

● 医患办建议

医疗差错死亡远超交通死亡

人孰能无过，怎样避免

▲ 北京清华长庚医院 樊荣

《To Err is the Human》（中文译名：孰能无错）是1999年由美国医药卫生保健质量委员会、美国医学研究所共同发布的一部具有里程碑意义的报告，标志着患者安全管理开始受到全球医药卫生从业者的广泛关注。在美国，每年因医疗差错而死亡的人数，甚至远远超过了交通事故死亡的人数。

实际上，在北京仅发药给药环节所出现的类似事件，笔者所知的便远不止于此。

2016年7月，一名患儿家属至药房取药，医师处方为头孢克肟颗粒（50 mg/袋）（儿童用），每次1.5袋。而药房工作人员给出的药为头孢克肟胶囊（100 mg/粒）（成人用），用法用量单还被药师人为改成了每次1.5粒。患者家属自己核对及时发现了问题，医院向其诚恳道歉。

2016年9月，一名患者在住院期间由于宣教不到位，将护士发放的、本应盆浴外用的高锰酸钾消毒片0.2 g口服，造成持续一周时间的胃部不适。最终经过协商，医院为其适当减免了后续医疗费用。

有一份研究表明，护理人员每连续查对300次就至少会有2次错误。而我国对于诊疗过程中的查对有明确的规范要求，国外也有相关规定，针对查对方面的措施包括三方面：明确环节的关键点、严格明确查对内容、重点环节双人查对。

然而，尽管明确了如此严谨的规范要求，错误仍然在不断发生。我们的医疗并不安全。那么我们应采取什么方法来改进查对呢？

专栏编委会

主 编：邓利强
副主编：刘 凯
轮值主编：樊 荣

编委（按姓氏拼音排序）：

柏燕军	陈 伟	陈志华
樊 荣	何颂跃	侯小兵
胡晓翔	江 涛	李惠娟
刘 鑫	刘 宇	聂 学
仇永贵	宋晓佩	施祖东
童云洪	唐泽光	王爱民
王良钢	魏亮瑜	王 岳
徐立伟	许学敏	徐智慧
余怀生	杨学友	周德海
郑雪倩	张 铮	

对策

如果将发药给药的过程视为一个流程来进行分析，则查对的每一个时机实为流程中每一个环节管理的关键点。因此，要想让流程提高正确率和稳定性，有三种方法可以进行探索。

流程再造 缩短或简化流程

流程越长越复杂，发生错误的机率越高。因此，无论再改善环节管理，也无法彻底抵消流程本身所带来的管控风险，除非进行流程再造。

传统的门诊就诊发药给药流程为：

“患者就诊——医师接诊开方——患者持方划价缴费——患者药房交方——药房依方发药——自行服用或护士

给药”。

一张处方从产生到最终发药给药需经历三个部门，经历四至五个人之间的信息传导。

而如今，很多医疗机构在门诊推行信息化，处方信息可以从医生工作站直接传导至收费部门和药房，减少了患者环节的信息传导。甚至有的医疗机构实施了预付费机制，在医生工作站可直接进行划价扣款，

或者有的医院推行了网络支付服务，患者可通过“支付宝”、“微信”等在线支付，支付后直接至药房取药，减少了至收费处的环节。还有的医疗机构在门诊输液室建立了常备药库，需要门诊输液治疗的患者可直接在线缴费后至门诊输液室接受治疗，这就进一步简化了流程，从而减少了错误的发生机率。

风险环节 增加关键点管理

选择正确的患者是进行正确诊疗的前提，如未选择正确的患者，则后续诊疗一错皆错。类似手术室在接患者时应进行查对的规范，医师在接诊时、药师在接方时也应先进行患者身份识别，确保选择正确的患者再进行接诊或接方，而不应直到开具处方或发药时才

进行查对。

此外，在给药环节，当前的关键点在“给”，但“用”并未得到充分重视。给药的目的在于用药。

针对门诊患者，药物的用法用量应予以重点告知说明，可采取在药品包装上使用专门的标识用以提醒患者用法用量或者提供额外的用

法用量清单来进行说明。

针对住院患者，《临床护理实践指南》明确规定，护理人员应“协助患者服药，确认服下后方可离开，对危重和不能自行服药的患者应予喂药。患者不在病房或者因故暂不能服药者，暂不发药，做好交班”，实际工作中应严格依照规定执行。

人为错误 优化查对方法

虽然在重点环节采取了双人查对，但仍然无法避免错误发生。人为错误，与其内心的注意程度和状态相关。即使在双人查对中，有时第一个人会想，“反正还有人帮我查对，我差不多看看就算了。”而第二个人会想，“反正别人已经查对过了，我差不多看看就算了。”结果，错误必然会发生。因此，若能优化查对的方法，同样也能避免人为的错误。

信息化 部分医疗机构在临床工作中实现全

信息化管理，利用PDA与腕带条码相结合，在关键点强制进行扫码确认，从而杜绝了人为错误。针对门诊患者，也可以参考此方式进行优化，如可以将患者的社保卡或就诊卡进行强制读取，从而实现患者身份识别，避免人为错误。

自动化 部分医疗机构在药剂部门设置了自动摆药机或自动发药机。医生的医嘱或处方信息通过系统直接传输至机器，其便能够自动读取用药信息进行调配。加

之与审核、发药人员进行配合，几乎可以杜绝发药错误。

双人查对 针对特殊药品、输血等风险性较高的重点环节，可将医务人员双人查对转变为医患双人查对，甚至增加患者签字确认环节。因为医务人员连续进行查对，其错误率偏高。但患者并不进行连续查对，且对于自身用药情况具有较高的关注度，相比医务人员双人查对而言，能够保持较高的正确率和稳定性。

部分医疗机构在药剂部门设置了自动摆药机或自动发药机，能够自动读取用药信息进行调配。

● 律师说法

麻醉药品
超说明书使用与侵权责任

▲ 中国卫生法学会 袁安

如何保证合法、安全、合理使用麻醉药品，降低麻醉侵权致死或（和）致死率，这是社会各界和麻醉学界关注的焦点问题。

习总书记说“有事找法”。对于麻醉药品，其法定说明书为法，使用麻醉药品必须以药品说明书为指导，说明义务或者超说明书使用麻醉药品说明义务必须履行，严禁超说明书义务性规范和禁止性规范使用麻醉药品。

所谓“义务性规范”是规定人们必须做出某种积极行为的法律规范，义务性规范一般使用“应当”、“必须”、“一般应”等加以明确；所谓“禁止性规范”是规定人们不得做出某种行为的法律规范。它禁止或严禁人们做出某种行为，要求人们抑制一定的行为。禁止性规范一般使用“禁止”、“严禁”、“不得”、“不准”、“不允许”、“不能”、“无权”等加以明确。

所谓“超”说明书使用麻醉药品，是指违

反法律、行政法规、部门规章和药品说明书义务性规范和禁止性规范使用麻醉药品的情形。例如：丙泊酚注射液麻醉药品说明书注意事项告知，施麻者必须是麻醉师，非麻醉师不得施麻；再如，施麻时现场必须有复苏设备，无此设备，即便是麻醉师也不得施麻。

说明书中“注意事项”应予高度注意且应有文字记录佐证，建议完善相应麻醉文字记录，包括选择适应证、给药途径、监护、复苏等注意事项，这是预防麻醉侵权的关键。《侵权责任法》第十六条规定，超说明书禁止性规范使用麻醉药品无侵害的不承担侵权责任，这是人类对未知领域之探索，符合《科学技术进步法》；有侵害且造成人身损害，但未造成残疾和死亡的，应当承担恢复原状之民事责任；造成残疾或者死亡的，应当承担麻醉侵权责任。