

# 三甲综合医院应对地震灾害批量后送伤病员的收治流程构建\*

王钰姝<sup>1</sup>, 陈俊国<sup>1△</sup>, 孙 激<sup>2</sup>, 刘明华<sup>2</sup>

(1. 第三军医大学训练部医学教育研究室, 重庆 400038; 2. 第三军医大学西南医院急救部, 重庆 400038)

中图分类号: R82

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)30-4118-02

近年来,我国地震灾害频发,既往几次重大的地震灾害均造成大量群众伤亡和财产损失。医疗应对系统作为承灾体,除受灾直接打击外,还须承受灾难所致医疗需求激增的冲击,大大超出了受影响地区仅凭自身资源的应对能力<sup>[1]</sup>。通过实践检验,后方综合医院作为伤病员后送收治的诊疗机构,在历次抗震救灾医学救援任务中充分发挥了医疗资源和技术条件的综合优势,是整个救援工程中的重要一环<sup>[2]</sup>。探讨进一步优化和构建医院接收和处置伤病员的流程,对于降低伤病员致死致残率,提高救援效能具有重要的现实意义。

对灾难出现的大批量伤病员组织救护的原则是“在最适当的时间和地点对为数最多的伤病员施行最好的救护”<sup>[3]</sup>。后方综合医院收治批量伤病员的流程是指灾区伤病员通过多种交通运输途径和方式转送到医院或临近地域后,医院从前期应急准备、组织前往现场接收伤病员并进行院前救援、完成伤病员全部收容任务到伤病员救治活动终止出院等 4 个阶段紧密衔接的应急医学救援流程。本文探讨医院收治伤病员的任务特点和基本要求,并对医院批量收治灾区伤病员的 4 个阶段的流程进行整合设计。

## 1 批量灾害伤病员收治任务的特点

**1.1 伤病员数量多、伤情复杂** 强震灾害发生突然、对基础设施破坏严重,加之普通群众灾害防范应对意识和能力较弱,是导致大量人员伤亡集中爆发的主要原因。伤病员包括了从婴幼儿到老年人等各个年龄阶段的不同人群,大量的伤病员分流后送,给后方医院的收容能力带来挑战。伤员以骨折为主的外伤较多,且多合并器官功能损害,根据既往相关病历回顾分析结果看,伤员还存在延迟性的出血倾向和内脏器官破裂可能<sup>[4]</sup>,进一步增加了伤情复杂程度和诊断困难。

**1.2 救治难度大、时间紧迫** 作为后方医院接收后送的伤病员一般来说伤势都比较严重,且可能合并多种损伤,这种情况下对医院的规模和技术水平要求较高,需要医院具备健全的学科体系且不同学科之间要通力合作,共同施救。伤病员中很多是极危重伤员,部分由于在废墟下被掩埋的时间较长,生命体征十分微弱,在保证及时后送的基础上,仍然需要收治医院及时恢复和稳定生命体征,留给医院的救援时间十分紧迫,伤病员的入院流程应尽量简化,保持绿色通道畅通。

**1.3 任务量繁重、持续作战** 要在短时间内完成分批次大量伤病员的收治任务,对医院的医疗规模、设施设备条件、技术水平和应急能力都具有较高的要求,因此被赋予遂行转送伤病员

后续治疗任务的医院多为区域性整体实力较强的三甲综合医院。灾害应急救援任务与常规医疗工作区别较大,医院接收的伤病员数量大、时间集中、病情急危重,给医疗人员造成高强度的工作负荷,分批次接收,治疗周期较长,存在持续作战的任务特点。

## 2 医院收治批量伤病员任务的基本要求

**2.1 要保障信息渠道畅通,及时获取和反馈信息** 地震导致的基础设施破坏一定程度上隔绝了灾区和外部的信息输送,为救援工作带来很大的难度。医院在应急准备阶段最急需的就是快速准确地获取和灾情、伤情、伤员数量等有关的信息情报,以便快速进行应急响应,全方位做好接收伤病员的一切准备工作。因此,必须主动与救灾指挥部门、当地政府部门以及新闻媒体等尽快建立信息疏通的有效渠道。只有尽早获取准确的关联信息,才能有的放矢地为开展伤病员救治作充分准备。后续的医疗资源调配、伤员分流、出院安置,信息的及时流通与共享对于救援行动的决策至关重要。

**2.2 要具备快速反应能力,应急准备工作充分到位** 作为收治灾区伤病员的任务单位,医院应当针对地震等灾害导致的突发公共卫生事件制定应急预案,抽组常备的应急队伍并开展相关理论知识和救治技能培训。配备适于野战条件下能快速机动展开的卫生装备,制定地震灾害应急医学救援预案并进行针对性训练演练<sup>[5]</sup>。在应急状态下,医院应该根据获取的灾情信息,制定有效的行动方案,加强组织领导和指挥关系的梳理,明确任务内容和职责分工。在最短时间内完成应急队伍紧急抽组、思想动员、急救装备器材和药品物资的筹备、床位的预留、应急通道的启动等各项响应工作,为收治大批伤病员奠定平台基础。

**2.3 要提高科学施救水平,突出院前急救保障能力** 由于灾区现场的医疗卫生条件和医疗人员十分有限,医生面对的伤病员数量众多,加之环境恶劣、作业劳累等因素,难免出现漏诊或误诊等情况。且对于危重伤员在现场只做了一些针对性的处置便紧急后送治疗。因此,医院在接收伤员后,需要对伤情进行分类评估,充分利用现有的设备和技术资源,发挥学科健全的优势,进一步明确诊断,弥补现场救治的不足,竭力避免误诊误治等事故发生,必要时申请调配部分外院专科专家到医院病区救治和开展康复治疗,提升医院综合救治的能力水平。此外,还应重视和突出提高前接伤病员环节的院前急救水平和能力,通过开展应急人员急诊岗位的日常轮训和战创伤救治理论

\* 基金项目:应对重大灾害综合医院远程紧急救援系统研究(2010YK0091)。 作者简介:王钰姝(1984—),主管护师,本科,主要从事卫生事业管理研究。 △ 通讯作者, E-mail: cqchenjunguo@sina.com。

与技能的培训<sup>[6]</sup>,提升应急队伍的专业素养和救治能力。

### 3 批量灾害伤病员收治任务的流程

本研究提出的伤病员医院收治流程是紧紧围绕灾区转送伤病员这一中心进行构建的,每个环节与要素的设计依据和出发点都来源于对伤病员救治需求的分析。整个流程包括院前流程和院内流程 2 个部分,以及应急准备、伤员前接、入院救治和出院 4 个阶段。

**3.1 应急救援准备阶段** 首先是及时尽早地获取地震灾害的有关信息,与上级卫生行政部门和应急指挥体系建立通信渠道,掌握灾情信息变化和伤病员规模,同时启动医院相关应急预案,根据受领任务的实际制定行动方案,完成人员抽组动员和集结,筹备足量批次的急救卫生装备、车辆装备、急救设备和药品器材,对重点病区的病情较轻或稳定的住院患者实行紧急转院或出院措施,外科系统停止收治择期手术患者,开辟独立救灾病房、特殊感染手术间和特殊感染病房<sup>[7]</sup>。并根据需要适量调配增加临时床位,为灾区伤病员收容预留足够的床位,同时启动医院应急绿色通道,简化伤病员入院程序,确保救援流程畅通。

**3.2 组织前接伤病员阶段** 在伤病员到达机场、火车站、长途汽车站之前,任务医院应当组织前接救援人员提前赶赴接收地域,做好急救前的各项准备工作。伤病员到达后,通过“AB-CD”法进行初步的检伤分类<sup>[8]</sup>,确定伤病员及伴随人员的数量,检查伤病员的信息卡,了解伤病情况,将重伤员抬往急救车进行转运,并维护生命体征的平稳,将轻中度伤员以及所有的伴随人员安排到非急救车辆,在行进过程中完成生命体征的测量和记录。并保持与院内救援组织之间的实时联系。“AB-CD”法判断依据及标准如下:A(asphyxia)指出现窒息与呼吸困难等症;B(bleeding)指出现出血、失血性休克等循环不稳定情况;C(coma)指出现昏迷与严重外伤等情况;D(dying)指出现呼吸、心搏骤停等可能致死情况<sup>[9]</sup>。以上指标中 1 项以上明显异常,即可快速判断为重伤,异常项目越多说明伤情越重;如果“ABCD”4 项全部正常,则归类为轻伤;“ABC”3 项(“D”项除外)中只有一项异常但不明显者,则判定为中度伤。

**3.3 伤病员院内救治阶段** 伤病员被转送到医院以后,在急诊大厅组织开始进一步检伤分诊,完善登记卡信息。根据国际惯例划分黑(死亡组)、红(紧急组)、黄(延期组)、绿(轻伤组)区域。联合全院力量组成急救小组,按职能可分为医疗组、医技组、护理组、感控组。确保患者入院后 1 min 接诊,3 min 建立静脉通道,5 min 给予相应处理。院内保卫科组织拉警戒线维持现场秩序。对可疑和确诊的气性坏疽病毒感染者在标准预防基础上采用接触隔离<sup>[10]</sup>,具体措施参考卫生部相关指南<sup>[11]</sup>。调动全院各科室力量根据伤情的严重程度按照优先急救处置原则,对危重伤员实施手术抢救、手术室手术和 ICU 监护等流程。对一般程度的伤员,按照完善相关辅助检查、进入相关病区、明确诊断和治疗方案的流程实施。危重伤员病情得到稳定后,进入一般伤员的救治流程。完成救治环节以后,再

进行康复治疗阶段,包括功能恢复、体能恢复、意识恢复和心理康复治疗等。

**3.4 伤员出院阶段** 医院要从医疗专业角度、政策规定以及特殊时期特殊对象等多种要求出发,制定灾区伤病员的出院标准,并严格落实标准的相关规定。伤病员经过病区救治以后,通过病区和医院救援指挥组成员研究评估伤病员伤情康复实际情况,确定达到出院标准以后,由相关的心理医师或主管医师对拟出院的伤病员进行安抚疏导等心理干预,与伤病员所属地的卫生行政部门或民政部门取得联系,确定伤病员返回所属地的方式和安置渠道,在确保落实安置去向,为伤病员办理出院手续,并对信息进行登记汇总,同时向上级救援指挥机构进行情况汇报。

综上所述,后方综合医院构建高效合理的伤病员收治流程是确保救援时效性、提高科学施救效果的关键和基础所在。只有把握住伤病员救治需求,简化救治环节,建立顺畅的应急通道,不断提高救治理论水平和专业技能,才能促进医院急救救治的综合水平,进而提升地震灾害应急医学救援的整体效能。

### 参考文献:

- [1] 徐少文,沈伟锋,马岳锋.特大地震灾害的医疗应急救援[J].中华急诊医学杂志,2008,17(6):567.
- [2] 王正国,张连阳.汶川特大地震医学救援的经验教训与发展建议[J].解放军医学杂志,2009,34(2):121-124.
- [3] 屈纪富,孙激,张雷,等.火车转运汶川地震伤员的运前准备与途中救护[J].第三军医大学学报,2009,31(01):46
- [4] 田伟,马娟.四川省某医院收治地震伤员的调查分析[J].中国病案,2009,10(2):44-45.
- [5] 张雁灵.地震灾害批量伤员医学救援的组织与实施[J].解放军医学杂志,2012,37(1):1-5
- [3] 杨晓媛,崔渝敏,李世英.战创伤救护模式在大批量地震伤员分诊救治中的应用[J].解放军护理杂志,2008,25(7A):7-8.
- [7] 任洪艳,刘丽萍,赵庆华.医院接诊灾后批量伤员的流程和模式探讨[J].重庆医学,2009,38(3):250-252.
- [8] 赵伟.灾害救援现场的检伤分类方法—评述院外定性与定量法[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2007,2(5):291-294.
- [9] 屈纪富,孙激,张雷,等.火车转运汶川地震批量伤员的检伤分类[J].中华创伤杂志,2009,25(10):934-935.
- [10] 钟秀玲,郭英.医院感染管理与预防控制指南[M].北京:化学工业出版社,2005:72.
- [11] 卫生部.四川汶川大地震灾区医院感染预防与控制指南[J].中国护理管理,2008,8(6):4-5.

(收稿日期:2014-06-01 修回日期:2014-07-16)