

تریاز (TRIAGE)

و نقش آن در سازماندهی درمان مصدومان جنگی

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۲، صفحه ۱۱۹، ۱۳۶۰

دکتر منوچهر دوائی*

مقدمه:

آتش‌سوزی، حوادث صنعتی و با توجه باینکه شیوع و شدت ضایعات جانی حتی در زمان صلح نیز در ردیفی کاملاً بالا (۱) قرار دارد، مواجه شدن هر بیمارستان هر قدر که دور افتاده یا کوچک باشد، با چنین موقعیت‌های نابهنگام، کاملاً قابل تجسم و تصور می‌باشد. در چنین مواقع، برخلاف وضع متعارف برای بیماران غیر فوری در بیمارستانهای مجهز، امکانات محدود درمانی بیمارستانهای منطقه‌ای مشکلات بسیاری فراهم می‌سازد.

تریاز (TRIAGE):

در چنین موارد اضطراری تمهیدات خاصی از نظر سازماندهی و تعیین اولویت‌ها الزامی خواهد بود. بطور مثال در چنین مواقع انجام يك عمل چندساعته مغزی با نتیجه‌ای نامشخص باید بتعویق افتد و بجای آن از زمان و امکانات پرستلی و تجهیزات موجود برای بند آوردن خونریزی شدید اندامها یا رفع همونمو تراکی فشارنده در چند بیمار دیگر استفاده شود. در چنین شرائط، تمام صدمات در يك درجه وخامت قرار ندارند و بهمین جهت است که تقسیم بندی بیماران بر حسب نوع جراحات و فوریت درمان (۲) (تریاز) از اهمیت حیاتی برخوردار می‌باشد.

در سوانح بزرگ هنگامی که عده بیماران با امکانات درمانی يك مرکز پزشکی شدیداً نامتناسب است، باید به سازماندهی امکانات پرداخت. در این موارد دسته‌بندی کردن بیماران بر حسب نوع ضایعات، تعیین اولویت برای انجام درمان و پیش‌بینی‌های لازم

در مدت یکسال گذشته که آتش‌جنگ تحمیلی در جنوب و غرب میهن ما شعله‌ور است، کادر پزشکی کشور با وظیفه‌ای سنگین روبرو گشته و در عین حال تجارب خاصی اندوخته است.

تردیدی نیست که این تجربیات در آینده می‌تواند ببهترین وجه در خدمت امور درمانی و بهداشتی هم میهنانمان بکار گرفته شود. یکی از تجاربی که بخصوص بیمارستانهای منطقه جنگی در مدت یکسال اخیر بطور پیاپی با آن مواجه بوده‌اند، دریافت مجروحان و مصدومان بتعداد زیاد، یکباره یا در فاصله زمانی کوتاه بوده است. گاهی مجروحان جبهه بتعداد قابل توجه بنزدیک‌ترین بیمارستان ارجاع می‌شدند. همچنین در شهرهایی که در تیررس توپهای دورزن یا موشکهای دشمن قرار دارند، بهنگامی که دشمن بطور ناگهانی مردم غیر مسلح را در مجلات مسکونی یا معا بر عمومی مصدوم می‌ساخت، مجروحان با همکاری دیگر اهالی بنزدیک‌ترین بیمارستان منتقل می‌شدند. در این گونه موارد غالباً تناسب بین امکانات درمانی و عده بیماران بصورت نگران کننده‌ای برهم می‌خورد. همچنین با توجه باینکه درمان این بیماران بصورت فوریت‌های پزشکی مطرح بود، محدودیت زمانی نیز به دیگر مشکلات افزوده می‌شد. چنین وضعیتی بکرات برای بیمارستانهای نزدیک به جبهه اتفاق می‌افتاد و همچنان ادامه دارد.

با توجه به امکان وقوع سوانح بزرگ در گوشه و کنار از قبیل تصادفات اتوبوسها و قطارها، سوانح هوایی، زلزله، سیل،

* اهواز - دانشکده پزشکی جندی شاپور.

۱۵٪ در بزرگسالان، شکستگی‌های بسته و ساده اندام‌ها که درمان آنها تحت نظارت و مسئولیت پزشک ولی توسط کارورزان، دانشجویان پزشکی، پزشکان با تخصص‌های غیرجراحی و کادر پرستاری آموخته می‌تواند انجام گیرد.

دسته سوم: مصدومانی که بمرأیت کامل پزشکی احتیاج دارند و خود به سه گروه تقسیم میشوند:

الف - آنانکه به عمل جراحی نیاز فوری دارند (اختلالاتی که حیات بیمار را سریعاً بخطر می‌اندازند) مانند صدمات شکم همراه با شوک هموراژیک، صدمات قفسه سینه همراه با پنومو یا همو-تراکس، خونریزی اپیدورال، تامپوناد پریکارد، زخم‌کننده قفسه‌سینه، شکستگی مواج دنده‌ها و بخصوص انسداد مجاری تنفسی و نیز خونریزی از شرایین بزرگ.

ب- گروهی که احتیاج به عمل جراحی دارند ولی مدتی تأخیر را میتوانند تحمل نمایند تا تیم پزشکی از کارگروه اول فارغ شود (اختلالاتی که مآلاً حیات بیمار را بخطر می‌اندازند) مانند پر فروراسیون‌های جهاز هاضمه بدون شوک، جراحات و صدمات جمجمه (بدون ازدیاد فشار بر مغز)، قطع اندام ضربه‌ای پس از کنترل خونریزی، جراحات گردن که محتاج به تفحص جراحی باشند لیکن با خونریزی یا اختلال تنفسی همراه نباشند و همچنین صدماتی که حیات عضوی از بدن را بخطر می‌اندازد مانند دررفتگی مفاصل، شکستگی‌های باز، مواردیکه به بررسی و ترمیم عروق اندام‌ها نیاز داشته باشد و صدمات چشم.

پ- صدماتی که بعمل جراحی احتیاج نداشته یا عمل بعداً برایشان انجام میشود، مانند قطع اعصاب محیطی، شکستگی استخوان‌های صورت یا جمجمه (بدون عوارض فوری).

دسته چهارم: صدمات بسیار شدید که احتمال بسیار کمی برای زنده ماندن بیمار باقی میگذارد. به‌ت کثرت مصدومان، این گروه که درمانشان مستلزم صرف وقت زیاد و پرسنل متعدد و غالباً کم‌نتیجه میباشد، از اولویت کمتری برخوردار میباشد. البته به‌حض اینکه پزشکان از کار در همان گروه‌های با اولویت بیشتر فراغت یابند، بکار این بیماران خواهند پرداخت. صدمات وسیع مغزی، صدمات وسیع احشاء شکم و سینه، انهدام شدید احشاء و اعضاء در صدمات چند دستگاه مختلف بدن از این جمله‌اند.

۶- برقرار کردن ارتباط با مراکز پزشکی مجاور و مسئولان اجرائی ناحیه و تخلیه آن‌دسته از بیمارانی که بنظر سرپرست تیم تریاز باید انتقال داده شوند و همچنین پیش‌بینی امکانات لازم برای دادن اطلاع و راهنمایی بنزدیکان مصدومان لازم است (غالباً مصدومان محلی).

از لحاظ انتقال و تخلیه بیماران دارای اهمیت خاصی میباشد. این اقدامات الزاماً باید در یک سیستم هم‌آهنگ شده و تحت فرماندهی مشخصی انجام پذیرد. بدین منظور رعایت نکات زیر لازم است:

- ۱- در هر بیمارستان، بخصوص در بیمارستان‌های مرکزی هر ناحیه و قطعاً در تمام بیمارستان‌های منطقه جنگی، لازم است که یک طرح تریاز و سازماندهی درمانی، از قبل آماده اجراء باشد و همچنین برای رفع عیوب و نارسائیهای مربوطه طرح مورد نظر باید چندین بار بمرحله تمرین در آید.

- ۲- سرپرست طرح باید مشخص و حتی نفردوم بعنوان معاون و در صورت لزوم جانشین سرپرست نیز از قبل تعیین گردد. برای سرپرستی طرح حتی‌الامکان باید جراحی با تجربه انتخاب شود. این شخص نه تنها باید بدانش پزشکی احاطه کافی داشته باشد، بلکه لازمست که در کار ارزیابی وضعیت مصدومان و تصمیم‌گیری مسلط و سریع‌العمل باشد. تنها بکمک دانش و تجربه نمیتوان بیماری را که بعلت ضایعه‌ای وخیم و ترمیم‌ناپذیر در حال مرگ است از بیمار دیگری که بعلت ضایعه‌ای شدید ولی اصلاح‌پذیر در معرض مرگ میباشد، سریعاً تمیز داد و اقدام نمود.

- ۳- بقیه کادر پزشکی ضمن اجراء وظائف محوله و حفظ ارتباط و هم‌آهنگی با سرپرست طرح باید حداکثر سعی خود را برای کمک به مصدومان بکار برند و از هر فرصتی برای بازنگاهداشتن راه تنفس، بند آوردن خونریزی، شروع مایعات داخل وریدی و بیحرکت کردن شکستگی‌های مصدومان استفاده نمایند. سازماندهی و تعیین وظائف کلیه کادر پزشکی، پیراپزشکی و غیرپزشکی واحد درمانی برعهده سرپرست طرح میباشد.

- ۴- در محوطه بیمارستان محلی بزرگ مانند سالن غذاخوری، کتابخانه و نظائر آن برای پذیرفتن مصدومان متعدد باید در نظر گرفته شود. در این بخش عمومی مراقبت از عده زیادی بیمار با حداقل کادر امکان پذیر میباشد. آماده کردن وسائل و داروهای لازم و اطاق عمل کوچک در نزدیکی چنین محل و بخدمت گرفتن اطاق عمل اصلی جزو این اقدامات است. این سالن بزرگ را بر حسب وضعیت میتوان به قسمت‌های کوچک‌تر ولی مرتبط تقسیم بندی کرد.

- ۵- در سوانح بزرگ بعلت کثرت مصدومان و محدود بودن زمان و امکانات عملاً بیماران را میتوان به چهار دسته تقسیم کرد:

دسته اول: صدمات جزئی از قبیل کوبیدگی، خراش سطحی و بریدگیهای کوچک که بمرأیت پزشکی احتیاج نداشته و بفوریت از ناحیه تریاز تخلیه میشوند.

دسته دوم: صدمات محدود از قبیل زخم‌هایی که به‌بخیه کردن احتیاج دارند، سوختگی‌های کمتر از ۱۰٪ در اطفال و کمتر از

۱۰- موضوع سازماندهی در موارد جنگ و سوانح طبیعی الزاماً از محدودۀ بیمارستان فراتر میرود. مسئولان اجرائی ناحیه‌ای که بیمارستان در آن واقع شده‌است، نیز باید طرح آماده‌ای برای مقابله با سوانح داشته باشند. بخصوص اگر در ناحیه مزبور مرکز اورژانس با کادر آموزش دیده، وسایل کمکهای اولیه و نیز وسائظ انتقال وجود داشته باشد، باید از آن استفاده کامل شود. همچنین هم‌آهنگ کردن اقدامات امدادی بصورت ستادی، برقراری ارتباطات برای استمداد، تخلیه و انتقال، پیش بینی دارو و پانسمان و دیگر احتیاجات در زمره این مسئولیت‌ها است. واضح است که مراتب یاد شده تنها برای مواردیکه انبوه مصدومان بیکباره بیک مرکز درمانی آورده شده باشند، صدق میکند و در غیر اینصورت کلیه موارد چه از نوع خفیف و یا شدید، باید در اولین فرصت و مستقیماً توسط پزشک معاینه و درمان شوند. همچنین در سوانح سرپرست تیم تریاژ ضمن منظور داشتن تقسیم بندیهای ذکر شده، نباید از امکانات انتقال غافل بماند و مناسبترین بیماران را تحت شرایط قابل قبول بمرکز درمانی مجاور اعزام دارد تا با تقسیم شدن بار درمانی کلیه بیماران توجه لازم را دریافت نمایند.

۸- ارزیابی وضعیت کودکان خردسال بطور کلی و بخصوص در این مواقع بعلت عدم توانائی آنها به بیان ناراحتیهایشان و دیگر ویژگیهای بالینی مشکل‌است و بهمین جهت توجه خاص باین گروه سنی در هنگام تریاژ لازم است. مثلاً باید بخاطر داشت، گرچه میزان فشارخون بطور طبیعی در کودکان کمتر از بزرگسالان است، لیکن میزان فشارخون در حدی که باعث شوک شود، در بزرگسالان و کودکان تفاوت چندانی ندارد (۳). در صورت عدم توجه خاص این دسته از مصدومان زودتر از بقیه از دست میروند.

۹- با وجود محدود بودن زمان و پرسنل یادداشت علائم بالینی و اقدامات انجام شده، حتی بصورت مختصر و تلگرافی از اهمیت خاصی برخوردار میباشند. نه تنها در موارد تریاژ بلکه در بخش‌های فعال تمام بیمارستانها نقص پرورنده عمومیت دارد (۴) و این موضوع بکسرات سبب زیانها و اشتباهاتی میشود. تهیه فرمهای ساده و آماده که توسط منشی بخش یا پرستاران مشخصات بیمار در آن ذکر شود و در اولین فرصت مناسب بوسیله پزشک مسئول تکمیل گردد (۵)، در این زمینه کاملاً مفید واقع شده است.

REFERENCES:

- 1- Jones, K.W.: Thoracic trauma, Surg. Clin, North. Amer. 60: 957, 1980.
- 2- Flint, T., Cain, H. D.: Urgency evaluation in emergency treatment and management, Saunders Co., pp. 76, 1975.
- 3- Haller, A. J. et. al.: Special problems of cardiac injuries in infants and children, J. Trauma. 19:526, 1979.
- 4- Frazier, W.H. and Brand, D. A.: Emergency department trauma care, priorities and documentation. Surg. Clin. North. Amer. 60 : 1009, 1980.
- 5- Charters, A. C. et al.: Experience with a simplified trauma registry. J. Trauma, 19 : 13, 1979.