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 昝红艳 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结果显示，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—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。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. 此事件中，不只是当事人没有进行严格的“三查七对”，中间涉及的人员较多，人人都负有责任。撕液体条的护士不认真，在标注床号的时候没有进行认真核对；摆液体的护士没有进行认真查对；核对治疗牌的护士、中午班接班的护士也没有认真核对液体。

2. 请检点科室的工作流程，各班护士要做到无缝隙交接。不只是检查护士能否背会制度及流程，关键要检查她们的落实情况。如果流程不合理、职责不明确，应该及时修订、完善。

3. 责任护士要对患者的治疗护理措施做到心中有数，并能检点其他值班护士。

4. 治疗桌上的安全管理制度一定要落实，标识一定要清楚。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　用药错误——输液药物错误之四		
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：51岁　诊断：再生障碍性贫血 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	当日下午16:30左右，责任护士张三将患者由17床倒至36床，此时41床患者呼叫。41床患者床头桌上放有一瓶200ml氟康唑注射液，未开瓶（早上小夜班护士所放。当时该床患者已输完液体，准备要输这瓶氟康唑），学生正好巡视病房到41床，而患者床头桌上还放置有一瓶前一天下午17:00左右配制的氟康唑注射液加生理盐水约10ml（漱口用，没有标签，铝盖已开），结果学生误将漱口液当作要输的液体给患者换上。随后被患者家属发现，当护士张三赶到病房时，液体已经输完。于是，张三立即更换输液器，严密监测生命体征，表现较平稳，与患者家属做解释后，家属表示理解。		
原因	查对不认真；操作错误；交班不认真；护士之间配合不好；危重患者未床头交接班；对患者或家属的告知不到位。		
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. 严格实习生管理，做好入科宣教。 2. 带教老师责任心要加强，做到放手不放眼。 3. 不要把液体放到患者处。 4. 药液、漱口液要标识清楚，分开放置。当天的漱口液要当天漱完。 5. 严格交接班制度。 6. 多巡视病房，及时整理病房，及时发现问题，及时收回用完的空瓶。		

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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6	

反馈：

1. 发生护理不良事件要及时上报，且上报日期应与上报表上的报告时间相符。

2. 该起护理不良事件的根本原因是：①护士长管理不到位，护士把药液放在患者处；②治疗用物无标识；③对于学生的操作，带教老师没有做到“放手不放眼”；④晨间护理、交接班质量差，小夜班护士放在床头的药，其他护士没有发现（还是发现后熟视无睹，不得而知）。

3. 该起不良事件原因分析不到位，整改措施没有与原因做到一一对应。

科室要将上述提到的3个方面进行严格整改，并将其作为护士长日常查房的重点内容。

护理不良事件报告表

事件名称	案例5　用药错误——输液药物错误之五		
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：46岁　诊断：原发性腹膜癌 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	当日上午9:00，护士张三将6床患者定点吗啡注射液40mg抽于5ml的注射器中并做好标签，进入病房发现患者外出检查未在病房，于是将吗啡放于治疗盘内。9:40，该护士及其所带实习生给13床患者静脉注射治疗时，在床旁查对后，抽呋塞米注射液20mg、地塞米松注射液5mg。此时，同病房15床患者输液泵报警，护士将所抽药液放于治疗车上，去处理15床患者，返回后发现学生已将“呋塞米”静脉推注。护士张三准备出病房时，发现所抽吗啡注射液的注射器已空，但抽呋塞米的注射器原封未动，意识到用药错误，立即通知主管大夫进行相应处理。患者未出现呼吸抑制等不良反应，生命体征平稳。		
原因	查对不认真；带教不规范；操作被中断。		
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. 科主任、护士长、主管医师紧急开会商议解决办法及处理措施。 2. 召集全科护士开会通报处理意见，同时强调安全及“三查七对”的重要性，强调带教的安全意识。 3. 专职带教老师在入科宣教时务必告知学生：在老师不在场的情况下，禁止做任何治疗性操作。 4. 带教老师绝不能让学生在离开自己视野的情况下单独进行治疗性操作，确保将“放手不放眼”的带教方法落实到位。		

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. 这起不良事件处理及时，没有对患者造成严重危害。

2. 实习生属于危险人群，应对实习生做好入科宣教工作，尤其是查对制度的落实，要用案例进行讲解。以后，如实习生发生查对错误，应将情况记录在实习鉴定表中。查对错误，无论对护士还是对实习生，均保持零容忍的态度。

3. 原因分析中，“查对不认真”是真正的原因，操作被中断后继续操作时，应重新查对。

4. 请探讨治疗盘内的分区管理，尽量避免多名患者的药物放在一起，否则容易造成错误。

护理不良事件报告表

事件名称	案例6　用药错误——输血错误		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	××科监护室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：10个月　从事本专业年限：10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：女　年龄：58岁　诊断：胃癌 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	输血前，护士张三与治疗班护士李四核对输血单。输血时，张三与患者核对血型后，肌肉注射苯海拉明注射液20mg、0.9%氯化钠注射液100ml冲管后，输血浆230ml。输完一袋血浆后，张三在签医嘱时发现患者名字有误，及时告知主管大夫并给予生理盐水冲管，撤回血浆袋子。同时，给予做心电图、抽心肌酶等相关血生化检查，随时观察患者的情况，患者没有出现不良反应。		
原因	查对不认真；判断错误；着急，紧张；操作被中断；护患沟通不到位；药品外包装相似，颜色、外形相似，药名相似。		
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. 输血前，在治疗室双人核对后，在血袋上标注输血人的床号、姓名。 2. 输血时，再次核对患者的基本信息，与护士和输血单再次核对。 3. 将患者的血型粘贴在固定的本子上，如需输血可及时查到患者的血型及交叉配血并准确核定结果。 4. 输完后，在血袋上标明输完时间并在冰箱内保存24小时。		

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	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	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	4.5	

反馈：

1. 科室的整改意见中提到的“输血前，在治疗室双人核对”不妥。因为当事人在输血前已进行过双人核对，她之所以输错血，是因为输血时一人前往床旁且没有进行床旁双人核对。按照《临床用血标准操作程序》中有关“临床输血前核对管理规程”的要求，两人须在床旁核对。

2. 在血袋上标注床号、姓名等内容时，有可能在书写过程中将血细胞破坏。

3. 以此次护理不良事件为鉴，护理部及时修订《护理查对制度》中关于“输血查对制度”的内容，并及时下发。

4. 原因分析中提到“着急、紧张”是为什么？针对此，有何应对措施？

5. “将患者的血型粘贴在固定的本子上”，这一步骤在血库执行，不需要科室执行。

护理不良事件报告表

事件名称	案例7　用药错误——注射药物错误		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三（实习生）　职称：无　工龄：0年　从事本专业年限：0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：男　年龄：55岁　诊断：纳差、发热、脾占位 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（打胰岛素后）		
经过及处理	当日中午12:00，20床患者按呼叫铃告知饭前要注射胰岛素，责任护士张三正好有事，就叫实习生去给20床打午餐前的胰岛素（甘舒霖R）8U，并从冰箱里拿出一支胰岛素笔给了实习生。实习生拿着胰岛素笔就到20床床旁，给患者打了胰岛素（甘舒霖R）8U。注射完后，患者发现胰岛素笔的盒子不是自己的，上面写着“18床”。实习生回来就告责任护士张三，张三赶紧查看，发现冰箱里18床的胰岛素笔和20床的胰岛素笔（甘舒霖R）一模一样，只是贴的床号不一样。于是，立即给18床的胰岛素笔更换了针头，查看18床的传染病系列化验均为阴性，随后去病房给患者道歉，并告知20床患者18床患者的传染病化验都为阴性，一般不会造成传染病，患者表示理解。		
原因	查对不认真；不同患者使用同一药品，药品外包装上的标识需进一步改进。		
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. 立即组织护士讨论此事，并警告护士带教时“放手不放眼”。 2. 以事实为例说明查对制度的重要性，并将其真正落实在工作中。 3. 有关胰岛素的护理业务培训内容规定：冰箱内不放已开启的胰岛素针，已开启的胰岛素针放在患者处即可。若有外包装相似或相同的药品，要进行双人核对后方可使用。 4. 科室申领胰岛素笔针头备用，坚持执行“一人一针一用”。		

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	1	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	2	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	8.5	

反馈：

1. 整改意见很好，切实可行，能从根本上杜绝该问题的再次发生。

2. 从原因分析来看，没有找到根本原因。业务培训时讲过开瓶胰岛素的保存方式，科室应积极执行。

3. 从该事件来看，糖尿病专科护理骨干没有充分发挥作用，其小组的活动有待于加强。下一步，护理部应组织小组成员积极发现糖尿病专科护理中存在的问题，进行逐项规范。

4. 科室要加强对实习生的管理，坚决做到“放手不放眼”。

5. 即日起，对全院开瓶胰岛素的保存情况进行调研，进而对全院进行规范。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 8　用药错误——口服药错误		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病区监护室
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：男　年龄：72 岁　诊断：心力衰竭 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	当日晚 22∶20，护士张三根据摆药单，为患者摆睡前口服药（右佐匹克隆片，3mg，口服，睡前），摆药单与药盒核对确认无误后，张三随后便从药盒中拿出一片药物，置于小药杯中，指导患者服药。22∶30，护士巡视病房为患者测量血压时，患者询问："是不是换了别的睡觉药了？怎么和昨晚吃的不一样？"护士张三立即拿起床旁摆药筐中右佐匹克隆的药盒，打开后发现，里面混放有米氮平片和右佐匹克隆片两种药物，意识到自己摆错药物，立即通知值班医师。经翻阅病历，患者既往有服用米氮平片史，助于睡眠，但效果不佳。入院后，改服右佐匹克隆片，帮助睡眠。于是，张三立即为患者测量生命体征：P 88 次/分，R 20 次/分，BP 104/54mmHg。值班医师嘱咐张三："今晚不要再让患者服用右佐匹克隆片，密切观察。"患者在夜间可间断入睡，生命体征平稳，晨起主诉："无不适"。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；值夜班；两种药物混放于同一药盒中。		
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. 当事人未将查对制度落实于实际工作中，要求当事人再次学习查对制度的内容，理解其内涵，并在 3 天内整理出"××科口服药发放流程"。 2. 组织全体护士讨论"××科口服药发放流程"，确定后加以落实。 3. 将"××科口服药发放流程"的落实情况作为下个月护士长的质控重点。		

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	2	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7.5	

反馈：

1. 该事件发生后10天才进行上报，发生不良事件后应及时上报。

2. 该护理不良事件发生的根本原因不是护士查对不认真，而是护士的查对环节不正确。护士应将摆药单与药物核对，而不是与药盒核对。护理部之所以反复强调护士长要跟随护士，观察其查对的落实情况，就是因为多数护士在工作中貌似查对，但没有进行真正有内涵的查对。

3. 关于“××科口服药发放流程”已经整理出来，请在试行中审核其合理性。在修订合理后，采用流程软件绘制，流程图应简洁、明了，便于执行。

4. “值夜班”是事件发生的状态，而非原因。因为该护士所执行的核对流程是错误的，即使不值夜班，也会导致该事件的发生。

护理不良事件报告表

事件名称	案例9　用药错误——剂量错误之一		
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：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31^{+2}周，前置胎盘 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	当日中午12：30，护士张三遵医嘱给21床输注10%葡萄糖液40ml＋25%硫酸镁5g，以10ml/h的速度静脉泵入。护士张三核对患者信息后，准备穿刺时发现连接管内有空气，于是将速度调至200ml/h，排气完毕后直接按下开始键，忘记调回泵速。当液体泵入25ml后，护士才发现问题，立即通知值班医师给予对症处理，但未及时上报护士长。		
原因	查对不认真；责任心不强；护士安全意识不强。		
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. 护士长组织当事人及护理骨干对此事件进行讨论与分析。 2. 全科进行警示学习。 3. 增强护士的安全意识，有效落实查对制度。		

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	1	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	4.5	

反馈：

1. 该事件的发现过程没有进行详细描述，经调查得知：硫酸镁以200ml/h的速度泵入，患者感觉不适后找护士，护士才发现问题。此外，事件的经过中没有写明发现者和操作者是否为同一护士。

2. 请在日常工作中重点检查护士对查对制度的落实情况。

护理不良事件报告表

事件名称	案例10　用药错误——剂量错误之二		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病区监护室
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：42岁　诊断：急性冠脉综合征 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	当日晚21∶00，护士张三准备遵医嘱为6床患者皮下注射低分子肝素钠5000IU（很少用），查对后携注射单前往治疗室取药。6床摆药筐内放有两支（当晚和次晨各一支）低分子肝素钠，5000IU/0.5ml/支，护士张三误认为筐内两支皮下注射药均为当晚用药（常规摆药筐中只放当晚用药，如有特殊情况会有交接），便给患者皮下注射低分子肝素钠2支（10000IU）。22∶30，护士李四清点药物时发现6床摆药筐内低分子肝素钠少一支（护士李四为张三的带班老师，在为张三分配所管患者后，未将6床摆药筐内有次晨的低分子肝素钠一支进行交接），立即询问护士张三，此时护士张三才意识到注射剂量错误，随即通知值班医生。随后，急测ACT为144s，遵医嘱继续观察，患者夜间病情平稳，无出血表现，晨起主诉："无不适"。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；值夜班。		
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. 当事人未将查对制度落实于实际工作中，要求当事人再次学习查对制度的内容，理解其内涵。 2. 本病区监护室分为4个护理小组，交接班采取"组长交接，组内分配"的原则。通过对此次不良事件的分析，发现"组内分配"的过程就是一次交接频次的叠加，容易产生遗漏。故科室讨论决定即日起改变交接班方式，采取"一对一"交接方式，交接班时依排班顺序对位交接，即交班组长将所辖患者的治疗、护理、文书、药物等交予接班组长，交班副组长交予接班副组长，以此类推，减少交接班频次，避免遗漏。 3. 经调查，摆药筐内混放有皮下、雾化、静脉用药，没有执行护理部制定的《治疗桌上的安全管理制度》，即"其他途径使用的药品应与静脉注射的药品分区摆放，以免误取"。此为共性问题，科室决定本周末前购买其他颜色的摆药筐放置非静脉途径使用的药品，如雾化用药、皮下注射用药等。		

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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 将查对制度及治疗桌上的安全管理制度作为护士长的日常质控重点。护士长应对每个护士进行跟踪检查3~5次，使其养成习惯。

2. 有的科室注射单放置的位置不方便查对或字迹潦草不便于查对，护士便不再查对。请科室检点以上情况。

3. 请加强护士的业务学习。低分子肝素钠一般不会注射10000IU。请注意在遇到特殊的治疗措施或护理措施时，对护士做好培训。此外，护士应清楚患者的病情，以及前几日的注射剂量。

4. 交接班应体现责任制整体护理。交接时，应对所管的患者做到全面交接。在修订组内分配时，应契合卫计委责任制整体护理的工作模式。

护理不良事件报告表

事件名称	案例11　用药错误——剂量错误之三		
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：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：78岁　诊断：泌尿系感染、冠心病、糖尿病 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	当日晚22:30，护士正在治疗室配制病区定点输注的药液，12床患者家属呼叫，告知护士该患者皮下注射临睡前胰岛素的时间已到。护士接呼叫器后，在治疗室核对注射单胰岛素剂量（为诺和灵N芯14U），在注射单上打钩和签名后，将注射单留在该患者的输液筐内。随后，端治疗盘从治疗室到达病房，核对患者身份无误后，从床头柜中取出诺和灵笔，旋转14U后，为患者注射胰岛素。注射完毕后，患者询问注射的剂量，护士回答为14U，患者随即提出疑问。护士马上回到治疗室再次查对，发现剂量注射错误，立即报告值班医生，遵医嘱嘱患者进食糖块，并给予解释与道歉。次日清晨5:00，提前测量患者的空腹血糖为6.5mmol/L，7:00测量血糖为6.5mmol/L，9:00测得餐前血糖7.0mmol/L。患者主诉无饥饿、心慌等不适。		
原因	查对不认真；着急；倒班；值夜班。		
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. 查对时，药物、治疗单必须同时与患者核对。 2. 增强除输液外的其他操作的核对意识，细化查对的方式。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 事件的经过叙述不详细，没有说明造成“14U”剂量错误的原因。

2. 在整个事件中，还存在下列问题，请进行整改。①为患者进行注射时，没有携带注射单；②不带注射单，护士无法对患者进行有效的身份核对；③注射前的宣教不到位，若在注射前告知患者注射计量也能起到查对的作用。

3. “整改意见”中提到了“细化查对的方式”，请具体说明，便于护士执行。

4. “倒班”和“值夜班”是事件发生时的状态，并非原因。若是原因，应对其进行整改。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 12　用药错误——剂量错误之四		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	治疗室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：10 年　从事本专业年限：10 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：51 岁　诊断：再生障碍性贫血 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	患者化疗方案共 7 天。化疗用药第 2 日，使用药物应为：生理盐水 100ml + 注射用伊达比星 20mg，静脉输注。因伊达比星为自备药（该药品共 5 支，使用剂量分别为第一、二天 20mg，第三天 10mg），责任护士李四向患者家属取拿药物时未予核对，遂将家属给予的 10mg 药物放于该患者的治疗筐中。治疗班张三看到责任护士取回的药品，也未仔细核对剂量，后将 10mg 伊达比星加入到生理盐水 100ml 中静脉输注。化疗用药第 5 日，患者家属询问主管医师：剩余 1 支药品何时输注？经查询发现，化疗用药第 2 日少加 1 支。护士立即查询说明书，了解该药品可在化疗前 5 日使用，经与医师沟通后于当日将剩余的 10mg 伊达比星加入到生理盐水 100ml 中静脉输注。		
原因	查对不认真；护患沟通不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 责任护士须对患者的治疗方案全面了解，包括药品的每日剂量及使用情况。 2. 护士在操作中须严格执行查对制度。 3. 取拿患者自备药品时，护士须与治疗单核对，并对患者家属告知使用情况。 4. 特殊药品应严格交接。 5. 护士长应将治疗桌上的查对制度作为日常质控检查的重点。		

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	1	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7	

反馈：

1. 事件发生后，若在不清楚是否对患者有危害时，可选择“其他”并标注“不明”。

2. 科室的整改意见比较严谨，环环相扣，且可执行性强。

3. 该不良事件的当事人应该为两位：责任护士与治疗班护士。

4. 医院有关于自备药的管理制度，请科室结合该制度加以完善。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 13　用药错误——口服药物剂量错误		
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：9 个月　从事本专业年限：9 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：女　年龄：68 岁　诊断：2 型糖尿病 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	护士张三和护生共同给患者发放口服药。护士张三拿起口服药单时，口述：阿拖伐他汀，一日一次，一次 20mg。护生即将护士张三口述内容写在阿拖伐他汀（40mg/片）药盒上，内容为“一日一次，一次两片”。护士张三随后将药盒上标示的“一日一次，一次两片”的内容告知了患者，患者当即服用。5 分钟后，患者向巡视病房的护士李四询问：此药应该饭前还是饭后服用。护士李四告知时，核对了一下药物和口服药单，发现药盒上标示错误，并确认患者已服用，立即上报护士长。护士长立即告知主管医生，确认此剂量不会给患者带来危害。随后，护士长和护士张三共同告知患者正确的剂量，说明情况并道歉，患者表示理解。		
原因	查对不认真；心不在焉；倒班；值夜班；教育、培训不到位；对患者或家属的告知错误。		
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		
整改意见	1. 科室新护士（工作两年以内）一律不允许和实习生共同进行操作。 2. 培训全科护士发放口服药时的注意事项，并制定流程。 3. 与药房联系，尽快实现电子摆药，降低用药错误发生的概率。		

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	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	5.5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后，应详细调查原因，整改意见应针对原因进行整改。

2. “工作两年以内的新护士，一律不允许和实习生共同操作”，这项措施在实际工作中很难做到。一是，院内的护士都年轻且实习生较多；二是，有此工作两年以内的新护士工作能力很强，已具备带教的能力。

3. 请以此为契机，审视科室宣教内容是否完善及护士对宣教工作的执行情况。该事件中，护士张三发药时只是告知患者药物的用量，而未告知服药的时间。请将宣教资料整理成条目清楚且便于执行的内容。如发放口服药时，应宣教：药物名称×××，服药次数×××，剂量×××，时间×××，以及注意事项等。

4. “倒班”和“值夜班”是该事件发生时的状态，而非原因。即使是原因，也未提及整改意见。

5. 请认真分析一下科室各岗位护士的岗位胜任能力，对科室护士的工作能力进行一次全面、客观、科学的评估，为岗位管理奠定基础。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 14　用药错误——给药速度错误		
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：0 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：男　年龄：67 岁　诊断：慢性肾功能衰竭 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	当日上午 9:00，患者的生长抑素泵完，护士张三拿抽好的药给患者更换（抽药者为另一护士，注射器上已经标注药物名称及给药速度），既未核对治疗单，又将注射器上写的“4ml/h”看成“40ml/h”给患者泵入。10:20左右，另一护士巡视病房时发现该患者的药物泵完，检查泵速时发现给药速度错误。发现的护士遂上报护士长并请示上级医师，嘱继续以 4ml/h 维持泵入。患者生命体征平稳，无不适主诉。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；操作不熟练；紧张；从不忙的科室调到工作忙的科室不适应；教育、培训不到位		
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. 张三为从兄弟科室临时借调来的护士，无专科经验。由于科室人员不足，未对其进行系统培训，已将该护士退回原科室。 2. 人员不足时，从他科借护士要考虑其胜任能力，宁缺毋滥。 3. 已经申请增加护士。 4. 组织全体护士开会讨论，强调查对制度。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 当事人虽为他科护士，但在本科工作应对其进行岗位培训及考核，考核合格且能胜任此岗位，方可以让其单独进行工作。并且，在岗位培训的内容中要加入专科的常见疾病及常用药物，不仅仅是对其进行规章制度及流程的培训。

2. 请以此为契机，检点科室护士的查对环节是否完善。此时，对于连续用微量泵进行输注的药物，护士在核对中是否携带治疗单，是否存在不核对治疗单仅凭印象或根据注射器上标注的速度进行输注的现象等。

3. 检点护士巡视患者的质量。比如，在更换药物的80分钟之内，有无护士巡视患者的情况，是否存在无质量的巡视等。

4. 微量泵的使用是否是该科不常用的操作，对于不常用的操作，应进行定期培训。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 15　用药错误——患者之间用药错误之一		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	观察室
当事人情况	姓名：张三　职称：护师　工龄：3 年　从事本专业年限：3 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：男　年龄：69 岁　诊断：多发性脑梗死 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（神志清醒，语言流利，左侧肢体瘫痪） 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	当日下午 14∶00，当班护士张三推治疗车挂液体，到 3 床床旁，边挂液体边与该患者说话，但未核对患者姓名，挂两部液体后未再查对，之后就进行其他操作了。16∶00，3 床患者家属发现正输注的液体为 6 床患者的液体，随即让护理人员到床旁并反馈，此时液体已输注约 125ml，护士立即停止该路液体输注，并及时上报护士长及主管大夫。液体为 5% 葡萄糖液，药物为维生素 C、维生素 B_6、脂溶性维生素。护士立即向患者家属道歉并讲解药物具有营养性质，对患者不具有危害性，同时安抚患者及家属的紧张情绪。患者未出现任何不良反应，生命体征平稳。		
原因	查对不认真；操作错误；自以为是；药品颜色、外形相似；对患者或家属的告知不到位。		
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. 向当事人详细了解经过，分析原因，查找漏洞环节，并制定流程。 2. 科室组织学习，加强“三查七对”制度的执行力，并引以为戒。		

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	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	1.5	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 原因中提及的“自以为是”是什么原因导致的？该原因是当事人的性格，还是工作作风？针对这一点，采取什么措施？

2. 原因中提及的“告知不到位”，指的是什么？

3. 往治疗车上摆液体时，不同患者的药品之间一定要有间隔，不要随意堆放后进入病房。

4. 再次强调护士查对制度的落实，一定要做到有效查对。

护理不良事件报告表

事件名称	案例16　用药错误——患者之间用药错误之二		
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：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：男　年龄：56岁　诊断：亚急性甲状腺炎 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	当日中午12:10，护士张三在发口服药时，正处于工作繁忙的时间段，需要处理其他事件，随即让实习生给患者7^{+}床发口服药，而实习生未进行“三查七对”，误将7^{+}床的口服药发给了7床患者。次日，7^{+}床患者发现自己没有药，及时询问护士，进行核对后，方知发药错误。		
原因	查对不认真；管理不到位；教育、培训不到位；工作流程、职责不明确。		
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. 及时与科室主任联系，固定科室加床位置及限制加床数量。 2. 与药房取得联系，使我科口服药送回时间提前，避开工作繁忙阶段。 3. 加强对实习生的入科宣教，尤其是科室特点的宣教，如加床、各班次的风险点及规避的方法。 4. 组织全科护士重新学习“实习生带教制度”，一定按要求做到“放手不放眼”。 5. 以此为鉴，使全科护士知道“查对制度”对于护士的重要性，增强每位护士的安全意识。 6. 召开科室不良事件总结会，针对防范此类不良事件的发生进行讨论。		

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	2	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	5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后，应在3日内上报，严重者应立即电话上报。

2. 经过介绍不详细，如7床患者有无服药错误的内容未写明。

3. 请与科主任协商，严格控制随意加床。另外，加床床号的编制有待进一步商榷。

4. 如果药房送药的时间无法更改，应改变各班职责，尽量在工作人员较多的时段发放口服药，积极规避风险。

5. 在日常工作检查中，护士长要将有效查对作为每日的必查项目；将执行查对制度不合格的人员作为重点检查对象，对其进行监督。

6. 在原因分析中，提到了“工作流程、职责不明确”，对于此项，没有相应的整改意见。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 17　用药错误——患者之间用药错误之三		
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：0 年　从事本专业年限：0 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：男　年龄：83 岁　诊断：左肺癌 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	护士张三负责 28－38 床，护士李四负责 39－49 床。护士李四把 48 床的鼻饲液、静推针及 47 床的低钙已经打钩和签字，整理到治疗车上，但临时有事，就和护士张三换班了。张三接管了 39－49 床的液体，但没有再次核对液体条与车上的液体针剂就推车进了病房。到了 48 床，张三在没有核对底联的情况下，就把低钙给 48 床患者打了。因为前几天护士张三曾负责过 48 床，那时 48 床有低钙的医嘱，但近几天停药了，所以张三想当然地把低钙给患者打了。		
原因	查对不认真；判断错误；没有动态了解患者的病情以及治疗的变化。		
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. 科室领导对这种不良行为提出严肃批评。 2. 该护士在全科会上做深刻检查。 3. 责令该护士在今后的治疗过程中严格执行“三查七对”制度。 4. 在治疗过程中，应主动了解患者的病情及所用药物的相关性。		

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	1	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	4.5	

反馈：

1. 对经过的描述不详细，未交代如何发现注射错误。

2. 护士随意换班易导致护士对患者身份确认的错误。责任制整体护理就是要求患者在住院期间能得到全面、全程、连续、专业的护理照顾。

3. 护士长要随时检点护士对患者身份确认流程的执行情况。对患者身份的确认不准确属于低级的错误，一定要杜绝。

4. 查对制度是护理工作制度的核心，护士不执行、错误执行或执行不到位等均会导致错误的发生。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 18　用药错误——患者之间用药错误之四		
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：3 年　从事本专业年限：3 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：男/男　年龄：2 岁/3 岁　诊断：化脓性脑膜炎/肺炎 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	当日下午 18∶00，责任护士遵医嘱分别给 31 床、28 床输注定点药物。31 床的药物为 10% 葡萄糖注射液 10ml + 头孢派酮舒巴坦 0.2g，泵控 10ml/h；28 床的药物为 10% 葡萄糖注射液 10ml + 头孢他啶 0.2g，泵控 10ml/h。18∶25，31 床家属发现所输液体标签为“28 床”，并告知护士张三，于是张三到病房核对后更换液体。18∶50，31 床家属到 28 床询问液体之事，家属发现所输液体为 31 床液体，此时液体已经输注完毕，28 床家属当时很气愤，遂询问护士张三缘由。张三告知当班医生，上报护士长。护士长详细询问责任人事情经过，给予家属解释道歉，派专人看护，患儿无不适，后康复出院。		
原因	查对不认真；心不在焉；该护士于事发当日上午提出辞职，思想有所松懈，下午 18∶00 事件发生。		
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. 向全科通报此事件，要求大家一定要从思想上重视核对的重要性。 2. 每天晨会，全科护士反复学习护理部下发的护理安全指标。 3. 每天晨会，学习护理查对流程，反复强调操作过程中要进行患者身份、治疗单、药液的三方核对。 4. 护士长每日跟随两名护士或两个环节，检查护士对查对制度的落实情况，并做记录。 5. 对于工作中经常出现失误的护士，一定要加强管理，重点监督。 6. 加强护士责任心的教育。		

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	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	5.5	

反馈：

1. 在叙述经过时，不应只写“详细询问责任人事情经过”，而应让责任人将事情的经过叙述清楚，便于分析原因并制定行之有效的对策。

2. “原因”中提及“心不在焉”，从报告表的内容中未发现有该原因，也未对该原因进行整改。

3. 请检点护士的工作流程是否均正确。因为要保证液体的正确输注需要多个环节加强注意：液体配制完后放在与床号相对应的筐内—在治疗室拿液体时进行核对—床边进行核对—更换液体后进行核对—巡视患者时进行查看等。该差错由患者家属发现，其中的多个环节是如何进行查对的？

4. 对护士加强规范化操作的培训，并考核。

护理不良事件报告表

事件名称	案例19　用药错误——患者之间用药错误之五		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	监护室6床
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：3个月　从事本专业年限：3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：女　年龄：51岁　诊断：再生障碍性贫血 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	当日上午10:00左右，××科先后入住两名新患者，当班护士安排床位为：11床王虎（男），35床李芳（女）。由于原床患者当日有液体还未出院，于是安排11床王虎外出检查，35床李芳因年龄较大暂时于6床休息，但并未插床头卡。11:50，药房送回口服药，其中有11床王虎的布地奈德鼻喷剂和桉柠蒎肠溶软胶囊。护士张三（43－48床的责任护士）在没有见过新患者也未与其责任护士李四沟通的情况下，直接带口服本及口服药前往监护室6床，核对患者："您是王虎吧？"患者及家属直接回答"嗯"，并在口服本上签名"李芳"。护士张三未核对签名就指导患者李芳服下了一粒桉柠蒎肠溶软胶囊，回到护理站才听护士赵五说6床患者是李芳，意识到发错药了，后由责任护士陪同向患者及家属道歉。患者主诉无不适，表示理解，无异议。		
原因	查对不认真；护士之间配合不好；管理不到位。		
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. 与主管医师协商，患者出院当天不进行任何治疗，以保证患者及时出院不影响收治新患者。 2. 无论将新患者安排在哪个床位，都应该及时插床位卡，方便操作核对。 3. 患者的口服药必须由其责任护士发放，如责任护士下班时口服药未取回，应做好交接班。 4. 责任护士之间跨组工作时，相关护士应做好沟通和交接。 5. 护士在进行任何操作时都必须严格正确执行患者身份的核查。 6. 护士在发口服药时，应核对口服药与疾病是否相符，如不相符，应重新核对并与主管医师沟通。 7. 发口服药时，即使患者签名后，护士也应再次核对患者信息，不能流于形式。 8. 科室制定发放口服药的流程。		

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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6	

反馈：

1. “管理不到位”是导致该事件发生的主要原因之一。

2. 加强护士的风险管理。患者在没有固定床位的情况下，佩戴腕带是比较保险的。因为真正让医生改变“出院当天不进行任何治疗”的方式与预约住院是很难实现的。

3. 护理部一直要求护士长每天必须跟随至少两名护士或两个环节，检查护士对查对制度的落实情况，希望科室能把该项工作扎实执行下去，因为查对中出现的问题五花八门。

4. 请在工作中留意当事人工作的责任心，有无评判性思维等，如“王虎”一般是男性的名字。

5. 虽然主张护士之间应相互帮忙，但是帮忙者尽量帮助别人干一些辅助性的工作，因为不了解患者的病情，存在安全隐患。

6. 在改进流程中，应将“护士应再次核对患者信息”放在一级流程中，这是导致此事件发生的关键环节。改进时，应制定可执行的有效措施。

护理不良事件报告表

事件名称	案例20　用药错误——患者之间用药错误之六		
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：21岁　诊断：泌尿系感染 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	当日下午15:30，当班责任护士让实习生给7号病房21床患者皮下注射促红素3000IU，将药品及输液条同时交给实习生，因其他患者呼叫，该护士没有跟实习生一起到病房。实习生到病房未核对输液条即给同病房的19床患者皮下注射促红素3000IU。次日上午，家属问主管医生给患者注射的药物时，护士才发现给药错误。立即上报护士长和上级医生，该护士和实习生向患者及家属道歉，主管医生解释促红素的作用。患者生命体征平稳，无不适主诉。 护士长询问实习生发生差错的过程，该实习生说：她是给21床注射的。又问她“给靠窗户还是靠门的患者注射的”时，她说给靠窗户的患者。而新楼的床号设置为靠窗户的是19床。注射时未进行核对。		
原因	查对不认真；判断错误；业务知识不精通；老师没有做到“放手不放眼”；实习生的思维定式（该实习生在上一个实习科室为旧楼科室，床位排列的方式为窗户为小号，门为大号，新住院楼正好相反）；教育、培训不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 带实习生一定要做到“放手不放眼”，严格执行查对制度。对实习生的能力、态度要有清楚的认识，合理安排岗位。 2. 对新转入科室的实习生做好岗前教育，包括工作环境介绍、床位的设置、工作的流程。该实习生为旧楼科室的实习生，对他们要特别加强管理和教育。 3. 全体护士开会讨论，强调查对制度，指导带教方法。定期与低年资的护士进行交流，提高其带教能力。 4. 已经对本批的实习生进行过查对制度的培训和责任心的教育。 5. 再次提醒大家一定要按照流程工作的重要性和必要性，杜绝思维定式。		

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	1	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	2	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	1	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	6	

反馈：

1. 新楼的床号顺序与旧楼相反是导致查对错误的危险因素之一。实习生、转科护士、临时借调护士都可能发生错误，所以对实习生、转科护士、临时借调护士等危险人群更应加强管理。

2. 无论有多少危险因素及危险环节，认真查对是防止错误发生的唯一方法。应树立“查对错误零容忍”的理念，而且护士长对查对环节的跟踪检查制度应长期坚持下去。

3. 科室不仅要对护士的临床工作能力进行日常跟踪考核，对临床带教能力也应进行考核。凡缺乏带教意识的护士可以暂时不予安排带教实习生。

护理不良事件报告表

事件名称	案例21　用药错误——途径错误		
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：男　年龄：18岁　诊断：全面部骨折 颌面部多发软组织裂伤 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	当日下午17:50，护士签收长期医嘱“10% KCl10ml 小壶加入”，当时没有识别出医嘱错误。护士见患者留有尿管，尿袋中尿液约300ml，于是用10ml注射器抽10% KCl10ml，约5分钟缓慢加入壶中，加入后患者无特殊不适主诉。次日，护士长计费时发现医嘱错误，立即告知主管医生停止该医嘱。		
原因	查对不认真；判断错误；业务知识不精通；医嘱错误；教育、培训不到位。		
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（家属不知情）		
整改意见	1. 组织全体护士学习氯化钾的使用注意事项等相关知识。 2. 提醒全体护士使用不常用药品之前，应认真阅读说明书，确保用药安全。 3. 护士长每月组织全体护士学习科室常用药物相关知识，并列为业务学习内容，每月进行考核。 4. 告知护士加强理论知识学习，以补充知识空白，做到理论联系实际。		

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	1	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	2	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	5.5	

反馈：

1. 护理不良事件要求发生后72小时内上报，造成严重后果的护理不良事件要立即上报。该不良事件非常严重，会危及患者生命，所以应立即上报。

2. 在正常上班时间，应由主班处理医嘱，执行者核对。请问：该护士当时是否一人当班？

3. “对患者生命造成的影响”中选择“没有危害”并不妥，应填写“其他”。

4. 希望科室以此事件为契机，整理科室常用药物的用法用量、注意事项，进行系统学习，一定要将措施落在实处。

5. 加强护士培训，加强护士与医生的沟通，如有疑问，应及时反馈，核实后再执行。

护理不良事件报告表

事件名称	案例22　用药错误——药物用法错误		
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：6年　从事本专业年限：6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：男　年龄：22岁　诊断：急性淋巴细胞性白血病、骨髓移植术后 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	当日中午，医生新开医嘱为患者输注药物硫辛酸，护士取回药后未详细阅读说明书即按普通药物配制后输注。次日下午，护士准备配制药物时详细阅读说明书，发现药物要求现用现配，并立即给予患者避光输注。经询问发现昨日未避光，随即严格按照说明书避光输注。		
原因	专业知识不精通。		
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		
向患者或家属说明情况	□已说明　■没有说明　□计划说明		
患者或家属的反应	□气愤　□能理解　□无异议　■其他		
整改意见	1. 再次强调护士使用新药前必须详细阅读说明书，如有疑问时，一定要与护士长确认。 2. 制定科内新药使用流程。		

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	上报时间	1－1	发生24～72小时内上报	0.5	0.5	迟报1天扣0.1分
2	表格填写	2－1	无空项（当事人用代码表示）	0.2	0.1	一个空项扣0.1分
		2－2	对“其他”项有说明	0.3	0.2	一项未说明扣0.1分
3	经过及处理	3－1	经过记录全面	0.5	0.4	记录不全面扣0.1分；记录过于简单扣0.3分
		3－2	有原因分析	0.5	0.5	无原因分析不得分
		3－3	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
		3－4	能全面抓住真因	1	0.5	真因不全面扣0.5分；未抓住真因扣1分
4	整改意见	4－1	有整改意见	0.5	0.5	无整改意见不得分
		4－2	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
		4－3	有针对性	1	0.5	无针对性扣1分；针对性不强扣0.5分
		4－4	整改意见切实可行	1	0.5	不切实可行不得分；部分可行扣0.5分
5	持续质量改进	5－1	据整改意见修改科室制度等	0.5	0	未修改科室制度（见到文字版）不得分
		5－2	不再犯同样原因的错误	0.5	0.5	再犯同样原因的错误不得分；结果相同而原因不同的错误不扣分
		5－3	整改意见人人知晓	0.5	—	未做到人人知晓不得分
		5－4	整改意见落实在行动中	0.5	—	未落实在行动中不得分
6	资料册	6－1	建立资料册	0.2	0.2	未建立资料册不得分
		6－2	发生的不良事件全部入册	0.3	0.3	未及时入册不得分
7	最后得分			10	5.7	

反馈：

1. 现配现用和避光输注是两回事，要求现用现配的药物不一定要避光输注。

2. 所有的药物都要求现配现用！不同药物的现配现用的要求不同，有的几分钟，有的数小时，应区别对待。

3. 没有看到科室的新药使用流程。

4. 加强护士的业务学习，遇到不熟悉的药物应仔细阅读说明书并咨询药剂科。根据实际情况，采用适当的方式进行全科培训，确保全科护士都知晓。

备注：此表为2012年用表，随后有更新。

护理不良事件报告表

事件名称	案例23　用药错误——临时医嘱重复执行		
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：护师　工龄：3年　从事本专业年限：3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：男　年龄：71岁　诊断：上消化道出血 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	当日上午9:39，主班签收临时医嘱后打出一联临时医嘱单，内容为：21床呋塞米20mg入壶，给责任护士李四。李四准备执行时遇其他患者呼叫而去处理，回来后找不到此医嘱条，于是自己又打一张。9:45，李四去给21床呋塞米20mg入壶，并在底联空白处手写“呋塞米20mg入壶”并打钩，但未在电脑上执行签字。11:00，李四与同组护士张三交接时未提及。11:55，护士张三进治疗室看到治疗桌上放有一联临时医嘱单（内容：21床××呋塞米20mg入壶），未签字、未打钩。于是，护士张三拿起临时医嘱单与悬挂在墙上的21床的液体条核对，发现没有此医嘱，认定是刚下的医嘱，于11:58给21床呋塞米20mg入壶。加完时，患者的儿子回来，问加的啥药，护士张三拿医嘱条再次核对无误，说“加支利尿药”。家属说刚才有护士加过一次小壶，具体什么药不知道，于是护士张三拿起底联查看，见手写的呋塞米20mg入壶，未意识到错误（因为常有一上午加两次速尿的情况），还问啥时候加的药，家属说“刚刚”。可班上只有自己，没加过什么药，就未关掉输液器的调节器。回到护理站询问其他在班护士（护士李四吃饭不在）均说未执行此医嘱，并查看电子临时医嘱无此医嘱的执行签字。12:08，护士李四回来接班才知重复给患者加了速尿。		
原因	判断错误；交班不认真；对家属的疑问敏感度低，未作出立即反应；护士之间配合不好；执行医嘱流程存在问题。		
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. 规定：护士打印临时医嘱条使用双联打印纸（即白色联和粉色联各一份），白联挂在治疗室墙上，护士拿粉联执行并挂在患者床头的液体条上，要求均打钩与签字。 2. 护士在执行医嘱过程中，患者或家属提出质疑，应停止操作，再次核对电子医嘱无误后，并向患者解释清楚，方可执行。		

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	2	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	4.5	

反馈：

1. 导致该事件发生的关键问题为：李四处理其他患者时，将医嘱单随意放置—找不到医嘱单后，不询问而是自己打印—执行后，医嘱上未签字—李四、张三交接班时未在治疗室认真交接（治疗桌上就有原来的医嘱单）—医嘱单往治疗室放比较随意，他人在不告知的情况下往治疗桌上放置了医嘱单—交接班时没有对患者的整体情况（包括临时医嘱的执行）进行交接—团队协作差，李四认为医嘱单丢了可重新打印，张三误把李四丢失的医嘱单视作新医嘱单就去执行。

2. 针对上述问题，全体护士要进行很好的讨论，科室要制定行之有效的措施，为患者提供无缝隙的护理。

3. 医嘱单上有无打印医嘱的时间？若能有打印医嘱的时间记录，护士张三看到这张医嘱单也就不会认为是刚下的医嘱了。

4. 告知护士：当家属提出疑问时，不要反复追问，应自己回来查找原因，反复追问家属易引起家属的怀疑，暴露工作中的不足，导致家属不满。

护理不良事件报告表

事件名称	案例24　用药错误——长期医嘱漏执行		
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：60岁　诊断：左乳癌术后 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	患者有长期医嘱：胸腺五肽粉针10mg，肌肉注射，qd。当日夜班护士漏打执行单，次日责任护士未查对，导致患者的打针医嘱未执行。第3日上午10:00，责任护士去给患者打胸腺五肽针时，患者说前一天就没打，护士回到护理站与主班核对发现前一日未执行医嘱，第一时间告知护士长和主管医生，经核实情况属实。护士给予患者安抚、解释，患者无异议。		
原因	查对不认真；交班不认真；操作规则不清楚；值夜班。		
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. 组织大家讨论（每人发表意见）这件事发生的原因，加深印象。 2. 重新学习夜、责护班的工作流程，每人复述如何执行查对医嘱。 3. 夜班打印执行单后，要与治疗牌核对；责护班在执行治疗前，先拿治疗牌核对执行单，确认无误后再开始治疗。 4. 各班认真交接，因故患者未能按时执行的治疗，要红笔在执行单上标明原因。		

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	1	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	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	4	

反馈：

1. 事件经过叙述得不详细，如当日的夜班护士是否只将医嘱签了字而未打印执行单？治疗牌上是否有信息？第3日，责任护士根据什么给患者执行了注射胸腺五肽粉针的医嘱？

2. 夜班护士对处理医嘱的流程是否熟悉？责任护士对患者的病情及治疗处理措施是否知晓？如果知晓，该医嘱就不会漏执行。

3. 平日护士夜间执行的医嘱何时进行查对？如果按照科室现有的工作流程，次日责任护士应该将什么进行查对？责任护士的查对是否能防止该事件的发生？

4. 请以此次不良事件为契机，审视科室的工作流程和职责，并对其进行优化，为患者提供无缝隙的护理。

护理不良事件报告表

事件名称	案例25　用药错误——贵重药物延迟输注		
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：68岁　诊断：NHL 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	当日下午14:30，护士张三遵医嘱给患者准备输注美罗华，输注美罗华之前遵医嘱先给予患者生理盐水冲管。给予冲管后，未及时更换为美罗华，一直以生理盐水点滴。期间，巡视病房，调节输液泵，未发现输注药物是生理盐水。15:50，另一名护士巡视病房时发现问题，立即更换为美罗华。家属得知后很不高兴，嫌护士看了五六次患者，也没发现输注的是生理盐水，贵重药物迟输了一个半小时。张三立即向家属解释道歉，得到家属的谅解。后患者输注美罗华过程顺利，未出现不良反应，没有给患者造成危害。		
原因	查对不认真。		
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. 巡视病房要真正有效，而不是只注重过程，不关心结果。 2. 一定要认真核对，尤其是贵重药物，必须认真仔细。		

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	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	0	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	1	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	2.5	

反馈：

1. 发生不良事件后，一定要认真分析原因。只有抓住真因，才能采取有针对性的措施并杜绝此类问题的再次发生。

2. 对于特殊或贵重药品的使用，科室应进一步加强培训及管理。比如，有的药物配制后放置的时间过长，患者使用后可能会出现其他不良反应；有的药物输注前给了相应的抗过敏药，若不及时输注，在输注前还得再次给予，等等。这些都是存在的问题。

3. 请再次核实整个事件的过程，如家属是如何得知旁边的美罗华没有及时打开输注的。一定要提醒护士，当同事的工作出现纰漏时，应在第一时间内进行弥补，尽量不要把问题暴露在家属面前引发进一步的问题。

4. 请以该不良事件为契机，全面审视科室的各项流程，一定要在优化流程的基础上做到无缝隙的护理。

管理篇

护理不良事件中，用药错误约占1/3，这与“患者十大安全目标”中的国际报道相符。给药在护理工作中所占的比重较大。用药正确包括患者身份识别正确、药物正确、剂量正确、途径正确、时间正确。

1. 无效查对的常见情形

剖析每件用药错误的护理不良事件会发现，没有进行认真查对是根本原因。在日常工作中，护士只是背诵查对制度，执行查对制度时比较机械，做不到有效查对。护理部在日常查房中发现，护士虽然进行了查对，但却是无效查对。这里结合发生的不良事件及日常查房所见，总结出以下11种无效查对的情形。请护士长在日常工作中对查对制度的落实进行督导检查，确保每一次查对都有效。

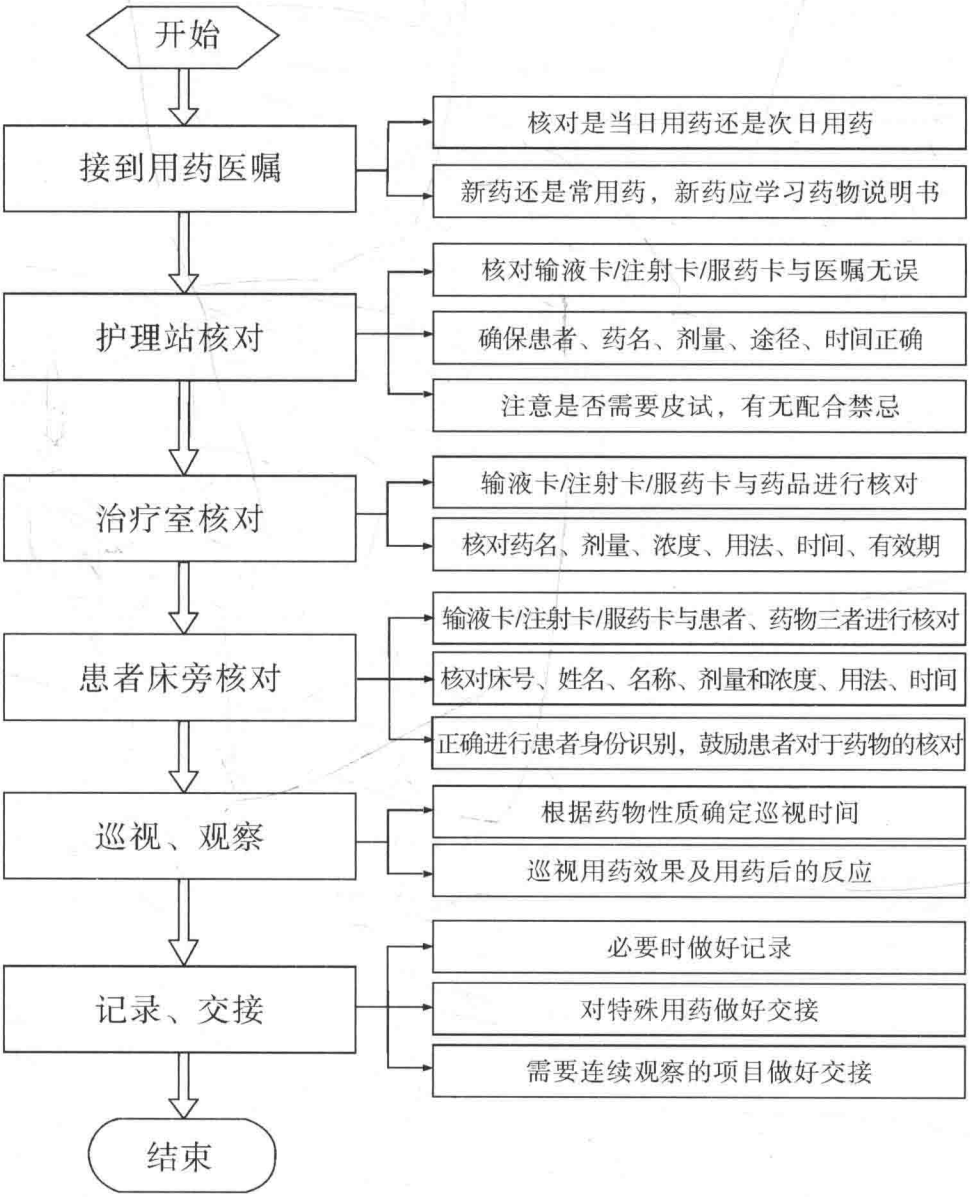
无效查对的常见情形

序号	情　形
1	发放口服药时，将药盒上的信息与治疗卡及患者进行查对，无误后为患者发放了口服药。但是，若药盒里装的药品与药盒上的信息不符，就会导致用药错误。
2	护士一边推治疗车进病房，一边叫患者的名字，患者答应后，护士从治疗车上拿上药后不再核对即为患者输注。
3	护士将输液卡、液体、患者进行正确的核对后，将核对后的液体放在治疗车上，而治疗车上有许多液体，护士再次从治疗车上取液体时则不再核对。
4	两名患者合用一个输液架，两人液体同时输完，护士在进行正确的核对后将液体插在邻床的输液器上。
5	护士对专业知识不精通，持有手写的治疗单时，若治疗单上字迹不清楚，核对时易将“4ml”看成“40ml”，导致剂量过大。
6	护士拿着A床的液体为B床输注，叫A床的名字核对，患者回答：“嗯?”护士误听为：“嗯!”即将A床的液体输注给了B床。
7	护士查对后进行剂量换算，换算结果为1/4片，但其误认为是4片，剂量为正常的16倍。
8	患者床边放两瓶药，名称一样，一瓶为静脉输注用，一瓶为漱口用，护士核对后将漱口用的药液进行了静脉输注。
9	护士进行正确核对后准备输液，邻床有事叫护士，护士处理完返回后未再次进行查对，导致用药错误。
10	未将液体与治疗单、患者同时核对，只拿治疗单与患者核对，核对后随手拿起治疗车上的其他液体，导致用药错误。
11	为患者输血时，在治疗室进行了双人核对。核对后，一人携带血制品为患者输注，没有在床旁进行双人核对，导致输血错误。

2. 如何避免用药错误的发生

查对制度是护理核心制度之核心，要求“三查七对”，但并不是在每个环节都要“三

查七对”。针对各环节应做好的查对内容，这里进行了梳理，细化了各个环节应查对的要素，完善了护理查对制度，并制定出安全用药流程。



安全用药流程图

从多起用药错误的护理不良事件中发现，用药错误不仅仅是查对不认真导致的。护士管理患者不连续，对患者病情不熟悉，对患者的治疗处置用药不了解，对药物的常用剂量、配伍禁忌、观察要点不清楚等，也是导致用药错误的原因。

对于连续管理患者、熟悉患者病情、了解患者的治疗处置用药，责任制整体护理是一种很好的管理模式。此外，加强护士的专业培训也很重要，因为质量是教育出来的。

3. “密闭式静脉输血”中护理查对的8个环节

在整理护理不良事件时，将“输血错误”也纳入“用药错误”之列。因为输血在护理工作中属于高风险环节，查对显得尤为重要，护士从接到输血的医嘱到输血结束，共需要8个查对环节，现整理如下。

“密闭式静脉输血”中护理查对的8个环节

序号	时机	地点	查对人	查对依据	查对内容
1	接到医嘱	护理站	处理医嘱者	输血申请单、血型单与医嘱	●床号、姓名、住院号、血型、血液种类、剂量、配血及输血时间是否一致 ●输血申请单填写是否完整
2	传达医嘱	护理站	处理医嘱者与执行医嘱者	输血申请单、配血复检标签与医嘱	●床号、姓名、住院号、血型、血液种类、剂量、配血及输血时间是否一致 ●试管
3	采血前	病房	采血者	输血申请单、腕带、床尾卡	●姓名、住院号、床号、试管、输血史、过敏史、血型 ●询问：输血史、过敏史、血型
4	取血时	输血科	取血护士与血库人员	输血申请单与血袋	●三查：血的有效期、血的质量（有无凝血块或溶血）、输血装置是否完好（有无裂痕或破损） ●八对：床号、姓名、住院号、血袋号、血型（A、B、O及Rh血型）、交叉配血结果、血液种类、剂量
5	取回血制品	护理站	输血者与另外一名护士（医生）	输血记录单、输血执行单、血袋	●三查：血的有效期、血的质量（有无凝血块或溶血）、输血装置是否完好（有无裂痕或破损） ●八对：床号、姓名、住院号、血袋号、血型（A、B、O及Rh血型）、交叉配血结果、血液种类、剂量
6	输血前	床旁	输血者与另外一名护士（医生）	输血记录单、输血执行单、血袋	●三查：血的有效期、血的质量（有无凝血块或溶血）、输血装置是否完好（有无裂痕或破损） ●八对：床号、姓名、住院号、血袋号、血型（A、B、O及Rh血型）、交叉配血结果、血液种类、剂量 ●询问：输血史、过敏史、血型
7	输血中	床旁	输血者	输血记录单、输血执行单、血袋	床号、姓名、血型
8	输血后	床旁	输血者	输血记录单、输血执行单、血袋	床号、姓名、血型

第二部分

采血错误

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　采血错误——采血部位错误		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	观察室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：2年　从事本专业年限：0.5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：男　年龄：49岁　诊断：左基底节区脑出血，脑内血肿腔钻孔 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	当日清晨5:30，夜班护士将患者左上肢的液体拔除，在右侧给予留置针输液。正好到了采血时间，便在刚拔除液体的肢体上进行凝血系列、血常规、电解质化验的采集，而拔除前静脉正好输注电解质，造成化验室回报凝血系列及血钾危急值。经医生评估分析患者，并进行化验值的比较，立即给予复查，结果回报化验值正常，未予处理。		
原因	判断错误；业务知识不精通；教育、培训不到位。		
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. 在护理人员晨会上通报该事件，并组织学习与分析，避免类似情况再次发生。 2. 与当事人谈话，给予批评、指导。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. 对于“培训不到位”，科室学习了哪些相关内容？

2. 在此之前，科室是否做过相关内容的培训？

3. 对于相关的事件及整改意见，是全科护士、新护士及进修护士学习的好教材。希望能继续探究一些问题，如“拔除液体后的肢体，多长时间就可以采血”等，找到答案后请上报护理部，全院共享。

4. 该科晨间抽血较多，而且多数患者的双上肢都在输液，应该培养护士股静脉抽血技术，在工作量大的情况下，该方法可节省时间，抽血量也充足。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　采血错误——漏采血标本		
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：2.5年　从事本专业年限：2.5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：男　年龄：42岁　诊断：右基底节区脑出血术后 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	当日清晨，夜班护士对患者进行晨起抽血时，漏抽了一位患者的血，且扫描了条码也未发现，致收走了空试管两管（血常规和电解质）。8∶30，检验科告知血常规送了空管，夜班护士才知道漏抽，随即抽了血常规送检。下午，检验科又来电话说送来的电解质也是空管，随即与当班护士确认，并且查对医嘱，立刻又给患者采血一次，造成两次采血，给患者带来危害。		
原因	查对不认真；判断错误；护士之间配合不好；操作被中断；值夜班。		
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. 夜班双人认真查对医嘱，做好登记，抽血后做好登记。 2. 扫描试管时再次核对，看有无漏抽、标本是否凝集。 3. 检验科回报有不合格的标本，要与采血者联系，并查看医嘱，避免给患者造成二次抽血。 4. 组织全科学习，分析原因，避免类似情况再次发生。		

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	1	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	2	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	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	1.5	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	8	

反馈：

1. 整改意见较好，尤其是“检验科回报有不合格的标本，要与采血者联系，并查看医嘱”是非常重要的。因为标本送到检验科之后要分发到各室，空标本瓶不可能同时反馈到科室，只有询问当事人并查看医嘱才能保证各个检验标本都能二次正确采集。

2. 对于“抽血后做好登记”这一条，科室是如何落实的？

3. 原因分析中的“操作被中断”来源于何处？在经过说明中，看不出来。此外，“值夜班”是发生问题的原因吗？

护理不良事件报告表

事件名称	案例3　采血错误——试管错误		
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：60岁　诊断：左乳癌术后 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	当日下午16:00，护士张三签收医嘱，医嘱要求次日早晨8:00静脉采血查“血管紧张素1卧位，血管紧张素2卧位，血管紧张素1立位，血管紧张素2立位”后，电脑只打印出一张“血管紧张素1卧位”的试管条形码，未打印出“血管紧张素1立位”条形码，护士李四也未检查出有短缺项目，因而从检验科只拿回2支特殊标本采集管（正常应取回4只特殊标本采集管）。下班前，交班给夜班护士，嘱采集方法请教内分泌科。夜班护士请教内分泌科与检验科，两科说法不一致，按检验科告知方式执行医嘱。次日8:00，静脉采血，“血管紧张素1卧位”采集一管，“血管紧张素2卧位”采集另一管。采血后2小时（10:00），准备静脉采血查“血管紧张素1立位”时出现没有试管而无法采集血标本（特殊试管化验室只在前一天下午配制），于是导致患者整套检查失败。		
原因	查对不认真；业务知识不精通；交班不认真；电脑系统故障；操作规则不清楚；医用物品数量不足，操作失误；教育、培训不到位，工作流程不明确，职责不明确；对患者或家属的告知不到位。		
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	护士长组织全科护士开会讨论，制定整改措施： 1. 由副护士长负责对年轻护士轮流进行准确识别医嘱、正确执行医嘱的培训，每年每人至少培训3次。 2. 电脑可能会出现不默认医嘱或少打印单据的现象，因而执行医嘱护士应在打印出各种单据后，再次与医嘱进行核对，以防出现漏项。 3. 执行医嘱时，若遇到不明确各项操作时，要多向上级老师、大夫请教，必要时报告护士长寻求解决的途径。 4. 若遇特殊检查、操作时，应提前备好所需物品，为下一班做好物品准备。 5. 告知护士多看书、多学习核心制度等相关知识，护士长每日早晨检查1~2名护士的掌握情况。 6. 严格按照各项规章制度执行操作。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. 加强查对制度的落实：打印条码的护士打印出条码后，应与医嘱核对；抽血护士在与检验科和内分泌科核实发现有误后，不应该执行医嘱，核实清楚后再抽血。

2. 科室要加强业务学习，有些化验部分临床科室较少见到，在遇到特殊的、不明确的医嘱时，不要简单签收，也不能将其简单地交给执行护士，应该查找资料，作为学习的项目，从而提高护士的业务水平。

3. 原因中提及“告知不到位”、“工作流程不明确”，但在整改意见中没有提到。

4. 该不良事件的发生不仅仅是护士的问题，检验科及信息科的工作也需要进一步改进，如发放试管的人员应该知道该项目需要4支试管；电脑系统要及时改进，杜绝此类问题再次发生。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　采血错误——执行医嘱错误		
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：9个月　从事本专业年限：9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：女　年龄：60岁　诊断：左乳癌术后 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	护士张三夜班核对医嘱时，看到患者当日的临时医嘱为“甲状腺功能检测”，但未看到该患者的试管，以为白班护士忘记或遗漏此化验，而且未进行询问即打出此化验的条码，次日进行了抽血，下班时也未进行交接和做任何说明。下午医生发现此项化验单，经询问得知护士张三执行了已取消的医嘱，随即上报护士长，后联系化验室给予退费，产生的化验费由护士张三承担。		
原因	查对不认真；判断错误；着急；倒班；值夜班；教育、培训不到位。		
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. 护士要对因特殊原因取消医嘱的患者进行交班。 2. 与信息中心沟通，能否做到让取消的医嘱（尤其是化验单）不能打出条码，或化验室不能计费，以此来减少出错的概率。 3. 对年轻护士再次进行各项工作制度及新电子系统的学习与培训，尤其是查对制度、交接班制度等。		

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	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 请检点新护士核心能力的培训效果。该护士已经工作9个月，大部分的培训内容已经结束，对于医嘱执行还是比较模糊，这是什么原因？

2. “倒班”和“值夜班”是该事件发生时的状态，而非原因。即使是原因，也未对其进行整改。

3. 一定要对护士强调，在工作中不能有“大概”、“或者”、“也许是”、“以为”这样的概念。

4. 对于信息系统中有哪些不完善的地方或对于优化护理工作有哪些好的意见及建议，请在工作中进行收集，并上交护理部，护理部可将共性的内容与信息处进行沟通并改善。

护理不良事件报告表

事件名称	案例5　采血错误——患者错误之一		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	护理站
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：8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：37岁　诊断：左乳钙化 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	当日，患者李某入院。9:30，护士李四签收采血医嘱后，便将采血管交给责任护士张三执行（内有患者王某次日血细胞分析采血管），二人未进行核对。随后，护士张三采血完成并送检，但未进行核对。次日早晨8:00，患者王某在病房等待抽血细胞分析，护士李四准备为其抽血时发现患者没有采血管。咨询主管医生后，主管医生确认抽血医嘱前一日已下达，立即与主班护士沟通此事，发现患者前一日上午已出检验报告。调查后得知，将此患者的采血管混入新入院患者李某采血管中，导致患者李某多采一管血，而患者王某未采血却得到检验报告。		
原因	查对不认真。		
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. 主班护士交责任护士采血管时，双方核对后，责任护士再去执行。 2. 采血前，仔细检查采血管姓名是否与患者姓名相符，并将不同姓名的采血管分区放置。采血时，严格执行查对制度。 3. 每日主班护士与责任护士核对医嘱时，将采血管标本架与医嘱的采血项目确认无误后，放回原处（标本台）。 4. 责任护士应提前告知患者次日晨需完善的检查，并与夜班护士床旁交接，如采血、空腹B超等。 5. 夜班护士将次日抽血的患者医嘱与采血管核对后，登记于采血本上，并记录日期及采血项目和管数，同时将不同患者的采血管分行放置（采血本作为备查依据）。 6. 制定采血核对流程。		

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	1	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	1	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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	8	

反馈：

1. 在阅读科室的整改意见后，感觉下列内容需要强调并在制度与流程中细化。①处理医嘱者应处理完一名患者的医嘱，并将采血管或其他治疗处置交予相应班次的护士后，再处理下一名患者的医嘱，多名患者的治疗处置放在一起容易混淆。②主班护士交给责任护士时要进行双方核对，应以哪个班次为主进行核对。③每次采血时，只能带一名患者的采血管前往。④分列放置。⑤每抽一管血都要再次核对条形码。

2. 请检点责任护士管理患者的情况及对患者病情的掌握情况。比如，该事件中患者王某的责任护士在看到回报的检验报告时没有及时提出疑问。

护理不良事件报告表

事件名称	案例6　采血错误——患者错误之二		
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：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：60岁　　诊断：糖尿病 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	当日，夜班护士张三执行新开医嘱化验后，将所贴采血管和另一位患者的采血管隔了三个空放在了一竖列，心想一会儿还要再次核对，也没有进行登记。由于夜间任务繁重，没有进行医嘱和采血管的核对，仅做了化验登记本和采血管的核对。次日清晨，采血管核对不仔细，未对每个试管进行核对，误将患者王某的两管血混入患者李某中一起抽取，导致患者王某未化验。当医生查房告知患者王某化验结果时，患者王某说护士并未抽血，随即上报护士长，护士长与患者沟通，重新给患者王某进行化验，费用由护士张三承担。		
原因	查对不认真；心不在焉；管理不到位。		
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. 科室再购买一定数量的标本架，分类放置，保证工作所需。 2. 如护士有身体或情绪上的不适，应及时与护士长沟通，以便护士长酌情解决。 3. 对全科护士再次强调并学习查对制度。护士长将采血中的查对作为下个月的质控重点，以便于发现工作中的不足。 4. 上报护理部，请求与信息中心协调，能够分时间段地打印次日抽血的患者信息，简化流程，方便查对。 5. 护士长要统筹安排工作量，遇抽血量较大时，协调医生分开日期抽取化验或增加护理人员。		

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	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 非主班护士平常处理医嘱较少，在日常工作中，应加大对其的培训及考核力度，确保每位护士能正确执行医嘱和处理流程。

2. 要杜绝该类不良事件的发生，最重要的是认真执行查对制度，确保每个环节的查对都能落实到位。

3. 请多与护理部及信息处沟通，尽快使用直接归类的医嘱执行单，避免手抄，这样既能减少工作量，又能减少安全隐患。

护理不良事件报告表

事件名称	案例7　采血错误——漏开化验单		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	科室监护室
当事人情况	姓名：张三　职称：护师　工龄：5年　从事本专业年限：5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：80岁　诊断：糖尿病酮症酸中毒 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	当日，患者主因“嗜睡10天，伴发热、尿频1天”，于18:30入科，诊断为“糖尿病酮症酸中毒，低钾血症，发热待诊”。入院时，给予相关化验检查。20:00，血钾回报2.7mmol/L，遵医嘱给予NS 30ml+10% KCl 20ml，以5ml/h的速度泵入，并给予10% KCl 20ml口服，q4h。次日7:30，医师下医嘱复查电解质。19:00，接班医生查看复查结果，发现电解质结果未回报。当班护士给予查找原因为：7:30，医师下了医嘱，未开化验单，主班处理医嘱未检点化验单，也没有告知责任护士。责任护士在核对医嘱过程中，发现还没有执行此项医嘱，当时没有和主班护士沟通，立即签字执行。执行时，没见检验申请单，以为主班护士交予家属用于交费。所以，采集血标本后，派实习生直接将血标本送至分诊台。而负责送化验的护士助理没有看见化验单，所以没有将血及时送达化验室，也没有交班，导致血标本至19:00未送检。20:00，重新给予复查电解质，示钾5.5mmol/L，立即停止泵钾及口服给钾。		
原因	查对不认真；未交班；医生与护士配合不好；护士之间配合不好；值夜班。		
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. 主班护士处理医嘱时，将检验申请单和医嘱一一核对，没有申请单时，及时督促医生补写。 2. 主班护士及时通知责任护士执行医嘱，责任护士执行医嘱时要再次核对医嘱和检验申请单是否匹配。 3. 责任护士核对后，将申请单交给家属交费，并将交费的申请单再次检查后和血标本一起交给分诊台工作人员。 4. 主班护士和责任护士负责检验结果的追回，如果下班前没有回报，做好交接。 5. 分诊组长要检查分诊台标本送检情况，对于没有送检的血标本要及时追问原因，减少差错发生。		

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	1	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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7.5	

反馈：

1. 事件描述得比较详细。

2. 就整个护理不良事件发生的过程来看，护士工作中存在“大概”、“可能”、“也许”的一些思想，这些思想坚决不能有，希望给护士们经常强调。

3. 交接班的时候应该检点患者的检验结果是否回报。

4. 任何工作交给护士助理后要有人检点，在整改流程中应该有此项。责任护士和分诊护士都有检点的责任。

5. 将整改流程做成标准的流程图，作为资料留存。

6. “值夜班”不应该是该事件的原因，请再仔细探讨事件发生的原因。

管理篇

采血错误是临床常见的护理不良事件，检验项目多、检验项目陌生、同一时间采血的人多是造成采血错误的常见原因。下面整理了一些采血错误的常见情形，便于大家借鉴，对科室进行管理。

1. 采血错误的常见情形

采血错误的常见情形

序号	情　形
1	患者错误
2	试管错误（贴错试管，尤其是不常见的化验项目，不清楚用什么试管）
3	试管多或少
4	条件错误（家属对禁食理解有误，如患者正输入肠内营养液却误以为禁食，抽取了生化项目）
5	采血量多或少
6	采血部位错误
7	血标本发生凝集
8	输液同侧采血（双上肢输液，得选择股静脉采血）
9	空管送检
10	应采动脉血而混有静脉血

虽然采血错误的情形较多，但不查对、查对不认真、无效查对还是最根本的原因。即使护士对检验项目陌生，但打印出来的采血管标签已经标明试管的类型，只要各环节进行认证查对，采血错误是可以避免发生的。

当然，还有一种采血错误是因为不满足采血条件，如生化检查患者未禁食等。要杜绝这类错误的发生，不是认真查对就能解决的，需要培训和业务知识的积累。所以，各级管理人员应对护士做好培训，尤其是各科室应根据科室的工作特点做好有针对性的培训。但培训和业务提升需要较长的时间，为了能在较短时间内杜绝采血错误事件的发生，这里特制定了正确采血各环节的工作要求，供大家学习。

2. 正确采血各环节的工作要求

正确采血各环节的工作要求

序号	岗位	要　求
1	处理医嘱者	核对医嘱的正确性 核对采血的日期及时间（不是每天做的项目应标明具体的采血日期） 核对采血的条件（空腹、立位、卧位等） 正确贴条码，准备试管，保证试管正确 下班时，核对试管与医嘱无误 将不同患者的试管分开放置（在试管架上进行分区）
2	查对医嘱者（含夜班）	核对试管与医嘱无误 将不同患者的试管分开放置（在试管架上进行分区）
3	责任护士	宣教采血的时间 宣教采血的条件（空腹、立位、卧位等） 做好交接班
4	采血者	核对采血的条件（空腹、立位、卧位等） 核对试管 核对患者 摇匀（全血标本） 一次只拿一个患者的试管 采血时条码朝上，核对无误后采血
5	扫描者	核对患者 核对有无凝块 有无标本 标本量是否充足 将特殊项目分开放置（防止送错科室）
6	送检者	核对有无凝块 有无标本 核对送检科室 核对送检条件

第三部分

非计划性拔管

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　非计划性拔管——胃管脱出		
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：男　年龄：79岁　诊断：脑梗死 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　■右上肢瘫痪　■右下肢障碍　■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	当日清晨5:30，护士巡视病房时，患者正在安静入睡中，胃管固定好，胶布无松动。6:00，患者家属告知胃管已经全部脱出。经进一步询问后了解到，当时胃管脱出3cm时，家属未及时通知值班护士，而值班护士正在给其他患者抽血，不知情。后家属擅自将胃管送进胃内时，刺激患者，导致患者趁家属不注意拔出胃管。护士知情后，立即通知值班医生，考虑患者上午需做鼻胃镜，未再下胃管。随后，给予患者留置胃管知识的宣教。		
原因	护患沟通不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 加强宣教。 2. 对患者进行适当的约束。 3. 加强护患沟通，保证24小时有人陪侍。 4. 改进固定胃管的方式。		

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	上报时间	1－1	发生24～72小时内上报	0.5	0.5	迟报1天扣0.1分
2	表格填写	2－1	无空项（当事人用代码表示）	0.2	0.2	一个空项扣0.1分
		2－2	对“其他”项有说明	0.3	—	一项未说明扣0.1分
3	经过及处理	3－1	经过记录全面	0.5	0.4	记录不全面扣0.1分；记录过于简单扣0.3分
		3－2	有原因分析	0.5	0.5	无原因分析不得分
		3－3	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
		3－4	能全面抓住真因	1	0.5	真因不全面扣0.5分；未抓住真因扣1分
4	整改意见	4－1	有整改意见	0.5	0.5	无整改意见不得分
		4－2	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
		4－3	有针对性	1	0.5	无针对性扣1分；针对性不强扣0.5分
		4－4	整改意见切实可行	1	0	不切实可行不得分；部分可行扣0.5分
5	持续质量改进	5－1	据整改意见修改科室制度等	0.5	0	未修改科室制度（见到文字版）不得分
		5－2	不再犯同样原因的错误	0.5	0.5	再犯同样原因的错误不得分；结果相同而原因不同的错误不扣分
		5－3	整改意见人人知晓	0.5	0.5	未做到人人知晓不得分
		5－4	整改意见落实在行动中	0.5	0.5	未落实在行动中不得分
6	资料册	6－1	建立资料册	0.2	0.2	未建立资料册不得分
		6－2	发生的不良事件全部入册	0.3	0.3	未及时入册不得分
7	最后得分			10	6.1	

反馈：

1. 事件经过记录得不详细，没有说明什么原因导致胃管脱出3cm。只有详细还原事情的经过，才能找到根本原因并制定行之有效的对策。
2. 科室应加强对胃管脱出的风险因素及防范措施的落实力度。
3. 胃管的固定方式是如何改进的，请上报护理部，便于全院推广。

备注：此表为2012年用表，随后有更新。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　非计划性拔管——胸腔引流管脱出		
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：男　年龄：59岁　诊断：银屑病关节炎、红皮病型多浆膜腔积液 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	当日，患者因全身皮疹伴大量银白色鳞屑与渗出入院。因病情，患者需要在床旁行右侧胸腔穿刺术，过程顺利，听诊双肺呼吸音粗，右肺呼吸音弱，胸腔引流管固定在位，引流通畅，外敷敷料干燥且无外渗。护士已对患者及家属进行胸腔引流管的防护与注意事项的宣教，患者及家属表示能够理解管理防护的重要性及意义。第3日清晨7:00，护士巡视病房时，观察其胸腔引流管仍固定在位，固定敷料干燥且无外渗，引流管处于夹闭状态。8:00，患者在床上翻身活动时不慎将胸腔引流管脱出，护士立即给予穿刺处局部按压，同时通知值班医生。当时，患者无呼吸困难，无不适主诉，测量P 70次/分、R 21次/分、BP 146/87mmHg。听诊双肺呼吸音粗，右肺呼吸音弱。按压20分钟后给予包扎固定，观察穿刺处与患者生命体征变化。加压1小时后，再次巡视患者，患者无呼吸困难，无不适主诉，测量P 78次/分、R 20次/分、BP 140/88mmHg，再次听诊双肺呼吸音较前无变化，随后复查B超。		
原因	护患沟通不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 针对病情特殊的患者，应加强宣教、巡视及基础护理。 2. 保证管路正常固定；敷料有卷边、潮湿及松动时，及时给予更换。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 事件经过记录得不详细。

（1）穿刺后的固定是缝在皮肤上的，还是仅用敷贴固定？

（2）该患者的胸管接的是胸瓶，还是引流袋？如果是引流袋，呈夹闭状态，可以将引流袋及引流管用胸带包住，以防脱出。

2. 对于特殊患者的管路固定，除常规固定外，还需要再加强固定。必要时，可以请相关科室会诊。

护理不良事件报告表

事件名称	案例3　非计划性拔管——尿管脱出之一		
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：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：男　年龄：55岁　诊断：脑室出血，上消化道出血，高血压3级 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	当日，患者脑室钻孔引流术后转入××科。入科时，患者意识浅昏迷，偶可动，给予保护性约束，留置尿管，通畅，色正常。第3日清晨7:00，尿管自行脱出。脱出时，气囊内的水只有3ml，值班护士给予重新置尿管，向气囊中注水15ml，引流通畅，但有漏尿现象。第4日白班（8:00—20:00）接班后仍有漏尿。10:00，又向气囊内注入5ml生理盐水，继续有漏尿现象。在消毒尿管后，将其插至根部，并从气囊中抽水20ml，进行测量。测量后，将20ml生理盐水重新注入气囊中，并又多注入5ml，共注入25ml。之后，漏尿现象仍然存在，未解决漏尿。第4日夜班（20:00—8:00）与第5日白班于7:30交班时发现尿液颜色为淡黄色，尿中带少许血，尿管壁上有少许血性沉淀，通知主管医师，未做特殊处理，继续观察。9:30，护士发现尿垫上除尿液外有少量的血性液体，随即更换尿垫，翻身时尿管还在，放平患者后发现尿管脱出，且发现尿管上的气囊缺如，随即请示护士长、主管医师、科主任、泌尿科主任，通过分析、讨论，决定继续观察出血和尿液的引流情况，病情稳定时给予膀胱镜检。第5日下午18:00，患者因尿失禁，且出血减少，给予留置尿管，引流通畅，并给予膀胱冲洗，尿液颜色略带血性，逐渐变浅。		
原因	业务知识不精通；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		
整改意见	1. 严格执行操作的制度和流程，气囊注水不能超过标准范围。 2. 通知全科护理人员开会讨论，通报此事件，引以为戒。 3. 翻身时，让患者注意保暖。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 护士发现尿管脱出后有观察尿管完整性的意识很好；尿管初次脱出后，当班护士也测量了气囊内的注水量，应该得到表扬。

2. 事件的处理很及时，讨论也很充分。

3. 尿管初次脱出后，气囊内只有3ml水，此事已经与插管科室进行沟通，要求科室将导尿的注意事项在护士业务学习中进行重点强调，并将此情况引起全院护理人员的重视。

4. 护士的经验缺乏，不清楚插上尿管的患者发生漏尿怎么办。单纯补水无法解决漏尿问题，请泌尿外科的专家给予讲解。这也是解决第二次尿管脱出的关键问题。

5. 再次强调护士遵守操作规程，注水25ml已超过气囊的承受范围，易引起爆裂。护士一定要按照说明进行，不清楚可以请教护士长或护理骨干。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　非计划性拔管——尿管脱出之二		
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：10年　从事本专业年限：10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：男　年龄：90岁　诊断：肺部感染、压疮 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	患者入院后晚上入睡较差，每日小便次数多，每次尿量少，口服坦索罗辛胶囊后稍有缓解，每次尿量能有300～400ml。当日，查房时发现患者腹部膨隆，因既往做过前列腺电切术，术后致尿道狭窄引起残余尿量多，立即请泌尿外科给予留置三腔尿管（白色硅胶），气囊打入15ml盐水固定，气囊段给予标识。随后给予约束双手，防止患者拔尿管，给予患者家属宣教防止拔管的注意事项。患者因入院后夜间睡眠差，遵医嘱给予每晚睡前口服佐匹克隆片，但患者仍有躁动不安、不入睡的现象。第4日晚夜班接班后，定时查房检查患者约束良好，尿管使用导管固定装置固定妥善，引流通畅，尿色清亮。第5日6:00，查房时，家属均已入睡，发现患者的尿管已脱出，尿道口无出血，患者已入睡。检查尿管发现气囊小，回抽液量约为3ml，与标识的15ml不符。经调查及检查尿管发现，在引流腔上距离分叉1.5cm处发现数个针眼。经询问，责任护士发现患者留置尿管后遵医嘱为患者膀胱冲洗，因尿管冲洗腔管口特别大，与输液器口不匹配（与以往用的硅胶尿管冲洗腔口不同），责任护士随即将冲洗腔管口反折夹闭，每日冲洗时将引流腔碘伏消毒后用针头刺入冲洗，因有两日刺入位置较高，导致气囊腔被刺破而发生渗漏，从而造成患者翻身活动时尿管脱出。		
原因	业务知识不精通；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		
整改意见	1. 患者留置尿管时，如有可能膀胱冲洗时，必须留置三腔尿管。 2. 如患者已留置尿管，接到膀胱冲洗医嘱后，检查尿管。如为留置两周以内，可不必更换尿管，每日消毒后用针头刺入冲洗，但位置应在引流腔靠近外侧段及远离气囊侧。 3. 患者留置三腔导尿管时，必须使用冲洗腔进行冲洗，不得用针头刺入。 4. 接口不匹配时，自制连接器。		

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	1	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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7.5	

反馈：

1. 事件过程的描述详细，整改措施切实可行，但表格中填写的发生时间不正确。

2. 请提醒护士，当在工作中遇到困惑或困难时，及时请教护士长或请相关科室会诊（正规厂家的产品都应有相应的接头）。

3. 用双腔尿管进行膀胱冲洗时，应将针头刺入尿管分叉以上的引流尿液端，两腔合为一腔后，任何地方不能刺入针头，易损伤气囊腔。

4. 在制定制度时，除针对本次发生的问题之外，应尽量充分讨论、全面考虑，制定对策尽量详细、全面，避免“头痛医头、脚痛医脚”。如：对于针刺式膀胱冲洗时，可能扎伤患者或导致针头脱出，对于此风险的防范也应说明。

护理不良事件报告表

事件名称	案例5　非计划性拔管——尿管拔出之一		
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：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：男　年龄：25岁　诊断：急性闭合性颅脑损伤，复合外伤 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	护士护送患者外出行CT检查，返回病房约1小时后，在记录患者尿量时，发现无尿液流出。在未全面评测无尿原因的情况下，只单纯考虑还有两天就该为患者更换尿管了，随即和医生沟通后，将尿管拔出。在拔除尿管时，有尿液流出。收拾用物时，才发现尿管是夹闭的。在外出检查时，管床护士并不知何人、何时将尿管关闭；回房后，在整理床单时，并未留意管路安置是否妥当。之后再次留置尿管，引流出尿液400ml。期间，患者生命体征无明显波动。		
原因	1. 基本知识与技能不足：尚未建立危重症护理专业思维方式，遇到问题不能从根本上全方位、多角度地去考虑问题的前因后果，只是用简单肤浅的思维方式考虑问题，以完成任务为目的，不关心品质和提高。 2. 责任心差：在患者转运的整个过程中，护士在各个环节都没有用心，没有从全局掌握患者的整体情况，从而导致发生意外情况时丝毫未察觉，也没有确认的意识。 3. 风险防范意识差：查对不认真；观察不认真；行为习惯不够严谨。 4. 影响当事人的环境因素：医生与护士的配合不好。		
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			

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	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	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	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	1.5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后，应在72小时内进行上报，严重者应立即电话上报。

2. 不良事件发生后应有整改意见，应在充分分析原因的基础上，针对根本原因制定行之有效的措施。

3. 当班护士应为患者实施全面、全程、连续、延续的护理，在工作中不能出现“管床护士并不知何人、何时将尿管夹闭”的现象。患者在外出检查前，管床护士应将患者全面安排妥当，检查回房后也应对患者进行全面检查，实施无缝隙交接。

4. 相关的工作流程是否为护士提供并做过相关培训？

5. 请以此为契机，检点科室护士对症状和管道护理要点的掌握情况。比如，当发现没有引流液时，首先应检查整个管路有无扭曲、折叠、受压等情况，这样很容易发现管道处于夹闭状态。

护理不良事件报告表

事件名称	案例6　非计划性拔管——尿管拔出之二		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	科室监护室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：3年　从事本专业年限：3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：男　年龄：68岁　诊断：心力衰竭、肺部感染、脑梗死 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	患者神志模糊，无法沟通，不能配合治疗，给予四肢约束。当日17:00，患者在四肢约束的情况下自行拔出尿管，护士巡视时及时发现，患者尿道口有血性尿液排出。同时，发现患者双手的约束带较松，约束部分已由腕部滑向前臂，患者双手活动余地大，可能感觉尿道口不适，遂将尿管拔出。见此情况，护士立即给患者取舒适卧位，重新约束，同时请泌尿科医师会诊。诊治过程中，患者可自行排尿，仍为血性尿，嘱严密观察排尿及腹部情况，暂不给予留置尿管以免加重尿道损伤。同时，及时上报护士长，积极与家属沟通，家属表示理解。18:00，床头交接班，嘱接班者严密观察患者病情、排尿及腹部情况，发现异常及时处理。患者于21:00转入其他科室治疗，并向转入科室护士说明情况。第3日9:00，询问患者情况，尿液颜色已经正常，无不适。		
原因	观察不认真；业务知识不精通；对约束带使用方法掌握不正确；患者多，工作忙。		
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. 科室学习并讨论针对不同患者使用约束带的正确方法。 2. 及时对约束带的使用效果进行评价，动态调整。 3. 对患者加强巡视，及时发现征兆，避免不必要的意外发生。		

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. 对于约束带的使用，应进行详细、系统的培训。不同部位的约束，其关键点在哪里，需详细剖析，让护士全面掌握。但在工作中遇到这类患者也应做好环节质量控制。

2. 在科室业务学习时，将同类护理不良事件整理好供护士学习，达到举一反三、防患于未然的目的。

3. 整改意见比较模糊，护士可执行性差。

护理不良事件报告表

事件名称	案例7　非计划性拔管——PICC脱出之一		
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：3年　从事本专业年限：3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：男　年龄：74岁　诊断：胃癌 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（患者出汗多，正由家属擦洗身体）		
经过及处理	当日晚23:20，给予患者PICC封管完毕之后，可来福处予以两条胶布固定，思乐扣稍有卷边，家属执意要让患者下地活动，并为患者擦洗汗液。20分钟后，家属呼叫，去病房查看，PICC管道已全部脱出，家属诉没有注意管道，可能擦洗时因脱袖口而牵拉PICC，或是水浸泡粘贴处，致PICC脱出。 及时查看，PICC管道完整，告慰家属无遗留管道在体内，可以放心，且用碘伏为针口消毒，贴以小纱布及IV3000贴膜。家属表示理解。		
原因	观察不认真；护患沟通不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 交接班时，一定要仔细检查管路，且再次固定。 2. 对出汗多的患者，要反复检查管路，即使稍许卷边，也应及时给予固定，按操作规程进行维护。 3. 加强操作告知，要反复强调换洗衣服或是擦洗时注意管路。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 护士能在PICC管脱出后及时查看管道是否完整的意识非常好。

2. 在叙述事件时，应做到详细。如患者在何时留置的PICC；上次换药是何时；患者输液结束后，管道整体的固定情况等。

3. 贴膜稍有卷边时，卷起的部分如果和衣服粘在一起，在脱衣服时最容易将贴膜带起导致管道脱出，这一点应该引起护士的重视。

4. 在此次不良事件中，贴膜固定不牢是根本原因。而且，应该将贴膜的外面用网套或其他透气的材料进行包裹，从而防止患者有意或无意地将管道拽出。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 8　非计划性拔管——PICC 脱出之二		
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：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：男　年龄：70 岁　诊断：间质性肺病 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	当日晚 23∶00，护士巡视病房时发现 3 床患者留置 PICC 处穿刺点有出血现象，立即予以局部换药。换药完毕，护士转身取物品，再回头准备善后时发现，患者已将导管拔出 10cm 左右。护士立即予以阻止并用无菌纱布按压止血。此时，查房护士长来科查房，指导护士将导管拔除。该患者日常配合度较好，留置 PICC 后也和家属商量过肢体约束的措施，但家属考虑患者的配合度良好，不同意使用约束带。 该患者所输药物均为普通药物，导管虽拔出 10cm 左右，但也能满足其治疗的需要，应重新固定继续观察。		
原因	经验不足；管理不到位；教育、培训不到位。		
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. 利用晨会时间反复讲解操作中的注意事项及细节处理，不断提高护士对重点环节的防范意识。 2. 通过案例学习，逐步提高护士对突发事件的处理与分析能力。		

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	1	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	4.5	

反馈：

1. 事件经过的叙述欠清晰。比如：①患者何时留置的PICC管？②距离上次维护时隔几日？③穿刺点是渗血还是出血？④“换药完毕，护士转身取物品”的描述中，“换药完毕”是否已全部固定良好，思乐扣和贴膜已经固定；“取物品”是取何物品，是维护PICC用的物品还是其他？⑤查房护士长指导护士将导管拔除，但第二段描述“导管虽拔出10cm左右，但也能满足其治疗的需要，应重新固定继续观察”，前后矛盾。请问：导管当时是否已拔除？

2. 详细描述事情经过的记录对寻找真因、采取有针对性的措施至关重要。

3. 通过该不良事件，护理部将责成IVTEAM制定“PICC部分脱出的应急预案”。

护理不良事件报告表

事件名称	案例9　非计划性拔管——气管插管部分脱出		
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：8年　从事本专业年限：8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：男　年龄：64岁　诊断：COPD 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	当日下午16:00，护士给3A床患者吸完痰后5分钟左右，大夫进病房观察患者时发现患者正在拔气管插管导管，脱出约5cm，立即予以阻止。当时，患者的血氧饱和度96%，生命体征平稳，立即请麻醉科予以复位。核查事件经过，护士诉给3A床吸完痰后，她又到5床进行操作，未注意到3A床患者及家属。家属诉：正松开约束带按摩时，其他床的家属叫护士，护士就到病室门口，刚说了一句话，患者就自行拔管了。		
原因	观察不认真；工作强度太大；患者或家属不理解。		
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. 责任护士对家属进行约束带的告知强度不足，应进行书面告知。 2. 责任护士在今后的护理工作中应加强对患者心理状态的了解。 3. 根据工作量安排护理人员加班。		

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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6	

反馈：

1. 进行书面告知是较好的方法，希望将告知书再进行完善。比如："解除约束期间应有专人守候在患者身边，协助其活动上肢，防止拔除管道，造成其他不必要的伤害"等。

2. 对于留置各种管道注意事项的宣教，应做到班班宣教、随时宣教，在进行治疗、巡视患者、交接班的时候都应该加强。如果只宣教一次，即使家属进行了签字，由于家属经常更换或家属没有深刻领会宣教的内容和不遵守注意事项的危害，也没有真正起到宣教的作用。

3. 希望以此为契机，审视科室的健康教育资料。科室可以将健康教育做细，如这次整理的资料可以作为"气管插管患者健康教育"的一部分等。

4. 在整理每项健康教育资料时，尽量整理全面。例如，对于气管插管的患者，健康教育不仅仅是关于约束的内容，还有其他许多相关告知，请进行全面整理并交护理部备案。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 10　非计划性拔管——胸腔引流管脱出		
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：男　年龄：28 岁 诊断：结缔组织病　系统性红斑狼疮　系统性硬化症 多浆膜腔积液　胸腔心包积液 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（床上解小便）		
经过及处理	患者转入科时携带右侧胸腔引流管，护士给予患者胸腔引流管注意事项的宣教。当日上午 11：00，护士巡视病房时观察引流管发现导管外露 9.5cm，置管固定在位，固定用敷贴平整、干燥无渗出，也无卷边，引流管引流通畅，引流液呈淡黄色。12：00，早班护士与责任护士床旁交接班时，患者要求病床上解小便，护士出病房回避。患者在家属协助下于床上解小便过程中，由于床档牵绊引流管，家属未留意，患者由平卧位改半卧位时不慎将引流管拉出。护士立即顺皮肤纹理捏住置管处，同时报告主管医生、护士长，并予以无菌敷料加压包扎，并预约胸水定位超声检查，待回报后考虑是否再次置胸腔引流管。		
原因	与责任护士交接班时。		
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. 加强引流管护理的宣教。 2. 床头悬挂引流管置管护理警示牌。 3. 制定胸腔引流管非计划性脱出应急预案及处理流程。		

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	0	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	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	2.5	

反馈：

1. 从事情经过的描述来看，管道拔除主要是因为管道太长，被床档牵绊导致脱出，但原因分析与此不相关，整改意见也没有针对此进行整改。

2. 从事件上报的过程来看，护士对风险因素的预测及宣教不到位。当患者要求解小便时，护士不能单单只进行回避，而应预知到患者的风险并进行有针对性的宣教。

3. 该科涉及的其他科室疾病较多，遇到一些跨科疾病的护理，请提前请相关科室给予指导。

4. 关于专科应急预案，各专科已经制定，护理部即将统一收回全院共享。

5. 这种用敷料固定的胸管因为没有用缝线固定，极易脱出，请在工作中对护士多强调，遇到这类患者应班班宣教。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 11　非计划性拔管——胃管拔出		
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：69 岁　诊断：腹主动脉破裂　失血性休克　多脏器功能不全　急性肾损伤？　ARDS　急性应激性胃黏膜病变　电解质紊乱　低钾血症　低蛋白血症　腰椎管狭窄术后　骶管囊肿　直肠癌术后 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（病情危重，卧床休息） 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（夜间醒后，可能谵妄）		
经过及处理	当日晚 20∶00，护士张三接班后，做完夜间护理，关灯让患者睡觉。22∶00左右，患者入睡。之后，护士有间断为患者测血糖、翻身等操作。其间，患者情绪始终稳定，操作完毕，患者均能安静入睡。次日凌晨 3∶50，护士发现患者已醒，并自行将鼻胃管拔除（之前，护士在其他患者床旁操作），与患者沟通，患者表示：感觉鼻子不舒服，不知道怎么就拔出来了。护士立即报告医生，并遵医嘱重新留置胃管。置管过程中，患者情绪较紧张，无法顺利插入。为缓解患者的紧张情绪，暂停插胃管。8∶30，征得患者同意后，顺利留置胃管。		
原因	操作错误：没约束；值夜班；教育、培训不到位。		
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. 神志清醒的患者，尤其是老年人入院后，会因环境、疾病、药物等多种因素引起不同程度的“谵妄”，当患者表现不明显时，极难准确判断。集中组织护士再次学习相关知识，并与临床实例相结合，积累经验教训，在临床实践中学会灵活运用。 2. 清醒患者夜间发生谵妄的可能性加大，为避免非计划性拔管、跌倒坠床等不良事件，全部入住患者加用床档，并不同程度地给予保护性约束。 3. 为减少患者谵妄的发生，白天多于患者沟通，特殊情况可让家属陪侍。夜间集中操作、关灯、调低监护仪音量等，为患者提供安静的环境，保证其睡眠质量。 4. 对于有拔管倾向的患者，及时与医生沟通，合理镇静。		

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	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	5.5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后，应在72小时内进行上报。

2. 就该起不良事件来看，如果再详细询问患者，能进一步发现根本原因，不仅仅是由于谵妄所致。比如，这位患者讲拔管的原因是“感觉鼻子不舒服，不知道怎么就拔出来了”。在后来的几天中，确实发现患者用面罩雾化给氧，导致胶布变湿而黏，容易松动。患者第二次留置胃管是在次日上午8:30，但直到第3日下午胶布上的日期还没有变，而且胶布早已失去黏性。所以，应要求护士每天为患者至少更换一次鼻部胶布，用面罩雾化吸氧者发现松动时应及时更换。

3. 患者的诊断是“直肠癌术后”，而不是“直肠瘘术后”，再检点一下病历上是否有误。

管理篇

1. 非计划性拔除胃管及鼻肠管的几种情形

在非计划性拔管中，以拔除胃管及鼻肠管的情况最为多见。这里将以往发生的一些非计划性拔除胃管及鼻肠管的细节整理如下。胃管及鼻肠管的非计划性拔除多数发生在术后2～3天，此时患者术后麻醉期已过，但还未适应管道的留置，最易将管道拔除。从下列几种情形中不难发现，注重细节管理能有效减少非计划性拔管的发生。

非计划性拔除胃管及鼻肠管的几种情形

序号	性别	拔管时间	护士及患者所述拔管原因
1	男	术后第4天	带有鼻肠管及胃管的患者想吃饭，医生说“拔了管子后才能吃饭”，患者看到医生、护士都很忙，不愿意劳驾他们，就自己把鼻肠管拔了。
2	女	术后第3天	患者想拿东西，但物品不在旁边，营养管挂在床边的护栏上，起身拿东西的时候不慎将营养管拽出。
3	男	术后第1天	护士忙，一人在为患者更换液体，一人配制液体，一人准备晨间护理的物品，没有看住患者，患者不慎将营养管拔除。
4	男	术后第3天	患者觉得咽喉部疼痛难忍，自己将管道拔除。
5	男	术后第2天	患者觉得鼻翼疼痛难忍，自己撕开胶布，触摸鼻翼好像破了，自己将鼻肠管及胃管拔掉。
6	男	术后第2天	患者要起床，一只手压住床以便能使上劲，结果手正好压在管道上，不慎将管道拽出。
7	男	术后第2天	胃肠减压器放在被窝里，患者熟睡中翻身，感觉身体下面有东西，而且也感觉不舒服，想取走，结果导致胃肠减压器被误拽出。
8	男	术后第2天	夜间11∶00，患者对实习生说管子没用，想拔管。实习生说不能拔，实习生也没有把这一情况告诉老师。夜间12∶00，患者趁护士和实习生不注意，将胃管及营养管拔除。
9	男	术后第3天	患者烦躁，给予约束，但约束带较长，患者的双上肢仍能自由活动，将鼻肠管拔除。
10	男	术后第3天	患者氧气停了，护士说“把管子拔了就舒服了”，患者以为要拔鼻肠管，于是自己就把鼻肠管拔除。

2. 胃管与鼻肠管脱出的风险因素及防范措施

为了做好胃管及鼻肠管的管理，下面从固定不牢、固定不当、沟通不到位、约束不当、没有妥善放置、口腔护理不彻底等6个方面，对风险因素及防范措施进行了整理，供大家参考。

胃管与鼻肠管脱出的风险因素及防范措施

风险因素	防范措施
1. 固定不牢： （1）油性皮肤； （2）出汗多； （3）劣质胶布； （4）松动后没有及时更换胶布。	1. 固定牢固： （1）选用适合患者肤质的胶布； （2）随时观察胶布的固定情况，如有松动，及时更换胶布。
2. 固定不当： （1）固定于耳廓压迫鼻翼； （2）固定于床档上，翻身或下床拽出。	2. 妥善固定： （1）除鼻翼处固定外，另一条胶布不要固定于耳廓，应固定于耳垂； （2）患者翻身及下床时，注意先处理管道再活动。
3. 沟通不到位： （1）没有向患者解释管道的重要性； （2）患者没有理解管道的重要性； （3）没有向患者讲明管道脱出的风险因素； （4）患者没有理解管道脱出的风险因素。	3. 有效沟通： （1）随时向患者解释管道的重要性及管道脱出的风险因素，直至患者理解； （2）必要时让患者复述。
4. 约束不当： （1）没有使用约束带； （2）约束带约束过松； （3）约束带约束部位不正确。	4. 合理约束： （1）对于不配合的患者，使用约束带； （2）约束带长短适宜，固定妥当，以够不着管道又能稍微活动为宜； （3）对于不配合约束的患者，使用防拔管专用手套； （4）对于不配合以上措施者，签同意书。
5. 没有妥善放置： （1）胃肠减压器放在被窝里，翻身拽出； （2）放在肢体上，翻身拽出； （3）放在肢体下，起床压住。	5. 妥善放置： （1）对于管道短的患者，翻身时先处理好管道；入睡的患者，将管道放在枕边等够不着的地方，以免熟睡中无意将管道拽出。 （2）告知并指导患者，起床时检查管道是否压在患者肢体下，以免用肢体支撑身体起床时肢体负重于管道上而无意将管道拽出。
6. 口腔护理不彻底： 咽部疼痛难忍。	6. 做好口腔护理： 选择有消炎功效的漱口液做口腔护理或指导患者用有消炎功效的漱口液漱口。漱口时，要将头稍微后仰，以保证漱口液既能漱到咽部又不会被咽下。

第四部分

管道堵塞

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　管道堵塞——食道癌术后留置的胃管堵塞		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	科室监护室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：5年　从事本专业年限：5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：男　年龄：75岁　诊断：头皮撕脱伤，食管癌术后食管气管瘘 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	当日，患者主因“高处坠落伤致头部出血8小时”于急诊全麻下行头皮撕脱清创缝合术，术后入院，外院带入胃管一根，术后遵医嘱禁饮食。患者既往因食管气管瘘在外院行两次食管支架植入术，并于术中留置胃管。次日10:30，遵医嘱改为鼻饲饮食，护士为患者胃管注食时发现有阻力，主观判断胃管阻塞。护士自诉想判断胃管是否阻塞，遂用20ml注射器抽取5ml水，将胃管边拔边注水边看阻塞的位置，待5ml水全部注完后，发现胃管已剩20cm，已不在胃内，便直接将胃管全部拔出。当时没有上报当班组长和主管医生。组长知晓后，立即通知护士长，经过调查分析并检查，得出胃管通畅。在科主任协调、护士长积极联系下，邀请外院介入主任于第3日15:00在介入室行非血管介入临床操作数字（DSA），引导下重新留置胃管，置管顺利。		
原因	业务知识不精通；值夜班。		
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. 认真做好床旁交接班，按照交接班流程和危重患者床旁交接流程交接患者及其护理计划单。 2. 交班后，仔细翻阅所管患者病历，熟知病情，做到心中有数。 3. 遇到不懂的护理问题，一定要多请教医生和组长。 4. 全科通报，将安全隐患降到最低，并分析原因和制定切实可行的整改方案。 5. 组织护士学习食管气管瘘的护理知识。		

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	1	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	2	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	5.5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后应在24～72小时内上报。

2. 科室的原因分析及整改意见很好，有针对性。

3. “经过”记录中部分内容没有做详细交代，如：胃管是何时留置的；患者术后禁食期间，胃管有无接胃肠减压器等。

4. 科室需要从以下几个方面加强管理：①留置胃管禁饮食期间未接胃肠减压器时胃管的护理。②特殊患者管道的交接，如该患者留置的胃管虽然在外观、医嘱上都与其他患者没有区别，但其置入过程与其他患者有区别，这种患者管道的维护尤为重要。作为值班护士，如何能知晓这些情况，应在交接班的内涵上进一步加强。③发现管道有阻力时，如何进行原因分析并给予正确的处理。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　管道堵塞——PICC堵塞		
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：74岁　诊断：慢性心力衰竭急性加重、凝血功能异常、心脏瓣膜病 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（患者凝血时间延长，绝对卧床休息，病情危重） 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	患者转入××科时正用PICC置管输注浓缩红细胞，该科护士交接时，发现患者PICC管路滴注不畅，已告知其他护士，并与夜班护士反复交代冲管事宜。次日早晨交接班时，护士张三发现PICC管路完全不通，即给予10U肝素盐水冲管，效果不佳，请护理部给予会诊。在此过程中，询问护士及家属，均表示输注浓缩红细胞后给予正压冲管（生理盐水液20ml），凌晨2:00液体全部输完后也给予正压冲管。患者凝血功能异常，未给予肝素盐水封管。		
原因	业务知识不精通；操作规则不清楚；教育、培训不到位。		
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. 再次组织学习PICC封管流程，组织全体护士考试，人人过关。 2. 转入患者做好交接、上报工作，及时解决潜在的问题。 3. 组织学习PICC堵管后的会诊措施，并进行考试。 存在的困惑：（1）凝血功能异常者能否用肝素盐水封管。 （2）绝对限制入量的患者，冲管盐水的用量是多少。 （3）患者依从性差，不能主动做握球活动。		

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	1	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	1	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	2	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	5.5	

反馈：

1. 一些细节未交代清楚。例如：该PICC是何时留置的？输完浓缩红细胞后，直接用20ml生理盐水正压冲管，还是按常规先用生理盐水冲管后再给予封管？封管时是否采用脉冲式冲洗的方法？

2. 当发现PICC管道欠通畅时，一定要给予相应的处理。当管道完全堵塞时，再通畅需要花费更多的人力和时间，而且再通畅的概率很小。

3. 当患者不能进行主动活动时，可以进行被动活动。

4. 科室提出的困惑很好，这些问题应该采取怎样的措施加以解决，需要循证或进行会诊（需要医护联合）才能解决。

5. 如果夜间会诊无法实施，护士又不敢用肝素盐水封管，可采用生理盐水封管，但冲、封管频次要增加。

管理篇

各类管道堵塞情况中，最常见的是PICC和鼻肠管的堵塞，因为这两种管道的管腔较细、留置较难、费用较高，对患者的治疗影响较大，堵塞后容易引起患者及家属的不满甚至引发纠纷，在日常护理工作中需要护士的精心观察与护理，并做好交接班。

1. PICC堵塞的风险因素与预防措施

PICC堵塞的风险因素与预防措施

序号	风险因素	预防措施
1	导管打折、扭曲	（1）选择肘上穿刺并选择合适的穿刺部位（PICC首选贵要静脉，其次是肘正中静脉、头静脉）。 （2）选择合适的固定方法（使用思乐扣进行U型或L型固定），避免导管打折、扭曲。 （3）指导患者休息及活动方式，避免导管打折。
2	冲、封管不到位	（1）严格执行SASH冲、封管标准（S：生理盐水；A：药物注射；H：肝素盐水）。 （2）脉冲式冲管（推－停手法，用手掌鱼际肌用力推注射器，保证水流不间断，频率要快）。 （3）经导管采血后脉冲式冲管（去掉接头，抽取5ml静脉血弃去，换注射器采血，脉冲式冲管，接正压接头，正压封管）。 （4）定时维护导管（在治疗期间，PICC导管每周至少维护一次）。 （5）掌握肝素封管液的浓度与剂量（浓度为0～10U/ml，剂量为导管及延长管容积的两倍）。
3	药物因素	（1）严格按照药物配伍禁忌输注药物。如输注的两种药物有配伍禁忌时，用盐水充分冲管。 （2）使用高黏度大分子药物如甘露醇、脂肪乳剂、血制品等时，应脉冲式冲管，再正压封管。 （3）中成药物容易与其他药物发生配伍禁忌，导致药物浑浊、沉淀，输注中成药物前后应充分冲管。
4	胸腔压力增高	（1）避免导致胸腔压力增高的因素，如：预防患者剧烈咳嗽；使用呼吸机的患者设置PEEP＜3cmH_2O等。 （2）及时观察导管内有无回血，及时冲管。

2. 鼻肠管堵塞的风险因素与预防措施

综合分析导致管道堵塞的护理不良事件，鼻肠管堵塞的风险因素主要有：冲管不正确、冲管不及时、营养液凝固、管道过细、营养液的泵入顺序安排不合理，现将风险因素及防范措施整理如下。

鼻肠管堵塞的风险因素与预防措施

序号	风险因素	预防措施
1	冲管不正确： （1）输注前不冲管，输注后冲管； （2）冲洗量较少，一般为10～20ml； （3）没有使用脉冲式冲管。	正确冲管： 输注前后用30ml温开水进行脉冲式冲管。
2	冲洗不及时： （1）忘记冲管； （2）发现管腔有阻力时仍按常规冲管； （3）两种黏稠的营养液之间没有冲管； （4）中断泵入时没有冲管。	及时冲洗管道： （1）按照护理常规4～6小时冲洗管道一次，并将其作为交接班的内容； （2）冲洗时稍感阻力，即用5%碳酸氢钠10ml注入并夹闭30分钟； （3）即使距离上一次冲洗不足4小时，两种黏稠的营养液之间也必须冲管； （4）患者外出检查或下地活动需要中断泵入时，要进行前后冲管。
3	营养液凝固： （1）使用加热棒； （2）加热棒不更换位置； （3）酸性物质与整蛋白制剂同时滴注。	防止营养液凝固： （1）常温下放置的营养液不需要使用加热棒； （2）必须使用加热棒时，每4～6小时更换加热棒的位置，防止在一处持续加热导致蛋白质凝固； （3）酸性物质不能与整蛋白制剂同时滴注，前后滴注时应充分冲管。
4	管道过细： （1）使用螺旋营养管； （2）营养液附着在管壁上使管道变细。	加强冲洗： （1）使用螺旋营养管的患者，缩短冲管的间隔时间，2～4小时冲管一次； （2）抽取30ml温开水脉冲式充分冲洗管腔。冲洗时稍感阻力，即用5%碳酸氢钠10ml注入并夹闭30分钟。
5	营养液的泵入顺序安排不合理： （1）黏稠的营养液连续输注； （2）患者检查前点滴营养液。	合理安排营养液的泵入顺序： （1）合理安排营养液，将生理盐水等能冲洗管道的营养液安排在两种黏稠的营养液之间； （2）如果患者的营养液是间断泵入，外出检查后再给予泵入。



第五部分

跌倒与坠床

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　跌倒——患者独自外出		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	住院部一楼
当事人情况	姓名：张三　职称：护师　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：74岁　诊断：系统性硬化症 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	由于患者年龄较大，入院时已告知患者留陪侍人一名，不要独自离开病房外出。一日早晨，患者在医务人员不知情且无陪侍人陪同的情况下独自到住院部一楼吃早餐。餐后准备返回时，患者被桌下一凸出地面物绊倒，绊倒后疼痛剧烈，活动受限。医护人员查房时发现患者独自外出未返回病房，外出寻找。找到后，由本科室医护人员接患者回病房并陪同拍X线片，结果为：右侧股骨颈骨折。		
原因	教育、培训不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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	加强患者入院及住院期间的宣教工作，尤其是安全方面。针对年龄偏大的患者，不仅要加强患者的安全意识，而且要加强患者家属的安全意识，避免发生意外。		

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	上报时间	1－1	发生24～72小时内上报	0.5	0.5	迟报1天扣0.1分
2	表格填写	2－1	无空项（当事人用代码表示）	0.2	0.1	一个空项扣0.1分
		2－2	对“其他”项有说明	0.3	—	一项未说明扣0.1分
3	经过及处理	3－1	经过记录全面	0.5	0.4	记录不全面扣0.1分；记录过于简单扣0.3分
		3－2	有原因分析	0.5	0	无原因分析不得分
		3－3	原因分析透彻	1	0	分析不透彻扣0.5分；原因分析错误扣1分
		3－4	能全面抓住真因	1	0	真因不全面扣0.5分；未抓住真因扣1分
4	整改意见	4－1	有整改意见	0.5	0.5	无整改意见不得分
		4－2	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
		4－3	有针对性	1	0.5	无针对性扣1分；针对性不强扣0.5分
		4－4	整改意见切实可行	1	0	不切实可行不得分；部分可行扣0.5分
5	持续质量改进	5－1	据整改意见修改科室制度等	0.5	0	未修改科室制度（见到文字版）不得分
		5－2	不再犯同样原因的错误	0.5	0	再犯同样原因的错误不得分；结果相同而原因不同的错误不扣分
		5－3	整改意见人人知晓	0.5	0	未做到人人知晓不得分
		5－4	整改意见落实在行动中	0.5	0	未落实在行动中不得分
6	资料册	6－1	建立资料册	0.2	0.2	未建立资料册不得分
		6－2	发生的不良事件全部入册	0.3	0.3	未及时入册不得分
7	最后得分			10	3	

反馈：

1. 患者入院时，科室对于患者跌倒的评估结果是什么，并采取了什么措施，这些都没有记录清楚。

2. 对于发生的护理不良事件应进行认真的原因分析，只有进行原因分析才能抓住真因，只有抓住真因才能制定行之有效的措施，杜绝问题的再次发生。

3. 制定的整改意见应切实可行。

备注：此表为2012年用表，随后有更新。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　跌倒——功能锻炼休息时		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	走廊
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：男　年龄：58岁　诊断：颈椎5、6骨折脱位 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	患者因颈椎术后转入××科，经针灸等治疗后，于两个月前能借助助行器进行功能锻炼。一个月前，患者能够独自在走廊里缓慢行走10～15分钟。当日下午16:00，患者在家属的陪同下在走廊行走，扶住扶手休息时由于接听手机不慎跌倒，家属立即通知护士。当时，患者意识清楚，应答切题，无出血，心慌，胸憋，检测BP 106/52mmHg、P 68次/分，枕骨处局部有一约3cm＊3cm的肿块。于是，护士立即通知值班大夫，遵医嘱立即推轮椅带患者做头颅CT，并请神经外科进行会诊。CT示：皮下血肿，密切观察病情变化。次日，晨起时，患者生命体征正常，皮下血肿已散开。		
原因	教育、培训不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 加强与患者的沟通。 2. 对于恢复期的患者，嘱其不能大意，仍需家属陪同。 3. 加强对陪侍人的宣教工作。 4. 在进行功能锻炼时，患者不能接听手机，注意力要集中。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. 从报告表的内容来看，科室对患者跌倒后的处理比较合理。

2. “发生时状况”为“其他”，未注明详细内容。“对患者生命造成的影响”为“危害小”，这一判定的依据是什么？

3. 患者能独自在走廊里缓慢行走后，科室对其“跌倒风险”的评分是多少？对于存在跌倒风险的患者，科室对其的管理始终不能松懈，直至其不存在跌倒的风险。

4. 该患者在跌倒之前能行走10～15分钟，这是否为患者能自行活动的极限？对于这些内容，护士是否对患者进行了告知？跌倒的当天，患者活动了多长时间？是否太累了？

5. 对于存在跌倒风险的患者，仅有家属陪伴是不够的。因为患者跌倒发生在刹那间，即使家属走在旁边也不可能制止这一不良事件的发生。因此，家属应该如何陪同患者（是扶住患者的患侧，还是护住患者的腰部？）这一问题，是需要我们进一步探讨与细化的内容。

护理不良事件报告表

事件名称	案例3　跌倒——开门时未扶稳跌倒		
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：护师　工龄：2.5年　从事本专业年限：2.5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：男　年龄：82岁　诊断：右输尿管镜检，输尿管支架置入术后 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	患者在腰硬联合麻醉下行右输尿管镜检+输尿管支架置入术后，因右侧输尿管占位行放射治疗。当日10:30，患者自行在床旁活动，开门时未扶稳不慎摔倒在地，由家属搀扶卧床休息，主诉暂无不适，意识清楚，生命体征平稳。15:00，护士查房时，患者主诉腰部疼痛，无法直立行走。于是，护士紧急通知主管医生，请骨科急会诊，嘱患者卧床休息。随后，患者行腰椎、胸椎、骨盆正位X射线检查，结果回报示：胸椎、腰椎退行性改变，骨盆估值未见明显异常。遵医嘱指导患者卧床一周，协助患者给予塞来昔布（0.2g，每日一次，口服）和氟比洛芬巴布膏（局部贴敷）后症状缓解，予以严密观察病情变化。		
原因	教育、培训不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 对于高龄患者，应加强防跌倒的宣教工作，叮嘱家属患者活动时要随时陪伴，并指导患者采用正确的渐进下床法进行锻炼。 2. 告知患者家属：患者每日下床前，应询问患者有无头晕等不适，以及时发现患者病情的变化。 3. 将物品包括呼叫器置于患者易取处，保持地面干燥清洁，及时清除病房和床旁通道的障碍物。 4. 组织全体护士认真讨论该不良事件发生的原因，学习放疗患者的护理常规。		

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	2	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	4.5	

反馈：

1. 该患者年龄82岁，为跌倒的高危人群。从报告表的内容来看，没有看到科室对该患者前期的管理情况。如：入院评分的分值；该患者跌倒的风险因素；科室对患者安全采取的防范措施等。

2. 科室对该患者跌倒情况的描述不详细，如缺少活动度的描述等。

3. “整改意见”中提及“告知患者家属：患者每日下床前，应询问患者有无头晕等不适”的内容。这一措施，只依靠家属是不行的，需要护士有风险意识，对患者做好安全管理。

4. 请科室整理放疗患者的跌倒风险因素，并上报护理部。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　跌倒——如厕跌倒之一		
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：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：79岁　诊断：左下肢深静脉血栓形成、左乳癌根治术后 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	当日清晨6:15，当班护士在护士站核对血检试管时察觉病房异常，巡视病房发现患者由两名家属陪伴站立，询问得知患者自行下床如厕跌倒，左腕部着地。事件发生后，就地查看，患者无呼吸困难，无意识障碍，瞳孔无异常，无明显肢体外伤，患者主诉左腕部疼痛伴肿胀。于是，护士立即通知医生并测生命体征：BP 133/81mmHg，P 90次/分，安慰患者及家属。医生查看后，护士协助患者如厕后回病床休息，联系影像中心，遵医嘱做左腕部X线检查。 发生背景： ①已做跌倒与坠床危险因素评分并每周追踪，家属了解相关危险因素，床头悬挂跌倒与坠床标识。 ②病室光线充足，地面干燥，无障碍物，无保护床档。 ③患者衣着舒适，呼叫器置于床旁，遵医嘱留陪侍人。 ④患者日间食欲不振，交接班时不能对答。前一日晚19：30，测体温38.3℃（家属述：发烧状态下，患者意识相对模糊，不能对答），已通知值班医生，给予处理，随后体温降至37.4℃。		
原因	患者意识模糊，行动障碍。		
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. 对当事人进行批评教育，让其认真分析发生的原因，总结经验教训。 2. 对患者坠床与跌倒易发时间段高度重视，加强巡视，以及加强陪侍人对患者的康复指导。 3. 召开科室不良事件分析会，进行反思教育。 4. 组织全科护理人员学习患者跌倒与坠床危险因素的评估方法。 5. 完善防范措施，必要时给予肢体约束。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 从患者的诊断来看，主要诊断是“左下肢深静脉血栓形成”。该类患者是不能下地行走的，其如厕应该在床上完成，避免患者下地如厕。护士要做好评估及告知工作。

2. 即使是能下床的老年患者，护士也应让其夜间尽量在床上如厕，将便盆放在患者的可及之处，减少其跌倒与坠床发生的概率。

3. 报告表中没有描述患者的一些真实情况。该科室人员口头上报该事件时，护理部了解到，患者有因癌症而出现的精神症状。事发时，患者是从床档中间挤下床的；事发后，对患者进行了石膏固定。以上情况，报告表中都没有体现。

护理不良事件报告表

事件名称	案例5　跌倒——如厕跌倒之二		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房卫生间
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：男　年龄：89岁　诊断：真性红细胞增多症 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（如厕后）		
经过及处理	患者清晨起床后如厕大便，便后擦拭过程中，突然跌倒，臀部先着地，随后头部着地。家属听到响声，按呼叫器呼叫护士。护士赶到后，检查患者无明显外伤，患者主诉无疼痛，查看地面无水迹，患者拖鞋为防滑型。随即家属与护士共同将患者扶至病床，通知医生检查患者，无明显外伤，查体左侧下肢有病理征。当日下午，经头颅核磁检查为双侧基底节区腔隙性梗死、老年性脑改变。神经内科会诊后，建议行头颅CT检查，未发现出血灶。 背景：患者入院后活动度医嘱为2度。患者近3日因吹空调着凉后发热，体温最高37.8℃，给予物理降温后体温可降至正常。入院当日，化验结果回报示：Na 117mmol/L，给予输注及口服补钠治疗。入院第3日，化验结果回报示：Na 119mmol/L，继续补钠治疗。入院第5日，查肺部CT示双肺下叶炎性病变，双侧胸腔少量积液。患者既往左腿有残疾，行走不太灵便。经询问，患者近两日有腿软的感觉。家属仅有老伴一人。		
原因	业务知识不精通；值夜班；对患者或家属的告知不到位；家属仅为一名老年女性，无力胜任陪护工作。		
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. 制定特殊情况下患者活动度的标准。 2. 加强巡视。 3. 请医生协助加强宣教，请年轻家属在院陪侍患者。		

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	1	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7.5	

反馈：

1. 在“经过及处理”内容中，没有提及该患者入院跌倒的评分情况及应采取的措施。

2. 对于年老的患者，提醒其任何时候都应有结实的物体作为依托物。比如，在如厕擦拭过程中，扶住墙体比扶住自己的膝关节等部位更安全。

3. 在“经过及处理”内容中，提及护士询问患者后得知其近两日有腿软的感觉。因此，责任护士要全面掌握患者的病情，并主动发现病情变化。

4. 整改意见中仅加强巡视是不够的，还需指导护士如何巡视，询问哪些情况，对于不同的患者观察哪些指标等内容，这些需要一个长期的培养过程。

5. 在活动度的执行方面，该科做得很好，请在工作中继续落实，总结经验，在院内推广交流。

6. “制定特殊情况下患者活动度的标准”的思路很好，其临界值的确定有无科学依据，请循证。

7. 希望进一步探讨关于跌倒的相关内容，将其作为当前的一大课题进行研究。

护理不良事件报告表

事件名称	案例6　跌倒——如厕跌倒之三		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房卫生间
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：79岁　诊断：年龄相关性白内障（右眼） 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（下床活动）		
经过及处理	患者于当日凌晨3:30由家人陪同如厕，在刚进入卫生间转身过程中两脚牵绊不慎跌倒，头部磕碰在卫生间的墙壁上，家属随即将患者扶起。当时，患者未有特殊不适，由家人搀扶回病床继续休息，也未通知值班护士和医生。值班护士张三于当日清晨6:00查房时，患者家属告知跌倒过程，护士随即测量血压为160/64mmHg，报告值班医生，查看患者未见明显外伤征象，也无头晕、头疼等不适主诉，嘱继续观察。患者入院时，首次跌倒与坠床评估值为2分，责任护士给予患者及其家属进行跌倒与坠床防范知识的宣教并建立追踪观察表，各班次重点交接。目前，患者各项生命体征均未见异常，无不适主诉，再次嘱患者加强下床活动时的自我安全意识，患者表示理解与接受，各班继续密切观察。		
原因	患者及家属对下床活动时跌倒风险的防范意识不强。		
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. 加强护士在夜间跌倒高风险时间段的巡视力度，特别是高危患者须重点观察。 2. 高龄患者建议夜间小便使用便盆，以消除活动时的跌倒风险。 3. 跌倒评分超过2分者，加强患者本人及陪侍人的跌倒与坠床风险防范意识及措施的提高和掌握，重点交接观察。 4. 改进护理人员的职责及工作流程。		

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	1	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 在“经过及处理”的内容中，没有详细说明患者的两脚为何牵绊（原因如鞋不合适，裤腿长，遇到障碍物，灯光暗，没有睡醒等），这些情况对于下一步要采取的措施非常关键。

2. 高龄患者夜间使用便盆或便壶是很好的预防跌倒的措施。

3. 发生护理不良事件后，如需改进职责、制度及流程时，应在原来的基础上进行整改。如：对职责的修改，应将新增内容加入在原来的职责中，否则比较零散。

4. 患者是否需要陪侍人员，应综合患者的全部因素进行考虑。如果年龄在75岁以下，有其他容易跌倒的因素，也应该留有陪侍人员。

5. 科室改进的职责中新增了“护士长根据科室患者疾病特点制定相应的潜在风险防范措施”的内容，思路很好，希望尽快完善此项工作。

护理不良事件报告表

事件名称	案例7　跌倒——踩水滑倒		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三　岗位：卫生员		
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：70岁　诊断：丙肝肝硬化 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（行走时踩在水上）		
经过及处理	当日早晨8:40，卫生员张三打扫卫生到了11号病房，在地上泼上水准备拖地时，看见有医生和护士正在查房，就想稍等一下再拖地，先出来更换垃圾袋。大夫告知患者立即要做肝硬度检测，所以大夫前面走，患者后面跟着往出走，一不小心踩在地面的水上，导致跌倒，并且鼻子出血。当时，大夫在场给予及时处理，并通知护士李四，李四立即赶到后询问患者，患者说没事，患者的儿子也在场表示没事。随后，护士测量患者的生命体征，结果均在正常范围。护士李四对卫生员进行告知：勿将水泼地上后离开，并应及时拖干。		
原因	患者穿拖鞋走路；地板湿；卫生员工作失误。		
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		
整改意见	1. 对卫生员进行安全教育：永远把患者的安全放在第一位。 2. 对卫生员进行工作方法指导：拖地时，勿洒太多水，地湿要及时拖干。拖地时，要告知患者，小心地滑。 3. 教育护士对患者进行安全教育，如穿合适的鞋子，迈腿前先看路等。		

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	1	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	1	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	2	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	5.5	

反馈：

1. 墩布应干湿适宜，不能在病房洒水拖地。如果地面上洒有水，应放置警示标牌（立体可移动式的）或有专人留守提醒。这一点要与保洁公司取得沟通。

2. 患者因为跌倒导致鼻出血并且暂缓了当日的检查，不能判断为“危害小”，可以判断为“其他”，并注明“无法判断”。

3. 应加强护士对患者的入院宣教工作。患者转病房时，护士发现问题或安全隐患要随时宣教。

4. 原因中提及“患者穿拖鞋走路”，在临床工作中，护士应告知并检点患者穿防滑鞋。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 8　跌倒——晕倒		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	超声候诊区
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：44 岁　诊断：慢性粒细胞白血病 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	当日上午 9∶00 左右，外检护士准备带领患者行腹部超声检查，寻找患者时发现其不在病房，后在病区活动区找到患者及家属。问询其及家属是否可以自立行走，回答可以，后带领患者（由家属陪同）行至超声诊区。护士及家属示意患者坐下等候，患者拒绝，随后家属陪同其在候诊椅对面的扶手处站立等候，护士去送血标本。9∶20，患者不慎晕倒，左耳内有血液流出，并诉头晕，超声室医护人员将患者急送急诊，同时通知主管医生。急行头部 CT 检查，结果显示左侧颞骨骨折，立即通知耳鼻喉科、神经外科急会诊，同时对症治疗，患者意识清楚，并于 15∶00 转往神经外科继续治疗。		
原因	查对不认真；判断错误；交班不认真；后勤事务多。		
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. 危重患者外出检查一律由主管医生及护理人员陪同。 2. 病重、有跌倒风险的患者，外出检查时，必须推床或轮椅前往。 3. 患者在检查前，护士需了解患者的检查项目，并与主管医生沟通和安排患者前往的方式。 4. 患者病情不允许外出时，须与医生沟通行床旁检查。 5. 责任护士需了解患者体位及活动度，指导患者休息及适度活动。 6. 护士长应加强危重患者的管理，对有跌倒风险患者采取的各项措施进行重点检查并落实。		

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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6	

反馈：

1. 该起护理不良事件的级别至少为4级（该报告表中没有填写此项）。

2. 对经过记录得不详细，该患者的跌倒评分是多少分；其活动度是多少等。这些基本情况交代清楚后，对于下一步分析、讨论、整改至关重要。

3. 组织护士深入学习分级护理制度，尤其让护士掌握活动度，能床旁活动不等于能院内活动，护士在评估患者时应准确评估。

4. 科室的整改意见比较详细，其中还应该加入“检查前，责任护士应严格做好评估”的内容。外出检查的评估，不能只靠外检护士，因为多数外检护士为护士助理，或是新护士，他们对患者的病情不了解，不能真正做到准确评估和有效指导。

5. 护理部制定的“患者外出检查的流程”，各科室应严格遵照执行。

6. 请将所有的跌倒事件整理后在全科进行讨论，寻找共性的风险因素，制定行之有效的对策加以防范。同时，护士长每日进病房时都应检查防跌倒的措施是否真正落在实处，并做好质控记录。

护理不良事件报告表

事件名称	案例9　跌倒——下床时跌倒		
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：半年　从事本专业年限：半年		
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：男　年龄：82岁　诊断：右肺病灶，性质待查 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（行走时，需用拐杖） 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（下床如厕）		
经过及处理	当日凌晨4:00，患者准备自行如厕，下床时不慎跌倒。家属被惊醒后，立即将患者扶起并告知护士。护士立即予以生命体征监测均正常，同时通知值班医师，急请骨科会诊。询问患者原因，患者诉：孩子一夜未睡，刚刚睡着，自己却又想如厕，心疼孩子，不忍叫醒。因有床档且孩子的陪侍床又在病床旁，下床在躲避时不慎跌倒。骨科会诊后建议拍片，次日拍片示右侧股骨粗隆间骨折，即予以皮牵引。该患者入院评估时就存在跌倒的风险，护士已反复向患者及家属交代注意事项。所以，事件发生后，家属一再表示自责。		
原因	家属疏忽；家属疲劳；床档中间空隙较大。		
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（家属自责）		
整改意见	1. 组织全科护士讨论，并分析原因。 2. 针对该类患者（80岁以上具有一定活动能力的患者），同侧的两片床档之间用软枕加固遮挡。必要时，给患者腕部或踝部上铃铛，用以提醒陪侍人。		

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	2	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	5	

反馈：

1. 从这一不良事件可以看出，科室对于跌倒的管理较好，护士对患者及家属都做了相关宣教，希望今后继续加强该项工作。评估、宣教到位后，如再发生不良事件，家属也能理解。

2. 家属在现场，老人因下床跌倒的事件时有发生。今后，可以采取以下措施加以避免：①年龄大的患者夜间尽量不要下床如厕，便盆或便壶放在患者易取之处；②保障患者下床的通道无障碍。

3. 对于能下地、想下地的患者，拉起同侧的前后两个床档反而会增加跌倒的风险，因为下床时要跨越床档。若拉起同侧的一个床档，既可防止患者熟睡翻身时坠床事件的发生，又能方便患者下床。

护理不良事件报告表

事件名称	案例10　坠床		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	×××科监护室
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：男　年龄：59岁　诊断：脑出血 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　□正常　□不明 ■其他（患者呈谵妄状态，可简单对答，右侧肢体活动障碍） 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	患者主因“右侧肢体无力，言语不利2个多小时”于当日7:20入院。患者入院时，神志清楚，不能言语，查体不能完全配合；行头颅CT检查后诊断为“脑出血”。9:00，患者神志呈谵妄状态，呼之可应，对答不切题。10:08，患者躁动，给予劝解安慰并询问其需求，协助患者小便一次，拉床档以防患者坠床。10:10，护士发现患者上半身从床档空隙掉落床下，立即将患者扶上床，询问患者情况，患者答非所问，偶可正确对答。值班医生给予查体，没有发现异常。10:50，患者在护士的陪同下入住神经外科治疗。		
原因	判断错误；管理不到位。		
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. 全面评估患者的病情及活动度。 2. 对每一位入院患者进行跌倒（坠床）危险因素评估。对于评分大于5分的患者，应及时有效地采取防护措施。 3. 加强护士的安全意识，及时巡视患者，动态评估患者的病情，及时预测或发现患者存在的安全隐患，并采取相应措施。		

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	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	5.5	

反馈：

1. 患者躁动后的处理方法不正确，不能只拉起床档，必要时还要使用约束带。尤其是约束带的使用，一定要正确。例如，该患者应该使用肩部约束带才能有效地避免其发生坠床。在科室上交的预防流程中也应该体现该内容。

2. 对于评分大于5分的患者，应及时有效地采取防护措施。

3. 在评估完患者跌倒的风险后，应根据患者的情况选择有针对性的措施，而不应该根据评估分值的大小决定是否使用床档。

管理篇

“防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生”既是患者十大安全目标之一，又是等级医院评审的主要内容，还是日常护理工作中护士进行安全管理的重点。综合分析近几年发生的跌倒与坠床护理不良事件的原因，可以归纳为4种，即环境因素、护士因素、患者因素、家属因素，具体内容如下。

1. 跌倒与坠床的常见情形

跌倒与坠床的常见情形

序号	项　目	内　　容
1	环境因素	①地面有障碍物 ②所处环境光线较暗 ③地面湿滑 ④未拉起床档 ⑤以滑动的物体作为依托物 ⑥物品未放在易取之处
2	护士因素	①评估不及时、不正确、不全面 ②护理措施不正确 ③护理措施未正确实施 ④未作为交接班的内容重点交接指导 ⑤指导不正确，告知不清楚
3	患者因素	①体位性低血压 ②药物导致的晕厥 ③鞋、裤子不合适 ④下地方法不正确
4	家属因素	①没有做到遵医嘱陪伴 ②没有24小时陪伴在患者身边 ③没有让患者始终在陪伴者的视线之内 ④没有做到有效陪伴

2. 跌倒与坠床的预防措施

为了做好跌倒与坠床的管理，从一般预防措施、环境预防、健康教育三个方面制定了预防措施。同时，对预防跌倒的关键点用图片的形式加以说明，以图文并茂的形式加深护士对跌倒预防的理解。

（1）跌倒与坠床的预防措施

跌倒与坠床的预防措施

序号	项　目	内　　容
1	一般预防措施	①严格交接班，加强巡视，及时发现并满足患者的需求 ②固定床、轮椅、座椅等设施 ③指导患者正确用药，告知用药后的反应 ④告知患者寻求帮助的方法，如按呼叫器、急救铃等 ⑤遵医嘱留家属陪伴 ⑥使用床档或约束带 ⑦床头悬挂“防跌倒”“防坠床”的警示牌
2	环境预防	①提供足够的灯光照明 ②将物品（包括呼叫器）放置于患者易取之处 ③保持病房地面清洁干燥 ④清除病房、床旁及通道的障碍物
3	健康教育	①穿着舒适、合适的鞋及衣裤 ②患者活动时有人陪伴且有效陪伴（图1） ③指导渐进下床的方法：先协助患者坐起，患者感觉头不晕后，再双腿下垂，下垂后无不适再踩地。协助患者先坐在床尾凳上，并且护士要一直陪伴在患者身边，观察患者的反应 ④指导患者下地时先双脚内收再站起，避免双脚前伸踩地（图2） ⑤告知安全使用便器的方法 ⑥告知不以能滑动的物体作为依托物 ⑦指导或协助患者正确使用辅助器具（图3、4）

（2）防止患者跌倒的关键点



图1　护士扶住患者的上肢及腰部，两人行走频率一致



图2　此图患者的姿势错误，患者双腿前倾坐位，容易从床边滑向地面



图3　护士站于患者患侧，扶住患者患侧肢体；患者手拄拐杖，两人行走频率一致

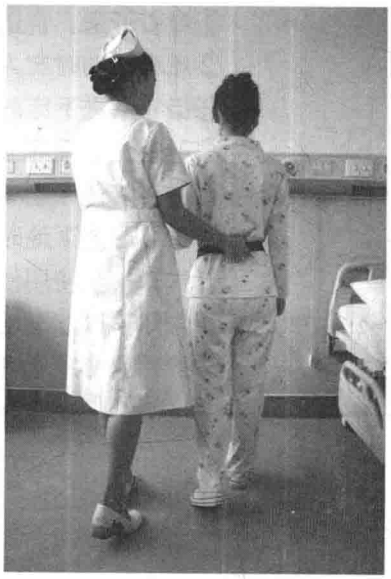


图4　行走不稳的患者，可在患者腰部系一腰带，护士拉住腰带的后面，手扶患者近侧上肢，两人行走频率一致

第六部分

压　疮

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　压疮——左侧臀部压疮		
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：护师　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：73岁　诊断：肝脏多发血管瘤、双肺多发转移癌、双下肢截瘫 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（双下肢截瘫） 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（患者因右上腹部疼痛拒绝翻身，呈强迫左侧卧位）		
经过及处理	患者因上腹部疼痛半年加重伴胸部疼痛半个月，由平车推入住院。患者双下肢截瘫，大小便失禁，入院压疮风险评分为19分，给予翻身，建翻身卡，进行交接班时告知2h翻身一次，并对患者及家属给予预防压疮知识的宣教。一个月后，某日下午17:50，护士揭开贴膜检查皮肤时见患者左侧臀部有压之不退的红印，面积约11cm＊11cm，中央有一破溃面积7cm＊8cm，为可疑深部组织损伤。护士长及责任护士再次评估该患者的皮肤情况后，压疮评分为28分，可疑深部组织感染。		
原因	观察不认真；交班不准确；业务知识不精通；对压疮风险防范意识不强；护理措施执行力不强；护患沟通不到位；教育、培训不到位。		
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. 认真做好对压疮高风险患者的评估及预防措施的落实工作，严格做好床头交接班工作，各班仔细观察局部皮肤情况，做到早发现、早预防、早报告。 2. 强化护士责任心，对可能发生压疮的中、高危患者及时评估，掌握病情的动态变化情况，增强风险意识，认真落实预防措施，尽量避免发生压疮。 3. 继续进行压疮预防和治疗的相关知识培训。 4. 护士长、高年资责任护士加强督查与指导工作，同时加强自身学习。		

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	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	3.5	

反馈：

1. 没有针对“保护贴膜选择不合适”进行整改。

2. 在评估患者是高危人群时，应对患者家属进行告知并让其签字。

3. 整张的气垫床比较舒适，易于被患者接受，科室可以备两张气垫床。

4. 虽然压疮的风险因素有很多，但其主要原因还是局部受压。没有很好地进行翻身是此次事件发生的根本原因。

5. 患者的受压部位贴上减压贴并不能完全预防压疮，一定要加强翻身，还要查看受压部位，这一点要引起护士的注意。

6. 对于评估结果是“难免性压疮”的病例，要及时上报并进行护理会诊。科室要以此次不良事件为鉴，进一步做好对压疮患者的管理工作。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　压疮——骶尾部压疮之一		
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：1.5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：男　年龄：51岁　诊断：急性闭合性颅脑损伤 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	患者入院时病情危重，神志不清，下肢感觉、活动受限，压疮评分为8分。当日夜间，患者开始腹泻，继而发展至失禁，便呈黄绿色，稀薄。次日，值班护士为保护患者的局部皮肤，减少粪便对局部皮肤的刺激，给患者使用康慧尔透明贴。第5日，在患者家属的强烈要求下，患者由重症病房转入普通病房。第8日，早班护士接班时发现患者骶尾部皮肤破溃，经判断为约8cm＊12cmⅢ度压疮，立即通知主管医师、科室压疮管理员，并汇报分管护士长。 事情发生后，家属情绪激动，很不满意。科室主任组织分管护士长、病房副主任医师、主管医师、压疮管理员进行专题会诊讨论，制定治疗方案。同时，积极主动向患者及家属道歉并说明治疗方案，积极争取家属的配合，努力将患者的损失减少到最小。		
原因	观察不认真；业务知识不精通；交班不认真；管理不到位；教育、培训不到位；对患者或家属的告知不到位。		
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. 护士长加强对危重患者的管理，参加护士床头交接班，做到对重点患者心中有数并指导护士，制定危重患者的观察和护理要点，便于护士观察。 2. 科室人员系统地学习压疮的相关知识。 3. 科室压疮管理员加强对疑难性、难免性压疮患者的监管工作，督导预防和护理措施的有效实施。 4. 加强医护之间的配合，共同做好疑难压疮病例的治疗工作。		

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. 发生护理不良事件后应及时上报。

2. 患者入院评分为8分，但《压疮管理制度》中要求病情变化时应随时评估。患者的病情变化后，护士是否对其做了评估，其评分情况如何，这些内容在报告表中均未见说明。

3. 这是一起因管理不当导致的院内压疮。若病情变化时评估为难免性压疮，并积极进行院内会诊与上报，其后果估计没有这么严重，也不会追究相关人员的责任。

4. 请科室成员认真分析并讨论该起护理不良事件。多数护士首次评估做得较好，而阶段性评估却没有落实。请科室加强对患者病情的阶段性评估，对交接班、病情观察等环节做好质量控制。

护理不良事件报告表

事件名称	案例3　压疮——骶尾部压疮之二		
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：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：男　年龄：56岁　诊断：多浆膜腔积液 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(呼吸困难,被动半坐卧位,白蛋白23.8g) 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	当日上午8:10，责任护士进行晨间护理，为患者翻身时发现其骶尾部皮肤有一处约4cm×4cm的破溃，创面红润，患者自诉局部疼痛。询问过程了解到，前一天夜间，患者曾向家属诉说“屁股疼”，家属未查看，也未告知夜班护士。随后，护士立即予以局部换药，用压疮减压贴保护，铺气垫床保护受压部位的皮肤，同时向患者及家属宣教翻身的重要性及压疮护理的注意事项。		
原因	交班不准确；身体不适；倒班；值夜班；护患沟通不到位。		
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. 召集护士开会讨论，分析可能的原因及措施。 (1) 患者方面：①多浆膜腔积液导致患者呼吸困难，依靠无创呼吸机辅助维持呼吸，并采取被动半坐卧位。②低白蛋白血症导致患者全身皮肤水肿、凝血障碍，全身多处大面积瘀青，存在难免性压疮风险。所以，应加强与患者及家属的沟通，在病情允许的情况下，协助患者床上活动；采取压疮预防护理，对症支持治疗护理。 (2) 护士方面：①患者入院后3次倒床，频繁更换责任护士。②倒班护士对患者病情的评估与观察能力不足，风险意识欠缺。③护士年轻，对危重患者发怵，有时不敢给患者翻身。因此，应尽量减少倒床次数；加强护士之间的交接班管理；告诉年轻护士积极参与危重患者抢救，增长见识与经验；安排总责任护士负责指导与监督年轻责任护士的工作。规定：对于倒床的患者，责任护士要重新对患者进行评估。 (3) 管理方面：危重患者倒在普通病房（因重病观察室有一个呻吟的患者，主管医生怕影响其睡眠）；低年资护士负责普通病房。安排总责任护士对年轻护士加以指导。 2. 对已发生压疮的患者，压疮骨干定期进行跟踪，给予指导，促使压疮尽快愈合，避免加重。		

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	1	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	2	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	1	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	2	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	0.5	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	8.5	

反馈：

1. 报告表中没有交代患者入院时的评分情况及措施的落实情况，只提及有一处4cm×4cm的皮肤破溃，没有说明是几期压疮。

2. 当患者存在难免性压疮的风险时，应及时上报压疮管理组进行会诊、合理干预。从报告表来看，科室没有及时请压疮护理小组进行会诊。

3. 科室已经意识到频繁更换责任护士会导致对患者的管理不到位，进而发生了压疮。希望科室能以此为契机，检点科室的责任制整体护理是否落实到位，能否为患者提供全面、全程、连续、专业的护理照顾。

4. 从事情发生的经过来看，没有发现报告表中提及的相关原因。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　压疮——监护导联线导致瘀斑		
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：护师　工龄：2.5年　从事本专业年限：2.5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：男　年龄：73岁　诊断：胰腺壶腹部占位 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（睡眠障碍） 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（心电监护中）		
经过及处理	患者行ERCP并植入支架返病房后，给予心电监护。当日晚23:00，倒班护士发现患者右侧腹部的皮肤有瘀斑，颜色暗红，面积约为6cm*7cm，皮肤无破损。经详细检查后判断为导联线所勒。护士嘱患者勤翻身，活动时小心，睡觉时尽量不要将导联线压在身下。但是，护士未交班、未报告。第3日下午16:00，责任护士发现压疮并告知主任，医生看过患者后，护士遵医嘱停心电监护。		
原因	观察不认真；业务知识不精通；忘记交班；对使用监护仪的患者观察不到位；管理不到位；患者睡眠有障碍，睡觉时不让打扰；教育、培训不到位。		
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. 给护士讲解交接班制度的重要性，并考核护士掌握交接班制度的情况。 2. 培训并考核护士心电监护仪的使用方法，每人一份标准，方便护士学习。 3. 组织护士学习并考核“压疮危险因素评估及跟踪表”的使用方法。 4. 提高护士观察患者病情的能力。试用“住院患者入院评估表”，督促护士对患者皮肤的评估与观察。 5. 调整本月护理质控检查重点为：监护仪的使用（导联线的管理）。		

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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 从患者开始心电监护到护士发现瘀斑已有几个小时？

2. 这名患者的凝血系列结果是否不正常？对于导联线所勒的原因，其他患者也有过此情况，但却没有发现如此严重的瘀斑。

3. 对于导联线的管理制度，请科室严格执行。其不仅与美观有关，而且体现医院的管理细节，体现医院的形象。

管理篇

防范与减少患者压疮发生是患者十大安全目标之一，也是等级医院评审的主要内容，还是日常护理工作中护士进行安全管理的重点。近几年发生的压疮护理不良事件，虽然均为难免性压疮，但护理工作还有待进一步完善。

1. 压疮发生的常见原因

压疮发生的常见原因

序号	项　目	内　　容
1	评估不到位	入院评估不到位，对风险因素不敏感 对于高危患者未做到每周评估一次 患者病情发生变化未进行及时评估 手术前后评估不到位
2	措施 不合理	未使用气垫床 局部未使用减压贴 未按时翻身
3	交接班 不认真	未认真交接皮肤 未认真评估措施是否合理 未评估措施是否落实到位 受压部位使用减压贴后不再交接受压部位的皮肤
4	盲目遵从医嘱 或错误 理解医嘱	医生口头说“不要动”，护士便不再翻身 医嘱“卧床休息”，护士即不再翻身 医嘱“制动”，没有积极进行微运动
5	存在误区	认为使用了气垫床就万无一失 认为用了减压贴就不会发生压疮 上报了难免性压疮后，便不积极采取预防措施
6	疾病因素	高度水肿 低蛋白 极度消瘦 昏迷

2. 预防压疮的相关措施

针对前面所述的压疮发生的常见原因，这里从正确评估、措施合理、认真交接班、评判性思维、纠正误区、院内护理会诊等6个方面入手，制定了以下预防措施。

预防压疮的相关措施

序号	项　目	内　　容
1	正确评估	熟悉并掌握压疮的风险因素 对于高危患者每周评估一次 患者病情发生变化时要及时评估 手术前后要及时评估
2	措施合理	使用气垫床 局部使用减压贴 根据患者情况按时翻身
3	认真交接班	认真交接皮肤，即使局部已经使用减压贴，也要交接 认真评估措施是否合理 评估措施是否落实到位
4	评判性思维	“卧床休息”并不一定代表不能小幅度翻身 当医嘱为“制动”时，护士要与医生探讨是否可以采取微运动 如果绝对禁止患者做任何运动，应在医嘱上体现“绝对制动”
5	纠正误区	使用气垫床及减压贴后不及时翻身也会发生压疮 上报难免性压疮之后，还应积极采取护理措施预防压疮的发生
6	院内护理会诊	对于难免性压疮的病例应积极申请院内护理会诊 护理会诊后，会诊专家每周到患者床边评估措施是否到位 会诊专家及科室护士及时总结护理经验，进行共享

第七部分

液体外渗

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　液体外渗——化疗药物外渗		
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：男　年龄：60岁　诊断：淋巴瘤 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	当日中午13:00，护士遵医嘱给患者推注化疗药吡柔比星，患者诉留置针（右侧）周围疼痛，于是在左侧另建一路静脉通路后，先推入20ml生理盐水，回血好，患者无不适主诉，开始推注化疗药吡柔比星。推了2ml时，执行护士发现局部隆起，即刻抽吸回血和残留药液后拔针，立即给予盐水2ml＋利多卡因2ml＋地塞米松5mg局部封闭，并给予冰块冷敷，涂抹美宝。随后告知护士长，当时正好开科会，护士长与责任护士及时到病房再次给予局部紧密封闭，并安慰患者。下午15:00，局部涂抹清得佳，贴敷静脉炎贴。接下来，隔日连续两次涂抹清得佳和更换静脉炎贴。一周后，观察患者血管弹性好，周围皮肤无红肿、硬、痛等不适，恢复正常。		
原因	业务知识不精通。		
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	建议做PICC或CVC，如果患者强烈拒绝，至少在使用静脉留置针的情况下，才可推注化疗药。		

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	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	2.5	

反馈：

1. 发生护理不良事件后，即使患者及其家属没有意见或该事件没有对患者造成伤害，也应该积极上报，便于分析原因、总结经验及与其他科室分享。

2. 在整改意见中，应重点强调几个问题：（1）对于没有中心静脉置管或不愿意留置中心静脉导管的患者，应该如何正确推注化疗药；（2）是否必须是当天新留置的留置针；（3）是否必须抽回血并推注生理盐水等。

3. 对于化疗药物推注的问题，医院已有明确的规定，护士要严格执行。

4. 护士对于不能使用钢针推注的药物是否非常清楚，科室应列出目录并加强对该内容的培训与考核。

5. 在初次推注吡柔比星时，是否抽了回血？在使用各种导管时，抽回血是可以使用的“金标准”。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　液体外渗——静脉切开穿刺处液体外渗		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房监护室
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：3年　从事本专业年限：3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：22岁　诊断：感染性休克，左输尿管结石，泌尿系感染 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	当日凌晨，患者在外院被抢救时行静脉切开置管。当日18:00，患者转入院，穿刺处用无菌纱布加压包扎，穿刺侧肢体与局部皮肤无红肿外渗。与主管医生沟通后，考虑到患者仍处于危险期，血压低（靠多巴胺维持），酌情留置（查了相关文献资料，最多可留置3天，有异常可随时拔除）。次日下午，由医生协助换药一次，静脉切开处无红肿、无分泌物、无外渗，予以无菌辅料覆盖固定，点滴通畅。 次日夜班接班时，持续给予多巴胺溶液（4ml/h）泵入，同其他静脉输注的液体一同连接于左下肢静脉切开置管处，置管处皮肤与穿刺侧肢体无红肿外渗等情况。第3日凌晨4:00，患者主诉穿刺处疼痛，当时液体只剩500ml转化糖与多巴胺伴行输入，查看患者左下肢穿刺处无外渗、水肿，就没有更换穿刺部位，继续静脉点滴。第3日清晨6:00，开始留取新接患者的空腹血标本，没有再查看该患者的输液部位。7:30，医生查房时发现该患者左下肢明显肿胀。于是，立即停止在原处继续输液，重新穿刺于右上肢，并且抬高患肢，用依沙吖啶湿敷，遵医嘱急查B超。B超显示下肢水肿，没有发现血栓形成。第3日夜间，患者左下肢肿胀较前缓解，继续给予抬高患肢并湿敷依沙吖啶。第4日清晨查房，患肢已完全恢复。		
原因	观察不认真；判断错误；业务知识不精通；后勤事务多；准备交班；值夜班。		
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. 发现患者穿刺部位疼痛，尤其是静脉切开处疼痛，要立即停止输液，并更换输液部位。 2. 在输液过程中，要定时巡视病房，查看患者静脉穿刺处是否出现药物外渗或者发生静脉炎，并做好相应处理。 3. 在选择输液部位时，尤其是液量大的情况下，尽量避免使用双下肢输注（特殊情况除外）。		

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. 发生护理不良事件后，应及时上报。

2. 对于静脉切开的护理要点及观察要点，护士是否掌握？遇到新的护理项目，应积极进行循证，对护士做好培训。

3. 在原因分析中，提及“后勤事务多”与“准备交班”，这两项是否是根本原因？若是，应采取相应的措施才能杜绝此类问题的再次发生。

4. 整改意见应与发生的原因做到相对应。

5. 科室应以此为契机，检查护士对静脉炎风险因素的掌握情况，以及对静脉炎能否做到正确的判断。

管理篇

《静脉治疗护理技术操作规范》中指出，药物外渗是指静脉输液过程中，腐蚀性药液进入静脉管腔以外的周围组织。外渗是输注化疗药物常见的并发症之一，也是比较严重的并发症。在医院的护理安全管理中，液体外渗应及时上报。

1. 液体外渗的主要原因

综合分析数起液体外渗的不良事件后发现，血管通路选择不正确，以及对管路的维护不当导致管路移位或部分裂开是导致液体外渗事件发生的根本原因。

液体外渗的主要原因

序号	原　因	项　目	内　　容
1	血管通路选择不正确	护士方面	不清楚药物的性质 不清楚哪类药品应该选择哪类血管通路 对 PICC、CVC 的优点认识不足 存在侥幸心理，感觉不一定会渗出 日常维护麻烦，并发症多，不愿意选择
		医生方面	对 PICC、CVC 的优点认识不足 感觉输注时间较短，没有必要选择中心静脉输注 担心发生感染 不清楚药物的性质 不清楚哪类药品应该选择哪类血管通路
		患者及其家属方面	对 PICC、CVC 的优点认识不足 不清楚所输药物的风险因素 费用较贵 出院后不容易维护
2	对管路的维护不当导致管路移位或部分裂开	不熟悉维护流程	用小于 20ml 的注射器冲管，导致管路部分裂开 没有妥善固定，导致管路打折甚至折断 固定不牢导致管路移位

2. 常见化疗药物的毒性反应及其注意事项

为了让护士了解不同性质的药物应该选择不同的输注路径，以及药物外渗后应如何处理等内容，这里将常用的化疗药物进行了整理。

常见化疗药物的毒性反应及其注意事项

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤植物药	长春瑞滨(NVB进口：诺威本；国产：盖诺)	发疱性	CVC PICC	NS	1. 血液学毒性：粒细胞减少、贫血。 2. 神经毒性：深腱反射消失，长期用药可出现下肢无力、便秘、肠麻痹。 3. 呼吸道毒性：呼吸困难和支气管痉挛；脱发和下颌痛。 4. 静脉用药外渗可引起局部皮肤反应甚至坏死。	1. 药物必须短时间内(15～20分钟)静脉输入。输完后，即予以大量生理盐水(遵医嘱)快速冲洗静脉，以减轻对静脉的刺激。 2. 治疗必须在严密血液学监测下进行。 3. 避免长春瑞滨接触眼部，药物在一定压力下喷入眼部可导致角膜溃疡。一旦接触，应用水对眼部进行彻底冲洗。
	紫杉醇注射液(泰素/安素泰)	刺激性	CVC PICC	NS或5% GS	过敏反应、骨髓抑制、低血压或心动过缓、周围神经病变、关节痛、肌痛、脱发。	1. 静滴3小时。 2. 了解过敏史，给药前予皮质类固醇和抗组胺药，预防过敏反应(用药前12h、6h口服地塞米松20mg，用药前30～60分钟肌注苯海拉明50mg、静注西米替丁0.3mg)。 3. 心电监测3小时，测量心率、血压变化，防止低血压。滴注开始1小时内，每15分钟密切观察心率、血压、呼吸一次，观察有无过敏反应。 4. 观察神经毒性反应。 5. 滴注本药时应采用非聚氯乙烯材料的输液用具，并使用孔径小于0.22μm的微孔膜过滤器。 6. 与顺铂联合应用时，先用紫杉醇，后用顺铂，可增加疗效，降低毒性反应。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤植物药	紫杉醇脂质体（力朴素）	刺激性	CVC PICC	5% GS	1. 过敏反应：潮红、皮疹、呼吸困难、低血压及心动过速。 2. 神经毒性：轻度麻木和感觉异常。 3. 心血管毒性：低血压和无症状的短时间心动过缓，肌肉关节疼痛。	只能用5% GS溶解，以免发生脂质体聚集，须充分振荡。
	替尼泊苷（威猛VM-26）	刺激性	PICC CVC	NS	1. 骨髓毒性为剂量限制毒性，用药7～14日后常见白细胞和血小板降低。 2. 胃肠道反应：恶心、呕吐是最常见的消化道不良反应，但通常是轻度和中度的。 3. 脱发也较常见。 4. 低血压：快速输注时会发生暂时性的低血压。 5. 过敏反应：可发生急性过敏反应，表现为：寒战，发热，心动过速，支气管痉挛，呼吸困难，低血压，潮红，出汗，水肿，高血压和荨麻疹。	1. 在临用前，每支加0.9%氯化钠注射液500ml稀释，静脉滴注1小时以上，本品应缓慢静滴，仔细监测生命特征，以免发生低血压情况。 2. 遮光、密闭，在阴凉处保存。 3. 应注意保证输注本品进入静脉，以免输注于静脉外造成组织坏死和血栓性静脉炎。
	多西他赛（多帕菲/艾素泰素帝/希存）	刺激性	CVC PICC	NS或 5% GS	骨髓抑制、过敏反应、体液潴留和水肿以及胃肠道反应。	1. 静滴60分钟，用药前一天开始口服地塞米松以预防过敏反应和体液潴留综合征。 2. 心电监护：观察心率、血压的变化，以防低血压。 3. 加强骨髓抑制的观察及处理。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤植物药	长春地辛	发疱性	CVC PICC	NS或5%GS	1. 骨髓抑制，白细胞减少。 2. 神经毒性。 3. 胃肠道反应。 4. 生殖毒性或致畸。 5. 局部刺激。	有引湿性；遇光或热易变色。溶解后，应在6小时之内使用。避光，密闭，冷藏保存。
	长春新碱（VCR）	发疱性	CVC PICC	NS	骨髓抑制和消化道反应较轻，主要为神经毒性，表现为：四肢麻木或有刺痛感、肌无力、肠麻痹、便秘、脱发、组织坏死。	1. 观察神经毒性反应，注意四肢保暖，及时予以对症处理，如$VitB_1$、缓泻药等，严重者停药。 2. 刺激性强，勿外漏。仅用于静脉注射，漏于皮下可导致组织坏死、蜂窝组织炎。 3. 有引湿性，遇光或热易变黄。避光，密闭，冷藏保存。冲入静脉时，避免日光直接照射。
	依托泊苷（足叶乙甙VP-16）	刺激性	CVC PICC 现用现配	NS	1. 骨髓抑制：白细胞和血小板减少，贫血，此为剂量限制性毒性。 2. 胃肠道反应：恶心，呕吐，食欲不振，口腔炎，腹泻，偶有腹痛、便秘。 3. 过敏反应：有时可出现皮疹、红斑、瘙痒等过敏症。 4. 皮肤反应：脱发较明显，有时发展为全秃，但具可逆性。 5. 神经毒性：手足麻木、头痛等。 6. 其他反应：发热，心电图异常，低血压，静脉炎等。	1. 不能做皮下或肌肉注射，以免引起局部坏死。 2. 静脉注射或静脉滴注时不能外漏，应充分注意注射部位、注射方法。本品易引起低血压，注射速度尽可能慢，至少30分钟。 3. 不能做胸腹腔注射和鞘内注射。 4. 不能与葡萄糖液混合使用。在5%葡萄糖注射液中不稳定，可形成微粒沉淀，应用生理盐水稀释溶解后尽可能及时使用。 5. 用药前、用药中应观察药物是否透明，如果混浊沉淀，则不能使用。 6. 口服胶囊应在空腹时服用。 7. 本品和阿糖胞苷、环磷酰胺、卡氮芥有协同。 8. 遮光，密闭保存。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤植物药	伊力替康（开普拓/艾力）	刺激性	PICC CVC PVC	0.9% NS 或 5% GS	1. 胃肠道反应：延迟性腹泻（用药24h后发生）。 2. 急性胆碱能综合征：早发性腹泻及其他症状。如用药后第一个24小时内，出现腹痛、结膜炎、鼻炎、低血压、血管舒张、出汗、寒战、全身不适、头晕、视力障碍、瞳孔缩小、流泪及流涎增多等症状。 3. 白细胞、中性粒细胞、血小板减少，贫血及骨髓抑制或合并严重感染。 4. 短暂的轻至中度血清肌酐升高。	1. 静滴30～90分钟，本药稀释后立即使用。 2. 用药期间，患者避免食用可能引起腹泻的食物和饮料，禁用增加肠蠕动的药物。在使用艾力后，身边需常备易蒙停。用药24小时后，一旦出现稀便或异常肠蠕动，必须立即开始易蒙停治疗（2小时之内），其用法为：首次口服2片，然后每隔2小时口服1片，至少12小时，一直用至腹泻停止后12小时为止，但总用药时间不超过48小时，且不应用于预防用药。 3. 与亚叶酸、5－FU联合应用，应先使用本药。 4. 用药后24h内，可能出现头晕及视力障碍，应禁止驾车或操作机器。 5. 顺铂与伊立替康（IP）联用时，先给予顺铂可使伊立替康的活性代谢产物清除率增加，从而降低严重的恶心、呕吐、腹泻及中性粒细胞减少的发生率，同时化疗有效率提高。故两者联用时可先给予顺铂。
	唑来膦酸（天晴依泰/择泰/艾朗）	无刺激性	PVC	本药4mg用5ml无菌注射用水溶解，再用0.9% NS或5% GS100ml稀释	最常见的不良反应是发热，其他不良反应有轻度恶心、胸痛、胸闷、头晕、乏力、轻微肝肾功能改变。毒副反应多为轻度和一过性的，大多数情况下无需特殊处理会在24～48小时内自动消退。	1. 静脉滴注不少于15分钟。 2. 首次使用本品时，应密切监测血清中钙、磷、镁以及血清肌酐的水平。 3. 用于治疗高钙血症时，应同时注意补充液体，使每日尿量大于2L以上。 4. 阿司匹林过敏的哮喘患者与有甲状腺功能减退史者慎用。 5. 对长期用药者，应每3～6个月检查患者是否患有白蛋白尿和氮质血症。

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤植物药	右丙亚胺（奥诺先）	无刺激性	PICC CVC PVC	用0.167mol/L的乳酸钠注射液将本药配制成10mg/ml浓度，然后NS或5%GS稀释至浓度1.3~5mg/ml	骨髓抑制为本药最主要的毒性，还有肝酶升高、高三酰甘油血症、消化道反应、皮肤损坏、脱发、过敏反应、高脂血症、血清铁浓度增高、血清锌和钙浓度降低。	1. 对于阿霉素累积剂量达300mg/m^{2}的患者，即使使用本药，也应密切监测心脏毒性。 2. 从开始给予本药计算，至少30分钟后方可使用阿霉素。给药时应采取缓慢注射或较快的静脉滴注。 3. 本品的粉末或溶液接触到皮肤和黏膜，应立即用肥皂和水彻底清洗。 4. 定期检测血清铁、锌的浓度。
抗代谢药	甲氨蝶呤（MTX）	非刺激性	静脉滴注或深部肌肉注射	0.9% NS 灭菌注射用水	骨髓抑制、恶心呕吐、腹泻、口腔炎、皮疹、脱发、肝肾功能损伤。	用药期间严格检查血象，肝肾功能不全者禁用。大剂量使用时，须监测血药浓度。
	替加氟（5-氟尿嘧啶5-Fu）	刺激性	CVC PICC	NS或5%GS	食欲减退、恶心、呕吐、口腔炎、腹痛、腹泻、骨髓抑制、脱发，严重者血便、肠穿孔。	1. 注意黏膜反应的观察和处理，出现口腔炎应护理口腔。 2. 腹泻每日两次以上或出现血性腹泻者通知医生，必要时停药。 3. 持续静滴时，建议使用深静脉置管。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗代谢药	硼替佐米（万珂）	非刺激性	静脉推注或皮下注射	NS	周围神经病变、低血压。	1. 溶解后，静脉推注应在3～5秒内完成。 2. 严禁鞘内注射。 3. 出现周围神经炎时通知医生，必要时减量、停药或改变给药途径。
	阿糖胞苷	非刺激性	PICC CVC PVC	注射用水、0.9%氯化钠、5%GS	骨髓抑制、感染和侵染，阿糖胞苷综合征，其他（过敏反应、胃肠道症状、肝肾功能异常、皮肤溃疡、发热、注射部位反应等）。	1. 对阿糖胞苷过敏者禁用。 2. 当分多次用药时，溶剂中需含防腐剂。 3. 大剂量治疗，不得使用含苯甲醇的稀释剂。本品稀释剂中含苯甲醇。 4. 鞘内注射时，建议用不含防腐剂的0.9%氯化钠配制。 5. 输注液配制好后，应尽快开始输注。输注应在溶液配制好后的24小时内完成并将残液丢弃。 6. 用药期间，必须接受密切的医疗监护。当药物引起骨髓抑制使血小板低于50000/mm^3 或多核粒细胞低于1000/mm^3 时，应考虑停药或更改治疗方案。
烷化剂	环磷酰胺（CTX）	刺激性	PICC CVC	NS	胃肠道反应，以及骨髓抑制、化学性膀胱炎、脱发、心肌炎、中毒性肝炎、肺纤维化。	1. 多饮水，注意血尿。 2. 药物溶解度小，药物加热温度＜60℃，强力摇匀，完全溶解后才能使用。 3. 特殊要求：水溶液不稳定，现配现用。

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
烷化剂	异环磷酰胺(匹服平、IFO)	刺激性	PICC CVC	NS 林格氏液或 5% GS	出血性膀胱炎、骨髓抑制、中枢神经系统毒性、胃肠道反应、脱发及低钠血症。	1. 鼓励患者多饮水。 2. 静脉输注 2 小时,注意肾功能,同时分别在输注时、输注 4 小时及输注 8 小时的时候静脉推注尿路保护剂美司钠。 3. 尽可能减少与镇静药、镇痛药、抗组胺药及麻醉药同时使用,减少中枢神经系统毒性。 4. 特殊要求:水溶液不稳定,现配现用。
杂类	门冬酰胺酶	非刺激性	PICC CVC PVC	NS 或 5% GS	过敏反应(轻者,皮疹、皮肤瘙痒;重者,休克);胰腺炎;胃肠道反应;精神及神经毒性反应。	1. 用药前,做过敏试验。 2. 用药前,备抗过敏反应药物及抢救器械。 3. 用药前一周禁食肉类,防止胰腺炎的发生。 4. 稀释液澄清后,8 小时内用完。 5. 皮试方法:凡首次采用本品或已用过本品但已停药一周或一周以上的患者,在注射本品前须做皮试。皮试的药液可按下列方法制备:加 5ml 的灭菌注射用水或氯化钠注射液入小瓶内摇动,使小瓶内 10000 单位的门冬酰胺酶溶解,抽取 0.1ml(1ml 含 2000 单位)注入另一含 9.9ml 稀释液的小瓶内,制成浓度约为 1ml 含 20 单位的皮试药液。用 0.1ml 皮试液(约为 2.0 单位)做皮试,至少观察 1 小时,如有红斑或风团即为皮试阳性反应。患者必须皮试阴性才能接受本品治疗。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
杂类	卡铂	刺激性	PICC CVC	0.5% GS	骨髓抑制、胃肠毒性、肾毒性、耳毒性(耳鸣)、脱发、寒战。	1. 严密监视患者肾功能及血象。 2. 注意监测电解质。 3. 骨髓抑制明显。 4. 监视患者的听力及感觉是否异常。 5. 稀释后,8 小时内用完,滴注及存放须避光。
	顺铂(诺欣、DDP)	刺激性	PICC CVC	NS	消化道反应、肾毒性、骨髓抑制、神经毒性、耳鸣、听力下降,以及手、脚套样感觉减弱或丧失。	1. 用药前检查肾功能。 2. 用药前后须水化、碱化、利尿,补液量 2000ml 以上;密切观察尿量,使尿量保持在 2000 ~ 3000ml/d。 3. 化疗前采用有效镇吐药治疗。 4. 有听力减退、耳鸣、头晕等中毒毒性反应时应立即停药。 5. 避免接触铝金属。 6. 稀释后,8 小时内用完,滴注及存放须避光。
	奥沙利铂(进口:乐沙定;国产:艾恒)	刺激性	PICC CVC	5% GS	神经毒性、胃肠道反应、腹泻、血液学毒性。	1. 本药必须在氟尿嘧啶前给药,静脉输注 2 ~ 6 小时。 2. 不要与碱性药物或溶液或氯化物,包括任何浓度的氯化钠一起使用。 3. 与铝接触后会降解,使用奥沙利铂时不能用铝制容器。 4. 低温可致上呼吸道痉挛和周围神经毒性反应,注意保暖。 5. 用药结束后一周内,手足不宜接触冰冷物体,包括冷水和冷空气,注意保暖,避免冷刺激而出现上呼吸道痉挛及感觉障碍。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤抗生素	吡柔比星	发疱性	PICC CVC	5% GS 或注射用水 10ml 溶解	骨髓抑制、心脏毒性、脱发、胃肠道反应、肝肾功能异常、皮肤色素沉着等。膀胱内注入可出现尿频、排尿痛等。	1. 因化疗或放疗而造成明显骨髓抑制者、严重器质性心脏病者、心功能异常者、对本品过敏者、已使用过大量蒽环类药物者，以及妊娠、哺乳及育龄期妇女禁用。 2. 溶解后的药液要及时用完，室温下放置不得超过 6 小时。 3. 用药期间密切监测血象、心脏功能、肝肾功能等情况，原则上每周期均要进行心电图检查。 4. 静脉注射前应确保输液管通畅，严格避免药液外渗。
	表柔比星（表阿霉素、法玛新 E-ADM）	发疱性	PICC CVC 动脉给药／腹腔给药／膀胱灌注（口服无效）	NS 或 5% GS	1. 骨髓抑制。 2. 脱发、组织坏死。 3. 心脏毒性。 4. 恶心、呕吐、腹泻、口腔炎。 5. 肝功能损害。 6. 静脉炎。	1. 快速静滴，用药前监测心电图，密切观察心肌毒性反应，注意左心衰。与其他化疗药同用，应避免相互接触或放入同一容器内给药。 2. 本药与肝素溶液混合可形成沉淀，与头孢类药物置于同一容器中可形成沉淀。不能长期与碱性溶液接触，不宜与地塞米松或琥珀酸氢化可的松同时滴注。与氨茶碱接触可使溶液变成紫蓝色。 3. 本药刺激性强，采用深静脉置管输注。 4. 用药后 1～2d 可出现红色尿，一般在 2d 后消失，用药期间多饮水。 5. 在进行纵膈和胸腔放疗期间，不宜使用本品或必须减量。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤抗生素	放线菌素-D(ACD)	发疱性	PICC CVC 腔内注药	NS	骨髓抑制、恶心、呕吐、腹泻、口腔炎、脱发、色素沉着、肝功能损害。	维生素K可降低其效价，故用本品时慎用维生素K类药物；有放疗增敏作用，但有可能在放疗部位出现新的炎症，而产生“放疗再现”的皮肤改变，应注意遮光、密闭保存。
	丝裂霉素	发疱性	PICC CVC	氯化钠注射液	骨髓抑制、恶心、呕吐，与阿霉素同时应用可增加心脏毒性。 对局部组织有较强的刺激性，药液漏出血管外，可引起局部疼痛、坏死和溃疡。	1. 水痘、带状疱疹者及孕妇和哺乳期妇女禁用。 2. 用药期间禁用活病毒疫苗接种和避免口服脊髓灰质炎疫苗。 3. 用药期间应密切随访血常规及血小板、血尿素氮、肌酐。 4. 用药后数月仍应随访血常规及肾功能。 5. 长期应用会抑制卵巢及睾丸的功能，造成闭经和精子缺乏。 6. 不可做肌肉或皮下注射。 7. 静脉注射时有烧灼感或刺痛，应立即停止注射。
	柔红霉素	发疱性	PICC CVC	注射用生理盐水10ml溶解	骨髓抑制、心脏毒性、胃肠道反应、肝肾损伤；药液漏出血管外，可致局部组织坏死、脱发、倦怠等。	1. 心脏病者及有心脏病史者、对本药有严重过敏史者、孕妇和哺乳期妇女禁用。 2. 只能用于静脉注射或滴注。静脉注射应注意部位和方法，尽可能慢，以防引起血管疼痛，静脉炎和形成血栓。同时，防止药液漏出血管外，以免引起组织损坏和坏死。 3. 与酸性或碱性药物配伍易失效。 4. 应特别观察患者状况，定期进行血液检查和肝肾心肌功能检查。

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
抗肿瘤抗生素	多柔比星（阿霉素 ADM）	发疱性	PICC CVC	灭菌注射用水	骨髓抑制、心脏毒性、消化道反应、脱发；药物漏出血管外，可引起组织溃疡和坏死。药物浓度过高可引起静脉炎。	1. 下列情况应禁用：周围血象中白细胞低于 3500/μl 或血小板低于 50000/μl、明显感染或发热、恶液质、失水、电解质或酸碱平衡失调、胃肠道梗阻、明显黄疸或肝功能损害者，心肺功能失代偿患者，水痘或带状疱疹患者，曾用其他抗肿瘤药物或放疗已引起骨髓抑制者，严重心脏病者，孕妇及哺乳期妇女，在进行纵膈或胸腔放疗期间者。 2. 用药期间需检查：①用药前后要测定心脏功能，监测心电图、超声心动图，做血清酶学和其他心肌功能试验；②随访检查周围血象（每周至少一次）和肝功能试验；③应经常查看有无口腔溃疡、腹泻以及黄疸等情况，应劝患者多饮水，以减少高尿酸血症的可能。 3. 外渗后可引起局部组织坏死，需确定静脉通畅后才能给药。 4. 用药后 1 ~ 2 日内可出现红色尿，尤其在用药后第一次排尿，一般两日后消失。 5. 不能用于鞘内注射。 6. 与阿糖胞苷同用可导致坏死性结肠炎，与肝素、头孢菌素等混合应用易产生沉淀。
分子靶向药	利妥昔单抗（美罗华）	无刺激性	PICC CVC PVC	NS	1. 过敏、细胞因子释放综合征、骨髓抑制、气管狭窄、无力、腹痛、腹泻。 2. 少数患者发生出血性副作用，常常是轻微和可逆的。严重的血小板减少和中性粒细胞减少的发生率为 1.8%，严重贫血的发生率为 1.4%。	1. 输注本品之前 30 ~ 60 分钟用解热镇痛药、抗组胺药或肾上腺皮质激素。 2. 观察患者是否出现细胞因子释放综合征，一旦出现，立即停止输注。第二次再出现同样严重不良反应，应停止治疗。 3. 对血压有影响，给予心电监护。

续表

种类	名称	性质	给药途径	溶媒	毒性反应	注意事项
分子靶向药	重组人血管内皮抑制素注射液(恩度)	无刺激性	PICC CVC PVC	NS	主要是心脏反应,偶见腹泻、肝功能异常以及皮肤过敏反应。	1. 询问过敏史:过敏体质或对蛋白类生物制品有过敏史者慎用。 2. 有严重心脏病或病史者以及顽固性高血压者慎用。 3. 本品临床使用过程中应加强心脏反应的观察。 4. 本品为无色透明液体,如有浑浊、沉淀等异常现象,则不得使用。 5. 贮藏室冷藏温度如间断,时间不可超过 7 日,应避免冻结、光照和受热。 6. 临用时将本品加入 250 ~ 500ml 生理盐水中,滴注时间 3 ~ 4 小时。
	曲妥珠单抗(赫赛汀)	无刺激性	PICC CVC PVC	灭菌注射用水含1.1%苯乙醇	超敏反应、心脏毒性、发热、畏寒、全身倦怠感、肝脏毒性、腹泻。	1. 滴注前 30 ~ 60 分钟给予抗组胺药物。 2. 用药中严密观察心电监护的变化,用药中出现左心功能不全时,应停用本药。 3. 如发生严重过敏反应,应停用本药,给予肾上腺素、皮质激素、苯海拉明、支气管扩张剂和吸氧等治疗,同时应密切监测患者。 4. 不可静脉推注。 5. 本品不能用糖配置,需用灭菌注射用水含 1.1% 苯乙醇作为溶媒溶解,使用时再用生理盐水稀释。
	尼妥珠单抗(泰欣生)	无刺激性	PICC CVC PVC	NS	发热、血压下降、恶心、头晕、皮疹。	1. 本品配制的溶液在输液容器中 2℃ ~ 8℃时,其物理和化学稳定性可保持 12 小时,在室温下可保持 8 小时。 2. 储存时间超过上述时间,则应弃去,不能继续使用。

第八部分

其　他

案例分析篇

护理不良事件报告表

事件名称	案例1　交接班不清		
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：5个月　从事本专业年限：5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：女　年龄：64岁　诊断：颈椎病 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	当日，患者在全麻下行ACDF术后安返病房，颈前部留置冲洗引流管，持续生理盐水冲洗。医嘱示伤口持续冲洗并计24小时冲洗量，主班护士口头传达给责任护士，未建立冲洗量记录单，责任护士指导患者家属计冲洗出入量，并交接给下午班护士。下午班护士与夜班护士床头交接患者，口头告知夜班冲洗量记录情况，夜班护士工作12小时期间未查对该手术患者医嘱，只是着重观察冲洗是否通畅和患者的生命体征，认为冲洗量由家属记录，未予重视。次日晨，交班时，主管医生问及该患者冲洗出量时，发现夜班未记录，以至于无法判断患者脑脊液漏情况。交班后，从家属处方得知冲洗出量。（备注：术后，患者未发生并发症，此事件未对患者造成伤害。）		
原因	查对不认真；业务知识不精通；交班不准确；护士之间配合不好；交班过程中。		
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. 凡是留有冲洗管需记录冲洗量的患者，主班护士处理医嘱时应建立冲洗量记录单，并设计成表格。 2. 严格执行交接班制度，交接班时以笔记形式记录下交班内容。 3. 严禁让家属做冲洗量的记录工作，每冲洗完一袋生理盐水统计一次出量。 4. 认真学习颈椎前路术后的护理要点和观察重点，以及记录引流冲洗量的重要性。 5. 主班护士把需要执行的医嘱一式两联打印，传达给相应责任护士，确认并签字，检查各班的执行情况。 6. 每班下班前对各自的工作进行自查，核对无误后方可下班。 7. 认真核对手术患者当日的医嘱。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. “原因”中为何提及“交班过程中”？事件经过的描述中已注明未对患者造成伤害，在“对患者生命造成的影响”中为何又选择“危害大”？

2. 以前，科室对于伤口持续冲洗的医嘱是如何执行的？科室相关的制度及流程是否已完善？

3. 让护士谨记：口头医嘱及口头护嘱都不能随意执行，一定要看到相关医嘱（紧急情况下可执行后再看医嘱）。

4. 整改意见中提及“认真核对手术患者当日的医嘱”，以前是什么班次核对？本次事件的发生是由于主班护士没有认真核对医嘱，还是医嘱传达错误？

5. 对于该疾病，记录引流量是否是其护理常规？如果是，没有医嘱也应记录引流量。

6. 科室对该事件的整改意见可执行性较强，也比较严谨。针对下面两项内容，希望科室做重点探讨：一是冲洗量记录单的使用；二是交班笔记的执行情况。

7. 将冲洗量记录单及交班笔记的模板交护理部一份。因计划全院推行班情记录表，可以采纳该科的意见及建议。

护理不良事件报告表

事件名称	案例2　静脉输液部位错误		
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：半年　从事本专业年限：半年		
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：44岁　诊断：舌癌根治术 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	患者的术前医嘱要求保护左前臂，准备手术取皮做皮瓣游离。该护士在术前30分钟抗生素输液时忘记左前臂为该患者取皮区，在左前臂肘部放置静脉留置针。手术中，主管医生发现，并通知病房护士。后因患者术中改变手术方式，也未从左前臂取皮做皮瓣游离。		
原因	护士着急做术前准备，未进行思考；对患者或家属的告知不到位。		
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. 教育护士工作要细心、仔细。 2. 特殊患者术前皮肤准备，在护理站白板上要特别注明。 3. 在治疗室输液牌上特别注明内容时，要用红笔标示。		

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	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	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	3.5	

反馈：

1. 对于这种患者，科室以前是如何管理的？对于此类患者，科室如何交接班？

2. 该护士是否知道供皮区的护理要点？是否清楚左前臂是供皮区？

3. 对于取皮区，用记号笔标记较好，能避免任何人忘掉，这也符合“患者十大安全目标”中对术前准备的要求。这一做法比输液牌上做标记更好，因为护士处理皮试等临时医嘱时不看输液牌。

护理不良事件报告表

事件名称	案例3　治疗遗漏		
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：3个月　从事本专业年限：3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：77岁　诊断：心肌梗死 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	当日上午8:50，护士张三翻看治疗本核对治疗单后便整理液体开始输液，于9:00为2床患者做了第一次盐水雾化。下午16:00，护士张三为2床静脉推注药物，在输液条上签字与打钩后准备为其第二次雾化时，医生告知17床紧急静脉推注20mg呋塞米，因此告知家属与患者随后为其进行雾化，患者与家属表示理解。护士为17床静脉推注呋塞米后就直接回到治疗室，当时总觉得有事要做，却怎么也想不起来。18:00，护士张三与小夜班护士李四口头交接后下班。20:30，家属自行来护理站向李四提出疑问，李四打电话向护士张三核实，护士张三才想起来。之后，护士李四向家属解释并为患者做雾化，患者及家属表示理解，无异议。		
原因	交班不准确；操作被中断。		
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. 再次规范操作程序，要求在做完一项治疗即签字与打钩后再进行下一项治疗，严禁在未操作前或几项操作完成后同时打钩。 2. 强调责任护士与小夜班护士交接班时，除床旁交接外，有治疗的患者必须再次与治疗单一一对应交接。 3. 加强当事人对工作流程的熟悉程度，指导老师进行有目的、有计划的“一对一”带教，不能流于形式。		

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	2	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	7	

反馈：

1. 过程描述得比较详细，整改意见也基本可行。

2. 该护士工作仅3个月，目前尚未注册，是否已单独管理患者？她的指导老师是否起到真正的指导作用？

3. 为患者雾化的项目不在输液单上，应有单独的处置单。此报告表中没有说明护士在雾化的项目上进行了签字。

4. 交接班时，护士不光是交接有治疗的患者，应对全病房的患者进行转病房交接，有时看到患者就会突然想起一些治疗或处置的项目，能进行拾遗补漏。

5. 请以此事件为契机，全面审视科室的护理工作，检查每位护士对各项制度、标准、常规、流程的理解、掌握和执行情况，尽量做到无缝隙护理。

护理不良事件报告表

事件名称	案例4　输注抗生素时发现未做皮试		
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：6年　从事本专业年限：6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：男　年龄：68岁　诊断：自发性食管破裂、纵隔感染、右侧胸腔积液 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	25床患者于当日上午10:30从××科转入本科。13:30，护士张三一人值班处理医嘱，看到给25床患者下了“头孢西丁2g+0.9%氯化钠注射液100ml，每日两次静滴”的医嘱，立即打电话问××科当天上午是否输了头孢西丁，××科护士说没有。随后护士张三既没有查看病历，又没有检点是否做了皮试，也没有询问患者以前是否输过相同的抗生素，便忙着给当日术后回来的46床患者配液体。 25床所有药品领回后正赶上交接班时间，护士张三只告诉责护班护士得上一组抗生素，以免下一组到晚上很晚才输，而未交接是否做过皮试。 责护班护士配好液，查病历时发现患者以前未输过此种抗生素，于是立即停止操作，并打电话问张三：“为什么不检点医嘱下皮试?”再次查阅电子医嘱发现，主管医师下了头孢皮试医嘱未审核，这边护理站未接到皮试医嘱。15:30，及时通知医师补皮试医嘱后，给患者皮试后输注。		
原因	查对不认真；交班不准确；指示传达途径不畅；医生护士配合不好；管理不到位；操作被中断。		
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. 加强薄弱时间段的护士人数。 2. 对护士加强培训，事前规范用药制度，提高护士的责任心；事中细化护士用药程序和药品管理方法，加强监督，加强护士、医生之间的交流与合作；事后明晰责任。 3. 落实交接班制度，尤其对于转科、手术等特殊患者要加强监管。 4. 医生、护士之间加强沟通与监督，互相检查用药是否合理。 5. 发现用药错误后要责任到人，分析原因，纠正错误，将对患者产生的伤害降到最低。		

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	1	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	1	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	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6	

反馈：

1. 责任护士能及时发现患者未做皮试并堵塞漏洞，值得表扬。请科室就“如何运用评判性思维进行工作”进行学习与讨论。

2. 整改意见很有针对性，但可执行性差。如：“事前规范用药制度”、“事中细化用药程序”等，没有见到详细的内容。

3. 对于科室提出的“事中细化用药程序”很关键，也是很有效的措施。请科室进一步细化，细化后交护理部一份并在科室全面落实。比如，该护士看到输注头孢西丁的医嘱后，不是先查看患者有无做过皮试，而是直接咨询××科，这说明护士的工作流程存在问题。

4. 请以此为契机，全面审视科室的工作制度、职责及流程，一定要在优化流程的基础上做到无缝隙的护理。

护理不良事件报告表

事件名称	案例5　口腔护理时棉球被吞咽		
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：男　年龄：34岁　诊断：左侧基底节区脑出血、脑疝、高血压3级 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	患者行“开颅血肿清除+去骨瓣减压术”后转入本科，入科时患者意识深昏迷，气管切开。经过治疗后，病情好转，转入普通病房，神志模糊。当日清晨6:10，患者采取平卧位，夜班护士给其做口腔护理，当准备擦牙齿内侧面时，患者将一个棉球咬入口中，不配合张嘴，护士立即将勺子柄置于臼齿，用手电筒照亮口腔寻找棉球，此时患者吞咽一次，结果未找到棉球，严密观察患者的病情变化，保持呼吸通畅。接着，再次用张口器置于臼齿，寻找，也未发现棉球，予翻身拍背吸痰，呼吸波动于19~23次/分，血氧饱和度波动于95%~98%，生命体征平稳。 事件处置： 1. 报告主管医师、护士长、科主任，请示共同管理患者，确保患者安全，并进行事件原因分析、讨论、总结，将患者安全隐患降到最低。 2. 通知全科护理人员开会讨论，通报此事件，引以为戒。 3. 当事人书写事件的整个发生过程，并分析原因与制定改进的措施。 4. 对于不配合护理和情绪躁动的患者，禁止使用一次性的口护包，可使用可消毒的带弯钳的口护包。		
原因	评估不到位（操作前未认真评估患者的意识及配合程度，未评估操作用具）；操作错误（操作时采取平卧位，未采取左侧卧位）。		
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. 严格执行操作的制度和流程，认真评估患者，使用可消毒的换药包进行口腔护理，并采用侧卧位。 2. 通知全科护理人员开会讨论，通报此事件，引以为戒。		

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	1	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	2	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	1	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	2	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	7	

反馈：

1. 希望科室在今后能吸取每一起不良事件的教训，并审视自己的工作，避免同样的问题再次发生。

2. 其他患者使用一次性口护包的时候，夹不紧棉球也非常危险。若赶上患者张口吸气，可能将口腔中的棉球吸入气道。

3. 请科室对新入科的护士做好相关的培训工作。

护理不良事件报告表

事件名称	案例6　吸氧医嘱未执行		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	病房
当事人情况	姓名：张三/李四/王五　职称：护师/护师/护士 工龄：4年/11年/3年　从事本专业年限：2年/11年/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：男　年龄：74岁　诊断：肺癌 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	患者肺癌术后第3日，住在本科观察室（未监护）。当日下午18∶10，交接完班，因为要收急诊患者到观察室，医生下医嘱将该患者从观察室倒至32床，下午班护士张三将患者刚送至32床，急诊患者已经上来，于是张三先接收急诊患者，让学生将吸氧装置从观察室取下安到32床为患者吸氧（学生只是取下来，并未安装）。急诊患者接收完，又来了一位常诊患者，办完手续后，已到下班时间20∶00，张三未检点32床患者是否吸上氧气就下班走了。第6日上午8∶30，患者家属找主班护士给其退吸氧费，称从观察室出来就没吸氧。于是，查阅医嘱时发现吸氧医嘱未停，询问责任护士李四，称不记得患者近5日是否吸氧。期间，责任护士还有王五，而王五也没有检点到患者是否吸氧。		
原因	查对不认真；交班过程中；倒班；教育、培训不到位；工作流程、职责不明确；对患者或家属的告知不到位。		
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. 严格执行危重患者交接流程。 2. 为患者倒床时，尽量一次把患者的用物全部运送完毕。 3. 每位护士下班前应根据医嘱检点自己的工作，尤其是上班期间进行处理的特殊患者。 4. 不允许学生单独进行此类操作，带教要做到“放手不放眼”。 5. 修改医嘱时，核对相关要求。		

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	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	5	

反馈：

1. 请检点“倒床流程”、“交接班制度”的执行情况，这两项都要求对患者做好床边交接。

2. 在工作中，责任护士尽量相对固定，固定后便于对患者实施全面、全程、连续的护理。

3. 该科使用班情交班表，该表上有患者的护理处置相关信息，请检点班情交班表是否认真使用。

4. 在“原因”中提到了“工作流程、职责不明确”，但没有针对此项进行整改。

5. 患者有5天吸氧的医嘱，但护士没有执行，说明护士没有很好地履行职责。

6. 请将上述问题作为护士长下一步的工作重点。

护理不良事件报告表

事件名称	案例7　护士首问负责及沟通不到位		
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：26岁　诊断：右乳腺炎 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	患者于3日前行右乳穿刺术，穿刺后患者分泌物较多。当日，每2小时可浸湿一块纱布。次日清晨7:40，患者穿刺部位的纱布浸湿后仍有许多分泌物流出且感觉严重不适，便前来询问夜班护士张三能否换药。张三告知患者，现在忙于准备进行交班，交完班后再通知医生处理。患者及家属对其回答很不满意，向科主任和护士长投诉。 处理： 1. 主管医师及时为患者换药。 2. 护士长了解经过后，与患者及家属进行了有效沟通，家属表示理解并接受。批评张三沟通方式欠妥，首问负责未到位，并在全科护士会议上再次强调沟通的方式与技巧。同时，讨论并制定了“科室护士首问负责须知”，杜绝因沟通不到位引发的投诉、纠纷。		
原因	夜班准备交班；值夜班；对患者或家属的告知不到位。		
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. 护士长讲解沟通技巧与方法，并讨论制定了“科室护士首问负责须知”。 2. 为每一个提出问题的患者给予积极回应。 3. 对于敏感的特殊患者，尽量由年资高且有经验的护士负责。		

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	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 虽然患者形形色色，提出的问题有千万个，但科室应建立一个标准的沟通模式，提高护士与患者沟通的有效性。

2. 希望继续收集关于有效沟通与无效沟通的典型案例，科室全员边讨论、边学习。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 8　核查重复检验医嘱不到位		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	护理站
当事人情况	姓名：张三　职称：护士　工龄：3 年　从事本专业年限：3 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：77 岁　诊断：右乳肿物 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	患者入院后，两位主管医生分别在上、下午各下达一次生化采血医嘱。不同的是，第二位医生的医嘱中多查一项空腹血糖。护士张三处理医嘱时，在有疑问的情况下，未与医生沟通，将采血管贴好。护士李四执行采血前核对医嘱时，有疑问："为什么同一时间查两遍的相同内容?"张三立即与主管医师沟通，证实采血项目重复下达（第二位大夫在下达仅增查空腹血糖的医嘱时，不慎失误），及时取消医嘱，避免了患者多采血、多计费的情况发生，护士李四执行了正确的医嘱。了解事情的经过，全科护士通告，护士张三自我分析不良事件的危害，以示警示。		
原因	业务知识不精通；医嘱难以理解；教育、培训不到位。		
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（不知情）		
整改意见	1. 对护士强化学习"医嘱执行制度"，并告知：在任何情况下，只要医嘱有疑问，必须立即与主管医生或下达医嘱的医生沟通并确认。 2. 全科护理人员分析此不良事件的原因并延伸分析此不良事件发生后的后果，增强安全规范意识。 3. 学习本科常规检查项目内容，并再次强调采血及检查项目的逐条核对，避免安全隐患。 4. 制订"科室护理人员检验医嘱安全到位须知"。		

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	2	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	8	

反馈：

1. 该科能及时发现工作中存在的问题，制止不良事件的发生，很好。这与护士长的管理理念息息相关。根据该起不良事件，护理部及时修订了“医嘱执行制度”，对科室在推动医院整体护理工作中发挥的作用表示感谢。

2. 报告表中没有描述下列细节：①上、下午的医嘱是否由同一位护士处理？②当事人是否熟悉主班的工作流程？③该护士是否为初次进行该项工作？

3. 加强护士评判性思维的培训，可以让科室的护士收集并整理以往工作中运用评判性思维的案例，与大家一同分享。

4. 与科主任或医生沟通，了解医生对信息系统中的哪些内容不熟悉，互相学习并交流；应熟悉每位医生的习惯，便于下一步工作。

5. 对于“医嘱难以理解”没有提出改进措施，加强护士评判性思维的培训有利于解决这一问题。

6. 加强对科室护士工作情况的了解，不同的护士适合不同的岗位，根据护士的工作特点进行岗位管理。

护理不良事件报告表

事件名称	案例9　患者自行倾倒胸腔闭式引流瓶内的液体		
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：8年　从事本专业年限：8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：男　年龄：62岁　诊断：左肺下叶癌 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　□其他早产儿 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（如厕时）		
经过及处理	患者有既往脑供血不足史，入院行胸腔镜下左肺下叶切除术，术后陪侍患者的是其女婿单位的同事，两人均说方言，相互听不懂对方的语言。术后第3日清晨7:00，当班护士为患者更换胸瓶后，将胸瓶妥善放置，又给家属宣教带胸瓶的注意事项。之后，护士回护士站写交班报告。患者由家属陪同如厕时，家属在门外，患者如厕后自行将胸瓶里的水倾倒。患者回到病床后，邻床患者发现瓶里没水了，立即告诉护士，护士立即跑到患者床边，用止血钳夹闭胸管，胸瓶里加灭菌用水后，开放胸管，嘱患者咳嗽，并通知主管大夫。开始有气体溢出，后气体逐渐减少，直至完全不漏气。当日晚上，大夫给予拔除胸管。后询问患者，说自己认为水没用，所以倒了。		
原因	宣教不到位（每次宣教只注重于家属，而告知患者的内容很少）；护患沟通不到位；患者时而清醒，时而糊涂，单纯效仿护士每天更换胸瓶；陪侍人与患者不是直系亲属，且两人彼此听不懂对方的语言；陪侍人对此患者照顾不上心。		
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. 宣教时，不只是针对家属，也要给患者进行宣教，大声宣教让同病房患者都能听见，同病房患者也可以起到监督的作用。 2. 特殊患者加强交接班，增加巡视次数。 3. 如陪侍人与患者沟通存在障碍，尽量告知留一个能彼此沟通的陪侍人，同时患者的活动由护士协助。 4. 必要时，在胸瓶上张贴警示标识。		

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	1	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	2	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	5.5	

反馈：

1. 请以此不良事件为契机，审视科室的宣教工作。如：宣教的内容是否具有标准化？其关键点是否有说明？不同的宣教内容，其关键点是不同的，请将其逐一详细整理并组织护士学习。

2. 如果家属经常更换或家属与患者之间存在沟通障碍，可将注意事项进行张贴，可起到提醒患者和家属的作用。

3. 科室的应急预案是否合理？请完善它并组织护士学习，做好应急预案的演练工作，至少每半年举行一次。

4. 整改意见要做到切实可行。“必要时，在胸瓶上张贴警示标识”中的“必要时”，是指哪些情况？请细化，便于护士执行。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 10　发放尿管错误		
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：男　年龄：38 岁　诊断：糖尿病 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	护士张三为患者李四发放尿标本和便标本时，有其他患者呼叫其测血糖，张三遂将另一位患者王五的尿管一同发给了患者李四。次日，医生发现王五的化验结果与患者病情不相符，追问后发现患者王五未留取尿标本，立即上报护士长。与患者王五沟通后，为其重新留取了尿标本。		
原因	查对不认真；心不在焉；操作被中断。		
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. 对当事人再次强调患者身份核实和查对制度在工作中的重要性。 2. 暂时规定护士在给患者发放尿管时，与患者一起核对姓名和检验项目。 3. 护士长要及时发现护士的不良情绪，及时沟通，正确引导，确保安全。		

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	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	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	2	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 关于尿标本错误不良事件的整改，新增条款应进行标注，使人一目了然。

2. 该起不良事件提到了“与患者一起核对”，这很好，符合“患者十大安全目标”中的“鼓励患者参与医疗安全”这一项。

3. 原因中提及“心不在焉”，这一问题在日常工作中要及时被发现并制止。该原因属于个人性格问题，还是由科室工作环境、工作量等所致？若是后者，应在管理上进行改进。

4. 请将查对制度的执行情况作为护士长日常管理的重点，尤其是对重点时段、重点环节、重点人群的检查。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 11　输注完血管活性药物后封管导致血压骤升		
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	监护病房
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：61 岁　诊断：急性心肌梗死 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	患者在导管室行急诊 PCI 术，术中在右侧股静脉留置 CVC，常规术后返回病房前拔除，该患者因病情需要未拔除。安返监护病房后，该患者因血压低，遵医嘱予：有创血压监测，0.9% 氯化钠注射液 + 多巴胺 180mg，以 10ml/h 持续泵入，这路液体接在股静脉处的 CVC 上。次日，患者血压稳定后，于 9∶40 遵医嘱停止多巴胺液泵入。责任护士张三给予 CVC 封管：抽吸回血→20ml 0.9% 氯化钠注射液缓慢静推→5ml 肝素钠封管液正压封管。约 2 分钟后，监测患者血压骤升至 180/101mmHg，心率由 67 次/分升至 88 次/分，患者主诉“略感心慌”，即刻通知医师并说明情况，医师嘱严密监测血压。2 分钟后，血压降至 129/52mmHg，心率 65 次/分，患者主诉“心慌缓解”。		
原因	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		
整改意见	科室制定血管活性药物及高渗液体封管流程并作为护士长本周的检查重点。		

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	1	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	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	1	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	6.5	

反馈：

1. 科室对患者的管理能从安全上着手，从内涵上下功夫。很好！

2. 这是一起大量多巴胺瞬时入血造成血压骤然升高的事件。其危害是否很明确，若不明确可选“其他”，后备注“不明”。

3. 看到科室制定的“血管活性药物及高渗液体封管流程”，下列几点需要完善：①题目更改为“输注完血管活性药物及高渗液体的封管流程”，因为原题目乍一看感觉是用血管活性药物及高渗液体作为封管液进行封管。②停留2秒钟的依据是什么？③改为原速泵入生理盐水X毫升可否？

4. 请举一反三：若正泵入血管活性药物及高渗液体时，需要静脉推注其他药物，应该如何处理？

5. 新制定的制度不一定只作为本周的检查重点，因为不可能每天都有此种情况发生，所以这是一项长期的工作。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 12　灌肠液配置错误		
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：4 年　从事本专业年限：4 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：30 岁　诊断：急性闭合性颅脑损伤，颅骨骨折，骨盆骨折 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	当日下午 17：00，护士张三遵医嘱给患者行肥皂水灌肠治疗，因为水温较高，就直接到自来水龙头上接凉水混匀，以达到灌肠液的温度，被护士长发现及时制止，未给患者造成不良后果。 事件处置： 1. 组织全体护理人员开会讨论并进行事件原因分析、讨论、总结，将患者安全隐患降到最低。 2. 通报此事件，引以为戒。 3. 当事人书写事件发生的经过，并分析原因与制定措施。在晨会上，当事人学习此项操作的注意事项。 4. 规范操作流程。		
原因	业务知识不精通；操作错误；无菌观念缺乏。		
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. 组织学习此项操作的注意事项和知识点，严格执行操作的制度和流程，遵循无菌操作原则。 2. 正确树立慎独精神。 3. 通知全科护理人员开会讨论与分析，通报此事件，引以为戒。		

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. 护士长能积极发现护理工作中存在的问题并将其扼杀在萌芽状态中，很好！

2. 请以此为契机，多挖掘工作中存在的安全隐患，详细记录，认真分析，进行全院共享。

3. 加强对护士操作技能的培训，并整理每项操作中的关键点，供大家学习。

4. 该护士已工作4年，应该也是一名实习生和新护士的带教老师，发生这样的错误，值得深思。请全面考核带教老师的带教胜任能力，以保证带教质量。

护理不良事件报告表

事件名称	案例13　烫伤		
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：男　年龄：83岁　诊断：多发性骨髓瘤 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	当日夜间22:00，患者在家属的协助下进行夜间洗漱，由于患者下肢水肿，末梢感觉较差，加之水温稍高，导致右足踝部烫伤，出现黄豆大小的水泡四五粒。护士巡视病房发现后，立即通知值班医师，遵医嘱给予消毒涂擦，并用无菌纱布覆盖。次日下午，局部换药时发现水泡已结痂，好转。患者家属无异议。		
原因	倒班；值夜班；对患者或家属的告知不到位。		
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. 针对年龄较大、下肢水肿、感觉不灵敏的患者及家属做好宣教。 2. 告知患者及家属使用热水袋或洗漱时注意水温，不能过高或过低，防止烫伤或冻伤。 3. 医护人员严密观察患者的病情变化，加强巡视，必要时协助生活护理。		

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	1	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	1	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	5	

反馈：

1. 将这些改进措施作为入院宣教的内容之一。

2. 对患者有针对性的指导源于对患者病情的评估及掌握。请以此为契机，全面审视科室护士对患者病情的评估、掌握、交接、指导及治疗处置的落实等各个环节，做到无缝隙护理。

3. 在制定整改意见时，要做到切实可行，比如“水温不能过高或过低”，应给出合适的温度范围。

4. 在原因分析当中，提及“倒班”和“值夜班”是不合理的，因为并不是这两项原因导致了结果的发生，且对其也无法采取相应的措施。另外，对于“发生时状况”选择“其他”项时，应注明详细内容。

护理不良事件报告表

事件名称	案例 14　腹部切口理疗导致皮肤出现水疱		
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：护师　工龄：6 年　从事本专业年限：6 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：32 岁　诊断：宫内妊娠 39 周，不良孕产史，剖宫产术后 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	当日下午 17∶20，护士张三遵医嘱给予剖宫产术后的患者做腹部切口理疗，经过核对与解释后，将患者腹部切口敷料揭开，将预热好的烤灯置于患者腹部切口上方 40cm 处，预定时间为 20 分钟。因为患者第一次接受理疗，所以护士反复告知其烫伤的危险性，如有不适随时呼叫，患者表示理解。 烤电完毕后，询问患者无不适，皮肤无红肿热痛。次日上午 8∶30，护士再次给予患者行腹部切口理疗时，将其腹部切口敷料揭开，发现一6cm * 3cm 大小的水疱，患者自诉无不适。		
原因	查对不认真；观察不认真（烤电过程中，未及时巡视病房；烤电完毕后，未仔细观察患者局部皮肤的情况）；判断错误；烤电前未评估患者皮肤（此患者有烫伤史，为敏感皮肤）；护患沟通不到位。		
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	处理措施： 上报护士长，及时电话报告其主管医师，主管医师查房后，指示：腹部切口处换药，局部涂抹湿润烫伤膏。同时咨询烧伤整形科，建议：局部给予碘伏消毒后，用无菌注射器抽吸水疱，勤换药。 改进措施： 1. 烤电前，应仔细评估患者的皮肤情况，如为敏感皮肤，操作前须谨慎，必要时与主管医师沟通。 2. 烤电过程中，护士应加强巡视病房，加强宣教，告知患者及其家属勿随意调节烤灯的高度及时间，如有不适，随时呼叫，马上停止烤电，及时处理。 3. 烤电完毕后，应严密观察患者局部的皮肤，询问患者有无不适，待余热散去后再将敷料粘贴好。 4. 全科护士进行学习，告知做任何操作时都要做好风险评估，避免不良事件发生。		

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	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	0	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	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	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	0	修改的制度、流程不合理不得分
4	最后得分			10	3	

反馈：

1. 从事件的经过来看，没有说明“距离高度为40cm”、“预定时间为20分钟”是否是正常要求。

2. 后面所附的原因及改进的工作流程与该起不良事件不符。产生水疱的危害是什么？如果不清楚，可选择“其他”，后面备注“不明”。

3. 科室的改进措施不细致，不便于执行。比如：①“如为敏感皮肤，操作前须谨慎”，如何谨慎？对距离和时间有什么特殊要求？②何谓敏感皮肤？③“待余热散去后再将敷料粘贴好”，如何判断余热已经散去？

4. 科室以此为契机，规范新仪器的使用方法，明确操作规程、评估要点，以及患者在使用中可能出现的不适及并发症等。现在各科有许多新仪器，但原先的操作书上没有相关内容。



附　录

护理不良事件报告表

科室：　　报告时间：____年____月____日____时

事件名称			
发生时间	××××年××月××日××时××分	发生地点	
当事人情况	姓名：　职称：　工龄：　年　从事本专业年限：　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：　年龄：　诊断： 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			
原因			
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			

填表人：　　护士长签字：

发生原因 续 表

当事人的情况		
□ 查对不认真 □ 观察不认真 □ 判断错误 □ 业务知识不精通 □ 知识错误 □ 操作不熟练 □ 操作错误	□ 忘记交班 □ 交班不认真 □ 交班错误 □ 交班不准确 □ 睡眠不足 □ 身体不适 □ 服用镇静药后	□ 慌张 □ 着急 □ 紧张 □ 心不在焉 □ 其他
影响当事人的环境因素		
□ 通讯报告系统不畅 □ 指示传达途径不畅 □ 电脑系统故障 □ 操作规则不清楚 □ 医生护士配合不好 □ 护士之间配合不好	□ 医嘱字迹不清楚 □ 医嘱难以理解 □ 医嘱不规范 □ 医嘱错误 □ 患者姓名不好记 □ 后勤事务多 □ 管理不到位 □ 操作被中断 □ 准备交班 □ 交班过程中	□ 倒班 □ 值夜班 □ 自然灾害 □ 紧急情况 □ 系统落后 □ 灯光暗 □ 地板湿 □ 护患沟通不到位 □ 其他
医疗器械、药品、设备等的影响		
□ **医疗器械** □ 劣质品 □ 出现故障 □ 不同厂家器械操作方法不同 □ 数量不足 □ 管理不善 □ 操作失误 □ 其他（ ） □ **药品** □ 外包装相似 □ 颜色、外形相似 □ 药名相似 □ 同一药品多种规格 □ 管理不善 □ 过期或变性 □ 药效相似 □ 缩写相似 □ 其他	□ **医用物品** □ 劣质品 □ 规格多 □ 配置不够 □ 数量不足 □ 管理不善 □ 操作失误 □ 其他（ ） □ **设备** □ 设备管理不善（电器、空调、卫生设备、通讯设备、电梯等） □ 设备结构方面的问题	□ **教育、培训方面的问题** □ 培训不到位 □ 工作流程、职责不明确 □ 学校课程没有讲述 □ **对患者或家属的告知** □ 告知不到位 □ 告知错误 □ 患者或家属不理解 □ 其他（ ）

备注：1. 如选“其他”，要注明详细内容。

2. 上报护理不良事件时，将科室改进的制度、流程、表格等一同上交。

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		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		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		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		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		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		
反馈：						

护理不良事件的分级标准

0A 级：执行前被制止。

0B 级：事件确实发生，但患者没有受到伤害。

1 级：事件确实发生，患者没有察觉受到伤害，可能需要医学观察，但不需要医学检验。

2 级：患者有轻度伤害，需要医学观察或医学检验，生命体征无变化。

3 级：间歇性身体机能不健全，需要医学观察或医学检验，生命体征发生改变。

4 级：显著性身体机能不健全，需要送专科到上级医疗单位救治，生命体征显著改变。

5 级：造成器官、组织损伤，导致功能障碍或丧失。

6 级：造成患者死亡。

责任编辑/李　华
封面设计/杨宇光

HULI BULIANG SHIJIAN GUANLI ANLI FENXI JINGXUAN

ISBN 978-7-5377-5276-3
9 787537 752763 >
定价：58.00元

[General Information]
书名=护理不良事件管理案例分析精选
作者=谢仙萍，张晓红主编
页数=225
SS号=13971922
DX号=
出版日期=2016.01
出版社=太原山西科学技术出版社

封面
书名
版权
前言
目录
第一部分　用药错误
　　案例分析篇
　　案例1　用药错误——输液药物错误之一
　　案例2　用药错误——输液药物错误之二
　　案例3　用药错误——输液药物错误之三
　　案例4　用药错误——输液药物错误之四
　　案例5　用药错误——输液药物错误之五
　　案例6　用药错误——输血错误
　　案例7　用药错误——注射药物错误
　　案例8　用药错误——口服药错误
　　案例9　用药错误——剂量错误之一
　　案例10　用药错误——剂量错误之二
　　案例11　用药错误——剂量错误之三
　　案例12　用药错误——剂量错误之四
　　案例13　用药错误——口服药物剂量错误
　　案例14　用药错误——给药速度错误
　　案例15　用药错误——患者之间用药错误之一
　　案例16　用药错误——患者之间用药错误之二
　　案例17　用药错误——患者之间用药错误之三
　　案例18　用药错误——患者之间用药错误之四
　　案例19　用药错误——患者之间用药错误之五
　　案例20　用药错误——患者之间用药错误之六
　　案例21　用药错误——途径错误
　　案例22　用药错误——药物用法错误
　　案例23　用药错误——临时医嘱重复执行
　　案例24　用药错误——长期医嘱漏执行
　　案例25　用药错误——贵重药物延迟输注
　　管理篇
第二部分　采血错误
　　案例分析篇
　　案例1　采血错误——采血部位错误
　　案例2　采血错误——漏采血标本
　　案例3　采血错误——试管错误
　　案例4　采血错误——执行医嘱错误
　　案例5　采血错误——患者错误之一
　　案例6　采血错误——患者错误之二
　　案例7　采血错误——漏开化验单

管理篇
第三部分　非计划性拔管
案例分析篇
案例1　非计划性拔管——胃管脱出
案例2　非计划性拔管——胸腔引流管脱出
案例3　非计划性拔管——尿管脱出之一
案例4　非计划性拔管——尿管脱出之二
案例5　非计划性拔管——尿管拔出之一
案例6　非计划性拔管——尿管拔出之二
案例7　非计划性拔管——PICC脱出之一
案例8　非计划性拔管——PICC脱出之二
案例9　非计划性拔管——气管插管部分脱出
案例10　非计划性拔管——胸腔引流管脱出
案例11　非计划性拔管——胃管拔出
管理篇
第四部分　管道堵塞
案例分析篇
案例1　管道堵塞——食道癌术后留置的胃管堵塞
案例2　管道堵塞——PICC堵塞
管理篇
第五部分　跌倒与坠床
案例分析篇
案例1　跌倒——患者独自外出
案例2　跌倒——功能锻炼休息时
案例3　跌倒——开门时未扶稳跌倒
案例4　跌倒——如厕跌倒之一
案例5　跌倒——如厕跌倒之二
案例6　跌倒——如厕跌倒之三
案例7　跌倒——踩水滑倒
案例8　跌倒——晕倒
案例9　跌倒——下床时跌倒
案例10　坠床
管理篇
第六部分　压疮
案例分析篇
案例1　压疮——左侧臀部压疮
案例2　压疮——骶尾部压疮之一
案例3　压疮——骶尾部压疮之二
案例4　压疮——监护导联线导致瘀斑
管理篇
第七部分　液体外渗
案例分析篇

案例1　液体外渗——化疗药物外渗
案例2　液体外渗——静脉切开穿刺处液体外渗
管理篇
第八部分　其他
案例分析篇
案例1　交接班不清
案例2　静脉输液部位错误
案例3　治疗遗漏
案例4　输注抗生素时发现未做皮试
案例5　口腔护理时棉球被吞咽
案例6　吸氧医嘱未执行
案例7　护士首问负责及沟通不到位
案例8　核查重复检验医嘱不到位
案例9　患者自行倾倒胸腔闭式引流瓶内的液体
案例10　发放尿管错误
案例11　输注完血管活性药物后封管导致血压骤升
案例12　灌肠液配置错误
案例13　烫伤
案例14　腹部切口理疗导致皮肤出现水疱
附录
护理不良事件报告表（空表）
护理不良事件上报考核反馈表（空表）
护理不良事件的分级标准
封底