

## · 部队卫生 ·

## 战斗应激伤员分类探讨

顾仁萍<sup>1</sup>, 陈国良<sup>2</sup>

**[摘要]** 伤病员分类是战时做好战斗应激伤员收容、治疗和后送工作的前提。参照美军分类方法,结合我军现行的战伤分类准则,本研究提出将战斗应激伤员分为:值勤、休息、留治、后送,并对其分类标志、分类流程进行了探讨,为心理卫生勤务研究提供参考。

**[关键词]** 战斗应激减员;分类

**[中图分类号]** R821 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2016.04.034

现代战争战场环境恶劣,随着武器装备性能的提升,核化生武器的威慑作用,心理战的强大攻势<sup>[1]</sup>,参战人员处于高度紧张状态,必然给参战官兵带来巨大的压力,大量出现战斗应激减员,从而影响部队战斗力<sup>[2]</sup>。如何有效救治战斗应激伤员是卫生勤务研究面临的一个巨大现实问题。伤病员分类是战时做好战斗应激伤员收容、治疗和后送工作的前提。由于战斗应激伤员的特殊性,对其进行科学分类,对于提高工作效率,提高归队率,保障部队战斗力,具有十分重要的意义。

## 1 战斗应激减员定义

我军在 2012 年颁布的国军标《减员分类与算法》(GJB7479-2012)中,首次在卫生减员分类加入了“战斗应激减员”的概念,属于战斗减员的一部分。战斗应激减员是指军队或军队某一组织成员因军事行动引起心理、行为失调,自控能力减弱或丧失而造成的减员<sup>[3]</sup>。美军在统计战斗应激减员时通常将其按照国际疾病分类(ICD-10)和美国精神疾病分类与诊断标准(DSM-IV),将其归入“精神病学诊断”(psychiatric diagnoses)<sup>[4-6]</sup>,且属于非战斗减员(DNBI)<sup>[7]</sup>,这与我军有所差别。

## 2 美军战斗应激减员分类方法

**2.1 陆军战斗应激减员分类方法** 美陆军将伤员通常分为四类:Help-in-place(值勤)、rest(休息)、

hold(留治)、refer(后送)<sup>[8]</sup>。Help-in-place(值勤)为在原部队担任二线岗位或保证有充足休息时间的伤员;rest(休息)为在非医疗机构休息 1~2 天后可归队的伤员;hold(留治)为战斗应激反应较重,本级医疗机构可进行干预治疗的伤员;refer(后送)为本级医疗机构不能救治需后送的伤员。

**2.2 空军战斗应激减员分类方法** 美空军根据伤情严重程度,将空运后送精神疾病减员分为以下几类<sup>[9]</sup>:1A(危重,同性医护人员全程陪同,穿病号服,使用镇静药物,使用担架运输,活动完全受限);1B(重度,使用镇静药物,穿病号服,使用担架运输,医护人员陪同,活动可不受限);1C(中度,可穿军装,可无医护人员陪同,自行走路,可在医生指导下自行服药);3C(因药物或酒精滥用而需住院治疗,可穿军装,自行走路);5B(治疗出院后送为了进一步药物或酒精滥用治疗);5C(治疗出院后为了评估和治疗精神紊乱,多见于从德国医疗机构后送到美国本土医院)。

## 3 我军战斗应激伤员分类

**3.1 分类方法** 我军《战伤分类及判断准则》规定,战伤依照伤部、伤类、伤情、伤型和伤势进行分类,其中伤势分为四类:轻伤、中度伤、重伤和危重伤<sup>[10]</sup>。以往战争经验表明,不要过早对战斗应激减员进行分类。即使要进行分类,也不能挂上“心理疾病”、“精神问题”等敏感标签。参照美军分类方法,结合我军现行的战伤分类准则,可以将战斗应激伤员分为:值勤、休息、留治、后送。值勤:回到原部队,但要保证充足的休息时间。休息:在非医疗机构短期休息,执行简单任务,无需医疗观察。留治:在医疗机构内治疗。后送:非本级救治机构能救治,须后送到更加安全或设备更好医疗机构进行

基金项目:军队心理卫生应用性重点课题(12XLZ102)

作者单位:200433 上海,第二军医大学,1.卫生勤务学系,2.海军医学系

通讯作者:陈国良, E-mail: cgl307@126.com

引用格式:顾仁萍,陈国良.战斗应激伤员分类探讨[J].东南国防医药,2016,18(4):444-446.

治疗。

**3.2 分类标志** 分类标志是战时用以表示伤病员分类结果的标志物,以便指导对伤病员的收容、救治和后送,同时避免分类工作的重复和遗漏。分类标志分为全军通用的伤标和各救治机构内部使用的分类牌。

伤标是全军通用的用以表明集中特殊伤病情况的标志,我军目前使用的五种分类伤标分别是:红色——大出血;白色——骨折;黑色——传染病;蓝色——放射性损伤;黄色——毒剂中毒。战斗应激伤员往往对“心理问题”、“精神异常”等名号较为敏感,究其原因,主要是因为 stigma(污名)的存在。“污名”是一种让人深受贬抑的属性,通常污名的存在将个体从一个“完整正常的人”贬低为“有道德污点缺少价值”的人<sup>[11]</sup>。伊拉克和阿富汗战争后 30% 的美国军人会发生心理问题<sup>[12-13]</sup>,而与这种高心理问题发生率相矛盾的是,士兵寻求心理帮助的比例并不高。仅有 38%~45% 想寻求心理帮助,23%~40% 得到了心理帮助<sup>[12]</sup>。这种高心理问题,低利用心理咨询资源现象的原因,很大一部分是因为污名的存在<sup>[14-15]</sup>。因此,建议将战斗应激伤员集中治疗,但不使用分类标志。

分类牌是各级救治机构内部用以表示对伤病员分类结果的标志,以便帮助工作人员迅速地识别,避免重复和遗漏,提高工作效率。通常由各救治机构自行设计,根据分类牌的形状、文字注记、颜色以及孔洞来表示伤病员分往的组室、处置类型、处置次序等。分类牌通常包括:第一批手术、第二批手术、第一批后送、第二批后送、休克救治、洗消、留治观察、交换敷料等,见图 1。基于本研究提出的“值勤、休息、留治、后送”的分类方法,战斗应激伤员一旦确定后送,多为精神疾病患者,对于这类病人需第一批后送,挂“第一批后送”分类牌,“值勤”和“休息”的战斗应激伤员可不挂分类牌,“留治”伤员挂“留治观察”分类牌,具体见图 2。

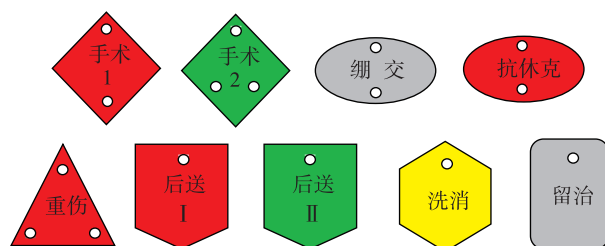


图 1 分类牌

**3.3 分类流程** 小平同志曾指出:“治好一百个伤

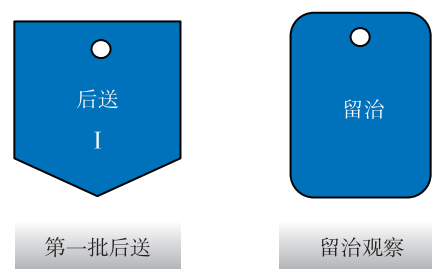


图 2 战斗应激伤员分类牌

员等于恢复了一个加强团”。战场救护,不仅在于救治伤员,恢复人的生理健康,更是精神力量的维持。对于战斗应激伤员的分类后送应遵循“期待归队、慎重后送”的原则,原因为:一是研究表明,战斗应激反应发生后 72 h 内得到及时有效的救治,50%~85% 能重归战场;二是战斗应激伤员一旦被后送,往往就戴上了“精神病”的帽子,由于社会对精神病人的偏见,这类伤员被后送后,往往很难再回归战场。战斗应激伤员必须由精神科(心理)医生确定其是否要后送,以免因诊断错误而后送了不应后送的伤员。其分类流程图见图 3。

# 【参考文献】

- [1] 熊富先,陈志斌,袁水平,等.心理战伤特点及心理卫生支援分队建设的必要性[J].东南国防医药,2009,11(3):279-281.
- [2] 杨艳贞.心理服务在提高军人战斗力中的作用探讨[J].东南国防医药,2014,16(5):556-557.
- [3] 吴峰,徐雷.对减员概念体系的研究[J].解放军卫勤杂志,2011,13(2):117-119.
- [4] Cohen SP, Brown C, Kurihara C, et al. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study[J]. Lancet, 2010, 375:301-309.
- [5] Schmitz KJ, Schmied EA, Webb-Murphy JA, et al. Psychiatric diagnoses and treatment of U.S. military personnel while deployed to Iraq[J]. Mil Med, 2012, 177(4):380-389.
- [6] Rundell JR. Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2006, 28(4):352-356.
- [7] Goodman GP, Dezee KJ, Burks R, et al. Epidemiology of psychiatry disorder sustained by a U.S. Army brigade combat team during the Iraq War[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2011, 33(1):51-57.
- [8] Army Field Manual(FM4-02.51). Combat and Operational Stress Control[M]. Headquarters department of the Army, Washington, DC, 2006.
- [9] Department of the Air Force. (2003). Air Force Instruction 41 - 307, Aeromedical Evacuation Patient Considerations and Standards of Care, Attachment 6[M]. Retrieved March 14, 2007, from <http://www.e-publishing.af.mil/pubfiles/af/41/afi41-307/afi41-307.pdf>
- [10] 周继红,朱佩芳,杨志焕,等.战伤定义与分类[J].人民军医,

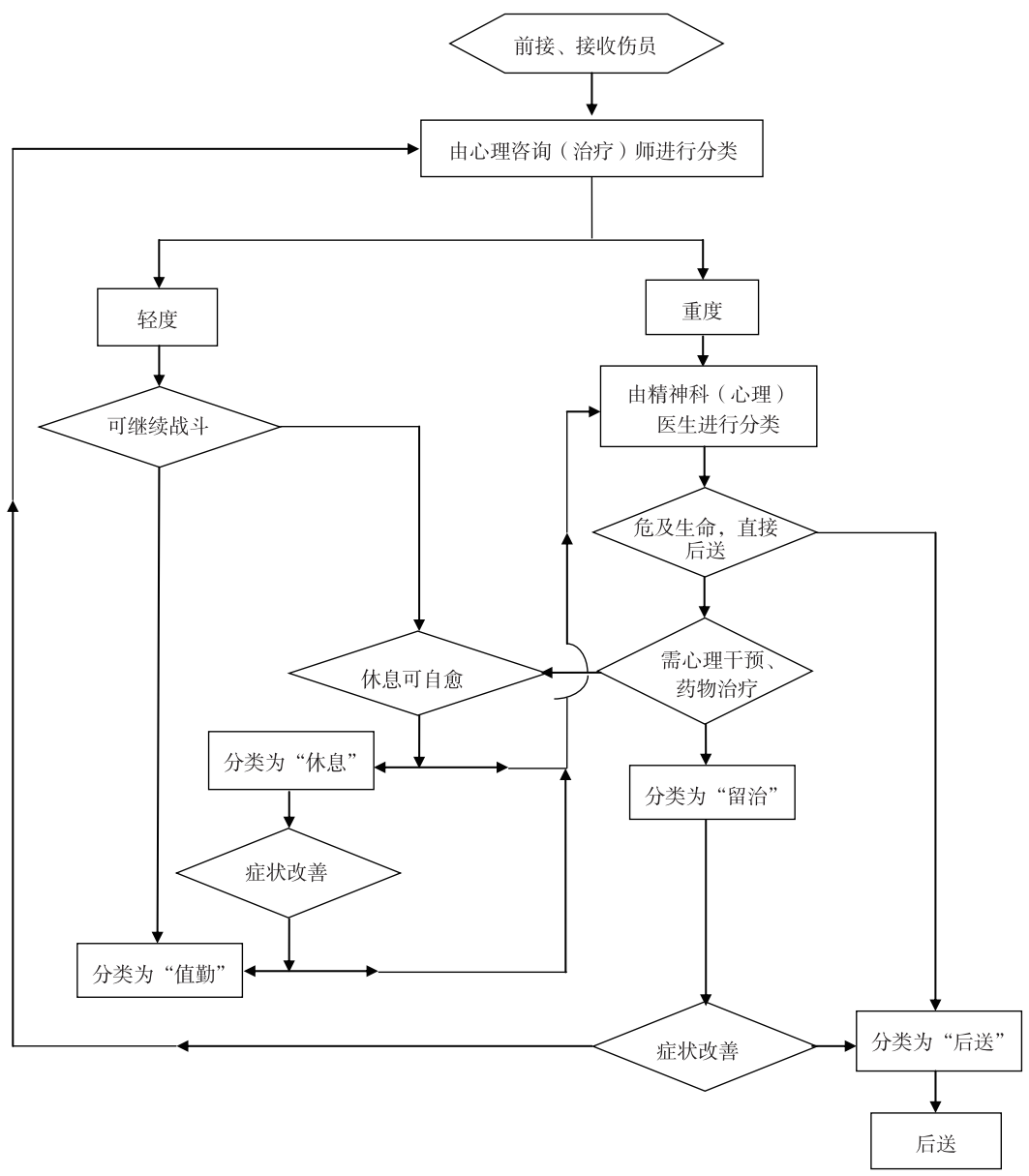


图 3 战斗应激伤员分类流程图

2008, 51(1):1-2.

[11] Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity [M]. Englewood Cliffs. NJ:Prentice Hall, 1963:1-10.

[12] Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care [J]. N Engl J Med, 2004, 351(1):13-22.

[13] Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan [J]. JAMA, 2006, 295(9):1023-1032.

[14] Kim PY, Thomas JL, Wilk JE, et al. Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and National Guard soldiers after combat [J]. Psychiatr Serv, 2010, 61(6):582-588.

[15] Vogt D. Mental-health related beliefs as a barrier to service use for military personnel and veterans: a review [J]. Psychiatr Serv, 2011, 62(2):135-142.

(收稿日期:2016-03-30;修回日期:2016-04-29)

(本文编辑:徐燕茹)