



อุบัติการณ์ความผิดพลาดการให้ยาทางวิสัญญี (Drug Administration Error in Anesthesia)

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อผู้วิจัย : กฤษณา สำเร็จ, ปริณดา พรหมโคตร, นที มณีวรรณ, อติพร เหล่าอัน, พิกุล มะลาไสย์, รุ่งทิวา วาชัยยง, วิลาวัลย์ สมดี

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 0-4334-8390

ความเป็นมาและความสำคัญ

รพ.ศรีนครินทร์เป็นสถานบริการพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ ให้บริการทางวิสัญญีแก่ผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 14,000 ราย ผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการอาจได้รับยาผิดทางวิสัญญีเข้าทางหลอดเลือดดำเฉลี่ย 7-10 ครั้งต่อการผ่าตัดแต่ละครั้ง รายงานการฉีดยามีมากกว่า 90-100 รายการซึ่งหลายชนิดมีความคล้ายคลึงกันทั้งขนาดและสีของหลอดบรรจุ ซ้อยามีขนาดตัวอักษรเล็กมาก บุคลากรในทีมผู้ฉีดยาทางวิสัญญีมีหลายระดับทั้งในกลุ่มแพทย์ พยาบาล และผู้เข้ารับการฝึกอบรมทางวิสัญญีซึ่งมีประสบการณ์ต่างกัน ในปีพ.ศ. 2548 พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดสูงมาก (28 : 10,000) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพได้จัดทำมาตรฐานการเตรียมยา แนวทางป้องกันการฉีดยาผิดพลาด เปลี่ยนรูปแบบสติ๊กเกอร์จากลายมือเขียนชื่อยาและขนาดยาบนกระดาษทาบเป็นแบบอักษรพิมพ์สีดำบนพื้นขาวเพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว จากนั้นในปีพ.ศ. 2549-2550 อุบัติการณ์ลดลงมาก (12.5 : 10,000) แต่เมื่อเทียบกับ THAI Study (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, 2005) (1.3 : 10,000) ยังคงสูงกว่า จากผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงถึงความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยยังอาจได้รับจากการฉีดยาผิดพลาด และความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีความสำคัญจัดเป็นหนึ่งใน Patient Safety Goals อันอาจนำมาซึ่งอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

แนวทางการเตรียมและการบริหารยาสำหรับบุคลากรทางวิสัญญี



ในปี 2000 S. Fasting และ SE. Gisvold ได้ศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สีในงานวิสัญญีและพบอุบัติการณ์ 11 : 10,000 ความเสี่ยงดังกล่าวอาจนำมาซึ่งอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยและการถูกฟ้องร้อง ผู้วิจัยจึงนำมาตรฐานสีของสติ๊กเกอร์ยาทางวิสัญญีจาก STATEMENT ON THE LABELING OF PHARMACEUTICALS FOR USE IN ANESTHESIOLOGY (Approved by ASA House of Delegates on October 27, 2004) และ ASTM International standard D4774, Standard Specifications for User Applied Drug Labels in Anesthesiology. มาดัดแปลงเพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว และใช้ในปี 2551 เป็นต้นมา



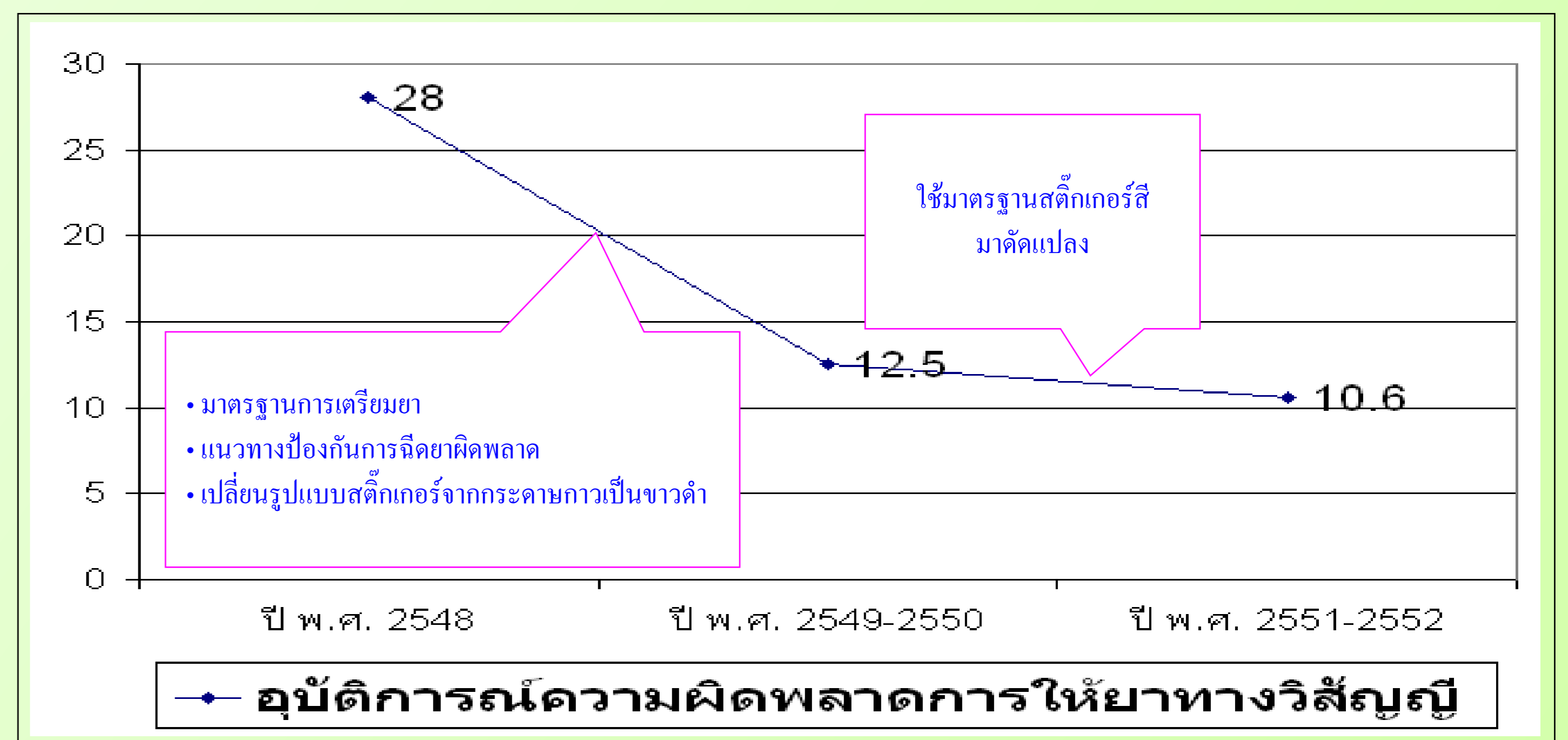
สติ๊กเกอร์สี...รูปแบบของวิสัญญี รพ.ศรีนครินทร์ มข.

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีใน รพ.ศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2551-พฤษภาคม 2552 โดยข้อมูลจากอุบัติการณ์ทุกรายที่เกิดขึ้น บันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มที่กำหนด นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละและอัตราส่วนต่อหมื่นของรายผู้ป่วย

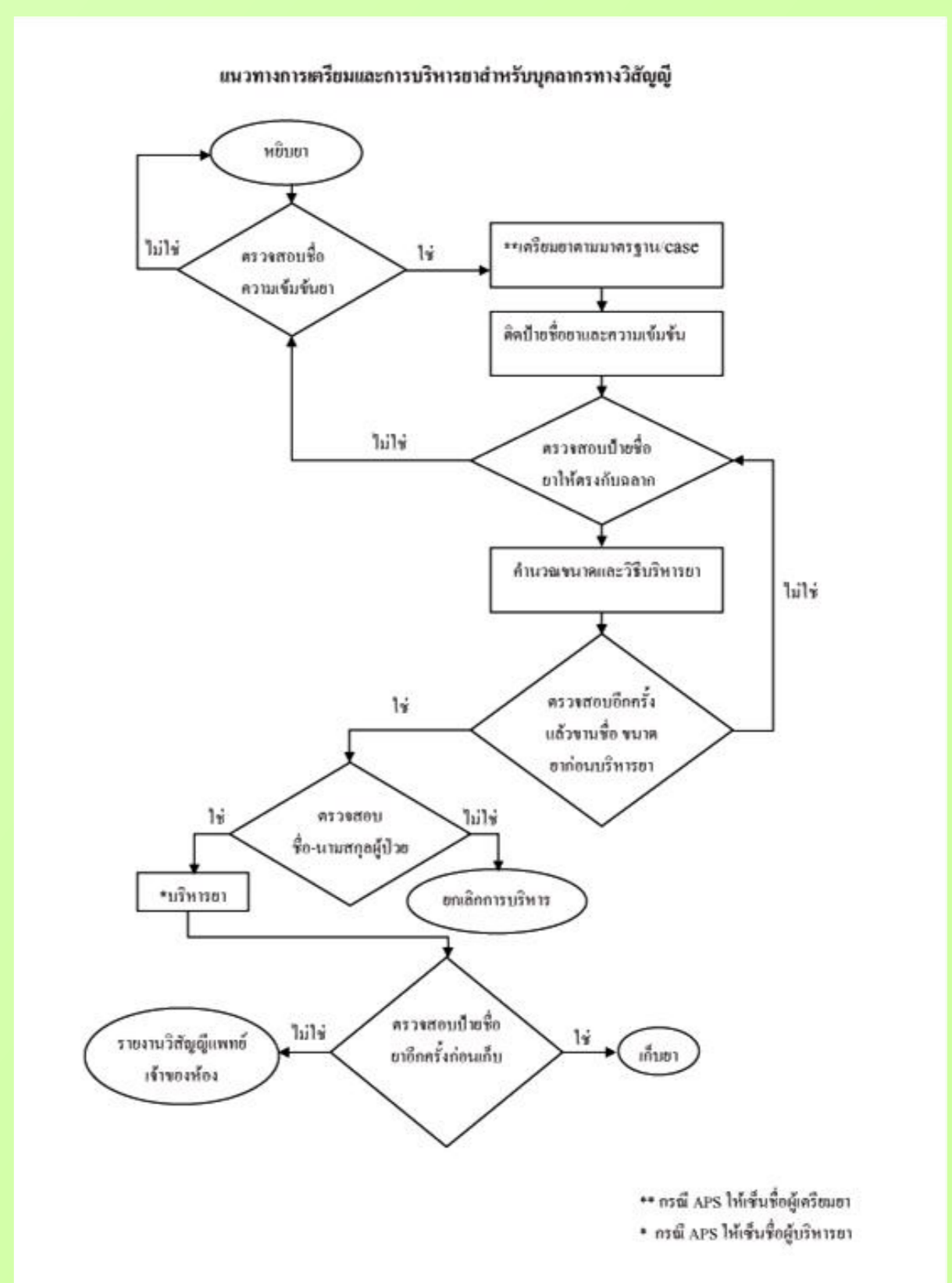
ผลการศึกษา

เกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาด 19 ราย (10.6 : 10,000) รายละเอียดในตารางที่ 1 ลักษณะของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับสติ๊กเกอร์ได้แก่ ผิดขนาด และผิดชนิด รวม 14 ราย เกิดในผู้ป่วยเด็ก 57.1% ผู้ใหญ่ 42.9%(ตารางที่ 2) ซึ่งสาเหตุเกิดจาก Human Error ขาดประสิทธิภาพในการใช้ยา ขาด double check ในขั้นตอนการเตรียมและฉีดตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนความพึงพอใจในบุคลากรผู้ใช้พึงพอใจต่อสติ๊กเกอร์สีมาก(97%) แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องการปรับปรุงในผู้ป่วยเด็ก



ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ที่เกิดแบ่งตามประเภทความผิดพลาด

ประเภทความผิดพลาด	จำนวนราย	ร้อยละ
ผิดขนาด	8	42.1
ผิดชนิด	6	31.6
ผิดทาง	2	10.5
อื่น ๆ	3	15.8
รวม	19	100



ตารางที่ 2 ลักษณะความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับสติ๊กเกอร์ ได้แก่ ผิดขนาดและผิดชนิด รวม 14 ราย แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนราย	ร้อยละ
เด็ก	8	57.1
ผู้ใหญ่	6	42.9



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยาทางวิสัญญีในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ภายหลังการใช้สติ๊กเกอร์สี ระหว่างเดือน มกราคม 2551- พฤษภาคม 2552

ประโยชน์ของผลงานวิจัย

พบว่าสติ๊กเกอร์สีไม่สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยาทางวิสัญญีได้ทั้งหมด ยังคงต้องให้ความสำคัญในกระบวนการเตรียมยาและฉีดตามมาตรฐานและศึกษาในสาเหตุอื่นที่เกิดขึ้นต่อไป เพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย