

护理应急预案目的

【篇一：护理应急预案】

邯郸市第一医院危重患者护理应急预案

一、编制目的

通过本预案的实施，为危重患者提供快捷、安全、有效的护理服务，提高危重患者的抢救成功率与护理质量。

二、组织机构及职责：

为保障危重患者护理工作的顺利实施，成立危重症患者护理救治组。组长：护理副院长
副组长：护理部主任

成员：各科室护士长、护理骨干 职责：

- 1、组长、副组长对危重症患者的救治行使决策权和指挥权。
- 2、护理部救治过程中起组织、协调、反馈和辅助管理的作用，对护理工作等进行全程监控。
- 3、护士长作为科室管理者，负责安排本科人员和设备，并根据患者病情及时调整护理计划与组织实施护理救治：一线护理人员对危重患者实施救治，及时将患者的救治情况报告组长、副组长。

4、参加抢救的医务人员必须服从组织者统一指挥，确保抢救工作有条不紊的进行 5、临床护理人员熟练掌握危重患者护理知识与操作技能，准确实施急救护理。 6、抢救车内药品、物品固定基数，仪器维持良好状态。

7、遵医嘱执行各项救治措施，客观、准确、连续、及时记录各项护理措施。抢救患者的口头医嘱由护士复述后执行，并与抢救结束后 6 小时内据实补记。

8、应用贵重或自费药品前，应告知家属，注意与患者及家属沟通，建立良好的护患关系，以利于患者抢救治疗。

9、定期组织学习应急方案，提高各级人员应急能力。 三、适用范围

《综合医院分级护理指导原则》第二章分级护理原则中第八条确定的特级护理、第九条确定的一级护理的患者。

第八条具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理： 1、危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者； 2、重症监护患者；

3、各种复杂或者大手术后的患者； 4、严重创伤或大面积烧伤的患者；

5、使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

6、实施连续性肾脏替代治疗（crrt），并需要严密监护生命体征的患者；

7、其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。 第九条具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理： 1、趋向稳定的重症患者；

2、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者； 3、生活完全不能自理且病情不稳定的患者；
4、生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。 四、处置程序

1、医生根据病情下病危医嘱，病情允许者将患者移至抢救室，病情严重者配合医生就地抢救。 2、迅速建立静脉通路，备好抢救物品、药品、器械。

3、遵医嘱给予抢救药品，严格执行查对制度，执行医生的口头医嘱时，应复述一遍无误后方可执行；抢救时所用药品的空瓶，经二人核对后方可弃去。

4、严密观察和监护病情变化，落实各项护理措施，及时做好护理记录。 5、抢救完毕，清点抢救物品、药品，整理抢救现场。 6、待患者病情稳定，转至普通病室，做好健康宣教。 7、若患者死亡，按死亡出院流程处理。 附件：

河北省邯郸市第一医院危重患者护理应急流程图

邯郸市第一医院护理重点环节应急预案

一、编制目的

为进一步加强医疗安全管理，落实重点环节安全管理制度和措施，提高应对突发意外事件的组织指挥、快速响应及医务人员对紧急意外情况的反应及处理能力，加强科室间、科室内医护人员的协调配合，结合我院实际工作情况制定本预案。

二、适用范围

依据三级综合医院评审标准实施细则第五章护理管理与质量持续改进中第四项护理安全管

理对重点环节的界定，重点环节：包括患者用药、输血、治疗、标本采集、围手术期管理、安全管理等。

三、组织及职责

为做好重点环节意外情况的处置，保障患者治疗护理工作的顺利实施，成立重点环节应急管理协调组。

组 长：医务科科长 副组长：护理部主任

成 员：输血科主任、检验科主任、麻醉科主任、药学部、各临床科主任、护士长 职责：

1、组长负责重点环节应急工作的统一领导、决策和现场指挥。 2、医务科、护理部负责各科室协调与信息上报，并监督执行预案。 3、各临床科室负责应急预案的具体实施。

4、输血科、检验科、麻醉科、药学部负责各部门的应急工作。 四、应急预案处置程序

（一）发生输血反应时的应急程序

1、患者发生输血反应时，应立即停止输血，换生理盐水，报告医生，遵医嘱给予抗过敏药物。 2、病情紧急的患者准备好抢救药品及物品，配合医生进行紧急救治，并给予氧气吸入。 3、若是一般过敏反应，应密切观察病情变化并做好记录，安慰患者，减少患者的焦虑。 4、按要求填写输血反应报告卡，上报输血科。

5、怀疑溶血等严重反应时，将保留血袋及抽取患者的血样一起送输血科。 6、加强巡视及病情观察，做好抢救记录。 流程图：

(二) 用药错误应急程序

1、立刻停止此药物的使用，并即刻通知值班医生、护士长，保留药剂及用物。 2、遵医嘱给予拮抗药物，情况严重者应就地抢救。 3、加强巡视和病情观察，做好护理记录和交接班。 4、填写不良事件登记表，并上报护理部。

5、妥善保留药剂及用物，报药剂科，如需送检应同时取相同批号的药剂分别送检。 流程图：

【篇二：护理应急预案】

-

护理应急预案目录

1、紧急状态下护理人力资源调配应急预案 2、患者突然发生病情变化时的应急预案 3、患者突然发生呼吸心跳骤停时的应急预案 4、患者发生误吸时的应急预案 5、跌倒防范应急预案 6、坠床防范应急预案 7、患者发生躁动时的应急预案 8、患者外出或外出不归应急预案 9、有自杀倾向时的应急预案 10、患者自杀的应急预案

11、患者发生精神症状时的应急预案 12、输液过程中出现发热反应的应急预案 13、输液过程中出现空气栓塞的应急预案 14、输液过程中出现肺水肿的应急预案 15、刺激性药物外渗的防范应急预案 16、化疗药物外渗的防范、应急预案 17、患者发生输血反应的应急预案 18、用错药物的应急预案 19、导管滑脱的防范、应急预案

20、气管插管或者套管意外脱管应急预案 21、烫伤防范应急预案 22、药物过敏防范应急

预案 23、病房失窃防范应急预案

24、抢救时无法完成静脉穿刺时应急预案 25、病历丢失的应急预案

紧急状态下护理人力资源调配应急预案

为应对大型突发事件、重大抢救及病房护理人员紧急缺编情况，确保抢救人员及时到位并迅速投入抢救工作，争分夺秒救治病人，特制定本方案。

一、适用范围

- 1、突发公共卫生事件；
- 2、大型医疗抢救，如批量外伤、疾病爆发流行及其它的意外事件等；
- 3、特殊病例的护理，如心脏移植等；
- 4、病房紧急缺编。

二、领导小组组长：护理部主任 副组长：护理部副主任、科护士长 成员：各病房、护理岗位护士长

三、调配程序

- 1、接到科室需要紧急调配护理人员电话时，立即报告护理部主任。
- 2、护理部根据各科室人力情况，通知各护士长紧急抽调其护理人员。
- 3、各护士长安排本科护士立即去需要科室报到。
- 4、用人科室护士长向护理部反馈使用情况。

四、调配要求：1、以上情况发生时，各科室本着以大局为重的原则，服从医院和护理部的人力调配，不得以任何理由推诿、

拒绝。

- 2、护理部与各科室护士长长期保持联络畅通。遇到紧急情况时，能随叫随到，并能做到及时、有效地上岗。
- 3、护理部有计划、有组织、系统地对护理人员进行院内和院外的相关专科培训，以提高护理人员的专科理论知识和实践技能。
- 4、具体调配方案，依据专科危重病例数、病情、护理人员缺编情况及对社会的影响程度等因素合理配备相应的专科护理人员，并保证提供优质的专科护理质量。

患者突然发生病情变化时的应急预案

- 1、立即通知值班医生，同时准备好抢救物品及药品。
- 2、积极配合医生进行抢救。
- 3、如

患者家属不在场时，应及时通知其家属。 4、某些重大抢救或 vip 人员抢救，应按规定及时通知医务部、护理部或院总值班。 5、做好患者病情变化记录和抢救记录，并妥善保管好病历。

患者突然发生呼吸心跳骤停时的应急预案

1、迅速判断病人呼吸心跳停止，呼叫医生及其他护理人员。 2、迅速将患者去枕平卧于硬板床或硬地板上，普通床可在患者背下垫一长木板。 3、松开患者衣扣、裤带。 4、胸外心脏按压：操作者将一手掌根部按在患者胸骨下 1/3 段，另一手掌与之重叠，肘关节伸直，前臂与胸骨垂直，利用上身力量垂直下压，使胸骨下陷至少 5cm，按压的频率至少 100 次/分，按压与放松时间比为 1:1。 5、清除患者口鼻腔分泌物，取下活动的假牙。 6、将患者颈部向前抬起，使患者头后仰，保持呼吸道通畅。 7、立即实施口对口人工呼吸或简易呼吸器辅助呼吸，气管插管后给予呼吸囊或呼吸机辅助呼吸。 8、心脏按压与人工呼吸比单、双人均为 30:2。

9、抢救过程中需密切观察患者生命体征变化，及时、准确做好病情和抢救记录。 10、复苏无效时应经家属确认并遵医嘱撤去抢救仪器及物品，再进行尸体料理。护理人员缺编情况及对社会的影响程度等因素合理配备相应的专科护理人员，并保证提供优质的专科护理质量。 患者发生误吸时的应急预案

1、日常做好危重患者、患儿及其家属的安全指导，根据病情制定相应的护理措施。 2、发现患者误吸时，立即置患者俯卧头低足高位，叩拍其背部，尽可能使吸入物排出，同时通知值班医生。 3、迅速备好负压吸引器，快速吸出口鼻及呼吸道内吸入物。 4、患者出现神志不清，呼吸、心跳停止时，立即胸外心脏按压、人工呼吸，急请麻醉医生插管，遵医嘱给予抢救用药。 5、严密观察生命体征、神志、瞳孔变化，异常及时报告，做好护理记录 6、加强心理疏导，缓解患者恐惧心理。 7、协助医生通知家属，向家属交代病情。 8、采取有效护理措施，预防再次发生。 跌倒防范应急预案

一、跌倒危险因素

- 1、与疾病有关的因素(1)视力减退或受损。(2)心血管系统：体位性低血压、晕厥、心律不齐等。(3)下肢功能不良：肌肉无力、周围神经疾病。(4)步行和平衡不良：小脑病变等。(5)排泄系统失常：夜尿症、二便失禁、腹泻。(6)精神、意识状态失常：严重头晕、乏力、感觉迟钝、意识障碍、幻觉、定向障碍。(7)药物因素：利尿剂、缓泻剂、镇静催眠药物、抗精神病药物、麻醉镇痛剂等。(8)其他：禁食、

- 失血等。
- 2、物理、环境因素(1)光线过亮/过暗。(2)地面障碍：地面有障碍物、地面潮湿、地面不平。(3)厕所/浴室地面湿滑、缺乏扶手。(4)楼梯缺乏扶手、楼梯湿滑、台阶高。(5)床或座椅太高、太低。(6)着鞋不合适：不防滑的鞋或拖鞋。
- 3、其他因素(1)婴幼儿。(2)年龄大于65岁者。

二、跌倒预防措施

- 1、提供安全环境 (1)保持病室、浴室内灯光明亮、地面干燥。(2)清除病室床旁过道障碍(3)病床刹车固定，摔倒的原因，向患者做宣教指导，尽可能避免再次摔伤。

9、护士长召集全科护士讨论、评估、分析，提出整改措施，填写《护理不良事件上报表》并上报。 **坠床防范应急预案**

一、防范措施

- 1、对于有意识不清或躁动不安患者，应加床档，并有家属陪伴。
- 2、对于极度躁动的患者，可应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，将床降至适宜的高度。
- (4)将床头柜、垃圾袋、便盆及生活用品放置于患者伸手可及之处
- 2、加强危险人群的重点防范(1)确认危险人群并放置“预防跌倒”警示牌。(2)尽可能将有跌倒倾向的高危患者床位安排靠近护士站(3)放置床栏。(4)必要时使用保护性约束工具。(5)每班床边交班
- 3、加强患者及家属宣教 (1)陪护者应随时陪伴患者，若暂时离开病房时需告知责任护士，晚夜间陪护床应紧靠病床(2)应注意轮椅及便盆座椅的固定(3)当患者步行活动时穿防滑鞋。(4)指导呼叫铃的使用(5)指导正确执行移位及上下床(6)提供患者呼叫及寻求协助的方法(7)指导患者采取渐进下床方式。(8)指导床上使用便盆或尿壶的方法。

三、跌倒预防“十知” 据统计，“跌倒”是住院患者常发生的意外事件，其危险性轻者可致皮肉伤(如摔伤、瘀伤)，重者可能会有骨折及内出血的隐患，更是六十五岁以上老年人意外伤害死亡的第二大原因。调查显示：有 1/3 的老

年人在一年内曾经有跌倒史，其中 2/3 是可以预防的。为预防患者发生跌倒事件，确保患者住院期间的安全，患者及陪伴事前了解掌握预防措施就显得极为重要

- 1、当你服用安眠药或感头晕、血压不稳时，下床前应先坐在床边一会，再由医护人员或家属扶下床。

- 2、当您需要协助而又无家属在旁时，请立即按呼叫器通知护理人员。
- 3、若发现地面有水渍，请告诉工作人员，并避免在有水渍处行走，以防不慎跌倒。
- 4、请将物品尽量收于柜内，以保持过道宽敞。
- 5、当护士或家属已将床栏拉起时，若需下床应先通知护士或家属将床栏放下来，切勿翻越。
- 6、当您照顾的患者有躁动不安、意识不清时，请将床栏拉起，并予以约束保护。
- 7、请您向医护人员叙述可能导致您跌倒的原因。
- 8、请穿防滑鞋，勿打赤脚。
- 9、病房夜间打开地灯。
- 10、如厕时，应有家属陪伴，如有紧急事故，及时呼叫医护人员。

四、预案

- 1、患者不慎坠床或跌倒，立即就地处理，根据伤情妥善安置患者。
- 2、立即通知值班医生及护士长。
- 3、协助医生进行检查，为医生提供信息，遵医嘱进行正确处理。
- 4、加强巡视，密切观察病情变化。
- 5、协助医生通知患者家属。
- 6、认真记录患者坠床的经过及抢救过程。
- 7、按不良事件上报程序及时逐级上报。
- 8、向患者了解当时摔倒的情景，分析

避免对患者造成损伤。

- 3、在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。
- 4、对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康教育，告诉患者不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起晕厥等症状，易于发生危险。
- 5、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，给予必要的处理措施。

二、预案

- 1、一旦患者不慎坠床时，护士应立即到患者身边，通知医生检查患者坠床时的着力点，迅速查看全身状况和局部受伤情况，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。
- 2、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的急救措施。
- 3、加强巡视至病情稳定。巡视中严密观察病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报。
- 4、及时、准确记录病情变化，认真做好交接班。
- 5、护士长召集全科护士讨论、评估、分析，提出整改措施，填写《护理不良事件上报表》并上报。

患者发生躁动时的应急预案

1、加强巡视，当发现患者躁动时，立即呼叫医生，并采取必要的保护措施，防止发生意外。2、准备必要的抢救药物及物品，遵医嘱给予镇静药物。3、协助医生通知家属并交代病情，解释应用保护性约束工具的目的、使用方法和注意事项，取得家属合作。4、经常检查约束工具是否松紧适宜、有效，每 2 小时解开约束带 3-5 分钟，协助翻身、按摩，出现不当及时处理。5、严格执行交接班制度，加强巡视，防止发生意外。6、及时评估病情，一旦病情好转，及时解除约束具，做好记录。

患者外出或外出不归应急预案

1、加强巡视，当发现住院患者不知去向时，应立即与患者家属取得联系，明确去向。2、无法确定去向时应立即通知值班医生、护士长及家属，设法查找。3、寻找 1 小时仍不明去向者应报告保卫科、行政总值班及护理部，并继续查找。4、记录最后一次见到患者的时间、地点、见证者及开始寻找患者的时间、汇报的时间及所作的努力。5、2 人共同清理患者用物，登记并妥善保管。6、填写《护理不良事件上报表》，分析、讨论患者外出不归所产生的不良后果，提出整改意见并上报。

有自杀倾向时的应急预案 1、发现患者有自杀倾向时，应立即向值班医生及护士长汇报。2、关心患者，准确掌握患者的心理状态，有针对性地进行心理疏导。3、做好必要的防范措施，包括没收锐利的物品、锁好门窗、保管好危险药品等，防止发生意外。4、通知患者家

属，要求 24 小时陪护，家属如需要离开患者时应通知值班的护理人员。5、加强病房巡视，重点交接班并做好护理记录。 患者自杀的应急预案

1、发现患者自杀，应立即通知医生，携带必要的抢救物品及药品与医生一同奔赴现场。2、评估患者的意识、瞳孔及生命体征，有抢救指征的，实施现场急救，同时注意保护现场；确定

患者已死亡，保护现场（病房内及病房外现场）。3、立即通知科主任、护士长，同时通知医务部或院总值班、保卫科及 110。4、协助值班医生通知家属，并做好安抚工作。5、评估和分析危险因素，预防再次自杀，做好各种记录。6、安抚其他患者，维护病区秩序。7、配合有关部门的调查工作。8、护士长召集全科护士讨论、评估、分析，提出整改措施，针。3、输注刺激性药物时，输注侧肢体尽可能不动或少动，以免药物外渗引起局部组织剧痛、变性甚至坏死。4、若患者出现局部疼痛、肿胀、滴液不畅等情况应立即告诉护士，给予及时处理。5、输注刺激性药物期间，若患者意识障碍或躁动不安，陪伴家属不得随意离开，以免发生意外。6、护士应经常巡视观察输注局部有无烧灼感、肿痛、外渗以及药物的不良反应等情况，并做好护理记录。7、当发现或疑似药物外渗时，应立即更换其它部位，报告护士长，做好相应的处理，详细观察局部皮肤变化。8、严格执行交接班制度，加强床边填写《护理不良事件上报表》并上报。 患者发生精神症状时的应急预案

1、立即通知值班医生及护士长，夜间通知院总值班。2、同时采取安全保护措施，以免患者自伤或伤及他人。3、协助医生通知患者家属，24 小时设专人陪护。4、如果患者出现过激行为时，应立即通知保卫科或相关部门协助处理，并考虑对患者采取身体束缚，以防发生意外。5、协助医生请专科会诊。6、遵医嘱给予药物治疗或送专科医院治疗。 输液过程中出现发热反应的应急预案

1、患者发生发热反应时，应立即更换液体和输液器并保留，同时保留静脉通道。2、立即报告值班医生及护士长，并遵医嘱给药，情况严重者应就地抢救，必要时进行心肺复苏。3、对症处理，寒战时适当增加盖被或用热水袋保暖，高热时给予物理降温。4、严密观察患者的生命体征，做好护理记录。5、及时报告医院感染管理科、消毒供应中心、护理部和药学部。6、必要时将封存的输液器和药液与同类批号的液体、输液器一同送相关部门检验。

输液过程中出现空气栓塞的应急预案及流程

1、发现输液器内出现气体或患者出现空气栓塞症状时，立即停止输入。2、立即将患者置左侧卧位和头低足高位，更换输液器或排空输液器内残余空气。3、通知值班医生及护士长。4、密切观察患者病情变化，遵医嘱给予氧气吸入及药物治疗。5、病情危重时，配合医生积极抢救。6、认真记录护理病情变化及抢救过程。

输液过程中出现肺水肿的应急预案及流程 1、发现患者出现肺水肿症状时，立即停止输液或减慢输液速度。

2、报告值班医生，遵医嘱应用镇静、扩血管和强心药物，配合医生做好抢救工作。3、将患者安置为端坐位，双下肢下垂，以减少回心血量，减轻心脏负担。4、加压给氧，减少肺泡内毛细血管渗出，同时湿化瓶内加入 20%-30%的酒精，改善肺部气体交换，缓解缺氧症状。5、必要时进行四肢轮流结扎，每隔 5-10 分钟轮流放松一侧肢体止血带，可有效地减少回心血量。6、认真记录患者抢救过程。7、患者病情平稳后，加强巡视，重点交接班。

刺激性药物外渗的防范应急预案 1、输注刺激性药物前，护士应告之患者及家属输注目的、注意事项等，以取得理解和配合。2、护士应选用粗直且弹性好，不易滑动的周围静脉进行穿刺。先用生理盐水引导穿刺，确定针头在血管内再输注刺激性药物，并妥善固定，输注完毕再用生理盐水冲注后拔

交接。9、常见刺激性药物有化疗药物、去甲肾上腺素、多巴胺、阿拉明、多巴酚丁胺、尼莫通、脂肪乳剂、甘露醇、甘油果糖、高渗葡萄糖等。10、外周用化疗药物参照《化疗药物外渗的防范、应急预案及流程》。 **化疗药物外渗的防范、应急预案**

一、化疗药物外渗的临床表现 1、外渗局部中度或重度疼痛，通常为烧灼样痛、刺痛；局部红肿，穿刺导管无回血。2、局部水泡，皮肤发黑变硬。3、溃疡：早期不明显，当损伤后的

1-2 周结痂脱落，溃疡空洞即表现出来。二、外渗原因 1、药物毒性对血管的损伤。凡是接受化疗的病人都有不同程度的全身及局部反应，而静脉是药物进入人体的主要途径。静脉血管因抗癌药物毒性刺激，可出现瘪陷、硬化，管腔丧失弹性，而使血管脆性及通透性增加。2、机械性的血管损伤①穿刺技术不熟练：没有经验或年资低的护士进行化疗操作时，没能一次穿刺成功，反复穿刺，造成血管多部位被穿刺而受损伤。②血管选择不当：选用的局部血管有病变(如淋巴水肿、曾接受化疗)的肢体，或选用了有静脉炎的静脉，由于血管收缩，导致血管内壁压力增加，而发生外渗。③针头位置固定不当：如针头中途移位、脱出血管或穿出血管，使药物外渗；针尖接触到血管壁，使局部受针尖的刺激和针眼所涌出的高浓度药物长时间的刺激，会引起血管痉挛、充血、水肿、渗出，甚至发生静脉炎。三、病人宣教 1、使用中心静脉给药可有效避免静脉炎的发生，向患者交待高危药物选择中心静脉置管的好处，以取得配合。2、叮嘱病人在输注高危药物时，尽量减少活动，以免针头移位，造成外渗。3、操作时嘱病人身着宽松外衣，输液的肢体勿被压迫，以免影响血液回流，造成药液外渗。4、告诉患者输注化疗药物外渗时的感觉：注射部位疼痛、肿胀感等，如有上述感觉立即向护士汇报，以便尽早发现药物外渗的情况。四、血管的选择 1、提高静脉穿刺一次成功率，避免在一根血管上反复穿刺。2、选择最佳的穿刺部位，尽量选择前臂及较粗大的静脉穿刺。穿刺部位的选择为；前臂手背手腕肘窝。3、切勿在靠近肌腱、韧

带、关节，如腕部掌侧、手(足)背等处静脉注药，以免造成局部损伤。这些部位有细小的肌腱韧带，一旦发生药物外渗造成损伤，将难以处理。4、尽量不使用下肢静脉化疗，下肢静脉瓣较多，血流缓慢，易造成药物滞留，损伤血管内皮。5、泡的完整性，选择透明水胶体敷料黏贴，至少一周后撕除，让水泡自然吸收。(3)大于 2 厘米的大水泡，在无菌条件下穿刺抽水，保持泡皮的完整性。然后贴敷透明水胶体敷料，密切观察。(4)溃疡形成的处理：根据伤口分期选择合适的敷料，避免在有皮下血管或淋巴管的病生理部位上的静脉选择穿刺点，如曾做过放射治疗的肢体、有 a-v 瘘的肢体、乳腺手术后患侧肢体、淋巴水肿等部位不宜实施静脉穿刺。因乳癌病人腋窝淋巴结清扫，静脉回流受阻，静脉压升高，血液淤滞易造成渗漏。6、避免在 24h 内

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/637050012116006042>