

护理不良事件管理 与案例分析

王晓伟 何冰娟 主编



中国医药科技出版社

护理不良事件管理与案例分析

主 编 王晓伟 何冰娟

主 审 陈海花

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书通过 30 例护理不良事件典型案例分析, 对医院范畴内护理不良事件发生的应急处理流程、原因分析、防范措施等内容进行了详细介绍。以护理不良事件案例分析为主线, 集整体性、实用性为一体, 对提高护理人员的应急能力、护理安全管理水平, 以及临床工作中不良事件防范能力具有积极的作用。适合临床一线护士及从事医院管理的医务人员阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

护理不良事件管理与案例分析/王晓伟, 何冰娟主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2017. 6

ISBN 978 - 7 - 5067 - 9328 - 5

I. ①护… II. ①王… ②何… III. ①护理 - 医疗事故 - 案例 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 111969 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 张 璐

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 958 × 650mm ¹/₁₆

印张 10 ³/₄

字数 177 千字

版次 2017 年 6 月第 1 版

印次 2017 年 6 月第 1 次印刷

印刷 三河市万龙印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 9328 - 5

定价 39.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 编	王晓伟	何冰娟		
主 审	陈海花			
副主编	龚丽娟	李慧莉	王会接	赵晓辉
编 委	(以姓氏笔画为序)			
	王 斐	王 慧	王会接	王晓伟
	王聪敏	白妙春	冯 军	刘 杰
	安春鸽	李龙凤	李慧莉	吴鸿雁
	邱 萍	何冰娟	宋玉慧	沈小青
	张 英	张 晶	陈 婕	陈冬梅
	郑广云	赵 毅	赵晓辉	贾晓燕
	贾康妹	徐 威	徐 燕	徐小飞
	曹樱花	龚丽娟	滑 菲	

前 言

护理安全是实现优质护理服务的关键，而优质护理服务是医院生存、发展和护理改革的根本。实现优质护理服务，就是要全方位地满足患者生理、心理健康和文明服务的需求，其关键环节在于保障护理安全。近年来关于患者安全问题已成为世界各国医院质量管理关注的焦点。然而医院各类不安全事件时有发生，不良事件不仅给患者带来生理、心理的损害，而且给政府公共财政支出带来了负担，直接影响医疗质量和医患关系。

预防事故再次发生的根本方法是识别导致其发生的原因。对护理不良事件进行原因分析，找出发生原因，有助于制订相应措施以预防类似不良事件的再次发生，减少对患者的伤害。

本书共三章。第一章为绪论，对护理不良事件的基本概念、分类、等级划分及原因分析的方法等做了较全面的叙述，并介绍了国内外对护理不良事件的管理进展；第二章分析了常见护理不良事件的影响、相关原因及报告流程，并制定了临床常见护理不良事件的预案；第三章为常见护理不良事件的案例分析，共30个案例，包括意外伤害、用药（血）安全问题、手术安全问题、各种并发症、仪器设备、患者行为等方面，每个案例分为案例、应急处理流程、原因分析及防范措施四个部分进行介绍。

本书以护理不良事件案例分析为主线，集整体性、实用性为一体，是医院护士岗前培训的重要参考书，对于提高护理人员的应急能力和护理安全管理水平，以及临床工作中不良事件防范能力具有积极的作用。

本书在编写过程中，吸纳、借鉴了大量参考文献；但由于编者的水平有限，且护理不良事件受到诸多因素制约，本书难免存在疏漏或欠妥之处，恳请广大护理前辈及同仁提出宝贵意见和建议。

编 者
2017年3月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 护理不良事件概述	(1)
第二节 护理不良事件国外研究进展	(6)
第三节 护理不良事件国内研究进展	(7)
第二章 护理不良事件管理	(9)
第一节 护理不良事件的影响	(9)
第二节 护理不良事件发生的相关原因	(11)
第三节 护理不良事件发生的人员特点	(14)
第四节 护理不良事件报告制度及流程	(14)
第五节 护理不良事件预案	(18)
第六节 住院患者并发不良事件风险预案	(25)
第三章 护理不良事件案例分析	(27)
案例一 跌倒	(27)
案例二 坠床	(31)
案例三 走失	(35)
案例四 自杀	(40)
案例五 误吸	(44)
案例六 烫伤	(49)
案例七 体温计破碎	(54)
案例八 约束意外	(57)
案例九 压疮	(62)
案例十 血液透析中针头脱出致血液外渗	(71)
案例十一 针刺伤	(74)
案例十二 医源性皮肤损伤	(78)
案例十三 患者身份识别错误	(85)
案例十四 标本丢失	(89)

案例十五	标本采集错误	(91)
案例十六	使用药物错误	(95)
案例十七	静脉操作错误	(98)
案例十八	静脉输液意外——静脉炎	(101)
案例十九	胃管意外拔除	(104)
案例二十	尿管意外拔除	(108)
案例二十一	T管意外拔出	(111)
案例二十二	气管切开套管意外拔除	(115)
案例二十三	气管插管意外拔除	(118)
案例二十四	胸腔引流管意外拔除	(122)
案例二十五	脑室引流管意外拔除	(126)
案例二十六	中心静脉导管意外拔除	(129)
案例二十七	PICC (经皮中心静脉置管) 意外拔除	(132)
案例二十八	患者分娩意外	(136)
案例二十九	尿管意外脱出	(142)
案例三十	医疗器械故障	(146)
附：各类高危人员评估表		(151)
参考文献		(164)

第一章 绪 论

第一节 护理不良事件概述

随着现代医学的不断进步和医疗相关法律制度的逐步完善,医疗护理安全问题成为衡量医院管理水平的重要标志,也是医院日常医疗护理工作重心。护理不良事件的有效管理能够帮助护理人员改善护理质量,避免发生不良事件,为患者的安全提供可靠的保障。

一、定义

1. 不良事件 指与医疗相关的损伤,分为可预防和不可预防两种。可预防的不良事件是指医疗中由于未能防范的差错或设备造成的损伤;不可预防的不良事件是指正确的医疗行为造成的不可预防的损伤。

2. 护理不良事件 各学者观点不一。美国学者将其定义为由护理导致的伤害,使其延长了患者住院时间或导致了残疾,或两者皆有。也有学者将其定义为与护理相关的损伤,即在诊疗护理过程中任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发护理纠纷或事故的事件。国内护理专家指出,患者在住院期间发生的跌倒、用药错误、走失、误吸、窒息、烫伤以及其他与患者安全相关的非正常的护理意外事件,均属于护理不良事件。

3. 易混淆定义

(1) 护理缺陷:是指在护理活动中,因违反医疗卫生法律、规章和护理规范等造成护理技术、服务、管理等方面的失误。它包括护理事故和差错及未构成差错的缺陷。

(2) 医疗(护理)事故:是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范和常规而过失造成患者人身损害的事故。

(3) 护理差错:凡在护理工作中因责任心不强、粗心大意、不按规章制度办事或技术水平低而发生差错、对患者直接或间接产生影响,但未造成严重不良后果者称为护理差错。一般差错是指未对患者造成影响,或对患者有轻度影响,但未造成不良后果者。严重差错是指护理人员的失职行为或技术过失,给患者造成一定的痛苦,延长了治疗时间。

(4) 护理缺点：某一环节的错误，被发现后得到及时纠正，并未发生在患者身上（如错抄医嘱，但未执行）的现象，称为护理缺点。

二、分类

护理不良事件的分类有多种划分方法。Kagan 和 Barnoy 将护理不良事件分为过程、知识和技能三大类，其中过程包括管理、观察、实施、交流等方面的错误；知识则指缺乏临床基本知识和技能，或者非标准的理论；技能则指护理工作中诊断和实施决策的错误等。

Cohen 将护理不良事件分为两类：一类是不可预防的不良事件，是指正确的护理行为造成的不可预防的损失；另一类是可预防的不良事件，即护理过程中由未能防范的差错或设备故障造成的损伤。Crespin 等把护理不良事件的内容划分为 6 类：患者、药物、剂量、管理、追踪和其他，其中患者方面的错误包括患者信息或者个人行为导致的差错；药物方面则是产品混淆、药物疗效、成分、使用期等错误；剂量方面包括剂量遗漏、缺少或过量等；管理方面包括护理路径、护理时间、管理频率以及过期医嘱这几大错误；追踪方面包括监控、化验和文书方面的错误。

三、不良事件的等级划分

在不良事件的分级中，Cohen 等根据不良事件的严重程度和特征分为 5 级，即轻度、中度、重度、威胁生命和死亡。我国医院大多参照香港医院管理局关于《不良事件管理办法》中的分级标准制定出了《护理不良事件分级标准》。

0 级：事件在执行前被制止；

I 级：事件发生并已执行，但未造成伤害；

II 级：轻微伤害，生命体征未改变，需进行临床观察及轻微处理；

III 级：中度伤害，部分生命体征有改变，需进一步临床观察及简单处理；

IV 级：重度伤害，生命体征明显改变，需提升护理级别及紧急处理；

V 级：永久性功能丧失；

VI 级：死亡。

四、常见原因分析的理论和实践基础

（一）理论基础

1. 从个人角度 出现错误的主要原因在于人们的心理失常，如遗忘、注意力不集中、缺乏积极性、粗心大意、疏忽、轻率等引起的，防范错误的对策是处罚

犯错误的人。

2. 从系统角度 出现差错的原因主要在于系统而非个人,因此错误发生后,防范错误的对策是从组织机构的角度,系统设计防范错误的机制,减少犯错的环境和机会。护理管理者在分析和处理不良事件时,要大力倡导和运用“系统管理观”的管理理论。

(二) 实践基础

对不良事件进行原因分析的实践基础是护理不良事件数据的上报。国内外学者就医护人员上报的态度和行为研究了相关测评工具。

1. 给药错误报告量表 该量表由 Wakefield 等研制,是目前应用最广泛的量表,可用于了解影响护士上报不良事件的因素。该量表涉及3个领域,包括为什么错误会发生、错误未被上报的原因和错误实际上报率。实证研究表明,该量表具有比较好的信、效度,克伦巴赫 α (Cronbach's α) 系数 ≥ 0.70 ,重测信度相关系数 ≥ 0.67 。

2. 临床不良事件报告量表 英国利兹大学 Wilson 等于2003年研制了 RoCAES 量表,用于研究医护人员对不良事件上报的态度,包括背景资料、不良事件的经过、上报态度3个部分。量表信度较高, Cronbach's α 系数 ≥ 0.83 , Spearman 相关系数 ≥ 0.65 。其结构与理论设想相符,具有较高的结构效度。

3. 医护人员差错上报调查问卷 该问卷主要包括场景描述、认知态度自我评价,运用开放式提问、人口学资料调查方法,研究医务人员差错上报调查意识以及影响因素,可用于研究医生、护士及药剂师对差错的上报态度。但该表尚未有基于大量、详实资料验证的权威信、效度评估。

五、原因分析模型、方法和工具

(一) 分析模型

1. 瑞士奶酪模型 英国心理学家 Reason 于1990年提出以系统观为理论基础的瑞士奶酪模型,认为几乎所有医疗不良事件的发生与组织影响、不安全的监督、不安全行为的前兆、不安全的行为4个层面的防御缺陷有关。Reason 将防御缺陷分为显性失败(个体因素)和潜在条件(组织系统因素),前者是指直接接触患者或操作系统的个人所发生的不安全行为,可表现为疏忽、失误及违反操作规程等。后者是容易使人出错的条件或环境,包括管理制度不严、人力不足、装置和设备的维护不足、工作程序不合理等。Vicent 据此细化提出了患者安全因素框架,构建了7个方面因素模型。国外将其作为医疗不良事件分析的主要模型,通过解决各层面的不安全因素来预防不良事件的发生。国内尚缺乏瑞士奶酪模型

应用于护理不良事件原因分析的相关报告。

2. SHEL 模型 20 世纪末, 日本医疗事故委员会提出了 SHEL 模型, 认为医疗事故的发生主要受以下 4 个方面的影响, 包括软件部分 (soft, S); 硬件部分 (hard, H); 临床环境 (environment, E); 当事人及他人 (litigant, L)。其中软件部分包括个人业务不熟、能力不足、责任心不强、违反制度流程、技术不过关、查对不认真、交接不清、缺乏预见性、粗心疏忽等; 硬件部分为工作的场所和设施, 包括病区布局不合理、安全设施不牢固、护理设施不足等; 临床环境方面包括护理人力不足、工作流程有缺陷、管理不到位、地面湿滑、未放置警示标识等; 当事人及他人方面包括事件原因中涉及的其他工作人员把关不力、陪护知识缺乏、患者病情严重及不合作等。国外研究将该模型用于分析医疗行业微系统, 例如急诊室、手术室等发生的不良事件。国内 SHEL 模式多应用于精神科护理和外科护理不良事件的原因分析, 护理管理者结合科室临床护理特点, 针对上述 4 个要素, 找出存在不安全的因素并制订出相应改进措施, 取得了良好的效果, 显著减少了护理不良事件的发生。

3. EDIT 模型 2004 年, 在人因可靠性分析 (human reliability analysis, HRA) 的基础上, Inoue 建立起适用于评估医疗不良事件的错误类型 (error, E)、不良事件发生的直接原因 (又称行为形成因素, direct threat, DT) 和间接危险 (又称系统因素, indirect threat, IT) 的模型。其中直接原因包括环境设备因素、工作环境因素、训练因素、个人因素、团队因素和机器因素; 系统因素包括国家文化、制度文化、专业文化、患者相关信息、医院管理和工作人员管理方面的因素, 并据此建立相关数据库。

4. 分析模型的比较 SHEL 模型主要是对微系统中人为因素的分析, 与瑞士奶酪模型相比, 更多地考虑了人之间的交互关系。Vicent 患者安全因素框架是在瑞士奶酪模型的基础上, 就组织层面因素建立起来的。SHEL、EDIT 模型均可以对护理不良事件的软件和硬件部分进行分析, SHEL 模型应用于小数量不良事件的分析, 在面对大量的护理不良事件的分析时需要用到 EDIT 模型。

(二) 分析方法

分析方法应用极广, 掌握人群较多, 如回顾性分析、前瞻性分析已成为基本的分析方法。

1. 回顾性分析 是根本原因分析法, 应用于不良事件原因分析是基于系统框架下进行分析, 而非个人定性, 包括上报、信息收集、分析、改进四个步骤, 也是国内外应用最广泛的分析法。

2. 前瞻性分析 是失效模式和效应分析, 可应用于医疗机构防范不良事件机

制障碍研究,包括制定主体、组成团队、制度流程、分析危害、拟定计划、反馈6个步骤。国内有学者应用失效模式分析静脉置管感染原因以及改进成效,也取得了一定的成效。

关于两者分析方法效应比较研究较少,但据回顾性分析方法成果来看,分析依据的资料数较少,研究例数多在100例以下,研究价值不高。如袁晓丽等在探讨护士关于不良事件的认知的同时,对研究对象所在医疗机构2年内发生63例不良事件进行调查,以此作为问卷考核内容,其本身便缺乏有效的数据资料支持。

3. 分析方法的比较 FMEA是对护理不良事件风险的前瞻性评估,其优点在于能忽略影响上报的障碍因素,对可能存在的风险因素进行多学科的开放性讨论,评价高风险因素,从而起到警示作用。另有研究表明,FMEA能够扩大用药错误上报内容的范围,但FMEA这种预测能力只能大致评估护理不良事件发生的可能性,忽略了事件的多变性、动态性。RCA回顾性分析方法则是在不良事件发生后对其进行根本原因分析,分享护理不良事件的经验,预防类似事件再次发生,但容易忽略危险因素间复杂的交互作用。回顾性分析方法比前瞻性更具风险性,主要体现在以下两个方面:①不良事件发生以后,由于护士自身因素(例如害怕心理等)隐瞒差错的上报、医院上报制度存在缺陷等原因,导致不良事件上报不足,很多事故经验得不到分享。②某些原本是高风险的差错,在临床工作中可能由于某些原因实际发生率不高,因而被临床护理人员和护理管理者所忽视。

(三) 分析工具

1. 流程图 流程图是可用于分析护理警讯事件和流程再造来预防不良事件的发生,评价流程改进的有效性,评估患者结局的可视化工具。在RCA的第一阶段需借助流程图还原事件经过,FMEA的第3个步骤需借助该工具画出流程图,为护理管理者清楚地展示某项护理不良事件的发生过程,找出问题可能出现之处,从而做出决策。

2. 鱼骨图 鱼骨图又称因果图,是用于梳理已知结果与所有可能原因之间关系的分析工具,其图形类似鱼骨。应用RCA时可采用鱼骨图工具识别、分类和呈现事件的近端原因和根本原因。其缺点在于相同的原因可能在不同的分支中多次出现,不利于综合考虑问题发生的原因。

3. 五问法 五问法是通过反复提问,简便快速地揭开问题的表象,达到探究问题根本原因的工具,实际过程中提问的次数可能多于或者少于5次。其步骤为写下指定的问题,提出首次疑问并记录答案,如果该答案不是问题的根本原因,继续提出疑问并记录答案,重复此操作直至找到问题的根本原因。国外学者有将五问法应用于RCA找出护理不良事件的根本原因。其不足之处在于忽略了不良事

件发生原因的多重性。

六、报告的重要性

根据国际上有关医疗错误大型流行病学调查研究的结果显示,急性住院患者中大约 3.5%~16.6% 曾经发生医疗不良事件,其中约有 30%~50% 的不良事件被研究者认为应该可以通过系统的介入加以预防和避免。美国哈佛大学公共卫生学院的儿科医生 Leap 教授在《哈佛医学实践》一文中,回顾了 1984 年在纽约州随机选择的 51 家医院急诊治疗中的 30192 例记录,其中有 1133 例 (3.7%) 有不良事件发生。他指出降低不良事件的发生需要识别其原因,并制定出相应的预防措施。很多国家如美国、英国、澳大利亚等都建立了较为完善的医疗不良事件报告系统。通过报告不良事件,可以及时分享信息,发现安全隐患,从而有效减少对患者的伤害,避免医疗差错与纠纷;同时,医疗不良事件的全面报告,有利于卫生行政主管部门对管辖区域内医疗纠纷或事故的发生率及处理情况有个宏观的认识,分析发生的原因及处理的合理性,从而制定行之有效的控制措施。

第二节 护理不良事件国外研究进展

护理不良事件的发生,在世界各国普遍存在,也是近些年来护理管理者的工作重心。美国是最早开展医院护理不良事件原因分析研究的国家,美国医学研究机构 (institute of medicine, IOM) 在 1999 年出版的报告中指出,美国每年死于可以预防的医疗差错人数在 4.4 万~9.8 万,超过交通事故、乳腺癌和艾滋病的死亡人数。

国外对于护理不良事件的管理发展较早,几乎各家医院都建立了护理不良事件报告系统 (incident reporting systems, IRS), 报告途径开始多样化,从以前的纸质报告系统变为网络报告、电话报告、书面报告等。其中,在网络报告系统中,当事人可以直接登录系统对事件的发生进行汇报,同时其他医务人员可以登录 IRS 查阅不良事件的发生情况,从中互相学习。美国医学研究机构于 1999 年公布了《To Err is Human》(人非圣贤,孰能无过)的报告以后,为促进医疗安全,克林顿政府专门成立美国质量机构间协调特派组,并制定了《患者安全法案》。其中一个重要的措施,就是通过在全国范围内建立医疗差错报告制度,及时获取导致死亡和严重伤害的不良事件的信息。目前,美国的医院几乎都有医疗差错和不良事件内部报告系统。英国于 2001 年成立了国家患者安全机构,负责收集、分析全国的不良医疗事件,并负责教育培训的推广与医疗服务活动的质量改善。澳大利亚政府于 2000 年成立健康照护安全与质量委员会,负责统筹全国患者安全与医

疗质量的改善工作,建立医疗不良事件通报系统,并协助排除有碍医疗安全环境的障碍。2004年,提出安全文化包括四个方面,即报告文化、公平文化、弹性文化和学习文化,提倡“系统和非惩罚的环境”。IRS采用匿名的形式,当事人上报事件后,不会出现个人信息的公布,也不用担忧受到处罚,因此报告方式从传统强制性报告,转变为自愿报告和奖励性报告。Feijter等研究中运用了IRS系统,上报内容包括不良事件种类、严重程度、发生地以及防范措施这五大方面,研究发现通过IRS的实施,患者的满意度大大提高。为了减少不良事件发生率,IRS系统会结合电子化的医嘱系统(computerized physician order entry systems, CPOE)、临床决策支持系统(clinical decision support systems, CDSS)和条形码系统(bar-coding systems)等,方便了临床的护理工作,也减少了不良事件的发生。针对护理不良事件报告,建立早期预警反应系统(early warning alert and response system, EWARS),通过网络或者手机等媒介进行运用,对每周收集的不良事件进行分析后,计划出各类不良事件预防和发生早期的应急处理措施,使对患者的危害最小化。同时医疗机构要求制定执行口头医嘱和电话医嘱的流程,这些做法完善了安全管理措施,确保了临床护理工作的安全。

第三节 护理不良事件国内研究进展

作为发展中国家的我国与发达国家相比,在医疗护理安全管理方面存在更多的挑战。人口基数过大,医疗水平普遍偏低,护理人员长期匮乏,护理水平在东西部和城乡差异较大,这些都是显而易见的问题。我国对护理差错(不良事件)管理方式自1982年至今仍遵循卫生部颁布的《医院工作制度和医院工作人员职责》的相关规定。

随着我国政府及卫生行政部门对有关医疗质量与安全管理的条例、法规、标准等的出台,医疗机构对护理不良事件管理也逐步规范。2002年国务院颁布《医疗事故处理条例》,明确规定发生不良事件必须在规定时间内逐步向上级领导汇报,并向患者通报、解释。2006年起中国医院协会在《患者安全目标》中指出应实施非处罚性不良事件上报系统。2008年《医院管理年活动指南》中也要求各卫生机构应积极上报不良事件。2011年1月,原卫生部颁布《医疗质量安全事件报告暂行规定》,其中重点强调医疗不良事件收集的重要性,提升了不良事件上报的价值;同年4月,原卫生部开发医疗质量安全事件信息报告系统,并自5月1日在各级卫生行政部门和医疗机构统一施行。2011年原卫生部下发《三级医院评审标准实施细则(2011年版)》,明确要求医院要有主动报告护理安全(不良)事件与隐患信息的制度,要有成因分析及改进机制。然而,医院护理不良事件报

告系统的发展较迟,龙艳芳等对我国 28 省 288 家医院进行护理不良事件报告情况的调查发现,1995 年全国仅有 1 家医院(河南省人民医院)实施上报管理,2004 年全国各医院才逐步普及,主要集中在给药差错、压疮、跌倒、管路滑脱和意外事件的上报。目前,我国不良事件的上报正走向规范化,上报途径和内容也越来越完善,国内针对不良事件的文献报道越来越多。吕宝玉等在研究 148 例不良事件中,采用非处罚性、不针对个人的管理方法,同时在护理部建立护理安全与风险管理小组,使上报系统化,利于回顾性分析原因,改进管理方案。王晓云等针对不良事件建立了护理安全日历,动态监控护理不良事件,使不良事件发生率从 1.15% 降到 0.93%。除此之外,不良事件上报除了对事件性质、危害程度、过程和处理方法等进行描述外,还加入了护士职称、班次等内容,并鼓励对隐性不良事件上报。陈长英等研究发现,不良事件高发于低年资护士和白天的班次,其中行政班发生率为最高,同时护士对隐性不良事件的上报意识不强,仅局限于已发生的不良事件上报。不可否认我国医疗机构对护理不良事件管理正稳步发展,但目前护理不良事件报告尚无权威的鉴定部门。信息标准化,加之不良事件的反馈效果不明显,也极大地影响了我国护理不良事件的管理。因此,建立统一标准的护理不良事件上报平台,提高上报积极性,提高反馈率是目前我国护理专家一起努力的方向。

(李龙凤 李慧莉)

第二章 护理不良事件管理

安全是患者的基本需要之一，更是医疗护理工作的基本要求，是医疗护理质量监控和管理的核心目标。然而医院各类不安全事件时有发生，给患者造成新的痛苦和伤害，甚至危及生命。据世界卫生组织（WHO）2007年5月8日关于患者安全的10个事实中报道，在发达国家每10名患者中即有1名在接受治疗时受到伤害。WHO在一份新闻公报中也指出，患者安全问题在世界各国不同程度地存在，但在发展中国家尤为严重。国外研究发现，每年约44000~98000人死于医疗（护理）差错，因不良事件引起的患者损害间接损失达276亿美元。由此可见，不良事件不仅给患者带来生理、心理的损害，而且给政府公共财政支出带来了负担，直接影响医疗质量和医患关系。有研究表明，35%~50%的不良事件是可以预防的。

第一节 护理不良事件的影响

护理不良事件是在护理过程中发生的，不在计划内的未预计到的或通常不希望发生的事件，不良事件的发生率是衡量医院管理水平的重要标志，可以综合地反映护理人员的工作态度、技术水平和管理水平。护理不良事件对患者和医院二者都会产生十分不利的影响，使住院患者对医院的满意率降低，医院的财政收入降低、影响医院的效率以及信誉。不良事件会影响到患者的正常生活水平，增加患者的痛苦、费用以及住院时间，增加医疗纠纷。不同不良事件的发生会对患者造成不同方面的影响。

1. 使用药物错误 早在二十世纪七十年代就有研究表明，在综合医院中36%的住院患者、ICU中13%的住院患者遭受过不良事件所导致的损伤，其中绝大多数是药物治疗的结果。用药错误可能会引起患者病情加重及一系列不良反应，轻者无效、过敏，严重者会导致患者直接死亡，引起医患纠纷。

2. 各种意外事件

（1）管路滑脱：会影响引流液不能及时排除，呼吸道不畅通，加重疾病对患者造成的伤害，还会增加二次置管的难度，如胃管、尿管、各种引流管道置管不成功；同时意外拔管过程中可能导致管路断裂、体内滞留等不良事件而增加患者

的痛苦。

(2) 呼吸机意外：呼吸机管路漏气、堵塞、氧浓度不够、突然断电都会导致患者缺血缺氧性脑病，严重者危及生命。

(3) 静脉输液意外：输液速度过快会导致慢性心脏病患者负荷加重，诱发心脏病的复发；过慢会影响药效，导致治疗效果不佳。静脉炎会导致患者血管内膜增生、管腔变窄、血流缓慢，周围皮肤可呈现充血性红斑，有时伴有水肿。化疗药物、高危药物外渗会导致注射部位充血、疼痛、肿胀，甚至破溃、坏死，增加患者后续治疗时血管穿刺的难度及影响血管的恢复，导致治疗效果不佳，降低关节活动能力。

(4) 跌倒、坠床：轻者无症状，重者有骨折、肌肉韧带损伤甚至危及患者生命等，延长患者出院时间，增加患者住院费用。

(5) 误吸：误吸可导致吸入性肺炎，呼吸频率、深度异常，严重者堵塞气道，影响呼吸，甚至引起患者窒息。

(6) 分娩意外：出现分娩意外时会导致胎儿缺血缺氧，产妇大出血，产妇和胎儿遭受生命危机，导致家属恐慌和对医疗服务的质疑，从而出现投诉、纠纷、医闹事件。

(7) 患者约束意外：约束部位皮肤受损、皮肤瘀斑、肢体末端水肿、神经臂丛麻痹、压疮，增加患者痛苦，影响患者的恢复效果。

(8) 院内自杀、走失：院内自杀和走失的患者都可能有精神类问题和猝死的意外，如类似事件发生都会影响家属的情绪而产生纠纷。

(9) 体温计破碎：体温计破碎可能会发生锐器伤，如果外泄的汞未及时和正确处理可能导致汞中毒。急性汞中毒最初症状仅是口中有金属味，连续吸入则会引起头痛、发热、恶心、咳嗽、胸痛、呼吸困难、牙龈肿痛等症状，严重者可出现急性肾小管坏死、全身皮肤红色斑丘疹等。

(10) 烫伤：烫伤是由高温液体、高温固体或高温蒸汽等所致的皮肤损伤。局部烫伤程度按标准分为：Ⅰ度，仅表皮外层损伤，未伤及真皮层，产生红斑，皮肤变红，并火辣辣的刺痛感；Ⅱ度，表皮和部分真皮损伤，产生水疱，皮肤发红、表面潮湿、肿胀和疼痛均较Ⅰ度严重；Ⅲ度，整层皮肤和皮下组织均受到破坏，组织坏死，皮肤剥脱，皮肤呈白色或焦黑，由于神经末梢被破坏，一般疼痛反而减轻。烫伤不仅给患者带来痛苦、增加费用、延长住院时间，同时也增加了护理人员的工作量。

(11) 冻伤：过度用冷可造成皮肤坏死，持续用冷1小时以上会产生全身的