

护理单元高危患者应急预案及护理流程

一、急性呼吸衰竭的应急预案及护理流程

（一）应急预案

1.患者发生急性呼吸衰竭时，嘱患者绝对卧床休息，取坐位或半卧位通知值班医师。

保持呼吸道通畅，鼓励患者咳嗽，按时叩背，及时清除痰液。

吸氧，根据病情调整吸氧量。

建立静脉通道，按医嘱给药，准备好抢救车，负压吸引器，积极配合抢救。

雾化吸入，按医嘱给予支气管扩张药。

必要时联系麻醉科，行气管插管或气管切开人工器械辅助呼吸。

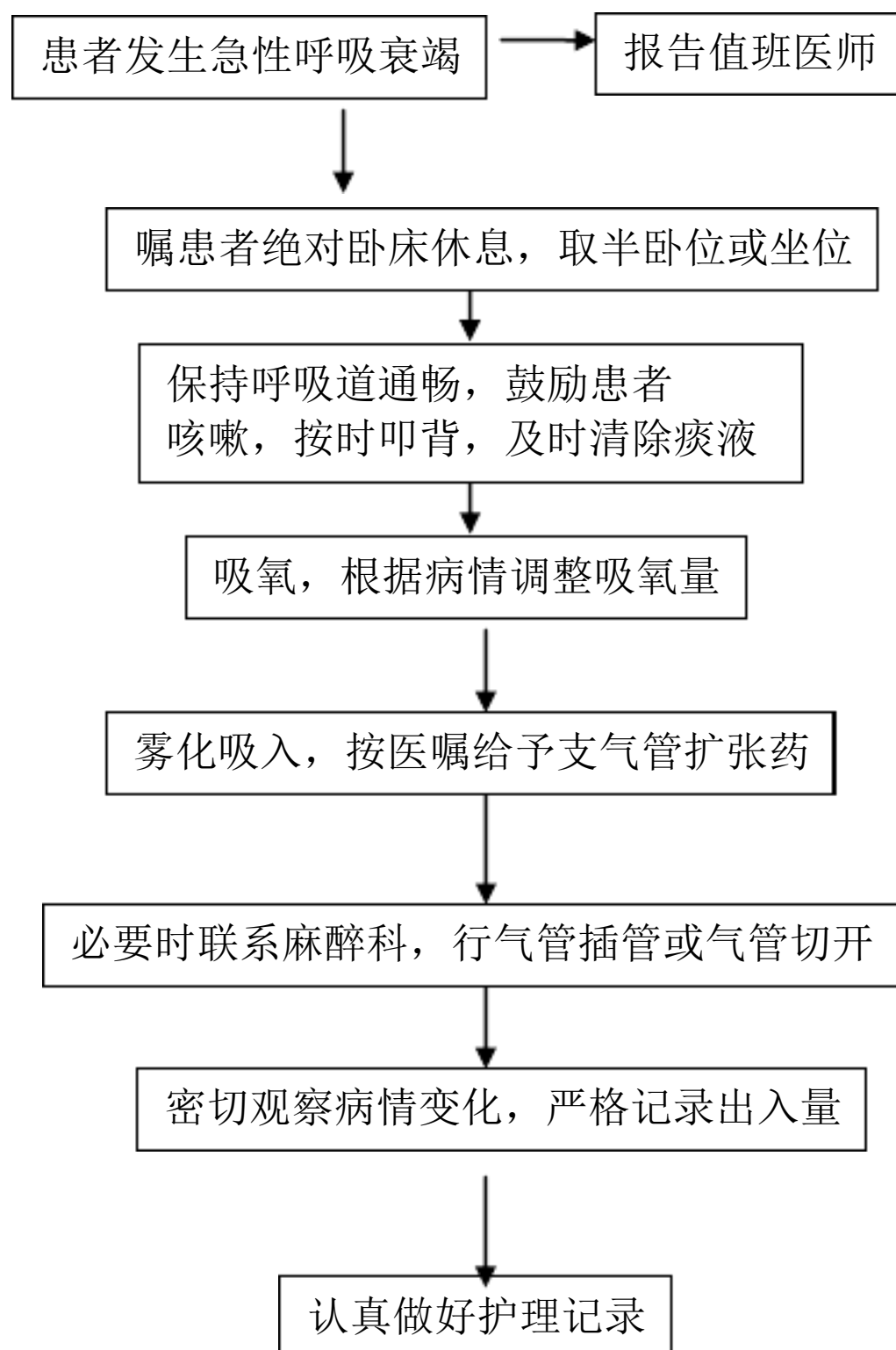
做好心理护理，关心安慰患者。

密切观察病情变化，严格记录出入量。

熟练掌握呼吸机的性能和操作规程。

认真做好护理记录，加强巡视，严格交接班。

（二）护理流程



二、急性肾衰竭的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

患者发生急性肾衰竭时，要绝对卧床休息，以减轻肾负担。有恶心、呕吐的患者，将头部偏向一侧，防止呕吐物误入呼吸道。

值班护士立即报告医师，准备好抢救物品，积极配合抢救。

值班医护人员通知血液透析室，准备透析。

建立静脉通道，遵医嘱给调节水、电解质、酸碱平衡的药物。

采集血尿标本，了解离子（特别是钾离子）及肾功能情况。

6. 氧气吸入。

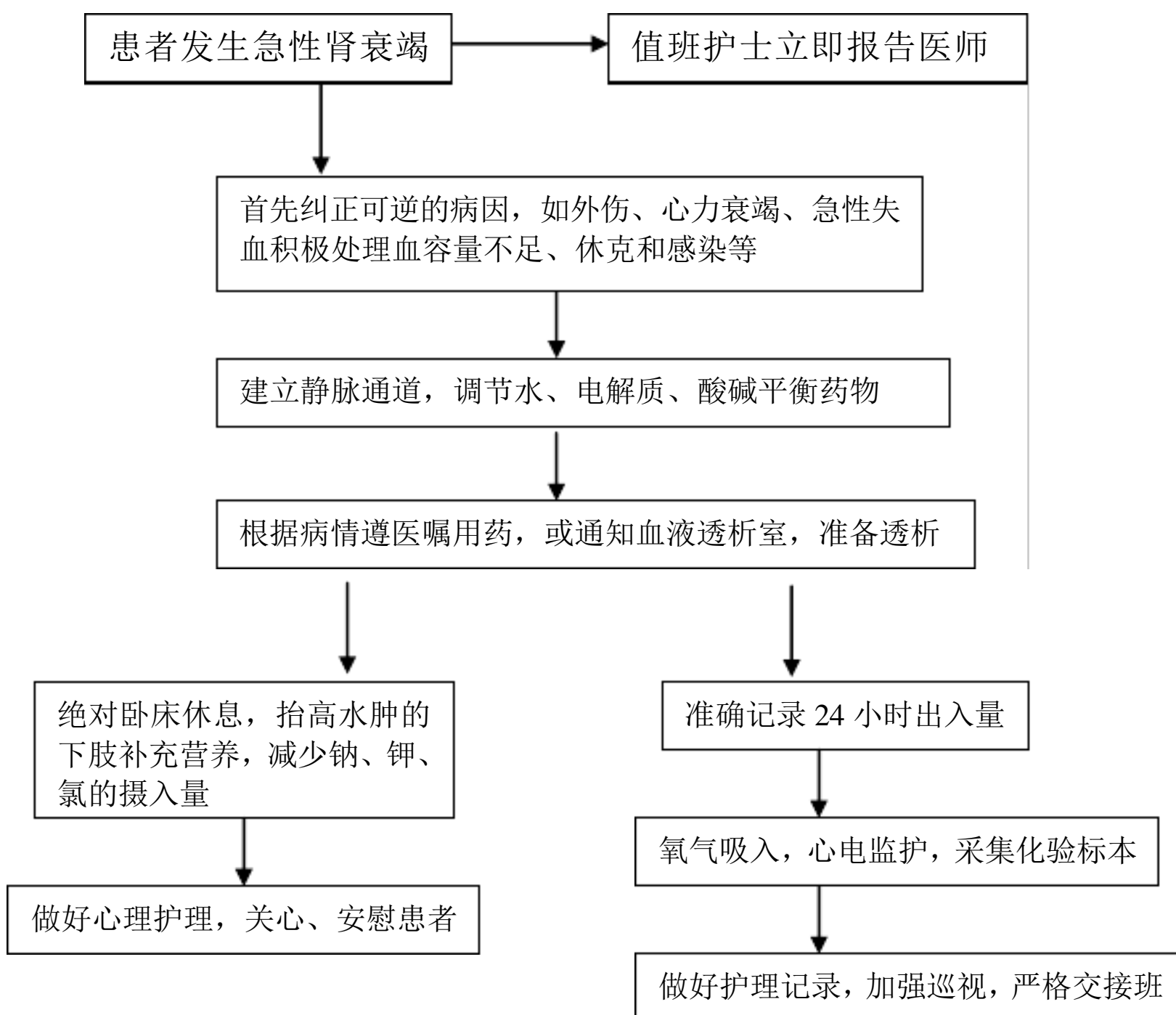
心电监护，监测心率、心律、血压情况，观察是否有高血钾特异心电图表现。

准确记录 24 小时出入量。

做好患者心理护理，关心、安慰患者。

认真做好，护理记录，加强巡视，严格交接班。

(二) 护理流程

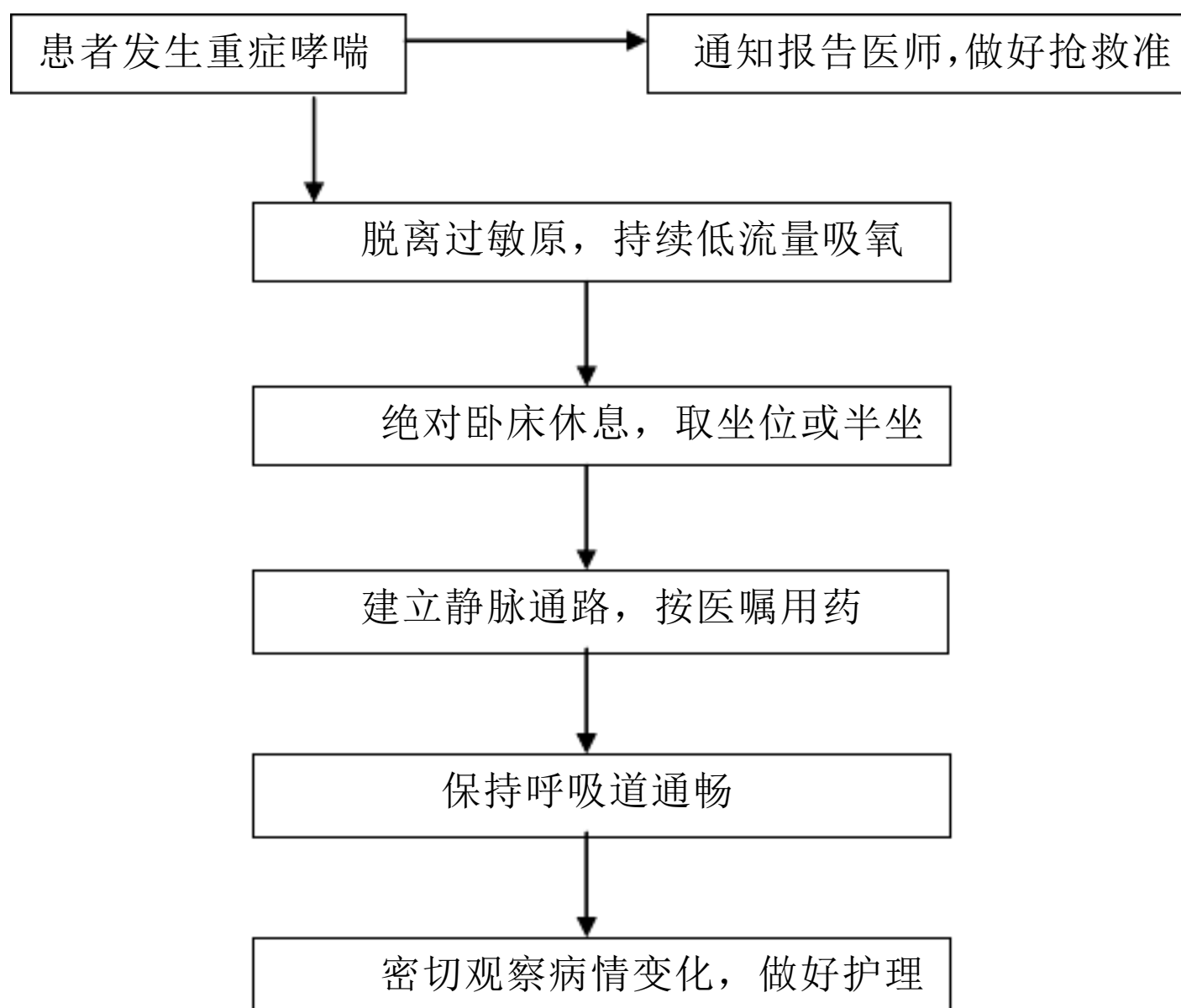


三、重症哮喘的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

- 患者发生重症哮喘、脱离过敏原，报告值班医师。
绝对卧床休息、取坐位或半坐位。
持续雾化吸入。
建立静脉通路 按医嘱给药。
持续低流量吸氧。
守护和安慰患者。
保持呼吸道通畅 以免导致呼吸衰竭。
密切观察病情变化。
认真做好护理记录 加强巡视。

(二) 护理流程

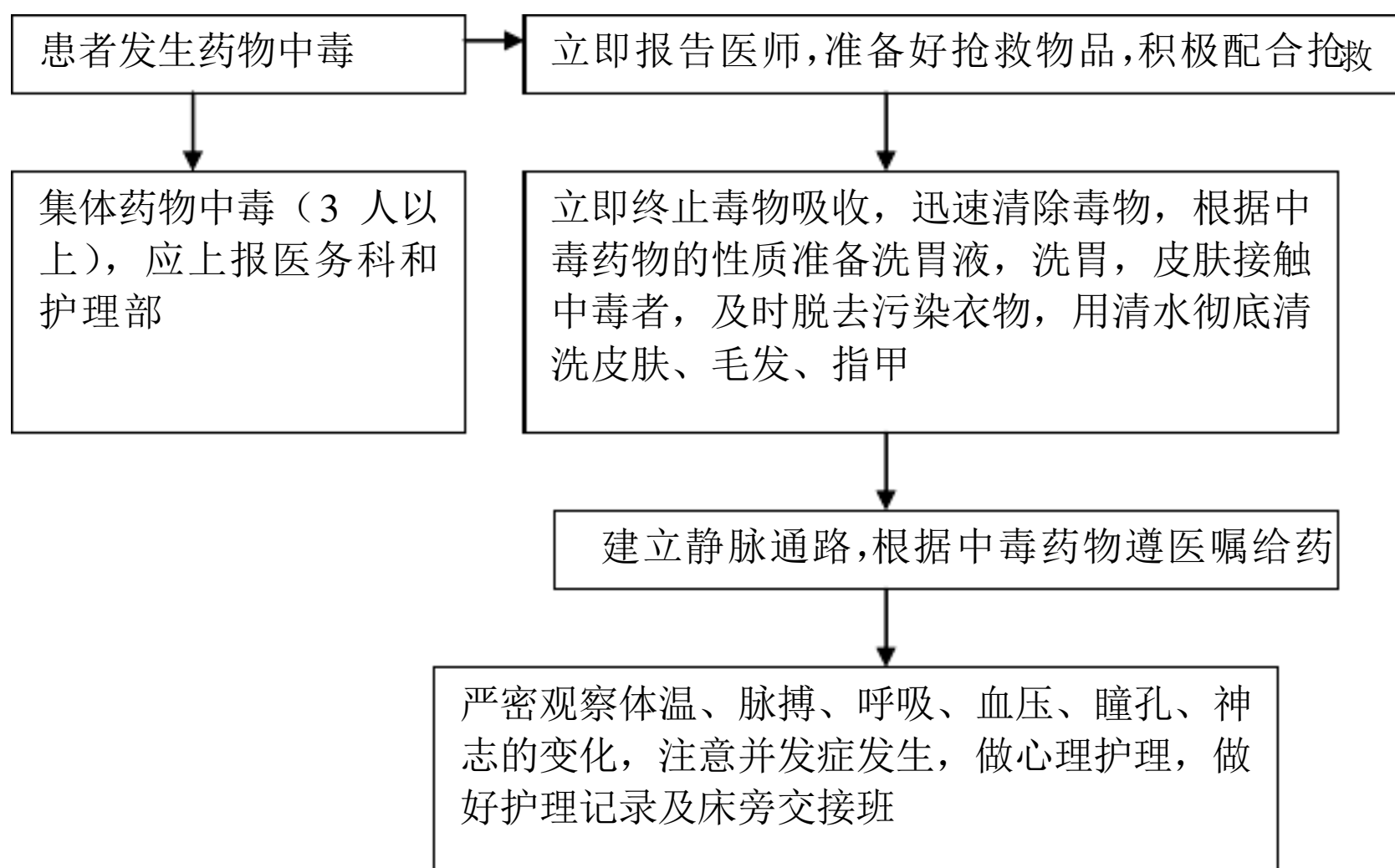


四. 药物中毒的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生药物中毒就诊时，值班护士应立即将患者安置在抢救床上。报告值班医师。
2. 立即终止毒物吸收，迅速清除毒物，根据中毒药物性质准备洗胃液，遵医嘱洗胃，清醒时给予催吐药，洗清为止。皮肤接触中毒者，及时脱去污染衣物，用清水彻底清洗皮肤、毛发、指甲。
3. 建立静脉通路，根据中毒药物遵医嘱给药。
4. 病情紧急的患者应准备好抢救物品及药品，配合医师进行抢救，如心肺复苏、吸痰、吸氧等。
5. 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔、神志的变化，注意并发症发生，做心理护理，做好护理记录及床旁交接班。
6. 集体药物中毒（3人以上），应上报医务科和护理部。

(二) 护理流程

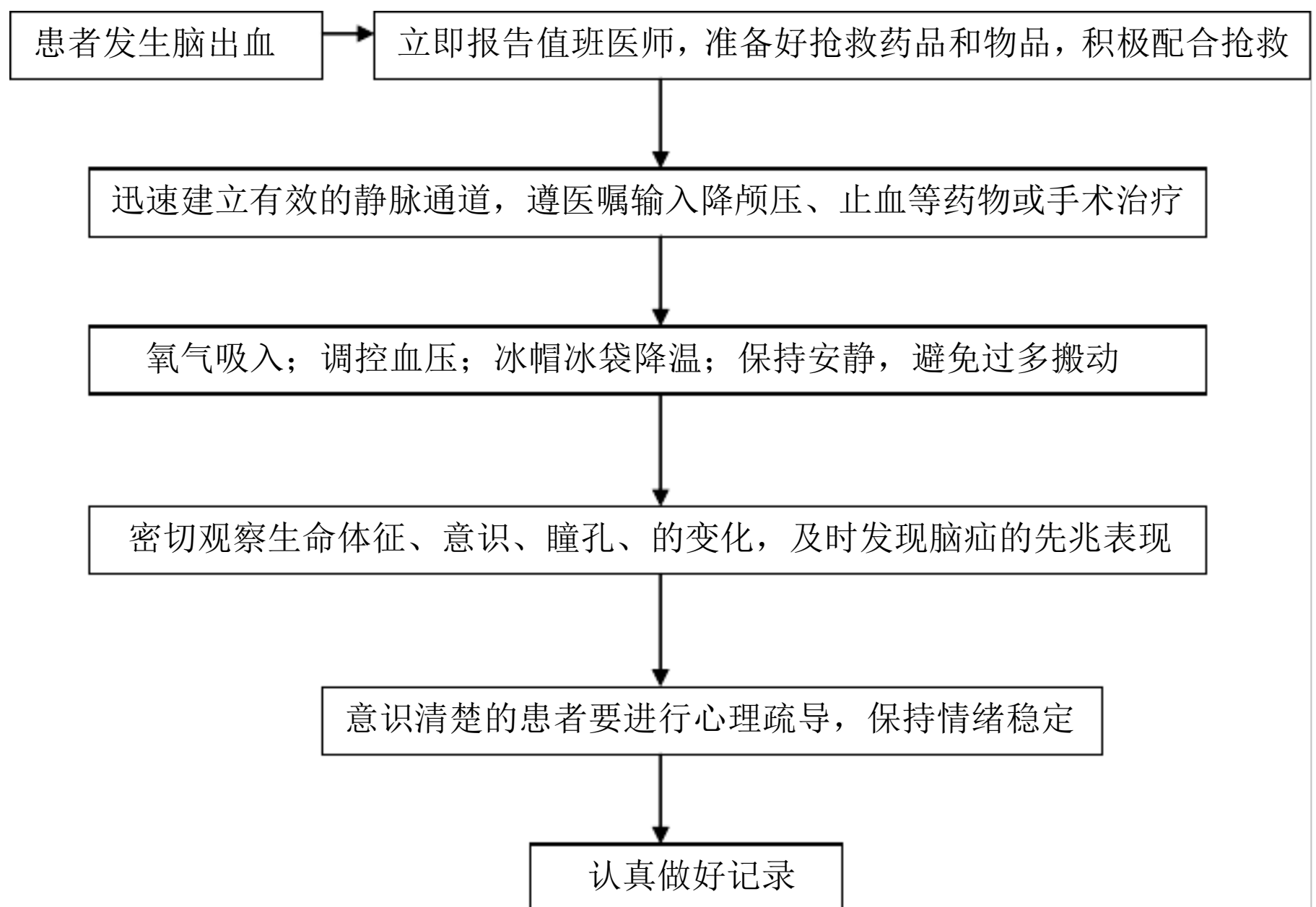


五. 脑出血的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

- 1.发生脑出血时，患者要保持安静，卧床休息，抬高床头15度~30度，减少搬动。
- 2 立即报告值班医师，准备好抢救药品和物品，积极配合抢救。
- 3 迅速建立有效的静脉通路，遵医嘱输入降颅内压、止血药物或手术治疗。
- 4 确保气道通畅，及时清除口鼻腔内分泌物和呕吐物，舌后坠者使用口咽通气道。
- 5 给予氧气吸入；调控血压；冰帽、冰袋降温；保持安静，避免过多搬动。
- 6 密切观察生命体征、意识、瞳孔、的变化，及时发现脑疝的先兆表现。
- 7 意识清醒的患者要进行心理疏导，保持情绪稳定
- 8 认真做好记录，加强巡视，认真交班。

(二) 护理流程



六. 脑疝的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

立即报告值班医师，准备好抢救药品及物品，积极配合抢救。

患者应保持仰卧头直位，，抬高床头 度，避免颈静脉受压。

迅速建立静脉通道，遵医嘱给予高渗治疗，避免输注含糖液体或低渗液体。

清除口鼻腔分泌物和呕吐物，但减少频率，防止频繁吸痰引起颅内压增高。

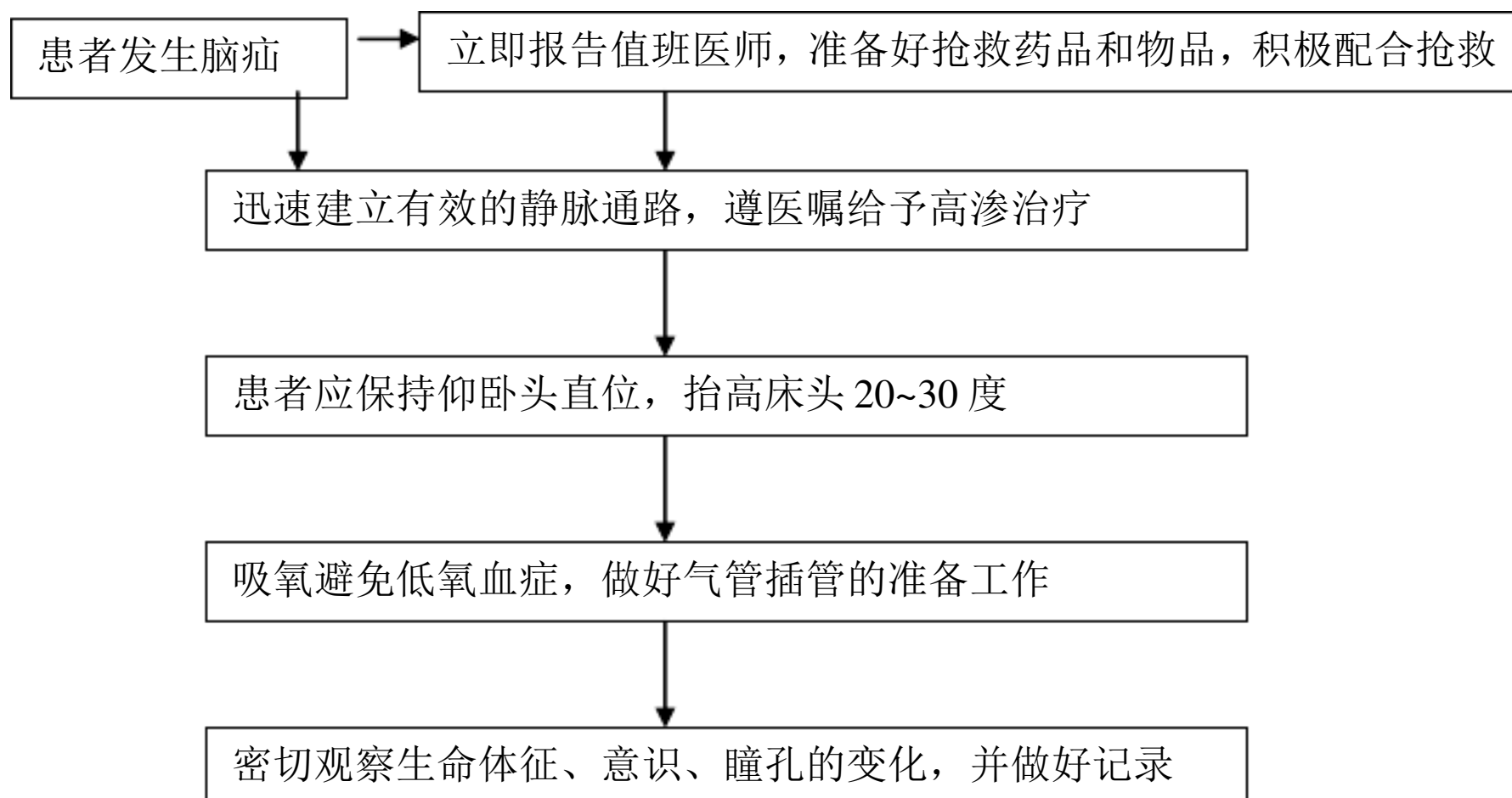
吸氧避免低氧血症

密切观察生命体征、意识、瞳孔的变化

做好气管插管的准备工作

转入监护室进一步治疗

(二) 护理流程



七. 癫痫持续状态的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

发生癫痫持续状态时，患者取头低侧卧或平卧头侧位，下颌稍向前，解开领扣、领带和腰带，取下活动义齿。

牙垫或压舌板置于患者口腔一侧上、下臼齿之间，防止舌、口唇和颊部咬伤
立即报告医师，从速控制发作，准备好抢救车、负压吸引器积极配合抢救。

迅速建立静脉通道，遵医嘱静脉推注地西洋 毫克。

清除口鼻腔分泌物，防止舌后坠。

氧气吸入，保证有效通气。

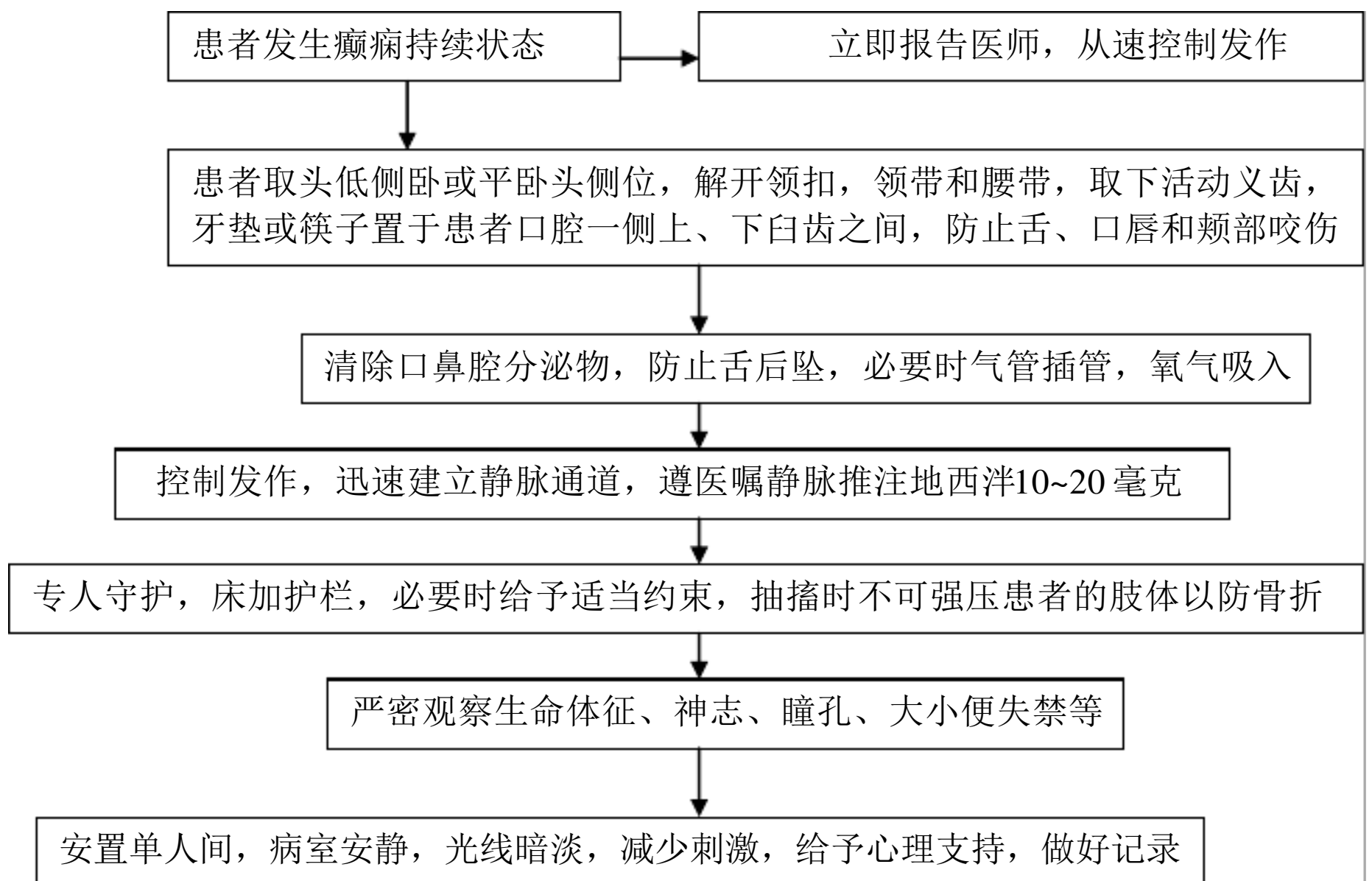
专人守护，床加护栏，必要时给予适当约束，抽搐时不可强压患者的肢体。以防骨折，对严重躁动的患者，应加强安全保护，防止自伤或他伤。

严密观察生命体征、神志、瞳孔、大小便失禁等。

观察发作的类型，记录发作时的表现、持续时间与频率。

安置单人间，病室安静，光线暗淡，减少刺激，给予心理支持。

(二) 护理流程



八、糖尿病酮症酸中毒的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

患者绝对卧床休息，注意保暖，给予低流量持续吸氧；昏迷患者保持呼吸道通畅，取侧卧位或平卧位，头偏向一侧，按昏迷常规护理。

补液：快速建立两路静脉通路，使用生理盐水，先快后慢，当血糖降至左右时改用葡萄糖液，并加入胰岛素。如患者无心力衰竭，在小时内输入以迅速补充血容量。在第小时内可输最初小时补液总量严重失水者可达。

胰岛素治疗 遵医嘱小剂量胰岛素静脉滴注。

纠正酸中毒、电解质紊乱。

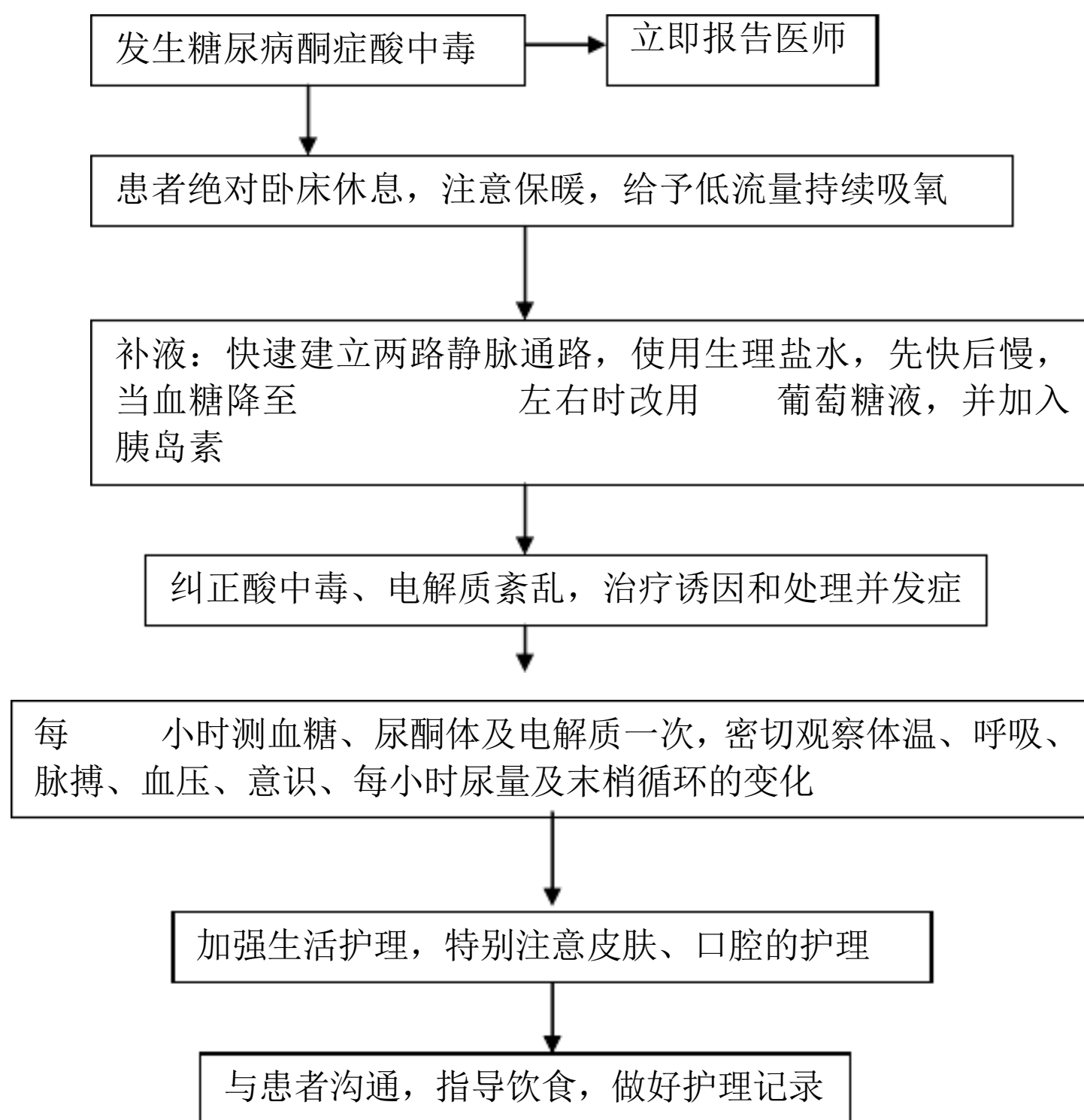
治疗诱因和处理并发症。

每小时测血糖、尿酮体及电解质一次，密切观察体温、呼吸、脉搏、血压、意识、每小时尿量及末梢循环的变化并做好护理记录。

加强生活护理，特别注意皮肤、口腔的护理。

病情稳定后与患者沟通，指导患者饮食。

(二) 护理流程



九、甲状腺功能亢进危象的应急预案及护理流程

一 应急预案

绝对卧床休息，呼吸困难时取半坐位，立即氧气吸入，迅速建立静脉通道。

及时准确按医嘱使用 丙硫氧嘧啶、复方碘溶液、肾上腺素能受体阻滞药、氢化可的松等药物。使用药物的过程注意观察病情变化，观察中毒或过敏。

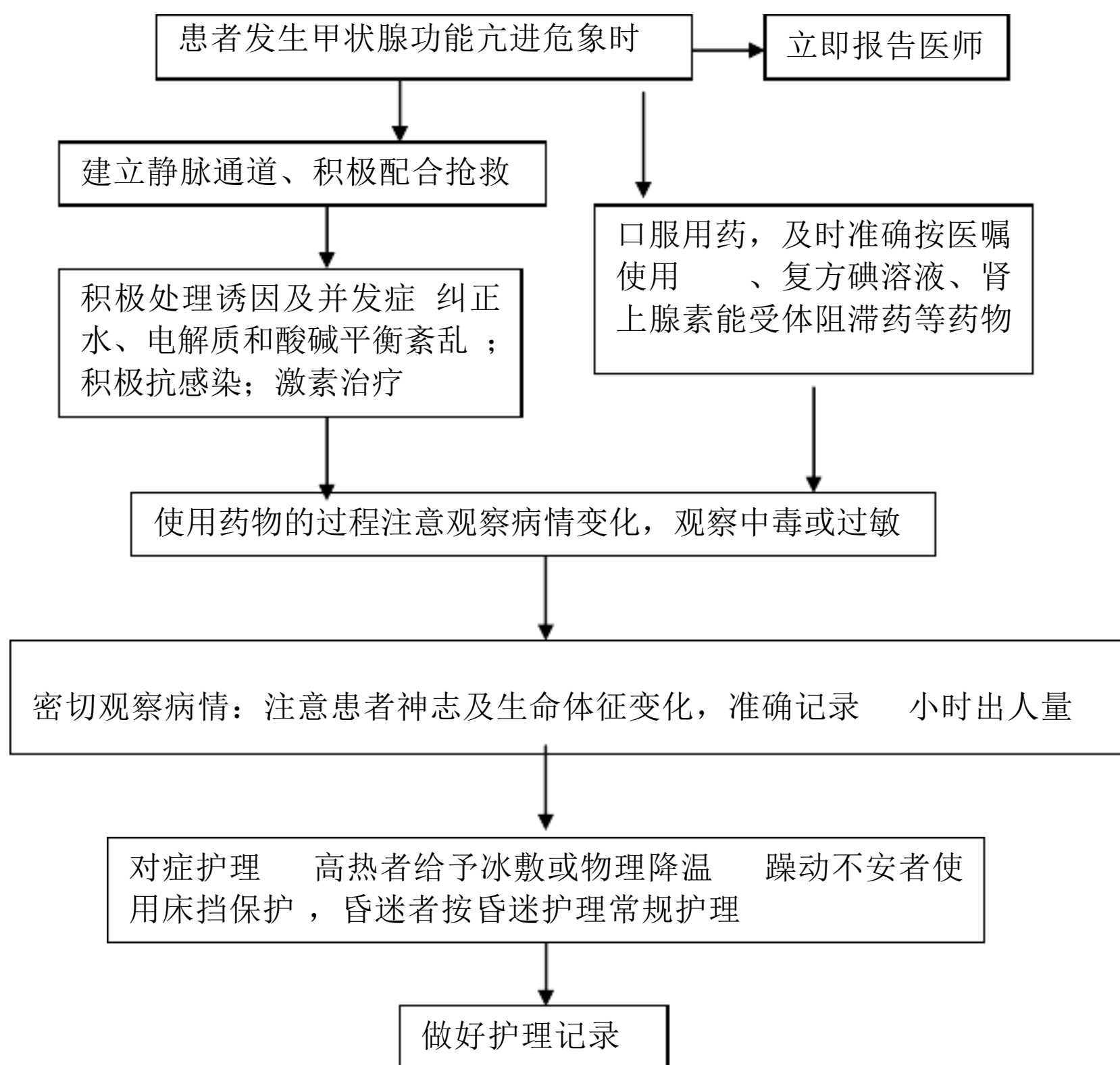
密切观察病情：注意患者神志及生命体征变化，准确记录 24 小时出入量。

对症护理：高热者给予冰敷或物理降温，躁动不安者使用床挡保护；昏迷者加强皮肤护理、口腔护理、定时翻身、防止压疮、肺炎发生。

积极处理诱发因素对症支持治疗：监护心、脑、肾功能；纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱；积极抗感染、治疗各种并发症。

做好护理记录。

二 护理流程



十、急腹症的应急预案及护理流程

一 应急预案

非休克的患者取半坐位，减轻腹壁张力，减轻疼痛。出现休克时，抗休克治疗。给予吸氧 建立静脉通路。

四禁 禁止使用止痛药、禁食水、禁止口服泻药、禁止灌肠。

四抗 抗休克、抗感染、抗腹胀、抗水电解质失衡。

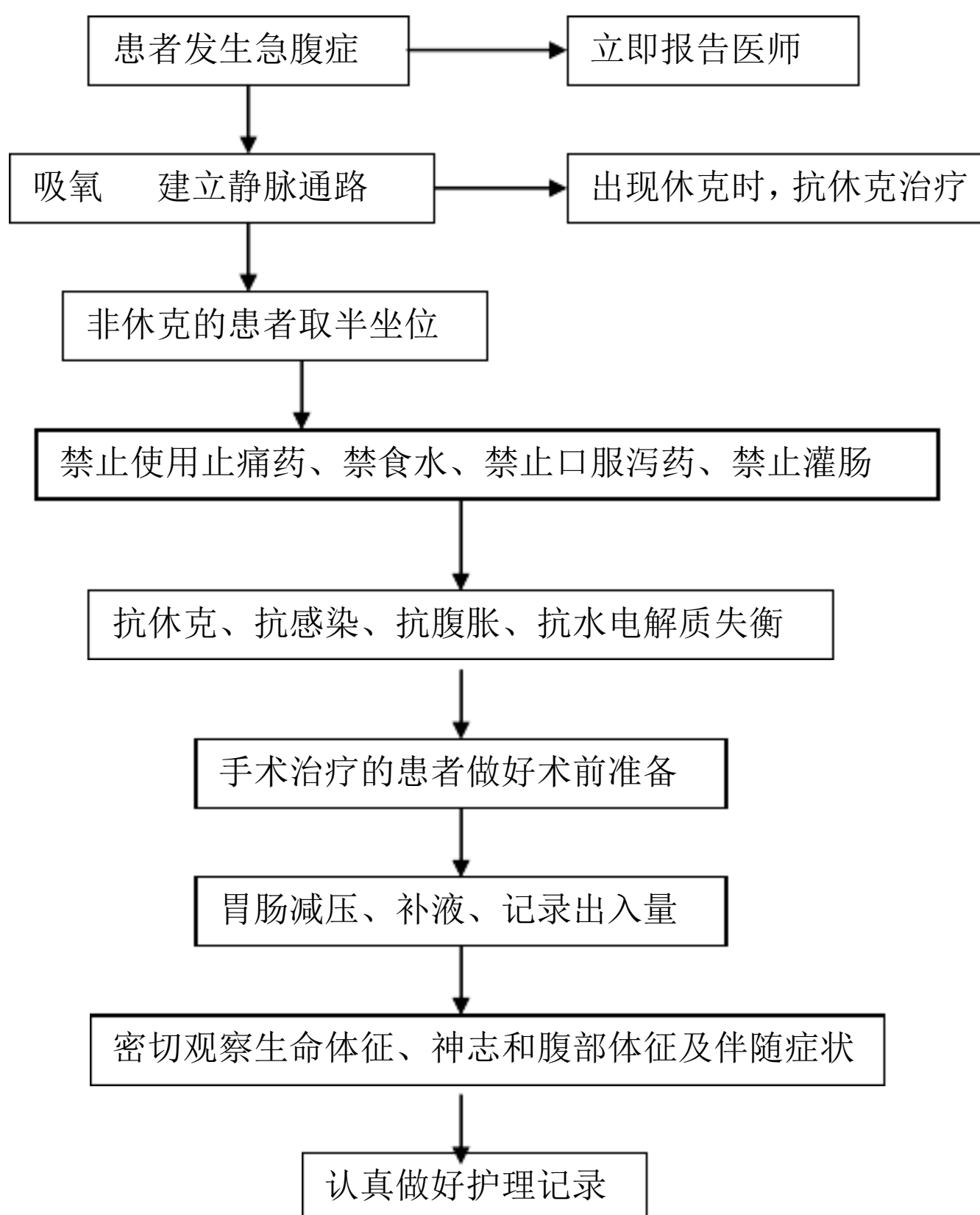
胃肠减压、补液、记录出入量。

密切观察生命体征和腹部体征。

手术治疗的患者做好术前准备。

做好护理记录。

(二) 护理流程



十一、开放性骨折的应急预案及护理流程

一 应急预案

护士应立即赶赴现场并同时报告医师。

对患者情况进行初步判断，如测量血压、脉搏、呼吸、判断意识等。

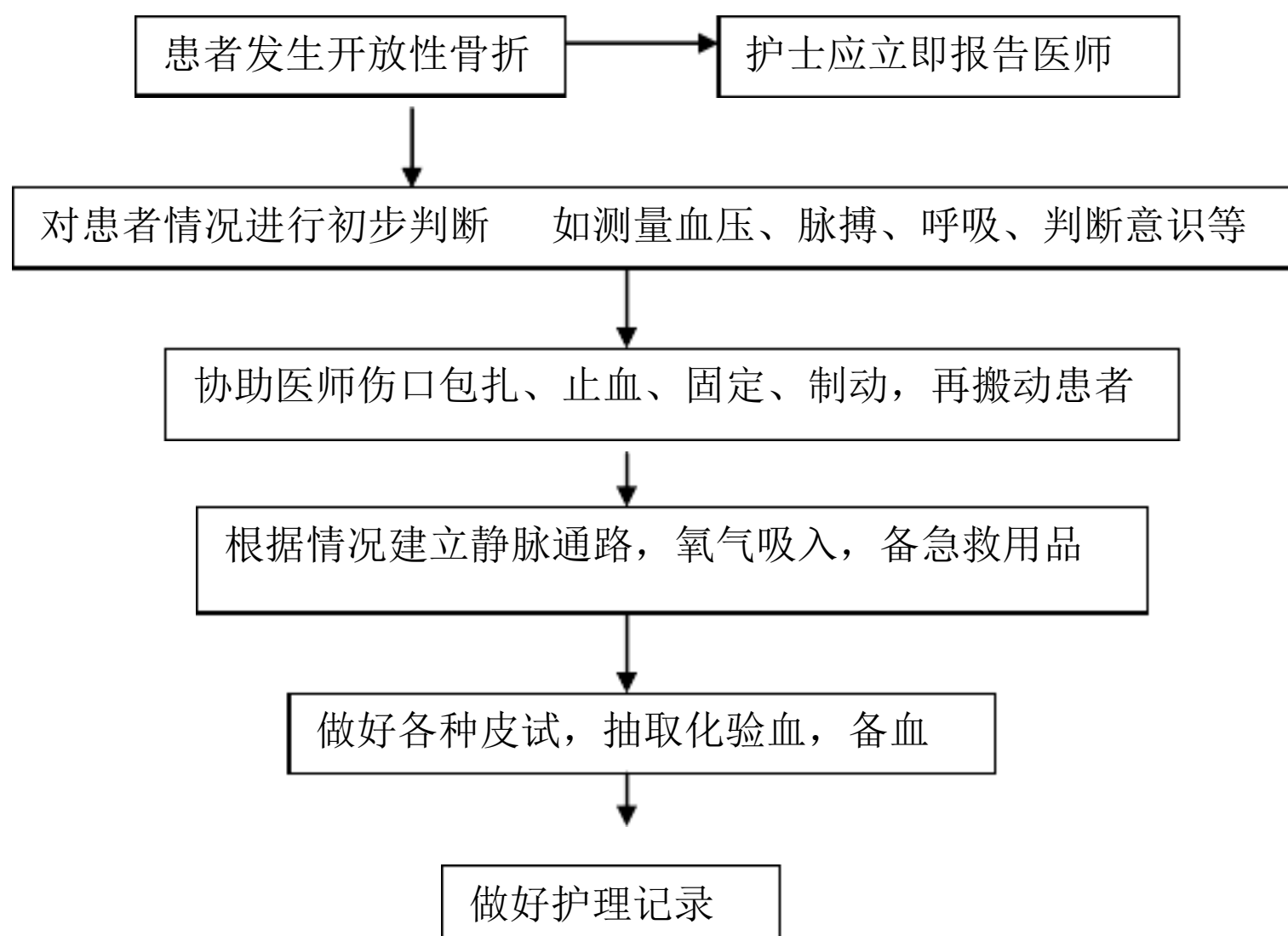
医生检查患者后，协助医师伤口包扎、止血、固定、制动，再搬动患者。

根据情况建立静脉通路，氧气吸入，备急救用品。

做好各种皮试，抽取化验血，备血。

做好护理记录。

(二) 护理流程



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/648022136040006051>