第一篇：强化风险管理保证护理安全

强化风险管理保证护理安全

护理安全是指实施护理全过程中病人不发生法律或法律规章制度以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡。风险管理是指病人、工作人员、探视者可能伤害的潜在风险进行识别，评估并采取正确行动的过程。因此，强化风险管理是护理安全的保证。1 影响护理安全的因素的风险评估

1.1 护理人员因素

因为护理人员是护理措施的实施者，因此，护理人员素质的高低是关系到护理安全与否的首要因素。护理人员专业知识不全面、业务素质较差、技能操作不熟练给病人造成痛苦，对病人病情变化无法作出准确的判断，不能及时报告医师，及时处理，延误抢救的时机而引发护理缺陷、护理纠纷、不能先行评估存在或潜在的护理风险、不能防范风险。

1.2 物质因素

设备、物品的管理不善，物质的缺陷，尤其是急救物品不能保证完好备用状态是导致病人对护理工作不满、发生纠纷的重要原因。

1.3 环境因素

医院基础设施及布局不当存在潜在不安全因素。环境污染所致的不安全因素、危险品管理不当及使用不当等潜在不安全因素，病区治安问题。

1.4 管理因素

规章制度的不健全、不完善，对职责、制度、常规的督促检查不到位，对护理的业务培训未能及时跟上。

1.5 病人因素

护理是一项护患双方共同参与、共同协作的活动，有赖于病人的密切配合及支持，沟通不良会导致病人和家属对护理工作的不理解和不信任。

2 风险管理的措施

2.1 加强护理人员的培训，提高防风险的能力

2.1.1 风险意识及法律知识培训组织护理人员参加风险管理培训班，接受风险管理知识的系统学习。

了解风险管理的作用与目的，牢固树立“安全第

一、质量第一”的思想观念，消除护理不安全性，组织反复学习《医疗事故处理条例》、《医院护理工

作管理制度》、《护理差错制定标准及处理方法》等与护理安全管理有关的文件、组织差错讨论分析会、书写心得体会，从中吸取教训，强化意识，使之自觉遵守规章制度及常规。

2.1.2 护理专业知识及技能的培训分层次对每位护士进行相关理论知识及操作技能的规范化培训和达标考核

利用晨会交班、业务查房等形式对存在的风险进行评估及讲评，对已发生的缺陷进行分析讨论，让护理人员掌握护理常见风险事件的高危因素、基本特征和处理程序，提高护理风险的评估及防范能力。

2.1.3 沟通技巧及服务礼仪的培训，以文明、得体的护理行为、语言赢得病人的信任和尊重。

2.2 加强管理，确保护理安全

2.2.1 健全护理规章制度

护理规章制度是护理安全的基本保证，是处理各项护理工作的标准和依据，是护理安全管理的重要内容。根据各科护理工作的实际情况，以整体护理为依据，制定适合本科的规章制度，各班工作程序，分解目标，责任到人，将工作内容具体化、明确化、目标化，重要的安全管理制上墙警示，使护理工作有章可循，及时发现事故隐患，及早采取防范差错事故发生的有效措施。

2.2.2 加强质量监控

加强对基础质量、环节质量、终末质量的质控，严格执行查对制度、细化质量检查内容、深化质量检查范围、强化质量检查力度，保证安全工作常抓不懈，防患于未然。提高护理文书的书写质量，写好护理记录，不仅是护士应尽的责任和义务，也是提高护理水平、防范医疗纠纷的保障，护理记录书写要认真、规范、及时、准确，做到“做我所写，写我所做”，增强法律意识，避免在医疗纠纷中承担护理记录的缺陷的法律责任。

2.2.4 重视物品、设备的管理

保证物品的供应、设备的维修，固定专人管理，加强物品、设备交接班管理，尤其是急救物品设备，确保物品的质量，设备功能完好状态。

3 总结

3.1 加强检查

检查是发现问题促进落实的必要措施，做到重点工作要常查，重要节日及特定时间要重点查，针对个人特点及时查，全面工作要定期查。

3.2 完善护理规章制度

只有健全了规章制度、工作流程和风险防范预案，护理人员才有章可循，使护理工作井然有序。

3.3 加强护理人员的培训和风险监控

确保护理安全的各项制度落实到位，对护理工作的每一个环节都应进行严格质控，把护理不安全因素控制在最低限度，使护理安全管理制度化、标准化、规范化,切实为病人提供安全、方便、放心、满意的全程优质服务。

第二篇：护理风险管理

护理风险管理

护理风险管理是指对患者、护理人员、探陪人员可能产生伤害的潜在风险进行识别、评估，并采取正确决策，把风险减至最低的管理过程。护理风险贯穿在护理、处置、配合抢救等各个环节中，因此，应不断完善护理风险管理制度，建立健全护理风险处置预案，加强相关知识培训，强化护士的风险防范意识，提高识别和处理风险的能力。本章归纳了临床较常见的护理风险，如药物过敏性休克、输液反应、输血反应、用药错误、导管脱落、跌倒、压疮、烫伤、窒息、患者自杀、患者走失、针刺伤等的防范与应急处理。

一、药物过敏性休克防范与应急处理

【防范措施】

(1)用药前详细询问患者药物过敏史、用药史、家族史，已知对某种药物过敏的患者，禁用该药物(精制破伤风抗毒素 TAT 行脱敏注射除外)。

(2)正确实施药物过敏试验。

(3)过敏试验阳性者，报告医师，并在床头卡、医嘱单、三测单、治疗卡及病历夹封面注明过敏药物名称，床头挂醒目的过敏试验阳性药物标志，并告知患者和家属。

(4)严格执行“三查八对”，用药过程中密切观察药物反应，警惕过敏反应的延迟发生。

【处理措施】

(1)一旦发生过敏性休克，应立即停药，就地抢救，同时报告医师和护士长。

(2)将患者立即平卧，保持气道畅通、吸氧，做好气管插管或切开的准备工作，迅速建立静脉通路。

(3)遵医嘱使用肾上腺素、。肾上腺皮质激素、血管活性药、抗组胺类药等。

(4)密切观察并记录患者意识、瞳孔、生命体征及尿量等变化，注意保暖。患者未脱离危险时，不宜搬动。

(5)发生呼吸、心脏骤停时立即行心肺复苏术。 (6)做好患者和家属的安抚工作。 (7)6 小时内完善抢救记录。 【应急处理程序】

发生过敏性休克→立即停药、平卧、就地抢救，同时报告医师、护士长→开放呼吸道、吸氧、维持有效通气，建立静脉通路→遵医嘱注射肾上腺素或地塞米松→遵医嘱给药，解除支气管痉挛、维持有效循环→心搏骤停时进行心肺复苏→密切观察病情变化，做好记录→安抚患者及家属→告知患者今后避免使用该

类药物。

二、输液反应防范与应急处理

【防范措施】

(1)质量检查严格检查药物及输液器具的质量。

(2)合理用药一瓶液体中尽量避免多种药物联合使用，特殊用药，两瓶之间连续静脉输液时，使用生理盐水冲管，以减少药物相互配伍或避免其他原因造成的药物沉淀或结晶。

(3)减少微粒计划配药，选择大小合适的注射器抽吸药物，尽可能避免反复穿刺胶塞，减少药液中微粒的产生，现配现用。

(4)环境适宜配药应在治疗室进行，减少人员流动。

(5)操作规范输液治疗严格执行无菌技术操作原则及输液操作规程。

(6)遵医嘱或根据患者年龄及药物性质调节输液速度，密切观察用药后反应。

【处理措施】发生输液反应后，立即减慢或停止输液，报告医师和护士长，迅速对症处理，尽量避免对患者身体健康造成损害，将损害降至最低程度。

(1)发热反应根据病情轻重，选择相应的处理措施。 1)减慢输液速度、保暖。

2)对高热者予以物理降温或遵医嘱给予药物治疗，及时对症处理。

3)严重者，立即停止该药物输入，更换液体和输液器，保留输液器具和剩余药液备查。

4)遵医嘱抽血做血培养及药物敏感试验。

5)观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

6)患者家属有异议时，立即按有关程序对剩余药物及输液器具进行封存、双方签字并送检。

7)及时报告护理部、医院感染管理科、药剂科、消毒供应中心等部门。

(2)急性肺水肿

1)立即减慢或停止输液。

2)协助患者取端坐位，双腿下垂以减少静脉回流，减轻心脏负担。 3)高浓度吸人经过 30％～50％乙醇湿化处理的氧气，降低肺泡表面张力，减轻缺氧症状。

4)遵医嘱给药。

5)观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

【应急处理程序】

(1)发热反应应急处理程序 立即减慢或停止输液→更换液体和输液器→报告医师、护士长→遵医嘱给药→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录→保留输液器和药液→必要时封存、送检→报告相关部门。

(2)急性肺水肿应急处理程序 立即停止或减慢输液→协助患者取端坐位→报告医师、护士长→遵医嘱给药、吸氧等处理→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录。

三、输血反应防范与应急处理

【防范措施】

(1)血液必须由医护人员领取。

(2)严格执行“三查八对”制度，发血者和领血者必须共同核对。 (3)进行输血治疗时严格执行输血操作规范，输血前再次由 2 人核对，确保输血正确无误。

(4)血液领回病房后，须尽快输注，不得退回。遇特殊情况暂时不能输注者，应立即送回输血科寄存(15分钟内)，标明寄存开始时间。切忌用非储血冰箱存储血液。

(5)对有过敏史的受血者，输血前遵医嘱使用抗过敏药物。 (6)输血速度适宜。开始输血时速度宜慢，15分钟后无不良反应可根据需要调整速度。

(7)加强巡视，保证输血安全。输注后的 30 分钟内严密观察受血者生命体征和病情变化，仔细询问和倾听患者主诉。

【处理措施】

(1)发生输血反应后，立即减慢或停止输血，报告医师、护士长及科主任，迅速查明原因，对症处理，尽量避免对患者身体造成损害，将损害降至最低程度。

1)发热反应：反应轻者，减慢输血速度。若症状呈进行性发展，应停止输血，保留输血器、剩余血液备查。遵医嘱进行对症处理：畏寒、发冷时，注意保暖；高热时给予物理降温或遵医嘱使用药物治疗。

2)溶血反应：可疑溶血反应时立即停止输血，更换输血器，输注

生理盐水；抽取患者血标本与血袋剩余血一并送输血科检验；密切观察肾区症状及尿液变化，遵医嘱给予吸氧、碱化尿液等对症处理；对尿少、尿闭者，按急性肾衰竭处理，必要时行透析疗法。

(2)监测生命体征和观察病情变化，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

(3)填写输血反应报告单，上报护理部、输血科、医院感染管理科等职能部门。

(4)患者或家属有异议时，按有关程序对剩余血液、输血器进行封存、送检。

【应急处理程序】

可疑溶血反应→立即停止输血→更换输血器→输注生理盐水→报告医师、护士长及科主任→遵医嘱采取救治措施→监测生命体征和观察病情变化→完善各项记录→保留血袋剩余血与采患者血样送检→填写输血反应报告卡→报告相关部门。

四、用药错误防范与应急处理

【防范措施】

(1)妥善保管药物药物的放置符合药物存储要求，专柜(专屉)、分类、原包装存放(在使用前不能去掉包装和标签)；高危药物单独存放，有醒目标识。留存基数的品种和数量宜少不宜多。

(2)杜绝过期药物坚持“先进先出”、“需多少领多少”的原则，定时清理，及时更换快过期药物，报废过期药物。

(3)杜绝不规范处方与口授处方(非紧急情况下)，及时识别和纠正有问题的医嘱，从源头杜绝或减少用药错误的发生。

(4)正确执行医嘱做到正确的时间、正确的患者、正确的剂量、正确的途径和正确的方式给药，认真观察患者用药后的反应。

(5)严格落实查对制度坚持“三查八对”，严格检查药品质量。 (6)用药前再次核对床号、姓名及药物，询问患者用药史和药物过敏史，倾听患者主诉，如有疑问，停止用药，再次查对无误，方可执行。

(7)加强学习与培训，不断提高和更新临床药学知识，提高用药水平。

【处理措施】

(1)发现药物错误或用药对象错误后，立即停止药物的使用，报告医师和护士长，迅速采取相应的补救措施，尽量避免对患者身体造成损害，将损害降至最低程度。

(2)发现输液瓶内有异物、絮状物，疑为真菌或其他污染物质时，立即停止液体输入，更换输液器，遵医嘱进行相应的处理，如抽患者血样做细菌培养及药物敏感实验，抗真菌、抗感染治疗等。

(3)保存剩余药物备查。

(4)密切观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，完善各种记录。采取补救措施过程中，尽量不惊动患者，避免正面冲突影响补救措施的实施。

(5)妥善处理后选择时机与患者和／或家属进行沟通，争取取得

理解和配合。

(6)如患者或家属有异议，在医患双方在场时封存剩余液体，及时送检。

(7)当事人填写“护理不良事件报告表”，科室及时讨论、分析，针对事件引发原因进行整改，根据情节和对患者的影响提出处理意见。护士长按照护理不良事件报告制度的要求在规定的时间内上报护理部等职能部门。

【应急处理程序】

用药错误→停止用药→报告医师、护士长→积极采取补救措施→观察病情变化→完善各项记录→患者或家属有异议封存药物送检→填写“护理不良事件报告表”→科室讨论、提出整改意见→向护理部等职能部门报告。

五、导管脱落防范与应急处理

【防范措施】

(1)所有管道必须妥善固定，由置管者做好标记，详细记录管道名称、留置时间、部位、长度，观察和记录引流管引流液的性质、量，发现异常，及时处理。

(2)加强对高危患者(如意识障碍、躁动、有拔管史、依从性差的患者)的观察，作为重点交接班内容详细交接。

(3)做好患者及家属的健康宣教，提高其防范意识及管道自护能力。

(4)严格遵守操作规程，治疗、护理中动作轻柔，注意保护导管，防止导管脱落。

(5)加强培训，提高护士防导管脱出移位的风险意识。如 PICC 置管，穿刺时尽量避开肘窝，以透明敷料固定体外导管，也可使用固定翼加强导管固定；更换敷料时，避免将导管带出体外。

【处理措施】根据脱落导管的类别采取相应的措施，查找原因，做好记录和交接班，防止再次脱管。

(1)伤口引流管脱落立即报告医师，将脱出的引流管交医师查看是否完整，如有管道断裂在体内，须进一步处理；观察伤 V1 渗出情况，需要再次置管时，协助医师做好相关准备。

(2)胸腔闭式引流管脱落引流管与引流瓶连接处脱落或引流瓶损坏，立即夹闭引流管并更换引流装置；引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，通知医师并协助处理。

(3)“T”管脱落立即报告医师，密切观察腹痛情况，告知患者暂禁食禁饮，必要时协助医师重新插管。

(4)胃管脱落观察患者有无窒息表现，是否腹胀；如病情需要，遵医嘱重新置管。

(5)导尿管脱落观察患者有无尿道损伤征象，是否存在尿急、尿痛、血尿等现象；评估患者膀胱充盈度、是否能自行排尿，必要时遵医嘱重新置管。

(6)气管导管脱落对气管切开患者立即用止血钳撑开气管切开处，确保呼吸道畅通，同时报告医师，给予紧急处理。

(7)PICC 置管／深静脉置管脱落

1)导管部分脱出：观察导管脱出的长度，用无菌注射器抽回血，如无回血，报告医师，遵医嘱用肝素钠液或尿激酶通管，如导管不通畅则拔管；如有回血，用生理盐水冲管保持通畅，重新固定，严禁将脱出的导管回送。

2)导管完全脱出：测量导管长度，观察导管有无损伤或断裂；评估穿刺部位是否有血肿及渗血，用无菌棉签压迫穿刺部位，直到完全止血；消毒穿刺点，用无菌敷贴覆盖；评估渗出液性状、量；根据需要重新置管。

3)导管断裂：如为体外部分断裂，可修复导管或拔管。如为体内部分断裂，,立即报告医师并用止血带扎于上臂；如导管尖端已漂移至心室，应制动患者，协助医师在 x 线透视下确定导管位置，以介入手术取出导管。

(8)自控镇痛泵(PcA)导管脱落：立即检查导管末端是否完整，报告医师及麻醉师进行处理，密切观察病情及生命体征变化。

【应急处理程序】

发生脱管→应急处理并报告医师→协助医师处理，必要时重新置管→密切观察病隋变化→查找原因→做好记录及交接班→防止再次脱管。

六、跌倒防范与应急处理

【防范措施】

(1)定期检查病房设施，保持设施完好，杜绝安全隐患。 (2)病房环境光线充足，地面平坦干燥，特殊情况有防滑警示牌。 (3)对住院患者进行动态评估，识别跌倒的高危患者并予以重点防范。做好健康宣教，增强患者及家属的防范意识。

(4)服用镇静、安眠药的患者未完全清醒时，不要下床活动；服用降糖、降压等药物的患者，注意观察用药后的反应，预防跌倒。

(5)术后第 1 次小便，应鼓励患者在床上小便，确实需要起床小便时，应有人在床旁守护，防止因直立性低血压或体质虚弱而致跌倒。

(6)对长期卧床、骨折、截肢等患者初次下床行走时，应有人守护，并告知拐杖等助行器的使用方法。

(7)对于躁动不安、意识不清、年老体弱、婴幼儿以及运动障碍等易发生坠床的患者，置护栏等保护装置，对照顾者给予相关指导。

【处理措施】

(1)患者突然跌倒，护士迅速赶到患者身边，同时立即报告医师，协助评估患者意识、受伤部位与伤情、全身状况等，初步判断跌伤原因和认定伤情。

(2)疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据跌伤的部位和伤情采取相应的搬运方法，协助医师对患者进行处理。

(3)患者头部跌伤，出现意识障碍等严重情况时，遵医嘱迅速采取相应的急救措施，严密观察病情变化。

(4)受伤程度较轻者，嘱其卧床休息，安慰患者，酌情进行检查和治疗。

(5)对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用聚维酮碘清洗伤口后，以无菌敷料包扎；出血较多者先用无菌敷料压迫止血，再由医师酌情进行伤口清创缝合，遵医嘱注射破伤风抗毒素等。

(6)孕妇发生跌倒，应观察和记录有无阴道流血、流水和宫缩，早期发现流产、早产、胎膜早破、胎盘早剥等先兆。

(7)了解患者跌倒时情况，分析跌倒原因，加强巡视，向患者及家属做好健康宣教，提高防范意识。

(8)填写跌倒／坠床报告表，上报护理部。 【应急处理程序】

患者跌倒→护士立即赶到现场，同时报告医师→进行必要检查，伤情认定→对症处理→严密观察病情变化，做好伤情及病情记录啊+详细交班→强化健康教育→填写跌倒／坠床报告表，上报护理部。

七、压疮防范与应急处理

【防范措施】

(1)对高危患者进行压疮危险因素评估，采取针对性的预防措施。 (2)对难免压疮患者填写难免压疮申报表(以强迫体位及心力衰竭等病情严重或特殊，医嘱严格限制翻身为基本条件，并存在大小便失禁、高度水肿、极度消瘦 3 项中的 1 项或几项可申报难免压疮)，护理部指定专人核实、指导、追踪，必要时组织护理会诊。

(3)保持床单位清洁、干燥、平整。对大小便失禁患者注意肛周及会阴部皮肤护理。

(4)对长期卧床者，定时更换体位，2～3 小时翻身 l 次，按摩骨隆突处或受压部位。

(5)瘫痪患者或病情不允许翻身的患者，可用多功能按摩床垫，骨隆突处或受压部位可使用减压贴等缓解局部压力。

(6)加强营养，增强机体抵抗力。

【处理措施】 避免或减少导致压疮的因素，根据压疮的程度采取相应的措施：

(1)第 1 期皮肤完整、发红。

临床表现：局部皮肤出现指压不褪色的红斑。

处理措施：避免继续受压，增加翻身次数，减少局部刺激。禁按摩，避免摩擦。可局部使用减压贴或赛肤润等敷料。

(2)第 11 期表皮或真皮受损，但尚未穿透真皮层。 临床表现：疼痛、水疱或破皮。

处理措施：①避免局部继续受压，定时更换体位，使用气垫床。②妥善处理创面，有条件者使用水胶体敷料，预防感染。③促进上皮组织修复，有条件者使用表皮生长因子。

(3)第 111 期表皮或真皮全部受损，穿入皮下组织，尚未穿透筋膜及肌肉层。

临床表现：有不规则的深凹，伤口基底部与伤口边缘连接处可能有潜行、深洞，可有坏死组织及渗液，伤口基底部基本无痛感。

处理措施：根据创面情况进行换药，保持局部清洁，必要时清创。使用水凝胶、水胶体、泡沫类或银离子等新型敷料，促进伤口湿性愈

合。

(4)第Ⅳ期全皮层损害，涉及筋膜、肌肉、骨。

临床表现：肌肉或骨暴露，可有坏死组织、潜行、瘘管，渗出液较多。

处理措施：清创，去除坏死组织；促进肉芽组织生长，必要时手术治疗。

【处理程序】

评估压疮高危患者→采取防范措施→根据压疮分期进行处理→做好记录及交接班。

八、烫伤防范与应急处理

【防范措施】

(1)设立醒目的标识(如热水、开水等)。

(2)及时、准确评估患者情况，对相关患者及家属进行预防烫伤的健康教育，强化对儿童和老人的安全宣教。

(3)保暖引起的烫伤教会患者和家属正确使用保暖用具：使用热水袋时用布套或厚毛巾包裹，不直接接触皮肤，经常查看热水袋的位置及是否漏水；热水袋温度成人不超过 60。C，婴幼儿、老年人、术后麻醉未醒、感觉迟钝、末梢循环不良、昏迷等患者低于 50℃。

(4)新生儿烫伤严禁直接使用热水袋为新生儿复温；新生儿沐浴时必须经过两次试温，严禁戴手套为新生儿沐浴，因隔离需要必须戴手套操作时，只能选择盆浴，并测好水温后方可进行操作。

(5)电器灼伤安全使用各类医疗电器，防止因局部潮湿(汗水、血液等)导致电灼伤。使用温疗仪时，护士应熟练掌握使用方法，密切监测温度变化，观察治疗部位的局部情况，告知患者和家属不随意调节仪器。

(6)指导患者和家属正确使用生活设施调节水温时，先开冷水开关，再开热水开关；使用完毕，先关热水开关，再关冷水开关。热水瓶放置在固定且不易触碰的地方。

【处理措施】

(1)脱离热源，采取冷疗法。立即用洁净冷水或冰水冲洗，浸泡或冷敷烫伤部位 30～60 分钟，终止热力对组织的继续损害，有效减轻损伤程度和疼痛。

(2)报告医师和护士长，根据烫伤程度、面积大小给予适当处理。 1)1 度烫伤：属于表皮烫伤，皮肤有发红、疼痛的现象。处理措施：冷敷，可用水胶体敷料(如透明贴)或湿润烧伤膏等。

2)II 度烫伤：浅 II 度烫伤伤及表皮和真皮浅层，产生水泡，色素沉着。深 II 度烫伤伤及表皮下方的真皮层。

处理措施：正确处理水疱，避免小水疱破损，大水疱可在无菌操作下低位刺破放出水疱液；已破的水疱或污染较重者，应彻底消毒、清洗创面，外敷水胶体敷料或湿润烧伤膏。

3)III 度烫伤：烫伤直达皮下组织，皮肤有发硬、发白或发黑的现象，虽然疼痛感并不明显，但却是非常严重的烫伤。

处理措施：立即请烧伤科医师会诊，进行清创处理、指导治疗。

(3)查找原因，采取针对性整改措施，防止类似事件的再次发生。 【应急处理程序】

发生烫伤→立即脱离热源，迅速用洁净冷水或冰水冲洗，浸泡或冷敷烫伤部位 30～60 分钟→正确处理创面→遵医嘱用药→寻找原因→及时整改。

九、窒息防范与应急处理

【防范措施】

(1)评估患者误吸的高危因素：意识障碍，吞咽、咳嗽反射障碍，呕吐物不能有效排出，鼻饲管脱出或食物反流，头颈部手术，气管插管或气管切开，小儿、年老、体弱及进食过快者等。

(2)对相关患者及家属进行预防误吸的健康教育 1)指导患儿家属避免使用容易引起误吸的玩具和食物。2)患者呕吐时，应弯腰低头或头偏于一侧，及时清理呕吐物。 3)指导患者及家属选择合适的食物，进食速度宜慢，进食过程中避免谈笑、责骂、哭泣等情绪波动。

(3)对可能误吸的高危患者采取相应措施 1)床旁备抽吸等急救装置。

2)对意识、吞咽障碍等患者，护士应协助喂食，或遵医嘱管饲流汁，注意妥善固定管道，防止移位、脱出。

3)不能自行排痰的患者，及时抽吸口鼻、呼吸道分泌物和痰液，保持呼吸道通畅。

【处理措施】

(1)患者发生窒息，护士立即采取解除窒息的措施，同时迅速报告医师，查找窒息原因。

(2)针对导致窒息的原因采取相应的抢救措施

1)误吸：意识尚清醒的患者可采用立位或坐位，抢救者站在患者背后双臂环抱患者，一手握拳，使拇指掌关节突出点顶住患者腹部正中线脐上部位，另一只手的手掌压在拳头上，连续快速向内、向上推压冲击 6～10 次(注意勿伤及肋骨)。昏迷倒地的患者采用仰卧位，抢救者骑跨在患者髋部，按上法推压冲击脐上部位。通过冲击上腹部，突然增大腹内压力，抬高膈肌，使呼吸道瞬间压力迅速加大，肺内空气被迫排出的同时使阻塞气管的食物(或其他异物)上移并被驱出。如果无效，隔几秒钟后，可重复操作 I 次。

2)幼儿喉部异物：现场人员沉着冷静，迅速抓住幼儿双脚将其倒提，同时用空心掌击拍背部，如异物不能取出，应紧急气管切开或手术取出异物。

3)咯血导致的窒息：立即有效解除呼吸道阻塞，清除呼吸道内的血液，保持呼吸道畅通。若发现咯血过程中咯血突然减少或停止，患者出现烦躁、表情恐惧、发绀等窒息先兆时，应立即用吸引器吸出咽喉及支气管血块。

4)头颈部手术或气管切开术后窒息：迅速报告医师，协助医师进行紧急处理。

(3)保持呼吸道通畅因痰液堵塞导致呼吸困难者，应立即吸痰，

必要时行气管内插管、气管切开术。

(4)做好记录并详细交接班。 【应急处理程序】

发生窒息→立即清理呼吸道、保持呼吸道畅通，吸氧，同时报告医师→进行对症处理→监测病情→护理记录→交接病情。

十、患者自杀防范与应急处理

【防范措施】

(1)加强巡视，了解患者心理状况，对有自杀倾向的患者给予心理疏导并及时报告医师和护士长，进行重点交接班。

(2)及时与家属沟通，密切观察患者心理状态、情绪变化．与家属共同做好患者心理护理，尽量减少不良刺激；告知家属需 24 小时陪伴。

(3)检查患者室内环境、用物，清除不安全的器具和药品。必要时对患者给予针对性约束。

【处理措施】

(1)发现患者自杀，立即判断患者相关情况，就地抢救；同时立即报告护士长、值班医师、科主任。

(2)保护现场，清理无关人员，减少不良影响。保存自杀用具，协助公安部门调查取证。

(3)对死亡者做好尸体料理。无家属在场时，需两名医务人员共同清理患者遗物并签名，暂由护士长保存。

(4)做好家属的联络和安抚工作。 【应急处理程序】

患者自杀→就地抢救、逐级上报→协助取证→清理死亡患者遗物→安抚家属。

十一、患者走失防范与应急处理

【防范措施】

(1)做好人院告知对新入院患者及家属详细介绍入院须知。特殊情况外出前需征得经管医师和护士长同意方可离开。

(2)加强巡视和交接班，对有走失危险的高危患者(如精神、智能障碍者、无陪幼儿、老年患者等)，及时与家属沟通。

(3)及时了解患者病情及心理变化。对于精神、心理、智能障碍患者，要求家属 24 小时陪伴。

【处理措施】

(1)发现患者走失，及时寻找。了解患者走失前状况、有无异常表现，查看患者物件(留言、信件等)，寻找有帮助价值的线索。

(2)确认患者走失，立即报告医师、护士长及保卫部(晚夜班报告总值班)等，与家属尽快联系，共同寻找。

(3)分析患者走失原因，进行相关处理。 【应急处理程序】

患者走失→了解情况，联系家属→确认走失→报告备案→共同寻找→分析走失原因→进行相关处理。

十二、针刺伤(锐器伤)防范与应急处理

【防范措施】

(1)加强职业安全防护培训，纠正不安全注射行为。尤其对新上岗人员强化经血液传播疾病知识、防护用物应用、医疗锐器处理、锐器刺伤后的处理措施等的培训，提高护士的自我防护意识与能力。

(2)改善工作环境，提供足量、有效的防护用品。

(3)建立医院职业暴露报告系统医护人员在发生意外针刺伤或粘膜、有创伤口接触患者血液体液等职业暴露后要向有关部门报告，填写“工作人员血液体液职业暴露登记表”，及时采取有效措施，减少发生医院感染的危险。

【处理措施】

(1)紧急处理不慎被尖锐物体刺伤时，用流动水和 / 或肥皂液立即冲洗伤口，用生理盐水冲洗黏膜。从伤口近心端向远心端轻轻挤出血液，用肥皂液和流动水冲洗，冲洗后用消毒液如：0．5％聚维酮碘或 75％乙醇消毒，包扎伤口，必要时行外科处理。如为艾滋病、乙肝、丙肝等阳性患者血液污染的黏膜、伤口，应反复用生理盐水冲洗。

(2)暴露程度评估按照职业暴露的类型分为一级、二级、三级暴露，依暴露源的病毒载量水平分为轻度、

重度和暴露源不明三种类型，分级分型确定详见卫生部《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则(试行)》。

(3)被乙肝、丙肝阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后。应在 24 小时内抽血查乙肝、丙肝抗体，同时注射乙肝免疫高价球蛋白，

按 1 个月、3 个月、6 个月接种乙肝疫苗。

(4)被 HIV 阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤时，应进行血源性传播疾病的血清学水平基线检查，在 24 小时内抽血查 HIV 抗体，报告医院感染管理部门、保健科，进行登记；根据暴露级别及病毒载量水平实施预防性用药方案。(5)乙肝、丙肝追踪随访 6 个月；梅毒追踪随访 3 个月；艾滋病病毒暴露按第 4 周、第 8 周、第 12 周及 6 个月、l2 个月时间点复查病毒抗体，作相应处理。

【应急处理程序】

血液、体液暴露→立即冲洗、消毒处理伤口→暴露程度评估叶针对暴露源进行实验检查和预防用药→登记、上报→追踪随访。

第三篇：护理风险管理

护理风险管理

风险管理是指通过风险识别、风险估计、风险驾驭、风险监控等一系列活动来防范风险，并采取正确决策，把风险减至最低的管理过程。因此，医院要加强护理风险管理，建立健全护理风险管理制度，有效回避护理风险，降低护理风险发生率，从而为患者提供安全、有序的优质护理服务。

一、发生猝死的防范与处理

(一)防范

1．坚守工作岗位，落实分级护理制度，按要求定时巡视病房，及早发现患者病情变化，尽快采取抢救措施。

2．熟练掌握心肺脑复苏等急救技术及流程、常用急救仪器使用方法、性能及注意事项。

3．严格执行抢救制度，确保各类抢救设备功能良好，处于备用状态。

(二)处理

1．发现患者猝死，迅速做出准确判断，立即进行心肺脑复苏等急救措施，同时请旁人帮助呼叫其他医务人员。

2．迅速建立静脉通道，保证药物有效输入，密切观察神志、瞳孔、生命体征变化。

3．增援人员到达后，听从统一指挥，积极配合医师采取各种抢救措施。

4．立即通知患者家属。

5．抢救有效，则继续监护，进一步支持治疗。如抢救无效死亡，应待家属到院后再送太平间。

6．向科主任、护士长(必要时向相关职能部门)汇报抢救经过。

7．抢救过程中注意对同病房患者进行安慰。

8．抢救结束后 6 小时内，据实、准确地记录抢救过程。

株洲市中医伤科医院脊柱外科

2012-5

二、药物过敏性休克的防范与处理

(一)防范

1．用药前详细询问患者药物过敏史、用药史、家族史。对某种药物过敏的患者禁用该药(可采取脱敏疗法的药物除外)。

2．正确实施药物过敏试验。做过敏试验时配备抢救盒(肾上腺素、注射器、砂轮等)。

3．过敏试验阳性者或对该药有过敏史者，报告医师，并在床头卡、医嘱单、三测单、治疗卡及病历夹封面注明过敏药物名称，床头／或床尾挂醒目的药物过敏试验阳性药物标志，并告知患者和家属。

4．严格执行“三查八对”，用药过程密切观察药物反应，警惕迟发性过敏反应的发生。

(二)处理

1．一旦发生过敏性休克，立即停药，就地抢救。立即协助患者平卧，保持呼吸道通畅，同时报告医师、护士长。

2．遵医嘱立即皮下注射 0．1％肾上腺素 lml，小儿剂量酌减。

3．迅速建立静脉通道、给氧，做好气管插管或切开的准备工作。遵医嘱继续使用肾上腺素、肾上腺皮质激素、血管活性药、抗组胺类药物等。

4．紧急时指掐人中，针刺十宣、足三里、曲池等穴。

5．发生呼吸、心脏骤停时，立即行心肺复苏术。

6．密切观察并记录患者意识、瞳孔、生命体征及尿量等变化，注意保暖。患者未脱离危险前不宜搬动。

7．做好患者和家属的安抚工作。

8．6 小时内完善抢救记录。

株洲市中医伤科医院脊柱外科

2012-5

三、输液反应的防范与处理

(一)发热反应

1．防范

(1)严格检查药物及输液器具质量。

(2)一瓶液体中尽量避免多种药物联合使用。使用特殊药物时，两组液体之间，使用生理盐水冲管，以减少药物相互配伍或其他原因造成的药物沉淀或结晶。

(3)选择大小合适的注射器抽吸药物，尽量避免反复穿刺胶塞，现配现用，减少药液中微粒的产生。

(4)在治疗室或静脉药物配制中心配药，配药过程中减少人员流动。

(5)严格遵守无菌技术操作原则及输液操作规程。

2．处理

(1)轻者可减慢输液速度，注意保暖(适当增加盖被或给热水袋)。

(2)重者须立即停止输液。高热者给以物理降温，必要时遵医嘱给予抗过敏药物或激素治疗，更换液体和输液器，保留输液器具和剩余药液备查，抽血做血培养及药物敏感试验。

(3)观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

(4)患者或家属有异议时，立即按有关程序对剩余药物及输液器具进行封存，双方签字并送检。

(5)及时报告护理部、医院感染管理科、药剂科、消毒供应中心等部门。

(二)急性肺水肿(胸闷、咳嗽、呼吸急促，继则面色苍白，咯泡沫样血性痰。严重者可有大量泡沫样液体自口鼻涌出)

1．防范输液滴速不宜过快，输入液量不可过多。对心脏病患者、老年和儿童尤须注意。

2．处理

(1)立即停止输液，迅速报告医师。

(2)协助患者取端坐位，双腿下垂以减少静脉回流，减轻心脏负担。

(3)高流量(6～8L／min)吸入经过 30％～50％乙醇湿化处理的氧气，降低肺泡表面张力，减轻缺氧症状。

(4)遵医嘱用镇静剂和抗血管药物及洋地黄等强心剂等。

(5)必要时进行四肢轮扎止血带(须每隔 5～10 分钟轮流放松肢体，可有效地减少回心血量)，待症状缓解后，止血带逐渐解除。

(6)观察病情变化，监测生命体征，稳定患者及家属情绪，及时完善各项记录。

(三)空气栓塞(突发的胸闷或有胸骨后疼痛，眩晕和濒死感，随即出现呼吸困难、紫绀)

1．防范

(1)输液前严格检查输液器具质量，必须排尽输液管内空气。

(2)输液时加强巡视，及时添加液体。如需加压输液，护士不得离开患者，必须严密观察，以防液体走空。

(3)拔出较粗的近心腔的深静脉导管后，必须立即严密封闭穿刺点。

2．处理

(1)立即协助患者取左侧卧位，并保持头低足高位，停止或减慢输液，通知医师及护士长。

(2)给予高流量氧气吸入，以提高患者的血氧浓度。

(3)有条件时可使用中心静脉导管抽出空气。

(4)严密观察患者病情变化，如有异常及时对症处理。

(5)完善各项记录。

(四)静脉炎(沿静脉走向出现条索状红线，局部组织发红、肿胀，患者感到局部有烧灼样疼痛，有时还伴有发热等症状)

I．防范

(1)严格执行无菌操作。

(2)对血管有刺激性的药物，如红霉素、氢化考的松等，应充分稀释后应用，并防止药物溢出血管外。

(3)有计划地更换注射部位，以保护静脉。

2．处理

(1)抬高患肢并制动，局部用 95％酒精或 50％硫酸镁进行热湿敷。 (2)用中药外敷，如意金黄散等，每

日 2 次。

(3)超短波理疗，用 TDP 治疗器照射，每日 2 次，每次 30 分钟。 (4)如合并感染，根据医嘱给抗生素治疗。

株洲市中医伤科医院脊柱外科

2012-5

四、输血反应的防范与处理

(一)发热反应

1．防范

(1)严格管理血库保养液和输血用具，有效预防致热原。

(2)严格执行无菌操作技术。

2．处理

(1)轻者减慢输血速度。

(2)重者立即停止输血，密切观察生命体征，给予对症处理(发冷者注意保暖，高热者给以物理降温)，及时通知医师，报告护士长。

(3)必要时按医嘱给予解热镇痛药和抗过敏药物，如异丙嗪和肾上腺皮质激素等。

(4)将输血器、剩余血连同贮血袋一并送检。

(5)及时报告护理部、医院感染管理科、输血科等部门。

(二)过敏反应(轻度：输血后出现皮肤瘙痒，局部或全身出现荨麻疹。中度：出现血管神经性水肿，多见于颜面部，表现为眼睑、口唇高度水肿，也可发生喉头水肿，表现为呼吸困难，两肺可闻及哮鸣音。重度：发生过敏性休克。)

1．防范

(1)正确管理血液和血制品。

(2)对于有过敏史的患者，输血前根据医嘱使用抗过敏药物。 2．处理

(1)轻度过敏反应，减慢输血速度，给予抗过敏药物，如苯海拉明、异丙嗪或地塞米松。 (2)中、重度过敏反应，立即停止输血，通知医师，遵医嘱皮下注射 0．1％肾上腺素 0．5～1ml 或静脉滴注氢化可的松或地塞米松等抗过敏药物。

(3)呼吸困难者给予氧气吸入，严重喉头水肿者行气管切开。

(4)循环衰竭者给予抗休克治疗。

(5)监测生命体征变化。

(三)溶血反应(第一阶段：出现头部胀痛，面部潮红，恶心呕吐，心前区压迫感，四肢麻木，腰背部剧烈疼痛。第二阶段：黄疸、血红蛋白尿，尿呈酱油色，同时伴寒战、高热、呼吸困难、发绀和血压下降等。第三阶段：少尿或无尿，管型尿和蛋白尿，高钾血症，酸中毒，严重者可致死亡)

1．防范

(1)认真做好血型鉴定及交叉配血试验。

(2)输血前由两人核对签名，确保血液正确无误。

(3)血液领回病房后，尽快输注。遇特殊情况暂不能输注时，立即送回输血科寄存(15 分钟内)，标明寄存开始时间，忌用非贮血冰箱储存。

(4)输血速度适宜。开始输血时速度宜慢，15 分钟后无不良反应可根据需要调节速度。

(5)加强巡视，保证输血安全。输血后 30 分钟内严密观察受血者生命体征和病情变化。

2．处理

(1)立即停止输血，报告医师和护士长。

(2)给予氧气吸入，建立静脉通道，遵医嘱给予升压药或其他药物治疗。

(3)双侧腰部封闭，并用热水袋热敷或中药热熨双侧肾区。

(4)遵医嘱静脉注射碳酸氢钠，碱化尿液。

(5)密切观察生命体征和尿量变化，留置导尿管，检测每小时尿量，并做好记录。若发生肾衰竭，行腹膜透析或血液透析治疗。

(6)出现休克症状，进行抗休克治疗。

(7)将血袋剩余血、患者血标本和尿标本送化验室检验。

(8)填写输血反应报告单，报护理部、输血科、医院感染管理科等相关部门。

(四)与大量输血有关的反应

1．循环负荷过重(急性肺水肿)防范与处理同输液反应。

2．出血倾向(皮肤粘膜淤斑，穿刺部位大块淤血或手术伤口渗血)

(1)防范

①短时间内输入大量库存血时，应密切观察患者的意识、血压、脉搏等变化，注意皮肤、粘膜或手术伤口有无渗血。

②严格掌握输血量，每输入库存血 3～5 个单位，应补充 1 个单位的新鲜血。

(2)处理根据凝血因子缺乏情况补充有关成分。

3．枸橼酸钠中毒反应(手足抽搐，血压下降，心率缓慢。心电图出现 Q—T 间期延长，甚至心跳骤停)

(1)防范每输血 1000ml，遵医嘱静脉注射 10％葡萄糖酸钙 10 ml。

(2)处理遵医嘱补充钙剂等。

(五)空气栓塞

防范与处理同输液反应。

株洲市中医伤科医院脊柱外科

2012-5

五、用药错误的防范与处理

(一)防范

1．严格执行查对制度，做到“三查八对一注意”。

2．落实执行医嘱制度，及时发现和纠正不正确的医嘱，确保医嘱执行正确。

3．认真实施药品管理制度，按要求贮藏药物。药品领取坚持“先进先用”、“需多少领多少”的原则，定时清理，及时更换快过期药物，报废过期药物。

4．严格执行用药管理制度，加强学习与培训，不断提高和更新临床药学知识，提高业务水平，保证用药质量。

(二)处理

1．发现用药错误，立即停止药物的使用，报告医师和护士长，迅速采取相应的补救措施，尽量避免对患者身体造成损害，将损害降至最低程度。

2．发现输液瓶内有异物、絮状物，疑为真菌或其他污染物质时，立即停止液体输入，更换输液器。遵医嘱进行相应处理，如抽患者血样做细菌培养及药物敏感试验，抗真菌、抗感染治疗等，并保存剩余药物

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/198005036067006075