

2012年1月至12月不良事件回顾.

护理部



2012年1—12月共计 12 例不良事件

	2012年	2011	同期增减
用药错误	2	2	
压疮	1	5	-4
碰撞伤	1	3	-2
液体外渗	0	2	-2
走失	2	1	+1
管路滑脱	1	0	+1
自杀	0	1	-1
输液/输血	3	0	+3
烫伤	0	1	-1
其他	1（管路标识错误） 1（操作失误）	误吸 1 尿潴留 1	

事件分类分析



用药错误 2例

事件1

用药错误

经过



患者女，83岁，主因“患者女性，83岁，主因“慢性咳嗽、咳痰10年余

，加重伴喘息10余天”于2012-2-24由急诊收入院。来时查体：T：36.4℃，Bp：130/90mmHg，R：16次/分，P：76次/分。既往史：帕金森病史7年余，肺癌术后病史2年。静脉给予平喘，升压药物对症治疗。患者于3-13病情趋于恶化转至监护室继续治疗，患者呼之可应，喘憋状，查体T：37.2℃，Bp：80/40mmHg，R：25次/分，P：156次/分。血氧饱和度：88%。观患者骶尾部及双足跟可见中度压红。遵医嘱改为特级护理，报病危通知。患者于2012-3-13 13：58停头孢他啶Q12h，白1班已将当天摆液单已标注停止，当晚的药取出，输液本也已经用红笔标注停止。16：00治疗班将第二天液体推入监护室治疗室，白1班未标注第二天的摆液单。夜1班核对第二天液体时，只是用摆液单和液体、药品核对，夜2班在第二天早7：30配第一组药液时配了该组液体，第二天白1班上班后，在输液前未核对输液本与当天输液单是否一致，白1班输液后在签输液巡视卡时发现并没有该组液体，才发现出了问题，液体立即撤下。

发生时间：2012年3月

科室分析

- ✘ 未严格执行三查七对制度。
- ✘ 10:00后第二天的摆液单已打印出，新开或停止长期液体，临床执行医嘱人处理不完整，第二天的液体，摆液单未按医嘱执行。
- ✘ 夜班核对不正确，未用输液本核对，仅仅按照摆液单核对第二天液体药物，也未核对夜班打印出的输液巡视卡。

事件1

用药错误

整改 ✕ 科室对科内医嘱处理流程重新梳理：

- 每日医嘱本分两个时间段提取：早8：00—16：00；当日16：00—第二天早8：00。
- 每日由外病区主班提取医嘱（监护室、外病区），微机用物计价。
- 外病区主班负责更改外病区的各个执行本（输液本、小治疗本、注射本、口服药本）。
- 因为只有液体涉及到摆液单、输液巡视卡，外病区由责1或2负责更改本组摆液单、输液巡视卡，要注意当天10：00之后同时要更改已打印出的第二天摆液单。
- 监护室主班负责更改监护室的各个执行本（输液本〈摆液单、输液巡视卡〉、小治疗本、注射本、口服药本），同样要注意10：00之后的与液体相关的第二天的摆液单、输液巡视卡的更改。
- 临床的操作要以各执行本为凭证，夜班在核对第二天液体时，要以执行本为标准。
- 每天16：00由护士长、内、外主班、治疗班核对当天产生8：00—16：00医嘱（长、临）；每日8：00外主班核对全科昨日16：00—当天早8：00医嘱（微机计价）及外病区各个执行本；监护室主班核对监护室昨日16：00—当天早8：00医嘱各个执行本。
- 每周一、周四由护士长、内、外主班、治疗班大查对医嘱。

✕ 每次处理完医嘱要回查、堵漏，避免错误的发生。

护理部

- ✘ 对于医嘱的开具与停止的管理是一个不可控的问题。
- ✘ 在医嘱开具与停止不规范的情况下，护士的查对工作就凸显其重要性；护士的责任心是否到位？每个班次对处理医嘱的连贯性，班次之间脱节就会出问题，希望避免。

事件2

用药错误

经过

✕ 患者男，61岁，主因性心脏搭桥术后前胸切口不愈合入院，曾于6月12日、18日分别开具预术医嘱，护士均按手术患者准备，但因患者病情变化导致手术暂停，6月19日医生再次开具预术医嘱，但嘱护士只让病人禁食水，药物皮试、输液及配血均等手术日手术室确认后再为患者进行准备，6月20日晨8:30分交接班护士均在病房交接班时手术室护士来接病人，由治疗班护士为其建立静脉通路，抽交叉配血，当时患者的术前药物有0.9%盐水250ml加万古霉素1.0静滴，0.9%盐水100ml加头孢哌酮1.5g静滴，因头孢哌酮皮试未做，所以只将万古液体带走，夜班护士在输液单上标注“皮试未做”，护士交班后，办公班护士也曾告知责班护士，只给病人输注万古霉素，头孢哌酮未输，皮试未做，术后病人于13:45下手术回五楼监护室，责班护士随将病人术前剩余的一组头孢哌酮及术后医生开具的临时液体均送至监护室，但未交接头孢哌酮未做皮试，监护室护士按时将头孢哌酮液体给病人输注，后责班护士想起此事，但此液体已经输完，即刻报告医生，密切床旁观察病情，患者于11:10已麻醉清醒，未主诉有不适，给予心电监护及持续低流量吸氧，无不良反应。

发生时间：2012年6月

转归 ✕

密切观察病情变化，未引起不良后果。

事件2 用药错误

科室分析

- ✘ 分析此次事件是责二班护士责任心不强，粗心大意导致，当日下夜班护士及办公班护士均向其强调皮试未做，但未引起重视。
- ✘ 召开护士会议，向全体护士说明此事，引起大家注意。
- ✘ 前胸难愈创面病人近期较多，一般术后均需到监护室观察，病情平稳后转入普通病房，再往监护室送液体时应将病人病历、巡视卡、输液条及药物一起送到监护室，并与值班护士做好交班，避免此类事情再次发生。

事件分类分析



管路脱出 1例

事件

管路脱出

经过

✕患者60岁，脑内血肿（丘脑、内囊，左侧），2.23入住监护室给予保守治疗，神志朦胧，既往前列腺肥大、自幼小儿麻痹。2.24小夜患者躁动，观神志、瞳孔、生命体征较前无变化，给予保护性约束，将病人移至护士台附近利于观察；报告医生，医嘱严密观察血压情况，11PM患者诉小便，查看尿管通畅，有尿液流出，按压腹软，给予心理护理。2.25 1AM患者将尿管自行拔出（带水囊），尿道口有血性液体流出，报告医生，医嘱观察血性液体流出情况，3AM重新留置尿管未果，导丝尿管也不能置入，报告医生，医嘱密切观察腹部膨隆情况，7AM腹部膨隆、腹软，遵医嘱再次置管未果，8AM请创伤科会诊，给予膀胱造瘘。（19:30—次日8:00 入液1800ML，19:00—次日1:00尿量300）。

发生时间：2012年2月

事件

管路脱出

转归 ✕ 重新置管失败，行膀胱造瘘术，给患者造成痛苦及经济的损失，未形成争议，患者出院。

科室分析

- ✘ 对存在护理风险高危人群预见性不够（对躁动病人的约束不到位）。
- ✘ 因病员的多少不稳定性，人员安排不合理。
- ✘ 科室对护理人员处理安全隐患问题的培训不够。

科室整改

- ✘ 对躁动病人的保护性约束，根据躁动程度应用两条约束带，即手腕、肘部。
- ✘ 护士长合理排班，在人员不变的情况下实行双班。
- ✘ 科室召开全体护士会议讨论分析此次事件，总结经验教训；定期组织学习，此类不良事件的防范措施，警钟长鸣。

护理部

- ✗ 对躁动患者的约束绝对不到位。
- ✗ 有没有考虑患者躁动的原因除了病情外是否有尿路梗阻情况。
- ✗ 在患者拔出管路后，对于该类病情的患者是否考虑立即重新留置导尿，在尿道损伤初期水肿还未形成，重新置管的成功率要高。

事件分类分析



管路标识错误 1例

事件

管路标识错误

经过



患者，男，80岁 主因“发热1天”于2012-1-21 13:00急诊入院，来时观患者神志不清，植物状态。查体：T36.9℃，P78次/分，R20次/分，Bp130/80mmHg，遵医嘱给予内科一级护理，静脉给予消炎、化痰、平喘等药物对症治疗。在16/3早晨接班时观患者胃管标识为3/3，给予患者到期更换胃管，下午患者家属来院后发现更换了胃管，便到护士站询问，家属说胃管是13/3更换的，今天又更换了，我们将胃管从垃圾桶里捞出看到上面标识确实为3/3，但家属仍坚持13/3更换的，便给13/3责三班打电话确认，责三班确定是13/3更换的胃管。

发生时间：2012年3月

事件

管路标识错误

转归

✕家属质疑，投诉，护士道歉。

科室分析

- ✘ 给意识不清病人换胃管时没有做好查对。
- ✘ 更换胃管后将标识写错日期。
- ✘ 责三班更换胃管后未告知医生下医嘱，责一班记录。
- ✘ 标签被水浸湿后有可能日期被摩擦掉。

科室整改

- ✘ 给意识不清病人更换胃管时应不仅核对标识，还应仔细核对医嘱及护理记录单。
- ✘ 更换胃管后将标识日期查对好。
- ✘ 责三班更换胃管后及时告知医生下医嘱以及责1班记录护理记录单。
- ✘ 尽量将胃管标签贴在胃管上方不容易被摩擦。
- ✘ 胃管标识上要记录放置胃管时间和胃管到期更换时间及胃管长度。

反思

✘ 虽然不是一个原则性的错误问题，但是也给患者造成了一定的痛苦。

✘ 还是护士的责任心问题，即医嘱的下达、护士未重视护理标识的重要性。

事件分类分析



走失 2例

事件1

走失

经过✕患者女性，59岁，主因“发现意识不清2.5小时”于2012年2月19日9时以一氧化碳中毒收入院，查体：T36.6℃，R18次/分，P130次/分，Bp：135/95mmHg。遵医嘱入住监护室，报病重，心电监护示波窦率，吸氧2L/min，静脉给予脱水降颅压、促进脑细胞代谢药物治疗。既往史：高血压病史，于2012-2-20日转入普通病房改为一级护理继续治疗。于2012-2-28日改为二级护理。患者于2012-2-24脑电图示中度异常，但语言表达清楚，于2012-3-12复查脑电图广泛中度异常，较前比较加重，故有迟发脑病。当时已和家属沟通需要家人24h陪住，但家属未引起重视，也未请护工护理，当时家属已签字，并指导大家重视该患者。于2012-3-16 13:30病人行高压氧治疗。16:10护士发口服药观察患者不在位，告之责2班未归病房，询问同批高压氧患者述高压氧已做完。告知医生，及家属。护理人员调查监控录像，组织人员寻找，于16:50在创伤三区找到患者，接回病房；现该患者已有护工护理，家属及护士加强重视。

发生时间：2012年3月

科室分析

- ✘ 对于一氧化碳迟发脑病患者护士对其关注度不够。
- ✘ 跟家属沟通家属未予重视。

科室整改

- ✘ 一氧化碳中毒迟发脑病患者，护士应加强关注度，可以不按等级护理巡视，要加强巡视。
- ✘ 一氧化碳中毒迟发脑病患者和家属沟通时建议家属24小时陪护，当家属不能配合时，建议请护工看护病人，同时护士要加强关注；尤其在病人去、回行高压氧治疗后，科内工作人员接送。

转归 ✕ 患者走错楼层，找回。

事件分类分析



输液/输血反应 3例

事件1

输液反应

经过

✕ 患者男，38岁，因双下肢丹毒于4月7日开始输注甲硝唑100ml每日（8AM-8PM），左氧氟沙星氯化钠注射液100ml2/日（9AM-9PM），每次均为先输甲硝唑后更换输液器输入左氧氟沙星。于4月12日，杨盛杰当班，输毕甲硝唑后未更换输液器即输入左氧氟沙星，约1分钟，患者主诉穿刺部位瘙痒，观局部皮肤有片状红斑，立即停止输液，报告医生。观患者无特殊不良反应，未用药，给予床旁密切观察病情。约1小时，患者主诉憋气，呼吸困难，全身多处有散在红斑，且有痒感，立即报告医生，迅速建立静脉通路，测体温36℃，心率92次/分，血压130/90mmHg，持续低流量吸氧，地米10mg静脉入壶，密切观察，于30分钟后，患者主诉憋气症状缓解，散在红斑于1.5小时后消失，病人主诉无不适。

发生时间：2012年4月

科室分析

✗ 护士责任心不强，粗心大意，当时下意识更换液体，未及时更换输液器。

✗ 此药品输注时注意事项已经过培训。

科室整改

- ✕ 当临床有特殊用药时，治疗班护士在晨起交班时向全体护士说明用法用量，配伍禁忌，使用时注意事项等，避免此类事情再次发生。

护理部

- ✕ 当出现输液反应时的处理程序？
- ✕ 当有特殊用药及注意事项时床旁或输液架上是否放置特殊标识？

事件分类分析



压 疮 1例

事件1

压 疮

经过

✕ 患者女，69岁，脑梗死、脑炎，长期面罩吸氧、

雾化吸入，8月28日发现固定面罩的约束带至右侧耳根上方1*0.5cm破溃，左侧耳根上方有0.5*0.5cm的破溃。

发生时间：2012年9月

事件1

压 疮

转归 ✕ 压疮已经恢复，家属无异议。

科室分析

- ✗ 交接班不仔细对压疮的部位评估不全面（主班），对潜在危险部位无认知。
- ✗ 对长期住院病情相对稳定的病人责任心不强（思想上认为她是老病人天天一个样导致交接班不仔细；治疗班的工作每日流于形式或未按本班职责完成工作，每日雾化吸入后要求清洗雾化器但是不用心）。
- ✗ 皮肤破损时处理措施不到位（只是碘伏消毒）。
- ✗ 管理、监督不到位（破损后未很好的与医生沟通，未通知到每班，破损后仍有人将雾化器固定于破溃处）。
- ✗ 翻身记录卡流于形式，未按实际情况记录。

科室改进

✕组织大家学习我科病人易发生压疮的细小部位（吸氧面罩固定带、面罩边缘长期压迫部位，固定胃管的胶布黏贴处，电极片黏贴处，气管插管、气管切开固定部位及颈后，深静脉贴膜固定处）。

✕强调大家的责任心，不是为了完成工作而工作，要学会用心工作。（治疗班一般为新护士或替班护士发现问题后要及时与主班沟通，不要说皮肤监测不是我的职责。对于病人不论是新入院的、病情危重的、长期住院压床的病人都需同等重视，仔细交接班。）

✕碘伏消毒效果不佳时，及时请烧伤科会诊，给予生长因子、银锌霜、疮洁肤等换药。

✕对于有破损、特殊治疗及护理项目应将醒目的标识贴于床头。

✕对于面罩吸氧、雾化的病人可将固定带固定于脸颊或耳上垫纱布。

