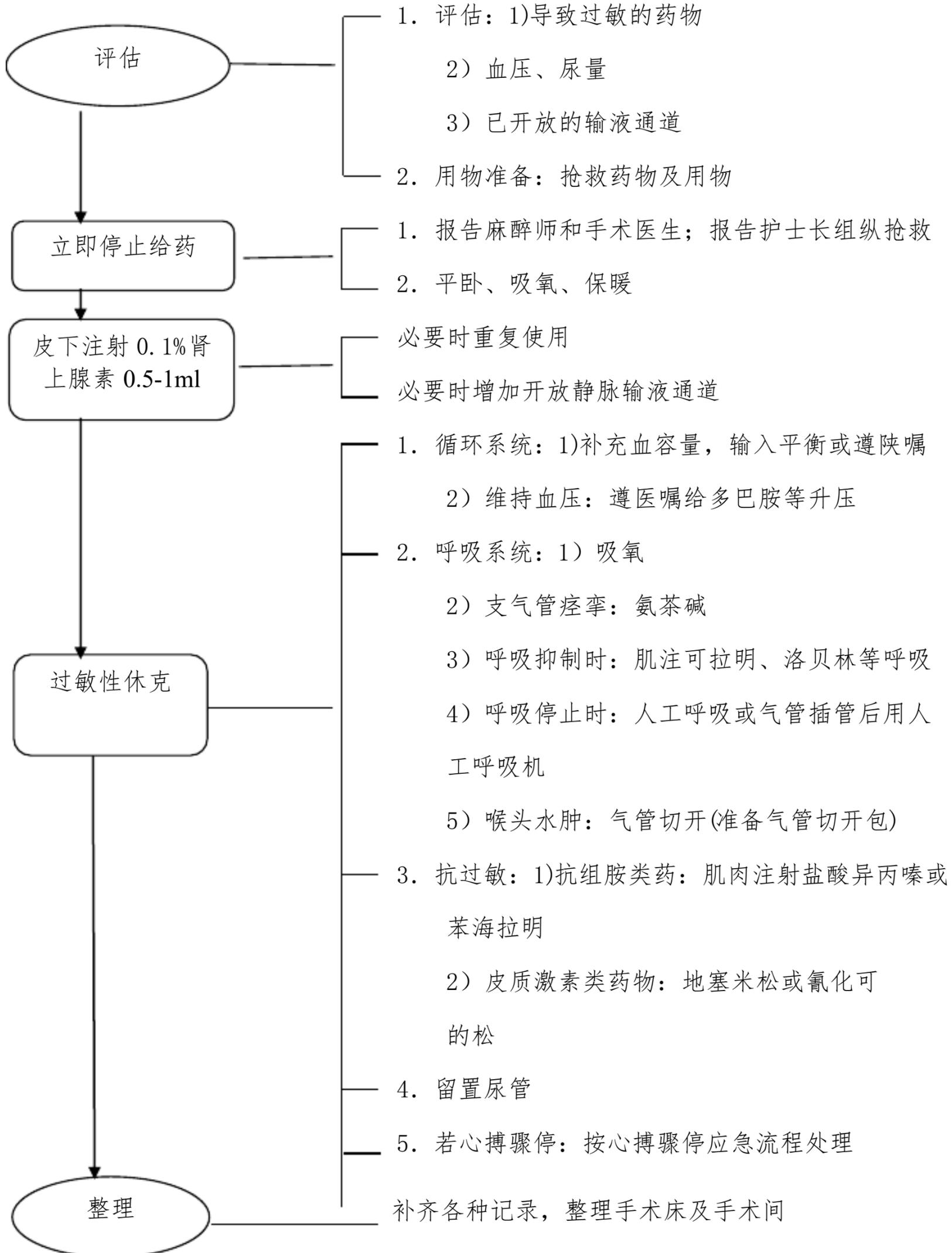
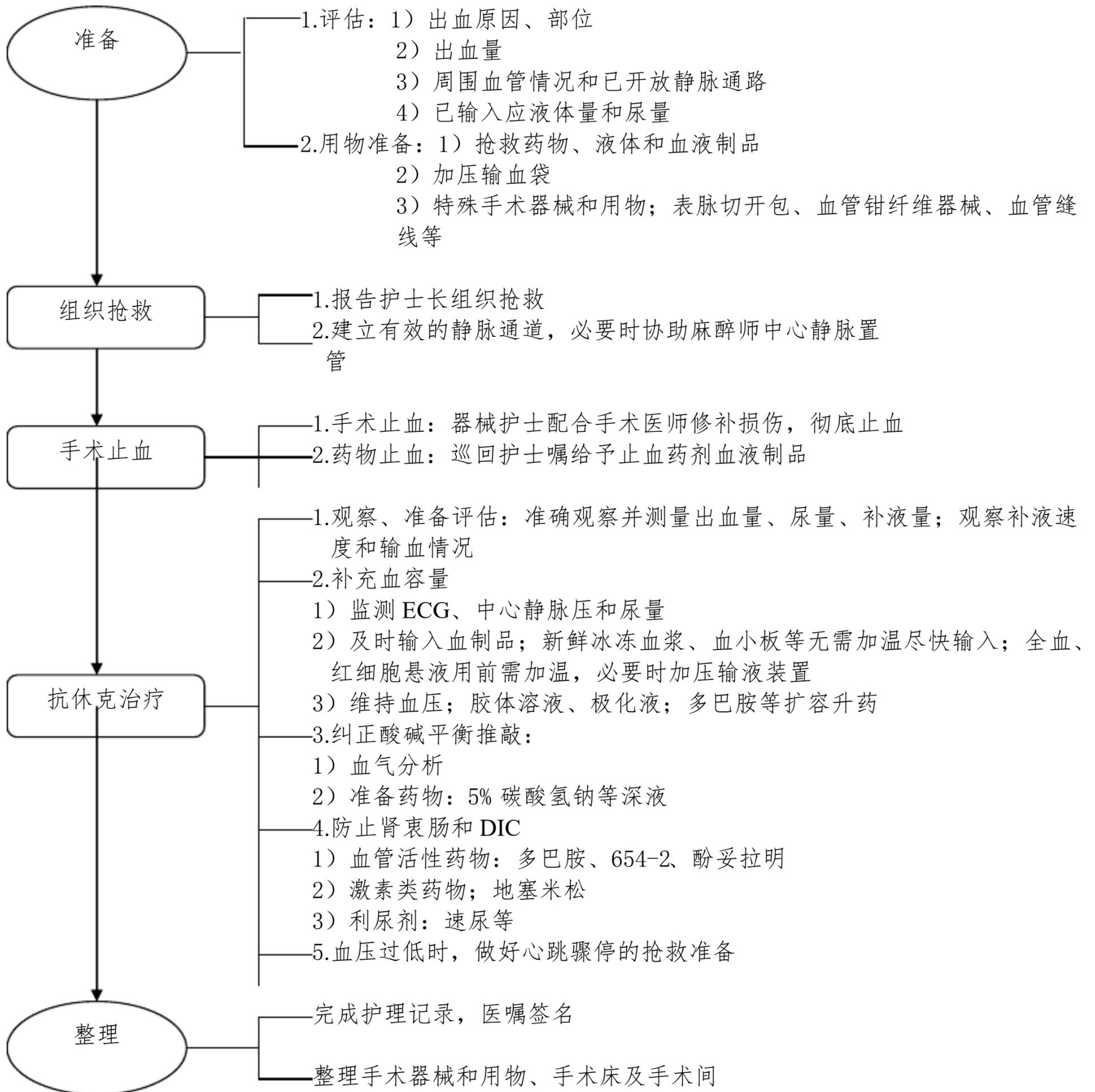


过敏性休克应急预案流程



低血容量性休克的应急流程



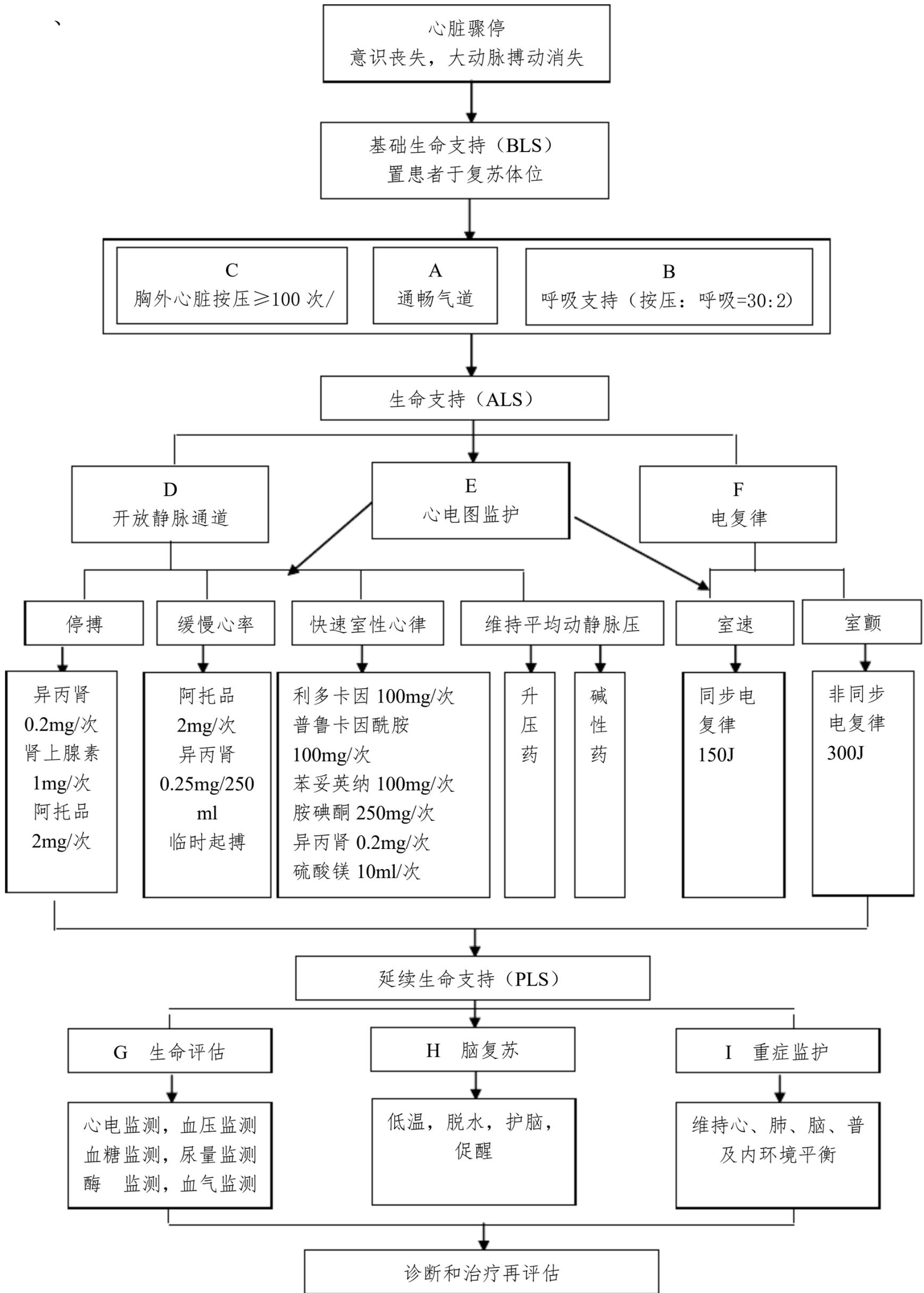
手术病人呼吸、心搏骤停的应急预案

心搏骤停是由于各种原因导致心跳突然停止正常收缩和从血功能，使全身血液循环中断，各组织器官严重缺氧和代谢障碍的一系列表现。手术病人一旦发生呼吸、心搏骤停应立即组织抢救，积极挽救病人的生命。

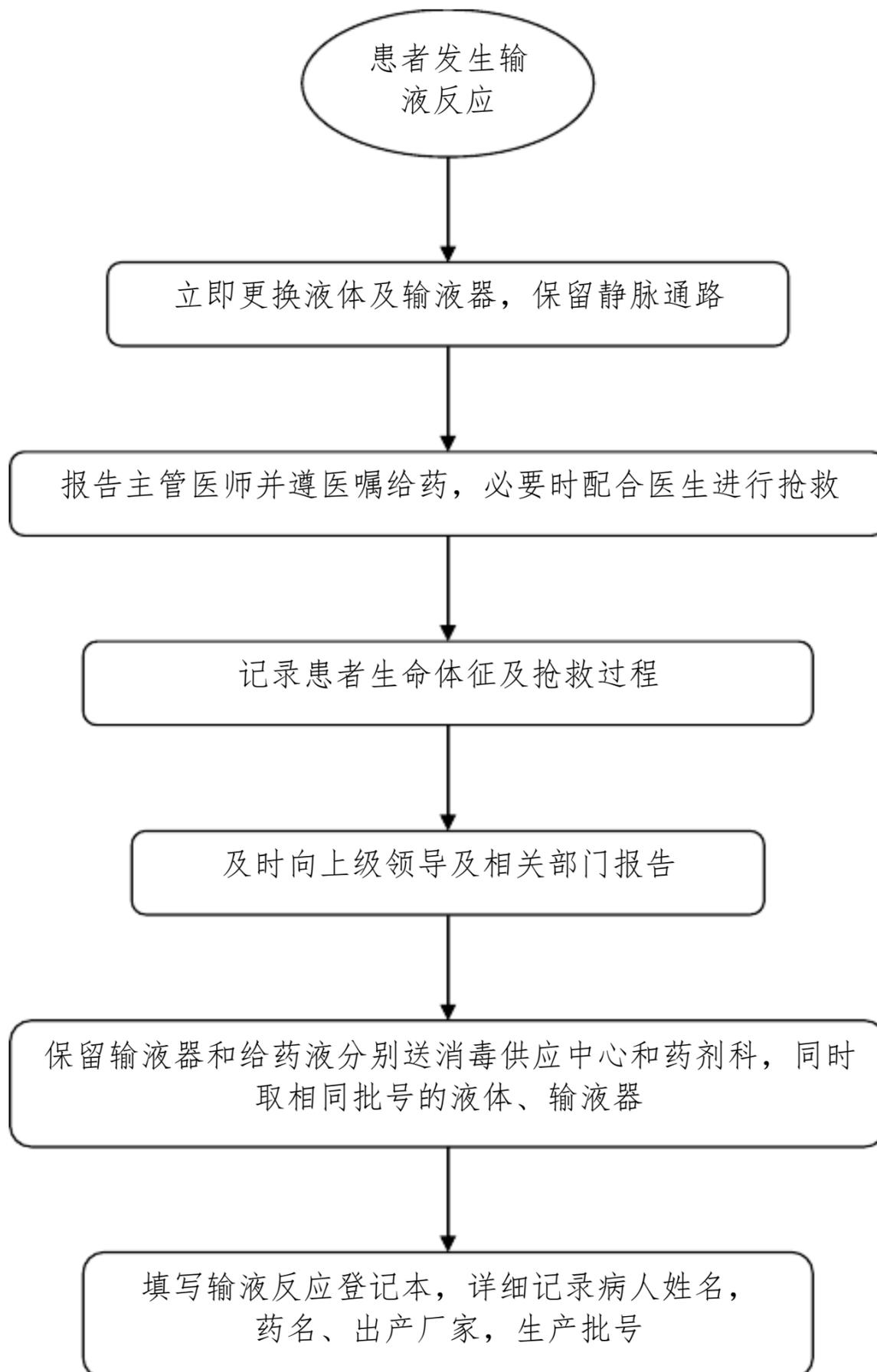
一、急救措施

一般措施：

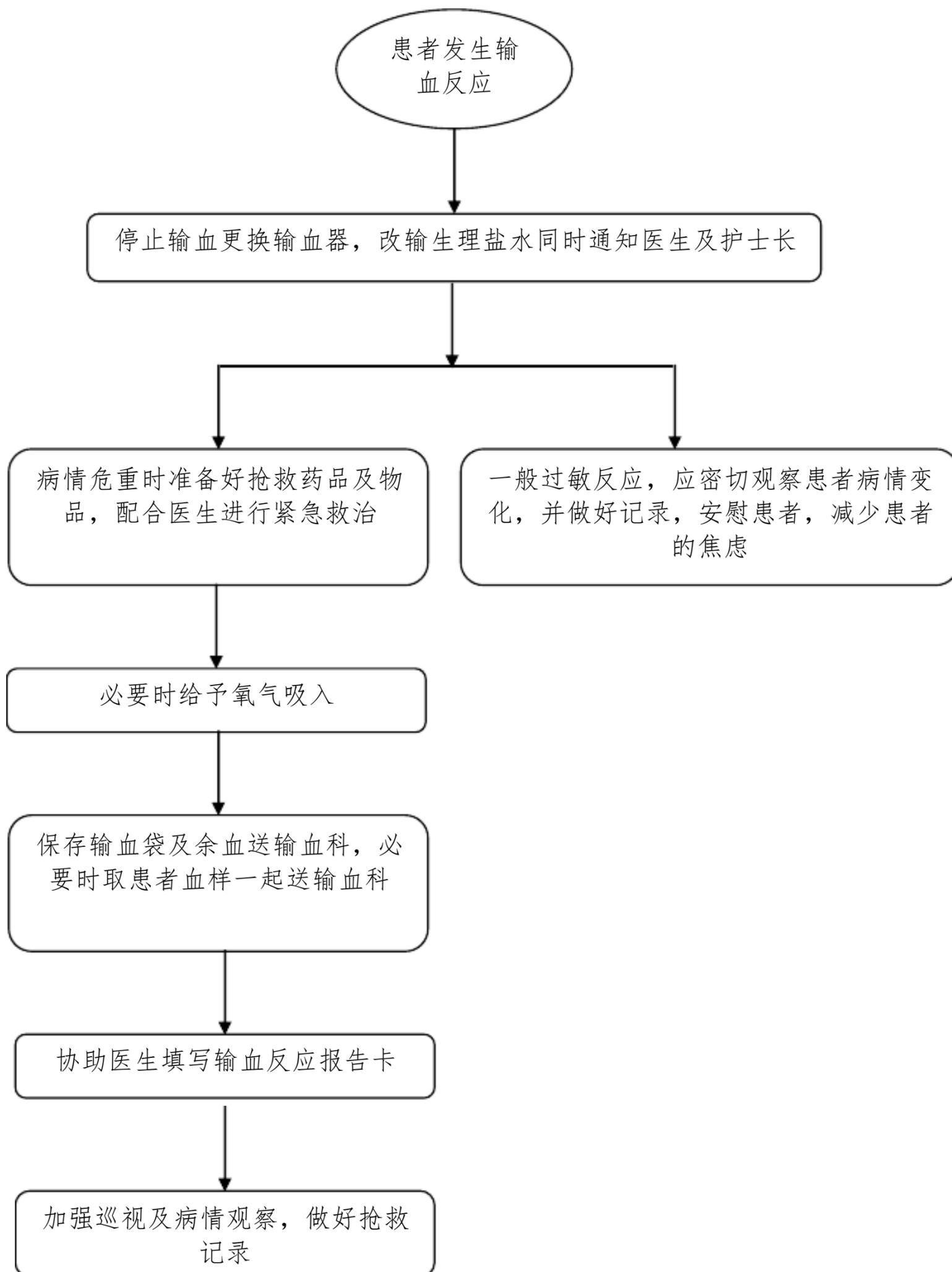
1. 保护呼吸道通畅，迅速实施人工呼吸。
2. 迅速建立两条有效的静脉通道，如穿刺困难，应立即协助医生行中心静脉置管或静脉切开术。
3. 及时执行医嘱、准确用药，对于口头医嘱必须重述一次后方可执行。如药用的注射器，用标签纸注明种类，液体袋应贴输液贴注明内含药名、剂量。药袋、小药瓶等保留至抢救结束，以便查对和统计。
4. 准备抢救药品和器材。常用器材包括气管切开包、静脉穿刺包、中心静脉导管包、胸科器械、灭菌除颤器、除颤仪、心电监护仪、电刀等。
5. 保证良好的照明，连接吸引器，协助安装呼吸机、除颤器等。
6. 严格执行三查七对制度和无菌技术规范，积极配合手术医生，麻醉医生抢救。
7. 密切监测各项生命体征变化及出入量、输液量、尿量，并详细记录。
8. 及时、准确地留取各种标本，尤其对于血液标本要及时送检查。



患者发生输液反应的应急程序



患者发生输血反应的应急程序



局麻药意外和并发症的预防与处理

局麻药误入血管是常见的严重并发症，可造成呼吸、循环系统功能严重抑制。

预防措施：操作轻柔，定位准确，可使用神经阻滞定位仪帮助定位。注药前抽吸针筒，明确无血液进入，可防止麻醉药误入血管引起中毒。

中毒表现

1. 轻者仅有兴奋、多语、面红或表情淡漠、面色苍白、肌肉小抽搐处理：停止给局麻药，安定 5mg，鼻导管给氧；

2. 严重者则出现胸闷，头痛，心悸，全身肌肉抽搐至惊厥，因惊厥不能有效呼吸、发绀、血压升高、心率加快。

处理方案：

1. 利多卡因导致中毒：停止给局麻药，安定 5mg，面罩给氧；

2. 长效局麻药导致的中毒：a) 停止给局麻药，安定 5mg，面罩给氧；b) 20%脂肪乳 100 ml iv (2 min)；20%脂肪乳 150 ml ivgtt (15 min) (总量<4mg/kg)；c) 病情好转，生命体征平稳改全麻后继续手术。

3. 心脏毒性：心律失常(心动过缓、房性、室性早搏、室扑、室颤)、QRS增宽、血压下降。

处理：① 20%脂肪乳 100 ml iv (2 min)；20% 脂肪乳 150 ml ivgtt (15 min) (总量<4mg/kg)；②溴苄胺；③异丙肾上腺素 ④请求支援，副主任医师、主任医师和科室主任到场；⑤病情好转，生命体征平稳改全麻后继续手术。

4. 心脏停止：

处理：① 标准化心肺复苏；② 肾上腺素 1mgiv；③20%脂肪乳 100 ml iv (2 min)，如果在心脏停止前已输脂肪乳，总量已达 4mg/kg，则直接到步骤 (7)；④ 除颤或肾上腺素 1mg iv (观察 2 min) ⑤ 重复步骤 (3)；⑥ 重复步骤 (4)；⑦ 20%脂肪乳 300 ml ivgtt (15 min) (总量<8mg/kg)；⑧ 继续治疗……向医务科汇报；

5. 终点:a) 病情好转，清醒，生命体征平稳返病房；b) 病情好转，生命体征尚不稳定或未清醒送 ICU；c) 抢救无效，宣布死亡。

心率失常用药

根据药物的主要作用通道和电生理特点，将众多化学结构不同的药物归纳成四大类：

I类：钠通道阻滞药；II类： β 肾上腺素受体拮抗药；III类：延长动作电位时程药（钾通道阻滞药）；IV类：钙通道阻滞药。

(一) I类-钠通道阻滞药

本类药物又分为三个亚类，即 Ia，Ib，Ic。

1. Ia类：适度阻滞钠通道，降低动作电位 0 相上升速率，不同程度抑制心肌细胞膜 K^+ 、 Ca^{2+} 通透性，延长复极过程，且以延长有效不应期更为显著。本类药有奎尼丁，普鲁卡因胺等。

2. Ib类：轻度阻滞钠通道，轻度降低动作电位 0 相上升速率，降低自律性，促进 K^+ 外流，缩短或不影响动作电位时程，相对延长有效不应期。本类药有利多卡因、苯妥英钠等医学教育网搜集整理。

3. Ic类：明显阻滞钠通道，显著降低动作电位0相上升速率和幅度，减慢传导性的作用最为明显。本类药有普罗帕酮、氟卡尼等。

(二) II类-β肾上腺素受体拮抗药

阻断肾上腺素能神经对心肌β受体的效应，表现为减慢4相舒张期除极速率而降低自律性，降低动作电位0相上升速率而减慢传导性。本类药有普萘洛尔等。

(三) III类-延长动作电位时程药

抑制多种钾电流（外流），延长动作电位时程和有效不应期，但对动作电位幅度和去极化速率影响很小。本类药有胺碘酮等。

(四) IV类-钙通道阻滞药

抑制I_{Ca}(L)，降低窦房结自律性，减慢房室结传导性。本类药物有维拉帕米和地尔硫。

第五类抗心律失常药物即洋地黄类药物，其抗心律失常作用主要是通过兴奋迷走神经而起作用的，其代表药物有西地兰、毒毛旋花子甙K⁺、地高辛等。

除以上五类抗心律失常药物外，还有司巴丁、卡泊酸、门冬氨酸钾镁、阿马灵、安地唑啉、常咯啉、醋丁酰心安、心得宁等。

羊水栓塞的急救与处理

羊水栓塞(amniotic fluid embolism, AFE)是指在分娩过程中，羊水内容物如胎脂、角化上皮细胞、胎粪、毳毛等进入母血循环，形成栓子堵塞肺血管引起的肺栓塞，导致产妇休克、出血、弥漫性血管内凝血(DIC)、肾功能衰竭等一系列严重症状的综合征，是极严重的分娩并发症。

诊断：分娩过程突然出现原因不明呼吸困难、紫绀、休克、子宫大出血等，应疑为该症。治疗包括抗过敏、供氧、缓解肺高压、补充血容量、抗休克、纠正DIC等。

处理方案：

(一) 抗过敏：地塞米松 20-40mg 静滴或氢化可的松 200-400mg 静滴；

(二) 解除肺动脉高压：罂粟碱 30-90mg 静滴；阿托品 1-2mg 静滴；氨茶碱 250-500mg 静滴；

(三) 加压给氧

(四) 纠正休克：补充血容量、输血、输液，多巴胺 20-80mg、阿拉明 20-80mg、酚妥拉明 20-40mg 静滴

(五) 抗心衰、营养心肌：西地兰 0.4mg 静滴，ATP 辅酶 A、细胞色素 C；

(六) 纠正 DIC:

1. 高凝阶段：肝素 50mg 潘生丁 200-400mg、阿司匹林 0.75mg、右旋糖酐、抑肽酶 2-4 万单位静滴

2. 消耗性低凝期：补充凝血因子、输新鲜血、输纤维蛋白原、VitK 20-40mg 静滴

3. 纤溶阶段：6-氨基己酸 4-6g、止血芳酸 100-300mg、立止血 1KU 新凝灵 600mg

(七) 纠正肾衰：速尿 40mg 静推；利尿酸 50-100mg 静推；甘露醇 250ml 静滴

(八) 选用广谱抗生素：首选头孢类

(九) 产科处理：

1. 第一产程：抑制宫缩，迅速剖宫产终止妊娠；
2. 第二产程：助产，缩短第二产程，禁用缩宫素
3. 产后：检查修补产道损伤，剥离胎盘，必要时切除子宫

肺栓塞的急救与处理

血栓性或(和)非血栓性栓子突然脱落而堵塞肺动脉或分支引起的急性呼吸循环功能障碍综合征。急性广泛性肺栓塞时血栓堵塞了两支以上肺叶动脉或同等肺血管床范围，属临床急、重、危疾病，可能导致猝死。临床出现呼吸困难、剧烈胸痛、咯血、发热症状。

绝大多数 APE 患者都有病诱因，如下肢或盆腔静脉血栓形成，长期卧床或不活动，慢-急性性心肺疾病、手术、创伤、恶性肿瘤、妊娠及口服避孕药等，在询问病史时要特别注意。

诊断：

1. 心电图：心电图变化的病理生理学基础是急性右心室扩张，其心电图改变常是一过性的、多变的，需动态观察，常见的心电图改变是 QRS 电轴右偏；
2. 动脉血气分析：如 PaCO₂ 下降, PH 值升高, 伴或不伴均 PaO₂ 下降，均有利于 APE 的诊断
3. 肺血管造影可确诊

处理方案：

(一) 对症治疗

(1) 镇静止痛：使患者保持安静、保暖、吸氧，为止痛必要时可给吗啡、杜冷丁、可待因等。(2) 治疗急性右心功能不全：洋地黄疗效较差，且易中毒，必要时可慎用快速洋地黄制剂(如西地兰)，现一般多用多巴酚丁胺或多巴胺 20~40mg 溶于 5% 葡萄糖 250ml 缓慢静脉滴注，以增加心搏出量。(3) 抗休克：首先补充液体，但注意避免发生肺水肿；如补液不奏效时，可静脉滴注多巴胺，阿拉明等。维持体循环收缩压在 90mmHg 以上。(4) 改善呼吸：如合并支气管痉挛，可应用氨茶碱、喘定等支气管扩张剂和黏液溶解剂

(二) 抗凝治疗

抗凝治疗的初期使用肝素，以后用华法令维持。

(三) 溶栓治疗

尿激酶、链激酶

腰麻意外和并发症的预防与处理

(一) 术中并发症是：

1. 血压下降、心率减慢；
2. 呼吸抑制；
3. 恶心呕吐；

1. 血压下降、心率减慢：麻醉平面愈高，阻滞范围愈广，血压下降愈明显。合并有高血压或血容量不足者，自身代偿能力低下，更容易发生低血压。若麻醉平面超过 T₄，心交感神经被阻滞，迷走神经相对亢进，易引起心动过缓。血压明显下降者可

200-300ml，以扩充血容量，必要时可静注麻黄碱，心率过缓者可静注阿托品。

2. 呼吸抑制：常见于高平面腰麻的病人，因胸段脊神经阻滞，肋间肌麻痹，病人感到胸闷气促，吸气无力，说话费力，胸式呼吸减弱，发绀。当全部脊神经被阻滞，即发生全脊椎麻醉，病人呼吸停止，血压下降甚至心脏停搏。此外，平面过高可引起呼吸中枢的缺血缺氧，这也是呼吸抑制的原因。呼吸功能不全时应给予吸氧，并同时借助面罩辅助呼吸。一旦呼吸停止，应立即气管内插管和人工呼吸。

3. 恶心呕吐：常见于麻醉平面过高，发生低血压和呼吸抑制，造成脑缺血缺氧而兴奋呕吐中枢；②迷走神经亢进，胃肠蠕动增强；③牵拉腹腔内脏；④病人对术中辅助用药较敏感。应针对原因处理。如提升血压、吸氧、麻醉前用阿托品、暂停手术牵拉等。氟哌利多、昂丹司琼等药物也有一定的预防和治疗作用。

（二）术后并发症

1. 头痛：

（1）原因：脑脊液漏出引起的颅内低压、化学性刺激等。

（2）预防：采用细针穿刺

（3）对症治疗：**a**、去枕平卧。**b**、对症治疗：口服止痛药(如非甾体类解热镇痛药)。**c**、静脉输注 0.45%低渗盐水 1L/d，鼓励病人多饮水或含咖啡因成份的饮料。**d**、静脉用苯甲酸钠咖啡因 250~500mg **e**、严重者或用上述效果不明显，可用硬膜外腔填塞法，即硬膜外腔注射生理盐水或自体血；硬膜外注入 5%葡萄糖液 10~25ml，输液以增加脑脊液的生成。

2. 尿潴留：

（1）原因：膀胱麻痹导致过度胀满，手术刺激，不习惯卧位排尿。

（2）处理：去除手术刺激，改变排尿体位；较长时间手术应术前放留置导尿管，以避免发生膀胱无力；针灸治疗；发生膀胱无力时，可放留置尿管进行潮式引流，约一周后膀胱收缩功能恢复再拔除尿管。

3. 腰、背痛：可能与穿刺损伤有关，应尽量避免反复穿刺。

（一）术中常见并发症：麻醉平面过高、恶心、呕吐和寒战等。术后较常见的并发症为穿刺部位疼痛、局部神经支配节段皮肤感觉异常甚至影响运动功能。

预防措施：

1. 穿刺时动作轻柔，注意局部解剖结构，助手配合帮助安放体位，进针时注意速度和层次突破感。

2. 当发生病人下肢弹跳等情况时，应退出穿刺针重新操作，且术后随访时要询问患者是否有感觉或运动异常。

4. 适当补液，必要时小剂量阿托品或麻黄素静脉内注射可防止低血压、心动过缓、恶心呕吐及寒战的发生。

5. 注意面罩供氧。

6. 术后发生腰背部疼痛时，可嘱咐病人腰下垫薄枕及热敷理疗。

对于发生局部皮肤节段感觉过敏或功能异常者，建议尽快协同病房和相关科室进行必要的治疗。

(二) 严重并发症及处理

1. 全脊麻和高位脊麻

(1) 全脊髓麻醉：局麻药上行经过延脑，再进入四脑室的结果：局麻药作用于延脑呼吸循环迅速抑制；微量局麻药作用于脑室壁细胞神志立即消失。

全脊麻的症状是非常有规律的：**a.** 神志消失。**b.** 呼吸无力至停止。**c.** 血压骤降至测不到。**d.** 没有时间给你测出阻滞平面，提问病人不会作答（因为病人神志已经消失）。不予及时有效通气和提升血压急救 心跳骤停。（必须及时进行 **CPR**抢救）

(2) 高位脊麻：其发展速度相对稍慢，允许观察到其进展：**a.** 血压骤降。**b.** 呼吸抑制，费力，说话无力。**c.** 可以测出麻醉阻滞平面（病人尚能够回答你的测试询问）!!!! 上述症状的发展速度相对较慢，及时有效通气和升压，神志不至于消失，病人可安然无恙。

(3) 预防全脊麻的措施：**a.** 预防穿刺硬膜；**b.** 强调注入全量局麻药前先注入试验剂量，观察 5~10min 有无脊麻表现，改变体位后若须再次注药也应再次注入试验剂量，首次试验剂量不应大于 3~5ml。**c.** 每次注药前应先经导管观察是否有脑脊液回抽，以预防因病人躁动及麻醉维持期间导管移位而刺入蛛网膜下腔。

(4) 全脊麻的处理原则：首要措施是维持病人循环及呼吸功能，病人神志消失，应行气管内插管行人工通气，加速输液速度以及滴注血管收缩药升高血压等。

2. 硬膜间隙血肿和截瘫：尽早行硬膜外腔穿刺抽出血液，必要时行椎板切开血肿清除。

3. 蛛网膜下腔或硬膜外腔感染或脓肿：(1) 全身抗感染治疗。(2) 对症治疗：如发热而需降温，头痛用止痛药等。(3) 局部脓肿则需引流。

4. 神经、脊髓损伤：(1) 退出穿刺针等，避免进一步损伤。(2) 辅助应用神经营养药。(3) 进行锻炼，促进神经功能恢复。

误吸入物可兴奋刺激物受体，导致大气道收缩。大多数患者气道收缩呈自限性，治疗目标是纠正气体交换异常。

误吸的处理：1) 立即将患者头偏向一侧，充分吸引中咽部胃液和食物残渣等。2) 气管插管后立即气管内吸引，在纤支镜下吸引和冲洗。3) 大剂量糖皮质激素应用。4) 大剂量抗生素应用。5) 呼吸支持。

支气管痉挛的预防与处理

哮喘、慢性支气管炎等气道阻塞性疾病患者在物理、化学和药物等刺激下可发生进行性支气管收缩。围手术期这些患者可能出现严重支气管痉挛，气道操作、气管支气管树对刺激或因其机体组胺释放的其它一些因素亦可能诱发支气管痉挛。

一. 围术期支气管痉挛的易发因素

(一) 支气管痉挛的高危人群

1. 近期上呼吸道感染这类患者急诊手术需要全麻时应该考虑在诱导前给予足量阿托

2mg) 或胃长宁 (1mg)。

2. 吸烟：长期吸烟者特别是咳嗽、多痰者气道反应性增高。

3. 哮喘与支气管痉挛史

(二) 支气管痉挛的促发因素

刺激物受体反应 (副交感性); 吸入刺激物; 机械刺激物 (气管插管); 介质释放 (变态性); 组胺; 慢反应物质 (白三稀混合物); 病毒性感染; 药物因素; α -肾上腺素能拮抗; 肾上腺素抑制 (如阿斯匹林或消炎痛); 抗胆碱酯酶; 酒精; 运动

二. 围手术期支气管痉挛的诊断与鉴别诊断

围手术期支气管痉挛的诊断并不困难, 自主呼吸下可见患者以呼气为主的呼吸困难, 严重时出现紫绀, 气管插管全麻下通气阻力明显增加, ; 听诊可闻及两肺广泛哮鸣音, 以呼气时更为明显; EtCO₂或 PaCO₂可稍下降; 严重者哮鸣音反而减少, EtCO₂或 PaCO₂显著升高, SpO₂或 PaO₂显著降低。麻醉中喘鸣发作并非少见, 可能由于支气管痉挛以外的其他原因, 必须加以鉴别。

三. 围手术期支气管痉挛的防治

(一) 去除病因

1. 消除刺激因素: 如与药物或生物制品等有关, 则应立即停用。

2. 麻醉过浅者宜加深麻醉: 有报告支持深度吸入麻醉可有效地治疗哮喘持续状态。

3. 尚未肌肉松弛的全麻患者, 应给予肌松药。

(二) 扩张气道平滑肌

1. 拟肾上腺素能药物: 许多临床医生仍然首选肾上腺素用于青年哮喘患者, 皮下注射 0.1~0.5mg。异丙肾上腺素往往通过气雾吸入给药。该两药物产生支气管扩张的 β_2 作用时往往伴有心脏兴奋的不良 β_1 作用, 导致快速性心律失常。

β_2 -选择性药物: 为治疗急性支气管痉挛的首选药物, 其中最具有代表性的 β_2 -选择性药物包括舒喘宁 (灵) (沙丁胺醇)、间羟舒喘宁 (特布他林、博利康尼、叔丁喘宁) 和双甲苯苄醇 (bitolterol) 。

2. 茶碱类药物: 氨茶碱治疗支气管痉挛的血清浓度范围相当狭窄, 为 10~20ug/ml, 及时监测血清浓度, 以达到治疗范围血清浓度, 防止中毒发生具有重要作用。

3. 糖皮质激素: 糖皮质激素是最有效的抗炎药, 可多环节阻断气道炎症, 减轻炎症, 降低气道高反应性; 还可使也在已降低的 β 受体功能得以恢复, 加强、延长机体对 β -肾上腺素能药物的反应。近十余年来气雾吸入糖皮质激素具有用量小, 局部高效, 作用时间长, 副作用少等优点, 有逐步取代全身应用糖皮质激素之趋势。目前常用的气雾剂有二丙酸氯地米松 (必可松、必酮碟)、去炎舒松、氟乐松、布的松。然而吸入糖皮质激素气雾剂对于治疗急性支气管痉挛无效。

4. 抗胆碱能药物: 吸入、静注或肌注抗胆碱能药物后, 支气管扩张作用的起效 (20~30min) 较慢, 用于支气管痉挛发作的预防效果优于治疗效果, 如麻醉前静脉用药。抗胆碱能疗法不仅可扩张支气管, 减轻粘液阻塞狭窄气道管腔的程度, 而且可减少粘液分泌的容积, 不影响粘液化学成份, 所以不会使粘液更粘稠, 引起痰痂形成。

5. 其它药物: 利多卡因、脂皮素、介质阻释剂 (炎症细胞稳定剂)、介质拮抗剂

三)纠正缺氧与二氧化碳蓄积

(四)维持水、电解质与酸碱平衡

自主呼吸患者发生支气管痉挛时可因呼吸用力和大量出汗,易发生脱水。严重支气管痉挛者可发生呼吸性酸中毒。应注意维持水、电解质与酸碱平衡

喉痉挛(laryngospasm)指喉部肌肉反射性痉挛收缩,使声带内收,声门部分或完全关闭而导致病人出现不同程度的呼吸困难甚至完全性的呼吸道梗阻,易发生于麻醉诱导期和苏醒期,尤其多见于小儿。成人主要表现为严重的吸气性呼吸困难,口唇发绀,吸气时带有高亢的喉鸣音,可有三凹征。小儿喉痉挛主要表现为没有呼吸动作,面罩加压给氧胸廓无起伏。

一.主要诱因:1.气道内操作,浅麻醉下吸痰、放置口咽或鼻咽通气道、气管插管或拔管对咽喉部产生的刺激。2.气道内血液、分泌物或呕吐、返流的胃内容物等刺激诱发所致。3.药物:刺激性挥发性麻醉药(如乙醚)以及某些静脉麻醉药如硫喷妥钠,盐酸氯胺酮等。4.缺氧,二氧化碳蓄积。

二.病情分度:(1)轻度:吸气性喉鸣声调低(鸡啼样喉鸣),无明显通气障碍。(2)中度:吸气性喉鸣声调高、粗糙,气道部分梗阻,呼吸三凹征(锁骨上凹,胸骨上凹,肋间凹)。(3)重度:具有强烈的呼吸动作,但气道接近完全梗阻,无气体交换,发绀,意识丧失,瞳孔散大,心跳微弱甚至骤停。

三.预防措施:1.术前给予足量的抗胆碱药如阿托品,东莨菪碱(尤其是小儿)。2.及时清除呼吸道分泌物、血液等。3.避免浅全身麻醉下行口腔、咽喉和气道内操作,避免缺氧和二氧化碳蓄积。

四.紧急处理:1.立即停止一切刺激和手术操作。2.面罩加压纯氧吸入。3.轻提下颌可缓解轻度喉痉挛。4.严重者立即请求他人协助处理。5.加深麻醉可缓解轻、中度喉痉挛,常用的方法为静脉注射丙泊酚0.5-1mg/kg或增加吸入麻醉药浓度。6.暴露并清除咽喉部分泌物,保持呼吸道通畅。7.对重度喉痉挛,紧急情况下可采用16号以上粗针行环甲膜穿刺给氧或行高频通气。8.对重度喉痉挛亦可应用琥珀胆碱1.0~1.5mg/kg,静脉注射或4.0mg/kg肌肉注射后行气管插管。9.伴有心动过缓者,阿托品0.01mg/kg静脉注射。心跳骤停者管插管后静脉给予肾上腺素。

五.后续处理:1.证实气道是否完全通畅。2.排除肺误吸。3.排除梗阻后肺水肿。4.向病人及家属作必要解释,并告知以后的麻醉医师。

喉镜和插管操作直接引起的意外与并发症

1.有些损伤不需处理如口唇损伤、粘膜损伤出血,如出血不上则可局部压迫止血,必要时用含肾上腺素的棉球或小纱布压迫。

2.气管插管时要有良好的肌松,操作要轻柔,避免不必要的损伤。如遇插管困难,可根据手术要求,选择喉罩通气道或纤支镜下气管插管。

3.病人如有牙齿松动,要适当固定。如操作中牙齿脱落,应立即取出,应防止滑入气管或食道。

如声带损伤和声门水肿，可用糖皮质激素、雾化吸入等。

属于 I 型变态反应，可导致全身性毛细血管扩张和通透性增加，使循环血量急剧下降引起休克，累及全身，常可危及生命。起病快，接触抗原 5 分钟内即可出现症状，表现为胸闷、烦躁、呼吸困难、血压下降甚至昏迷，还可有皮疹、瘙痒、腹痛、呕吐等。

处理方法:1. 立即停止输注可疑药品。2. 头低脚高位、吸氧、保暖。3. 循环系统: 补充血容量，维持血压。4. 呼吸系统: 1) 面罩吸氧; 2) 解除支气管痉挛 (氨茶碱) 3) 呼吸抑制时: 肌注可拉明、洛贝林等 4) 呼吸停止时: 人工呼吸或气管插管 5) 喉头水肿: 气管切开(准备气管切开包)。5、抗过敏治疗: 1) 抗组胺类药: 肌注盐酸异丙嗪或苯海拉明 50mg 2) 皮质激素类药物: 地塞米松 5-10mg 静注，继之以氢化可的松 200-400mg 静滴; 3) 皮下注射 0.1% 肾上腺素 0.5-1ml，必要时重复使用; 4) 氨茶碱 5mg 静滴;

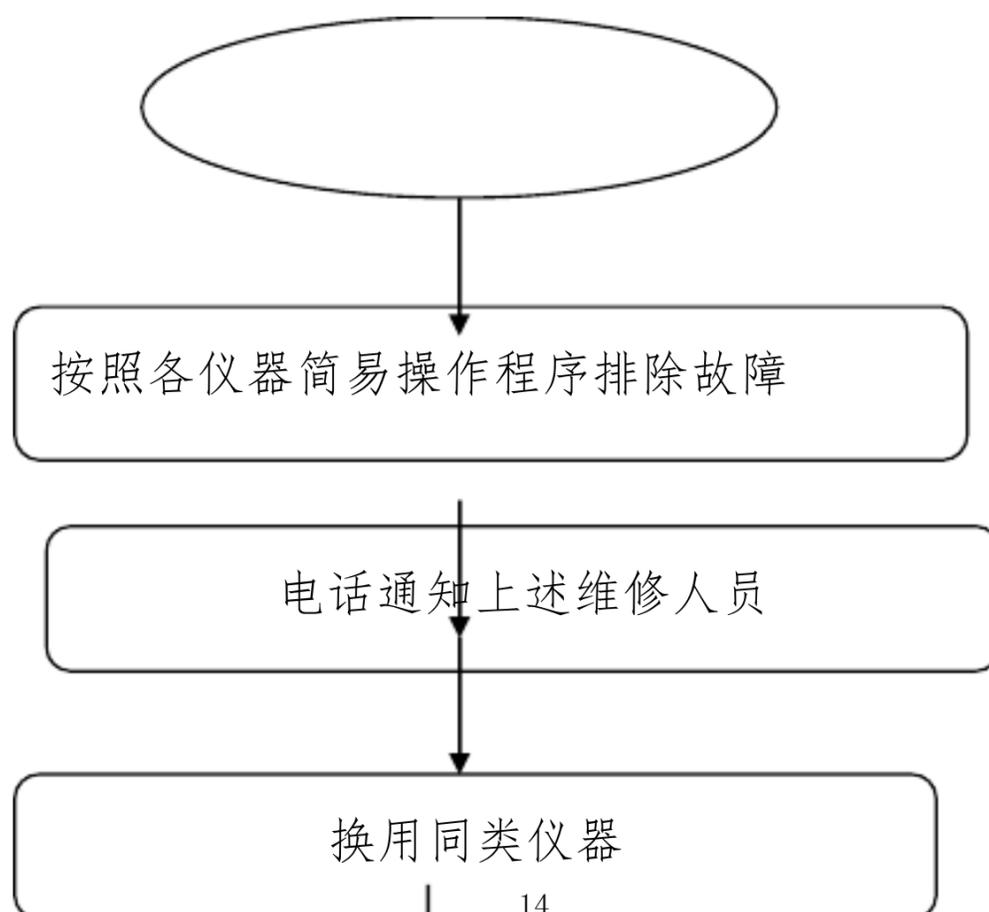
动脉穿刺置管意外与并发症的预防与处理

常见并发症: 皮下出血、淤斑、局部血肿、局部疼痛，血管栓塞、血流不畅、血栓形成

1. 术前访视，了解患者基础疾病，凝血功能，通过改良 ALLEN 实验检测患者侧枝循环功能和再通情况
2. 使用密闭连续冲洗装置，防止阻管，减少血栓形成和感染
3. 动脉穿刺时应尽量选择足背动脉、桡动脉，此处的动脉位置表浅易于触及，又无静脉与之毗邻，穿刺后易于压迫止血。
4. 严格无菌技术操作，预防穿刺后局部感染。
5. 操作前向神志清醒患者做好解释工作及心理护理以取得合作。
6. 禁止在同一部位反复多次采血。

麻醉机使用意外与并发症的预防与处理

使用中设备故障应急流程



1、日间：（周一至周五）

设备维修科

手术室护士长

2、夜间和周末：

设备维修值班

麻醉信息系统应急预案

为提高医院处理信息网络突发事件的能力，形成快速、有效的应急工作机制，确保信息网络发生突发事件时诊疗活动有序进行，最大限度的减少信息网络突发事件的危害，保护医院及患者利益，特制定本方案。

1. 成立信息网络突发事件应急处理领导小组：

组长：

组员：

信息科负责人：

系统工程师：

2. 应急工作准备

应急领导小组及各相关科室应强化应急意识、熟悉应急工作流程，准备手工操作用品并定期检查是否齐全。如应准备好纸质麻醉记录单，定期检查打印机是否需要替换硒鼓，及时更换打印纸，定期检查网线及接口是否完好无破损。

3. 常见网络问题及处理办法

1. 单台电脑无法登陆系统

(1) 检查个人账号及密码，确保输入正确。

(2) 到邻近手术间观察能否登陆，如邻近手术间能登陆则说明是自己所在手术间的问题。

(3) 检查内网网线是否断开或接口的地方是否松动。注意：如果网线脱落或断开的话，右下角的“内网”网卡是打叉的。内网网线一边连接到吊塔，一边连接到电脑主机的下面网卡。

(4) 如还不能登陆，请联系系统工程师。

2. 所有电脑都无法登陆

此时应该存在比较严重的问题。

(1) 请马上联系信息科或者系统工程师，确认是否服务器出现问题或者是医院内网络出现问题。

(2) 上述情况在半小时内能解决则还是使用信息系统，如不能解决则暂时用手写代替。

3. 停电

如手术室突然停电，系统能自动保存停电时的进度。供电恢复后可继续使用系统。

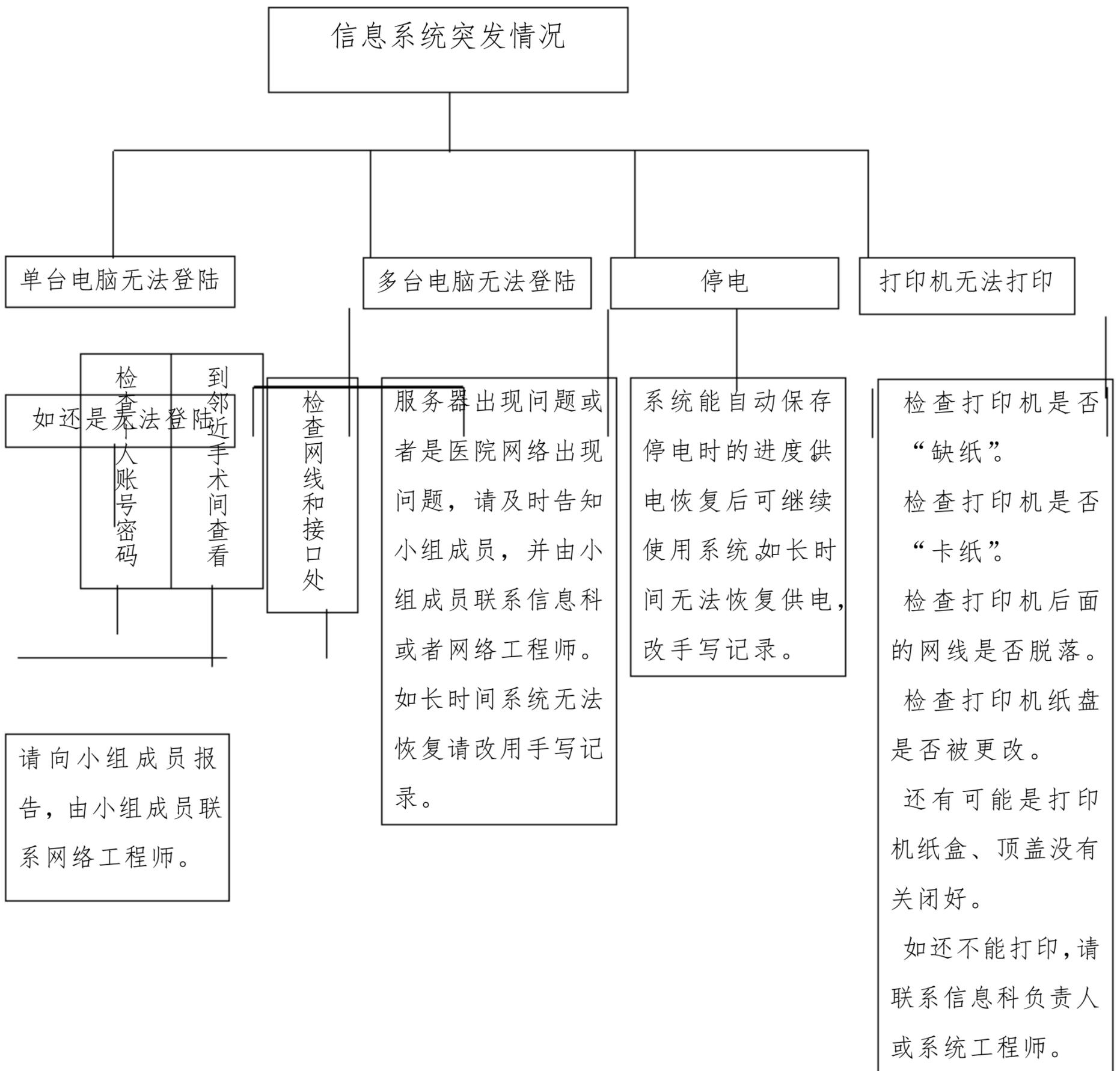
如长时间无法恢复供电，改手写记录。

4. 纸质麻醉单

如果需改用手写麻醉记录单，请在麻醉物品车第一层，摆放纸质单据处取用。

5. 打印机无法打印: (1). 检查打印机是否缺纸。(2). 检查打印机是否卡纸。(3). 检查打印机后面的网线是否脱落。(4). 检查打印机纸盘是否被更改。(5). 还有可能是打印机纸盒、顶盖没有关闭好。(6). 如还不能打印，请联系信息科负责人或系统工程师。

麻醉信息系统应急流程



一、 为了保证系统能安全运行，必须认真执行如下操作规范

1. 使用信息系统的用户必须经常修改自己的登录口令，并且不可使用他人的帐号运行程序。

2. 下班或者要长时间离开工作地方，要关闭应用系统。

3. 不得使用与自己业务无关的功能（如看电影、上网等）。
4. 严格按照用户使用手册的说明操作应用系统。
5. 任何人包括软件开发人员实名登录，不得使用“超级”用户进入后台，进行操作数据库及进行收据修改。
6. 在移动麻醉小推车时注意不要扯到网线和电源线。
7. 请不要轻易更改打印机设置。

麻醉手术收费信息应急预案

1. 为提高医院处理信息网络突发事件的能力，形成快速、有效的应急工作机制，确保信息网络发生突发事件时诊疗收费结算活动有序进行，最大限度的减少信息网络突发事件的危害，保护医院及患者利益，特制定本方案。

2. 成立信息网络突发事件应急处理领导小组：

组长：

组员：

系统工程师：

3. 应急工作准备

应急领导小组及各相关科室应强化应急意识、熟悉应急工作流程，准备手工操作用品并定期检查是否齐全。如应准备好纸质收费记录单，定期检查打印机是否需要替换硒鼓、色带，及时更换打印纸，定期检查网线及接口是否完好无破损。

4. 常见网络问题及处理办法

1. 电脑无法登陆系统

(1). 检查个人账号及密码，确保输入正确。

(2). 检查内网网线是否断开或接口的地方是否松动。注意：如果网线脱落或断开的话，右下角的“内网”网卡是打叉的。内网网线一边连接到吊塔，一边连接到电脑主机的下面网卡。

(3). 如还不能登陆，请联系系统工程师（计算机管理中心：XXXX）

2. 停电

如手术室突然停电，系统能自动保存停电前的进度。供电恢复后可继续使用系统。供电恢复期间改手写记录结算。

3. 打印机无法打印

(1) 检查打印机是否缺纸。

(2) 检查打印机是否卡纸。

(3) 检查打印机后面的网线是否脱落。

(4) 检查打印机纸盘是否被更改。

(5) 还有可能是打印机纸盒、顶盖没有关闭好。

(6) 如还不能打印，请联系信息科负责人或系统工程师。

5. 为了保证系统能安全运行，必须认真执行如下操作规范

1. 使用信息系统的用户必须经常修改自己的登录口令，并且不可使用他人的帐号运行程序。

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/565223043224011104>