

56

例典型护理不良事件 案例剖析

主 编 魏丽丽 李环廷 修 红 王 薇



科学出版社

56例典型护理不良事件案例剖析

主 编 魏丽丽 李环廷 修 红 王 薇



科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书汇集了56例临床护理工作中发生的不良事件。内容包括药物、导管、压力性损伤、药物外渗、跌倒坠床、烫伤、医疗器械、卫生材料等不良事件典型案例。对于年轻护理人员增强防范意识、避免临床不良事件发生、严格执行操作规范具有很强的可借鉴性。

本书可作为医学院校护理教学、临床护理带教和临床护理管理工作辅助参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

56例典型护理不良事件案例剖析/魏丽丽等主编. —北京:科学出版社, 2019.1

ISBN 978-7-03-059424-2

I. ①5… II. ①魏… III. ①护理-医疗事故-案例 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第254106号

责任编辑:郝文娜 / 责任校对:严娜

责任印制:赵博 / 封面设计:吴朝洪

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

文林印务有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

※

2019年1月第1版 开本:787×1092 1/16

2019年1月第一次印刷 印张:10 3/4

字数:275千字

定价:66.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

编者名单

主 编	魏丽丽	李环廷	修 红	王 薇		
副主编	冷 敏	黄 霞	单信芝	姜文彬	李海燕	陈 蕾
编 者	(以姓氏笔画为序)					
	于莎莎	马 蕾	马惠芳	王 雪	王 琳	王 薇
	王文娟	王光兰	王军红	王红梅	王红霞	王声韵
	王秀娟	王金凤	王静远	王璐璐	付军桦	代月光
	冯 英	司 辉	朱珊珊	任春云	任蕾娜	刘 敏
	刘 霞	刘小臻	刘淑芹	江 莉	那 娜	苏 涛
	迟 群	杜忠军	李 娜	李 媛	李环廷	李国英
	李晓娟	李海燕	李梦瑾	杨秀伟	吴 越	辛丽丽
	冷 敏	宋 文	宋玉梅	宋砚坤	张 华	张 欣
	张 娟	张 琳	张 璐	张云梅	张文华	张文燕
	张巧巧	张丕宁	张芙蓉	张秀华	张海燕	张楠楠
	陆连芳	陈 蕾	陈 凯	陈伟芬	陈琼琼	邵 惠
	范萌佳	岳崇玉	金延春	周 丹	庞旭峰	单信芝
	屈利娟	孟蓬飞	赵 林	赵 欣	赵志平	赵显芝
	胡志洁	柳国芳	修 红	修 浩	修麓璐	姜文彬
	秦冬岩	袁万青	徐 虹	徐海燕	高少波	高俊茹
	郭小婧	黄 娟	黄 霞	黄文静	曹苏红	崔 岩
	康 梅	蒋俊玲	黄 韩	黄 臻	傅培荣	谢红卫
	窦榕榕	管春阳	潘月帅	薛 丽	薄士荣	魏 巍
	魏丽丽					

前 言

临床护理不良事件的发生,可能会导致患者死亡、住院时间延长、某种程度的失能等医疗事故的发生,并造成对护理工作的满意度、信任度降低等不良社会影响。增强护理人员安全意识,提高服务质量,降低和防范护理不良事件发生,确保护理安全,非常重要。

我们将临床护理中发生的不良事件典型案例汇集成书,旨在让广大读者借鉴。同时我们本着严谨求实的原则,客观记录不良事件发生的过程。在内容编排上,分为事情经过、原因分析、PDCA 整改过程等项,重点从系统、制度、流程等方面详细分析、查找事件发生的原因,通过 PDCA 整改过程体现并验证其发生原因的真实性、措施的有效性。本书内容上体现了真实性、可借鉴性和实用性,使广大护理人员能够从不良事件中汲取深刻教训,做到举一反三,促使护理质量不断改进和提高。

本书中的典型不良事件案例均来自护理临床实践,真实生动地向读者展现临床实际护理工作,引领读者规范化的学习和应用,启迪临床护士的整体护理观念和系统化分析问题的思维模式。本书图文并茂,清晰明了,方便临床护理工作阅读理解。

本书编者均为临床一线的优秀护理骨干,他们工作严谨、经验丰富、理论扎实。限于水平和能力,书中有不足之处,恳请各位专家、广大读者,以及护理界同仁提出宝贵意见,以便下次修订时完善。

魏丽丽 青岛大学附属医院
2018年6月

目 录

第 1 章 药物事件典型案例剖析	(1)
一、实习护生发错出院带药	(1)
二、复岗护士发错出院带药	(3)
三、同一患者领取双份出院带药	(6)
四、药房误发出院带药	(8)
五、输注药液过敏反应	(10)
六、皮下注射药物喷溅	(13)
七、雾化治疗时未加雾化药	(16)
八、药物剂量计算错误	(19)
九、未按要求服用导泻药	(22)
十、门诊患者口服药剂量错误	(25)
十一、住院患者口服药剂量错误	(28)
十二、换床导致护士发错药	(31)
十三、护士执行已取消医嘱	(33)
十四、发错滴眼液	(36)
十五、实习护生更换液体错误	(38)
第 2 章 导管事件典型案例剖析	(42)
一、留置针延长管断裂	(42)
二、耐高压双腔 PICC 导管堵塞	(44)
三、PICC 脱管	(49)
四、烦躁患者拔出胃管	(52)
五、未约束患者自行拔出胃管	(55)
六、留置导管脱出	(58)
七、漏执行留置胃管医嘱	(60)
八、气管内插管非计划性拔管	(63)
第 3 章 压力性损伤事件典型案例剖析	(67)
一、无创呼吸机鼻塞导致皮肤压力性损伤	(67)
二、抢救后发生院内压力性损伤	(71)
三、术后发生院内压力性损伤	(73)
四、低蛋白血症患者发生 I 期压力性损伤	(75)

第4章 药物外渗事件典型案例剖析	(78)
一、多巴胺药物外渗	(78)
二、小儿输注丙种球蛋白外渗	(81)
三、化疗药物外渗	(84)
四、CT 动态增强检查患者静脉注射对比剂外渗	(86)
第5章 跌倒坠床事件典型案例剖析	(90)
一、患儿发生坠床	(90)
二、人工关节置换术患者发生跌倒	(93)
三、夜间患者跌倒	(96)
四、家属陪同患者如厕跌倒	(99)
五、烦躁患者跌倒	(102)
六、体弱患者站立跌倒	(105)
第6章 烫伤事件典型案例剖析	(110)
一、患儿打翻热水杯烫伤	(110)
二、使用热水袋烫伤	(113)
三、暖气片烫伤	(116)
第7章 医疗器械事件典型案例剖析	(119)
一、输液泵泵速调节错误	(119)
二、输液泵速度异常	(122)
三、腹腔镜镜头损坏	(124)
四、内镜治疗时损坏支气管镜	(128)
第8章 卫生材料事件典型案例剖析	(131)
一、使用三通错误	(131)
二、注射器包装袋内有异物	(134)
第9章 其他事件典型案例剖析	(136)
一、护士错用别人奶瓶喂奶	(136)
二、体检者导诊单发放错误	(139)
三、血气标本被损坏	(141)
四、未及时松解止血带	(144)
五、护士看错乙肝化验单结果	(146)
六、孕妇临产观察不规范	(149)
七、灌肠收费错误	(152)
八、手术患者转运错误	(155)
九、实习护士静脉输液不规范	(158)
十、术后患者手腕带佩戴错误	(161)
参考文献	(165)

第1章

药物事件典型案例剖析

一、实习护生发错出院带药

【事件经过】

主班护士接收药房发送 12 名患者的出院带药,平均每人 4 种药物。根据出院带药单核对清点分装药物,一人一袋并附上服药说明。主班护士带教的学生为轮转实习的护理研究生,平时工作非常积极主动,当她看到老师忙不过来,尚有两位患者的出院带药未发放时,便主动将两位患者的家属分别叫至护士站发放出院带药,她认真地核对了药物名称和数量,可她忘记了最重要的一点,即核对患者姓名,且未告知带教老师再次核对,于是发放的药物被张冠李戴。1 床、55 床这两位患者诊断相似,出院带药种类基本相同,且数量一致,所幸的是 1 床患者家属发现口服药单患者姓名有误,且两位患者均未开始服药,主班护士查对后及时给予更正,未对患者造成不良后果。

【原因分析】

出院带药是患者药物治疗过程中的一个重要环节,是患者住院的延续治疗。患者可能患有多种疾病,接受多种药物治疗,而且病区出院患者多,临床护士在日常工作中,往往认为自己工作忙,实习护生发药只要嘱咐其认真查对就不会有安全问题,但出院带药这个环节对患者来说是关键环节,如果采取有效措施防止患者带走错发的药物,对确保患者用药安全、健康恢复和不良事件发生十分重要。通过本次事件的剖析,旨在了解出院带药发放流程是否合理,调查事件发生的各个环节,召开科室专题讨论会议,同时采用头脑风暴法,绘制鱼骨图,找出可能导致该不良事件发生的原因。科室人员经过认真分析,确定以下为主要原因(图 1-1)。

【PDCA 整改过程】

P:计划

1. 针对鱼骨图原因分析,科室成立专项小组,由护士长、护理小组长、护师等人员组成。专项小组的成员认为,主要从核心制度的落实、带教的规范性及相关操作流程的完善、制订相应措施等,加以防范类似事件的发生。
2. 通过团队的协作,共同完善出院带药发放的流程及规范临床护理带教工作。
3. 与药剂科、信息管理部、中央运输部沟通,打造多部门、多学科合作团队,理顺、完善发药流程。

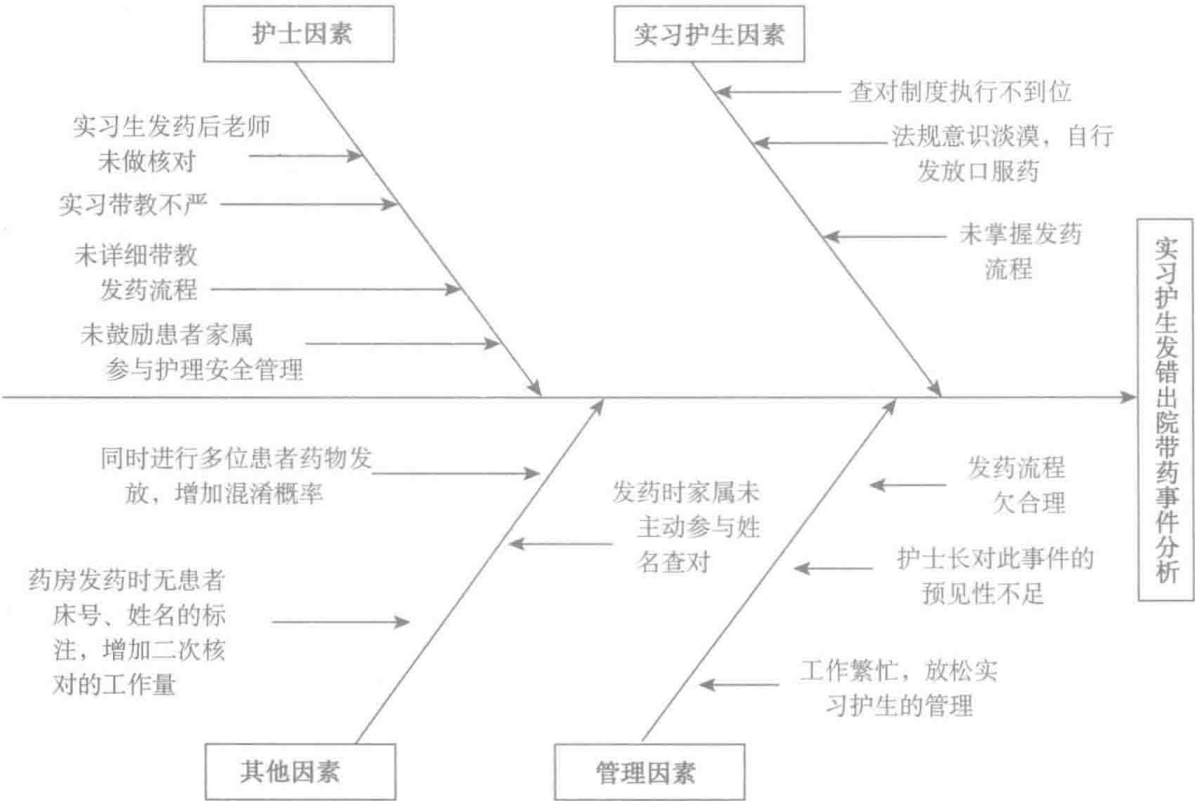


图 1-1 实习护生发错出院带药事件分析

D: 执行

1. 落实制度, 严格带教, 提高服务质量

- (1) 严格学习护理相关核心制度, 主要包括查对制度及口服药发放制度, 并进行考核。
- (2) 严格带教规范, 要求带教老师知晓并考核, 做到放手不放眼。
- (3) 加大新入科实习护生培训力度, 严禁实习护生在无带教老师指导下进行护理操作。

2. 优化流程(附件 1-1), 使工作方式贴近临床

- (1) 与药房沟通, 完善出院带药相关明细。药房发药时, 打印患者出院带药的详细信息, 并将每个患者的出院带药分别放置、分别发放, 切勿混淆。
- (2) 与信息管理部沟通, 完善 PDA 扫码发药系统。
- (3) 中央运输部将出院患者的药物按人分别放置于小筐内, 做到一人一筐。
- (4) 杜绝护士将多位出院患者口服药攒在一起同时发放, 药房送来药后及时一人一单核对发放。
- (5) 更改发药流程, 由主班护士核对, 责任护士发放, 做到双核对。

3. 培养安全管理意识, 确保医疗安全

- (1) 学习十大安全目标, 增强科室人员、实习护生安全管理意识, 将安全目标融入工作过程中。
- (2) 鼓励患者、家属主动参与查对, 在发药明细的姓名处确认签字。

C: 检查

经过持续检查、抽查及反馈信息收集, 发错出院带药事件及带教不规范问题引起了全科人

员高度重视,经过流程改进和培训考核,未再发生出院带药错发、漏发情况,实习护生按规定操作,患者满意度也大大提高。

1. 护理人员核心制度掌握到位并能够严格执行。
2. 与药房、中央运输部之间的工作衔接到位。
3. 主班护士进行发药单打印与服药说明的书写,责任护士按照发药单及时进行发放,防止过多药品积攒在护士站,引起混淆。
4. 实习护生带教规范,能够严格做到放手不放眼。
5. 出院带药发放严格落实双人核对。
6. 发药流程运行有序,效果良好。

2015年8月,患者出院带药正确率得到明显提高,达到92%,并继续呈现上升趋势(图1-2)

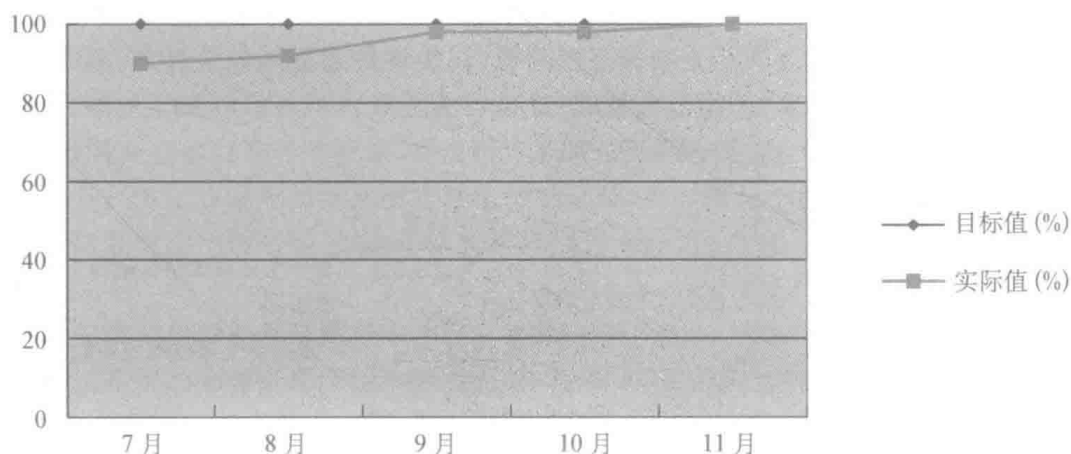


图 1-2 患者出院带药正确率

A:总结

1. 通过此次事件的追踪检查,本科室不断总结经验教训,完善制度,努力做好各项预防措施,并定期检查落实情况,避免类似事件的再次发生。
2. 出院带药的正确发放,关键在于核心制度的执行及落实。加强全科护士的培训,坚持多部门联合、共同参与的防范管理,为患者提供安全的就医环境。

(冷 敏 徐 虹 王声韵)

二、复岗护士发错出院带药

【事情经过】

医师下达4床患者崔某出院带药医嘱,12:15出摆药单号470、471,2个摆药单号的药物一起发回病房。其中471摆药单为4床患者崔某的出院带药“兰索拉唑(达克普隆)”,470摆药单为医师下达的36床患者李某的取药医嘱“恩替卡韦分散片”。16:00责任护士(复岗人员)未与主班护士核对出院带药,将4床患者崔某的出院带药“兰索拉唑”及36床患者李某的“恩替卡韦分散片”一同发放到4床患者崔某手中,且责任护士发放出院带药时没有打印出院

带药的摆药单,仅携带药房发药时的发药单发放出院带药,也未逐盒与患者核对药物,讲解服药的方法和注意事项。次日 10:00 发现 36 床患者李某未发口服药,询问当日值班人员后发现 36 床患者李某的口服药发给出院患者 4 床崔某,立即询问崔某是否已经口服“恩替卡韦分散片”,崔某及其家属确认未服用,向崔某及其家属道歉,讲明事情发生的原因,崔某及其家属表示理解,询问崔某的住址,到崔某家中完整地将药物取回,未对崔某造成不良后果。

【原因分析】

我国《安全生产法》第十九条对安全教育的有关规定中指出:从业人员在本生产经营单位内调整工作岗位或离岗 1 年以上重新上岗时,应当重新接受车间(工段、区、队)和班组级的安全培训。鉴于护理工作的特殊性,我院规定复岗培训护理人员范围:因体病假、事假、产假、探亲假,以及陪护假或外出学习、考察等脱离工作岗位连续 90 天及以上的护理人员。复岗护理人员应在规定时限内,由导师进行一对一培训,尽快掌握离岗期间新制度、新技术、新流程等,以适应临床工作的需要,保证工作的有序性及安全性。通过本次事件的深入调查,旨在了解出院带药发放过程是否合理、复岗护士培训是否到位,调查事件发生的各个环节,召开科室专题讨论会议,同时采用头脑风暴法,绘制鱼骨图,找出可能导致该不良事件发生的原因。科室人员经过认真分析,确定以下为主要原因(图 1-3)。

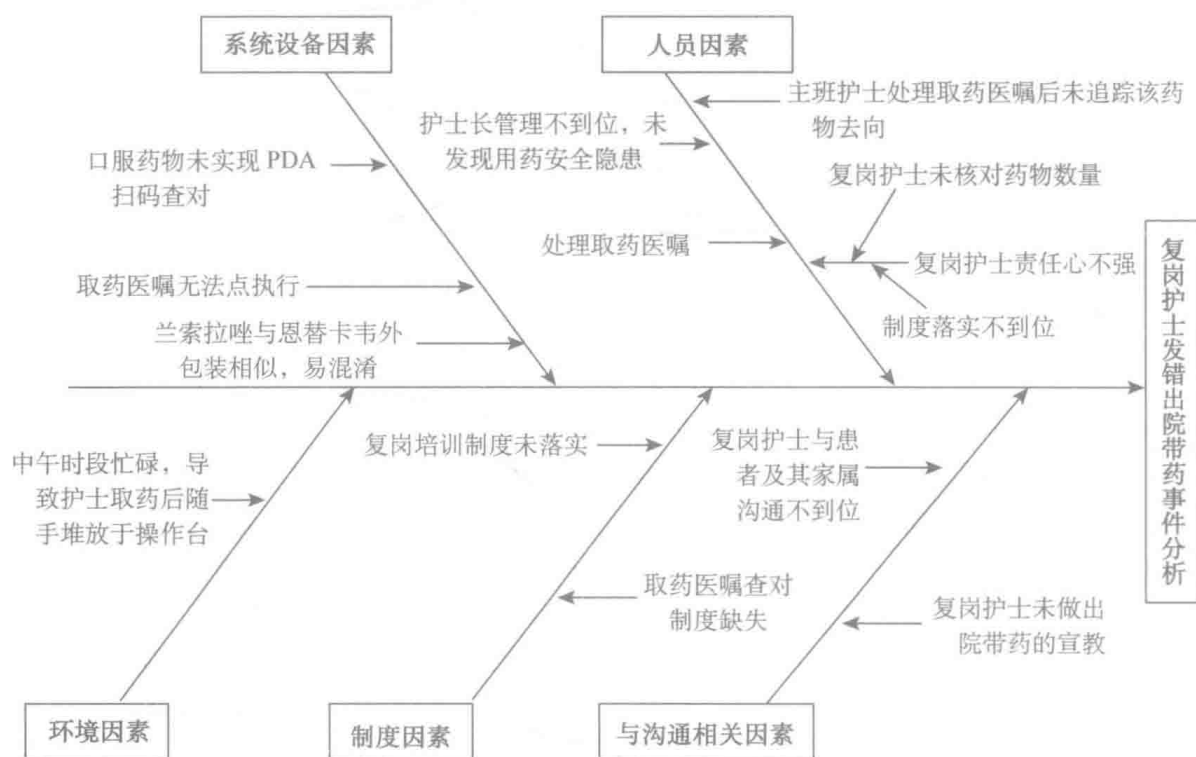


图 1-3 出院带药发放错误事件分析

【PDCA 整改过程】

P:计划

1. 针对鱼骨图原因分析,科室成立专项小组,由护士长、护理小组长、护师等人员组成。专项小组的成员认为,本次事件主要责任是复岗护士问题。

2. 通过团队讨论,科室根据《护理部复岗培训制度》制定了科室复岗培训制度,要求本科

室外出轮训和进修学习的护士归岗后,应尽快熟悉科室工作流程,掌握科室新修订的制度和流程,并进行考核,考核合格后方可单独值班。

3. 将临床存在的出院带药无法进行 PDA 扫码、存在查对隐患的情况反馈给护理部,护理部与计算机中心共同改进 HIS 系统中取药医嘱无床号、姓名的系统缺陷。

D:执行

1. 强化查对制度的培训落实,持续督导核心制度的执行

(1)严格按照护理部制定的护理安全教育计划,进行查对制度专项学习,并将该制度考核列为月计划考试内容,每季度进行专项考试 1 次。

(2)护士长及一级质控员加强质控督导。

2. 制定并落实本科室复岗培训制度

(1)根据护理部制定的复岗培训制度,凡外出学习、轮训、进修、请病事假等原因不在岗 3 个月者,护士归岗后均列入待培训人员,尽快熟悉护理工作流程。结合本科室专业特点和护理风险点,制定切实可行的复岗培训制度。

(2)严格执行复岗培训计划,一对一带教,要求参加复岗培训人员掌握各项核心规章制度,熟悉医院及科室新修订的各项流程,并进行专项理论及操作考试,考试合格后方可单独值班。

3. 关于 HIS 工作站有待优化的程序上报护理部,及时优化 HIS 系统功能

(1)HIS 系统中出院带药、摆药单明细需增加患者床号、姓名、住院号等信息,便于临床护士查对。

(2)出院带药单增加发药贴打印功能。

(3)护士在发放出院带药时除人工查对外,增加 PDA 扫码查对确认执行功能。

4. 护士长根据环节相关因素及时反馈给护理部,并向药房等科室提出优化出院带药的流程建议

(1)与药房沟通,发放出院带药时,每个患者的药物根据明细单独打包,病房护士接到药物后避免二次分拣,只需逐一核对。

(2)每个打包药物包含 1 个摆药单明细,来药时一人一单。

5. 修订出院带药发放流程(附件 1-1)。

C:检查

经过持续检查、抽查及反馈信息收集,错误发放药物事件引起了全科人员高度重视,经过流程改进和培训考核,未再发生药物错发、漏发情况。

1. 护理人员核心制度掌握到位并能够严格落实。

2. 与药房之间的工作衔接到位,每个患者根据明细单独打包,来药时一人一单。

3. 主班护士进行发药单、发药贴打印,责任护士按照发药单、发药贴及时进行发放,PDA 扫码执行双向查对。

4. 出院带药发放严格落实双人核对。出院带药单患者、护士双签字并保留 3 个月。

5. 护士发药流程运行有序,效果良好。

截至 2016 年 10 月,患者出院带药发放零差错,正确率为 100%,见图 1-4。

A:总结

1. 出院带药的正确发放,关键在于核心制度的执行及落实。

2. 复岗人员作为特殊培训群体,应进行复岗培训,尽快熟悉工作岗位。

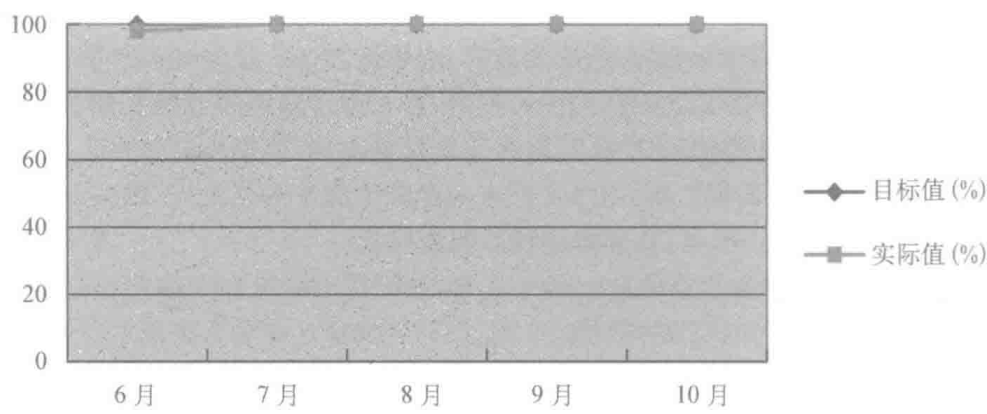


图 1-4 出院带药发放正确率

- 3. 加强全科护士的培训,坚持共同参与的防范管理,为患者提供安全的就医环境。
- 4. 工作中发现问题后及时提出合理化建议,优化 HIS 系统。

(赵显芝 王文娟 陈琼琼)

三、同一患者领取双份出院带药

【事情经过】

16 床患者李某,女,47 岁,“发热伴腰痛 20 天”,以“腰椎感染”收入院。完善各项检查,经手术治疗,治愈出院。遵医嘱出院带药,包括塞利西卜(西乐葆)3 盒、骨康胶囊 3 盒、仙灵骨葆胶囊 3 盒。出院当天,另一患者 36 床臧某有相同的出院带药。主班护士用塑料袋分别放置两份出院带药,用圆珠笔在塑料袋上写着床号(字迹不清),未写患者姓名。结完账,16 床患者李某的儿子及丈夫先后到护士站领取出院带药,主班护士未仔细核对出院带药明细单,发给两名家属各一份出院带药,两名领药家属分别在出院带药明细单上签字确认,此时主班护士并未发现 16 床李某有两名家属签字领药。半小时后,36 床患者臧某家属来领出院带药时主班护士发现错误,立即电话通知 16 床患者李某,此时李某还未离开医院,家属表示理解并送回多领取的出院带药。

【原因分析】

通过本次事件的深入调查,旨在了解出院带药发错的根本原因,调查事件发生的各个环节,并与患者家属沟通,召开科室专题讨论会议,同时采用头脑风暴法,绘制鱼骨图,找出可能导致错误发生的原因。科室人员经过分析论证,确定以下为主要原因(图 1-5)。

【PDCA 整改过程】

P:计划

科室成立专项小组,由护士长、护理小组长、护师等人员组成。专项小组成员认为,主要从护士严格执行查对制度、明确出院带药标识、加强出院带药管理等几个方面制订相应对策。

D:执行

- 1. 护士长督导护士严格执行查对制度,加强护士责任心管理。
- 2. 通过团队协作,共同完善了出院带药发放流程(附件 1-1)。

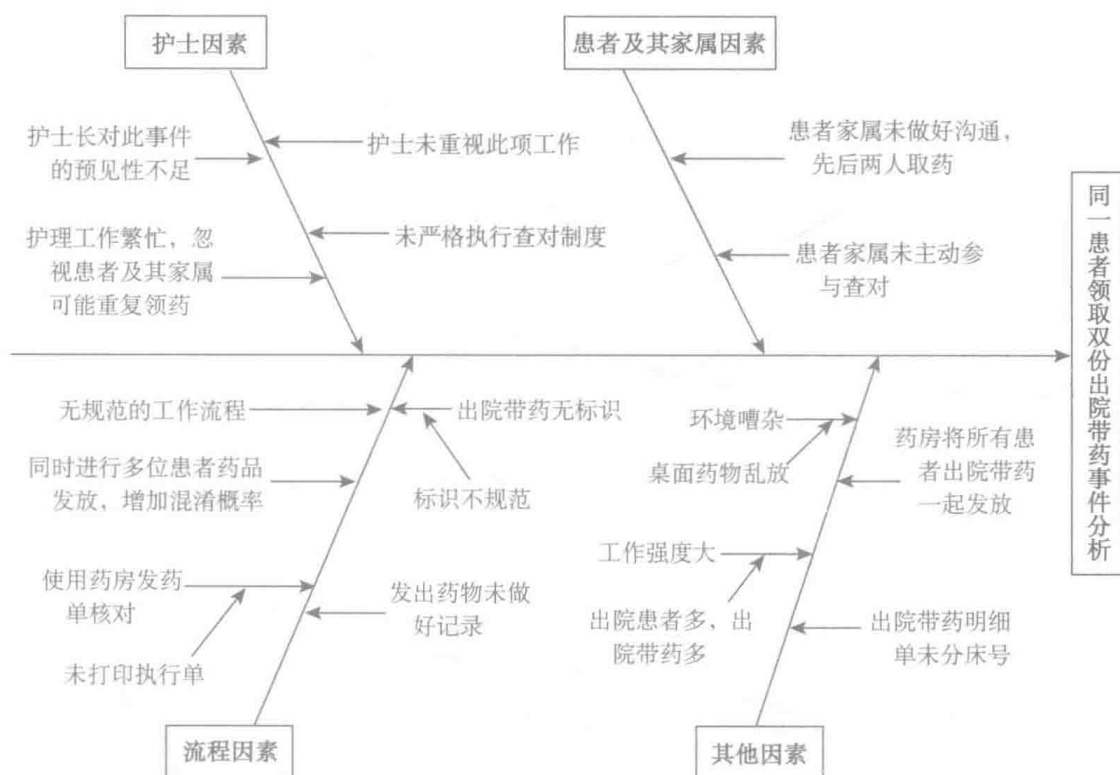


图 1-5 同一患者领取双份出院带药事件分析

3. 由主班护士打印出院带药执行单,出院带药用塑料袋分别放置,并用马克笔写清床号、姓名,字迹清楚,明确标识。

4. 出院带药摆放在专用药筐里,做到一人一筐。

5. 发放口服药时,请家属主动参与查对,护士和家属双方查对确认无误后双签名,由家属带走。

6. 与药房沟通,完善出院带药相关明细,药房发药时应打印出患者出院带药的详细信息,并将每个患者的出院带药分别放置、分别发放,切勿混淆。

7. 杜绝给多位出院患者同时发放口服药,药房送来药后及时打印科室发药执行单,确保一人一单核对后发放,护患双签名。

C:检查

经过持续检查、抽查及反馈信息收集,发错药事件引起了全科人员高度重视,避免此类事件再次发生。

1. 护理部监控并定期检查病区情况。

2. 科室质控小组成员进行追踪检查,护士长作为第一责任人,负责追踪检查责任护士工作落实情况。

3. 护士严格落实查对制度。

4. 与药房之间的工作衔接到位,将患者出院带药分别打包放置,并打印出院带药详细信息。

5. 护士发药流程运行有序,效果良好。出院带药发放正确率达到 100%,达到目标值,见图 1-6。

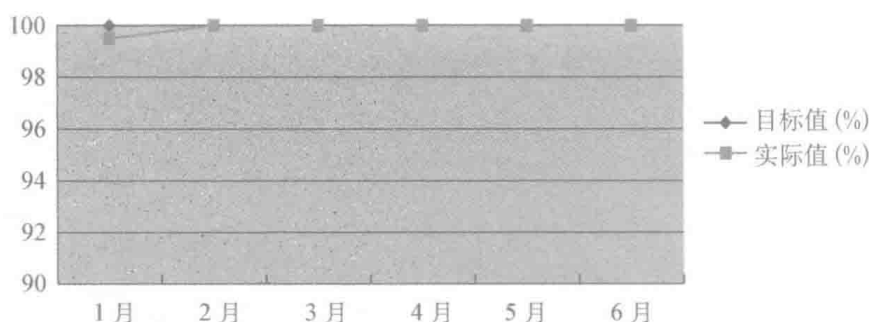


图 1-6 出院带药发放正确率

A: 总结

1. 通过此次事件的追踪检查,本科室在出院带药发放管理中不断总结经验教训,完善制度,修订药物接收、核对、存放及发放流程,有效降低错误发生率。努力做好各项预防措施,并定期检查落实情况。

2. 若要降低错误发生率,关键在于护士查对制度的执行力度及慎独精神。加强全科护士核心制度的学习,坚持共同参与的防范管理,以确保出院带药及时准确发放。

3. 通过护理部与药房的协调,现药房已对出院带药发放方式进行整改,将患者出院带药分别打包放置,以便主班护士再次核对。

(王红梅 陈 凯)

四、药房误发出院带药

【事情经过】

患者,男,64岁,出院带药医嘱为地塞米松 60 片,主班护士核对药物时发现药房误发成地高辛 60 片。护士发现错误后立即通知药房给予更换,未给患者造成不良影响,药房对主班护士表示感谢。

【原因分析】

通过本次事件的调查,旨在了解误发出院带药的原因和护理流程是否存在漏洞,调查事件发生的各个环节,召开科室讨论专题会议,绘制鱼骨图,找出导致误发出院带药的原因。通过本次事件的深入调查及科室人员的分析论证,确定以下为主要原因(图 1-7)。

【PDCA 整改过程】

P: 计划

1. 科室成立专项小组,由护士长、护理小组长、护师等人员组成。专项小组成员认为,此类事件的发生警示在临床工作中必须做好药物查对,尤其在服药、注射、输液的每一个工作环节。护士需掌握科室常见药物的形状,能正确区分易混淆药物。对于存在疑问的药物,必须与药剂师沟通确认无误后,方可发放给患者,确保用药安全。

2. 杜绝因药物查对不严而给患者造成的伤害。

D: 执行

1. 培养护士工作严谨性,护士是医嘱的最后执行者、把关者,任何操作都要细致认真,工作的各个环节都需要有严谨的态度。

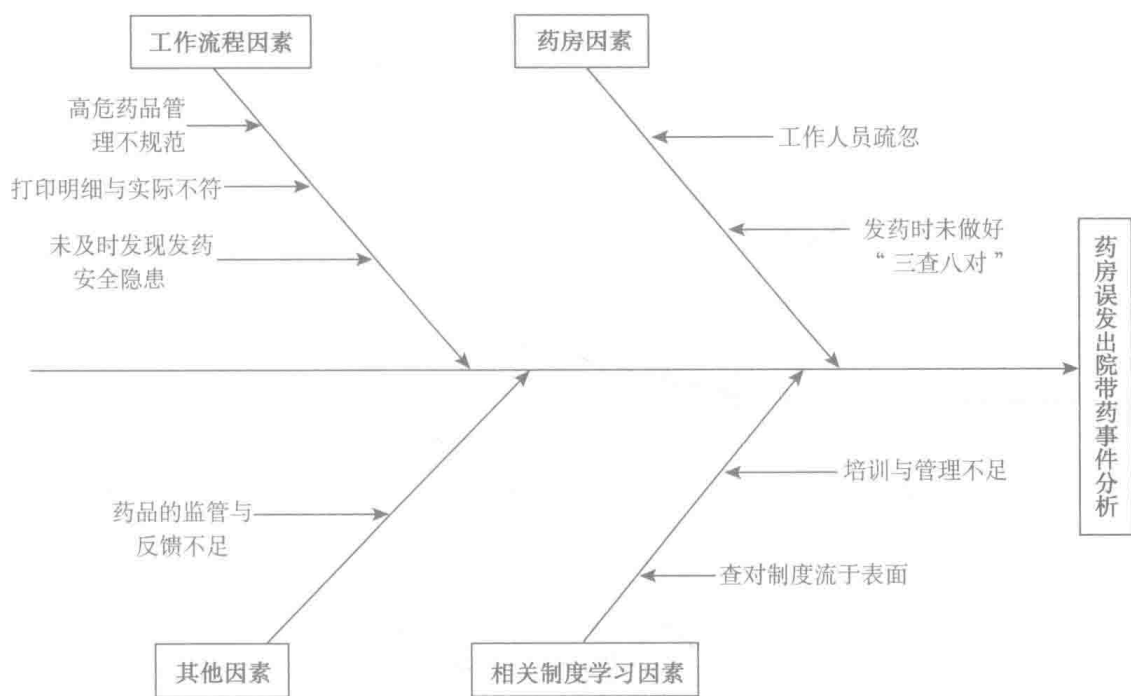


图 1-7 药房误发出院带药事件分析

2. 护士长对护士学习及掌握查对制度情况加强督导检查,查对制度及任何规章制度不能流于形式,必须脚踏实地去做。只有严格落实查对制度,才能杜绝护理差错的发生。

3. 加强对易混淆药品的监管,严格按照规章制度工作,科室加强对此类药品的管理和学习。外观易混淆的药品发放时必须双人核对,防止药品发放错误的发生。

4. 完善出院带药发放流程(附件 1-1)。

C:检查

经过检查、抽查及反馈信息收集,误发出院带药问题引起了全科人员高度重视,有效杜绝了此类事件的再次发生。

- 1. 严格监管并核查药房出院带药发放是否正确。
- 2. 护士严格遵守规章制度,把查对制度落到实处。
- 3. 加强护士的学习与培训,考核药物知识掌握情况。

经过科室与药房的共同努力,药房未再出现发错口服药物情况,达到目标值 100%,见图 1-8。

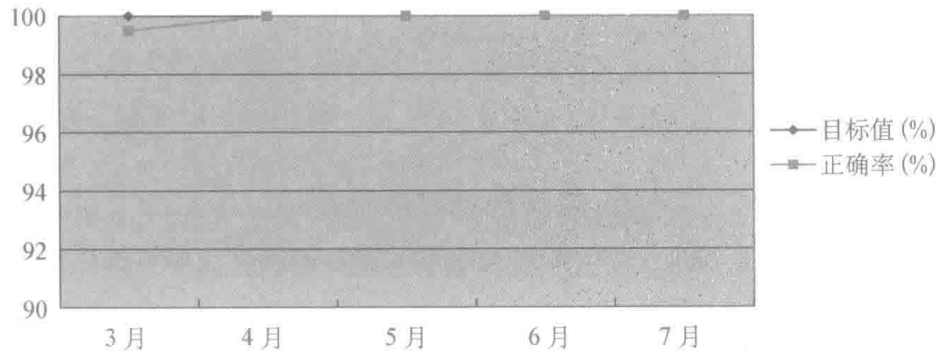


图 1-8 患者服药正确率

A:总结

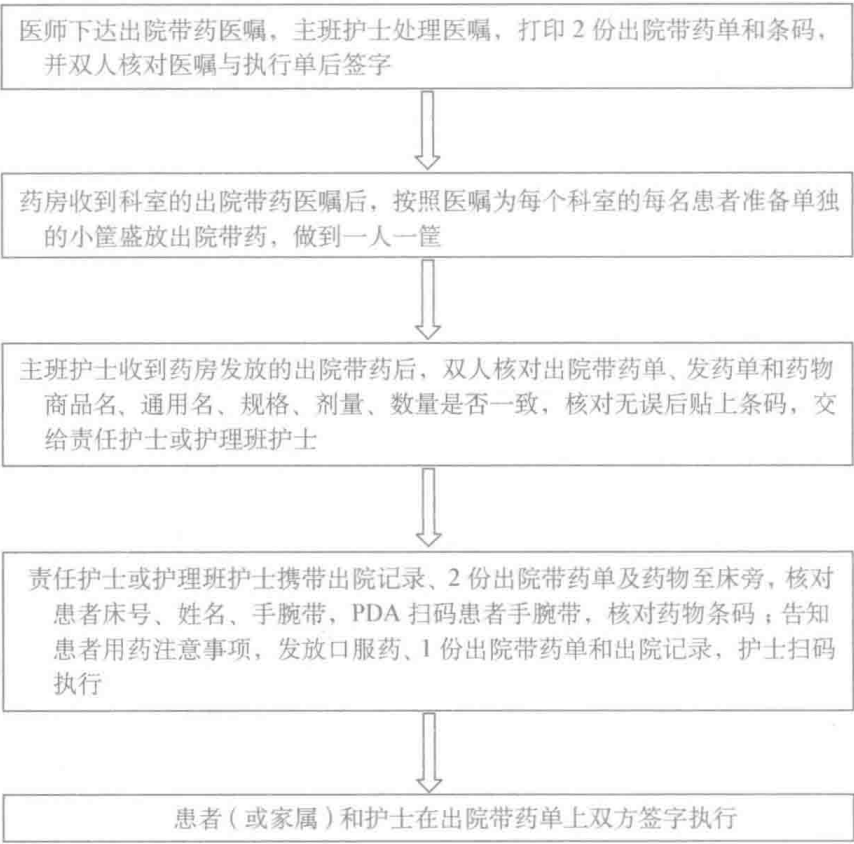
- 1. 通过此次事件的追踪检查,本科室在药品的管理中不断总结经验教训,完善制度,杜绝不良事件的发生。努力做好各项预防措施,并定期稽查落实情况。
- 2. 若要杜绝不良事件的发生,关键在于对药品的管理及查对。加强全科护士的培训,坚持共同参与的防范管理,为患者提供安全的就医环境。

(李晓娟 刘 敏 潘月帅)

小结

本章案例 1 至案例 4 不良事件均发生在患者出院带药发放的过程中,针对发生的主要原因及主要环节,重新修订了出院带药发放流程。

附件 1-1 出院带药发放流程



(王 薇 修 红)

五、输注药液过敏反应

【事情经过】

某日 14:00,患者张某在神经内科门诊就诊后至成人注射室进行静脉输液。护士查看门诊病历无误后,于 14:16 遵医嘱给予患者生理盐水 100ml 加硫辛酸注射液(亚宝力舒)0.6g 静