



中国医学百科全书

军队卫生学
卫生勤务学



上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

⑦ 军队卫生学

石茂年 主编

⑧ 卫生勤务学

王冠良 主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海市印刷三厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 11 字数 404,000

1992 年 9 月第 1 版 1992 年 12 月第 1 次印刷

印数 1—2,400

ISBN 7-5323-2938-0/R·892

定价: 7.80 元

(沪)新登字 108 号

中国医学百科全书

卫生勤务学

主 编：王冠良（中国人民解放军第二军医大学）

副 主 编：（以姓氏笔画为序）

王 良（中国人民解放军后勤学院）

吴 质（中国人民解放军第二军医大学）

吴之理（中国人民解放军军事医学科学院）

李 甬（中国人民解放军海军军医学校）

郭儒茂（中国人民解放军空军后勤部卫生部）

编 委：（以姓氏笔画为序）

尹宗江（中国人民解放军第四军医大学）

布 彦（中国人民解放军第一军医大学）

李复生（中国人民解放军第三军医大学）

张传家（中国人民解放军第二军医大学）

贾清璋（中国人民解放军军事医学科学院）

梁建岭（中国人民解放军后勤学院）

曹 枫（中国人民解放军第二军医大学）

学术秘书：刘仁兴（中国人民解放军第二军医大学）

姚 姚（中国人民解放军第二军医大学）

编写说明

《中国医学百科全书·卫生勤务学》是一本采用条目方式编写的卫生勤务学。主要根据中国人民解放军的卫生勤务的实践,简要地概括了卫生勤务的理论、原则、方法以及基本概念,也涉及一些国家卫生勤务方面的情况。

军队卫生勤务具有悠久的历史,但作为一门科学的兴起,则是近代之事。卫生勤务随着军事学和医学的进步而发展。故本书的内容只能反映当前的概况。

本分卷共列 125 个条目,其中含海军卫生勤务 27 条,空军卫生勤务 20 条。本书的对象是一般医师和军医,又以前者为主。故在军事用语方面,力求通俗易懂。参加本分卷撰写条目的有六十余人,在体裁和文字风格上各异。虽经加工整理,仍有格调上不一致的地方。

本分卷所阐述的内容,是对军队卫生勤务作知识性的介绍,不象条令、条例等具有法定性,供读者参考。

董孝厚和曾宪刚同志分别参加海、空军条目的编辑加工工作,付出了辛勤的劳动。

卫生勤务学分卷编辑委员会

一九八四年十一月

中国医学百科全书

卫生勤务学

目 录

卫生勤务学	1	城市防卫战的卫勤保障	30
军事医学	1	城市防空救护	32
卫生勤务	2	抗登陆作战卫勤保障	33
中国人民解放军卫生勤务简史	3	反空降作战的卫勤保障	34
中国人民解放军卫生勤务机构	7	核伤员的救治	34
卫勤组织指挥	8	化学武器袭击时的卫勤保障	37
军医教育	8	反生物战的卫勤保障	39
军队医疗保健工作	8	军事医学地理调查	39
军队卫生防疫工作	8	军人健康检查	40
军队药材供应工作	9	新兵入伍的卫勤保障	40
军队卫生统计	10	医疗后送文件	41
卫生减员	12	卫生运输工具	41
军队医院	13	列车后送伤病员	42
军队医院管理	13	空运伤员	43
战时军队医院	14	医学增援队	43
战时卫生防疫机构	15	战时床位需要和分配	44
战时医疗后送体制	15	战场急救基本技术	45
伤病员分类	16	战斗卫勤报告和日志	45
分级救治	17	阵亡与伤死	46
伤病员后送	18	伤员死亡率(伤死率)	47
后送决策	19	住院日和归队曲线	47
战斗卫勤保障计划	19	伤员流	48
战役卫勤保障计划	19	伤员流动状态	48
火线抢救	20	伤员流动曲线	49
营救护所	21	战俘卫生工作	49
团救护所	21	交换尸体的卫生工作	50
师救护所	22	兽医勤务	50
进攻战斗卫勤保障	23	军队药材供应管理学	51
防御战斗卫勤保障	24	军队药材供应管理原则	51
阵地战卫勤保障	24	军队药材供应体制	52
运动战卫勤保障	24	军队药材装备供应标准	52
游击战卫勤保障	25	军用药材筹划	53
摩托化部队战时卫勤保障	25	战备药材储备	53
坦克部队战时卫勤保障	26	战斗(役)药材保障	54
炮兵部队战时卫勤保障	26	医疗箱	54
严寒地区战斗的卫勤保障	27	野战制液站	55
炎热丛林地区战斗的卫勤保障	27	野战供血站	55
水网稻田地区战斗的卫勤保障	28	野战制氧站	56
高原地区战斗的卫勤保障	28	海军卫生勤务	56
沙漠地区战斗的卫勤保障	29	海军医学简史	56

水面舰艇出海卫勤保障	57	舰艇军医工作日志	69
潜艇出海卫勤保障	58	海勤人员健康鉴定	69
核动力潜艇卫勤保障	58	空军卫生勤务	69
海军航空兵卫勤保障	59	军事航空医学简史	70
防险救生部队卫勤保障	60	航空军医	71
舰艇修理时的卫勤保障	60	飞行卫勤保障	72
舰艇编队卫勤保障	61	各种飞行的卫勤保障	72
舰艇部队卫生减员	61	战斗飞行卫勤保障	75
海上袭击战卫勤保障	62	弹射救生训练卫勤保障	75
登陆作战卫勤保障	62	遇险飞行人员的寻找救护	76
海军抗登陆作战卫勤保障	63	飞行事故医学调查	76
核武器袭击舰艇卫勤保障	63	飞行人员日常生活卫勤保障	77
失事和受损舰艇的卫勤保障	64	飞行人员(学员)健康鉴定	78
海军码头救护所	64	飞行人员的病伤治疗	78
舰艇伤员医疗救护	65	飞行人员健康疗养	79
海上落水人员救护	65	招收飞行学员体格检查	79
海上飞机救护	65	飞行学员卫勤保障	80
舰艇伤病员换乘	66	航空工程机务人员卫勤保障	80
卫生舰船	67	战时机场伤员救治	80
海军担架	67	防空部队伤员救治	81
舰艇医药器材装备	68	空降兵跳伞训练卫勤保障	82
舰艇军医	69	空降兵部队战斗卫勤保障	82
潜水军医	69	索引	84

卫生勤务学

卫生勤务学是研究军队平时卫生工作规律和组织管理原则的科学。它是军事医学的重要组成部分,与军事学关系最密切,在军事理论指导下,根据医学科学的原则,研究军队平时战时各类卫勤机构的组织、任务、工作原则等,使之适应军事活动的要求,更好地维护军队成员的健康,提高工作效率和防治水平。随着军事科学和医学的发展,必然对卫生工作提出更高的要求,卫生勤务学也在不断地发展。

虽然卫生勤务和军队有同样悠久的历史,但上升为一门独立的科学,还是二十世纪的事。其原因在军事方面是:武器、军兵种和战术的发展,引起伤员和伤类的增多,而且需要组织迅速后送和在后送过程中的合理治疗;在医学方面的原因则是医学科学的飞跃发展和医疗器材的不断革新,在复杂情况下单凭经验不能做好卫勤领导工作,必须研究和懂得现代的军事学、医学和管理科学,这样就逐步形成了日益重要的卫生勤务学。早在一九三三年中国工农红军就颁发过《师以上卫生勤务纲要》,称军队卫生工作为卫生勤务。新中国建立后,中国人民解放军沿用此名。美军惯称“医学支援”,苏军惯称为“卫生组织和卫生战术”。

我军医学院校中,卫生勤务学已是一门必修的课程,每个军队医务工作者都要获得卫生勤务学最基本的知识,从而能更自觉地接受卫勤指挥和在特殊情况下能独立自主地遵循卫生勤务学的原则进行工作。在一般军事学校中,也有卫生勤务学的教学内容,其目的是让军事指挥人员了解卫生勤务学的基本原则,从而能对卫勤部门实施正确的领导。对各级卫生行政领导干部的要求是:①必须掌握马列主义哲学和毛泽东思想;②有相当丰富的军事学知识;③有各门医学学科的现代基本知识;④有精深的卫生勤务学知识。只有具备这些才能真正成为合格的卫生行政工作领导者。

中国人民解放军有陆、海、空军和其他兵种。每个军种都有各自需要卫生勤务学解决的问题,共性的题目有:战时地方卫生力量的动员工作;战时与平时各种医疗、卫生防疫机构的组成、职能和使用原则;战时与平时服役的体格标准;常规武器和特种武器的战时救护组织、伤员后送和分级治疗原则;游击战、运动战、阵地战的进攻和防御作战卫勤原则;伤员运输工具问题;战时和平时药材供应的标准;战时和平时的医疗文书、表报和统计;战时与平时的卫生制度及卫生监督,战时和平时卫生干部的培养方针、原则、学制及课程设施;军事医学术语规范化和卫生标志符号问题;本国的军事医学史和外军的军事医学史;电子计算机在卫勤指挥上的应用;其他需要研究的特殊问题。

卫生勤务学的研究方法有:①调查研究部队和医疗卫生机构的实际;②分析总结历史性文献;③通过演习验证卫勤方案;④运用系统工程、运筹学和统计学的方法;⑤运用电子计算机进行研究等等。无论使用何种方法,都

必须通过验证或实践对比得出结论。有的成果可以写入条令或教范。

进行卫生勤务学的研究,除了要有正确方法外,必须遵循辩证唯物主义实事求是的态度。反对不切实际、主观臆测、哗众取宠、弄虚作假的行为。要注意以下几个问题:

(1) 一切以军事学为前提。军队卫勤是平时战时军队现实情况下的一个服务部门。离开平时战时实际的所谓研究,必一无所得。而且只有透彻地分析当时的军事实际,在军事学为主导的前提下进行研究,才会产生有效益的成果。

(2) 正确处理战时和平时关系。建立军队是为了打仗,因之战时卫勤的研究乃是其首要任务,对此要有统盘计划,分清急缓进行研究。军队平时紧张而有秩序的生活和严格的训练,是为了做好战争准备,为了保证部队的健康,要做大量的工作,要大力进行平时卫生勤务研究。

(3) 处理好过去、现在和未来的关系。我军在过去数十年中曾经同反动派军队和外国侵略者打了不少仗,积累了极为丰富的游击战、运动战和阵地战的战斗经验和卫勤工作经验。未来的战争中,虽然敌人可能使用核武器或其他特种武器,但我军作战方针将依然是三种战争形式的结合,不过那时我国的经济、工业、科学和我军的装备条件比以前已有很大的发展。故我们必须在认真总结过去经验的同时,从我军现在和今后数年发展的可能,来研究未来战争的卫勤,既不能固守老的一套,或只着眼于当前状况,也不能超越近期的将来。这三者关系必须处理恰当。

(4) 正确对待外军的卫勤经验。一些外军的卫勤经验有其先进的一面,应该加以研究并作一定的介绍,吸收有益的东西。但它们是根据自己的装备条件、作战总任务和医药水平而制定的。我们有自己的国情,我们军队有自己的作战方法、卫生方针和战救原则,有自己的宝贵经验。切不可盲目搬用外军经验。

(5) 通过实践不断改进研究成果。任何理论必须在实践中加以验证,在实践中发现问题,再研究,再实践,反复循环前进。卫生勤务学研究的一切成果,平时要拿到部队和演习中去检验,切忌关门研究。要充分尊重部队卫勤人员的意见,因为是否切实有用,或有什么问题,都要通过他们的实践来发现或证实,将来应用的也是他们。许多时候,在平时演习中,并没有发现问题,只有在实际战争中才可能发现。这些只要我们及时发现,就可以及时研究改进。

卫生勤务学的最终目的是为军队的健康和战争的胜利服务的。它的研究成果,将体现于教范和条令、条例的改革。卫生勤务学将随军事学、医学的发展而不断前进。这个重要的研究责任落在广大卫勤工作者,特别是卫生勤务科学工作者的身上。

(王冠良)

军事医学

军事医学是研究平时战时军队成员的保健和部队卫勤保

障的理论与实践的科学。

军事医学是医学的一个分支,它依据医学科学和实践的成果,广泛运用在战争期间所获得的经验,研究军队成员的保健和部队卫勤保障的理论、原则和措施。在我国,军事医学分为若干独立学科与训练科目:卫生勤务学、战伤外科学、战时内科学、军队卫生学、军队流行病学、核武器防护医学、化学武器防护医学、生物武器防护医学、军事航空医学、军事航海和潜水医学等。此外,各基础医学和临床医学(病理解剖学、法医学、精神病学、口腔医学)都有相应的军事医学分支。各军事医学学科的特点,是由军队军事劳动和战斗活动的性质和内容所决定的。

军事医学是在一般医学基础上发展起来的。它基本上是一般医学在军事情况的应用,是医学科学中的横向学科。自古以来,军队中早有卫生组织和医生为官兵治伤治病,但很长时间处于经验医学阶段。十九世纪前,人们对致病性微生物尚无认识,缺乏防感染和预防传染病的有效办法,不但战伤感染严重,病死率高,而且疾病的流行常影响军事任务的完成。到二十世纪初医药学科有很大发展,制成伤寒霍乱疫苗和破伤风血清,合成奎宁防治疟疾,外科进入抗菌和无菌时代。第一次世界大战时的治伤和防病工作有显著改进。此后的二十多年中,破伤风类毒素、磺胺剂、青霉素和多种新抗疟药相继应用,血液保存技术、创伤病理研究、早期切创的延期缝合术等取得成功。在第二次世界大战中,美国军队的病死率为4.5%,更由于控制了虱媒传染病和其他传染病,第一次出现疾病死亡少于战伤死亡。随着有效抗生素的品种增多,创伤弹道学的深入研究,加之采用直升机自战地后送伤员等措施,使病死率又进一步下降到2~3%。这一切说明军事医学的进步离不开一般医学的发展。军事医学科研工作的许多成果也同样丰富了一般医学。维护军人健康,已成为一般医学和军事医学的共同任务。

在我们当前所处的时代里,军事医学的意义日益显得重要。第一,武器在不断地发展。常规武器杀伤性能的增强,大规模杀伤武器(核和化学武器)的使用,新式武器(中子弹、激光武器)的发明等,以及由此而产生的医学上的新问题,都需要军事医学的大力研究。第二,军事装备的改进,如新式装甲车辆,高性能战斗飞机,能长时深潜的核潜艇和可能作为军事使用的宇宙飞行器等,在选兵和训练时都需要严格的体格、心理学上的选拔,拟定军事劳动生理学的负荷数据。第三,战场环境和后方环境不完全一样,战时军队可能发生传染病或某一种不常见病的流行,如何在野战条件下予以扑灭和控制也是需要特殊研究的问题。第四,现代医学科学迅猛发展,有许多先进诊疗技术和装备,平时多在大后方条件下使用;如何把其中对部队战时有用的部分应用到军队战场实际,还需要专门的过渡研究和改革。这种工作,无疑是军事医学的重要内容之一。第五,野战饮水卫生,各兵种营养标准和野战营养标准等,仍然是需要继续研究的问题。

第一次世界大战,特别是第二次世界大战以来,各军事发达国家建立了不少的军事医学研究机构,并与地方院

校、科研机构和工业单位广泛结合进行协作性或委托性研究。一些国家还十分注意世界性医学地理学的研究。苏联和美国专职从事军事医学研究人员均达数千人,美国每年在军事医学研究方面耗资达1亿美元以上。

解放前,我国没有设立专门军事医学研究机构。新中国成立后,1951年即建立军事医学科学院,又陆续在各军区设立军事医学研究所。军医大学也担任军事医学研究的任务,许多部队医院也参与这项工作。经过二、三十年的努力,不少科研题目已达到国际水平,许多成果已得到实际应用,装备了部队。

(吴之理 冯彩章)

卫生勤务

卫生勤务是中国人民解放军后方勤务专业勤务之一。其任务是维护平时军队成员的健康,巩固战斗力。为此而采取的一系列卫勤措施称之为卫勤保障。军队卫生勤务为完成所负担的任务,要拥有相应的人力物力,由各卫生分队、部队和领导机关组成卫生勤务部门。

卫生勤务有直接受国防部领导,设卫生事务部长助理,如美军;有受后方勤务部领导,如中国人民解放军和苏联等国家的军队。

军队兽医工作在中国人民解放军也归卫生勤务部门负责,在有些国家军队中则是独立部门。

卫生勤务是军队必不可少的勤务之一,从有军队以来就有卫生勤务。刀剑时代武器所致的创伤比较单纯,而且只有一线式的陆上和水面作战,部队运动依靠步行与车马,速度不快,卫勤保障比较简单。现代战争是立体战争,陆上、水面、高空和水下均为战场,武器类型多,杀伤威力大,部队运动速度快,卫生勤务的任务非常艰巨。

卫生勤务要适应军队平、战时的特点,在条件许可范围内创造性地、良好地完成任务。

平时卫生勤务 军队平时的主要任务是战备训练,常要模仿战时实际情况进行训练,有时生活艰苦和不规律,体力劳动强度也大,时有病伤发生。由于军队是青壮年组成,总的来说,健康状况良好,病伤发生率低,病伤种类也不多,通常轻患者居多。

平时卫生勤务的主要内容有:入伍体检和常规健康检查,军事劳动作业和战备训练的卫生监督和病伤救治,营房、营区环境,给养、给水,污废物排除等的卫生监督,预防接种,卫生宣传教育和协助开展卫生运动,组织门诊和住院治疗,各类型卫生人员的训练和医学刊物出版,医学和军事医学科研工作,定期卫生战备训练。军马卫生和药材供应。

战时卫生勤务 战时的特点是有大量伤员需要救治和后送。而且战地环境艰苦和卫生条件差,可能发生疾病流行而影响战斗力。战时部队人数猛增,部队可能调到另一气候地区作战,一时难以习服。现代战争,前线、战役后方和大后方(部队和居民)都可能出现大量伤员,卫生人员同样可能遭受伤亡。战时部队给养条件较差,又常要露营,故疾病发生率较平时要多,非战斗伤也因装备

的机械化而增多。敌人又可能使用核武器、化学武器、生物武器和其他新武器。

战时卫生勤务主要任务是救治大量伤员和防止野战条件下的传染病流行。除平时的任务要继续完成外,战时的任务有:制定战争战役的战救和卫生防疫计划,对地方动员参加的卫生力量予以军事医学训练和合理地使用,组织火线救护和师以下各级救护工作,部署野战区和后方区医院的收治工作,组织大批伤病员在立体战争条件下的后送工作,训练卫生人员补充部队,预防接种和组织野战卫生防疫工作,防冻和防暑工作。组织准备对核武器、化学武器和生物武器的医学防护和救治,组织军马的病伤救治和防疫工作,野战药材补给工作,战时医疗文书和医学统计工作等等。

中国人民解放军在几十年的战争中,卫生勤务部门取得了丰富的游击战、运动战和阵地战的经验,良好地完成了任务。

(王冠良)

中国人民解放军卫生勤务简史

中国人民解放军卫生工作在中国共产党的领导下,以“救死扶伤,实行革命的人道主义”为指导思想,实行预防为主,在人民群众协助下,战胜了各种困难,维护了部队健康,完成了救治大量伤病员的任务,从而保障了革命战争的胜利,并且取得了极其丰富的游击战、运动战和阵地战的卫生勤务经验,壮大了卫生工作队伍,建全了卫生勤务组织,提高了疾病防治和战伤救治的水平。有关这方面的资料,由于历史条件的限制,保存下来的很少。这里侧重介绍中国人民解放军在战争中实施卫生勤务的一些情况。

土地革命战争时期(1927~1936)的卫生勤务 指从1927年蒋介石背叛革命发动内战,到1936年“西安事变”国共再次合作为止的一段时期。经过南昌起义,秋收起义和广州起义和各地武装起义,反“围剿”战争,以及两万五千里长征等。最盛时红军达三十余万人,有十多个根据地,但到达陕北时,只剩三万余人。十年的发展与挫折,在遵义会议上确立了以毛泽东在红军和党中央的领导地位。实行正确的政策和战略战术,取得了战争的胜利,培养了自力更生和艰苦奋斗的优良传统。

1931年成立中央军委前,部队无统一编制,卫生工作也处于分散状态。1927年10月在井冈山茅坪建立第一所红军医院,院长曹华林。其他根据地也都建立了自己的医院。1928年毛泽东提出办好医院是建设根据地三件大事之一。当时医院多利用民房、祠堂、庙宇或就地利用竹木自建。由于医务人员和药品缺乏,有时连碘片也付缺如,采取中草药和西药并用,处方至多一日量,小手术常在无麻醉状况下进行。攻占城镇时,从药店购得部分药材分发部队使用。

1929年12月闽西古田第九次代表大会第八项决议“优待伤兵问题”中提到,“军政机关对于卫生问题,再不能象从前一样不注意,以后各种会议,应该充分讨论卫生问题”,“卫生机关的组织应特别使之健全”,医院要“密切

联系工农群众与红军”,要改进医疗作风和伤病员待遇等问题。

1931年11月7日成立中华苏维埃政府,同年11月25日组成中央军委,下设军医处,处长贺诚,医务主任陈志方。次年改为总卫生部,部长贺诚,医政局长陈志方,保健局长彭真和姬鹏飞,药材局长唐一贞,医院管理局长滕宗曦。1933年春傅连暉率汀福音医院到瑞金,傅连暉任中央红色医院院长。

军委成立时,辖红一方面军、红四方面军和一些军团或军。一方面军卫生部长彭真。四方面军原先以总医院体制领导卫生工作,院长邵达夫、苏井观等,1935年改为方面军卫生部,由苏井观任部长。1934年二、六军团组成湘、鄂、川、黔苏区总指挥部,卫生部部长为戴正华、贺彪。1936年改为第二方面军,卫生部长为侯友成。

1927年参加南昌“八一”武装起义的医生有段治忠、李宝山、王云霖等;参加“秋收”起义的有刘荣辉、吴树隆等,参加“广州”起义救护工作的有贺诚、柯麟等。到长征前,担任过各根据地医院或军团卫生部领导干部的有张令彬、姜齐贤、张典吾、李谷生、何复生、饶正锡、戴济民、林之翰、戴淑先、罗化成、吴洪清、邹思孟、周安灿、陈义厚、谷广善、陈春甫等人。孙仪之、钱信忠、戴正华、王斌等医生也在此时期参加红军。美国医师马海德于1936年到陕北任卫生部顾问。

中央军委1931年末筹建卫生学校,次年2月开学,校长贺诚兼任,后由彭真、陈义厚继任,教育长为王斌,共办十期,培养三百余名医务干部。长征时,学校改为卫生教导队,在行军作战的空隙上课。第一期毕业生有:张汝光、游胜华、刘放等廿余人。

第一次反“围剿”始于1930年末。此后每次战役都有不少伤员,仅中央苏区的1~3次战役中就有5341名伤员。(其他战役或其他根据地伤员数未查到资料。)1933年1月19日朱德总司令和周恩来总政委下达关于战救工作问题的通令,确立了各级救护工作的基本原则。中央军委1933年6月15日颁布红军部队每连有卫生员一人、团卫生队编制为134人(含担架队),师、军和军团卫生部编有野战医院(卫生队);战役中部署兵站医院、伤员转送站、预备医院和后方医院。对战救要求极严,要求在战场上“不丢失一名伤员”,后方则是“一切为了伤病员”。1933年先后颁布了《卫生法规》、《师以上卫生勤务纲要》、《中国工农红军医院政治机关工作暂行条例》和《卫生员工作大纲》等文件。对战俘伤员给予同样治疗,不许歧视。

由于生活艰苦、病员颇多,主要为疟疾、痢疾、疥疮和下肢溃疡,提倡预防为主,在部队广泛开展卫生宣传教育。1932年1月13日中央苏区副主席项英在《红色中华》报发表“大家起来做防疫的卫生运动”的文章,同年5月1日内务部颁布《苏维埃区域暂行防疫条例》。9月21日总卫生部转发一方面军卫生部《第三次卫生会议卫生决议案》,12月23日军委决定每伙食单位设一专职卫生员。同年《健康报》和《红色卫生》创刊,又出版了《军人卫

生常识》小册子。1933年3月内务部颁发《卫生运动纲要》，7月10日军委颁布《军人体格检查制度》，10月10日训令“广泛开展卫生运动”，10月27日颁布《暂定传染病预防条例》。

因药材来源困难，除用中草药土法生产一部分和购买外，要求战役、战斗中缴获的药材一律上交统一分配，1932年军委对此有专门训令。

从所能得到的资料，可以看出党对指战员健康的重视和在极困难条件下的积极开展卫生工作的情况。那时已执行对卫生人员和报务人员等技术人员优待政策。反“围剿”战役中解放的医务人员自愿留下工作者，都给以优厚待遇，充分信任。

抗日战争时期(1937~1945)的卫生勤务 抗日战争从1937年7月7日爆发，至1945年9月2日日本投降为止，此时期中国工农红军改为八路军和新四军。抗日战争的总路线是：“放手发动群众，壮大人民力量，在我党的领导下，打败日本侵略者，解放全国人民，建立一个新民主主义的中国。”由于执行了党的正确路线，经过八年抗战，中国解放区遍及十九个省区，面积近百万平方公里，人口达一亿，我军发展到130余万人，民兵发展到268万余人。为以后解放战争的胜利奠定了坚实的基础。

军委卫生部驻延安。贺诚赴苏联学习。抗战期间先后担任部长的有姬鹏飞、姜齐贤、孙仪之、饶正锡等。马海德为顾问。苏井观、傅连璋等转入地方卫生系统工作。八路军下属三个师，115师、120师、和129师，担任过师卫生部长的有：戴正华、谷广善、白备伍、王雨田、曾育生、贺彪、钱信忠、叶青山等。

新四军是由留在南方八省坚持斗争的分散队伍汇合而成，各级卫生机构均须重建。1937年组成军医处，聘请沈其震博士为军医处长，戴济民为副处长，从大后方和上海吸收一批医生、护士参加。初编时有四个支队。1941年皖南事变后改称卫生部。沈其震赴延安，由崔义田任部长。支队扩编为七个师。担任过师卫生部长的有李振湘、张化一、吴之理、齐仲恒、林士笑、叶果、栗秀真(女)、林震、王雨田和李兰炎等人。

抗战期间参加过我军并到敌后抗日根据地的外国医生有：白求恩(加美医疗队)、柯棣华(印度医疗队)、罗生特和福莱(奥地利)、米勒(德国)等。中国红十字会救护队还多次派队来医院工作，其中一些人参加了我军。

随着我军逐步发展、壮大，抗日根据地的武装力量分为主力部队和地方部队。主力部队建制为师、旅、团、营、连；地方部队是团和大队，或独立支队，还有不脱产的民兵。师、旅有卫生部，均有休养所或医院，团卫生队也有休养所，均设在根据地中心区。营有卫生所，连有卫生员。师所在地的军区也有相应的卫生组织。

军委1942年作出要大胆使用新吸收的技术干部，把他们提拔到领导岗位的决定。在当时和后来都起到了重要作用。党中央还十分重视护士工作，将每年5月12日(南丁格尔诞辰)定为“护士节”，毛泽东并为之题词。

抗战期间的物质条件比十年内战时期有很大的改善。

敌人虽然封锁，但还是可通过商人购进药材。1942年后团卫生队有小型器械装备，可以进行异物摘取、切开排脓、痔切除等手术。多数旅卫生部有腹部手术器械和显微镜。师的装备更为齐全，有的师还可作细菌培养。1942年后开始使用磺胺。各师均通过商人买进医药书刊，对提高全军医学水平起了重要作用。

我军进行的是有史以来规模最大的游击战争。卫生工作也是很成功的。当时的情况是：敌占领较大的城镇并控制交通线，建立伪军和伪政权，掠夺粮食和其他战略物资，以达到以华养战的企图。我则以正规军分散下去，开辟根据地，建立抗日民主政权和扩大武装力量与敌作针锋相对的斗争。

我根据地分为中心区和游击区。中心区距敌据点二、三十公里。游击区在敌据点周围，为我部队经常活动地带。为了减少暴露，休养所工作人员和患者多穿便服，医疗装备轻便可随时带走。平时轻伤员包扎后送到休养所，重伤病员有时要通过封锁线送上级医疗机构治疗。我攻敌据点时，将手术组调到据点附近，术后伤员送中心区。如敌扫荡时，轻患者出院随队行动，重患者由医护人员带领去“打埋伏”(躲藏)。在山区多利用山洞穴，河网区则以船只在芦苇深处游弋，平原区则高度分散，还可送到敌据点附近进步人士家中藏匿。有时敌突然进攻，患者只好临时躲入青纱帐中或进入坑道(有的地区挖建有坑道医院)。措手不及，只有依靠群众认为亲人，保护伤员。待敌撤回据点后，再集中治疗。我军医务人员平时为群众治病防病，密切了军民关系，结下了鱼水深情。加上地方党的教育，群众觉悟甚高，为掩护伤员而壮烈牺牲者屡有报道。

抗战期间，在有利时机打了些运动战，如平型关战斗和“百团大战”等，此时卫勤工作仍采用土地革命战争的经验，组织兵站医院和后方医院收治伤员。

抗战末期还打了些攻坚战，如1945年新四军三师攻克江苏省淮阴城，歼敌三万余，收伤员950名。事先将医院布置在城郊，伤员一小时内全部入院，病死率为2.6%。

据不完全统计，八年中我军共伤亡478,913人，伤员为307,362人，病死率6%。各年度伤员数据不完全统计为：

1937	8,107
1938	43,243
1939	44,587
1940	50,597
1941	51,669
1942	26,583
1943	27,408
1944	55,168

伤类、伤部情况可以晋察冀边区一九四三年的2411名伤员统计为代表，枪伤占53%，炸伤占30%，其他伤为17%。如按伤部统计，头部伤为9%，胸部伤为11%，腹部伤为8%，上肢为23%，下肢为39%，其他部位10%。炸伤多是手榴弹或小口径曲射炮伤。

八年中疾病入院数无完整统计。129师病死率为0.77%。120师83269名患者疾病分类统计(括号内为病死率):外科伤病15.5%(0.70%),传染病19.5%(4.7%),消化系病21.3%(1.1%),呼吸系统病1.3%(2.5%),循环系病1.2%(3.1%),神经系病4.3%(0.4%)五官科病5.2%(0.3%),皮肤科病14.5%(0.3%),妇产科病0.4%(0.3%),其他5.8%(1.1%)。

华北地区1942~1943年曾有过疟疾大流行,个别部队发病率达20%,用奎宁及柴胡等药物治疗。江苏有淮阴地区黑热病猖獗,有的村庄患病者达80%,部队也有感染。苏北军区1944年在阜宁县专设医院用三价锑和五价锑为群众治疗。通过不断教育,纠正了过去一些不正确的疗法,开展了较新的技术,提倡战伤早期扩创和对开放性骨折石膏封闭疗法等。

延安和1941年前皖南后方区,条件较好,建立了比较正规的后方医院,得到国内外友好人士的赞扬和捐助。

预防为主的思想继续受到重视并有所发展。许多部队能做到每周上一次卫生课。连队卫生员或医务员有充分卫生监督权利。部队行动时,派人先到预定宿营地作疾病调查。部队进驻后即打扫卫生,适时开展军民卫生运动,进行认真的评比。各师、旅还定期组织人下到部队检查卫生工作。有的部队建立“公筷制”。1942年后,一些部队对参战者实施体格检查。有的部队每年检查身体一次,发现病者早治。大多数部队每年种痘,有的部队每年注射三联疫苗。

对医学训练培养人才抓得较紧。中央苏区卫生学校到延安后又办了四期,毕业210人,1940年改称中国医科大学(王斌任校长),学制2~4年,毕业生大部补充前方。晋察冀、晋冀鲁豫、晋绥和山东军区,自1939年先后创办了白求恩医校或卫生学校训练医护药剂人员。新四军在皖南办过六期医训班。1942年在淮南地区试办过二年制的华中医学院。全军各师均开办卫生学校训练医生,旅则负责医助和司药的训练,团负责训练卫生员。

为了提高在职人员的水平,许多师出版了刊物,几乎成了广大卫生人员唯一的学习材料。这些刊物有《国防卫生》、《卫生通讯》、《西北卫生》、《西北医刊》、《卫生建设》、《医务生活》、《先锋医务》、《军医杂志》、《山东医务杂志》、《胶东医刊》、《医药卫生通讯》、《医学文摘》等。开始时以油印者居多,后来才增加了铅印的比例。白求恩大夫曾编写一本《游击战中师野战医院的组织与技术》,在华北地区成为重要的教材。此外,各师还常在军区报纸上写通俗的医药卫生常识,教育部门。

总之在民族抗日战争时期的卫生工作,由于党的正确领导,比之土地革命战争时期,有了较大的发展和进步,提高了医疗卫生防疫水平和培训了大批医务人员。

解放战争时期(1945~1949)的卫生勤务 抗日战争胜利后,全国人民渴望和平,但蒋介石依赖美帝不断制造磨擦,悍然撕毁“双十协定”,从1946年6月26日起,发动对解放区的全面进攻。整个解放战争共进行了142个大小战役,战争分三个阶段。第一阶段从国民党军队进攻

中原解放区开始,到重点进攻延安与山东为止,我进行战略防御,主动放弃一些城市,以运动战歼敌112万余人,同时进行土改,发动农民参军。第二阶段从1947年7月开始,我军转入战略进攻,经过辽沈、淮海和平津三大战役,到1949年5月解放南京和上海为止。第三阶段是战略追击,包括向中南、福建和西北进军。整个战争遵照毛泽东十大军事原则进行,共歼敌800万余人。1949年10月1日宣告中华人民共和国成立。

1945~1946年,军委卫生部由苏井观任部长,沈其震和傅连璋任副部长。战争开始后,大部分人员均分赴各解放区协助工作。1946年贺诚自苏联回到东北。解放战争中担任各大解放区和后来的野战军卫生部长的有:西北及一野为贺彪、曾育生,中原及二野为齐仲桓,华东和三野为崔义田,东北为贺诚,四野为孙仪之,晋冀鲁豫和华北野战军为钱信忠、叶青山。到第三阶段,贺诚调北京任总后勤部卫生部长兼中央政府卫生部副部长和党组书记,由戴正华任东北军区卫生部长。孙仪之任中南军区卫生部长,钱信忠任西南军区卫生部长。

解放战争中,各大解放区和野战军的卫生工作基本上各自独立进行的。开始时我军均以纵队(相当于军)为单位,部队扩大后,在纵队之上设兵团。1949年春全军各部队先后按照中央军委决定编为四个野战军,华北军区三个兵团直属中国人民解放军总部指挥。各级卫生部此时并入后勤部,卫生部长任后勤副部长。(在此以前卫生部和供给部均直隶于军政首长。)

第一、二阶段的战斗都是在解放区进行的,群众基础好,对伤病员救治后送极为有利。第一阶段打的是战略防御性的运动战,部队机动性很大,每次战斗后要求将伤员以最快速度送到远后方,故只能对最迫切需要救命的伤员才在前方得到手术抢救。第二阶段我军主动进攻。卫勤工作在群众大力支援下,可以做到“伤兵多而不乱”,“兵站线长,治疗不间断”。大战役胜利结束后,伤员较多,伤员后送可以不象第一阶段那样急迫,一时送不走时,则“村村是医院,家家是病房,人人是看护”。前方手术率大为增加,团以上普遍开展输液防治休克,逐步推广早期扩创和延期缝合术,采用石膏疗法。到后期攻坚战时,可以把医院布署到敌固守城市附近,伤员可以就地治疗,不再需要远送。

第三阶段的追击战,伤员不多,均就地治疗。

解放战争许多战役规模比十年内战和抗战时期要大,伤员也多,各军在火线抢救组织方面,作了相应的加强。大多情况由连副指导员担任组长,卫生员辅之,另将连队文书、理发员、炊事员等5~7人组成抢救组。主攻连并可得到营的加强。营则以副教导员为首组成人数更多些的抢救组。配有担架组。这种抢救组织是我军的一个创造,在十年内战和抗战时期已有雏型,抗日战争中有了发展,到抗美援朝战争就更为完善。

在此时期的医疗后送体系,除后期一些攻坚战是就地治疗外,基本上是沿兵站线设多点医疗接力站的体制,还做不到分类后送。伤票已普遍使用。

解放战争中的伤员后送,自团以上,均由支前民工组织完成,基本是担架、人力车与兽力车。伤员途中的看护,也由民工组织负担。支前民工在战争中作出了伟大贡献。

三年半我共伤亡1,312,700人,其中阵亡257,392人,伤员1,055,308人。阵亡与伤员比为1:4.1,治愈归队率为75.8%,死亡率2.5%。

伤部和伤类比例,可用两个统计为例:①三野伤员伤部比例:头20%,胸11%,腹(含会阴部)9%,上肢27%,下肢32%,其它1%。伤类比例:枪伤37%,炸伤59%,其他4%。破伤风1%,气性坏疽0.3%。②华北军区太原战役共发生伤员16701名,其中枪伤1652名,占9.9%;炸伤14481名,占86.7%;其他568名,占3.4%。伤部分布为:头部26.7%,胸部6.2%,腹部6.7%,上肢32.4%,下肢28.0%。

三野手术率为12%,四野(辽沈战役)31%,华北野战军(太原战役)22%。伤员用全身麻醉者占70~80%,截肢率4.5%。在这一时期已较普遍地使用磺胺,提高了治愈率。

战争中我军卫生人员也有伤亡,据三野统计3831人,占其伤员数1.1%,占卫生人员的7%,反映了我卫生人员英勇抢救、不怕牺牲流血的精神。

战争结束时,解放区共有野战医院和后方医院542所,床位352 300张(不包括作战部队医疗所的床位)。

卫生防疫方面也取得一定成绩。如,东北部队特别是从关内去的部队对行军作战中如何防止冻伤缺乏经验,故1946~1947年冬季战斗中发生不少冻伤,有的部队达10%,经过积极防治,以后有所改观。当时东北几乎每年有鼠疫发生,我抓紧生产鼠疫苗(苏联也送来一部分活菌疫苗),军民同时开展灭蚤灭鼠运动,使部队免于感染,地方上也防止了大流行。1947年从港口传入了霍乱,部队及时注射三联疫苗并严禁喝生水,故发生患者不多。华东部队1949年渡江战役之后,为准备在南方江河湖网地带作战,大规模地训练游泳,因事前未作卫生流行病学调查,有相当数量的指战员感染了血吸虫病,在地方党政有关部门积极配合下,从上海及江苏省组织医疗队突击治疗,患者得以基本治愈,从而保证了部队的战斗力。

药材供应方面,1945~1946年间,除在根据地积极开办和扩充药材厂外,还从大城市购进较多药材。宋庆龄女士大力协助,从国外为我军和解放区募得大批药材。东北全境解放后,沈阳最大的药厂(原日本武田药厂)加紧生产多种军用药材;华东解放区的新华制药厂可以生产生物制品,西北区药厂也能生产疫苗和血清。加上其他区各药厂的生产,基本上可满足战争的需要。

卫生干部的培训,我军从战争开始就给以应有的重视。医助、调剂员、护士和卫生员的培训,仍由各军自己解决。医生则由后方培养,学制1~3年不等。这时期开办的有:①中国医科大学,由延安迁到东北佳木斯,采用专科重点制,在三年中培养了3000多名医务干部。②大连医学院,由上海动员一批医生参加教学,学制三年。③

晋察冀白求恩医学院。④晋冀鲁豫白求恩医学院。⑤华东白求恩医学院。⑥华东军区人民医学院。⑦中南医学院。⑧晋绥军区卫生学校。三年中共培养各种卫生干部31 500余名。

抗战期间的医学刊物,各区仍继续出版。由于印刷条件的改进,翻译和翻印了大量书籍下发部队,如《外科局部解剖学》、《军医必携》,以及内科、传染病和药理学方面等书籍达77万余本,杂志120万册,及时介绍了英美和苏联在第二次世界大战中战救工作的经验。

总之,解放战争中的卫勤工作,比抗战时有了很大进步,表现在火线抢救率高(阵亡为20%)、伤亡率低和卫生防疫工作上的成功等。在四百多万军队中逐步健全了各种卫生组织。我卫生人员经过战争考验和锻炼,已成为一支能英勇战斗的救死扶伤的队伍。

抗美援朝战争(1950年~1953年)的卫生勤务 1950年6月朝鲜战争爆发。美帝不顾我国警告将战火推到鸭绿江边。为了伸张国际正义和保家卫国,我组织中国人民志愿军于10月25日入朝与朝鲜军民并肩浴血抗敌。经过运动战(8个月)和阵地战(2年)两大阶段,歼敌130余万,迫使敌人于1953年7月27日在朝鲜板门店签订停战协定。我卫勤工作经受了考验并取得与装备现代化敌人作战的战救经验。

当时美军不但有优越的炮火优势,且有绝对制空权,对我野战区前后方日夜袭击,迫使我前运物资和大量伤病员的抢救、医疗后送和卫生工作几乎全部转入地下和黑夜进行。这是不同于以往战争的最大特点。另一特点是,我国与美国之间并未宣战,我国东北仍是和平地区,故伤病员均送回国治疗,运动战阶段达90%,阵地战阶段达65~70%。后送线长达五、六百公里,平均须20天之久才能到达东北。大量伤病员是黑夜后送,如何提高运送效率和减少途中伤亡是当时卫生工作所面临的新课题。卫生防疫方面遇到的主要问题是鼠媒传染病和夜盲症流行,美帝1952年还使用了细菌武器,这更是对我军卫勤工作的严峻考验。

当时的卫勤部署是,在东北边境两个口岸处设立分类后送医院,对自朝鲜送回的伤病员实施卫生整顿,然后分送到各后方医院。朝鲜野战区分为兵站区和作战区。运动战阶段将兵站医院分解为能独立收转的医疗连,沿后送线布置,适应部队机动的需要。阵地战阶段兵站线医院分前后三级:前途兵站医院(400床位),中途医院(300床位)和基地医院(1500~2500床位)。规定其工作方针为“治疗性后送和后送性治疗”,因为战地条件有限,又不安全,凡不迫切需要治疗的伤病都送回东北。作战区的军有三个医疗所,以其中之一或二作为机动外科医院支援师,以一个留治轻伤病员。加强连营抢救组织,自火线到团的伤员后转基本上是步行、担架和马车,团以后使用汽车,基地医院用火车。

战救记录可概括为如下几个数字:阵亡与伤员之比为1:3.36,战斗死亡率为27.9%,死亡率5.66%,病死率2.9%,伤员治愈归队率为64.5%,休克发生率6~20%,

破伤风发病率0.53%,气性坏疽发病率0.83%。作战军手术率在运动战为10~15%,阵地战为40~50%;兵站医院为15.2%。

那时新中国才成立不久,对拥有绝对制空权和现代化武器的敌人作战,能取得上述成绩是很不容易的。主要经验如下:

(1) 战胜了敌炮、敌机的威胁和破坏。前后各级救治机构都必须在坑道、掩蔽部、山洞、地下或半地下设施中工作,而且伪装要好,灯火管制要严密,避免暴露,以减少受袭击机会或袭击时的伤亡。

(2) 做好夜间后送工作。后送任务是非常繁重的。开始各院随意抽病室医护人员后送,秩序较乱。阵地战阶段各院都成立了专门后送组,它的优点是:与汽车部队关系密切,对司机熟悉,便于掌握车速,对道路、敌机活动规律、途中意外的处理、后一站收治机构、后送指征与反指征都较熟悉,可以减少途中死亡和伤亡。

(3) 加强了火线抢救组织。由于敌人炮火猛烈,我方伤亡远较以往战争为大,又因在山区作战,故抢救组织必须增强。连至少有二名卫生员,连抢救组为10~20人,营抢救组30人。抢救人员要有战术训练,以减少本身伤亡。白天敌炮火封锁交通线,多数伤员均在黑夜才能离开阵地,采用短程接力以减轻担架员的疲劳。

(4) 提高了工作效率和救治率。团、师和医院建立分类工作,减少混乱,使重伤员能优先得到救治。自团开始设立抗休克组。在我国我军第一次将大后方的血前送到兵站医院和作战师使用,取得野战运血和储血的经验。采用两个手术台交叉流水作业,使每个手术组在高峰期间每昼夜能作30~40个大小手术。将医疗队派到前沿兵站医院和作战师工作,提高了手术质量。通过以上多种措施,死亡率从1951年的6%下降到1953年的4%。

(5) 粉碎了敌人的细菌战争。1952年春美帝开始使用细菌武器,我发现后即组织各级防疫委员会,划分防疫区,加强对空监视和扑灭工作,同时大力开展宣传教育,普及预防接种,加强隔离和检疫工作。由于认真贯彻上述措施,粉碎了敌人企图,将其危害性缩小到最低限度,维护了部队的战斗力。

(6) 发挥了野战防疫队的重要作用。志愿军卫生部本有一个防疫大队,1952年又增加一个大队。第一年度即有鼠媒传染病和夜盲流行,防疫队深入部队协助灭鼠、建立澡堂,多次调查营养状况并指导部队服用松针水防治夜盲,反细菌战时又成为防疫主力,1953年反登陆作战准备阶段又在横贯公路上作预防性灭鼠工作。志愿军发病率不高(与伤员比为1.2:1),不能低估防疫队在其中的作用。

(7) 改进了药材供应的方法。过去我军无统一战时药材标准,包装也大小不一。有鉴于此,1951年夏即提出简化战时供应品种的标准,将大包装改为10~15公斤重的箱装,采用领取和前运结合的供应方法,保证了作战的需要。

中国人民志愿军后勤卫生部长为吴之理,副部长为朱

直光和阮汉清。

(高 良 吴之理)

中国人民解放军卫生勤务机构

中国人民解放军平时的卫生勤务机构,按其工作职能分为卫生行政机构,卫生防疫机构,医疗机构,训练机构,军事医学研究机构。

卫生行政机构 总后勤部卫生部是全军最高的卫生业务领导机构,设有计划、医疗、防疫、训练、科技、药材和兽医等业务管理机构。军区设有后勤部卫生部;军设有后勤部卫生处;师设有后勤部卫生科;团设有后勤处卫生队。卫生行政机构的职能是:制订计划,组织实施,检查指导所属单位的卫生勤务工作,向后勤领导提供有关卫勤的资料和建议,定下卫勤保障决心。

卫生防疫机构 总后勤部和军区所属的各类传染病医院、防疫队。其职能是:调查研究影响军队成员健康的因素,拟定卫生防疫管理措施,进行卫生宣传教育,指导部队开展卫生防疫工作。当传染病发生时,组织实施检疫、隔离和消毒。遭致生物武器袭击时,负责污染区的侦、检、消、杀、灭和指导部队实施医学防护。

医疗机构 解放军总医院及军区、海军、空军总医院,是全军临床医疗、科学研究、培养专业卫生干部的基地。其职能是负责全军疑难病人的收治和高级干部的保健工作,对体系中的医院进行技术指导;中心医院,是一个地区几个驻军医院的医疗技术中心,除收治驻军单位的伤病员外,并负责收治驻军医院的疑难病人、培训技术干部和对驻军医院进行技术指导;驻军医院,是驻军部队所在地区的医疗机构,收治驻军单位的伤病员,指导驻军部队的医疗工作;专科医院,是收治某一专科患者的机构,进行临床研究工作和培养专科技术干部;教学医院,是附属军医大学或军医学校进行临床教学的医院,负责学员的临床教学和实习,接受军内有关单位的进修生,开展科学研究工作,并接受附近驻军部队的疑难病人的转诊工作;疗养院,负责康复疗养和干部健康疗养。

训练机构 军医大学,除设医疗专业外,还设有海军医学系、航空医学系、药理学、中医系、口腔医学系、卫生防疫系、护理系和创伤外科研究所;兽医大学,负责培养军队兽医人才,设有兽医研究所。各军区和军种设有军医学校,招收中学毕业生,培养军医、护士、药剂士等。

军事医学研究机构 军事医学科学院是全军军事医学的研究中心,设有放射医学、药理毒理学、微生物学与流行病学、军队卫生学、军队卫生装备、基础医学、军事医学情报等研究机构,以及科研临床医院、实验动物场和实验仪器厂。各军区和军种设有军事医学研究所,负责研究本军种和军区的医学课题。

总后勤部卫生部还设有人民军医出版社负责出版《解放军医学杂志》、《人民军医》和其他医学书籍等。设卫生勤务研究室负责全军的卫生勤务学术研究工作。

(吴之理 曹 枫)

卫勤组织指挥

卫勤组织指挥简称卫勤指挥,是卫勤领导及其机关在实施卫勤保障时,对所属单位的组织领导活动。它是后方指挥的组成部分。卫勤指挥的目的,在于有效地运用卫勤力量,遂行卫勤保障任务,以保持和增强部队人员健康,尽快恢复伤病员的作战能力,巩固部队的战斗力。

卫勤指挥的主要内容是组织好卫生防疫、医疗后送和医疗预防、药材补给以及兽医勤务工作。在战役过程中组织好卫勤力量的协同和机动,卫勤与有关单位的协同,和卫勤机关的防卫,在敌人使用大规模杀伤武器的情况下卫生减员将大量增加,需要采取有针对性的医学防护和紧急医疗后送。

卫勤指挥的主要文件是卫勤保障计划。卫勤机关根据后勤首长关于后方保障的决心和上级卫勤首长的业务指示,并对卫勤情况的有关资料和卫勤力量的状况进行深入的分析研究,拟制卫勤保障计划,对需要列入后方命令的内容提出建议。

在卫勤计划下达后,应注意检查贯彻落实的情况,注意实际问题的解决,战后组织卫勤工作总结,积累经验,训练干部。

(王冠良)

军医教育

军医教育是指军队医学院校对招收来的新学员的培养、在职医务人员的专业训练和对应征入伍的医务工作者以及预备役医务工作者的军事医学训练。

对军队医务工作者的培训补充办法,各国有所不同。在平时,有的主要由军队的医科院校自行培养;有的委托地方医学院校代训或设军医系培养,有的招收地方医学院校的学生或地方医科院校的毕业生,经过训练任为军医或聘为文职人员在军队服务。在战时,只靠军队医学院校培养远远不能满足战争的需要,必将征调大量地方的医务工作者和医学院校学生到军队工作,并对他们进行必要的军事医学训练。

中国人民解放军具有完备的军医教育体系。军医大学负责培养军医、口腔军医、航空军医、舰艇军医、药剂师等;军医学校负责培养军医、医助、护士、药剂士、检验士等;部队的卫生员训练队,负责培养卫生员。卫生勤务工作领导干部的训练由后勤指挥院校负责;攻读硕士、博士学位的研究生由军事医学科学院、军医大学和军医进修学院负责。

对新学员的培养、为向军队输送合格人才,提高教育质量,军医院校应进行马克思主义、毛泽东思想的教育,中国人民解放军宗旨和光荣传统的教育,劳动教育和医学道德教育,使学员热爱祖国,热爱中国人民解放军,热爱劳动,热爱专业,时刻准备着保卫祖国,忠诚地为国防卫生事业贡献自己的力量。

在现代医学科学的水平上进行医学教育。使学员具有坚实的医学基础理论知识和比较熟练地掌握从事医学科

学工作的基本技能。特别着重和军事医学关系密切的医学课程的训练。

对学员进行军事医学课程的训练,包括战伤外科学、战时内科学、军队卫生学、军队流行病学、核化学、生物武器的防护医学以及卫生勤务学的训练。使学员具备现代战争条件下从事医疗救护工作的理论知识和基本技能。

对学员进行基本的军事知识教育(如共同条令、军事地理、军事战术和自卫武器的使用等)和军事素质的锻炼,使学员具有适应军事行动的知识 and 能力。

对学员进行体育运动的训练,使学员具有适应作战环境所必需的健壮的体魄。

对军队现职医务工作者的在职专业训练 训练方式有在职学习和进修教育两种。在职学习以自学为主,通过临床讨论会、学术会议,参加或参观军事演习,短期集训等,不断提高现职医务工作者的军事素质和医学技术,及时掌握医学特别是军事医学中的新经验、新成就。暂时离职进修主要是接受专科教育。

对预备役医务工作者进行军事医学训练 不少国家都将之视为军医教育的一项重要工作。有的国家在地方医学院校教学计划中列入必要的军事医学课程,有的设立若干训练中心,对预备役医务工作者进行军事医学训练。

(王冠良)

军队医疗保健工作

军队医疗保健工作是维护平时军队成员健康,促使伤病员迅速痊愈归队,防止疾病蔓延,巩固部队战斗力的组织、技术和管理等一系列措施。是卫勤保障的组成部分,须在有关勤务部门协同下完成。

中国人民解放军在建军之初就重视医疗保健工作,建立了相应的机构。毛泽东同志把建设较好的红军医院,作为巩固根据地的三件事之一。在卫生工作的长期实践过程中,形成预防为主、防治结合的思想,建立了各级医疗预防机构,形成全军统一的医疗体系。连有卫生员,营设卫生所,团设卫生队,师设卫生部。应用营、团、师卫生部门的人力物力,战时展开为救护所。所有基层医务所、门诊部,接受所在地的驻军医院的技术指导,驻军医院接受设在该地区中心医院的技术指导,中心医院则接受设在该地区总医院的技术指导,使各医疗单位的技术水平不断提高,以适应军队现代化建设的要求,达到应有的水平。

随着医学科学的发展,先进的诊断治疗技术和精密仪器在临床上的应用,中国人民解放军的医疗保健工作也在不断地发展。在临床上应用了各种先进诊断、治疗技术和先进的设备,出现着崭新的面貌,正在向现代化道路迈进。

(吴 质)

军队卫生防疫工作

军队卫生防疫工作是卫生勤务部门运用现代预防医学理论与技术,消除影响军队成员健康的不利因素提高健

康水平,预防和扑灭传染病,减少部队因病缺勤和减员,保护有生力量的一系列措施。

战争的历史教训告诉我们,战地卫生条件差,就可能有传染病流行,部队生活艰苦,体力消耗大,发病率比平时高,一旦发生疫病流行,就影响战斗,甚至导致战争的失败。

中国人民解放军一向重视卫生防疫工作。红军时代就制定过多种卫生规定,开展卫生运动,向多发病作斗争。抗日战争和解放战争年代,继续贯彻预防为主的思想,保证了部队的健康,中华人民共和国成立后,军队卫生防疫工作遵循国家的卫生工作方针,坚持预防为主。中央军委颁发的《中国人民解放军内务条令》中,对个人、内务、环境、饮食、饮水、行军、野战卫生以及预防注射、传染病的检疫、消毒、隔离等都做了明确规定。各部队把卫生防疫工作与群众运动相结合,开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动。全军有“中国人民解放军爱国卫生运动委员会”,各大军区、军兵种、院校和部队团以上单位有爱国卫生运动委员会,营、连有卫生防病领导小组,在卫生、军务、宣传、营房、军需等各部门协同配合下,开展经常性的卫生宣传教育,加强卫生管理,检查监督防治病媒昆虫、动物和减少疾病的发生,重点抓饮水、粪便的管理和厨房、水源、厕所、畜圈、环境卫生的改善,以改进部队卫生状况,提高军队成员的健康水平。全军自上而下都有卫生防疫组织或专业卫生防疫机构,各级卫生人员都把卫生防疫工作作为重要的本职工作,注意运用现代医学科学技术和装备,提高部队卫生防疫工作质量。

军队卫生防疫工作包括卫生和防疫两方面的内容。在实际工作中两者是互相联系、互为促进的统一体,称为卫生防疫工作。

军队卫生的主要任务是:①了解环境、作业和生活条件等各种因素对军人健康和工作能力的影响,研究防止产生不良因素影响的卫生措施,科学地提出并制定军队有关新兵入伍、军事训练、国防施工等卫生内容和要求及着装、饮食、饮水、宿营等的卫生标准。②对预定演习、野营、行军、作战地区进行卫生学侦察,拟定卫生措施;对部队营房、驻地和防御工事中的卫生情况,进行经常的检查、指导,并协同驻地卫生机关研究改善当地的卫生状况。③对饮用水源进行检查、检验,并指导洁治和消毒。④对厨房、食堂、食品库和伙食质量以及炊事人员卫生进行经常检查、指导。⑤对部队行军、运兵卫生进行检查、指导。⑥对军人服装、鞋袜、着装以及个人卫生和集体卫生要求的遵守情况进行检查、指导。⑦经常对部队人员进行卫生宣传教育,提高卫生防病的科学知识水平。

军队防疫的任务:①制定军队有关传染病管理、计划免疫、菌种管理等实施办法,以及防治重点传染病的方案等。经常了解和掌握部队疫情,及时拟制防疫计划,指导其实施。②为预防传染病发生,对部队要进驻或活动的地区,组织流行病学侦察,对驻地组织流行病学观察,对疫区进行流行病学调查,及时了解驻地居民中传染病发生情况、流行因素和动态,适时而有计划地进行预防接

种,及时发现部队内的带菌者、带原虫者和慢性传染病病人,进行彻底治疗;做好新兵入伍时的防疫保障;对来队家属、外出归队人员等进行健康观察,如来自疫区须按传染病的性质进行观察,可疑传染病病人须进行隔离;消灭驻区内及其周围的病媒昆虫和鼠类。③当部队发生传染病时,须根据传染病的种类及流行情况采取以下措施:及时向部队首长及上级卫勤首长报告,发出疫情通报;早期发现病人并及时隔离、治疗;及时地进行流行病学调查,查明传染源及传播途径,对接触者进行检疫,对受污染地区、物品,根据情况采取消毒、杀虫和灭鼠等措施,对部队人员进行相应的预防接种或药物预防;对已经消毒并制止流行的传染病疫区进行卫生流行病学观察。

中国人民解放军师、团卫勤领导实施卫生防疫工作的程序和方法通常是:①运用卫生学和流行病学全面分析卫生流行病学侦察得来的材料,结合部队现在和过去的疫情,正确分析影响传染病发生与流行的各种因素,对部队疫情动态及发展趋势做出判定和预测。依据部队疫情发展趋势,结合部队任务、条件和卫勤力量情况,拟制卫生防疫工作计划。②卫生防疫计划经领导批准后,对指战员进行宣传教育,与有关部门和分队领导研究,具体安排落实,从部队各个时期的中心任务和所处的环境条件出发,与各项保障工作相互配合。③在执行计划中,卫勤干部要深入连队的训练、施工现场,及时了解情况,进行具体指导。④注意发现先进经验、典型和薄弱环节,把检查和帮助相结合。评比竞赛要实事求是,讲求实效。⑤做好卫生防疫工作的综合总结和专题总结。定期的综合总结,要详细研究部队门诊登记,疫情报告、传染病病历、个案调查、体检材料等,计算部队总发病率,各种疾病特别是传染病的发病率;分析各单位发病率的高低及其原因,探讨发病种类及发病率的变化与各季节、地区、任务和各种因素的影响。非定期的专题总结,包括执行某一任务后或某种疾病爆发流行后的卫生防疫工作总结。侧重总结完成该项任务中卫生防疫工作的特殊问题。

(冯志)

军队药材供应工作

军队药材供应工作是平时药品器材仪器等的筹划、储备、供应与管理等一系列措施,是卫勤保障的组成部分和物质基础。

中国人民解放军的药材供应工作,经历了各历史时期战争的锻炼,克服了无数困难,作出了重大贡献,取得了极其宝贵的药材供应工作经验,形成了艰苦奋斗,勤俭节约,自力更生等优良传统。新中国成立以后,继承和发扬了光荣传统,随着医学科学技术的发展,丰富了药材供应工作的内容,同时对它提出了更高的要求。

平时时军队所需的药材,品种多,数量大。通常分为基本医疗器械装备,常备药材和战救药材三类。基本医疗器械装备是根据救治机构的组成与任务进行装备,包括医疗器械、设备和用具。常备药材是各级救治机构进行经常性工作时所需的药品、试剂、血清、疫苗及敷料等消

耗性药材。战救药材主要指战伤救治用的药品(止血、止痛、强心、麻醉、抗感染及抗休克药)、敷料等。装备性物资,在单位组建时一次配齐,耗损时申请单品种补充。消耗性药材在战时按基数发给,平时按规定配发,消耗后申请补充。

关于药材的筹划,凡属国家管理或部管物资,由中国人民解放军总后勤部卫生部药材处统一筹划,地方管的物资则由使用单位就地筹措。药品器材的供应,采取区域性供应和建制性供应相结合的方法。区域性供应是把战区分为若干供应区,所有驻在该地区的部队和医院,由该地区的药材供应机构负责供应,而建制性供应则按部队建制,逐级向所属部队(分队)供应。供应时可由供应部门下送,或由请领单位到指定地点领取。

中国人民解放军的药材供应工作,是在统一标准下,因地制宜解决实际需要,有一定的灵活性。这是根据中国的具体特点而定的。同时把重点供应和保障一般,保证供应与勤俭节约统一起来,形成具有中国特点的药材供应体制、制度和办法。随着医学科学的发展,电子计算机的普及,药材管理工作也正在向应用电子计算机的方向发展。

(吳 質)

军队卫生统计

军队卫生统计是应用统计学的理论和方法，从数量方面来研究指战员健康状况和部队卫生工作情况。分为平时和战时两种。

统计工作 分为统计调查、统计归纳和统计分析三个步骤:

统计调查 是搜集资料的阶段。按形式分有报表和专门调查。报表由上级卫勤机构发出,内容简明扼要,用于收集必需的数据。分定期和不定期两类,前者如卫勤统计月报、半年报、年报等,后者如战斗减员统计、预防注射统计等。如要专门调查某一问题,必须作出计划,明确调查目的,详细规定调查总体,确定调查范围、对象、单位和数量,确定调查方法、调查项目(或调查表)及其说明、资料整理设想等。

按调查单位分,有全面调查和非全面调查。按时间分,有经常性调查和一时性调查。定时报表一般是经常性的全面调查;人口普查是一时性的全面调查。非全面调查有典型调查、抽样调查等。典型调查,通过典型了解情况,取得经验指导全面。在调查总体中,按随机原则抽取一部分观察对象加以调查,称抽样调查。实际调查的部分为样本,以样本数据对总体参数作出估计或推断。

军队的报表资料由基层收集,逐级汇总上报。参与工作的人数多,对项目的认识不易统一,因此要求报表的每一项目都要有统一明确的解释,项目不宜过多,要严格遵守时限,定期集训统计人员并有检查核实制度,以保证报表数据的准确可比。对目的不在于取得总量指标而在于探讨事物规律、深入研究问题,则用抽样调查为宜。它可以根据需要确定调查范围与数量,用较少的人力物力集中

深入调查某一、二个问题，有较好的效果，是值得提倡的。

统计归纳 是整理资料的阶段,包括分组与汇总。分组是按某个分组标志如身长、年龄、疾病分类等,将观察单位分入不同的组。按某一标志分组时,每个观察单位只能分到某一组,而不能同时分入几个组。分组时要标明划分质量的数量界限,如某兵种应征青年身长 155 厘米以下为不合格,那么 155 厘米就是划分质量的数量界限,若两厘米为一组,应分为 153—,155—,157—,……各组,分组的粗细要能把数量的特征反映出来,如年龄分组,战士 1 岁为一组,而干部以 5 岁为一组。师医院的疾病分类可粗些,总医院的要细些。确定分组后,还应根据原始资料的情况确定汇总的方法,当资料是逐日、逐月收集的,可用过渡表法,如住院伤病员流动情况逐日登记见表 1;若表格格式一致,可用表格折叠加总法;原始资料为一览表式,多用划记法;若是卡片式可用手分法。用机械汇总则有卡片分类机、电子计算机等。由于电子计算机的广泛应用,网络系统的逐步建立,资料的存储、检索、运算,将更方便、快速,报表制度亦将有相应的改变。

表 1 伤病员流动情况逐日登记表

19 年 月

[illegible]

转他院中：转出军区____人，转往地方____人

统计分析 是计算统计指标进行资料分析的阶段。统计指标可分为绝对数、相对数和平均数三类。绝对数是统计归纳后所得的总计数,说明事物的总量或规模。如伤员人数、编制床位数等。相对数是两个有关绝对数之比。根据其作用不同可分为结构相对数、强度相对数、动态相对数、比较相对数和计划完成相对数等。其中强度相对数与结构相对数易混淆,如表2中第(4)栏为结构相对数,说明病人中三分队的最多,占49%;第(5)栏为强度相对数,说明四分队发病率高,因为该分队的总人数少,所以在发病人数中占的比重并不高。