

老年患者住院期间医疗不良事件影响因素及其防范策略*

朱俊青¹, 卢艳娥², 郭芳¹

(河北医科大学第一医院:1.肝胆外科;2.肝病中心,石家庄 050031)

中图分类号:R473

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)27-3669-03

患者住院期间的医疗不良事件包括院内感染、用药错误、意外伤害等,医疗不良事件的发生既威胁着患者的生命安全,降低患者及其家属对治疗满意度,又容易引发不必要的医疗纠纷,对医院的社会效益和经济效益造成严重负面影响^[1]。国内外调查发现^[2-3],医疗不良事件可以通过制订针对性的防控策略,显著降低医疗不良事件的发生率。本研究通过对 2012 年 1 月至 2013 年 1 月在本院住院的 180 例老年患者临床资料进行回顾性分析,对医疗不良事件的构成情况和相关危险因素进行了探讨。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月在本院住院的 180 例老年患者作为研究对象。其中,男 106 例,女 74 例;年龄 60~79 岁,平均(69.36±3.72)岁。采用生活力量表(Barthel 指数)对患者依赖程度进行调查,得分在 0~100 分之间,≤40 分表示重度依赖,41~60 表示中度依赖,61~99 分表示轻度依赖,100 分表示无需依赖。

1.2 方法 统计患者 2012 年 1 月至 2013 年 1 月医疗不良事件发生情况,采取非惩罚性记录报告的方法。采用回顾性分析对患者的一般资料进行记录,包括年龄、性别、家庭情况、合并慢性疾病、视力、听力、住院时间。采用总体衰退调查量表(GDS)对患者的总体衰退情况进行简单评估,GDS 根据评分分为 1~7 级,评分越高表明患者总体衰退情况越严重。采用生活力量表(Barthel 指数)对患者依赖程度进行调查,得分在 0~100 分,≤40 分表示重度依赖,41~60 分表示中度依赖,61~99 分表示轻度依赖,100 分表示无需依赖。医院感染参考卫生部医院感染诊断标准进行判断^[4]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;影响因素进行多因素 Logistic 回归分析,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 医疗不良事件发生情况 180 例老年患者当中共有 41 例患者发生医疗不良事件,发生率为 22.78%。发生例次为 49 例次,发生率为 27.22%。不同类型不良事件和主要不良事件构成比见表 1、2。

2.2 医疗不良事件医护原因分析 医疗不良事件的主要原因是评估不到位(20.41%)、患者疾病原因(18.37%)、管理不当(12.24%)、沟通不及时(16.33%)。见表 3。

2.3 医疗不良事件患者影响因素单因素分析 单因素分析结果显示,年龄、住院时间、视力状况、生活能力、总体衰退状况、合并慢性疾病对医疗不良事件发生的有显著影响(*P* < 0.05)。见表 4。

表 1 不同类型不良事件发生情况[n(%),n=180]

类型	发生例数	发生例次
医院感染	14(7.77)	16(8.89)
意外伤害	8(4.44)	11(6.11)
导管差错	6(3.33)	8(4.44)
用药差错	4(2.22)	4(2.22)
约束带使用差错	1(0.56)	3(1.67)
皮肤护理差错	2(1.11)	2(1.11)
饮食差错	2(1.11)	2(1.11)
用氧护理差错	1(0.56)	1(0.56)
其他	3(1.67)	3(1.67)
合计	41(22.78)	49(27.22)

表 2 主要不良事件构成情况

类型	事件	例次数	构成比(%)
医院感染	口腔	1	2.04
	皮肤	1	2.04
	消化系统	2	4.08
	泌尿系统	4	8.16
	呼吸系统	8	16.34
意外伤害	烫伤	1	2.04
	挤压	1	2.04
	窒息	1	2.04
	骨折	1	2.04
	坠床	3	6.12
	跌倒	4	8.16
用药差错	静脉用药外渗	1	2.04
	剂量差错	1	2.04
	未按时注射	1	2.04
	未按时服药	1	2.04
导管差错	导管污染	1	2.04
	导管滑脱	5	10.20
	导管不畅	2	4.08
其他	其他事件	10	20.42
合计		49	100.00

* 基金项目:河北省卫生厅科研基金资助项目(20120287)。 作者简介:朱俊青(1969—),本科,副主任护师,主要从事肝胆外科护理工作。

表 3 医疗不良事件主要原因及构成情况

原因	例次数	构成比(%)
评估不到位	10	20.41
沟通不及时	8	16.33
管理不当	6	12.24
培训不到位	3	6.12
违规操作	4	8.16
环境因素	2	4.08
设备原因	1	2.04
医嘱错误	3	6.12
疾病原因	9	18.37
其他原因	3	6.12
合计	49	100.00

表 4 医疗不良事件患者影响因素单因素分析

因素	分类	n	发生例次数	发生率(%)	χ^2	P
性别	男	106	31	29.25	0.533	0.465
	女	74	18	24.32		
年龄(岁)	≤55	59	11	18.64	14.209	0.000
	>56~<64	73	16	21.92		
	≥65	48	22	45.83		
住院时间(d)	≤14	69	10	14.49	15.773	0.000
	>15~<29	82	26	31.71		
	≥30	29	13	44.83		
视力状况	轻度下降	58	7	12.09	18.427	0.000
	中度下降	78	13	16.67		
	重度下降	44	29	65.91		
听力状况	轻度下降	74	19	25.68	1.238	0.266
	中度下降	85	22	25.88		
	重度下降	21	8	38.10		
总体衰退状况	≤4级	78	19	24.36	4.349	0.032
	5级	49	13	26.53		
	6级	42	11	26.19		
	7级	11	6	54.55		
生活能力	轻度依赖	68	15	22.06	12.450	0.000
	中度依赖	67	14	20.90		
	重度依赖	28	9	32.14		
	完全依赖	17	11	64.71		
合并慢性疾病	≤2种	124	17	13.71	36.733	0.000
	>2种	56	32	57.14		

2.4 医疗不良事件患者影响因素多因素分析 多因素 Logistic 回归分析结果显示,总体衰退状况、视力状况、生活能力、合并慢性疾病是医疗不良事件发生的独立危险因素($P<0.05$)。见表 5。

表 5 医疗不良事件患者影响因素多因素分析

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR95%CI
总体衰退状况	1.275	0.201	3.045	0.001	3.412(1.105~6.431)
视力状况	1.146	0.531	4.647	0.030	3.144(1.608~7.364)
生活能力	1.163	0.352	3.872	0.000	3.206(1.116~8.867)
合并慢性疾病	1.159	0.647	4.522	0.001	3.187(1.608~7.364)

3 讨 论

3.1 老年患者住院期间医疗不良事件发生概况 在本研究当中,通过对 180 例老年患者住院期间医疗不良事件调查发现,共有 41 例患者发生医疗不良事件,发生率为 22.78%。发生例次数为 49 次,平均每位老年患者 1 年发生医疗不良事件约 0.3 次。其中,在不同类型的医疗不良事件当中医院感染的发生率最高,占 7.77%,其次为意外伤害、导管差错,分别占 4.44%、3.33%。以上 3 种医疗不良事件占 71.43%,是老年患者住院期间要重点关注的医疗不良事件。国外文献报道^[5],美国住院患者住院期间约有 8.0%~12.0%的患者出现过医疗不良事件。而 WHO 的资料显示^[6],在住院患者当中 3.90%~16.70%的患者曾经出现过医疗不良事件。而在本研究当中,医疗不良事件的发生率显著高于上述文献资料。分析原因可能为(1)与本研究选取样本有关。老年患者是个特殊群体,机体功能、抵抗能力等均下降,且部分患者合并多种慢性疾病,医院感染等的发生率高于中青年患者^[7],因此,本研究将老年患者作为研究对象;(2)本研究采取了非惩罚性记录报告的方法,出现医疗不良事件之后即刻进行登记和记录,在一定程度上减少了回忆偏倚或者遗漏^[8]。

3.2 老年患者住院期间医疗不良事件发生因素 本研究对老年患者住院期间医疗不良事件发生因素进行单因素和多因素分析,单因素分析结果显示,年龄、住院时间、视力状况、生活能力、总体衰退状况、合并慢性疾病对医疗不良事件发生的有显著影响;多因素 Logistic 回归分析结果显示,总体衰退状况、视力状况、生活能力、合并慢性疾病是医疗不良事件发生的独立危险因素。本组患者年龄偏大,部分患者合并了 2 种或 3 种慢性疾病,自身的抵抗能力减弱;而且总体衰退状况 5~7 级患者有 102 例,视力均有不同程度下降,部分患者生活依赖能力强。部分患者对自我身体状况估计不足,时常在无陪护的情况下起床或进行简单运动。综合患者自身各种因素,老年患者住院期间容易出现跌倒、院内感染、坠床、导管滑脱等不良事件。在刘玉娥等^[9]的研究当中发现,约 30.00%的医疗不良事件与患者自身疾病特征有关。除此之外,还有研究认为^[10-11],医疗不良事件的发生原因主要是管理措施不科学、护患沟通不良、评估差错等。例如在对患者进行治疗或护理时,由于护士或医师对患者的评估不够全面,可能会遗漏一些价值较大护理信息,在一定程度上这可能是医疗不良事件发生的隐患。而作为医护人员而言,自身失误导致的医疗不良事件不能用借口去解释推脱。本次单从医疗不良事件医护人员角度进行了评价,20.41%的不良事件来自评估不到位,位居榜首;其次是沟通不及时,占总不良反应事件的 16.33%;第三是管理不当,占 12.24%。由此可见在工作中还存在着很多的不足,有待于针对性的进行管理培训等相应措施来弥补。

3.3 老年患者住院期间医疗不良事件防范策略 目前,随着对医疗不良事件研究的逐步深入,不少学者认为医疗不良事件

是一个系统性问题,当发生医疗不良事件之后不能简单归结于个人处理错误或者疏忽^[12-14]。因此,要减少医疗不良事件,(1)要提升医院整体系统功能,建立并形成规范化的医疗不良事件报告系统,开展不良事件上报管理机制研究,以促进医疗不良事件的良性转归^[15]。(2)要做好患者自身的健康教育工作。有条件的医院可以成立健康教育管理小组,根据患者具体情况设计不同病种的健康教育路径,严格按照教育路径的内容对患者进行教育和指导。(3)要加强医护人员对患者安全文化的培训。对护士进行分层管理,各科室要按照不同层级护士的具体要求,进行有计划、有组织的专科知识培训,包括专业技能、医院感染防控等^[16],并进行相关考核,以拓宽护士的知识和落实培训效果,从而提高医护人员的整体素质。

老年患者住院期间医疗不良事件发生因素与自身健康有关,应当采取多角度防范措施减少不良事件发生。

参考文献:

- [1] 刘丽萍,赵庆华,肖明朝.重庆市护士经历护理不良事件的调查与分析[J].重庆医学,2011,40(22):2244-2245.
- [2] Apisarnthanarak A, Jones M, Waterman BM, et al. Risk factors for spinal surgical-site infections in a community hospital: a case-control study[J]. Infect Control Hosp Epidemiol, 2003, 24(1): 31-36.
- [3] Ducloux D, Courivaud C, Bamoulid J, et al. Prolonged CD4 T cell lymphopenia increases morbidity and mortality after renal transplantation[J]. J Am Soc Nephrol, 2010, 21(5): 868-875.
- [4] 中华人民共和国卫生部.医院感染诊断标准[S].北京:中华人民共和国卫生部,2001.
- [5] Aiea M, Zanier L, Rijavee E. Toward incident reporting (IR) systems: a safety culture survey within the ontology network of a northern Italian region[J]. J Ontol, 2011, 27(15): 17-27.

- [6] Prabhala RH, Pelluru D, Fulciniti M, et al. Elevated IL-17 produced by TH17 cells promotes myeloma cell growth and inhibits immune function in multiple myeloma [J]. Blood, 2010, 115(26): 5385-5392.
- [7] 谢玉平,叶茂林,方平.浅谈化疗药物副作用的观察和护理[J].中国医师杂志,2012,2(z2):150-151.
- [8] 孙晓,田梅梅,施雁.护士主动报告护理不良事件影响因素的研究进展[J].护理学杂志,2012,27(8):94-96.
- [9] 刘玉娥,罗敏,欧阳庆,等.湖南省三甲医院护士不良事件的报告现状及影响因素调查[J].中华现代护理杂志,2013,19(21):2488-2491.
- [10] Tosolini M, Kirilovsky A, Mlecnik B, et al. Clinical impact of different classes of infiltrating T cytotoxic and helper cells (Th1, th2, treg, th17) in patients with colorectal cancer[J]. Cancer Res, 2011, 71(4): 1263-1271.
- [11] Muranski P, Restifo NP. Essentials of Th17 cell commitment and plasticity[J]. Blood, 2013, 121(13): 2402-2414.
- [12] Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, et al. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan[J]. Nurs Outlook, 2010, 58(1): 17-25.
- [13] 刘玉娥,张平,邓爱辉,等.护士对患者安全文化的认知的调查[J].中华现代护理杂志,2011,17(11):1308-1311.
- [14] Kim J, Kim S, Jung Y, et al. Status and problems of adverse event reporting systems in Korean hospitals [J]. Health Inform Res, 2010, 16(3): 166-176.
- [15] 陈敏,刘莉.加强病人教育降低护理不良事件发生率[J].护士进修杂志,2013,28(19):1786-1787.
- [16] 尚秀娟,李素新,李广茹,等.护理管理在预防与控制医院感染中的作用[J].中华医院感染学杂志,2011,21(17): 3669-3670.

(收稿日期:2014-03-12 修回日期:2014-05-21)

(上接第 3666 页)

- [20] 金艳,王宇,王蕾,等.应用失效模式与效应分析预防手术错误[J].解放军护理杂志,2008,25(8):63-65.
- [21] 林美娥,梁玉茶,胡少槐.应用失效模式及效应分析预防手术延误[J].中国医药指南,2013,11(15):763-765.
- [22] 陆群.FMEA在手术部位感染风险管理中的应用[D].浙江大学医学院,2009.
- [23] 董美丽.运用失效模式理论降低手术体位风险的研究[D].青岛大学,2011.
- [24] 江丽仙,郭苇航,吴涯雯.手术病理标本失效模式的应用[J].中外健康文摘,2011,8(32).
- [25] 乡志忠,郭珊,李淑萍.运用医疗失效模式与效应分析方法降低手术流程的风险[J].中国医院管理,2009,29(1): 23-25.
- [26] 干铁儿,朱越献,吴建浓.应用失效模式与效应分析提高医护人员手卫生依从性[J].中华医院感染学杂志,2013, 23(7):1645-1647.
- [27] 李福宣,白晓霞,曹敏,等.运用失效模式与效应分析改造腹腔镜器械处理流程[J].护士进修杂志,2011,26(17):

1562-1564.

- [28] 冯雁,姚小红,周朝阳.失效模式及效应分析在控制 ICU 呼吸机相关性肺炎中的应用[J].中华医院感染学杂志, 2011,21(3):448-450.
- [29] 李福宣,白晓霞,曹敏,等.运用失效模式与效应分析改造腔镜器械处理流程[J].护士进修杂志,2011,26(17): 1562-1564.
- [30] 陈翠萍,刘洁珍,高兴华,等.失效模式和效应分析在髋关节置换术后护理中的应用[J].护理学杂志:外科版, 2010,25(9):4-7.
- [31] Anderson O, Brodie A, Vincent CA, et al. A systematic proactive risk assessment of hazards in surgical wards: a quantitative study[J]. Annals of surgery, 2012, 255(6): 1086-1092.
- [32] Shebl NA, Franklin BD, Barber N. Failure mode and effects analysis outputs: are they valid? [J]. BMC Health Services Research, 2012, 12(1): 150.

(收稿日期:2014-03-14 修回日期:2014-05-09)