

护理应急预案及处理流程

一、患者发生噎食时的应急预案及流程

1、掌握患者病情及有关药物不良反应的表现，对服用抗精神病药物影响咽喉肌功能的患者，遵医嘱给予口服拮抗剂，并给予流质饮食及易消化的食物。

2、对存在药物不良反应者，应警惕噎食的发生。进餐时应有专人守在患者身旁，劝导患者细嚼慢咽，或将干食放进菜汤浸泡后再进食，必要时遵医嘱静脉补充能量。

3、对暴饮暴食者，避免患者将吃剩的馒头、包子等带回病房，防止发生进食意外。

4、一旦发生噎食，立即呼救，同时抠出患者口中的食物；
方法 1：将患者倒立，拍背，抠出食物。

方法 2：（Heimlc 手法）：双手环绕患者腰间，左手握拳并用拇指突起部顶住患者上腹部，右手握住左拳，向后上方有力冲击，挤压。

5、尽力将口腔深部的食物抠出，直至患者呼吸通畅。

6、心脏骤停行心肺复苏术，遵医嘱进一步治疗，直至生命体征恢复为止。

7、记录噎食与抢救的全过程。

8、分析噎食的原因，杜绝类似情况再次发生。

发现患者噎食

XXX 呼救的同时立即抠出患者口中的食物报告医生
心脏骤停行心肺脑复苏

遵医嘱进一步治疗

记录噎食及抢救的全过程

分析噎食原因，杜绝类似情况再次发生

二、患者发生误吸时的应急预案及流程

1、一旦发现患者发生误吸，立即将患者采取俯卧位，头低脚高，扣拍背部，尽可能使吸入物排出，并同时通知医生。

2、及时清理口腔痰液、呕吐物等。

3、监测生命体征及血氧饱和度，如出现严重发绀、意识障碍及呼吸频率、深度异常，在采用简易呼吸器维持呼吸的同时，急请麻醉科插管吸引或气管镜吸引。

4、必要时遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品。

5、通知患者家属，向家属交卸病情。

6、做好护理记录。

发现患者误吸后通知主管医生取俯卧位，头低脚高
扣拍背部，尽可能将吸入物排出

及时清理口腔内痰液、呕吐物

监测生命征，协助医生做好抢救工作

通知患者家属，向家属交卸病情

做好护理记录

三、患者发生躁动时的应急预案及流程

1、当发现患者突然发生躁动时，立即说服并制动患者，防止发生不测，通知医生。

2、监测生命征，遵医嘱给予镇静药物，保护约束制动。

3、通知家属，向家属交代病情。

4、必要时遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品。

5、做好护理记录。

发现患者躁动

保护患者身旁，防止患者发生误伤通知主管医生准备束缚患者的物品，必要时制动患者

遵医嘱予镇静药物

XXX 协助医生通知家属并向家属交卸病情

准备抢救药物及物品

做好护理记录

四、患者发生自杀时的应急预案及流程

1、发现患者自杀，立即通知医生，携带必要的抢救物品及药品与医生一同赶赴现场。2、判断患者是否有抢救的可能，如有可能，应立即开始抢救工作。

3、如抢救无效，应保护自尽现场（病房内及病房外现场）。

4、通知医务科及院总值班，服从领导安排。

5、协助主管医生通知家属。

6、配合院领导及有关部门的调查工作。

7、做好各种记录。

8、做好家属的安慰工作。

发现患者自尽

XXX 与医生尽快赶赴现场

保护现场

通知院总值班及医务科配合院领导及有关部门的调查工作通知家属做好各种记录

做好家属的安慰工作

五、患者发生自伤时的应急预案及流程

1、加强病房管理，定时做好安全检查，杜绝病室不安全因素。

2、关心患者，对有自杀、自伤企图的患者，要经常主动与其接触，态度和蔼，语气亲切，了解其思想动态及心理活动，消除患者的悲观情绪。

3、密切观察患者心理动态，发现消极观念必须及时报告医师，重点交接班，加强监护。4、当发现患者自伤时，立即制止患者的自伤行为，稳定患者情绪，报告医生。

5、协助医生评估受伤情况，迅速采取消毒包扎、止血等措施。如伤情严重，如大血管损伤出血、内脏损伤、骨折等应急及早联系外科医生手术治疗。

6、严密窥察患者生命体征及相干病症。

7、总结经验，分析原因，杜绝类似情况再次发生。

发现患者自伤

制止行为发生发展，稳

定患者情绪

报告医生

立即评估受伤情况并

处理受伤

按照伤情举行进一步抢救处理

及时记录工作经过及抢救处理过程

分析原因，根绝相似情况再次发生

六、患者发生冲动行为时的应急预案及流程

1、将兴奋患者与其他患者分开，以免互相影响，并阻止其它人围观和，减少外界的刺激。2、对轻度兴奋躁动患者，

要引起重视，尽可能转移其注意力，极度兴奋躁动的患者，安排住隔离病房，并重点监护。

3、对伤人、毁物的患者要好言抚慰，尽可能说服患者停止暴力行为，当劝导无效时，报告医生，采取保护性措施。

4、对被约束的患者，加强监护、防止被其他患者攻击。

5、加强巡视，提供生活护理，做好床旁交班，检查约束带的数量，松紧度及其它特殊情况。6、患者经治疗安静合作，及时解除约束。

发现患者冲动伤人行为

保护性隔离约束报告值班医生严密监护患者动态。

及时做好护理记录与交接班记录做好基础护理及病情观察，根据医嘱做好相应治疗

做好安康教育与心理护理

适时解除约束

七、患者发生自缢行为的防范预案及流程

一) 防范预案

1、护理职员应对病区内的消极患者做到心中有数，密切窥察患者静态，防范不测发生。2、联合患者病情，做好心理护理，鼓励患者参加工娱疗活动，以转移、分散患者的消极自尽意念，改良情绪。

3、加强病区内危险品的管理，对消极患者应重点做好安全检查，尤其是每次外出返室时都应仔细检查，同时应做好家属的安全宣教。

4、夜间应加强巡查，做好就寝护理，对入眠艰巨、早醒的消极患者应密切窥察，必要时通知医生及时处理。

5、有严重消极情绪的患者，应 24 小时监护在工作人员的视野内，必要时遵医嘱约束保护，或请家属协助陪护。

二) 患者自缢应急处理流程

1、一旦发现患者自缢，应采取以下措施：

①、呼叫其他工作职员。

②、即刻从背部向上托起抱住自缢者，接触或剪断套绳，然后将其平卧快速判断有无呼吸、心跳。③、如果患者心跳呼吸已停止，应果断地进行胸外按压和人工呼吸，并立即报告值班医生、科主任、护士长或科室急救小组成员，并通知医务科、护理部或医院总值班。

④、医生到达后，遵医嘱协同做好抢救及护理工作。

⑤、在抢救的同时，应及时通知患者家属来院。

⑥、及时书写护理记录，包括：发现患者自缢的时间、地点、生命体征、抢救过程。

发现患者自缢

呼救立即上托患者，松解或剪断套绳
将患者平卧，检查神态、呼吸、血压与脉搏、保持呼吸道
通
畅，心跳呼吸骤停时，立即行心肺脑复苏
遵医嘱协同医师举行抢救
及时书写护理记录

8、患者出走的防范预案及流程

一) 出走防范预案：

- 1、平时要鼓励患者多参加集体活动，以转移患者的出走意念。
 - 2、交接班时，必须清点患者人数，做到班班交清。
 - 3、患者进出病区时，密切注意患者动向，不让患者在工作人员的视野外活动，经常清点患者人数。
 - 4、认真评估患者，对有出走企图的患者，要重点观察其动态，及时发现出走先兆迹象，采取有效干预措施，谨防患者出走。
 - 5、对出走企图激烈的患者不宜带出病区活动，应安排在宿疾房举行重点监护。
 - 6、一旦发现患者出走，发现者应采取适当措施（包括呼叫门卫看好大门），防范患者走出院外。
- （二）患者出走应急处理程序

1、判断患者已离开病院，应立即敷 XXX 主任、护士长，迅速组织病区工作职员在市内展开寻觅。2、将患者出走情况敷陈医务科、护理部，逢节假日敷陈总值班。

3、通知患者可能前往的家属及亲戚朋友，请他们协助寻觅。

4、若 24 小时没有出走患者的信息，则上报所在地区派出所。

5、若有出走患者的信息，则组织职员派车接回。

6、做好记录。

判断患者已离开医院

报告上级部门，通知患者家属

同时组织病区工作职员在市内有关车站寻觅

若 24 小时没有出走患者的信息，则上报所在地区派出所、公安分局

若有出走患者的信息，则组织人员派车接回

做好记录

九、患者吞服异物的应急预案及流程

1、一旦发现患者吞服异物，首先安抚稳定患者情绪，了解异物种类与数量。

2、检查口腔和咽部有无外伤，评估患者受伤情况，并分别采取对应措施，若吞下体积较小并且表面光滑的异物，一般可随粪便排出体外，可让其吞食大量的纤维素类植物，如韭菜、芹菜等（切成一寸长，不要烧得过热），观察患者每次排便情况，了解异物是否排出，若为金属异物，应进行 X 光检查，寻找异物所在部位并对症处理，对无法从粪便排出的异物，遵医嘱做好术前准备。

3、密切观察患者有无内出血症状，如腹痛、腹胀、四肢发冷、出汗、解柏油样大便等，出现这类情况，应立即报告医生行外科手术等处理。

4、具体记录病情变革。

5、总结经验、分析原因，杜绝类似情况再发生。

发现患者吞食异物

报告医生稳定患者情绪，评估异物种类与数量根据医嘱，采取不同措施促进异物排出

密切窥察患者生命体征变革及有无出血病症，若有出血病症，立即敷陈医师行外科手术治疗

记录噎食及抢救的全过程

分析噎食原因，根绝相似情况再次发生

十、发现患者精神病药物服用过量的防范预案及流程

一) 防范预案

1、病区药品应妥善管理，养成随手关门惯，防止患者擅自进入处置室取药。

2、发药到口，加强检查，以保证药物服下，同时看护好药盘防止患者私自取药。

3、护士每日铺床时应认真检查床单元和床旁柜，根绝药品置于床褥及床旁柜内，对有消极企图的患者更应认真检查。

4、对请假外出的患者返回病区时，由值班护士认真做好安全检查，防止药品私自带入。（二）、应急处理：一旦发生服药过量事件，立即报告医生，采取急救处理措施。

1、促进毒物排泄

1)、催吐和洗胃：清醒患者不论服药时间长短，应予以催吐或洗胃，洗胃前应抽少量胃液，做药物定性定量试验。催吐时让患者口服温开水，生理盐水或 1:5000 高锰酸钾溶液后催吐，如此反复进行，直至吐出液体变轻为止，如意识不清或不适合催吐者，遵医嘱给予温开水或 1:高锰酸钾溶液反复洗胃。口服或灌入引流液时要注意见出量后再服入或灌入，每次 300—500ml，直至引流液与口服或灌注液颜色相同为止。

2)、在洗胃过程中，要密切观察患者的生命体征和面色，面色苍白或呼吸急促或胃液中有血丝，即停止洗胃。

2、建立静脉通道并保持通畅，按医嘱输液，促进药物排泄。

3、保持呼吸道通畅，及时肃清口鼻及上呼吸道内的排泄物，给予吸氧。

4、去枕平卧，尽量少搬动头部，以避免体位性低血压。

5、密切观察、记录病情和 24 小时出入量。

发现患者精神科药物服用过量

将患者安置在抢救室

立即通知医师，遵医嘱给予催吐或洗胃

留取胃内容以做药物定性试验

建立静脉通路，观察患者生命体征

做好各项抢救措施

精确及时写好护理记录

十一、无抽搐电休克治疗应急预案及流程

无抽搐电休克是在通电治疗前，先注射适量的肌肉松弛剂，然后利用一定量的电流刺激大脑，引发患者认识损失，从而达到无抽搐发作而治疗精神病的一种方法。治疗时患者可呈现气道排泄物增加，舌根后坠而影响通气功能，以至呈现心排出量

减少，低血压、心跳骤停，心律失常等征象，为防止不测发生，必须做到以下几点：

1、治疗室备有氧气、气管插管用物、面罩、吸痰器、吸痰管、监护仪及抢救药品等急救物品，并保证处于备用状态。

2、治疗前核对患者是否有治疗禁忌症，是否已经禁食。

3、治疗室严厉遵守操作规程。

4、治疗前按医嘱使用阿托品，治疗后意识未恢复者，使头偏向一侧，保持呼吸道引流通畅，密切观察血氧饱和度及生命征情况。

5、如果患者呈现心跳骤停、心率失常、低血压等情况，应协助医生对患者施行抢救，密切窥察生命征直至平稳。如果呈现气道排泄物增加，应立即给予电动吸痰。如果呈现呼吸机麻痹或舌根后坠应给予人工呼吸、放入口咽通气管等方法保持气道通畅，并密切窥察血氧饱和度变革。

6、与病房护士做好病情交接。

抢救物品处于备用状态

严厉遵守操作规程

病情发生异常变革时

立即报告医生

按照相关抢救流程配合抢救

完善抢救记录

与病房护士做好交接

十二、精神病患者在大院活动期间发生危机情况应急预案

精神病患者在大院活动期间发生的危急状态包括：打架、跌倒、昏迷、心跳呼吸骤停等。1、在开大院期间，患者发生各种危急状态时，原则上由最近岗位和巡岗的人员共同处理和救护，相邻岗位的人员协助守岗。

2、患者打架的处理：发现患者打架，巡岗应立即前往处理，在查明患者所在病房后，通知病房派人将患者接回病房。

3、患者跌倒的处理：最近岗位的人员应立即通知巡岗人员前去查看，必要时参与处理和抢救。患者发生跌倒后，首先给患者平卧、查体和测量生命体征等，如患者发生外伤、意识障碍、癫痫发作、呼吸心跳骤停等，应立即采取必要的处理或抢救措施，并同时电话通知病房或急诊科派人携带抢救物品前来抢救。

4、患者在大院活动期间发生危机状况需求病房协助救护时，守岗职员通知精神科大院内任何一个病房，病房在接到救护患者紧要通知后应立即安排医务职员携带抢救物品参与对患

者的抢救。5、岗位互助说明：1、2号岗为互助岗位，3、4号岗为互助岗位，6号和体育岗为互助岗位。6、做好记录。

发生危机情况

患者跌倒患者打架

最近岗位通知巡岗职员检察，必要时共同处理和抢救巡岗通知病房将患者接回病房给患者平卧、查体和测量生命体征病人一旦呈现呼吸、心跳骤停如果患者发生认识障碍、癫痫发作

就地抢救，畅通呼吸道，胸外心脏按压及人工呼吸保持呼吸道通畅，保护患者避免外伤

电话通知病房或急诊科，派人携带必要的急救物

品参与与抢救患者

病情许可，转入病房或急诊科，继续抢救

做好记录

十三、精神病患者外出检查途中出走的应急预案

1、精神病患者要做检查，医护职员必须对患者举行病情评估，了解患者的心理静态，不协作或有出走企图的患者必须要有医护职员扶送。

2、精神病患者外出检查前，医护人员要详细向护送人员和家属交代患者的病情以及途中有可能出现的情况，必要时采取相应的预防措施。

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/958062044076006036>