تـــریـــاژ (TRIAGE)

و نقش آن در سازمانـدهی درمـان مصـدومان جنگـی

مجله نظام پزشکی
سال هشتم، شماره ۲ ، صفحه ۱۱۹، ۱۳۶۰

دکتر منوچهر دوائی*

مقـدمـه :

درمدت یکسال گذشته که آتش‌جنك تحمیلی درجنوب وغرب میهن ما شعله‌ور است ، کادر پزشکی کشور با وظیفه‌ای سنگین روبرو گشته و درعین حال تجارب خاصی اندوخته است .

تردیدی نیست که این تجربیات در آینده میتواند ببهترین وجه درخدمت امور درمانی و بهداشتی هم میهنانمان بکار گرفته شود. یکی از تجاربی که بخصوص بیمارستانهای منطقه جنگی در مدت یکسال اخیر بطورپیاپی با آن مواجه بوده‌اند، دریافت مجروحان و مصدومان بتعداد زیاد ، یکباره یا در فاصله زمانی کوتاه بوده است . گاهی مجروحان جبهـه بتعـداد قابل توجه بنزدیك‌ترین بیمارستان ارجاع میشدنـد . همچنین در شهرهائی که در تیررس توپهای دورزن یا موشکهای دشمن‌قراردارند، بهنگامی که دشمن بطورناگهانی‌مردم غیرمسلح را درمحلات مسکونی‌یامعابرعمومی مصدوم میساخت ، مجروحان باهمکاری دیگراهالی بنزدیك‌ترین بیمارستان منتقل میشدند . دراین گونـه موارد غالباً تناسب بین امکانـات درمانی و عده بیماران بصورت نگران کننده‌ای برهم میخورد . همچنین باتوجه باینکـه درمان این بیماران بصورت فوریتهـای پزشکی مطرح بود ، محدودیت زمانی نیز به دیگر مشکلات‌افزوده میشد. چنین وضعیتی بکرات برای بیمارستانهای نزدیك به‌جبهه اتفاق میافتاد وهمچنان ادامه دارد.

باتوجـه به امکان وقوع سوانح بزرگ درگوشه و کنار از قبیل تصادف اتوبوسهـا و قطارها ، سوانح هوائی ، زلزلـه ، سیل ، آتش‌سوزی، حوادث صنعتی‌وباتوجه باینکه شیوع وشدت ضایعات جانی حتی در زمان صلح نیز در ردیفی کاملا بالا(۱) قراردارد، مواجه شدن هر بیمارستان هرقدرکه دورافتاده یا کوچك باشد ، باچنین موقعیت‌های نابهنگام ، کاملا قابل تجسم و تصور میباشد . درچنین مواقع ، برخلاف وضع متعارف برای بیماران غیرفوری دربیمارستانهـای مجهز ، امکانات محدود درمانی بیمارستانهای منطقه‌ای مشکلات بسیاری فراهم میسازد.

تـریـاژ (TRIAGE) :

درچنین موارد اضطراری تمهیدات خاصی از نظر سازماندهی و تعیین اولویت‌ها الزامی خواهد بود . بطور مثال درچنین مواقع انجام یك عمل چندساعته مغزی بانتیجه‌ای نامشخص باید بتعویق افتد و بجای آن از زمان و امکانات پرسنلی وتجهیزات موجود برای بندآوردن‌خونریزی شدیداندامها یارفع هموپنوموتراکس فشارنده درچند بیمار دیگراستفاده شود. درچنین شرائط ، تمام صدمات در یك درجه وخامت قرار ندارند وبهمین‌جهت است که تقسیم بندی بیماران برحسب نوع جراحات وفوریت درمان(۲) (تریاژ) از اهمیت حیاتی برخوردار میباشد .

درسوانح بزرگ هنگامی که عده بیماران با امکانات درمانی یك مرکزپزشکی شدیداً نامتناسب‌است، باید به سازماندهی امکانات پرداخت. دراین موارد دسته‌بندی کردن بیمـاران برحسب نوع ضایعات ، تعیین اولویت برای انجام درمان و پیش‌بینی‌های لازم

* اهواز ــ دانشکده پزشکی جندی شاپور.

ازلحاظ انتقال و تخلیه بیماران دارای اهمیت خاصی میباشد. این اقدامات الزاماً باید دریك سیستم هم‌آهنك شده وتحت فرماندهی مشخصی انجام پذیرد. بدین منظور رعایت نکات زیرلازم است :

۱ـ درهر بیمارستان ، بخصوص‌در بیمارستانهای مرکزی هر ناحیه وقطعاً درتمام بیمارستانهای منطقه جنگی، لازم است که یك طرح تریاژ و سازماندهی درمانی ، ازقبل‌آماده اجراء باشد وهمچنین برای رفع عیوب و نارسائیهای مربوطـه طرح مورد نظـر باید چندین بار بمرحلهٔ تمرین درآید.

۲ـ سرپرست طرح باید مشخص و حتی نفردوم بعنوان معاون و درصورت لزوم جانشین سرپرست نیز ازقبل تعیین گردد. برای سرپرستی طرح حتی‌الامکان باید جراحی‌باتجربه انتخاب شود. این شخص نه تنها باید بدانش پزشکی احاطه کافی داشته باشد ، بلکه لازمست که در کار ارزیابی وضعیت مصدومان و تصمیم گیری مسلط و سریع‌العمل باشد . تنها بکمك دانش و تجربـه میتوان بیماری را که بعلت ضایعه‌ای وخیم و ترمیم‌ناپذیر درحال مرگ است از بیمار دیگری که بعلت ضایعه‌ای شدید ولی اصلاح پذیر درمعرض مرگ میباشد، سریعاً تمیز داد واقدام نمود.

۳ـ بقیه کادر پزشکی ضمن‌اجراء وظائف محوله و حفظ ارتباط و هم‌آهنگی با سرپرست طرح باید حداکثر سعی خود را برای کمك بمصدومان بکاربرند وازهرفرصتی برای بازنگاهداشتن‌راه تنفس ، بندآوردن خونریزی ، شروع مایعات داخل وریـدی و بیحرکت کردن‌شکستگی‌های‌مصدومان‌استفاده نمایند. سازماندهی و تعیین وظائف کلیه کادر پزشکـی ، پیراپزشکی و غیرپزشکی واحد درمانی برعهده سرپرست طرح میباشد .

۴ـ در محوطه بیمارستان محلی بزرگ مانند سالن غذاخوری ، کتابخانه و نظائر آن برای پذیرفتن مصدومان متعدد باید درنظر گرفته شود. در این بخش عمومی مراقبت از عده زیادی بیمار با حداقل کادر امکان پذیـر میباشد. آماده کردن وسائل و داروهای لازم و اطاق عمل کوچك درنزدیکی چنین محل وبخدمت گرفتن اطاق عمل اصلی جزو این اقدامات است . این سالن بزرگ را برحسب وضعیت میتـوان به قسمت‌هـای کوچك‌تـر ولی مرتبط تقسیم‌بندی کرد .

۵ـ درسوانح بزرگ بعلت کثرت مصدومان ومحدود بودن زمان و امکانات عملا بیماران را میتوان به‌چهار دسته تقسیم کرد :

دسته اول : صدمات جزئی ازقبیل کوبیدگی ، خراش سطحی و بریدگیهای کوچك که بمراقبت پزشکی احتیاج نداشته و بفوریت ازناحیه تریاژ تخلیه میشوند .

دسته دوم : صدمات محدود از قبیل زخمهائی که به‌بخیه کردن احتیاج دارند ، سوختگی‌های کمتراز ۱۰٪ در اطفال و کمتر از ۱۵٪ دربزرگسالان ، شکستگی‌های بسته وسادهٔ اندام‌ها که درمان آنهـا تحت نظارت و مسئولیت پزشك ولی تـوسط کارورزان ، دانشجویان پزشکی ، پزشکان با تخصص‌های غیرجراحی و کادر پرستاری‌آزموده میتوانند انجام گیرد .

دسته سوم : مصدومانی‌که بمراقبت کامل پزشکی احتیاج دارند وخود به سه گروه تقسیم میشوند :

الف ـ آنانکـه به‌عمل جراحی نیاز فوری دارند (اختلالاتی‌که حیات بیماررا سریعاً بخطرمی‌اندازند) مانند صدمات شکم همراه با شوك هموراژیك ، صدمات قفسه سینه همراه با پنومو یا هموتراکس ، خونـریزی اپیدورال ، تامپوناد‌پریکارد ، زخم مکنده قفسه‌سینه ، شکستگی مواج دنده‌ها وبخصوص‌انسداد مجاری‌تنفسی ونیز خونریزی از شرائین بزرگ.

ب ـ گروهی‌که احتیاج به عمل جراحی دارند ولی مدتی تأخیر را میتوانند تحمل نمـایند تا تیم پزشکی از کارگروه اول فارغ شود (اختلالاتی‌که مآلا حیات بیمار را بخطر میاندازند) مانند پرفوراسیون‌های جهاز هاضمه بدون شوك ، جراحات و صدمات جمجمه (بدون ازدیاد فشار برمغز) ، قطع اندام ضربه‌ای‌پس‌از کنترل خونریزی، جراحات‌گردن‌که محتاج به تفحص جراحی باشند لیکن با خونریزی یا اختلال‌تنفسی همراه نباشندوهمچنین صدماتی‌که حیات عضوی‌ازبدن را بخطرمیاندازد مانند دررفتگی مفاصل ، شکستگی‌های باز ، مواردیکه به بررسی و ترمیم عروق اندام‌ها نیاز داشته باشد و صدمات چشم .

پ ـ صدماتی‌که بعمل‌جراحی‌احتیاج نداشته یا عمل‌بعداً برایشان انجام میشود، مانند قطع اعصاب محیطی، شکستگی‌استخوانهـای صورت یا جمجمه (بدون عوارض فوری).

دسته چهارم : صدمات بسیار شدید که احتمال بسیارکمی برای زنده ماندن بیمار باقی میگذارد . بعلت کثرت مصدومان ، این گروه که درمانشان مستلزم صرف‌وقت زیاد و پرسنل‌متعددوغالباً کم‌نتیجه میباشد، ازاولویت کمتری‌برخوردارمیباشند. البته بمحض اینکه پزشکان‌ازکاردرمان گروههای بااولویت بیشترفراغت‌یابند، بکاراین‌بیماران خواهند پرداخت . صدمات وسیع مغزی،صدمات وسیع احشاء شکم وسینه ، انهدام شدید احشاء واعضاء درصدمات چند دستگاه مختلف بدن ازاین جمله‌اند .

۶ـ برقرارکردن ارتباط بـا مراکزپزشکی مجاور و مسئولان اجرائی ناحیه و تخلیه آندسته از بیمارانی‌که بنظرسرپرست تیم تریاژباید انتقال‌داده شوند وهمچنین پیش‌بینی‌امکانات لازم برای دادن اطلاع و راهنمـائی بنزدیکان مصدومان لازم است (غالباً مصدومان محلی).

۸ـ ارزیابی وضعیت کودکان خردسال بطور کلی و بخصوص در این مواقع بعلت عدم توانائی آنها به بیان ناراحتیهایشان و دیگر ویژگیهای بالینی مشکل است و بهمین جهت توجه خاص باین گروه سنی درهنگام تریاژ لازم است . مثلا باید بخاطر داشت ، گرچه میزان فشارخون بطورطبیعی در کودکان کمتر از بزرگسالان است، لیکن میزان فشارخون درحدی که باعث شوك شود، در بزرگسالان و کودکان تفاوت چندانی ندارد (۳). درصورت عدم توجه خاص این دسته از مصدومان زودتر از بقیه ازدست میروند .

۹ـ باوجود محدود بودن زمان و پرسنل یادداشت علائم بالینی و اقدامات انجام شده، حتی بصورت مختصر و تلگرافی از اهمیت خاصی برخوردار میباشد . نه تنها درموارد تریاژ بلکه در بخشهای فعال تمام بیمارستانها نقص پرونده عمومیت دارد (۴) و این موضوع بکسرات سبب زیانهـا 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 پزشك مسئول تکمیل گردد (۵)، دراین زمینه کاملا مفیـد واقع شده است .

۱۰ـ موضوع سازماندهی درموارد جنگ وسوانح طبیعی الزاماً از محدودهٔ 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 آموزش‌دیده ، وسائل کمکهای اولیه و نیز وسائط انتقال وجود داشته باشد، باید از آن استفاده کامل شود . همچنین هم‌آهنگ کردن اقدامات امدادی بصورت ستادی، برقراری ارتباطات برای استمداد ، تخلیه و انتقال، پیش‌بینی دارو و پانسمان و دیگر احتیاجات در زمرهٔ این مسئولیتها است . واضح است که مراتب یاد شده تنها برای مواردیکه انبوه مصدومان بیکباره بیك مرکز درمانی آورده شده‌باشند، صدق میکند ودرغیر اینصورت کلیهٔ موارد چه از نوع خفیف و یـا شدید ، باید در اولین فرصت و مستقیماً توسط پزشك معاینه و درمان شوند . همچنین درسوانح سرپرست تیم تریاژ ضمن منظور داشتن تقسیم بندیهای ذکرشده ، نباید از امکانات انتقال غافل بماند ومناسب‌ترین بیماران را تحت شرائط قابل قبول بمراکز درمـانی مجاور اعزام دارد تا با تقسیم شدن بار درمانی کلیهٔ بیماران توجه لازم‌را دریافت نمایند.

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.