

如何有效预防气管插管患者意外拔管

第一篇：如何有效预防气管插管患者意外拔管

如何有效预防气管插管患者意外拔管 气管插管术是建立人工气道，改善呼吸功能的一种技术，是重症患者抢救和复苏中必需掌握的技术，在我们呼吸科患者抢救中经常遇到，在护理气管插管患者中，意外拔管是严重并发症之一，可导致通气不足、缺氧、误吸、呼吸困难、出血、窒息甚至死亡等严重后果，所以预防气管插管患者意外拔管非常重要。如何有效预防总结如下：

1、加强沟通，做好心理护理及知识宣教

对神志清楚患者尤其是不合作烦躁不安的患者应加强护患沟通，耐心讲解气管插管的重要性和人体正常的不适反应，也可以借助家属的力量树立患者战胜疾病信心。因气管插管后无法正常交谈、来表达自己的意愿，我们可以给患者提供一些提示性语言，如是不是口渴、胸憋、心慌、气促、有痰、头晕、头痛、腹痛、想大便、找医生等等，他们只需点头，摇头就可以了，也可以让患者自己写出来，以表达自己的意思，还可以教患者一些简单手势利用交流了解患者的想法，满足患者需要，如要小便，向下伸出小手指；要大便，向下伸出大拇指；想喝水，一手握空心拳形成杯状；肚子饥饿，用双手合成碗口状。加强沟通做好心理护理的确很重要，我记得我们科有一位患者叫商书英，老年女性，是由4月2日由ICU转入我科的，当时患者是气管插管接呼吸机辅助呼吸，前两三天患者相当烦躁，及其不配合，因为患者神志清楚，一个大管子插在气管里很难受，记得一天我值班，患者的呼吸机不停报警，提示人机对抗，头不停摇摆，往上抬，患者四肢被约束带绑着，四肢还不停的撞床挡，我想老奶奶神志是清楚的，也有思想，于是我就耐心和蔼的向她解释插管的目的及插管脱出的危害性，讲明吸痰的意义，同时也讲解了插管后的不适表现，患者当时也能理解，但是还是很难受，时间一长还是烦躁，后来我了解到老奶奶最关心的问题是：什么时候拔管，于是我马上向她讲解了治疗的进程，拔管的时机，消除患者紧张恐惧的心理，不断鼓励患者树立信心，积极

配合治疗，在空闲时我们还放一些悠缓的音乐，使她身心得到放松，最后通过我们大家努力劝导，病情好转成功拔管了。

2、气管插管的固定

气管插管外固定的牢固性是防止意外拔管的重要保障。牙垫不仅可防止患者咬合气管插管，还起到协助导管固定的作用，气管插管首先要与牙垫固定牢固，然后依附牙垫进行外固定。气管插管置于牙垫一侧的浅凹槽内，取两条胶布，一条从患者左(或右)上面颊开始粘贴，然后绕牙垫和气管插管 3 圈后止于另一侧下面颊。另一条胶布则起于右(或左)上面颊，绕牙垫和气管插管 3 圈后止于对侧下面颊。患者翻身时，注意托住呼吸机管道跟随。每班记录插管深度，如有滑脱，及时调整。我们科有一例患者气管插管脱出 5cm，及时发现后立即采取补救措施，未发生脱管。

3、保持气道通畅：喉痉挛、痰痂阻塞易引起患者缺氧、烦躁。喉痉挛大多数是由于呼吸道分泌物黏稠、过多刺激引起，也可于吸痰时诱发。适时有效的吸痰是解决问题的关键。吸痰方法不当、吸痰过频可引起缺氧、黏膜受损，还会增加呼吸机相关肺炎的发生。把握吸痰指征，出现咳嗽、痰鸣音、气道压力过高时吸痰。吸痰前充分给 2min 纯氧，吸痰管在无负压状态下进入气道，一次吸痰时间不超过 15s。吸痰时密切注意患者心率、血氧饱和度变化及患者面部表情、肢体动作所表现出来的痛苦程度，以此作为停止吸痰的参考指标。加强气道湿化防止痰痂形成：吸痰前予生理盐水冲洗气道，每次 2~5ml。

4、合理约束：除昏迷患者，其他患者均在机械通气开始时就予以保护性约束。约束带放置位置不能离头面部太近，床头也不可摇得太高。约束时也要注意舒适性：采用附有软垫的约束带；侧卧位时，双手系在同一侧，两臂间放置枕头；系约束带于床栏上时，要留一定的活动空间便于抓痒、打手势。

5、有效的镇静、止痛：气管插管对咽喉部黏膜的刺激、压迫，使患者难以耐受、烦躁不安。遵医嘱给予镇静剂，如咪唑安定、冬眠(或亚冬眠)合剂持续静脉泵注，以减轻疼痛不适，减少呼吸肌做功而利于治疗。观察镇静效果，在有吸痰、口腔护理及其他治疗操作刺激时，

可暂时调快滴注速度。

小结

在我科气管插管和机械通气的治疗手段成功抢救了许多危重患者，但也给患者带来了许多疼痛和不适。加之特殊的环境、疾病本身引起的疼痛、言语沟通障碍、睡眠紊乱等诸多因素，使患者产生焦虑、躁动不安甚至谵妄，易导致自行拔除气管插管或不慎脱管。通过牢固固定气管插管、合理约束、加强气道护理、有效的镇静以及积极主动的沟通等一系列护理干预措施，使患者的舒适度得以提高，能安静配合治疗，成功杜绝了意外拔管的发生，提高了护理质量。

第二篇：气管插管意外拔管应急预案

气管插管意外拔管应急预案

1.当病人意外拔出呼吸机管路时，严密观察病情及生命体征，通知值班医生，当病人需再次插管时，护士应立即电话通知麻醉科医生，并告知病人的年龄体重。备好简易呼吸器及加压吸氧的面罩、吸引器、吸痰管。备好呼吸机，并设定好呼吸机参数。

3.根据心电监测及血气指标，除颤仪备床旁备用。4.根据医嘱给病人肌松剂、镇静剂。

5.医生给病人加压吸氧时，为防止病人胃肠胀气，要轻轻按压病人胃部，但进食后的病人应先下胃管抽吸胃液，排空胃内容物及气体，防止病人呕吐或误吸。

6.麻醉医生插管时，注意监测病人的生命体征，以便及时发现异常，及时处理抢救病人。

7.插管后，确定插管位置，固定好气管插管，连接呼吸机，并通知放射科拍床旁胸片及复查动脉血气。

第三篇：气管插管意外拔管应急预案

气管切开使用呼吸机患者意外脱管应急预案及程序

1、立即用血管钳撑开气管切口处，同时通知医师，根据患者情况进行处理。

2、当患者气管切开时间超过一周窦道形成时，更换套管重新置入，连接呼吸机，氧流量调节至 100%，然后根据病情再调整。

3、如切开时间在一周以内，立即进行气管插管，连接呼吸机，通知麻醉医师进行重新置管。

4、其他医护人员应迅速准备好抢救药品和物品，如患者出现心跳骤停时立即给予心脏按压。

5、查动脉血气，根据结果调整呼吸机参数。

6、严密观察生命体征及神志，瞳孔，血氧饱和度的变化及时通知医生进行处理。

7、病情稳定后，专人护理，应补记抢救记录。

8、患者意外脱管，重在预防，护理人员应注意：

(1) 对于颈部短粗的患者，应使用加长型气管套管，并牢固固定。
(2) 对于烦躁不安的患者，给予必要的肢体约束，或根据医嘱给予镇静药物。

(3) 为患者实施各种治疗（如翻身，拍背，吸痰等）时应专人固定套管，在病情允许的情况下尽量分离呼吸机管道，以防套管受呼吸机管道重力作用而至脱管。

(4) 更换固定系带时，应两人操作，一人固定套管，一人更换。

程序：

立即抢救——通知医师——根据病情处理——氧流量调节至到100%——查动脉血气——调整呼吸机参数——观察生命体征——记录抢救经过。

患者意外跌倒应急预案

1. 病室地面应保持清洁、整齐、无障碍、水渍等。

2. 在做入院宣传教育时，将睡眠时尤其是夜间加床档或有人守护作为宣教内容之一。

3. 加强巡回病房，特别是夜班护士，对未加床档者及时加床档或提示陪护人员防止患者坠床。光源不足，行动不便者，上厕所时，及时搀扶。当病人不适时，及时按压呼叫器，护理人员及时观察病人。

4. 对烦躁、虚弱等患者随时加床档，并有人守护。

5. 对生活不能自理的患者，要加强巡视，随时解决患者的生活需要。6. 将水杯、便器等放在患者随手能拿到的地方。

7. 一旦发生病员意外跌倒、摔伤，护士要在第一时间赶赴现场，立即通知医生，对患者进行诊查，根据诊查情况请相关科室会诊，迅速给予相应处理，损伤尽可能减轻。

8. 向医务部、护理部汇报，夜间报告总值班。

9. 观察病情，根据医嘱做好相应治疗、护理及安全保护措施，并详细记录。

10. 对患者及家属做好安抚工作，消除紧张心理。对于摔伤严重者，应根据病情给予精心治疗和护理，及时和家属沟通，了解家属和病人需求，解决相关问题。

住院患者发生坠床应急预案

1. 对于有意识不清并躁动不安的患者，应加床栏，并有家属陪伴，必要时专人守护。

2. 对于极度躁动的患者，可用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免造成损伤。

3. 在床上活动的患者，嘱其活动要小心，做一些力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。

4. 教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，必须给予必要的处理措施。

5. 一旦患者不慎坠床时，护士应立即到达患者身边，通知医生协助给与相应的处理并及时上报。

9. 加强巡视，及时、准确记录病情变化。认真做好交接班。巡视中严密观察病情变化，发现异常及时向医生报告。

程序

做好安全防范—发生坠床时—护士立即赶到—通知医生—查看受伤情况—判断病情—采取急救措施—加强巡视—严密观察病情变化—准确记录—做好交接班

突然发生猝死护理应急预案及程序

(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，定时巡视患者，尤其对新患者、重患者应按要求巡视，及早发现病情变化，尽快采取抢救措施。

(二)急救物品做到“四固定”，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)发现患者在病房内猝死，应迅速做出准确判断，第一发现者不要离开患者，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，依据本科室的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)发现患者在走廊、厕所等病房以外的环境发生猝死，迅速做出正确判断后，立即就地抢救，行胸外心脏按压、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。

(八)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。

(九)在抢救中，应注意随时清理环境，合理安排呼吸机、除颤仪、急救车等各种仪器的摆放位置，腾出空间，利于抢救。(十)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。(十一)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。

(十二)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；在抢救过程中，要注意对同室患者进行安慰。程序：

防范措施到位 → 猝死后立即抢救 → 通知医生 → 继续抢救 → 告知家属 → 记录抢救过程

第四篇：气管插管意外拔管的应急预案

气管插管意外拔管的应急预案

1.评估病人意识状态、舒适度、插管深度、呼吸机条件以及是否约束。2.若病人自行拔管。

3.通知医生，立即吸氧、清除口腔分泌物，吸痰、保持呼吸道通畅。

4.意识状态加重、无自主呼吸者，及时应用简易呼吸器给予加压供氧，协助医生，重新气管插管，并给予机械通气。5.拔管后，喉头水肿患者，立即遵医嘱给予激素类药物，必要时协助医生进行环甲膜穿刺，保证氧供后行气管切开术。

6.意识清楚、自主呼吸恢复者，给予开放气道、吸氧、观察血氧饱和度变化，必要时及时准备再次插管。

第五篇：气管插管意外拔管应急预案

气管插管意外拔管应急预案

1、当病人意外拔出呼吸机管路时，严密观察病情及生命体征，通知值班医生，当病人需再次插管时，护士应立即电话通知麻醉科医生，并告知病人的年龄、体重。、备好简易呼吸器及加压吸氧的面罩、吸引器、吸痰管。备好呼吸机，并设定好呼吸机参数。

3、根据心电监测及血气指标，除颤仪备床旁备用。

4、根据医嘱给病人肌松剂、镇静剂。

5、医生给病人加压吸氧时，为防止病人胃肠胀气，要轻轻按压病人胃部，但进食后的病人应先插胃管抽吸胃液，排空胃内容物及气体，防止病人呕吐或误吸。

6、麻醉医生插管时，注意监测病人的生命体征，以便及时发现异常，及时处理抢救病人。

7、插管后，确定插管位置，固定好气管插管，连接呼吸机，复查动脉血气。详细记录抢救经过。

气管切开使用呼吸机患者意外脱管应急预案及程序

1、立即用血管钳撑开气管切口处，同时通知医师，根据患者情况进行处理。

2、当患者气管切开时间超过一周窦道形成时，更换套管重新置入，连接呼吸机，氧流量调节至 100%，然后根据病情再调整。

3、如切开时间在一周以内，立即进行气管插管，连接呼吸机，通知麻醉医师进行重新置管。

4、其他医护人员应迅速准备好抢救药品和物品，如患者出现心跳骤停时立即给予心脏按压。

5、查动脉血气，根据结果调整呼吸机参数。

6、严密观察生命体征及神志，瞳孔，血氧饱和度的变化及时通知医生进行处理。

7、病情稳定后，专人护理，应补记抢救记录。

8、患者意外脱管，重在预防，护理人员应注意：

(1) 对于颈部短粗的患者，应使用加长型气管套管，并牢固固定。
(2) 对于烦躁不安的患者，给予必要的肢体约束，或根据医嘱给予镇静药物。

(3) 为患者实施各种治疗（如翻身，拍背，吸痰等）时应专人固定套管，在病情允许的情况下尽量分离呼吸机管道，以防套管受呼吸机管道重力作用而至脱管。

(4) 更换固定系带时，应两人操作，一人固定套管，一人更换。

程序：

立即抢救——通知医师——根据病情处理——氧流量调节至到100%——查动脉血气——调整呼吸机参数——观察生命体征——记录抢救经过。

医护人员发生针刺伤时的应急预案及程序

1、医护人员在进行医疗操作时应特别注意防止被污染的锐器划伤刺破。如不慎被乙肝、丙肝、HIV 污染的尖锐物体划伤刺破时，应立即挤出伤口血液，然后用碘酒和酒精消毒，必要时进行伤口处理，并进行血源性传播疾病的检查和随访。

2、被乙肝、丙肝阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在24 h 内去预防保健科抽血查乙肝、丙肝抗体，必要时同时抽患者血对比。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。

3、被 HIV 阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，应在30Min 上报院感办根据院感办的通知抽血查 HIV 抗体,必要时同时抽患者血对比，按1个月3个月、6个月复查，同时口服贺'普丁(拉米呋定)每日1

片，并由院内感染科进行登记、上报、追访等。程序

立即挤出伤口血液 → 反复冲洗 → 消毒 → 伤口处理 → 抽血化验检查 → 注射乙肝免疫高价球蛋白 → 并由院内感染科进行登记、上报、追访

住院患者发生摔伤的应急预案

1. 检查病房设施，不断进行完善，杜绝安全隐患。
2. 患者突然摔倒时，护士立即到达患者身边，检查患者摔伤情况，通知医生，判断患者的神志、受伤部位、伤情程度、全身状况等，并初步判断摔伤原因或病因。
3. 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，采取相应的搬运措施。
4. 对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者轻抬至病床上，严密观察瞳孔、神志、呼吸、血压等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。
5. 受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅送回病房，嘱其卧床休息，安抚患者，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。
6. 对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷。皮肤擦伤、渗血者用 0.5% 碘伏清洗局部后，以无菌敷料包扎。出血较多或有伤口者先用无菌敷料压迫止血，再由医生酌情进行伤口清创缝合。创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风剂。
7. 加强巡视，及时观察疗效，直到病情稳定。
8. 准确、及时书写护理记录，认真交班。
9. 向患者了解当时摔倒的情况，帮助分析摔倒的原因，做好宣教指导，提高患者的自我防范意识，尽可能避免再次摔伤。

患者意外跌倒应急预案

1. 病室地面应保持清洁、整齐、无障碍、水渍等。
2. 在做入院宣传教育时，将睡眠时尤其是夜间加床档或有人守护作为宣教内容之一。
3. 加强巡回病房，特别是夜班护士，对未加床档者及时加床档或提示陪护人员防止患者坠床。光源不足，行动不便者，上厕所时，及时搀扶。当病人不适时，及时按压呼叫器，护理人员及时观察病人。

4. 对烦躁、虚弱等患者随时加床档，并有人守护。

5. 对生活不能自理的患者，要加强巡视，随时解决患者的生活需要。
6. 将水杯、便器等放在患者随手能拿到的地方。

7. 一旦发生病员意外跌倒、摔伤，护士要在第一时间赶赴现场，立即通知医生，对患者进行诊查，根据诊查情况请相关科室会诊，迅速给予相应处理，损伤尽可能减轻。

8. 向医务部、护理部汇报，夜间报告总值班。

9. 观察病情，根据医嘱做好相应治疗、护理及安全保护措施，并详细记录。

10. 对患者及家属做好安抚工作，消除紧张心理。对于摔伤严重者，应根据病情给予精心治疗和护理，及时和家属沟通，了解家属和病人需求，解决相关问题。

住院患者发生坠床应急预案

1. 对于有意识不清并躁动不安的患者，应加床栏，并有家属陪伴，必要时专人守护。

2. 对于极度躁动的患者，可用约束带实施保护性约束，但要注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，避免造成损伤。

3. 在床上活动的患者，嘱其活动要小心，做一些力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。

4. 教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，必须给予必要的处理措施。

5. 一旦患者不慎坠床时，护士应立即到达患者身边，同时通知医生检查患者全身情况和局部受伤情况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等情况。

6. 如病情允许，将患者移至抢救室或病床上。

7. 配合医生，对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。

8. 向上级领导汇报及协助医生通知家属。

9. 加强巡视，严密观察病情变化，发现异常及时向医生报告。

10. 及时、准确记录病情，认真做好交接班。

临床科室护理差错易发生环节和防范措施

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/588001076125006036>