量,调控情绪干预应激可能是一种有效的方法。谢钧润等[12]对683名新兵进行应激后成长与自我接纳和心理弹性的关系研究,发现正性情绪在应激程度对应激后成长中起到完全中介的作用。美军的全面健康计划(comprehensive soldier fitness program,CSF)中也强调通过情绪调节来进行应激调控的训练,且事后评价训练远期效果较理想[8]。因此,在急进高原前,对士兵的焦虑和抑郁情绪进行干预,可能有助于减轻官兵进驻高原后的应激反应。

本研究存在的问题及下一步的研究:①由于训练任务的短暂性,未能进一步进行跟踪调查,将在以后的研究中考察进驻高原时间对应激影响的动态变化;②需要在以后的研究中考察不同性格特征的士兵对急进高原任务的应激反应;③急进高原前对士兵进行情绪调节训练和干预,追踪观察进驻高原后的应激反应和情绪特点。

参考文献:

[1] 保宏翔, 陈竺, 陆小龙, 等. 急进高原对新兵认知功能的影响[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(14): 1498-1500.
[2] 杨金升, 石向群, 谷有全, 等. 急进高原部队官兵抑郁和焦虑的评估[J]. 解放军预防医学杂志, 2006, 24(5): 355-356.
[3] 赵瑾, 杨来启, 吴兴曲, 等. 急进高原部队官兵抑郁和焦虑的评估及相关干预[J]. 山东医药, 2012, 52(32): 54-55.
[4] 李权超, 何英强, 申国祥, 等. 我军军人心理应激自评问卷的编制[J]. 解放军预防医学杂志, 2003, 21(4): 256-258.
[5] 吴文源. 焦虑自评量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 235-238.
[6] 舒良. 自评抑郁量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 194-196.
[7] 刘晓秋, 解亚宁, 白志军, 等. 驻高原武装警察部队官兵心理应激状况及其影响因素[J]. 中国临床康复, 2006, 10(30): 60-62.
[8] Steenkamp M M, Nash W P, Litz B T. Post-traumatic stress disorder: review of the Comprehensive Soldier Fitness program[J]. Am J Prev Med, 2013, 44(5): 507-512.
[9] 高存友, 甘景梨, 张伟红, 等. 急进高原救灾官兵心理应激损伤及其影响因素分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(12): 1816-1818.
[10] 王军, 唐伟革, 蒋学武, 等. 急进高原驻训官兵心身健康水平调查与分析[J]. 人民军医, 2013, 56(2): 140-141.
[11] 乔红霞, 俞国良. 谁是未来战场心理复原能力最强的军人——不同应激水平下心理弹性与情绪感知关系的实验研究[J]. 解放军艺术学院学报, 2013(2): 70-74.
[12] 谢钧润, 于永菊, 彭李, 等. 新兵新训应激后成长与自我接纳和心理弹性的关系[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(19): 2088-2091.

(**收稿**:2013-12-06;**修回**:2014-01-16)
(编辑 王小寒)

文章编号:1000-5404(2014)14-1503-01

经验交流

境外维和人员多发伤的特点和诊治

王 华[1],杨 波[2] (610083 成都,成都军区总医院:普外中心[1],医务部[2])

[**关键词**] 多发伤;急救措施;维和人员
[**中图法分类号**] R64 [**文献标志码**] B

2013年底,联合国后勤部与我国国防部有关部门协商,将第11批驻黎巴嫩维和二级医院人员编制由原来的60人调整为30人,其余构成情况未变。2014年1月,笔者随我国第11批赴黎维和医疗分队前往黎巴嫩东南部执行维和保障任务,短短3个月时间,参与救治一起车祸导致的多发伤患者2例,系西班牙维和军人,在整个诊治过程中深感在维和二级医院因各种因素限制,救治模式和方法与国内医院有着明显差别。为提高抢救成功率和加强卫勤保障能力,在国际上展示我军形象,笔者调出第8~10批驻黎维和二级医院收治的多发伤维和外军36例临床资料,分析其特点,总结救治经验,现报告如下。

1 临床资料

36例患者为联合国驻黎巴嫩维和任务区军人,均为男性,年龄26~50岁,平均34岁。包括交通事故伤30例(83.3%),高处坠落伤和砸伤4例(11.1%),自残刀割伤1例(2.8%),挤压伤1例(2.8%)。就诊时间:伤后<1 h 28例(77.8%),1~3 h 6例(16.7%),>3 h 2例(5.6%)。受伤2个部位16例,3个部位12例,大于3个部位8例。合并四肢伤31例,腹部伤18例,胸部伤12例,颅脑伤10例,脊柱损伤6例,颈部损伤1例,挤压综合征1例。损伤程度AIS-ISS评分:17~42分,平均20分,均为重度多发创伤。入院时评估:伴有失血性休克16例,意识丧失18例,气道受阻10例。

36例患者中33例接受手术治疗,包括在二级医院的一次性手术和先行保命手术再后送至上级医院的再次确定性手术。保全生命者30例(83.3%,其中19例治愈,10例致残,1例植物状态遣返回国),死亡6例(16.7%)。死亡原因:失血性休克3例,重型颅脑损伤2例,肺部感染1例。

2 讨论

2.1 维和任务区严重多发创伤的致伤因素

联合国维和任务区大多为战乱国家和地区,维和部队多驻扎在山区和丘陵地带,外军对当地交通地形不熟悉,却要执行夜间巡逻任务,加之气候环境等因素,故车祸伤最多,而且致伤

(下转1511页)

[**通信作者**] 王 华,E-mail:weimin-wangyi@163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140528.1541.004.html(2014-05-28)

专家共识意见[J]. 诊断学理论与实践, 2012, 11(5): 531 - 535.
[5] Choi M K, Kim G H, Park-do Y, *et al*. Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center experience[J]. Surg Endosc, 2013, 27(11): 4250 - 4258.
[6] Kosaka T, Endo M, Toya Y, *et al*. Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center retrospective study[J]. Dig Endosc, 2014, 26(2): 183 - 191.
[7] Toyonaga T, Mani M, East J E, *et al*. 1, 635 Endoscopic submucosal dissection cases in the esophagus, stomach, and colorectum: complication rates and long-term outcomes[J]. Surg Endosc, 2013, 27(3): 1000 - 1008.
[8] Kato M, Nishida T, Tsutsui S, *et al*. Endoscopic submucosal dissection as a treatment for gastric noninvasive neoplasia: a multicenter study by Osaka University ESD Study Group[J]. J Gastroenterol, 2011, 46(3): 325 - 331.
[9] Szaloki T, Toth V, Tiszlavicz L, *et al*. Flat gastric polyps: results of forceps biopsy, endoscopic mucosal resection, and long-term follow-up [J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9): 1105 - 1109.
[10] Choi C W, Kim H W, Shin D H, *et al*. The risk factors for discrepancy after endoscopic submucosal dissection of gastric category 3 lesion (low grade dysplasia) [J]. Dig Dis Sci, 2014, 59(2): 421 - 427.
[11] Choi K S, Jung H Y, Choi K D, *et al*. EMR versus gastrectomy for intramucosal gastric cancer: comparison of long-term outcomes[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(5): 942 - 948.
[12] Chiu P W, Teoh A Y, To K F, *et al*. Endoscopic submucosal dissection (ESD) compared with gastrectomy for treatment of early gastric neoplasia: a retrospective cohort study[J]. Surg Endosc, 2012, 26(12): 3584 - 3591.
[13] Oda I, Suzuki H, Nonaka S, *et al*. Complications of gastric endoscopic submucosal dissection[J]. Dig Endosc, 2013, 25(Suppl 1): 71 - 78.

(**收稿**:2014-04-28;**修回**:2014-05-31)
(编辑 王 红)

(上接 1503 页)

能量最大,伤情最复杂。工兵负责任务区的建筑、道路、山区扫雷等任务,防护措施不全,容易发生高处坠落伤。还有受心理因素影响:如打架斗殴、自残等刀刺伤。以上为任务区严重创伤的 3 种最常见因素。

2.2 维和任务区严重多发伤的受伤部位及伤情特点

观察本组 36 例伤员,以四肢、头颅、骨盆受伤发生率最高,其次为胸腹腔、泌尿生殖系及其他部位,与创伤性质基本都为器械性损伤有关。这与国内第三军医大学全军野战外科研究所程晓斌等[1]报道的多发伤部位特点相符。伤情特点包括:①伤情危重:多发创伤最易发生失血性休克,特别是颅脑损伤和胸部创伤还会导致昏迷及呼吸窘迫,造成严重的低氧血症,危及生命。②伤情变化快:由于损伤部位较多,可能同时累及多个系统,大出血、脑干损伤引起的全身应激反应会在短时间内使伤情迅速变化。③漏诊率高:多发创伤因伤情复杂,变化迅速,往往来不及行全面检查就要采取救命措施,医师只能根据临床表现边治疗边诊断,加之维和二级医院的检查检验设备简陋,一些对生命构成威胁的损伤或并发症较为隐匿,所以无论院前还是院内都会导致漏诊现象的发生。

2.3 维和任务区严重多发伤的诊治

2.3.1 伤情评估 在不影响生命的前提下,尽早进行标准化、高效率的伤情评估,可以尽量避免漏诊。全面详细地了解受伤原因有助于评估伤情,如车祸伤中前排人员容易损伤头颅,方向盘容易撞击胸部,车辆翻滚时容易损伤四肢;高处坠落伤主要根据哪个部位先着地来考虑损伤情况。根据影像学检查结合诊断性穿刺可以排查胸腹腔是否有出血或空腔脏器破裂。因维和二级医院无 CT、磁共振等,故无法开展高端检查。在医疗设备短缺的情况下,医师可以借鉴国内公认的 CRASH PLAN 系统评估[2]。

2.3.2 成立重症监护、急诊急救及损伤控制性手术治疗严重创伤的一体化救治模式 维和二级医院从硬件设备到人资力量,相当于国内基层医院,要独立处理各类创伤比较困难,因此有必要成立一个以重症监护为救治平台的急救小组,由业务院长任总指挥,内外科负责人、麻醉医师及几名护士参与,及时实施抢救复苏、损伤控制性手术、各种生命体征监护治疗。复苏包括补充血容量、纠正凝血功能障碍、稳定内环境,要注意限制性液体复苏策略。研究表明,限制性液体复苏能够有效地降低严重创伤患者的病死率[3]。损伤控制理念已提出 30 年,目前在国内各级医院诸多领域已被广泛应用,除控制出血和感染外,还要控制手术本身带来的创伤[4-5]。损伤控制性手术分为 3 个阶段:①以简单快捷有效的措施控制致命的出血和感染。②ICU 进一步复苏,纠正“死亡三联征”即代谢性酸中毒、低体温、凝血机制紊乱。③适时采取再次确定性手术,对损伤脏器进行修复。本组 36 例伤员中 28 例在二级医院行损伤控制性手术,如剖腹探查止血、肝破裂填塞止血 + 外引流术、胸腔穿刺闭式引流、颅脑钻孔减压等,28 例均存活。

2.3.3 及时后送上级医院 联合国规定二级医院的收治范围是住院时间不超过 7 d,能提供高级生命支持和早期外科手术。故对住院时间较长和无法实施复杂手术的伤员,掌握好后送标准,严格按照后送程序,在生命体征稳定后及时后送三级医院。本组 36 例伤员有 29 例经过损伤控制治疗后转三级医院行确定性治疗。

作为非战争军事行动,我军参加维和已经成为一项常规的军事任务,笔者结合在联黎二级医院的工作经验和体会认为,保障区外军的日常疾病和训练伤等诊治并不困难,但因为保障对象的特殊性,多发创伤的急救对我们的要求和挑战性更高,尤其大部分医师并非急诊、创伤专业,切实做好严重创伤的诊治工作,充分发挥二级医院的战斗堡垒作用,以降低病死率和伤残率,有利于在国际上展示我国的大国形象。

参考文献:

[1] 程晓斌, 赵先柱, 张连阳, 等. 多发伤院内紧急救治规范探讨[J]. 创伤外科杂志, 2010, 12(1): 4 - 7.
[2] 张连阳. 多发伤的紧急伤情评估策略[J]. 创伤外科杂志, 2010, 12(1): 1 - 3.
[3] 杨祖清, 杨敬宁, 杜鹃, 等. 限制性液体复苏治疗失血性休克的应用研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2006, 15(11): 1032 - 1034.
[4] 宋斌, 胡海波, 王怀云. 损伤控制外科理念在多发伤救治中的应用研究[J]. 人民军医, 2014, 57(1): 46 - 47.
[5] 唐华平, 方海云. 基层医院严重创伤的救治策略[J]. 创伤外科杂志, 2013,15(6): 551.

(**收稿**:2014-04-02;**修回**:2014-05-04)
(编辑 龙 亮)