



發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/所有醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

侵入性處置之部位錯誤

收集台灣病人安全通報系統 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 3 月 31 日期間之機構通報案件，以收集手術事件手術過程階段項下之部位錯誤共 22 件。

案例描述

案例一

55 歲女性病人因血尿經診斷為膀胱癌，接受多次化學治療及放射線治療。2 年後病人因膀胱癌轉移至上腹腔，預計接受手術。手術部位於較高位，未照會相關科別協同手術。主刀醫師表示術中發現腹腔沾黏情形嚴重，切除腫瘤並取下一件組織送病理檢驗。術後病理組織檢查結果顯示，切除的「腫瘤」為其他器官組織，而非惡性腫瘤。

案例二

62 歲男性因左側腎盂水腫接受輸尿管鏡，確認有移行上皮細胞癌，二週後由泌尿科醫師以達文西機器手臂進行左腎輸尿管及膀胱袖口切除手術，手術時間長達 12 小時，術後轉入加護病房觀察，術後腹部腫脹嚴重，腹部 X 光顯示嚴重腸麻痺擴張，術後隔天突發敗血性休克，腹部電腦斷層顯示腸麻痺阻塞，顯影劑注射後發現小腸腸壁顯影不佳、血循環不良，腹主動脈的上腸繫膜動脈出口處有金屬假影而上腸繫膜動脈膜顯影，診斷為上腸繫膜動脈阻塞併腸缺血，懷疑手術中誤將上腸繫膜動脈夾起來而中斷血流，泌尿科醫師照會消化外科主治醫師緊急施行開腹手術，開腹探查證實上腸繫膜動脈遭金屬夾夾住造成腸缺血，術中切除大量小腸與部分大腸，病人術後產生短腸症的併發症，長期接受靜脈營養注射。

安全議題說明

「手術事件」之部位錯誤，常見風險點，如下：



手術同意書未填或未填詳盡。

例如：

1. 手術診斷與手術同意書部位沒有一致。
2. 手術部位為「右手第四指外側」，手術同意書之手術部位填寫「右手指腫瘤」。

【術前溝通失效】醫護人員間之溝通。

例如：

多專科團隊尚未有共識前，醫師自行執行手術。



【術前溝通失效】醫護人員與病人家屬間之溝通。

例如：

醫護人員與病人及家屬核對手術部位，手術同意書之填寫部位為「右側」，病人及家屬回答「右側」，但診斷實際部位為「左側」。



人形圖未註記手術部位或將部位劃記錯誤。

例如：

將手術部位「左側」劃記成「右側」。



未將放射線檢查之影像調整至病人畫面。

例如：

醫師未將影像調整成A病人之影像，以B病人之影像執行A病人手術。



Time out未確實。

例如：

未確實核對病人姓名、術式及部位。



施行微創或內視鏡手術時，可能受限於手術空間迷向 (spatial disorientation) 造成執行部位錯誤。

外科醫師因面臨視覺-空間能力 (Visuospatial abilities) 與心像旋轉 (mental rotation) 等問題造成空間認知錯誤。

建議作法

1. 貫徹醫護人員的繼續教育及制訂醫護人員之執業權限。
 - (1) 醫護人員應持續接受教育，精進專科知識與技巧，須具執行標準化醫療措施的能力，並有考核機制。
 - (2) 制訂醫療專業人員之執業權限，包含醫療專科業務範圍及可執行醫療項目。
2. 針對複雜或不熟悉案例，建議進行多專科團隊討論，並有執行、實質督導及追蹤機制。
 - (1) 經多專科照護團隊討論後，應制訂複雜病例的治療決策、末期癌症分級處理標準作業流程。
 - (2) 經多專科照護團隊討論會決議，對於複雜病例之治療/照護有追蹤機制，在治療/照護前進行追蹤。
3. 鼓勵人員適時說出病安顧慮並能以適切方式提出建議，尤其當進行中的醫療處置可能造成病人危害時，鼓勵人員主動說出。
4. 營造病人安全文化。
 - (1) 營造「病人對治療/照護方式尋求第二意見」，病人必須把握機會，維護自身的權益，諮詢不同科別，甚至不同醫院的專科醫師，充分掌握病情及治療的資訊，選擇病人及不同專科醫師間均能達成之共識。
 - (2) 第二意見與原來意見有衝突時，建議病人及家屬可選擇一位信賴的醫師協助整合與溝通，病人家屬將意見衝突之處與心中所有疑問明白提出，由該醫師協助釐清家屬疑問與整合成有共識之治療方案，必要時可與原來的主治醫師或提供第二意見的醫師再次討論，甚至尋求其他來源的建議，醫師可以使用醫病共享決策的技巧與工具，讓病人家屬與醫師達成治療共識。
 - (3) 營造醫療照護人員「對複雜/困難病例尋求協助」之病人安全文化，例如增進橫向、縱向溝通，機構著重改善反覆發生、跨機構、具有系統性危害、或具有危害公共安全等事件，勿追究個人、建立無懲罰或少責難的文化等。
5. 利用跡近錯失 (near miss) 或錯誤的案例做為學習教材，避免重蹈覆轍。



參考資料

1. Cohen, T. N., Cabrera, J. S., Litzinger, T. L., Captain, K. A., Fabian, M. A., Miles, S. G., ... Boquet, A. J. (2018). Proactive safety management in trauma care: applying the human factors analysis and classification system. *Journal for Healthcare Quality*, 40(2), 89-96. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000094.
2. Cohen, T. N., Francis, S. E., Wiegmann, D. A., Shappell, S. A., & Gewertz, B. L. (2018). Using HFACS-healthcare to identify systemic vulnerabilities during surgery. *American Journal of Medical Quality*, 33(6), 614-622. doi: 10.1177/1062860618764316.
3. Thiels, C. A., Lal, T. M., Nienow, J. M., Pasupathy, K. S., Blocker, R. C., Aho, J. M., ... Bingener, J. (2015). Surgical never events and contributing human factors. *Surgery*, 158(2), 515-521. doi: 10.1016/j.surg.2015.03.053.
4. Tina Vajsbaheer, Holger Schultheis & Nader K Francis (2018). Spatial cognition in minimally invasive surgery: a systematic review. *BMC Surgery*, 18(94). doi: 10.1186/s12893-018-0416-1.