

事故案例分析：带负荷拉刀闸 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/95/2021\\_2022\\_\\_E4\\_BA\\_8B\\_E6\\_95\\_85\\_E6\\_A1\\_88\\_E4\\_c62\\_95467.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/95/2021_2022__E4_BA_8B_E6_95_85_E6_A1_88_E4_c62_95467.htm)

一、事故经过 1995年6月17日上午8时40分，四川某厂空气压缩机值班员何某接分厂调度员指令：启动4#机组；停运1#机组或5#机组中的一组。何某到电气值班室，与电气值班员王某(副班长)和吴某商定：启动4#机组后停运1#或5#中的一组。王某就随何某去现场操作，吴某留守监盘。9时，4#机组被现场启动，然后5#机组现场停运。这时，配电室发出油开关跳闸的声音。电气值班室的吴某判断5#机组已经停运，于是，独自去高压配电室打算拉开5#油开关上方的隔离刀闸。但是，她错误地拉开了正在运行的1#机组的隔离刀闸，“嘭”的一声巨响，隔离刀闸处弧光短路，使得314线路全线停电。

二、原因分析 造成这起误操作事故的原因首先是违反“监护制”。电气值班室的吴某在无人批准的情况下，擅自离开监盘岗位，违反“一人操作、一人监护”的规定，独自一人去高压配电室操作，没有看清楚动力柜编号，没有查看动力柜现场指示信号，也没有按照规程进行检查，就错误地拉开了正在运行的1#机组的隔离刀闸，是事故的直接原因。间接原因是副班长王某的组织工作有疏漏。

1. 商定“启动4#机组后停运1#或5#中的一组”，其实没有定。应该明确，到底是1#还是5#，使得在场人员都心中有数。
2. 负责人王某离开监盘岗位去现场，没有把吴某的工作职责作出明确交代，在现场操作后又没有及时通知吴某，负有领导责任。
3. 事故发生是平时管理不严、劳动纪律松弛、执行安全操作规程不严格、值

班人员素质差等原因的必然结果。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)