

事例25

< 事例概要 >

投与準備時にカラーシリンジを使用し指示とは異なる薬剤投与に至った

ニトロール注 5mg（硝酸イソソルビド）：狭心症治療薬

- ・ 70 歳代、労作性狭心症

- ・ カテーテル治療のため、医師は 2 色のカラーシリンジにヘパリンナトリウムとニトロールの充填を指示。臨床工学技士は、運用ルールとは逆になるため違和感を持ったが指示通り準備し、その場を離れた。シリンジに薬剤名の記載はなく、術中、他の医師はカラーシリンジの色で薬剤を識別し、ヘパリンナトリウム注を投与するつもりでニトロール 8 mL を「ヘパリン 8,000 単位を投与します」と言いながら動脈内投与した。

- ・ 投与約 20 分後、冠動脈用ガイドワイヤーに血栓の付着を確認し、ヘパリンではなくニトロールを投与したことが判明。ヘパリン 8,000 単位を静脈内注射し血栓を除去したが、右冠動脈が閉塞。バルーン拡張するが心肺停止となり、4 日後に死亡。

- ・ 死因は、急性心筋梗塞、急性硬膜下血腫。死亡時画像診断（Ai）無、解剖有。