

學習案例02~抽離原包裝藥物應有標示

發布日期: 2008 年 12 月

撰寫人: 台灣病人安全通報系統工作小組張元玫委員

審稿專家: 台灣病人安全通報系統工作小組黃莉蓉委員

個案描述

晚上 8:30 護士予病人抗生素 Augmentin 靜脈注射後,病人主訴頭暈,燥熱不適,一分鐘後即意識喪失。回溯事件發生的原因,發現護士用來稀釋 Augmentin 的針劑,是已稀釋後抽出在針筒內預計給另一床病人的 Vancomycin,可能是因為用來標示此藥物的小藥牌掉落,護士誤以為是此針筒內液體是生理食鹽水,因而用來稀釋 Augmentin,造成病人過敏休克反應。

問題分析

描述

1. 如何正確稀釋藥物。

分析

- (1) 護理人員給藥過程中發生的給藥錯誤,以未執行三讀五對為佔 82%居首要原因,其次為工作被干擾或中斷佔 80%,當工作被中斷後要重新執行給藥技術時,一旦未重新執行給藥之三讀五對程序,錯誤就因此接踵而來。
- (2) 核對時,應確認稀釋溶液為未事先拆封、有效期限、及清澈無污染之稀釋液。
- (3) 除特殊藥物之指定稀釋液體外,一般以無菌蒸餾水為主。
- (4) 不明稀釋液或已有稀釋液且未明確標示之空針,勿任意使用,應予以丟棄。
- (5) 在給藥前才抽取稀釋液,以遏止給藥錯誤發生。
- (6) 應避免事先稀釋或同時稀釋多種藥物。

描述

2. 藥物抽離原包裝時應有的正確處理方式。

分析

- (1) 依據給藥錯誤通報系統 MedMARx 統計:用藥錯誤類型中,不適當的劑量排名第二(通報發生率為 23%),因此引發藥物不良反應的主要原因佔 51%,若於交接班時,事先核對 UD 剩餘藥物劑量是否符合,則可避免這類型的給藥錯誤。
- (2) 靜脈注射之藥物為粉劑時,其稀釋液或指定稀釋液應確認正確無誤再取用,護理人員執行靜脈加藥的給藥技術時,應一次只做一床病人的藥物稀釋,三讀為①第一讀:自藥盒(藥櫃)取藥時,自藥盒內取出所需之藥物,其藥瓶(袋)外之標籤應與藥物治療記錄單相符。②第二讀:抽取藥物時,若藥物為粉劑,

以注射用蒸餾水或指定稀釋，注入藥瓶溶解藥粉。③第三讀:執行加藥時，再次核對藥瓶(袋)之資料與藥物治療紀錄單相符，再將藥物注入。

- (3) 稀釋後之藥瓶(Vial)置於治療盤備用，填寫小藥牌標示清楚，連同藥物空針放於治療盤之中。或是將藥局提供之藥物貼紙，黏貼於藥物空針外。至病人床前，再次核對病人、空針和稀釋後之藥物瓶，確認無誤，方可給藥。

學習重點

1. 依據給藥錯誤通報系統 MedMARx 統計，用藥錯誤類型中，不適當的劑量排名第二 (通報發生率為 23%)，因此引發藥物不良反應的主要原因占 51%。
2. 護理人員執行給藥過程若被干擾或中斷，應依給藥標準流程重新執行。
3. 稀釋後的藥物應有明確標示。
4. 一次只做一床病人的藥物稀釋，避免事先稀釋或同時稀釋多種藥物。
5. 給藥前，須再次核對藥瓶與空針內之藥物名稱正確才可給藥。
6. 給完藥後，應於丟棄前再次確認藥物無誤，才丟棄空瓶，並做給完藥後的簽具動作。
7. 若藥物辨識標示已遺失，無法進行藥物確認時，應將其丟棄不用。

參考資料

1. 林麗珍、陳淑嬌、李麗雲、蘇麗惠、畢紹春、李小鳳、林綽娟(2007)·護理人員對給藥錯誤原因看法之初探·中台灣醫誌，12，157-165。
2. 李雅惠、許玉珍、洪英俊(2007)·安全的給藥作業·慈濟醫學，19(1)，41-44。
3. 王瑜欣、林梅香 (2001) . 注射給藥法 . 曹麗英、孫淑惠編著，基本護理學(二版，30-33 頁)，台北:文京。
4. 尹祚芊 (2006) . 靜脈點滴加藥法 . 臨床護理技術與處置規範(上冊)(一版，72-79 頁)，台北:時新。
5. 衛生署藥政處(2006) . 泛可黴素靜脈注射劑 . 衛署藥輸字第 017742 號；安滅菌靜脈注射劑 . 衛署藥輸字第 018304 號。
6. Luk, L. A., Ng, W. I. M., Ko K.K.S., Ung, V. H.(2008).Nursing management Nursing of medication error.Nursing Ethics,15(1),26-39.