

<<护理临床案例精选>>

图书基本信息

书名：<<护理临床案例精选>>

13位ISBN编号：9787117160193

10位ISBN编号：7117160195

出版时间：2012-8

出版时间：赵佛容、王玉琼、宋锦平 人民卫生出版社 (2012-08出版)

作者：赵佛容，王玉琼，宋锦平 编

页数：322

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<护理临床案例精选>>

### 内容概要

《护理临床案例精选：经验与教训》以临床护理工作中发生过的案例为基础，从规章制度的执行状况、护理操作中发现的问题、临床护理教学中存在的缺陷、护理语言沟通的问题、护理临床经验的不足、工作中责任心欠缺和临床护理中常常出现的一些其他问题七个方面，进行了案例的搜集、整理，每一案例都加注了评析，以引起读者的思考，使其明白如何防范，知道怎样去做。

<<护理临床案例精选>>

作者简介

赵佛容，女，1958年出生。

四川大学华西护理学院教授，硕士生导师。

1989年毕业于华西医科大学，现任四川大学华西口腔医院护理部主任，中华护理学会口腔专业委员会副主任委员，四川省护理学会口腔五官专业委员会主任委员，四川省护理学会常务理事，四川省医疗事故鉴定专家库专家。

先后发表文章40余篇；主编高等教育“十五”国家级规划教材（《口腔护理学》，“十五”、“十一五”国家级规划音像教材《口腔护理四手操作技术》、《口腔专科护理操作技术》第一集与第二集；参编《中华口腔科学》、《眼耳鼻咽喉口腔科护理学》、《急救护理学》、《现代救援医学》、《护理人际沟通教程》、《护理学辞典》等著作。

## &lt;&lt;护理临床案例精选&gt;&gt;

## 书籍目录

第一篇规章制度，护士工作的行为准则 1—1 违规下床出意外 1—2 患者的意愿勿盲从 1—3 违反医嘱执行制度致差错 1—4 护理工作最重要的环节——查对、查对、再查对 1—5 张冠李戴的输液 1—6 转运途中患者从平车跌落 1—7 护理工作中的定势思维要误事 1—8 执行口头医嘱要审慎 1—9 一级护理应落到实处 1—10 口服药的领取和发放环节须严把关 1—11 执行医嘱后的签字须谨慎 1—12 新生儿被误用哌替啶 1—13 名不副实的查对 1—14 自行变更医嘱致差错 1—15 乱用手套招投诉 1—16 患者的隐私莫公开 1—17 “人情加床”的后患 1—18 “O”型血患者输入“AB”型血 1—19 环环查对保安全 1—20 盲目配药遭投诉 1—21 未经允许的保护性约束 1—22 输血前的查对疏漏致差错 1—23 “W”和“N”的区别 1—24 过期药惹的祸 1—25 药名相似“难辨真假” 1—26 失而复得的手术标本 1—27 患者身份核查至关重要 1—28 象征性查对的后果 1—29 外用乙醇变身为内用药 1—30 同室病友输错液 1—31 用药剂量错误 1—32 病历修改须规范 1—33 核对中有疑必解 1—34 焦虑患者更焦虑，都是药物惹的祸 1—35 10 倍的药物剂量 1—36 静脉用药与外用药切不可混淆 1—37 医嘱和分级护理制度执行中的疏漏 1—38 严格清点手术物品是安全的保证 1—39 急诊危重患者转运途中的意外 1—40 随口一句“没电了”引发的纠纷 1—41 错接了的管道 1—42 高危患者转运时要严格执行转运制度 1—43 手术患者的贵重物品不翼而飞 1—44 相似或相近的药物 1—45 静脉用药误人患者膀胱 1—46 误用的硫酸镁 1—47 护生独立操作致差错 1—48 同一患者的不同血型 1—49 工作动态栏不能替代医嘱执行单 1—50 执行口头转述医嘱须核查 1—51 “漏网”的过期药 1—52 输错了“已查对过”的血浆 1—53 患儿坠地致损伤……

第二篇护理操作，务必精益求精 第三篇临床护理教学，承载着培育天使的职责 第四篇责任心，为患者撑起医疗安全保护伞 第五篇人际沟通，护理工作的人文艺术 第六篇临床经验，重在积累，归于实践 第七篇其他护理不良事件，护理人员应严加防范

## &lt;&lt;护理临床案例精选&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：2.医师将处方直接交给患者，本身就存在安全隐患，患者家属到药房取药往往是药房发什么药就取回什么药。

3.甲护士到病床旁取药，没有带医嘱执行单，只凭记忆认为就是夫西地酸钠；在配制过程中，也未认真查对便将药物配制于事先写好瓶签（夫西地酸钠）的液体内，错失了杜绝事件发生的时机。

4.乙护士到患者床旁输液，虽然带了执行单，但由于输液瓶签、床号、姓名、药名是根据输液执行单事先写好，执行输液操作过程中已经无法判断药物是否正确。

5.“夫西地酸钠”与“呋布西林钠”，两种药名很相似极易混淆，在工作人员不足、工作量大时，会影响医务人员的判断力而发生用药差错。

（二）如何避免与防范 1.从药品制造商源头改进，避免药品及包装相类似的药品。

2.强化医院工作人员对类似药名、类似包装的药物的风险识别训练。

工作中加强责任心，务必把好患者安全用药关。

3.对临床护理人员强化查对制度的落实，不能仅将“三查七对”制度停留在口头上。

任何一个环节均应严格执行查对制度，如到患者床旁取药时，须带上输液执行单以利于查对药名；在配制过程中，落实“三查七对”制度，不得忽视加药后的再次核对。

4.避免由家属自行取药。

（三）应该这样做 1.医师开具处方后，应将处方交给总务护士统一取药。

2.护士向患者收取药品时，应带上输液执行单，进行核对。

3.输液配制过程中，严格执行“三查七对”，认真核对药名，警惕相似药名、相似包装的药物。

4.药房工作人员发药时，尤其注意相似药名、相似包装药物，按照医师处方核对所发药名、剂量，再进行两人查对。

【评析】（一）事件发生原因 1.护士工作粗心大意，遗忘了本应进行的相关工作。

2.护士工作繁忙，忙中出错。

3.未认真执行《手术安全核查制度》，导致了环节疏漏，术后组织标本被遗弃。

2010年3月17日卫生部办公厅印发《手术安全核查制度》卫办医政发[2010]41号，明确规定手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方）分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

在患者离开手术室前：三方要共同核查的内容其中一个重要的内容包括确认手术标本。

由此可见，本事件是手术医师、麻醉医师和手术室护士没有严格执行《手术安全核查制度》而导致的风险事件。

<<护理临床案例精选>>

编辑推荐

《护理临床案例精选:经验与教训》精选了百余例临床护理工作案例，从中总结出有益的经验 and 警示的教训，并附以专家点评和分析，能使广大读者通过案例的学习，提高临床工作能力，减少医疗事故的发生。

<<护理临床案例精选>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>