

A triázs szerepe a gyermek sürgősségi ellátás során
Dr. Bognár Zsolt osztályvezető főorvos
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sürgősségi Betegellátó Osztály
1089. Budapest, Üllői út 86. +36-1-459-9100, bognarzs@heimpalkorhaz.hu

Összefoglaló

A sürgősségi ellátás egyik meghatározó eleme a triázs vizsgálat. Ez az értékelő rendszer nem csak egy vizsgálatot jelöl, hanem olyan folyamatot és szemléletet is, mely meghatározza a beteg aktuális állapotához rendelt ellátási szintet és időintervallumot. A triázs megfelelő használata olyan rizikó felmérés, mely a rendelkezésre álló humán és tárgyi erőforrások beteghez történő hozzárendelésével – mikro-allokációjával – növeli a betegbiztonságot. Különösen fontos ez nagy létszámú beteg vagy sérült egy időben, vagy adott helyen történő jelentkezése esetén. A felnőttek ellátásra kidolgozott különböző triázs rendszerek megfelelő modifikációval adaptálhatók a gyermekellátásra is. Használatukkal kiemelhetők a kritikus vagy potenciálisan kritikus állapotú betegek, megelőzve ezzel az állapotukban bekövetkező, a várakozásból eredő állapotrosszabbodást.

Szöveg

A triázs (triage) kifejezés francia megfelelője osztályozást, besorolást jelent. Mint számos más eljárás, ez is a katonai egészségügyből került át a polgári használatba. Igazoltan első egészségügyi alkalmazója Dominique-Jean Larry báró, Napóleon császár fősebésze volt. Az ellátás sorrendjének megállapítására a XX. század világháborús hadszínterein használták először, majd a későbbi háborús konfliktusok során került sor a rendszer felülvizsgálatára. Elsődleges cél a súlyos sérültek mielőbbi „kiemelése”, a könnyebb sérültek mielőbbi ismételt hadba küldése volt. Polgári ellátásba való bevezetését az ez a szükségessé, hogy a rendelkezésre álló kapacitások minél hatékonyabban kerüljenek elosztásra a rászorulóknak között. (mikro-allokáció) A világ különböző részein számos triázs rendszer került kialakításra és bevezetésre: Australasian Triage System (ATS) Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage System (MTS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Utóbbi kifejlesztésében és folyamatos felülvizsgálatában a Kanadai Sürgősségi Orvostani Társaságon kívül a Kanadai Gyermekorvos Társaság is részt vett, így került létrehozásra a PaedCTAS. A Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Triázs Munkacsoportja 2013-ban lefordította és adaptálta a hazai viszonyokra a CTAS-t, megteremtve ezzel a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszert (MSTR). A választás mellett szólt a pontosabb differenciálást lehetővé tevő ötfokozatú skála, a könnyű oktathatóság, és a standardizált, validált rendszer. (1. ábra)

A triázs valójában egy folyamat, mely nagyon pontosan körülírható, egymástól jól elkülöníthető lépésekből tevődik össze. Feladata, hogy a „megfelelő beteget a megfelelő helyen, a megfelelő időben, a megfelelő személyzet lássa el”.

1. Elsődleges megtekintés (first look):

Nevéből adódóan egy gyors, elsődleges állapot felmérés, az ABCD elvek alapján vagy a gyermekgyógyászatban használatos „állapotfelmérő háromszög” (Paediatric Assessment Triangle – PAT) alkalmazásával. Ez nem tarthat tovább 5-10 másodpercnél és funkciója az I. triázs kategóriába tartozó betegek azonnali kiszűrése, ellátásuk mielőbbi megkezdése.

2. Potenciális infekció források kiszűrése:

A gyermekgyógyászatban a betegek döntő többsége valamilyen fertőzéssel keresi fel a sürgősségi osztályt. A triázs ápoló feladata azon infekciók felderítése, melyek rövid idő alatt potenciálisan életet veszélyeztető állapot kialakulásához vezethetnek, vagy ellátásuk során a kezelést végző személyek fokozott védelme javasolt. (központi idegrendszeri gyulladások, influenza különböző típusai, etc.)

3. Vezető panaszok:

Szervrendszerek és tünetcsoportok alapján kialakított lista, mely segíti triázst végző ápolót a megfelelő prioritási kategória kiválasztásában.

4. Elsődleges és másodlagos meghatározó és módosító tényezők:

A triázs vizsgálat során rögzített fizikális paraméterek módosíthatják a vezető panaszok indikálta besorolást. Ilyen hatása van pld. korcsoportra jellemző légzési és szívfrekvenciától való eltérésnek, függetlenül az eltérés irányától. Ismét hangsúlyozzuk, hogy a primer prioritási kategóriát csak felfelé lehetséges módosítani, „undertriage” nem megengedett.

5. A másodlagos tényezők csak meghatározott állapotok, kísérő betegségek esetén kerülnek alkalmazásra. Ilyenek például a különböző alapbetegségek (diabetes, neurológiai károsodások, fejlődési rendellenességek), illetve például egy sérülés súlyosságára utaló végtagi deformitás, keringési vagy innervációs deficit. Ilyenek tekinthető például az életkor is, mert az MSTR szabályai szerint az 1 hónapnál fiatalabb beteg a II. kategóriába, a 6 hónapnál fiatalabb pedig a III. kategóriába kerül. (2. ábra). A betegbiztonság szempontjából alapvető fontosságú, hogy a triázs ápoló személyes tapasztalata, a betegről nyert benyomásai alapján sorolhatja a beteget magasabb kategóriába („overtriage”), viszont semmilyen módon nem választhat a rendszer által felkínálnál alacsonyabb kategóriát. („undertriage”)

Ugyancsak a betegbiztonság fokozását szolgálja a retriázs. Ennek lényege, hogy az adott triázs kategóriához tartozó időintervallum lejártá után ismételt vizsgálat történik, mely vagy megerősíti az első vizsgálat eredményét, vagy az időközben bekövetkező állapotváltozás miatt magasabb szintre emeli a prioritást.

A fentiekből is látható, hogy az MSTR, illetve a triázs, mint eszköz sokféle módon használható. Lehet egy sorvezető, amely végig vezet az elsődleges vizsgálatot végző ápolót

egy tevékenységi láncon, segítve, hogy sürgősségi kategória megállapításának folyamatából ne maradjon ki egyetlen lépés sem. De lehet egy döntéstámogató algoritmus is, melynek célja, hogy az adott pillanatban és helyen rendelkezésre álló erőforrások a leoptimálisabban, a betegek minél nagyobb biztonságának érdekében kerüljenek elosztásra.

(Az ábrák forrása a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer tankönyvének 2. kiadása)

Irodalom

1. Dr. Botos Péter et al.: A Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer bevezetése; Magyar Mentésügy, 32. évf. 2. sz. / 2018
2. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. Can J Emerg Med 1999; 1(suppl):S2-S28.
3. Jarvis A, Warren D, Leblanc L. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments. CJEM 2001;3(4 suppl).