

部队卫生

新形势下合成部队渡海登岛作战卫勤保障的思考

徐茂胜, 石楠

【摘要】 随着我军军队编制体制改革不断深入, 陆军已逐步形成军-旅-营三级作战指挥体系。渡海登岛作战中, 合成(营、旅)部队承担抢滩登陆、纵深攻击、夺岛的连续作战任务, 战线长、伤亡大, 如何做好合成部队的卫勤保障是一个难点。文章分析了新形势下合成部队渡海登岛作战卫勤保障的特点以及目前存在的不足, 从提高一线救治、伤情应对能力, 应用分析大数据能力, 建设专业后送力量等方面作为切入点提出意见, 旨在提高部队卫勤保障能力。

【关键词】 合成部队; 渡海; 登岛; 卫勤保障

【中图分类号】 R821

【文献标志码】 A

【文章编号】 1008-8199(2020)03-0334-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2020.03.028

0 引言

现代战争特别是高技术条件下局部战争, 是涉及陆海空天电等多维一体的高强度战争。新形势下以伊拉克、阿富汗战争为代表, 展示了信息化条件下精确打击的作战样式以及先进的后勤保障模式, 特别是其卫勤保障体系的构建和运作, 对于我军做好未来渡海登岛作战卫勤保障工作有着极其重要的启示^[1]。随着科技进步, 各种高精尖技术在战争领域广泛应用, 未来战争将呈现更加复杂的变化。

1 新形势下卫勤保障的特点

1.1 战斗减员率高 新形势下现代战争的敌我双方, 均是在高技术条件下进行的多军兵种合成作战, 战场多维立体。渡海登岛作战特别是抢滩登陆阶段, 正面作战、目标暴露、地域局限等因素将导致战况异常残酷, 伤员发生多, 战斗减员率猛增。

1.2 非战斗减员率高 一是晕船发生率高, 为非战斗减员的主要原因。渡海登岛作战以陆军作为夺岛主力, 而资料显示初次出海者晕船病发生率在 50%~90%^[2]。二是海上落水率高、打捞难度大。航渡阶段我军装载的舰艇势必成为敌火力打击的重点, 一旦舰艇沉没、人员落水, 受海水浸泡、淹溺、海况、气象等影响, 海上打捞难度大^[3]。三是心理

损伤日益凸显。战争的残酷性对官兵的心理、精神打击极大, 易诱发战场精神病、创伤后应激障碍等疾病^[4]。

1.3 伤情伤类复杂 现代战争中尖端武器技术广泛应用, 合成部队作为参战主力将全过程参与作战过程, 作为纵深攻击主力其伤亡率高、伤类伤情复杂, 炸伤、烧伤、爆震伤、贯通伤、复合伤等传统伤类将明显增多^[5]。渡海登岛作战过程中, 低体温、浸泡伤、减压病、海洋有害生物伤等海战伤的多发, 进一步增加伤情复杂性^[6]。

1.4 伤员救治后送困难 登岛作战敌方岛屿一般远离大陆, 海上伤员后送的时间、方式、途径受战斗环境、海况和气象的影响较大。战斗开始后, 战场频繁多变, 作战模式转换迅速, 尤其是岛上作战阶段, 水际滩头、纵深攻击线上分布大量伤员, 呈现出“点多、线长、面宽”的特点, 增加了伤员救治后送难度。

2 我军渡海登岛卫勤保障存在的问题

2.1 搜救系统更新不及时 协调指挥能力较弱 战场伤员若能早发现早救治, 其生存率就越高。目前我军配备的电子伤票系统更新换代不及时, 伤员感知系统、野战单兵搜救系统普及率不高, 加上战场复杂海况、电磁环境干扰, 使得伤病员的生命体征(脉搏、呼吸、血压、体温等)、实时位置等信息无法及时感知、传输与接收; 卫勤指挥机构对于采集后的信息不能有效利用, 缺乏大数据支撑, 难以及时准确地掌握战场环境、伤员流分布、物资

消耗等情况,在一定程度上限制了卫勤力量的部署及使用效率^[7]。

2.2 自救互救能力较弱 不适应战场要求 相关资料显示,战时参战人员自救互救比例占总救护方式的 48.8%,配合后期专业人员的有效救治,可使战场上的伤亡人数减少 70%~90%^[8],可见自救互救技术在战伤救治中极为重要。我军历来重视战场自救互救,但由于常年和平环境,对于其重要性已逐步淡忘,过分依赖军医卫生员。某部随机抽取官兵进行自救互救技术考核,各单项考核的合格率较低。显然,我军官兵需要更新对自救互救训练的认识,来适应现代战场的需求^[9]。

2.3 一线救治能力不强 伤员救治率较低 战场一线救治任务主要由团(旅)级卫生机构承担。但由于基层人才培养机制不健全,基层救卫生机构(卫生连、卫生排)人才不断流失造成卫生力量缺编,人员及专业技术“老龄化”情况不容乐观。和平时期基层部队实战任务少,非战争军事行动以野战医院为主,使得卫生队这一级救治机构战时应具备的救治能力基本得不到锻炼,自身职能就显得相对单一。虽然战时各级救护机构均得到加强,但其中能承担一线救护任务的比例不高,对危重症伤员达不到早期救治的目的^[10]。

2.4 伤员后送运力不足 专科救治不及时 现代战争“高减员率、高休克率、高手术率”的特点致使伤员在前沿救治区已无法得到救治,需要尽快向上级机构后送,接受专科治疗。我军长期使用的是“三区七级”模式下的后送体制,曾在历次战争中发挥重要作用,但随着我军编制体制的调整,若继续沿用势必增加伤员滞留时间,降低救治时效。我军伤员后送大多依赖返程的车辆、船只、直升机等,此类后送工具多缺乏基础医疗救护及监护设备,专用卫生运力不足,伤员后送实时性、连续性救治得不到保障,势必影响伤员的后续治疗。

2.5 演习伤情设置局限 不符合战场情况 目前渡海登岛全过程全要素的军事演习均会涉及卫勤保障演练,伤情的设置多以传统的胸腹部贯通伤、四肢的骨折、头部外伤、大出血、烧伤等为主,爆震伤、毒气伤、生化核武器伤及海上伤员的打捞搜救、常见海战伤救治、心理创伤救治等很少涉及,与实战贴合不紧,特别是不符合高技术条件下渡海登岛作战时的战场情况。

3 新形势下合成部队渡海登岛作战卫勤保障的建议

3.1 提高卫勤大数据应用能力 新形势下的信息化战争已进入大数据时代,云计算与大数据的整合可实现战场救护智能化、可视化、可控化。广泛穿戴单兵生命体征监控装置之后,参战人员的生命体征、地理位置等数据将实时上传,可快速识别、定位危重症伤员,通过数据反馈及时甄别、评判伤势情况,同时依赖云计算及大数据分析,制定伤情救治后送方案。卫勤指挥机构依据战场大数据分析战争的整体态势,计算主要减员方向、分析伤员流的分布,为战场救护力量部署提供决策建议。卫勤保障数据库的建设与应用,将在未来战场上发挥重要作用,甚至影响战场救治的格局^[11]。

3.2 提高战场自救互救能力 首先,提高认识,强化领导。作战部队从思想上重视自救互救的训练,牢固树立“练为战”的思想,重点解决卫勤训练不被重视的问题。第二,加强梯队建设,做好传帮带。依据单兵-卫生战士-卫生员的梯度,确保每一级掌握相应战救技术,各级加强监督,严把训练质量,争取每个战斗班至少 1 人掌握卫生战士的技能。第三,抓基础,强重点。依托现行的编制体制,卫生连(排)负责官兵的普训指导工作,确保训练的普及率及合格率;重点对未来战场可能遇到的情况,如包扎止血、搬运(掩护伤员转移)等内容重点训练。第四,紧贴实战,夯实基础。目前我军已逐渐开展卫勤基地化训练,基层部队可以参考设置小型综合卫勤训练场,结合相应的视频音效、VR 场景体验、人工智能及模拟器具等,模拟在战场环境中处置常见伤情,展开自救互救训练。第五,研发新型单兵急救装备。紧紧围绕“止血、止痛、维持生命体征”的特点,合理布局急救药物及装备,做到操作简便、携带方便、符合人体工学,及时提供自救互救条件^[12]。

3.3 加强一线救治能力 新形势下的现代局部战争,武器装备先进,威力大,短时间内发生大批量的伤员,紧急救治任务重,且后送困难,因此现场的一线救治极为重要。据战例分析,直接战斗死亡人数仅占总死亡人数的 30%,但是因救治不及时病死率却高达 70%^[13]。所以在救治机构的配置要求上要紧靠一线、及时救治、人员齐全。美军“随军战地外科医疗队(FST)”的配属运用,是其提升战伤救治效能的成功举措。我军一线救治可参考美军 FST

运作,抽调成员(上级医院+基层卫生连)成立“机动野战手术队”,以损伤控制手术为主,将有效的救护资源用于可救治的伤员,维持伤员生存、后送到下一级救治机构^[14]。“机动野战手术队”的成立可精简基层优势力量,同时在与上级医院训练过程中,共同进步,逐步提高一线救治能力。

3.4 提高复杂伤情应对能力 渡海登岛作战对于合成作战部队而言,不同于一般的陆地作战,还有各类海战伤的处置。针对常见的晕船、海上落水情况,将抗眩晕、打捞救护训练加入到日常训练中,减少航渡阶段非战斗减员发生率。针对心理疾病,心理医学防护应纳入统一的卫勤保障序列中,加强基层心理专业队伍建设,经常性开展心理疏导工作,早期、及时应对官兵应激状态下的心理反应,可有效防止官兵心理问题、维护官兵心理健康^[15]。近年来,随着全军实战化训练的兴起,标准化伤员逐渐引起重视,其可模拟各种复杂伤情,锤炼卫勤人员^[16]。

3.5 加强专业后送力量建设 高技术条件下渡海登岛战役节奏快,组织伤员快速安全撤离是卫勤保障的重要环节。配备专业医疗后送工具,可提高伤员后送救治的时效性和连续性。一是更新配备火线抢救运输工具,以两栖装甲救护车、专用担架为主,提高火线伤员抢救和后送能力。二是大力发展立体运输工具,空中配备中大型医疗救护直升机、运输机、无人机,海上配备医院船、卫生运输船、救护艇,我岸区配备卫生列车等运输工具,实施立体全面后送。专业后送力量的建设,将战创伤早期救治和治送结合的连续救治有机结合起来,进一步提高伤员救治效率。

4 结 语

新形势下合成部队渡海登岛作战卫勤保障工作,具有很强的独立性,需要科学合理的部署卫勤力量,使其与海岛区自然地理环境、合成部队的战术行动、战役布势相适应,针对减员率高、伤情复杂、救治后送困难等难点,强化部队日常卫勤适应性和针对性训练,重点解决一级救治、快速后送“两头”中存在的问题。下一步研究重点将是依托卫勤保障大数据库的建设,有效利用目前云计算和

大数据模型,针对批量伤员救治实战模拟训练和立体专业后送模拟训练展开研究,提升战时卫勤保障能力的针对性和有效性,努力实现卫勤保障一体化、智能化。

【参考文献】

- [1] 吕宏迪,李 林,全 勇,等. 伊拉克战争美军卫勤保障对我军的启示[J].解放军医院管理杂志,2010,17(10):956-958.
- [2] 吴桂荣,庄永敬,胡伟青,等. 连续航行对医务人员晕船病发生率的影响[J].华南国防医学杂志,2011,25(2):151-152.
- [3] 张 宏,李培富. 渡海登岛作战卫勤保障特点与建议[J].实用医学杂志,2008,25(5):631-632.
- [4] 熊 波,林 坚,徐 芬,等. 心理分队参加实兵对抗演习的做法和体会[J].医学信息,2011,24(7):4419-4420.
- [5] 陈大建,刘 武,廖存香. 战区部队渡海登岛作战卫勤演练及评估存在的问题与建议[J].华南国防医学杂志,2015,29(7):552-553.
- [6] 胡朝晖,赵德军,孙艳新. 现代海战伤特点及早期救治初探[J].海军医学杂志,2012,33(6):380-382.
- [7] 韩鲁宁,周 娟. 建立战场伤员搜救系统的基本构想[J].沈阳部队医药,2012,25(1):18-19.
- [8] 何忠杰,盛志勇. 再论战伤自救互救[J].解放军医学杂志,2015,40(11):857-861.
- [9] 蔡铜山,张运福,周 庆,等. 某部官兵自救互救技术操作考核情况分析[J].人民军医,2019,62(3):218-221.
- [10] 许 雅,罗益滨,郭志伟,等. 卫生队改编建制连队后对基层卫勤保障的影响及对策[J].人民军医,2018,61(8):699-701.
- [11] 彭开男,卫春海,毛允杰. 谈卫勤保障大数据库建设[J].解放军医院管理杂志,2018,25(8):726-729.
- [12] 王成惠,袁明清,张树丰,等. 基层部队官兵战场自救互救存在的问题及对策分析[J].现代医学与健康,2018,2(11):145.
- [13] 李 箐,杨国斌,徐晓莉. 试论战时卫勤保障模式与坚持医学伦理学原则[J].解放军预防医学杂志,2010,28(5):313-315.
- [14] 夏照帆,马 兵. 现代战争条件下海战创伤救治的几点思考[J].解放军医学杂志,2016,41(12):973-976.
- [15] 蒋胖生. 战时心理防护的方法探究[J].政工学刊,2019,31(3):68-70.
- [16] 郭 栋,杨 腾,董兴宝,等. 运用标准化伤员模拟训练提高战时卫勤保障能力的做法[J].人民军医,2017,60(2):125-126.

(收稿日期:2019-12-22; 修回日期:2020-01-16)

(责任编辑:刘玉巧)