

健康话题

聚焦基层卫勤力量

基层卫勤力量是战斗力生成的重要支撑,也是守护官兵健康的重要防线。从日常疾病防治到训练场伴训保障,从伤病员紧急救治到提供心理健康服务,军医、护士、卫生员各司其职,共同构筑军营健康防护网。

然而,在实际工作中,基层军医、护士、卫生员常

常面临不同的困惑:军医如何在繁忙的门诊与训练场保障之间找准定位?基层卫生员如何当好训练场上的健康前哨?围绕这些问题,我们深入一线寻找答案,推出系列稿件。希望这组报道能引发大家对基层卫勤建设的思考,也欢迎广大读者参与讨论,共同为提升基层医疗保障能力贡献智慧。

编者按

基层军医的舞台在一线

■孙梦星 巴 涛 本报记者 孙兴维

基层军医是卫勤保障的中坚力量,但“服务态度好”是否等于“打赢贡献大”?“上门巡诊多”是否意味着“生命通道畅”?“专业技术高”是否代表“战场救得好”?联勤保障部队第910医院以这3道考题为牵引,探寻基层军医如何更好地提升卫勤保障能力。

在陆军某旅训练场,下士小王激动地对该院骨科军医陈敏葵说:“陈医生,我按您教的方法进行康复训练,腰伤再没复发过!”

半年前,小王因高强度战术训练导致腰部椎骨轻度滑脱,治疗后却总是复发。有类似经历的官兵不在少数,该医院军队伤病员治疗统计数据显:官兵训练伤就率居高不下,且呈现“治疗—复发—再治疗”的循环。这引起医院党委深思:为官兵服务不能仅停留在精心诊治层面,还要前移服务关口,变“治已病”为“防未病”,从源头上降低训练伤的发生率。

于是,一场“把门诊搬到训练场”的行动就此展开。医院抽调骨科、康复医学科等骨干组成训练伤防治小组,兵分多路深入训练一线。

在某炮兵旅,军医们发现不少战士登车时习惯腰部发力,加上车内空间狭小,容易造成腰部损伤,便现场教学,手把手教官兵如何运用腿部力量、保持腰部正确姿势,还针对训练特点设计了一套腰部防护训练操。

“以前觉得训练损伤在所难免,没想到调整动作就能有效预防。”训练骨干小陈感慨道。

除了现场纠正官兵训练中形成的痼癖动作和不良习惯,训练伤防治小组还根据不同兵种、不同课目的训练强度,与体系部队训练骨干一起制订科学训练计划。比如,官兵在开展攀登、潜水、空降等高风险科目时,军医们建议通过增加热身时间、中途适度放松、合理设置休息节点等方式,让官兵慢慢适应高强度训练带来的身体不适。对已经出现训练损伤的官兵,专家们会开展“一对一”针对性功能康复训练,并跟踪随访,了解战友们的恢复情况,指导后续康复训练。

中士小刘是某特战旅训练尖子,却因反复踝关节扭伤影响训练。康复医学科医生罗贵文为他制订了个性化康复训练方案,同时建议小刘暂时停止参加高强度训练。3个月后,小刘的踝关节彻底痊愈。

此外,训练伤防治小组结合官兵担负的训练任务,用通俗易懂的语言开展训练伤科普讲座,使科学训练的理念在官兵心中扎根。

陆军某旅卫生连孙连长告诉记者,如今,有了军医们的全方位健康护航,官兵的训练热情更加高涨,训练致伤率明显下降。



图片制作:许硕

一

“多亏地方卫生院和军队医院接力抢救,不然后果不堪设想!”回忆起被抢救的经历,陆军某旅战士小沈仍心有余悸。他口中的“接力抢救”,是该医院破解小散远单位官兵急救难题的创新实践。

小沈所在的连队距体系医院有1个多小时车程。前年夏天,小沈训练后突然大口喘气,陷入昏迷。连队卫生员初步判断为心源性猝死,立即拨打120急救电话,并对其进行心肺复苏抢救,同时向体系医院求救。

该医院重症医学科主任李奕鑫接到电话后,一边组织救治骨干赶赴现场,一边给“前置医疗点”——地方乡镇卫生院打电话,让其做好抢救的各项准备。经过乡镇卫生院和该医院70分钟不间断抢救,小沈最终转危为安。

“以前总担心官兵突发急重症后救治不及时,现在有了军地‘接力抢救’机制,我们心里踏实多了!”该旅卫生员说。

该医院专家在上门巡诊中发现,巡诊频次虽高,却难以覆盖官兵突发的急症救治需求;尤其是小散远单位,官兵一旦发生急重症,可能因路途遥远错失黄金救治时间。

经过细致研究,该医院与体系部队临近的20余家地方乡镇卫生院签订协议,设立官兵救治前置医疗点。这些乡镇卫生院距离小散远单位更近,能第一时间响应急救需求。而且,医院还定期组织专家对前置医疗点医护人员开展重症急救培训,传授专业技能。

“成为前置医疗点,我们也是受益者。这几年在军队医院的帮带下,卫生院医疗水平有了较大提升。”福建省南安市省新镇卫生院院长说。

为实现“接力抢救”无缝衔接,该院

院还建立了远程指导系统。一旦小散远单位官兵突发急重症,基层卫生员可第一时间联系前置医疗点;前置医疗点医护人员进行初步救治时,可通过远程系统与医院专家实时连线,专家远程指导救治方案。同时,医院迅速派出急救专家奔赴前置医疗点接应患者,形成“基层初判—前置救治—远程指导—专家接应”的直通式卫勤保障救治链,打通危重症患者救治的“最后一公里”。

二

“伤员股动脉破裂,立即止血包扎”“有3名伤员被困,立即派出前接分队营救”……随着一道道指令下达,各项救治行动迅速展开,这是该医院开展批量伤员救治训练的一个场景。这种快速反应能力,是军医们日复一日训练带来的蜕变。该院领导坦言,他们也遭遇过“滑铁卢”。

一次,该院组织医护人员在特殊条件下开展救治训练考核。有的科室专家面对在“荡板”上救治“伤员”,迟迟不敢下手。“这种救治条件不仅考验专业技术,对心理素质、身体平衡以及判断能力都是很大的挑战。”一位在规定时间内没完成考核的科主任说。

专业技术好,不等于战救技能强。诊室有着稳定的环境,齐全的设备、规范的流程,军医们能做到从容诊断、精准治疗。而战场救治环境复杂恶劣,特别是诊疗设备短缺、伤情瞬息万变,需要军医临机判断、快速处置。

于是,一场打破“诊室思维”的竞技强能活动,在该院全面掀起。军事基础擂台赛、互伤员对手赛、紧贴实战竞技赛……一系列比武竞赛,倒逼医护人员在极限条件下锤炼体能、提升技能。

一次考核时,军医小薛扮演的“伤

员”不仅隐瞒部分伤情,还临时出现大喊大叫、到处乱跑等应激综合征。面对考核难度升级,接诊军医尤瑞金凭借敏锐观察力准确判断伤情,妥善处置“伤员”异常行为。“这种训练太有意义了,提高了我们的临机判断能力和处置水平。”尤瑞金说。

此外,该医院大力开展“内科学外科、专科学全科”“一专多能、一人多岗”的岗位交叉练兵活动,培养既能看病又懂战救的“全科医生”。

除了不断提升自己的战救技能,该医院医生还与体系部队捆在一起训,绑在一起练,在炮火硝烟中赢取战场行医“通行证”。

去年一场联合训练中,一名战士不慎从高处滑落,大腿被树枝刺破,造成伤口感染、全身多处软组织受伤。该医院卫勤保障分队军医迅速进行清创、缝合、抗感染治疗,在设备不够齐全的情况下,凭扎实技能成功实施救治。

“在实际训练中遇到真伤员,能真正检验我们的急救救治能力。”卫勤保障分队队长说。

如今,该医院的军医们不仅诊疗技术娴熟,更是战场上的卫勤尖兵。联勤保障部队第910医院践行了“基层军医的舞台在一线”这一现实课题,军队医务人员不能只停留在“救死扶伤”的传统定义里,而是要锚定“姓军为战”的根本方向,扎实扛起“平时保健康,战时保打赢”的使命担当,在与火的淬炼中创新服务保障模式,筑牢卫勤保障防线。

图①:该院医护人员紧急将批量“伤员”运送到“帐篷医院”救治。

图②:该院康复医学科军医为基层官兵进行物理治疗。

图③:该院利用无人机紧急转运“伤员”。

健康讲座

傍晚,陆军某旅的军事体能考核正在紧张进行。刚刚冲过5公里跑终点的下士小李,感觉膝盖内侧和小腿外侧隐隐作痛、酸胀发僵。

“没有明显外伤,但酸胀和僵硬感确实影响了后续训练状态。”该旅军医张钧在调研时发现,一些战友存在像小李一样的情况。这些看似普通的“训练疲劳”,背后往往隐藏着两种常见的运动系统损伤:肌筋膜无菌性炎症和滑膜炎。它们是由于训练负荷超过了身体组织的承受能力,导致局部组织发生微损伤,进而引发的局部无菌性炎症反应,主要表现为特定肌肉群(如肩颈、腰背)的慢性酸痛、僵硬、压痛,或关节(如膝、踝、肩)肿胀、活动受限、异响等。如果不能及时识别和正确处理,不仅会影响训练效果,还可能发展为更严重的运动损伤。

在高强度的训练周期,官兵应如何科学训练,远离“隐形损伤”,保持良好状态?

科学安排训练计划。训练时要循序渐进,避免“突击式”增量;力量、耐力、柔韧性训练需均衡,转换训练课目或增加负荷时,应给予身体足够的适应时间;训练前进行充分热身(如动态拉伸、激活目标肌群),训练后进行系统整理活动(如静态拉伸、筋膜放松)。

做自己身体的“观察员”。当出现局部持续酸痛、关节不适等情况时,应警惕是否训练负荷过载,同时适当调整该部位的训练强度或方式,避免“硬扛”导致炎症加重。

将恢复视为训练的一部分。保证充足睡眠,可促进受损筋膜、肌腱和滑膜组织的再生修复;合理利用泡沫轴、筋膜枪等进行目标肌群的深层放松,促进血液循环,缓解筋膜紧张;对易劳损部位,如膝关节、肩关节,定期冷敷(训练后急性期)或热敷(慢性期),帮助减轻炎症反应;日常饮食保证足够的蛋白质摄入,有助于修复微损伤的肌纤维。

若已经出现明显炎症症状,要及时进行正确处理。

及时识别,合理休息。若出现明显疼痛或肿胀情况,应立即降低或停止引发症状的活动,采用“PRICE”原则进行处理(保护、休息、冰敷、加压、抬高)。尤其是冰敷,能有效收缩血管,减轻肿胀和炎症渗出。

积极治疗,消除炎症。出现以痛、僵、功能受限为主要特征的炎症表现时,要及时就医,在军医或康复师指导下进行规范治疗。常用的医疗手段包括物理治疗和手法松解等。物理治疗(如超声波、激光、中频电疗等),能促进局部血液循环,加速炎症消散,缓解疼痛症状。手法松解是由专业的治疗师对紧张的筋膜、肌肉进行松解,有助于恢复软组织弹性。此外,必要时还需要在医生评估下合理用药(如短期外用或口服非甾体抗炎药),以控制炎症和疼痛。

循序渐进,阶梯式康复。待症状缓解后,应遵医嘱逐步开展康复训练(遵循“无痛或微痛”原则)。康复初期可进

科学训练,远离「隐形损伤」

寇 尧 本报特约记者 晋蒙

行温和、不负重的关节活动度和静态拉伸练习;力量强化期要针对受累部位周围的支撑肌群进行低负荷的力量训练和稳定性练习;功能重建期可进行模拟日常或训练动作的功能性训练,逐步提升动作协调性。最后,在确保无不适的前提下,从低强度开始逐步恢复至正常训练水平。整个康复过程应在专业人员指导下进行,切忌急于求成。康复后,需将治疗期间掌握的针对性静态拉伸、关节周围肌群强化练习、泡沫轴放松等方法融入日常训练中。同时,关注身体发出的酸胀、僵硬、隐痛等预警信号,并及时调整训练计划。如每周安排1~2次专项训练,放松紧张肌群、强化薄弱部位,防止损伤复发。



心理行为训练

近日,武警广西总队某支队利用课间休息时间,组织开展以趣味项目为载体的心理行为训练,帮助官兵缓解心理压力,增强团队凝聚力。图为进行“趣味保龄球”心理游戏。

果志远 摄

健康小贴士

AED:按下心脏重启键

■张俊 本报特约通讯员 许硕

心脏作为人体的“泵站”,其主要职责是维持血液循环,为全身器官输送氧气和养分。一旦心脏射血功能突然终止,血液无法流向大脑及其他重要器官,会导致全身缺氧。心脏骤停后,每延迟1分钟,患者的生存几率就会下降7%~10%。若能在“黄金4分钟”时间窗口内,将心肺复苏(CPR)与AED(自动体外除颤器)配合使用,特定条件下(如患者为可除颤心律)可将存活率提升至50%以上。

然而,不少人对心脏骤停时会陷入慌乱,甚至误以为只能等待专业急救人员到场。这种犹豫和等待,会让宝贵的抢救时间白白流失。因此,普及AED设备、学会AED操作,可以为心脏骤停患者提供一种有效的急救手段。

AED,全称自动体外除颤器,是一种便携式、智能化的急救设备。它可以通过内置传感器自动分析患者的心律,判断是否需要电击除颤,并通过语音提示和屏幕图示一步步指导施救者完成操

作。可以说,AED就像是一个“重启按钮”,在心脏因室颤等异常心律失控时,用精准的电击帮助心脏恢复正常的跳动节奏。

海军军医大学第一附属医院心血管内科副主任医师白元介绍,AED的操作其实非常简单,只需记住3个关键词:开机、贴片、放电。

第二步:贴上电极片,按指令操作。根据语音提示,参照外壳上的图示说明,将两个电极片分别贴在患者裸露的胸部。一片贴在右胸上方(锁骨下方),另一片贴在左胸外侧(腋前线第五肋间)。需要注意的是,贴片前务必擦干患者胸前区的汗水或雨水,确保两个电极片之间的皮肤干燥;如果患者毛发过多,贴片无法紧贴皮肤时,也可以使用AED包内的剃刀刮净。

第三步:分析心律,电击除颤。贴好电极片后,AED会自动分析患者的心律。此时,请大声提醒周围人“不要接触患者”。分析病人身体情况后,如果设备提示“建议电击”,需要再次确认无人接触患者,且在“嘟嘟”的提示音连续响起

后,按下闪烁的“放电”按键(全自动机型可自动放电)。电击完成后,应立即继续进行心肺复苏,30次胸外按压+2次人工呼吸为1组,持续到患者恢复意识或专业医护人员到达。

此外,《民法典》第184条明确规定:因自愿实施紧急救助行为造成受助人损害的,救助人不承担民事责任。这意味着,即便你的操作不够完美,只要出于善意,都不会受到法律追究。这种制度保护为公众参与急救扫除了心理障碍,鼓励更多人在关键时刻挺身而出。

事实上,AED的设计理念就是“全民可操作”。只要你敢于尝试,就能在危急关头伸出援手。一旦发现有人出现心脏骤停情况,希望你能坚定地按下按钮,为患者争取宝贵的生存希望。



扫描二维码 观看科普视频