

医线防“陷”记 不良事件早管控

岳阳市中心医院 王小英

在临床一线,医护人员每天面对的是复杂多变的病情、高强度的工作节奏以及瞬息万变的患者状况。即便再严谨、再专业,也难以完全避免医疗过程中可能出现的差错或意外。这些被统称为“不良事件”的情况,既包括用药错误、操作失误、设备故障,也涵盖跌倒、压疮、院内感染等非预期伤害。然而,真正令人担忧的并非不良事件本身,而是它们常常被“悄悄掩盖”或“视而不见”——上报率低已成为当前医疗安全体系中的一个隐性短板。

1. 不良事件上报为何如此重要?

不良事件上报是医疗质量与患者安全管理体系的核心环节。它不仅是对已发生问题的记录,更是系统性改进的基础数据来源。通过真实、全面、及时的上报,医疗机构能够识别高风险环节、分析根本原因、制定针对性干预措施,从而防止类似事件再次发生。

2. 当前上报率低的症结在哪里?

首先,认知偏差普遍存在。部分医务人员将“不良事件”等同于“个人过失”,误以为上报即等于承认错误,会受到处罚。这种误解源于对不良事件本质的理解不足——现代医疗安全理念强调,多数不良事件源于系统缺陷,而非个人失误。例如,药品包装相似、信息系统设计不合理、交接班流程模糊等,都是典型的系统性诱因。其次,上报机制不够便捷高效。一些医院仍依赖纸质表格或繁琐的电子流程,耗费时间且反馈滞后,削弱了医务人员的积极性。此外,缺乏对上报信息的闭环管理——即上报后无后续分析、无改进建议、无结果反馈——也让一线人员感到“报了也白报”。再者,激励与支持机制缺失。在绩效考核中,不良事件上报常被忽视,甚至被错误地与“差错率”挂钩,进一步加剧了隐瞒倾向。相反,若能建立正向激励机制,如对主动上报者给予肯定、对提出有效改进建议者予以奖励,将显著提升参与度。

3. 如何切实提升上报率?

要打破“不愿报、不敢报、不会报”的困局,需从制度、文化与技术三方面协同发力。

第一,营造非惩罚性安全文化。医疗机构应明确区分“可免责的系统性事件”与“需追责的故

意违规行为”,并通过培训、案例分享等方式强化“上报是为了改进,而非追责”的理念。领导层的态度至关重要——只有当管理者公开支持上报、主动参与根因分析,并将改进成果透明化,才能真正消除一线人员的心理障碍。

第二,优化上报流程与工具。推行及时上报。同时,设置匿名选项,保护上报者隐私;建立快速响应机制,确保每一份报告都有专人跟进、有分析、有反馈。

第三,加强培训与能力建设。定期开展不良事件识别与上报培训,帮助医务人员准确判断何为“需上报事件”。尤其要强调“近似错误”(near miss)的重要性——那些虽未造成实际伤害但存在高风险的操作偏差,往往更具预警价值。通过模拟演练、情景教学等方式,提升全员的风险敏感度和上报主动性。

第四,建立正向激励与学习机制。将不良事件上报纳入科室质量考核指标,但以“数量+质量+改进成效”为综合评价标准,而非简单计数。定期发布《质量管理月报》,展示典型上报案例及由此推动的流程优化成果,让医务人员看到自身贡献的实际价值。例如,某护士上报输液泵报警延迟问题后,医院迅速更换设备并修订操作规程,有效避免了多起潜在用药事故——此类成功案例的传播,能极大增强团队信心。

4. 上报不是负担,而是守护的起点

提高不良事件上报率,并非追求“问题曝光”,而是构建一道隐形的安全防线。每一次诚实的记录,都是对患者负责的体现;每一份详实的报告,都是对系统漏洞的精准定位。当上报成为一种习惯、一种责任、一种专业素养的体现,医疗安全才能从被动应对转向主动预防。

在高度复杂的现代医疗体系中,没有人能凭一己之力杜绝所有风险。唯有依靠集体智慧、透明沟通与持续改进,才能将“小疏忽”扼杀于萌芽,避免其演变为“大事故”。每一位医务工作者都应意识到:你的一次上报,可能挽救的不只是一个患者,而是一套流程、一个制度,甚至整个医疗系统的信任根基。

镇痛泵要不要用?

广西医科大学第二附属医院 赵晓珍

术前谈话时麻醉医生问手术患者家属是否需要镇痛泵时,为什么很对家属都在犹豫?医生问:“镇痛泵用不用?”家属第一反应:“那东西有用吗?会上瘾吧?”再问:“会不会影响伤口?”再问:“能不能忍一忍?”今天我们来了解关于镇痛泵的知识。

一、真相一:镇痛泵不是“上瘾的机器”,是术后舒适的代名词
很多家属一听到“吗啡”“芬太尼”就紧张,这些名字在新闻里、电视剧里都跟“毒品”绑在一起。但你不知道的是:镇痛泵(医学上叫PCA, Patient-Controlled Analgesia, 患者自控镇痛)里装的,主要是舒芬太尼、瑞芬太尼这类强效阿片类药物,配合止吐药、少量镇静药,再加非甾体抗炎药做多模式镇痛。这套药在围术期用24~72小时,叫“急性疼痛的规范化治疗”。而“成瘾”,在医学上有明确定义,非医疗目的的强迫性使用。你因为痛需要镇痛,不痛就不需要,这叫治疗,跟成瘾完全不是一回事。

PCA有一个物理机制在帮你远离“上瘾”——锁定时间。你按一下按钮,5分钟内再按也没用。这是机器在保护你,不是限制你。

我见过的术后患者没有一个因为用了镇痛泵“上瘾”。但因为忍痛留下慢性疼痛、失眠、抑郁的见过不少。

二、真相二:你“省”下来的不是钱,是命
很多家属拒绝镇痛泵的真正理由,是觉得“贵”“没必要”。手术以后,伤口的愈合不是“安静地长”,而是一个高度活跃的炎症修复过程。这个过程需要良好的血液循环、稳定的内分泌环境、需要免疫细胞正常出动。持续疼痛对身体的伤害是连锁的:

交感神经持续兴奋→全身血管收缩→伤口供血下降,应激激素飙升→免疫细胞被抑制→感染风险增加;不敢深呼吸、不敢咳嗽→肺不张→肺部感染;不敢早活动→深静脉血栓、肠粘连;应激反应→老年人谵妄、跌倒、心血管事件。而这些并发症一旦发生,治疗费用是镇痛泵的几十倍、几百倍。ICU一天的费用、一次肺部感染的治疗周期、一根深静脉血栓脱落造成的肺栓塞……省下的几百块镇痛泵费用,最后可能要付出更多,患者多受几个月的罪。

三、真相三:护士在术后24小时真正“盯”的事

镇痛泵装上不是结束,是开始。作为护士,术后最关注的是这几件事:1.呼吸:患者的呼吸频率、深度、有没有抑制。镇痛药过量最危险的信号,就是呼吸变慢、变浅。2.意识:患者清醒程度、能不能对答、有没有过度嗜睡。3.恶心呕吐:阿片类最典型的副作用,处理不好会让患者更痛苦。4.镇痛效果:患处静息时疼不疼、咳嗽时疼不疼、活动时疼不疼。5.PCA按钮的按压次数——这个数据比任何话都真实。

护士每小时记录一次这些数据,麻醉医生每天评估一次PCA是否需要调整。

而家属能做的,是把异常情况第一时间告诉护士“我妈一直想睡,叫不醒”“我爸吸一口气就说胸口疼”“按钮按了好多次但还是疼”。这些细节,往往是并发症的早期信号。

四、那术前到底怎么决定?

这里有三条实际的建议:

1. 让清醒的患者自己参与决策:家属最大的误区是“我替爸妈决定”。但70岁能自己签字的老人,比40岁孩子更清楚自己能忍受多疼。
2. 这几类手术,建议一定要用:开胸、开腹、大关节置换;预计术后24小时内疼痛评分≥4分;老年人、合并慢性病的人;既往有慢性疼痛史;对疼痛特别敏感、焦虑的人。
3. 这几种情况,可以减量或不用:对阿片类严重过敏;严重呼吸抑制、严重低血压;浅表小手术、医生评估疼痛很轻;患者能清醒反馈、能自己按PCA按钮。

4. 术前必问医生三句话:镇痛泵里装的是什么药、剂量多少?主要副作用有哪些、出现怎么处理?用了之后如果还是痛,下一步怎么办?

手术后72小时,是患者最脆弱、最需要专业支持的时候。镇痛泵不是奢侈品,是基本配置。拒绝它,往往不是“为患者好”,而是把自己的恐惧和“忍”的执念,加在了患者身上。真正能替你扛那72小时疼痛的,不是你的孝心,是这台小机器。

类风湿关节炎患者居家关节功能锻炼指南

重庆大学附属三峡医院风湿免疫科 李娟

类风湿关节炎是一种常见的慢性自身免疫性疾病,严重损害患者肢体活动能力与日常生活质量。很多患者认为“关节疼就要彻底静养”,长期卧床、久坐不动,反而造成关节粘连、肌肉萎缩、血液循环不畅,进一步加重关节功能退化。事实上,科学适度的居家关节功能锻炼,是类风湿关节炎康复的核心手段之一。合理锻炼能够减轻关节僵硬、维持关节活动度、增强关节周围肌肉力量、稳定关节结构,有效延缓关节畸形的进展。

一、居家锻炼核心原则

类风湿关节炎患者的关节存在炎症损伤,锻炼方式区别于健康人群,切忌盲目进行高强度运动。关节红肿、疼痛、发热的急性发作期,以休息为主,仅可开展轻微的关节放松活动,避免加重炎症反应;关节无明显肿痛、病情稳定的缓解期是锻炼黄金时期,需坚持规律训练。所有锻炼动作以关节轻微酸胀、无疼痛感为标准,若锻炼过程中出现关节刺痛、肿痛加重等情况,需立即停止训练。同时遵循循序渐进原则,从简单、小幅度、慢节奏的动作起步,逐步增加运动量,切忌急于求成。

二、分部位居家基础功能锻炼

手部和腕关节是类风湿关节炎最早、最易受累的部位,长期关节僵硬易导致握拳困难、手指畸形,需要每日重点锻炼。手指屈伸训练:缓慢张开五指至最大舒展状态,保持3秒,再缓慢握拳,指尖尽量贴近掌心,保持3秒,每组10次,每日3组。手腕旋转训练:手臂平放放松,手腕缓慢顺时针、逆时针旋转,各10圈,动作轻柔,避免手腕过度弯折。拇指对捏训练:拇指依次与其余四指指尖对捏,模拟捏取物品的动作,每组循环5次,可有效改善拇指关节僵硬,维持手部精细活动能力。

病程较长的患者易出现肩关节粘连,引发抬手困难、穿衣受限等问题,可居家开展两项肩部训练。靠墙抬手训练:侧身贴墙,手指沿墙面缓慢向上攀爬,抬至肩部微微酸胀即可,停留2秒后缓慢回落,每组8~10次。双肩环绕训练:双肩缓慢向前、向后画圈活动,各10次,可有效缓解肩周肌肉紧

张与关节僵硬。

膝关节受累会导致下蹲、行走困难,而下肢肌肉萎缩会进一步加重关节负荷、加重病情,推荐两项针对性训练。坐姿屈膝训练:端坐于椅子上,腰背挺直,双腿自然下垂,单侧小腿缓慢向后屈膝,使脚后跟贴近臀部,随后缓慢放下,双侧交替训练,每组10次。靠墙静蹲训练:适用于病情稳定患者,背部贴靠墙面,双脚与肩同宽,缓慢下蹲至膝盖微屈,保持10~20秒,严禁深蹲、膝盖超过脚尖,保护膝关节软骨。

晨起关节僵硬是类风湿关节炎的典型症状,踝关节僵硬易导致起步困难。患者可采取坐姿,双脚脚尖缓慢上勾、下压,最大限度活动踝关节,再顺时针、逆时针旋转脚踝,每组10次,每日2组,可有效改善下肢血液循环,缓解晨起关节僵硬症状。

三、关键注意事项与康复误区规避

部分患者锻炼效果不佳甚至病情加重,主要原因是陷入了康复误区。一方面,切忌久坐久卧、完全制动,长期卧床不动会引发关节纤维粘连,造成不可逆的关节功能损伤;另一方面,杜绝过度锻炼、负重锻炼,跑步、跳绳、深度深蹲、搬重物等行为会造成磨损关节,加重关节炎炎症损伤。

需合理把控锻炼时长,最佳锻炼时段为晨起热敷后、睡前,单次总锻炼时长控制在20~30分钟即可,无需长时间高强度训练。同时坚持规律锻炼,关节功能康复是长期过程,每日适度规律训练,效果远优于偶尔单次高强度运动。此外,锻炼需配合规范化病情管理,坚持规律服药、做好关节保暖,避免受凉刺激诱发滑膜炎;锻炼后可轻柔按摩关节周围肌肉,缓解肌肉酸痛不适感。

四、小结

类风湿关节炎的康复管理中,药物控制炎症是基础,科学的居家功能锻炼是关键。长期坚持科学的居家锻炼,可有效改善关节僵硬、提升生活自理能力,帮助类风湿关节炎患者做好慢性管理,最大程度保留关节功能,维持高质量的日常生活。