

# 关于给药错误及防 范课件

# 思考



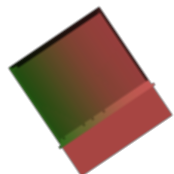
- 在实习或以前的工作过程中您是否经历过给药错误？
- 事情是怎样发生的？
- 您的感受如何？
- 您觉得应如何避免发生这样的错误？



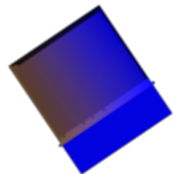
# 内 容



给药错误及影响



给药错误案例分析



给药错误的防范



小结

# 触目惊心、惨痛案例

- 将“氯化钾”当作“氯化钙”给病人静脉推注致患者死亡
- 错将酒精当成麻醉药，做包皮手术时注进男孩的阴茎
- 将硫酸阿托品当作地塞米松给病人静脉推注，造成严重后果
- 错将“杜冷丁100毫克”看成10毫克，给婴儿肌肉注射，结果婴儿因用药过量中毒死亡
- 将去甲肾上腺素加NS注入胃管的错注入静脉输液，致患者出现高血压危象
- 将石蜡油注入胃管的错误注入静脉输液管
- 将脑室引流管错当输血管输入血液
- 将床头柜上已使用过的葡萄糖瓶灌装的自来水静脉输液给患者

-----

**未严格执行查对制度！！**

# 美国医院联合评审委员会 ( JCAHO ) 对1995年1月至2005年12月3548例严重医疗不良事件的调查分析：

序号	事件	例数
1	病人自杀	4 6 4
2	手术部位错误	4 5 5
3	手术或手术后并发症	4 4 4
4	给药错误	3 5 8
5	由于治疗延误导致死亡	2 6 9
6	病人跌倒致伤	1 8 9
7	病人约束中发生死亡	1 3 8
8	病人被强暴	1 2 1
9	输血问题	9 4
10	失火	6 5
11	麻醉问题	5 8

# 日本医疗几近错失 (near misses) 统计

原因	件数	百分比
点滴注射	3496	31.4
跌倒	1754	15.7
口服药	1438	12.9
检查	260	2.3
手术	241	2.1
医疗仪器	241	2.1
其他	3718	33
合计	11148	100

•调查对象：300床以上，218家医院，11000位护士

# 对给药错误的认识

- **药物治疗错误**（ Medication errors ）发生率高  
美国医疗错误居患者死亡第五位，其中给药错误最常见
  - ME增加医疗费用，延长了住院时间，给患者带来了生理、精神、经济上伤害，甚至导致死亡
  - ME影响患者对医疗机构的信任，医疗纠纷
  - ME与护士的关系较大
- 护士是给药的直接操作者和给药流程的最后把关者**  
**（ 59%的医院用药错误与护士有关 ）**
- 大多ME可以避免，有效应对，可以减轻ME对患者的伤害

# 给药错误的定义

- **药物治疗错误** ( Medication errors ) 是指由医务人员、患者或药品消费者所致的有可能导致不合理用药或对患者造成伤害的可预防性事件，**可发生在药品流通的各个环节**，如处方、分配和给药、药物监测阶段等。
- **给药错误** ( Medication Administering Errors , MAE ) 是发生在**给药阶段**的错误，指患者实际接受的药物与医嘱之间存在差异，**其发生率高达36%**



# 对给药错误的定义

- 给药时发生下列情况，就被认为是**给药错误**：

- ✦ 错误的病人
- ✦ 错误的途径
- ✦ 错误的剂量
- ✦ 错误的药物
- ✦ 给药时间发生明显的偏差

( 邵逸夫医院药事管理制度,D-11：给药错误处理制度 )

# 案例分析



# 错误的病人

## 案例1：

- 护士发口服药给9床，因患者外出检查，就将药物留在床头柜上，此时误将10床的药物也留在9床处，患者回来后服用了全部药物。

## 案例2：

- 26床患者转床至42床，但口服药卡上信息未更新。当天26床转来1位鼻饲患者。护士就将26床患者的口服药给该患者鼻饲。

# 错误的病人

## 案例3：

- 实习同学甲更换液体时未询问患者姓名及查看手腕带，错误地将37床患者的奥硝唑注射液接至36床。输液过程中，家属发现名字不符，护士立即更换药液。患者本身病情恶化，拒交住院费用



# 防止将药物给予错误的病人

- **有效**核对。
- 使用EDA扫描腕带及药物标签条码来规范执行。
- 当患者暂时不在病房，杜绝将口服药放在患者床头柜上或将液体挂在患者输液架上。
- 患者转床、转科后及时在药物标签上做好标记，修订流程，责任到人。



# 错误的药物

## 案例4：

- 患者用多巴胺40mg + NS50ml微泵维持5ml/h。在接换时，夜班护士将速尿当成多巴胺化好后给患者使用，1h后发现。

## 案例5：

- 一位糖尿病患者入院后一直以诺和锐特充（短效）治疗，某天医嘱改成诺和锐特充30R（中短效混合）。护士执行时，继续用原笔（诺和锐特充）给患者注射。医嘱NS100ml+头孢替安2g ivgtt，贴水时误贴5%GS100ml

## 案例6：

- 治疗班护士对药时发现少了两支0.9g还原性谷胱甘肽，多了两支1.2g还原性谷胱甘肽，经核对后发现两位患者的药物被调换使用。

# 防止将错误的药物给患者使用

- 注意**查对**，有疑问及时询问
- 慎独精神
- 药名、规格、包装等相似的药物特别注意区别，分开放置，作醒目的标识



# 错误的给药途径

案例7：

- 医嘱**维生素B12**肌注，护士把该药误认为是**弥可保**（进口维生素B12，通常为静推，也可肌注）给患者静脉推注，用药后电脑查对医嘱时发现用药途径错误。

案例8：

- 患者前列腺术后回病房，膀胱冲洗。忙乱中一位护士将**膀胱冲洗**用的外用NS接在**静脉**通路上，家属发现。

案例9：

- 责任护士将雾化用糜蛋白酶给患者静脉推注。



# 防止给药途径错误

- 用药时务必仔细查对**用药途径**
- 雾化与输液治疗尽量分时段进行
- 经其他途径（胸腔、腹腔、膀胱、胃肠道等）滴注药物时使用非静脉用药标识，与输液尽量不在同侧
- $\textcircled{m}$   $\textcircled{IV}$   $\textcircled{H}$   $\textcircled{br}$   $\textcircled{ivgtt}$   $\textcircled{po}$   
胃管注入，胃造瘘管注入.....



# 药物漏执行

## 案例10：

- 患者下午自其它科室转入，护士交接后以为4PM的抗生素已用，未加以关注，次日治疗班核对时发现该药未用。

## 案例11：

- 20:00患者按铃，夜班护士王某到患者床前发现输液结束，到治疗室查看，治疗室台面无该患者药液，又患者床前打算拔除输液针。患者家属质疑还有一瓶药液未输，护士再次到治疗室，发现治疗车上有该患者药液，予更换输液。患者次日向护士长告知此事，表示不满。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/197101134151006163>