

Obsah

Třídění raněných a postižených při hromadných neštěstích a katastrofách	2
Třídění zraněných START.....	2
Přetřídění START.....	2
Postup při určení priorit metodou START	3
Odsunové třídění.....	6

Třídění raněných a postižených při hromadných neštěstích a katastrofách

Při hromadném výskytu raněných musíme na první místo celého léčebného procesu postavit **třídění (triage)**, které rozdělí postižené podle druhu a tíže poranění, prognózy a skýtá předpoklad přežití nebo minimalizace následků při přiměřeně včasném poskytnutí odborné první pomoci, případně definitivní léčby. Třídící postup vychází z válečné medicíny a za jednoho ze zakladatelů můžeme považovat ruského chirurga **Nikolaje Ivanoviče Pirogova** (1810-1881).

Válečná chirurgie poskytla zkušenosti pro třídění v medicíně katastrof, samozřejmě s využitím všech nejmodernějších poznatků medicínských věd. **Třídění zraněných a zasažených má kontinuální průběh a není jednorázovou, tedy definitivní záležitostí, neboť stav pacienta se může velmi rychle měnit.**

Třídění zraněných START

Třídění raněných START (Simple Triage and Rapid Treatment – Snadné Třídění a Rychlá Terapie) je velmi jednoduché a použitelné bez jakéhokoliv základního přístrojového vybavení. Toto základní třídění lze použít v první fázi záchranné akce, kde ještě nejsou přítomni zdravotníci. V tomto případě hovoříme o **prvotním laickém třídění**. V této době lze v krátké době rozdělit zraněné na mrtvé, lehce zraněné a ostatní a provádět základní život zachraňující výkony: **uvolnění dýchacích cest, zevní srdeční masáž, zastavení masivního, život ohrožujícího krvácení a polohování** a usnadnit a urychlit zdravotnickým skupinám **odborné zdravotnické třídění**, na které navazuje poskytování neodkladné pomoci a transport do příslušných zdravotnických zařízení, kde se na příjmovém oddělení provádí **tzv. nemocniční třídění**, které teprve s definitivní platností určí, jaká zdravotnická péče bude poskytnuta. Ta může být resuscitační, intenzivní, standardní či paliativní.

Přetřídění START

Předtřídění START, má jakožto laické či paramedické třídění jediný úkol, dostat přednostně pacienty se selhávajícími funkcemi k lékařskému předtřídění/ošetření, není však schopno postihnout závažnost poranění či rozhodnout o prioritách ošetření, následného transportu či jejich kombinaci.

Přednostně jsou přinášeni k lékařskému přetřídění pacienti s **první prioritou, tj. červenou (selhávající vitální funkce)**, následně jsou přinášeni pacienti s **druhou prioritou, tj. žlutou (imobilní)** a na konec pacienti, kteří mají **třetí prioritou, tj. zelenou (soběstační)**. Pacienti označení jako **černí (mrtví)** jsou ponecháni na místě nálezu.

Pro určení priority metodou START nejsou třeba žádné pomůcky, s výjimkou barevného značení (např. pásky), jeho popis, nácvik a provedení musí být co nejjednodušší, nejstručnější a nejjednoznačnější. Při léčebném třídění se používá písmeno „P“ (tedy P1, P2, P3, P1 Hold a DEAD) a na odsun (odsunové třídění) písmeno „T“ (tedy T1, T2, T3, T4=P1 Hold a DEAD) viz níže.

Vztahy mezi těmito dvěma systémy označovány písmeny P a T jsou následující:

- P1 odpovídá T1
- P2 odpovídá T2
- P3 odpovídá T3
- P1 Hold odpovídá T4
- DEAD odpovídá DEAD

Proškolení třídící pracovníci musí zvládnout tyto dovednosti:

- palpaci a. radialis resp. a. carotis
- kontrolu času kapilárního návratu
- uvolnění dýchacích cest (prostý záklon hlavy)
- uložení do zotavovací polohy
- zástavu masivního, život ohrožujícího krvácení zaškrcením (správné naložení škrtidla či jiné pomůcky)

Proškolení třídící pracovníci musí znát tyto hodnotící kritéria vitálních funkcí:

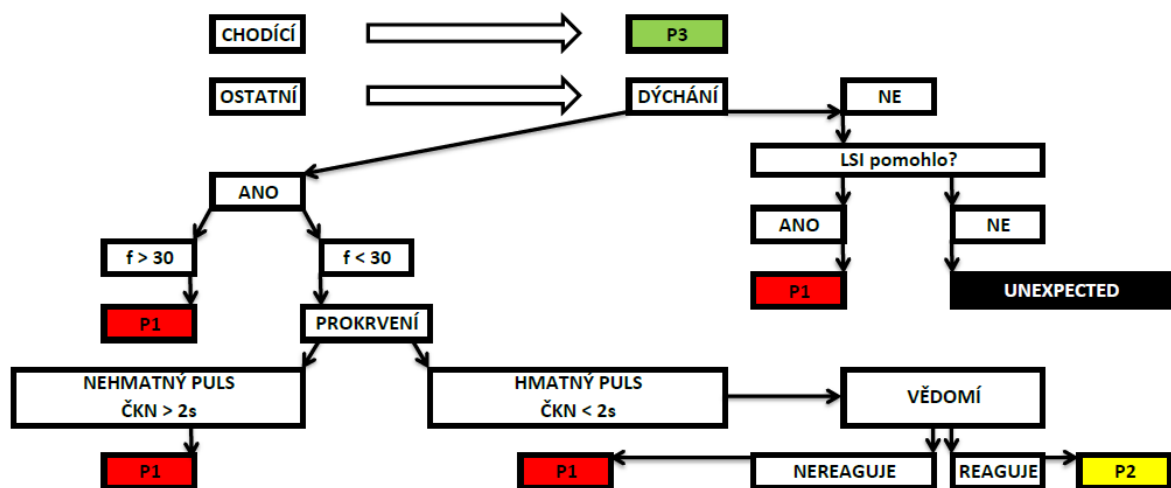
- jako poruchu vědomí hodnotíme stav pacienta, jestliže nereaguje na hlasité oslovení
- jako nedostatečné hodnotíme dýchání pacienta, jestliže i po úpravě polohy dýchacích cest, je dechová frekvence:
 - u dospělého pod 10 či nad 30/min
 - u dítěte do 8 let pod 15 či nad 40/min
 - u dítěte do 1 roku pod 20 či nad 50/min
- jako nedostatečný hodnotíme oběh, jestliže:
 - nehmatáme pulzaci na a. radialis
 - nedojde do 2 sekund k opětovnému kapilárnímu naplnění nehtového lůžka po jeho předchozím stlačení.

Postup při určení priorit metodou START

Nejprve opakovaně a hlasitě vyzveme pacienty na ploše hromadného postižení zdraví, aby se dostavili na výrazně označené místo:

- pacienti, kteří výzvě vyhoví, jsou označeni jako „zelení“,
- pacienti, kteří zůstávají na ploše, je třeba vyšetřit a vytřídit na místě nálezů:
 - pacient, který nereaguje na oslovení a nedýchá po úpravě průchodnosti dýchacích cest je označen jako „černý“,
 - pacient, který nereaguje na oslovení, ale dýchá, je označen jako „červený“,
 - pacient, který reaguje na oslovení, ale dýchá nedostatečně je označen jako „červený“,
 - pacient, který reaguje na oslovení, ale selhává mu krevní oběh, je označen jako „červený“,
 - pacient, který reaguje na oslovení, dýchá dostatečně, neselhává oběhově a je pouze neschopen samostatného pohybu, je označen jako „žlutý“.

Třídící systém START



Odsunové třídění

Toto třídění k určení priority odsunu je logickým pokračováním léčebného třídění s podrobnějším hodnocením fyziologických funkcí. Provedení je ale časově náročnější a vyžaduje více zkušeností. Odsunové třídění umožňuje třídícímu lékaři upravit jednotlivé priority na základě diagnózy určené podrobnějším vyšetřením.

Odsunové třídění používá počet dechů, systolický krevní tlak a Glasgow Coma Scale (GCS). Každý z těchto vitálních parametrů je ohodnocen příslušným skóre 0 – 4, jejich celková suma pak představuje třídící revidované trauma skóre (TRTS - Triage Revised Trauma Score) jehož hodnoty se pohybují v rozmezí od 0 do 12. TRTS je určeno pro přednemocniční třídění. Skóre 12 je fyziologické a náleží prioritě T3. Snížení o 1 bod znamená 3% mortalitu, odtud označení T2. Snížení o 2 body znamená 10% mortalitu, odtud skóre 10 a méně a priorita T1.

Po stanovení diagnózy využije lékař provádějící třídění své klinické zkušenosti k upravení priority třídění. To společně s odpovědí na léčbu může změnit prioritu odsunu na další stupeň péče.

Například nechodící zraněný s vymknutým kotníkem je dle třídícího síta klasifikován T2, ale na následujícím stupni péče bude „přetříděn“ na T3 (samozřejmě, pokud třídění provádí zkušený zdravotník, zařadí zraněného do skupiny T3 již při prvním kontaktu).

Opačně, zraněný s obličejovými popáleninami může být primárně klasifikován jako T3. Jsou-li ale přítomny příznaky popálení horních cest dýchacích a lze tedy očekávat jejich spasmus s následnou obstrukcí, pak na základě klinických zkušeností může být zařazen do skupiny T1 (i při nerespektování jinak fyziologického nálezu podle třídícího síta).

Odsunové třídění

KROK 1 spočítej Glasgow Coma Scale

Otevření očí (O)

spontánní	4
na výzvu	3
na bolest	2
neotevře	1

Verbální odpověď (V)

orientovaný	5
dezorientovaný	4
neodpovídající slova	3
nezřetelné zvuky	2
žádná odpověď	1

Motorická odpověď (M)

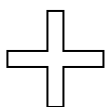
vyhoví	6
lokalizuje bolest	5
uhýbá bolesti	4
flekč. rigidita (dekortikační)	3
extenč. rigidita (decerebrační)	2
žádná reakce	1

$$\text{GCS} = \text{O} + \text{V} + \text{M}$$

KROK 2 spočítej skóre pro odsunové třídění

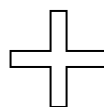
GCS (X)

13-15	4
9-12	3
6-8	2
4-5	1



Počet dechů (Y)

10-29	4
30 a >	3
6-9	2
1-5	1



sTK (Z)

90 a >	4
76-89	3
50-75	2
1-49	1

$$\text{Skóre pro odsunové třídění} = \text{X} + \text{Y} + \text{Z}$$

KROK 3 urči třídící prioritu

12 = T3

11 = T2

10 nebo < = T1

KROK 4

na základě klinické zkušenosti a pracovní diagnózy (po anatomickém vyšetření poranění) uprav prioritu