

· 部队卫生 ·

加强军队地震医学救援应急卫勤统计建设的思考

谢嵩源¹, 谢 孟², 廖忠友³, 谢建福⁴, 李立宇⁴, 刘 彬⁴, 孟岳良⁴

〔摘要〕 本文根据四川芦山“4·20”7.0 级强烈地震(以下简称芦山地震)军队医学救援实践,对地震医学救援应急卫勤统计显现的问题进行梳理分析,从构建应急卫勤统计管理机制,建立和规范应急卫勤统计标准,搭建信息化、智能化应急卫勤统计平台,加强卫勤统计人员队伍建设四个方面,对加强军队地震医学救援应急卫勤统计建设进行了初步思考。

〔关键词〕 军队;地震医学救援;卫勤统计;建设

〔中图分类号〕 R195.1 〔文献标志码〕 A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.04.041

军队地震医学救援应急卫勤统计是在强烈地震发生后,军队卫勤机构快速对灾区伤亡人数、卫勤救援力量配置、实施医疗救治、卫生防疫、药材保障等相关数据的搜集、处理、分析、评价、共享与发布等^[1],对军队地震医学救援卫勤决策和指挥协调有着至关重要的作用。通过应急卫勤统计,卫勤指挥机构能够及时掌握医学救援相关信息,快速准确配置卫勤救援力量,统筹医疗物资,调度伤员前接、后送和收治,开展卫生防疫和心理救援等^[2],从而提高医学救援效率,抢救更多生命,降低伤残率,防止疫情发生,维护官兵和灾区群众健康。芦山地震发生后,总后勤部卫生部、成都军区联勤部卫生部等各级卫勤指挥机构和救援力量积极响应,启动应急机制,开展医学救援,较好地完成了抗震救灾医学救援阶段性任务。伴随军队地震医学救援的组织实施,应急卫勤统计工作也随之展开,为卫勤决策指挥提供了有力支持,为提高医学救援质量发挥了重要作用。但由于芦山地震发生突然、震级高、波及范围广、受灾人员多^[3],加之医学救援卫勤力量多、抽组单位不一,给应急卫勤统计带来了诸多困难与问题。对这些问题进行梳理分析,思考研究对策措施,加强应急卫勤统计建设,对提高军队地震医学救援工作效率和质量有着十分重要的意义。

1 地震医学救援应急卫勤统计问题分析

在此次芦山地震医学救援应急卫勤统计工作中,虽然我们投入了相当的人力和时间,但仍感到卫

勤统计难度大、效率低,如统计项目繁杂,获取渠道不畅,上报单位及项目重复或缺漏,数据汇总困难等,难以更快更准确地为卫勤指挥机构提供决策信息。归纳起来主要集中在以下四个方面。

1.1 医学救援力量来自不同单位,难以建立统计汇总渠道和机制 芦山地震发生后,实施医学救援的军队卫勤力量来自不同单位,有成都军区所属力量,有总后勤部加强力量,有武警部队力量,有民兵和预备役力量,医疗队、防疫队、心理支援队多达 38 支。由于在平时缺乏对这些单位的有效沟通协调,在开展医学救援应急卫勤统计时,难以以最快的速度建立起统计汇总渠道和机制,导致信息获取不及时、不准确,统计信息共享性不够,统计结果利用率低。

1.2 卫勤统计多部门负责,统计项目繁杂、随意性大 因灾后生命救援急迫,总部、军区、联勤部等各级指挥机构都对医学救援各项数据收集上报提出了要求,又由于其指挥职能不同,对医学救援的各项数据信息需求也不相同,导致应急卫勤统计多部门负责,统计项目繁多,缺乏统一的、权威的统计报表,如此次针对卫勤力量配置,伤员急救、转运、收治,以及药品器材消耗、供应等,应急卫勤统计项目就多达 50 余项。同时,随着地震医学救援任务转换,又在不同救援时段,各级对医学救援应急卫勤统计的项目与要求也有所变化,比如震后医学救援黄金 72 小时内要求重点统计伤员救治情况,72 小时后则要求重点统计卫生防疫和心理救援情况,使统计项目不断发生变化,在芦山地震医学救援的前三天,出现随时需要随时统计的状况,日统计量多达 10 余次,导致下级上报难,上级汇总难,统计人员工作量大,统计时间紧张,统计结果准确性不高。

1.3 卫勤统计信息获取不畅,技术手段落后 早期由于强烈地震导致通信设施受损,有线电话和移动

作者单位: 1. 401311 重庆,后勤工程学院; 2. 610041 四川成都,华西口腔医院(四川大学),口腔疾病研究国家重点实验室; 3. 614205 四川峨眉山,成都军区峨眉疗养院; 4. 610015 四川成都,成都军区联勤部卫生部

通讯作者: 谢建福, E-mail: xjfl224@gmail.com

通信都连通不畅,信息搜集主要来自新闻媒体,少数卫星电话,和断断续续的移动电话以及延迟的手机短信等信息渠道,导致信息搜集缺乏稳定的平台和可靠的渠道。后期通信设施恢复后,由于缺乏统一规范的制表、统计、分析软件,缺乏集信息获取、信息传输、信息共享于一体的信息平台,因而卫勤统计制表靠手工临时制作,填报靠人工录入,上报靠传真、短信及电话传输,汇总靠人工计算,导致卫勤统计上报效率低,准确性差^[4]。在此次地震医学救援应急卫勤统计工作中,虽然移动通信不畅,但移动网络传输稳定,早期很多信息都是通过微信、微博获取,传输速度快、信息量大、共享性强。

1.4 专职统计人员少,兼职统计人员素质不高 此次芦山地震军队参加医学救援共有医护人员 653 人,其中专职从事卫生统计人员仅有 9 人,约占军队卫勤力量总人数的 1.6%,约 82.4% 的医疗队、防疫队、心理支援队卫勤统计工作由其他人员兼任,这些临时担任统计工作的人员虽然具有卫勤专业知识,但缺乏统计专业素质,影响了基础卫勤统计数据收集、整理和填报工作的及时性、准确性和有效性。有专职卫勤统计人员的单位,统计上报速度较快,信息较准,如解放军第 42 医院信息科主任杨阳最早把医疗队人员、装备、配置地域及开展救治情况完整的上报到成都军区联勤部卫生部,并在地震当天,现场开通卫星远程会诊车,在解放军总医院 2 名专家的指导下,完成了灾区第一例重症手术,成功救治了 12 岁女孩高诗琴的生命。

2 几点思考

2.1 构建应急卫勤统计管理体制 构建应急卫勤统计管理体制是推进应急卫勤统计有效展开,提升应急卫勤统计效率的关键。要在建立地震医学救援应急管理组织体系的同时,有效建立和形成应急卫勤统计管理组织体系,实行应急卫勤统计层级管理,在地震医学救援的决策层、指挥层和执行层把应急卫勤统计工作作为一项重要内容,明确任务和职责,构建应急卫勤统计组织管理体系。要建立和完善应急卫勤统计制度,从抗震救灾全军卫勤指挥部、战区卫勤指挥部、前指卫勤指挥部、责任区卫勤指挥部,到野战帐篷医院、野战方舱医院,救灾医疗队、防疫队、心理救援队以及后方医院等,各级都要建立和完善应急卫勤统计上报机制,实行专人负责,归口管理。要加强纵向和横向的应急卫勤统计工作沟通协调,上下之间,军地之间,军兵种之间,前方派出力量与后方指挥机构之间,都要建立起有效的应急卫勤

统计联络机制,既有纵向的逐级上报和信息分发,又有横向的信息通报和数据共享,使应急卫勤统计工作形成上下一致、横向贯通的一盘棋。

2.2 建立和规范应急卫勤统计标准 相关业务部门应根据国家、军队有关卫生统计的法规、制度,结合地震医学救援工作实际,制定《军队地震医学救援应急卫勤统计标准》,科学设置应急卫勤统计项目,规定应急卫勤统计内容、周期、时限,建立完整的卫勤统计报表制度和信息共享机制,使之能为各级卫勤指挥机构和救援力量提供高效可靠的辅助决策支持。比如,应急卫勤统计项目可分为几大类:伤亡统计、卫勤力量统计、医疗工作统计、药品器材统计、卫生防疫及心理救援统计等^[5]。其中,对灾区伤亡人数、受伤情况及其分布进行统计,是实施科学医学救援的前提条件。卫勤力量统计可包括医疗队、防疫队数量、人数、装备、部署等内容。医疗工作统计可包括医疗队、医院接诊、收治、手术、前接、后送等内容。药品器材统计可包括品种、数量、价值等内容。卫生防疫及心理救援统计可包括消杀面积、心理咨询人次、宣教资料等内容。地震医学救援应急卫勤统计的周期应根据医学救援行动的不同阶段进行设置,在震后 72 小时医学救援黄金期,因抢救生命争分夺秒,应急卫勤统计周期要短。从此次应急卫勤统计实践看,白天应不低于每 3 小时一次,夜间不低于每 6 小时一次。72 小时后,医学救援任务转换为伤员治疗、卫生防疫等,应急卫勤统计周期可适当加长,可每日 3 次。一周以后,可根据实际每日 1 至 2 次。

2.3 搭建信息化、智能化应急卫勤统计平台 实践证明,高效、准确、及时完成地震医学救援应急卫勤统计必须搭建信息化、智能化应急卫勤统计平台^[6]。一是要在军队卫生系统配发应急卫勤统计上报终端。相关业务部门应组织力量进行技术攻关,在现有卫星通信、移动通信、互联网络等成熟技术基础上,开发适用于应急医学救援力量野外工作特点,不受地域移动和网络通信不畅影响的远程手持信息上报终端,如卫星通信远程手持机或卫星通信、移动通信、网络通信手持一体机等,便于随身携带,不受灾区通信设施损毁影响。二是要研发规范的应急卫勤统计软件系统,使之具有信息获取、存储、传输、汇总、分析、共享等功能,信息化、智能化程度高。通过分级授权,能实现各级卫勤机构分级自动查询、汇总、分析与共享。通过加密技术,能达到信息保密相关要求。在应急卫勤统计平台建设中,

(下转第 426 页)

护过。缺乏水源检测设备,监测手段单一,效果不好^[5]。为此,要加大经费投入,积极改造水量少、水质差的水源,或另外选择水源,指导有条件单位另建供水渠道,改用当地自来水。在水源地或部队驻地修建过滤水池,着重解决水源浑浊度超标问题;有计划分批次为各饮用水源配备自动加氯、过滤及水质软化设施设备。为部分高氟地区增配必要的除氟设施。

3.2 建好管水队伍,解决力量不强的问题 目前,军区尚未建立起以专业卫生防疫人员为骨干、各部队水源管理人员为支撑的水源管理维护专业人才队伍。大部分水源缺乏熟悉和掌握水源洁治、管理与维护知识的专业技术力量,且较难获得水源洁治管理专业指导。为此,可组织各单位遴选具有较好基础的人员组建专业管水队伍,各级卫生防疫机构定期组织管水人员业务培训,适时组织交流活动,互相借鉴成功做法,在取长补短中提升管水队伍水源保障水平^[6]。

3.3 坚持日常洁治,杜绝维护不力的现象 针对大部分水源日常消毒措施得不到落实,水源持续性生物污染较为严重,且长时间得不到及时治理的情况,积极开展水源周边环境治理,按规定标准划出水源防护地带并设置明显标志物,坚决清除距水源 30 m 范围内的各种污染源。指定专人负责,加强水源日常特别是夏季洁治消毒处理^[7]。

3.4 实行综合管理,消除监督不够的症结 改变各

级卫生防疫机构对相关水源监督监测不够重视、监督监测活动开展不够经常的状况,建立完善水源水质档案,定期组织专业人员开展基层饮用水水质抽查监测,尤其要加强对曾超标水源的监督检测,确保军区部队所有水源每年至少经专业人员检测 2 次以上;加强对监测现场指导;强化自备井选址时的预防性监督工作,确保其远离污染源。做好基层饮用水水源的洁治消毒监督现场指导,进一步提高水源水质卫生状况。

【参考文献】

- [1] 国家标准化管理委员会,中华人民共和国卫生部. GB 5750-2006. 生活饮用水标准检验方法[S]. 北京:中国标准出版社,2006.
- [2] 国家标准化管理委员会,中华人民共和国卫生部. GB 5749-2006. 生活饮用水卫生标准[S]. 北京:中国标准出版社,2006.
- [3] 侯悦. 军队卫生学[M]. 4 版. 北京:人民军医出版社,1998:73-74.
- [4] 陈国忠,林在生,赖善榕,等. 福建省农村饮用水现状调查[J]. 中国公共卫生,2008,24(3):364.
- [5] 魏德江,梁洪军,唐雨德,等. 军事集结部队饮水和饮食卫生安全的思考[J]. 东南国防医药. 2010,12(2):182.
- [6] 梁洪军,王忠灿,魏德江. 公共服务人员卫生知识培训教程[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2012:186-187.
- [7] 任春海,赵明,王现峰. 某部队生活饮用水源调查分析[J]. 华北国防医药,2003,15(3):189.

(收稿日期:2013-03-11)

(本文编辑:史新中)

(上接第 423 页)

还可加入基础信息、地理信息、辅助决策和安全管理等内容,逐步扩展为应急卫勤指挥信息系统。

2.4 加强卫勤统计人员队伍建设 一方面,加强专业卫勤统计人员培训,提高卫勤统计人员的综合素质,使他们真正成为各级卫勤机构的卫勤统计骨干。另一方面,加强应急卫勤统计工作培训,要在机关人员、医生、护士中选拔部分人员兼职从事应急卫勤统计工作,并对其进行应急卫勤统计培训,使他们熟悉应急卫勤统计上报方法、上报内容、上报时限、上报程序等,从而提高应急卫勤统计的工作质量和效率。

【参考文献】

- [1] 叶宗盛,陶立新. 卫勤统计中存在的问题集对策[J]. 武警医

学,1997,S1:13-15.

- [2] 王谦,陈文亮. 非战争军事行动卫勤应急管理[M]. 北京:人民军医出版社,2009.
- [3] 四川省人民政府. 四川芦山地震灾害呈现五方面特点[EB/OL]. <http://www.scio.gov.cn>,2013-4-25.
- [4] 蔡竞. 加强突发事件应急统计工作的思考[J]. 中国应急管理,2009,12:12-15.
- [5] 娄苗苗,刘丹红,王霞,等. 卫生统计基础数据分类与描述[J]. 中国卫生信息管理杂志,2013,10(1):33-35.
- [6] 赵飞,傅承主,矫涌本,等. 国内外突发公共卫生事件应急指挥系统建设与研究[J]. 中国卫生信息管理杂志,2012,9(2):25-29.

(收稿日期:2013-05-14;修回日期:2013-05-28)

(本文编辑:史新中)