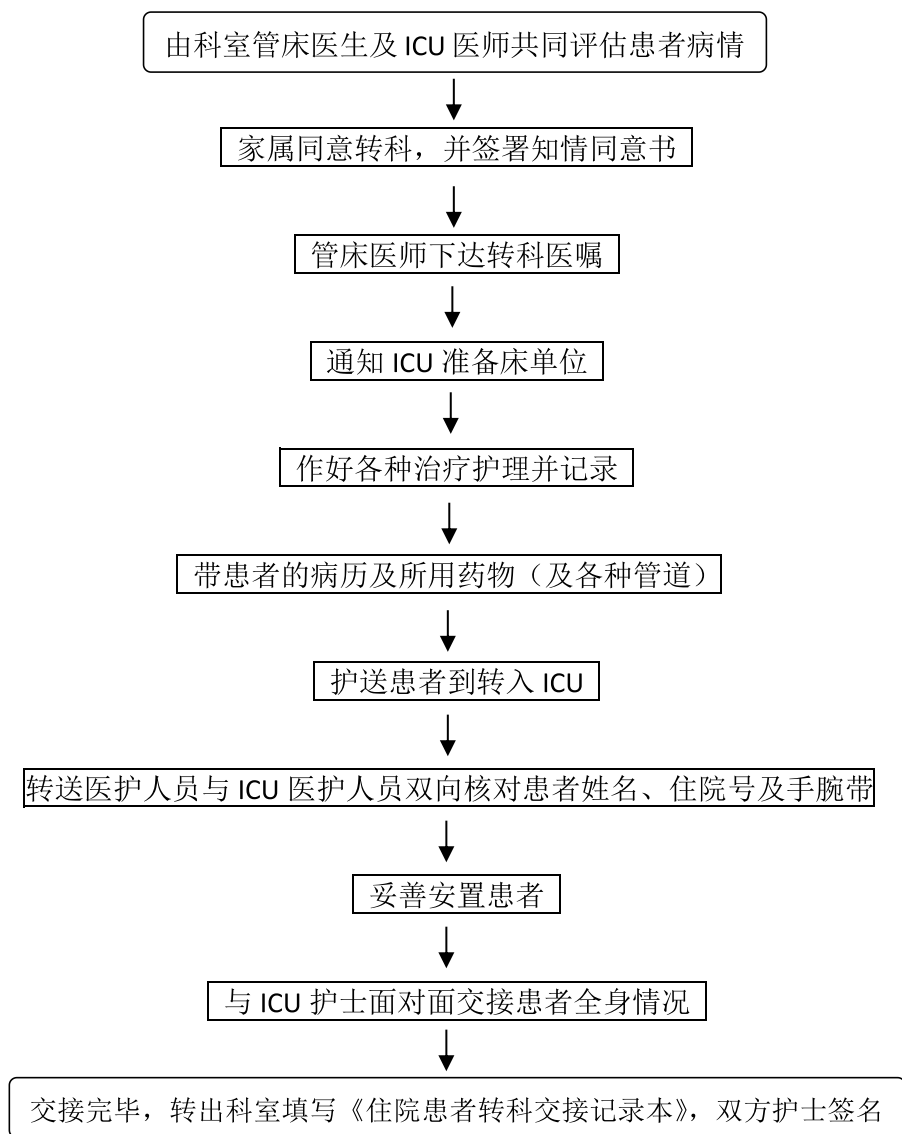


手术室与病房、ICU 交接转运流程



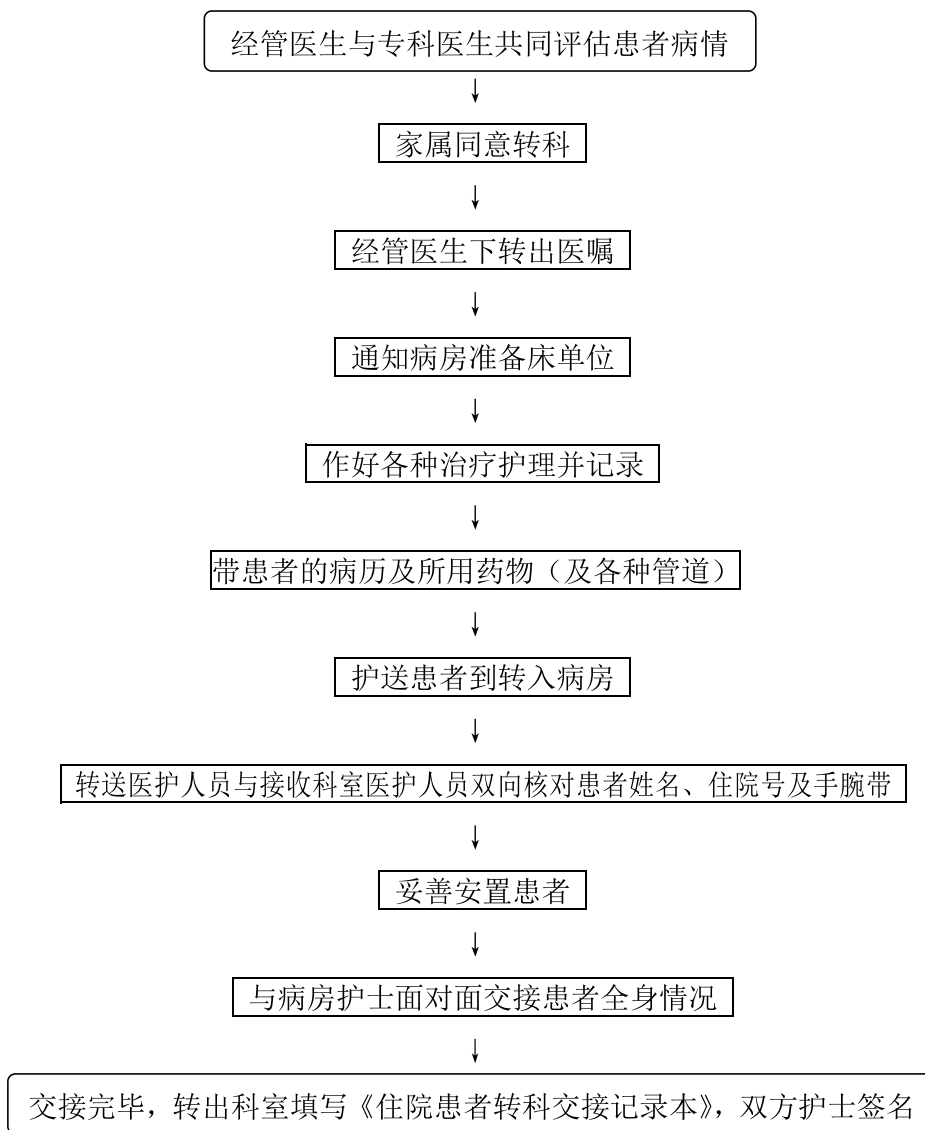


病房转入 ICU 流程



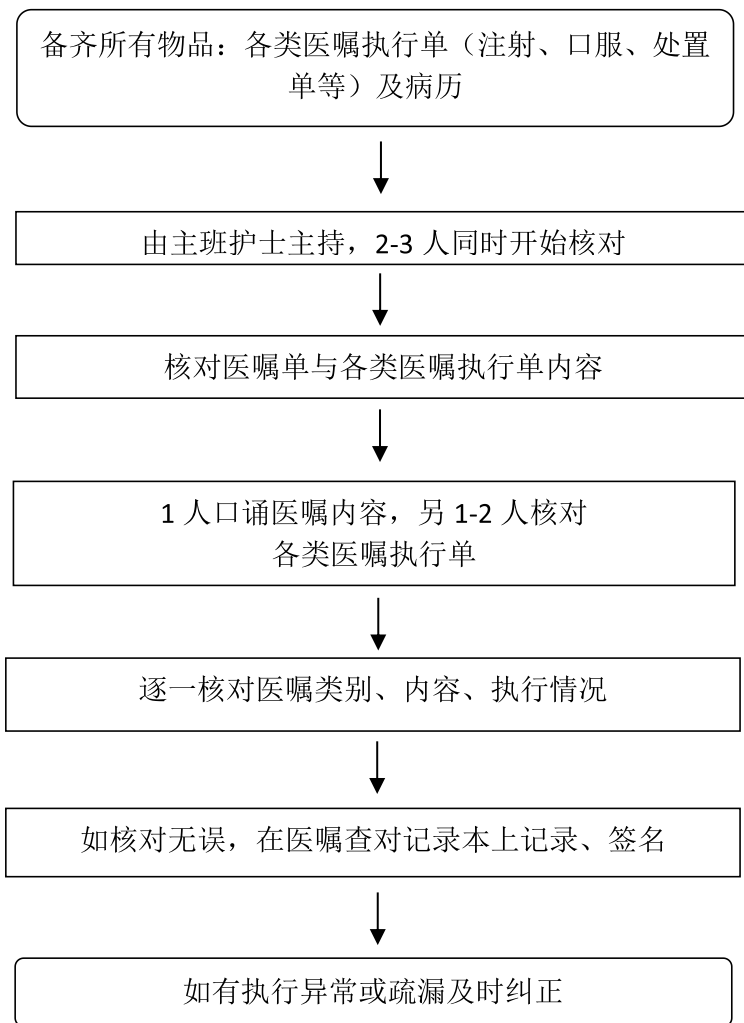


ICU 转入普通病房流程



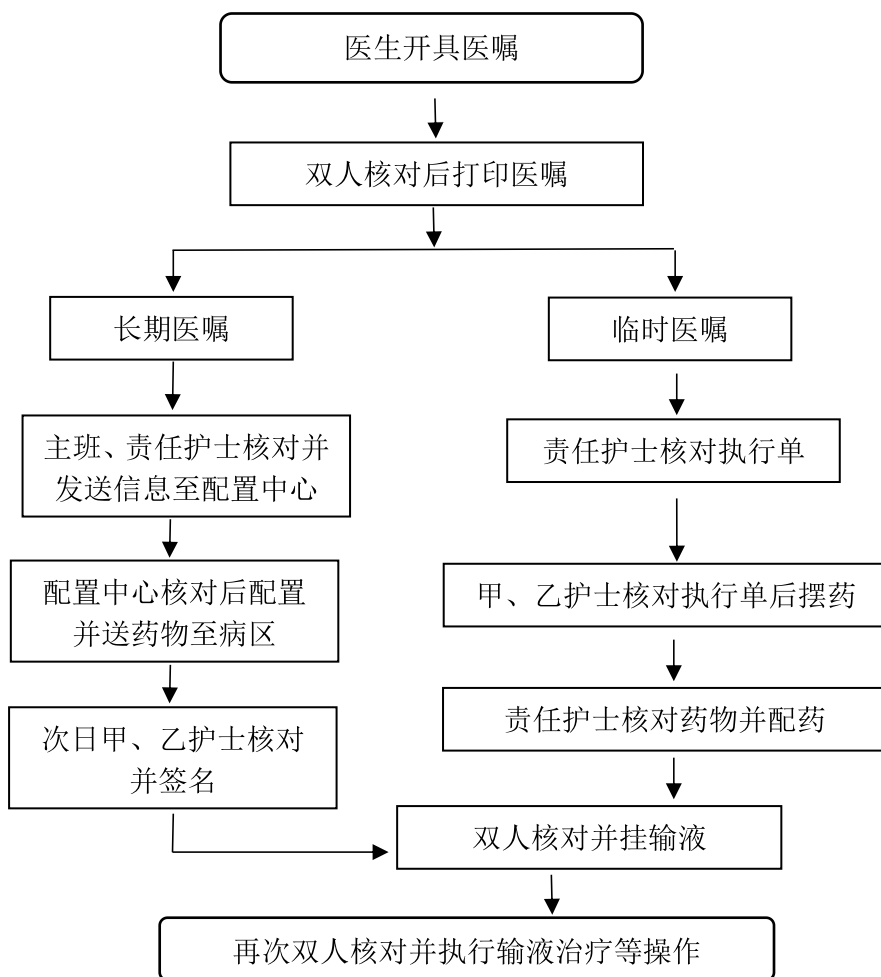


医嘱核对流程



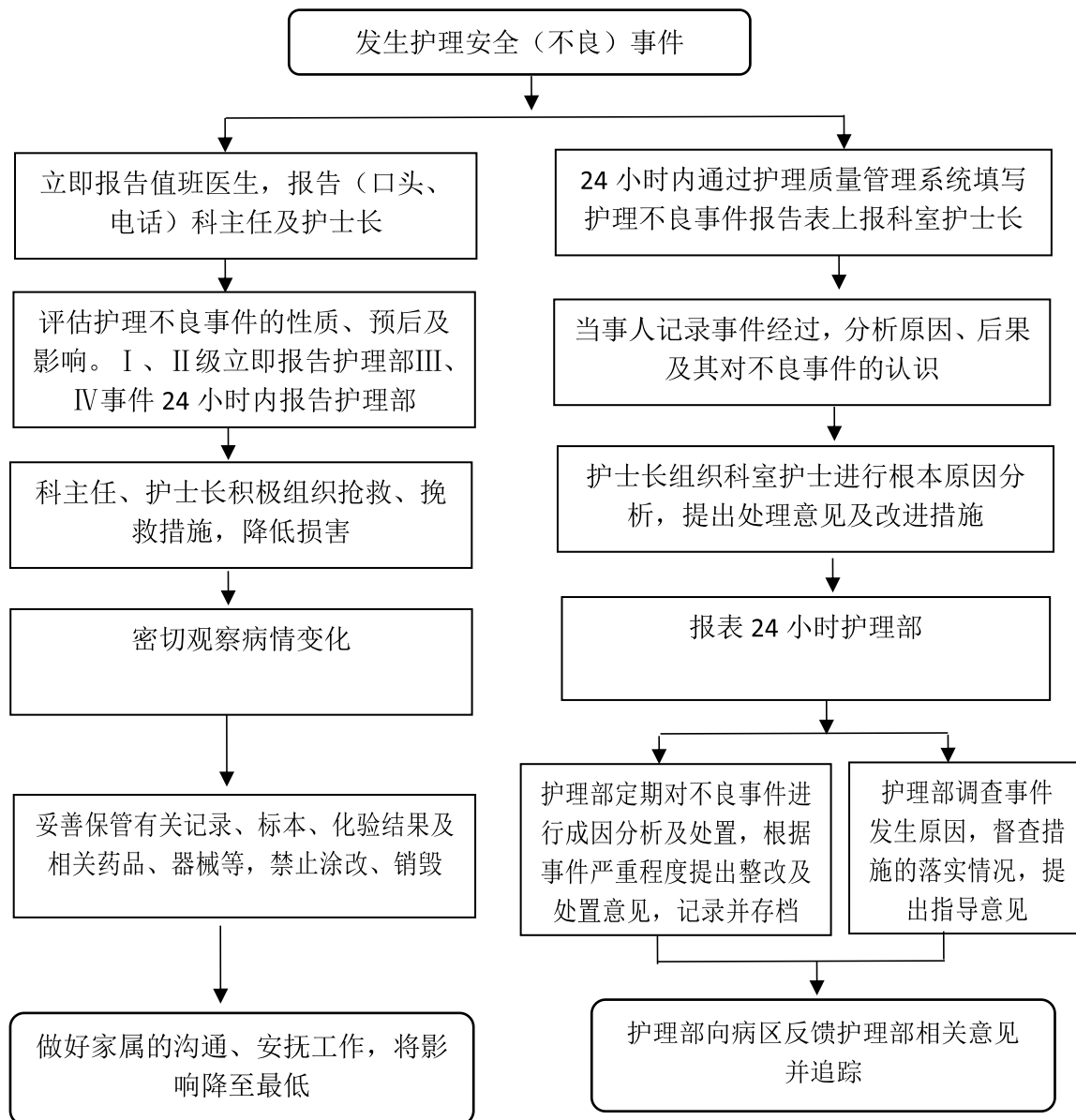


医嘱处理流程



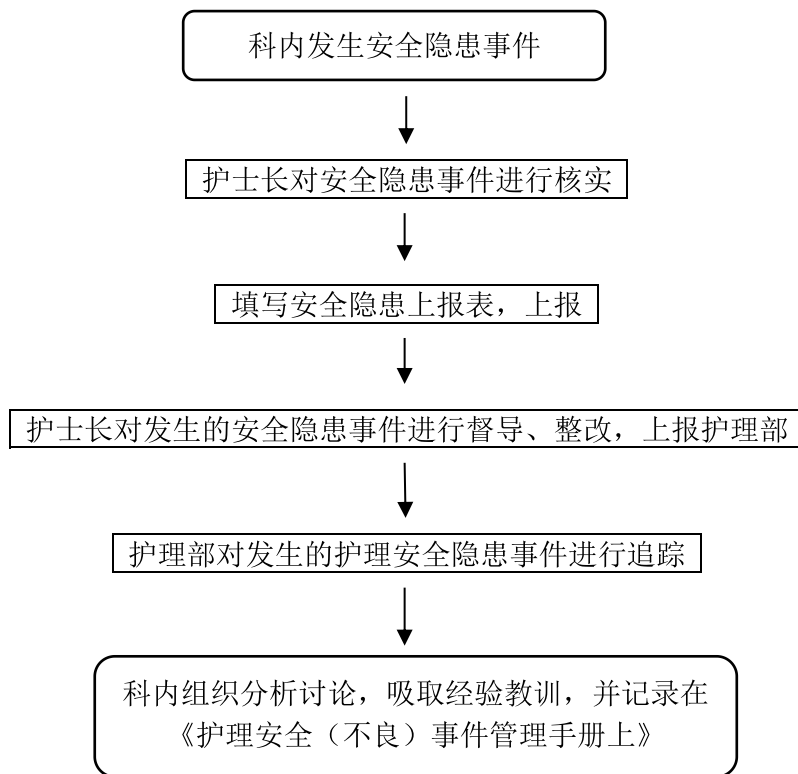


发生护理安全（不良）事件上报及处理流程



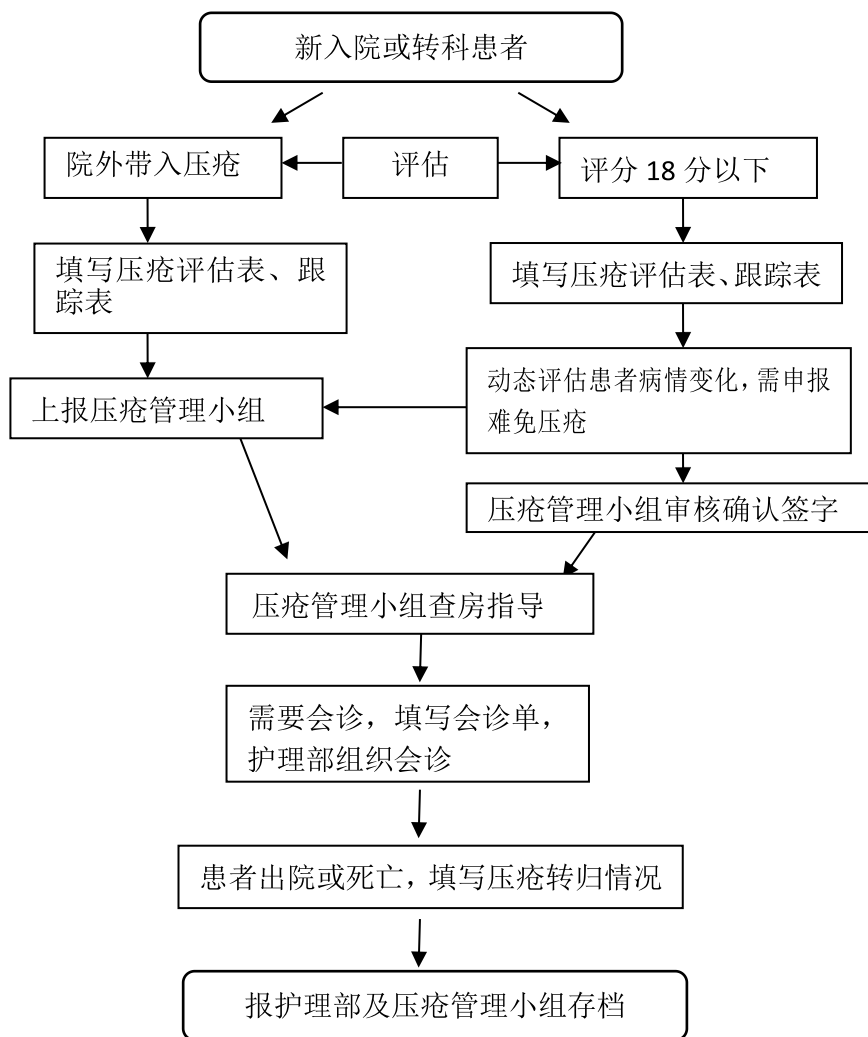


护理安全隐患上报流程



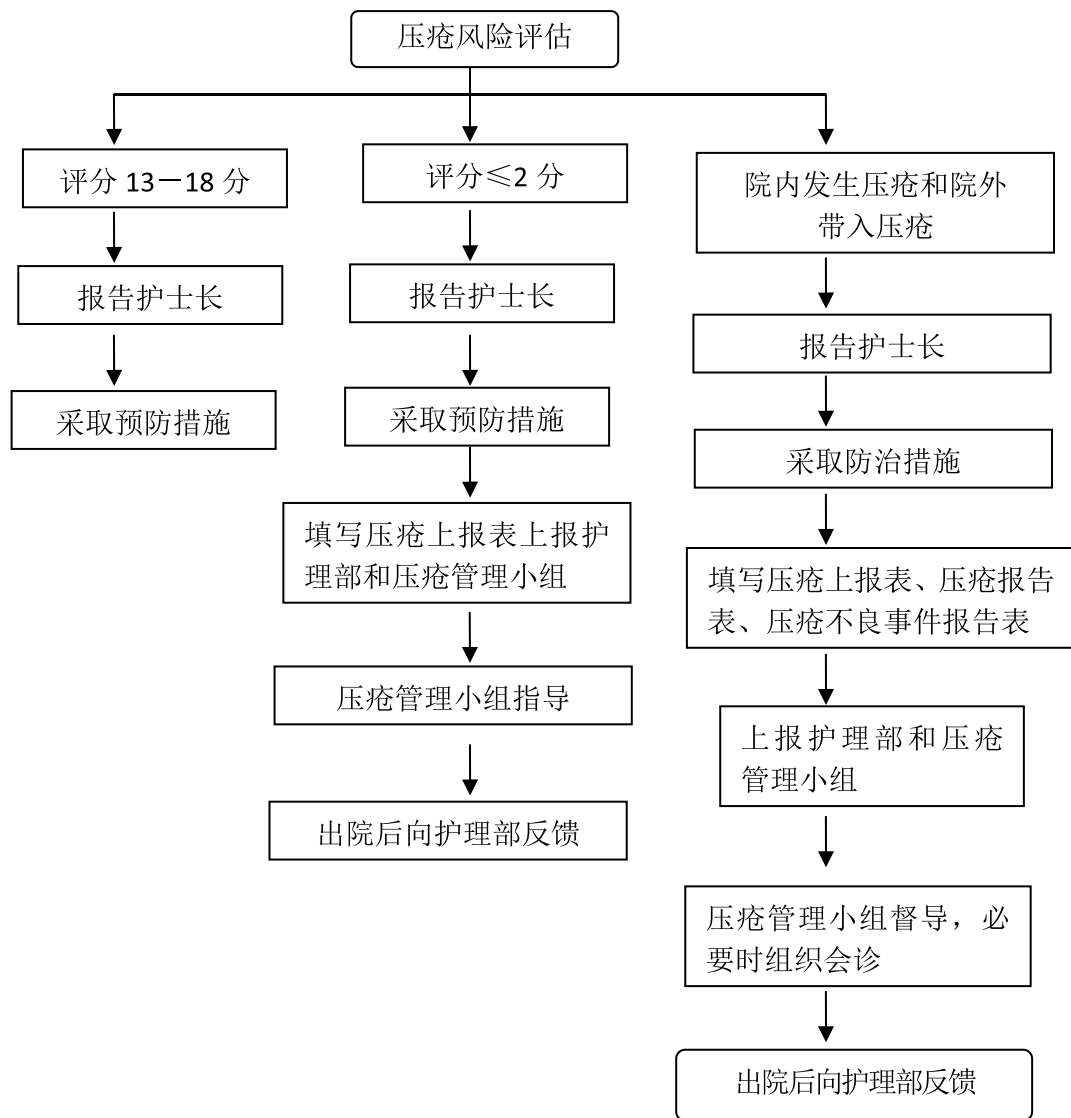


压疮管理流程



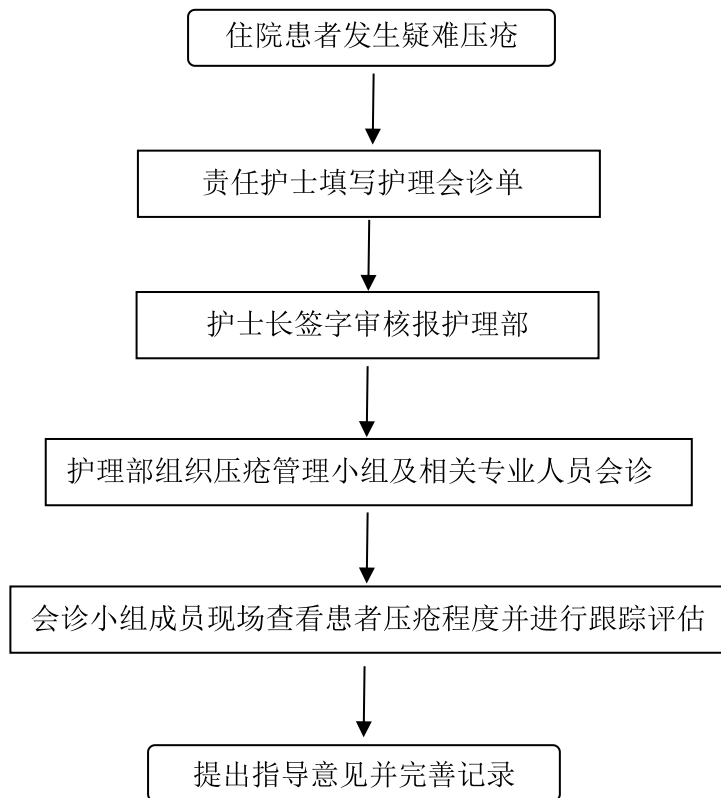


压疮报告流程



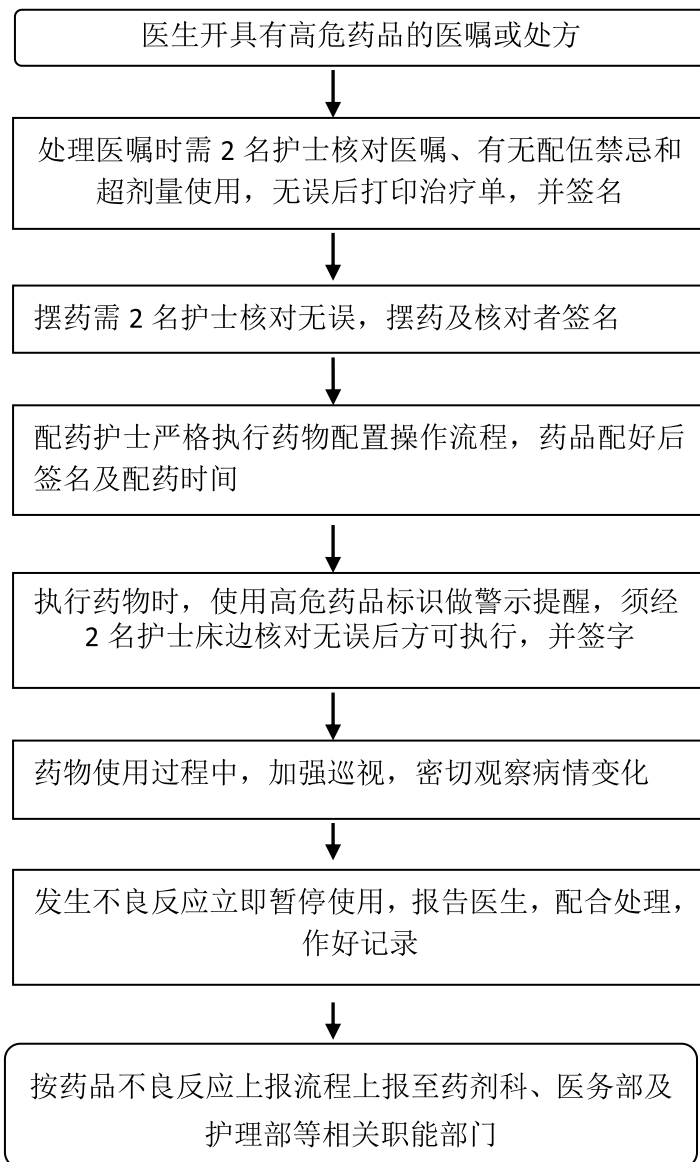


压疮会诊流程



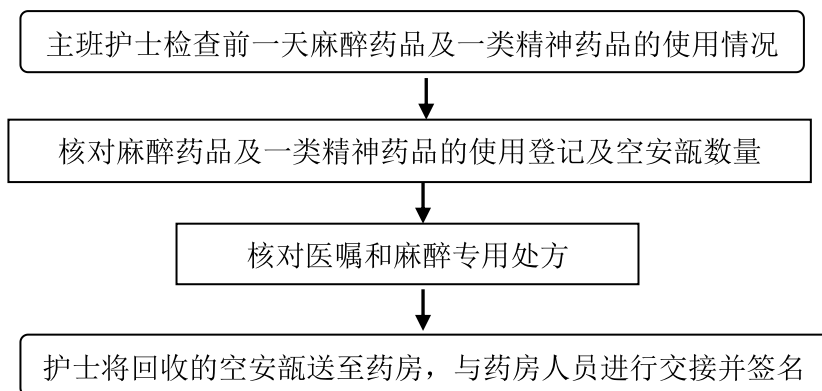


高危药品使用流程

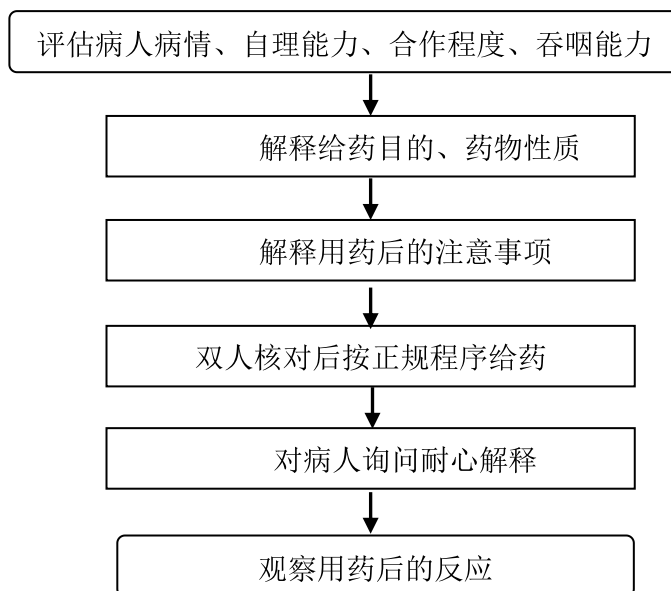




麻醉药品及一类精神药品注射空安瓿回收流程

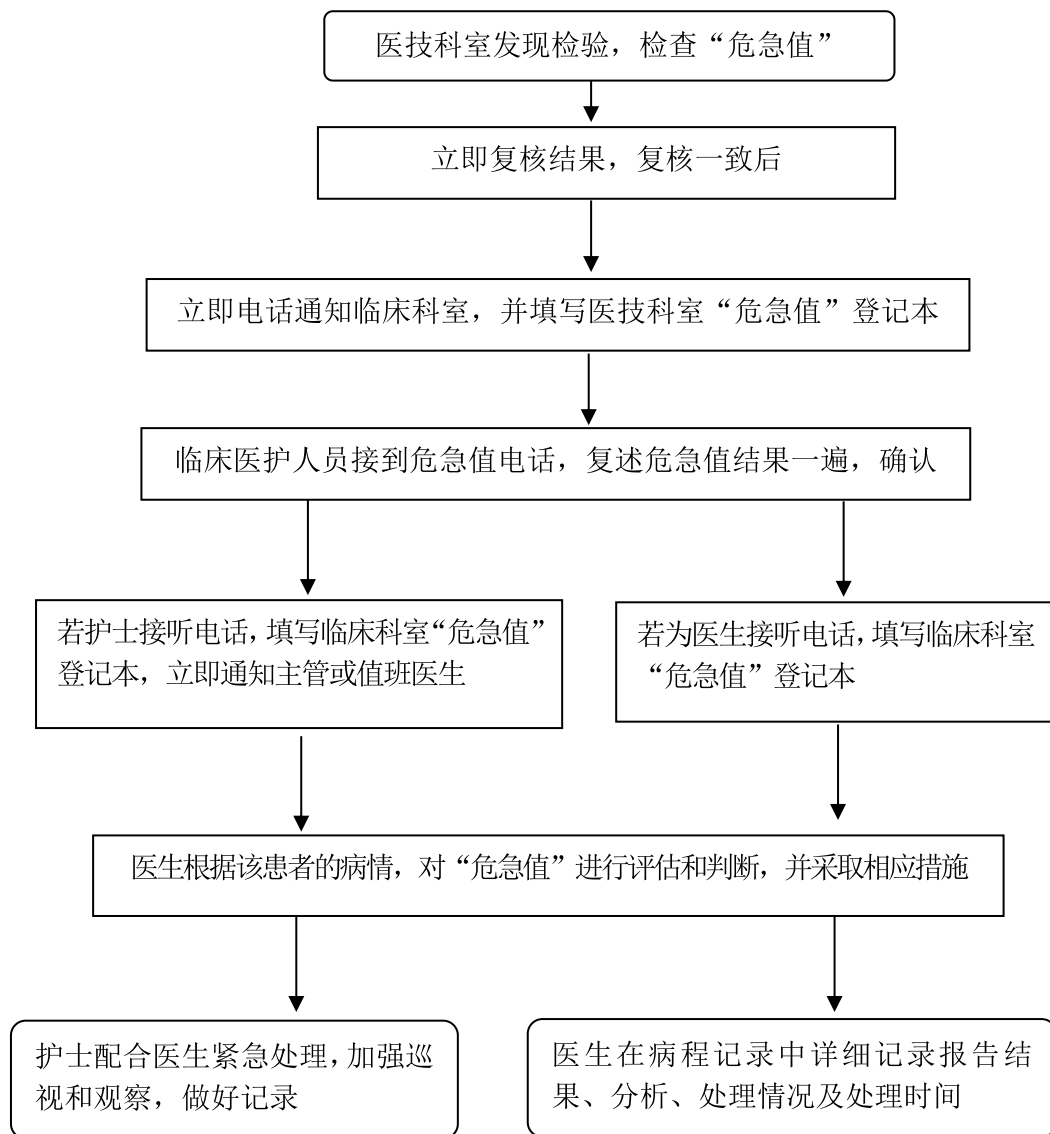


口服给药流程



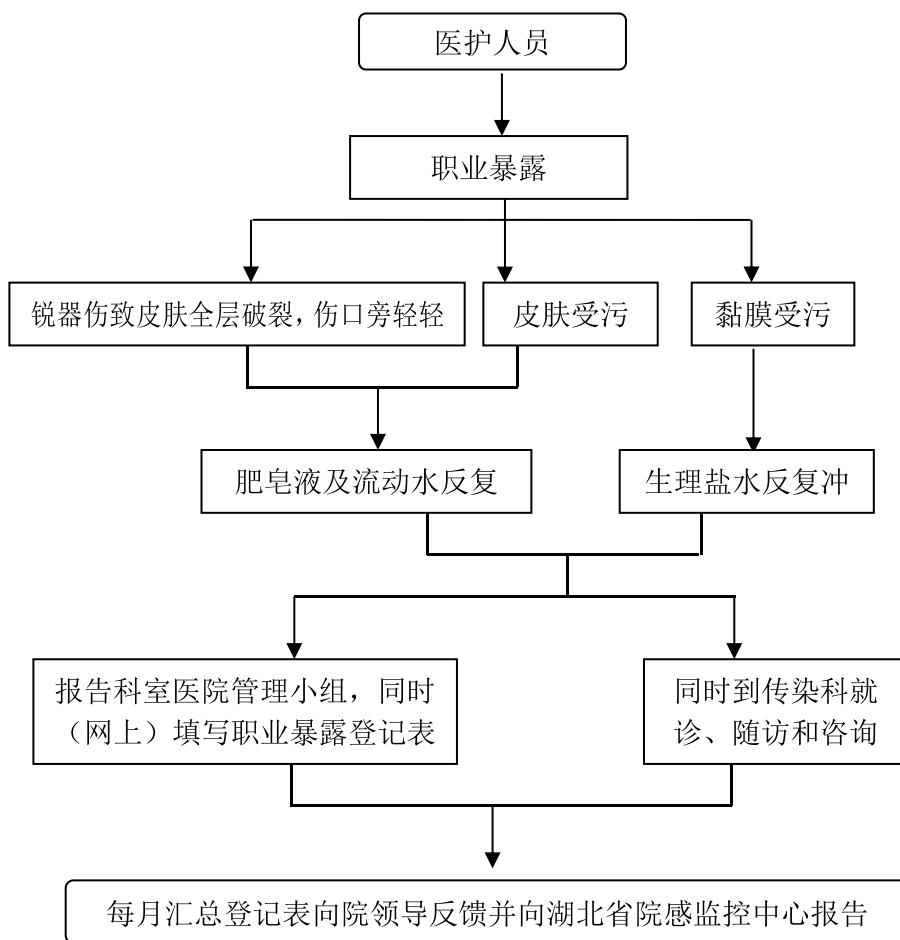


危急值报告流程



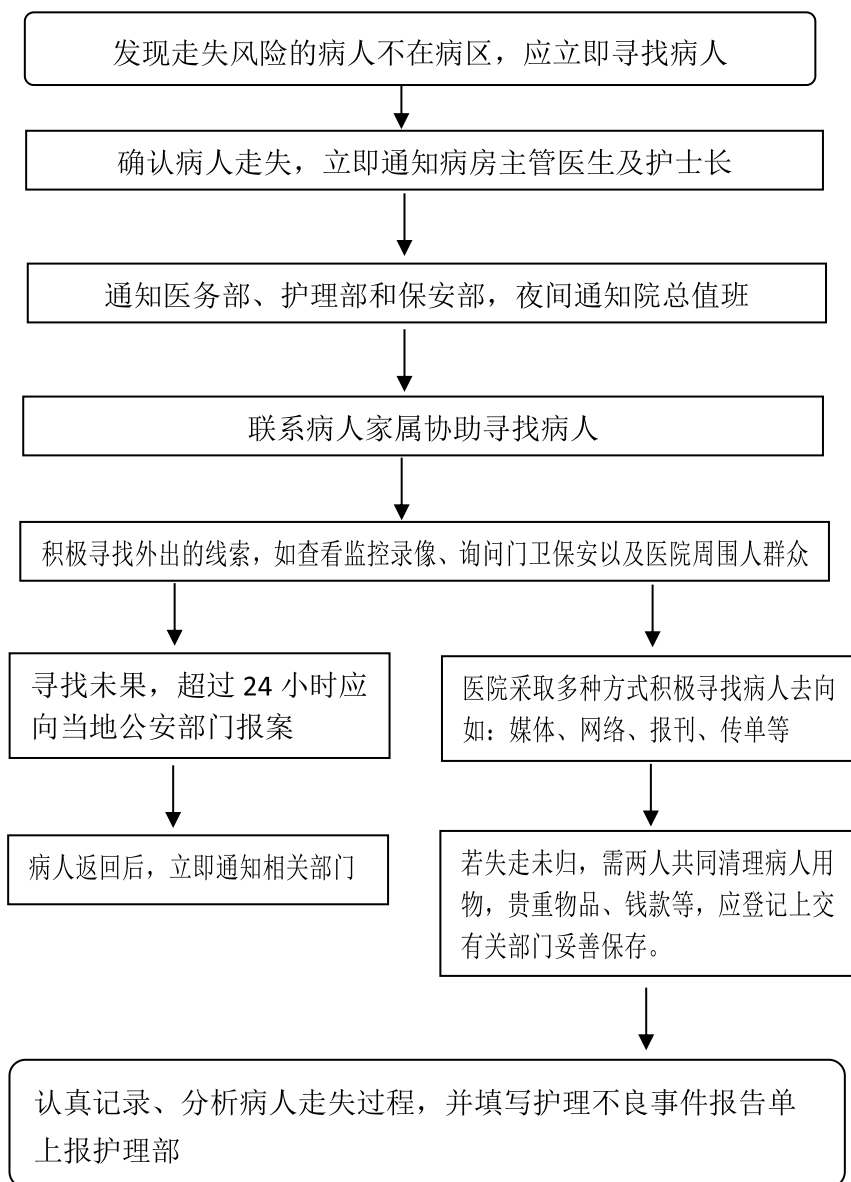


医护人员职业暴露处理与报告工作流程



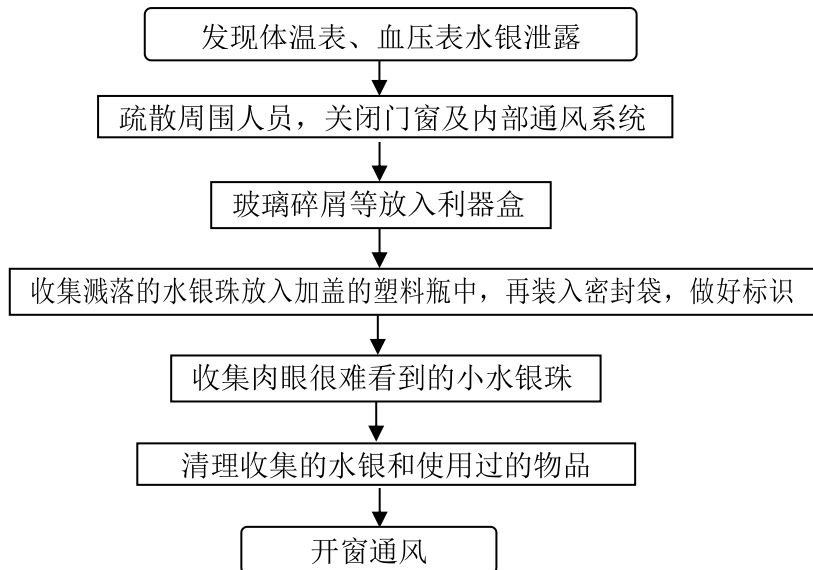


病人走失的应急流程

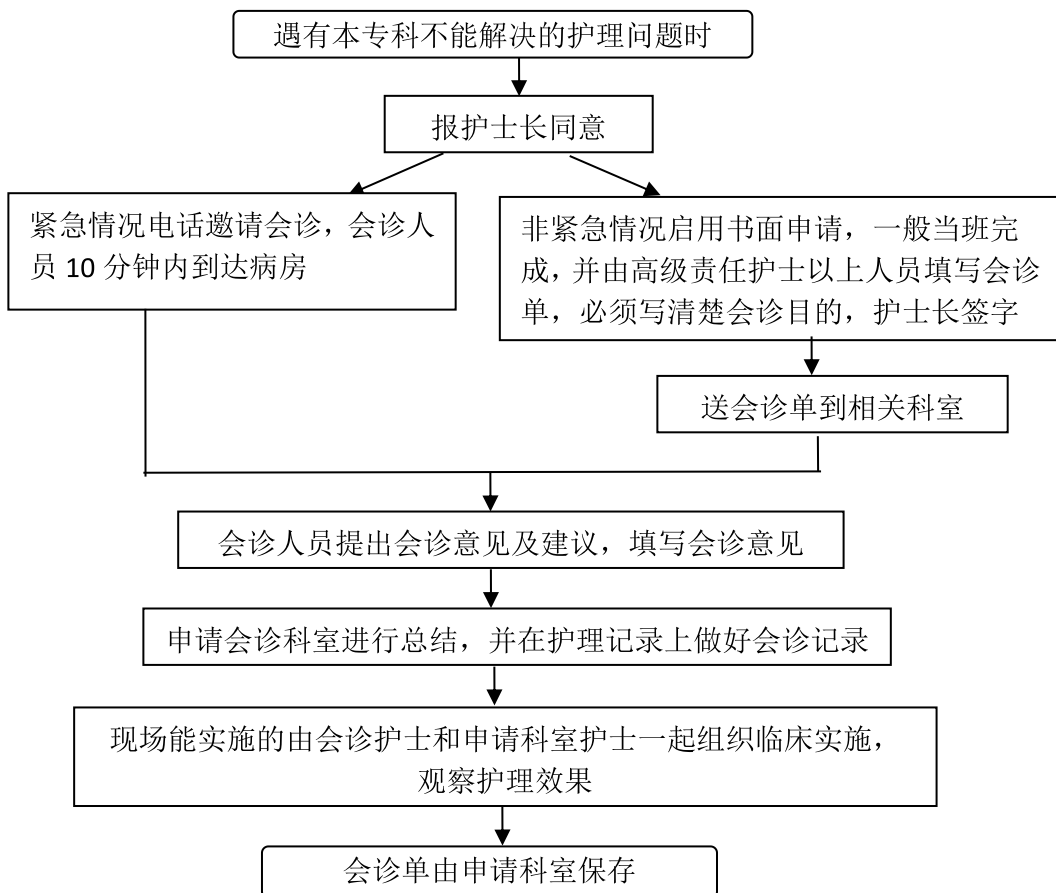




水银泄露处理流程

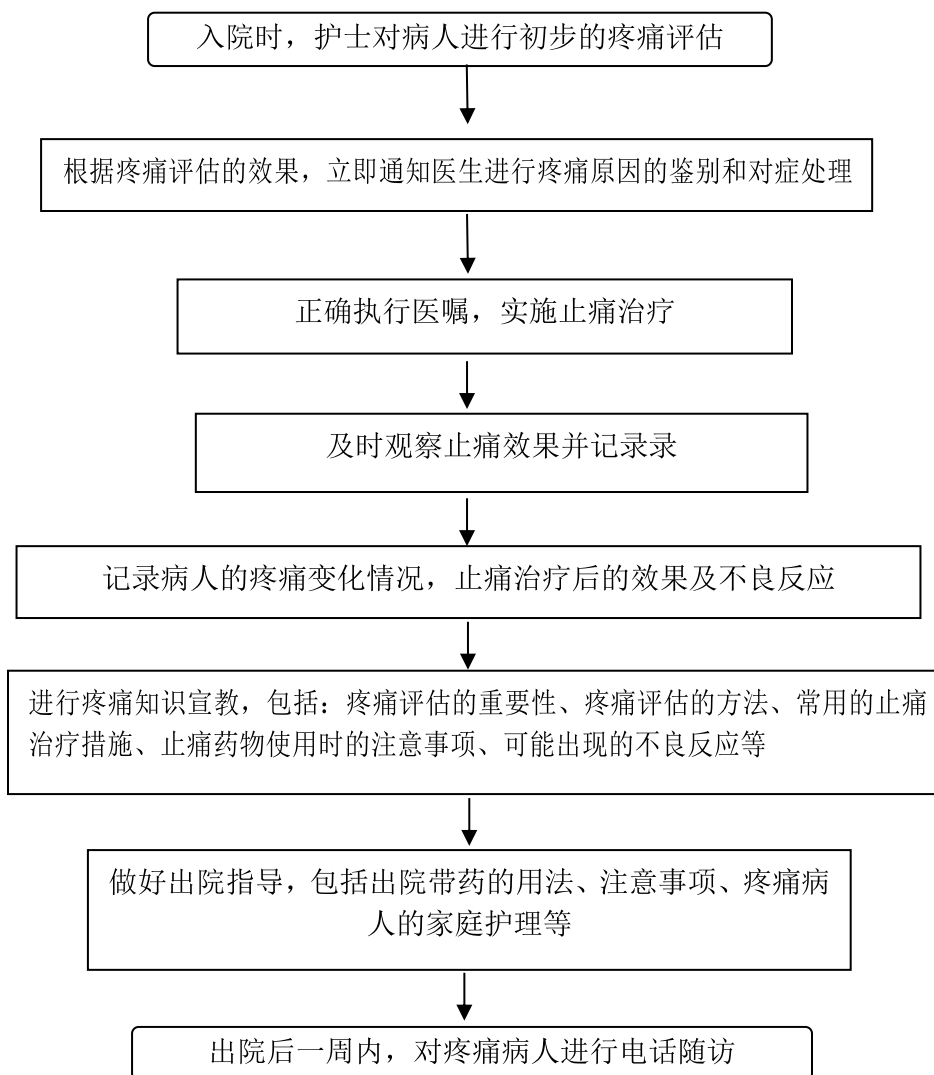


护理会诊流程



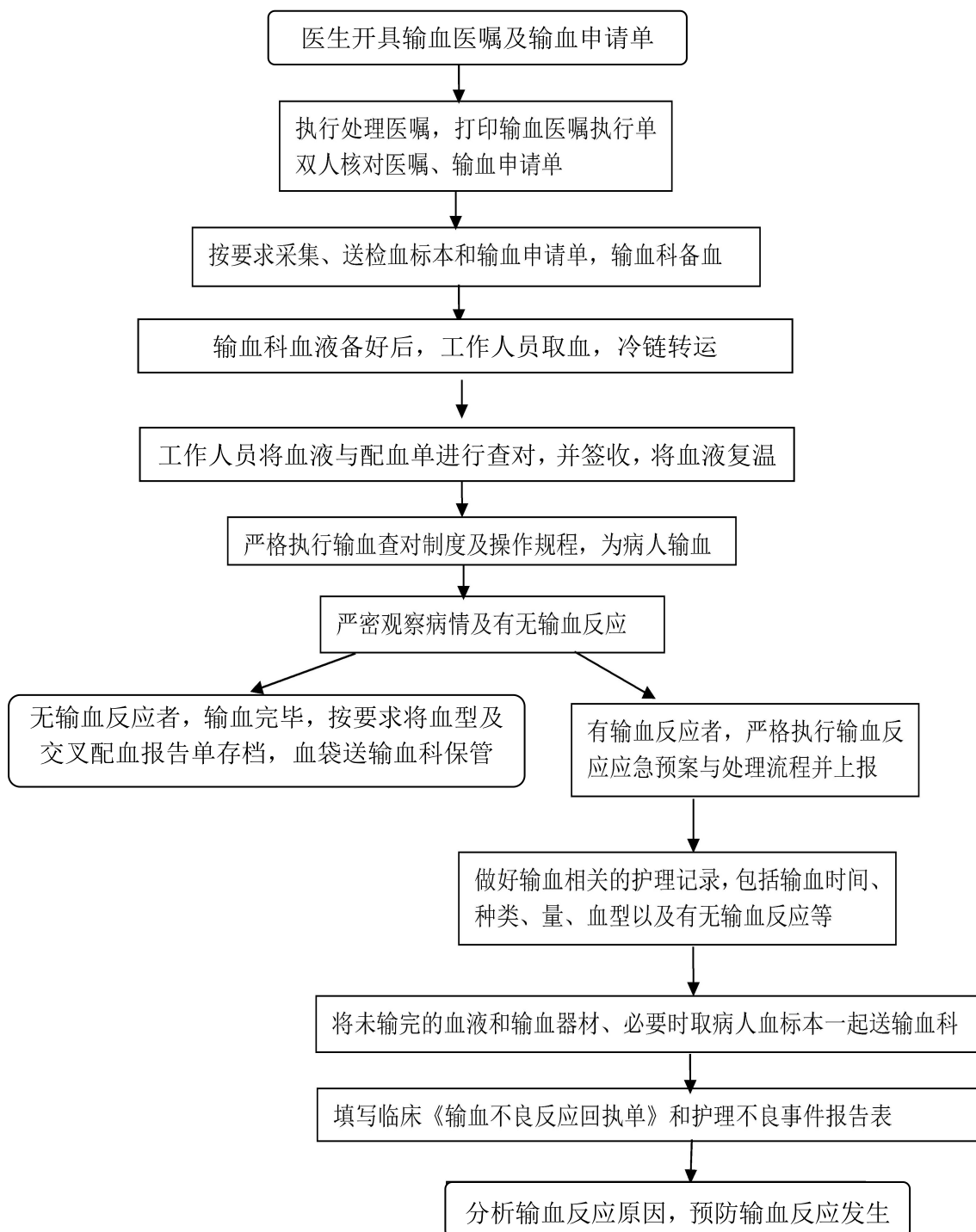


疼痛护理流程



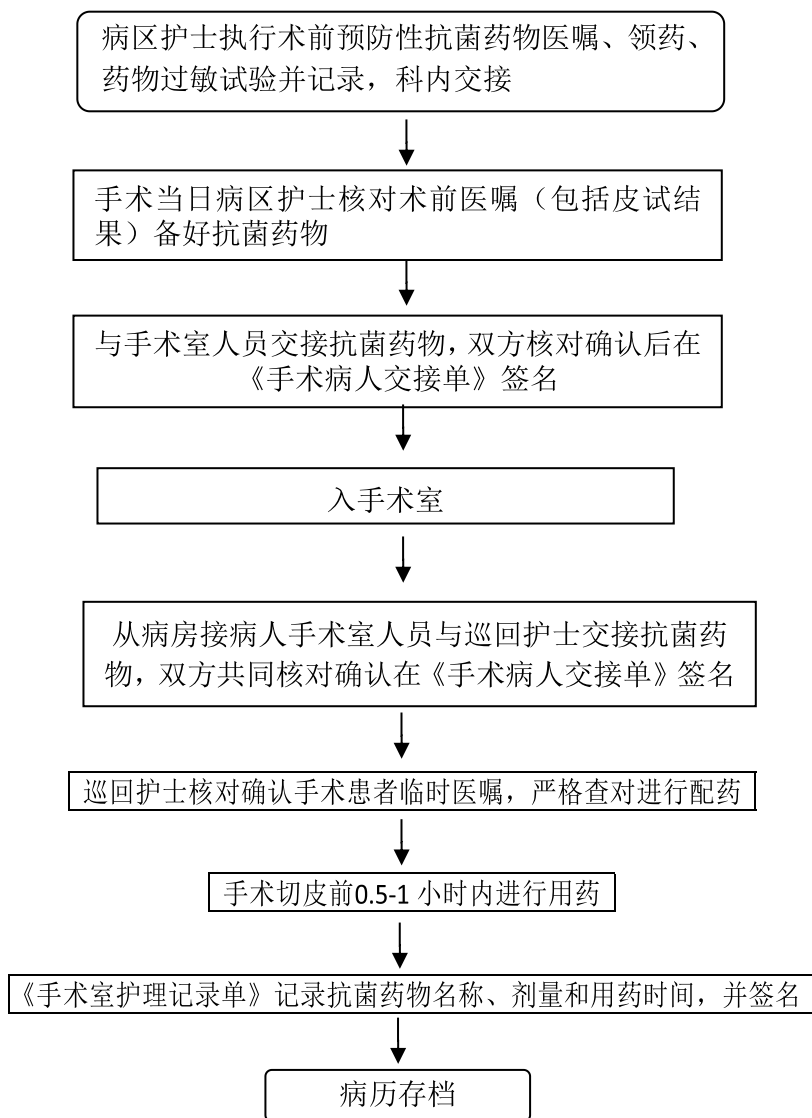


临床输血护理流程



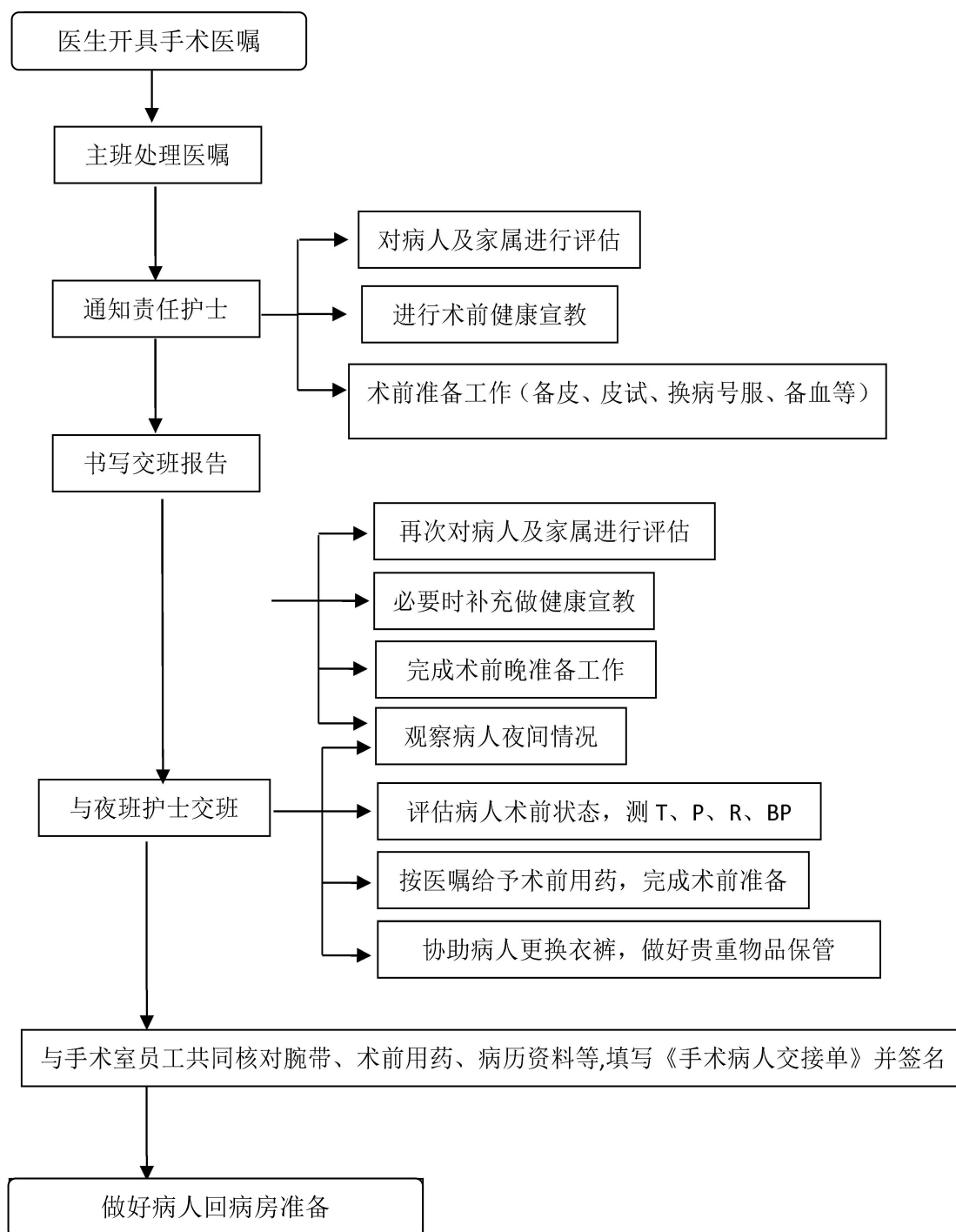


手术患者术前预防性抗菌药物交接流程



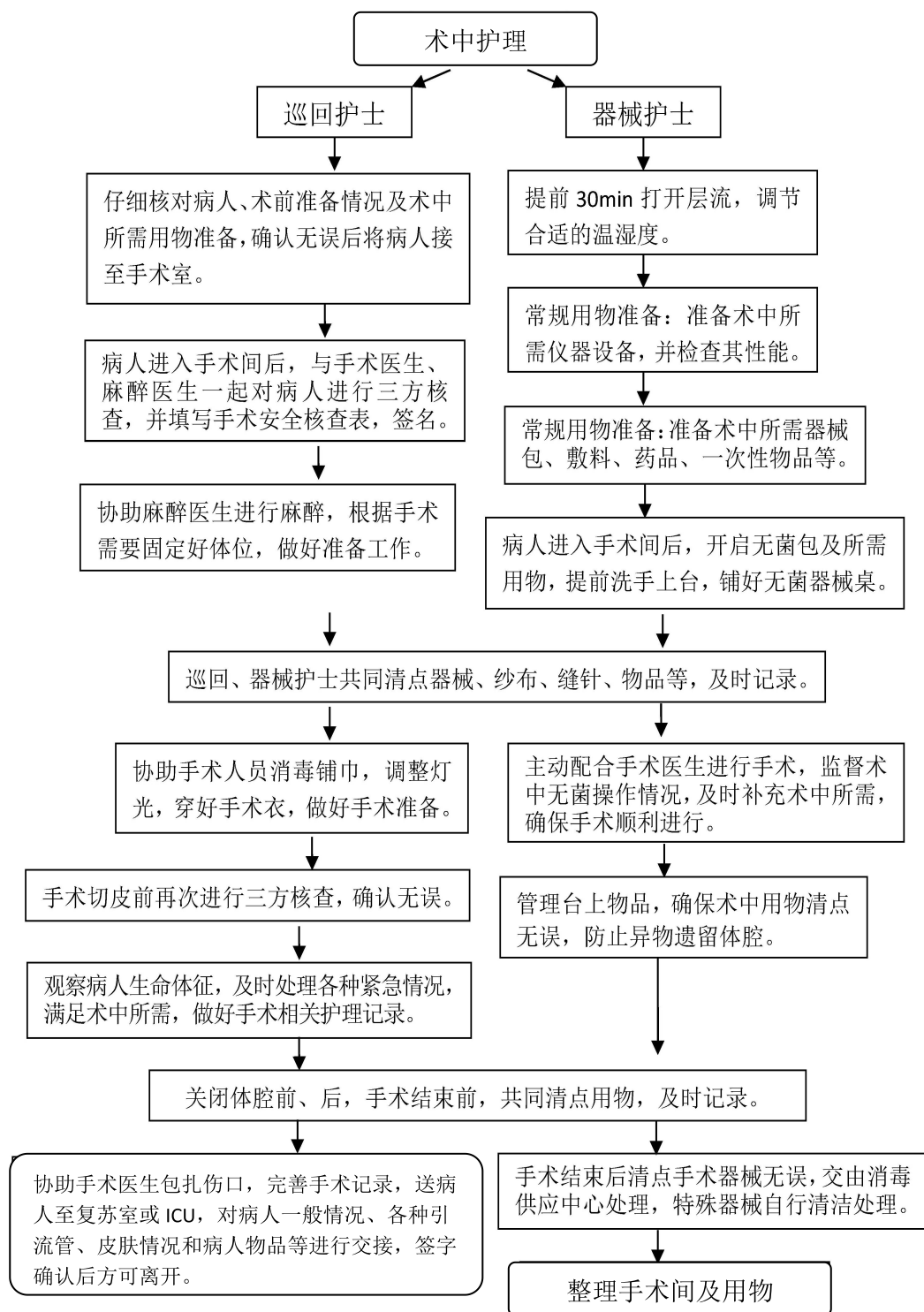


围手术期术前处理流程



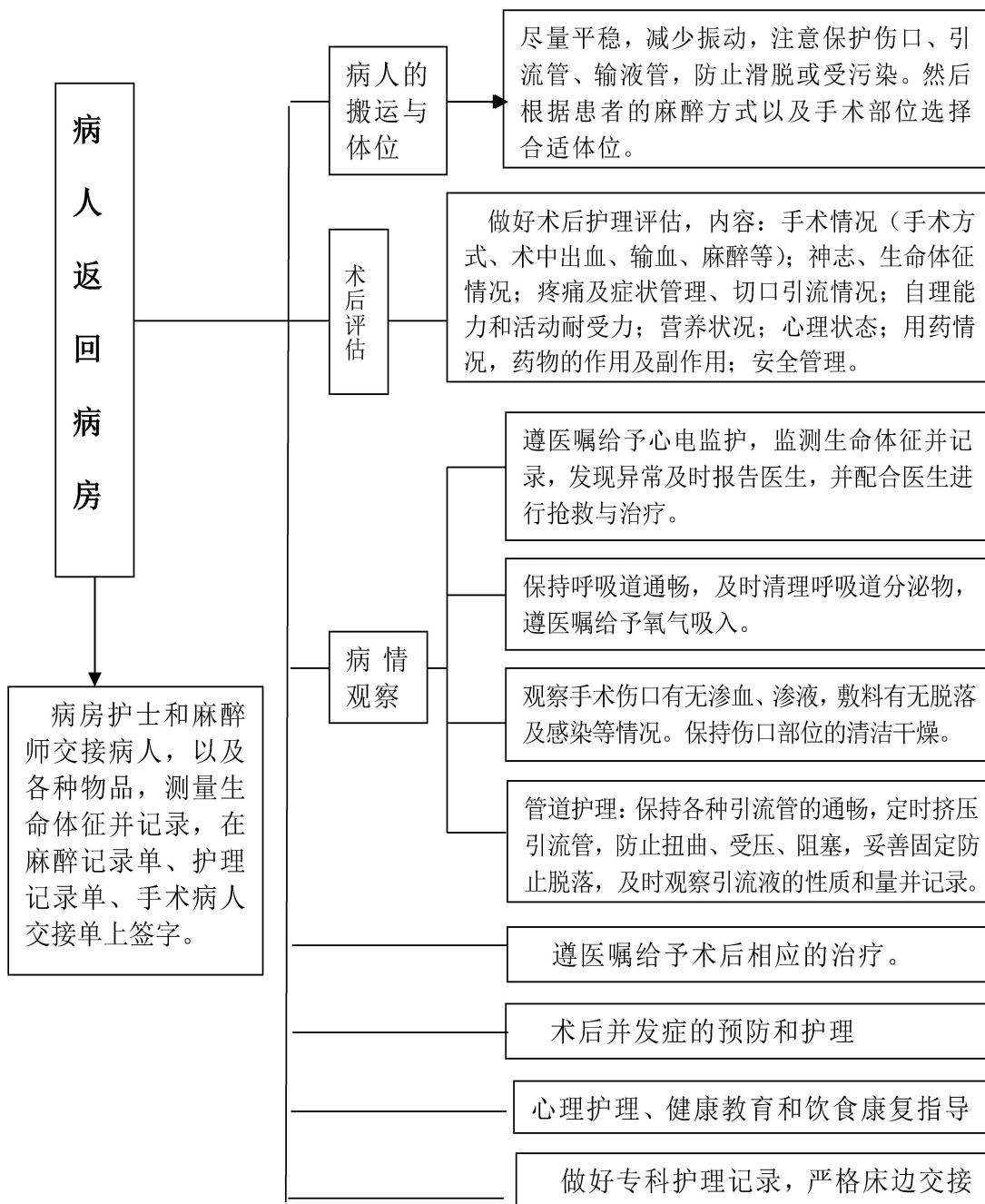


围手术期术中处理流程



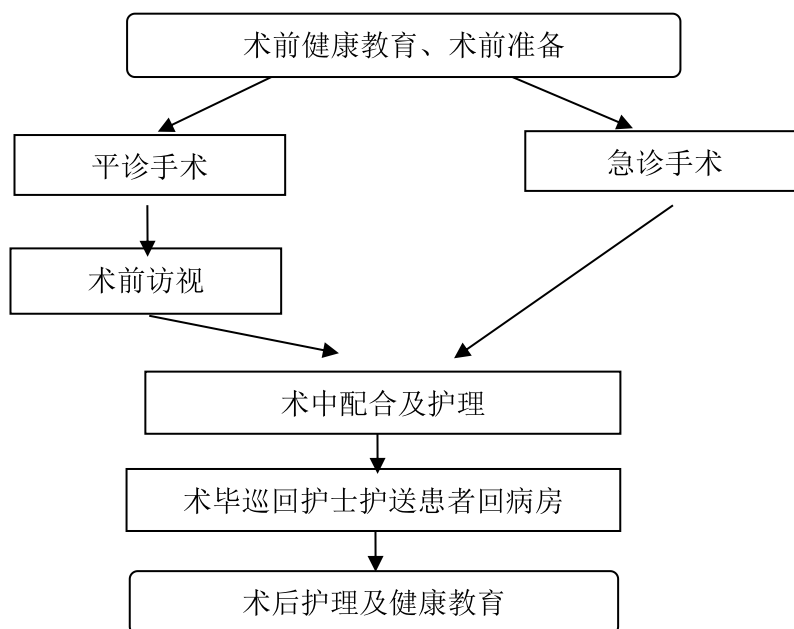


围手术期术后处理流程

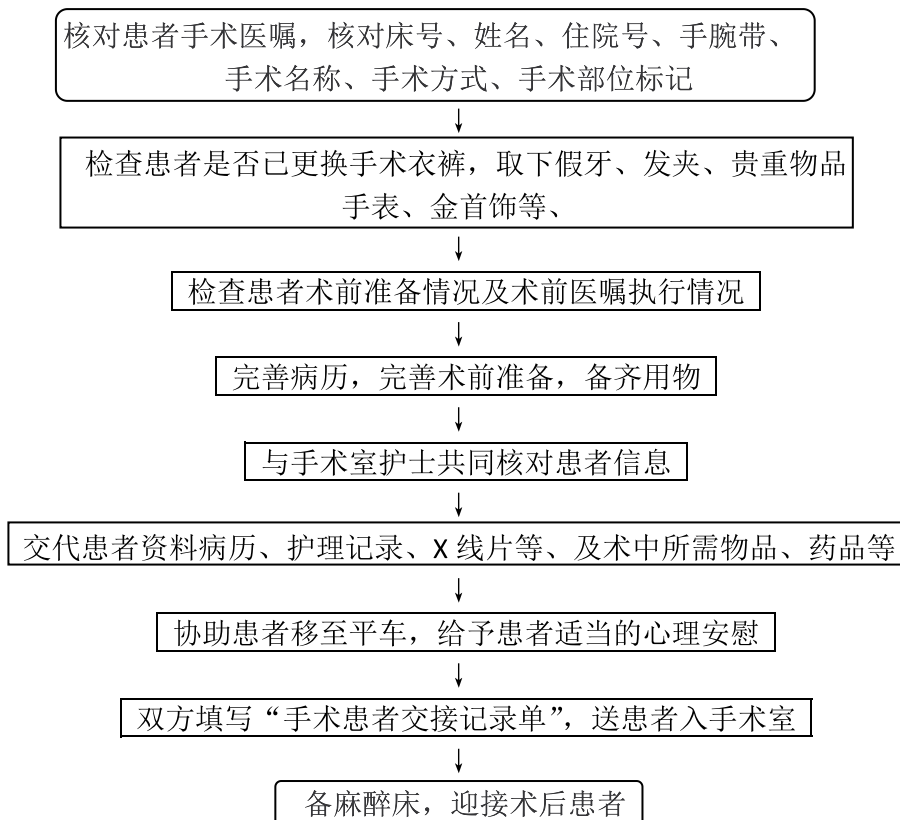




围手术期患者护理流程

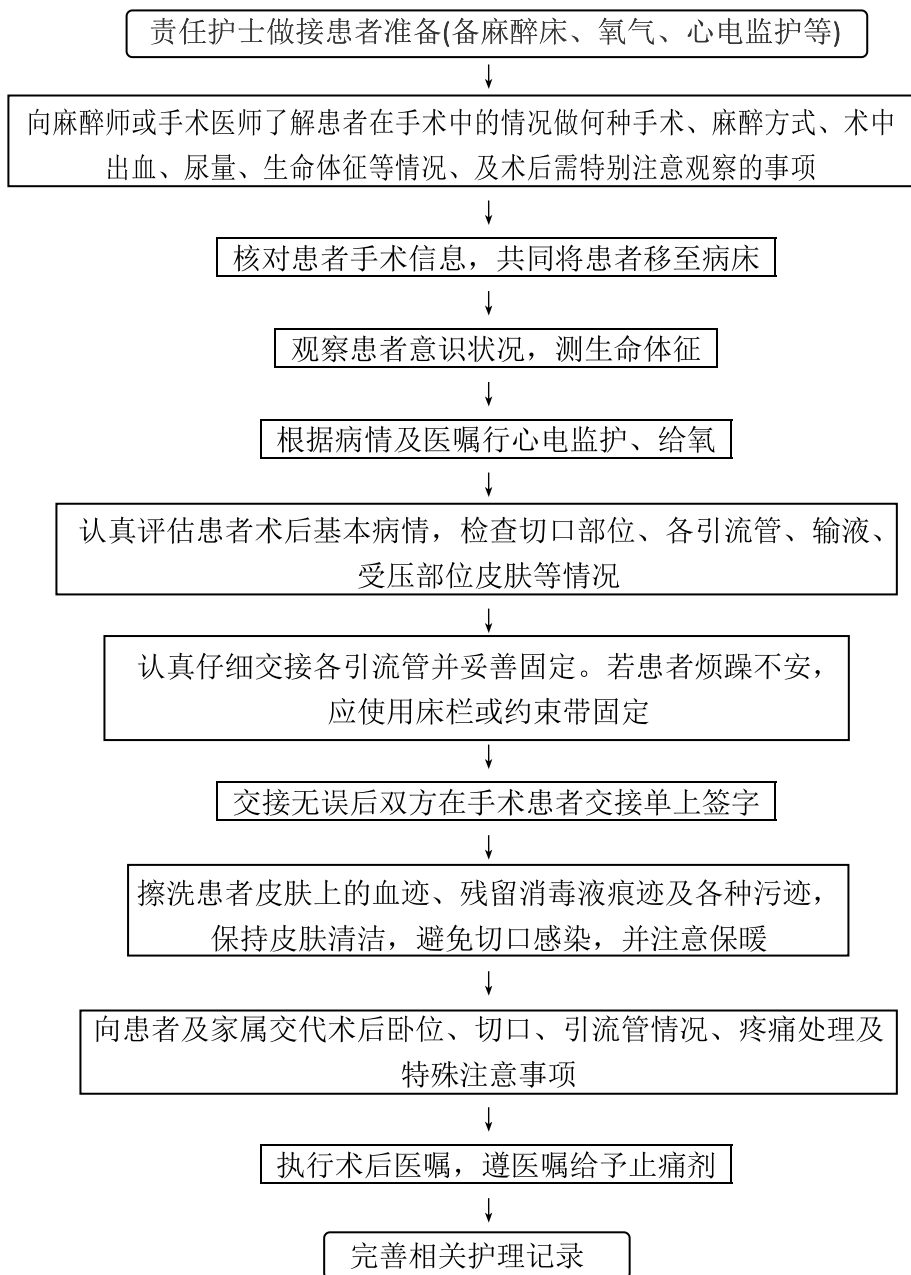


患者入手术室护理流程



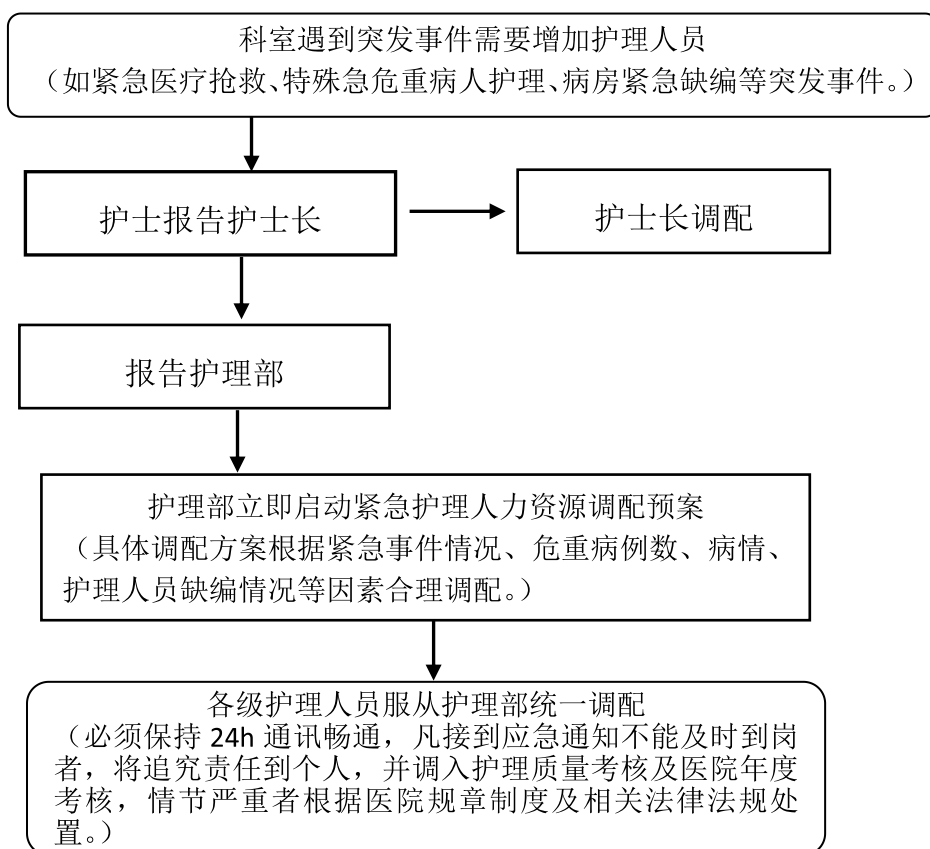


接手术患者回病房护理流程

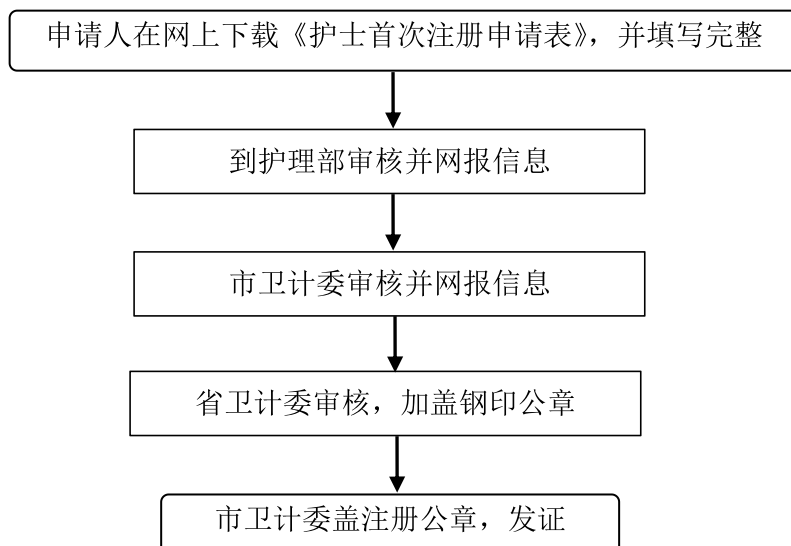




紧急情况下护理人力资源调配流程

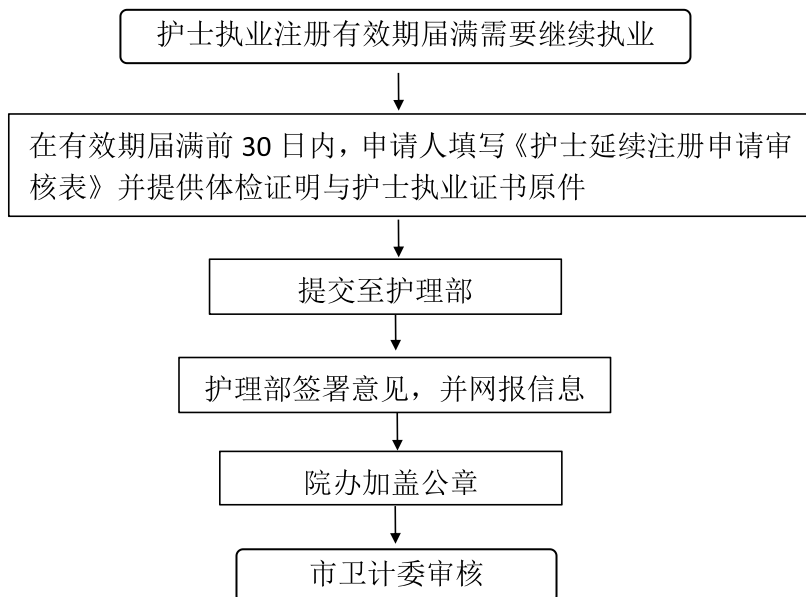


执业护士首次注册流程

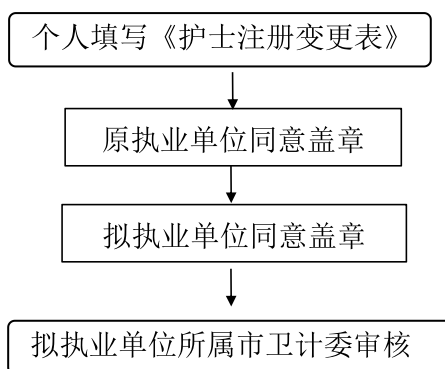




护士延续注册流程

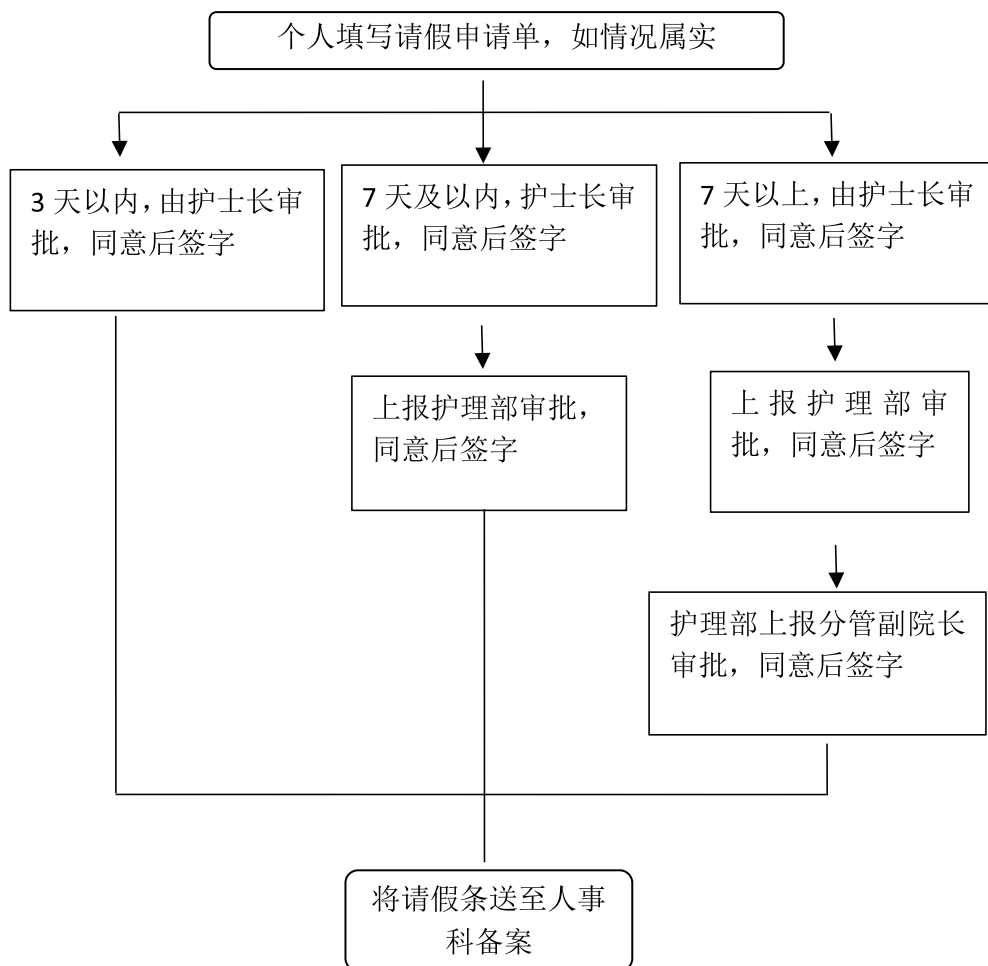


执业护士注册变更流程



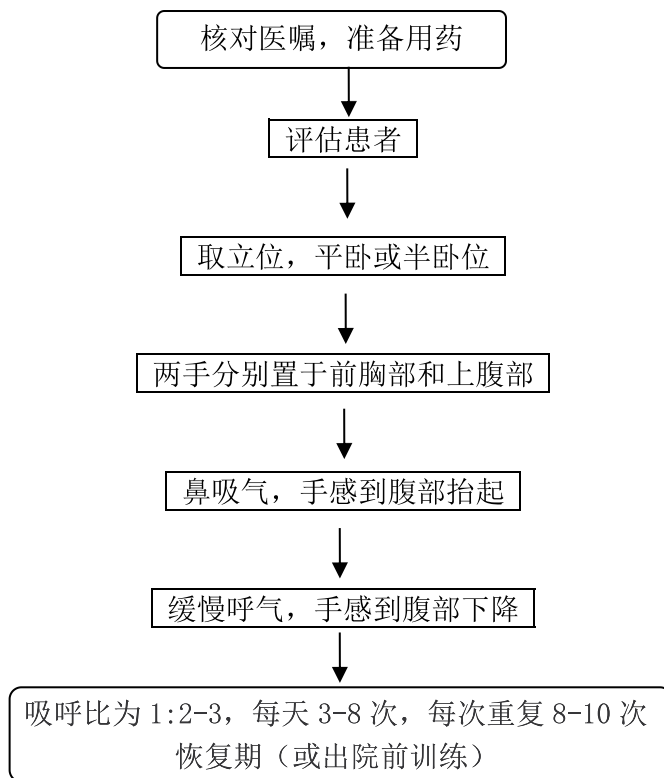


护士（病、产）请假上报流程（书面请假）

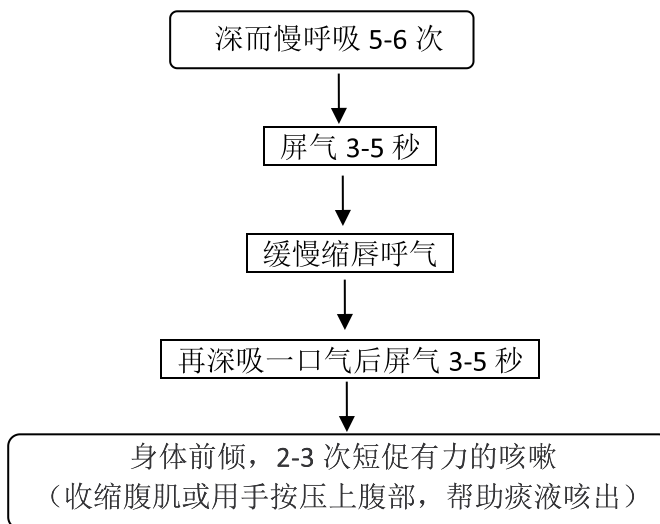




腹式呼吸操作流程

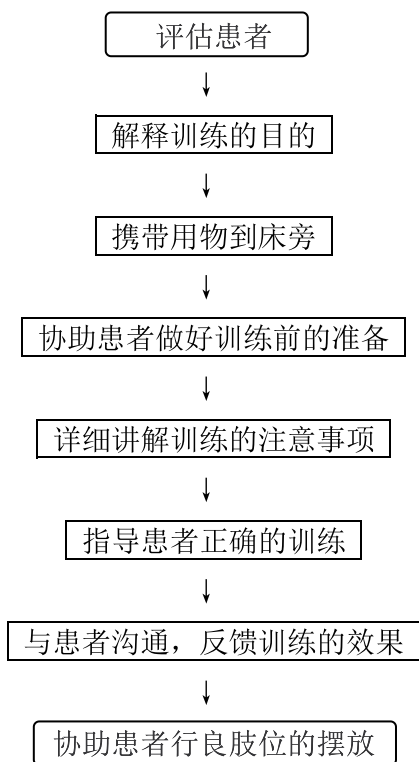


指导有效咳嗽工作流程

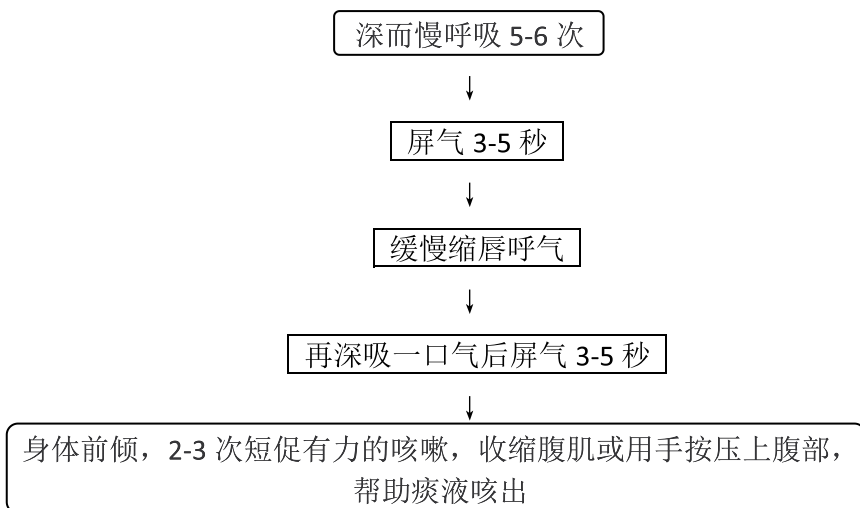




床上翻身训练操作流程

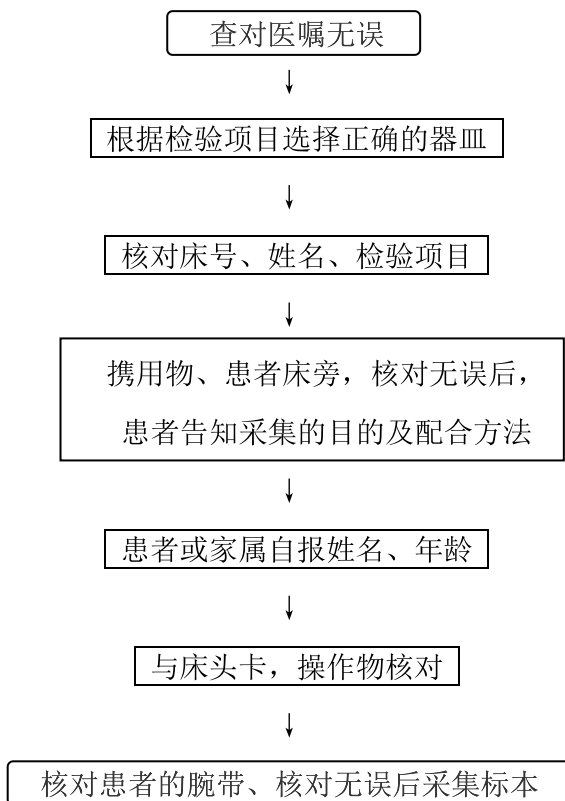


呼吸功能锻炼工作流程



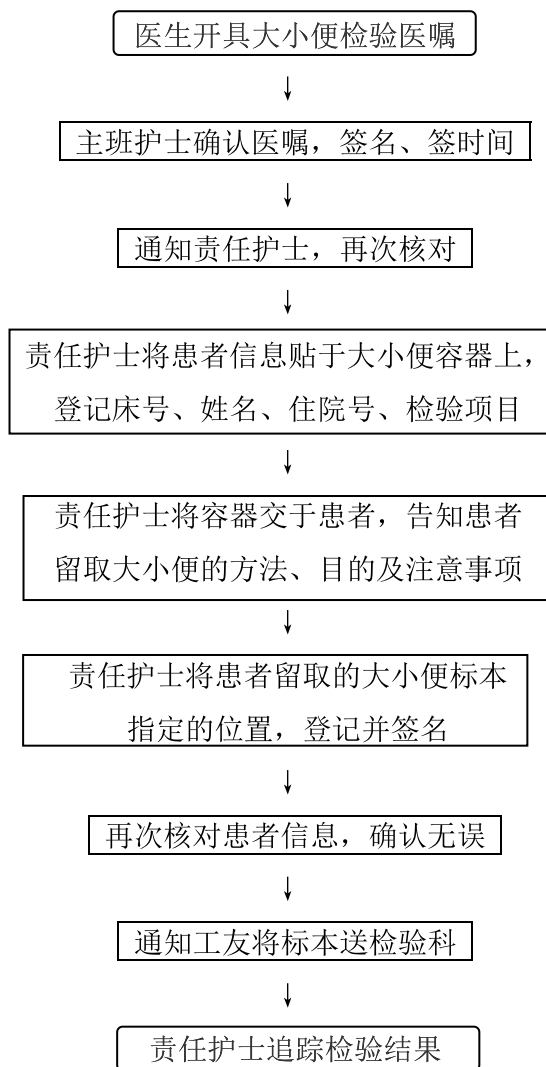


标本采集查对流程



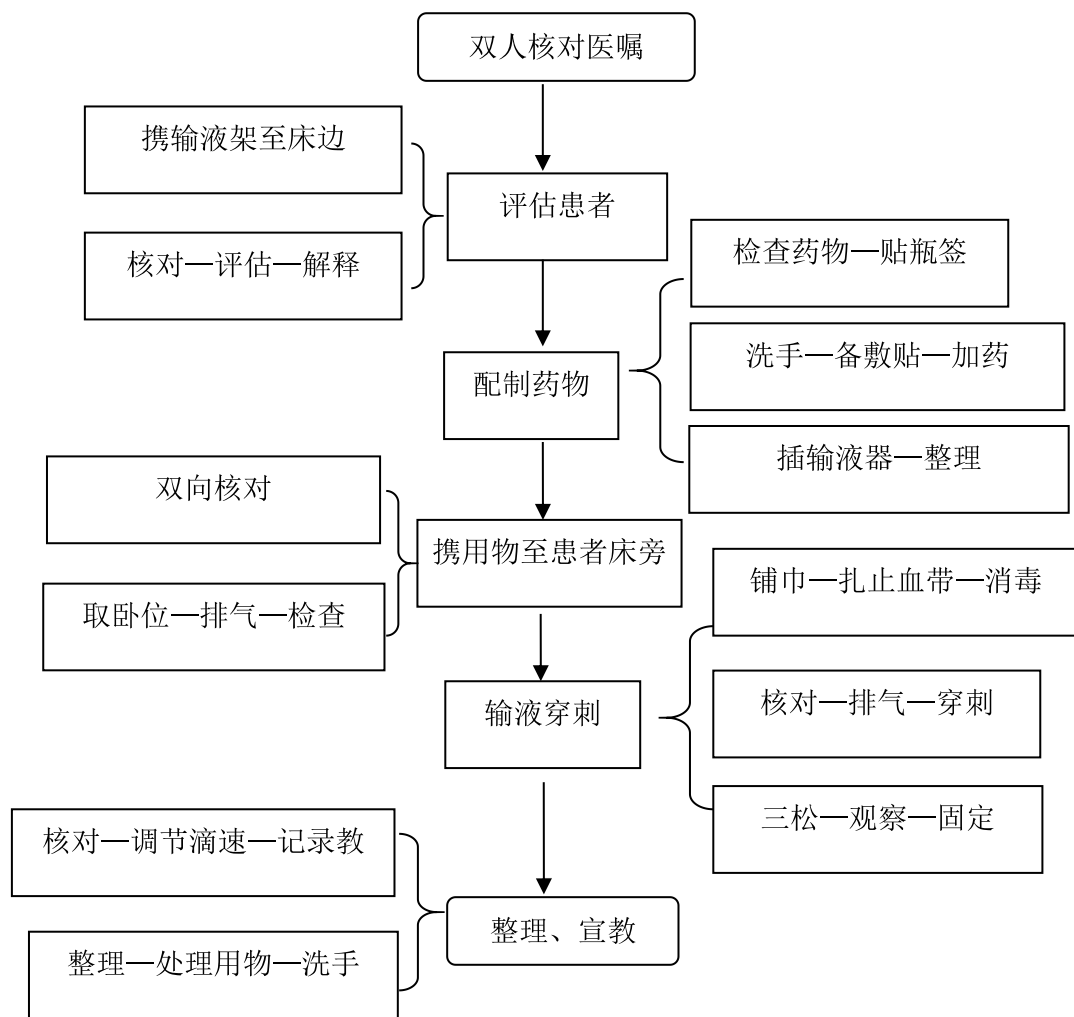


留取大小便标本的操作流程



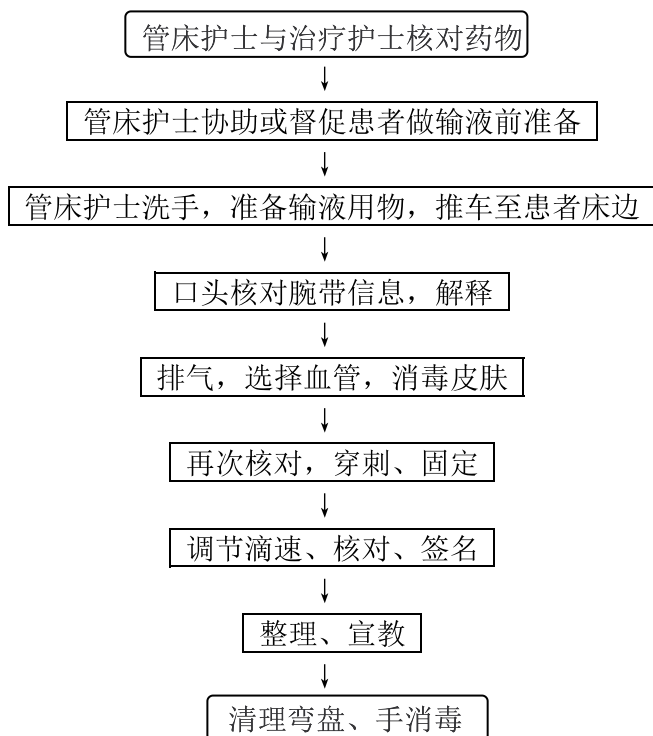


临时静脉输液流程

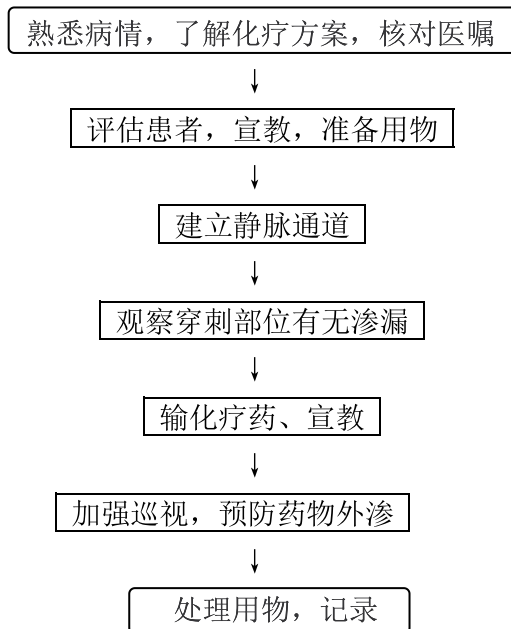




长期静脉输液流程

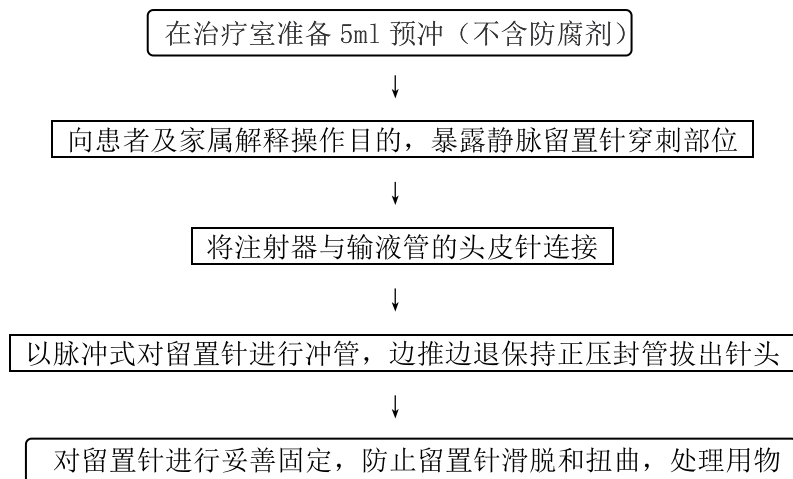


静脉化疗操作流程

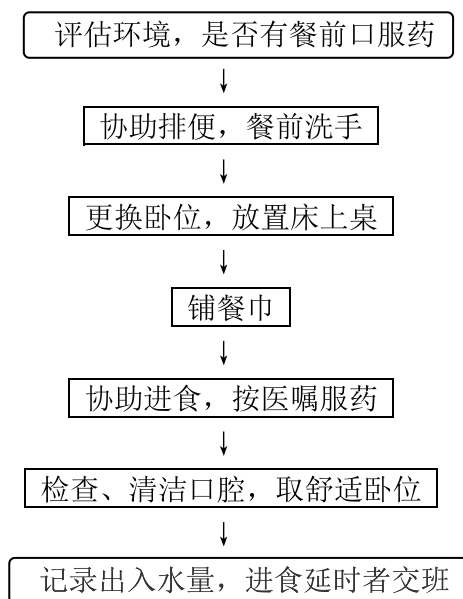




静脉留置针封管操作流程

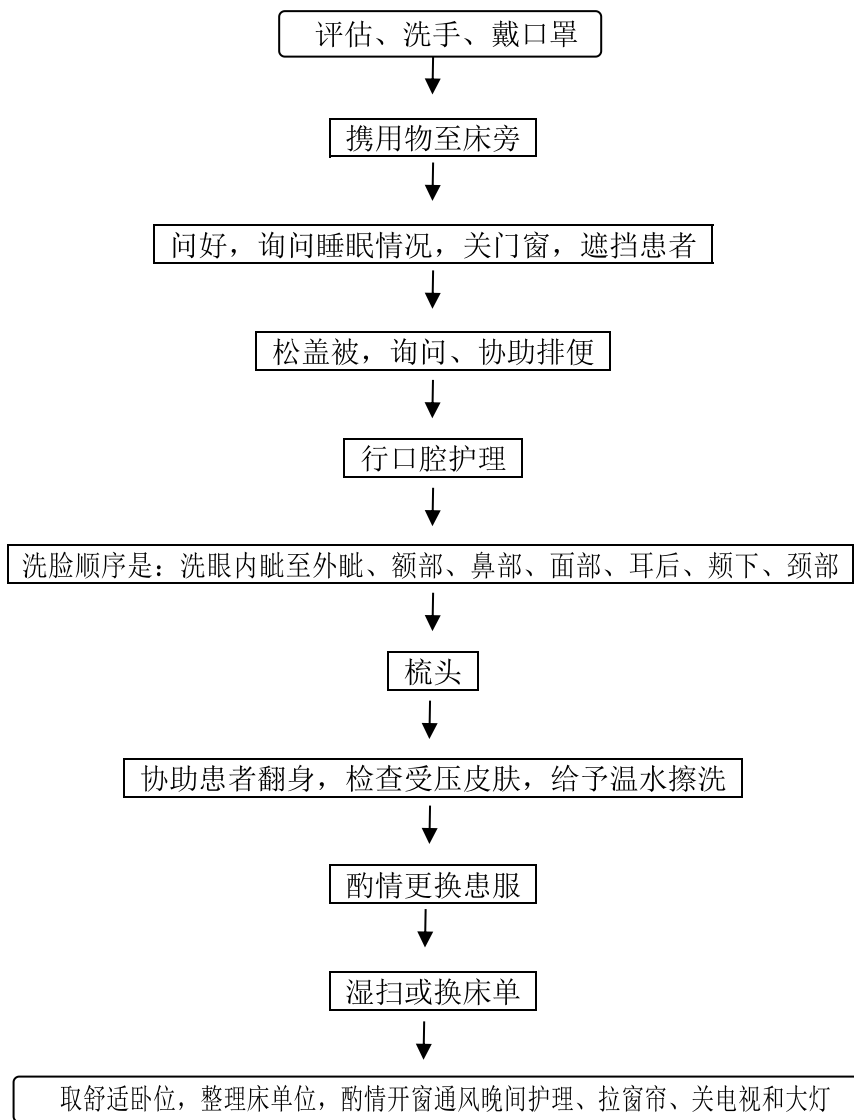


协助进餐护理流程



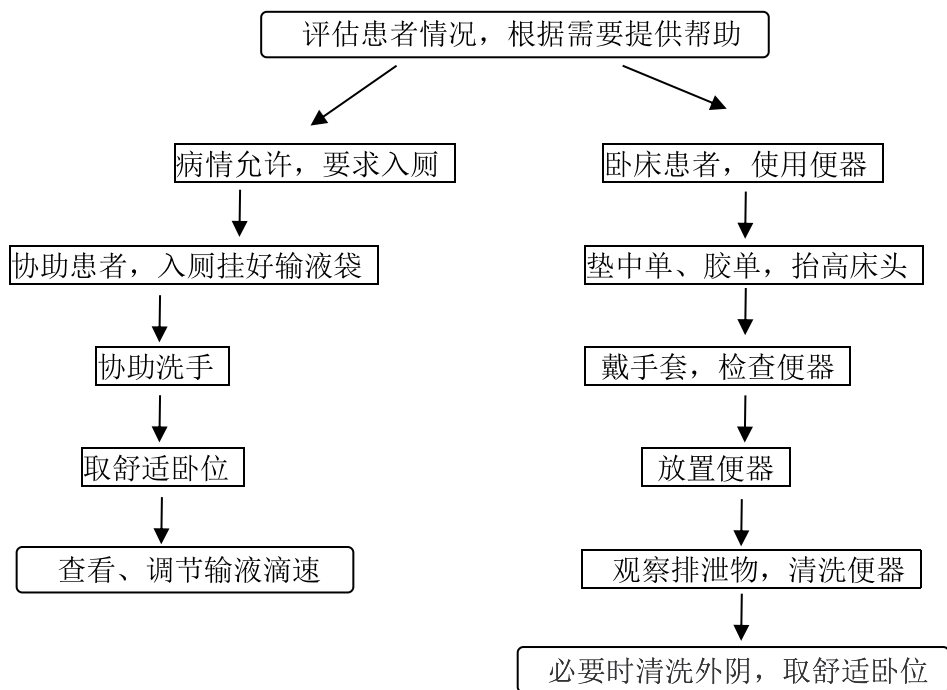


晨、晚间护理流程

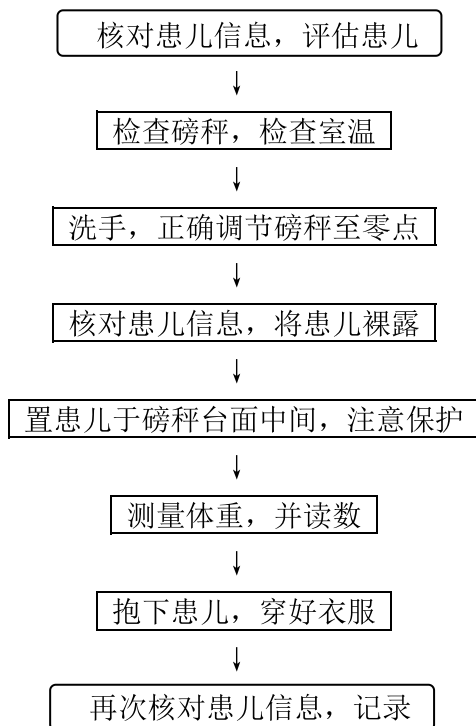




排泄护理工作流程

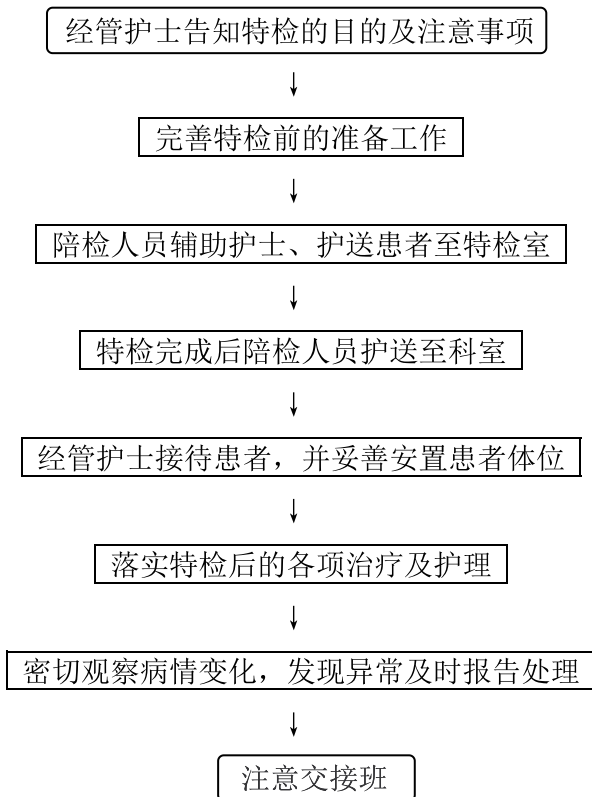


新生儿体重测量流程

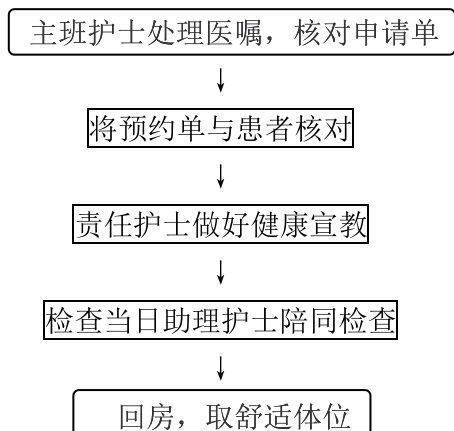




特检护理流程

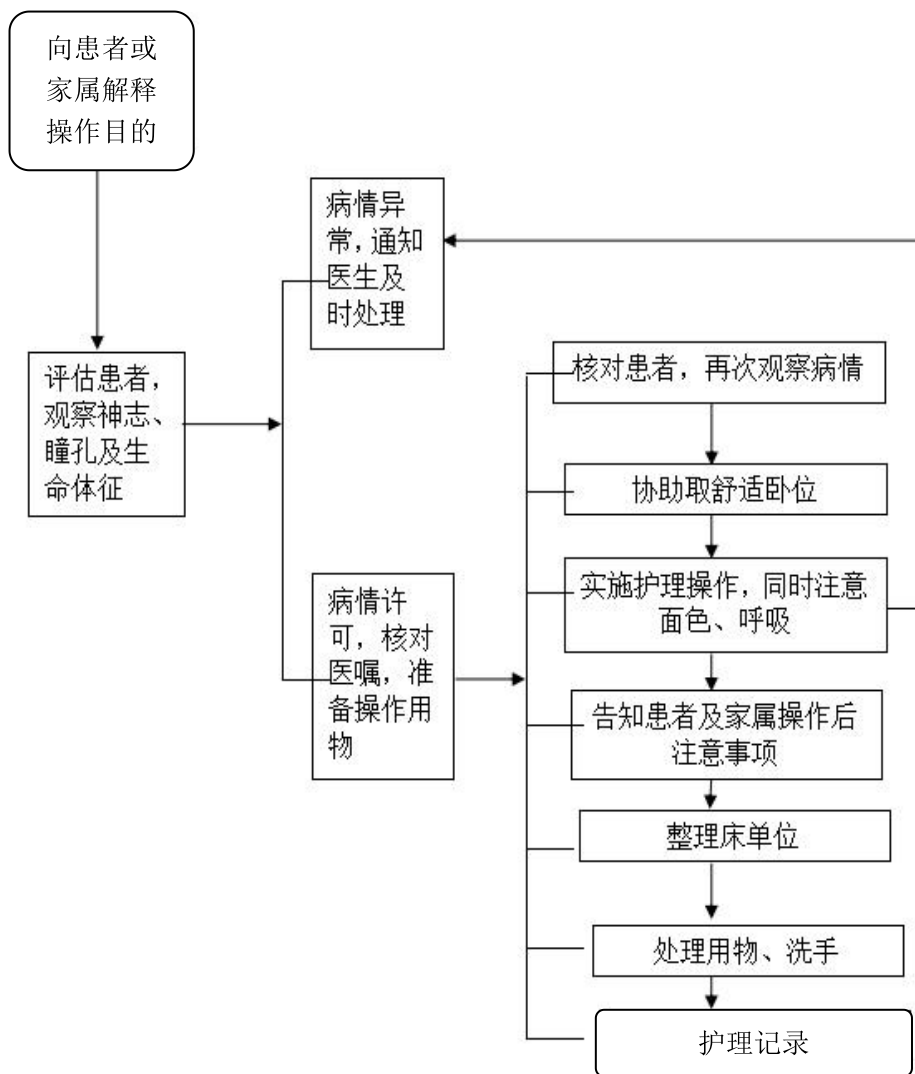


特殊检查及治疗护理工作流程





为危重患者实施护理操作流程



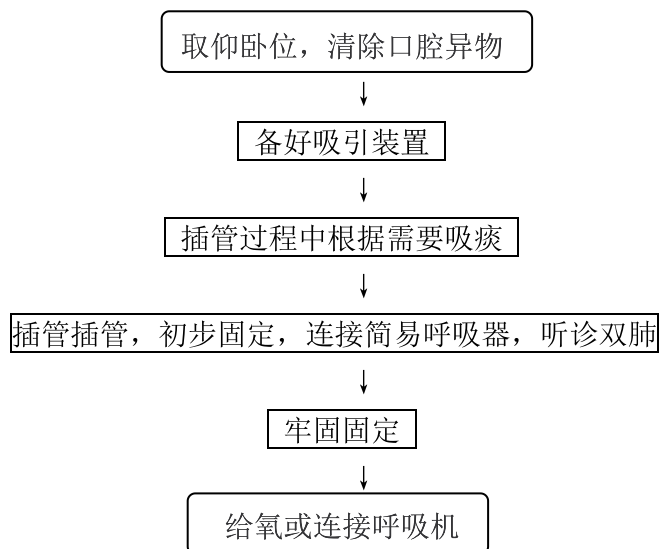


引流管护理流程

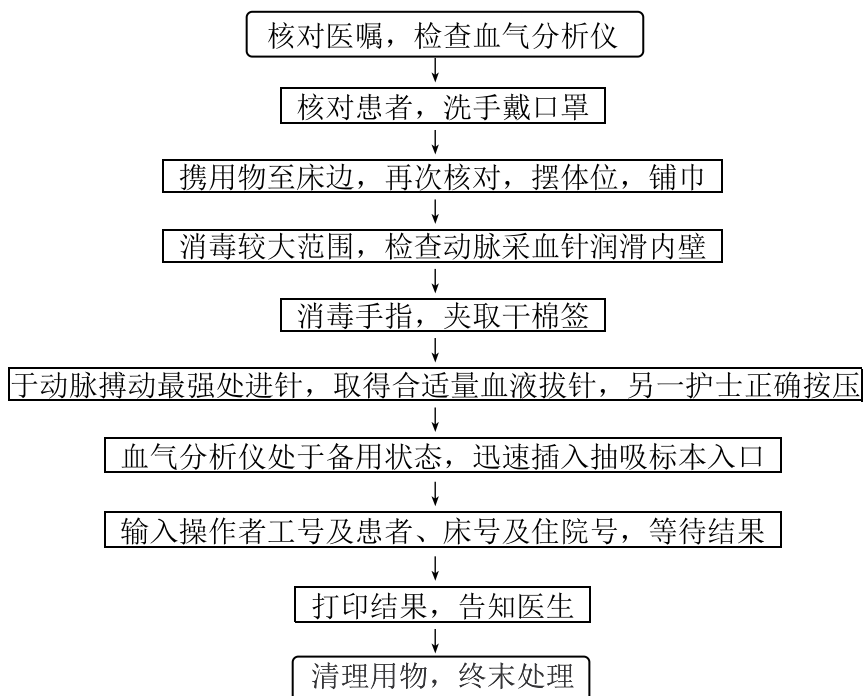




气管插管的配合流程

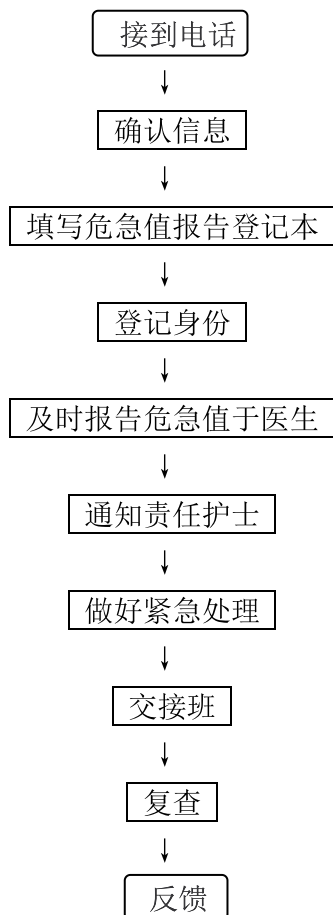


床边动脉血气操作流程

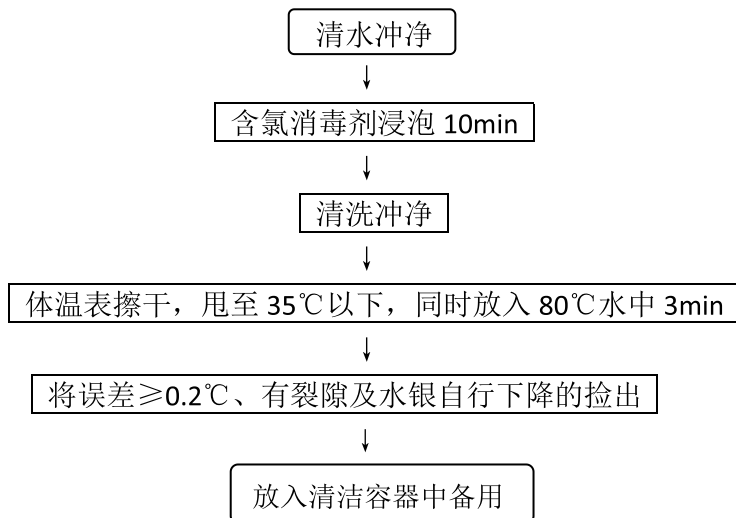




临床危急值报告处理工作流程

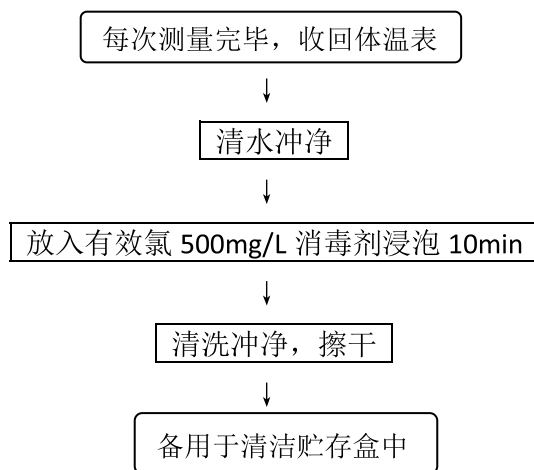


体温表大消毒流程

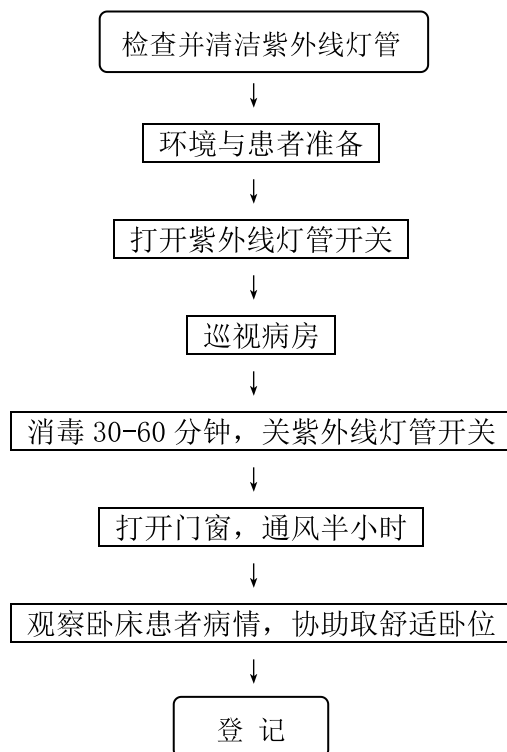




体温表日常消毒流程

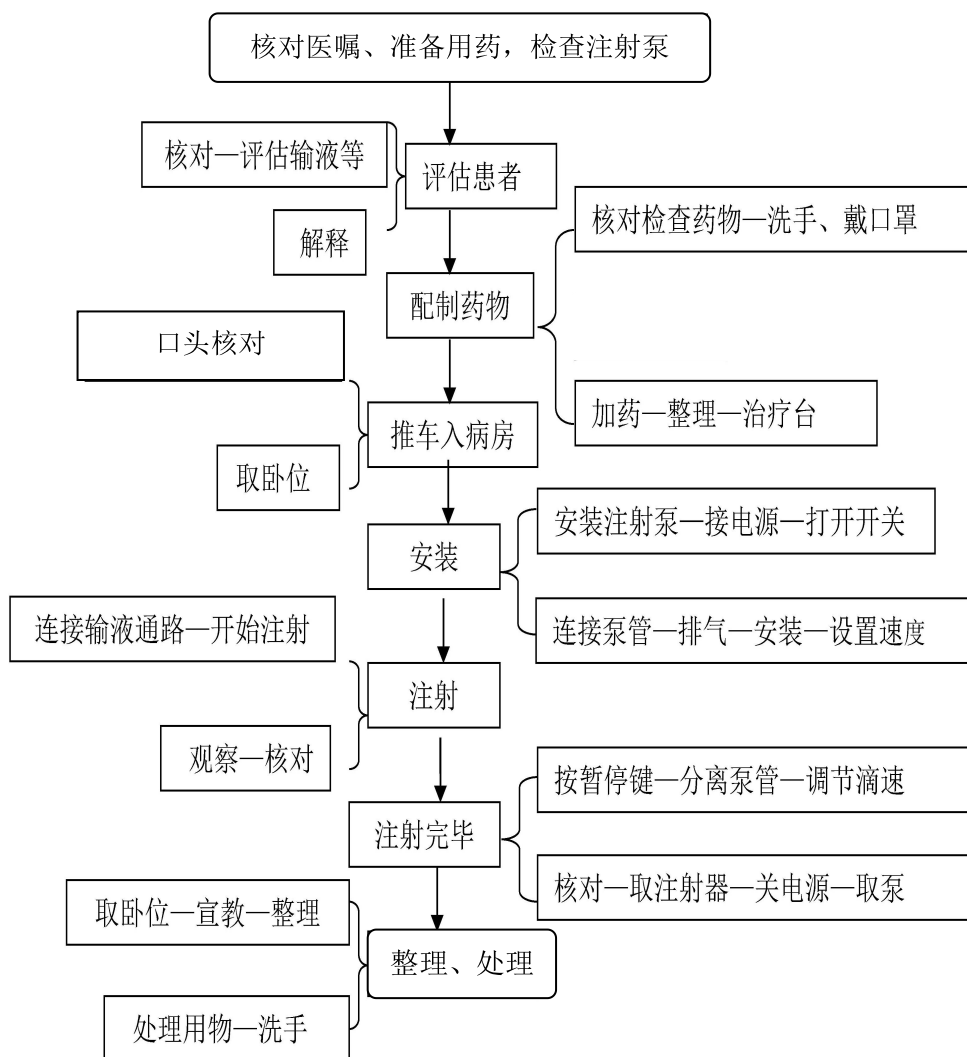


紫外线灯管消毒护理工作流程



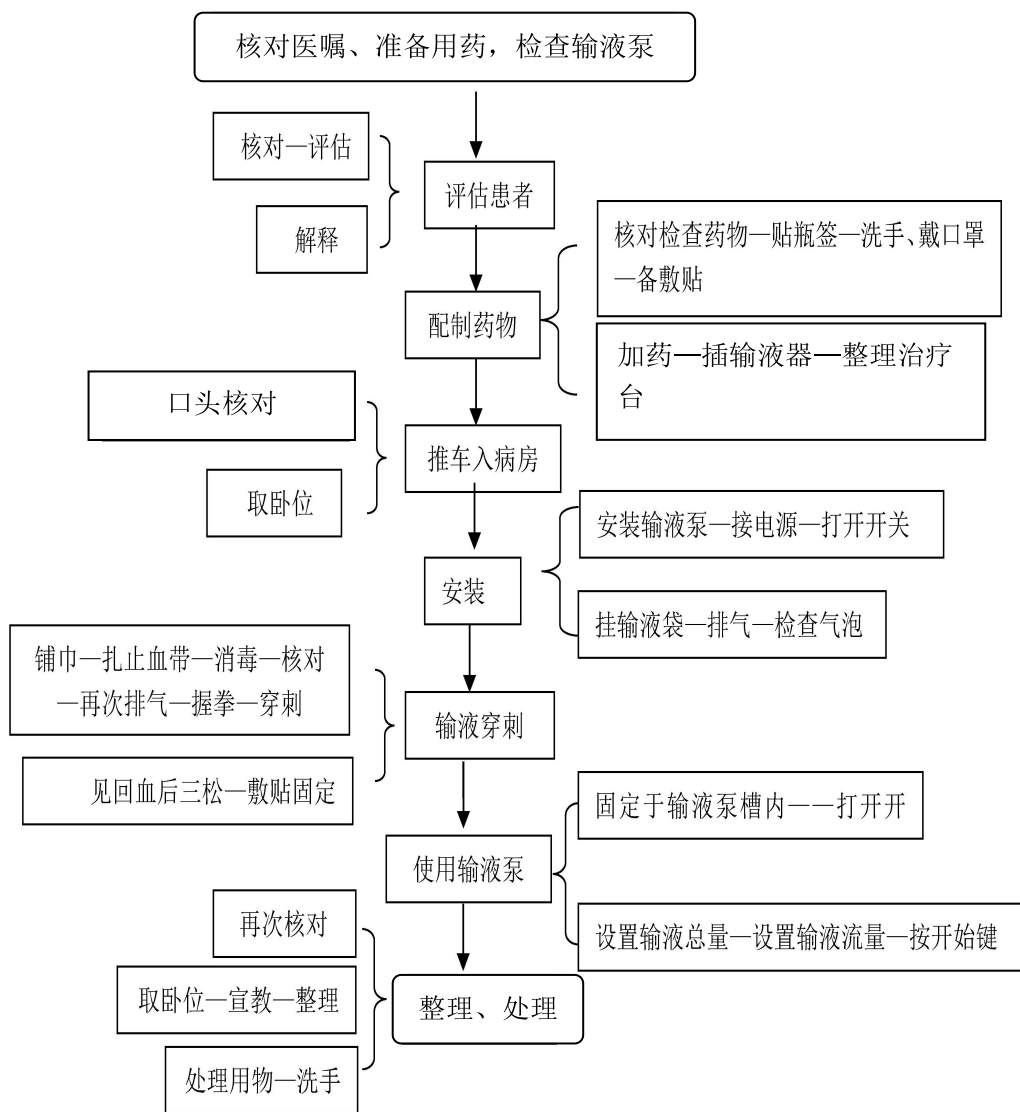


微量注射泵使用及维护流程



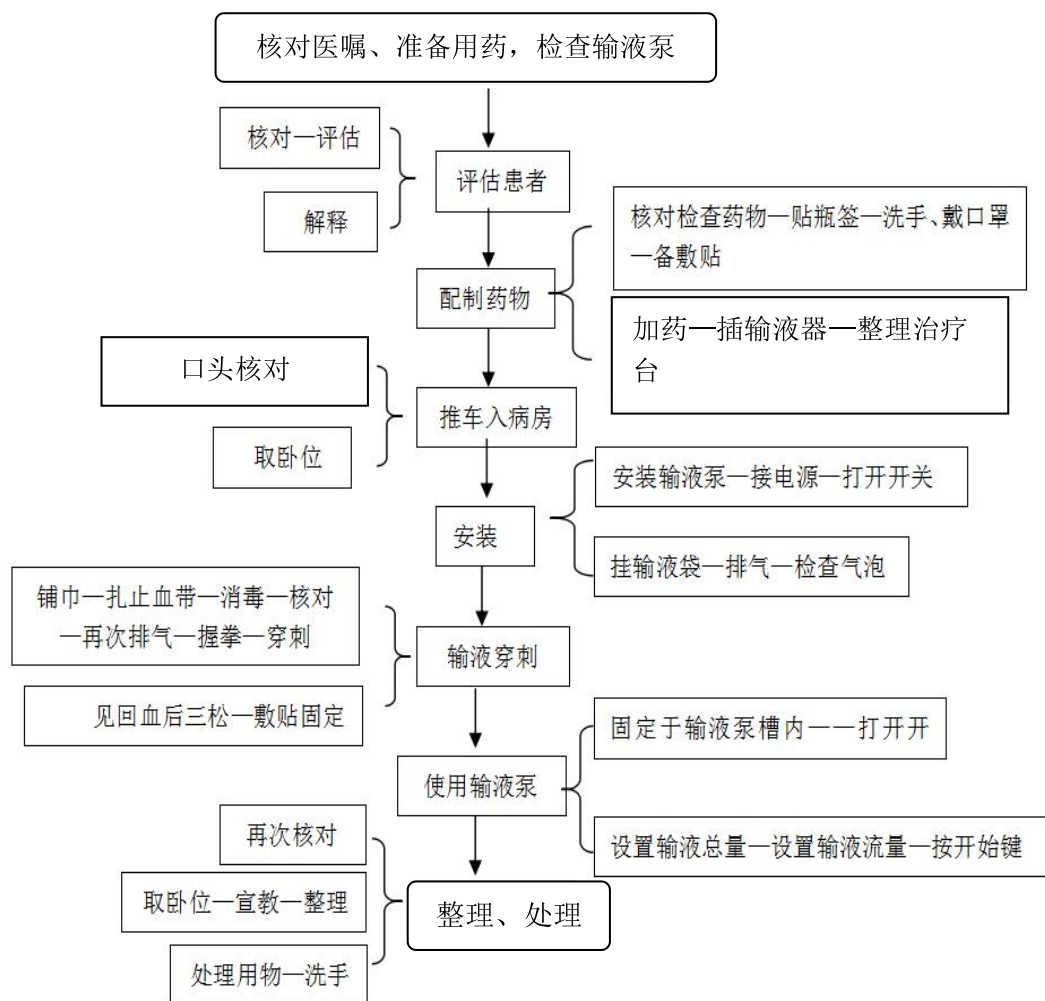


静脉输液泵使用及维护流程



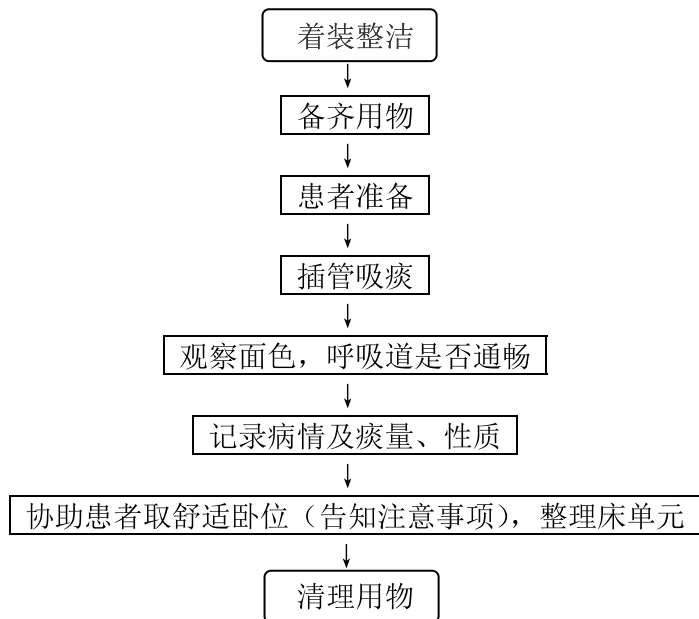


监护仪使用及维护流程

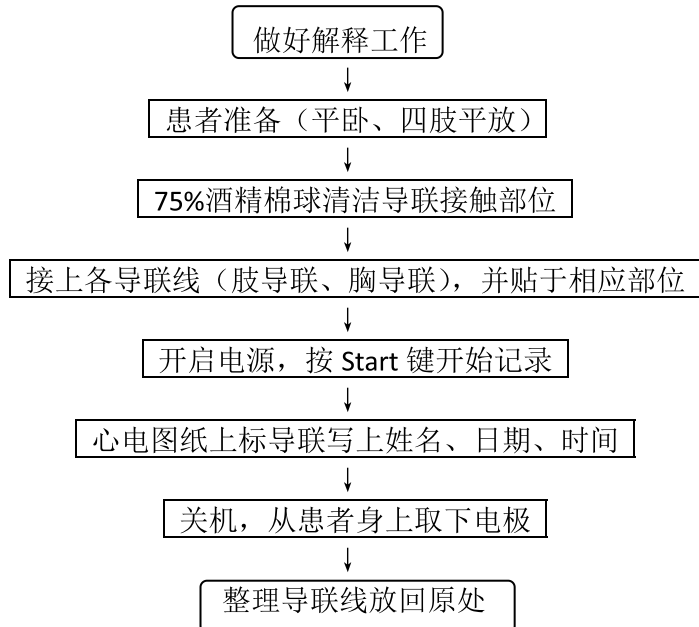




电动吸引器操作流程



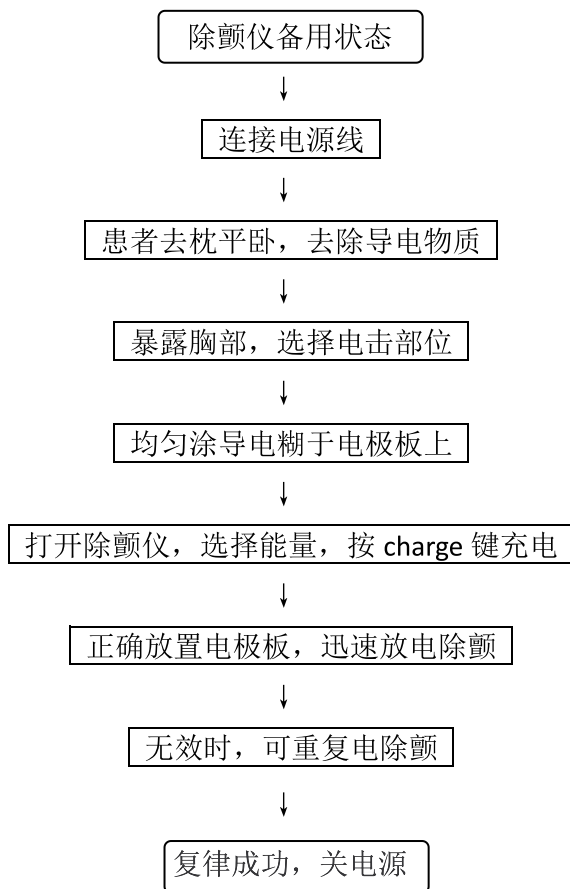
心电图机操作流程



（注：肢导联：右上肢红色，右下肢黑色，左上肢黄色，左下肢蓝色）
胸导联：V1：胸骨右缘第四肋间 V2：胸骨左缘第四肋间
V3：V2、V8 联线中点 V4：左锁骨中线与第五肋间相交处
V5：左腋前线与 V8 同一水平 V6：左腋中线与 V8 同

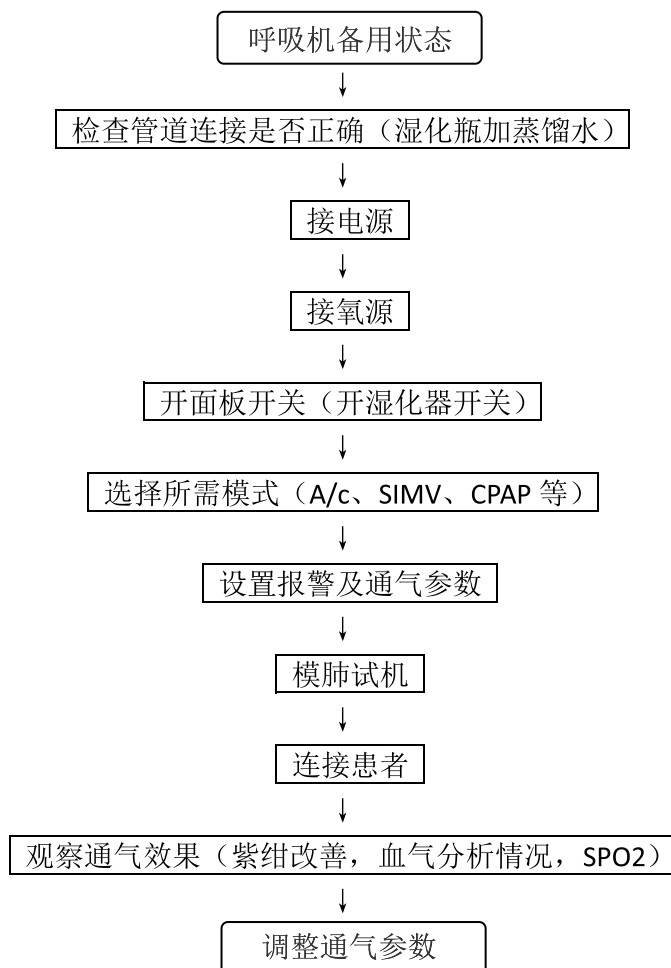


除颤仪操作流程



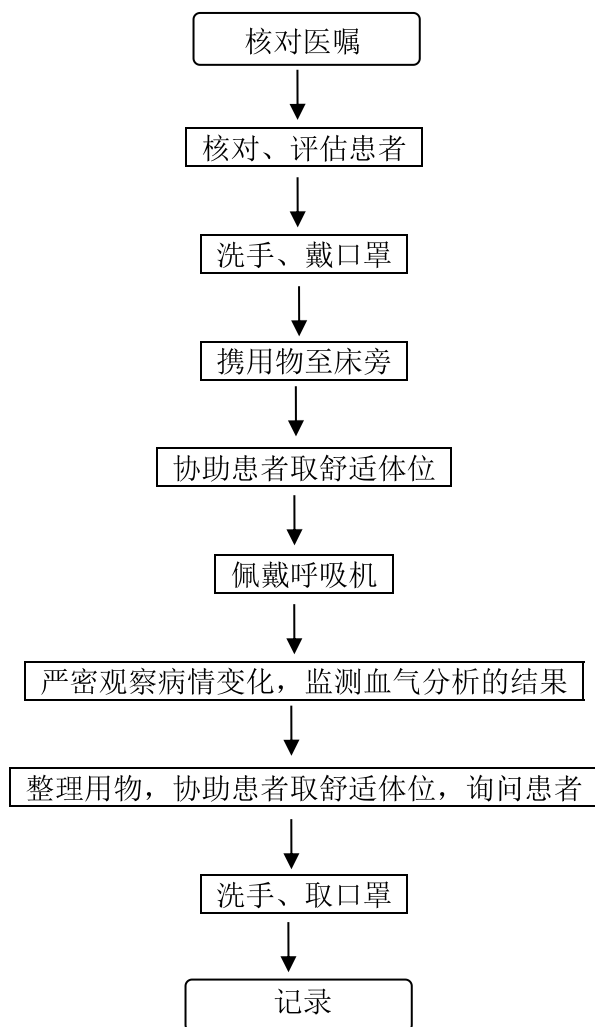


呼吸机操作流程



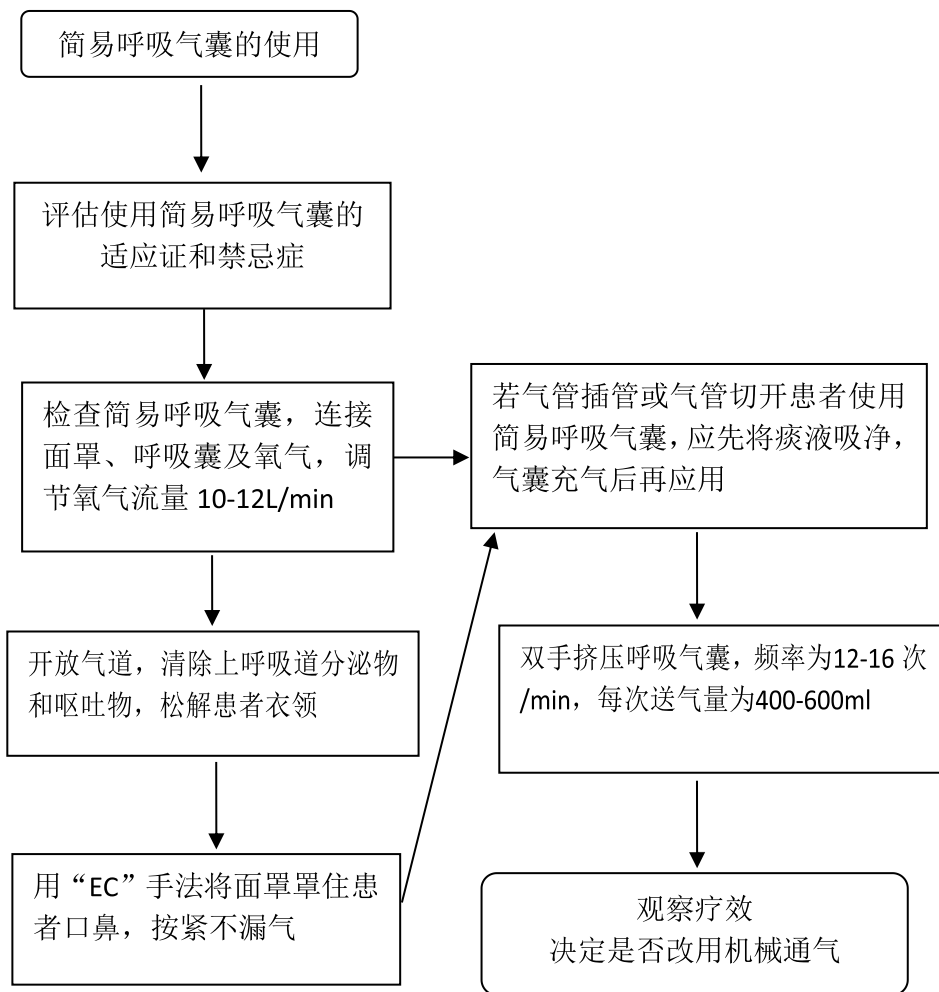


无创机械通气操作流程



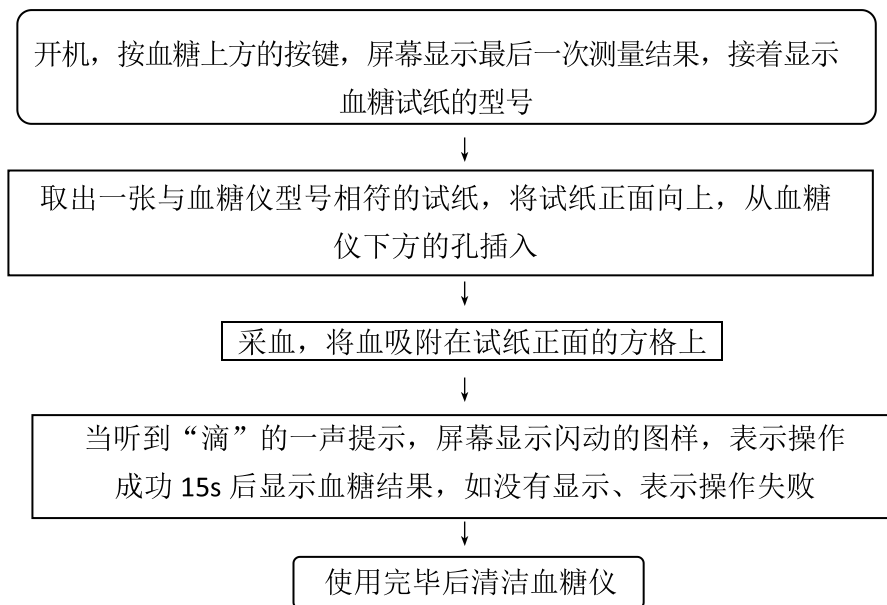


简易呼吸气囊使用护理流程

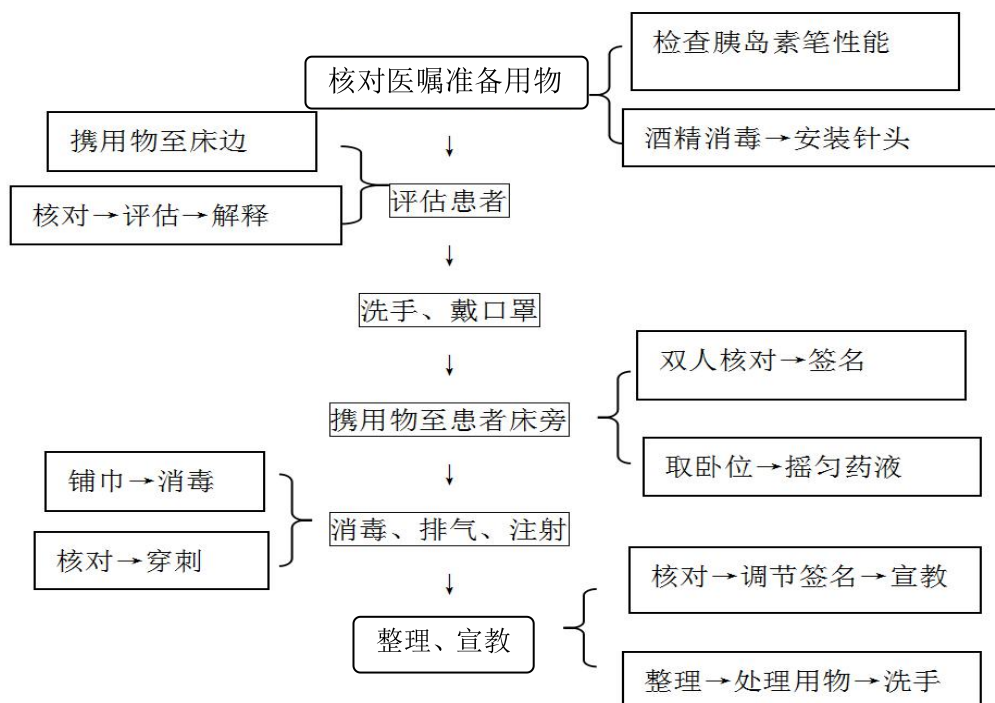




血糖仪操作流程

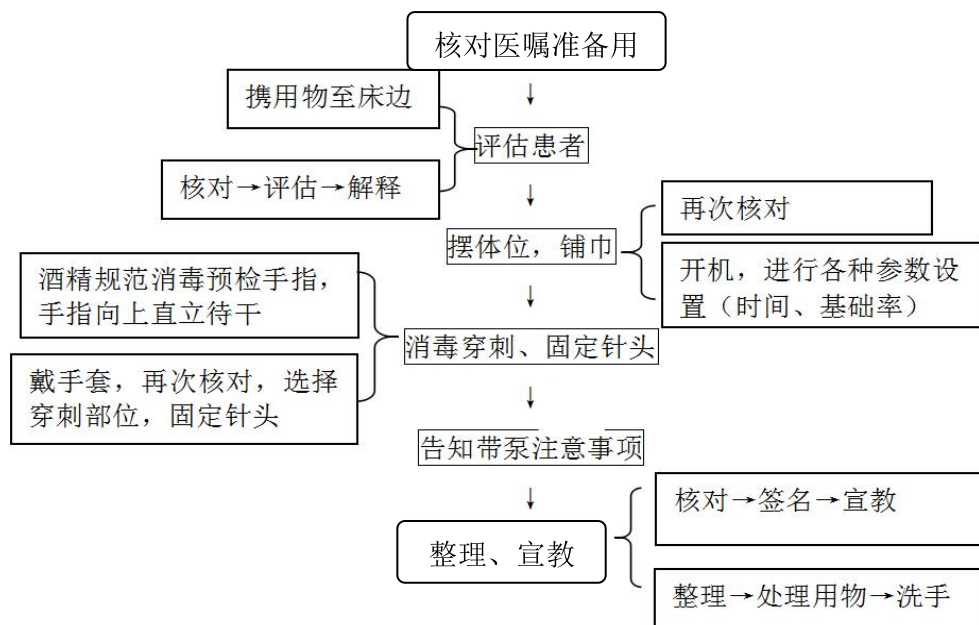


胰岛素笔皮下注射胰岛素操作流程

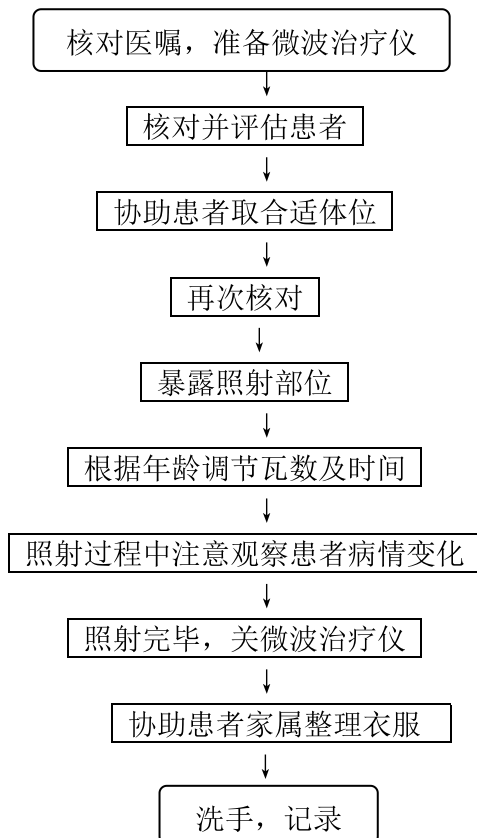




持续胰岛素泵皮下注射胰岛素操作流程

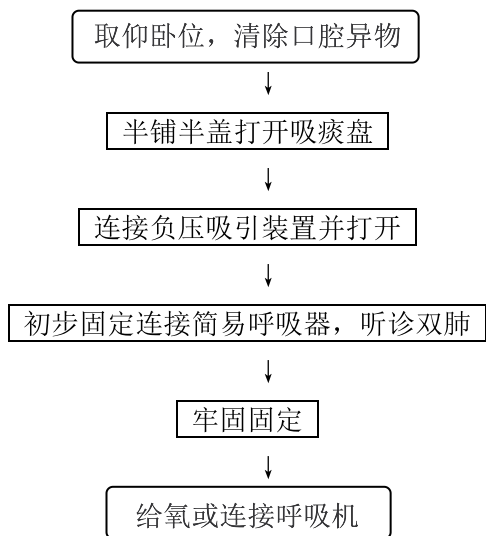


微波治疗仪护理流程

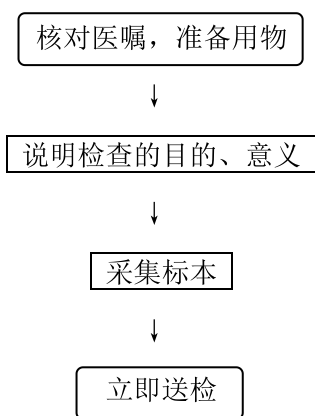




气管插管的配合流程

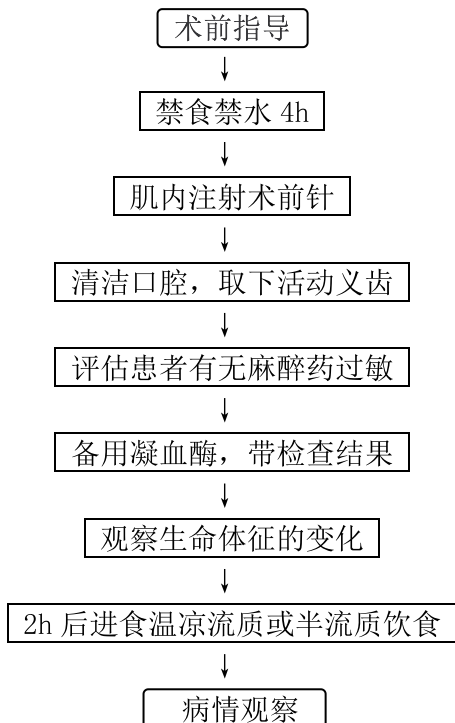


呼吸道病原体检测工作流程

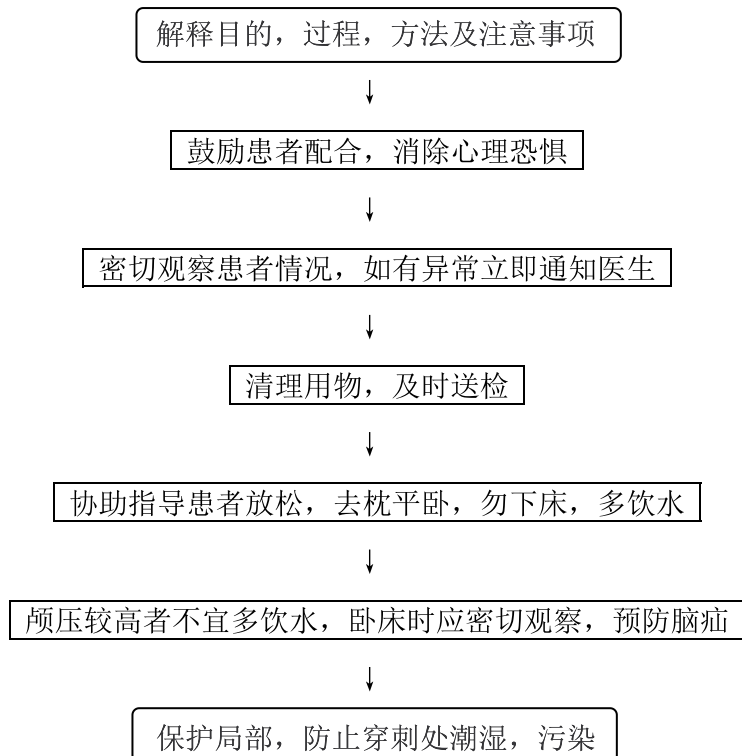




纤支镜检查的护理流程

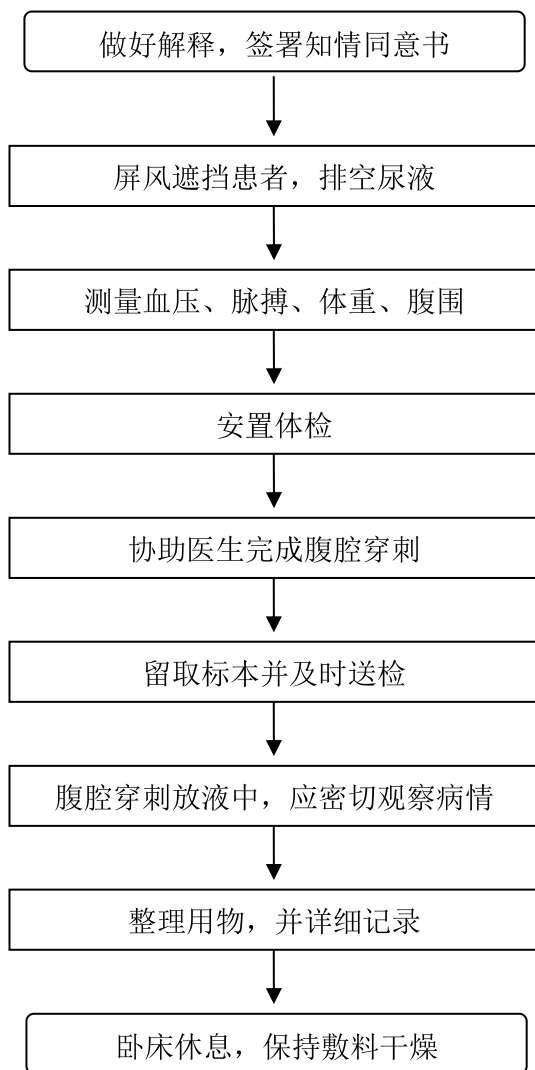


腰椎穿刺术的护理流程



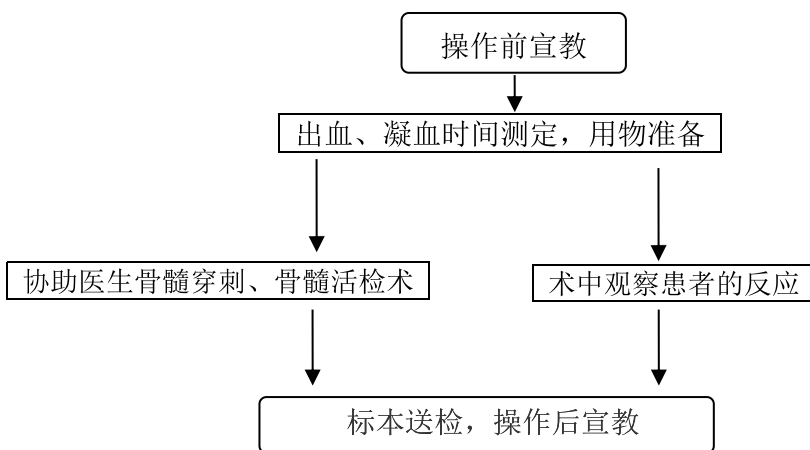


腹腔穿刺检查的护理流程

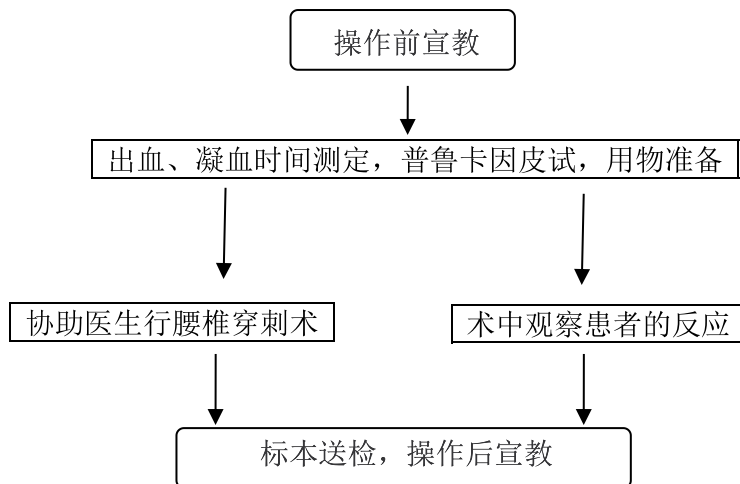




骨髓穿刺活检检查的护理流程



腰椎穿刺检查的护理流程





三腔二囊管使用的护理流程

检查前了解病情, 做好解释, 签署知情同意书



禁食 12h, 取下活动性义齿



准备用物, 检查三腔二囊管性能



取坐卧位或平卧位, 头偏向一侧, 清洁鼻腔



插三腔管, 充气, 牵引



观察病情变化, 做好护理记录



监测囊内压, 定时放气



出血停止后, 可给予流质饮食



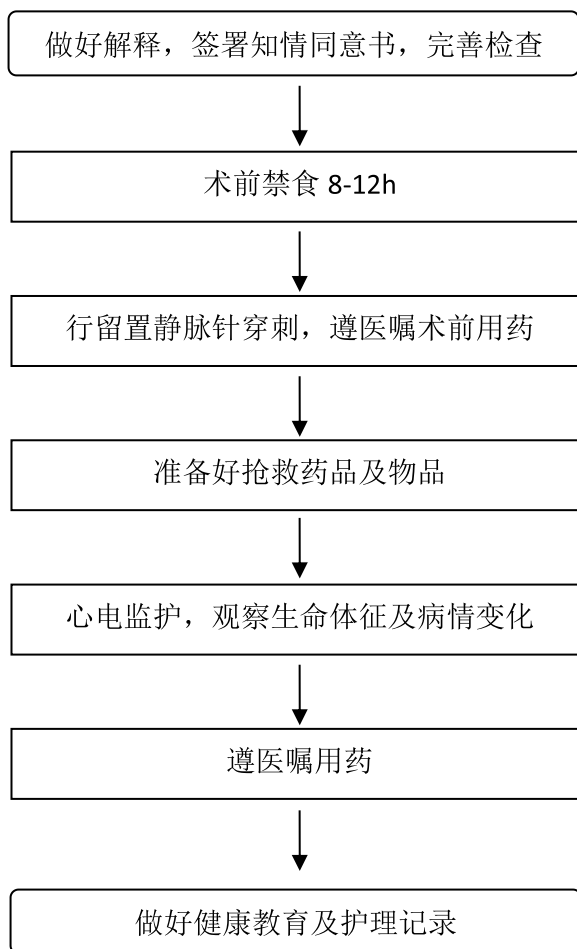
加强基础护理, 保持口鼻腔清洁



拔管及拔管后的观察

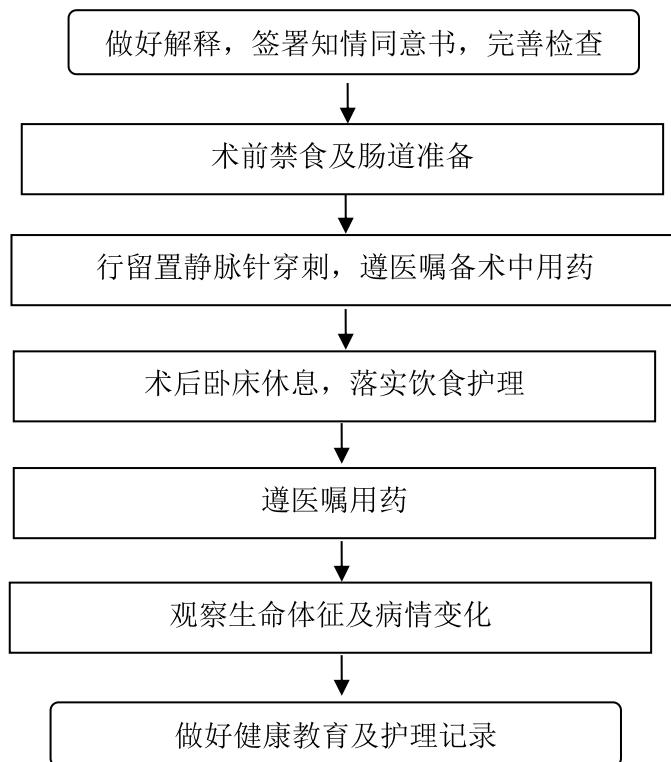


食管静脉曲张套扎及硬化剂治疗的护理流程

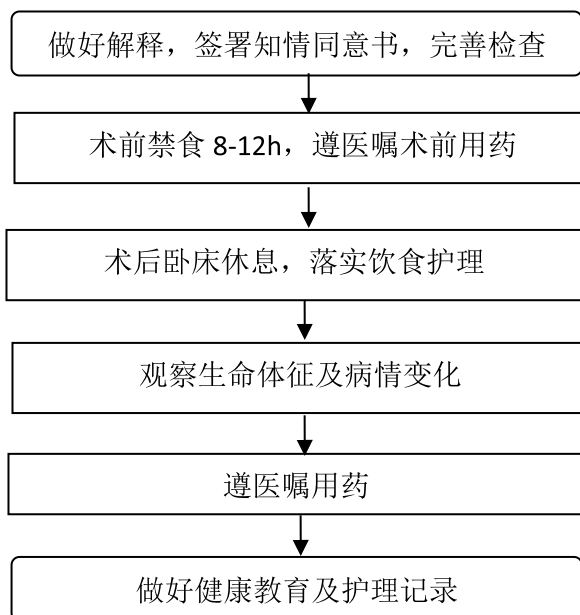




内镜下高频电切术的护理流程

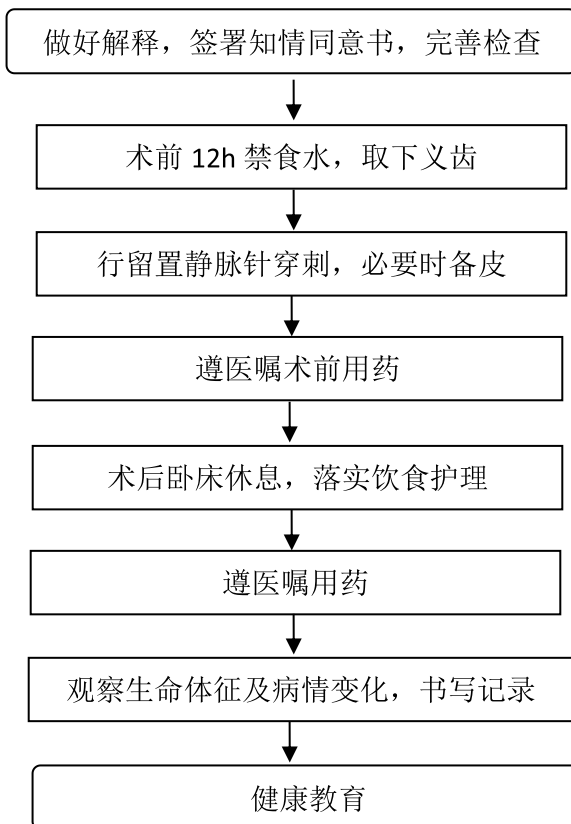


食管狭窄扩张术的护理流程

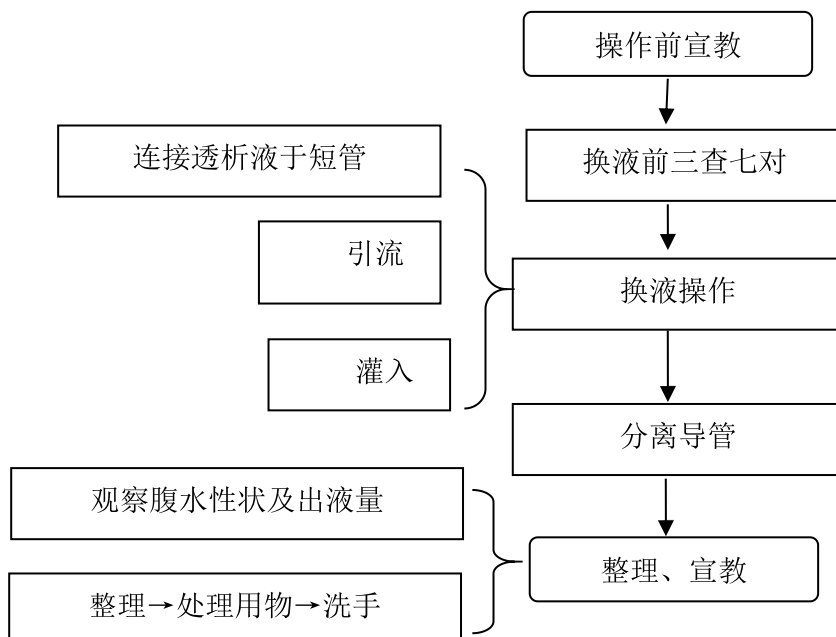




EMR、ESD 术的护理流程

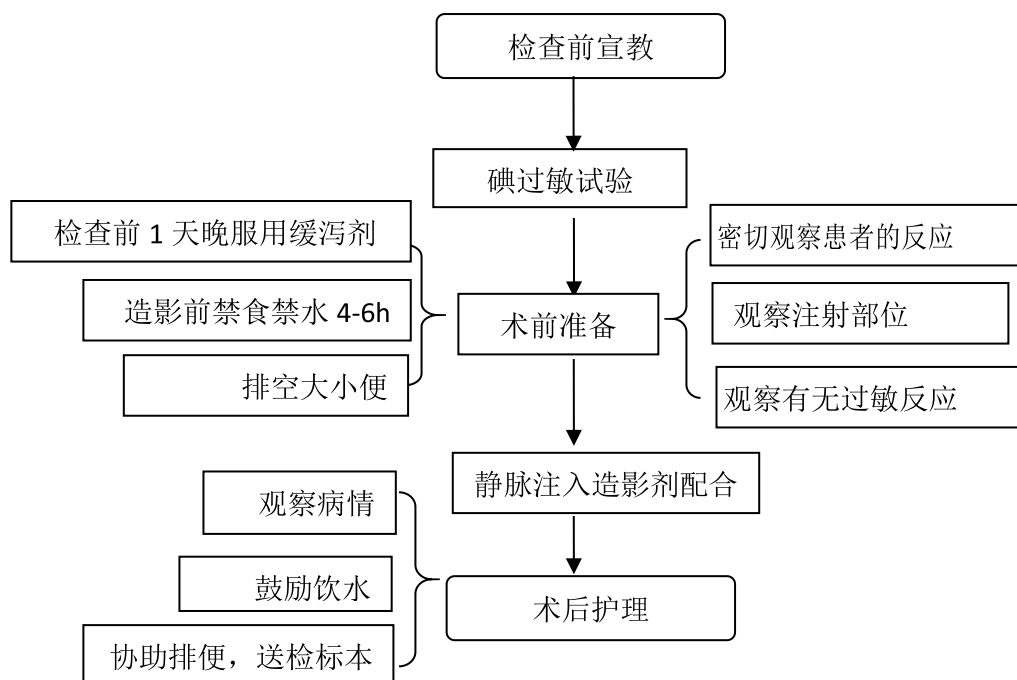


腹膜透析换液的护理流程

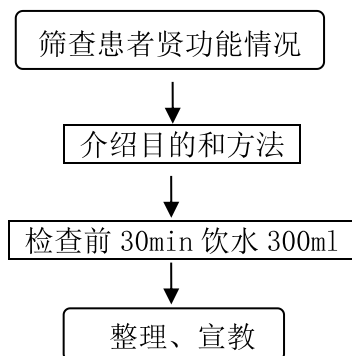




肾盂造影检查的护理流程

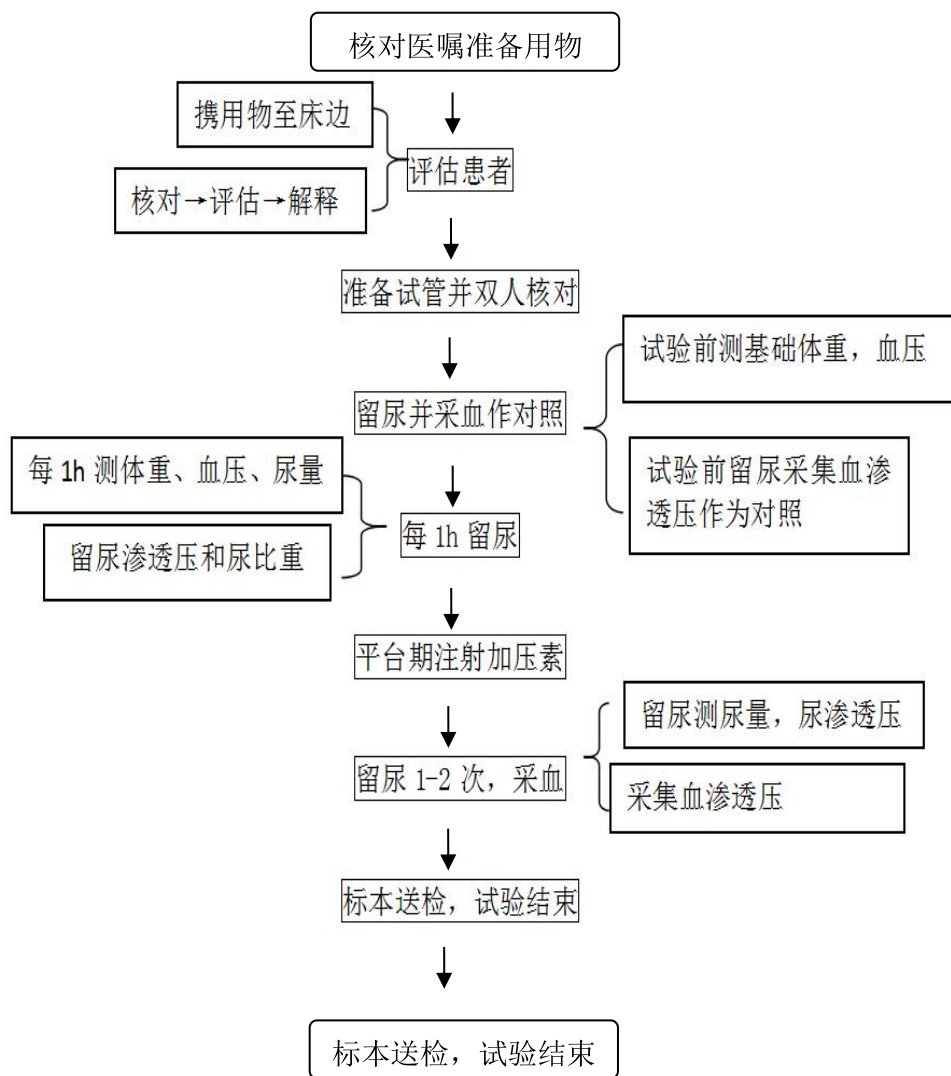


肾 ECT 造影检查护理流程



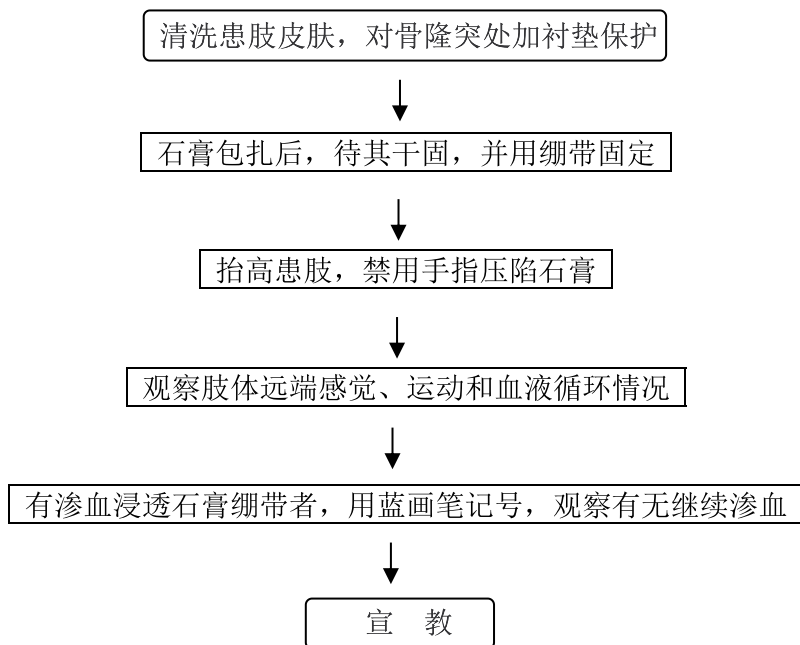


禁水加压试验的护理流程



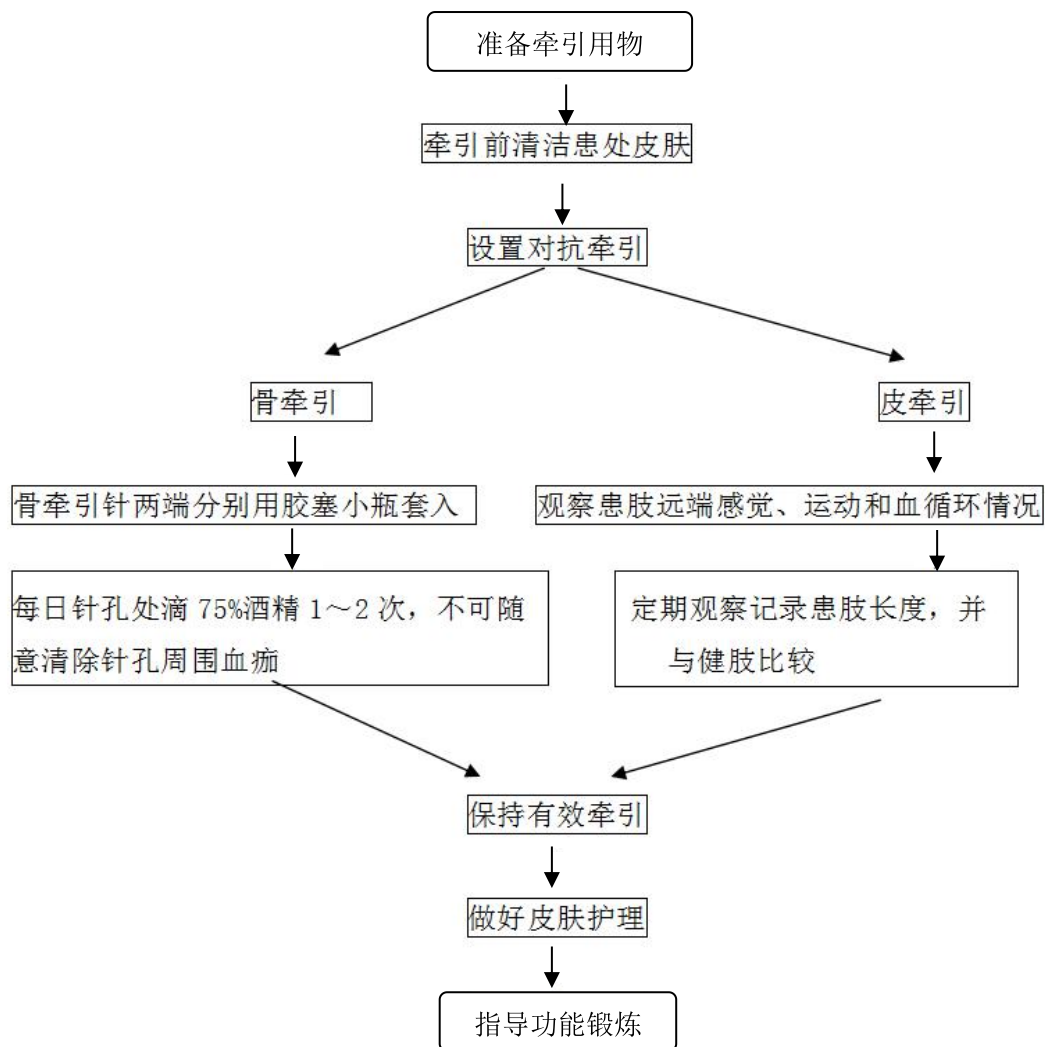


石膏固定术护理流程



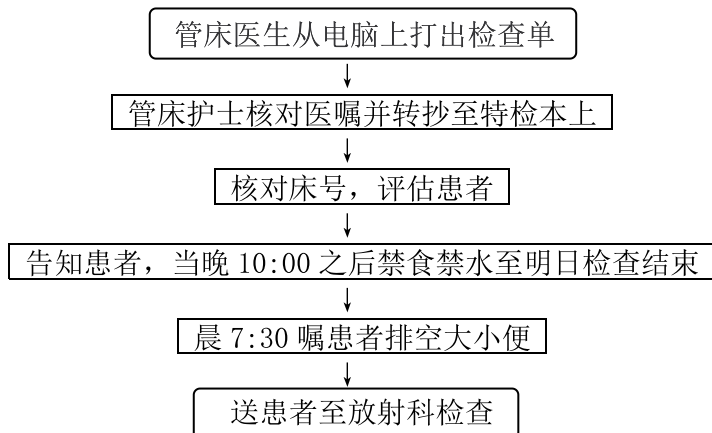


牵引术护理流程

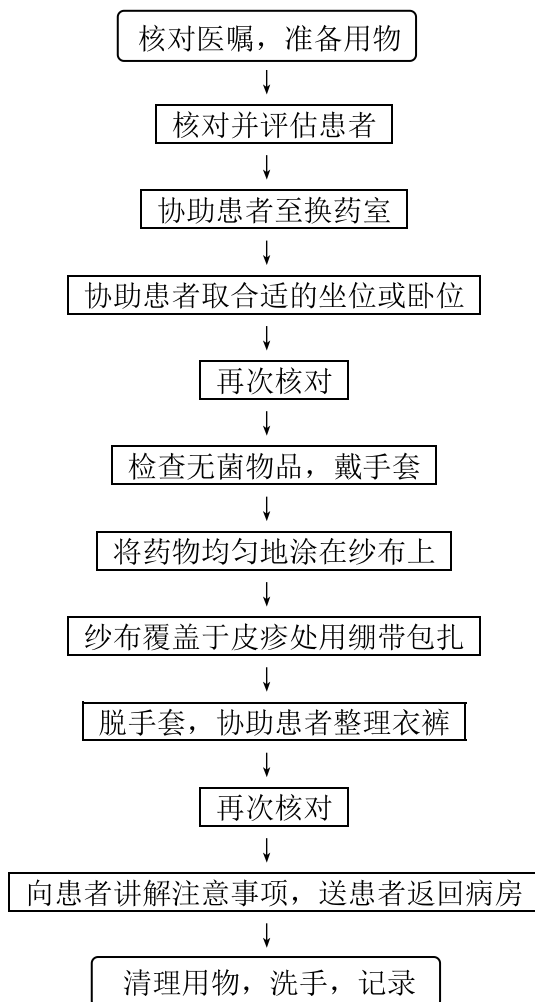




腹部正位片（KUB）检查护理流程

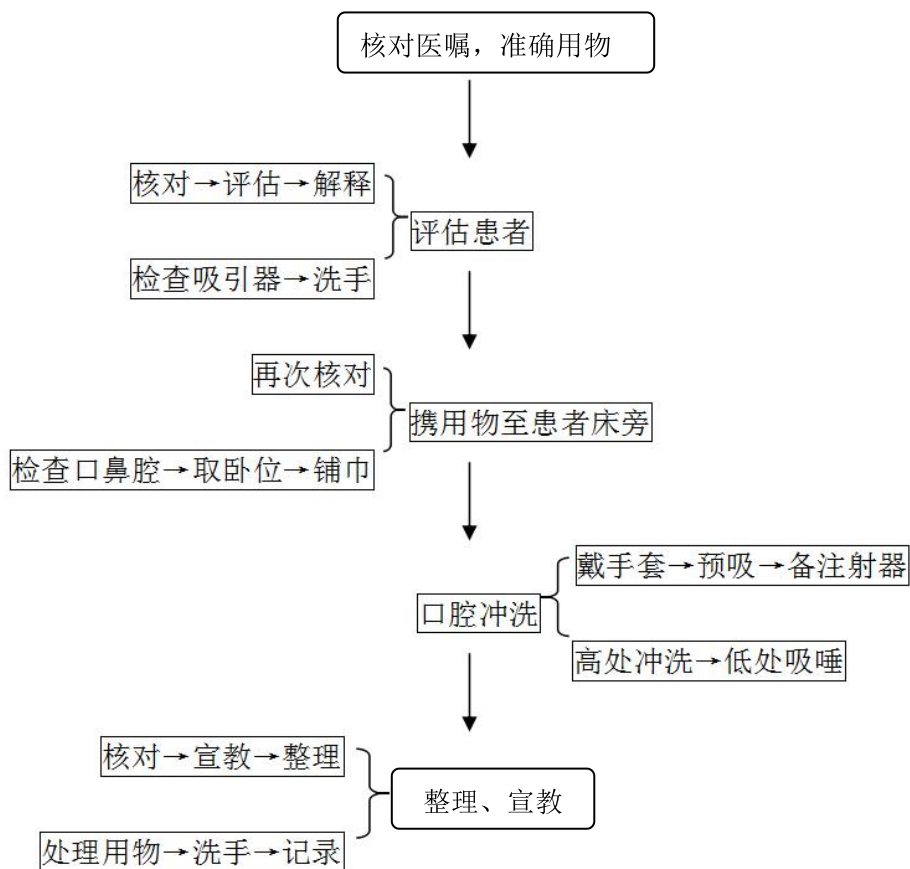


皮肤换药护理操作流程



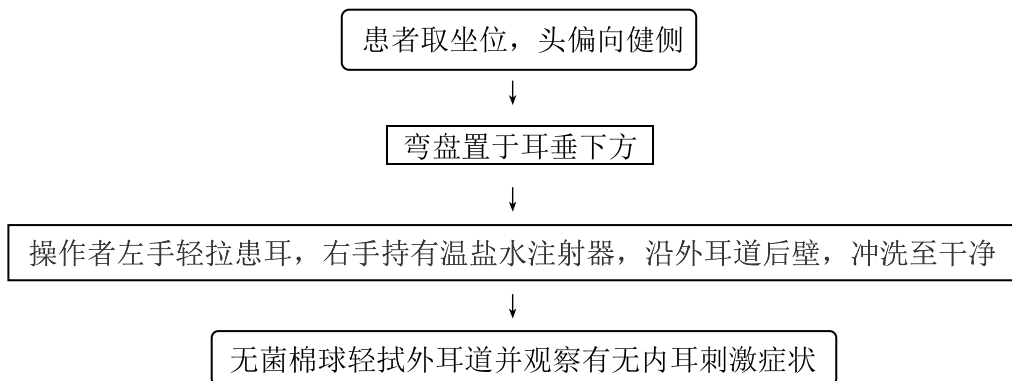


口腔冲洗技术操作流程

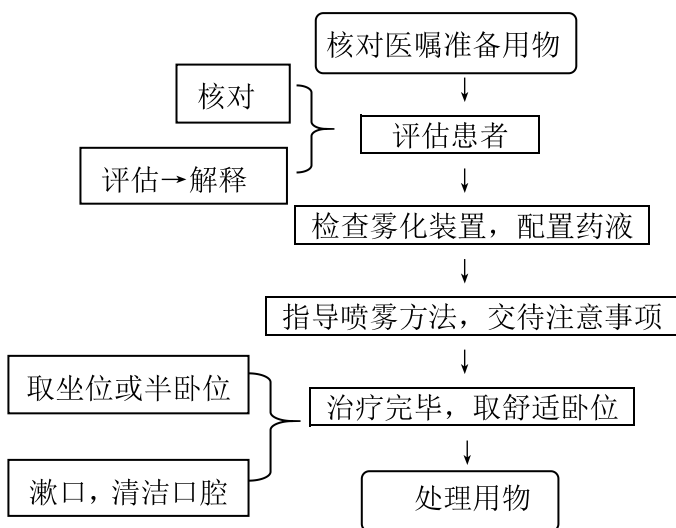




外耳道冲洗的操作流程

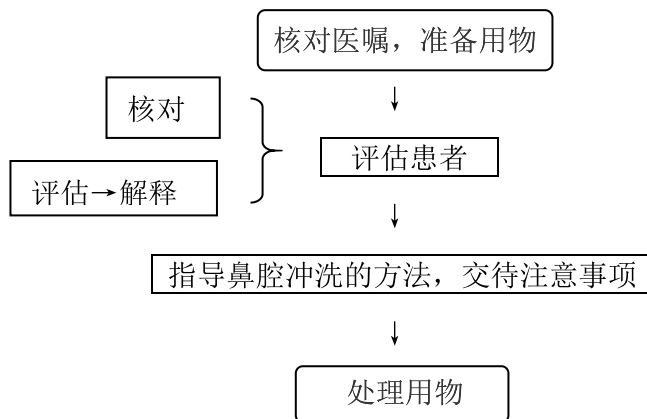


咽喉部药物喷雾护理流程

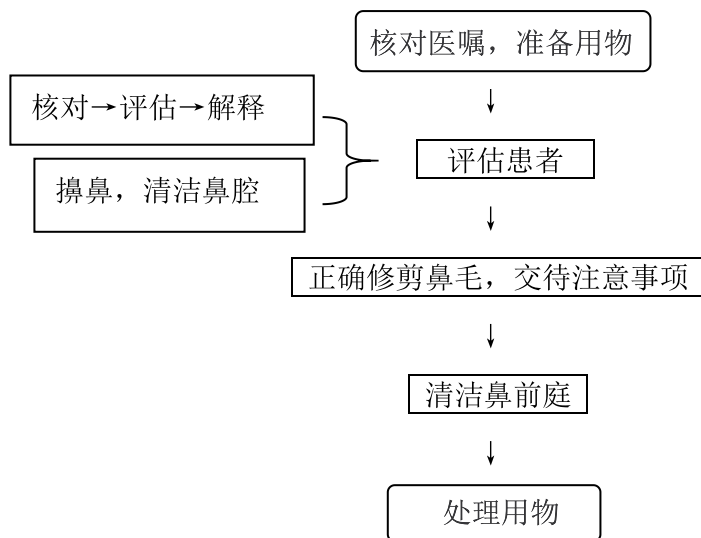




鼻腔冲洗护理流程

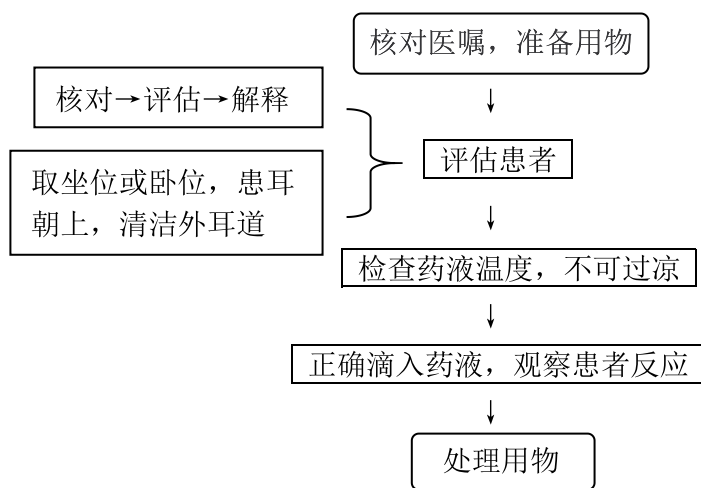


剪鼻毛护理操作流程

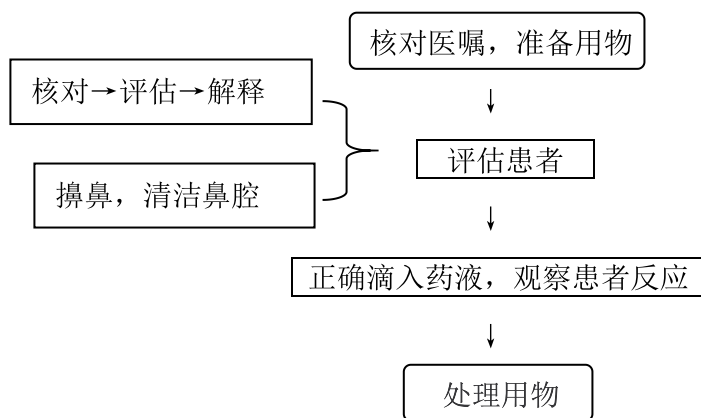




外耳道滴药护理流程

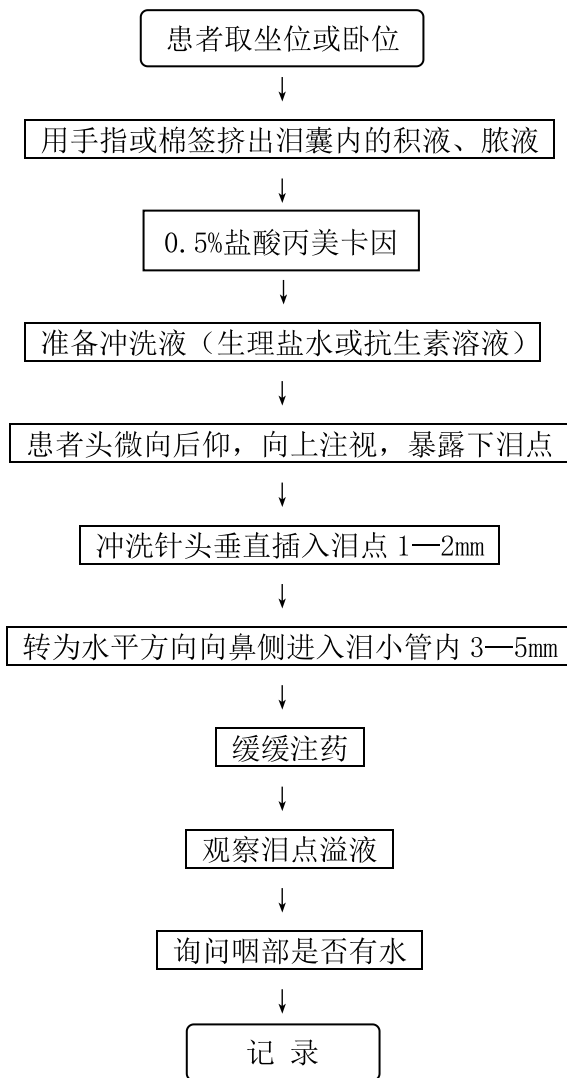


鼻腔滴药护理流程



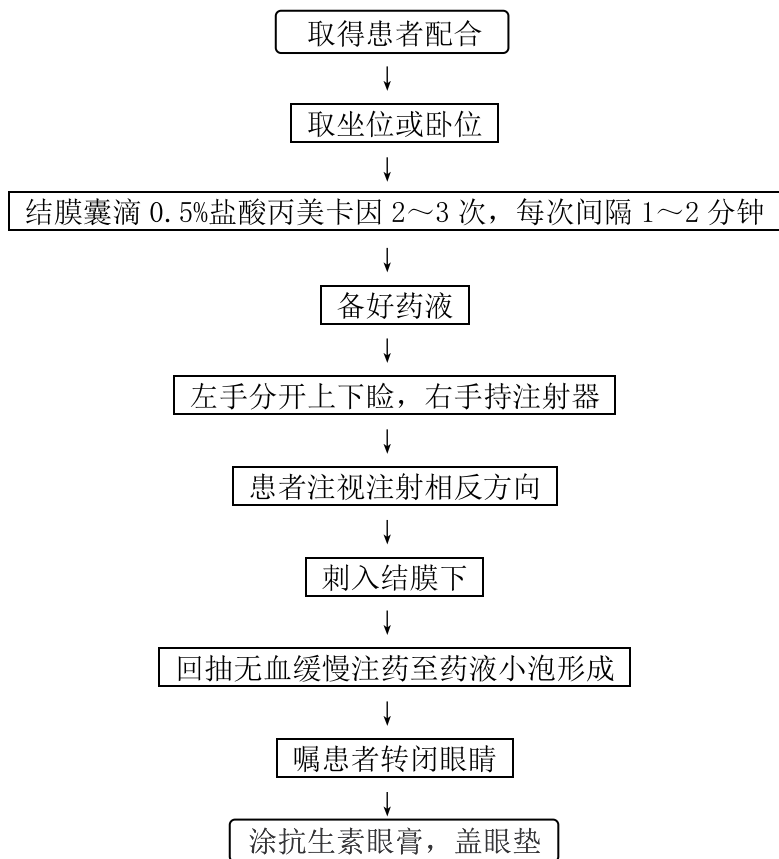


泪道冲洗术护理流程

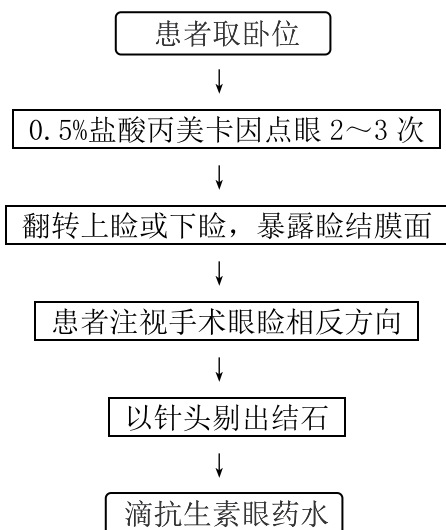




结膜下注射护理流程

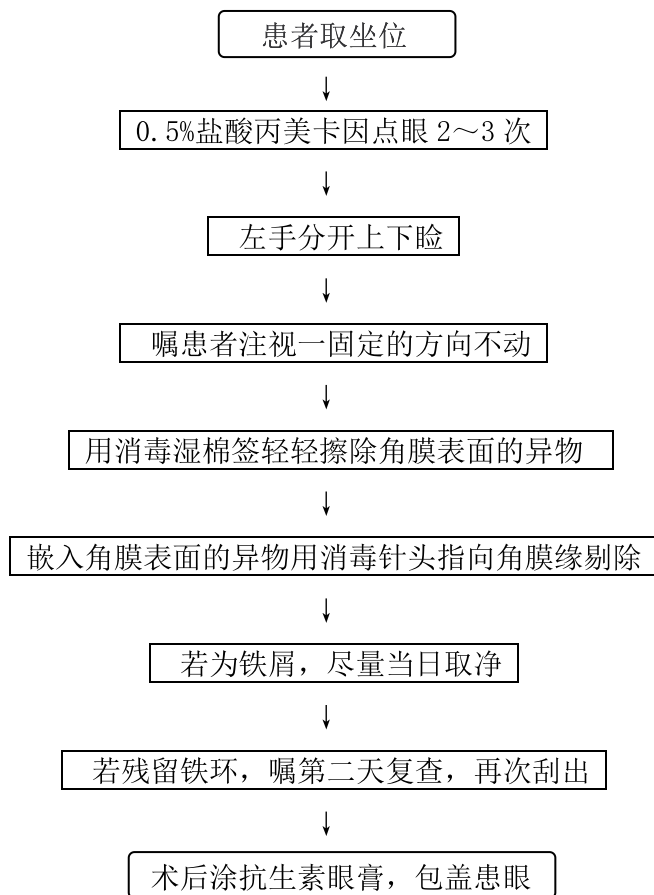


结膜结石剔除术护理流程



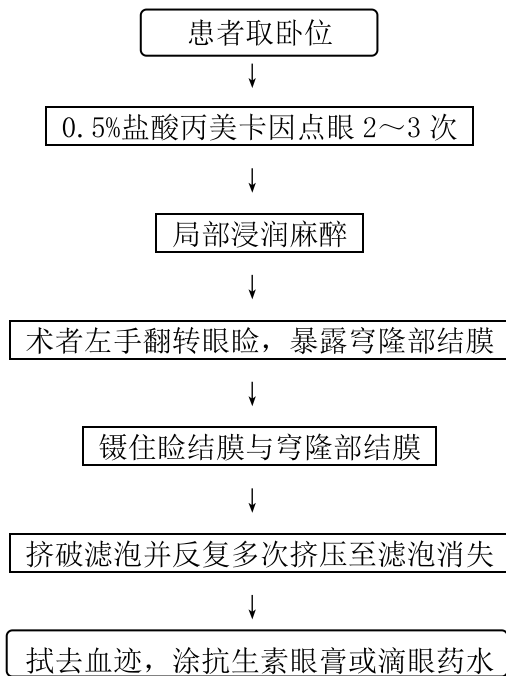


角膜异物取出术护理流程

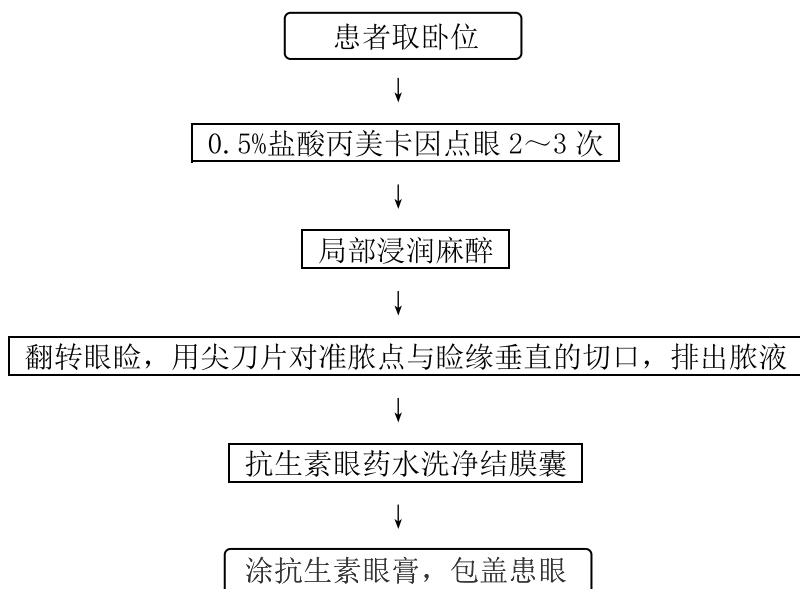




沙眼滤泡压榨术护理流程

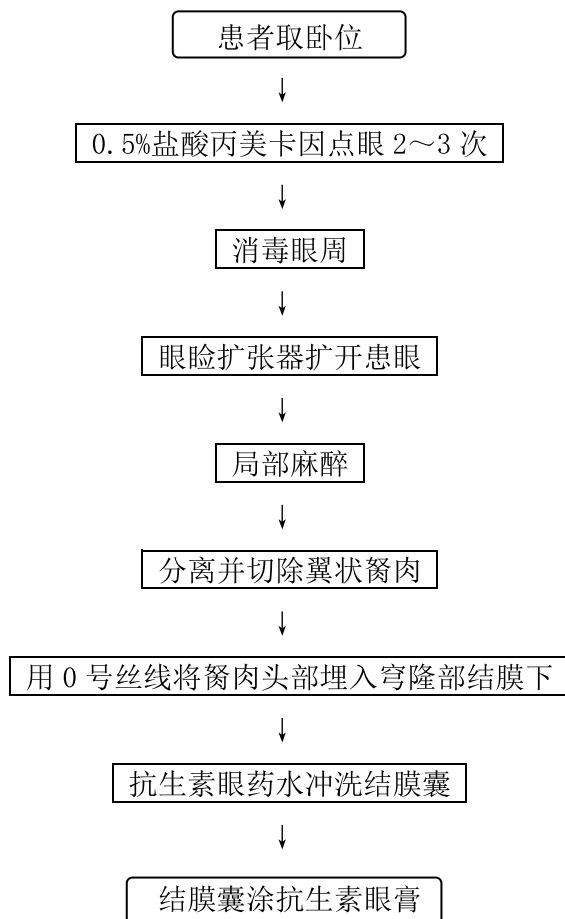


麦粒肿切除术护理流程



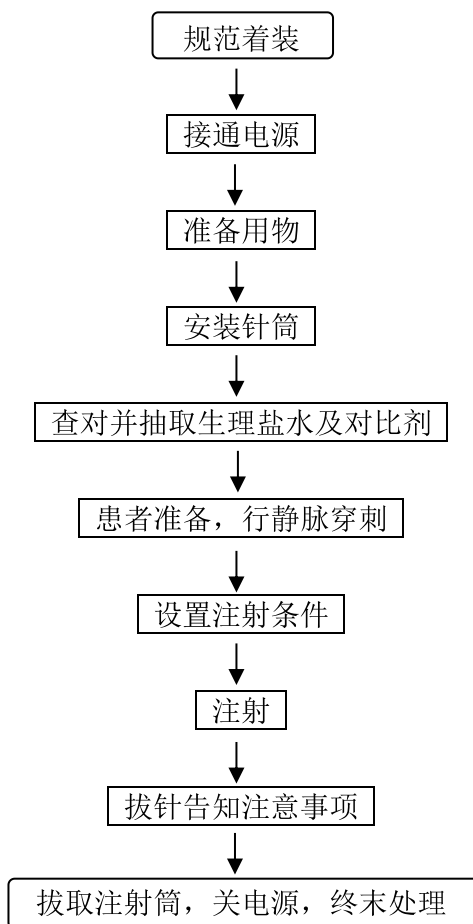


翼状胬肉切除术护理流程



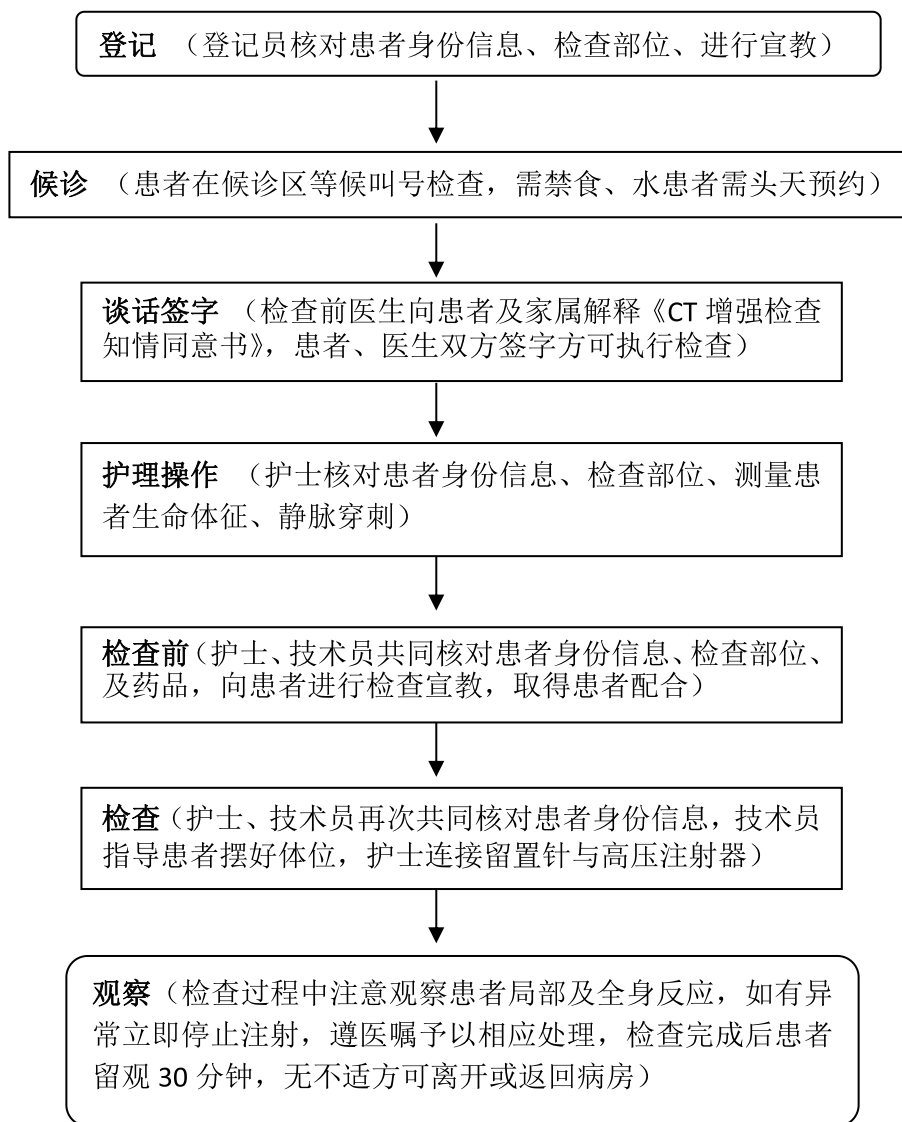


CT 室高压注射器操作流程



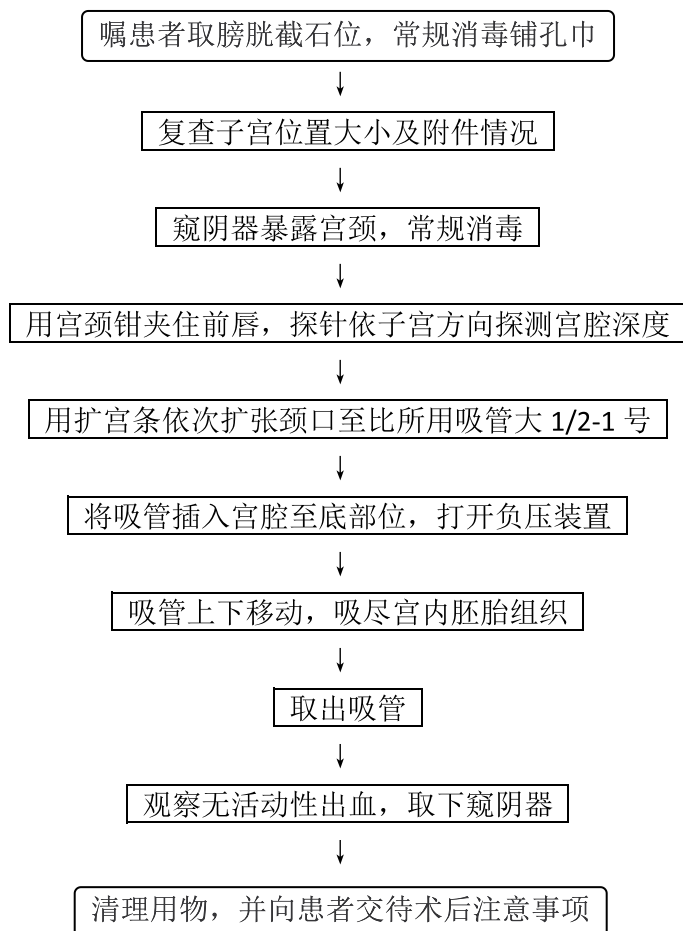


CT 增强检查流程





人流术操作流程





主班护士工作流程及工作内容

(8:00—12:00, 14:30—17:30)

一、接物品 (7:45)

- 1、着装规范，提前 15 分钟完成物品清点工作。
- 2、检查灭火器、消防应急箱处于完好备用状态。
- 3、清点急救车、急救仪器设备，督促夜班护士将其处于完好备用状态。
- 4、按要求清点病房交接班物品并填写登记本
- 5、交接毒麻及精神类药品并填写登记本。

二、晨会、床边交接班 (8:00)

- 1、8:00 参加晨会交接班，与责任护士一同床边交接班。
- 2、了解夜班工作落实情况，了解当日病人总数、新入院、特殊检查、手术及危重病人人数，转床、空床及预收情况。

三、处理电脑医嘱—转录、确认、核对及打印

- 1、负责电脑长期、临时医嘱的转录、确认、核对及打印。
- 2、医嘱执行单与责任护士双人查对。
- 3、与责任护士确认未执行医嘱并交班。

四、落实床位分配、协调

- 1、对新入院病人按病情、医生分管情况、当日空床数等有计安排床位。

- 2、检查、指导责任护士落实病人转床、转科、转院及住院预约登记工作。
- 3、配合责任护士处理转床、转科、转院等协调工作，及各类信息、医嘱的核对。

五、接待新病人

新入院病人介绍责任护士，并协助责任护士做好新病人住院的相关工作，发放住院病人联系卡、健康知识宣教手册等。

六、接待咨询、费用查询及问题反馈

- 1、接待病人或家属的咨询、费用查询及问题反馈，有问必答。
- 2、收集意见，必要时向护士长汇报，便于改进工作。

七、负责与相关部门的咨询、接待、处理工作

- 1、负责病区与相关部门的咨询、接待、预约、登记等工作。
- 2、签收各类化验报告单、检查报告单、医生会诊单等，及时做好分发、通知等处理。



八、核对药品

通知药剂科电脑接收药品信息，接收并核对药房下送的治疗药品。

九、住院病人费用核算

- 1、核算住院病人费用，做到“每日清”。
- 2、核对当日出院及转科病人账目。
- 3、做好病人有关账目咨询、查询及催缴工作。

十、参与抢救、做好抢救配合及调配

指导、配合、检查责任护士工作，参与危重病人抢救，并做好抢救配合及调配工作。

十一、动态环境管理

- 1、主动动态更新护士站各类提示牌。
- 2、协助护士长处理日常事务。
- 3、保持病区环境整洁，维持良好秩序。

午间休息 12:00-14:30 为午休时间

十二、接班（14:30）

1、了解午间治疗变动情况，重点掌握新人院、危重、手术、抢救及特殊检查病人治疗用药情况，做到药品、环境、医嘱”三清”。

2、核对上一班新人院、转床及新改医嘱。

十三、核对医嘱

在责任护士协助下负责每日医嘱核对，做到查对无误。

十四、整理病历

- 1、负责病历保管。
- 2、指导责任护士修改、完善护理病历。
- 3、整理出院病历。

十五、核对口服药

接收并核对药房摆发的口服药，核对无误后，交由责任护士按时发放病人服用。

十六、交接班

- 1、书写交班报告。
- 2、组织责任护士交接班，检查、指导各班工作落实情况。
- 3、补充治疗室药品供应，做到药品、环境、医嘱”三清”。



D 班责任护士工作流程及工作内容

(7:30—17:30)

一、晨间护理 (7:30-8:00)

1、着装规范, 7:30 准时进病房, 自我介绍, 问候病人, 全面评估责任病人一般情况(病情、生活自理能力及需求), 酌情做好输液、管道等观察。

2、早餐护理(协助分管病人进餐、饮食指导)。

3、完成分管病人晨间护理工作。

(1) 湿式扫床。

(2) 按要求准备手术麻醉床, 备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。

(3) 每周更换一次被服, 及时更换污染被服。

(4) 协助生活部分及完全不能自理的责任病人完成(清洁面部、口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护理、更换衣裤等)。

(5) 观察病人受压皮肤, 给予相应护理措施。

(6) 适时健康教育。

4、服药护理(按医嘱服药、双人核对、看服到口、执行单上签名, 了解服药后反应, 给予相关宣教)。

5、环境管理(环境整洁、通风、窗帘及隔帘整齐、陪伴管理)。

二、晨会及床边交接班 (8:00-8:30)

1、8:00 参加晨会交班, 了解病房动态, 并床边重点交接新人院、危重、特殊检查、手术等责任病人情况。

2、床边交接班, 做到“三清”(病情、治疗、护理), 重点交接特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物、病人去向等。

3、护士长、主班及责任护士参与, 对分管的所有病人进行床边交接班。

三、跟医查房 (8:30-9:00)

1、动态掌握责任病人的病情、治疗及护理要点。

2、掌握责任病人“十知道”(床号、姓名、年龄、诊断、病情、心理状态、治疗、护理措施、饮食、家庭情况)。

3、实施护理评估, 根据病情制订、修改危重病人护理计划。



四、落实各项治疗及检查

- 1、认真核对病人长期医嘱药物，并按时执行临时治疗，落实双人查对。
- 2、落实各项特殊治疗（管道、吸痰、换药、记录出人液量等）。
- 3、落实各项常规检查，做好特殊检查病人护理。

（1）特殊检查前护理：完善检查前准备。根据专科分级陪检要求联系、协助病人检查。按要求准备检查中药物、器械等用具。

（2）特殊检查护理，与陪检人员交接病人，按要求安置体位，必要时做好各类床边管路、线路的固定等。测量生命体征并记录。做好检查后宣教工作、处理临时医嘱。密切观察病情变时配合处理。

- 4、10:00 测量责任病人生命体征并绘制，有异常及时通知医生。
- 5、遵医嘱记录 24 小时出人液量。
- 6、将病人所用耗材及时反应到主班记账并关注病人住院费用，及时提醒病人续缴费。
- 7、适时做好护理记录。

五、输液管理

- 1、按要求做好留置针、PICC 等各类静脉置管护理，床头挂标识牌。
- 2、主动巡视，及时更换输液。
- 3、做好输液观察（通畅、无气泡、滴速控制、输液卡双人签名规范）。
- 4、每日更换输液器，药物现配现用，配制好的液体在 2 小时内输注。

六、卧位护理

1、协助活动受限病人翻身，观察受压皮肤情况，按要求填写压疮评估表，给予相应护理措施。

- 2、协助下床受限病人床上移动，保持肢体功能位置，预防垂足。

七、管道护理

- 1、保持有效给氧、管道通畅、标识齐全，观察氧疗效果，每日更换湿化水、湿化瓶。
- 2、落实引流管护理（位置正确、妥善固定、引流通畅、密切观察、标识齐全），有异常及时通知医生处理。

八、动态观察病情变化

动态观察责任病人的病情变化，异常情况及时通知医生并及时配合处理。

九、接待新病人



1、护送新入院病人至所住床位，向病人做自我介绍，及其他入院宣教（环境、管床医生、主任、护士长及规章制度等）。

2、完成入院评估、更换床头牌床头卡及相关标识牌，给病人佩戴手腕带等。

3、协助病人更换患服，落实病人三短九洁。

十、履行出院护理

做好出院病人健康教育，致谢病人在住院期间的配合， 征求病人意见，发放出院病人联系卡，并护送至病区大门口。

十一、安全管理

1、协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、入厕、床上移动、床上使用便器等。

2、做好跌倒、坠床、烫伤、走失等预防措施，悬挂提示牌。

3、做好入院、转科、转床、出院病人处置及宣教。

4、重点加强新入、疑难、危重病人安全护理。

十二、陪护及探视人员管理

执行陪伴、探视管理制度，协调安排来访人员，保持病房正常秩序。

十三、手术病人护理

1、术前护理。

（1）完善手术病人术前准备（备血、上胃管、尿管、备皮及注射术前针）。

（2）护送手术病人到电梯口。

（3）按要求准备麻醉床，备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。

2、术后护理。

（1）与麻醉师床边交接病人，按麻醉方式放置体位，妥善固定引流管。

（2）测量生命体征并记录。

（3）做好术后宣教工作，处理术后临时医嘱。

（4）密切观察病情变化，及时配合处理。

十四、健康教育：疾病相关知识宣教（饮食、用药、疾病、康复知识等）。

护士轮流午餐各 1 小时

11:00—13:00 根据病区工作情况酌情安排，与本组的责任护士轮流午餐、茶歇各 1 小时。

十五、重点内容交接班（10:45、11:45）



本组护士床边重点交接手术、特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物、病人去向等。

十六、午餐护理（11:30 -12:30）

- 1、落实餐前护理（餐前洗手、备好餐板、餐具、纸巾及饮用水等）。
- 2、协助病人微波炉热饭，协助进食，必要时喂食。
- 3、掌握膳食要求，行饮食指导。
- 4、落实餐前、餐中、餐后服药。
- 5、进餐结束，协助病人清洗、整理餐具。

十七、午间护理（12:00—14:30）

保持环境安静，放窗帘、关闭顶灯及电视，安全宣教（防火防盗等），指导病人午休。

十八、手术（特殊检查）病人交接及护理

- 1、连台手术病人术前护理。
 - （1）完善手术病人术前准备（上胃管、尿管、注射术前针）。
 - （2）护送手术病人到电梯口。
 - （3）按要求准备麻醉床，备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。
- 2、术后护理。
 - （1）与麻醉师床边交接病人，按麻醉方式放置体位，妥善固定引流管。
 - （2）测量生命体征并记录。
 - （3）做好术后宣教工作、处理术后临时医嘱。
 - （4）密切观察病情变化，及时配合处理。
- 3、按要求通知特殊检查，妥善安置特殊检查后病人，密切观察病情变化。

十九、落实各项治疗

动态观察病情变化，准确，按时落实长期、临时治疗，执行双人查对，落实特殊治疗（各类管道、吸痰、换药、记录出入液量等）。

二十、生命体征测量绘制（14:00）

- 1、14:00 测量责任包干（或本组）病人体温并绘制在体温单上，转抄体温本。
- 2、体温异常者，三天无大便者应通知医生并给予相应处理。

二十一、晚间护理（14:30）

- 1、整理床单位，酌情湿式扫床。
- 2、协助病人完成基础护理工作（清洁面部及口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护



理、洗头、指（趾）甲护理、剃胡须、更换被服和衣裤、外阴擦洗、足部护理等）。

二十二、完成各项治疗及护理并协助医嘱核对

- 1、动态掌握病人当日治疗、检查完成情况。
- 2、协助主班完成每日医嘱核对工作。
- 3、通知次日特殊检查的注意事项，并进行相关宣教。
- 4、手术科室落实各种术前准备及术前宣教。
- 5、服药护理：根据药物性质及医嘱指导服药，看服到口，并在执行单上签字。观察服药后反应，做好药物宣教。
- 6、做好入院、转科、转床、出院病人处理及宣教。
- 7、适时书写护理记录。

二十三、术前、特殊检查及标本采集准备（16:30）

- 1、完善次日手术病人术前准备工作（禁食、药物、肠道准备等）。
- 2、打印核对次晨各种化验标本条码、特殊检查单，准备标本容器，执行双人核对。
- 3、指导病人正确留取标本，按次日检查项目要求、时间，做好相应准备工作。

二十四、晚餐护理（17:00） 同“午餐护理”

二十五、心理护理

了解病人思想动态，做好心理护理。

二十六、交班前准备（17:15）

整理房间，保持环境清洁，清理治疗车，倾倒治疗车垃圾桶垃圾，保持床边使用仪器清洁规范。做好各自工作量的统计及登记。

二十七、交接班（17:30）

- 1、床边交接班，重点交接手术、特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物、病人去向等。
- 2、与病人道别，做好工作衔接。



N 班护士工作流程及工作内容

(17:30—8:30)

一、接物品 (17:15)

- 1、着装规范，提前 15 分钟完成物品清点工作。
- 2、检查灭火器、消防应急箱处于完好备用状态。
- 3、清点急救车、急救仪器设备，督促白班责任护士将其处于完好备用状态。
- 4、按要求清点病房交接班物品及仪器设备并填写登记本。

二、交接班 (17:30)

与责任护士床边交接班，自我介绍，问候病人，做到“三清”（病情、治疗、护理），床边重点交接：新、危重、手术、特殊检查病人，管道、皮肤、饮食、药物、去向等。

三、动态观察病情变化

巡视病房，密切观察病情变化，异常情况及时通知医生，配合处理，适时做好护理记录。

四、服药护理 (20:00)

按医嘱服药、双人核对、看服到口、执行单上签名；了解服药后反应，给予相关宣教。

五、睡前护理 (20:30)

- 1、做好环境管理（环境整洁、垂放窗帘、陪伴管理），指导病人休息。
- 2、必要时为病人准备好便器，放好床边呼叫铃。

六、安全管理

- 1、协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、入厕、床上移动、床上使用便器等。
- 2、做好跌倒、坠床、烫伤、走失等预防措施，悬挂提示牌。
- 3、做好入院、转科、转床、出院病人处置及宣教。

七、完成夜间各项治疗和护理

- 1、全面负责病人各项治疗、护理、抢救、安全等工作。
- 2、做好夜间急诊病人收治及处置。
- 3、卧位护理。
 - (1) 协助活动受限病人翻身，观察受压皮肤情况，按要求填疮评估表，给予相应护理措施。
 - (2) 协助下床受限病人床上移动，保持肢体功能位置，预防垂足。



4、输液管理。

(1) 按要求做好留置针、PICC、CVC 等各类静脉置管护理，床头挂标识牌。

(2) 主动巡视，及时更换输液。

(3) 做好输液观察（通畅、无气泡、滴速控制、签名规范）。

(4) 药物现配现用，配制好的液体须在 2 小时内输注。

5、管道护理。

(1) 保持有效给氧、管道通畅、标识齐全，观察氧疗效果。

(2) 落实引流管护理（位置正确、妥善固定、引流通畅、密切观察，标识齐全），有异常及时通知医生处理。

6、了解病人的需求，协助病人饮水、大小便护理。

7、遵医嘱记录 24 小时出入液量。

8、适时书写护理记录

八、整理护士站、治疗室

1、保持治疗室、护士站清洁

2、做好各类护理工作统计及登记工作。

九、各房间消毒（0:00 — 2:00）

关闭杂用间、治疗室、处置间、换药室门窗，三氧消毒机或紫外线照射消毒 2 小时。

十、重点工作交接班 床边重点交接新、特殊检查、危重、手术后病人

护士轮流茶歇：23:00—5:00 根据病区工作情况酌情安排，护士轮流茶歇。

十一、生命体征测量、绘制（6:00）

1、6:00 测量 Qid T.P.R，并绘制在体温单上。

2、体温异常者应通知医生并给予相应处理。

十二、血标本采集及其它标本留取（6:15）

1、双人核对采血化验单及试管条码并按要求采集血标本。

2、按要求指导患者留取各种标本（大小便、痰等）。

十三、晨间基础护理（6:30）

1、6:30 协助危重病人及手术后病人完成基础护理工作（清洁面部及口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护理、更换衣裤及被服等）。

2、观察受压皮肤情况，给予相应护理措施。

3、落实整理责任病人床单位，湿式扫床。



十四、落实术前及特殊检查准备（7:00）

完善当日第一台手术病人术前准备工作，完善特殊检查准备工作。

十五、记录出入液量（7:00） 小结 24 小时出入液量，记录于护理记录单及体温单。

十六、早餐护理（7:15）

- 1、落实餐前护理（餐前洗手、备好餐板、餐具、纸巾及饮用水等）。
- 2、协助病人微波炉热饭，协助进食，必要时喂食。
- 3、掌握膳食要求，行饮食指导。
- 4、落实餐前、餐中、餐后服药。
- 5、进餐结束，协助病人清洗、整理餐具。

十七、书写交班报告（7:30）据实书写交班记录并完成夜班个人工作量统计及登记工作。

十八、交班前准备（7:45）

- 1、整理房间，保持环境清洁，清理治疗车，倾倒治疗车下层垃圾桶，保持床边使用仪器清洁规范。
- 2、保持护士站、药品准备室、治疗室、处置室清洁整齐。

十九、交接班（8:00）

8:00 晨会交接班，并与责任护士床边交接班，重点交接特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物等。

二十、整理休息室（8:30）

整理护士休息室，清理私人物品（每周定时更换休息室床单、被套等），开窗通风。



责任护士工作流程(APN 班模式)

A 班护士工作流程及工作内容(7:30—17:00)

一、晨间护理(7:30-8:00)

1、着装规范, 7:30 准时进病房, 自我介绍, 问候病人, 全面评估责任病人一般情况(病情、生活自理能力及需求), 酌情做好输液、管道等观察。

2、早餐护理(协助责任病人进餐、饮食指导)。

3、完成责任病人晨间护理工作。

(1) 湿式扫床。

(2) 按要求准备手术麻醉床, 备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。

(3) 每周更换一次被服, 及时更换污染被服。

(4) 协助生活部分及完全不能自理的责任病人完成(清洁面部、口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护理、更换衣裤等)。

(5) 观察病人受压皮肤, 给予相应护理措施。

(6) 适时健康教育。

4、服药护理(按医嘱服药、双人核对、看服到口、执行单上签名, 了解服药后反应, 给予相关宣教)。

5、环境管理(环境整洁、通风、窗帘及隔帘整齐、陪伴管理)

二、晨会及床边交接班(8:00-8:30)

1、8:00 参加晨会交班, 了解病房动态, 并床边重点交接新人院、危重、特殊检查、手术等责任病人情况。

2、床边交接班, 做到“三清”(病情、治疗、护理), 重点交接特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物、病人去向等。

3、护士长、主班及责任护士参与, 对分管的所有病人进行床边交接班。

三、跟医查房(8:30-9:00)

1、动态掌握责任病人的病情、治疗及护理要点。

2、掌握责任病人“十知道”(床号、姓名、年龄、诊断、病情、心理状态、治疗、护理措施、饮食、家庭情况)。

3、实施护理评估, 根据病情制订、修改危重病人护理计划。



四、治疗室及换药室环境、药品、物品管理

- 1、按要求更换消毒液，清洁治疗室台面、地面 2 次。
- 2、清洁整理治疗室各柜、抽屉，整理装订前日治疗卡片，妥善存放。
- 3、清洁治疗车，保持治疗盘的清洁规范。
- 4、全面保持治疗室、换药室清洁、整齐、规范。
- 5、督促医疗垃圾分类处理，认真填写医疗废物登记本。
- 6、清理待消毒物品，按要求妥善放置，与供应室更换无菌物品。
- 7、清理补充治疗室常用物品、规范放置，保证供应。

五、落实各项治疗及检查

1、认真核对配置中心所配置责任病人长期医嘱药物，并按时执行临时治疗，落实双人查对。

- 2、落实各项特殊治疗（管道、吸痰、换药、记录出人液量等）。
- 3、落实各项常规检查，做好特殊检查病人护理。

(1) 特殊检查前护理：完善检查前准备。根据专科分级陪检要求联系、协助病人检查。按要求准备检查中药物、器械等用具。

(2) 特殊检查护理，与陪检人员交接病人，按要求安置体位，必要时做好各类床边管路、线路的固定等。测量生命体征并记录。做好检查后宣教工作、处理临时医嘱。密切观察病情变时配合处理。

- 4、10:00 测量责任病人生命体征并绘制，有异常及时通知医生。
- 5、遵医嘱记录 24 小时出人液量。
- 6、将病人所用耗材及时反应到主班记账并关注病人住院费用，及时提醒病人续缴费。
- 7、适时做好护理记录。

六、输液管理

- 1、按要求做好留置针、PICC、CVC 等各类静脉置管护理，床头挂标识牌。
- 2、主动巡视，及时更换输液。
- 3、做好输液观察（通畅、无气泡、滴速控制、输液卡双人签名规范）。
- 4、每日更换输液器，药物现配现用，配制好的液体在 2 小时内输注。

七、卧位护理

- 1、协助活动受限病人翻身，观察受压皮肤情况，按要求填写压疮评估表，给予相应



护理措施。

- 2、协助下床受限病人床上移动，保持肢体功能位置，预防垂足。

八、管道护理

- 1、保持有效给氧、管道通畅、标识齐全，观察氧疗效果，每日更换湿化水、湿化瓶。
- 2、落实引流管护理（位置正确、妥善固定、引流通畅、密切观察、标识齐全），有异常及时通知医生处理。

九、动态观察病情变化

动态观察责任病人的病情变化，异常情况及时通知医生并及时配合处理。

十、接待新病人

- 1、护送新入院病人至所住床位，向病人做自我介绍，及其他入院宣教（环境、管床医生、主任、护士长及规章制度等）。
- 2、完成入院评估、更换床头牌床头卡及相关标识牌，给病人佩戴手腕带等。
- 3、协助病人更换患服，落实病人三短九洁。

十一、履行出院护理

做好出院病人健康教育，致谢病人在住院期间的配合， 征求病人意见，发放出院病人联系卡，并护送至病区大门口。

十二、安全管理

- 1、协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、入厕、床上移动、床上使用便器等。
- 2、做好跌倒、坠床、烫伤、走失等预防措施，悬挂提示牌。
- 3、做好入院、转科、转床、出院病人处置及宣教。
- 4、重点加强新入、疑难、危重病人安全护理。

十三、陪护及探视人员管理

执行陪伴、探视管理制度，协调安排来访人员，保持病房正常秩序。

十四、手术病人护理

- 1、术前护理。
 - （1）完善手术病人术前准备（备血、上胃管、尿管、备皮及注射术前针）。
 - （2）护送手术病人到电梯口。
 - （3）按要求准备麻醉床，备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。
- 2、术后护理。



- (1) 与麻醉师床边交接病人，按麻醉方式放置体位，妥善固定引流管。
- (2) 测量生命体征并记录。
- (3) 做好术后宣教工作，处理术后临时医嘱。
- (4) 密切观察病情变化，及时配合处理

十五、健康教育：疾病相关知识宣教（饮食、用药、疾病、康复知识等）

护士轮流午餐各 1 小时

11:00—13:00 根据病区工作情况酌情安排，与本组的责任护士轮流午餐、茶歇各 1 小时。

十六、午餐护理（11:30 -12:30）

- 1、落实餐前护理（餐前洗手、备好餐板、餐具、纸巾及饮用水等）。
- 2、协助病人微波炉热饭，协助进食，必要时喂食。
- 3、掌握膳食要求，行饮食指导。
- 4、落实餐前、餐中、餐后服药。
- 5、进餐结束，协助病人清洗、整理餐具。

十七、重点内容交接班（10:45、11:45）

本组护士床边重点交接手术、特殊检查、管道、皮肤、饮食、药物、病人去向等。

十八、午间护理（12:00—14:30）

保持环境安静，放窗帘、关闭顶灯及电视，安全宣教（防火防盗等），指导病人午休。

十九、手术（特殊检查）病人交接及护理

- 1、连台手术病人术前护理。
 - (1) 完善手术病人术前准备（上胃管、尿管、注射术前针）。
 - (2) 护送手术病人到电梯口。
 - (3) 按要求准备麻醉床，备好氧气、监护仪、管道标识、挂钩等用物。
- 2、术后护理。
 - (1) 与麻醉师床边交接病人，按麻醉方式放置体位，妥善固定引流管。
 - (2) 测量生命体征并记录。
 - (3) 做好术后宣教工作、处理术后临时医嘱。
 - (4) 密切观察病情变化，及时配合处理。
- 3、按要求通知特殊检查，妥善安置特殊检查后病人，密切观察病情变化。



二十、落实各项治疗

动态观察病情变化，准确，按时落实长期、临时治疗，执行双人查对，落实特殊治疗（各类管道、吸痰、换药、记录出入液量等）。

二十一、生命体征测量绘制（14:00）

1、14:00 测量责任包干（或本组）病人体温并绘制在体温单上，转抄体温本。

2、体温异常者，三天无大便者应通知医生并给予相应处理。

二十二、晚间护理（14:30）

1、整理床单位，酌情湿式扫床。

2、协助病人完成基础护理工作（清洁面部及口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护理、洗头、指（趾）甲护理、剃胡须、更换被服和衣裤、外阴擦洗、足部护理等）。

二十三、完成各项治疗及护理并协助医嘱核对

1、动态掌握病人当日治疗、检查完成情况。

2、协助主班完成每日医嘱核对工作。

3、通知次日特殊检查的注意事项，并进行相关宣教。

4、手术科室落实各种术前准备及术前宣教。

5、服药护理：根据药物性质及医嘱指导服药，看服到口，并在执行单上签字。观察服药后反应，做好药物宣教。

6、做好入院、转科、转床、出院病人处理及宣教。

7、适时书写护理记录。

二十四、交班前准备（16:45）

整理房间，保持环境清洁，清理治疗车，倾倒治疗车垃圾桶垃圾，保持床边使用仪器清洁规范。做好各自工作量的统计及登记工作。

二十五、交接班（17:00）向 P 班交班

1、床边重点交接手术、特殊检查、管道、皮肤、饮食、病人去向等。

2、与病人道别，做好工作衔接。



P 班护士工作流程

(17:00—0:00)

一、接物品（16:45）

- 1、着装规范，提前 15 分钟完成物品清点工作。
- 2、检查灭火器、消防应急箱处于完好备用状态。
- 3、清点急救车、急救仪器设备，督促白班责任护士将其处于完好备用状态。
- 4、按要求清点病房交接班物品及仪器设备并填写登记本。

二、床边交接班（17:00-17:30）

17:00 与责任护士床边交接班，自我介绍，问候病人；做到“三清”（病情、治疗、护理），床边重点交接：新、危重、手术、特殊检查病人，病人的管道、皮肤、饮食、药物、去向等。

三、晚餐护理（17:30）

- 1、17:30 进行健康教育，落实餐前护理（餐前洗手、备好餐板、餐具、纸巾及饮用水等）。
- 2、协助病人拿饭菜，微波炉热饭，协助进食，必要时喂食。
- 3、掌握膳食要求，行饮食指导。
- 4、落实餐前、餐中、餐后服药。
- 5、进餐结束，协助病人清洗、整理餐具。

四、完成各项治疗

- 1、动态掌握病人当日治疗、检查完成情况。
- 2、通知次日特殊检查注意事项，并进行相关宣教。
- 3、落实次日手术病人各种术前准备及宣教工作。
- 4、接待手术病人，做好交接班，并妥善安置及处理。
- 5、服药护理（按医嘱服药、双人核对、看服到口、执行单上签名，了解服药后反应，给予相关宣教）。

- 6、遵医嘱记录 24 小时出入液量。

五、动态观察病情变化

动态观察病人病情变化，异常情况通知医生，配合处理。

六、心理护理

了解病人思想动态，做好心理护理。

七、安全管理

- 1、协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、如厕、床上移动、床上使用便器等。



- 2、做好跌倒、坠床、烫伤、走失等预防措施，悬挂提示牌。
- 3、做好入院、转科、转床、出院病人处置及宣教。

八、生命体征测量、绘制（18:00）

- 1、18:00 测量 qid T.P.R，并绘制在体温单上，转抄体温本。

三、体温异常者应通知医生并给予相应处理。

九、特殊检查及标本采集准备（19:00）

- 1、打印核对次晨各种化验标本条码、特殊检查单，准备标本容器，执行双人核对。
- 2、指导病人正确留取标本，按次日检查项目要求、时间，做好相应准备工作。

十、落实术前准备（19:30）

完善次日手术病人术前准备工作（禁食、药物、肠道准备等）。

十一、服药护理（20:00）

按医嘱服药、双人核对、看服到口、执行单上签名；了解服药后反应，给予相关宣教。

十二、睡前护理（20:30）

1、20:30 晚间，做好环境管理（环境整洁、通风、垂放窗帘、陪伴管理），指导病人休息。

- 2、必要时为病人准备好便器，放好床边呼叫铃。

十三、安全管理

- 1、协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、如厕、床上移动、床上使用便器等。
- 2、做好跌倒、坠床、烫伤、走失等预防措施，悬挂提示牌。

十四、完成夜间各项治疗和护理

- 1、全面负责病人各项治疗、护理、抢救、安全等工作。
- 2、做好夜间急诊病人收治及处置。
- 3、卧位护理。

（1）协助活动受限病人翻身. 观察受压皮肤情况，按要求填疮评估表，给予相应护理措施。

（2）协助下床受限病人床上移动，保持肢体功能位置，预防垂足。

- 4、输液管理。

（1）按要求做好留置针、PICC、CVC 等各类静脉置管护理，床头挂提示牌。

（2）主动巡视，及时更换输液。

（3）做好输液观察（通畅、无气泡、滴速控制、签名规范）。

（4）药物现配现用，配制好的液体须在 2 小时内输注。

- 5、管道护理。



(1) 保持有效给氧、管道通畅、标识齐全，观察氧疗效果。

(2) 落实引流管护理（位置正确、妥善固定、引流通畅、密切观察，标识齐全），有异常及时通知医生处理。

6、了解病人的需求，协助病人饮水、大小便护理。

7、遵医嘱记录 24 小时出入液量。

8、适时书写护理记录。

十五、各房间消毒（21:00 — 23:00）

关闭杂用间、治疗室、处置间、换药室门窗，三氧消毒机或紫外线照射消毒 2 小时。

十六、整理护士站、药品准备室、治疗室、处置室

1、保持药品准备室、治疗室、处置室、办公室清洁（做好治疗车及各类仪器清洁，如输液泵、微量泵、心电监护、吸引器等）。

2、做好各类护理工作及各自工作量统计、登记工作。

十七、交接班（23:45-0:00）

1、整理房间，保持环境清洁，清理治疗车，倾倒治疗车垃圾桶垃圾，保持床边使用仪器清洁规范。做好各自工作量的统计及登记工作。

五、23:45 向 N 班交班。

2、床边重点交接手术、特殊检查、管道、皮肤、饮食、病人去向等。



N 班护士工作流程及工作内容

(0:00—8:00)

一、接物品(23:45)

- 1、着装规范,提前 15 分钟完成物品清点工作。
- 2、检查灭火器、消防应急箱处于完好备用状态,应急箱封条注明检查时间及责任人。
- 3、清点急救车、急救仪器设备,督促 P 班责任护士将其处于完好备用状态。
- 4、按要求清点病房交接班物品并填写登记本。

二、交接班(0:00)

与 P 班责任护士床边交接班,自我介绍,问候病人,做到“三清”(病情、治疗、护理),床边重点交接:新、危重、手术、特殊检查病人,管道、皮肤、饮食、药物、去向等。

一、动态观察病情变化

巡视病房,密切观察病情变化,异常情况及时通知医生,配合处理,适时书写护理记录。

四、完成各项治疗和护理

- 1、全面负责病人各项治疗、护理、抢救、安全等工作。
- 2、做好夜间急诊病人收治及处置。
- 3、卧位护理。

(1) 协助活动受限病人翻身,观察受压皮肤情况,按要求填写压疮评估表,给予相应护理措施。

(2) 协助下床受限病人床上移动,保持肢体功能位置,预防垂足。

4、输液管理。

(1) 按要求做好留置针、PICC、CVC 等各类静脉置管护理,床头悬挂标识牌。

(2) 主动巡视,及时更换输液。

(3) 做好输液观察(通畅、无气泡、滴速控制、签名规范)。

(4) 药物现配现用,配制好的液体须在 2 小时内输注。

5、管道护理。

(1) 保持有效给氧、管道通畅、标识齐全,观察氧疗效果。

(2) 落实引流管护理(位置正确、妥善固定、引流通畅、密切观察、标识齐全),有异常及时通知医生处理。

6、了解病人的需求,协助病人饮水、大小便护理。

7、遵医嘱,准确记录 24 小时出入液量。

8、适时书写护理记录。

五、安全管理

协助输液、卧床等生活不能自理病人饮水、如厕、床上移动、床上使用便器等。

六、生命体征测量、绘制(6:00)



1、6:00 测量 Qid T.P.R 并绘制在体温单上。

2、体温异常者应通知医生并给予相应处理。

七、血标本采集及其它标本留取（6:15）

1、双人核对采血化验单及试管条码并按要求采集血标本。

2、按要求指导患者留取各种标本（大小便、痰等）。

八、晨间基础护理（6:30）

1、6:30 协助危重病人及手术后病人完成基础护理工作（清洁面部及口腔、梳头、温水擦洗、排泄、会阴护理、更换衣裤及被服等）。

2、观察受压皮肤情况，给予相应护理措施。

3、落实整理责任病人床单位，湿式扫床。

九、记录出入液量（7:00）

小结 24 小时出入液量，记录于护理记录单及体温单

十、落实术前及特殊检查准备（7:00）

完善当日第一台手术病人术前准备工作，完善特殊检查准备工作。

十一、早餐护理（7:15）

1、7:15 健康教育，落实餐前护理（餐前洗手、备餐板、餐具、纸巾及饮用水等）。

2、协助病人拿饭菜、微波炉热饭，协助进食，必要时喂食。

3、掌握膳食要求，行饮食指导。

4、落实餐前、餐中、餐后服药。

5、进餐结束，协助病人清洗、整理餐具。

十二、书写交班报告（7:30）

据实书写交班记录，送手术病人到电梯口。

十三、交班前准备

1、整理房间，保持环境清洁，清理治疗车，倾倒治疗车下层垃圾桶，保持床边使用仪器清洁规范。

2、保持护士站、药品准备室、治疗室及处置室清洁整齐。

十四、交接班（8:00）

8:00 晨会交接班，与责任护士床边交接班，重点交接特殊检查，管道、皮肤、饮食、药物等。

十五、整理休息室

整理护士休息室，清理私人物品（每周五更换休息室床单、被套等）。



烫伤防范预案

【高危人群】

昏迷、截瘫，麻醉后 24 小时内有感觉障碍的患者，老年，婴幼儿，危重患者，有感觉功能减退的患者应加强防烫伤。

【防范措施】

一、加强入院护理评估和入院宣教工作，将有关防烫伤的事项告知患者及家属，取得他们的理解和支持。

二、昏迷、截瘫、麻醉后 24 小时内有感觉功能障碍的患者一般情况下应使用热水袋，新生儿禁用热水袋，小儿、重危患者应慎用热水袋。

三、如患者需要使用热水袋，必须装入套（袋）内使用。经护士用水温计测温，小儿、老年人、体弱患者水温不超过 50℃，使用前应仔细检查有无漏水。每 30min 巡视一次，观察热水袋有无漏水及皮肤情况，并做好交接班工作。

四、老年人感觉减退患者应由护士或家属协助调好水温，再进行沐浴，水温应在 39-42℃（用水温计进行测试）。

五、加强巡视，对于生活自理能力欠缺的患者应主动帮助取用热水瓶，以防止不慎打翻热水瓶烫伤患者。

六、一旦发生烫伤，当班人员应及时汇报医生，妥善做好烫伤局部皮肤的处理。

【烫伤的应急预案】

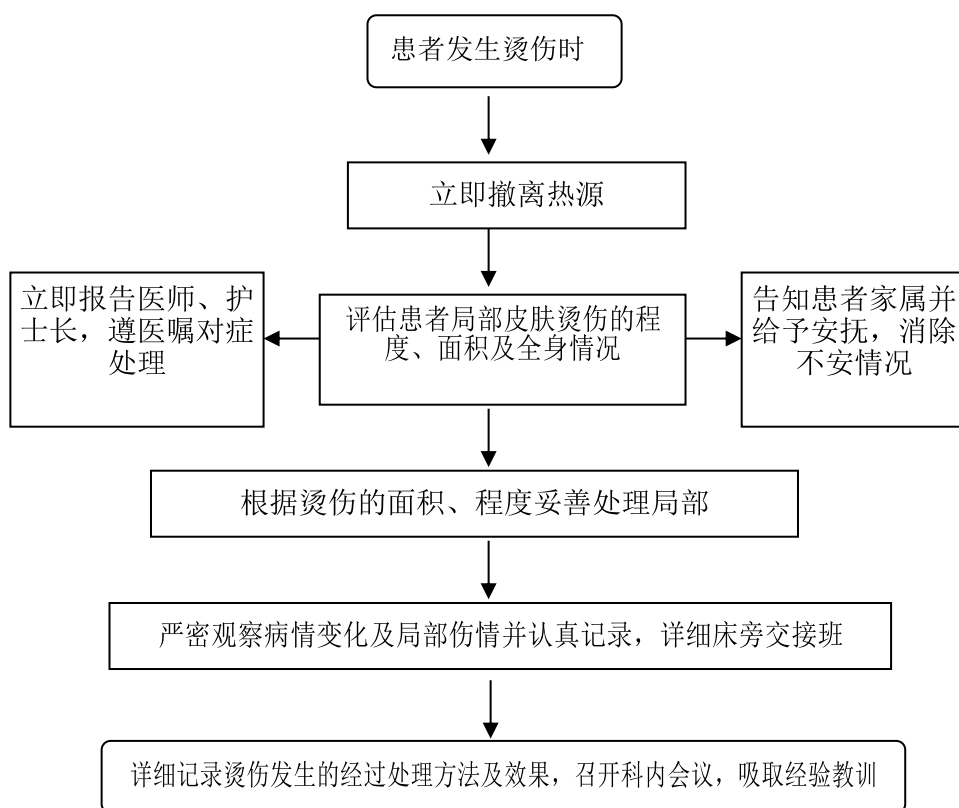
一、一旦发现患者有烫伤发生时，应立即汇报值班医生和护士长，24 小时内上报护理部。

二、针对烫伤的程度和部位请烧伤科和相关科室进行会诊。

三、注意创面的处理，避免感染。

四、指、趾末端烫伤时注意保暖及血运的观察。

【流程图】



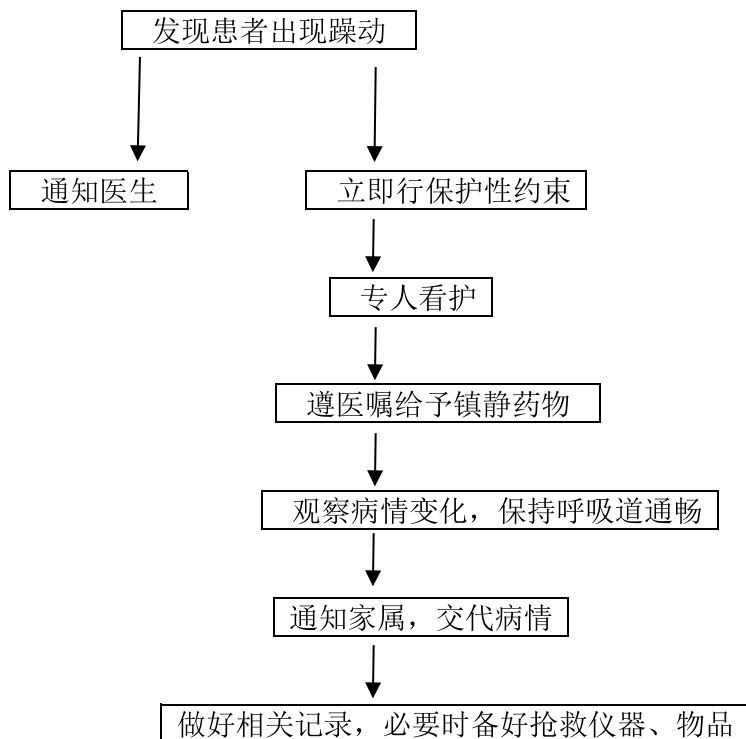
烫伤的预防

- 1.加强安全管理，制作警示标志牌并有明确的预防烫伤指导，对患者进行宣传和告知。
- 2.定期组织护理人员与学习理疗、熏洗、放疗、激治疗等各仪器的正确使用方法及规范操作规程，杜绝治疗设备性烫伤的发生。
- 3.将热水袋、电器等容易导致烫伤的物品至于高处安全的地方。
- 4.协助患者进食、人工喂养幼儿时，应先测试食物温度（38℃左右为宜）。
- 5.热疗前，告知患者及家属注意事项。红外线灯为 250~500W，灯距为 30~50cm，并注意保护皮肤。



躁动防范预案

【患者发生躁动时的应急程序】



**【保护性约束知情同意书】****保护性约束知情同意书**

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 科别：_____ 床号：_____ 住院号：_____

根据患者病情及治疗需要，拟给予患者采取保护性安全措施，对患者进行约束保护。医务人员已针对患者病情，向患者（家属）说明该措施的必要性及优缺点。由于病情及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该措施可能会出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果，医务人员已充分向患者或患者近亲属（或授权委托人）交代。如发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，但仍可能发生不良后果。是否同意接受保护性约束，请书面表明意愿并签字。

谈话医生签名：

年 月 日 时 分

本人系患者（或受患者委托的代理人），因病情需要，需进行保护性约束。医务人员已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受保护性约束，并授权医务人员在治疗中进行合理的医疗处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属签名（注明与患者关系）：

年 月 日 时 分

本人系患者（或受患者委托的代理人），因病情需要，需进行保护性约束。医务人员已告知保护性约束的必要性，本人拒绝接受保护约束措施，由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属签名（注明与患者关系）：

年 月 日 时 分



【安全约束的操作程序】

一、用物 床档、约束带、床单、棉垫。

二、操作步骤

1、核对医嘱，准备用物。

2、了解患者病情，核对患者信息，评估患者神志、生命体征、肢体活动情况、约束部位皮肤色泽、温度、完整性及各种管道。

3、向患者及家属解释约束的目的，取得其理解与配合，并在由患者或其家属签署知情同意书。

4、预防患者发生坠床，使用两侧床档，携用物至床旁，再次核对患者信息。

5、手腕部及踝部约束时，先用约束带棉垫部分包裹，再将系带套在棉垫外稍拉紧，以肢体不脱出、不影响血液循环为宜，避开输液及其他管道，将带子系于床缘。

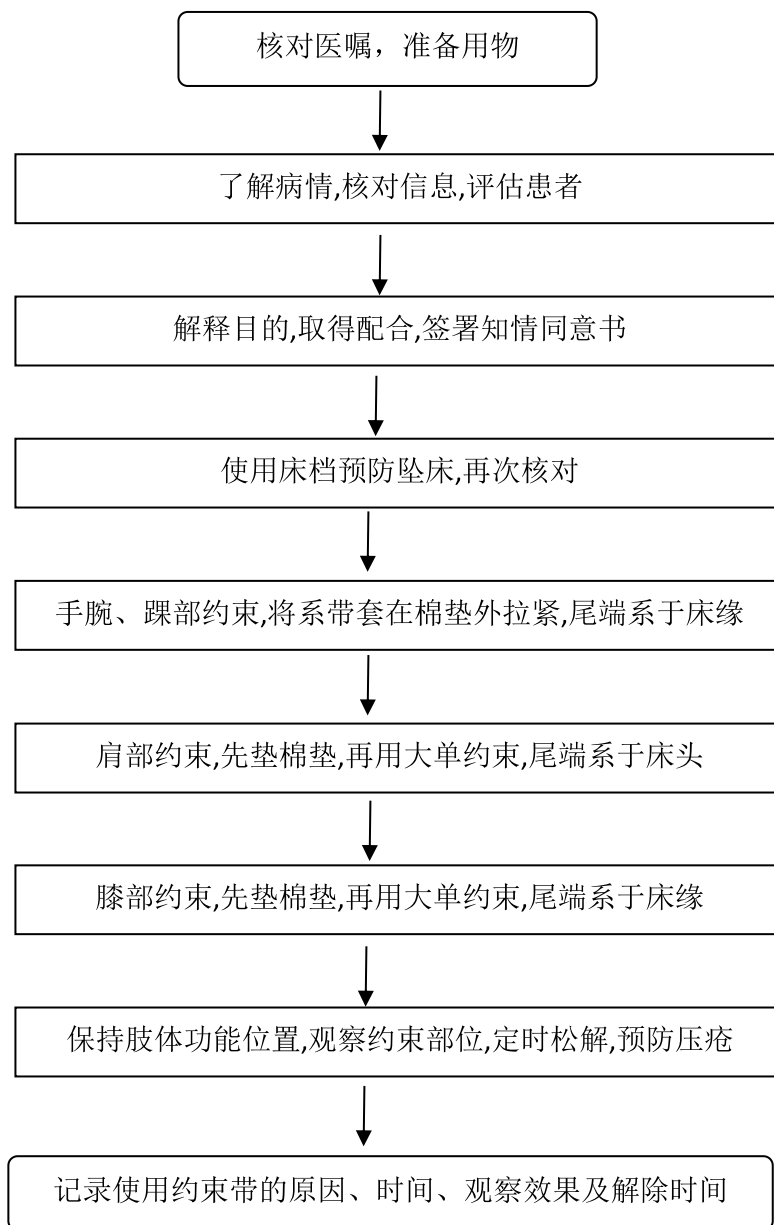
6、肩部约束时，先将患者肩部垫棉垫，再将大单折成长条，横放于肩部，两头各约束一侧肩关节，尾端系于床头。必要时将枕横于床头。

7、膝部约束时，先将患者膝部垫棉垫，再将大单折成长条，横放于两膝上，两头各约束一侧膝关节，尾端系于床缘。

8、使用约束带时，应使肢体处于功能位置，固定松紧适宜，注意观察约束部位皮肤有无损伤、皮肤颜色、温度、约束肢体末梢血液循环情况及有无压疮。酌情垫防压器具。待病情稳定或治疗结束后，及时解除约束。需较长时间约束者，每 2h 松解约束带 1 次，活动肢体。

9、记录使用约束带的原因、时间、约束带的数目、约束部位、动态观察约束部位的皮肤状况、解除约束带的时间。

【安全约束的操作程序】



**【使用约束带的注意事项】**

约束是一种保护患者安全的装置，用于躁动患者、有自伤或坠床的危险、或治疗需要固定身体某一部位时，限制其身体及肢体的活动。在应用约束带过程中，应掌握使用约束带的目的及注意事项。

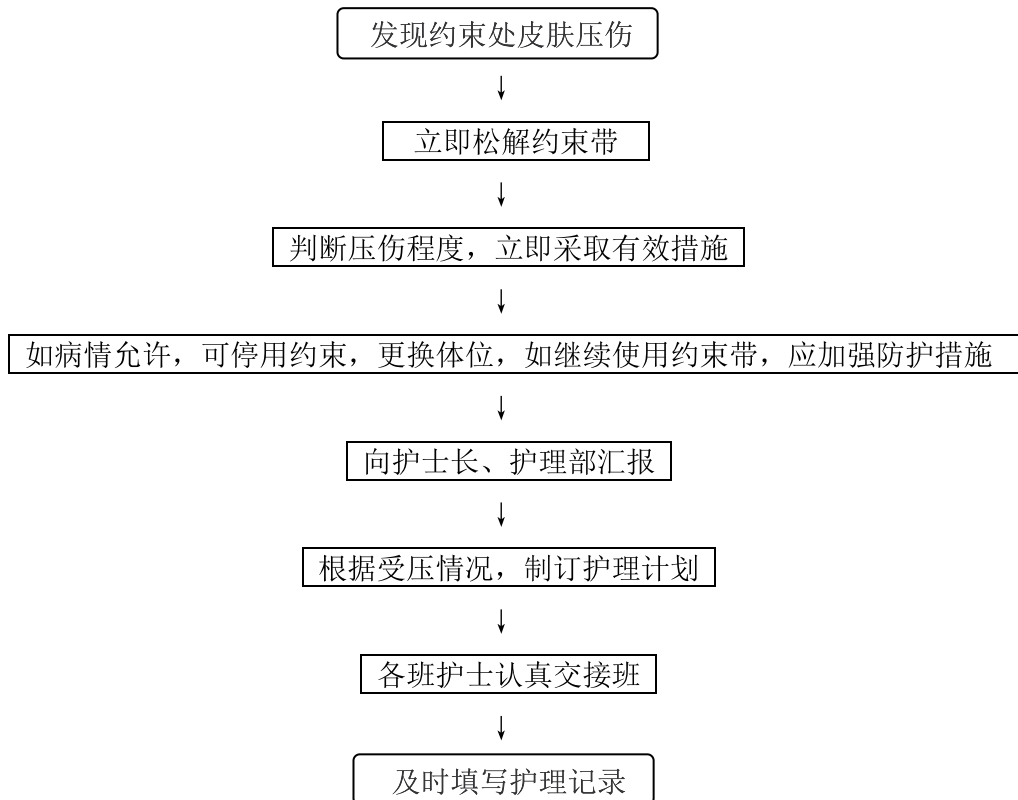
一、严格掌握保护具应用的适应证，维护患者自尊，不能以约束带对患者进行威胁或处罚。

二、保护具只能短期使用，使用时要让患者肢体处于功能位置，护士要协助患者翻身，保证患者安全、舒适。

三、使用约束带时，约束带下应垫衬垫，固定须松紧适宜，其松紧度以能伸入 1-2 根手指为宜。注意每小时观察一次约束部位的血液循环，包括皮肤的颜色、温度、活动及感觉等；每 2 小时定时松解一次，促进血液循环。

四、记录使用保护具的原因，时间、观察结果、相应的护理措施、解除约束的时间。

五、注意观察行为受约束患者的心理变化，加强心理疏导和护理。对约束患者行为的相关情况，护士应在护理记录中记录。

【约束处皮肤压伤时的应急程序】



化疗药物外渗防范预案

【化疗药物外渗的临床表现】

- 一、外渗局部中度或重度疼痛，通常为烧灼痛、刺痛；局部红肿，穿刺导管无回血。
- 二、局部水泡，皮肤发黑变硬。
- 三、溃疡：早期不明显，当损伤后的1—2周结痂脱落，溃疡空洞即表现出来。

【外渗原因】

一、药物毒性对血管的损伤。凡是接受化疗的患者都有不同程度的全身及局部反应，而静脉是药物进入人体的主要途径。静脉血管因抗癌药物毒性刺激，可出现瘪陷、硬化、管腔丧失弹性，而使血管脆性及通透性增加。

二、机械性的血管损伤

1、穿刺技术不熟练：没有经验或年资低的护士进行化疗操作时，没能一次穿刺成功，反复穿刺，造成血管多部位被穿刺而受损伤。

2、血管选择不当：选用了局部血管有病变（如淋巴水肿、曾接受化疗）的肢体，或选用了有静脉炎的静脉，由于血管收缩，导致血管内壁压力增加，而发生外渗。

3、针头位置固定不当：如针头中途移位、脱出血管或穿出血管，使药物外渗；针头接触到血管壁，使局部受针尖的刺激和针眼所涌出的高浓度药物长时间的刺激，会引起血管痉挛、充血、水肿、渗出，甚至发生静脉炎。

【患者宣教】

一、使用PICC给药可有效避免静脉炎的发生，向患者交待高危药物选择PICC置管的好处，以取得配合。

二、叮嘱患者在输注高危药物时，尽量减少活动，以免针头移位，造成外渗。

三、操作时嘱患者身着宽松外衣，输液的肢体勿被压迫，以免影响血液回流，造成药液外渗。

四、告诉患者输注化疗药物时的感觉：注射部位疼痛、肿胀感等，如有上述感觉立即向护士汇报，以便尽早发现药物外渗的情况。

【血管的选择】

一、提高静脉穿刺一次成功率，避免在一根血管上反复穿刺。

二、选择最佳的穿刺部位，尽量选择前臂及较粗大的静脉穿刺。穿刺部位的选择为：前臂>手背>手腕>肘窝。

三、切勿在靠近肌腱、韧带、关节，如腕部掌侧、手（足）背等处静脉注药，以免造成局部损伤。这些部位有细小的肌腱韧带，一旦发生药物外渗造成损伤，应及时处理。

四、尽量不使用下肢静脉化疗，下肢静脉瓣较多，血流缓慢，易造成药物滞留损伤血管内皮。避免在皮下血管或淋巴管的病理部位上的的静脉选择穿刺点，如曾做过药物化疗的肢体、有A—V瘘的肢体、乳腺手术后患侧肢体、淋巴水肿等部位不宜实施静脉穿刺。因乳癌患者腋窝淋巴结清扫，静脉回流受阻，静脉压升高，血液淤滞宜造成损伤。

五、避免在24h内被穿刺过的静脉穿刺点的下方重新穿刺，以免抗癌药物从第一次穿刺点外渗。

六、在穿刺过程中避免用针头在组织中探找静脉，这样会损伤静脉完整性，并导致破



损，穿刺成功要求保证针头固定稳妥，避免脱出。

七、对于血管条件差或输入高危药物的患者，可采取中心静脉置管，可有效防止药物外渗。如果外周静脉选取有困难，可行深静脉插管给药。

八、拒绝使用深静脉置管的患者，应使用静脉留置针，避免钢针对血管壁的损伤，减少外渗的发生，且必须每日更换部位。固定留置针时使用透明敷贴，便于观察注射部位有无异常。

九、如需长期化疗，一般由远及近交替使用血管，保证受刺激的血管有足够的时间恢复。

【药物输注的观察】

一、建立静脉通道后，应先用生理盐水加压快速冲入，针尖处无软硬度变化，静脉回血通畅无外渗表现后再接含有化疗药物的输液袋或注射器，妥善固定。

二、注药过程中随时观察穿刺部位有无肿胀，静脉注射给药时，每注射 3—4ml 应回抽一次，以检查有无回血。

三、输注药物过程中半小时观察一次，强刺激性药物（NVB）给药过程中，当班护士必须在床旁密切监护直至药物输入体内。

四、无论是静脉推注或静脉点滴，均应将化疗药物稀释到需要的浓度，并在规定时间内用完，以减少药物对血管的不良刺激。

五、在输注药物完毕后，应继续输入生理盐水或葡萄糖液后方可拔针。拔针时应有少量回血，以免将化疗药物带出血管外，导致组织损伤。拔针后压迫针眼。

【化疗药物外渗处理原则】

一、如疑有外渗，应立即停止输液。一旦发生外渗，当班护士应立即报告护士长，做好局部皮肤的处理，详细观察局部皮肤变化。

二、在静脉给药部位尽量抽吸，以尽可能除去残留药物。

三、抬高患者，注射部位宜用冰敷。但奥沙利铂及长春新碱类化疗药不宜冰敷。

四、及时用 2%利多卡因 4 毫升+生理盐水 6ml+地塞米松 5 毫克做环形封闭，局部冰敷。

五、对强刺激性药物（如发泡类化疗药）外渗建议局部封闭 Q8h，连续 3 天。

六、局部肿胀严重可用硫酸镁、50%GS+VitB12+地塞米松湿敷。

七、局部处理：

1、如未形成水泡，未破皮，可选传统方法如湿润烧伤膏，肝素钠软膏，百多邦外涂，也可选现代新型敷料如赛富润、水胶体敷料（片剂、糊剂）、水凝胶片剂，原理是保湿，保护细胞的生理环境，减少损伤。

2、多发性小水泡：直径在 2 厘米以下，注意保持水泡的完整性，选择透明水胶体敷料黏贴，至少一周后撕除，让水泡自然吸收。

3、大于 2 厘米的大水泡，在无菌条件下穿刺抽水，保持泡皮的完整性。然后贴透明敷料，密切观察。

4、溃疡形成的处理：根据伤口分期选择合适的敷料，有坏死组织进行自溶性清创+锐器清创。抬高患肢，禁止静脉注射，患处勿受压。

八、指导高营养食物，促进伤口愈合。

需要说明的是：药物外渗后组织损伤会有一个炎性反应期，大概 1—3 天，所以通常有水肿，72 小时内的水肿可以不做处理，即使湿敷也不会有明显效果，这个时候主要是从保



护细胞减少进一步的损伤为主，可选择性使用新型水胶体敷料。

【化疗药物分类及解毒剂】

化疗药物分类

- 1、组织坏死——HN2、ADM、MMC、VCR
- 2、灼伤、刺激——DTIC、VP-16
- 3、无明显刺激——CTX、MTX、BLM、5-FU、ARA-C、DDP

肿瘤药物解毒剂

ADM——氢化考的松 50mg-200mg

用法：静脉（局部）、皮下（局部）、外敷（局部）

VCR、VP-16——8.4%碳酸氢钠 5ml

用法：皮下（局部），每数小时重复。

MMC——（1）10%硫代硫酸钠 4ml 与注射用水 6ml 混合

用法：静脉（局部）、皮下（局部）各 5ml；

Vit C 1ml（50mg/ml）

用法：静脉（局部）

【输注化疗药物操作程序】

目的：防止化疗药物外渗

告知：

- 一、向患者交代高危药物选择 PICC 置管的好处。
- 二、输注药物前，做好一切准备工作，如排便、进食等，输注时尽量减少活动。
- 三、若患者出现局部疼痛、肿胀、滴液不畅等应立即告诉护士。
- 四、若患者意识障碍或躁动，陪护者不得随意离开，以免发生意外。
- 五、生理盐水引导穿刺，确定针头在血管内，再输注刺激性药物，输注完毕用生理盐水冲注后拔针。

护理措施：

- 一、加强巡视，30-60 分钟巡视记录 1 次。注意观察局部有无肿胀、疼痛、有无回血、滴液是否通畅等。
- 二、严格执行交接班制度，认真床边交接。
- 三、输注时间较长者，当班护士应协助患者做肢体被动活动。
- 四、有可疑渗漏者，应立即停止输入，更换注射部位，且不可再勉强输注。
- 五、一旦发生外渗，应立即报告护士长，做好局部皮肤的处理，详细观察局部皮肤变化。

【化疗药物外渗护理流程】

一、积极预防化疗药物的外渗

- 1、合理选择血管及静脉通路。
- 2、提高专业技术。
- 3、合理使用药物。
- 4、加强患者配合。

二、及时发现药物外渗，紧急处理

- 1、立即关闭输液器活塞，停止点滴，将注射器连接头皮针尽可能吸出药物。



2、选择并使用局部解毒剂进行局部封闭，以对抗药物的损伤效应，稀释和灭活渗漏药物，加速药物的吸收和排泄。

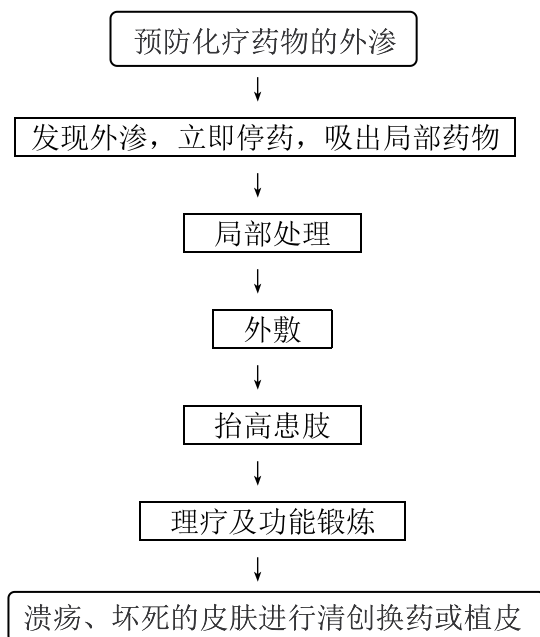
三、根据药物性质进行局部冷敷或冰敷，奥沙利铂及植物碱类抗癌药如长春新碱等外渗时，禁止冷敷以免加重毒性。

四、抬高患肢，避免患处受压，外涂喜疗妥，外渗 24 小时后局部肿胀严重的可用 50% 硫酸镁湿敷，局部理疗，并指导功能锻炼。

五、对于已经溃疡、坏死的皮肤进行清创换药或植皮。

六、做好交接班。

附：流程图





药物引起过敏性休克防范预案

【防范措施】

一、护理人员给患者应用药物前应询问患者是否有该药物过敏史，按要求做过敏试验，凡有过敏史者禁忌做该药物的过敏试验。

二、正确实施药物过敏试验，过敏试验药物的配制、皮内注入剂量及试验结果判断都应按要求正确操作，过敏试验阳性者禁用。

三、该药试验结果阳性患者或对该药有过敏史者，禁用此药。同时在该患者床头卡、病历夹、一览表上注明过敏药物名称，在床头挂过敏试验阳性标志，并告知患者及其家属。

四、经药物过敏试验后凡接受该药物治疗的患者，停用此药 3 天以上或更换批号，应重做过敏试验，方可再次用药。

五、抗生素类药物应现用现配，特别是青霉素水溶液在室温下极易分解产生过敏物质，引起过敏反应，还可使药物效价降低，影响治疗效果。

六、严格执行查对制度，做药物过敏试验前要警惕过敏反应的发生，药物皮内试验治疗盘内备肾上腺素 1 支，地塞米松 1 支，注射器两个。

七、药物过敏试验阴性，第一次注射后观察 20-30min，注意观察巡视患者有无过敏反应，以防发生迟发型过敏反应。

【应急预案】

一、患者一旦发生过敏性休克，立即停止使用引起过敏的药物，就地抢救，并迅速报告医生。

二、立即平卧，遵医嘱皮下注射肾上腺素 1mg，小儿酌减。如症状不缓解，每隔 30min 再皮下注射或静脉注射 0.5ml，直至脱离危险期，注意保暖。

三、改善缺氧症状，给予氧气吸入，呼吸抑制时应遵医嘱给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合实施气管切开。

四、迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立两条静脉通路。遵医嘱应用晶体液、升压药维持血压，应用氨茶碱解除支气管痉挛，给予呼吸兴奋剂，此外还可给予抗组织胺及皮质激素类药物。

五、发生心脏骤停，立即进行胸外按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施。

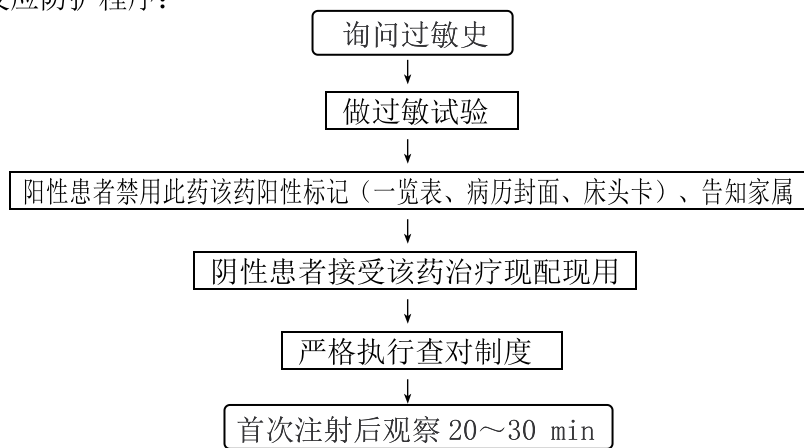
六、观察与记录，密切观察患者的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其他临床变化，患者未脱离危险前不宜搬动。

七、按《病历书写规范》规定 6 h 内及时、准确地记录抢救过程。

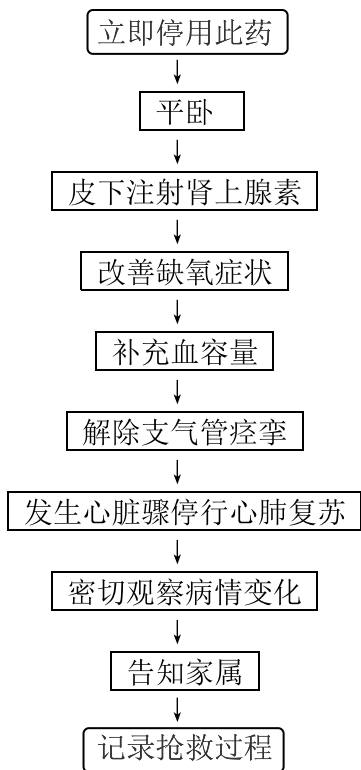


附：流程图

一、过敏反应防护程序：



二、过敏性休克急救程序：





危重患者重点环节风险防范预案

【危重患者安全管理措施】

一、随时观察病情，对老、幼、昏迷患者根据需要在床上加防护栏，烦躁患者视情况采用安全约束带等措施。

二、危重患者各种管道妥善固定，安全放置，确保有效引流。

三、患者佩戴手腕带，便于查对。

四、各种抢救物品齐全，器械配套，保持良好应急状态，物品定点放置，便于清点。

五、特殊用药、特殊检查和治疗，应详细交班，并有醒目标识，严格执行三查八对制度。

六、危重患者入室出室严格交接手续，并做好转出转入记录。

七、严格执行消毒隔离制度，预防医院感染。

【急诊危重患者安全转运程序】

一、急诊危重患者如需检查、手术、住院时，护士应迅速对患者作出病情评估，以确定护送需要的物品及护送人员。评估项目包括：生命体征、病情变化、一般情况、用药情况、置管情况等。

二、根据患者病情，做好护送时物品及人员的准备

1、物品准备：氧气袋、平车、输液架、简易呼吸器、监护仪等，检查所备物品是否完好。

2、治疗用药，备必要急救药品。

3、通知相关护送人员：医生、护士，必要时通知科主任和护士长护送。

三、安全搬运患者

1、搬运患者过程中注意动作轻柔，不要过度震动患者，应充分考虑到患者病情的特殊要求，如骨折患者的患肢应制动等。

2、搬移至平车后，应检查各种管道是否通畅，并妥善固定。

（一） 护送途中应注意

1、严密观察病情变化，如发生突发状况，应及时给予相应的急救。

2、平车推行速度保持匀速，两侧架护栏。医护人员应站于患者头侧，以便观察病情变化。上下坡时，患者头部应位于高处。平车前后均有人员把持，保证行车安全。

3、注意输液及引流管保持通畅，严格控制输液滴数。

4、注意保暖，保证给氧的有效性。

护送至目的地，与相关人员严格交接班。交班内容主要包括：患者的一般情况、主要病情、用药情况、皮肤情况、置管情况等。

【危重患者转科护理交接管理措施】

一、转出科室管理措施

（一）转出通知：危重患者转出时，护士应提前通知相关科室做好接诊准备，告知患



者姓名、年龄、诊断、病情、特殊要求及转出时间等。

(二) 转出前准备:

1. 病情评估并记录: 意识状态、血压、心率、呼吸、血氧饱和度、尿量、引流量等;
2. 根据病情建立静脉通道、人工气道、吸氧等抢救治疗措施;
3. 根据病情准备转出用氧气袋、简易呼吸器、心电监护仪等;
4. 电话通知电梯等候;
5. 将患者私人物品交其家属, 贵重物品清点签字。

(三) 转运:

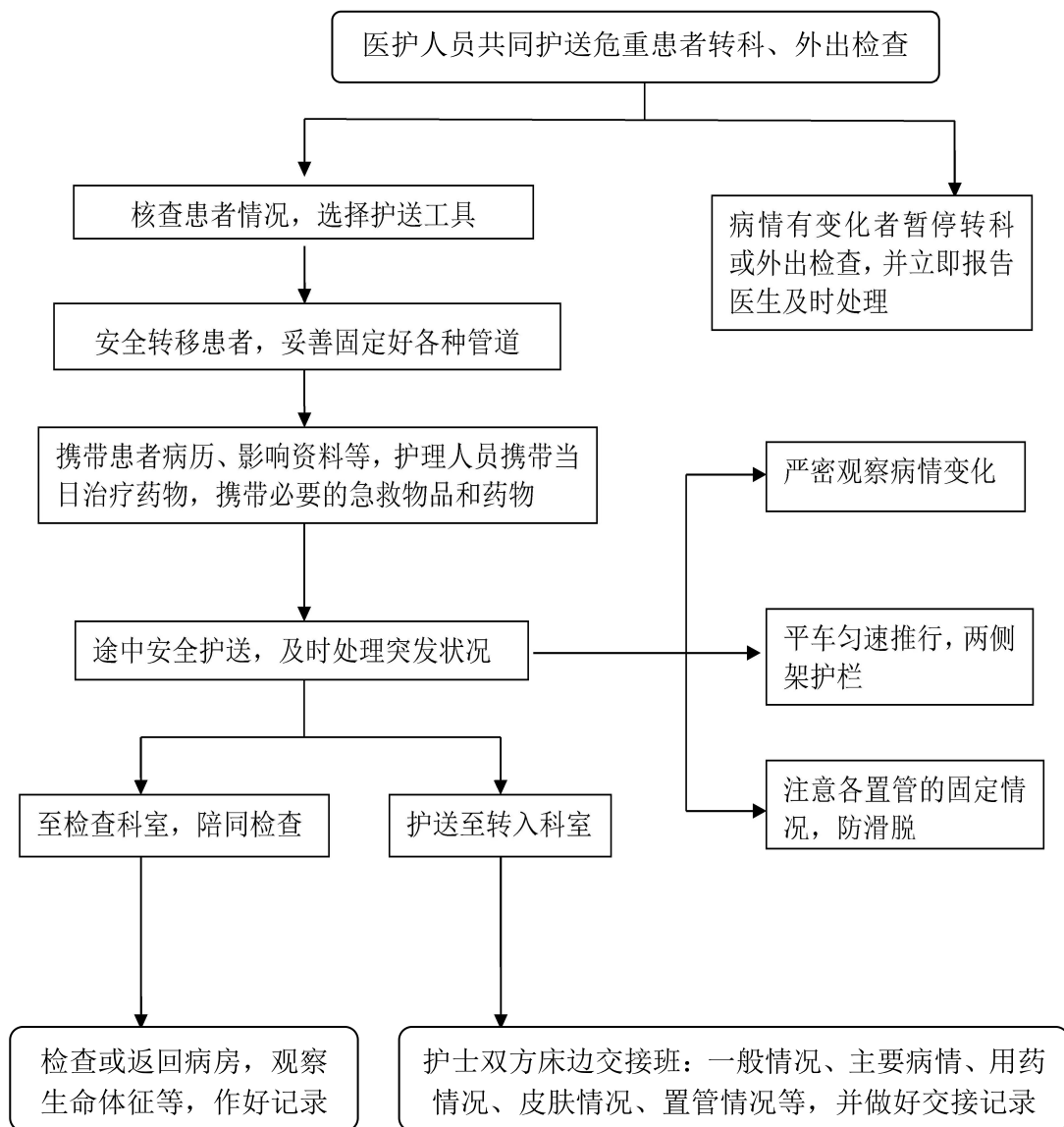
1. 将患者移至平车, 不宜搬动者直接用病床转运;
2. 由主管医生及护士共同护送患者至转入科室;
3. 转运途中密切观察病情变化, 保持呼吸道通畅及氧气供给, 途中根据医嘱静脉用药并保持道路通畅。

二、转入科室管理措施

1. 值班护士或护士长接电话时问清患者的姓名、年龄、目前病情、诊断、特殊护理及护理物品准备, 如心电监护、气管插管、呼吸机、除颤仪、微量泵等;
2. 按需求做好接收患者的各项准备工作, 呈备用状态;
3. 共同交接管理措施——要求交接双方共同完成, 责任共担;
4. 平稳搬运患者至病床上, 如病情变化不易搬动者应在原转运床上共同参与抢救;
5. 根据病情安置患者体位, 需要约束时与患者家属沟通;
6. 连接心电监护仪、血氧饱和度、测量生命体征, 共同观察交接;
7. 根据病情及时进行各种抢救措施, 如清除呼吸道分泌物、吸氧、应用呼吸机等;
8. 交接气管插管、气管切开、各种引流管、导尿管、鼻饲管等;
9. 交接患者基础护理内容: 肺部听诊、各种治疗、药品、静脉留置针、皮肤完整性、卫生处置、饮食状况等;
10. 交接患者姓名、年龄、病情、诊断、手术名称、治疗及抢救经过、护理措施及主要阳性检查结果等;
11. 填写护理交接记录单, 交接双方认可后签字;
12. 交接病历及特殊检查资料等, 清点整理物品, 交接完毕。



【危重患者转科、外出检查安全转运程序】





【危重患者质量风险防范预案】

一、危重患者入院时，护士要了解危重患者病情，查看神志、皮肤、黏膜、口腔、肢体等情况，备好抢救仪器和物品。

二、正确安置患者，对躁动、意识不清患者正确使用约束带并加用床档。

三、护士长协调、安排人力，必要时安排特护小组。

四、开放静脉通路 2~3 条，应用套管针，保持静脉通路通畅。

五、持续氧气吸入，保持气道通畅，患者行机械通气时，护士应密切注意临床观察指标。

六、遵医嘱予以患者多参数监护，48~72h 更换心电监护电极片一次，防止皮肤损伤，根据病情设置报警、监护参数值。

七、监测患者意识、面色、皮肤、末梢有无紫绀。

八、根据病情及时留置尿管、胃管、观察引流物颜色、性质、量。

九、护士严格执行各种操作，用药注意三查七对一注意，杜绝差错发生。

十、护士应密切观察生命体征，及时准确记录护理记录，特护患者至少每小时记录一次，如有病情变化随时记录。

十一、详细准确记录出入量，24h 总结。

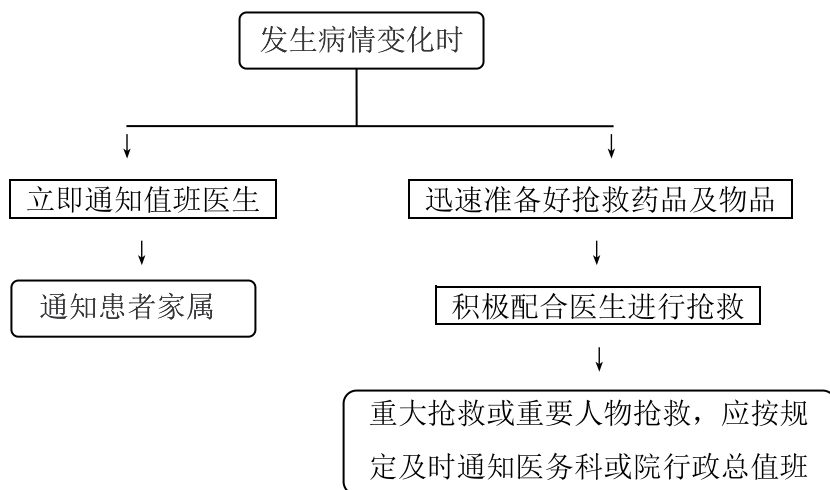
十二、及时准确采集各种血、尿、便、痰及引流物标本并及时送检。

十三、护士应给予患者心理护理，与患者交流、沟通，使之配合治疗。对丧失语言能力但意识清楚患者，如气管切开或行气管插管者，护士应使用文字或其他方式与患者进行交流、沟通。

十四、危重患者病情及治疗观察要点，及时、准确地记录在护理记录上，并用书面、床头两种形式交接班。



【患者突然发生病情变化时的应急程序】



输血及药物不良反应防范预案

【输血反应防范措施】

- 一、严格执行医嘱。
- 二、认真核对医嘱并到血库取血。
- 三、严格执行查对医嘱，取血时仔细核对患者及供血者姓名、血型、编号、采血日期、血液成分、有效期及交叉配血结果。
- 四、取血后必须经两人核对并签字。
- 五、血液放置不可过久，以防变质；血液不能过凉，防止患者出现不良反应。
- 六、输入前应再次核对。
- 七、输血过程中严格执行查对制度及无菌技术规范。
- 八、按时巡视病房，根据病情调整输液速度，观察输血后的反应，如皮疹、高热、寒战及生命体征变化。
- 九、发现异常情况及时通知医生。
- 十、护士长随时检查各班工作，定时巡视病房，观察患者输血后的反应，及时发现问题及时处理。

【药物反应预防措施】

- 一、严格执行医嘱。
- 二、患者用药严格核对。



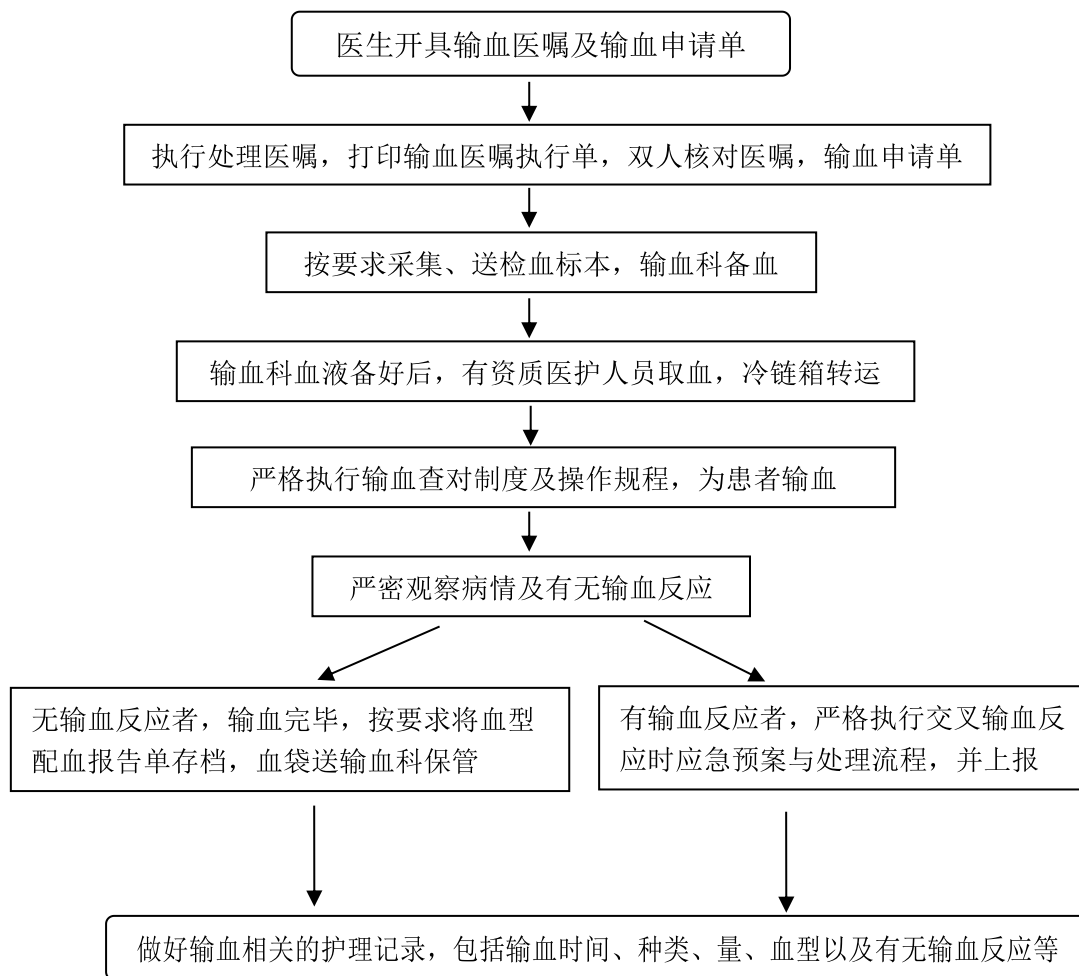
- 三、根据药物的种类、性质分类放置，毒麻药品加锁，每日清点，用后登记。
- 四、常用药品定期检查，及时更换，如出现沉淀、变质、过期等严禁使用。
- 五、输液卡、输液用药要有两人以上核对。
- 六、严格执行查对制度及无菌技术原则，用药应现配现用，掌握配伍禁忌。
- 七、按时巡视病房，根据病情、药品性质调节输液速度，观察用药后反应，如生命体征变化、皮疹、药物热、胃肠道等变化。
- 八、发现异常反应及时通知医生。
- 九、护士长随时检查各班工作，定时巡视病房，观察患者用药后的反应，及时发现问题，及时处理。

【输血观察及输血反应的预防措施】

- 一、输血的患者应严密观察患者的病情变化，包括患者的一般情况、体温、脉搏、呼吸、血压等。对婴幼儿、意识不清、全麻、用大剂量镇静剂不能表述自我感受的患者，尤其注意。
- 二、输血过程中，加强巡视，注意输血速度，保障安全有效输注。
- 三、注意患者的主诉，了解有无输血反应的症状及体征，严密观察有无溶血反应的发生。
- 四、输血反应的预防措施主要有：
 - 1、取回库血应在室温下放置 15—20min，方可开始输注。从发血到输血结束的最长时限为 4 小时。
 - 2、成分输血按说明要求在规定的时间内完成输注。
 - 3、输血前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡。
 - 4、血液内不得加入其它药物、低渗性或高渗性液体。
 - 5、输血前后用注射用生理盐水冲洗输血管道。连续输用不同献血者的血液时，前一袋血输尽后，用注射用生理盐水冲洗输血器。
 - 6、输血过程中应先慢后快，尤其是开始输血的 15 分钟内要慢，不超过 30gtt/min，然后根据病情和年龄调整输注速度。
 - 7、加压输血的患者，应有专人守护，防止空气栓塞的发生。

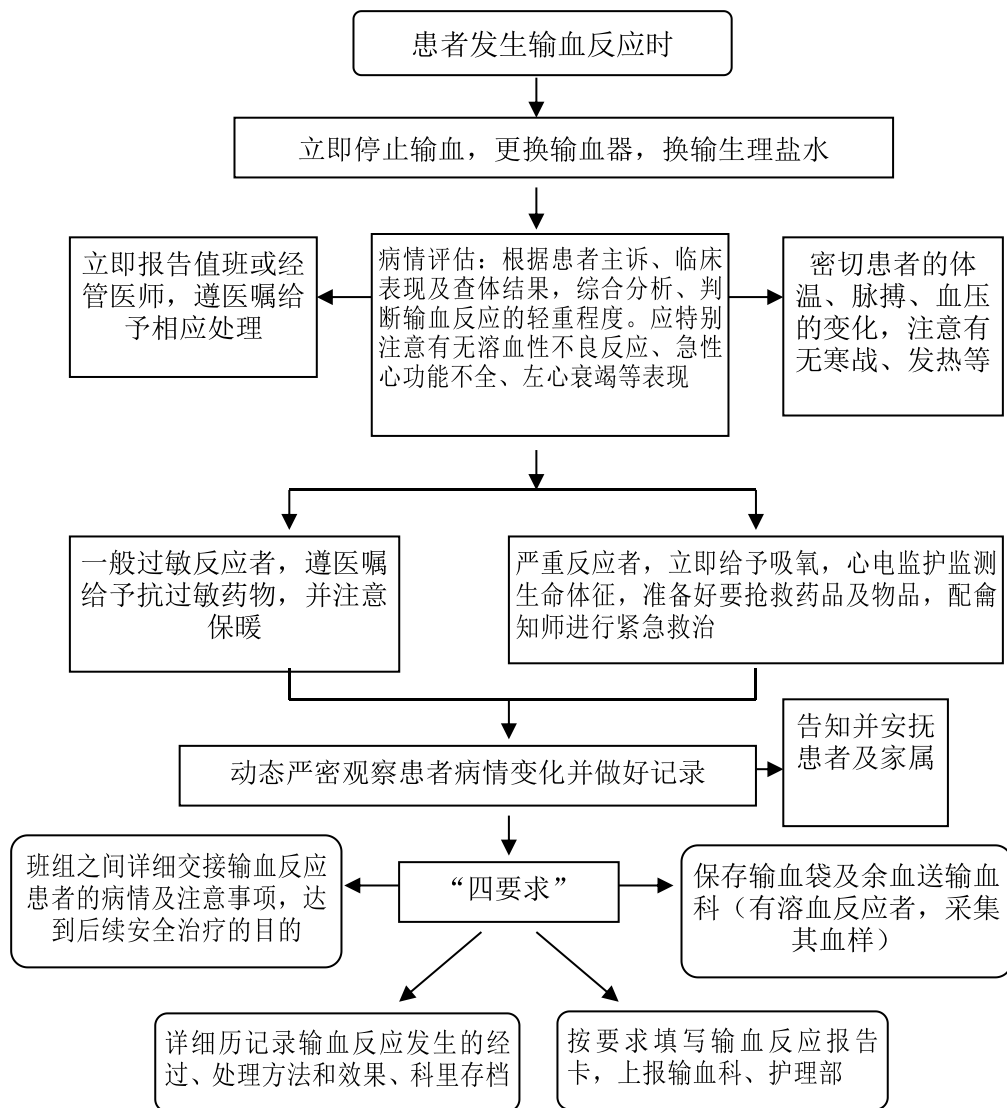


【临床输血护理流程】





【患者发生输血反应时的应急程序】

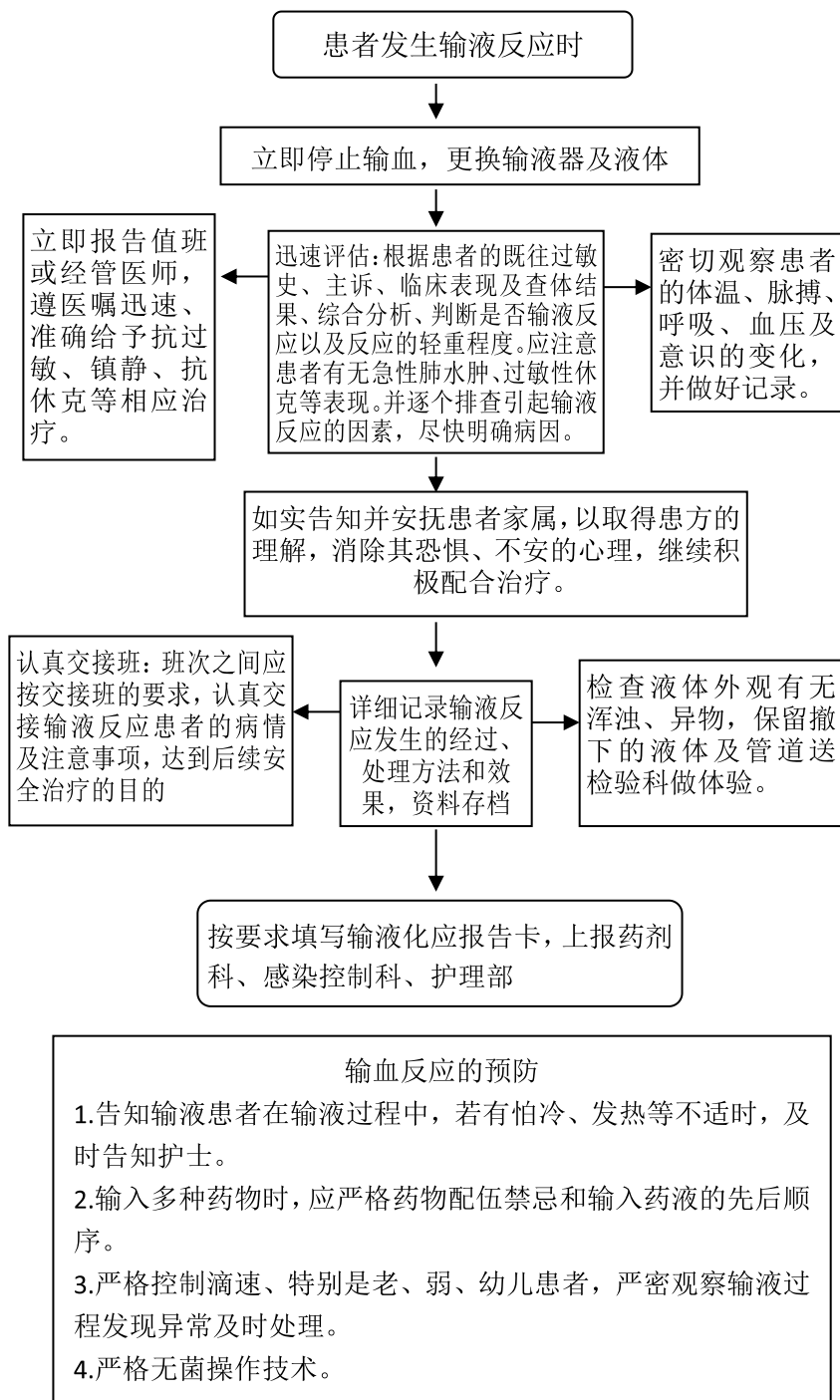


输血反应的预防

- 1.严格执行查对制度、认真核对患者及供应者姓名、血型、编号、采血日期、血液成分，有效期及交叉配血结果。
- 2.必须经两人核对并签字。
- 3.输血过程中，严格执行无菌技术操作规程。
- 4.输血过程上，按时巡视患者，严密观察病情变化，发现异常及时报告医师处理。

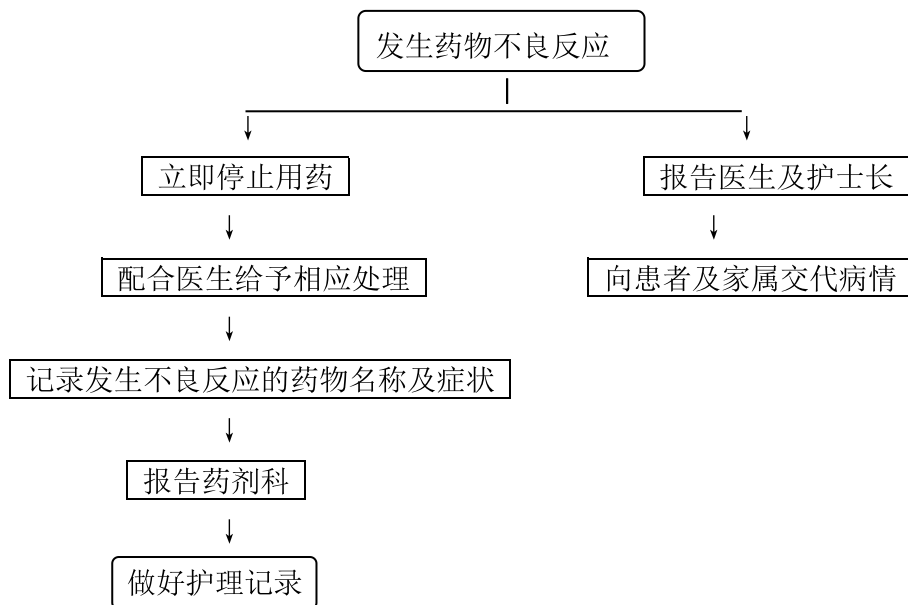


【患者发生输液反应时的应急程序】



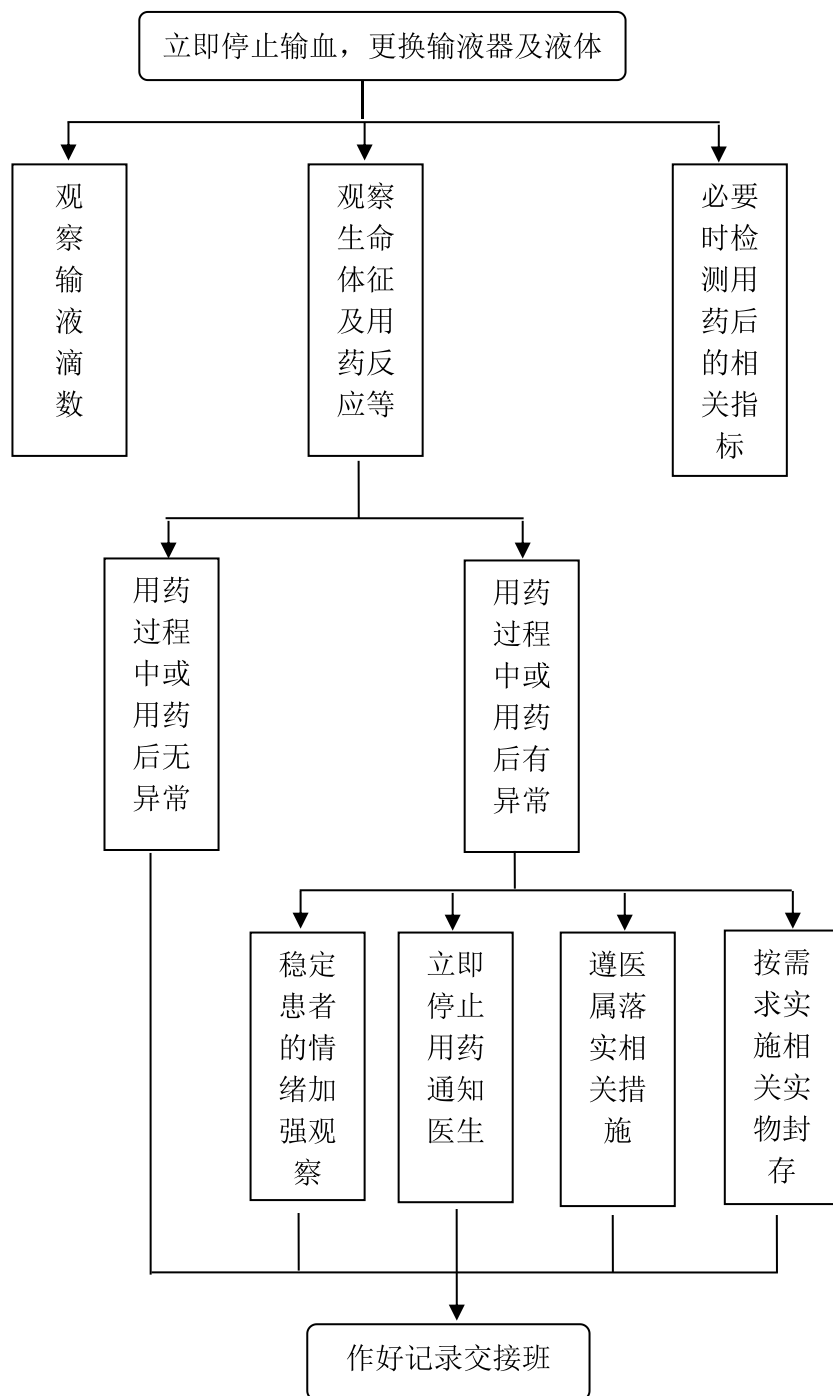


【发生药物不良反应时的应急程序】



【用药不良反应的观察流程】

- 一、药物使用前，询问药物过敏史，必要时检测生命体征。
- 二、药物使用中定期巡视病房，根据病情、年龄及药物的性质，合理调整输液速度，观察有无发热、呕吐等不良反应。
- 三、做好患者的用药指导，使其了解药物的一般作用和不良反应。指导正确用药和注意问题。
- 四、对易过敏和特殊人群（婴幼儿、儿童、老年人、孕妇、心功能不全时、肾功能不全者）应密切观察。
- 五、应用输液泵和特殊药（甘露醇、钙剂、速尿、西地兰、化疗药物）应加强巡视，密切观察用药效果和不良反应。
- 六、药物使用过程中和使用后出现不良反应时，应立即停止该药。保留输液通路并及时通知医生采取有效措施。遵医嘱落实相关治疗与护理。必要时封存实物，协助检验工作。
- 七、根据要求做好护理记录及交接班。





患者发生跌倒时的应急预案与流程

1. 原因及临床特点

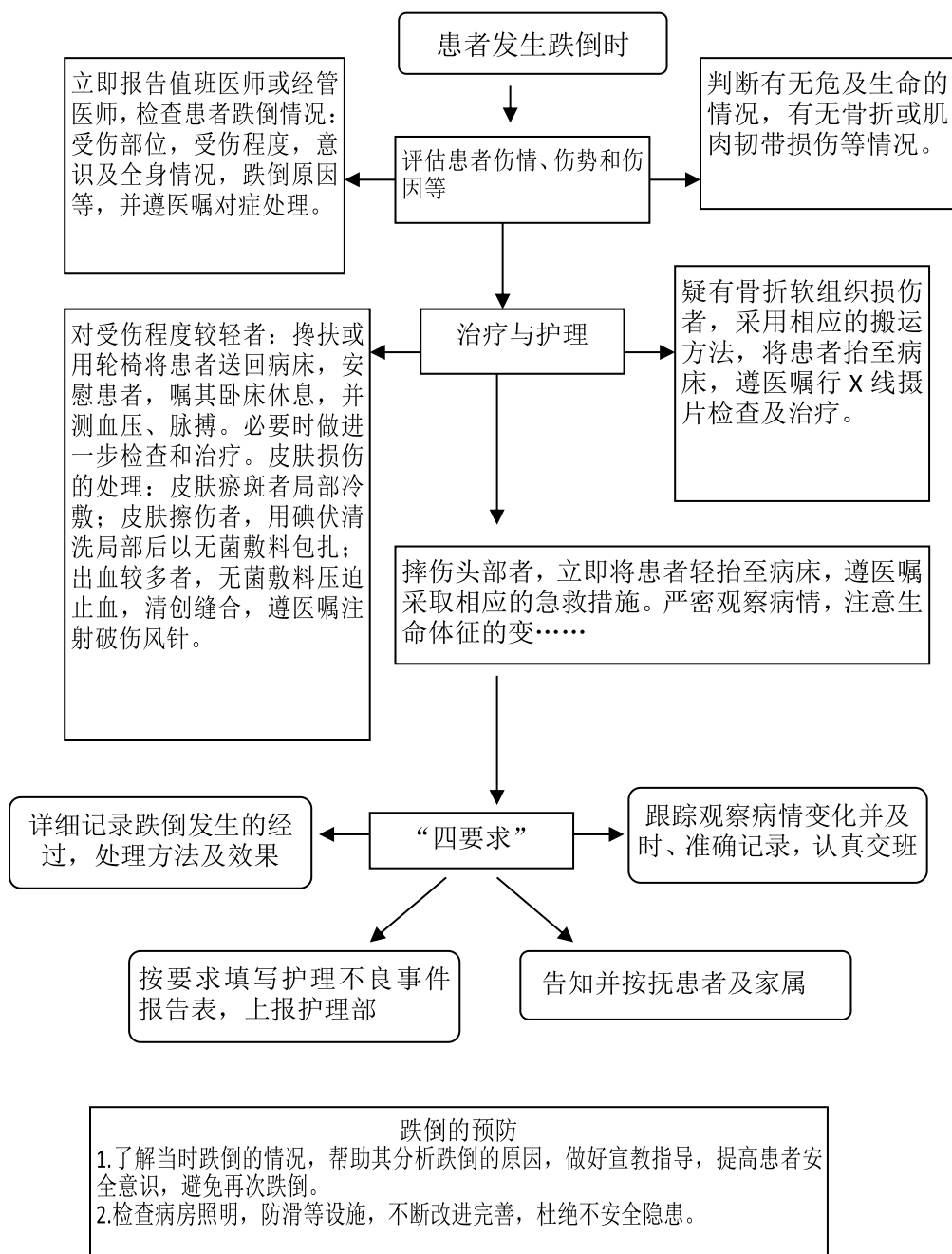
(1) 年龄因素：人体各器官因年龄增长而退化，如心肺功能不良、体力衰退、骨质疏松、认知功能减退以及感觉反应能力不佳等，均易导致老年人跌倒事件的发生。

(2) 疾病因素：①心脑血管疾病：如脑卒中可导致肢体肌力下降、肌肉萎缩、关节运动受限、平衡功能受损、肌痉挛肌张力障碍、姿势步态异常等，使患者移动速度及控制能力下降而引起跌倒。又如心脑血管缺血，可诱发心绞痛头晕、黑朦、晕厥而导致跌倒的发生。

②低血糖反应：糖尿病患者使用降糖药物及患者进食过少均容易导致患者头晕、疲乏无力等症状而引起跌倒。③体位性低血压：患者改变体位如起床、下床、行走、由蹲位起立等，动作过快或降压导致患者头晕，体力不支而跌倒。

(3) 环境因素：地面潮湿、积水、光线不足等。

(4) 心理因素：许多老年患者因久病不愈，怕麻烦别人遭人嫌弃，有时又过高估计自己能力，常不愿让人帮助的情况下发生意外跌倒。





患者发生坠床时的应急预案与流程

1. 原因及临床特点

(1) 年龄因素：坠床的发生率与年龄有关，老年人对刺激源的接受、传达、反应能力及平衡能力随年龄增加，纠正失衡的功能降低，易导致坠床事件的发生。

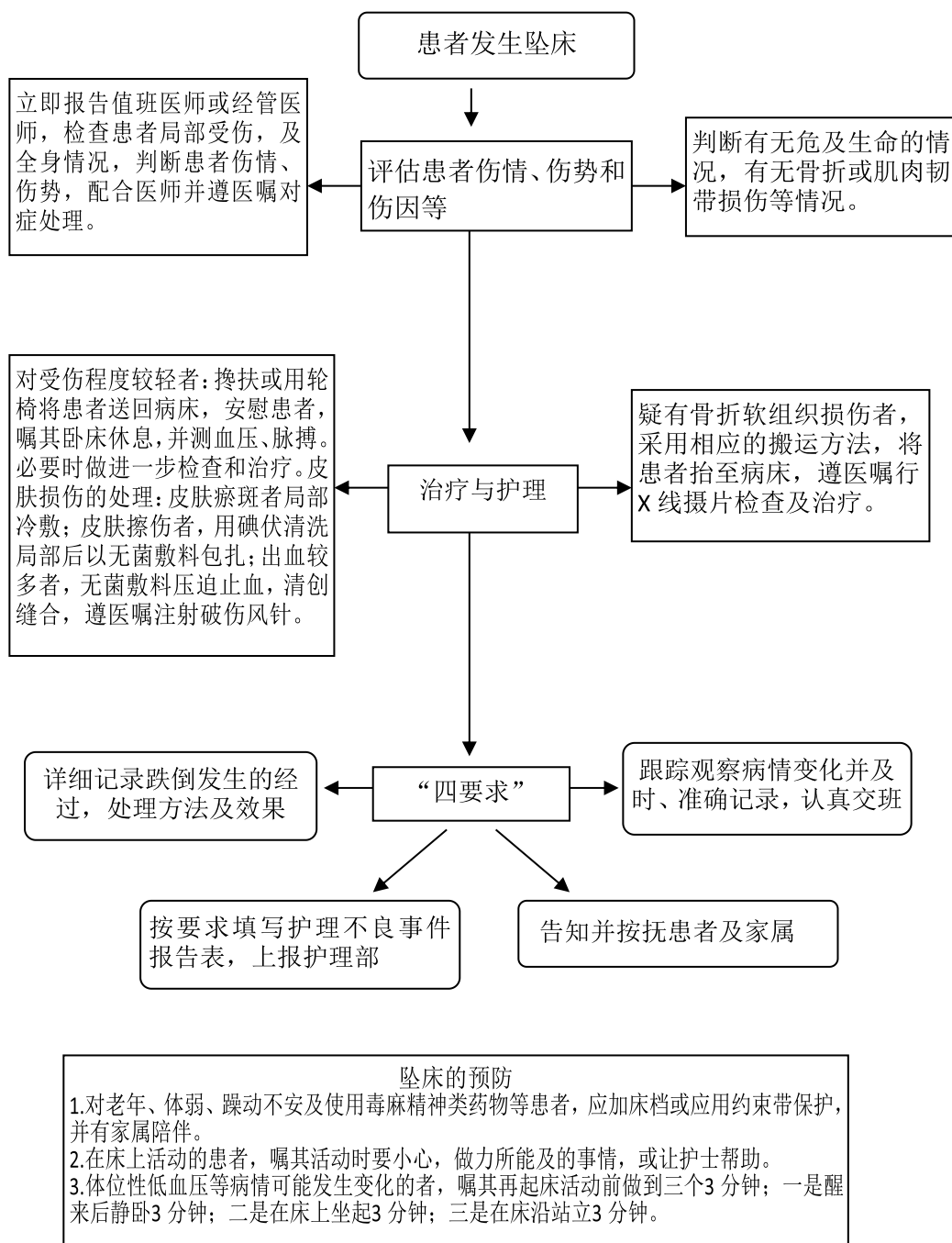
(2) 疾病因素：①常见老年性疾病如骨关节病、帕金森病、心脑血管疾病、眼科疾病（白内障、青光眼）、内耳眩晕症、直立性低血压、癫痫、老年性痴呆、精神病等，可增加坠床的危险；②各种原因引起的肌无力、肥胖、酗酒、意识障碍（躁动的患者）、认知功能障碍易导致坠床的发生。

(3) 药物因素：使用镇静催眠药、抗精神病药、降糖药、血管扩张药、降压药、麻醉镇痛药、强心药、抗阻胺药、肌肉松弛药等，这些药物可引起头晕、疲劳和视物模糊，可增加坠床的危险。

(4) 环境因素：①床头柜上物品放置不合理，拿取不方便，如水杯等未放置在随手可取的地方，卧床患者在床上取用时易造成坠床；②床的稳定度差，床的高度、宽度、软硬度不合适，缺少床档等可造成坠床。

(5) 其他因素：①老年人睡眠质量差，在床上辗转反侧；②搬运卧床老人时，由于体力不足，方法不正确；③照顾患者缺乏对翻身方法的培训，动作过大、过猛；④日常生活活动能力低下及自我防护不当时等都易造成坠床。

附：【流程图】





常见急性化学中毒的应急预案与流程

一、急救人员应熟练掌握各种中毒的抢救治疗原则。遇有中毒患者，应有专人组织抢救工作，做好人员以及物品的准备。

二、根据中毒的不同途径采取不同的措施清除毒物：吸入中毒者，立即脱离中毒环境，移至空气清新处；皮肤、黏膜接触中毒者，立即用清水或生理盐水进行冲洗；对于口服中毒者，非腐蚀剂可用洗胃机进行洗胃，如为腐蚀剂，时间短、腐蚀不重者可插胃管进行小量手工洗胃，然后注入黏膜保护剂。对于病情危重的应立即采取应急抢救措施：呼吸心跳停止的，立即进行心肺复苏；呼吸衰竭的立即进行气管插管辅助呼吸；休克的立即进行补液、补血等。

三、根据接触的毒物应用特效解毒药物：

- 1.有机磷中毒者应用复能剂和阿托品；
- 2.亚硝酸盐中毒者应用亚甲蓝；
- 3.急性乙醇中毒者应用纳洛酮；
- 4.氟乙酰胺中毒者应用乙酰胺；
- 5.氰化物中毒者应用亚硝酸钠、硫代硫酸钠等。

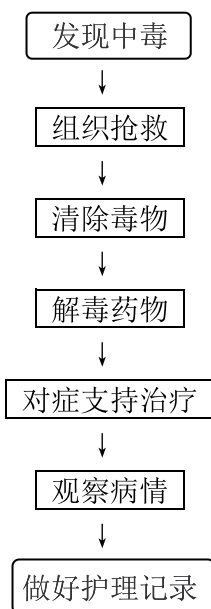
四、对症支持治疗：

- 1.对于呼吸道灼伤者应及时清除分泌物，保持呼吸道通畅，积极防治肺水肿；
- 2.消化道腐蚀性损伤者应禁食，给予深静脉高营养，应用抗生素控制感染，适时用氧；

五、密切观察患者中毒症状的改善、解毒药物的反应以及患者的神志、面色、呼吸、血压等情况的变化，并及时做好记录。

六、积极做好各种中毒的防治工作，帮助患者正确认识各种化学物质中毒对人体的危害，在日常生活、工作中的预防以及一旦发生中毒时的应急处理措施。

附：【流程图】





急性食物中毒的应急预案与流程

一、急诊科医护人员要坚守工作岗位，一切抢救物品、药品处于备用应急状态，随时做好抢救准备。

二、护士接到批量食物中毒患者通知后，立即通知各相关科室人员，随时与 120 现场人员保持联系，根据中毒人员多少，通知护理急救小分队队员各就各位，必要时启动医院大型应急抢救系统。

三、患者到达急诊科后，立即根据病情轻重进行分诊，较重者送抢救室进行抢救，轻者送急诊观察病房。

四、护士立即协助医师作出诊断，遵医嘱为患者实施有效的抢救措施：

1.催吐：无呕吐者可催吐：机械性刺激或用催吐剂。

2.洗胃：立即用温开水或 0.11%高锰酸钾溶液反复洗胃，直至洗出澄清液为止。收集第一次洗出的胃内容物送检。

3.导泻：中毒时间较长者，可给硫酸钠 15-30 克一次口服。对吐泻严重的患者，可不用洗胃、催吐、导泻。

五、对吐、泻较重，丢失大量水分者，根据失水情况，适当补充水分。凡能饮水者，应尽力鼓励患者多喝糖盐水、淡盐水等，不能饮水者，迅速建立静脉通道，遵医嘱补充水分和电解质。

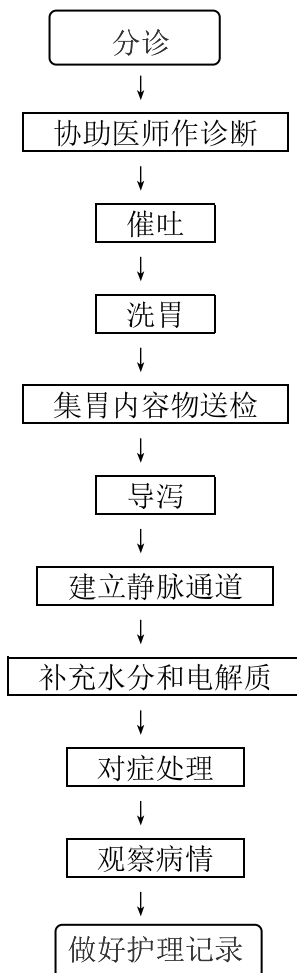
六、对腹痛、呕吐严重者，遵医嘱给阿托品 0.5 毫克肌肉注射。烦躁不安者给予镇静剂。如有休克，进行抗休克治疗。

七、护士加强巡视，密切观察病情变化，发现异常，立即报告医师进行处理。

八、做好患者登记及抢救护理记录。



附：【流程图】



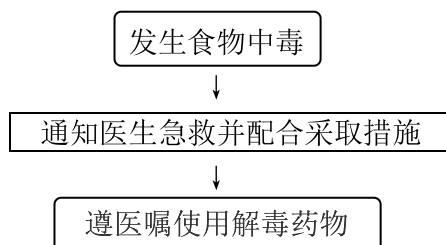
病房发生食物中毒时的应急预案与流程

一、在病房患者发生食物中毒。

二、立即通知医生急救，护士配合并采取有效措施，如建立静脉通道，给氧，吸痰等，呼吸抑制时配合医生行气管插管。

三、遵医嘱使用解毒药物。

附：【流程图】





发生火灾时的应急预案与流程

(1) 发生火灾时，应迅速判断火情，立即报告护士长、科主任及医院行政值班室，组织、指挥灭火。

(2) 局部轻微着火，不危及人员安全，可以马上扑灭的要立即采取相应措施或使用灭火器材予以扑灭。

(3) 火势较大并有蔓延可能时，立即拨打消防报警电话“119”，报告火灾发生的单位、详细地址、火灾情况、联系人及联系电话等信息。在消防人员到达之前，组织人员灭火，延缓火势蔓延。

(4) 紧急疏散患者到安全地带。组织患者撤离时，不要乘坐电梯，让患者沿安全通道有序逃离，远离玻璃门窗、吊灯等，保护好头部，切忌拥挤，防止摔倒踩伤。如遇浓烟叮嘱患者用湿毛巾捂住口鼻，尽可能以最低的姿势蹲行或爬行逃离。

(5) 不能行走的患者，医护人员可采用担架、人抬等方法撤离。

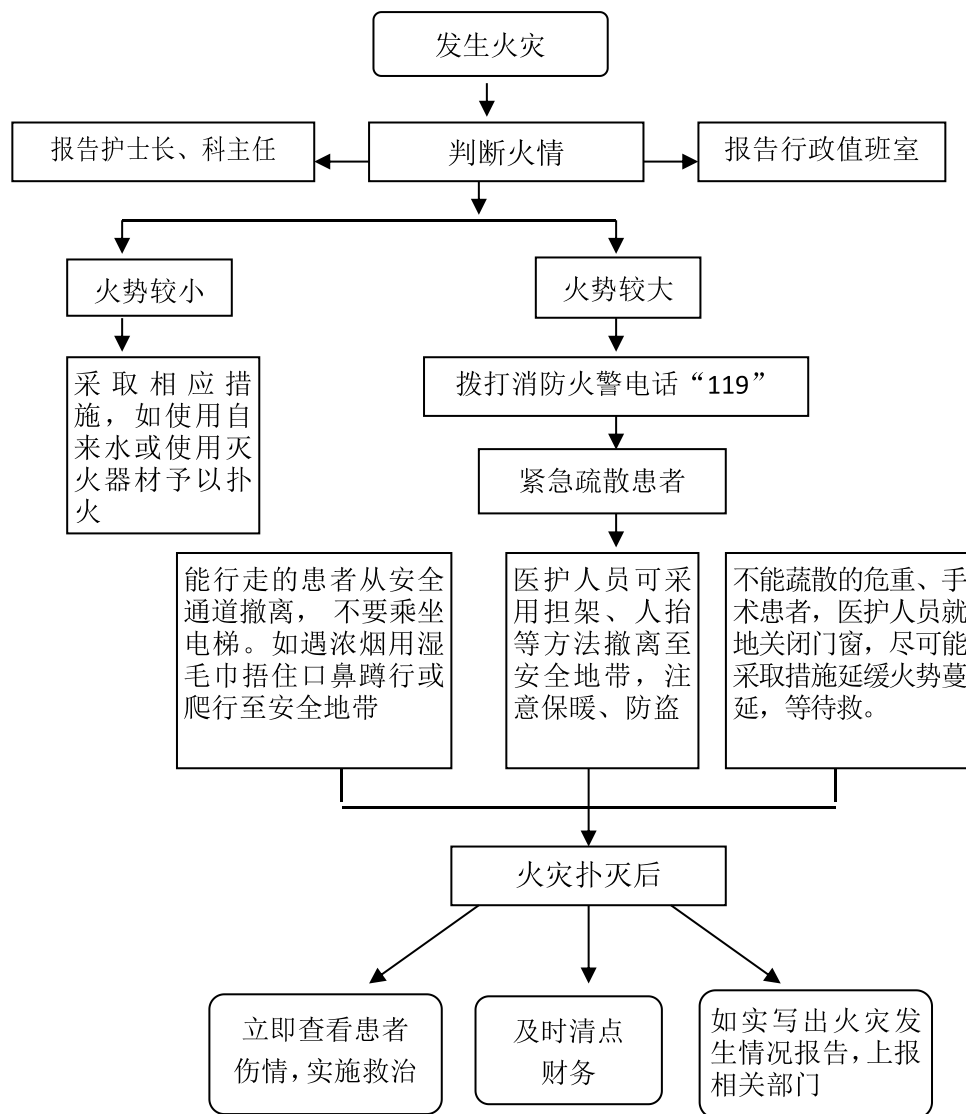
(6) 如有危重、手术中的患者不能中断治疗和移动时，医护人员就地关闭门窗，并用湿棉被捂严，防止烟气侵入，尽可能采取措施延缓火灾侵入的时间，向外示意，等待救援。

(7) 在保证人员安全撤离的条件下，尽可能切断电源，撤出易燃易爆物品，积极抢救贵重物品、设备及重要资料。

(8) 火灾扑灭后：迅速查看患者受伤情况，对摔伤、砸伤、烧伤的患者实施救治；清点火灾中损失的财、物；写出火灾发生的情况报告，上报医院相关部门。



附：【流程图】





发生地震时的应急预案与流程

(1) 发生地震时，应迅速判断灾情，立即报告护士长、科主任及 医院行政值班室，组织、指挥抗震救灾。

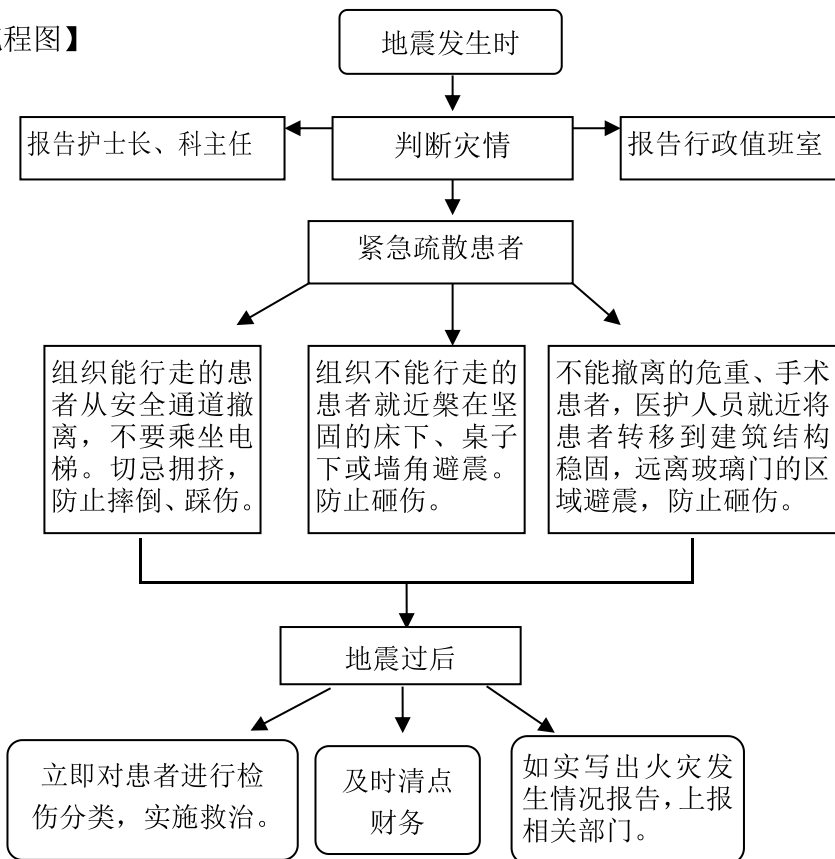
(2) 紧急疏散患者到安全地带。组织患者撤离时，不要乘坐电梯，让患者沿安全通道有序逃离，远离玻璃门窗、吊灯等，保护好头部，切忌拥挤，防止摔倒踩伤。

(3) 组织不能行走的患者就近躲在坚固的床下、桌子下或墙角防止砸伤，关闭电源防止触电。

(4) 如有危重、手术中的患者，不能中断治疗或撤离时，医护人员应将患者转移到远离玻璃门窗及头顶没有吊灯等饰物的区域避震，防止砸伤。

(5) 地震过后：迅速查看患者受伤情况，对患者进行检伤分类，按轻伤、中度伤、重伤、死亡分类，分别以“黄色、绿色、红色、黑色”标识做成伤病员卡，置于患者的胸前或其他明显部位，医护人员按照伤病员等级实施救治；清点地震中损失的财务；写出地震发生的情况报告，上报医院相关部门。

附：【流程图】

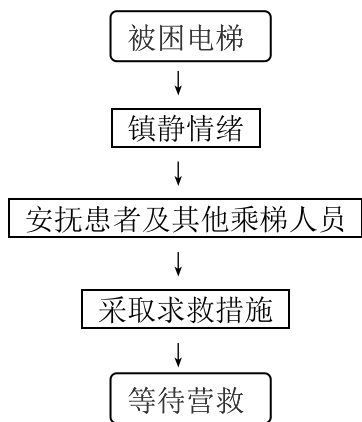




被困电梯自救应急预案与流程

- 一、被困电梯，呼救。
- 二、保持镇静情绪。
- 三、安抚患者及其他乘梯人员。
- 四、采取求救措施。
- 五、等待营救。

附：【流程图】



病房接到停电通知或突然停电时的应急预案与流程

（1）计划停电

- ①接到停电通知时，立即报告护士长、科主任，通知科室所属工作人员，做好应急准备。备用应急灯、手电等。
- ②告知患者停电的时间，帮助患者准备好手电筒、蜡烛等。指导患者注意防火、防盗。
- ③如有抢救手术患者等，需要使用电力供应的仪器设备时，寻找可替代的方法，立即启用设备仪器的备用蓄电池维持功能。
- ④加强巡视病房，并向患者及家属做好解释工作。
- ⑤恢复供电后，及时启用仪器设备，并重新调整参数。
- ⑥详细记录停电发生的原因、处理方法并进行交班。

（2）突然停电

- ①立即报告护士长、科主任。
- ②报告医院行政值班室，汇报停电情况。



③通知水电维修部门查找原因并检修，

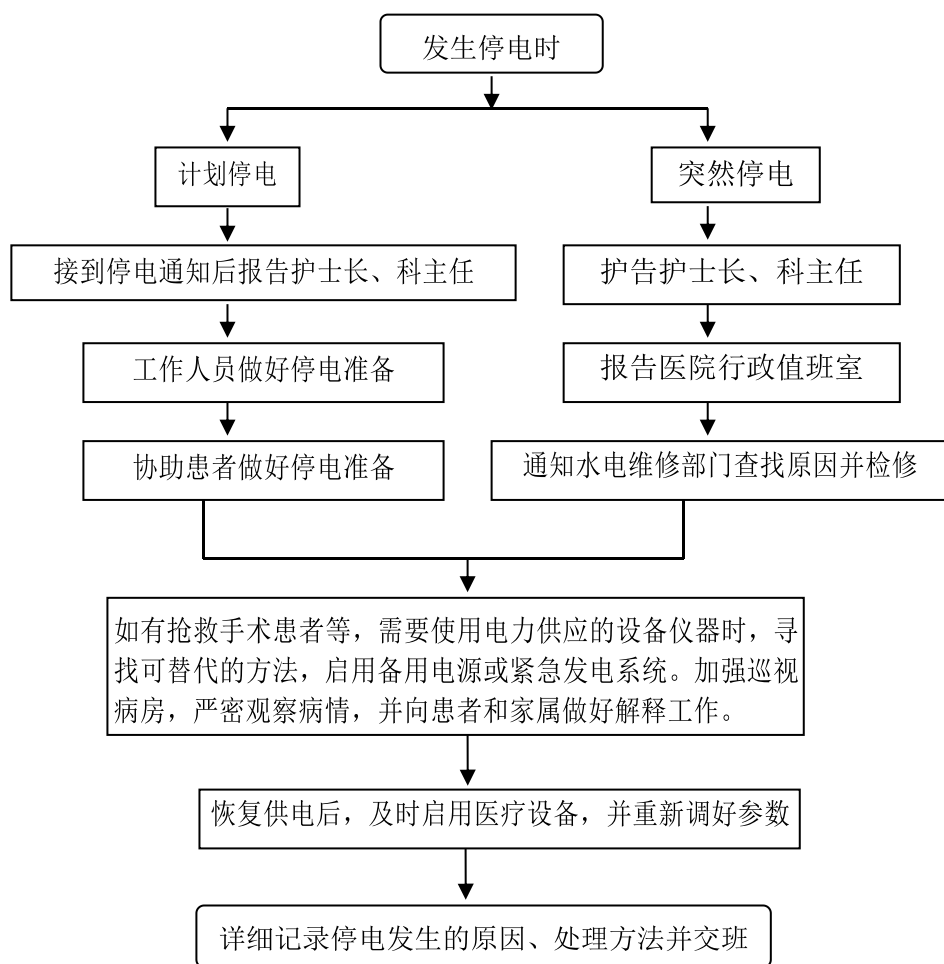
④如有抢救手术患者等，需要使用电力供应的仪器设备时，寻找可替代的方法，立即启用设备仪器的备用蓄电池维持功能。

⑤加强巡视病房，并向患者及家属做好解释工作。

⑥恢复供电后，及时启用仪器设备，并重新调整参数。

⑦详细记录停电发生的原因、处理方法并进行交班。

附：【流程图】





病房接到停水通知或突然停水时的应急预案与流程

(1) 计划停水

①接到停水通知后，立即报告护士长、科主任，通知科室所属工作人员做好应急准备，根据停水时间尽量储备水源，以备使用。

②告知患者停水的时间，帮助患者储备好生活用水和饮用水；指导患者节约用水和循环用水。

③暂停使用需要用水的医疗设备，如血透机等，并向患者及家属做好解释工作。

④恢复供水后，及时启用医疗设备。

⑤详细记录停水发生的原因、处理方法并进行交班。

(2) 突然停水

①立即报告护士长、科主任。

②报告医院行政值班室，汇报停水情况。

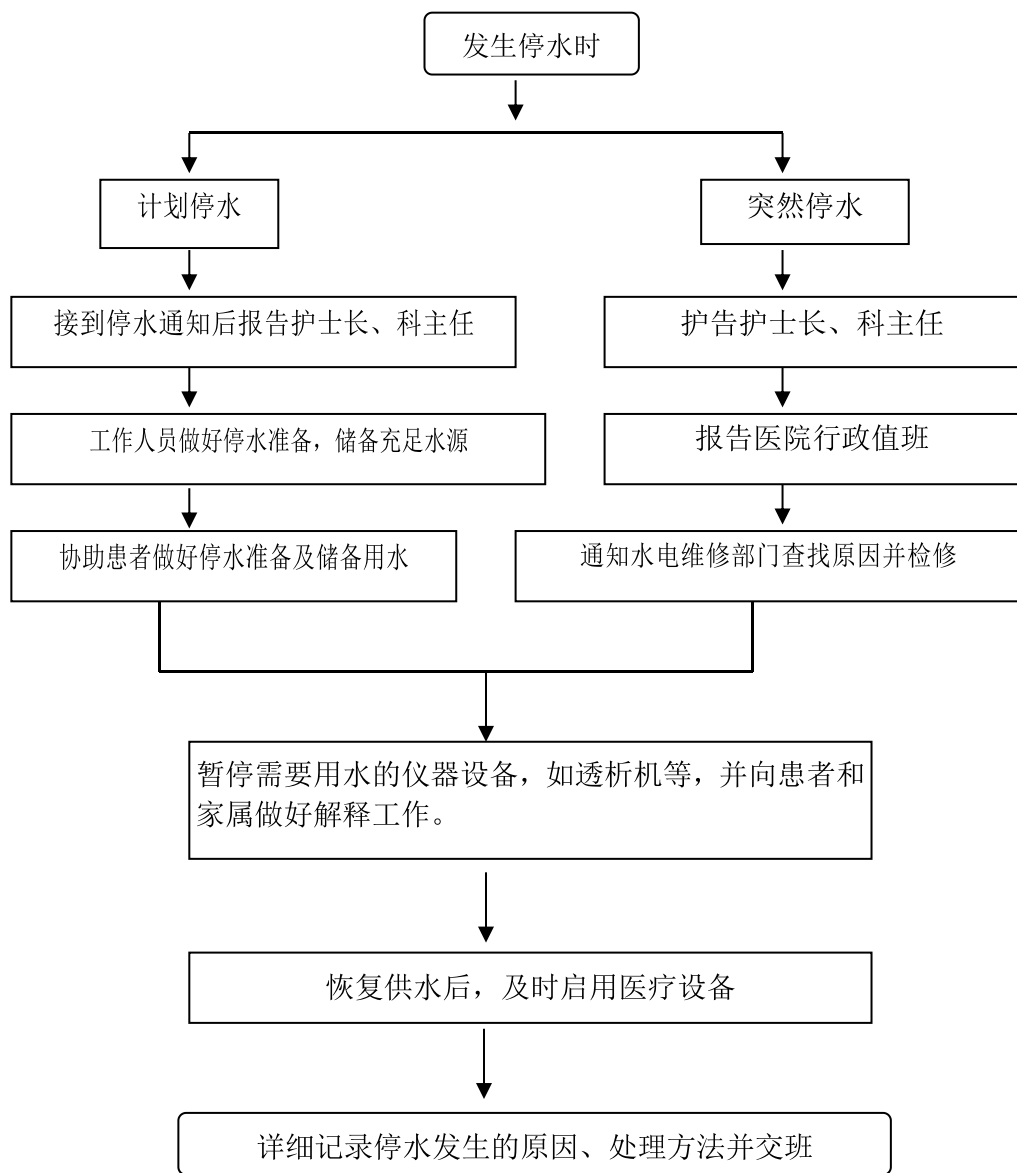
③通知水电维修部门查找原因并检修，

④暂停使用需要用水的医疗设备，如血透机等，并向患者及家属做好解释工作。

⑤恢复供水后，及时启用医疗设备。

⑥详细记录停水发生的原因、处理方法并进行交班。

附：【流程图】

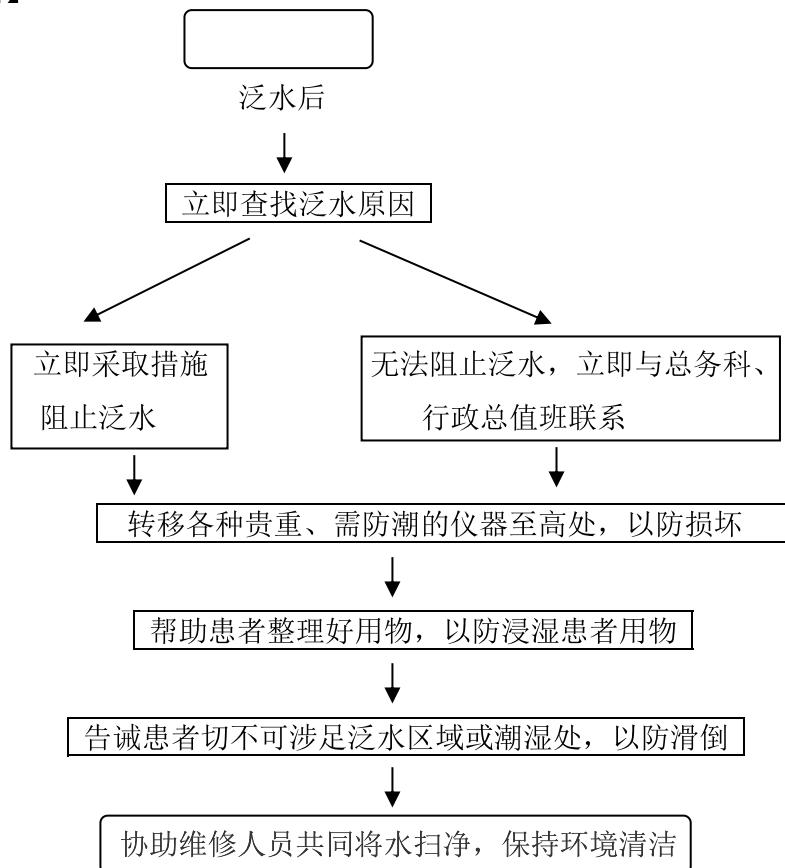




病房泛水时的应急预案与流程

- 一、病房发现泛水后，立即查找泛水原因，立即采取措施阻止泛水。
- 二、无法阻止泛水，立即与总务科、医院行政总值班联系。
- 三、转移各种贵重、需防潮的仪器放置高处，以防损坏。
- 四、帮助患者整理好用物，以防浸湿患者用物。
- 五、告诫患者切不可涉足泛水区域或潮湿处，以防滑倒。
- 六、协助维修人员共同将水扫净，保持环境清洁。

附：【流程图】

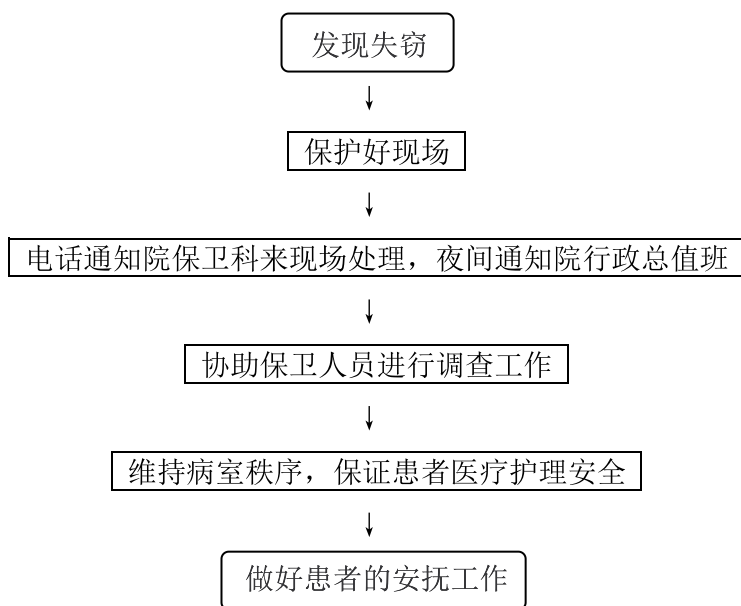




失窃的应急预案与流程

- 一、病房发现失窃，保护好现场。
- 二、电话通知院保卫科来现场处理，夜间通知医院行政总值班。
- 三、协助保卫科人员进行调查工作。
- 四、维持病房秩序，保证患者医疗护理安全。
- 五、做好患者的安抚工作。

附：【流程图】

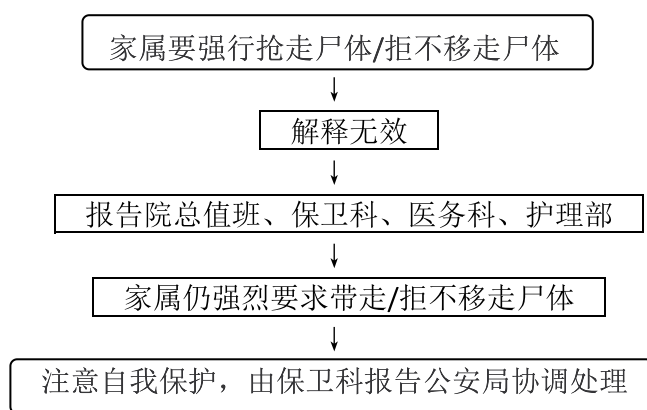




患者死亡后，发生纠纷的应急预案与流程

- 1、家属要强行抢走尸体、拒不移走尸体时，解释无效后，报告院总值班、保卫科、医务科、护理部。
- 2、家属仍强烈要求带走/拒不移走尸体，注意自我保护，由保卫科报告公安局协调处理。

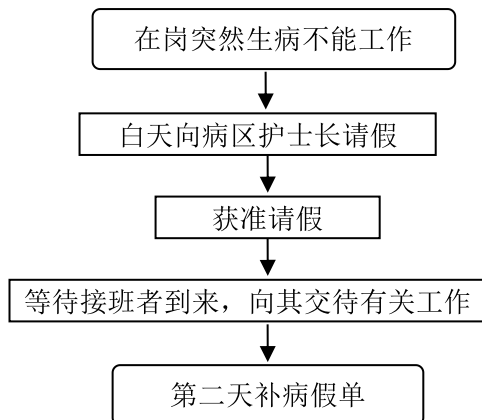
附：【流程图】



护士在岗时突然生病不能工作的应急预案与流程

- 1、在岗突然生病不能工作时，白天向病区护士长请假。
- 2、获准请假，等待接班者到来，向其交待有关工作。
- 3、第二天补病假单。

附：【流程图】

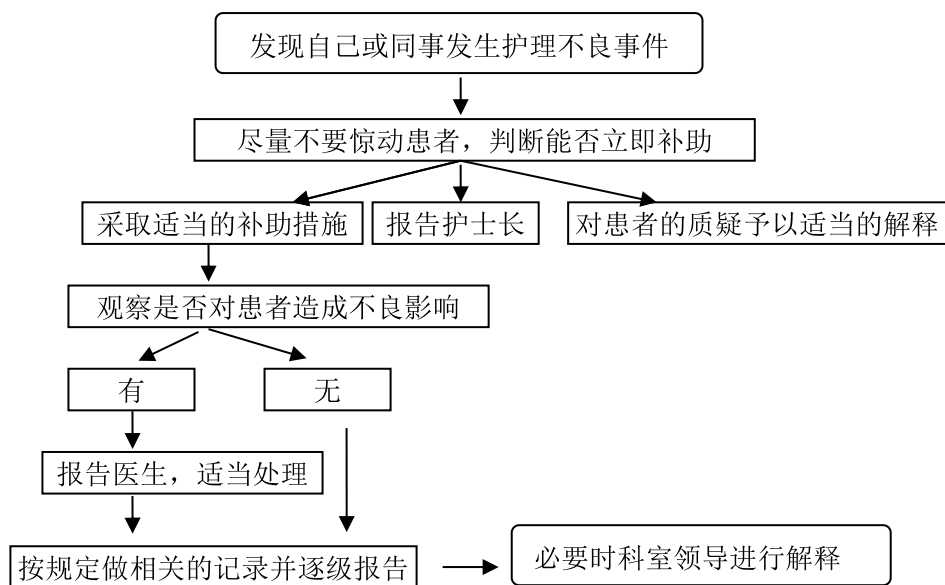




发现自己或同事发生护理工作不良事件的 应急预案与流程

- 1、发现自己或同事发生护理不良事件时，尽量不要惊动患者，判断能否立即补助。
- 2、采取适当的补助措施，同时报告护士长，对患者的质疑予以适当的解释。
- 3、观察是否对患者造成不良影响，报告医生，给予适当处理，按规定做相关的记录并逐级报告，必要时科室领导进行解释。

附：流程图

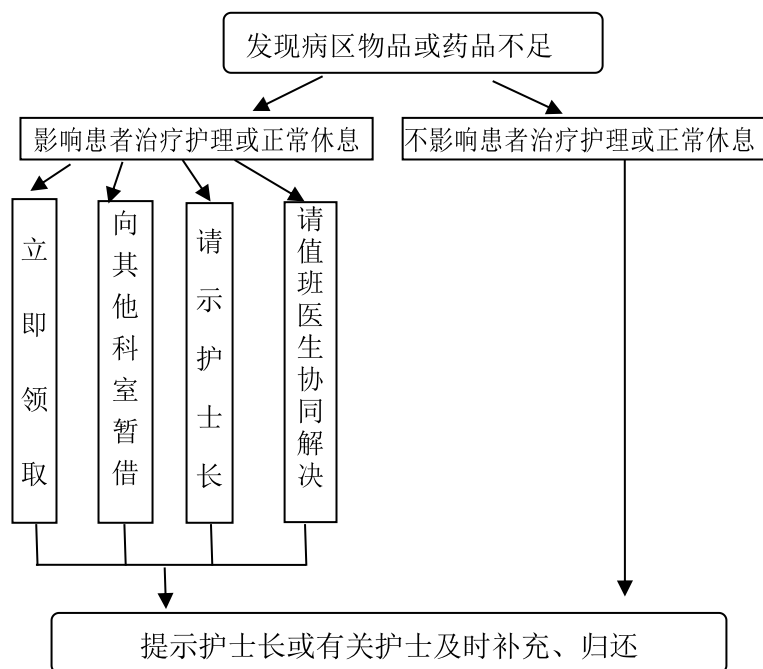




病区物品或药品不足的应急预案与流程

- 一、发现病区物品或药品不足，看是否影响患者治疗护理或正常休息。
- 二、影响患者治疗护理或正常休息时，立即领取，向其他科室暂借，请示护士长，请值班医生协同解决。
- 三、提示护士长或有关护士及时补充、归还。

附：【流程图】

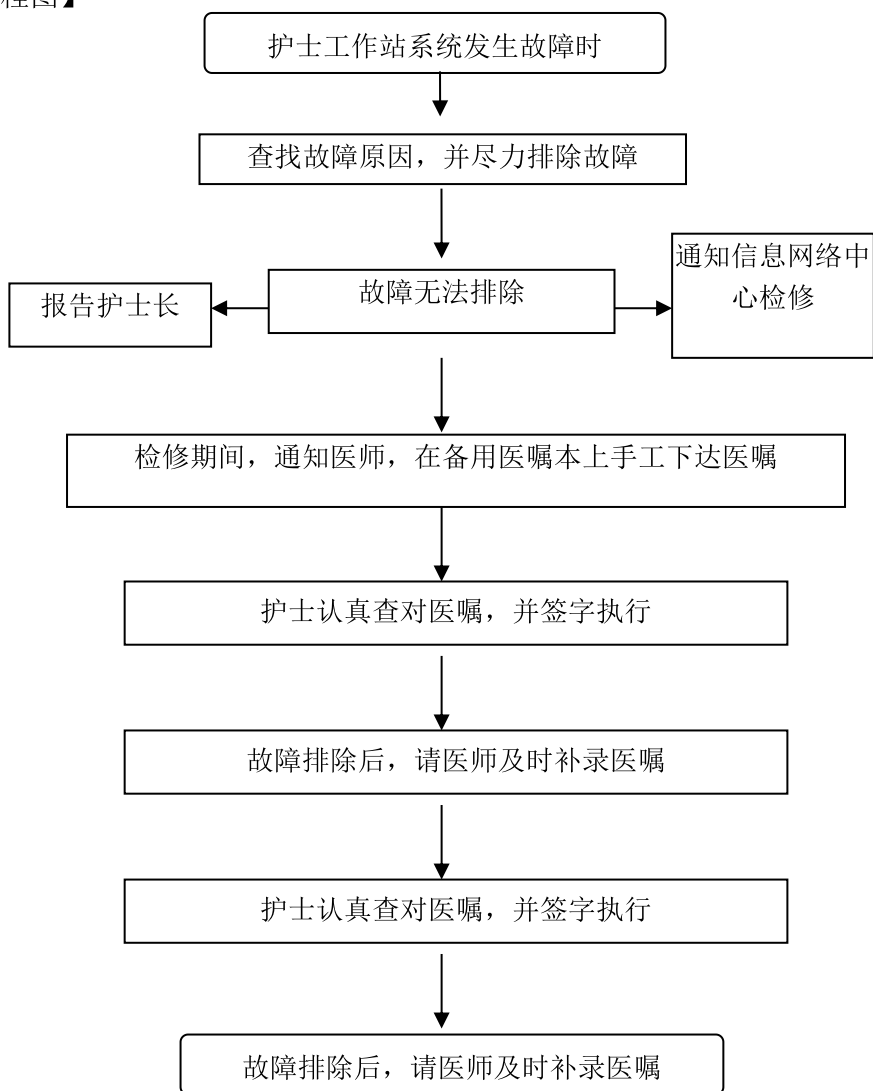




信息化系统故障时的应急预案与流程

- 一、信息化系统发生故障时，办公护士应迅速查找故障原因。
- 二、故障无法排除时，迅速报告护士长，并通知医院信息中心检修。
- 三、检修期间，通知医生，如需下达医嘱需在备用医嘱本上手工下达，护士认真查对签字执行。
- 四、故障排除后，通知医生及时补录医嘱。

附：【流程图】





心脏骤停患者的抢救预案与流程

抢救原则：分秒必争，就地抢救

一、快速判断意识丧失，大动脉搏动消失，将患者去枕平卧于硬板床上，床边呼叫或旁人协助呼叫值班医生，保持呼吸道通畅。

二、心前区扣击，如目击下发生的心脏骤停，立即在胸骨中下 1/3 交界处用拳击 1~2 次，高度 20~25cm 婴幼儿禁用。

三、胸外心脏按压：捶击心跳不恢复，立即进行胸外按压。按压部位：右手掌根部放于胸骨中下 1/3 交界处，并与胸骨长轴平行，左手重叠于右手背上，双手背伸直，垂直下压。按压次数至少 100 次/分，最高不超过 120 次，按压胸骨下陷至少 5cm，最深不超过 6cm，胸外按压与人工呼吸比例为 30:2。

四、使用简易呼吸器行面罩球囊控制呼吸连接氧气 8~10L/min，按压气囊频率为 10~12 次/分，每次送气量为 400~600ml，保持有效通气，吸痰。或气管插管呼吸机控制通气。

五、多功能心电监护仪监测，判断心脏骤停的类型，对症处理：

1、心室纤颤：如为细颤可先根据医嘱用盐酸肾上腺素静脉注射，使细颤变为粗颤，再用双向波直流电作非同步除颤，选择能量 150~200J。

2、心室停搏或心电机械分离：首先用盐酸肾上腺素 1mg 静脉注射，无效时予 2mg 静脉注射，每 3~5min 重复一次，总量可达 10mg。也可用体表无创起搏，如起搏无效，继续胸外心脏按压。

六、迅速建立两条静脉通道，根据医嘱静脉内给药(严格查对，复述 2 次，保留安瓿，记录用药)。

七、脑复苏

1、降温疗法：心跳骤停 5min 内用冰帽及体表大血管处放置冰袋，保护大脑，肛温降至 32~34℃为宜，过低易引起室颤。

2、防治脑水肿：20%甘露醇 250ml+地塞米松 10mg 快速静注，或速尿 20~40mg 静脉注射，以后每 6h 注射 1 次，可重复使用。

3、改善脑循环，可予脑细胞活化剂等药物治疗。

4、控制抽搐：安定 10~20mg 静脉注射，鲁米那，水合氯醛均可使用。

八、防止急性肾功能衰竭，心脏复苏后，留置尿管，记录每小时尿量，测量尿比重。

九、严密观察复苏效果，根据医嘱对症处理。

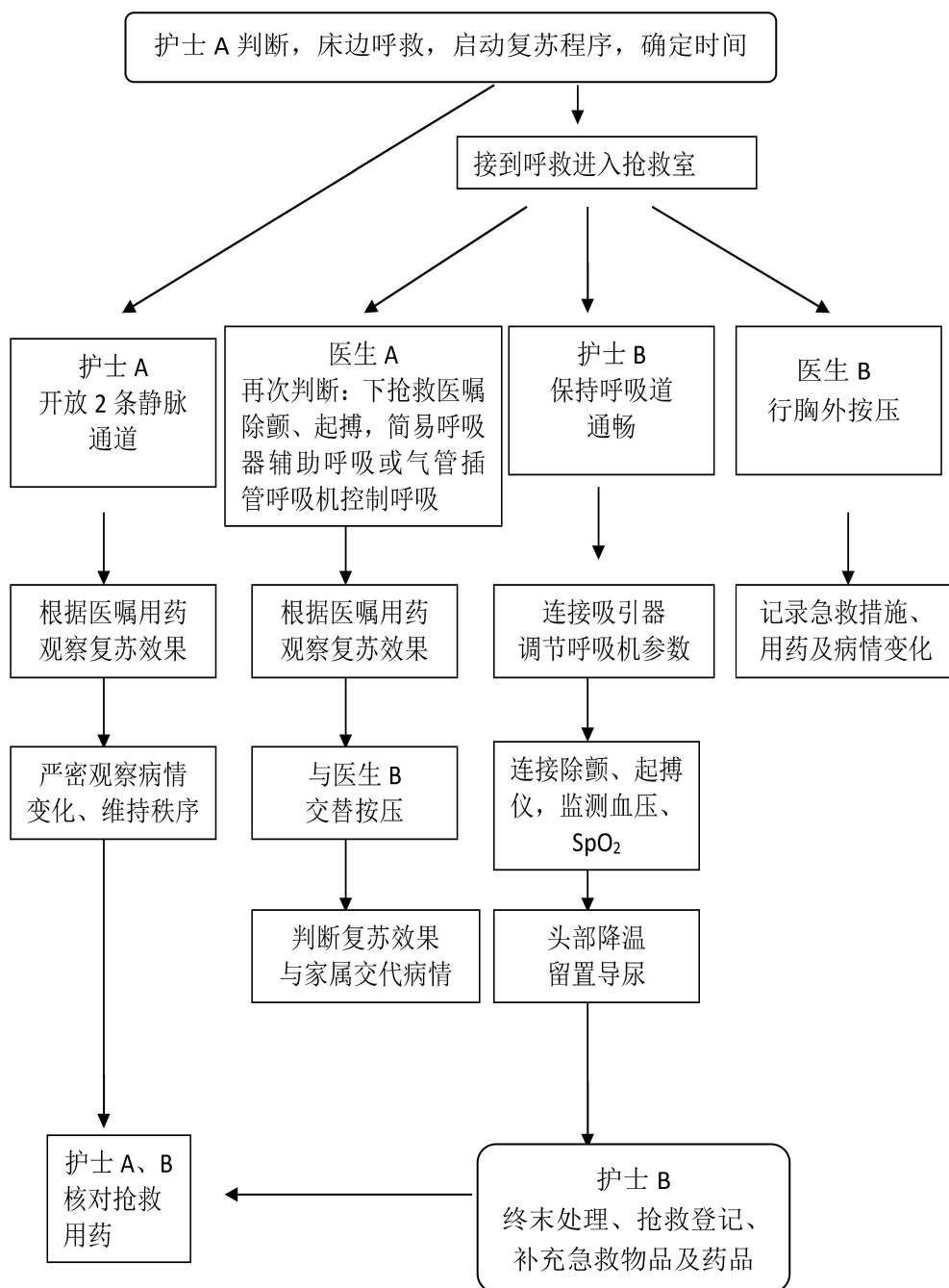
十、抢救完毕两名护士共同核对抢救安瓿，并补记护理记录单。

十一、做好抢救后物品的清理、消毒、补充和检查，急救设备还原成备用状态。

十二、做好心理护理及健康教育。



附：【流程图】

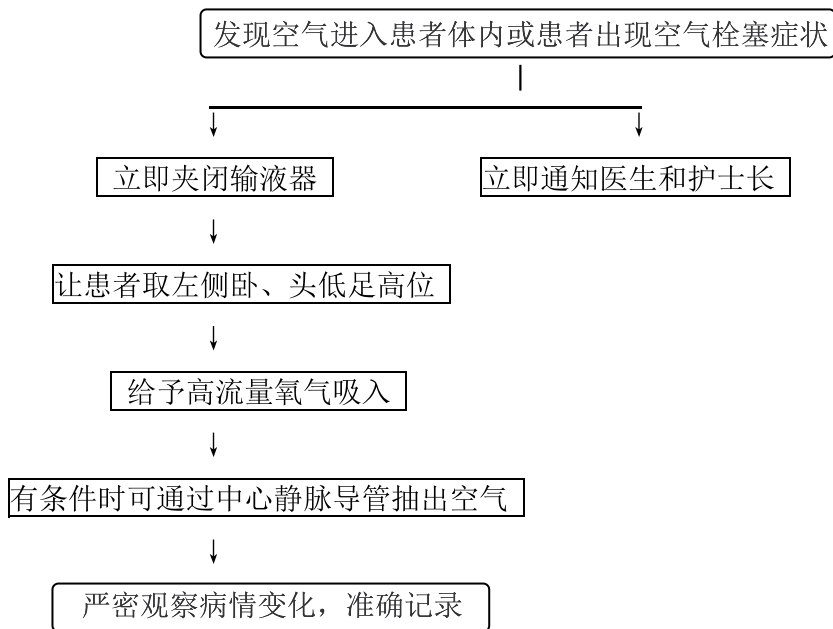




患者发生静脉空气栓塞时的应急预案与流程

- 一、发现空气进入患者体内或患者出现空气栓塞症状。
- 二、立即夹闭输液器，同时通知医生和护士长。
- 三、让患者取左侧卧、头低足高位。
- 四、给予高流量氧气吸入。
- 五、有条件时可通过中心静脉导管抽出空气。
- 六、严密观察病情变化，准确记录。

附：【流程图】

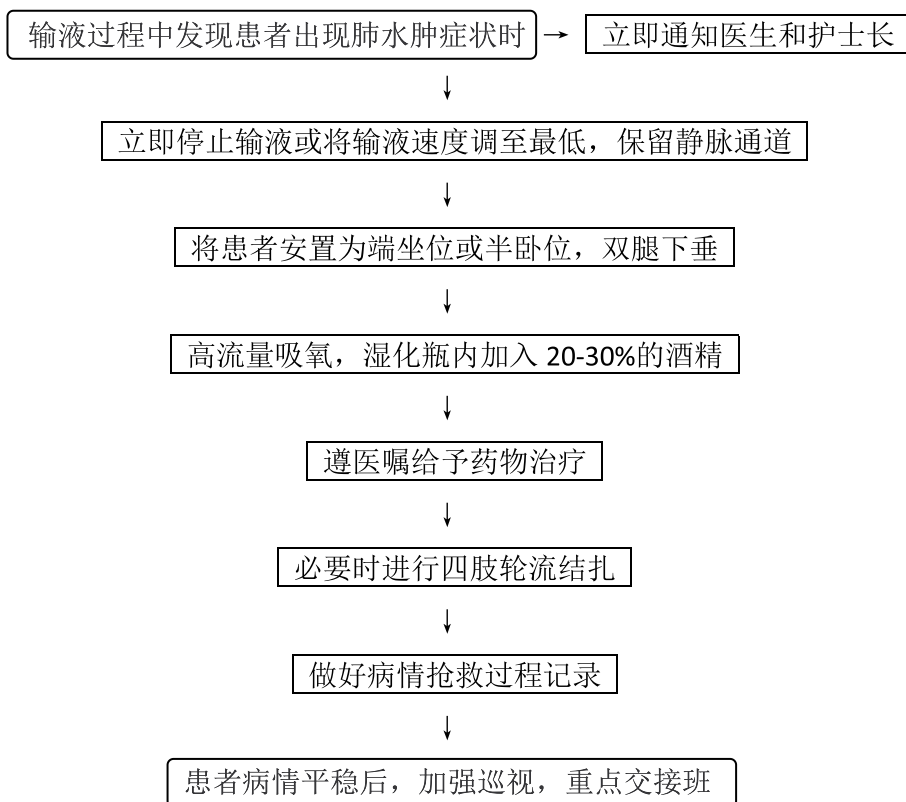




输液过程中出现肺水肿时的应急预案与流程

- 一、输液过程中发现患者出现肺水肿症状时立即通知医生和护士长。
- 二、立即停止输液或将输液速度调至最低，保留静脉通道。
- 三、将患者安置为端坐位或半卧位，双腿下垂。
- 四、高流量吸氧，湿化瓶内加入 20-30%的酒精。
- 五、遵医嘱给予药物治疗。
- 六、必要时进行四肢轮流结扎。
- 七、做好病情抢救过程记录。
- 八、患者病情平稳后，加强巡视，重点交接班。

附：【流程图】

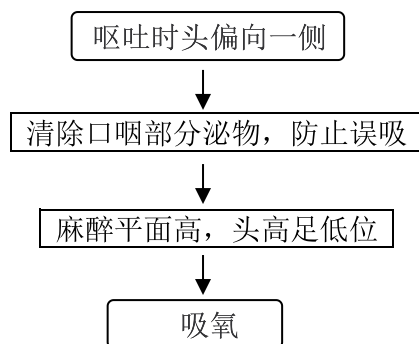




患者术后恶心呕吐的应急预案与流程

- 一、患者做完手术后，出现呕吐时立即将患者头偏向一侧。
- 二、清除口咽部分泌物，防止误吸。
- 三、麻醉平面高，协助患者取头高足低位。
- 四、遵医嘱给予持续吸氧。

附：【流程图】

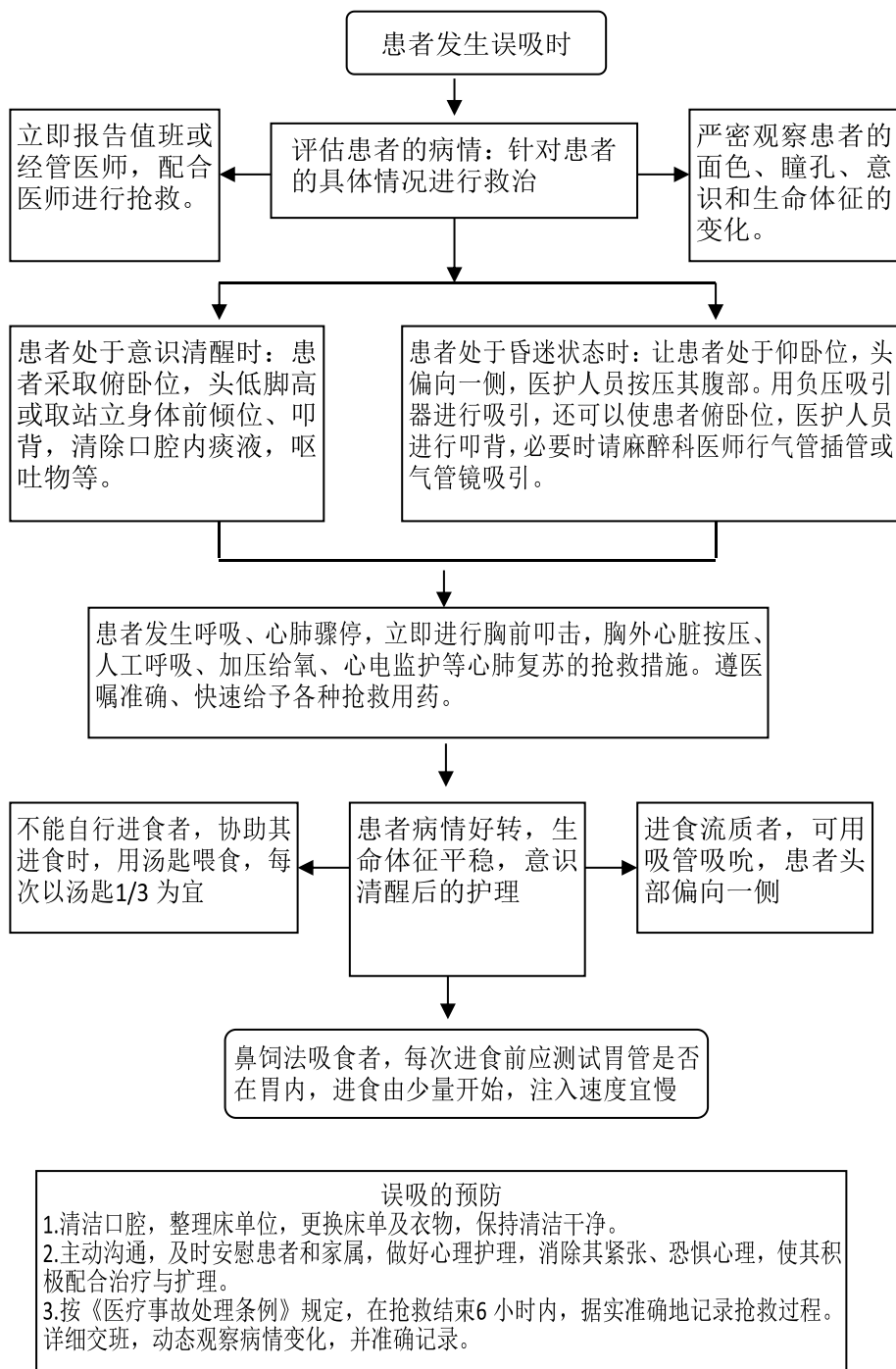


患者发生误吸时的应急预案与流程

- 一、发现患者误吸，立即使患者取俯卧位，头低脚高位，同时通知医生及护士长。
- 二、叩拍背部，尽可能将吸入物排出，通知家属并向家属交代病情。
- 三、迅速准备好抢救仪器和物品，及时清理口鼻腔内分泌物，保持呼吸道通畅。
- 四、密切监测生命体征和血氧饱和度。
- 五、做好相关记录。



附：【流程图】

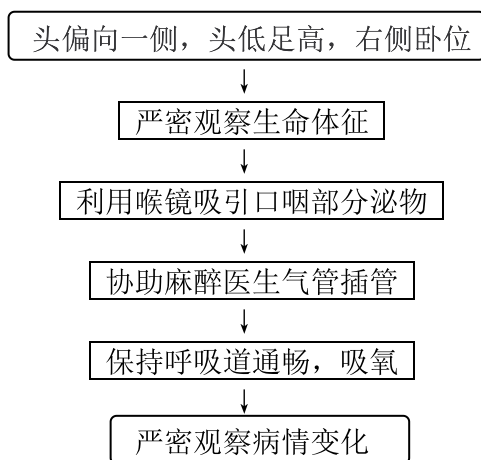




患者术后返流误吸的应急预案与流程

- 一、患者手术后发生返流误吸时，立即将患者头偏向一侧，取头低足高，右侧卧位。
- 二、严密观察生命体征变化。
- 三、利用喉镜吸引口咽部分泌物。
- 四、协助麻醉医生行气管插管。
- 五、保持呼吸道通畅，吸氧。
- 六、严密观察病情变化。

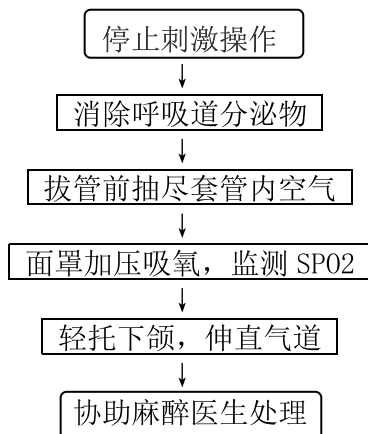
附：【流程图】



发生喉痉挛的应急预案与流程

- 一、患者发生喉痉挛时，立即停止刺激操作。
- 二、消除呼吸道分泌物。
- 三、拔管前抽尽套管内空气。
- 四、面罩加压吸氧，密切监测血氧饱和度变化。
- 五、轻托患者下颌，伸直气道。
- 六、协助麻醉医生处理。

附：流程图

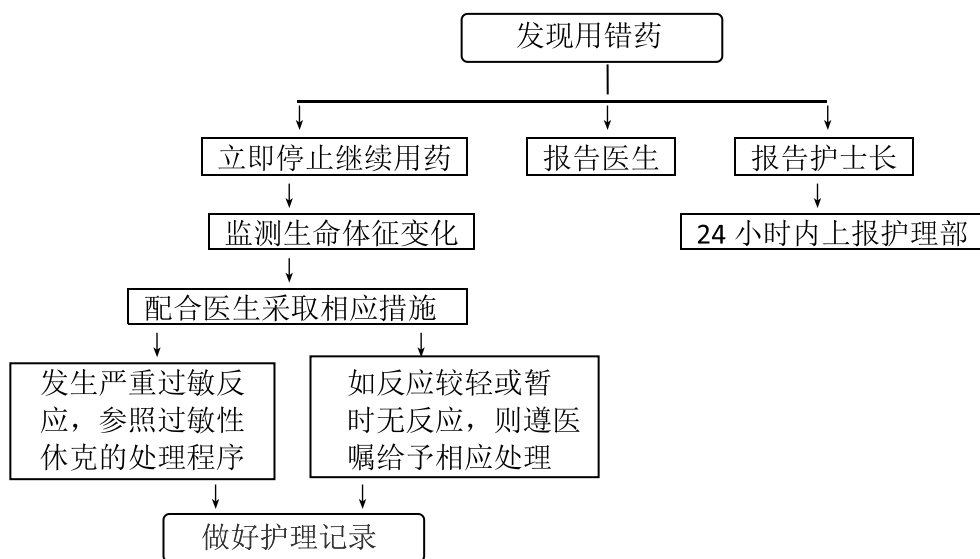




发生用药错误时的应急预案与流程

- 一、发现患者用药错误，立即停止继续用药，报告医生和护士长，24 小时内上报护理部。
- 二、密切监测患者生命体征变化。
- 三、配合医生采取相应措施。
- 四、发生严重过敏反应，参照过敏性休克的处理程序；如反应较轻或暂时无反应，则遵医嘱给予相应处理。
- 五、做好护理记录。

附：【流程图】





口服药给药错误的应急预案与流程

一、立即通知医生，报告护士长。

二、监测生命体征，根据药物的作用和患者的反应，采取补助措施，尽量减轻由于给药错误造成的不良后果，配合医生抢救。

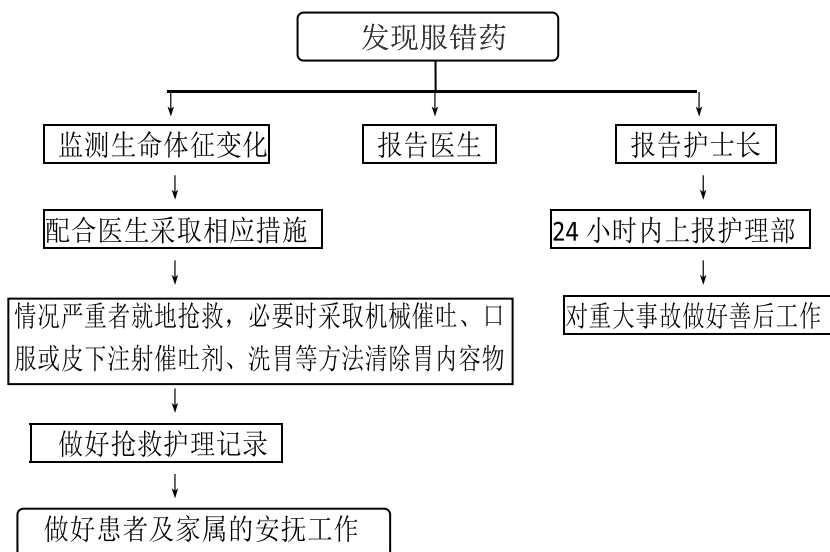
三、情况严重者就地抢救，必要时采取机械催吐、口服或皮下注射催吐剂、洗胃等方法清除胃内容物。

四、做好抢救及护理记录。

五、做好患者及家属的安抚工作。

六、24 小时内上报护理部，对重大事故做好善后工作。

附：【流程图】

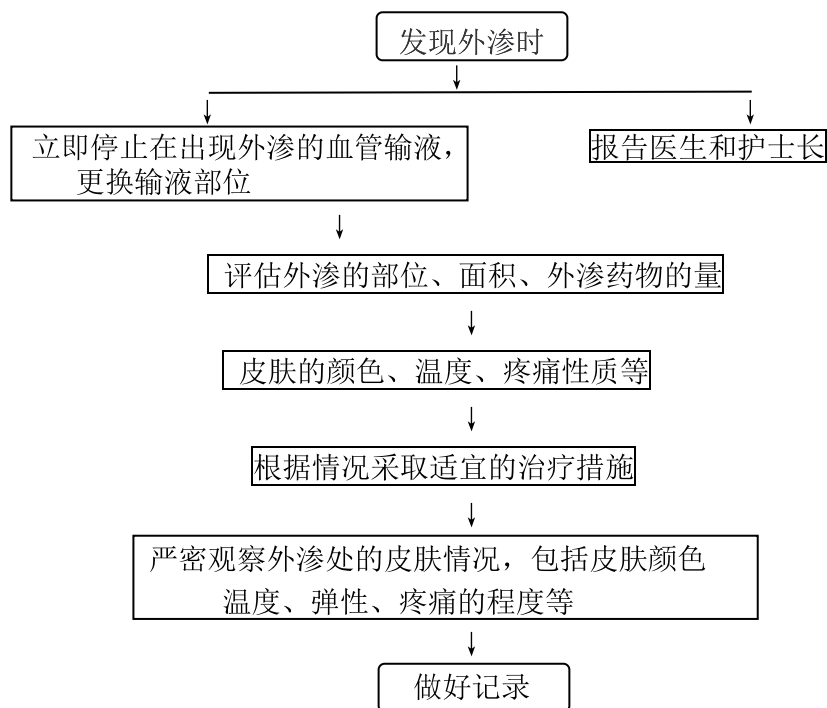




血管活性药物外渗的应急预案与流程

- 一、发现血管活性药物外渗时，立即停止在出现外渗的血管输液，更换输液部位。同时报告医生和护士长。
- 二、评估外渗的部位、面积、外渗药物的量，皮肤的颜色、温度、疼痛性质等。
- 三、根据情况采取适宜的治疗措施。
- 四、严密观察外渗处的皮肤情况，包括皮肤颜色温度、弹性、疼痛的程度等。
- 五、做好记录。

附：【流程图】

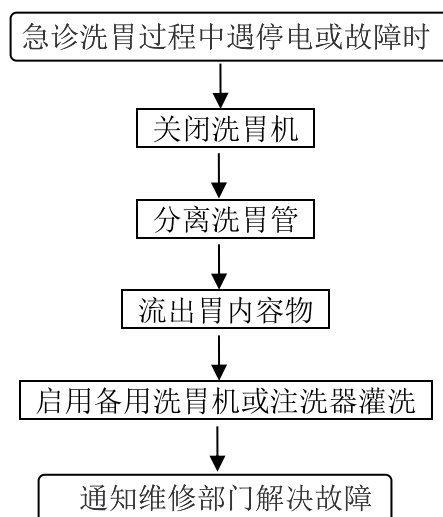




急诊洗胃过程中遇停电或故障时的应急预案与流程

- 一、急诊洗胃过程中遇停电或故障时。
- 二、关闭洗胃机。
- 三、分离洗胃管。
- 四、流出胃内容物。
- 五、启用备用洗胃机或注洗器灌洗。
- 六、通知维修部门解决故障。

附：【流程图】





吸氧过程中中心吸氧装置出现故障时的应急预案与流程

一、中心吸氧发生故障时，应迅速查找故障原因。

二、故障无法排除时，迅速报告医生、护士长，立即启用备用氧气筒或或氧气枕，调节好氧流量连接吸氧管，继续给患者吸氧，并向患者及家属做好解释工作。

三、通知医院供氧中心检修。

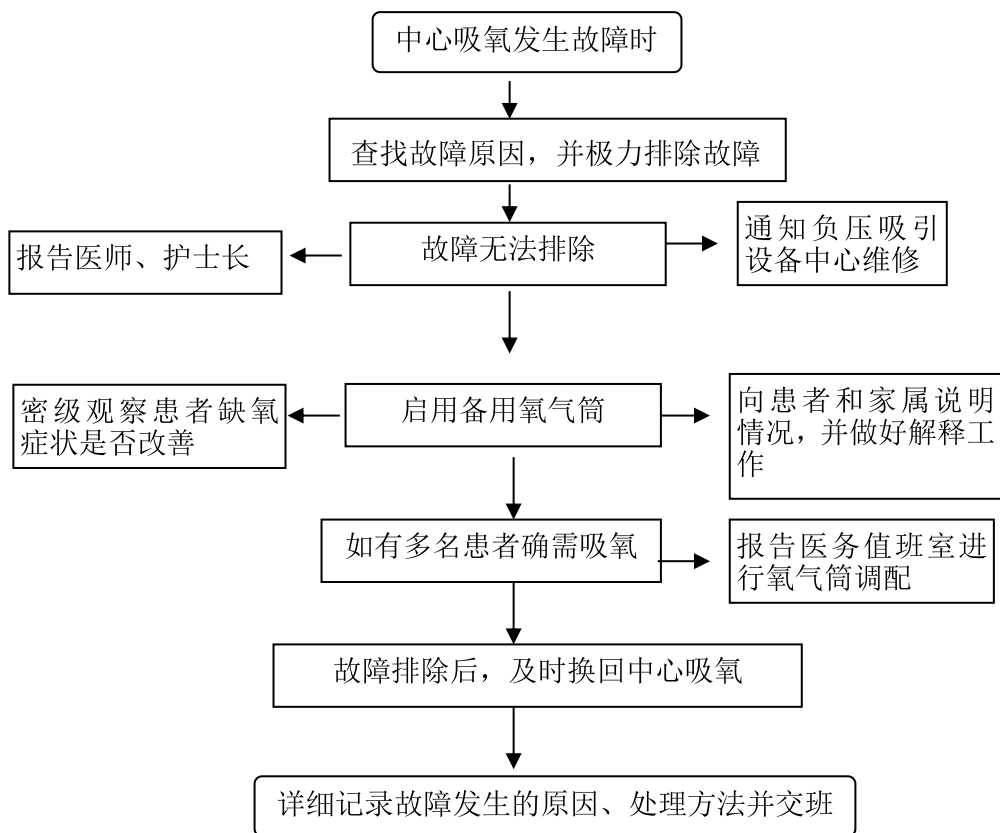
四、如有多名危重患者确需吸氧而科室自备氧气筒不够时，立即上报医院医务值班室，进行科间氧气筒的调配，保证患者吸氧的需要。

五、吸氧过程中密切观察患者病情变化，观察患者的缺氧症状是否改善。

六、故障排除后，及时更换回中心吸氧。

七、详细记录故障发生的原因、处理方法并进行交班。

附：【流程图】

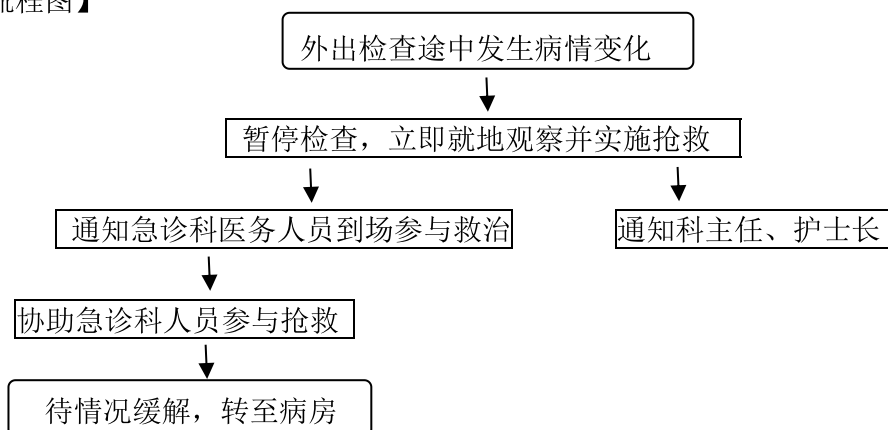




患者外出检查途中发生病情变化的应急预案与流程

- 一、患者外出检查途中发生病情变化。
- 二、暂停检查，立即就地观察并实施抢救。
- 三、通知急诊科医务人员到场参与救治，同时通知科室科主任、护士长。
- 四、协助急诊科人员参与抢救。
- 五、待情况缓解，转至病房。

附：【流程图】

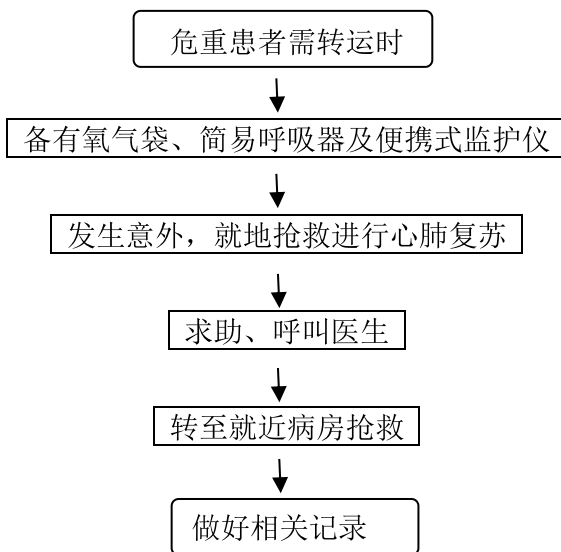




危重患者转运时发生意外的应急预案与流程

- 一、危重患者若病情不稳定，不得转运。
- 二、若有特殊情况，需转运时，备氧气袋、简易呼吸器及便携式监护仪。
- 三、发生意外，就地抢救进行心肺复苏。
- 四、求助、呼叫医生。
- 五、转至就近病房抢救。
- 六、做好相关记录。

附：【流程图】





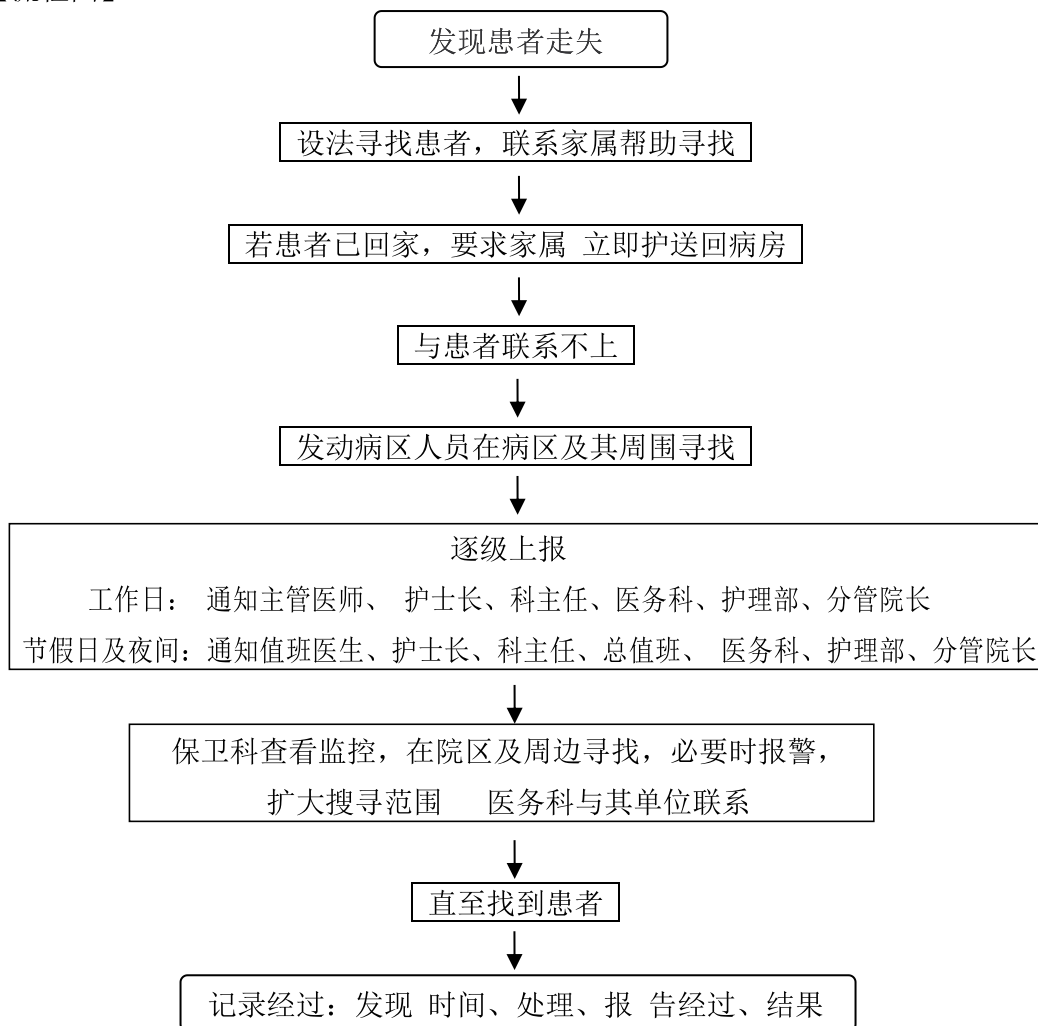
患者发生走失的应急预案与流程

一、确定患者走失，病区主管医师和或护士发现患者未经请假离开病区 2 小时左右，报告病区主任、护士长，设法寻找患者，联系家属帮助寻找，若患者已回家，要求家属立即护送回病房。

二、若患者未回家，发动病区人员在病区及其周围寻找，同时逐级上报，工作日通知主管医师、护士长、科主任、医务科、护理部、分管院长；节假日及夜间通知值班医生、护士长、科主任、总值班、医务科、护理部、分管院长。

三、未找寻到则报保卫科，由保卫科组织人员查看监控，在全院区范围搜寻（特别对重点区域如水塘等），仍未找寻到，确定患者走失，立即报警，请求警方帮助，扩大搜寻范围，直至找到患者。

附：【流程图】





患者自杀时的应急预案

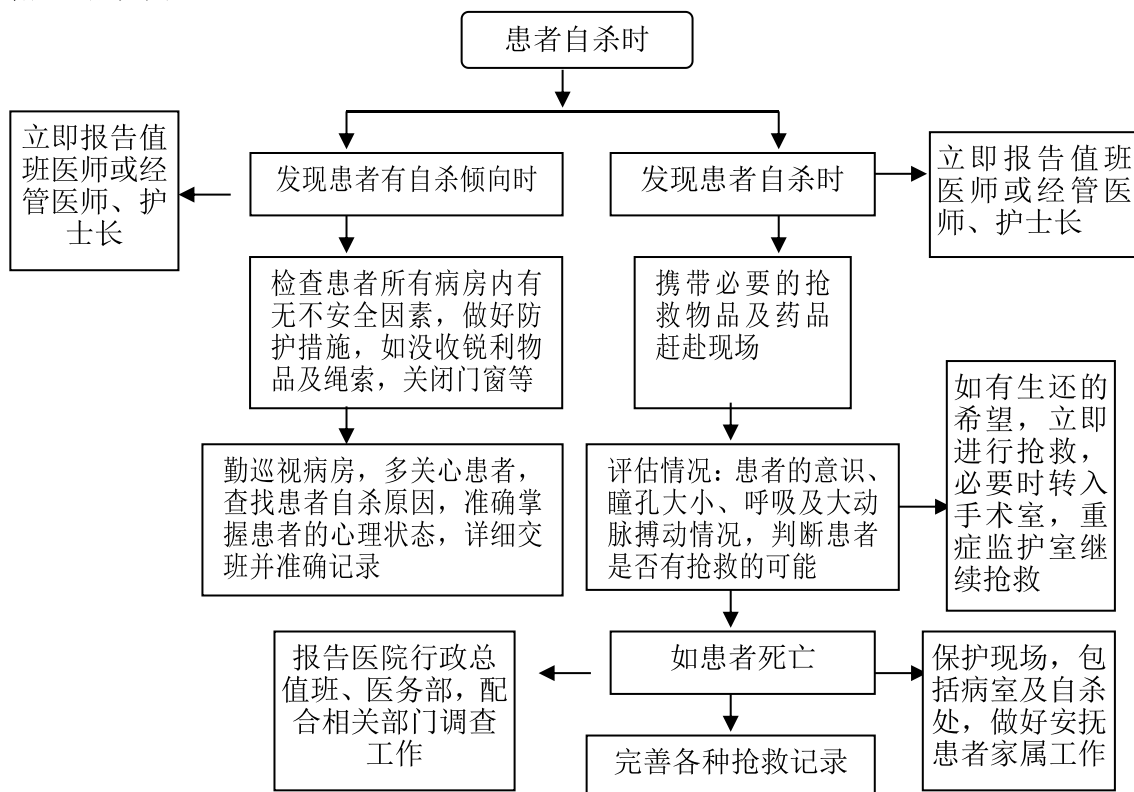
1. 原因

(1) 疾病因素：①难治之症，如癌症等；②长期慢性病，预后差的疾病，如肾衰竭等；③心理精神性疾病，如精神分裂症、抑郁症、自闭症等。

(2) 患者因素：心理承受能力低下，对疾病的原因、诊断、治疗和预后缺乏正确的认识，丧失治愈的信心。

(3) 社会因素：①个人或家庭经济收入情况欠佳，难以承受医疗费用；②缺乏社会、家庭的支持和关爱。

附：【流程图】



患者自杀的预防

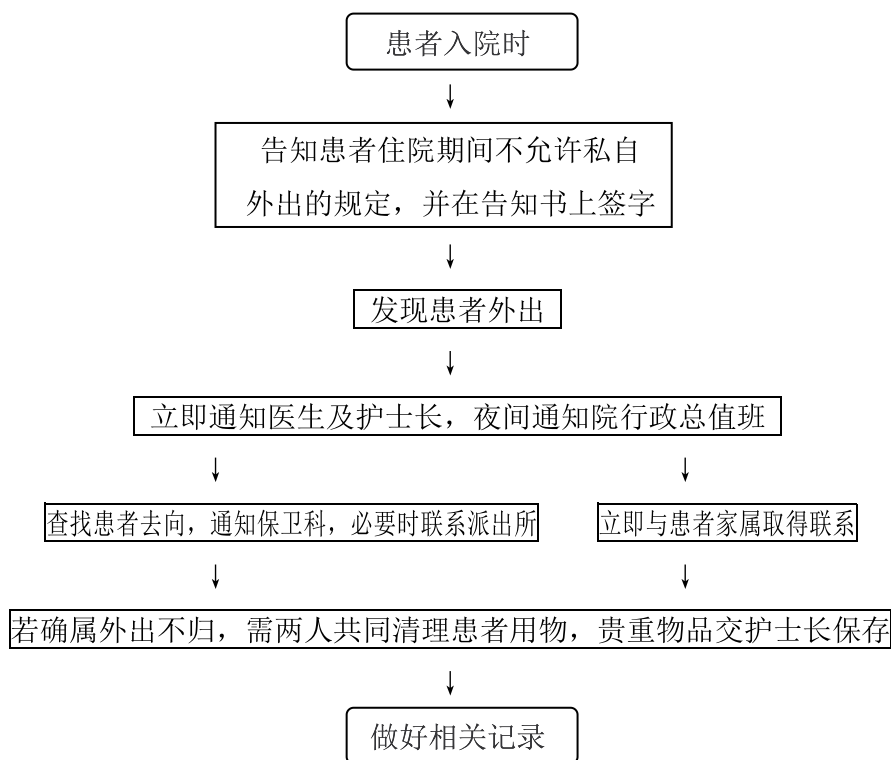
- 1.有效沟通。对于慢性病、不治之症、治疗效果不佳及精神病等患者，给与关注，进行沟通，了解其性格特征和心理状态，进行疏导，必要时请心理医师进行治疗。
- 2.病房不能留有利器、绳索、棍棒等危险品。对毒麻精神类药物，应发药到手，服药到口。
- 3.对有自杀倾向者。应安排24小时专人看护，外出检查和治疗时，应由专人护送。



患者外出或外出不归时的应急预案与流程

- 一、患者入院时，告知患者住院期间不允许私自外出的规定，并在告知书上签字。
- 二、发现患者外出，立即通知医生及护士长，夜间通知院行政总值班。
- 三、查找患者去向，立即通知保卫科，与患者家属取得联系，查看监控录像，必要时联系派出所，共同查找。
- 四、若确属外出不归，需两人共同清理患者用物，贵重物品交护士长保存。
- 五、做好相关记录。

附：【流程图】

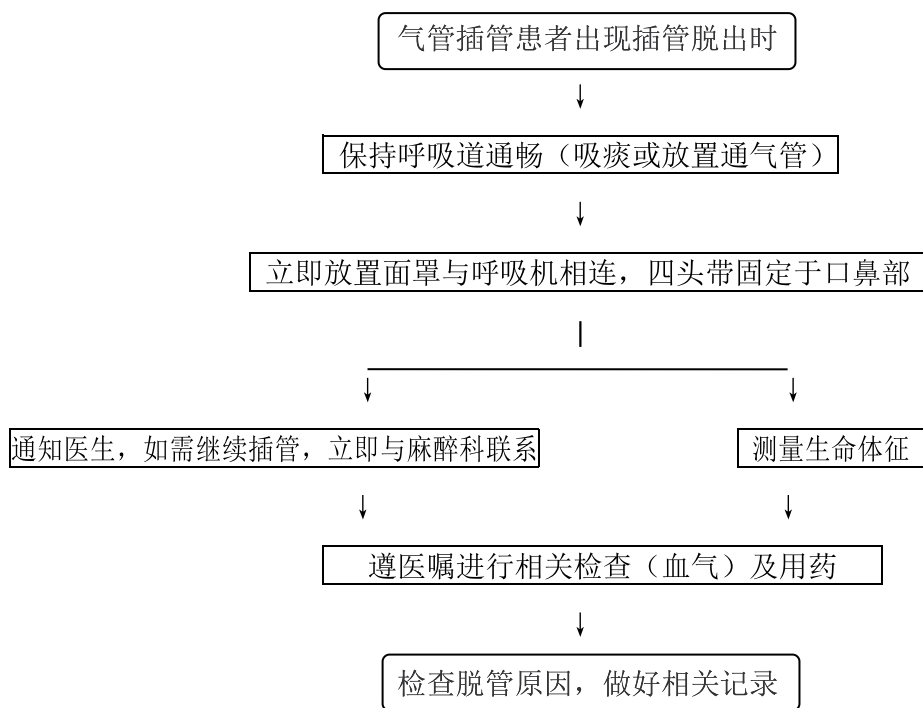




气管插管患者出现插管脱出时的应急预案与流程

- 一、气管插管患者出现插管脱出时，保持呼吸道通畅，如吸痰或放置口咽通气管。
- 二、立即放置面罩与呼吸机相连，四头带固定于口鼻部。
- 三、通知医生，如需继续插管，立即与麻醉科联系，测量患者生命体征。
- 四、遵医嘱进行相关检查，如血气分析及遵医嘱用药。
- 五、检查患者脱管原因，做好相关记录。

附：【流程图】





呼吸机使用过程中出现断电时的应急预案与流程

一、呼吸机使用过程中，突然断电时，护士携带简易呼吸器到患者床前，立即通知值班医生。

二、密切观察患者生命体征变化。

三、观察呼吸机蓄电池情况，呼吸机能否正常工作。如呼吸机不能正常工作时，护士应立即断开呼吸机，连接氧气，调节氧流量，进行人工辅助呼吸；如果患者自主呼吸良好，可经鼻导管吸氧，严密观察患者的呼吸、面色、意识等情况。

四、联系水电科或设备科，尽快恢复供电。

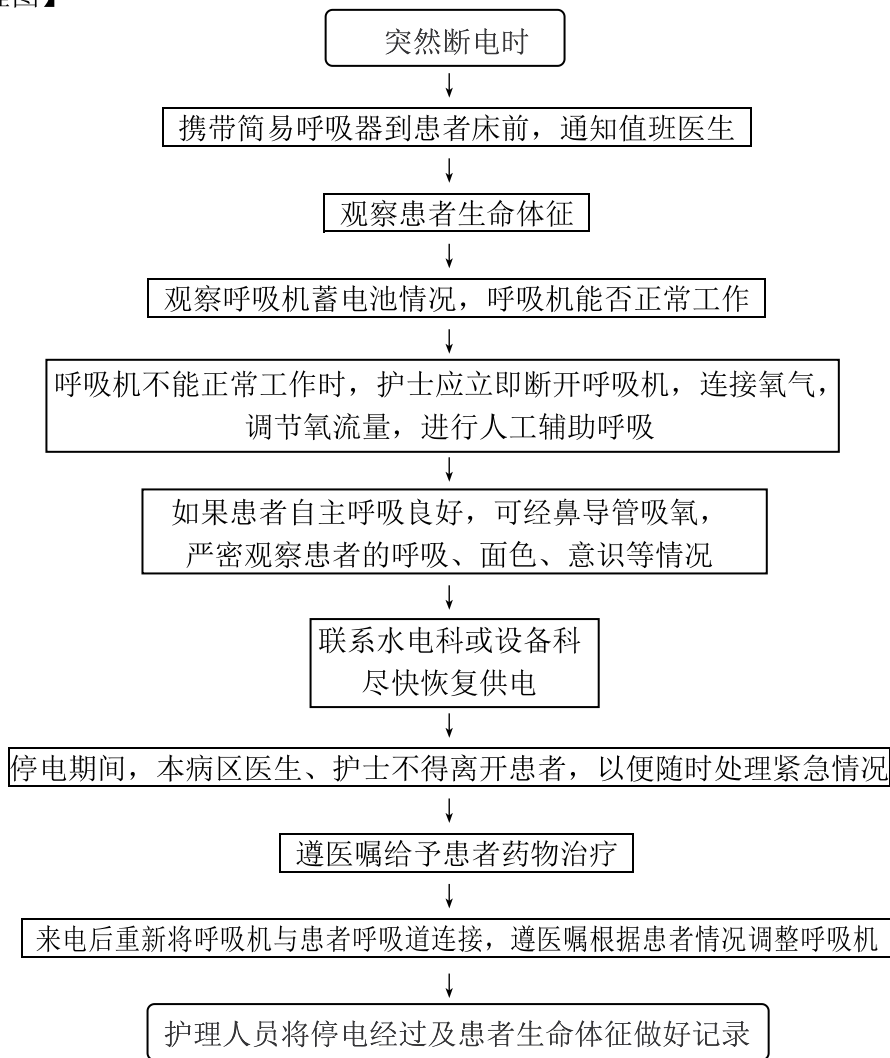
五、停电期间，本病区医生、护士不得离开患者，以便随时处理紧急情况。

六、遵医嘱给予患者药物治疗。

七、来电后重新将呼吸机与患者呼吸道连接，遵医嘱根据患者情况调整呼吸机。

八、护理人员将停电经过及患者生命体征做好记录。

附：【流程图】





呼吸机使用过程中发生故障的应急预案与流程

一、呼吸机发生故障时，应迅速查找故障原因。

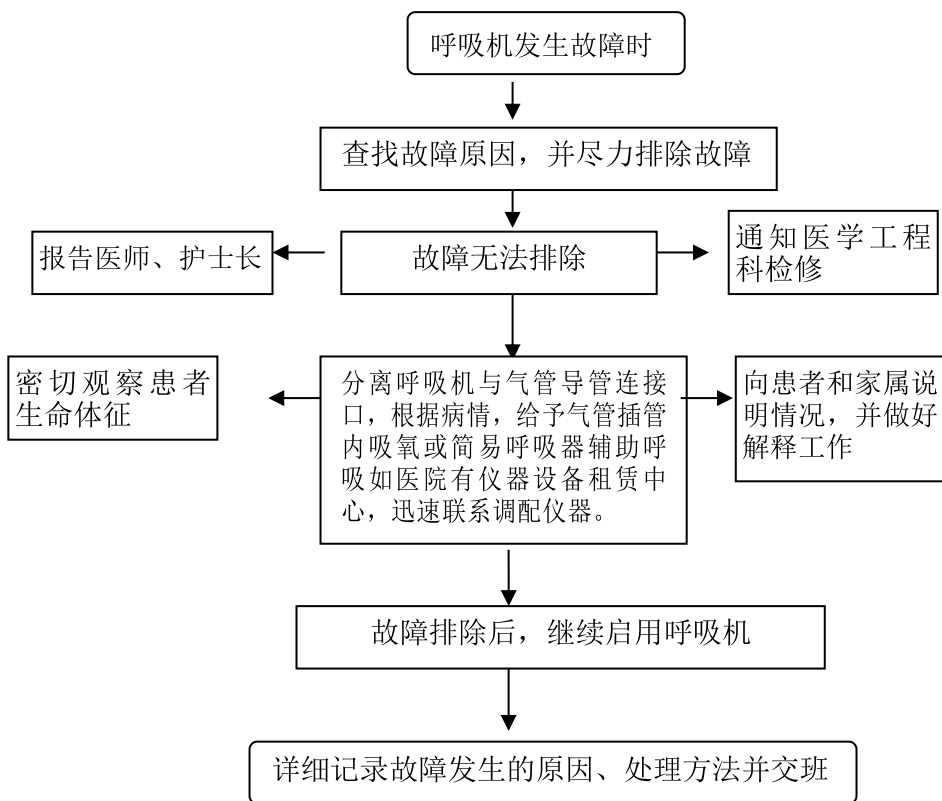
二、故障无法排除时，应迅速报告医师、护士长。立即分离呼吸机与气管插管连接口，根据患者情况，给予气管插管内吸氧，或用简易呼吸器辅助呼吸。如医院有仪器设备租赁中心，迅速联系调配仪器，并向患者及家属做好解释工作。

三、严密观察患者呼吸、心率、面色、意识和血氧饱和度。

四、仪器故障排除后，继续启用呼吸机。

五、详细记录故障发生的原因、处理方法并进行交班。

附：【流程图】





监护仪使用过程中出现意外的应急预案与流程

一、心电监护仪发生故障时，应迅速查找故障的原因。

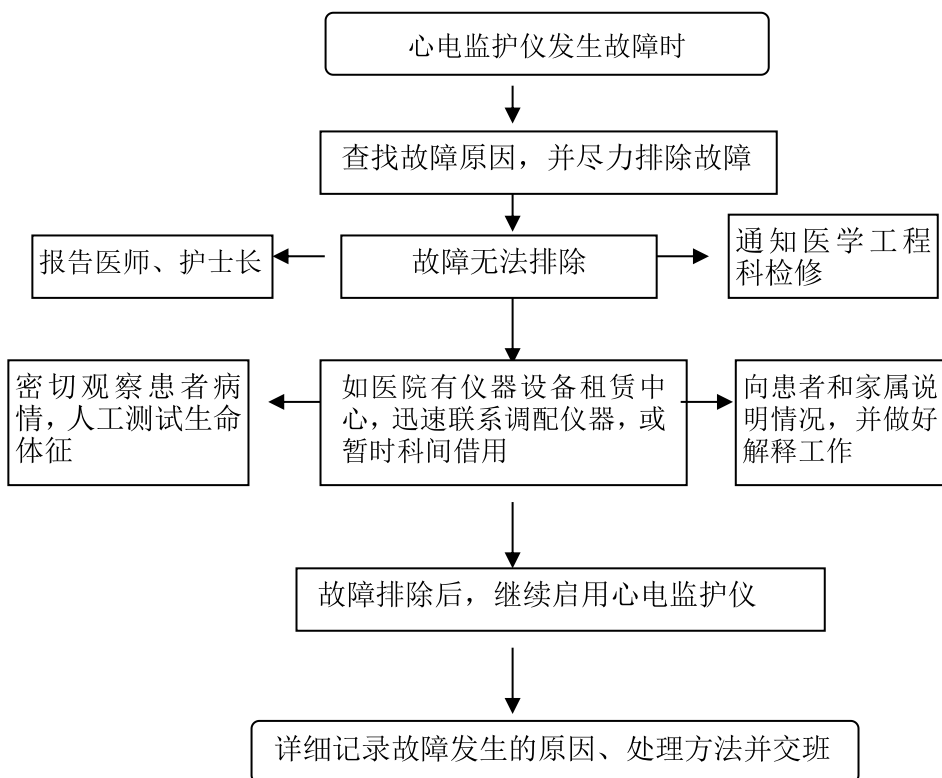
二、故障无法排除时，迅速报告医师、护士长、人工测试生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压），如医院有仪器设备租赁中心，迅速联系调配仪器（或暂时科间借用），并向患者及家属做好解释工作。

三、密切观察患者病情变化及生命体征。

四、故障排除后，继续启用心电监护仪。

五、详细记录故障发生的原因、处理方法并进行交班。

附：【流程图】





输液泵、注射泵使用过程中出现意外的应急预案与流程

一、输液泵发生故障时，应迅速查找故障原因。

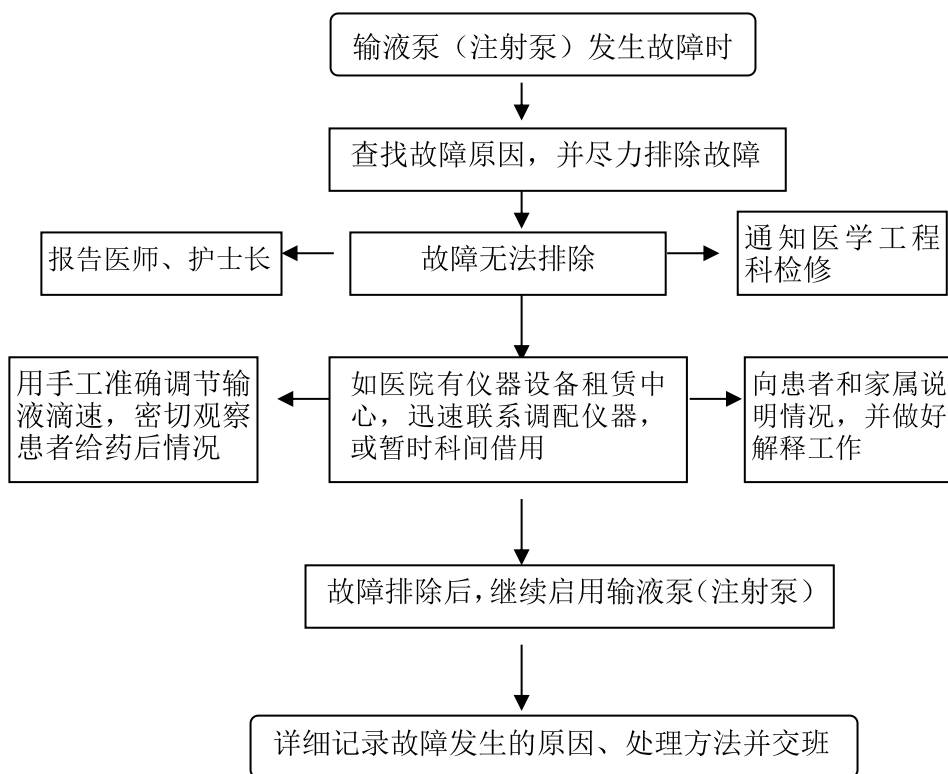
二、故障无法排除时，迅速报告医师、护士长，用手工准确调节输液滴数，如医院有仪器设备租赁中心，迅速联系调配仪器（或暂时科间借用），并向患者及家属做好解释工作。

三、密切观察患者给药后的情况。

四、故障排除后，继续启用输液泵（注射泵）。

五、详细记录故障发生的原因、处理方法，并进行交班。

附：【流程图】





除颤仪调配预案及流程

一、凡配备有除颤仪的科室按常规进行除颤仪的维护和保养，使之保持完好备用状态。

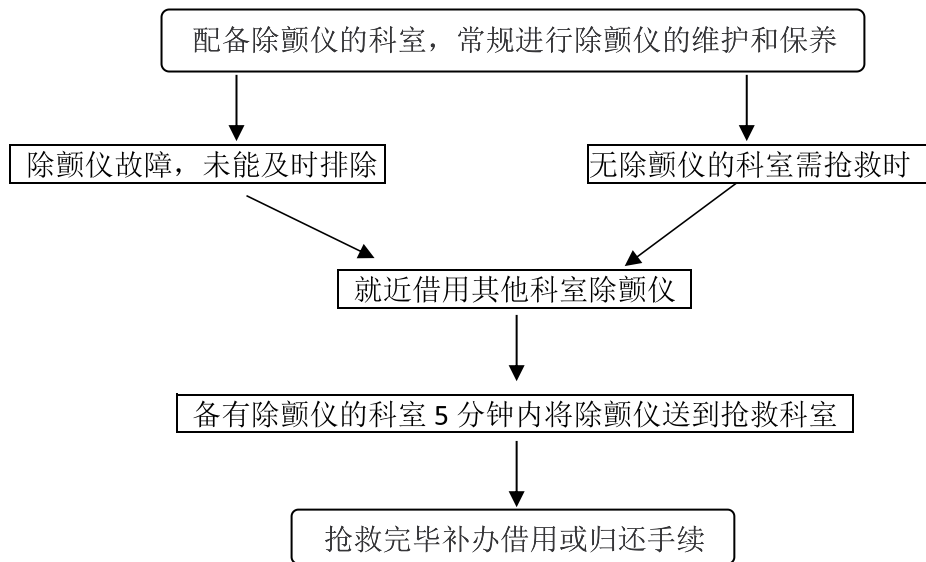
二、没有配备除颤仪的科室需要抢救时，遵循就近原则，马上电话通知“首先调配科室”；如果“首先调配科室”除颤仪正在使用或已调配到其他科室使用，则立即通知“其次调配科室”。

三、急救过程中除颤仪突发故障且本科室无空闲同类设备时，科室应在第一时间就近借用其他科室的除颤仪，替代原故障设备。

四、备有除颤仪的科室在接到求助电话后应在 5 分钟内将除颤仪送到抢救科室，除正在抢救使用外，不得以任何理由拒绝。抢救完毕补办相关借用或归还手续。

五、如被借用科室除颤仪正在使用，则遵循就近原则借用另一备有除颤仪的科室或设备科的除颤仪。

附：【流程图】

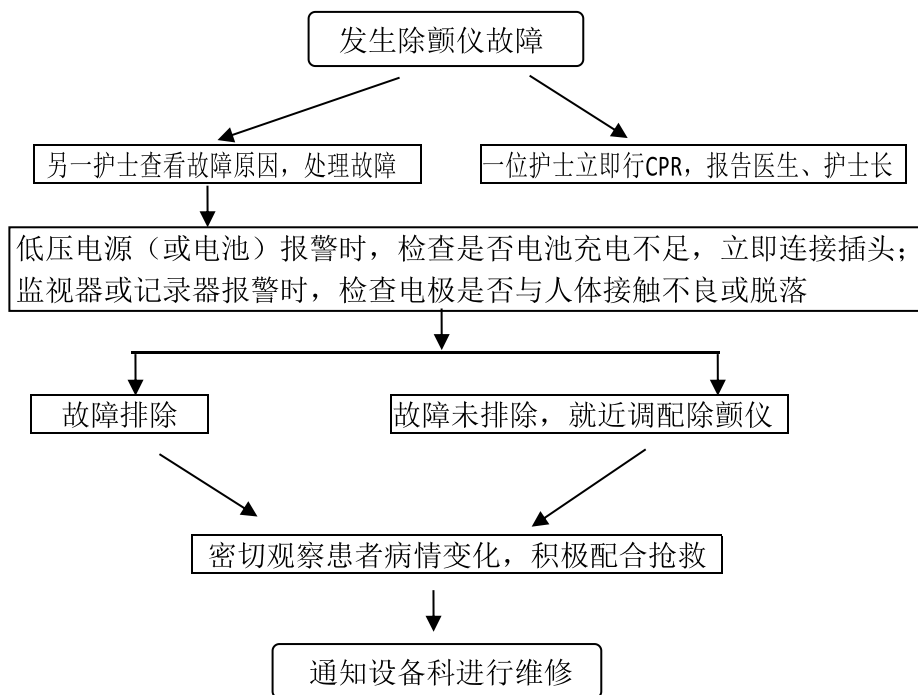




除颤仪发生故障的应急预案及流程

- 一、值班护士应熟悉除颤仪的使用性能及使用指征。
- 二、除颤仪本身带有蓄电池，平时应定期充电，使蓄电池始终处于饱和状态，每周检查，每半月充放电一次，确保设备运转良好。
- 三、除颤仪使用过程中发生故障，一位护士继续行心肺复苏（CPR），同时报告医生、护士长。
- 四、另一位护士查看故障原因，做好故障排除。
- 五、低压电源（或电池）报警时，检查是否电池充电不足，立即连接插头。
- 六、监视器或记录器报警时，检查电极是否与人体接触不良或脱落。
- 七、若故障不能排除，按照除颤仪调配预案就近调配除颤仪。
- 八、密切观察患者的病情变化，积极配合医生抢救与用药治疗。
- 九、立即通知设备科进行维修。

附：【流程图】

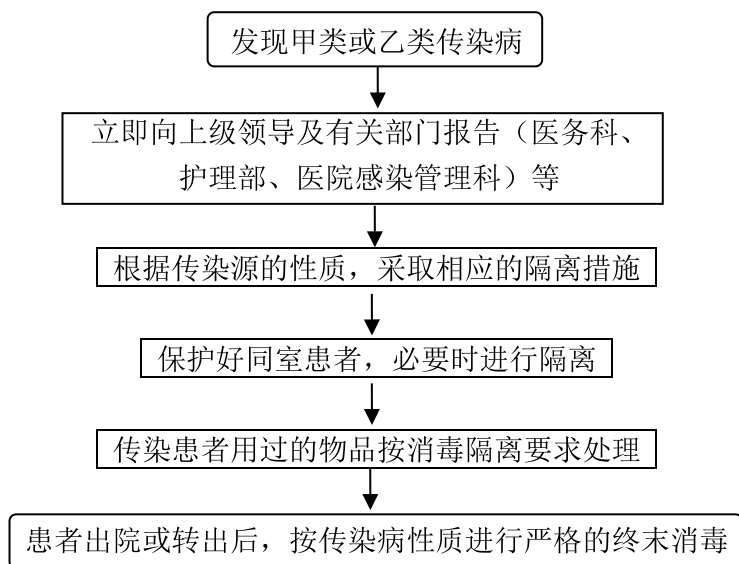




病房发现传染病患者时的应急预案与流程

- 一、病房发现甲类或乙类传染病时，立即向上级领导及有关部门报告（医务科、护理部、医院感染管理科）等。
- 二、根据传染源的性质，采取相应的隔离措施。
- 三、保护好同室患者，必要时进行隔离。
- 四、传染患者用过的物品按消毒隔离要求处理。
- 五、患者出院或转出后，按传染病性质进行严格的终末消毒。

附：【流程图】





病房发现疑似或确诊禽流感病毒感染患者的应急预案与流程

一、病房发现疑似或确诊禽流感病毒感染患者时，立即进行隔离治疗，立即上报医务科、护理部、公共卫生科。

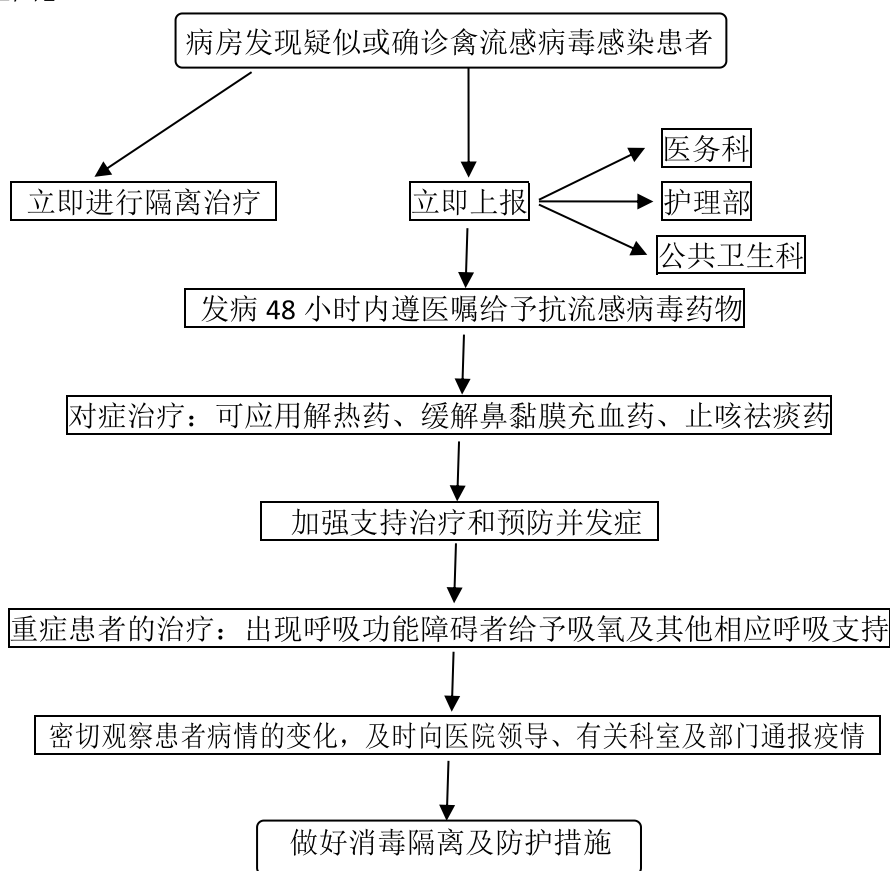
二、发病 48 小时内遵医嘱给予抗流感病毒药物。

三、遵医嘱对症治疗，应用解热药、缓解鼻黏膜充血药、止咳祛痰药；加强支持治疗，预防并发症。

四、重症患者的治疗：出现呼吸功能障碍者给予吸氧及其他相应呼吸支持，密切观察患者病情的变化，及时向医院领导、有关科室及部门通报疫情。

五、做好消毒隔离及防护措施。

附：【流程图】





紧急封存患者病历时的应急预案与流程

一、出现纠纷和医疗事故争议时，患者及家属要求封存病历，提出申请。

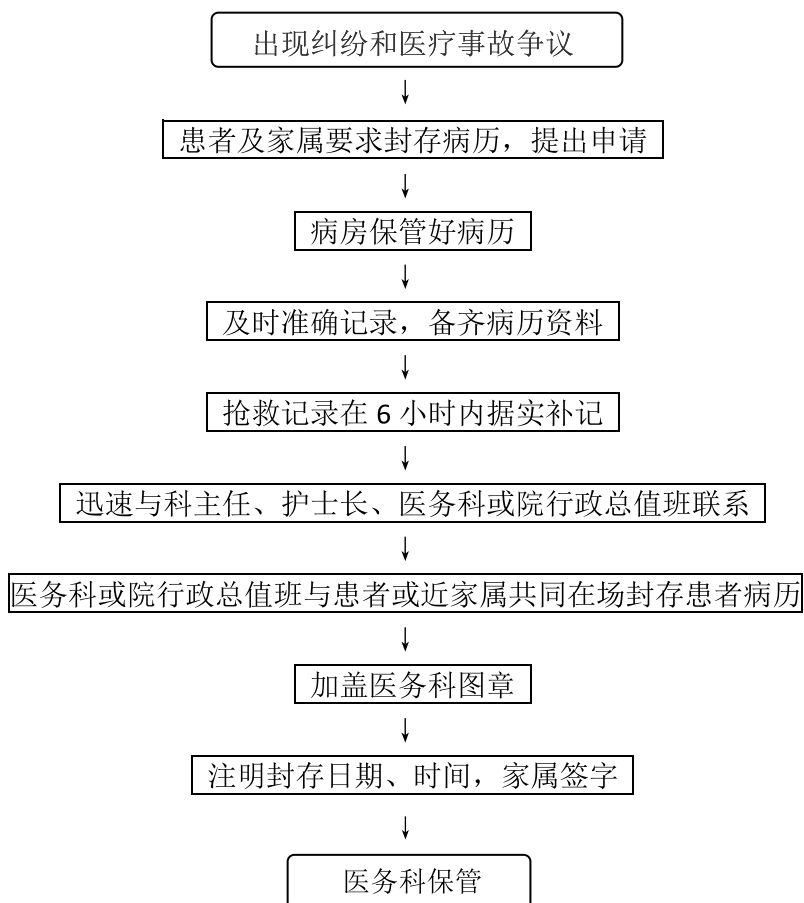
二、病房保管好病历，及时准确记录，备齐病历资料。

三、抢救记录在 6 小时内据实补记。

四、迅速与科主任、护士长、医务科或院行政总值班联系。医务科或院行政总值班与患者或近家属共同在场封存患者病历。加盖医务科图章，注明封存日期、时间，家属签字。

五、最后由医务科保管。

附：【流程图】





紧急封存患者标本时的应急预案与流程

一、患者治疗期间发生不良后果时，当场将标本保存。

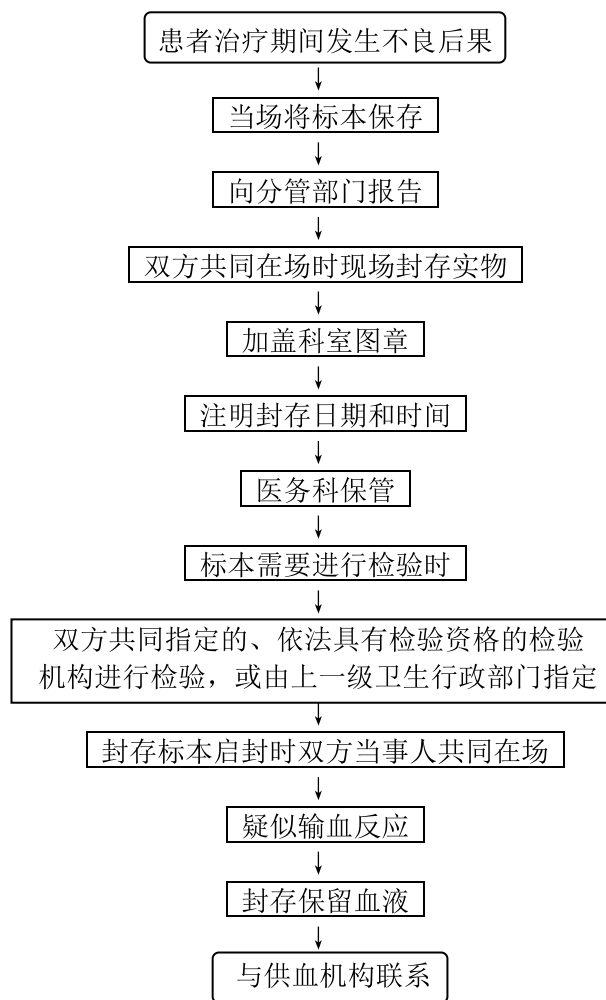
二、向分管部门报告，双方共同在场时现场封存实物，加盖科室图章，注明封存日期和时间，交由医务科保管。

三、标本需要进行检验时，交由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验，或由上一级卫生行政部门指定。

四、封存标本启封时双方当事人共同在场。

五、疑似输血反应，封存保留血液，与供血机构联系。

附：【流程图】





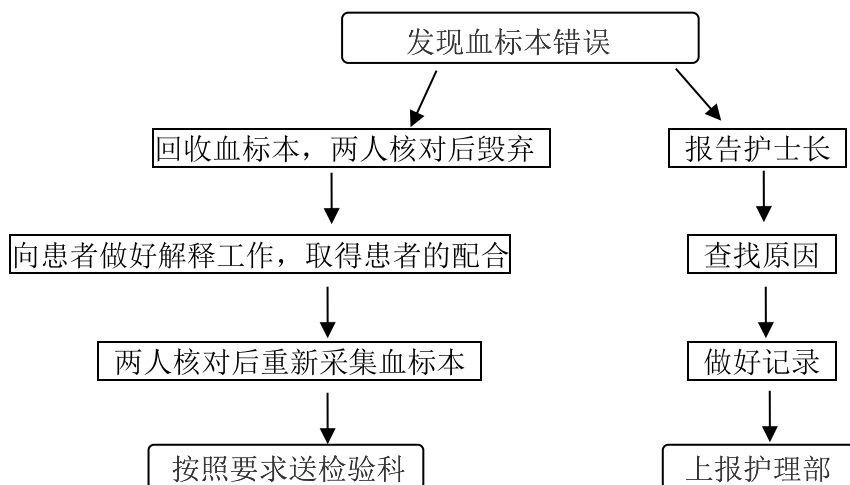
发现血标本采集错误的应急预案与流程

一、发现血标本采集错误时，立即回收血标本，两人核对后毁弃，报告护士长，及时查找原因，做好护理记录，上报护理部。

二、向患者做好解释工作，取得患者的配合。

三、两人核对后重新采集血标本，按照要求送检验科。

附：【流程图】

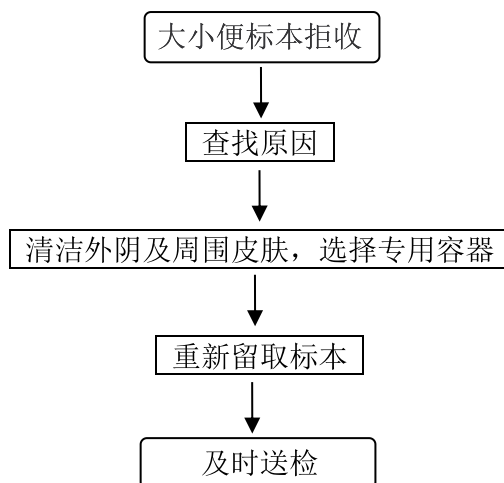




大小便标本被拒收的应急预案与流程

- 一、大小便标本被检验科拒收时，查找原因。
- 二、清洁患者外阴及周围皮肤，选择专用容器，重新留取标本。
- 三、标本留取后及时送检。

附：【流程图】





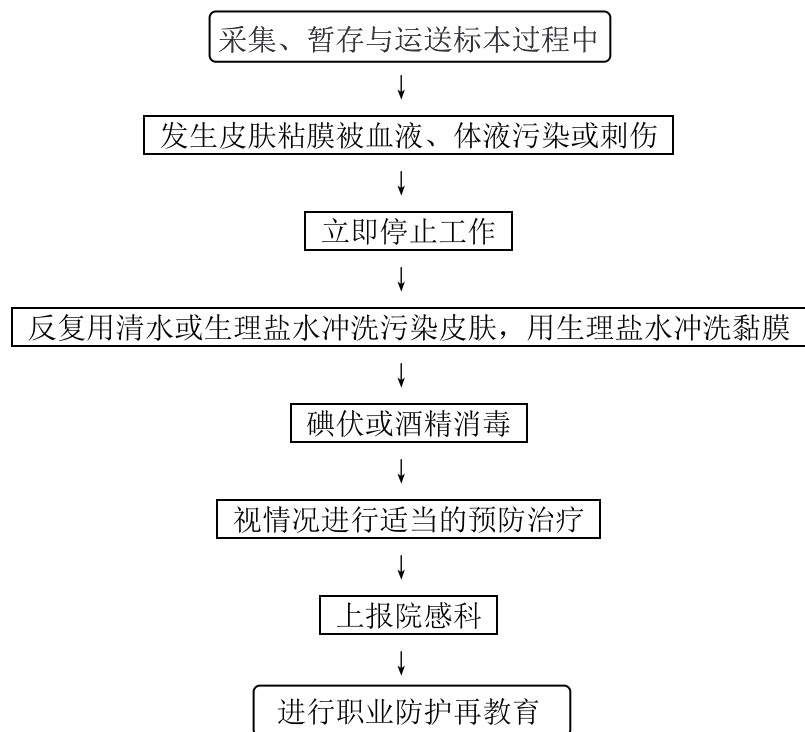
采集、暂存与运送标本过程中皮肤黏膜污染或 刺伤的应急预案与流程

一、采集、暂存与运送标本过程中，发生皮肤粘膜被血液、体液污染或刺伤，立即停止工作，反复用清水或生理盐水冲洗污染皮肤，用生理盐水冲洗黏膜，碘伏或酒精消毒。

二、视情况进行适当的预防治疗。

三、上报院感科，进行职业防护再教育。

附：【流程图】





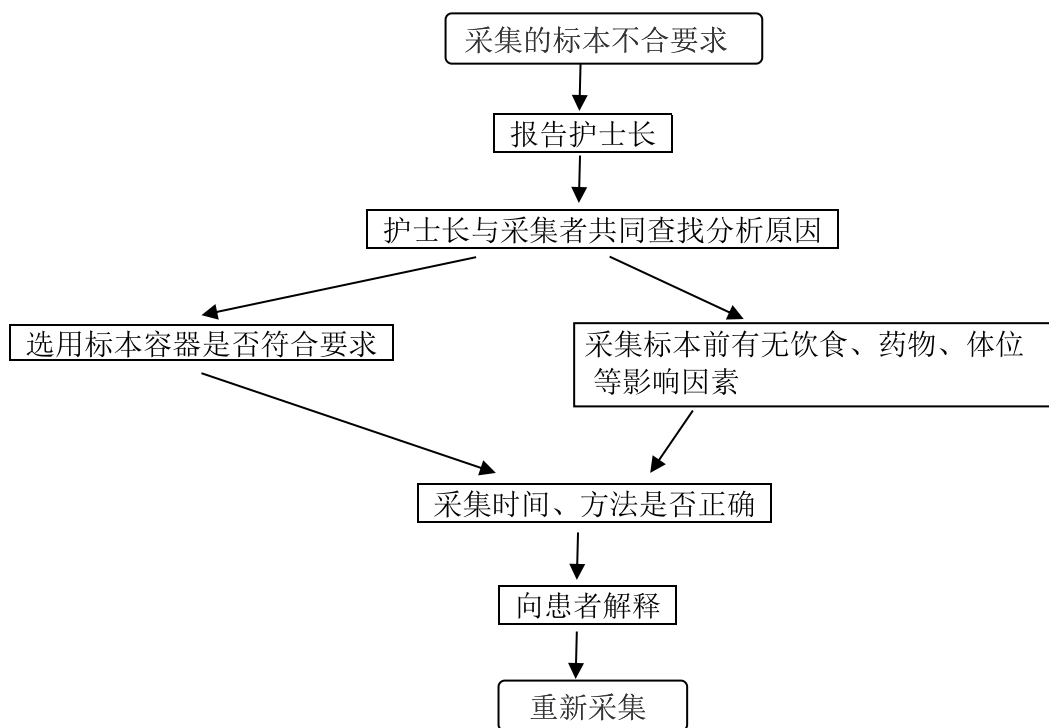
采集的标本不合要求时的应急预案与流程

一、采集的标本不合要求，报告护士长。

二、护士长与采集者共同查找分析原因，选用标本容器是否符合要求，采集标本前有无饮食、药物、体位等影响因素；采集时间、方法是否正确。

三、向患者解释，重新采集。

附：【流程图】





上消化道大出血的抢救护理预案与流程

一、用物

抢救车、治疗盘、碘伏、棉签、止血带、留置针、敷贴、无菌手套、心电监护、电极片、三腔二囊管、吸引器、氧气装置、采血针、采血试管、盆、毛巾、纸巾，必要时备呕血的垃圾桶、导尿包等。

二、操作步骤

1、立即通知医生，指导患者禁食，绝对卧床休息，取平卧位并下肢略抬高，头偏向一侧，保持呼吸道畅通。给予氧气吸入及心电监护。

2、尽早为患者建立两条以上静脉通路，补充血容量，尽量选择粗、直的血管，避免在输血、输液的肢体采血或监测血压。

3、遵医嘱准确抽取血标本，为输血做好准备。

4、遵医嘱静脉给予止血药物、新鲜血等，静脉使用生长抑素者保证用药的连续性，及时续用。

5、备好各种抢救用物，如三腔二囊管、吸引器、氧气装置、抢救药品等，配合医生进行抢救。

6、遵医嘱做好急诊内镜止血的准备工作。

7、严密观察生命体征、意识及尿量的变化，准确记录 24h 出入液量，必要时留置导尿，观察呕血、黑便的颜色、量、性状及伴随症状，正确估计出血程度，判断出血是否停止。

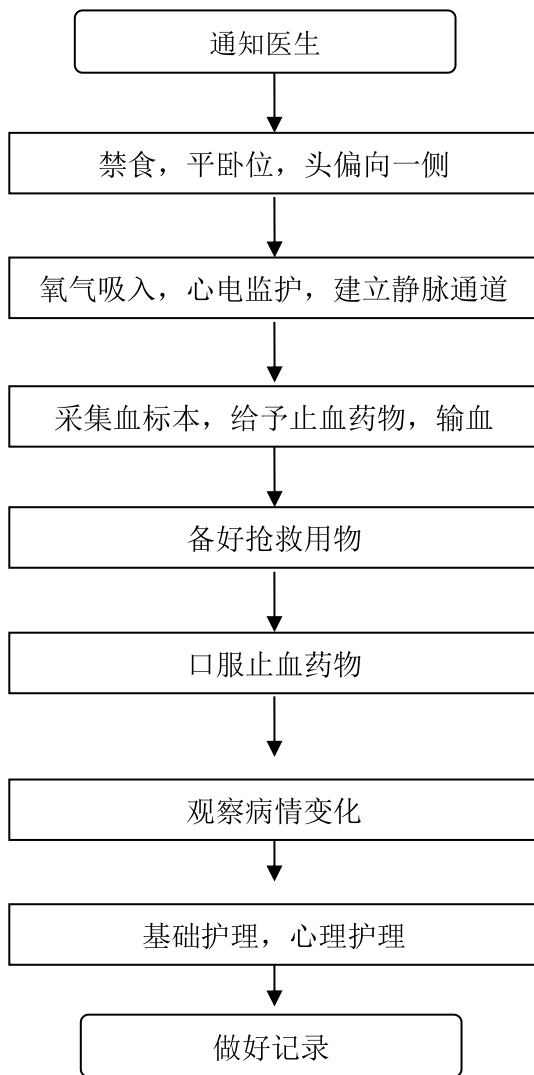
8、加强口腔护理，排便次数多者做好肛周皮肤的护理，预防并发症。

9、做好心理护理，呕血或解黑便后及时清除血迹、污物，稳定患者的情绪。

10、及时、准确地记录抢救过程。



附：【流程图】





急性有机磷农药中毒的抢救护理预案与流程

一、迅速清除毒物

1、立即脱离现场，脱去污染的衣服，用肥皂水彻底清洗污染的皮肤、毛发和指甲等，减少毒物吸收。

2、口服农药 6h 内者，可应用清水、生理盐水、2%碳酸氢钠溶液或 1:5000 高锰酸钾溶液（美曲磷酯中毒禁用）反复洗胃，直至洗出液清亮无气味为止。洗胃结束，予以 50% 的硫酸镁溶液 50~100ml 导泻。

二、根据医嘱，尽早使用特效解毒剂。

1、抗乙酰胆碱药物：常用药物如阿托品、长托宁对缓解毒蕈碱样症状、对抗呼吸中枢抑制有效。阿托品应早期、足量、快速、反复给药，注意观察病情，区分阿托品化与阿托品中毒。

2、胆碱酯酶复能剂：常用药物如氯解磷啶对解除烟碱样症状作用明显，应早期应用，维持时间一般不超过 72h。

3、氧气吸入 维持呼吸功能，注意保暖。

4、预防并发症 预防肺水肿、脑水肿、呼吸衰竭、休克、水电解质紊乱等并发症，做好相应护理。

5、密切观察病情

密切观察患者意识、瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征的变化；观察药物的不良反应及反跳现象；定期进行胆碱酯酶活力测定；对于合并肺、脑水肿者给予脱水、利尿剂者，应记录 24h 出入液量。

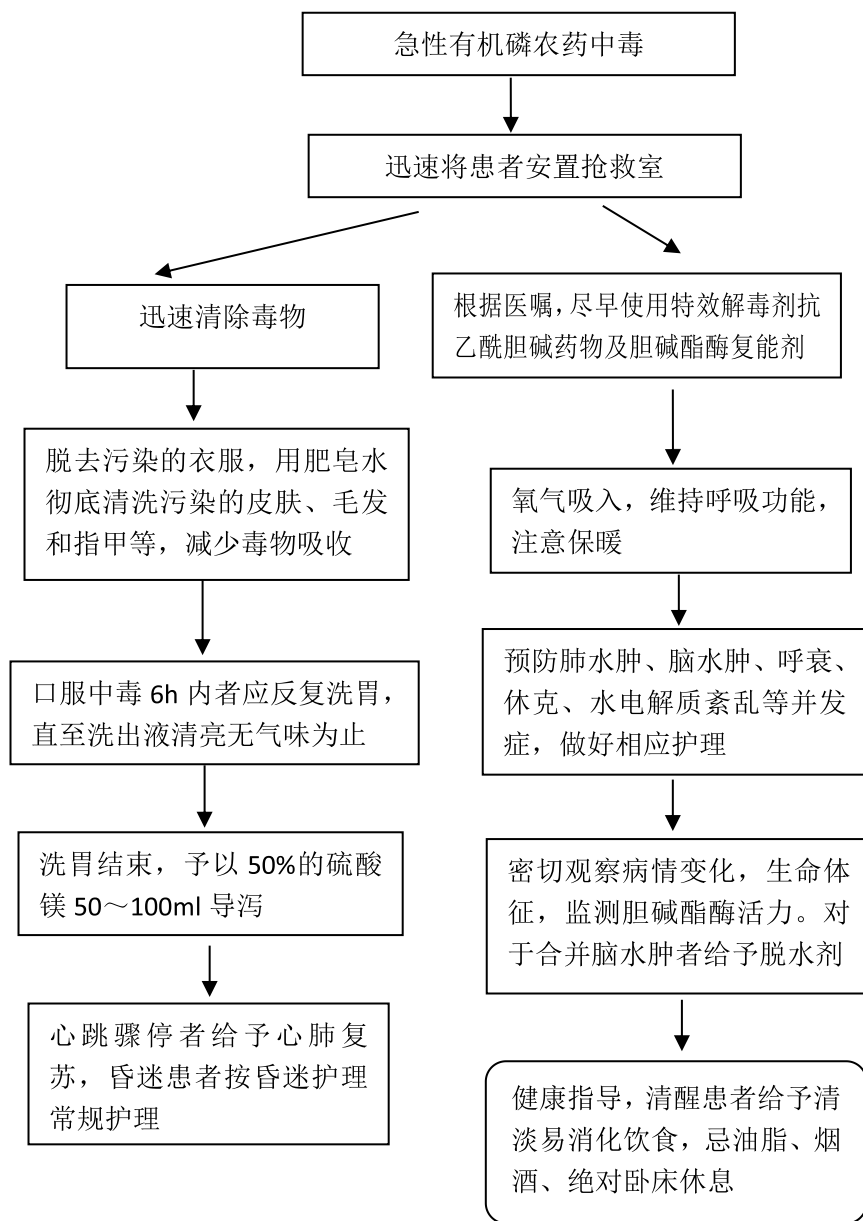
6、健康指导

清醒患者给予清淡易消化饮食，忌油脂、烟酒，绝对卧床休息。对自杀患者做好心理护理，建立自伤风险评估表，向家属做好宣教工作并签字，防止意外发生。

7、心跳骤停者 给予心肺脑复苏



附：【流程图】

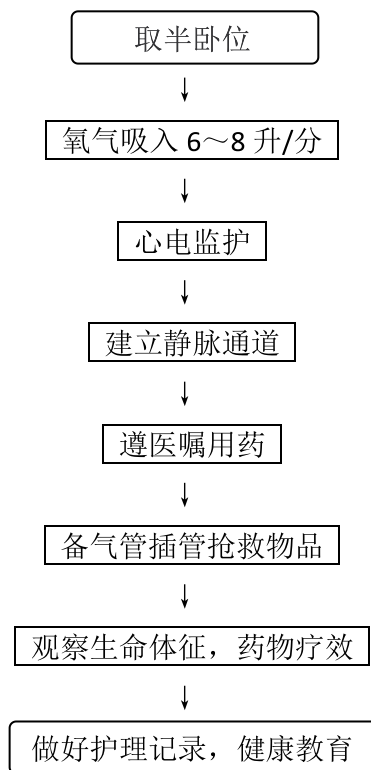




重症哮喘抢救护理预案与流程

- 一、患者哮喘发作，立即协助患者取半卧位。
- 二、给予高流量、高浓度的氧气吸入，氧流量 6~8 升/分，氧浓度 40%~60%，遵医嘱予心电监护。
- 三、建立静脉通道，给予补液治疗 2500~3000ml、,纠正酸中毒，维持电解质平衡使用糖皮质激素。
- 四、配合医生做好抢救工作，备好紧急气管插管的抢救物品。
- 五、做好并发症的预防工作。
- 六、严密观察生命体征及药物疗效。
- 七、做好护理记录及健康教育。

附：【流程图】





大咯血患者抢救护理预案与流程

一、评估患者

- 1、有无气道阻塞情况。
- 2、有无自主呼吸，呼吸的频率和节律。
- 3、有无脉搏，循环是否充分。
- 4、神志是否清楚。

二、患者出现气道阻塞及呼吸异常时

- 1、清除口鼻及气道血块和异物。
- 2、保持气道通畅，吸引器吸痰。
- 3、气管切开或插管。

三、患者出现呼之无反应，大动脉搏动消失，心跳呼吸暂停时，立即进行心肺复苏。

四、绝对卧床休息，患者取患侧卧位，避免误吸和窒息；窒息的患者取头低脚高位，严格限制探视。

五、心电监护，监测心电、血压、脉搏和呼吸。

六、紧急配血、备血。

七、给予高流量氧气吸入，保持血氧饱和度 95%以上。

八、建立两条以上静脉通道，及时准确执行医嘱。

1、镇静：地西洋 5~10mg 肌内或静脉注射，必要时重复。

2、药物止血：垂体后叶素、维生素 K₁、立止血、止血芳酸及止血敏等。

3、补充血容量：低血容量者，给予快速补液和输液；早期、快速、足量补液三原则。有凝血障碍者可以给予新鲜冰冻血浆、血小板、冷沉淀（富含凝血因子的血浆沉淀制品）。

九、评估咯血量：大咯血指 24h 咯血 500ml 以上或一次咯血量大于 300ml 以上。

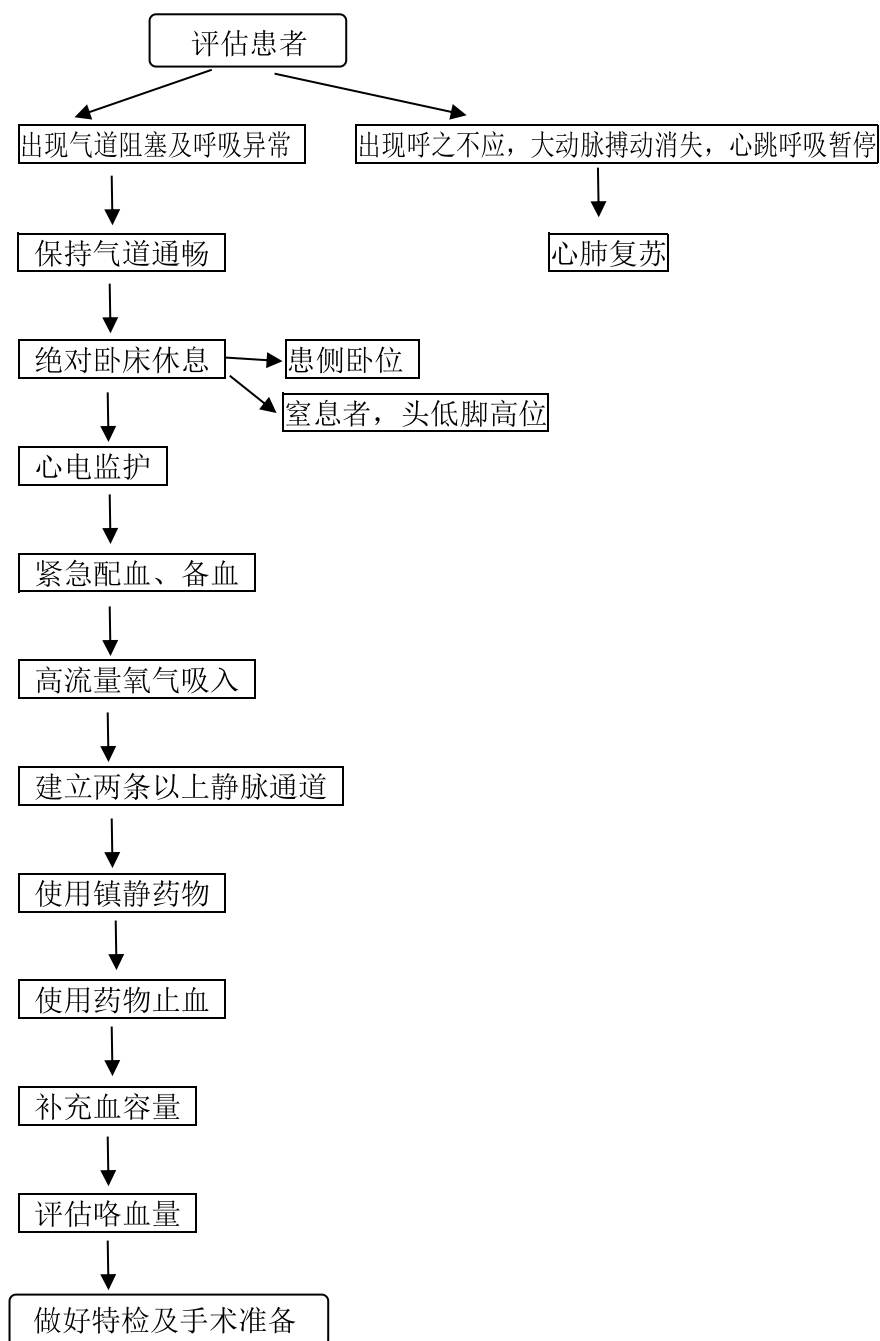
十、反复大咯血，上述处理无效患者，做好特检及手术准备。

1、CT、支气管镜、血管造影检查。

2、纤维支气管镜下治疗等介入或手术治疗。



附：【流程图】





感染性休克抢救护理预案与流程

一、严密观察患者的神志、生命体征。感染性休克患者表现为过度兴奋、躁动、嗜睡、定向力异常及异常的欣快，要注意患者的意识和对人、时间、地点的定向力。每 15～30min 测量脉搏、血压、呼吸 1 次，观察呼吸频率、节律和用力程度、胸廓运动的对称性，并做好记录，发现异常及时通知医生处理。

二、改善微循环。迅速建立 2 条静脉通道，给予扩容、纠酸、抗休克等治疗。输液滴数宜先快后慢，用量宜先多后少，尽快改善微循环，逆转休克状态。

三、给予氧气吸入 3～4 升/分，并给予加盖棉被或应用热水袋保温，改善末梢循环，热水袋水温 50～60℃，避免过热引起烫伤。

四、保持呼吸道通畅，使用呼吸机通气者，每 30min～1h 吸痰 1 次。

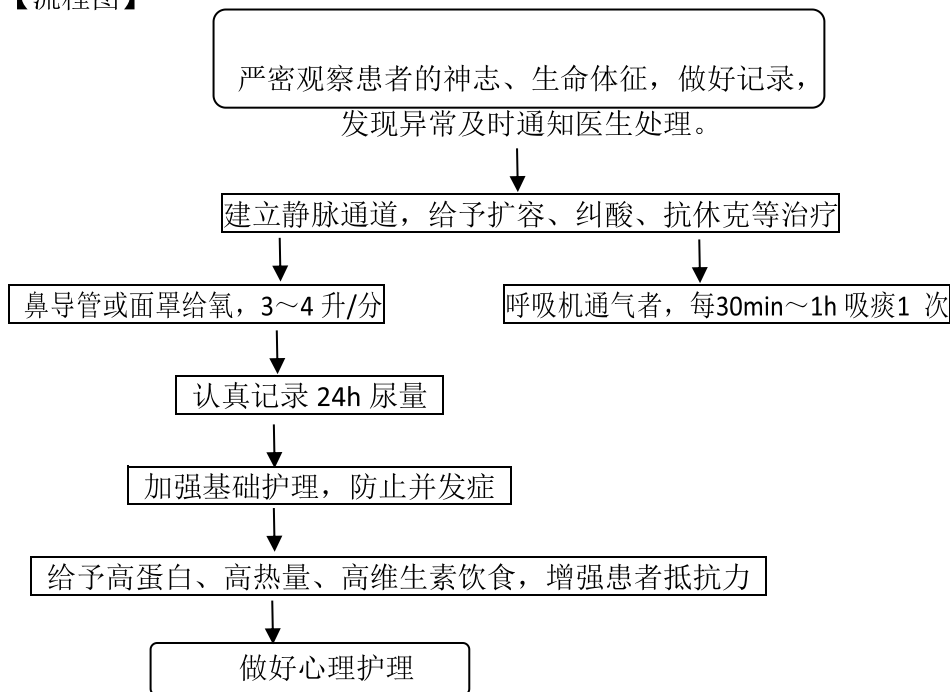
五、要认真记录 24h 尿量。尿量能正确反应肾脏微循环、血液灌流情况，若尿量持续 <30ml/h，提示有休克；如无尿 >12h，血压正常，提示可能发生急性肾衰竭。出现异常及时通知医生对症处理。

六、加强皮肤护理。保持皮肤清洁干燥，每 2h 翻身 1 次，预防压疮，每天口腔护理、会阴擦洗 2 次，防止感染。

七、加强营养。给予高蛋白、高热量、高维生素饮食，增强患者抵抗力。

八、做好心理护理，消除患者的恐惧心理，使其积极配合治疗、护理。

附：【流程图】





慢性呼吸衰竭患者抢救护理预案与流程

一、评估

- 1、呼吸衰竭的程度、类型。
- 2、神志、血压、呼吸、脉搏、尿量等。
- 3、心理状态。

二、症状护理：

（一）呼吸困难者及时给予合理的氧疗，使患者血氧饱和度可以维持在 95%以上，如果呼吸困难依然得不到缓解，考虑气管插管。

（二）咳嗽、咳痰的护理：①危重患者定时翻身拍背，协助排痰，无力咳痰的患者给予吸痰。②建立人工气道要加强气道湿化，根据医嘱给予气道内滴药。滴药后及时吸痰。

（三）肺性脑病的护理：①观察生命体征：神志、血压、脉搏、呼吸及皮肤黏膜、球结膜、尿量的变化。②保持皮肤、口腔的清洁。

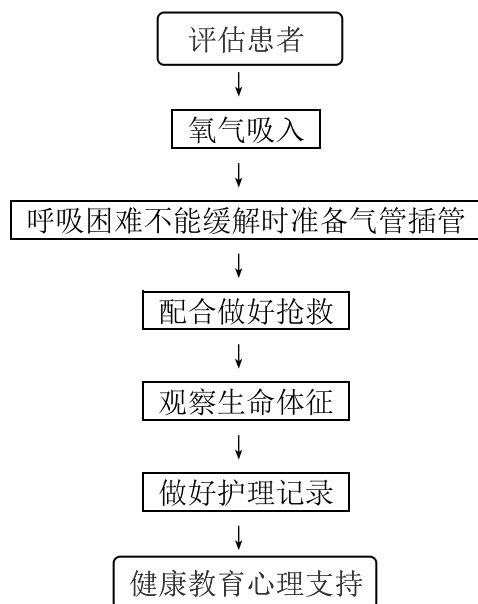
1.危重患者取半卧位。定时翻身拍背，协助排痰。备好吸痰器和抢救物品。病情危重者需建立人工气道。

2.急性发作时，护士应保持镇静，减轻患者的焦虑。缓解期患者进行呼吸运动和适当身体活动。根据身体情况，让患者做到自我照顾和正常的社会活动。

3.密切观察呼吸衰竭的程度及血压、脉搏、尿量和神志。

4.严格限制探视，防止交叉感染。

附：【流程图】





急性呼吸窘迫综合征抢救护理预案与流程

一、氧疗：迅速纠正缺氧是抢救 ARDS 最重要的措施。一般需高浓度 $>50\%$ 、给氧，使 $\text{PaO}_2>60\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2>90\%$ 。但通常的鼻塞或面罩氧气吸入难以纠正缺氧状态，必须及早应用机械通气。

二、机械通气：其适应症为：① FiO_2 已达到 50% ，而 $\text{PaO}_2<60\text{mmHg}$ 。② $\text{PaO}_2>60\text{mmHg}$ ， $\text{PaO}_2>45\text{mmHg}$ 或 $\text{PH}<7.30$ 。③ $\text{PaO}_2>60\text{mmHg}$ ，但在氧疗中 PaO_2 呈进行性下降。机械通气能减少呼吸肌做功，使呼吸窘迫改善。应用呼气末气道内正压 PEEP、或持续气道内正压 CPAP，使患者吸气与呼气时的气道压均保持在大气压以上，增加呼气末肺容量，避免呼气末肺泡及小气道闭陷，减轻肺泡水肿的形成或进一步恶化，从而改善弥散功能和通气/血流比例，减少肺内分流，达到改善氧合功能和肺顺应性的目的。使用 PEEP 应保证有足够血容量。

三、血气分析：定时抽血做血气分析，指导氧疗和机械通气的各种参数的调节，以及纠正酸碱失衡和电解质紊乱。

四、病情观察：严密观察患者的心率、心律、血压、神志、呼吸等情况，避免高浓度长时间氧气吸入。

五、维持体液平衡：①每日液体入量应限制在 $1500\sim 2000\text{ml}$ 。②适当使用利尿剂，如呋塞米，加速水肿液排出，或一旦出现血容量过度负荷，可改善心肺功能。③一般 ARDS 早期不宜输胶体液。

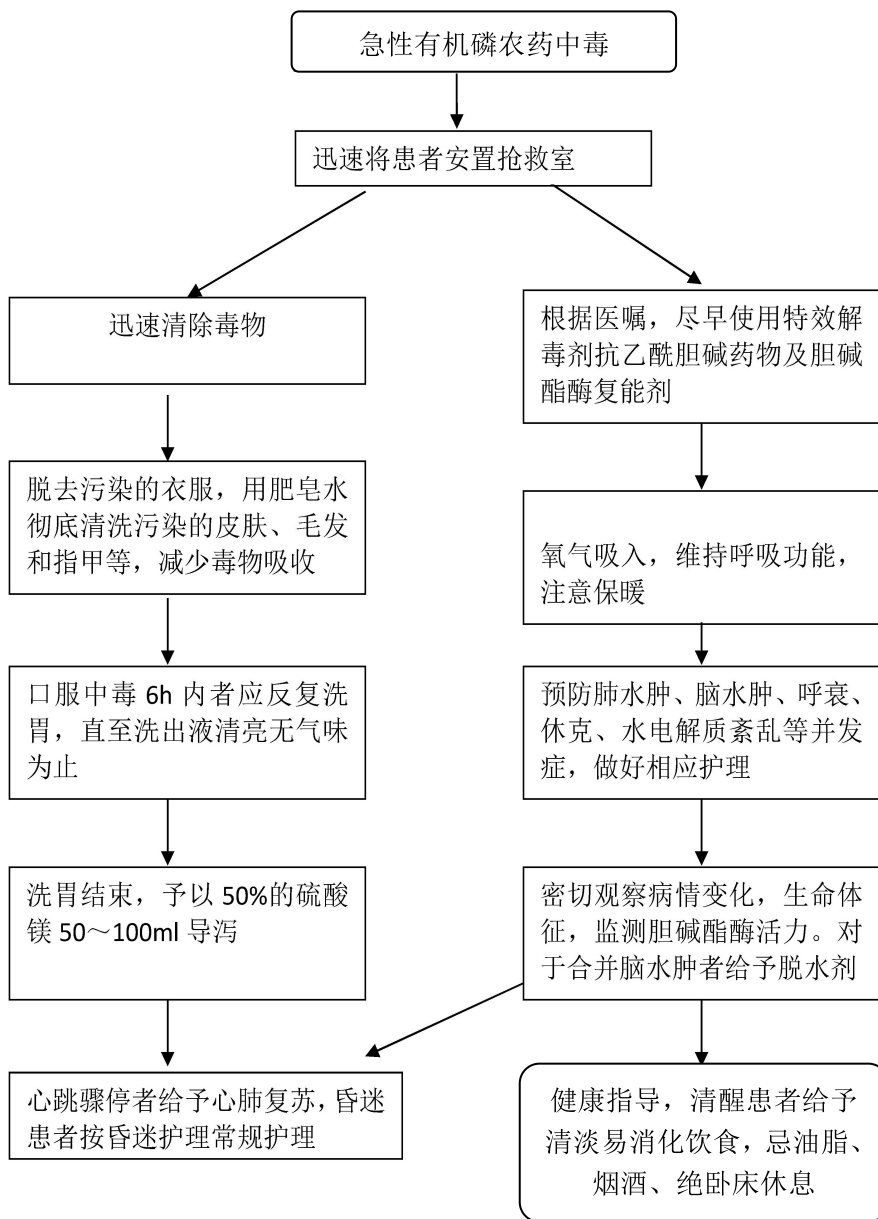
六、肾上腺糖皮质激素：可用甲泼尼龙或地塞米松。其作用是：①阻止白细胞和血小板聚集、黏附及微血栓形成；②增加肺泡表面活性物质的合成；③稳定溶酶体膜；④提高组织抗缺氧能力；⑤缓解支气管痉挛及抵制后期的纤维化。

七、积极治疗原发病：原发病是 ARDS 发生和发展的最重要原因，必须积极治疗，防止进一步损伤，如固定骨折、纠正休克、控制感染等。

八、补充营养：ARDS 处于高代谢状态，能量消耗增多，一般成人供给热量为 $20\sim 40\text{kcal/kg}\cdot\text{天}$ 。其中蛋白质每日应 $\geq 1\sim 3\text{g/kg}$ ；脂肪在摄入的营养中应占 $20\%\sim 30\%$ ，以免脂肪不足，加重蛋白质分解；其余则为葡萄糖。可通过鼻饲或全胃肠外营养予以补充。



附：【流程图】





肺栓塞患者抢救护理预案与流程

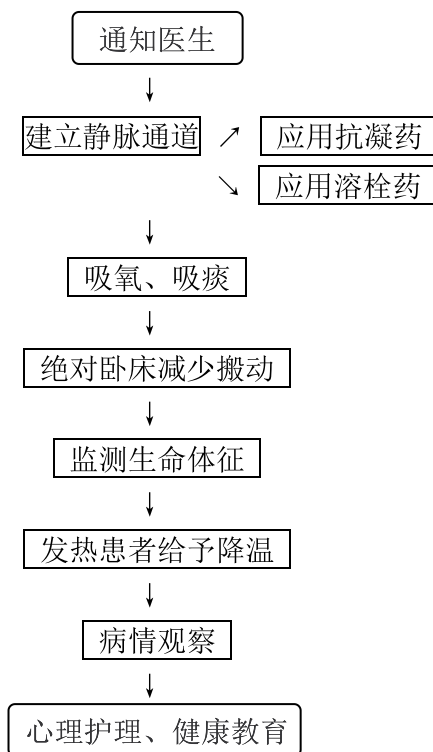
一、严密观察病情。肺栓塞发病急骤，护士对下肢静脉血栓形成患者，应高度警惕，严密观察生命体征变化，如患者出现呼吸急促、呼吸浅表、血氧饱和度下降、紫绀、心率加快和烦躁不安时，应及时报告医生。

二、及时配合抢救。一经确诊为肺栓塞，应迅速建立静脉通道，应用抗凝、溶栓药物，根据患者缺氧程度给予适当的给氧方式和氧浓度进行给氧治疗，密切观察患者缺氧纠正情况，进行血氧饱和度监测，保持呼吸道通畅，及时吸痰，以防痰液阻塞。

三、患者应绝对卧床休息，尽量减少搬动，操作要轻柔。

四、严密监测生命体征变化，出现低血压甚至休克时，按医嘱给予静脉输液和升压药物，记录 24h 出入液量。出现右心功能不全时，按医嘱给予强心剂，限制水钠摄入。

附：【流程图】

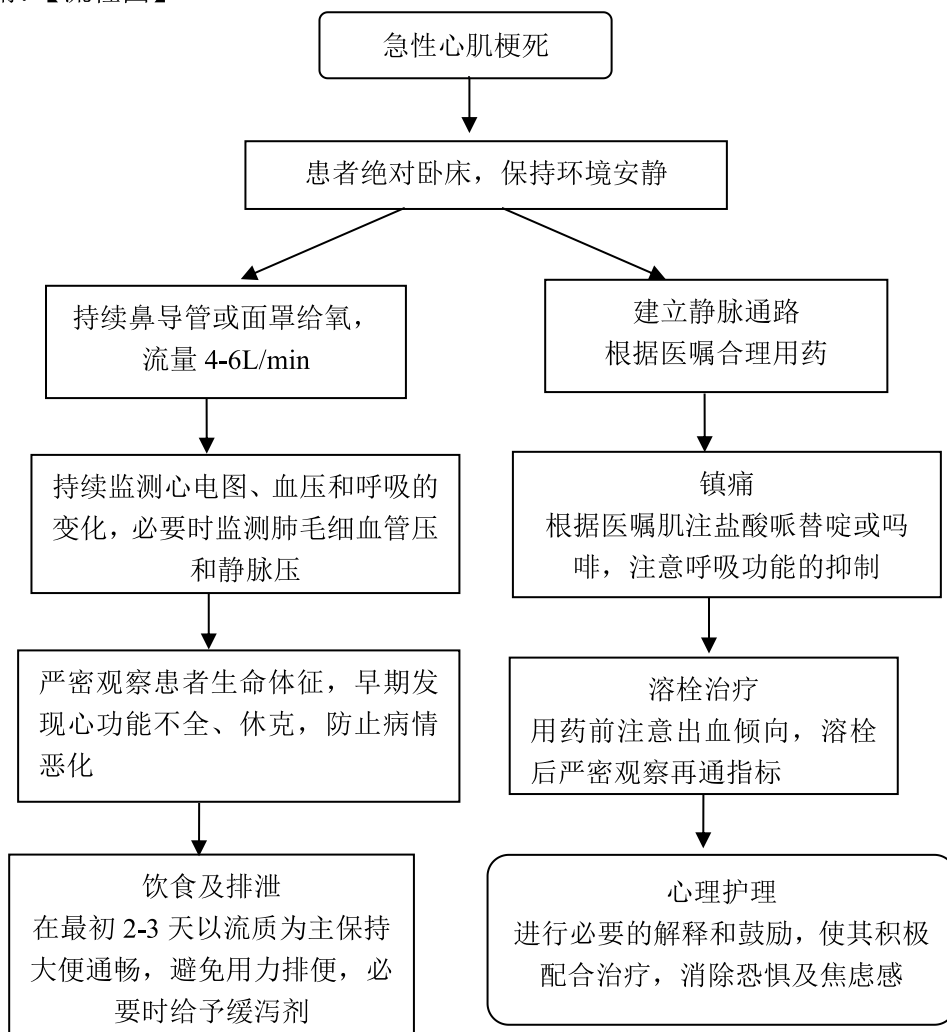




急性心肌梗死抢救护理预案与流程

- 一、指导患者绝对卧床，保持环境安静。
- 二、持续鼻导管或面罩给氧，氧流量 4-6L/min。建立静脉通路，根据医嘱合理用药。
- 三、持续监测心电图、血压和呼吸的变化，必要时监测肺毛细血管压和静脉压变化。
- 四、镇痛：根据医嘱肌注盐酸哌替啶或吗啡，注意呼吸功能的抑制；溶栓治疗：用药前注意出血倾向，溶栓后严密观察再通指标。符合急诊 PCI 术指征者行急诊 PCI 术。
- 五、严密观察患者生命体征变化，早期发现心功能不全、休克，防止病情恶化。
- 六、饮食及排泄：在最初 2-3 天以流质为主保持大便通畅，避免用力排便，必要时给予缓泻剂。
- 七、心理护理：进行必要的解释和鼓励，使其积极配合治疗，消除恐惧及焦虑感。

附：【流程图】

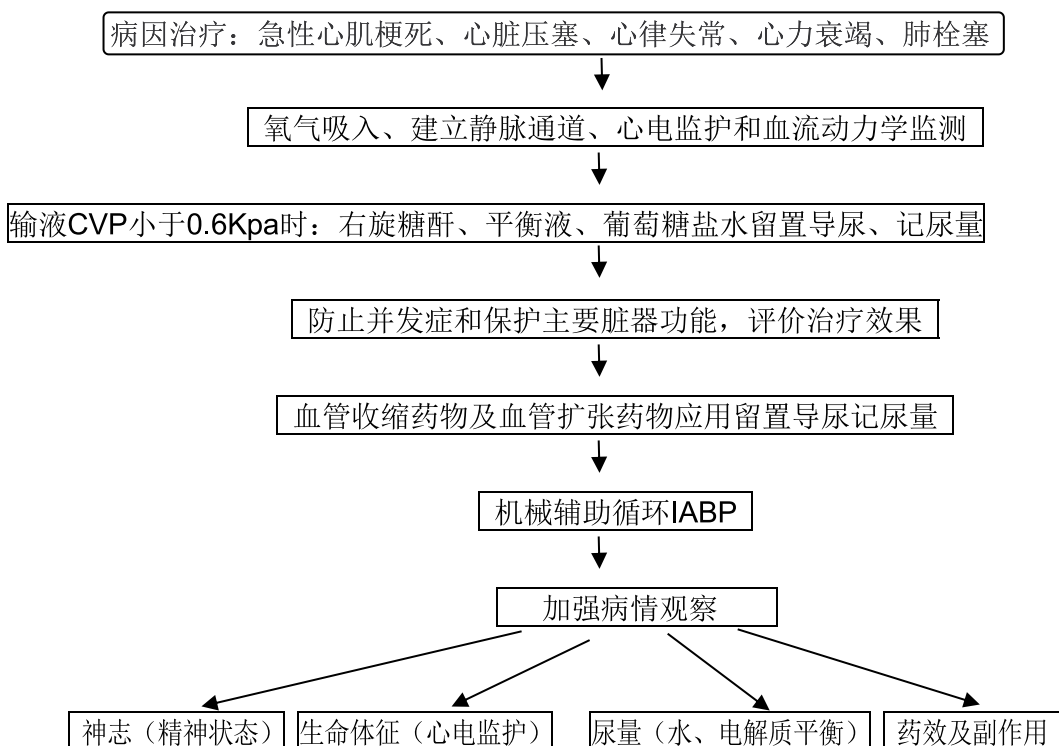




心源性休克抢救护理预案与流程

- 一、患者入住 CCU 病房，遵医嘱给予氧气吸入，心电监护，监测 CVP，必要时行 IABP 治疗。
- 二、迅速建立静脉通路，遵医嘱及时输注各类抗休克药物。
- 三、密切观察神志、生命体征、尿量，配合医生抢救。
- 四、注意观察有无心包填塞、心律失常等并发症，出现异常给予对症处理。
- 五、评价用药的效果，保护重要脏器的功能。
- 六、抢救结束后与另一位护士核对安瓿，抢救后 6h 内补记记录。
- 七、做好抢救后物品的清理、消毒、补充，检查及家属安抚工作，急救设备还原成备用状态。
- 八、做好心理护理及健康教育。

附：【流程图】

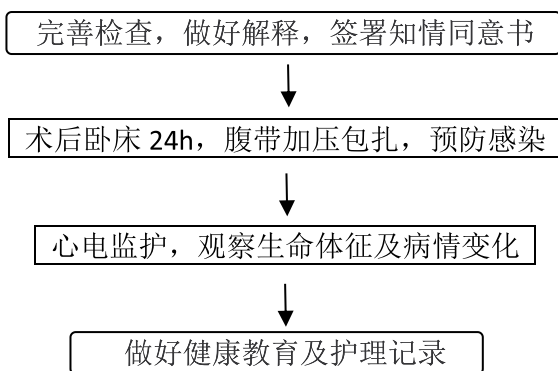




主动脉夹层抢救护理预案与流程

- 一、患者入住 CCU 病房，遵医嘱上心电监护，氧气吸入，穿刺 18G 静脉留置针，保持通畅。
- 二、监测四肢血压，联系 CT 室，外出行 CTA 检查，向患者家属交待病情，并在病程上签字。
- 三、遵医嘱行碘过敏试验，冬眠，降压，控制心率药物，及时止痛。
- 四、密切观察生命体征，维持 HR 为 60-70 次 / 1min，BP $\leq$ 120/70mmHg，SP O_2 $\geq$ 95%。
- 五、积极配合医生抢救，根据病情对症处理。
- 六、病情危重者，医嘱开医嘱制动，向护理部申报难免压疮。
- 七、抢救结束后与另一位护士核对安瓿，抢救记录 6h 内补记。
- 八、加强安全防护：使用冬眠药物患者防止误吸，烦躁者防止坠床。
- 九、做好抢救后物品的清理、消毒、补充及家属安抚工作，急救设备还原成备用状态。
- 十、做好心理护理及健康教育。

附：【流程图】

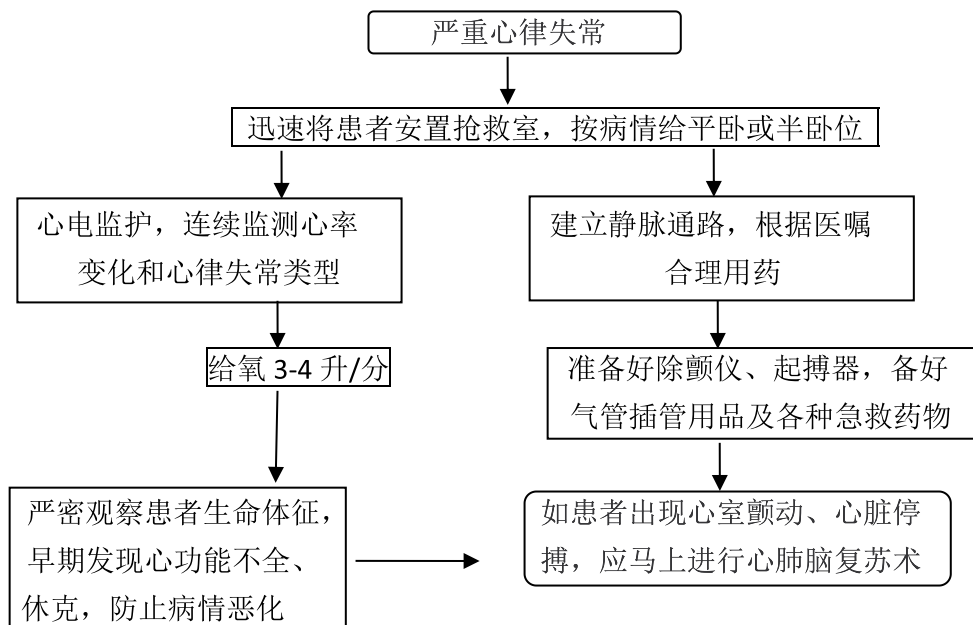




严重心律失常抢救护理预案与流程

- 一、迅速将患者安置抢救室。
- 二、心电图连续监测心率变化和心律失常类型。
- 三、选择适当的体位、可按病情给予平卧位或半卧位。
- 四、给氧 3-4L/min。
- 五、建立静脉通道，根据医嘱合理用药。
- 六、准备好电除颤、起搏器并将其预先充电备用。
- 七、备好气管插管用品及各种急救药物。
- 八、如患者出现心室颤动、心跳骤停，应马上进行心肺复苏术。

附：【流程图】

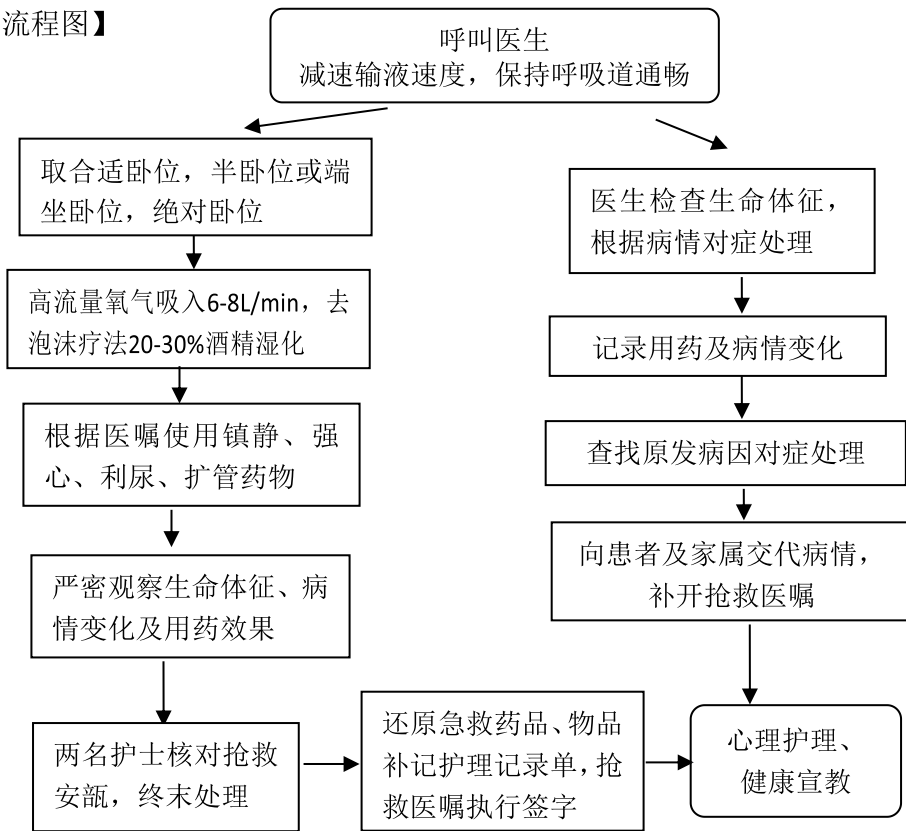




急性左心衰抢救护理预案与流程

- 一、取坐位或半卧位，双腿下垂，以减少静脉回心血量（心肌梗死、休克患者除外）。
- 二、给氧和抗泡沫治疗：高流量 6~8L/min、高浓度 40%~60%给氧，最好面罩给氧，氧气经 20%—30%酒精湿化后进入呼吸道，降低泡沫的表面张力，使泡沫破裂以利通气。
- 三、镇静剂的应用：吗啡 5~10mg 或杜冷丁 50~100mg 皮下注射或肌肉注射。呼吸衰竭者忌用。
- 四、根据医嘱合理用药，给予对症处理。
 - 1、快速利尿，速尿 40~80mg 静脉注射。
 - 2、血管扩张剂的应用：硝普钠可同时扩张小动脉和小静脉为首选。
 - 3、氨茶碱 0.25g+10%葡萄糖液 40ml 缓慢静注。
 - 4、强心剂：西地兰 0.4mg+10%葡萄糖液 40ml 缓慢静注。
- 五、密切观察生命体征，用药疗效及药物反应。
- 六、做好抢救后物品的清理、消毒、补充、检查及家属安抚工作，急救设备还原成备用状态。做好心理护理，健康宣教。

附：【流程图】

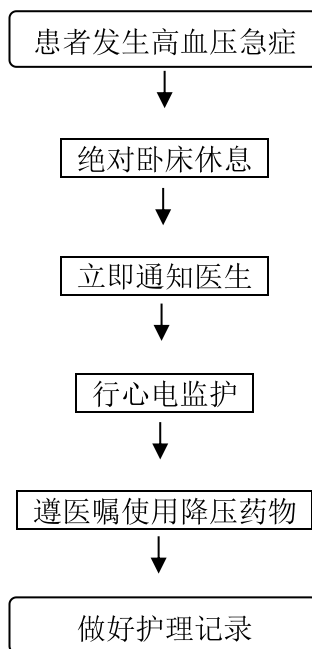




高血压急症的应急预案与流程

- 一、指导患者绝对卧床休息，保持情绪稳定。
- 二、立即通知医生。
- 三、行心电监护，密切监测血压变化，遵医嘱使用降压药物。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】





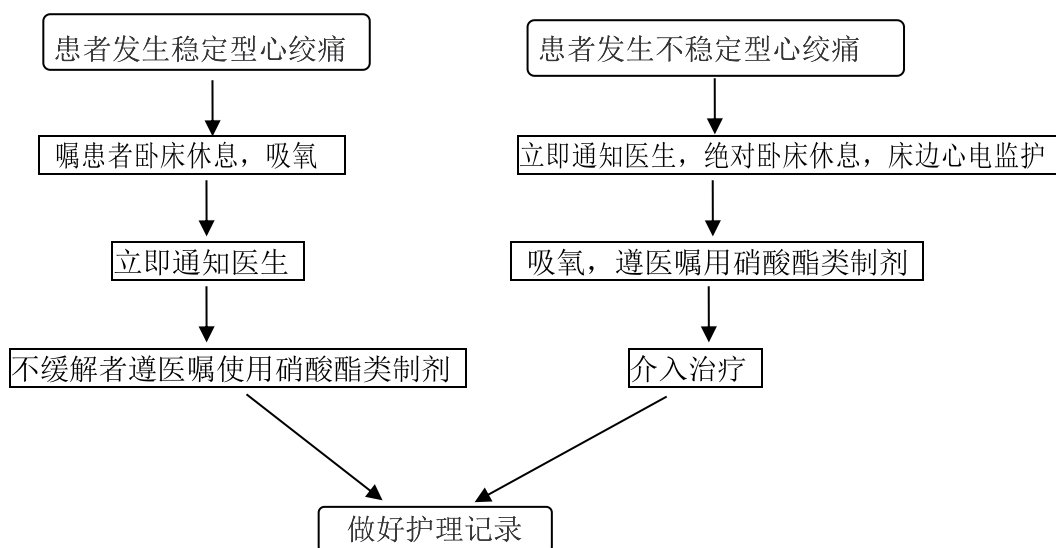
心绞痛的应急预案与流程

一、患者出现稳定型心绞痛症状时，嘱患者卧床休息，给予氧气吸入，立即通知医生，症状不缓解者遵医嘱使用硝酸酯类制剂，密切观察病情变化。

二、患者出现不稳定型心绞痛症状时，立即通知医生，指导患者绝对卧床休息、床上大小便。床边行心电监护，给予氧气吸入，遵医嘱用硝酸酯类制剂，行介入治疗。

三、做好护理记录。

附：【流程图】



脑出血患者的抢救护理预案与流程

一、接急诊电话后，立即安排床位，备氧气，多参数监护仪及相关急救物品和药品。

二、患者来后立即使患者平卧，头偏向一侧，做好病情观察，更换患服，观察患者皮肤情况及肢体活动情况。

三、立即通知医生，并保持患者呼吸道通畅，给予氧气吸入，必要时吸痰，协助气管插管。

四、根据医嘱连接多参数监护仪，监测心电、血压、血氧饱和度。

五、行入院宣教，落实患者三短九洁。

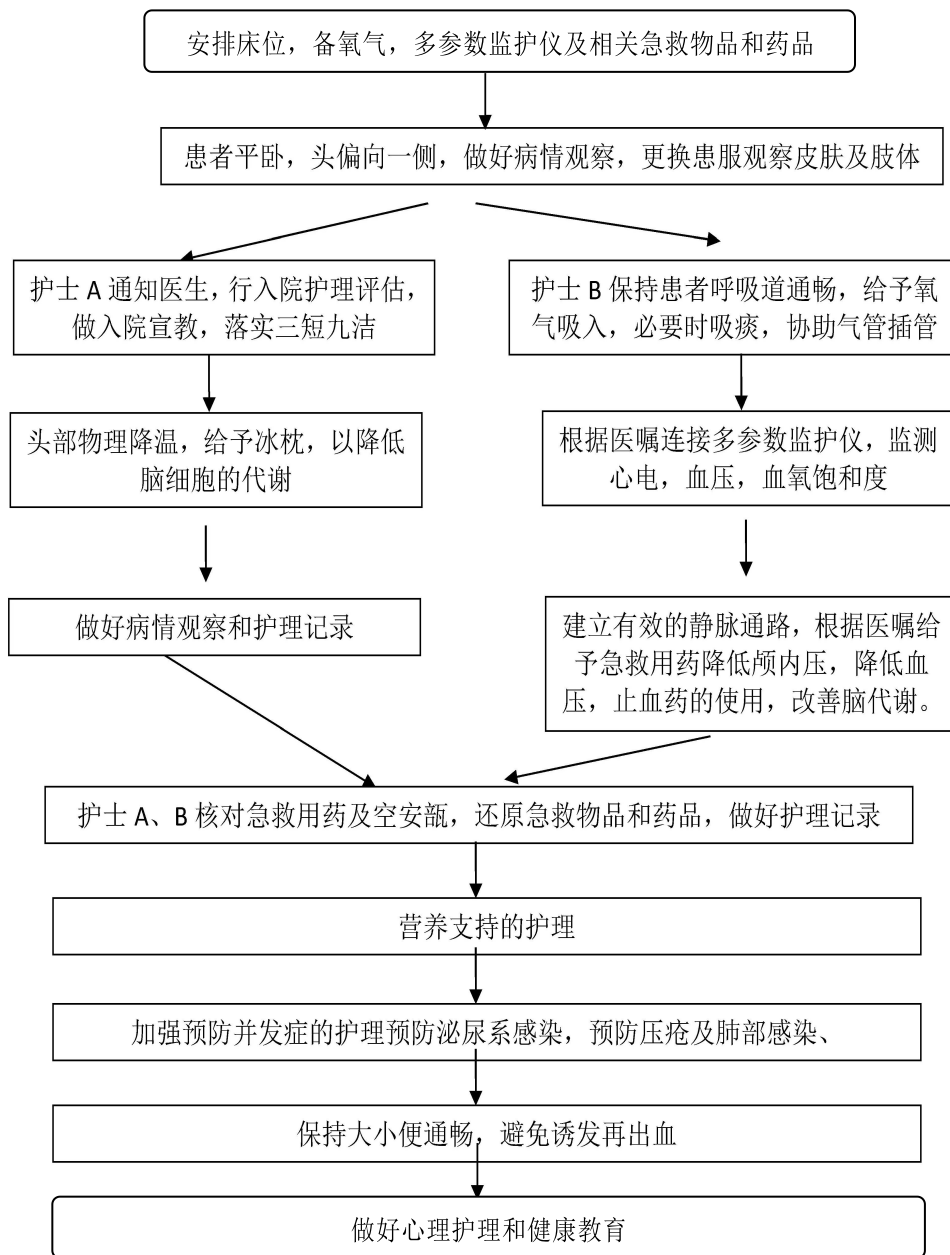
六、建立有效静脉通路，根据医嘱给予急救用药，降低颅内压及血压，合理应用止血药物及改善脑代谢的药物。头部置冰枕物理降温，以降低脑细胞的代谢。

七、做好病情观察和护理记录。核对急救用药及空安瓿，还原急救物品和药品，做好护理记录。



- 八、做好营养支持的护理。
- 九、加强预防泌尿系统感染，预防压疮及肺部感染等并发症的发生。
- 十、指导患者保持大小便的通畅，避免诱发再出血。
- 十一、做好心理护理和健康教育。

附：【流程图】

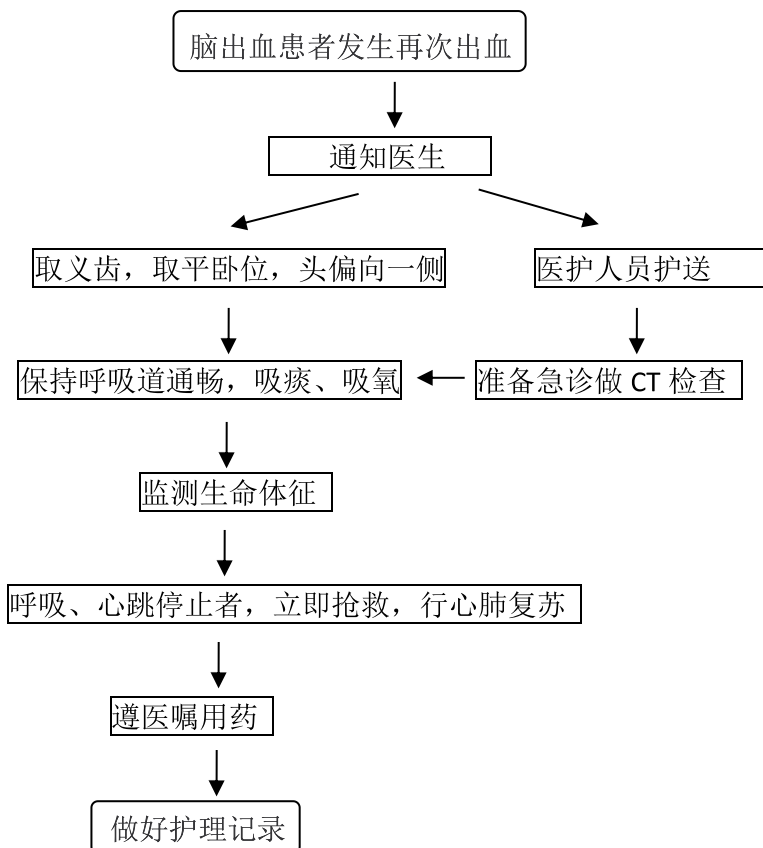




脑出血患者发生再出血的抢救护理预案与流程

- 一、脑出血患者发生再次出血症状时，立即通知医生，有义齿者取下义齿，协助患者取平卧位，头偏向一侧，指导暂禁食。
- 二、保持呼吸道通畅，必要时吸痰，给予氧气吸入。
- 三、护送患者行急诊头部 CT 检查。
- 四、密切监测患者生命体征变化，呼吸、心跳停止者，立即抢救，行心肺复苏。
- 五、遵医嘱用药，做好护理记录。

附：【流程图】



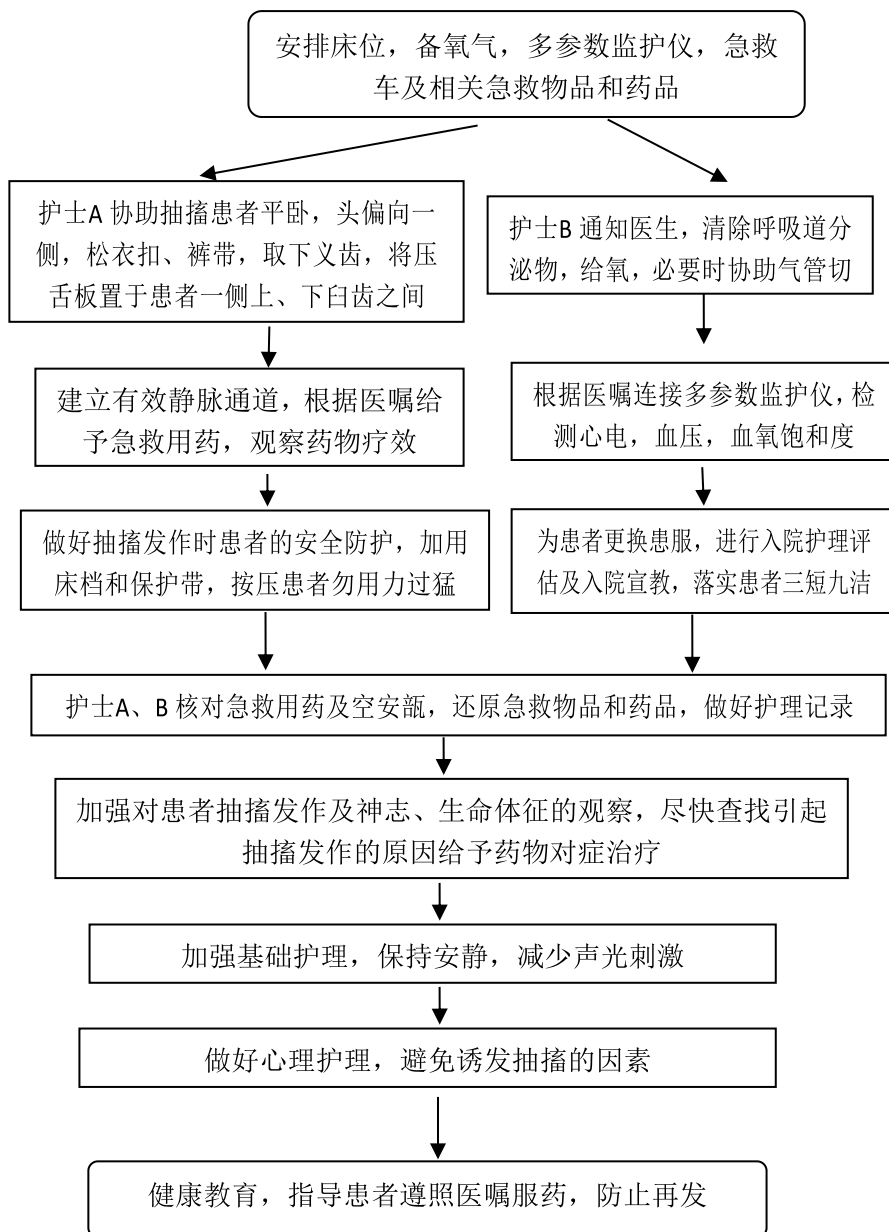


抽搐患者的护理预案与流程

- 一、接急诊电话后，立即安排床位，备氧气，多参数监护仪及相关急救物品和药品。
- 二、患者来后立即使患者平卧，头偏向一侧，松衣扣、裤带，取下义齿，将压舌板置于患者一侧上下臼齿之间。
- 三、立即通知医生，清除呼吸道分泌物并保持患者呼吸道通畅，给予氧气吸入，必要时吸痰，协助气管插管。
- 四、根据医嘱连接多参数监护仪，监测心电、血压、血氧饱和度。
- 五、建立有效静脉通路，根据医嘱给予急救用药，观察药物疗效。做好抽搐发作时患者的安全防护，加用床档和保护带，按压患者勿用力过猛。
- 六、为患者更换患服，进行入院护理评估及行入院宣教，落实患者三短九洁。
- 七、做好病情观察和护理记录。核对急救用药及空安瓿，还原急救物品和药品，做好护理记录。
- 八、加强对患者抽搐发作及神志、生命体征的观察，尽快查找引起抽搐发作的原因，给予药物对症治疗。
- 九、加强基础护理，保持环境的安静，减少声光刺激。
- 十、做好心理护理和健康教育，避免诱发抽搐的因素，指导患者遵照医嘱服药，防止再发。



附：【流程图】





颅内出血抢救护理预案与流程

一、将患者安置在重症监护病房，床边备氧气、多参数监护仪以及其他急救物品和药品。

二、保持呼吸道通畅。患者取平卧位，头偏向一侧。保持安静，减少搬动，躁动不安者遵医嘱使用镇静剂。

三、严密观察患者意识状态、瞳孔大小、对光反应、角膜反射与全身情况。为患者更换患服，观察皮肤及肢体活动情况。

四、保持呼吸道，必要时吸痰、给氧、行气管插管。根据医嘱给予心电、血压、血氧饱和度监测。

五、建立 2 条以上有效静脉通道，遵医嘱使用药物。

1、降低颅内压，减轻脑水肿：20%甘露醇注射液 125~250ml 静脉注射，每天 3~4 次。速尿 20~40mg 加入输液中静脉滴注，每 6~8h 一次，但应防止电解质紊乱。病情稳定后可用 10%复方甘油 500ml 静脉滴注，1~2 次/天。起病初期可加用地塞米松。

2、降低血压：当收缩压超过 200mmHg 时，可使用缓和降压药物如心痛定 10mg 舌下含服，或利血平 1mg 肌肉注射，或速尿 20~40mg 静脉注射等，使血压缓慢下降并稳定在略高于发病前的水平。

3、止血剂的应用：在消化道出血时可选用止血芳酸 600mg 或 6-氨基己酸 10—20g 加入 10%的葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注。

4、改善脑代谢：醒脑静 20—40ml 或胞磷胆碱 0.25—0.5g 加入 10%的葡萄糖溶液 500ml 缓慢静脉滴注，每日 1 次。

5、遵医嘱及时输注血浆、冷沉淀、血小板等血液制品。

六、头部物理降温，必要时使用人工冬眠合剂治疗，以降低脑细胞代谢。

七、严密观察生命体征及意识、瞳孔的变化，每 0.5—1h 观察 1 次，病情稳定后可每 2~4h 观察 1 次。

八、营养护理：禁食 24h，以后改为鼻饲或静脉输液，记录出入液量，保持水电解质平衡。

九、预防并发症的护理：持续导尿，留置导尿常规护理，防止泌尿系感染；定时翻身预防压疮，必要吸痰预防肺部感染。

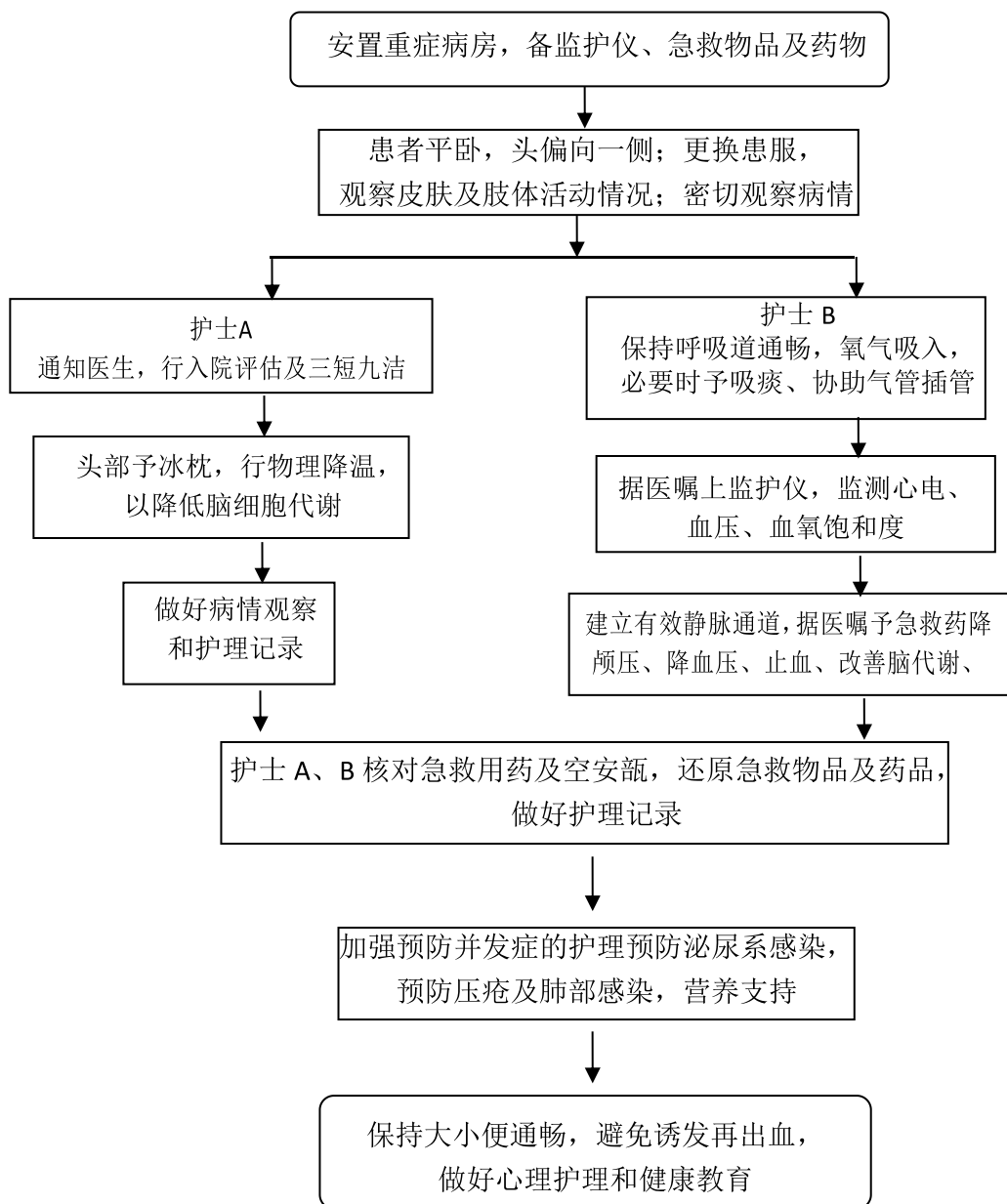
十、保持大便通畅，避免用力排便诱发再出血。3 天未解大便者，遵医嘱予缓泻剂。

十一、做好心理护理和健康教育：消除患者紧张情绪，保持安静，以减少消耗，减轻脑的负担，增加脑部血流量，促进脑细胞的功能恢复，避免诱发脑出血及颅内高压发作。



急性期绝对卧床休息，减少搬动。

附：【流程图】





急性肾功能衰竭护理预案与流程

一、活动与休息。绝对卧床休息，保持环境安静，有高热、昏迷或心衰者，均按相关常规护理。

二、饮食护理。遵医嘱给予高热量、高维生素、易消化、优质蛋白饮食（蛋白质摄入量为 0.5 g/kg/天 ），酌情限制水及钾、钠盐的摄入量。

三、密切观察病情。每天测量体温、脉搏、呼吸 4 次，连续 3 天。如有血压突然、升高、剧烈头痛、极度乏力及恶心、呕吐、神志障碍等提示发生高血容量、高钾血症、高氮质血症等并发症，应及时告知医生遵医嘱行床边心电、血压监护，并每 2~4 小时记录 1 次。高钾者应及时遵医嘱做好降钾处理，严密监测血钾变化，避免输注库存血。

四、控制体液平衡。根据医嘱准确记录 24 小时出入液量，少尿或无尿时，严格控制体液摄入量，输液速度宜缓慢，小于 40 滴/秒，预防肺水肿。多尿期应注意发生低钠、低钾血症，根据医嘱调节体液量；监测电解质。

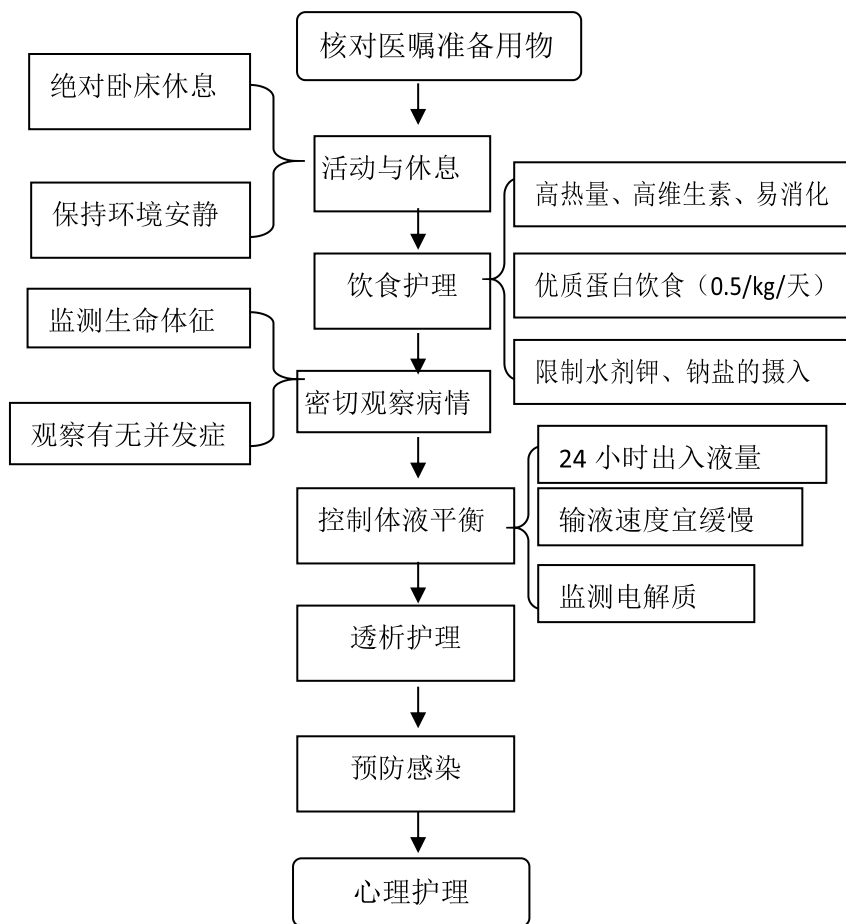
五、透析护理。做好各种透析疗法的术前准备、术后观察护理记录。

六、预防感染。保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，预防感染。

七、心理护理。做好心理护理改善患者焦虑、烦躁及抑郁情绪。



附：【流程图】





糖尿病酮症酸中毒护理预案与流程

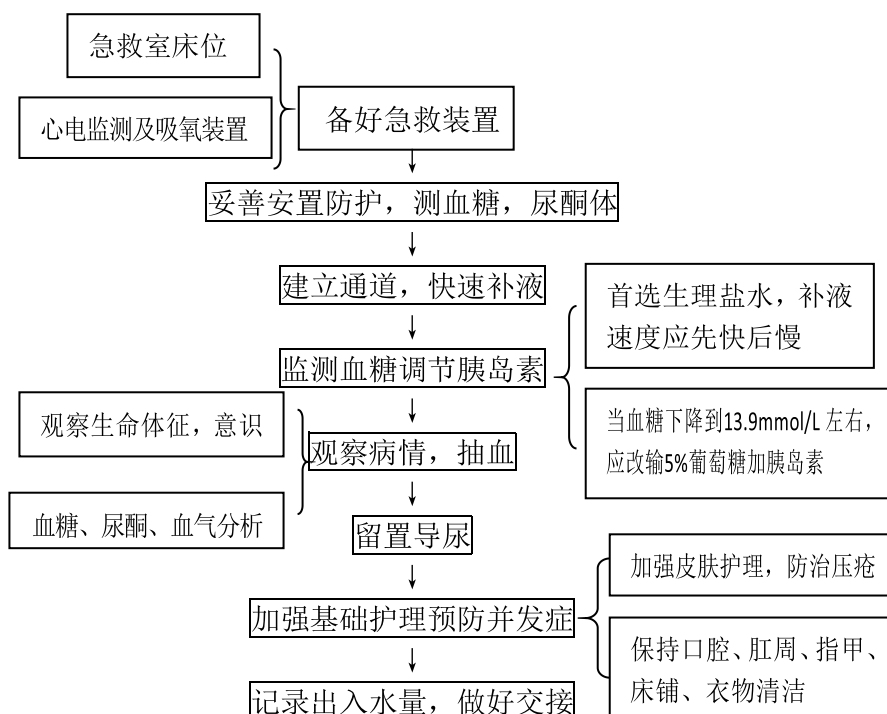
一、用物准备

血糖仪、心电监护、吸氧装置、静脉输液泵、尿管、石蜡油、纱布、20ml 注射器、胶布、一次性采血器、75%乙醇、止血带、一次性输液器、敷贴、留置针、碘伏、棉签、弯盘、治疗巾、清洁手套一双、采血试管、尿试管、动脉采血针、一次性采血针、必要时备呼吸机。

二、操作步骤

- 1、备好急救室床位，心电监测及吸氧装置。
- 2、妥善安置患者，烦躁者加强安全防护。
- 3、迅速建立静脉通道，保持输液通畅（至少两条通道），快速补液（高龄、心肾功能不全者根据病情调整输液滴速），如有条件建立中心静脉通道，以便进行中心静脉压监测。首选生理盐水，补液速度应先快后慢，当血糖下 13.9mmol/L 左右，应改输 5%葡萄糖加胰岛素。
- 4、密切监测手指血糖，及时通知医生调整胰岛素静脉泵入速度。
- 5、昏迷者保持气道通畅，必要时吸氧，留置尿管。密切观察生命体征、血糖、尿酮、瞳孔、神志、末梢循环，准确记录 24h 出入水量。
- 6、绝对卧床休息，注意保暖，保持口腔、皮肤、床铺、衣物清洁。按时翻身，防止压疮。
- 7、防止并发症：休克、严重感染、吸人性肺炎、心力衰竭、肾衰竭、肺水肿、急性胃扩张。
- 8、及时书写护理记录，夜班总结 24h 出入水量，做好交接班。

附：【流程图】





糖尿病非酮症高渗性昏迷护理预案与流程

一、用物准备

血糖仪、心电监护、吸氧装置、静脉泵、胃管、尿管、石蜡油、纱布、灌注器、20ml 注射器、听诊器、胶布、一次性采血笔、75%乙醇、止血带、一次性输液器、敷贴、留置针、碘伏、棉签、弯盘、治疗巾、清洁手套一双、采血试管、尿试管、动脉采血针、一次性采血针、必要时备呼吸机。

二、操作步骤

1、备好急救室床位，心电监测及吸氧装置。

2、妥善安置患者，烦躁者加强安全防护。

3、迅速建立静脉通道，保持输液通畅（至少两条通道），快速补液高龄、心肾功能不全者根据病情调整输液滴速，如有条件建立中心静脉通道，以便进行中心静脉压监测。首选生理盐水，补液速度应先快后慢，当血糖下降 13.9mmol/L 左右，应改输 5%葡萄糖加胰岛素。

4、密切监测手指血糖，及时通知医生调整胰岛素静脉泵速度。

5、昏迷者保持气道通畅，必要时吸氧，留置胃管，定时注入温开水。密切观察生命体征、血糖、尿酮、瞳孔、神志、末梢循环，准确记录 24h 出入水量。必要时配合血液透析治疗。

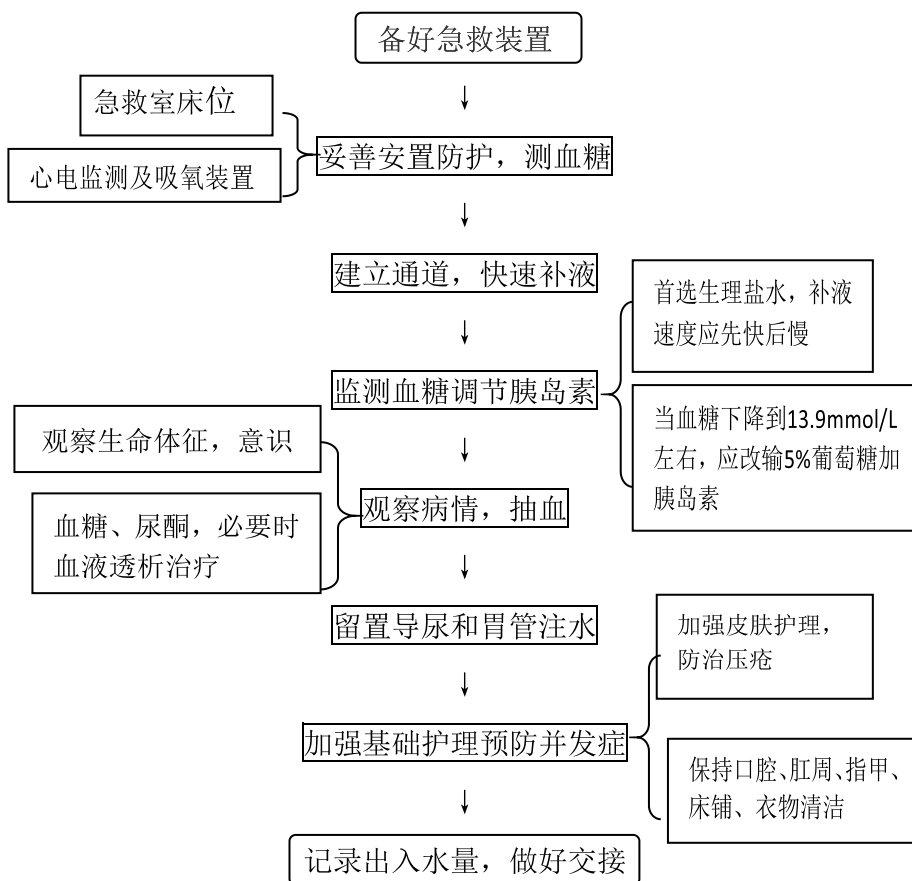
6、绝对卧床休息，注意保暖，保持口腔、皮肤、床铺、衣物清洁。按时翻身，防止压疮。

7、防止并发症：休克、严重感染、吸人性肺炎、心力衰竭、肾衰竭、肺水肿、急性胃扩张。

8、及时书写护理记录，夜班总结 24h 出入水量，做好交接班。



附:【流程图】





严重低血糖患者抢救护理预案与流程

一、用物准备

血糖仪、心电监护、吸氧装置、静脉泵、胃管、尿管、石蜡、纱布、灌注器、20ML注射器、听诊器、胶布、一次性采血笔、75%乙醇、止血带、一次性输液器、敷贴、留置针、碘伏、棉签、弯盘、治疗巾、清消手套一双、采血试管、尿试管、动脉采血针、一次性采血针。

二、操作步骤

1、备好急救室床位，心电监测及吸氧装置。

2、妥善安置患者，注意要加强安全防护。密切监测手指血糖，及时通知医生。

3、建立静脉输液通道，保持输液通畅，意识模糊或抽搐者立即静脉注射 50%葡萄糖溶液 60-100ml，症状若无改善可重复注射 1 次，然后持续静脉滴注 10%葡萄糖溶液，并根据血糖水平调整滴速。

4、遵医嘱予以糖皮质激素地塞米松、氢化可的松静脉滴注，胰高血糖素肌内注射。

5、密切观察生命体征，意识水平，血糖、尿糖、血气分析、电解质等，定时复查，重者 1~2h 复查一次。

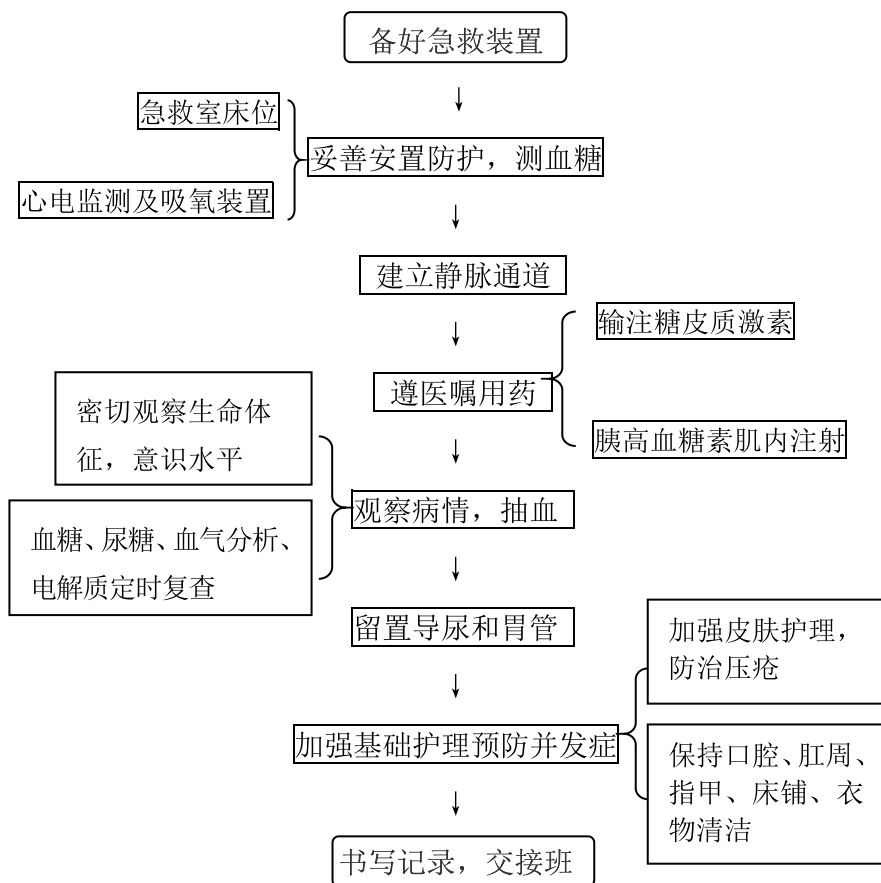
6、昏迷者保持气道通畅，吸氧，留置导尿管，准确记录 24h 出入量，必要时留置胃管，可鼻饲糖水和流质。

7、注意口腔护理，按时翻身，防止压疮。

8、及时书写护理记录，做好交接班。



附：【流程图】





甲亢危象抢救护理预案与流程

一、用物准备

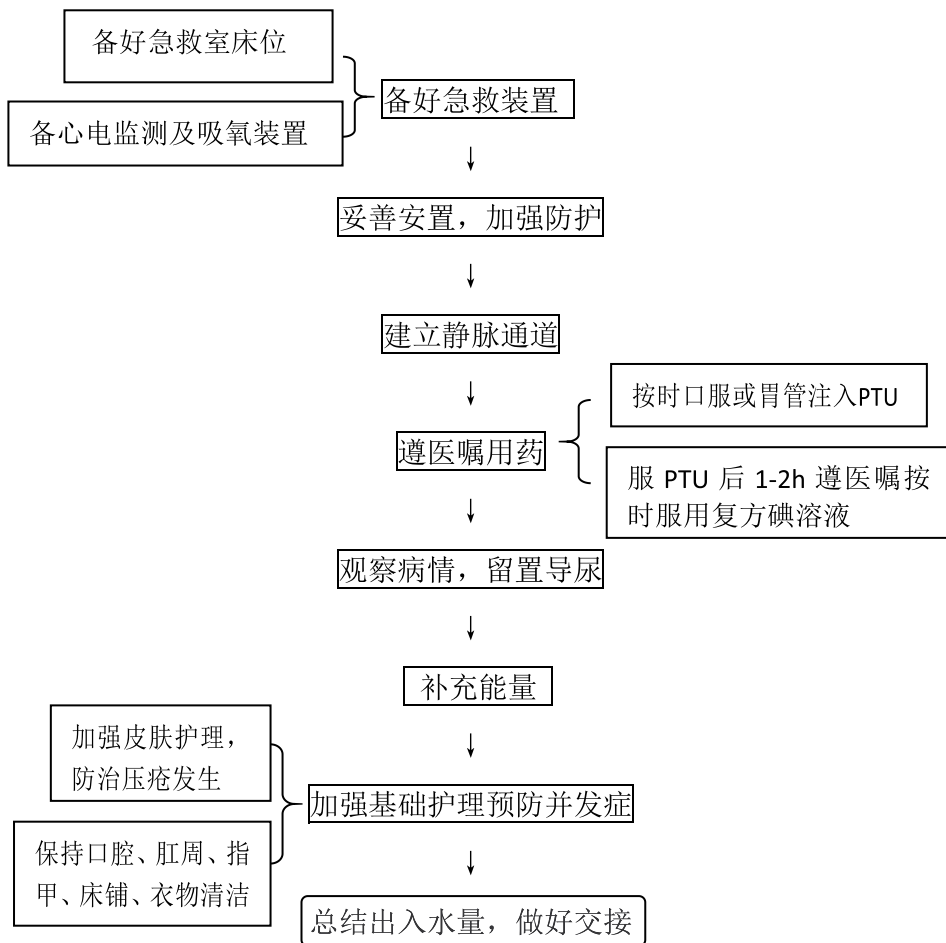
心电监护、吸氧装置、冰枕、胃管、尿管、石蜡、纱布、灌注器、20ml 注射器、听诊器、胶布、止血带、一次性输液器、敷贴、留置针、碘伏、棉签、弯盘、治疗巾、清洁手套一双、采血试管、动脉采血针、一次性采血针。

二、操作步骤

- 1、备好急救室床位，心电监测及氧气吸入装置。
- 2、妥善安置患者，注意要加强安全防护。
- 3、建立静脉输液通道，保持输液通畅，遵医嘱静脉滴注激素、电解质及支持治疗。
- 4、遵医嘱按时口服或胃管注入 PTU，服 PTU 后 1—2h 遵医嘱按时服用复方碘溶液。
- 5、减慢心率，如使用心得安口服等，拮抗应激反应，使用糖皮质激素。
- 6、保持气道通畅，给予氧气吸入，密切观察神志、生命体征、呕吐、腹泻等病情变化，防治并发症，必要时留置导尿管，记录出入水量。
- 7、高热者予以物理降温，如乙醇擦浴，头部戴冰帽，置冰枕，重者采用冬眠疗法。
- 8、注意补充能量，给予高热量饮食，补充多种维生素，昏迷或不能进食者予以鼻饲。
- 9、加强皮肤护理，防止压疮发生。保持口腔、肛周、指甲、床铺、衣物清洁。
- 10、保持室内环境安静，限制探视，避免声、光等刺激，烦躁不安的患者可予以镇静剂。
- 11、夜班总结 24h 出入水量，做好交接班。



附：【流程图】





肾上腺皮质危象抢救护理预案与流程

一、用物准备

心电监护、氧气吸入装置、冰枕、胃管、尿管、液状石蜡、纱布、灌注器、20ml 注射器、听诊器、胶布、止血带、一次性输液器、敷贴、留置针、碘伏、棉签、弯盘、治疗巾、清洁手套一双、采血试管、动脉采血针、一次性采血针。

二、操作步骤

1、备好急救室床位，心电监测及氧气吸入装置。

2、妥善安置患者，迅速建立静脉通道，静脉滴注氢化可的松或琥珀酸氢化可的松 100mg，补液，纠正水电解质紊乱一般采用 5%葡萄糖盐水，补液量视患者脱水及缺钠程度而定，低血糖者给予 50%葡萄糖液 20—100ml 静脉注射。

3、保持呼吸道通畅，给予氧气吸入，及时清除呼吸道分泌物。留置导尿管，记录 24h 出入量，维持水、电解质及酸碱平衡。

4、密切观察生命体征、神志，体温过高者应及时进行物理降温，观察皮肤弹性、体重、口渴、恶心、腹痛、腹泻情况有无改善，定时测血糖，是否出现低血糖现象。

5、激素治疗时，观察患者治疗的反应及副作用，如有异常及时通知医生。

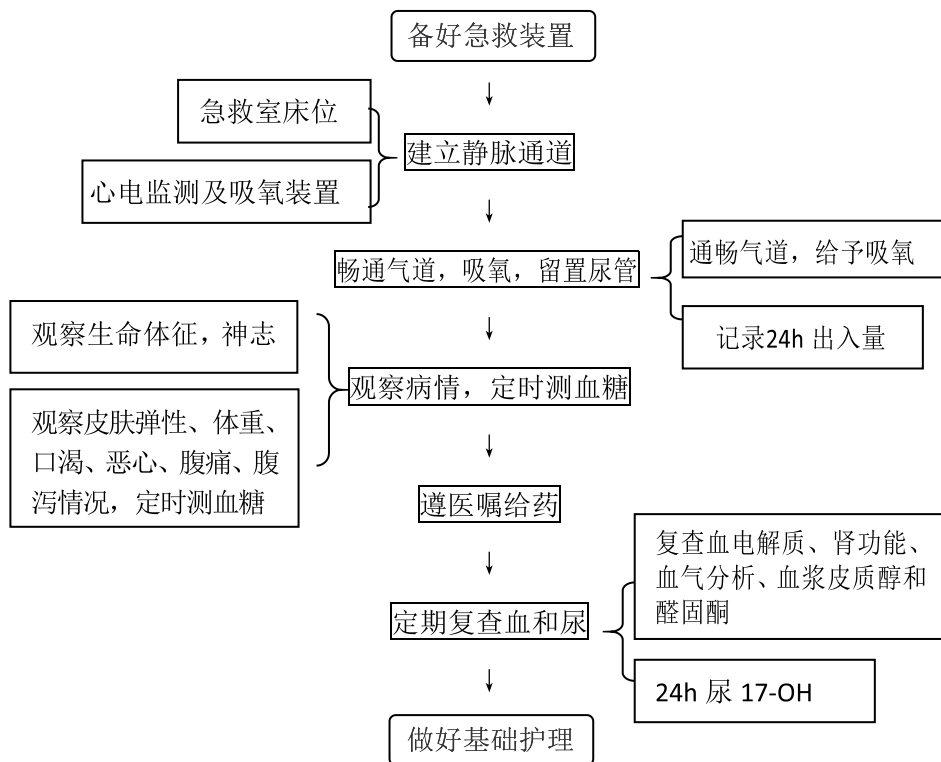
6、定期复查血电解质、肾功能、血气分析、血浆皮质醇和醛固酮、24h 尿 17-OH 等。

7、做好各项基础护理，保持病室安静，适当镇静，加强心理护理。

8、给予高维生素、高蛋白、高碳水化合物饮食，限制钾盐摄入。



附：【流程图】





DIC 抢救护理预案与流程

一、绝对卧床休息，取休克卧位，以利血液回流及改善呼吸。

二、给予半流质或流质饮食，消化道出血者暂禁食，昏迷者鼻饲。

三、正确采集血标本，协助实验室检查以判断病情变化和治疗效果。

四、至少建立 2 条静脉通道，1 条遵医嘱应用急救药物，另 1 条以备必要时遵医嘱输注血浆、冷沉淀、红细胞等血液制品。

五、肝素疗法的护理

1、遵医嘱根据实验室结果和患者的临床情况确定滴注肝素的剂量。首次按 1mg/kg 静脉注射，每小时给 0.5 mg/kg。若持续滴注，首次给予 50mg，以后每 24h 将 100—200mg 肝素加入葡萄糖溶液中静脉滴注。

2、严密监测凝血时间、凝血酶原时间，每小时 1 次。

六、遵医嘱给药：止血，纠正酸中毒，维持水、电解质平衡，维持血压。

七、遵医嘱及时输注血浆、冷沉淀、红细胞等血液制品。

八、病情观察

1、严密观察患者血压、脉搏、呼吸及意识变化，每小时 1 次。

2、密切观察皮肤及甲床色泽、温度变化，每 2h 一次。

3、观察有无 DIC 的出血表现，特别是皮肤黏膜、口腔、鼻腔、消化道、呼吸道、泌尿道、阴道等部位出血以及出血不凝的现象。应详细记录出血量。

4、准确记录 24h 出入液量，尤其是记录每小时尿量的变化。若有明显少尿或无尿、意识障碍、抽搐，应警惕存在肾栓塞或脑栓塞，及时通知医生。

九、一般护理

1、保持皮肤清洁，避免搔抓、碰撞。

2、做好口腔护理，预防感染。

3、保持鼻腔湿润，防止鼻出血。

4、静脉注射时，止血带不宜扎得过紧，力争一针见血，操作后用干棉球压迫穿刺部位 5min。尽量避免肌肉注射。



十、做好心理护理及健康教育指导，关心、鼓励患者，增强治疗信心。

附：【流程图】

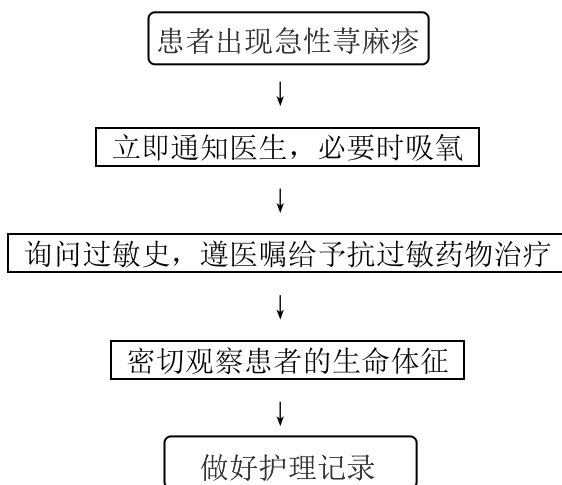




急性荨麻疹的护理预案与流程

- 一、患者出现急性荨麻疹症状时，立即通知医生，必要时给予氧气吸入。
- 二、询问过敏史，遵医嘱给予抗过敏药物治疗。
- 三、密切观察患者的生命体征变化。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】

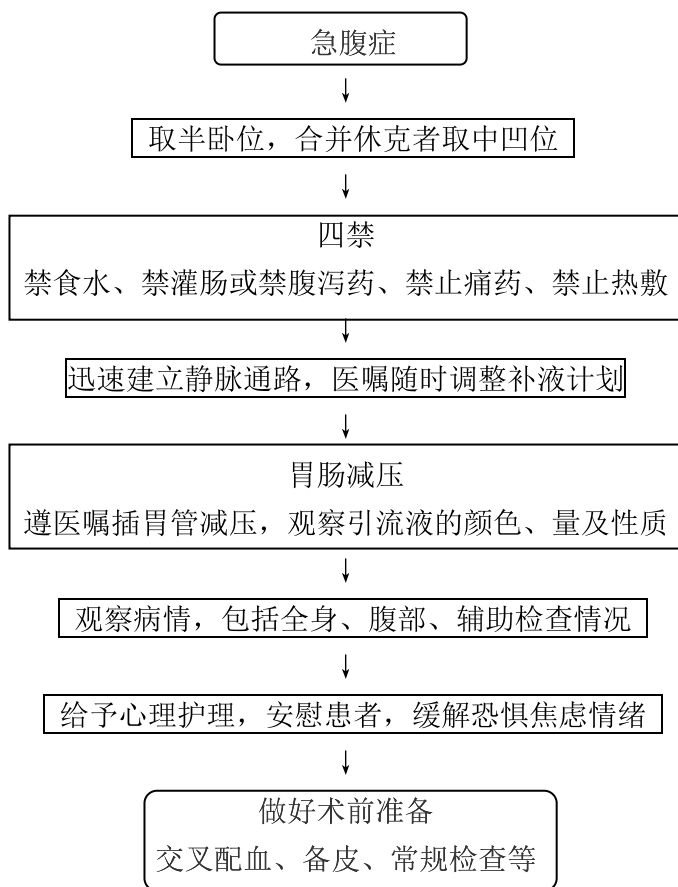




急腹症患者抢救护理预案与流程

- 一、立即安置患者卧位，给予半卧位、休克患者给予中凹位；必要时氧气吸入。
- 二、患者在腹痛期间，做好“四禁”，禁食水、禁灌肠或禁服泻药、禁止痛药、禁止热敷。
- 三、开放静脉通路，补充有效循环血量，抗休克治疗；遵医嘱用药。
- 四、遵医嘱上胃管行胃肠减压，观察引流液的颜色、量及性质。
- 五、密切观察患者生命体征及腹痛的情况，并做好相关的辅助检查。
- 六、做好心理护理，安慰患者，缓解其紧张情绪，使其积极配合治疗。
- 七、若需行手术治疗的患者需做好术前准备。

附：【流程图】





创伤性休克抢救护理预案与流程

一、建立 1-2 条静脉通道。

二、抽血送输血科做交叉配血试验，准备输血并按医嘱准备扩容药物，如平衡液、碳酸氢钠等。

三、妥善安排输入液体先后顺序，在尚未配好新鲜血时输入平衡液，1h 内输液 1500ml—2000ml，晶体与胶体比例为(2.5—3):1。必要时采取加压输液方法。

四、配合病因治疗的护理。

五、病情观察：

1、监测血压、脉搏、呼吸，注意体温变化，同时应观察神志，皮肤色泽和肢体温度，记录尿量，监测中心静脉压。

2、判断患者的休克程度。

六、采取平卧位。

七、保持呼吸道通畅，氧气吸入 6-8L/min，必要时床边紧急气管插管或气管切开，给予呼吸机辅助通气。

八、按医嘱输注血管活性药物。

九、防止继发感染。

十、密切观察急性肾衰竭、呼吸窘迫综合征、酸中毒等并发症，施行相应护理。

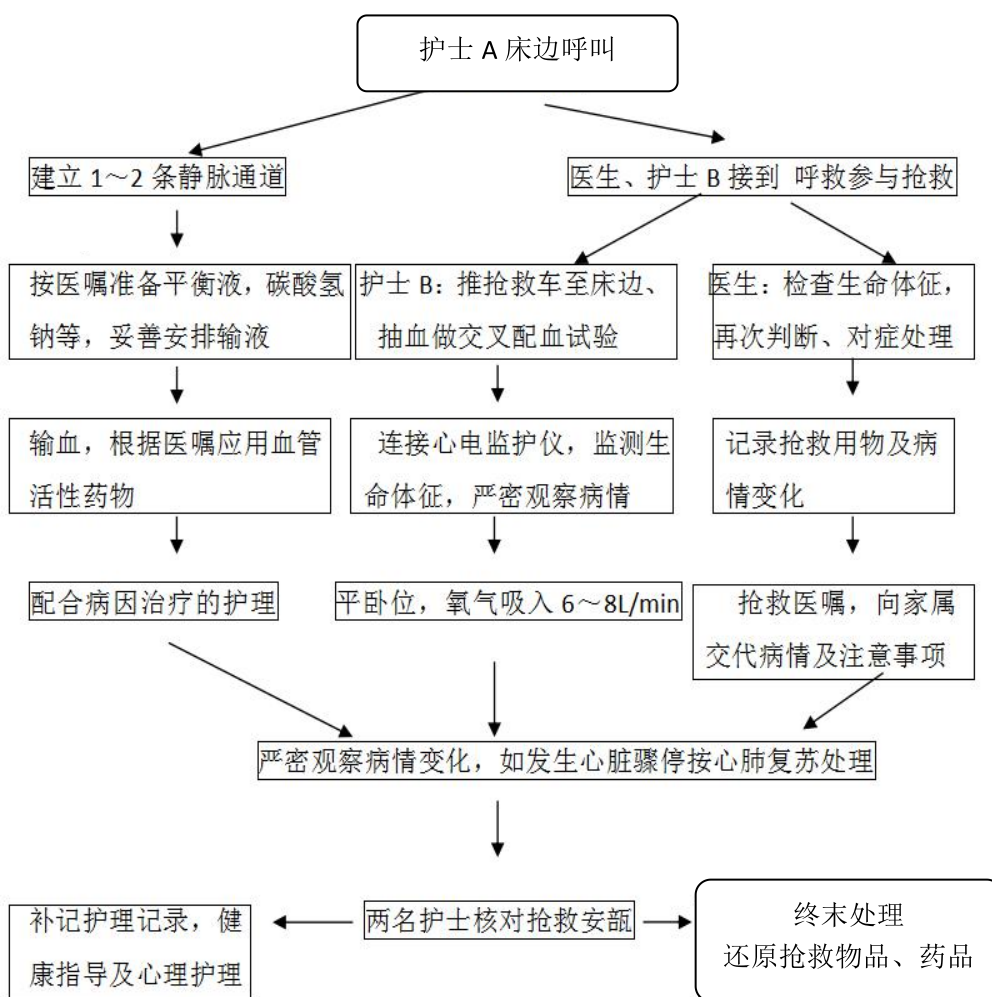
十一、补充营养。

十二、做好健康教育及心理护理。

十三、做好抢救后物品的清理、消毒、补充、检查及家属安抚工作，急救设备还原成备用状态。



附：【流程图】





肠梗阻的护理预案与流程

一、向患者及家属说明检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

二、生命体征稳定时取半卧位，以改善呼吸循环系统功能。

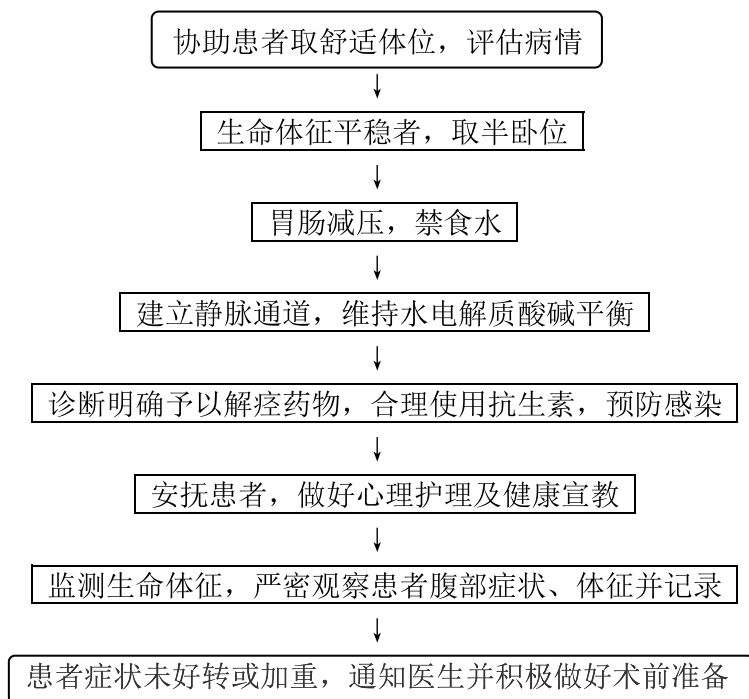
三、胃肠减压，禁食水。

四、建立静脉通道，维持水电解质酸碱平衡。

五、诊断明确，遵医嘱予以解痉药物，合理使用抗生素，预防感染。

六、监测患者生命体征，严密观察患者腹部症状、体征及全身情况，准确记录胃肠减压抽出物的量和性质，呕吐物的颜色、性状和量，有无体液失衡的表现，若患者症状未好转或加重，应及时通知医生并积极做好术前准备。

附：【流程图】





胃肠穿孔的护理预案与流程

一、协助患者取适当的卧位，无休克者取半卧位，有休克者取平卧位或仰卧中凹位，减少搬动或按压腹部。

二、监测生命体征，严密观察腹部症状及体征的变化。

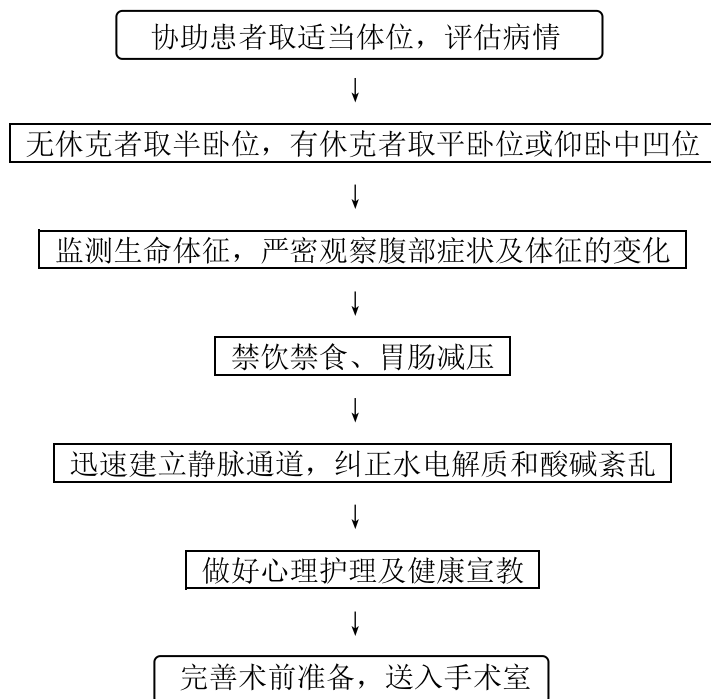
三、禁饮禁食、持续胃肠减压，禁用泻剂，禁止灌肠。

四、迅速建立静脉通道，必要时建立双通道，遵医嘱静脉输液输血，纠正水、电解质和酸碱紊乱。

五、积极完善术前常规准备工作，包括药敏试验、完善术前相关检查、备皮、更换清洁的患服、留置尿管、床单位及氧气、心电监护的准备。

六、做好心理护理，鼓励患者树立信心，勇敢面对疾病。

附：【流程图】

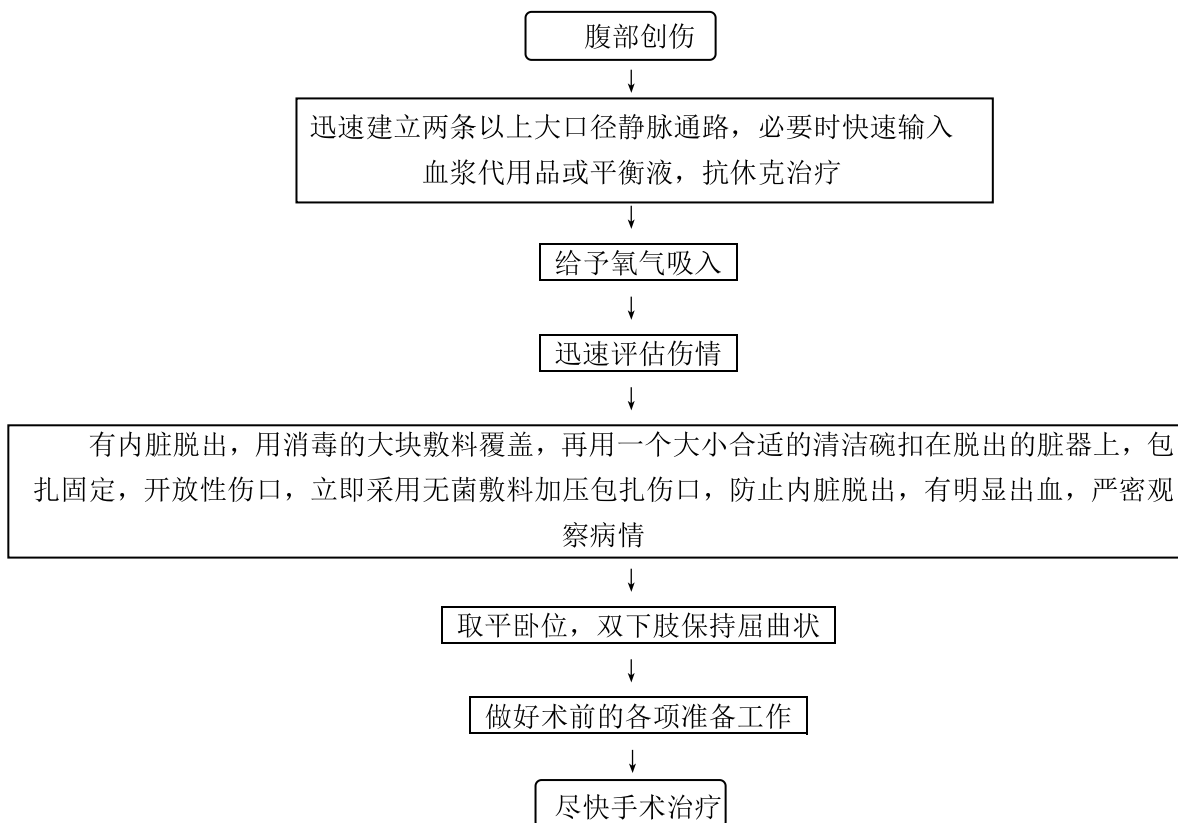




腹部创伤患者抢救护理预案与流程

- 一、妥善安置患者，取合适卧位，通知医生。
- 二、保持呼吸道通畅，氧气吸入，保暖。绝对卧床休息，禁止随意搬动患者，以免加重病情。
- 三、监测生命体征，选择上肢静脉建立两条以上的静脉通路。
- 四、伤口处理：1、闭合性伤口：协助医生做腹部穿刺；严密监测血压，观察腹部情况；2、开放性伤口：有腹腔内容物外漏时，用无菌生理盐水纱布覆盖，再用无菌碗保护，包扎。
- 五、凡疑有内脏损伤者应禁食，并做好输血准备。
- 六、病情观察：观察患者生命体征、腹部体征、大小便的量和性质。
- 七、做好术前准备。
- 八、心理护理与健康教育，安慰家属，给予心理支持，做好必要的解释工作。

附：【流程图】

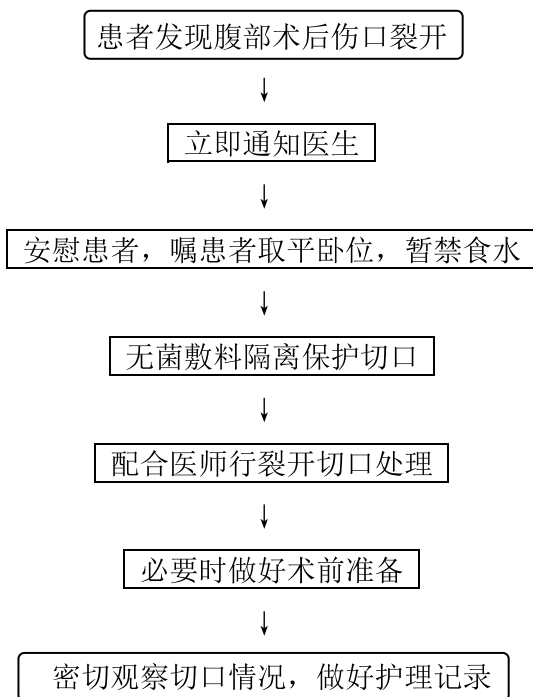




腹部术后伤口裂开的护理预案与流程

- 一、发现患者腹部术后伤口裂开时，立即通知医生。
- 二、安慰患者，嘱患者取平卧位，安静休息，暂禁食水
- 三、用无菌敷料隔离保护切口，配合医生行裂开切口处理。
- 四、如需要手术缝合，必要时做好术前的准备。
- 五、密切观察切口情况，健康宣教，减少腹压增高，做好护理记录。

附：【流程图】

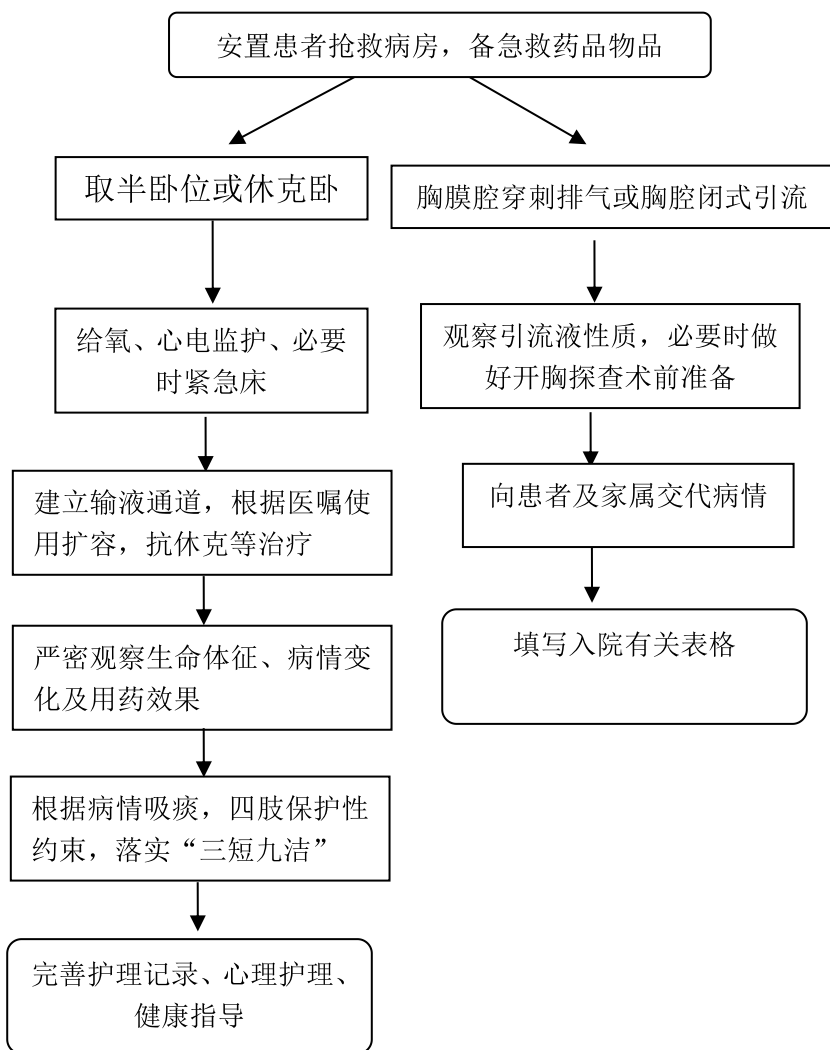




张力性气胸抢救护理预案与流程

- 一、将患者安置于抢救室内，半卧位或休克卧位。床边备好急救药品物品。
- 二、氧疗：4—6L/min。
- 三、迅速排气减压，用粗针头穿刺患侧胸膜腔锁骨中线第二肋间处。
- 四、心电监护，观察心率、血压、血氧饱和度的变化，若病情危急应立即行床边气管插管，呼吸机辅助呼吸。
- 五、建立两条以上静脉通路，根据医嘱行抗休克，补充血容量、强心、利尿等治疗。
- 六、放置胸腔引流管，排出气体，促使肺膨胀，保持引流管通畅，观察引流液的性质。
- 七、张力性气胸多伴严重的肺和支气管损伤，需紧急开胸手术，做好相关术前准备。
- 八、保持呼吸道通畅，必要时吸痰、四肢保护性约束，落实好三短九洁。
- 九、向患者及家属做好健康教育及心理指导。

附：【流程图】

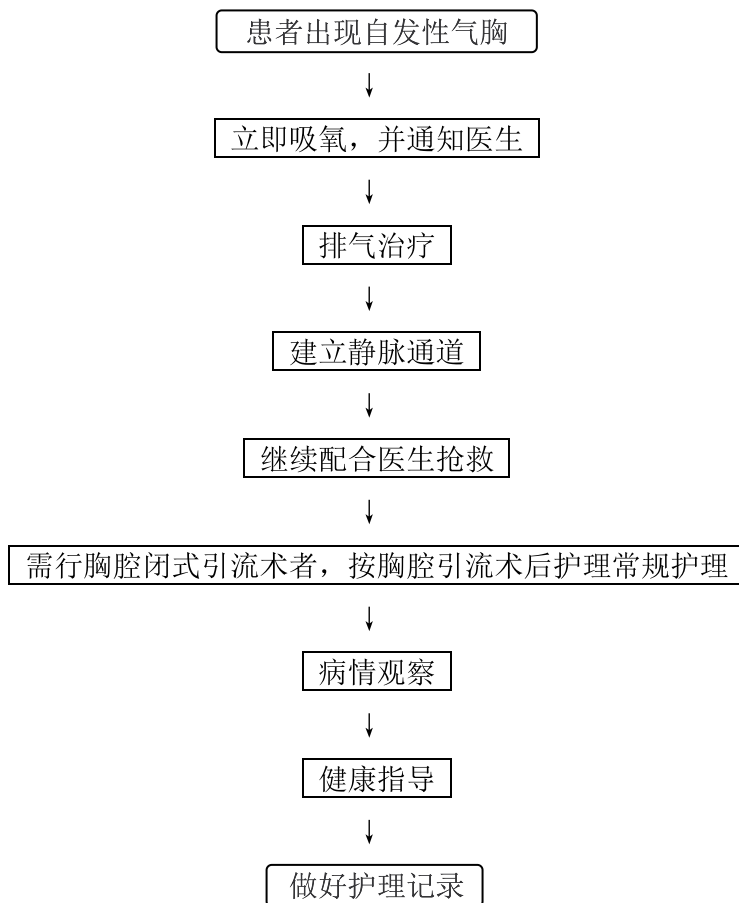




自发性气胸的护理预案与流程

- 一、患者出现自发性气胸症状时，立即给予氧气吸入，并同时通知医生。
- 二、给予排气治疗，建立静脉通道，继续配合医生抢救。
- 三、需行胸腔闭式引流术者，按胸腔引流术后护理常规护理。
- 四、密切观察病情变化，做好健康指导。
- 五、做好护理记录。

附：【流程图】

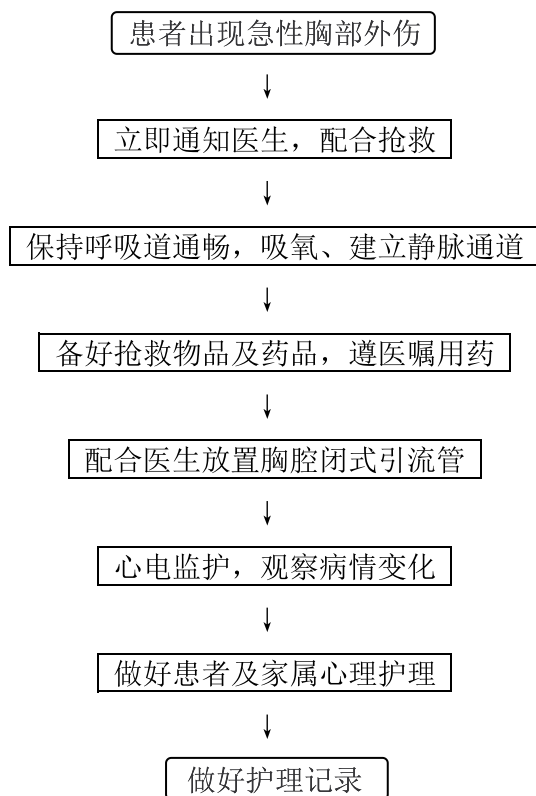




急性胸部外伤的护理预案与流程

- 一、患者出现急性胸部外伤症状时，立即通知医生，配合医生抢救。连枷胸的患者胸壁外固定，消除反常呼吸。
- 二、保持呼吸道通畅，给予氧气吸入，必要时吸痰，迅速建立静脉通道。
- 三、备好抢救物品及药品，遵医嘱用药。
- 四、配合医生放置胸腔闭式引流管。
- 五、行心电监护，密切观察病情变化，做好患者及家属心理护理。
- 六、做好护理记录。

附：【流程图】

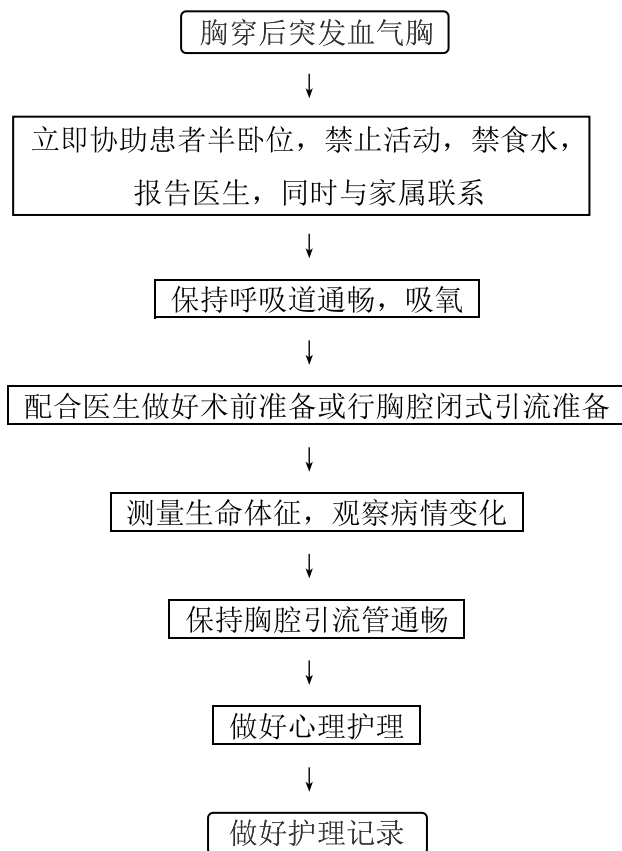




胸腔穿刺术后突发血气胸的护理预案与流程

- 一、胸穿后突发血气胸症状时，立即协助患者取半卧位，指导患者禁止活动，禁食水。报告医生，同时与家属联系。
- 二、保持呼吸道通畅，吸氧，配合医生做好术前准备或行胸腔闭式引流准备。
- 三、测量生命体征，密切观察病情变化，保持胸腔引流管通畅。
- 四、做好心理护理，保持患者情绪稳定。
- 五、做好护理记录。

附：【流程图】





甲状腺危象的抢救护理预案与流程

一、降温：用物理降温、退热药物、冬眠药物等综合措施，使患者的体温保持在 37℃ 左右。

二、氧气吸入：减轻组织的缺氧。

三、静脉输入大量葡萄糖溶液。

四、碘剂：口服复方碘化钾溶液 3-5ml,紧急时用碘化钠 5-10ml 加入 10%葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注，以降低循环血液中甲状腺水平，或抑制外周 T4 转化为 T3。

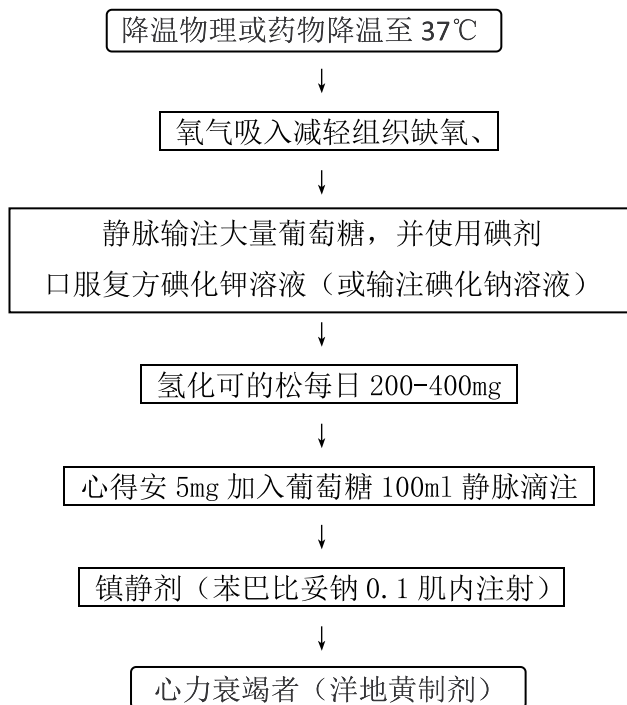
五、氢化可的松：每日 200-400mg 分次作静脉滴注。

六、普萘洛尔（心得安）5mg 加入 10%葡萄糖 100ml 中作静脉滴注，以降低周围组织对儿茶酚胺的反应。

七、镇静剂：常用苯巴比妥 0.1g 肌内注射。

八、有心力衰竭者，加用洋地黄制剂。

附：【流程图】





开放性骨折护理预案与流程

一、现场急救

1、先救命后治伤。判断有无胸膜损伤，对症处理；心跳、呼吸停止者应立即行胸外心脏按压和人工呼吸，氧气吸入；急性大出血应立即做止血处理，同时给予输血、输液；意识障碍者，要保持呼吸道通畅，观察生命体征，做好对症处理。

2、妥善处理伤口。开放性伤口，用消毒敷料或清洁布料包扎，防止进一步污染；暴露的骨端不可还纳，可用相对清洁的布类或容器覆盖；伤口有活动性出血时，用绷带加压包扎止血，无效时可用止血带止血，注意每 40～60min 松开 5～10min，防止肢体缺血坏死。

3、妥善固定。固定以专用夹板为佳，亦可就地取材，用树枝、木棍、纸壳、书报等，在缺乏外固定材料时，上肢骨折的患者，可将患肢贴紧胸壁捆绑；下肢骨折的患者，将患侧与健侧捆绑，防止在搬运时移位。

4、迅速转运。四肢骨折经固定后，可用普通担架运送，脊柱骨折患者必须平卧于硬板上，固定头颈部，运送时迅速、平稳。运送途中注意观察全身情况及创口出血情况。有危及生命的情况要及时处理。

5、送入医院后，认真交接班。向医护人员交待伤口、骨外露、对症处理等情况。彻底清创，并注射破伤风抗毒素。

二、清创术后护理

1、患肢血液循环的观察及护理。

2、观察患肢末梢血液循环及活动情况，如有剧烈疼痛、肿胀、麻木、皮温降低、苍白或青紫，说明有肢端血液循环障碍，应立即查明原因，对症处理。

3、抬高肢体略高于心脏水平，并防止过度抬高、热敷、按摩，以免加重组织缺血。

4、夹板或石膏绷带固定患者如有局部持久性疼痛，应考虑有无局部受压、缺血，及时告知医生，必要时调整外固定。

5、伤口观察及护理：注意观察伤口，渗血、渗液较多时应及时更换敷料。对感染严重的伤口，应及时清创、引流，予抗生素湿敷等治疗。

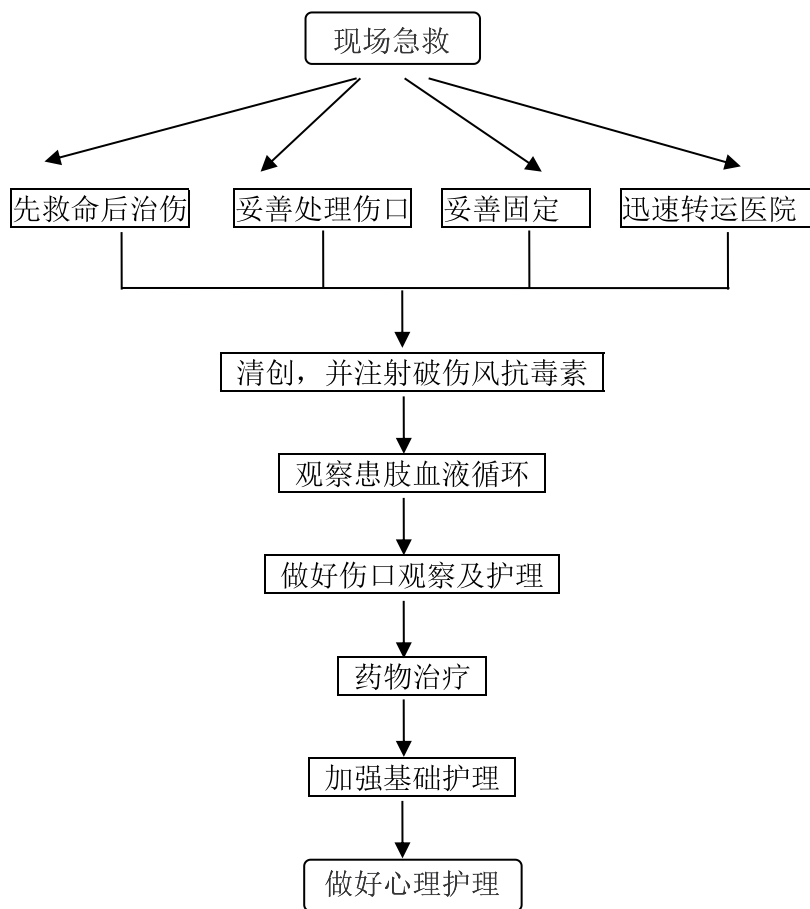
6、药物治疗护理：遵医嘱给予抗生素及止痛药物，防止感染，减轻疼痛。



7、加强基础护理：满足患者生活需求，预防各种并发症，如坠积性肺炎、压疮等。

8、心理护理：关心患者，耐心解释，消除其紧张及恐惧心理，鼓励面对现实，帮助树立战胜疾病的信心及生活的勇气。

附：【流程图】

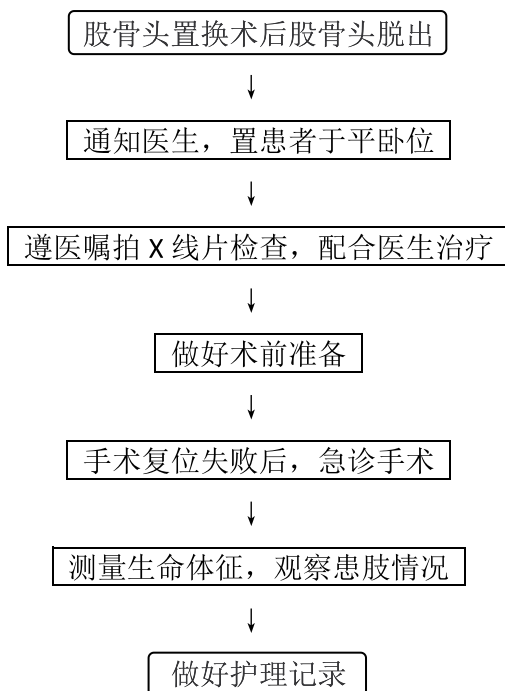




股骨头置换术后股骨头脱出的护理预案与流程

- 一、出现股骨头置换术后股骨头脱出时，立即通知医生，置患者于平卧位。
- 二、遵医嘱拍 X 线片检查，配合医生治疗，做好术前准备。手术复位失败后，行急诊手术。
- 三、测量生命体征，观察患肢情况。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】





肾绞痛患者的护理预案与流程

一、肾绞痛发作时患者应卧床休息，减少活动。

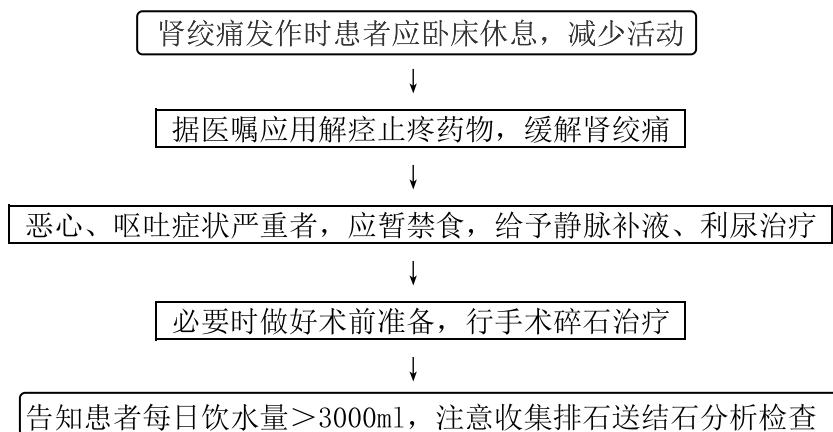
二、根据医嘱应用解痉止疼药物，如杜冷丁 50mg 肌内注射，或 654-2 针 10mg 肌内注射，均能缓解肾绞痛。

三、恶心、呕吐症状严重者，应暂禁食。可静脉滴注葡萄糖和生理盐水补充液体或电解质，而输液的利尿作用也可减轻输尿管痉挛引起的疼痛。

四、必要时做好术前准备，行手术碎石治疗。

五、健康知识宣教，消除患者紧张心理，每日饮水量 $>3000\text{ml}$ 。如有小结石排出，可收集送结石分析检查。

附：【流程图】

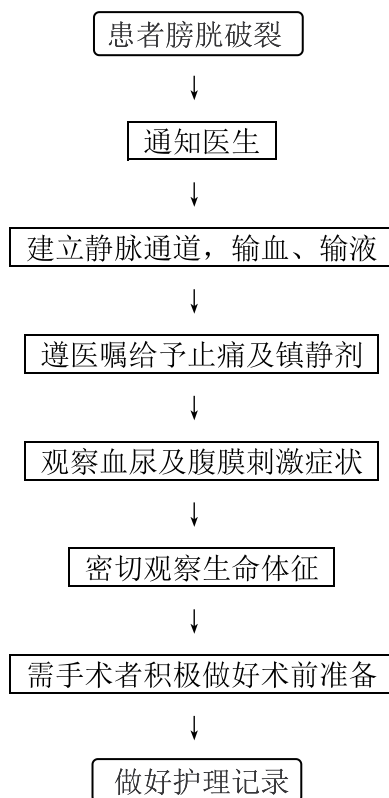




膀胱破裂的护理预案与流程

- 一、患者出现膀胱破裂症状时，立即通知医生。
- 二、迅速建立静脉通道，给予输血、输液处理。遵医嘱给予止痛及镇静剂药物治疗。
- 三、观察血尿及腹膜刺激症状。
- 四、密切观察患者生命体征变化，需手术者积极做好术前准备。
- 五、做好护理记录。

附：【流程图】





鼻出血患者护理预案与流程

一、及时通知医生。

二、实施紧急救护

1、观察生命体征的变化，给予半卧位，疑有休克者，应平卧。

2、做好心理护理：安慰患者切勿紧张，必要时给予镇静剂，如安定 10mg 肌肉注射。

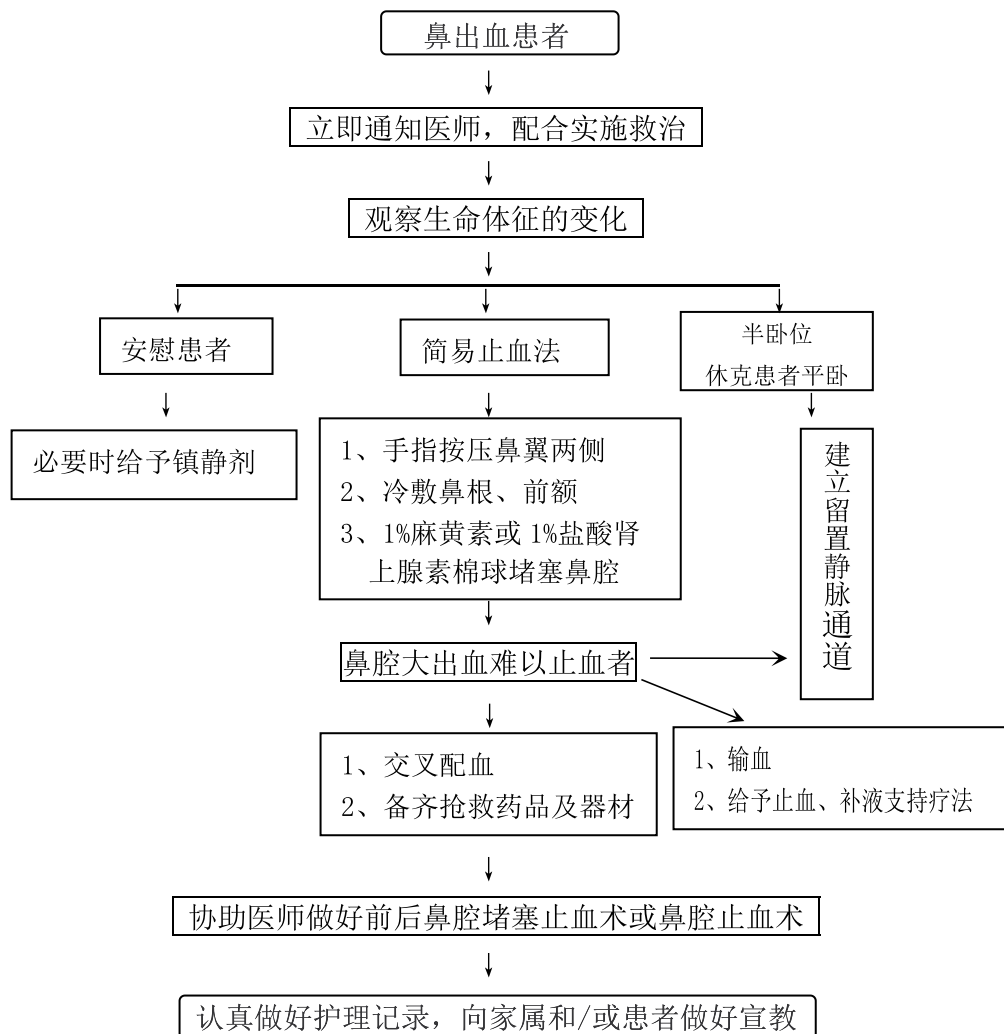
3、采用简易止血法：手指按压鼻翼两侧，即按压鼻中隔前部起到止血作用，冷敷鼻根、前额。1%麻黄素或 0.1%盐酸肾上腺素棉球堵塞鼻腔。

4、对出血较剧、渗血面较大或出血部位不明者，迅速建立留置静脉通道，遵医嘱行交叉配血，给予止血药、补液、输血等，并协助医师做好前后鼻腔填塞止血术或鼻腔止血术。

5、饮食护理。进食温冷、清淡的半流质饮食。

6、口腔护理。每天 2 次，恢复期协助患者漱口。

附：【流程图】





急性喉阻塞护理预案与流程

一、及时通知医生。

二、病情观察：

（一）观察患者呼吸情况，根据呼吸困难分度准备好抢救物品。

（二）保持安静，小孩应避免哭闹以免加重呼吸困难。

（三）查明病因，根据病因及医嘱通知患者是否需要禁食及是否需行常规术前准备。

1、炎症引起者尽早静脉滴注类固醇激素如地塞米松 5-15mg 及头孢类或青霉素类抗生素。

2、若为异物，做好术前准备，立即手术取出。

3、紧急情况下行环甲膜切开，必要时立即行紧急气管切开术。

4、喉源性呼吸困难分度及处理原则：

I 度：安静时无呼吸困难表现。活动或哭闹时，出现轻度吸气期呼吸困难，稍有吸气性喉喘鸣和软组织凹陷。应针对病因治疗。

II 度：安静时也出现轻度吸气期呼吸困难、吸气期喉喘鸣和软组织凹陷，活动时加重，但不影响睡眠和进食。无烦躁不安，脉搏尚正常。应在病因治疗的同时，酌情做好气管切开的准备工作，密切观察呼吸变化。

III 度：吸气期呼吸困难、喉喘鸣和软组织凹陷明显，而定向力丧失、心律不齐、脉搏细弱、血压下降。最后出现昏迷、大小便失禁等。此时应立即行气管切开，若情况十分紧急时，可先行环甲膜切开术。

IV 度：呼吸极度困难，患者坐卧不安、手足乱动、面色苍白或紫绀、出冷汗、定向力丧失、心律不齐、脉搏细弱、血压下降。最后出现昏迷、大小便失禁等。此时应立即行气管切开，若情况十分紧急时，可先行环甲膜切开术。

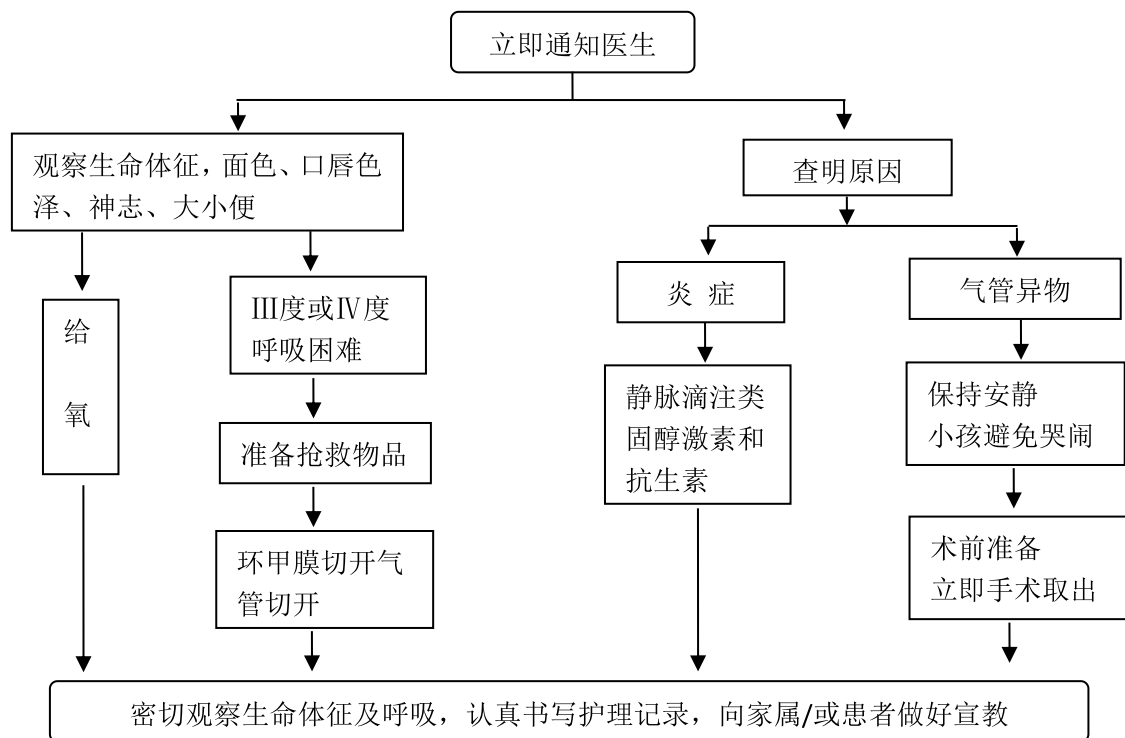
5、饮食护理：

（1）异物需取出者，应遵医嘱通知患者禁食、禁水。

（2）术后给予半卧位，流质饮食。



附：【流程图】



呼吸道异物急救护理预案与流程

一、立即通知医师。

二、遵医嘱通知禁食水，完善术前检查，床边备氧；密切观察呼吸情况，防止并发喉水肿。

三、术后认真与麻醉师床边交班，了解异物取出情况。去枕平卧 6h，头偏向一侧，给予氧气吸入、心电监护。6h 后可给予流质或半流质饮食。

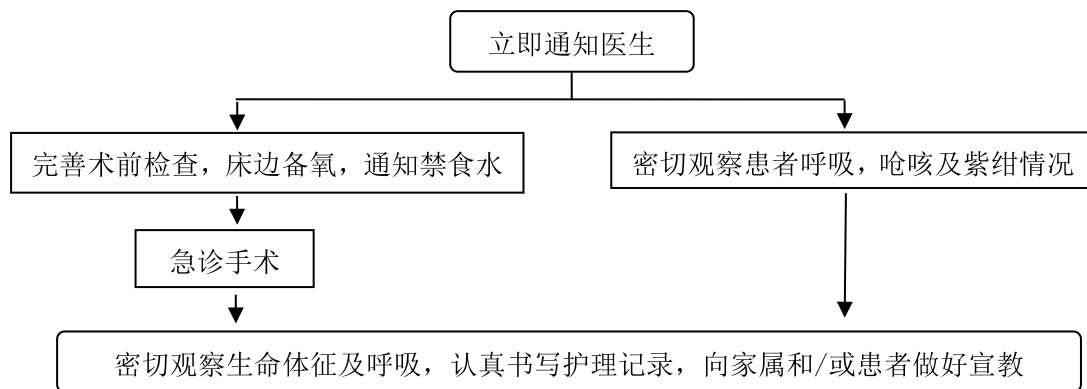
四、注意观察患者有无呛咳及异物残留征象。

五、注意生命体征变化，防止心功能衰竭发生和肺部感染。

六、健康指导 加强卫生宣教工作，婴幼儿避免进食花生、瓜子、豆类等带硬壳的食物；小儿进食时不可嬉戏、哭笑、追逐，纠正小儿口中含物的不良习惯；如咽内有异物，绝不可用手指挖取，也不可用大块食物咽压，可设法诱其吐出。



附：【流程图】



食道异物急救护理预案与流程

一、立即通知医师。

二、注意观察胸痛、呕血情况，通知禁食水，完善术前准备。

三、全麻术后认真与麻醉师床边交班，了解异物取出情况。

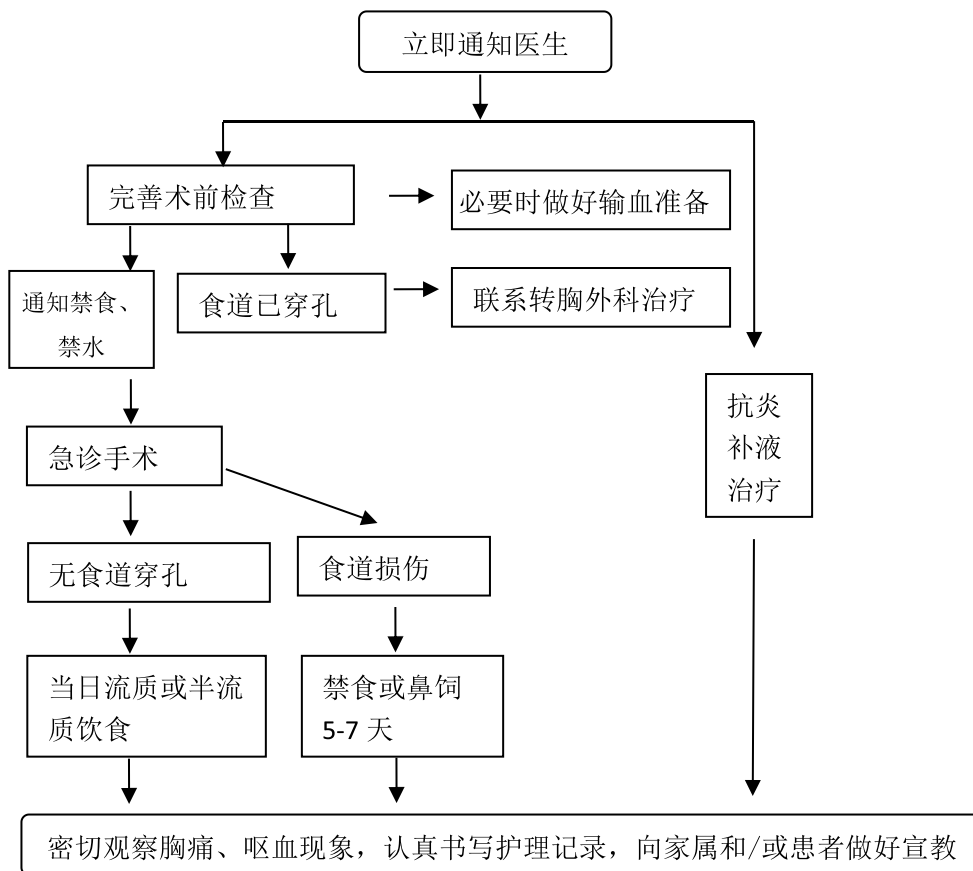
四、饮食指导：食道损伤者，当日可进食流质或半流质饮食；若有黏膜损伤、感染或疑有食道穿孔者，应严格禁食或给予鼻饲饮食 5~7 天，并积极抗炎、补液治疗；食道已穿孔者请外科处理。

五、病情观察：观察全身情况，有无胸痛、呕血、便血等情况；注意生命体征的变化，观察有无皮下气肿、纵隔气肿、大出血、气管食管瘘等并发症。

六、健康教育：患者及家属应进行有关预防食管异物发生的健康教育；进食要细嚼慢咽，不宜过于匆忙；损坏的假牙要及时修复，以免进食时松动脱落；教育小儿改正口含小玩物等不良习惯；误吞异物后，切忌自行吞咽大食团、馒头等，以免加重损伤。



附：【流程图】

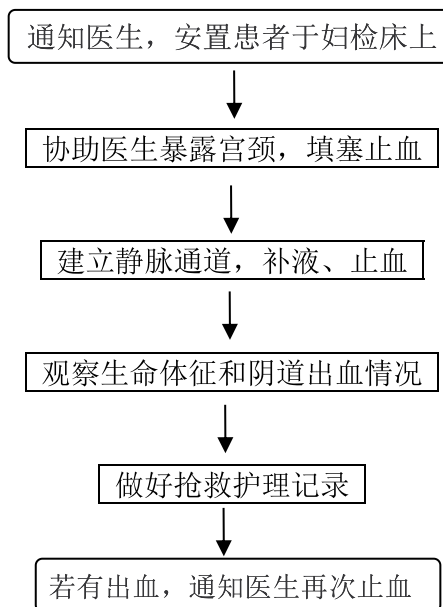




阴道大出血护理预案与流程

- 一、即通知医生，协助患者卧床休息，取屈膝仰卧位。必要时安置患者于妇检床上。
- 二、医生暴露宫颈，找出出血点。
- 三、填塞止血：用无菌棉球填塞阴道进行压迫止血。必要时，棉球上洒云南白药或三黄粉填塞止血，加强止血效果。
- 四、静脉通道，补液、止血，必要时输血。
- 五、观察生命体征和阴道出血情况，做好护理记录。
- 六、4h 后不再出血，可取出棉球。若继续出血，则通知医生，重新填塞棉球进行止血。
- 七、取出棉球后不要过早行阴道检查，指导患者保持外阴清洁。

附：【流程图】





宫外孕急救护理预案与流程

一、立即呼叫医生，同时迅速建立大流量静脉通道，抽血做血型、交叉配型试验，急查血常规、凝血酶原时间等，必要时输血。

二、绝对卧床休息，不宜随意搬动、按压下腹部。协助医生行妇科检查及后穹窿穿刺。

三、严密观察生命体征、病情变化情况。患者如有突然痉挛性下腹部剧烈疼痛，伴有冷汗、恶心、面色苍白、血压下降、脉搏细弱等休克症状，应立即通知医生，并做好抗休克及急诊手术的准备。

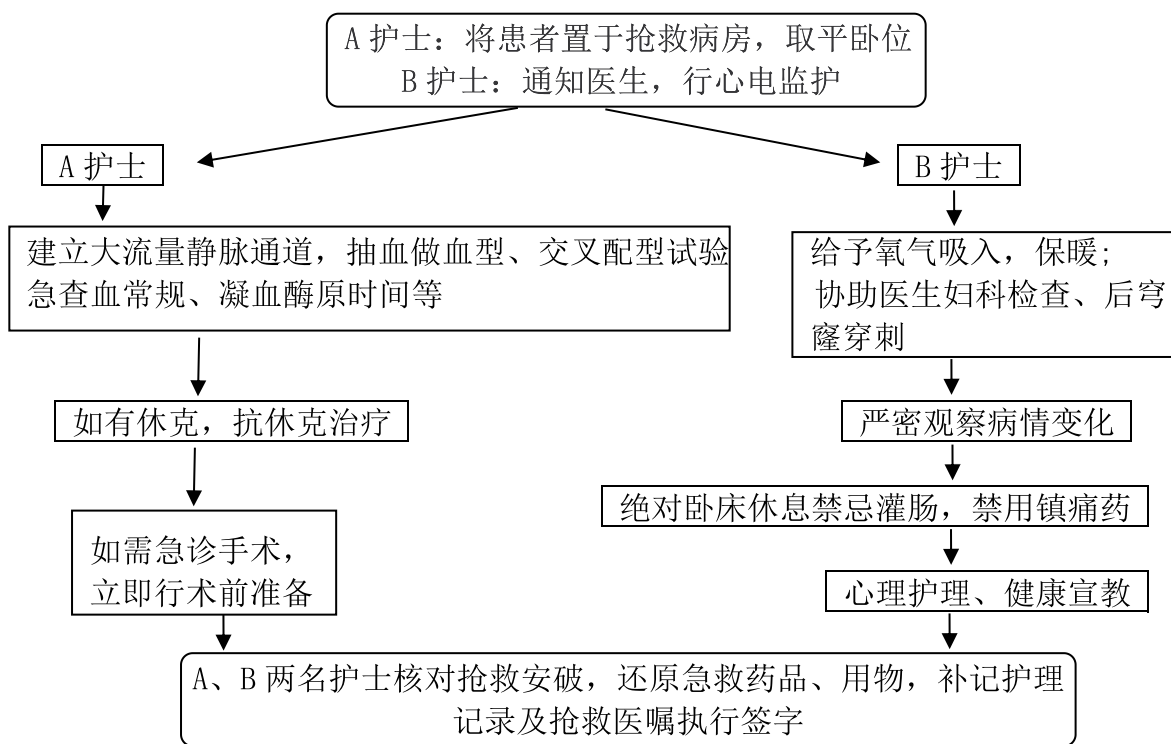
四、根据病情，对症处理，禁忌灌肠、禁用镇痛药物，以免掩盖病情。

五、如需手术，按要求进行妇科腹部手术患者的前后护理。

六、做好抢救后物品的清理、消毒、补充和检查，将急救设备还原成备用状态；补记护理记录，督促医生完成抢救医嘱并签字。

七、做好患者心理护理，安抚家属，进行健康宣教。

附：【流程图】





子痫患者的抢救护理预案与流程

一、避免声、光刺激，给予氧气吸入，取平卧位，头偏向一侧，保持气道通畅，及时吸净口、鼻及咽部分泌物，如有假牙应取下，将开口器或压舌板放在上下臼齿之间以防舌咬伤，防舌后坠堵塞呼吸道。

二、派专人守护，防止坠床，密切观察生命体征和产兆，注意详细记录抽搐时间、次数、昏迷及清醒时间，为医生提供诊疗依据。

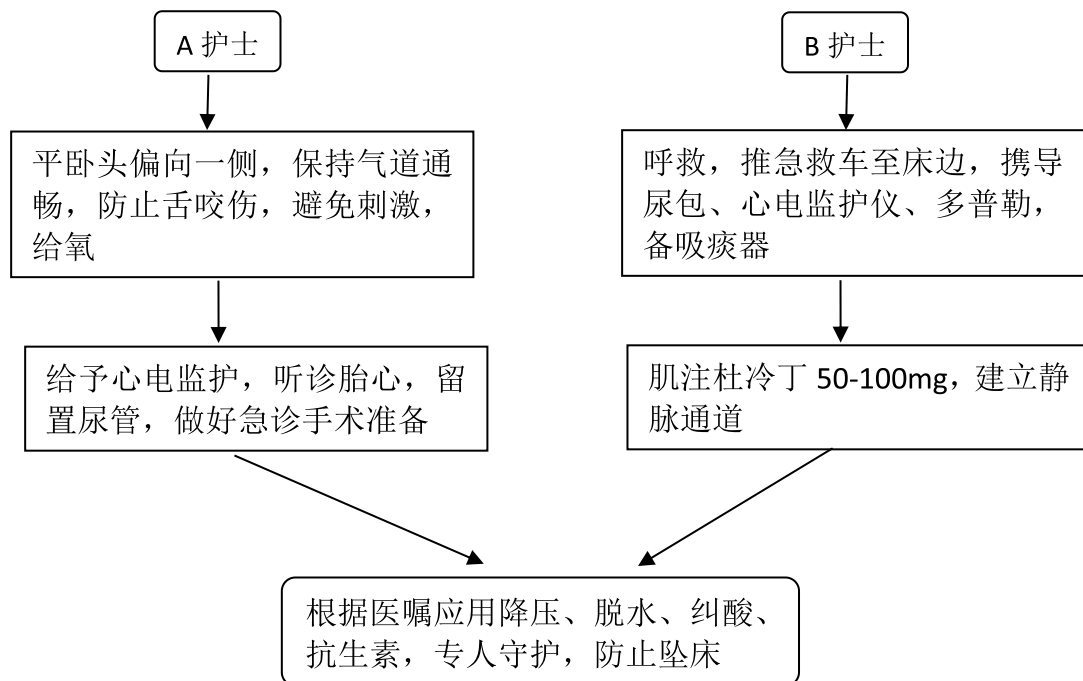
三、根据医嘱立即给予控制抽搐的药物，可选择杜冷丁、安定。

四、建立静脉通道，根据医嘱给予降压、脱水、纠酸、抗感染治疗。

五、准确记录出入液量，必要时留置导尿。

六、病情稳定 2~4h 终止妊娠。

附：【流程图】





产后大出血的抢救护理预案与流程

一、初步判断出血原因，估计出血量。

二、取平卧位，氧气吸入，注意保暖。

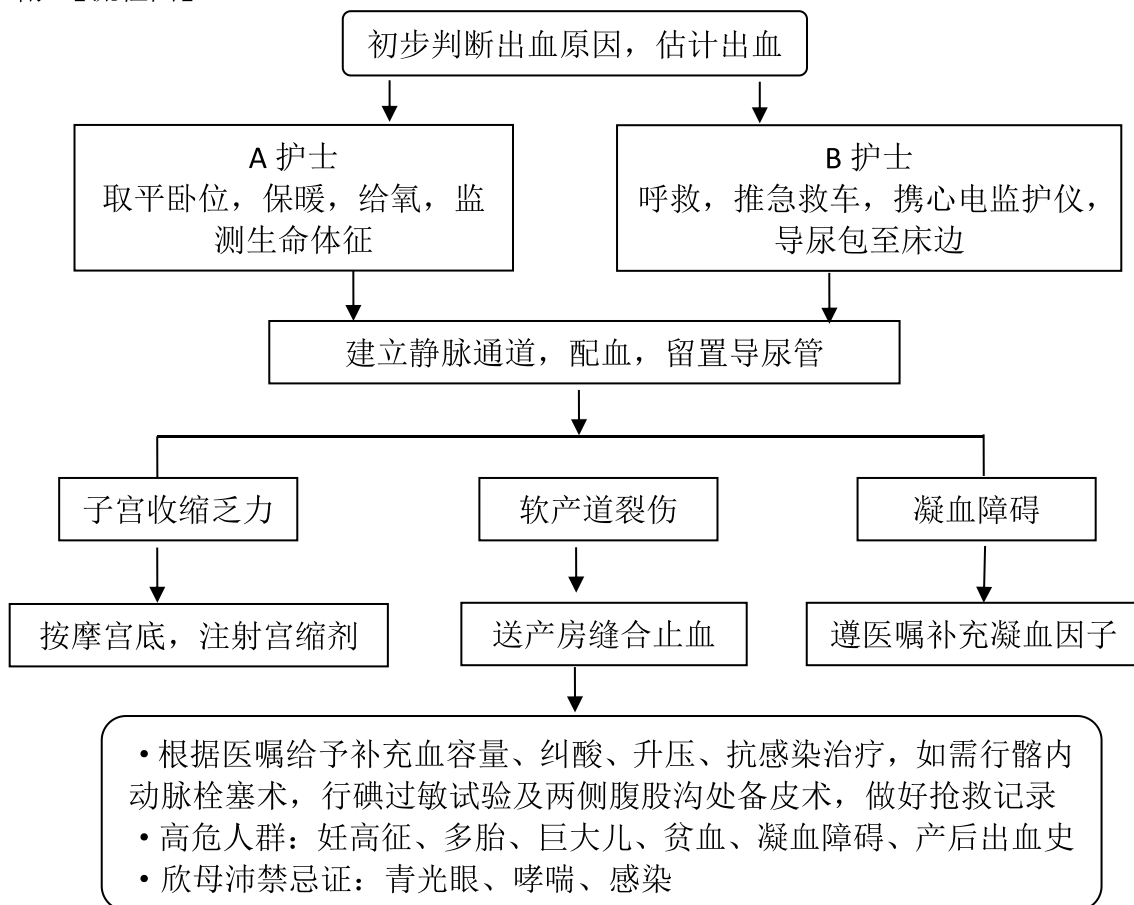
三、密切观察患者的意识状态、皮肤颜色、血压、脉搏、呼吸及尿量。

四、迅速建立静脉通路，对失血多，甚至休克者及时补充血容量，改善微循环，根据医嘱给予纠酸、升压、抗炎对症治疗。

五、找到出血原因后给予相应处理：软产道裂伤应立即送往产房进行缝合止血；子宫收缩乏力应根据医嘱给予宫缩剂，按摩子宫，必要时行髂内动脉栓塞术或子宫切除术；凝血功能障碍应及时补充凝血因子。

六、做好记录，给予患者和家属心理护理。

附：【流程图】

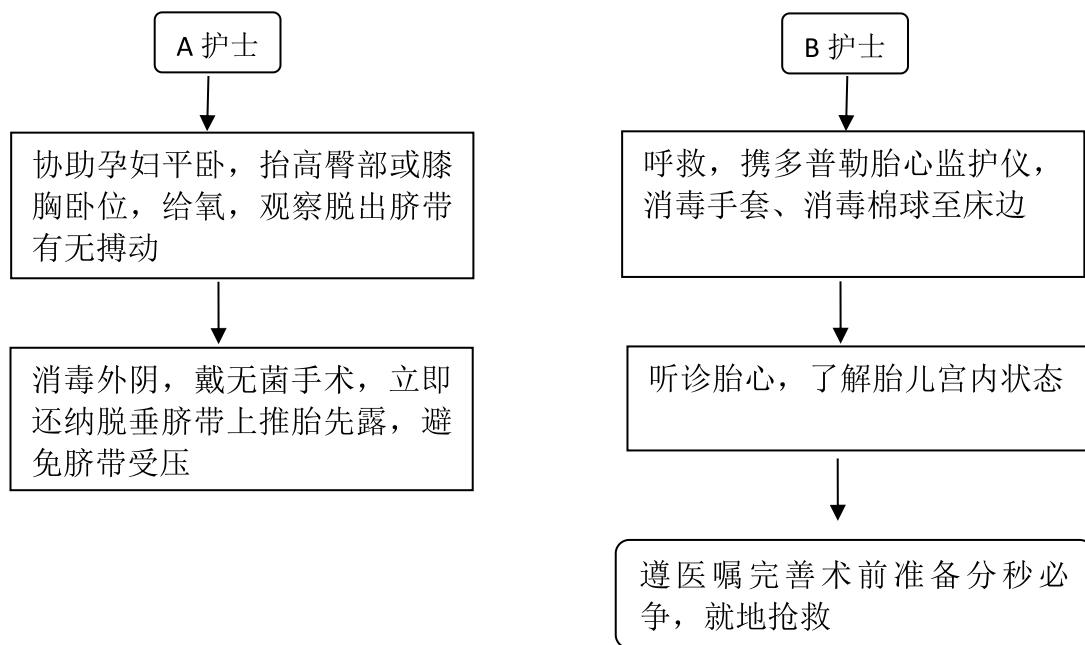




脐带脱垂的抢救护理预案与流程

- 一、协助产妇取头低臀高位或膝胸卧位，立即给氧，3~4L/min。
- 二、观察羊水的颜色、性状和量，严密监测胎心率变化。应迅速通知医生紧急处理，同新生儿复苏的抢救准备。
- 三、若宫口未开全，可在严密消毒下行脐带还纳术。
- 四、做好产妇及家属的解释工作，减轻紧张、恐惧心理，使其积极配合分娩。

附：【流程图】





中、重度妊娠高血压综合征的护理预案与流程

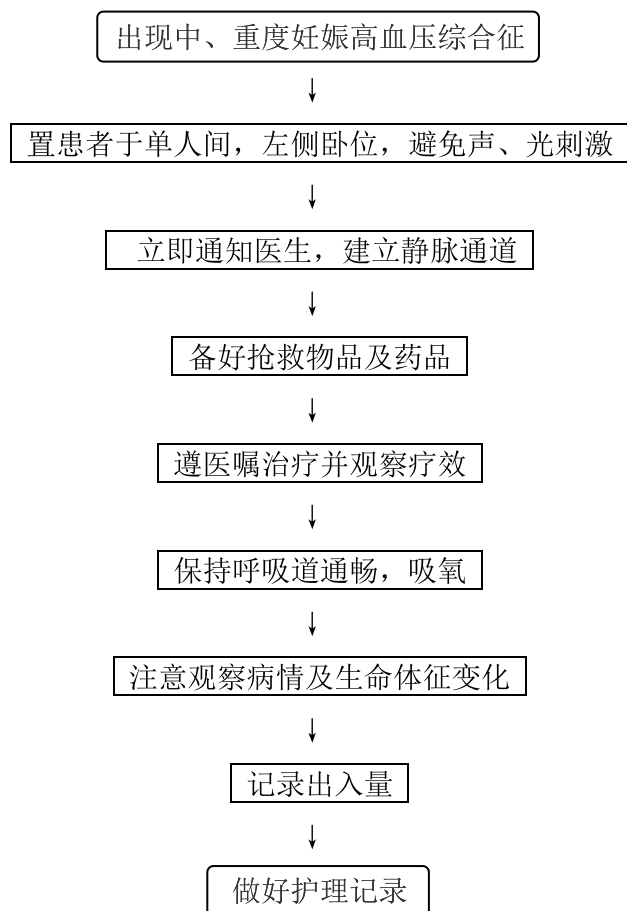
一、出现中、重度妊娠高血压综合征症状时，置患者于单人间，协助患者取左侧卧位，避免声、光刺激，立即通知医生，建立静脉通道。

二、备好抢救物品及药品，遵医嘱治疗并观察疗效。

三、保持呼吸道通畅，吸氧，注意观察病情及生命体征变化，记录出入量。

四、做好护理记录。

附：【流程图】

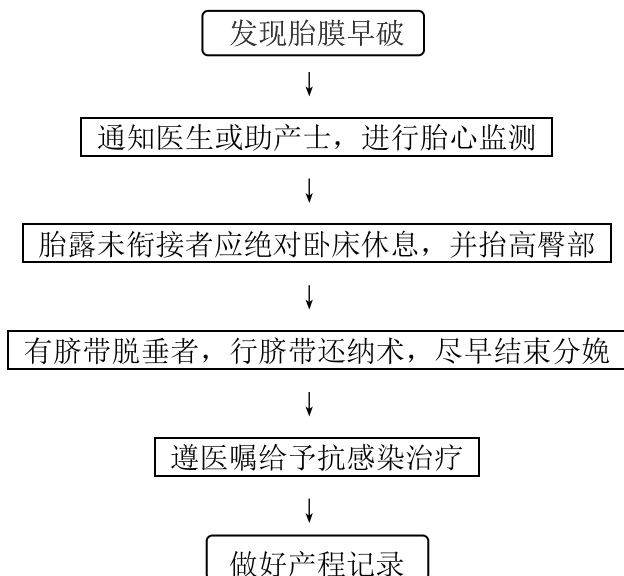




胎膜早破的护理预案与流程

- 一、发现患者出现胎膜早破症状时，立即通知医生或助产士，进行胎心监测。
- 二、胎露未衔接者应绝对卧床休息，并抬高臀部；有脐带脱垂者，行脐带还纳术，尽早结束分娩。
- 三、遵医嘱给予抗感染治疗。
- 四、做好产程记录。

附：【流程图】

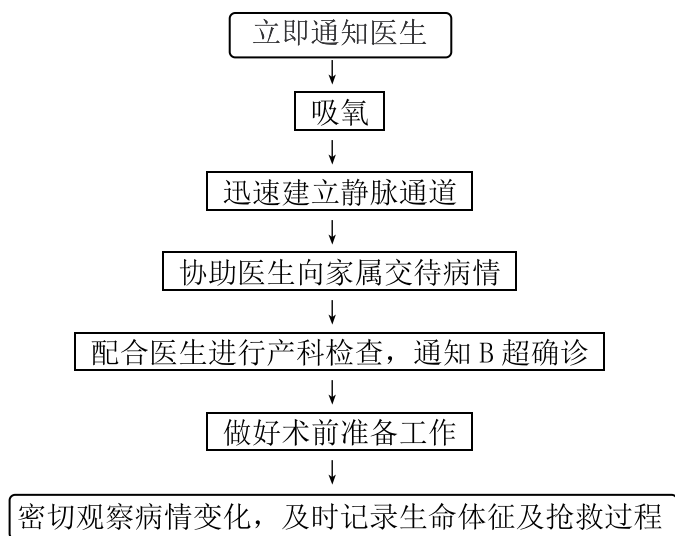


产前出血的护理预案与流程

- 一、患者出现产前出血时，立即通知医生。
- 二、给予氧气吸入，迅速建立静脉通道。
- 三、协助医生向家属交待病情，配合医生进行产科检查，通知 B 超确诊，做好术前准备工作。
- 三、密切观察病情变化，及时记录生命体征及抢救过程。



附：【流程图】



子宫破裂的护理预案与流程

一、发现子宫破裂先兆时

- 1、立即通知医生。
- 2、停止缩宫素引产，测量产妇生命体征，遵医嘱给予抑制宫缩的药物，给予氧气吸入。
- 3、做好术前准备及输液、输血准备。
- 4、协助医生签定手术协议书及麻醉同意书。

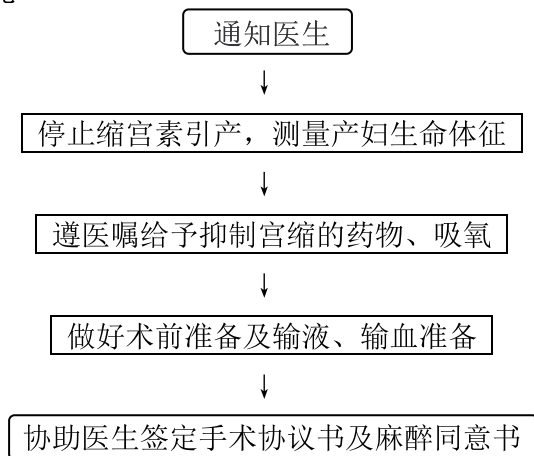
二、发生子宫破裂时

- 1、严格执行医嘱，在抢救休克同时迅速做好术前准备。
- 2、建立有效静脉通道，输液、输血。
- 3、遵医嘱给予纠正酸中毒和抗感染药物。
- 4、保暖，面罩给氧。
- 5、严密观察生命体征变化。
- 6、提供心理支持。
- 7、做好抢救记录。

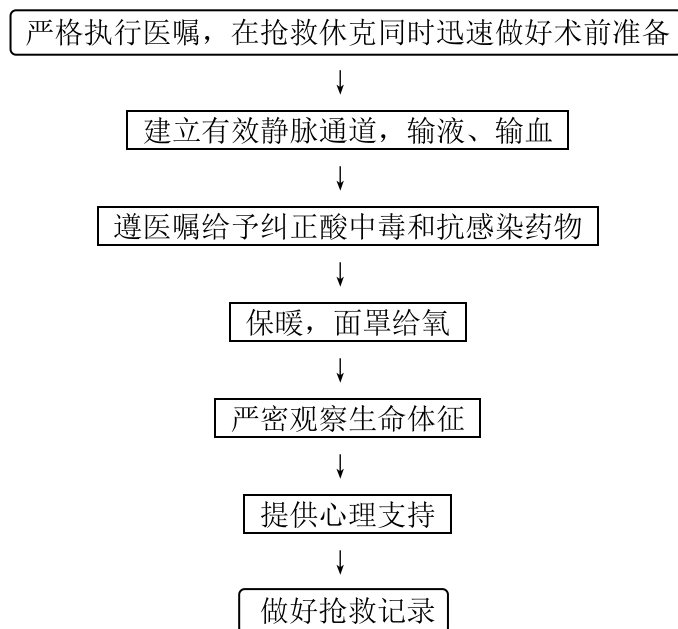


附：【流程图】

（一）发现子宫破裂先兆



（二）发生子宫破裂

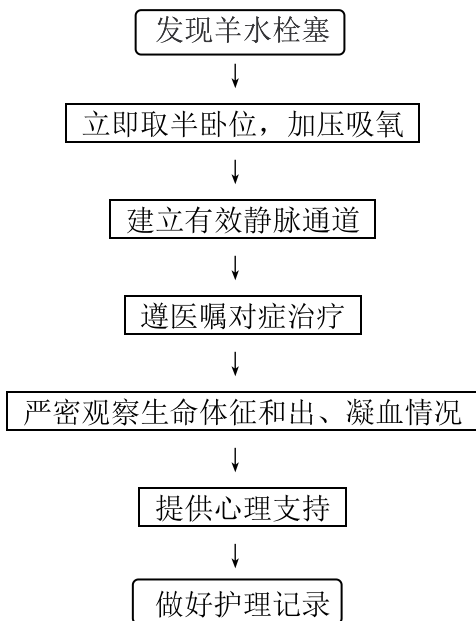




羊水栓塞的护理预案与流程

- 一、发现患者出现羊水栓塞症状时，立即协助患者取半卧位，加压吸氧。
- 二、建立有效静脉通道，遵医嘱对症治疗。
- 三、严密观察生命体征和出、凝血情况。
- 四、提供心理支持。
- 五、做好护理记录。

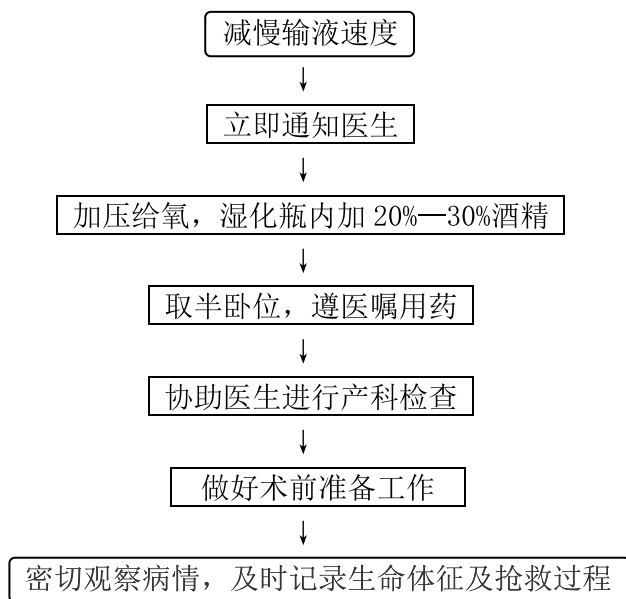
附：【流程图】



产时心力衰竭的护理预案与流程

- 一、孕妇发生产时心力衰竭时，立即减慢输液速度，同时通知医生。
- 二、加压给氧，湿化瓶内加 20%—30%酒精，协助孕妇取半卧位，遵医嘱用药。
- 三、协助医生进行产科检查，做好术前准备工作。
- 四、密切观察病情变化，及时记录生命体征及抢救过程。

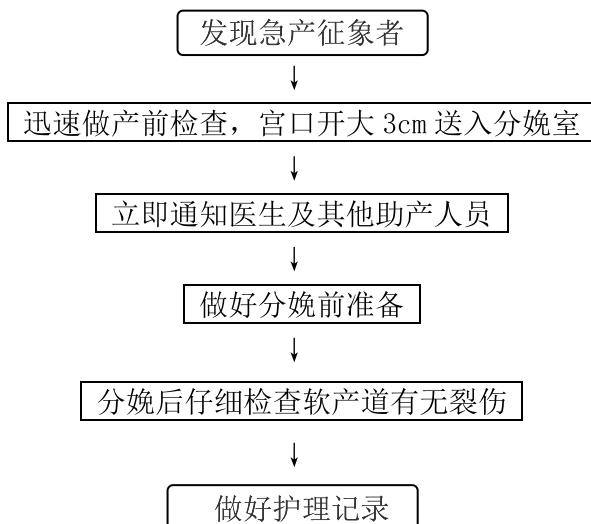
附：【流程图】



急产的护理预案与流程

- 一、发现急产征象者。
- 二、迅速做产前检查，宫口开大 3cm 送入分娩室。
- 三、立即通知医生及其他助产人员，做好分娩前准备，分娩后仔细检查软产道有无裂伤。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】

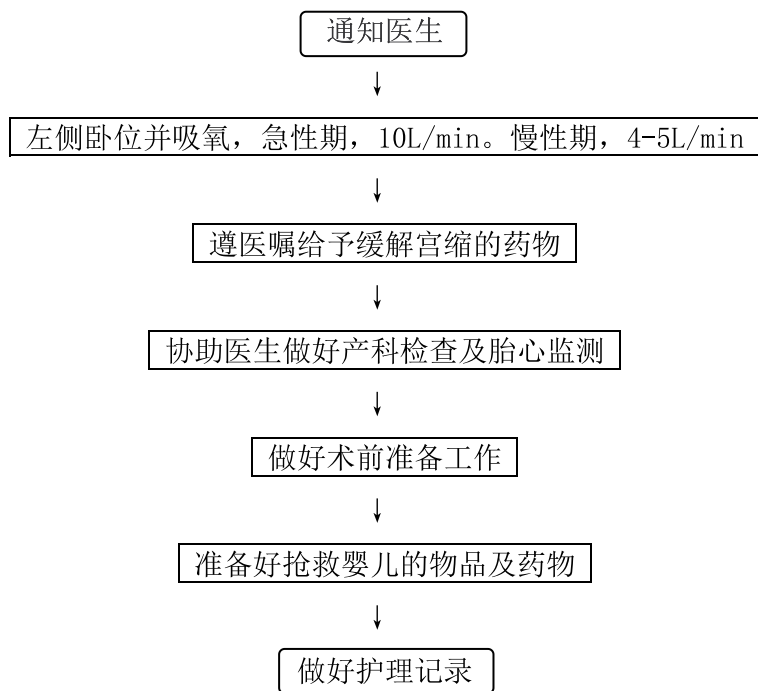




胎儿宫内窘迫的护理预案与流程

- 一、孕妇出现胎儿宫内窘迫症状时，立即通知医生。
- 二、协助孕妇取左侧卧位并吸氧，急性期给予氧流量 10L/min。慢性期给予氧流量 4-5L/min。
- 三、遵医嘱给予缓解宫缩的药物，协助医生做好产科检查及胎心监测。
- 四、做好术前准备工作。
- 五、准备好抢救婴儿的物品及药物。
- 六、做好护理记录。

附：【流程图】



呼吸衰竭患儿抢救护理预案与流程

- 一、休息与卧床，急性呼吸衰竭应绝对卧床休息。
- 二、备抢救车、吸痰器于床旁，必要时备呼吸机。
- 三、保持呼吸道通畅，及时吸痰，有呼吸道阻碍、窒息严重者做好气管插管或气管切开准备。



四、合理给氧，并观察用氧效果。以湿化吸入氧气为佳，一般采用鼻导管、面罩等给氧。通畅氧流量为 0.5-2L/min, 严重缺氧时可用 60%-100% 纯氧，但持续时间应为 4-6h，不得超过 6h，必要时应用人工辅助呼吸。

五、建立 1-2 条静脉通路，遵医嘱给予抢救用药和输液。

六、密切观察患儿生命体征、肤色及一般情况，必要时收集血、尿、粪、分泌物等标本并及时送检。

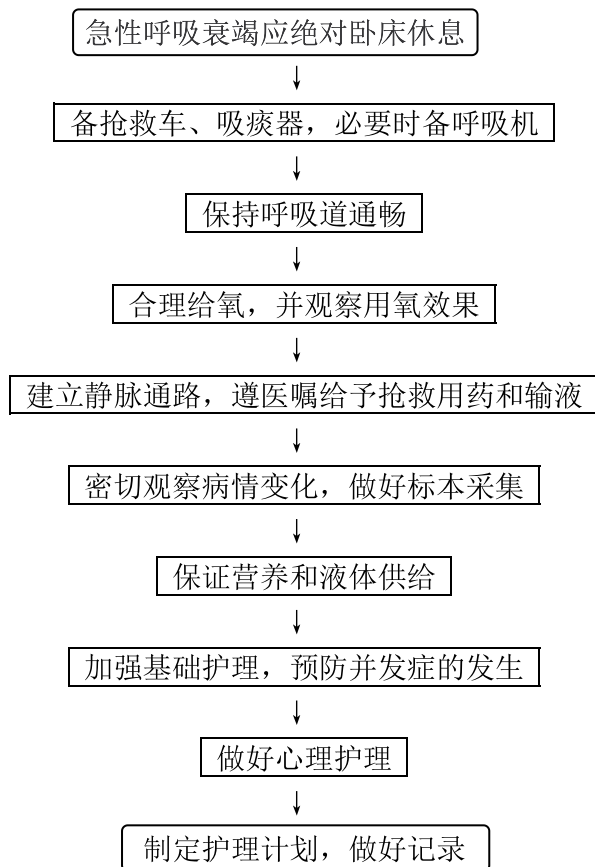
七、保证营养和液体供给。不能进食者应给予鼻饲或静脉高营养，以保证足够的营养支持。

八、做好基础护理，预防压疮等并发症的发生。

九、加强心理护理，消除紧张情绪，给予患儿及家属精神安慰，提供心理支持

十、根据患儿病情，制定护理计划，做好护理记录。

附：【流程图】

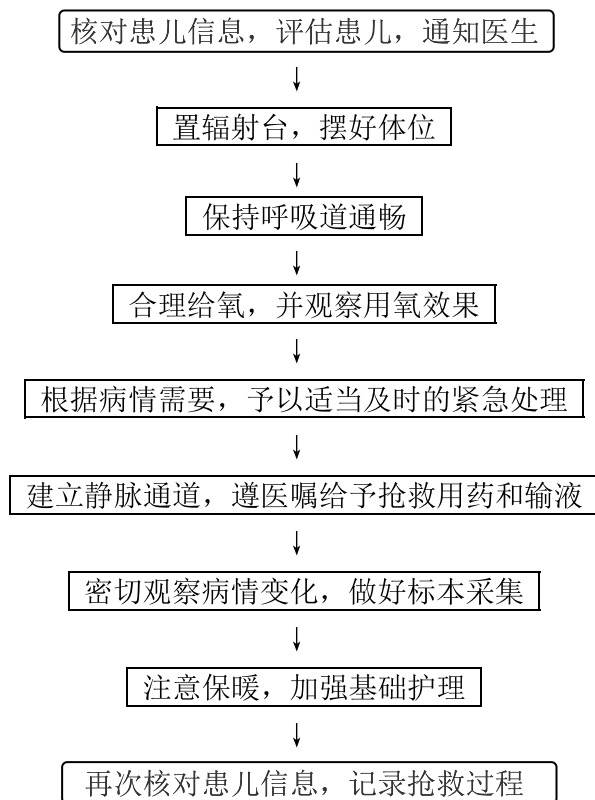




新生儿危重患儿抢救护理预案与流程

- 一、核对患儿信息，评估患儿呼吸和面色，迅速判断危重程度，立即通知医生。
- 二、将患儿置于温暖的辐射台上，摆好体位，抬高患儿头、颈、肩。
- 三、及时清理呼吸道，保持呼吸道通畅。
- 四、合理给氧，并观察用氧效果。
- 五、监测患儿呼吸、心率、血压、血氧饱和度，如患儿心率 <100 次/分、面色发绀，应用复苏囊行正压通气，如心率 <60 次/min，在使用正压通气的同时给予胸外心脏按压，准备气管插管用物。
- 六、建立1-2条静脉通路，遵医嘱给予抢救用药和输液。
- 七、密切观察患儿生命体征、肤色及一般情况，必要时收集血、尿、粪、分泌物等标本并及时送检。
- 八、抢救过程中注意保暖，加强基础护理。
- 九、再次核对患儿信息，记录抢救护理过程。

附：【流程图】





新生儿复苏的操作流程

一、操作准备

- 1、在每个新生儿出生时，都必须有至少 1 名熟练掌握新生儿初步复苏技能的医务人员在场专门负责，并在需要时能立即进行新生儿复苏技术。
- 2、预计即将出生的新生儿需要复苏时，产房需要增加复苏人员。
- 3、准备必要的设备。
- 4、打开辐射暖箱电源。
- 5、检查复苏设备。

二、临床表现

1、轻度窒息（青紫窒息）：Apgar 评分 4~7 分。新生儿面部与全身皮肤呈青紫色；呼吸表浅或不规律；心跳规则有力，心率减慢 80~120 次/min；对外界刺激有反应；喉反射存在；肌张力好；四肢稍屈。

2、重度窒息（苍白窒息）：Apgar 评分 0—3 分。新生儿皮肤苍白；口唇暗紫；无呼吸或仅有喘息样微弱呼吸；心跳不规则，心率<80 次/min 且弱；对外界刺激无反应；喉反射消失；肌张力松弛。如果不及时抢救可致死亡。

三、操作步骤

配合医生按 ABCDE 程序进行新生儿复苏。

（一）清理呼吸道：胎头娩出后用挤压法清除口鼻咽部黏液及羊水，胎儿娩出断脐后，继续用吸痰管吸出新生儿咽部黏液和羊水，也可用气管插管吸取，动作轻柔，避免负压过大而损伤气道黏膜。

（二）建立呼吸：确认呼吸道通畅后进行人工呼吸，同时氧气吸入。人工呼吸方法：

1、托背法：新生儿平卧，用一手托稳新生儿背部，徐徐抬起，使胸部向上挺，脊柱极度伸展，然后慢慢放平，每 5—10s 重复 1 次。

2、口对口人工呼吸：将纱布置于新生儿口鼻上，一手托起新生儿颈部，另一手轻压腹部以防气体进入胃内，然后对准新生儿口鼻部轻轻吹气，吹气时见到胸部微微隆起时将口移开，放在腹部的手轻压腹部，协助排气，如此一吹一压，30 次/min，直到呼吸恢复为止。



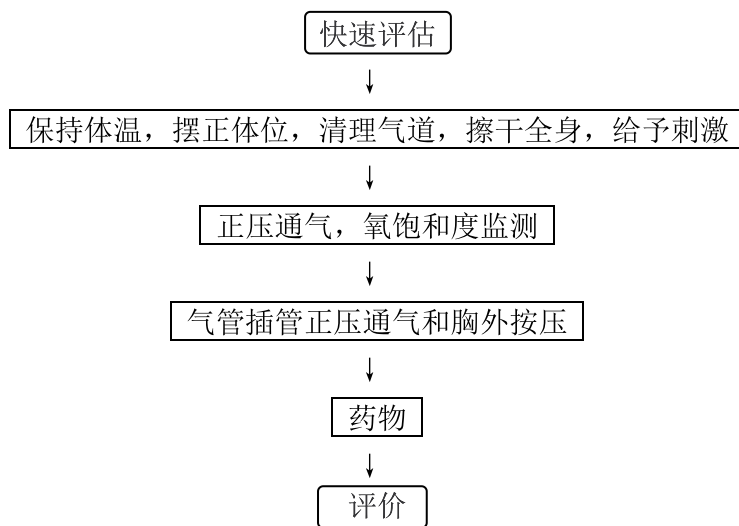
3、人工呼吸器：给予持续正压呼吸或间歇正压呼吸为宜。

(三)维持正常循环：可行体外胸廓按压，其手法为使新生儿仰卧，用示指和中指有节奏地按压胸骨中段，按压频率为 ≥ 100 次/min，按压深度约为前后胸直径的1/3，每次按压后随即放松。按压和放松的比例为按压时间稍短于放松时间，放松时拇指或其他手指应不离开胸壁。按压有效者可摸到颈动脉、股动脉搏动。心率低于60次/min。或心跳骤停者可行体外心脏按压。

(四)药物治疗：建立有效静脉通道，保证药物应用。

(五)评价：复苏过程中要随时评价患儿情况，以决定再抢救。

附：【流程图】





肝性脑病的抢救护理预案与流程

一、用物：气垫床、约束带、心电监护、氧气装置、灌肠袋、持物钳、一次性手套、灌肠液、一次性治疗巾、纸巾、便器等，必要时备导尿包。

二、操作步骤

1、绝对卧床休息，注意安全防护，防止坠床等意外的发生，昏迷患者应采取仰卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，定时翻身，防止压疮。

2、躁动不安患者使用约束带时，应向患者及家属解释约束的目的，取得其理解与配合，并在病程记录中签署知情同意书。保持肢体处于功能位置，固定松紧适宜，注意观察约束部位皮肤完整性、颜色、温度、约束肢体末梢血液循环情况。

3、遵医嘱给予氧气吸入、心电监护。

4、患者应限制蛋白质的摄入。每日供给足够的热量和维生素，以碳水化合物为主，禁食蛋白质。患者神志清醒后，可逐步增加蛋白质摄入，每日约 20g，短期内不超过 40~50g/天，首选植物蛋白。

5、去除病因及诱因，遵医嘱合理用药，观察药物作用及不良反应。应用精氨酸时，滴注速度不宜过快，不宜与碱性溶液配伍使用。

6、保持大便通畅，每天 2~3 次，遵医嘱使用弱酸性溶液、乳果糖灌肠或导泻，禁用肥皂水灌肠。

7、密切观察神志、尿量及生命体征的变化，准确记录 24h 尿量，必要时留置导尿；监测血氨、肝肾功能、电解质的变化。

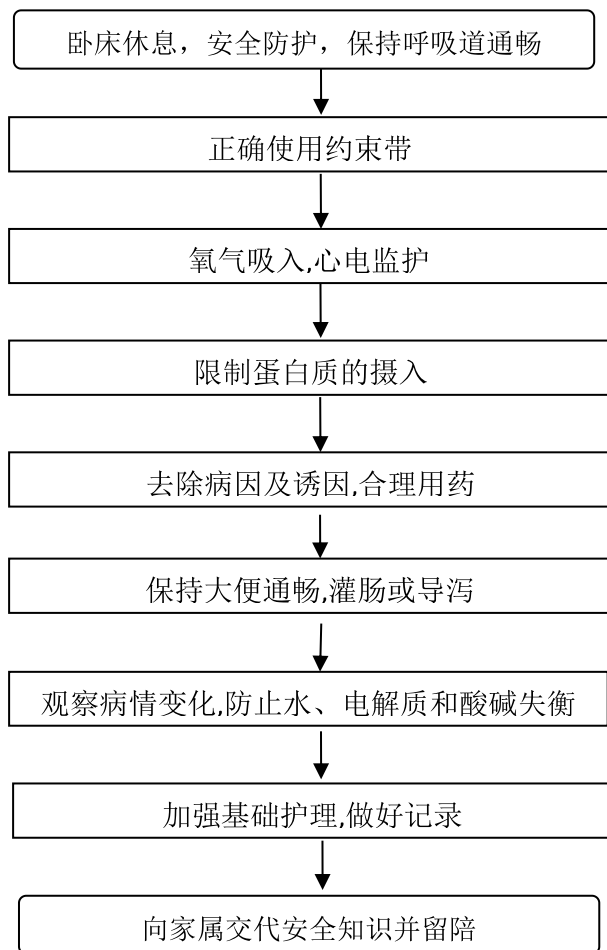
8、如患者出现烦躁不安，可遵医嘱使用东莨菪碱，避免使用催眠、镇静、麻醉药物。

9、加强基础护理，落实眼部、口腔及皮肤护理。做好护理记录。

10、向患者家属交代安全知识并留陪。



附：【流程图】

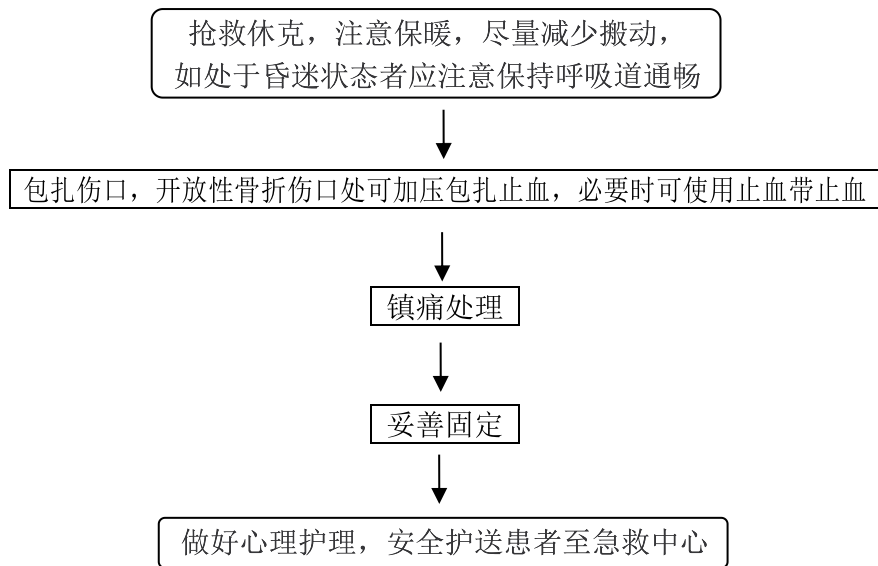




骨折患者院前急救护理预案与流程

- 一、抢救休克，注意保暖，尽量减少搬动。如处于昏迷状态者，应注意保持呼吸道通畅。
- 二、包扎伤口，开放性骨折伤口处理应加压包扎止血，必要时可使用止血带止血。
- 三、妥善固定。
- 四、镇痛处理。
- 五、做好心理护理，安全护送患者至急救中心。

附：流程图

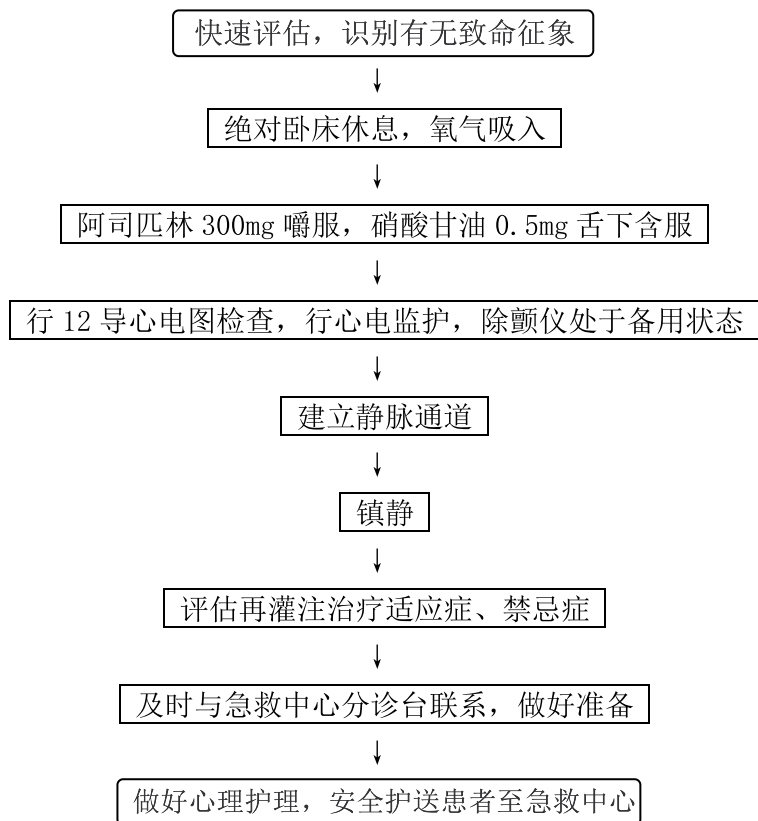




急性心肌梗死患者院前急救护理预案与流程

- 一、快速评估，识别有无致命征象。
- 二、绝对卧床休息，氧气吸入，阿司匹林 300mg 嚼服，硝酸甘油 0.5mg 舌下含服。
- 三、行 12 导心电图检查，行心电监护，监测血压、脉搏、呼吸，除颤仪处于备用状态。
- 四、建立静脉通道，如患者存在高血压、肺淤血等情况立即给予生理盐水 250ml+硝酸甘油 5-10mg 缓慢静脉滴注。
- 五、镇静。
- 六、评估再灌注治疗适应症、禁忌症。
- 七、及时与急救中心分诊台联系，做好准备。
- 八、做好心理护理，安全护送患者至急救中心。

附：流程图

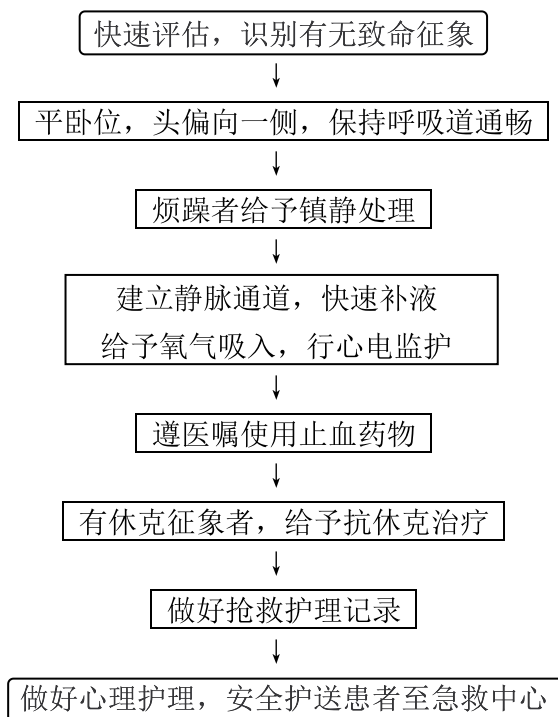




急性上消化道出血院前急救护理预案与流程

- 一、快速评估，识别有无致命征象。
- 二、置患者于平卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，烦躁者给予镇静处理。
- 三、建立静脉通道，快速补液。
- 四、给予氧气吸入，行心电监护，监测患者血压、心率及血氧饱和度。
- 五、遵医嘱使用止血药物。
- 六、有休克征象者，给予抗休克治疗并做好抢救护理记录。
- 七、做好心理护理，安全护送患者至急救中心。

附：【流程图】





造口大出血的护理预案与流程

一、造口大出血时，立即指导患者卧床休息，通知值班医生。

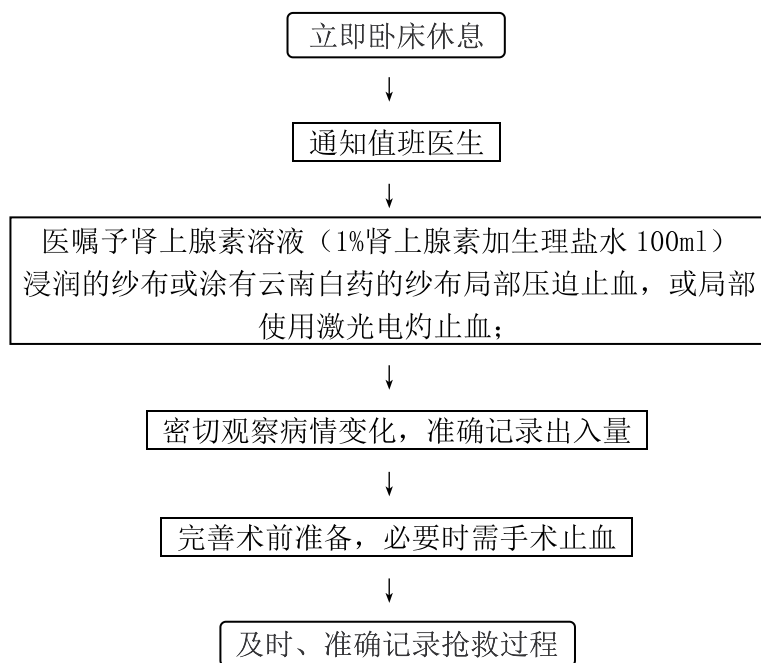
二、医嘱予肾上腺素溶液（1%肾上腺素加生理盐水 100ml），浸润的纱布或涂有云南白药的纱布局部压迫止血，或局部使用激光电灼止血。

三、密切观察病情变化，准确记录出入量。

四、完善术前准备，必要时需手术止血。

五、及时、准确记录抢救过程。

附：【流程图】





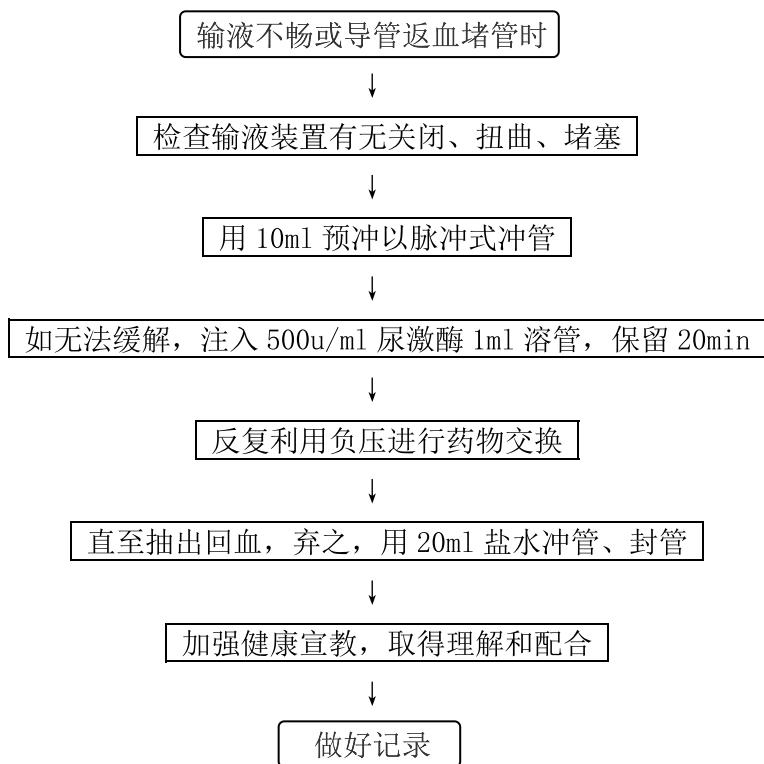
PICC 堵管的护理预案与流程

一、输液不畅或导管返血堵管时，检查输液装置有无关闭、扭曲、堵塞，不完全堵管时，用 10ML 预冲以脉冲方式冲管，如无法缓解，可注入 5000u/ml 尿激酶 1ml 溶管，保留 20 分钟，反复多次利用负压进行药物交换，直至抽出回血，弃之，用 10ML 预冲以脉冲方式冲管、正压封管。

二、加强健康宣教，取得理解和配合。

三、做好记录。

附：【流程图】





PICC 导管感染的护理预案与流程

一、PICC 针眼处及周围出现红、肿、热、痛等症状时，发热（排除疾病引起）疑似导管感染，抽取两处静脉血（导管内、对侧肢体外周血）行血培养，若 2 套血培养均为阳性，导管内培养出的菌落数为对侧外周血的 5 倍以上，则为导管感染，根据病情行以下处理：

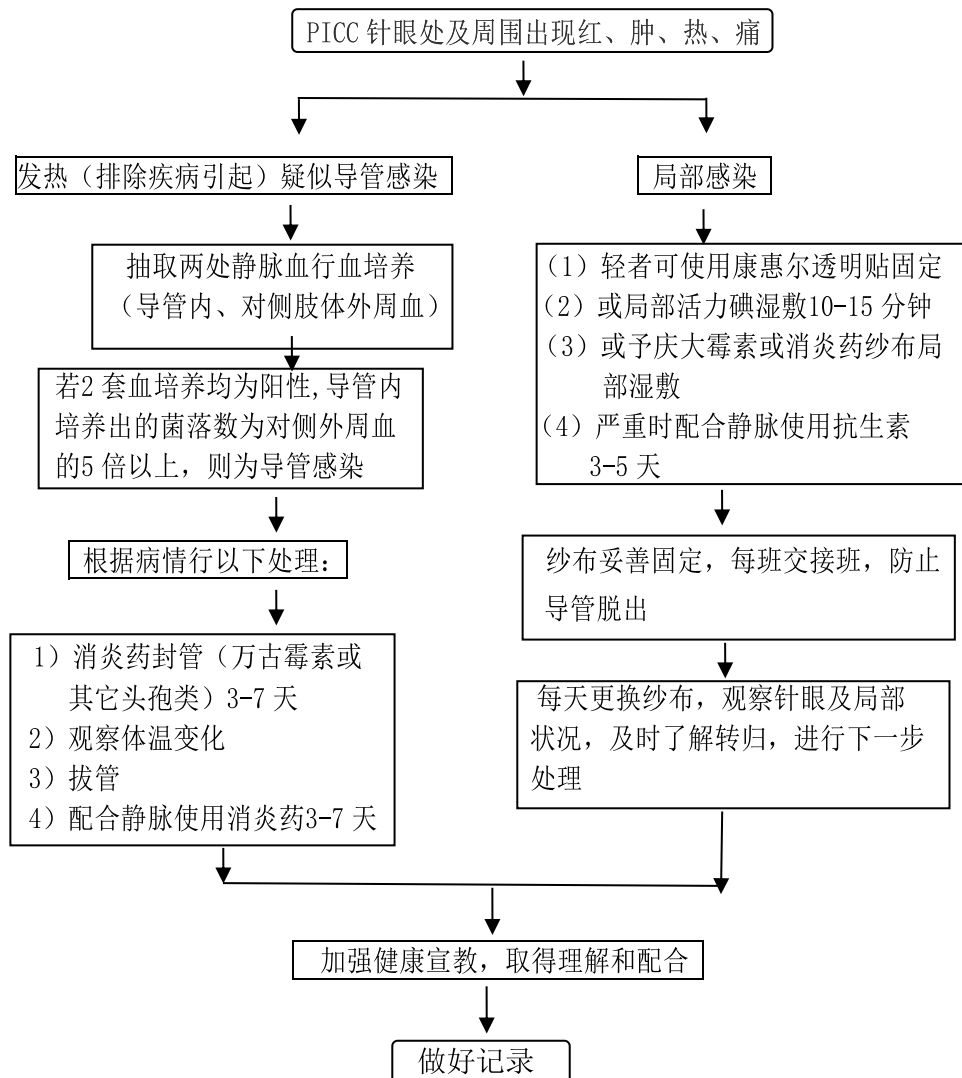
1) 消炎药封管（万古霉素或其它头孢类）3-7 天；2) 观察体温变化；3) 拔管；4) 配合静脉使用消炎药 3-7 天。

二、出现局部感染时：1) 轻者可使用莫匹罗星软膏外涂，一日四次，2) 严重时配合静脉使用抗生素 3-5 天。纱布妥善固定，每班交接班，防止导管脱出，每天更换纱布，观察针眼及局部状况，及时了解转归，进行下一步处理。

三、加强健康宣教，取得理解和配合。

四、做好护理记录。

附：【流程】图

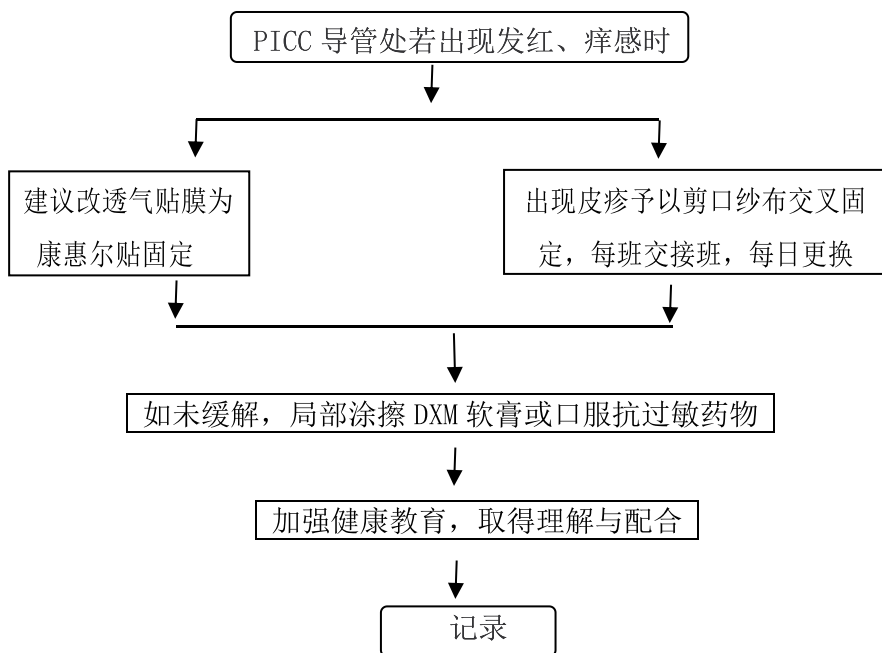




PICC 导管出现过敏的护理预案与流程

- 一、PICC 导管处若出现发红、痒感时，用思乐扣固定导管，建议改透气贴膜为康惠儿贴固定，出现皮疹予以大剪口纱布覆盖交叉固定，每班交接班，每日更换。
- 二、如未缓解，局部涂擦 DXM 软膏或口服抗过敏药物。
- 三、加强健康教育，取得患者理解与配合。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】





PICC 置管后发生静脉炎的护理预案与流程

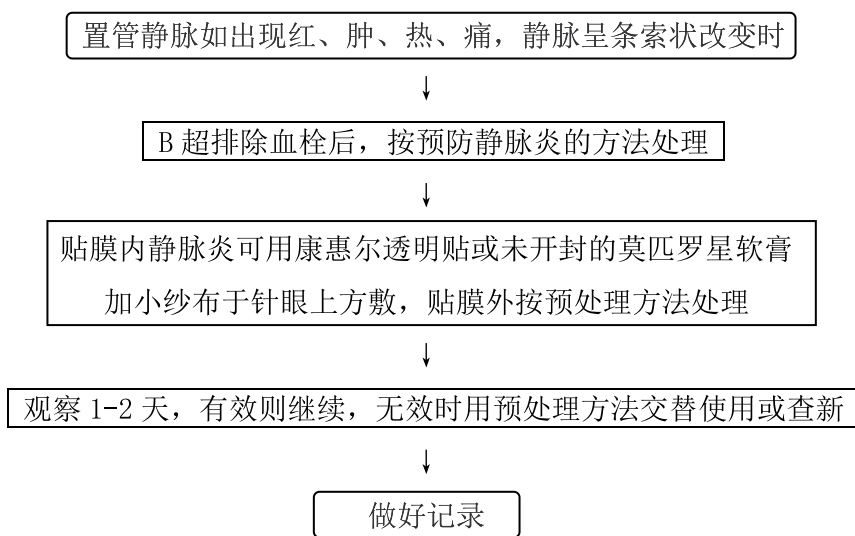
一、置管静脉如出现红、肿、热、痛，静脉呈条索状改变时，B 超排除血栓后，按预防静脉炎的方法处理。

二、贴膜内静脉炎可用康惠尔透明贴或未开封的莫匹罗星软膏，加小纱布于针眼上方敷，贴膜外按预处理方法处理。

三、观察 1-2 天，有效则继续，无效时用预处理方法交替使用或查新。

四、做好护理记录。

附：【流程图】





PICC 置管后形成血栓的护理预案与流程

一、置管侧手臂出现红、肿、热、痛等静脉炎症状时，测臂围，行 B 超检查，如果是静脉炎，按照静脉炎处理。

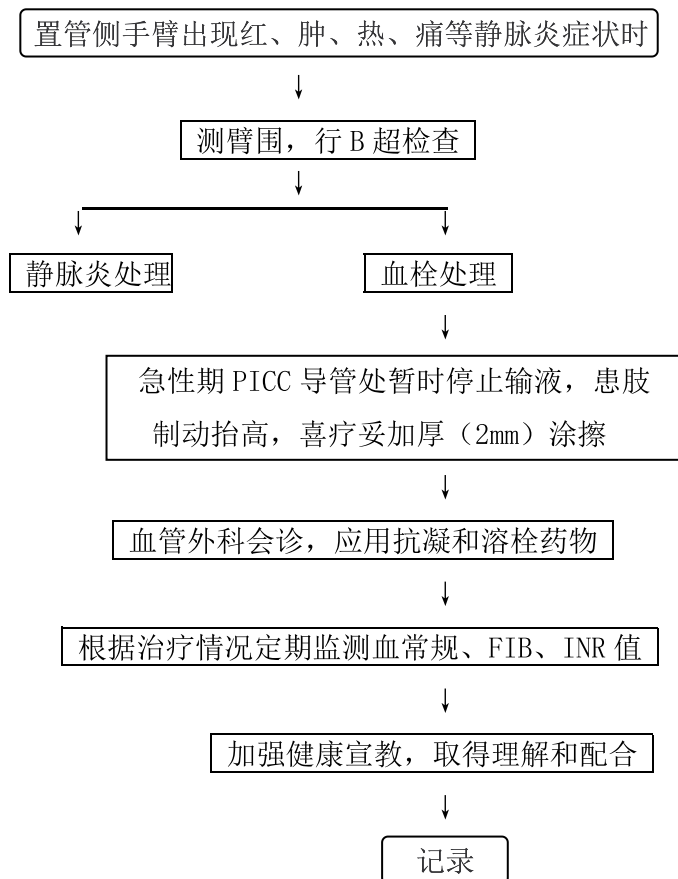
二、如果诊断是静脉血栓，按照血栓处理，急性期 PICC 导管处暂时停止输液，患肢制动抬高，喜疗妥加厚（2mm）涂擦。

三、请血管外科会诊，应用抗凝和溶栓药物，根据治疗情况定期监测血常规、FIB、INR 值。

四、加强健康宣教，取得理解和配合。

五、做好护理记录。

附：【流程图】

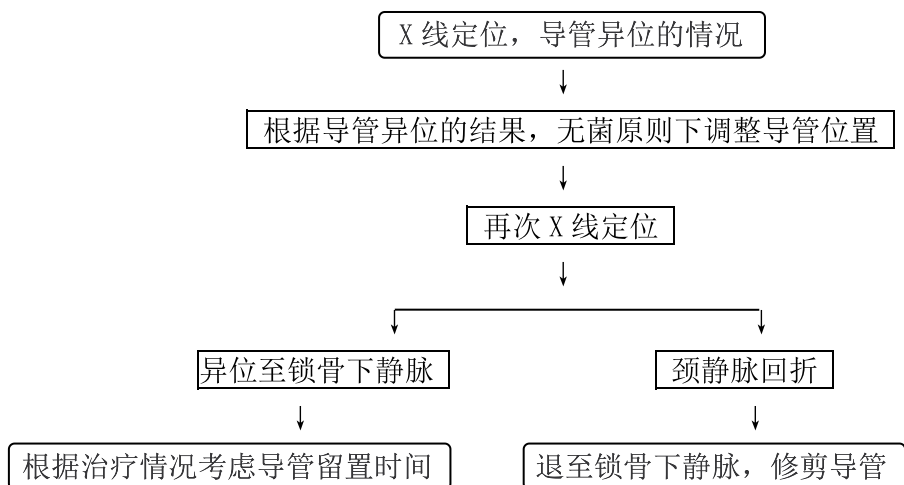




PICC 导管带管过程异位的护理预案与流程

- 一、PICC 导管带管过程出现异位时，行 X 线检查定位，确定导管异位的情况。
- 二、根据导管异位的结果，在无菌原则下调整导管位置，再次行 X 线检查定位。
- 三、异位至锁骨下静脉时，根据治疗情况考虑导管留置时间；颈静脉回折时，可退至锁骨下静脉，修剪导管，做中长期导管使用,不可做为中心静脉导管使用。

附：【流程图】

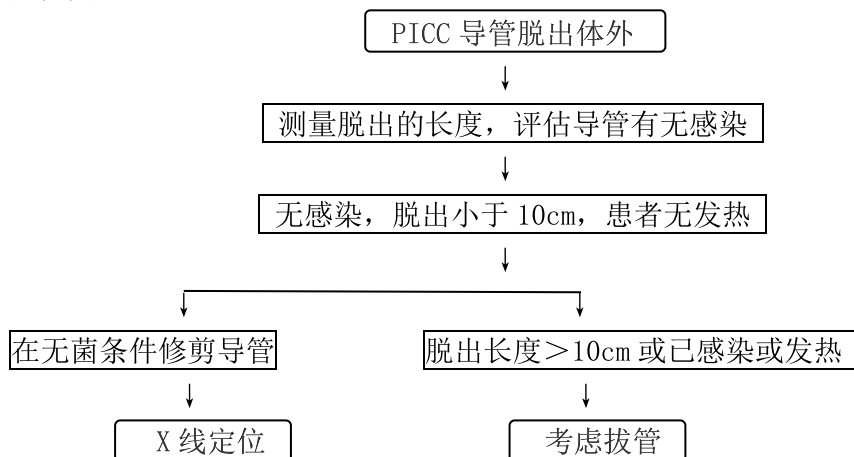


PICC 导管带管过程中导管脱出的护理预案与流程

- 一、PICC 导管脱出体外时，测量脱出的长度，评估导管有无感染。
- 二、无感染时，在无菌条件下修剪导管，X 线定位；做中长期导管使用,不可做为中心静脉导管使用
- 三、有发热症状时，考虑拔管。



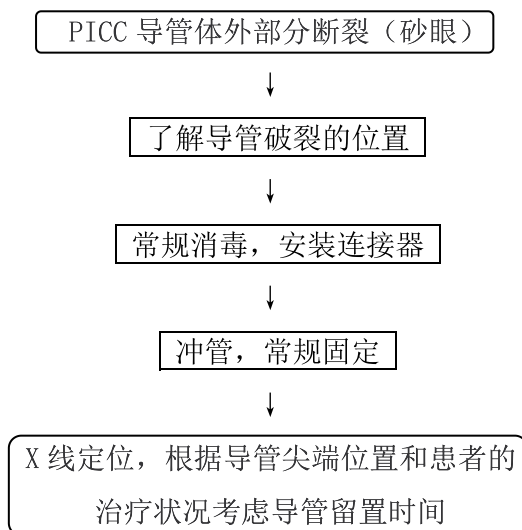
附：【流程图】



三向瓣膜式 PICC 导管体外断裂的护理预案与流程

- 一、PICC 导管体外部分断裂（砂眼）时，了解导管断裂的位置。
- 二、常规消毒，安装连接器，冲管，常规固定。
- 三、X 线定位，根据导管尖端位置和患者的治疗状况考虑导管留置时间。

附：【流程图】

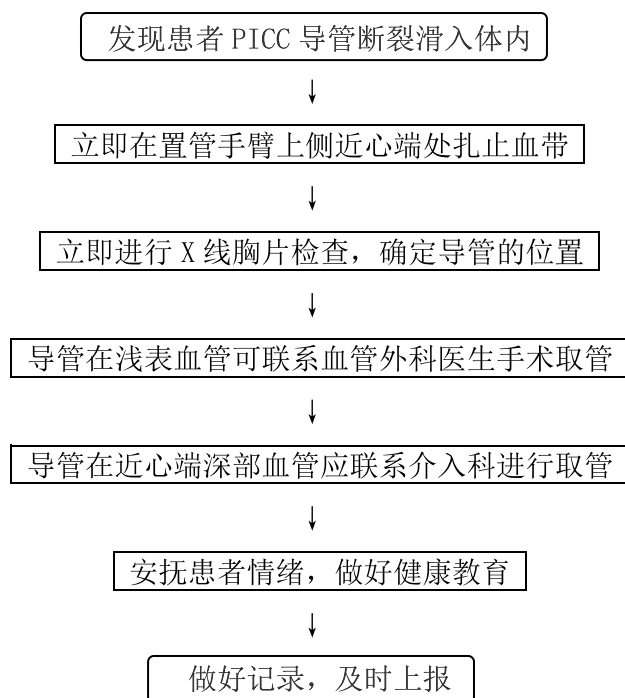




PICC 导管断裂滑入体内的护理预案与流程

- 一、发现患者 PICC 导管断裂滑入体内，立即在置管手臂上侧近心端处扎止血带。
- 二、立即进行 X 线胸片检查，确定导管的位置。
- 三、导管在浅表血管可联系血管外科医生手术取管；导管在近心端深部血管应联系介入科进行取管。
- 四、安抚患者情绪，做好健康教育。
- 五、做好记录，及时上报。

附：【流程图】

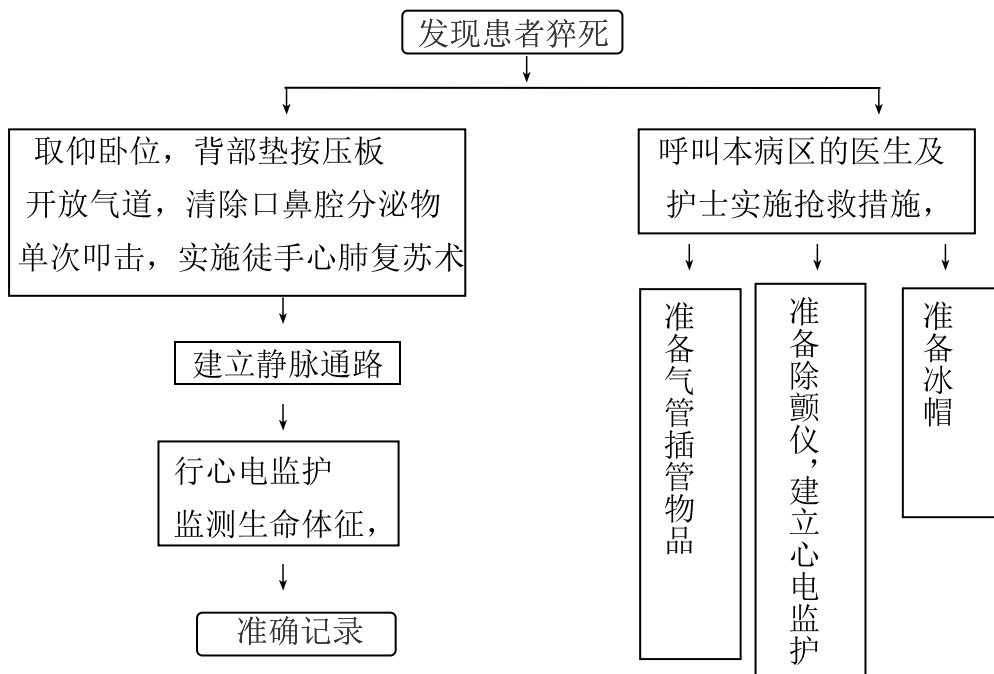




PICC 置管患者发生猝死的护理预案与流程

- 一、发现患者猝死，立即取仰卧位，背部垫按压板，开放气道，清除口鼻腔分泌物，单次叩击，实施徒手心肺复苏术，呼叫本病区的医生及护士实施抢救措施。
- 二、迅速建立静脉通路，行心电监护，准备气管插管物品、除颤仪，准备冰帽。
- 三、密切监测患者生命体征变化。
- 四、做好护理记录。

附：【流程图】



门诊患者发生猝死的护理预案及流程

- 一、值班人员应严格遵守医院及科室各项规章制度，坚守岗位，勤巡视患者，及早发现病情变化，尽快采取抢救措施。
- 二、急救物品做到“五定”，班班清点，同时检查急救物品性能，完好率达到 100%，急用时可随时投入使用。
- 三、医护人员应熟练掌握心肺复苏流程，常用急救仪器性能、使用方法及注意事项。仪器及时充电，防止电池耗竭。
- 四、发现患者在候诊厅猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，立即就地抢救，应立即进行心脏按压、人工呼吸等急救措施，同时请旁边的患者或家属帮助呼叫其他医务人员。
- 五、增援人员到达后，立即根据患者情况，依据心肺复苏抢救程序配合医生采取各项抢救措施。



六、抢救中应注意心、肺、脑复苏，开放静脉通路，必要时开放两条静脉通路。

七、其他医务人员到达后，按心肺复苏抢救流程迅速采取心肺复苏，及时将患者搬至病床上，搬运过程中不可间断抢救。

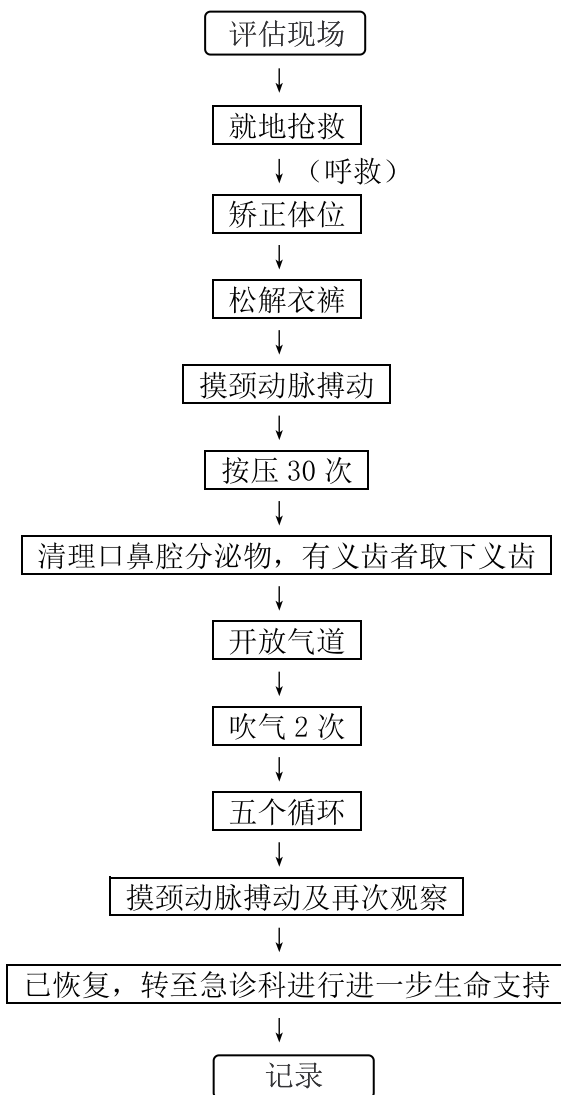
八、在抢救中，应注意随时清理环境，合理安排急救箱等各种仪器的摆放位置，腾出空间，利于抢救。

九、参加抢救的各位人员应注意互相密切配合，有条不紊，严格查对，及时做好各项记录，并认真做好与家属的沟通、安慰等心理护理工作。

十、按《医疗事故处理条例》规定，在抢救结束后 6h 内，据实、准确地记录抢救过程。

十一、抢救无效死亡，协助家属将尸体运走，向医务处或总值班汇报抢救过程结果。

附：【流程图】





门诊患者跌倒的应急护理预案与流程

一、当患者突然摔倒时，护士应立即到患者身边，检查患者摔伤情况，并通知急诊医生到达现场判断患者的神志、受伤部位，伤情程度，全身状况等。

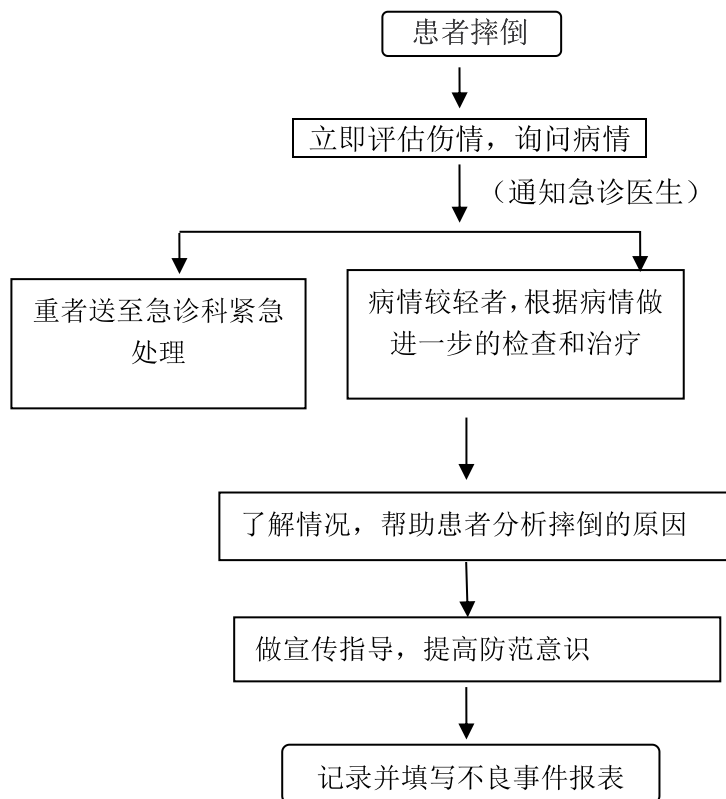
二、对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运患者方法，将患者送至急诊科，对患者进行检查。

三、受伤程度较轻者，可搀扶至候诊区，安慰患者，并测量血压，脉搏，根据病情做进一步检查和治疗。

四、向患者了解当时摔倒的情景，帮助患者分析摔倒的原因，向患者做宣传指导，提高患者的自我防范意识。

五、记录跌倒发生的经过，处理及效果，填写护理不良事件报告表，上报护理部。

附：【流程图】





门诊候诊病人突发病情变化应急预案

1. 候诊病人如出现头昏、冷汗、无力等低血糖反应时，分诊护士立即嘱其平卧，同时报告坐诊医生处理，同时严密观察病情变化，必要时给予口服牛奶、糖果等，待病情平稳后护送至专科就诊。

2、各专科门诊候诊病人如出现病情突变或意外时，分诊护士应安排其提前就诊，并积极做好其他候诊病人的解释工作。

3、如病情较重者，分诊护士应积极配合相关科室医生对患者实施紧急救治，如立即给予吸氧，密切观察患者神志及生命体征变化，同时通知门诊办公室、门诊大厅导诊人员或其他工作人员，快速用轮椅（推车）将患者送至急诊科抢救。

4、病情特别危重者，分诊护士立即通知急诊科（院内 8896079）出诊抢救，同时还应积极采取措施进行救治。

5、各专科门诊出现突发病情变化的患者需住院治疗的，门诊医生或分诊护士护送病人至专科病房，向病房医护人员交班后，再通知家属办理住院手续。

6. 在门诊公共区域内突发需急救处理的病人时，应遵循“谁发现谁负责”的原则，有首先发现病人的医务人员开展抢救工作，同时立即通知门诊办公室与急诊科。门诊办公室工作人员与急诊科医护人员接到通知后立即到达现场主持抢救工作，待病情平稳后护送至病房。



门诊候诊病人突发病情变化应急处理流程

