

病人安全事件提醒—分裝藥物未標示

Patient Safety Alert 7 –Non Label on all medications, medication containers

提醒: 1.已抽離原包裝之藥物應給予標示。

2.給藥前確實核對標示與醫囑是否相符，無標籤者一律丟棄。

對象: 所有醫療機構 / 所有醫療人員

發布日期: 2007 年 6 月

撰寫人: 林昌宏 醫師

通報案例

案例一: A 先生因腹痛問題辦理住院留觀，依醫囑由靜脈點滴給予水分、電解質，並吩咐病人禁食。入院後不久，A 先生家屬至護理站告知病人點滴未正常滴注且有回血現象，護理人員立即在治療車上拿取生理食鹽水軟袋旁已經抽出的沖洗用食鹽水針筒，但並未同時檢查軟袋上標示是否為生理食鹽水。當時病人意識清醒坐在椅子上，護理人員以食鹽水 1ml 沖靜脈點滴管路，並詢問病人有無疼痛不適。

爾後，護理人員至隔床給藥，A 先生家屬大叫病人表情不對勁，護理人員發現 A 先生癱軟在椅子上，請家屬協助扶著病人並馬上跑到護理站求救幫忙，接著病人被推到裝有監視器的急救室，測量生命徵象為 BP : 180/106mmHg、HR:43bpm/min、RR : 0 次/min，醫護人員馬上給予 Ambu bagging，與家屬討論後同意插管，並緊急送電腦斷層掃描。

事後家屬質疑沖洗用的針劑有問題，醫師予以解釋那是沖洗用食鹽水，並不會造成影響；護理人員回治療車檢查軟袋上標示的確為沖洗用食鹽水，後續追查始發現本治療車先前曾推去急救病人後，未清理完全，上遺留有未注射完畢之 5mL 針筒，內含未使用完畢之插管用肌肉鬆弛劑 Succinylcholine 1mL，始發現其上標示為 Succinylcholine 50mg。

案例二: 手術中刷手護士將局部麻醉藥物及顯影劑 Qmiphque 搞混，以致在行 L3 腰椎麻醉及 L4 皮下組織局部麻醉時誤給成顯影劑。

背景說明

與藥物相關的異常事件一直是通報的主要項目之一，不論美國或台灣也都將提昇用藥安全列為年度病人安全工作的重要目標。用藥安全是一項複雜的課題，從選擇用藥品項、採購庫存管理，到處方、調劑、發藥、給藥等，牽涉的流程與人員幾乎涵蓋了多數醫院員工與業務，因此可能發生錯誤的環節也就相當複雜。

美國 JCAHO 曾針對高警訊藥品、外觀及名稱相似藥品、處方縮寫等發出過病安警訊，2007 年 3 月英國 NPSA(National Patient Safety Agency) 也針對注射藥物的使用發出病安警訊。本個案是有關靜脈注射藥物的抽取準備時發生錯誤而引起的警訊事件，先前研究也指出在注射藥物的準備與施打時會發生 13-84% 的錯誤，其複雜度及嚴重性都超過口服藥物的使用，值得各醫院重新檢視相關的標準作業流程。

注射藥物錯誤的類型

根據一項歐洲跨三國多家醫院的研究指出 (Cousins,2005)，靜脈注射藥物的準備與施打時發生錯誤的種類包括：

1. 藥物抽取後標示不完全，包括名稱、劑量、時間等，或是抽到針筒內沒有立即施打卻未標示。
2. 藥品錯誤或是劑量錯誤。
3. 使用不對的稀釋液或是稀釋方法不正確、未完全溶解等。
4. 沒有依照標準的消毒與無菌操作技術。
5. 未依正確的藥物施打速度給予病患。

注射藥物錯誤的可能原因

發生注射藥物錯誤的原因可能有：

1. 因失誤或疏忽(slip or lapse)造成藥品辨識錯誤，有可能是外觀相近似，或是醫院更換了劑量、濃度等而未發現。給藥時未確實核對病人身份與藥物，也常常是由於疏忽所造成。
2. 缺乏正確的知識而未依標準的程序備製藥品，例如稀釋液的種類與劑量、如何從整瓶藥物泡製部分劑量等。在施打時不了解正確的施打速度而投藥過快，也是常犯的錯誤之一。
3. JCAHO 針對用藥安全警訊事件所做的根本原因分析統計，比率最高的因素是缺乏良好有效的溝通。
4. 工作流程設計不良，需同時進行多項工作，卻未設計防止錯誤發生的屏障。泡製藥物至大量點滴、或抽取藥物至針筒後，沒有落實立即標記清楚且足夠的資訊。
5. 財務或成本的考量，使合格的護理人員不足，或配製同一包大量點滴輸液供多位病患使用等，而增加給藥錯誤的機會。
6. 教育訓練不足以及缺乏內部稽核，使員工不知道或是不落實標準作業流程。

建議作法

提昇用藥安全是重要的目標，需要多方面的合作與努力，以下僅針對注射藥物的準備與施打，就專家之建議，提供參考：

1. 注射藥物只能由受過訓練的合格人員依處方進行準備與施打，並能了解該藥物正確的準備

與給予方法以及可能之危險性。

2. 準備藥物及施打均應依循無菌(或乾淨)技術操作，且應於給藥前才進行準備藥物，即使是大量點滴亦不宜超過 24 小時。
3. 任何注射針筒，應由抽取者立即貼上標籤(註明藥物名稱與劑量)，並勿遮住刻度。唯一例外為抽藥與施打是一連續動作且該針筒不會離開抽藥者的手，並且同一時間只能有一支沒有標籤的針筒。
4. 應以單次使用之藥物為原則，避免多位病患使用同一包溶液。
5. 配製於大量點滴中的藥物，應於點滴瓶(袋)外標示清楚藥品名稱、濃度、時間、病患資料等，如為高警訊藥物，應加以顯著註明。
6. 給藥前應做到確實核對病人身份、醫囑、藥物(如果已抽到針筒內，核對標籤，無標籤者一律丟棄)，並確認給藥途徑與方法，如為靜脈注射藥物，給藥前先檢視病患的靜脈途徑。
7. 進行用藥安全風險管理，並實施內部稽核，定期檢討與改善。

參考資料

1. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/>, retrieved June 04, 2007.
2. Cousins DH, Sabatier B. Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. *Qual Saf Health Care* 2005;14:190-195
3. Taxis K, Barber N. Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Qual Saf Health Care* 2003;12:343-348.
4. NPSA patient safety alert: <http://www.npsa.nhs.uk/health/display?contentId=5755> retrieved June 04, 2007