

為什麼掛急診要進行 五級檢傷分類？

文／急症暨外傷中心急診部 主治醫師 沈治戎

檢傷 (Triage) 一詞在17世紀時用於羊毛和咖啡豆分類，源自法文「trier、sort」，原字意為挑選、選擇、分類或排序，而後衍申運用為是一種依據病人的緊急情況來分類與排序的過程。檢傷的應用起源於第一次世界大戰時，在戰場上評估需要優先治療的傷兵，之後也利用在第二次世界大戰及越戰。

現今，檢傷演變為現代急診就醫的第一道流程。在現代的急診部門，「檢傷分類」主要目標為評估病人，目的是要把「適當的人，在適當的時間內，將其放在適當的地方，使用適當的資源」。為了避免在檢傷時，出現低估或是高估情形，檢傷之判定必須精確且符合病人就醫狀況。

台灣五級檢傷之歷史與由來 提升明確判定、處置效率與病人安全

在急診醫學發展較為先進的國家，如：英國、加拿大、澳洲及美國等，早已廣泛使

用以五級為主，來區分檢傷分級系統。澳洲是最早發展五級檢傷急迫度分級量表的國家，自1994年開始於全國各醫院急診實行國家檢傷分級制度；加拿大急診檢傷急迫度分級量表制度則於90年代中期以澳洲檢傷分級制度為基礎開始發展。另外，1997年開始在英國被許多急診廣泛使用的曼徹斯特檢傷分級量表，美國於90年代後期開始發展的急診嚴重度指標亦為五級檢傷分級系統。以目前的研究結果顯示，急診檢傷採用五級制度能準確的區隔病人，且能提供各地區急診更好、更精確的比較。

台灣第一個應用檢傷分類於急診部門的醫院為台北榮民總醫院，該院於1988年開始在急診使用檢傷分類制度。1999年11月依中央健康保險局所公告的標準，於醫院急診部門評鑑中所公佈的急診檢傷分類標準，其內容多為概要性陳述檢傷分類原則，較無法精確符合使用需求。



2006年由台灣急診醫學會與中華民國急重症護理學會共同成立檢傷工作小組，並由兩學會於2006年共同完成衛生福利部之補助計劃，終於建構出一套具有信效度且能符合臨床實務應用之台灣版五級檢傷急迫度分級量表及電腦輔助系統，提供急診醫療人員更為適當的評估與服務標準，有效促進急重症病人就醫安全，提昇緊急醫療救護品質，並能與國際廣泛使用之五級制檢傷接軌。

台灣五級檢傷及急迫度分級量表在主訴涵蓋範圍廣，且有明確的判定依據，能充分順應各種檢傷情境，檢傷護理師評估的一致性較高，並且亦顯示各檢傷級數，與病人嚴重程度、醫療照護資源使用和急診停留時間皆呈現符合實際病況。衛生福利部於2008年10月16日公告急診五級檢傷分類標準，於2010年1月1日起全面實施，做為各醫院執行急診病人之評估基準與分流工具。2011-2012年台灣急診醫學會承接及執行由衛生福利部補助之急診檢傷研究計劃，修訂現今急診五級檢傷版本，以確實符合我國醫療環境的特性，使急診護理師在檢傷判定過程中，能清楚明瞭判定標準和原則，提升急診病人處置效率和病人安全，減少兒童檢傷分級之低估

或高估情形，更能妥善運用健保資源，確保照護品質。

急診就醫不是先掛號就先看 需有「順序依緊急程度而定」的認知

由於急診五級檢傷系統主要應用在急診就醫之民眾，而多年以來民眾對於急診就醫認知常有所誤解，通常認為自身情況最為緊急需要且應即刻處理，也覺得只要完成急診掛號就應該可以馬上看到醫師，稍有等待就有可能會大聲喧嚷。有些民眾曾經因為等待門診看診時間過長，或因門診檢驗、檢查程序繁瑣，而把急診當成看病超快的「得來速」，以上種種情況不僅影響到有高急迫度急症病人的就醫品質與治療權益，更造成急診醫護人員診治與照護上的困擾。

因此，主動向民眾傳達五級檢傷之意義與教育正確觀念，亦是刻不容緩之事宜，例如以電視媒體、報章雜誌、微電影短片、海報摺頁單張等方式進行宣導。透過多元方式的宣導，讓民眾參與並了解衛生主管機關現今推行五級檢傷政策，增進民眾對於五級檢傷之配合，依其個人就醫狀況急迫性，依序安排看診的重要性。

為了讓民眾瞭解而安心就醫，需要提倡急診是依照病情急迫程度而決定看診順序，若不是高急迫度時，可能需要等待醫師看診。況且就醫當時實際等候看診時間，也會因急診現場的病人數與醫療處理繁忙情況而有所差別；如果病人不是重度緊急狀況，也可選擇鄰近醫療院所就醫，如此一來不但能節省等候時間，也能減緩情緒焦急或困擾。此外，相關宣導應更進一步讓民眾可以理解，即使完成急診掛號，仍然需依病情急迫度之輕重緩急，決定就診的順序，大家能遵

循禮讓高急迫度病人優先就診的原則，共同維護急診就醫的病人安全。

急診五級檢傷分類標準實施後，不僅能讓急診護理師在檢傷判定過程更加明瞭判定標準與原則，提升急診病人處置效率和病人安全，另外也可以減少兒童檢傷分級低估或高估之情形，更能妥善運用健保資源，進而提升照護品質。期盼藉由急診五級檢傷的發展及宣導，能持續加強民眾之自我照護行為，並建立正確急診就醫觀念與認知，促使全民的健康皆能得到完善之照護品質。🌐

急診就醫流程

