

骨科护理不良事件的原因分析与防范机制构建

吴志茹 赵 华

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753400

摘 要：骨科护理工作中患者年龄跨度大、卧床时间长、对术后恢复有较高需求并且并发症发生率较高，在不良事件发生后会增加患者的住院天数以及治疗费用，甚至会导致无法逆转的功能障碍。本文结合系统思维以及风险管理思想，从护理人员自身因素、医院管理相关制度因素、医院硬件设施因素及患者自身因素等四个方面探讨骨科护理不良事件发生的多种原因，进而提出了一个“前端预防——中间管理——末端改进”的整体预防措施，包括人员建设方面注重核心能力建设；流程再造上重视标准交接班及核查；信息化助力方面运用智能化预警并形成闭环回溯；组织氛围打造上实施非处罚性的报告制度并培养良好的安全文化等。希望通过此研究可以给临床骨科护理工作带来一定指导意义。

关键词：骨科护理；护理不良事件；根本原因分析；患者安全；风险管理

引言

骨科疾病诊疗包括创伤、关节置换、脊柱矫形、骨肿瘤等多种手术方式，术后需较长时间护理，制动要求高，同时还伴有老年人群比例大、合并症多、记忆力下降等情况。骨科护理不良事件中，最常见的是跌倒、坠床、深静脉血栓形成（DVT）、压疮、非计划性拔管以及药物错误。这些不良事件均给病人带来不良影响的同时，也为护士增加了心理压力以及给医院带来了不必要的经济损失。目前大多数医院都已建立护理不良事件上报制度，但是上报之后的处理大多只是简单的对每起事件进行总结并分类，缺少对发生的原因进行深入剖析，而防范措施也只是简单的“加强巡视”、“加强教育”等，无法形成有效的循环反馈机制。因此需要从系统的角度来分析骨科护理不良事件的发生原因，并针对不同的科室特点提出相应的预防对策。

1 科护理不良事件的内涵与特征界定

1.1 护理不良事件的概念与分类

护理不良事件指与护理工作紧密相连、意外发生并且有可能或者已经给病人带来损害的情况，包括可预防性损伤以及不可预防性并发症，在国际上根据患者安全分类标准将其定义为药品误用、跌倒、导管相关问题、手术部位标记错误、医院获得性感染、压力性损伤、约束造成的伤害以及沟通不良导致的问题等，在骨科中则将跌倒、DVT、压疮以及非计划拔管视为“高频高危”的四种问题，即发生率较高，危害较大而且有明确的处理时机。

1.2 骨科护理不良事件的专科特征

相比于普通外科病房，骨科护理不良事件具有鲜明

的专业特点。其一，制动与早期活动的冲突——术后患者需要在“防止脱位/内固定失效”与“防止血栓形成/肌肉萎缩”之间找到一个折衷点，这对护士的风险识别能力提出了更高的要求。其二，辅助器具的应用广泛，例如拐杖、助行器、支具、牵引装置等，如果选择或使用不合理，则会成为导致患者跌倒或皮肤受损的原因^[1]。其三，疼痛会影响患者的意识水平，在使用了镇痛药以后，一些患者会出现头晕、嗜睡的情况，从而增加了患者跌倒以及判断力下降的可能性。其四，住院时间长，而且有多次手术或者分阶段手术的比例高，因此不良事件的发生时间窗口也更长。这就要求我们对于骨科护理不良事件的预防不能简单地套用一般的策略，而要充分了解专科护理的内容。

2 骨科护理不良事件的多维原因分析

2.1 护理人员因素：认知负荷与行为偏差

首先，骨科病房护理工作量变化较大，急诊创伤接收与择期手术高峰期重叠时，护患比例严重失调，一名护士需要负责多名术后患者，巡视次数减少，观察不到位；其次，低年资护士对于骨科一些特殊并发症（例如骨筋膜室综合征早期症状、脂肪栓塞综合征）认识不够，将早期预警视为正常术后反应而未能及时处理；再次，在疲倦状态下进行的操作动作，比如核对时“想当然”跳过某些步骤、发口服药时未认真核实床号和姓名、引流管标识错误等都属于因注意力分散造成的问题；另外，在交接班过程中信息传递不畅也是原因之一，在夜间交接班时重要的注意事项（如“穿防旋鞋”，“翻身角度有限制”）仅口头交代而未书面上班护士未明确知晓，在接下来的班次中容易出现疏忽。

2.2 组织管理因素：制度刚性与流程漏洞

第一，风险筛查工具缺乏针对性，大多数医院使用通用型跌倒评分或者压疮评估表，而忽略骨科特有的危险因素（比如手术入路对手术病人活动受限程度、外固定架重量对手术病人平衡带来的不利影响），从而将一些实际上不需要特别关注的人群误认为是安全患者而忽视防范工作。第二，应急预案实用性不够强，在DVT出现急性肺栓塞、术后大出血等紧急情况下，虽然有预案，但是没有明确到每个岗位具体需要做哪些事情的“分钟级”的操作指南，一旦发生此类情况第一次响应就超出规定的时间^[2]。第三，培训考核过于注重理论而不重视实践，在定期的操作考核中更多的是无菌技术以及注射规范等内容，而对于临床上遇到的一些难以抉择的情况（比如躁动病人进行约束还是防止其坠床、患有糖尿病病人压疮敷料如何选择等）缺乏相应的训练，导致护士在类似情况下无法做出正确判断。第四，质量监督侧重结果而不是过程，在不良事件发生之后更关注个人责任追究而不是整个流程中存在的问题，导致相同的问题不断重复出现在不同的病房当中。

2.3 环境与设备因素：空间布局与技术局限

物理环境不合理设计间接诱发或者加重事件发生。骨科病房床单元间距较小，床头柜、陪护椅放置之后过道宽度不够，在晚上熄灯以后病人要去厕所需要绕过障碍物，增加病人摔倒几率。卫生间的地面防滑指数不够高，而且没有安装紧急呼救拉绳，在骨科手术之后病人的下肢不能负重，在去厕所的过程当中是最容易摔倒。另外，一些设备存在问题，比如监护仪报警值设定不合理（如对于老年人的心率报警上限设置得比较低造成经常报警），导致护士产生“报警疲劳”，把声音调小甚至不予理会真正的危险性报警被埋没；还有就是使用翻身辅助工具不足或者陈旧，护士不得不用手去翻身，这不仅增加了护士的职业伤害而且由于操作不当造成病人引流管脱落。信息化方面，电子病历的风险标记只能单独存在，不能够与交接班记录或者护理计划书进行连接，风险的信息在系统里面“无声地流动”，无法及时通知到相关责任人。

2.4 患者与家庭陪护因素：依从性差异与信息不对称

患者的自身情况以及陪护者的做法对于结果的安全性是不能忽视的因素。高龄骨质疏松患者轻微跌倒即可发生骨折，但是他们对自己的活动能力过于自信从而忽略警告而擅自离床。认知功能下降或者听力下降的患者不能理解预防脱位的要求，在术后无意间做出外旋、内收的动作。同时陪护家属由于缺乏相关知识，在护士讲

解之后仍以“帮助病人活动”的理由随意解开束缚带或者拔掉引流管而导致不良后果的发生。再有少部分患者因为经济问题或对恢复失去信心而不愿意使用气压泵、翻身床等设备，主动放弃自我保护的行为。虽然这些问题都是源于患者的方面，但是也反映出护理宣教的方法没有根据患者的不同情况进行区别对待，也没有对家属进行有效的“安全协管员”的培训。

3 骨科护理不良事件防范机制的系统构建

3.1 前端预防：强化风险识别与能力储备

前端防控重点为把关在患者入院以及术前准备时。一、设计骨科专科的风险筛查工具，在一般风险评估上增加“手术入路限制评分”、“辅助器具使用复杂程度”、“疼痛-镇静联合影响系数”，用颜色表示风险等级（红/橙/黄/绿），对应不同频率巡视及防护设备配备。此工具需纳入入院护理评估表并发送给负责护士手持设备^[3]。二、制定分层次培训计划。对N0-N1级护士开展“骨科早期并发症识别培训班”，以高仿真模拟人进行筋膜室综合征、肺栓塞先兆等模拟练习；而N2以上级别护士则侧重于“临床决策与应急指挥”，如组织多人急救、与医生良好交流等非专业技术。三、推行术前患者教育分级管理。依据患者的理解能力将其分成三个等级，即基础版（图片说明）、标准版（视频演示加上口头讲解）以及加强版（家人亲自示范操作）。以便让其了解风险并且记忆深刻。

3.2 中端控制：优化流程管理与技术赋能

中端控制关注日常护理实施的标准化与智能化。一是实行“三个时间段”的风险检查表，在早晨交接班之后、中午治疗高峰之前以及晚上查房时，由负责护士根据检查表逐一核对：体位是否合适，约束/制动是否良好，各种管路是否固定良好，受压部位是否有缓解措施，下肢静脉血栓预防装置是否按时使用等，填写完毕后需电子签名保存并作为质量检查的一部分；二是改进交接班方法，采取“ISBAR-P”的结构化交接方式（姓名、现状、评估、建议、风险预案），把骨科特有的风险点（如脊柱手术后神经功能改变、关节置换术后脱位的风险）作为固定的汇报内容，避免口头交接造成的遗漏；三是使用智能化预警和监测工具，通过穿戴设备或者床垫的压力传感来对患者离开床面、久坐不动、体位不良等情况进行及时提醒；在电子医嘱中设置药品之间的禁忌联合检测（如抗凝剂不能和硬膜外镇痛泵一起使用等），降低医嘱开具及执行过程中的错误率；并且有设备巡检的电子记录，保证翻身用具、约束带、助行器等按时保养更换。

3.3 后端改进：完善报告机制与安全文化

后端改进旨在从事件中学到东西并且进行系统性改进，而不是单纯追责。第一，推广无处罚自愿报告制度，“人为过失”与“系统缺陷”相区别对待。对由于流程不清、设备故障或者人员不够造成的事件不予处罚，主要针对流程中断点以及资源短缺进行讨论^[4]。第二，成立常态化根因分析（RCA）小组，每季度选择1-2起有代表性的不良事件进行回顾分析，画出事件发生的时间轴以及致因鱼骨图，最后得出一份“改进措施的责任清单”，规定完成时间和复查要求。第三，营造良好的安全文化氛围，在科室内部设立“安全贡献奖”，表扬那些积极主动地发现安全隐患或者“近似差错”的护士，并且经常组织大家观看“被及时阻止”的事件，增强“预防为主”的工作自豪感。第四，建立不良事件数据库，通过描述性统计以及趋势分析找出易发时间、易发人群和易发操作步骤，从而对排班、培训和物资供应做出相应调整。

4 防范机制的实施保障与协同联动

有效的机制必须有相应的支持条件，否则容易流于形式。第一，护理管理者要赋予其相应的权重，在人、财、物上给予倾斜，比如增加骨科护理人员的数量特别是在晚上、节假日，购买足够的减压床垫和体位固定用具，完善信息化设备等。第二，成立多科室的安全小组，由骨科医生、康复治疗师、临床药师以及后勤人员定期参加安全会议，让预防工作贯穿整个医疗服务活动过程，如药师参与到术后镇痛方案中以减轻病人头晕症状，康复师帮助病人尽早站立行走，后勤人员定期检查地面是否湿滑、扶手是否牢固等。第三，把不良事件防范情况作为科室考核内容之一，设置“风险识别率”、

“预警响应达标率”、“整改措施落实情况”，而不是单纯以“事件发生率”来评判好坏，激发护士们的积极性。第四，成立院际骨科护理安全联盟，互相分享脱敏后不良事件信息和改进措施，达成区域内的统一标准，防止各家医院各行其是。

5 结语

骨科护理不良事件是个体行为、组织流程、物理环境与患者状态多重因素交织耦合的结果。传统线性归因难以根治，必须转向系统思维以从源头降险。本文构建“前端预防—中端控制—后端改进”全链条机制，整合专科化风险评估、结构化交班、智能预警、非惩罚性报告及多学科协作，兼顾技术硬实力与文化软环境，兼具理论完备性与实践适配性。未来实施需注重动态评估，利用真实世界数据修正风险量表与预警阈值，打造“活”的学习型系统。同时，应关注护理人员职业疲劳与心理负荷，将员工健康支持视为安全管理基石，因为安全的护理源自身心健康的护士。唯有如此，骨科护理防控才能从“被动应对”迈向“主动治理”，为患者构筑坚实安全屏障，实现持续质量改进。

参考文献

- [1]张丽华,王健,赵丽丽.骨科住院患者跌倒风险因素分析及护理对策研究进展[J].中华护理杂志,2022,57(8):1005-1010.
- [2]陈思远,李敏,刘阳.基于HFMEA的骨科手术患者非计划拔管预防流程优化[J].护理学杂志,2023,38(12):74-78.
- [3]王秀梅,孙晓红,张伟.骨科护理安全文化建设现状与路径探索[J].中国护理管理,2021,21(6):892-896.
- [4]刘佳,周静,吴洁.信息化预警系统在骨科深静脉血栓预防中的应用效果[J].护理研究,2024,38(3):512-516.