

怒涛のような救急搬送が少し 落ち着いた夜中の2時の救急外来

志賀 隆 (国際医療福祉大学医学部救急医学講座准教授/同大学三田病院救急部長)

信 頼するチーフレジデントのN先生が「先生！ 重症の小児の患者さんです。気道緊急と考えています」

と私に声をかける。表情は真剣だ。すぐに診察に向かう。

心配そうな母親とともに生来健康な8歳の女兒が呼吸困難にて来院している。呼吸は早く20回/分を超える。酸素飽和度は94%、脈は100回/分、血圧は98/60、体温は36.5C。

吸気にも呼気にも異常呼吸音を聴取する。ストライダーだ。

酸素療法を開始し、動きながら救急診断学の原則を振り返る。

まずはROWS (Rule out worst case scenario) だ。もっとも危険な鑑別診断は何か？ 年齢、病態生理、疫学から考える。

「喉頭蓋炎か？ 細菌性気管支炎か？ クループか？ それとも？」

次にIllness scriptに移る。

「疾患像はどの鑑別診断に合致するのか？」

呼吸困難があり酸素飽和度が低いのはとても気になる。しかし、発熱はない。気道分泌物もほとんどない。細菌性気管支炎の可能性は低いだろう。

完全なTripod positionではない。今なら追加の情報を取ることができる！

気道管理の準備をしつつ、軟部組織を撮影。やはり、喉頭蓋は大きくない。ただ声門下の気道狭窄を認める。重症のクループだろう。

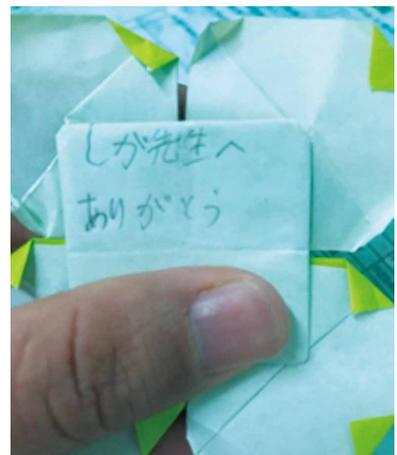
「N先生、まずはクループの治療を開始しよう！」

エピネフリン吸入とステロイド経口投与。若干の症状の改善を認めた。

入院を目的に当直の小児科医にコンサルトをした。意見は噛み合わず帰宅可能との判断となる。その場での意見の対立は良くないと判断。この状態での帰宅は危険なので自分たちのチームで患児にベストの治療をすることとした。

朝まで救急外来の個室でしっかりと治療、観察、モニターをし、日勤帯の小児科医に再度コンサルトした。小児科病棟に無事入院し、翌日には軽快し笑顔で帰宅となった。写真はこの患児からもらった手紙だ。

急性期疾患のプロとして真剣に患者・家族に向き合い、マネージメントするのがERで働く救急医である。そして、コンサルトと意見が食い違った場合には患者・家族のためにベス



トと思うことを信じて選択する。

不安な患児・家族に寄り添い、所属する科・専門性などではなく医療チームとしてベストを求めた結果、得られた信頼関係と患者のメッセージだったのだと思う。救急は医療の原点である。「困った人・家族に向き合い、寄り添い、ベストを目指す」を今後もチームで求めていきたい。

(No.4876, 2017.10.7)