

病人安全事件提醒—靜脈滴注給藥發生藥物過敏

Patient Safety Alert — IV drip administration error-related drug allergy

提醒：1. 執行靜脈藥物滴注時應確實核對病人藥物過敏史，以免發生藥物過敏

2. 執行給藥時，有任何造成污染靜脈輸液套管疑慮時，務必更換整組靜脈輸液套管

對象：所有醫療機構/所有醫護人員

發布時間：2009 年 12 月

撰寫人：財團法人羅許基金會羅東博愛醫院護理部李吟玲主任

TPR 通報案例

病人於入院時曾表明本身對 Penicillin、Pyrimin、U-save、Keflex、Winzolin 等藥物過敏，入院時醫囑開立抗生素 Clindamycin (商品名: Clincin) 600 mg q6h IV bag drip。

主護護士依給藥程序執行三讀，但五對中的病人辨識未落實執行，誤將鄰床藥物 Ampolin (Penicillin 類藥物) 針頭插入病人的 IV bag (精密輸液套管) 中，但隨即發現錯誤，因自覺並未推入藥物，而未更換全新的 IV bag，直接注射正確藥物。注射約一分半鐘後，病人主訴：「肚子不適，好像過敏了」，主護護士立即停止抗生素滴注，移除 IV bag (精密輸液套管)，並聯絡值班醫師，值班醫師立即到場診療，並依醫囑給予抗過敏藥物處理，同時啟動急救小組支援，緊急處理後轉送至加護病房。

背景說明

據美國研究統計，在給藥過程中，因為護理人員給藥過程導致錯誤，約佔所有藥物事件的 49%。而國外文獻回顧指出，影響護理人員給錯藥物的原

因包含：給藥時專注力不足、未確認病人、工作負荷大、計算藥物劑量能力不足、不了解藥物作用及副作用、經驗不足、缺乏警覺心等。國內一份研究於 2006 年調查雲嘉地區醫院 294 位護理人員對於給藥錯誤原因之看法，護理人員認為原因包括藥師將藥物裝錯、藥品外觀相似、遺漏確認病人、未執行三讀五對、工作被中斷等。在醫院給藥過程中，最主要的參與人員為醫師、藥師、護理人員，是一複雜過程，而護理人員是給藥過程中最後的把關者，護理人員若未能正確核對，給藥錯誤就可能發生。

案例中護理人員雖即時發現病人辨識錯誤，因自覺並未推入藥物，故未更換全新的 IV bag，然實際上 IV bag 已污染，病人又屬於對 Penicillin 類藥物高度過敏者，導致嚴重過敏反應。

建議作法

1. 強化藥物過敏警示系統

- (1) 於病歷首頁及給藥紀錄單註記病人過敏藥物。
- (2) 電腦醫囑系統應記錄病人過敏藥物，管控該類

藥品之處方開立。

- (3) 針對有藥物過敏史之急診及住院病人，可用紅色手圈做區隔，床頭卡用紅色粗體並加大字體註記病人過敏藥物。
- (4) 有藥物過敏史之病人可於靜脈輸液套管、靜脈注射部位及床頭卡用紅色螢光標籤警示藥物過敏。



2. 給藥時應正確執行核對，核對項目包含病人、藥物、劑量、給藥時間與途徑，新開立或臨時醫囑，給藥前須核對床頭卡藥物過敏名稱並詢問是否對此類藥物過敏。
3. 對於確知有嚴重藥物過敏之病人，於醫療照護過程應以零失誤 (zero defect) 之態度，採取最高規格之防護作業流程，確保病人之安全。執行給藥時，有任何造成污染靜脈輸液套管之疑慮時，務必更換整組之靜脈輸液套管。

參考資料

1. 行政院衛生署 (2008)，醫療品質及病人安全年度工作目標建議參考作法手冊，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。
2. 行政院衛生署 (2006)，病人安全國際交流與民眾參與計畫，電話醫囑作業參考作業指引。
3. 行政院衛生署 (2009)，台灣病人安全通報系統 2008 年年度報表。
4. The Joint Commission (2005)，Joint Commission Guide to Improving Staff Communication
5. Brady A.M., Malone A.M., & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in Nursing practice. Journal of Nursing Management, 17, 679-697
6. The Joint Commission (2009) · Sentinel Event Alert · Issue 43: Leadership Committed to Safety