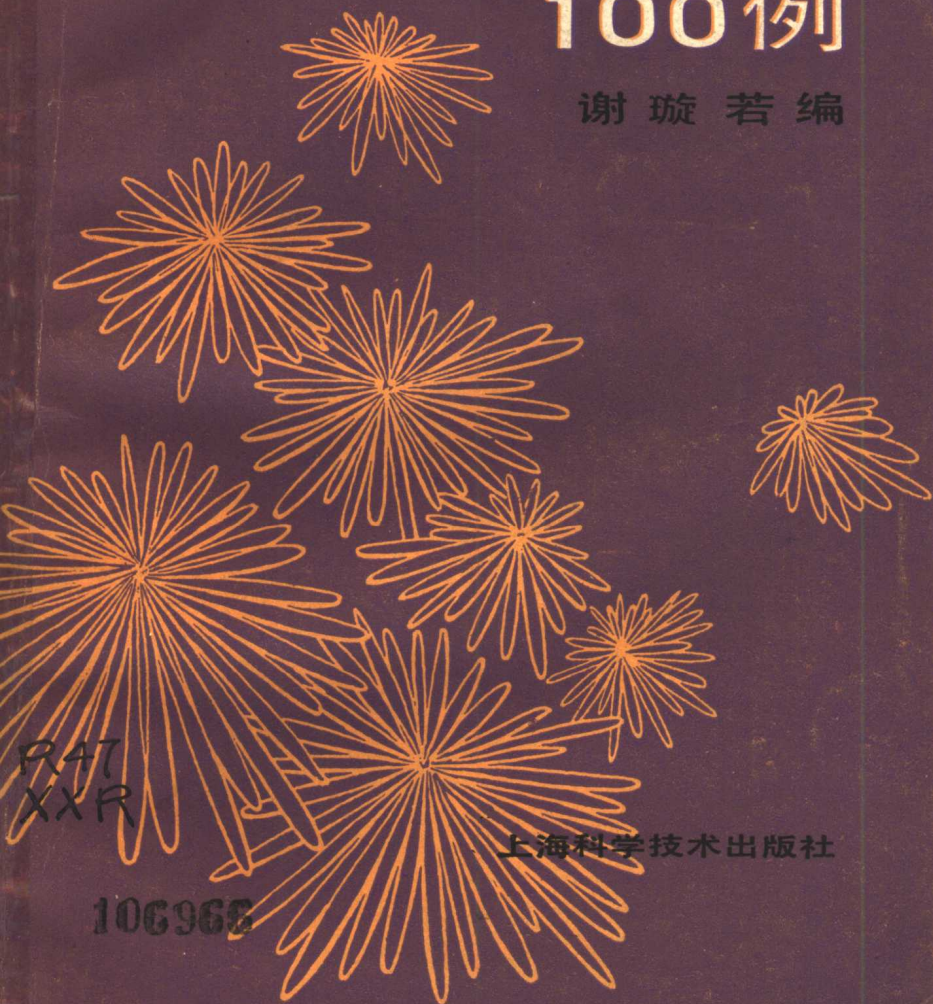


护理工作借鉴 100例

谢璇若编



R47
XXR

上海科学技术出版社

106966

护理工作借鉴 100 例

谢兼若 编

上海科学技术出版社

注意还书日期

护理工作借鉴 100 例

谢璇若 编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所发行 祝桥新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 2.75 字数 58,000

1987 年 1 月第 1 版 1987 年 1 月第 1 次印刷

印数 1—16,000

统一书号: 14119·1903 定价: 0.45 元



A1C00394960

前 言

先进的经验应予推广,供参考学习以提高工作效能;错误的教训更宜交流,供借鉴对照以防止重蹈覆辙。在护理工作中有一些普遍存在和一再发生的失误,影响所及是人的生命安危。编写此书可帮助护理人员从他人的失误经历中吸取有益的教训以利护理业务的改进。

本书选收护理工作经验教训 100 例,汇编成册,供护理人员参阅。内容包括工作失误和给药差错两个方面。事例除人员姓氏虚拟外均属护理人员亲身经历或接触的真情实事。限于本人水平,书中诸多错误和不妥之处祈望读者批评指正。

编 者

目 录

1 得不偿失.....1	22 冒名顶替.....18
2 巾下灾殃.....1	23 无名玻片.....19
3 不得要领.....2	24 掩羞惹祸.....20
4 顾此失彼.....3	25 不识时宜.....21
5 稍等片刻.....4	26 并不简单.....21
6 小题大作.....5	27 勿忘床栏.....22
7 记录缺损.....6	28 熟视无睹.....23
8 镇痛失足.....6	29 恍惚之间.....24
9 三快杰作.....7	30 姗姗来迟.....25
10 事与愿违.....8	31 偏重抄写.....25
11 轻信失职.....9	32 要求过高.....26
12 十倍剂量.....10	33 面目全非.....27
13 余火未尽.....11	34 鼻塞下咽.....28
14 主次不明.....11	35 欲速不达.....29
15 玻屑伤人.....12	36 人去床空.....30
16 玉石同毁.....13	37 亦是征光.....31
17 手背伤疤.....14	38 厚此薄彼.....31
18 失和难容.....15	39 为时已晚.....32
19 掌心月牙.....16	40 应探虚实.....33
20 管道错装.....16	41 容忍有害.....34
21 尿清可疑.....17	42 腮间糖块.....35

43 过早定论	35	70 积聚成灾	57
44 张冠李戴	36	71 追根问底	58
45 临渴掘井	37	72 途径错乱	58
46 以诚相待	38	73 时过境迁	59
47 实属漏洞	38	74 姑息权威	60
48 支持护卫	39	75 一意孤行	61
49 垫下障碍	40	76 错上加错	62
50 有失分寸	41	77 纸片之谜	63
51 防患未然	42	78 一知半解	64
52 应顾周全	42	79 谨防入口	64
53 无颜以对	43	80 标记忽视	65
54 主观臆断	44	81 原封未动	66
55 出言不慎	45	82 欲盖弥彰	67
56 监护交错	45	83 油膏错取	68
57 遥观难辨	46	84 细则不明	68
58 且慢拒绝	47	85 原来如此	69
59 危机四伏	48	86 不假思索	70
60 前功尽弃	49	87 一字之差	70
61 此是信号	49	88 详加倾听	71
62 形同实异	50	89 先入为主	72
63 皂白不分	51	90 残渣之害	73
64 一误再误	52	91 如此误解	73
65 未及全貌	53	92 估计不足	74
66 断章取义	54	93 异乎寻常	75
67 漏问病史	55	94 天差地别	76
68 出乎意料	56	95 不忘过敏	76
69 诊治不符	56	96 交代不清	77

97 似是而非78

98 阳差阴错79

99 不问情由79

100 误了大计80

1 得不偿失

我院虽是县级医院，但设备很不完善。病房用的红外线由土法装置而成，即用三枚 60 瓦或二枚 100 瓦灯泡放在一大型饼干听底部，光线经听口发出，给病人照射。为保证安全，规定照射时红外线与病人间相隔的距离应达 50 厘米。

截瘫病人沈某，住院数月，经过治疗、营养补给和护理，骶部褥疮已渐有肉芽形成，创面也较清洁，医嘱采用红外线照射促进愈合。

一日，护士梁某将病人置于侧卧位，给置放好红外线后即离去。20 分钟后，梁某除了红外线电源来到病人床边，却见沈的褥疮部位已大片灼伤。一是由于红外线置放距离过近，二是病人因瘫痪而无力侧卧，体位已向红外线方向倾斜，更缩短了两者间的距离。经过这次灼伤，褥疮又再度溃烂。

由于瘫痪病人的知觉已经丧失，我们在热敷或冷敷时应掌握好适当的温度，尤其在照射红外线时应守护在旁或加强巡回，以及时纠正病人的不自主体位变化。

2 巾下灾殃

29 岁的急性出血性胃炎病人赵某到达手术室时，我已作

好胃部分切除手术的一切准备工作。硬膜外麻醉顺利进行后，我作为辅助护士，便将病人安放好适当体位，并约束好他的四肢。

手术中，我忙得不可开交，至手术完毕，得知病人经过情况良好，我才舒了一口气。岂知在除去病人身上的消毒巾时却见他的右臂已脱离护带软绵绵地从手术床沿上搭拉下来。在将它扶起时，我感到此臂过于柔软无力，但我想这可能与麻醉作用未过有关。

2小时后，病人情况稳定。我护送他转回病房。对他右臂的情况，我真有些不安，便交班请病房护士继续观察。

次日上班，护士长在交班时指出，赵某因手术中右侧桡神经压迫时间过长而致麻痹，引起了右臂瘫痪。我听后心中有说不出的难受和内疚。由于我在辅助工作中只顾忙于手术事务而忘却了对病人本身的照顾和关心，使病人遭到了伤残的痛苦。

自此以后，我永远牢记护士工作的中心应该是病人本身，手术过程中必须反复检查病人四肢的安全位置。

3 不得要领

11个月的洪妹妹，因患哮喘性支气管炎由急诊观察室转来病房。给常规测量体温时，值班护士好不容易才将一枚肛门表插进了哭吵不已的患儿肛门，随后她叮嘱怀抱患儿的家属以手扶住肛表，并说道：“你好好往里扶牢，小心滑出”。家属力求与医护人员很好合作，便一手控制住小儿的挣扎，另一手使劲地扶住体温表。小儿在肛表的刺激下反抗更为猛烈，护士

也曾听到患儿的吵闹中夹杂着尖叫的哭声,但并未介意。

稍后,护士前往观看体温结果,见家属已满头大汗,一只手仍死死地扶在患儿臀部,而肛门表却几乎已全部埋入了他的指缝。护士取出体温表时几乎经历了与插入时一样的困难。当她抽出那已经深深陷入肛门的体温表时,见上面已沾满血液。随拔出之肛表大量鲜血从患儿肛门注流而出。经检查,肛表竟已穿透直肠壁。患儿被转到外科立即作了修补术。

教训是:幼小患儿宜由护理人员亲自处理,交请家属协助者,应清楚交代并充分估计可能发生的后果。

4 顾此失彼

去年春节,由于节前出院病人较多,病区里显得有点冷清,加上例假日除急症外不收一般病人住院,亦无手术安排。中午以后,只剩下我和新来的助理护士小林上班,工作并不繁忙。

当气胸病人周某急症入院时,我们已结束了下午的日常治疗工作。经过一阵短暂的忙碌,病人被安顿了下来。我给他处理好胸腔负压吸引引流装置、吸氧、输液等后,见他呼吸渐趋平稳,便吩咐助理护士守候在旁,自己则离开病房去书写护理记录。

其后病人一般情况尚好,临近下班时我再去查看,踏进病房一眼看到了周某床边的椅子上放着负压吸引水封瓶,而小林正弯着腰在一旁拖擦地板。我急忙奔过去将瓶子迅速放回地面。小林闻声抬起头来,遇到了我的愤怒目光后,忙解释说她才给病人洗脸时把水泼了一地,为拖清地面才把两个瓶

子暂时放到了椅子上。但由于水封瓶被搁置在高于病人胸腔引流口的平面上,虽迅即放回地面,瓶中液体已有少量返流进入了胸膜腔。医生得知后立刻给病人加用了抗生素,并嘱严密观察病情变化,幸亏处理及时,才未造成严重后果。

胸腔引流在我们肺科虽属司空见惯,但对新来人员却可能仍是一门新的课题。对新来人员的培养和指导,我们又往往容易忽略助理护士这一环。她们虽无权从事某些治疗工作,但也应让她们了解本科室常用治疗操作的有关知识和原理,才能防止出现上述差错和保障病人安全。

5 稍等片刻

下午六时后,班上仅有我和一名护生。当天病房里工作繁忙;既有重病人需观察又要应付前来探望病人的家属的咨询工作,因此当16床产妇自产房来到病房、助产士向我交班时,我总有些心猿意马。她交代说,产妇因会阴II°破裂损伤及尿道口,需给放留置导尿管24小时。

我偕同护生将产妇安顿在床位上,观察了她的暴露情况,但未随带留置导尿管和尿瓶,我自忖产妇身上的导尿管该是在离开产房前夹住的,一时不会膀胱充盈,且稍等片刻,待我把手头的一些事务办完再处理也不晚。从16床产妇病房出来后,我便去观察二位重度先兆子痫病人,然后又是一大堆临时医嘱的处理,待坐定下来书写护理记录时已临近下班时间。

直到与夜班交接班时,我才猛然想起了16床产后留置导尿的处理。急忙赶往病房,竟见产妇膀胱膨胀以致子宫底已

高达脐上。我立刻给接上留置导尿管道并开放夹头使尿液排出,同时又给按摩子宫底,若再延迟处理,恐难免发生产后出血。

我的教训是:凡临时医嘱,多属病人所急需,因此不宜暂缓执行,尤其在工作繁忙时更应注意,否则难免事后遗忘,贻误病人所需的治疗和处理。

6 小题大作

我的孩子参加高考那年的某一天,传来了公布录取分数线。我正要细听,一位阑尾炎手术后病人从手术室回病房来。身为主班护士,我只得跟随手术室护士同往病人床位听取交班,接着又需查看病人,而我的心却早已飞到分数线上去了。检查病人伤口时,我确也看到敷料上有少量渗血,但我想区区小手术不会出什么问题,且待一会儿再来观察便是,于是我匆匆回到了护士办公室。

术后医嘱处理完毕,我就开始到处探询录取分数线的消息,不知不觉中已过去近三刻钟的时间,我才想起阑尾手术病人伤口渗血尚需观察。来到病人身边,我见他伤口的渗血不仅已湿透敷料且已沾染了衣服和盖被,一测他的血压已降至 $10.9/6.67\text{kPa}$ ($82/50\text{mmHg}$),立即告知医生,医生见状立刻命令将病人送回手术室,拆除缝线后见积血凝块约血量 300 毫升,重行结扎出血部位血管后止血,术中输血 200 毫升,后病人逐渐康复。

阑尾切除虽是损伤不大的小手术,但由于我的失职,却使病人付出了很大代价。我得到了很深刻的教训:在护理工作

岗位上一定要排除一切杂念干扰，时时处处牢记“病人第一”。

7 记录缺损

为了产科局部麻醉应用的需要，我科将普鲁卡因皮肤试验列为入院常规中的一项内容。某第一胎臀位孕妇入院作选择性剖腹产，值班护士便按入院常规给作了普鲁卡因皮试后将她安置在床位上。

当天夜晚 10 时许，孕妇主诉阴道流液，诊断为羊水早破。阴道检查时在子宫口触及脐带，便准备在产房区手术室内立即作剖腹取胎手术。一切准备工作就绪，手术即将开始，医生询问普鲁卡因皮试结果。护士在孕妇病卡中遍找不见此项记录，原来日班护士未将皮试结果登录，于是只得急往病区库存药中取利多卡因作局麻之用。遗忘记录看来小事一桩，但于此分秒必争之际，一番周折，手术时间被耽误，胎儿取出时已呈苍白窒息，经大力抢救才幸能复苏。

及时记录和记录完整，这是护理工作中的一项基本而重要的职责。记录对于整个医疗护理工作来说关系十分重大，每个护理人员必须重视。

8 镇痛失足

青年农民魏某因驾驶手扶拖拉机不慎翻车而致右下肢踝关节粉碎性骨折，由当地地区级医院收住入院进行复位和石膏固定。

入院当天夜晚 10 时许，病人主诉患肢疼痛难忍，中班护士虽察看到他外露于石膏绷带的足趾呈暗褐色，但她认为这是农民由于长期泥滚日晒而具有的自然肤色，加之又感到不堪上前触摸，因而也未发现任何问题便给注杜冷丁 100 毫克让病人入睡。交接班时，护士告知夜班魏某一切正常，夜班护士安于交班中所得悉情况，除于 6 小时后给病人重复注射一次镇痛剂外，亦未对其患肢血循环情况进行观察。

病人一夜安睡，晨起一般情况良好。次日除继续应用镇痛剂外，并未受到其他关注。就这样，魏某在药物的帮助下疼痛逐渐由缓解而至消失。五天后，某医生查病房时督促病人伸屈患肢足趾时才发现问题，病人的足趾不仅已无活动能力，并且触之冰冷而无感觉反应。拆除石膏后见患肢自足趾达踝部呈黑色，肢体已开始坏死。病人最后被转到市级医院作了截肢术。

以上几位护士一是缺乏责任感，二是缺乏骨科护理的最基本知识，以至竟未严密观察石膏固定后肢体的血循环情况。更有甚者是先入为主的思想，主观片面地判断病状，并以此取代实际观察。护士工作中由于这种判断方法而铸成大错的例子是很多的，应从中吸取教训。

9 三快杰作

护士小丁来到婴儿室工作才半年时间，却已获得了一个“三快护士”的雅号。她手快、脚快，反应敏捷灵快，这些原是能难可贵的优点；但她那过于粗糙的工作态度虽经护士长多次告诫却终难改正。

某次，夜班护士接班后为婴儿更换尿布时发现7床婴儿有大量胎便解出，便将该儿抱到护理台上准备给清洗一番。当护士将婴儿转向一侧时，忽见有针头一枚插在他臀部外上方，进针足有2厘米以上。护士忙将此针头拔出，婴儿臀部留下一大针孔，幸无出血。据查核，当天上午负责注射治疗的护士乃是小丁；由于她在进行肌肉注射时动作神速，一针拔出后，还未顾得上压迫一下婴儿的注射部位，自己的两腿已经飞快地跨到了其他婴儿的床前，以致连针头从针筒上脱落都没有能觉察到。万一针头折断则后果就难以想像了。

动作敏捷是护理人员做好工作的一种有利条件。但这种给婴儿臀部留个针头的三快作风却绝无可取之处，敏捷之外，更重要的是应培养细致踏实和认真负责的美德。

10 事与愿违

儿外科的小病人对手术前采血作各种化验都感到非常害怕，为此我们除尽可能少给抽静脉血外，还在手指采血处给敷上一块小小的纱布，来解除一下他们的恐惧心理。

2岁的小军入院作扁桃体摘除术，我们按老规矩于采血后在他手指上包了一块纱布并用胶布粘住。才过几分钟，家属把孩子抱在手里来到我们护士办公室，惊恐地呼唤道：“我的孩子透不过气来了！”我们一检查，原来由于孩子吮吸他那“受伤”的手指，致使胶布脱落，松动了的纱布被他吸入了口腔，竟粘贴在他上腭后部，阻碍了气道通畅。

还算幸运，我们很快就把那块纱布取了出来，此后，凡对5岁以下小儿，我们再也不给采用这种解除恐惧的办法，而是

用棉球压迫止血。在儿科护理中，我们要多考虑出现各种危险的可能性，因为谁也想象不出婴幼儿时期的“创造精神”会用怎样的举动来加以表达。

11 轻信失职

慢性活动性肝炎病人齐某，病情反复，住院已达三月之久，一般情况尚可。由于住院时间较长，且能积极配合治疗，齐某与我们传染科医护人员之间已建立起亲如一家的关系。

我在本病区护士中被誉为严格遵守制度的典范，尤其在发药时我总得带上一小壶温热适口的开水，看着病人将药服下方始离去，齐某常协助我督促其他病人，加速了我的发药工作。一天，我将他的药发给后便亦照样站立在旁等待他服下，他笑着对我说：“你放心去忙你的吧！难道到如今你还不相信我吗？”我想对这样一位老病人也盯住不放未免有些过分，何况见他正举杯欲饮，我也就走开了。从此我对他开始渐渐放松，甚至最后将药放在他面前就走事了。

时隔月余，齐某病情突有恶化，进入了肝昏迷前期。他被转入重病房那天，我为他整理用物，不慎将他的皂盒跌落，顿时见药片撒了一地，其中有保肝药和维生素，真使我大吃一惊！

这是我把信赖代替恪守制度造成的结果，齐某病情恶化能说完全与长期逃避服药无关吗？为了病人的利益，不论护士与病人间关系有多么融洽，原则总该是原则。

12 十倍剂量

我院是教学医院。根据护校的教学计划，要求各病区在护生实习期间给予一定的独立操作机会，并在护士中指定专门人员负责带教。

某日在产科病房，带教护士吩咐一护生准备口服药物。事毕，护士正欲进行核对，突然被唤去接电话，她临走时对另一护生说：“就请你核对一下吧！你来我们病区已快满两星期了，”言罢，匆匆离去。

发药时，带教护士陪同护生前往，来到3床先兆子痫病人床前时，护士瞥见护生拿起的药杯中有一大堆白色小药片，便引起了怀疑，接过细看，竟是有10粒之多的鲁米那。她核对给药单，上面也写着鲁米那0.30，护士中断给药工作回到办公室，再与病历卡核对，原来是给药单上错将0.03写成了0.30，虽然护生在配药和核对上并无错误，但问题在于她们对鲁米那的作用和常用剂量不了解，所以未能发现给药单上的错误。幸而带教老师及时阻拦，病人才免服过量的镇静药。

护生的操作必须在带教老师的监督和指导下进行才能确保病人的安全。虽然有必要提供独立操作的训练，但学习操作的过程中若没有老师的检查则形成差错的机会是无法预料的。