



护理工作制度与应急预案





护理核心制度之 分级护理制度



分级护理制度受到重视

1982年，卫生部颁布《全国医院工作制度与人员岗位职责》，将分级护理制度作为一项基本的医院管理制度，并提出了明确的规定。根据分级护理制度，按照病人病情的轻重缓急，护理级别分为特级、一、二、三级。



对病人进行分类的目的

- ❖ 根据病人的疾病情况和需要的护理确定相应的类别，以科学分配护理资源满足病人的需要。（能及对应）
- ❖ 确定病人的轻重缓急，以保证危重病人能够得到重点护理。
- ❖ 可以根据病人的护理需要科学配置护理人力。



我院分级护理制度

- ❖ 分级护理原则：
- ❖ 确定患者护理级别，应当以患者病情和生活自理能力为依据，并根据患者的情况变化进行**动态调整**。
 - 1.由医师根据病情开具护理等级医嘱，护士执行。
 - 2.护士长及护士可根据病员病情变化及时与医师联系，提出合理建议。
 - 3.护理级别分为特级护理及一、二、三级护理，分别设有标记。
 - (1) 病员一览表：特级护理用红色标签标识；一级护理用绿色标签标识；二、三级护理用白色标签标识。
 - (2) 病员腕带：昏迷、神志不清、无自主能力的危重患者、急诊抢救患者，使用粉红色的“腕带”；手术患者使用绿色“腕带”。



一、特级护理（危重病人）

- （一）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；
- （二）重症监护患者；
- （三）各种复杂或者大手术后的患者；
- （四）严重创伤或大面积烧伤的患者；
- （五）使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；
- （六）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；
- （七）其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。



二、一级护理

- (一) 病情趋向稳定的重症患者；
- (二) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (三) 生活完全不能自理且病情不稳定的患者；
- (四) 生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。



三、二级护理

- (一) 病情稳定，仍需卧床的患者；
- (二) 生活部分自理的患者。



四、三级护理

- (一) 生活完全自理且病情稳定的患者；
- (二) 生活完全自理且处于康复期的患者。



分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。



对**特级护理患者**的护理包括以下要点：

- （一）严密观察患者病情变化，监测生命体征；
- （二）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- （三）根据医嘱，准确测量出入量；
- （四）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如**口腔护理、防压疮护理、气道护理及管路护理**等，实施安全措施，病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上**标识**；
- （五）保持患者的舒适和功能体位；
- （六）按医院交接班规定实施床旁交接班。



一级护理患者的护理包括以下要点：

- (一) 每1小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；
- (二) 根据患者病情，测量生命体征；
- (三) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证施护和护理记录；
- (四) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、防压疮护理、气道护理及管路护理等。实施安全措施，对意识不清、高龄、手术病人、儿科病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上标识。并对病人跌倒坠床危险进行评估，实施相应的护理措施；
- (五) 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- (六) 按医院交接班规定实施床旁交接班；
- (七) 提供护理相关的健康指导和情志护理。



二级护理患者的护理包括以下要点：

- （一）每2小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；同一病室有不同级别护理时按最高护理级别进行巡视；
- （二）根据患者病情，测量生命体征；
- （三）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证施护和护理记录；
- （四）根据患者病情，正确实施护理和实施安全措施。对意识不清、高龄、认识障碍、手术病人、儿科病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上标识。并对病人跌倒坠床危险进行评估，实施相应的护理措施；
- （五）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （六）提供护理相关的健康指导和情志护理。



三级护理患者的护理包括以下要点：

- （一）每3小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；同一病室有不同级别护理时按最高护理级别进行巡视；
- （二）根据患者病情，测量生命体征；
- （三）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证护和护理记录；
- （四）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （五）提供护理相关的健康指导和情志护理。



护理核心制度之 查对制度



❖ 手术病人查对制度

- 1.术前准备及接病人时，应核对病人床号、姓名、**性别**、年龄、诊断、手术名称及部位（左、右）。
- 2.手术名称及配血报告，术前用药、药物过敏试验结果等。
- 3.无菌包内的灭菌指示剂，以及手术器械是否齐全。
- 4.体腔或深部组织手术，在缝合前必须核对纱垫、纱布、缝针、器械的数目上是否与术前相符。
- 5.术取下的标本，应由洗手护士与手术者核对后，再填写病理检验单送验。



❖ 医嘱查对制度

1. 一般情况下不执行口头医嘱。紧急抢救和手术中因急需而下达的口头医嘱，护士需重复一遍，待医生认为无误后，方可执行并保留用过的空药瓶，经二人核对无误后方可弃去。医生要及时(6小时内)补记医嘱。
2. 凡需下一班执行的临时医嘱，要交班并在护士交班本上注明。
3. 护士长每周大查对医嘱一次，并将本周查对结果进行登记，如有差错分大、中、小分别上报护理部。每月将查的差错汇总分析讨论一次，发生的原因、性质、经过及杜绝办法，应吸取的教训等，并将结论上报护理部，事故及大差错应及时汇报。



❖ 服药、注射、输液查对制度

1. 服药、注射、输液前必须严格进行三查七对。

❖ 三查：备药前查、备药中查、备药后查。

❖ 七对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间和用法。

一注意：备药前要检查药品质量，有效期和批号。注意水剂，片剂有无变质，安瓿针剂有无裂痕，混浊、沉淀、变色、絮状物等。如不符合要求或标签不清者，不得使用。

2. 易过敏的药物，给药前应询问三史，即用药史、家族史及过敏史，待皮试阴性后方可使用。使用毒、麻、限剧药时，要经过反复核对，用后保留安瓿，用多种药物时，要注意有无配伍禁忌。用药前查配伍禁忌表。

3. 发药或注射时，如有病人提出疑问，应及时查清，方可执行。



❖ 输血查对制度

- ❖ （间接输血法）凭输血单与血库人员共同做好“三查”“八对”；认真填写如下表格。（临床输血申请单、输血治疗同意书、交叉配血试验报告单、输血不良反应回报单）
- ❖ 三查：查血的有效期、血的质量和输血装置是否完好；
- ❖ 八对：对姓名、床号、住院号、血瓶（袋）号、血型、交叉配血实验结果、血液种类和剂量进行核对。然后在交叉配血单上签字。
- ❖ 由执行护士和另一名护士（医生）再次进行核对，确定无误后方可输入。
 1. 采血样时，应核对试管上标签联号、姓名与配血单是否相符，待无误后将血标本与配血单送化验室。
 2. 取血时检查采血日期，血液有无凝血块或溶血，血袋是否完好无损。
 3. 检查输血单与血袋标签上供血者的姓名、血型、血袋号及血量上是否相符，交叉配血试验有无凝集，无误后应由血库工作人员、护士签名。
 4. 查病人床号、姓名、住院号及血型。
 5. 输血前应由二人核对配血单与血袋标签上各项是否相符，到床边查对姓名、床号、性别无误后方可执行。
 6. 输血完毕，将配血单放入病历贴在化验报告内，以便查对。



应急预案与处理程序



❖ 预防导管脱落应急预案

1. 各类导管均要有明显标志。
2. 妥善固定,协助患者翻身时应先松开管道的固定结,然后再翻身,防止因翻身时过度牵拉导管而致脱出。
3. 按时巡视及观察导管情况,及时发现导管的异常情况。
4. 做好管道护理的宣教工作,让患者及家属了解管道引流的目的,注意保护导管,防止脱落。

❖ 预防导管脱落应急处理程序

- ❖ 各类导管有明显的标识
- ❖ 妥善固定
- ❖ 按时巡视
- ❖ 健康宣教



❖ 药物引起过敏性休克的应急预案及程序

- 1、病人一旦发生过敏性休克，立即停用引起过敏的药物，就地抢救，并迅速报告医生。
- 2、立即平卧，遵医嘱皮下注射肾上腺素0.5-1ml,小儿酌减。如症状不缓解，每隔30分钟再皮下注射或静脉注射0.5ml,直至脱离危险期，注意保暖。
- 3、给予氧气吸入，呼吸抑制时应给予人工呼吸，喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管，必要时配合施行气管切开。
- 4、迅速建立静脉通路，补充血容量，必要时建立2条静脉通路。遵医嘱应用晶体液，升压药维持血压，应用氨茶碱解除支气管痉挛，给予呼吸兴奋剂，此外还可给予抗组胺及皮质激素类药物。
- 5、发生心脏骤停，立即进行胸外心脏按压、人工呼吸等心肺复苏的抢救措施。
- 6、观察与记录，告知家属，密切观察病人的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及其它临床变化，病人未脱离危险前不宜搬动。
- 7、按《医疗事故处理条例》规定6小时内及时、准确地记录抢救过程。



❖ 空气栓塞的应急预案

- 1、当发现输液器内空气进入体内或出现空气栓塞症状时，立即停止空气输入体内，更换输液器或排空输液器内残余空气。
- 2、将病人置于头低足高左侧卧位，配合医生做好应急处理。
- 3、立即通知主管医生及护士长。
- 4、密切观察病人病情变化，遵医嘱立即给吸氧及药物治疗。
- 5、病人病情稳定后，详细、据实的记录空气进入原因、空气量及抢救处理过程。



❖ 住院病人发生输血反应的应急预案

- 1、立即停止输血，更换输液管，换输生理盐水。
- 2、报告医生和护士长，遵医嘱给抗过敏物。
- 3、若为一般过敏反应，情况好转者可继续观察，做好病人心理护理并做好护理记录。
- 4、保留血袋，按要求填写输血不良反应报告卡，上报输血科。
- 5、怀疑溶血等严重反应时，将保留血袋并抽取病人血样一起送输血科。
- 6、病情急重时，备好抢救药品及物品，配合医生进行抢救。做好记录。
- 7、家属有异议时，立即按有关程序对输血器具封存。



❖ 急性消化道大出血的应急预案及程序

- 1、消化道大出血时，让病人绝对卧床休息，头部稍抬高并偏向一侧，避免窒息。
- 2、立即通知医生，准备好各种抢救药品、器械，如抢救车、三腔两囊管等，积极配合抢救。
- 3、迅速使用大号静脉留置针建立2条静脉通路，遵医嘱给予输液、输血及各种止血药物治疗。
- 4、给氧气吸入，关心安慰病人，做好心理护理，以减轻他们的恐惧和焦虑心情。
- 5、严密观察生命体征、神志、心率、尿量的变化，必要时进行心电监护。大出血期间每15~30分钟测量生命体征1次。
- 6、观察病人呕吐物及大便的性质、量、颜色，同时准确记录出入量。密切观察病人神志、面色、口唇、指甲的颜色，警惕再次出血。
- 7、室内安静、清洁、空气新鲜，及时更换污染的被褥。注意为病人保暖，避免受凉。
- 8、出血期间，应严格禁食，出血停止后，可遵医嘱给予温冷流质，逐渐过渡到高糖，低蛋白，无刺激的少渣食物，注意保持口腔卫生，做好口腔护理。
- 9、抢救结束后6小时内督促医生补记医嘱，准确记录抢救过程。



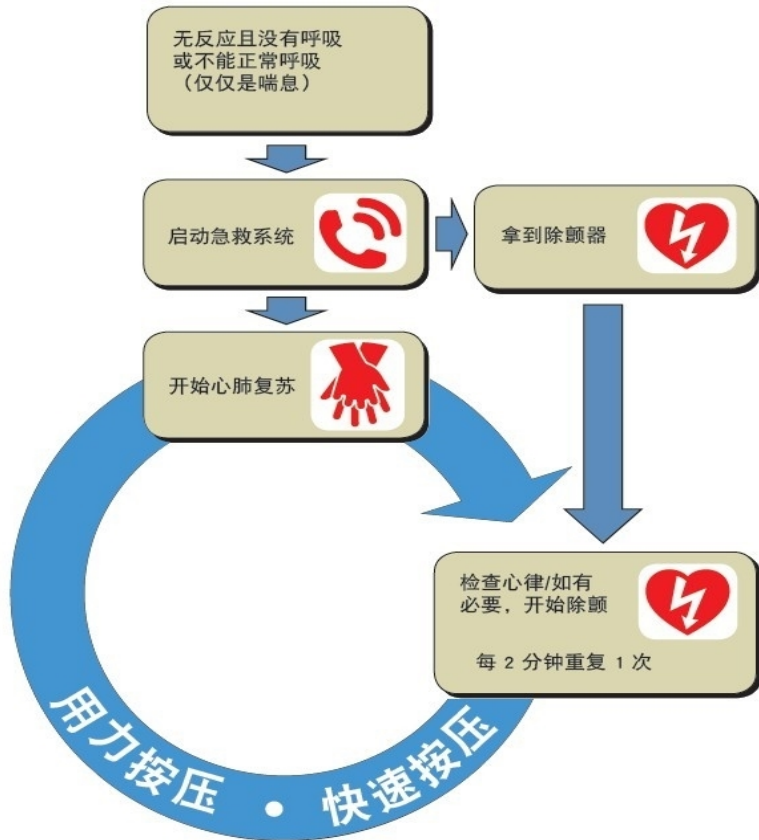
呼吸心跳骤停病人的处理

及时有效判断

- ❖ 病人意识突然丧失，昏倒于任何场合；
- ❖ 心音无、大动脉无；心跳呼吸停止；
- ❖ 面色苍白或紫绀，瞳孔散大；
- ❖ 心电图：一直线、心室颤动和心电机械分离。



图 2
成人基础生命支持简化流程



原有步骤

- A. 保持气道通畅
- B. 人工呼吸
- C. 胸外按压

修改后步骤

- C. 胸外按压
- A. 保持气道通畅
- B. 人工呼吸



- ❖ 几个数字的变化:
- ❖ 1) 胸外按压频率由2005年的100次/min改为至少100次/min
- ❖ 2) 按压深度由2005年的4-5cm改为至少5cm
- ❖ 3) 人工呼吸频率不变、按压与呼吸比不变
- ❖ 4) 强烈建议普通施救者仅做胸外按压的CPR，弱化人工呼吸的作用，对普通目击者要求对ABC改变为CAB即胸外按压、气道和呼吸
- ❖ 5) 除颤能量不变，但更强调CPR
- ❖ 6) 肾上腺素用法用量不变，不推荐对心脏停搏或无脉电活动（PEA）者常规使用阿托品
- ❖ 7) 维持自主循环恢复（ROSC）的血氧饱和度在94%-98%
- ❖ 8) 血糖超过10mmol/L即应控制，但强调应避免低血糖
- ❖ 9) 强化按压的重要性，按压间断时间不超过5s



❖ 婴幼儿胸外心脏按压方法：

❖ 定位：双乳连线与胸骨垂直交叉点下方1横指。

幼儿：一手手掌下压。

婴儿：环抱法，双拇指重叠下压；或一手食指、中指并拢下压。

下压深度：幼儿至少2.5~3.5厘米，婴儿至少1.5~2.5厘米

按压频率：每分钟至少100次。



❖ 心肺复苏终止指标：

- ❖ ①病人已恢复自主呼吸和心跳。
- ❖ ②确定病人已死亡。
- ❖ ③心肺复苏进行30分钟以上，检查病人仍无反应、无呼吸、无脉搏、瞳孔无回缩。



谢谢！



护理工作制度与应急预案



华



护理核心制度之 分级护理制度



分级护理制度受到重视

1982年，卫生部颁布《全国医院工作制度与人员岗位职责》，将分级护理制度作为一项基本的医院管理制度，并提出了明确的规定。根据分级护理制度，按照病人病情的轻重缓急，护理级别分为特级、一、二、三级。



对病人进行分类的目的

- ❖ 根据病人的疾病情况和需要的护理确定相应的类别，以科学分配护理资源满足病人的需要。（能及对应）
- ❖ 确定病人的轻重缓急，以保证危重病人能够得到重点护理。
- ❖ 可以根据病人的护理需要科学配置护理人力。



我院分级护理制度

- ❖ 分级护理原则：
- ❖ 确定患者护理级别，应当以患者病情和生活自理能力为依据，并根据患者的情况变化进行**动态调整**。
 - 1.由医师根据病情开具护理等级医嘱，护士执行。
 - 2.护士长及护士可根据病员病情变化及时与医师联系，提出合理建议。
 - 3.护理级别分为特级护理及一、二、三级护理，分别设有标记。
 - (1) 病员一览表：特级护理用红色标签标识；一级护理用绿色标签标识；二、三级护理用白色标签标识。
 - (2) 病员腕带：昏迷、神志不清、无自主能力的危重患者、急诊抢救患者，使用粉红色的“腕带”；手术患者使用绿色“腕带”。



一、特级护理（危重病人）

- （一）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；
- （二）重症监护患者；
- （三）各种复杂或者大手术后的患者；
- （四）严重创伤或大面积烧伤的患者；
- （五）使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；
- （六）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；
- （七）其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。



二、一级护理

- (一) 病情趋向稳定的重症患者；
- (二) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (三) 生活完全不能自理且病情不稳定的患者；
- (四) 生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。



三、二级护理

- (一) 病情稳定，仍需卧床的患者；
- (二) 生活部分自理的患者。



四、三级护理

- (一) 生活完全自理且病情稳定的患者；
- (二) 生活完全自理且处于康复期的患者。



分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。



对**特级护理患者**的护理包括以下要点：

- （一）严密观察患者病情变化，监测生命体征；
- （二）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- （三）根据医嘱，准确测量出入量；
- （四）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如**口腔护理、防压疮护理、气道护理及管路护理**等，实施安全措施，病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上**标识**；
- （五）保持患者的舒适和功能体位；
- （六）按医院交接班规定实施床旁交接班。



一级护理患者的护理包括以下要点：

- （一）每1小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；
- （二）根据患者病情，测量生命体征；
- （三）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证施护和护理记录；
- （四）根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、防压疮护理、气道护理及管路护理等。实施安全措施，对意识不清、高龄、手术病人、儿科病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上标识。并对病人跌倒坠床危险进行评估，实施相应的护理措施；
- （五）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （六）按医院交接班规定实施床旁交接班；
- （七）提供护理相关的健康指导和情志护理。



二级护理患者的护理包括以下要点：

- （一）每2小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；同一病室有不同级别护理时按最高护理级别进行巡视；
- （二）根据患者病情，测量生命体征；
- （三）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证护和护理记录；
- （四）根据患者病情，正确实施护理和实施安全措施。对意识不清、高龄、认识障碍、手术病人、儿科病人按规定佩带腕带，导管按危险程度贴上标识。并对病人跌倒坠床危险进行评估，实施相应的护理措施；
- （五）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （六）提供护理相关的健康指导和情志护理。



三级护理患者的护理包括以下要点：

- （一）每3小时巡视患者，观察患者病情变化及输液、输氧、微量注射泵是否与病人病情相符；同一病室有不同级别护理时按最高护理级别进行巡视；
- （二）根据患者病情，测量生命体征；
- （三）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；根据整体护理原则，做好辩证护和护理记录；
- （四）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （五）提供护理相关的健康指导和情志护理。



护理核心制度之 查对制度



❖ 手术病人查对制度

- 1.术前准备及接病人时，应核对病人床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称及部位（左、右）。
- 2.手术名称及配血报告，术前用药、药物过敏试验结果等。
- 3.无菌包内的灭菌指示剂，以及手术器械是否齐全。
- 4.体腔或深部组织手术，在缝合前必须核对纱垫、纱布、缝针、器械的数目上是否与术前相符。
- 5.术取下的标本，应由洗手护士与手术者核对后，再填写病理检验单送验。

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/755142040322011142>