

大批量烧伤伤员紧急救治的实践与体会

金明亮,董少良

(解放军第180医院,福建泉州 362000)

[摘要] 本文结合突发事件卫勤保障的特点,重点对医院担负大批量伤员紧急救治组织与实施的方式、方法进行了研究探讨,并对医院现有的指挥结构、救治流程、救治组织等方面提出了改进意见。

[关键词] 批量伤员;紧急救治;组织指挥

中图分类号: R644 文献标识码: C 文章编号: 1672-271X(2009)03-0287-02

2008年6月12日福建泉州某企业油炉爆炸引发火灾,19名军地人员烧伤,我院承担了全部救治任务。在全院的共同努力下,伤员全部治愈,得到了军地领导的高度赞扬。现将有关情况和体会报告如下。

1 救治的组织与管理

1.1 抢救对象 19名伤员均为男性,最大年龄57岁,最小18岁,平均年龄29岁。其中,特重烧伤5人,中、重度烧伤14人。深度创面主要集中在面颈部、四肢、躯干。吸入性损伤15例,复合伤4例(双眼烧伤2例,腰椎压缩骨折1例,半月板损伤1例)。

1.2 抢救过程

1.2.1 反应迅速,组织周密 事故发生后,医院立即启动《成批伤员救治预案》,及时组织机关、科室主任及支部协理员碰头会,重点协调解决床位调整、药材筹措、仪器调配等问题。迅速成立了以院长、政委为组长的烧伤伤员救治领导小组、医疗救治专家组、烧伤治疗组、特别护理组、心理干预组、医技保障组、政工保障组、后勤保障组等组织,明确任务分工。采取了批量伤员编号制,用编号代替伤员姓名,始终随伤员同行,各种申请单、报告单、X光、CT编号与此编号一致,确保唯一性,伤员入科后由科室按制式表格补填信息;同时采用批量伤员检诊卡,抢救中各岗位将所负责检查、治疗情况填于检诊卡相应栏目内,在实施紧急处理后又在相应项目下打“√”检诊卡随伤员同行,确保了分类检诊流程的有序性。

1.2.2 整合资源,积极救治 伤员入院后,医院及时调整救护力量,启用急诊手术绿色通道,为需要手术的伤员及时实施手术治疗。抽调烧伤、ICU、肾内、感控、麻醉等专科医师组成两个综合医疗小组,

坚持每天早晚两次集体查房制度,每晚召开病历讨论会,分析病情,及时调整治疗方案。为加强救治力量,军区、分部、医院三级联动,各路专家迅速汇集,组织多次专家大会诊。由于组织严密,指挥到位,整个抢救过程有条不紊、忙而不乱。

1.2.3 心理干预,温馨服务 在治疗伤病员身体伤痛的同时,医院第一时间成立了5人心理干预小组,针对烧伤病人特别是消防官兵伤员担心毁容和肢体功能障碍的焦虑心理,加强心理干预。对伤员心理状况进行评估,筛选出重点对象,制定具体的心理干预方案,对重点对象进行重点疏导,帮助他们走出阴影。病号食堂还专门为每一位伤员的病情和身体状况制定了合理搭配的营养餐,改善患者饮食质量,促进康复。

2 批量伤员救治的思考

2.1 指挥机构前置,提高指挥效能^[1] 从“6.12”批量烧伤伤员的救治中,我们深刻体会到,在应对突发事件批量伤员时,加强一线指挥是提高指挥效率的必要条件。为此,可由机关派出至少由1名医疗领导和医务处、护理部、院务处助理员各1~2名的现场指挥组在分类救治现场坐镇指挥,赋予其现场最高指挥权,对科室、后勤保障单元、警勤单元以及分类后送组中的“现场分类”、“院前急救”两个模块实施联合直接指挥,便于随时解决现场医疗器械、药品、物资供应和伤病员转送等问题。后勤保障组平时就应在分类救治现场预设通信线路、备用电源和内部网络等设施设备,确保指挥手段通畅^[2]。

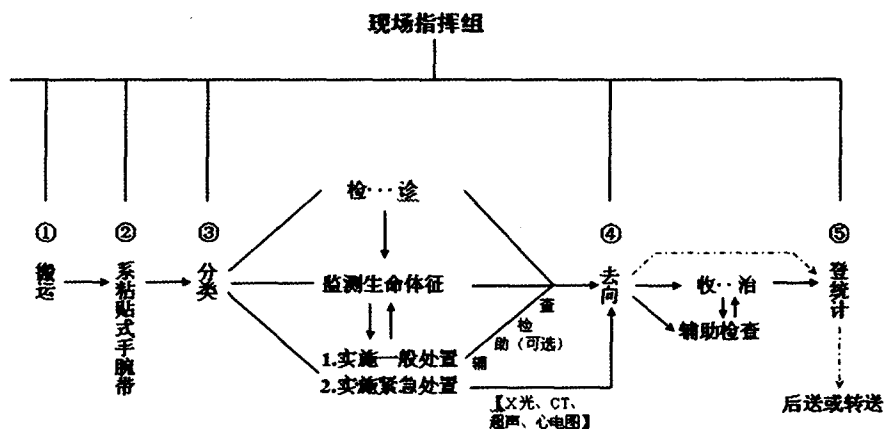
2.2 突出时效救治,加强分类管理^[3] 大批量伤员的收容分类,必须要关注三个重点内容。第一,信息采集。一般情况下,伤员的信息采集录入,均是由

作者简介:金明亮(1980-),男,浙江绍兴人,本科,医师,从事医院卫勤管理工作。

门急诊完成的,这种模式应对平稳的伤员流是适宜的,但当大批量伤员到达时,如果采取这种模式,势必造成大量信息短时间在此节点上的堵塞。因此,必须改变伤员信息录入终端少的问题,我院采取的批量伤员编号制可以很好地解决伤员信息由单点录入到多点录入的问题。这种方式不仅提高了信息的采集速度,又简易地将信息技术与传统的信息采集方式有机结合了起来,既提高了效率,又兼顾了效益。第二,分类顺序。在进行伤员紧急分类时,应把服从救治需要、迅速而准确、生命第一的原则作为重点。根据伤员数量、严重程度、现有救治能力和医疗资源使用情

况灵活把握分类原则和救治重点,遇大批伤员时,重伤员不再无条件地比轻伤员优先处理,应尽可能抢救多数伤员的生命。分类工作要强调“快”和“准”,不能因分类耽误救治时间,故要求分类人员必须有相当的素质和经验,不能因分类不当影响救治。要以挽救生命为核心,采取先抢后分或边抢边分方法,把施行“救命”放在首位。第三,检伤流程。只有确保流程的线性化,才可以加快分类速度,有效杜绝漏诊。通过对批量伤员救治的研究,我院总结出一套“流水线”式工作程序(图一),初步实现了流程的规范化问题。

2.3 实施标准救治,实现快收好治 大批量伤员救



(图一)

治的关键在于如何实现快收好治,通过研究和实践,我们认为:一要建立快速收治通道。从此次批量烧伤伤员的收治经验来看,除了快速的检伤分类以外,必须重视救治分类,我们认为每个科室均需有2~4名经验丰富的医护人员,在伤员入科前在护理站前等相对宽阔地点实施救治分类,将伤员有序分流进入急救、重伤或缓冲治疗区等病房区域。二要实现各类人员模块编组。可以根据科室特点,结合医疗、护理、医技专业要求,设置若干救治和保障小组。一般情况下,外科医疗单元设置手术组和处置组,内科医疗单元设置危重处置组和一般处置组,医技科设置应急处置组和一般处置组,内、外科护理单元可设置治疗、护理、床位处置和物资供应等小组,手术室护理单元设置预检分类、物资供应和手术配合组;严格落实“科室、小组、个人”三级责任制。三要实施规范化救治流程。根据伤情,作出快速、准确的诊断;在明确诊断的基础上采用相应有效抢救措施;一般重症救治必须按照紧急手术(心脏及大血管破裂)、急性手术(腹内臓器破裂、腹膜外血肿、开放骨折)和择其手术(四肢闭合骨折)的顺序制定手术计划。同属急性,先颅脑手术、后胸、腹、盆腔臓器伤手术、最后四肢、脊柱骨折手

术。四要建立院内专家指导组^[4]。一般下设外科巡回指导组、内科巡回指导组、护理巡回指导组等强有力的专业小组,指导救治工作。

2.4 关注救治重点,优化救治力量 应抽调各专科医师组成若干个综合医疗小组,可以提高医疗决策效率和质量。同时应该根据各类突发事件的特点和阶段,适时调整各类救治小组。外伤为主的突发事件初期,应重点合理调配、组合外科各科的手术人员,成立颅脑、胸腹、四肢、五官、脊柱等手术组,开展手术会战,采取手术不停、人员轮休的方式,加大手术通过量;后期则应增加内科和传染科人员比重。

参考文献

- [1] 吴志成. 抗震救灾实践对完成多样化军事行动卫勤保障的研究思考[J]. 东南国防医药, 2008, 8(4): 1-4.
- [2] 茅建华, 周剑锋. 军队医院担负抗震救灾卫勤保障的几点启示[J]. 东南国防医药, 2008, 10(5): 399-400.
- [3] 陈文亮. 现代卫勤前沿理论[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2006(9): 223-225.
- [4] 王启栋, 熊顺华, 亓立安等. 突发公共卫生事件应急处置探讨[J]. 解放军卫勤杂志, 2008, 5: 278-279.

(收稿日期:2009-02-25)

(本文编辑:孙军红)