

护理不良事件管理

HULI BULIANG SHIJIAN GUANLI
ANLI FENXI JINGXUAN

案例分析精选

主编◎谢仙萍 张晓红



山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

护理不良事件管理

HULI BULIANG SHIJIAN GUANLI
ANLI FENXI JINGXUAN

案例分析精选

主编◎谢仙萍 张晓红

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理不良事件管理案例分析精选/谢仙萍, 张晓红主编.

—太原:山西科学技术出版社,2016.1

ISBN 978-7-5377-5276-3

I. ①护… II. ①谢…②张… III. ①护理—医疗事故—案例

IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 017499 号

护理不良事件管理案例分析精选

出 版 人: 张金柱

主 编: 谢仙萍 张晓红

责 任 编 辑: 李 华

责 任 发 行: 阎文凯

封 面 设 计: 杨宇光

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

地址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351-4922134 0351-4956033

发 行 电 话: 0351-4922121

经 销: 各地新华书店

印 刷: 山西臣功印刷包装有限公司

网 址: www.sxkxjscbs.com

微 信: sxkjcbs

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 14.75

字 数: 291 千字

版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5377-5276-3

定 价: 58.00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂联系调换。

《护理不良事件管理案例分析精选》

编委会名单

名誉主编 刘 强

主 编 谢仙萍 张晓红

副主编 吴志萍 王临英 范慧慧

编写人员(以姓氏笔画为序)

马莉芳	王 丽	王丽芳	王丽燕	王秀梅	王临英
王艳红	王晓凝	王燕丽	史秀山	史淑芳	邢瑞雪
吕 虹	朱泽琴	任庆玲	刘 静	刘艳华	刘晓彬
刘爱媛	孙冰亮	孙丽燕	芦海涛	李 丽	李 娟
李 群	李昱婷	李彦洁	李晋红	李晋灏	吴志萍
时 红	何 芳	宋佳璐	张 姝	张 燕	张占香
张志莲	张国虹	张国锋	张建伟	张晓红	张晓辉
张晨霞	张翠玲	陈美燕	陈素清	陈晓青	陈维红
邵 瑛	武文静	武丽华	苗彩红	范慧慧	郝大洁
段丽珍	咎红艳	姚 雪	袁又圆	栗洁婷	徐 加
徐红梅	崔丽萍	崔献梅	梁丽芬	尉 娟	尉小芳
彭菊意	董文娟	喻 英	程红霞	谢仙萍	蔚 玲
谭小梅	翟艳萍	冀金莲	(75 人)		

前 言

护理安全是护理质量的基础与保障。做好护理安全管理,可以使患者享受到安全、优质的护理服务,也有利于维护护患双方的合法权益。在护理安全管理中,护理不良事件的管理尤为重要。等级医院评审标准实施细则中要求各医院对护理不良事件进行统一管理,医院每年每百张床位报告不良事件在 10 件以上。如何做好护理不良事件的管理,是摆在广大护理管理者面前的一大课题。

近年来,我们一直将护理安全管理作为护理管理的首要内容,鼓励各科室将患者在住院期间发生的跌倒、用药错误、走失、误吸或窒息、烫伤、采血错误、非计划性拔管、导管堵塞等护理不良事件,在发生后 24~72 小时内上报护理部,从而形成“在错误中学习,防再犯于未然”的护理安全管理文化,提高了护士对错误的识别力及免疫力,使同种原因导致的护理不良事件数量逐年下降。

本书所选的案例均来源于临床,是科室上报及护理部反馈的真实情况展现,其中上报的事件在“经过及处理”中虽然有描述不清的情况存在,但是编者在编写过程中并没有进行修改,目的是让读者从第三者的角度发现上报中存在的问题,知晓如何涵盖“5W1H”的关键要素进行上报。在案例选择中,1/3 的案例为用药错误,因为世界卫生组织的调查显示,全球的患者中有 1/3 死于不合理用药,而非疾病本身。而且,无论是国际还是国内数据统计,用药错误在不良事件中约占 1/3 的比例。

本书具有以下几个特点:一是,以真实案例的形式呈现,让读者读后有一种身临其境的感觉。二是,对每件不良事件均有评分及反馈,指出其存在的问题,便于读者明确“上报—原因分析—整改措施”中存在的问题;反馈部分是对整体上报及改进的反馈,是对科室整改意见的修改或补充。三是,对每类不良事件均有管理措施,告诉读者该如何避免此类不良事件的发生。

该书既可用于医院护士日常的学习与讨论,又可用于新护士入职前安全教育的培训,还可作为在校护理学生进行护理安全管理的教材。

护理事业是一项不断发展前进的事业,新理论、新技术层出不穷,尽管我们竭尽所能,但仍难免有自身的局限性,我们希望借助此书的出版,与广大护理同仁一道不断地努力,不断地改进与完善,共同推动护理事业迈上一个新台阶。

谢仙萍 张晓红

2015 年 10 月

目 录

第一部分 用药错误

案例分析篇	3
案例 1 用药错误——输液药物错误之一	4
案例 2 用药错误——输液药物错误之二	6
案例 3 用药错误——输液药物错误之三	8
案例 4 用药错误——输液药物错误之四	10
案例 5 用药错误——输液药物错误之五	12
案例 6 用药错误——输血错误	14
案例 7 用药错误——注射药物错误	16
案例 8 用药错误——口服药错误	18
案例 9 用药错误——剂量错误之一	20
案例 10 用药错误——剂量错误之二	22
案例 11 用药错误——剂量错误之三	24
案例 12 用药错误——剂量错误之四	26
案例 13 用药错误——口服药物剂量错误	28
案例 14 用药错误——给药速度错误	30
案例 15 用药错误——患者之间用药错误之一	32
案例 16 用药错误——患者之间用药错误之二	34
案例 17 用药错误——患者之间用药错误之三	36
案例 18 用药错误——患者之间用药错误之四	38
案例 19 用药错误——患者之间用药错误之五	40
案例 20 用药错误——患者之间用药错误之六	42
案例 21 用药错误——途径错误	44
案例 22 用药错误——药物用法错误	46
案例 23 用药错误——临时医嘱重复执行	48

案例 24 用药错误——长期医嘱漏执行	50
案例 25 用药错误——贵重药物延迟输注	52
管理篇	55

第二部分 采血错误

案例分析篇	61
案例 1 采血错误——采血部位错误	62
案例 2 采血错误——漏采血标本	64
案例 3 采血错误——试管错误	66
案例 4 采血错误——执行医嘱错误	68
案例 5 采血错误——患者错误之一	70
案例 6 采血错误——患者错误之二	72
案例 7 采血错误——漏开化验单	74
管理篇	77

第三部分 非计划性拔管

案例分析篇	83
案例 1 非计划性拔管——胃管脱出	84
案例 2 非计划性拔管——胸腔引流管脱出	86
案例 3 非计划性拔管——尿管脱出之一	88
案例 4 非计划性拔管——尿管脱出之二	90
案例 5 非计划性拔管——尿管拔出之一	92
案例 6 非计划性拔管——尿管拔出之二	94
案例 7 非计划性拔管——PICC 脱出之一	96
案例 8 非计划性拔管——PICC 脱出之二	98
案例 9 非计划性拔管——气管插管部分脱出	100
案例 10 非计划性拔管——胸腔引流管脱出	102
案例 11 非计划性拔管——胃管拔出	104
管理篇	107

第四部分 管道堵塞

案例分析篇	113
-------------	-----

案例 1 管道堵塞——食道癌术后留置的胃管堵塞	114
案例 2 管道堵塞——PICC 堵塞	116
管理篇	119

第五部分 跌倒与坠床

案例分析篇	125
案例 1 跌倒——患者独自外出	126
案例 2 跌倒——功能锻炼休息时	128
案例 3 跌倒——开门时未扶稳跌倒	130
案例 4 跌倒——如厕跌倒之一	132
案例 5 跌倒——如厕跌倒之二	134
案例 6 跌倒——如厕跌倒之三	136
案例 7 跌倒——踩水滑倒	138
案例 8 跌倒——晕倒	140
案例 9 跌倒——下床时跌倒	142
案例 10 坠床	144
管理篇	147

第六部分 压 疮

案例分析篇	153
案例 1 压疮——左侧臀部压疮	154
案例 2 压疮——骶尾部压疮之一	156
案例 3 压疮——骶尾部压疮之二	158
案例 4 压疮——监护导联线导致瘀斑	160
管理篇	163

第七部分 液体外渗

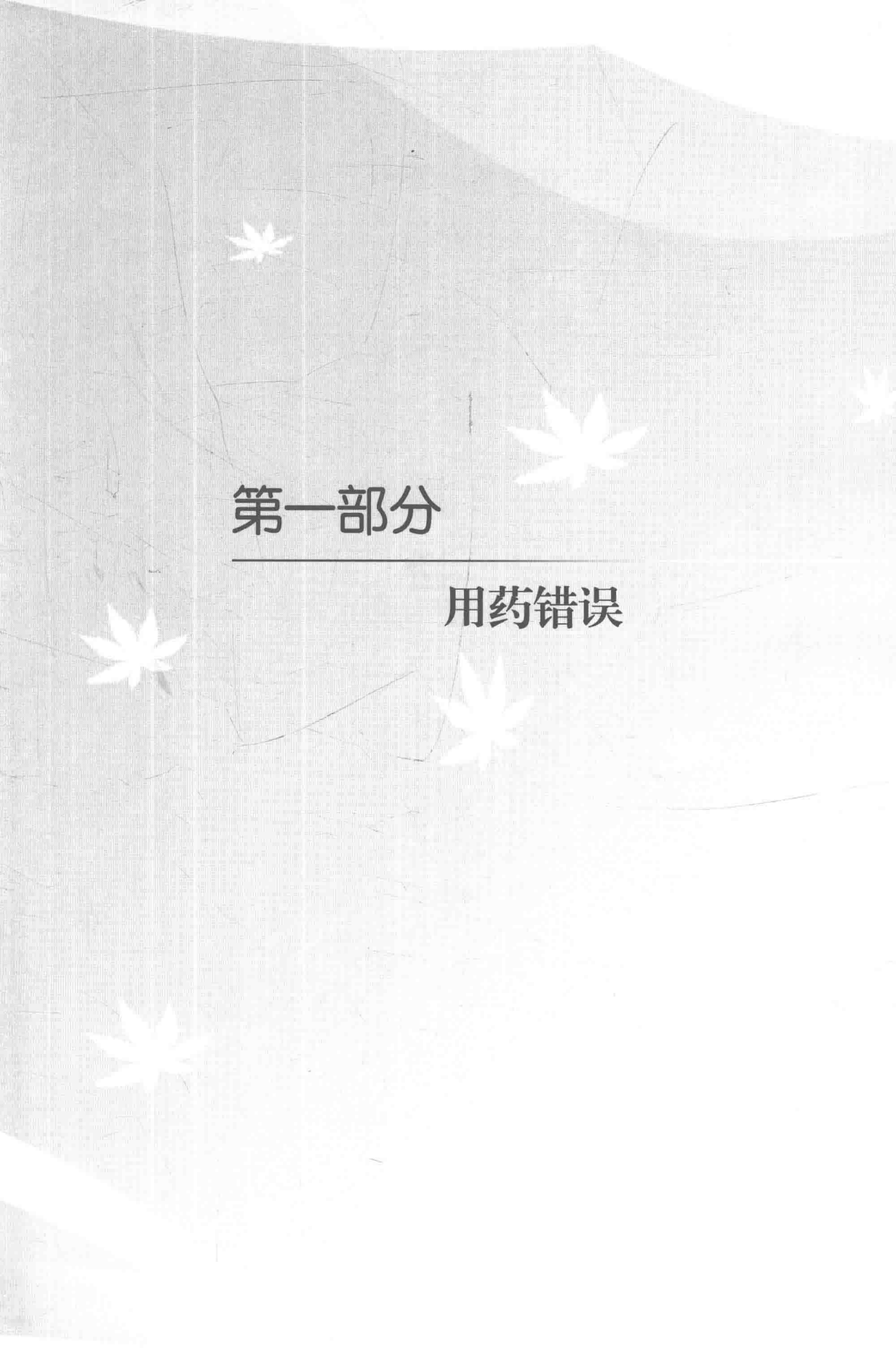
案例分析篇	169
案例 1 液体外渗——化疗药物外渗	170
案例 2 液体外渗——静脉切开穿刺处液体外渗	172
管理篇	175

第八部分 其 他

案例分析篇	191
案例 1 交接班不清	192
案例 2 静脉输液部位错误	194
案例 3 治疗遗漏	196
案例 4 输注抗生素时发现未做皮试	198
案例 5 口腔护理时棉球被吞咽	200
案例 6 吸氧医嘱未执行	202
案例 7 护士首问负责及沟通不到位	204
案例 8 核查重复检验医嘱不到位	206
案例 9 患者自行倾倒胸腔闭式引流瓶内的液体	208
案例 10 发放尿管错误	210
案例 11 输注完血管活性药物后封管导致血压骤升	212
案例 12 灌肠液配置错误	214
案例 13 烫 伤	216
案例 14 腹部切口理疗导致皮肤出现水疱	218

附 录

护理不良事件报告表（空表）	222
护理不良事件上报考核反馈表（空表）	224
护理不良事件的分级标准	225



第一部分

用药错误

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例 1 用药错误——输液药物错误之一		
发生时间	× × × × 年 × × 月 × × 日 × × 时 × × 分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三 职称：护士 工龄：2 年 从事本专业年限：2 年		
发现者	☐ 当事人 ☐ 医生 ☐ 护士 ☐ 医技人员 ☐ 患者本人 ☒ 患者陪侍人 ☐ 其他患者		
患者基本情况	姓名：× × 性别：女 年龄：81 岁 诊断：急性胆囊炎 心 身 状 态： ☐ 意识障碍 ☐ 视力障碍 ☐ 听力障碍 ☐ 失语 ☐ 精神障碍 ☐ 痴呆、健忘 ☐ 上肢瘫痪 ☐ 下肢障碍 ☐ 行走障碍 ☒ 正常 ☐ 不明 ☐ 其他 发生时状况： ☒ 床上安静 ☐ 谵妄 ☐ 睡眠 ☐ 服药后 ☐ 麻醉中 ☐ 麻醉前后 ☐ 其他		
经过及处理	患者夜间需要输注液体，主管医生于当日晚 20:21 开出“长期 0.9% 生理盐水 250ml + 头孢他啶 2g 静滴”的医嘱。当班护士张三处理完医嘱后，打出当日晚及次日的输液条。给予皮试时，家属口述患者对头孢他啶过敏，故未做皮试并告知医生，后将临时医嘱取消。次日凌晨 2:11，医生将该药的长期医嘱停止，护士张三处理完医嘱后，将前一日晚的输液条上的头孢他啶划掉（执行单未交给治疗班执行），但没有将当日输液条上的头孢他啶划掉，三测单上也未填写药物过敏事项。治疗班于 16:00 配制了该药，责任护士将该药加上后，输入约 30ml 后，患者手部出现荨麻疹，即刻停止输注，并遵医嘱给予苯海拉明 20mg 肌注，20 分钟后缓解。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；操作错误；值夜班；交班不认真。		
对患者生命造成的影响	☐ 危害极大 ☐ 危害大 ☐ 有危害 ☒ 危害小 ☐ 没有危害 ☐ 其他		
事件级别	☐ 0A ☐ 0B ☐ 1 级 ☒ 2 级 ☐ 3 级 ☐ 4 级 ☐ 5 级 ☐ 6 级		
家属知晓情况及其反应	☒ 已说明 ☐ 没有说明 ☐ 计划说明 ☐ 气愤 ☐ 能理解 ☒ 无异议 ☐ 其他		
整改意见	1. 根据各班职责，明确主要责任人为护士张三，由于其在处理完医嘱后未传达给其他班，造成本次不良事件。 2. 对主要责任人给予扣考核分的处罚。 3. 对主要责任人做相关制度及工作流程的考核，让其明确自己应担负的职责，避免造成更严重的失误。		

护理不良事件上报考核反馈表

项目编号	项目名称	细化项目	质量标准	应得分	实得分	扣分标准
1	原因分析	1-1	原因分析透彻	1	0.5	分析不透彻扣 0.5 分；原因分析错误扣 1 分
		1-2	能全面抓住真因	2	1	真因不全面扣 1 分；未抓住真因扣 2 分
2	整改意见	2-1	合理	1	0.5	整改意见不合理或不能杜绝问题的发生不得分；部分合理扣 0.5 分
		2-2	有针对性	1	0.5	无针对性扣 1 分；针对性不强扣 0.5 分
		2-3	整改意见切实可行	2	0.5	不切实可行不得分；部分可行扣 1 分
3	持续质量改进	3-1	据整改意见修改科室制度等	1	0	未修改科室制度（见到文字版）不得分
		3-2	修改的制度、流程等合理	2	0	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	3	

反馈：

1. 此事件上报时间较晚，事件发生 15 日后才进行上报。
2. 入院首次护理记录单中“过敏史”一项未正确询问患者或患者家属。
- 通过分析此事件发生的原因，护理人员应思考以下几个问题：
- (1) 科室查对医嘱及执行单的工作是如何进行的？使用电子医嘱后，如何做到快速、准确地查对医嘱？护士打印的一定是核对后的医嘱，没有核对的医嘱如何做标记？
- (2) 液体条的时间是否存在问题？为何同时打印两天的液体条？
- 最简单的改进措施是：先皮试一皮试阴性后打印当日液体条—输注无异常后再打印次日液体条。这样的流程在临床上是否便于实施，需要与护士面对面地进行交流与沟通，然后选择最简单、最无缝隙的工作流程。
- 上述问题，不仅仅是当事人的问题，如果流程不解决，方法不改进，还会发生同样的问题。请科室对以上问题进行深入研讨，改进工作流程并上交护理部一份。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2 用药错误——输液药物错误之二		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三 职称：护士 工龄：1年 从事本专业年限：2个月		
发现者	☐ 当事人 ☐ 医生 ☐ 护士 ☐ 医技人员 ☐ 患者本人 ☒ 患者陪侍人 ☐ 其他患者		
患者基本情况	姓名：×× 性别：男 年龄：50岁 诊断：急性胰腺炎、急性胆囊炎 心身状态： ☐ 意识障碍 ☐ 视力障碍 ☐ 听力障碍 ☐ 失语 ☐ 精神障碍 ☐ 痴呆、健忘 ☐ 上肢瘫痪 ☐ 下肢障碍 ☐ 行走障碍 ☒ 正常 ☐ 不明 ☐ 其他 发生时状况： ☒ 床上安静 ☐ 谵妄 ☐ 睡眠 ☐ 服药后 ☐ 麻醉中 ☐ 麻醉前后 ☐ 其他		
经过及处理	患者的长期医嘱为：0.9%氯化钠注射液 100ml + 头孢哌酮 2g 静点，Bid。当日下午16:30，张三在给该患者加当日的第二次抗生素时，看到患者正输的氨基酸液仅剩50ml，想等输完再换液体，就去接新患者。等忙完准备出病房时，张三看到该患者的液体已滴空，于是拿起治疗车上的液体没经核对就加上了。挂上液体后，张三既没有核对，又没有在输液条上核对后打钩和签字。当日下午17:20，患者家属发现输的液体不是自己的，张三核查后确定液体输错，即把3床患者的0.9%氯化钠注射液 100ml + 哌拉西林钠他唑巴坦 4.5g 液体错输给了该患者，但此时液体已输完，观察患者无任何不适反应。		
原因	查对不认真；观察不认真；操作错误。		
对患者生命造成的影响	☐ 危害极大 ☐ 危害大 ☐ 有危害 ☒ 危害小 ☐ 没有危害 ☐ 其他		
事件级别	☐ 0A ☒ 0B ☐ 1级 ☐ 2级 ☐ 3级 ☐ 4级 ☐ 5级 ☐ 6级		
家属知晓情况及其反应	☒ 已说明 ☐ 没有说明 ☐ 计划说明 ☒ 气愤 ☐ 能理解 ☐ 无异议 ☒ 其他（要院方处理）		
整改意见	1. 继续进行“新护士一帮一”帮扶考核。 2. 考核期未满出现差错者，视情节严重程度可延迟签订合同或辞退。 3. 合同制的聘任护士按照科室的奖惩制度扣考核分，扣当月奖、季度奖、年终奖。		

护理不良事件上报考核反馈表

项目 编号	项目名称	细化 项目	质量标准	应得 分	实得 分	扣分标准
1	原因分析	1-1	原因分析透彻	1	0.5	分析不透彻扣 0.5 分；原因分析错误扣 1 分
		1-2	能全面抓住真因	2	1	真因不全面扣 1 分；未抓住真因扣 2 分
2	整改意见	2-1	合理	1	1	整改意见不合理或不能杜绝问题的发生不得分；部分合理扣 0.5 分
		2-2	有针对性	1	0.5	无针对性扣 1 分；针对性不强扣 0.5 分
		2-3	整改意见切实可行	2	1	不切实可行不得分；部分可行扣 1 分
3	持续质量改进	3-1	据整改意见修改科室制度等	1	-	未修改科室制度（见到文字版）不得分
		3-2	修改的制度、流程等合理	2	-	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	4	

反馈：

1. 这是一起低级的护理不良事件，完全可以避免。

2. 各科室签订的年度护理安全质量管理目标及护理创新责任书中明确提到“护士长每天至少检查两名护士或两个环节对患者身份的确认，不得因没有进行正确的身份确认而发生护理安全方面的问题”。请护士长将护士对患者的身份核查作为每天的质控重点，而且科室应将新护士、执行力差的护士作为危险人群进行重点跟踪检查。

3. 新护士单独顶班后，护士长应将其作为重点的考核对象，不能只依靠一对一帮扶。

护理不良事件报告表

事件名称	案例3 用药错误——输液药物错误之三		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三 职称：护士 工龄：1年 从事本专业年限：1年		
发现者	☐ 当事人 ☐ 医生 ☐ 护士 ☐ 医技人员 ☒ 患者本人 ☐ 患者陪侍人 ☐ 其他患者		
患者基本情况	姓名：×× 性别：女 年龄：27岁 诊断：宫内妊娠14 ⁺ 2周，妊娠剧吐 心身状态： ☐ 意识障碍 ☐ 视力障碍 ☐ 听力障碍 ☐ 失语 ☐ 精神障碍 ☐ 痴呆、健忘 ☐ 上肢瘫痪 ☐ 下肢障碍 ☐ 行走障碍 ☒ 正常 ☐ 不明 ☐ 其他 发生时状况： ☒ 床上安静 ☐ 谵妄 ☐ 睡眠 ☐ 服药后 ☐ 麻醉中 ☐ 麻醉前后 ☐ 其他		
经过及处理	患者因妊娠剧吐于当日下午17:47入院就诊，每日给予补液治疗。第4日，中午班护士张三未发现该患者的输液条与11床患者甲硝唑液体条连在一起，输液时也未仔细查对输液条，导致甲硝唑液体输入该患者体内。患者在输液过程中发现液体条和患者本人不符，遂询问当班护士李四。当班护士立即与中午班护士张三重新查对，发现确实有误，立即通知值班医师，值班医师立刻给家属予以解释和安抚，同时通知科主任、护士长，与患者家属共同商讨，解决问题。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；交班不认真；交班不准确；护士之间配合不好。		
对患者生命造成的影响	☐ 危害极大 ☐ 危害大 ☐ 有危害 ☐ 危害小 ☐ 没有危害 ☒ 其他		
事件级别	☐ 0A ☐ 0B ☒ 1级 ☐ 2级 ☐ 3级 ☐ 4级 ☐ 5级 ☐ 6级		
家属知晓情况及其反应	☒ 已说明 ☐ 没有说明 ☐ 计划说明 ☒ 气愤 ☐ 能理解 ☐ 无异议 ☐ 其他		
整改意见	1. 重新学习“三查七对”制度及“患者十大安全”目标并考核。 2. 问题发生后，当班护士要向科室汇报，科室对原因进行分析，并组织全员讨论，提出整改意见，杜绝类似问题再次发生。 3. 护士长要不定时地抽查各种流程及制度。		