

病人安全事件提醒—給藥錯誤

Patient Safety Alert 07—Medication error

提醒：

1. 給藥後發現病人辨識錯誤，需同時檢視兩位被混淆病人的藥物
2. 給藥錯誤事件發生後，提供發生錯誤人員的心理照護

對象：所有醫療機構/所有醫療人員

發布日期：2008年12月

撰寫人：高雄榮民總醫院顧艷秋副主任

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

案例一：腫瘤科病人 A 疼痛控制滴定中，依醫囑應 iv 給 morphine 50ml/hr，後家屬發現點滴上貼紙不是 A 病人的，晚班護理人員立即道歉並更換。不久，B 病人之照服員向護理人員反應 B 病人雙眼上吊，意識狀況差，此時晚班護理人員發現 A 及 B 二床點滴掛相反。B 病人立即轉住加護病房，A 病人考慮插管中，護理人員因情緒不穩表示近日無法上班。

案例二：一位孕婦因為感染住院，準備 iv 注射 penicilline，結果護理人員錯將 Epidural Anesthetic Bupivacaine 麻醉用藥由 iv 注入，病人數分鐘後抽搐，稍晚於當天過世。護理人員面臨法律訴訟。

背景說明

研究指出醫療疏失最常發生的時機是在病人住院時引發之藥物不良事件，發生率約 3.7-16.6% (Weingart, Wilson, Gibberk, & Harrison, 2000)；美國住院病人中有 3-35% 會受到醫療傷害，其中以用藥潛在疏失佔最高，達 7% (Weir, Hoffman, Nebeker & Hurdle, 2005)。一項台灣地區醫院以上全國性的調查結果顯示：醫護人員認為醫療不良事

件以藥物錯誤最多，佔 17.5% (石，2005)；林等(2005)的研究發現，在醫療疏失類型中以給藥錯誤佔最多，64.6%；另一項口服給藥改善專案前調查護理人員之給藥執行情形以給藥時之五對的落實執行最差 (蔡等，2007)。

案例二發生在美國 Wisconsin 州，此事件於媒體及護理界引發熱烈的討論與爭議，案例一是台灣病人安全通報系統接獲的一件給藥疏失之個案。有鑑於給藥錯誤可能造成的嚴重後果，因此『警訊提示』再度提醒醫療機構及從業人員不可輕忽給藥安全。

給藥錯誤的可能原因

給藥錯誤可能發生在給藥過程中的任何一個步驟，如處方的開立、醫囑的轉錄、藥品的標示、包裝與命名、藥品的調劑、分送、給藥技術、病人教育、監管、使用過程等。給藥錯誤與製造商、專業人員、產品、步驟、系統(包括開藥、敘述藥物的表達方式)、專業術語、縮寫、藥師的調劑、護理人員或藥師的分藥、配送、教育、管理及使用等均有關 (Mayo & Duncan, 2004)。

給藥錯誤依疏失及造成病人傷害之嚴重

性可分為四大類：無疏失、無傷害，有疏失、但無傷害造成，有疏失、有傷害造成，有疏失、造成死亡（NCCMERP,1998）。

建議作法

一、預防給藥錯誤發生：建立正確給藥作業程序並有監督與稽核的機制。

- 1.醫療機構要有藥品採購、儲供、上架安全作業標準。
- 2.建立處方開立安全系統：包含就醫時詢問病人用藥過敏史，避免病人重複用藥及藥物交互作用。
- 3.藥師調劑、調配安全系統：藥師調配藥品時確認藥品與病人診斷相符、劑量用法正確、覆核機制、門診給藥主動確認病人身份、提供衛教。
- 4.護理人員給藥標準作業：護理人員應了解所給藥物之作用、副作用，對有疑慮之醫囑或藥物要與醫師或藥師再確認，給藥之『三讀五對』一定要遵守，病人用藥後之反應要觀察（Capriotti,2004；Victoria,2005）。本文中二個案例問題均是出在沒有落實『三讀五對』及病患辨識--藥物不對、病人不對。案例一是將A病人的藥給了B病人、B病人的藥給了A病人，藥物置換，發藥時沒有『三讀五對』也沒落實病人辨識以至造成嚴重後果；案例二是取藥、發藥時沒有三讀五對造成病人死亡；二件案例之直接原因均是給藥錯誤，未依標準執行給藥技術，沒有落實『三讀五對』。
- 5.高警訊藥物的管理：置放高警訊藥物的地方要有明顯的記號或標示，有別於一般藥物，以示提醒。
- 6.病人用藥安全教育宣導：病人或家屬於醫護人員給藥時不妨主動詢問給的是什麼藥物、藥物的作用與副作用為何，於家中服藥時也要自行核對藥物。
- 7.醫院可考慮「資訊科技」的介入：運用

Bar-code 藥物掃描系統，護理人員準備給藥時使用 Bar-code 讀取器來掃描自己的身份識別編號、病人手圈、藥物包裝、同時完成資料儲存，線上提供藥物的數量、藥品的形狀、建議劑量、使用說明、副作用、禁忌及孕婦的危險程度等查詢。不過資訊科技仍無法取代護理人員警覺的眼睛，對於給藥的過程及病人服用藥物的反應仍需謹慎執行及觀察（Grissinger & Globus, 2004）。

二、給藥錯誤發生後的處理：當不幸的給藥錯誤發生後也要立即處理，以期傷害降至最低。

- 1.觀察病人生命徵象，看有無不良反應或副作用。
- 2.告知主治或值班醫師及單位主管(護理長)，視需要執行必要的醫療處置或急救並向病人及家屬解釋。
- 3.進行異常事件通報，或填寫各醫院專用之『異常事件報告處理單』、藥物異常報告表。
- 4.事件發生後，對於發生錯誤人員的心理狀況需適當照護。發生『給藥錯誤』之異常事件，可能需要進行根本原因分析，單位不僅是針對近端原因---個人因素(護理人員)做檢討，且要針對遠因即系統因素多面向的探討真因---是護理人員缺乏教育訓練？護理人力不足？護理人員身體不適？或給藥作業標準不易取得、說明的不清楚、不正確？給藥技術沒有定期、不定期稽核(沒有給藥監測的機制)？還是醫院給藥作業流程中某個環節有問題？逐一的針對各個流程、步驟作核對檢討。而不是僅針對發生錯誤的護理人員一昧的指責其個人的不是（顧，2007）。當錯誤發生時，醫療人員會有隔離感、羞愧、罪惡感、憂鬱、抱怨，甚至有些醫師或護理人員於給藥時會有焦慮感，有些則不再給藥（Vincent,2003）。

當給藥錯誤已經發生了，不論是否有造

成傷害，重點要放在如何預防下次再發生，透過教育訓練、稽核機制、或資訊科技的介入，總之，整個給藥過程及病人服用藥物的反應均要謹慎執行及觀察，確保安全的給藥。

參考資料

1. 石崇良、侯勝茂、薛亞聖、鍾國彪、蘇喜、廖薰香(2005) . 異常事件通報系統與通報障礙 . 台灣醫學 , 9(1) , 63-70.
2. 林秋芬、陳玉枝、張文英、高靖秋、林月桂、盧美秀(2005) . 醫療照護疏失原因之探討 . 長庚護理 , 16(1) , 23-24.
3. 蔡沁筠、張文英、陳卒瑄、黃秋景(2007) . 提升護理人員口服給藥正確性之改善專案 . 新台北護理期刊 , 9(2) , 61-70.
4. 顧艷秋 (2007) . 運用 R C A 於病人安全管理 . 源遠護理 , 1(2) , 10-22.
5. Capriotti, T. (2004). Basic concepts to prevent medication calculation errors. *Dermatol Nurs*, 16, 245-248.
6. Grissinger, M.R. & Globus, N.J.(2004). How technology affects your risk of medication errors. *Nursing*, 34, 36-42.
7. Weingart, S. N., Wilson, R. M., Gibberk, R. W., & Harrison, B.(2000). Epidemiology of medical error. *BMJ* , 320(7237), 774-777.
8. Weir, C., Hoffman, J., Nebeker, J.R., & Hurdle, J.F.(2005).Nurse' role in tracking adverse drug event: The impact of provider order entry. *Nursing Administration Quarterly* , 29(1), 39-44.
9. Mayo, A.M., & Duncan, D.(2004). Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*, 19, 209-217.
10. National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP. (1998).What is a Medication Error? Retrieved December 1, 2004 <http://www.nccmerplorg/rec-020611.htm>
11. Victoria, L. R. (2005). How We Think About Medication Errors: A model and a change for nurses. *Am J Nurs*, 105, 10-11.
12. Vincent, C. (2003). Patient safety: Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*. 348(11), 1051-1056.