

看急診第1步 配合檢傷 分級就醫

文／醫師 蔡哲宏

什麼是「檢傷」？急診為何要設置檢傷站？常常有病人誤以為急診就是來了馬上看，因而對於在急診的等候產生抱怨，甚至說：「人都快死了，還要等？」如果病人真的快死了還要等候看診，不但民眾無法接受，我們醫療人員也無法原諒自己。但急診病人這麼多，急診醫師與護理人員必須同時照顧這麼多病情緊急又複雜的病人，該怎麼辦呢？

按檢傷分類標準，急診病人分成5級

因此，急診必須有一套機制讓真正緊急的病人可以獲得優先處理，既妥善利用醫療資源又無延誤病情之虞。這套機制就是「檢傷分類」。所謂「檢傷分類」是將病人依病情嚴重度分為不同等級，再依其等級決定看診的優先次序。這種分類的方式並不是看起來血流滿面就比較緊急，也不見得是痛得非常難受就必須排前面一點早些處理。

衛生福利部自2006年起，委託臺灣急診醫學會與中華民國急重症護理學會，參照國際間檢傷分類發展，制訂出符合我國急診現況的急診5級檢傷分類標準，並且發展電腦輔助判讀系統，以提高檢傷精確度，改善醫療

照護品質與效率。新的急診5級檢傷分類標準係使用呼吸窘迫度、血液循環功能、意識程度、體溫、疼痛嚴重度、受傷機轉6種調節變數，將病人就病情輕重分為復甦急救、危急、緊急、次緊急、非緊急5種等級，安全候診時間分別為立即就診、10分鐘、30分鐘、60分鐘、120分鐘。

檢傷1級者有性命之憂，須立即診治

以呼吸窘迫度為例，檢傷護理師會在第一時間觀察病人的呼吸速率、呼吸型態、呼吸聲音，以及是否可以順暢對談、是否使用輔助呼吸肌肉等進行評估，再輔以血氧濃度等檢測，有嚴重呼吸窘迫的屬檢傷1級、也就是必須立即診視。這些病人通常會立刻推入急救室進行急救處置，甚至可能需要接受氣管插管及使用呼吸器，否則病人可能在很短時間內惡化為心跳停止。

分類標準之一的血液循環功能，是在評估病人有無「休克」現象，除了測量血壓、心跳速率之外，也要注意皮膚溫度及是否出汗、是否會因為姿勢改變而昏厥。病人有無神智錯亂，甚至昏迷，也是重要的參考。常見的重大外傷、敗血症等重大疾病，很多都可能出現這類休克的表徵。

攝影／盧秀禎

病人如果陷入昏迷，除了考慮嚴重呼吸窘迫或休克之外，也可能是神經系統嚴重受損。檢傷人員會依據不同的意識改變程度，來決定檢傷分級。由此可見，病情越嚴重的病人，通常越無法表達其痛苦與不適（請參考附圖）。

疼痛有程度之分，要視情況安排處理

當病人抱怨：「都快痛死了，還要等這麼久？」雖然疼痛未必代表病情不穩定，但現行的檢傷制度非常有人性地考慮到病人的疼痛與不適，特別將疼痛分為重度、中度與輕度，再依疼痛的位置分為中樞性或周邊性。如果屬於非常嚴重的頭痛、胸痛、腹痛、背痛等中樞性疼痛，代表可能有重大器官的疾病，此時判定為檢傷2級，通常會在10分鐘之內看診，並盡速解決其疼痛問題。但如果是因骨折、挫傷或肌肉骨骼症狀而造成的疼痛，相對而言就沒有那麼緊急了。

機動的救命機制，各科隨時支援

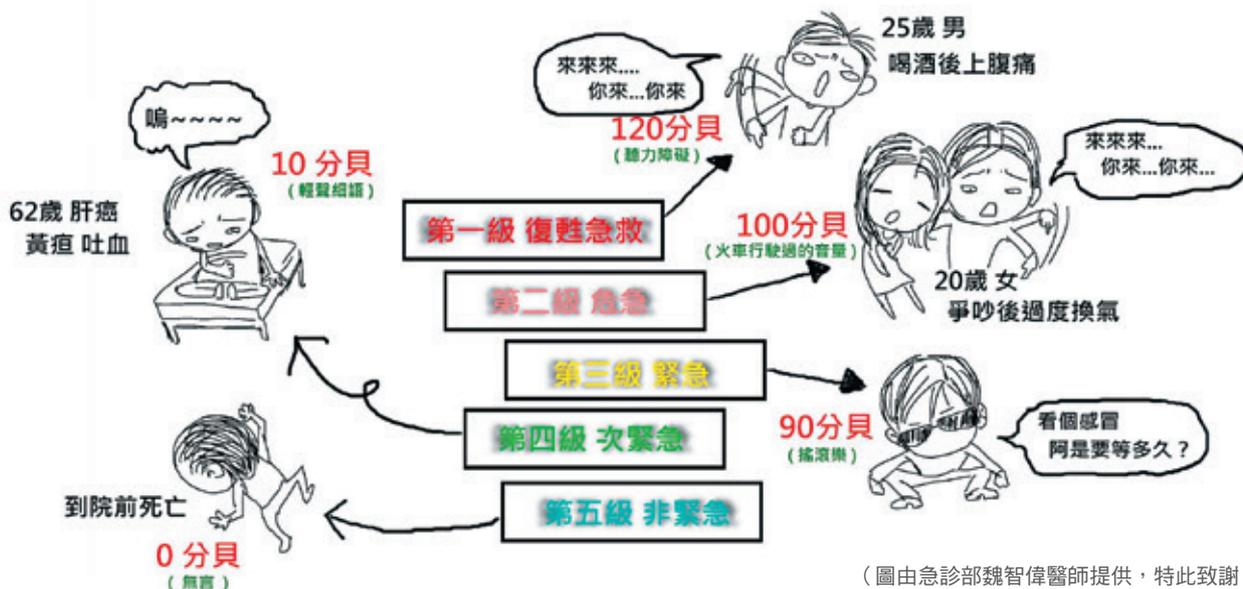
除了考慮生命徵象指標，檢傷護理人員也要有很豐富的臨床經驗，加上很嚴格的檢傷訓練，才能做好這項工作。例如病人主訴胸悶或胸痛，檢傷人員會在醫師授權之下，先安排病人接受心電圖檢查；如果發現有急性心肌梗塞的變化，即立刻啟動特定流程，動員相關人員，在最短的時間內進行治療。其他如檢傷人員判斷為重大外傷、急性腦中風發作在3小時之內，也都可以利用急診區的小廣播，馬上啟動相關支援程序，包含急診內部人員調度、特定專科醫師的會診，甚至放射科影像檢查與手術室的準備，都有一整套的標準作業機制。

國內外的資料都顯示，急診病人年年增加，為了對病情的嚴重度與急迫度作正確判斷，給予安全與合理的安排，急診檢傷分類的切實執行十分重要，期盼民眾能夠充分配合，並請切記醫療人員絕對重視每一位病人疼痛或不適的感受，只是在治療上必須區分輕重緩急，以挽救更多瀕危的生命。



急診哀歌 檢傷分類

從傳統依危急程度分類 被大家改成為 **分貝** 分類



(圖由急診部魏智偉醫師提供，特此致謝)