

手术患者呼吸、心搏骤停的应急预案

（一）应急预案

1、心肺复苏

（1）胸外心脏按压：患者仰卧于硬板床或地板上，保持呼吸道通畅。胸骨中下段重拳叩击 1 次。术者左手掌根置于胸骨中下段 1/3 处，右手压于左手背上，掌根重叠，双臂垂直按压胸部并借操作者的体重向脊柱方向带有冲击性地按压，按压深度 4-5cm，频率 100 次/分钟。若为小儿，只用一掌根按压即可，新生儿可用 2-3 指的指腹压力按压（不可用力过猛、过大，避免肋骨骨折），100 次/分钟。挤压与放松之间百分比各占 50%，按压力度要均匀，每次按压后必须完全解除压力，胸部回到正常位置。胸外心脏按压的同时，给予人工呼吸，比例为 30：2。在进行人工呼吸时，应暂停按压。

（2）控制呼吸：将面罩紧贴于患者口鼻上或将呼吸器与气管插管套管相接，间歇、节律地挤压呼吸囊（一次 700-1000ml 气体），形成被动吸气后呼气，10-12 次/分钟，可持久、有效的人工呼吸，适合现场抢救。气管内插管后机械通气，以机械方式进行人工呼吸，特别适用于无自主呼吸或自主呼吸极微弱、肺泡通气不足、急性呼吸窘迫综合症等。

（3）监听呼吸的声音，保持管道通畅，防止扭曲或呼吸道梗阻。

2、胸外电除颤术

（1）除颤前，正确连接各部件，检查仪器性能，接电源，做好除颤前的准备工作。

（2）电极板涂导电胶或用生理盐水纱布包裹，分别放置在心尖部和胸骨右侧缘第 2 肋间。

（3）充电：直流电除颤，能量选择 360J。

（4）除颤：术者手持电极绝缘柄，身体离开患者和床，按下放电钮，直流电电击时间为 0.0025-0.004 秒，交流电电击时间为 0.2 秒。除颤后应快速胸外心脏按压，约 2 分钟后，判断有无恢复窦性心率，若仍无室颤，可给予第二次除颤。最多 3 次除颤。患者抽动一下，立即观察心电监护仪，并听心音。若仍有室颤，可准备第二次除颤。

3、一般措施

（1）保持呼吸道通畅，迅速建立人工呼吸。

（2）迅速建立静脉输液通道。若穿刺困难，立即协助医生做心静脉置管

或静脉切开。

(3) 严格医嘱用药，口头医嘱必须复述一次后方可执行。加药用的注射器，用标签纸注明药品名称以防止配伍禁忌；液体包装袋，应在其表面注明内含药名、剂量，以便控制输液速度；药袋、安瓿等需保留至抢救停止，以便查对和统计。

(4) 备齐急救药品和器材。备好灭菌的除颤器极板。

(5) 连接吸引器，协助安装呼吸机、除颤器等。

(6) 严格执行“三查八对”制度和无菌技术操作规程。随配合手术医生、麻醉医生工作。

(7) 固定患者，上好约束带，防止坠床。

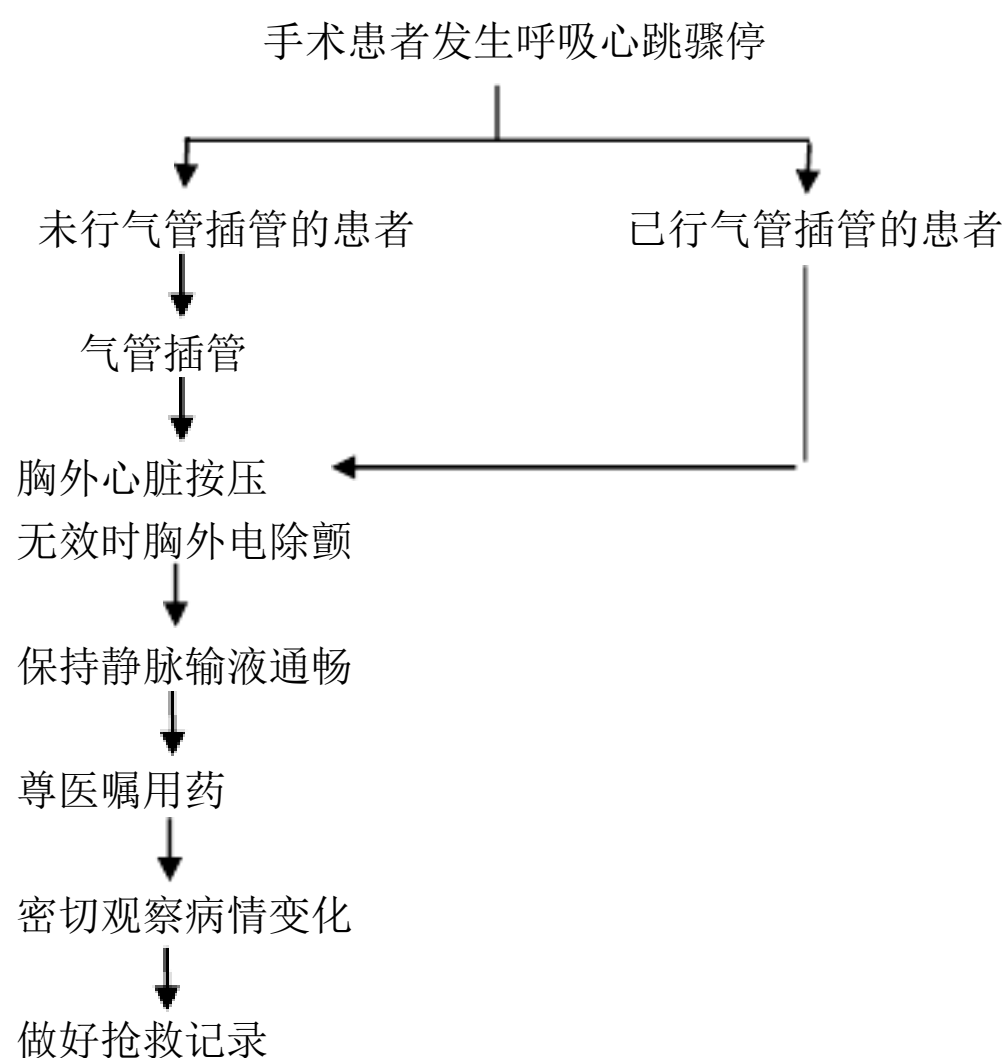
(8) 密切观察体温、脉搏、血压变化及出血量、输入量、尿量，并详细记录。

(9) 具有爱心观念，一切操作应轻、稳，防止粗暴，避免在抢救中并发其他损伤。

(10) 及时、准确地留取各种标本。

(11) 注意为患者保暖及戴帽或头部冰敷。

(二) 流程



术中大出血的应急预案

（一）应急预案

1、评估周围血管情况和已开放静脉通路。迅速建立多条静脉通道，尽快补充液体。尽快配血、取血，输注血液制品。必要时协助医师静脉切开或深静脉置管。输液应先快后慢，避免过快、过多引起心力衰竭、肺水肿等并发症。

2、手术止血。评估出血原因、部位、出血量，必要时洗手护士配合手术医师修补损伤出血处，彻底止血。

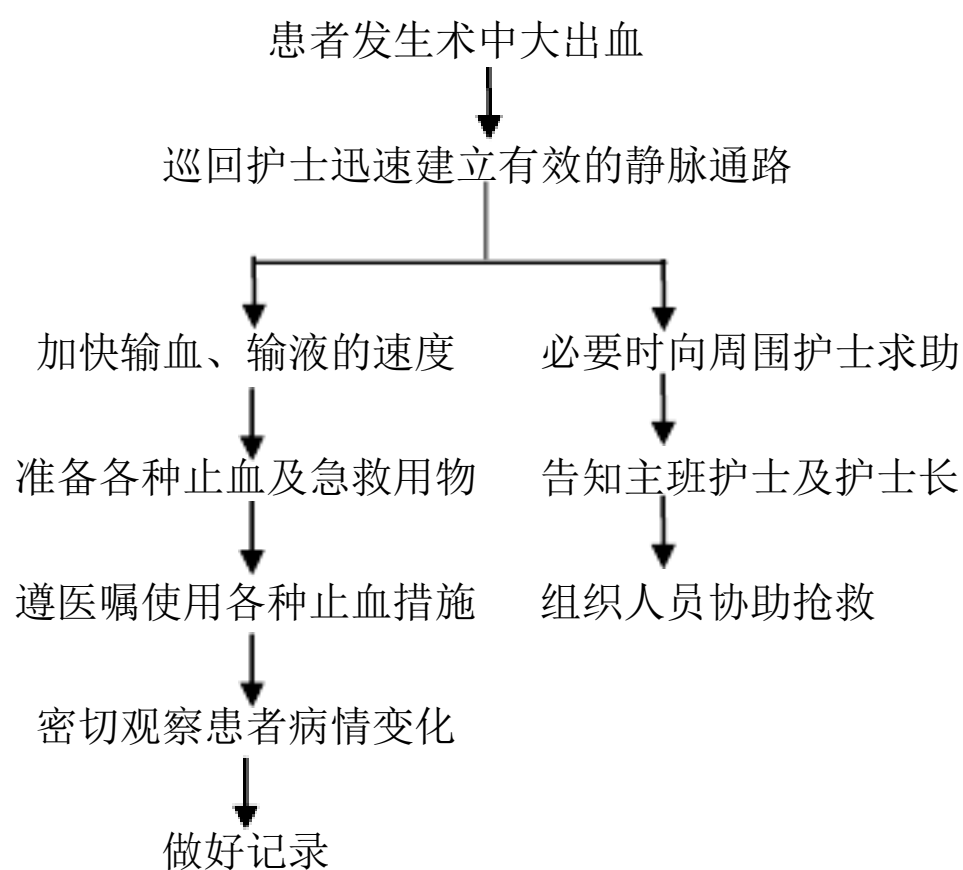
3、药物止血。巡回护士遵医嘱给予止血药物如止血敏、止血芳酸、立止血等，血液制品如新鲜冰冻血浆、冷沉淀、血小板等。必要时加压输血。

4、迅速、准确执行医嘱，口头医嘱重复两遍后确认无误方可用药。空安瓿或药瓶留下待抢救结束后备查。纠正酸碱平衡失调，及时抽取血气分析。观察、准确评估出血量、尿量、补液量，观察补液速度和输血情况。

5、报告护士长组织抢救，备好特殊手术器械和用物：静脉切开包、血管夹、显微器械、血管缝线、深部止血钳、止血胶、止血绶等。

6、血压过低时做好心跳骤停的抢救准备，及时完成护理记录，医嘱签字。

（二）流程



术中误吸的应急预案

（一）应急预案

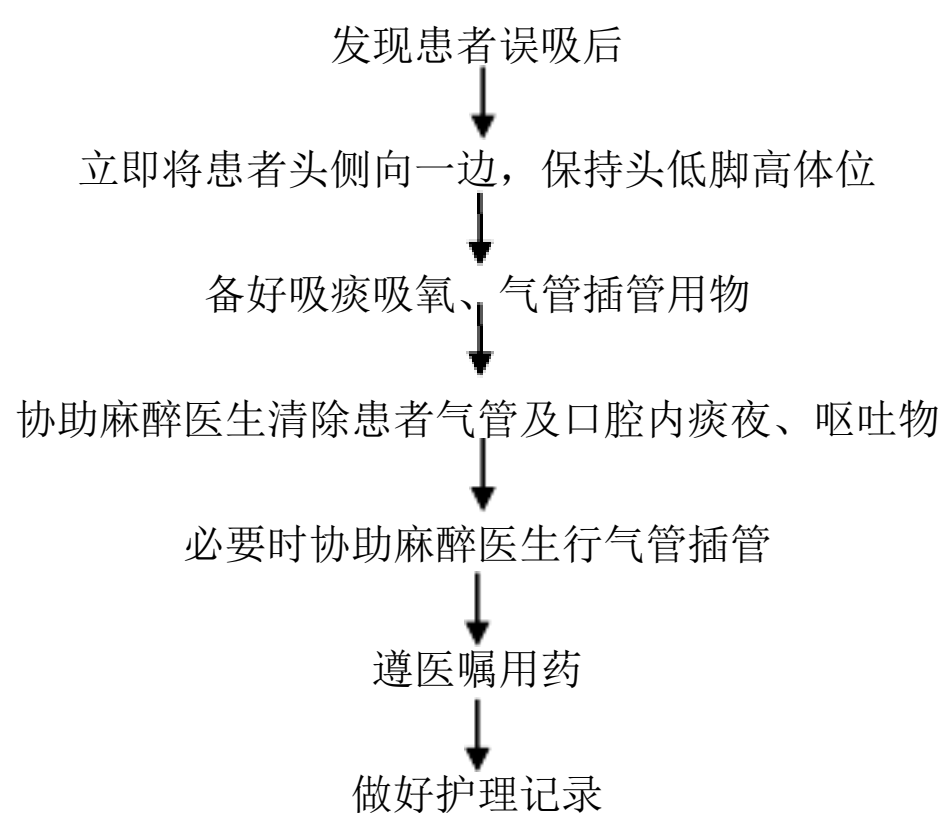
1、术中患者因误吸而发生病情变化后，护理人员可让患者处于头低脚高位，头偏向一侧，呼叫其他医务人员帮助，迅速备好负压吸引用物（负压吸引器、吸痰管、生理盐水、开口器、喉镜等）。

2、协助麻醉师给患者行负压吸引，快速吸出口鼻及呼吸道内吸入的异物、痰液等。

3、患者出现神志不清、呼吸心跳停止时，应立即进行胸外心脏按压、气管插管，遵医嘱给予抢救用药。

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

（二）流程



大批伤员手术抢救的应急预案

突发事件或灾难性事件如地震、车祸、空难、火灾等意外灾害，有成批的伤员需要救治的紧急情况。成批伤员的抢救应由医院领导指挥，手术室组织人力、物力积极配合抢救。

（一）应急预案

1、接到通知后，了解受伤原因、人数、伤势、预计到达手术室的时间，准备所需抢救用物、手术器械、手术用物，通知所需参与抢救人员。

2、报告医院总值班、手术室护士长、麻醉科主任，护士长或主班护士立即划分、组织好若干个抢救小组，建立指挥调度中心。手术室工作人员必要时全体护士到岗，并保证通讯通畅，合理调配人员。

3、准备手术用物，如器械包、布类、清创车、电脑止血仪，准备抢救药物、液体和设备，做好术前准备，迎接患者。

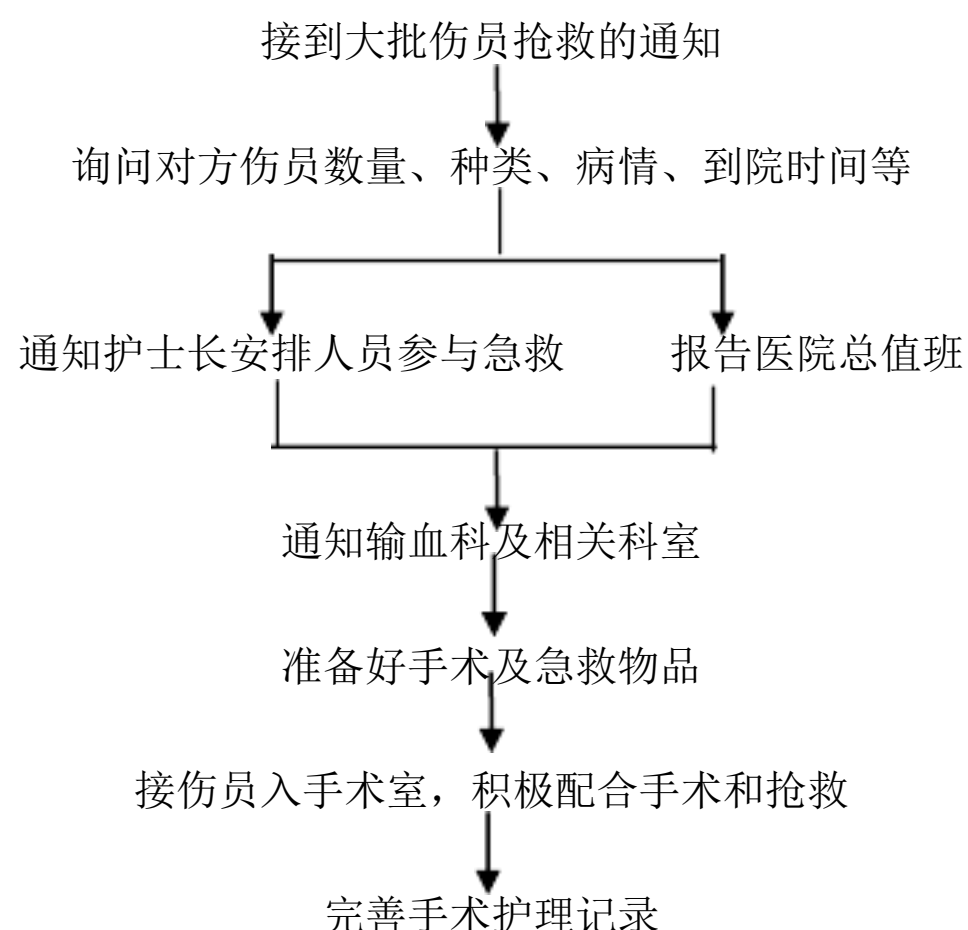
4、接伤员入手术室。组织有序，避免混乱。吸氧，迅速建立静脉通道，保暖。

5、协助医生按伤员伤势严重程序同时救治或分类、分批救治，积极配合手术和抢救。

6、完成各种手术室记录。

7、整理手术床、手术间。

（二）流程



抢救多器官复合伤的应急预案

（一）应急预案

1、接手术通知单时准确了解伤情及诊断，了解患者姓名、性别、年龄、手术部位及拟施行手术名称。

2、迅速做好手术前的各项准备工作。除手术间常规物品外，还应备好器械包、敷料包、手术衣、气管切开包、心脏按压包、除颤器、硬膜外穿刺包、急救药品和抢救物品、一次性中单2块（1块铺手术床，1块备用）等。

3、患者入手术室时，应与急诊科护送员交接：病情、用药、静脉通道，是否留有导尿管、胃管，皮试结果，尿量，引流量等，检查化验单是否齐全，有无携带贵重物品。如休克患者，过床时应先移下肢，然后抬高头部平移至手术床，防止窒息。

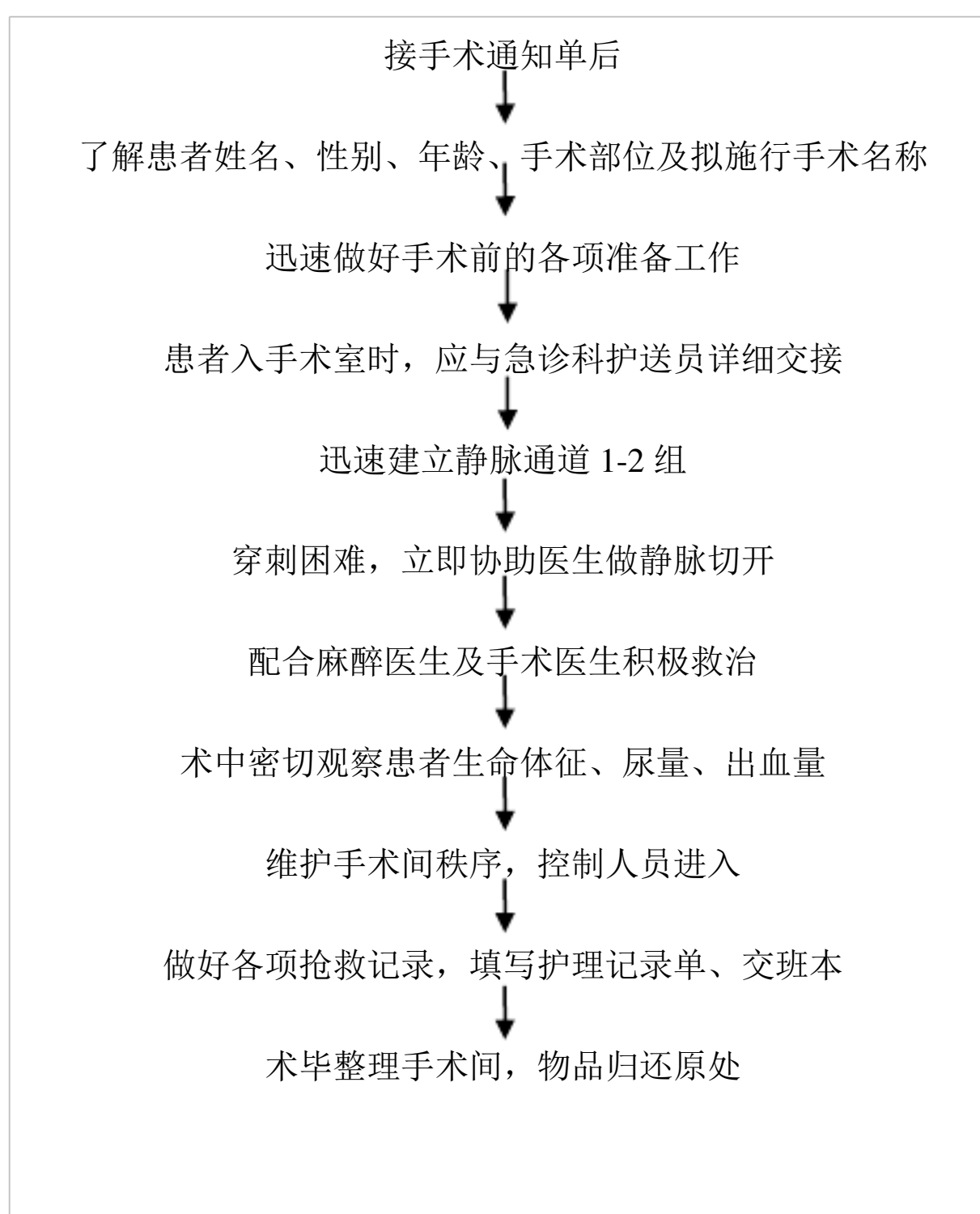
4、若未建立静脉通道，应选大血管迅速建立静脉通道1-2条，并妥善固定。若穿刺困难，立即协助医生做静脉切开。

5、连接吸引器，配合麻醉医生工作。洗手护士开台、补充台上所需物品，并洗手上台；巡回护士摆放手术体位，上约束带固定患者；待医生消毒铺巾后，巡回护士迅速清理地面杂物，与洗手护士、第二助手共同清点物品。手术开始前打开无影灯照至手术部位，迅速接好电刀、电凝、气囊止血带，并调到指定工作参数。手术开始后整理手术间物品，保证手术间的整洁有序。

6、巡回护士术中密切观察患者生命体征、尿量、出血量，对输入液量做到心中有数，发现异常及时报告麻醉医生或手术医生。术中各抢救设备出现故障，应迅速协助排除。器械不足立即给以补充，以免耽误抢救。

- 7、维持手术间秩序，控制人员进入，并减少室内不必要的走动。
- 8、严格执行查对制度落实无菌技术操作规程，做好各项抢救记录。
- 9、认真填写护理记录单、交班本。
- 10、术毕整理手术间，物品放归原处。

(二) 流程



术中发生麻醉突发事件的应急预案

（一）局麻药物毒性反应

1、局麻药物毒性反应是指短时间内血液中药物浓度过高，超过机体耐受性而引起的中毒反应。早期表现为面色苍白、出冷汗、反应迟钝、眩晕、躁动、肌肉抽搐、血压上升、脉率增加，晚期可导致呼吸衰竭或心搏骤停等。

2、应急预案

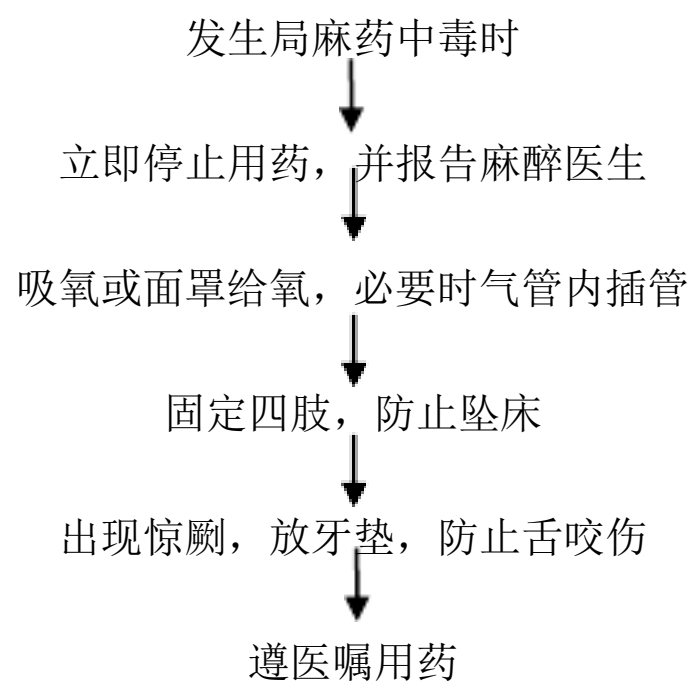
（1）立即停止用药，并报告麻醉医生。

（2）托起下颌，给氧 4L/分钟。必要时面罩吸氧或所管内插管，进行辅助呼吸。

（3）固定四肢，以防止坠床。

（4）出现惊厥，放牙垫，防止舌咬伤，遵医嘱用药。常用药物有：硫喷妥钠静注或给予地西洋 10-20mg 静注；出现低血压，酌情给麻黄碱等升压药或扩充血容量，以维持循环功能；若心动过缓时，静脉注射阿托品 0.5mg.

3、流程



（二）呼吸道梗阻

1、呼吸道梗阻指舌后坠、分泌物过多、喉痉挛、误吸等原因引起的呼吸道不畅，通气障碍。患者表现为突然出现呼吸困难，呼吸频率加快，口唇青紫，血氧饱和度下降，躁动不安。

2、应急预案

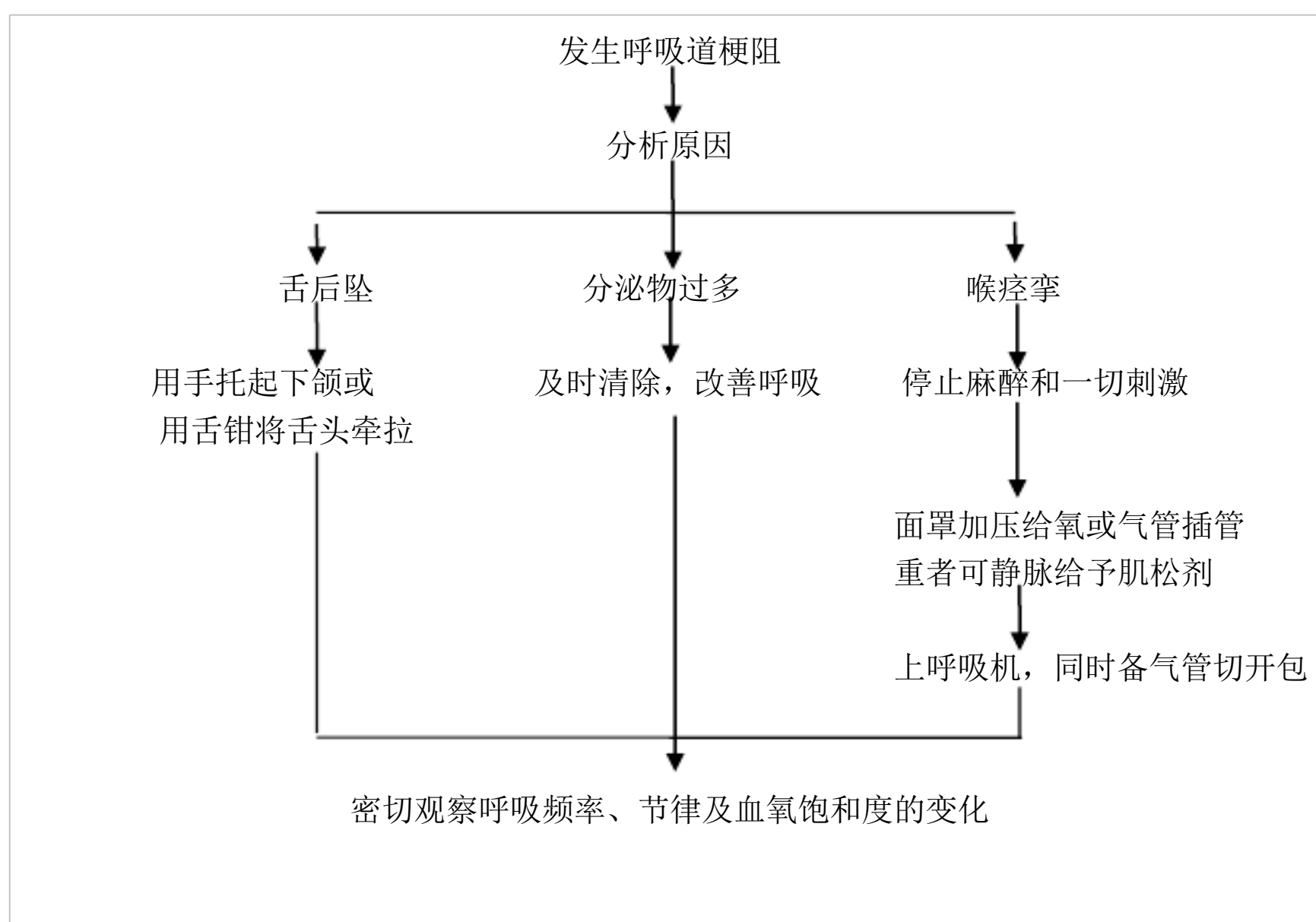
（1）舌后坠，用手托起下颌或用舌钳将舌头牵拉。

（2）分泌物过多，及时清除，改善呼吸。

（3）喉痉挛：轻者应停止麻醉和一切刺激，用面罩加压给氧；重者可静脉给肌松剂（司可林）；松弛声门，快速气管插管，上呼吸机。同时备气管切开包。

（4）密切观察呼吸频率、节律及血氧饱和度的变化。

3、流程



（三）急性肺水肿

1、急性肺水肿是指由于术中输液过多过快、左心衰竭、误吸或使用血管收缩药不当等引起的肺部急性淤血综合症。患者表现为频繁咳嗽，咳出或从口鼻腔中涌出粉红色泡沫样痰。肺部听诊可闻及广泛的湿啰音和哮鸣音。

2、应急预案

（1）立即限制输液速度，氧气经 30%-50%酒精湿化后吸入 4L/分钟。

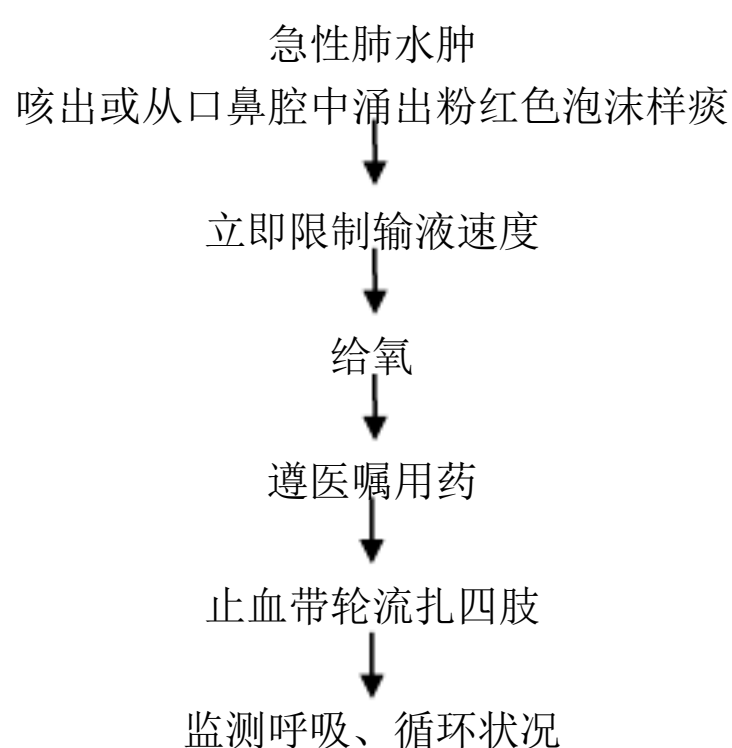
（2）遵医嘱用药：静脉注射强心药毛花苷 C（毛花苷丙）、利尿药呋塞米（速尿）、血管扩张药、大剂量地塞米松等。

（3）必要时，上止血带，止血带轮流扎四肢近端，5 分钟换一肢体。平均每侧肢体加压 15 分钟，放松 5 分钟。

（4）监测呼吸状况：呼吸频率、血氧饱和度。

（5）监测循环状况：测量心率、血压及尿量。

3、流程



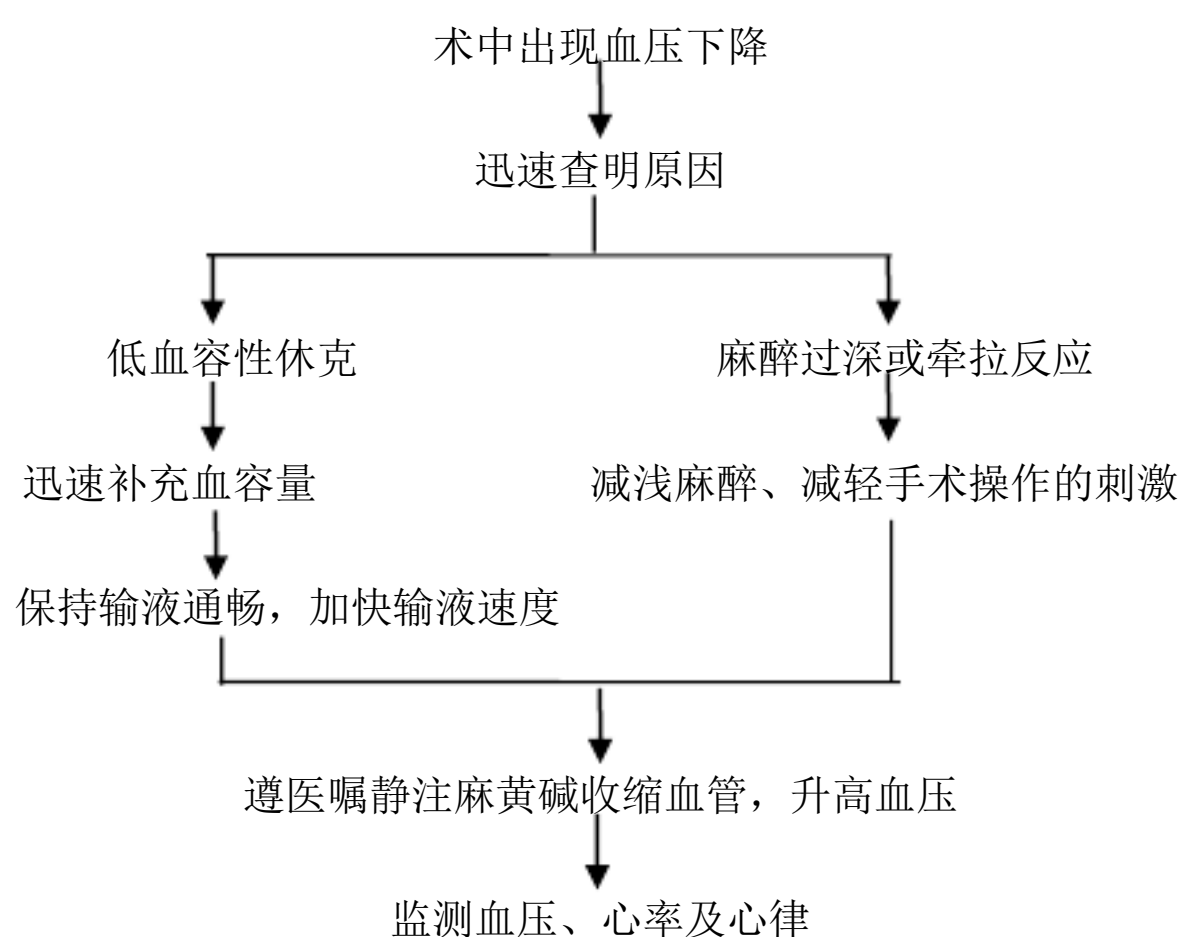
（四）低血压

1、低血压指由于术中失血过多、麻醉过深、椎管内麻醉平面过高、内脏牵拉反应、腔静脉变化、低温、缺氧、严重高碳酸血症、体位改变及术前与术中用药不当等引起的血压下降。临床表现为心率增快、血压下降、烦躁不安、面色灰白、皮肤温冷。

2、应急预案

- （1）协助医生迅速查明原因，予以针对治疗。
- （2）如为低血容量性休克，迅速补充血容量。
- （3）保持输液通畅，加快输液速度。
- （4）减浅麻醉、减轻手术操作的刺激或用局麻药做局部封闭。
- （5）积极处理缺氧和高碳酸血症。
- （6）根据医嘱静注麻黄碱收缩血管，升高血压。
- （7）监测心率、心律及血压的波动情况。

3、流程



术中发生输液反应的应急预案

（一）应急预案

1、一旦发生输液反应，不要拔掉静脉针头，一定保留好静脉通道，以备抢救用药。换上一套新的输液器管道及与原液体性质不同的液体，并观察生命体征。

2、报告医生并遵医嘱给药，对症处理。高热者给予物理降温，并按医嘱使用抗过敏药物，保留剩余溶液及输液瓶等备查。如患者发生急性肺水肿，应立即停止输液或减慢输液速度，按肺水肿预案处理。

3、血压下降，有休克表现时应按抗休克抢救，必要时行心肺复苏。

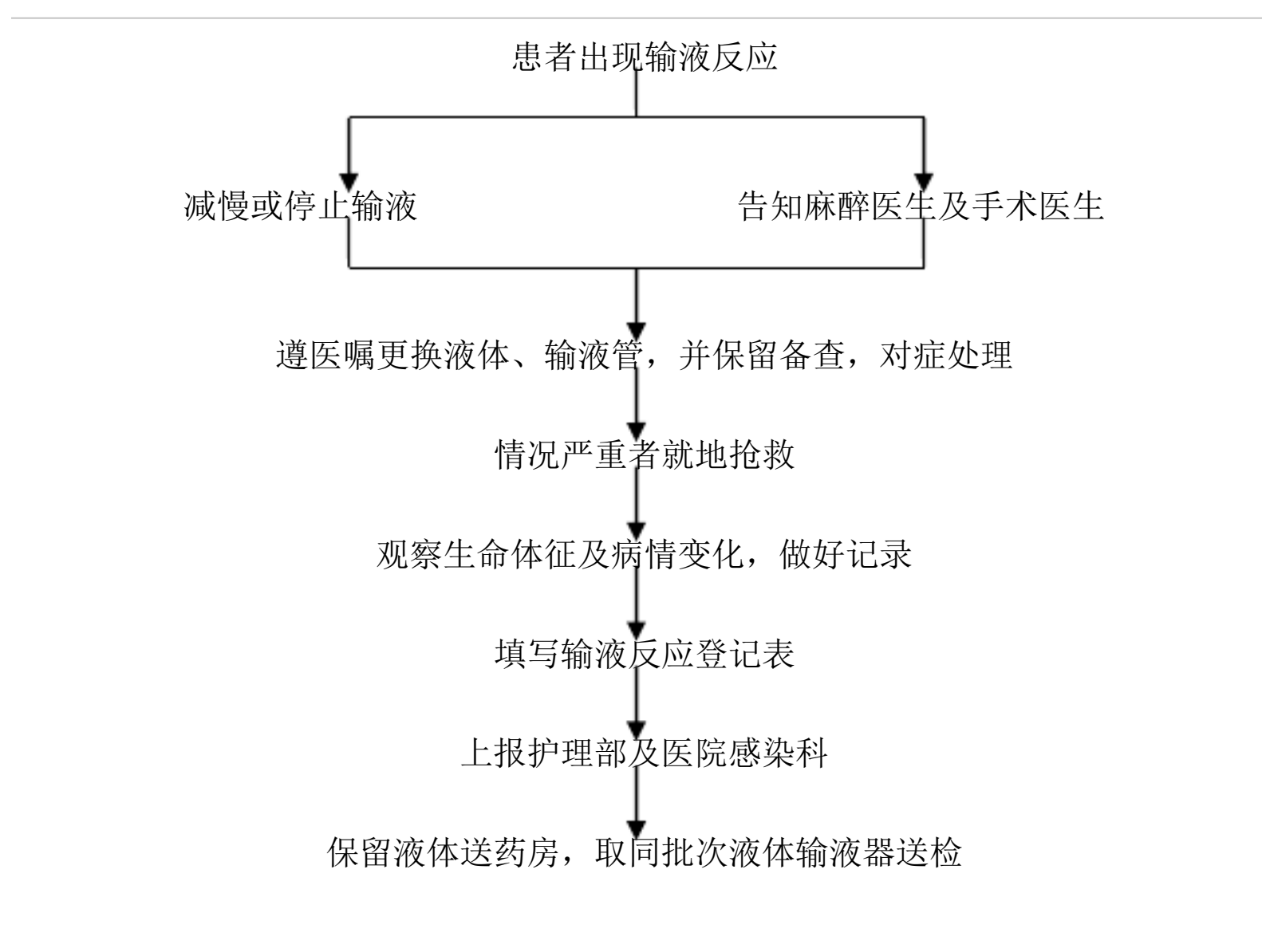
4、记录患者生命体征、一般情况和抢救过程。

5、及时报告医院感染科、药剂科、消毒供应中心、护理部。

6、保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时取相同批号的液体、体输液器和注射器分别送检。

7、患者家属有异议时，立即按有关程序对输液器具进行封存。

（二）流程

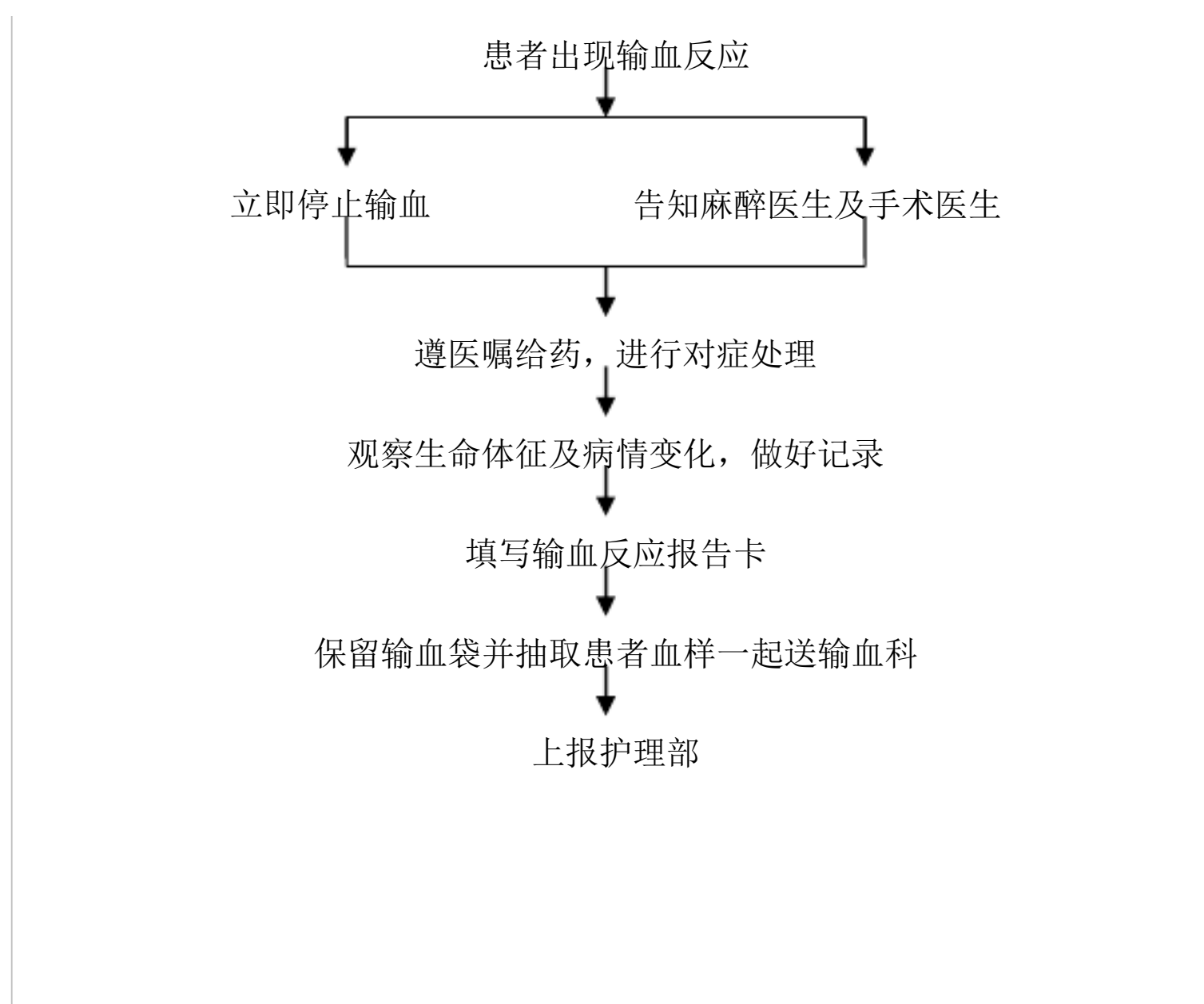


术中发生输血反应的应急预案

（一）应急预案

- 1、立即停止输血，更换输液管，改输生理盐水。
- 2、报告医生并遵医嘱给药，对症处理。出现呼吸困难者，给予氧气吸入，喉头水肿严重时可配合气管插管或切开手术。若发生过敏性休克，立即进行抗休克治疗。
- 3、必要时填写输血反应报告卡，上报输血科。
- 4、怀疑溶血等严重反应时，保留血袋并抽取患者血样一起送输血科。
- 5、患者家属有异议时，立即按有关程序对输血器具进行封存。

（二）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/308101077125006036>