

個案研討：北城打錯針



以下為一則新聞報導，請就此事件加以評論：

打錯針 新生兒 1 死 6 脫險 (2002/11/30 自由電子新聞網)

位於台北縣土城市中央路的北城婦幼醫院，昨天發生重大醫療疏失；護士黃**疑因將肌肉鬆弛劑誤認為 B 型肝炎疫苗，為新生嬰兒施打藥劑，造成六女一男共七名嬰兒生命垂危，經院方緊急搶救並轉送其他大醫院急救，其中婦人羅**的女嬰經搶救無效宣告死亡，其他六名嬰兒雖脫離危險，仍須繼續觀察。

這起重大醫療意外發生在昨天上午八點四十分，黃**負責為新生兒施打 B 型肝炎疫苗，嬰兒室的冰箱另有麻醉護士李**存放的肌肉鬆弛劑，黃疑因誤拿肌肉鬆弛劑施打，造成七名嬰兒呼吸困難，院方全力搶救，並報請台北縣政府消防局指派救護車，將七名嬰兒分別轉送至其他醫院急救。

北城醫院院長徐**說，由於新生兒 B 型肝炎預防注射最近才換新疫苗，以前一劑可施打一名新生兒，但現在藥劑換成大瓶裝，一瓶藥可打十名新生兒，黃**因一時疏忽才會拿錯藥劑，造成無法彌補的意外，但院方會對這起事件負責到底，絕不逃避，未來也將加強醫護管理。

板橋地檢署檢察官昨天三度偵訊相關人士，檢方說，證人指稱黃女自冰箱取藥劑時，曾問她 B 肝疫苗的包裝是否換了，當時她未留意隨口回答應該是，沒想到卻因此發生意外。偵訊後初步認為並沒有故意殺人之嫌，但涉及業務過失致人於死罪嫌。

傳統觀點

原因分析：人為失誤

事故處理：

- 行政院衛生署及台北縣政府衛生局，昨天也相繼作出行政處分，護士黃**被撤銷執照，北城醫院被罰款十五萬元，相關醫師及醫

院院長的責任另由台北縣醫事審議委員會議處。

- 檢方說，黃女究竟能否分辨兩種藥物，及所有人的供詞是否為真都需查證，也將追查放在冰櫃的藥物來源，了解有無人員疏失，且不排除有人蓄意放在冰櫃，造成醫護人員錯認，這幾天將傳喚醫院其他人員釐清案情。
- 為避免誤打疫苗的悲劇再發生，衛生署疾病管制局昨天立即通函全國各縣市衛生局，要求全面查核轄內所有預防接種合約醫院診所疫苗的冷儲、管理、與使用情形，接種前一定要遵守「三讀五對」原則。所謂三讀，即從藥（冰）櫃取藥時要一讀藥名；以針筒抽取藥物時要二讀；對病人注射或予服用時，要三讀。「五對」是要對照病人姓名、病歷號碼、藥物劑量、給藥方式（如塞劑不可口服）、給藥時間等五項。
- 疾病管制局表示，醫院對疫苗都應該使用專用冰箱保存，以與其他藥品分別，並監控冷儲溫度；各項疫苗均應明確標示疫苗名稱、劑型、有效期限及廠牌，以利使用者辨識。
- 賠償問題由醫院方面與家屬協調或由法院訴訟判決。

人性化設計觀點

原因分析：管理疏失

要承認會犯錯就是人性，所以在設計系統時，就要事先考慮到避免人為的犯錯，從讓人不得不注意開始，逐步往不注意也沒關係改進，當然最好是做到無法犯錯。例如手機的充電線，你會插錯正負極嗎？當然不會，因為方向不對就根本插不進去！

由此事件的媒體報導可知目前醫院系統的問題有：

- 1、B型肝炎疫苗與肌肉鬆弛劑是放在同一個冰櫃，且外包裝相似。
- 2、藥名並未中文化是普遍現象，有些藥品西文藥名由外觀來看相當類似，不仔細就會出錯。
- 3、執行作業護士是否能正確分辨二種藥劑？
- 4、新生兒B型肝炎預防注射最近才換新疫苗，以前一劑可施打一名新生兒，但現在藥劑換成大瓶裝，一瓶藥可打十名新生兒，但工作人員並未被明確提醒。
- 5、執行作業時「三讀五對」並未落實。
- 6、所有工作只由一人執行，無人核對確認。

改善建議：

- 執行人員的人為失誤不是擔負主要責任者，系統制定和管理者才是。
- 應立法由醫療機構負懲罰性賠償之責，否則高層為了節省成本不聘請合格和足夠的人力，出事就由基層人員來擔，就永遠無法真正改善，管理者必需為錯誤負責和由機構負擔懲罰性賠償責任，才能使高層真正重視問題。
- 不同藥品的存放應嚴格區分，放置位置根據使用頻度規劃，少用者放在較不便取得位置。特別是有毒性者宜另加上中文標示和識別標籤，或額外再加包裝，標示或包裝能由藥廠做到最好，不然醫療院所應該自己去做。
- 藥政管理單位應要求進口商對進口藥品的外包裝加註夠大的中文標示，如特殊的或毒性強的要加貼辨識貼紙。
- 要求醫療院所建立院內作業 SOP，並納入院所定期評鑑項目。
- 三讀五對不是口號，要想出辦法去落實執行。如果你看過日本鐵道機車的駕駛，一個人在駕駛室裡口中唸唸有詞，手指來指去，並透過鏡頭紀錄起來隨時可查，自然會了解什麼才是落實！醫院該怎麼落實？怎麼留下確實有做到三讀五對的記錄？
- 建立醫療失誤通報制度，不論大小失誤都要紀錄和主動通報主管機關。主管機關利用大數據統計，協助醫療院所改善管理。
- 善用醫療責任保險制度，尤其他們的調查和理賠資料，可據以分析和改善系統。