

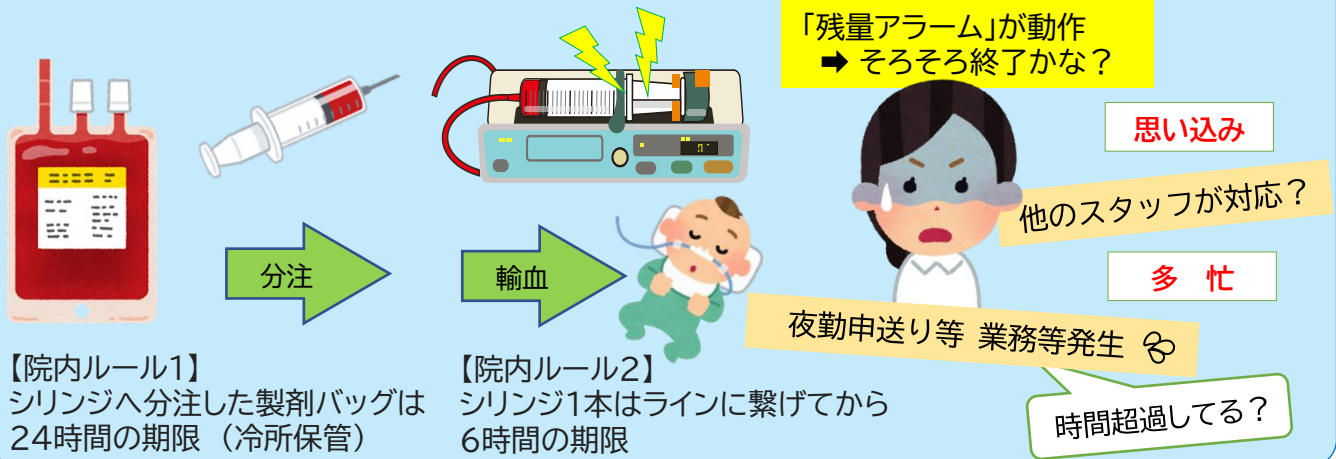
超低出生体重児に対する赤血球製剤輸血において制限時間を超過し輸注を行った事例

【今回の事例】

早産で出生した超低出生体重児の貧血に対し、赤血球製剤の輸血指示があり、病棟の夜勤帯から輸血が開始となりました。製剤バッグからシリンジに一定量を分注し、6時間ごとに更新しながら輸血を実施していました。分注時には、院内マニュアルに従い、製剤バッグやシリンジのラベルに「使用期限」等を明記しました。4本目の輸血の際、途中で残量アラームが鳴ったため、担当者はシリンジポンプが自動的に止まると考えました。しかし、終了時間から1時間半を過ぎた勤務交替時のダブルチェックで発覚するまで、シリンジポンプは動作しており、院内ルールの制限時間を越えた輸血が行われていました。

院内ルールの制限時間(シリンジ1本はラインに繋げてから6時間の期限)を超過して赤血球製剤の輸注を行ったとインシデント報告が上がりました。

*輸血を受けた患者には、特段の影響は認められませんでした。



【事例から考えるポイント】

☞ 確認時は、指差し確認をしましょう！

～だろうと思いきまず、必ず確実な確認をする。

☞ 時間管理へアラート機能を付けましょう！

タイマーを使用する。シリンジの分注量を指示量にする(シリンジポンプのアラート終了時間が合うように)。

☞ 複数のスタッフで情報共有をしましょう！

視覚的にわかりやすくする。

(終了時刻の記載プレートのラックかけ、誰もが見えるホワイトボード等へ情報の集約をする)

引継ぎ時に、複数のスタッフに関わるようにする。

リーダー(総括)へ伝達をする。



輸血療法部会では、輸血関連インシデント事例を解析、発信し、安全な輸血療法の発展に貢献します