

# 从青海地震救援谈突发公共卫生事件应急方略

叶 磊, 刘 敏, 李明凤<sup>△</sup>

(四川大学华西医院急诊科 610041)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.040

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)13-1336-02

青海省玉树县 2010 年 4 月 14 日晨发生最高震级 7.1 级的地震。截至 2010 年 4 月 20 日 17:00, 玉树地震遇难人数为 2 064 人, 失踪 175 人, 上万人受伤。作为区域性的大型医疗中心、疑难病例救治中心的急诊科, 本科继参与汶川地震救援之后, 再次在青海玉树地震医疗救援中发挥了巨大作用。作者对近期突发公共卫生事件紧急应对时本科的创新方略进行总结和阐述, 希望理念的转变能够为国内医疗机构有效应对越来越多的突发公共卫生事件提供参考。

## 1 资料与结果

**1.1 汶川地震抗震救灾救援实例** 急诊科第一时间组织医护人员对日常急诊患者进行疏散转移, 并在安全地带持续对急诊患者实施医疗护理活动; 按照预案调集急诊科应急医护人员组织物资, 划分区域准备接收可能到来的地震伤员; 医院领导迅速收集灾情信息及医院临床信息, 及时发出指令; 医务部及护理部按照医院指令统筹指挥, 迅速调配医院各科室资源及医护人员力量; 各辅助科室及职能部门迅速优化流程配合急诊科应急处理; 整个救援过程中医院及急诊科均保持“双轨制”运作, 确保日常急诊患者同样能得到及时处治, 直至医院工作恢复常态化。

按照该流程, 地震后截至 2008 年 6 月 2 日, 医院经过急诊共救治地震伤员 2 618 例, 住院 1 751 例, 其中危重伤员 1 135 例, ICU 收治 127 例, 手术 1 239 台, 血液透析 77 例, 住院死亡率低于 0.7%。其间急诊科的常规医疗工作照常进行。无 1 例日常急诊患者的救治因为地震救援工作而受到耽搁, 无 1 个因为地震救援工作影响日常急诊工作的投诉发生。高效的救援让来自全国各地以及国际救援医护人员感到满意甚至震惊<sup>[1]</sup>。

**1.2 甲型 H1N1 流感防控实例** H1N1 甲型流感防控中, 本科按照应对突发公共卫生事件创新方略理念组织疫情应对。在疫情发生第一时间, 急诊科在日常急诊医疗工作中加强疫情的监控工作, 指导医护人员和急诊患者加强防护, 同时每日汇报发热患者就诊情况。随着全国防控形势的转变, 急诊科在医院的指导下不断调整应对措施和就诊流程。各部门始终各司其职, 适应流程的优化, 整个救援过程中医院及急诊科均保持“双轨制”运作。

按新方略实施具体应急预案, 2009 年 5 月 11 日截至 2010 年 3 月 31 日, 发热急诊共接诊 20 719 例发热患者, 最终确诊为甲型 H1N1 病例 42 例, 整个应急方案实施过程中无医护人员感染, 无日常急诊患者院内感染。

**1.3 青海玉树地震抗震救灾救援** 本科参照汶川地震救援经验, 仍然按照统一式应急处理方略, 积极展开抗震救灾医疗救援。2010 年 4 月 15 日至 4 月 21 日 18:00, 本科共收治地震相关伤病员 143 例(包括受灾群众和救援人员), 其中, 收入外科重症监护室(SICU)20 例、骨科 28 例、金卡地震病房 82 例以及儿童外科 1 例住院治疗, 另有 12 例伤病员急诊治愈回家。

整个医疗救援过程中, 急诊科保持正常运行, 所有日常急诊患者均得到妥善救治, 无 1 例因为抗震救灾而影响急诊治疗。

## 2 讨 论

**2.1 传统单一类型式预案应急处理方案的优劣** 突发公共卫生事件时有发生, 通常造成严重经济损失、人员伤亡。各种突发公共卫生事件导致的大规模伤亡严重威胁着卫生保健系统, 同时也向医护人员提出了严峻挑战<sup>[2]</sup>。

目前各医疗机构应对突发公共卫生事件的通常做法是: 按照传统针对不同类型突发公共卫生事件建立应急预案, 以备不时之需。这种方案的优点在于每个预案的针对性都很强, 在制订之初经过了详细研究, 内容全面。但弊端是预案多, 种类繁多, 不利于记忆和实际操作。而各种突发公共卫生事件具有发生突然、灾情及造成的人员伤病情复杂、影响巨大等特点。在突发的紧急状况面前, 要想按照书面预案操作, 既可能因为难于记忆而不易实施, 又可能不适应具体情况而组织效果达不到预期。甚至少数地方预警机制不健全, 根本就无法对各类突发事件进行分析预测而无法形成针对性应急预案<sup>[3]</sup>, 要想及时正确应对就更无从谈起。

**2.2 创新的统一式应急处理方略经验总结** 本科根据多次突发公共卫生事件应对经验, 制订出核心环节明确而流程灵活的创新的统一式应急处理方略, 经实战检验效果突出。四大核心环节分别为: (1) 急诊科组织第一波应急处理(初级处理流程); (2) 在统筹指挥下, 各相关部门和科室各司其职, 形成次级处理流程; (3) 动态评估, 流程再优化; (4) 双轨制确保日常急诊患者运行。

**2.2.1 急诊初级处理流程是完善应急处理的基础** 急诊科在日常工作中重视应急处理演练, 重视医护人员技能训练及配合。在医护人员技能精湛, 协作意识强, 训练到位的前提下, 急诊科可以在第一时间组织起有效的初级应急处理流程, 确保突发公共卫生事件发生初期突然产生的伤病员的救治<sup>[4]</sup>。同时, 迅速收集临床信息, 为医院统筹和进一步流程优化提供参考。在初期, 急诊科即划分区域分级别收治相关伤病员, 以便集中伤员、集中专家、集中资源救治策略的实施<sup>[5]</sup>, 为后续救治创造条件。

**2.2.2 各部门各司其职, 形成次级处理流程是有效组织的保证** 实际上很多研究都清楚地表明到建立有效联络网、统筹指挥的重要<sup>[6]</sup>。按照创新理念, 本科在日常工作及方略形成过程中, 就应该明确可能涉及的各部门职责和分工, 并在日常工作中加以学习和巩固, 并在不断地联合演练中强化。例如急诊科负责根据国家法律法规指导意见结合医院或本地区特点制订总体方案以及具体实施救援等。医务部、护理部负责对急诊科突发公共卫生事件应对总体预案制订及实施进行指导和管理。后勤保障部负责根据急诊科提出的实际需求, 保证物资支持, 并做好储备。其他辅助科室, 例如检验科、放射科等也相应承担职责, 支持应对流程的实施。

**2.2.3 动态评估** 突发公共卫生事件具有复杂性和易变性,不同类型的突发公共卫生事件特点不同,而且随着事件的发展,不同阶段对医疗救援的需求也不尽相同<sup>[7]</sup>。没有一个具体的流程或者预案能够满足这种动态变化的需求。原先准备的应急流程或措施可能随时根据评估结果进行针对性调整,即灾害救援管理中的动态调整原则<sup>[8]</sup>。因此,医疗机构必须随着救援的深入,动态评估,不断地针对不同阶段的实际情况,对具体医疗救援流程进行优化。只有满足不同阶段实际需要的具体流程才是有效的流程。

**2.2.4 “双轨制”确保日常急诊运行是衡量应急处理方略好坏的重要标准** 突发公共卫生事件紧急医疗救援既是要保证受其直接影响的人员的健康和安全得到医疗保障,也是要避免紧急救援对日常医疗秩序造成干扰,影响其他群体的健康权利,同时也避免衍生出其他的社会问题。所以,保持“双轨制”医疗活动运作本身就是突发公共卫生事件紧急应对的内容之一。可以看出本院急诊科在多次重大突发公共卫生事件的应对中成绩出色,得到社会各界的好评,确保了各个群体的健康权益得到保护。

综上所述,传统单一类型式预案应急处理方案因为不利于实施而存在弊端。通过改进理念,运用创新的统一式应急处理方略,只要明确核心环节,日常训练得力,根据突发公共卫生事件情况制订具体灵活的流程,能够避免传统方案的弊端,短时间建立起有效的应对体系应对各种类型的突发公共卫生事件。实际上国内也有类似的思考,赵孝英和李静<sup>[10]</sup>在地震灾区开展批量伤员护理应急方案主要是对分工进行明确计划,从中也

• 卫生管理 •

能看出相近似的思路。

#### 参考文献:

- [1] 成翼娟,李继平,宋锦平.汶川地震医疗救援中华西医院护理工作的组织管理[J].中国循证医学杂志,2008,8(6):386-388.
- [2] 魏承毓.人类近百年重大灾难事件的回顾与反思[J].疾病控制杂志,2001,5(4):289-293.
- [3] 蔡映杰,谢佩玲,管葵芬.群体创伤患者规范化处理及护理[J].中国实用医药,2010,5(2):189.
- [4] 李璐.重庆市突发公共卫生事件应急体系研究[J].重庆医学,2007,36(18):1904.
- [5] 郝淑华.应对突发公共卫生事件中护理部组织管理体会[J].当代护士:学术版,2009,12:105-106.
- [6] 陈竺.温故而知新——汶川地震医疗救援的教训与思考[J].中国循证医学杂志,2009,9(11):1142
- [7] 田丽华,孙文利,杜秉利,等.基层医院突发事件成批伤员医疗救治程序的构建[J].护理研究,2009,23(2C):537-538.
- [8] 王庞德.突发公共卫生事件应急管理——理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2008:15-17.
- [9] 赵孝英,李静.灾害救援现场批量伤员护理应急方案的应用[J].重庆医学,2009,37(9):1130.

(收稿日期:2010-08-14 修回日期:2010-12-22)

## 新形势下完善住院医师规范化培训制度的研究

邓 娅,邓世雄

(重庆医科大学管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.041

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)13-1337-03

目前,美国、英国、澳大利亚等发达国家及中国香港、台湾地区均已建立了政府主导的、较为成熟的住院医师规范化培养制度,有效地保证了临床医师的医疗服务质量<sup>[1]</sup>。中国内地目前无规范化住院医师培训制度,学生从医学院校毕业后,未经住院医师规范化培训,就直接到医院从事临床工作,以后的能力和水平很大程度上取决于所在医院的条件,严重影响了医疗队伍整体素质的提高。

### 1 新形势下实施住院医师规范化培训的重大意义

**1.1 为基层输送医学人才,缓解农村看病难** 随着医药卫生体制改革的深入,近年来中国基层医疗机构的基础设施、医疗设备等硬件条件得到了显著的改善,但由于基层医疗机构人员待遇较低、工作环境艰苦、业务发展空间小、患者对刚毕业的住院医师缺乏信任等原因,医学毕业生不愿意去基层医院工作,导致中国基层医院人才匮乏。基层医师由于缺少规范化培训,技术水平得不到提高,也难以留住患者,导致患者纷纷涌入大城市大医院,造成看病难、看病贵的现象。经过规范化培训的医师,具备临床诊疗经验和操作技术,到城市社区医院和乡镇医院工作,有助于缓解基层医院人才匮乏和患者看病难、看病贵问题。近几年的实践已经证明,住院医师培训工作的开展,使基层医师的临床思维能力、技能水平有了明显提高。坚持住院医师规范化培训,为基层源源不断培养和输送合格的医学人

才,是政府、医院、医师、患者四方收益的长远之举和利民之策<sup>[2]</sup>。

**1.2 缩小地区间医疗水平的差距,提高整体医疗水平** 目前,中国城市大医院、县医院和城市社区医院的医生之间诊疗水平差距非常大,而且越来越大。其中一个重要的原因就是中国的人员培养方式不合理。医学毕业生一次分配定终身,分到城市大医院就在大医院培训,分到县医院就在县医院培训,导致医师医疗技术水平差距很大。实施住院医师规范化培训,可以提高临床医师的整体技术水平,缩小城乡之间、区域之间的医疗服务水平差距,为患者提供更优质、更均衡的医疗服务,有利于推进卫生事业的可持续发展。

**1.3 拓宽医学院校就业渠道,增强医学生就业能力** 目前中国大、中城市的医疗卫生行业日趋饱和,医疗体制的改革及国家对医院行政性拨款减少,医院编制每年增幅有限,各级医院的发展重点基本上从扩大规模转变为内涵建设,对医学类毕业生的吸纳能力下降,而扩招后的临床医学毕业生成倍增加<sup>[3]</sup>;用人单位对人才质量、学历层次要求明显提高,使本科以下甚至本科学历毕业生就业难度加大。实施住院医师规范化培训,医学本科生毕业后首先进入基地接受规范化的住院医师培训,不占用人计划编制,适当给予岗位津贴,通过人事代理解决档案户口问题,可暂时缓解就业压力。经过规范化培训的医师,