

黎巴嫩战争城市进攻作战卫勤保障有关情况

200433 上海 第二军医大学 刘晓荣 陈国良 范晨芳^① 齐亮 马修强 黄论论

关键词:城市进攻;减员分析 **中国图书分类号:**R 821.1⁺3

任何一次战争在战前都会对减员率进行预测,准确的预测有助于卫生资源的合理配置。就我军而言,目前还没有单独针对城市作战减员的数据库。我们对1982年黎巴嫩战争的相关问题进行了研究。现就有关情况报告如下。

1 以色列军队减员的基本情况

此次战争的第一阶段是滨海平原、山脉作战;第二阶段主要是夺取中心城市贝鲁特,是岛屿城市进攻作战。在战争中,以色列军队伤员总数1 953例,在以色列军方数据库中有详细记录1 561例,每个战死的士兵都进行了详细的尸体解剖,查明死于何种原因。同时建立了一个专门针对城市作战的数据库,用以研究减员率和伤员受伤类型^[1-5]。

1.1 不同兵种作战人员减员情况 以色列军队不同兵种减员情况见表1,城市作战与非城市作战减员情况见表2。

表1 不同兵种作战减员情况

类别	减员例数	减员率(%)	类别	减员例数	减员率(%)
步兵	468	30.0	通信兵	65	4.2
坦克兵	221	14.1	炮兵	64	4.1
指挥员	181	11.6	装甲步兵	56	3.6
驾驶员	142	9.1	工兵	31	2.0
后勤人员	143	9.1	参谋人员	26	1.7
医务人员	77	4.9	其他人员	87	5.6

表1结果显示,步兵减员例数高于其他兵种,其次是坦克兵,第3是指挥员,三者减员人数占总减员例数的55.7%。

表2 城市作战与非城市作战减员比较

类别	城市作战		非城市作战	
	减员例数	减员率(%)	减员例数	减员率(%)
步兵部队	340	56.0	389	43.0
装甲部队	104	17.1	315	34.8
支援部队	128	21.1	150	16.6
空中部队	17	2.8	15	1.7
后勤部队	18	3.0	35	3.9

表2结果显示,城市作战步兵减员率高于非城市作战,而非城市作战装甲部队减员率高于城市作战。

1.2 不同武器致伤减员情况 见表3。

表3 不同武器致伤减员情况

致伤原因	减员例数	减员率(%)
炮弹	827	53.0
枪弹	181	11.6
冲击波	36	2.3
混合型	75	4.8
其他	130	8.3
不能界定	312	20.0

表3结果显示,炮弹致伤减员率最高,占53.0%。

1.3 作战伤员受伤部位 据有关资料统计,在城市与非城市作战中,眼部受伤率分别为4.2%和1.1%;烧伤率分别为5.0%和9.1%;躯体上半身受伤率分别为64.2%和69.8%,战斗应激反应率分别为4.4%和7.1%。

2 卫生勤务保障的做法

2.1 准确预测城市作战减员率并采取相应措施 在黎巴嫩战争准备阶段,以色列军队卫勤部门根据此次战争主要阶段是在城市中进行的特点,在制定卫勤保障计划时,充分运用了1967年耶鲁撒冷市作战和1973年中东战争中减员资料,预测了黎巴嫩战争中的减员率。实践证明,预测数与实际发生数十分接近。在城市作战,士兵受到狙击手、小股部队、手榴弹、爆炸物及反坦克武器的威胁极大,头颈部伤、胸部伤及多发伤多。为了减少伤亡,士兵头戴钢盔,身着防弹服,救生员紧跟战斗部队,迅速独立实施医疗保障。此外,在城市作战,伤员伤情重,后送困难,以军破例给一线救护单位供应全血,重伤员须经初步救治后才能后送。

2.2 加强单兵防护装备的研究与配置 鉴于1973年中东战争中,弹片伤、烧伤增多,“反坦克导弹烧伤综合征”的出现,以及此次作战将在城市进行,头、胸部伤可能增多的特点。他们对士兵的防护措施明显加强:(1)防弹短上衣。以军所有士兵除佩戴钢盔外,还使用

^①北京 总后卫生部人民军医出版社

了一种防弹短上衣。根据战斗中实际击中率估计,如不使用这种防弹衣,轻武器所致伤亡数可能增加 20.0%。(2)防火装备。所有士兵都配有防火手套,全部坦克乘员都有防护服及面罩,军方又使用了 300 辆自动灭火坦克,结果烧伤伤员数大为减少,而且伤势较轻^[6]。(3)护目镜。以军给所有战斗部队装备了护目镜,除高速枪弹外,可防护绝大部分投射物。

2.3 建立完善的战时心理保健体系 1973 年中东战争,以军在遭到突然袭击之下仓促应战,战斗激烈,战斗应激反应患者占战斗减员总数 30.0% 以上。由于事先没有应对战斗应激反应的准备,这些患者全都送到后方治疗,只有少数患者在战斗期间归队。黎巴嫩战争,以军事先有准备,战斗应激反应发生率低。为了配合部队快速前进,38.5% 患者被空运到后方治疗,其余在前方救治机构治疗。在前方治疗者 59.0% 在短期内归队;而在后方治疗者只有 16.3% 归队。战后,以军在总结经验时指出,为了提高治疗效果,应将这种战斗应激反应患者的治疗分散到师以下各级救治机构中去。同时还指出,这种预防和治疗不仅是精神病医师的责

任,而且是所有医务工作者的责任,各级救治机构均应有资历较深的精神病医师充当顾问。

参 考 文 献

- [1] Blood CG, Jolly R. Comparisons of disease and nonbattle injury incidence across various military operations[J]. Mil Med, 1995, 160 (5): 258-263.
- [2] Blood CG, Jolly R, Gauker ED, et al. Comparisons of casualty presentation and admission rates during various combat operations[J]. Mil Med, 1994, 159(8): 457-461.
- [3] Gofrit ON, Leibovici D, Shapira SC. The trimodal death distribution of trauma victims: Military experience from the lebanon war[J]. Mil Med, 1997, 162(1): 24-26.
- [4] Lovric Z, Mihaljevic J, Martinac M. Mobile surgical teams of croati special police forces: Analysis of casualties during combat[J]. Mil Med, 1997, 162(5): 360-362.
- [5] Belenky GL, Noy S, Solomon Z. Battle stress: The israeli experience [J]. Mil Rev, 1985, 65(1): 28-37.
- [6] 王向东. 外军卫勤战救经验[M]. 北京: 解放军出版社, 1991: 24-28.

(编校:范晨芳 石涛 收稿:2007-03-05)

• 短篇与个案 •

纤维喉镜下巨大声带息肉摘除术 30 例

421002 湖南衡阳 解放军 169 医院 刘菲 汤海明 刘芝

关键词:纤维喉镜;巨大声带息肉;摘除术

中国图书分类号:R 766.9

自 2003 年以来,我们共开展在纤维喉镜下巨大声带息肉摘除术 30 例,疗效满意。现分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况 30 例中,男 19 例,女 11 例;年龄 21~50 岁。病程 1 个月~8 年,平均 3.3 年。均为单侧病变,息肉 10~18 mm 大小。其中局限性声带息肉 16 例,弥散性声带息肉 14 例。

1.2 手术方法 本组病例均行纤维喉镜下声带息肉摘除术,使用日产 Olympus CLB10 型直径 4 mm 纤维镜。先用 1.0% 丁卡因行鼻腔及咽喉黏膜表面麻醉,并滴入喉内 5 ml。咽喉反射较敏感者,可行环甲膜穿刺,于气管内注入丁卡因 2 ml,再用盐酸肾上腺素 1 ml,自插入纤维喉镜吸引管内的导管内滴入,以达到

止血及暴露术野的目的。平卧位,经鼻腔插入纤维喉镜达喉部,取图像保存后,左手牵拉舌体,右手用间接喉钳缓慢伸入喉入口,在纤维喉镜下,将声带息肉摘除。估计不能一次取净者,可分次摘除,如有残基可用活钳修整。术后均禁声 2 周,应用抗生素 1 周,雾化吸入 5~7 天。

1.3 结果 本组一次成功摘除息肉 25 例,分两次钳夹修整 5 例。术后 2 周复查,声嘶明显好转,纤维喉镜下声带边缘整齐,活动良好,无并发症。

2 讨论

纤维喉镜具有镜体小,弯曲灵活,清晰度高,检查痛苦小等优点。手术所用喉钳为间接喉钳,钳口大,弥补了纤维喉镜活钳钳口小,对较大息肉摘除不便的不足,两者合用操作灵活。声带病变和手术操作可清晰显示在监视器上,在精细完成手术同时,也保存了图像资料,便于手术前后对比和随访。

目前,巨大声带息肉虽可采用支撑喉镜及喉裂开等手术方法,但医疗费用高,手术创伤大,且不适合基层医院开展。纤维喉镜下喉钳摘除巨大息肉方法安全、可靠,还可分次钳夹,是一种操作简单、经济实用、疗效显著的新技术,适用于门诊手术。

(编校:陈卓 收稿:2007-01-23)