



● 作者/Arthur M. Smith ● 譯者/賀志豪 ● 審者/黃依歆

重要的戰時醫護備援

Lack of Medical Readiness Is A War Stopper

取材/2018年11月美國海軍學會月刊(*Proceedings*, November/2018)

長期以來，美軍在作戰期間提供醫療支援的重要工作總被輕忽，因此如何統合各軍種醫療資源的指揮機制便成為當務之急。筆者建議，美軍成立一個「美國聯合醫療司令部」，此舉不僅可以跨軍種有效整合資源，亦可完善醫療整備，提升作戰成效。

(Source: Alamy)



病患與傷員的醫療支援是每次海外作戰行動中，一項複雜、資源密集且重要的工作。超過15年來，美海軍和陸戰隊在中東地區的作戰部署主要置重點於維穩與反叛亂任務，然而未來他們終將回歸傳統的兩棲作戰角色。

在這些未來的任務中，發展一個潛在且預期能有效運作的醫療支援系統需要多久？舉例

來說，以海上基地為作戰構想所提供的醫療支援，是否會經歷同上世紀兩棲作戰中所犯下的重複錯誤那樣悲慘？吾等有必要汲取歷史的教訓，以確保提供戰場傷患獲得即時有效的照護。

美軍入侵格瑞那達

1983年10月21日，一項密集的作戰計畫作為揭開「緊急狂暴行動」(Operation Urgent Fury)的序幕，卻獨漏包括醫療代表在內的戰鬥支援計畫人員參與此次作戰行動。因此，在執行任務之前，既無後勤支援判斷，也沒有發展必要的醫療支援體系。囿於時間受限，以及沒有指派一位任務編組軍醫官在聯參層級專責協調醫療服務，致使各軍種以其建制的能量範圍內規劃醫療支援，少有或缺乏傷患照顧管理、血漿採購及空中醫療後送等相關協調能力。

有時候，錯誤的假設也可能發生。例如，第82空降師師長曾被告知在格瑞那達周邊海域的關島號(USS *Guan*, LPH-9)兩棲突擊艦和特倫頓號(USS *Tren-*

ton, LPD-14)兩棲船塢運輸艦，可提供重要的醫療與外科手術支援。儘管當時的紀錄已不可考，但是這項不正確的資訊或許是導致師長在計畫作為中誤將陸軍醫療支援能量限縮至最低的主要原因。

這場戰事持續96小時，造成123人受傷及18人陣亡。戰鬥傷患被後送至关島號和特倫頓號接受治療。交戰區內缺少有效或持續性的戰術醫療資源，岸上也未開設傷患分類站。戰場一旦缺乏訓練合格和具檢傷分類經驗的醫護兵和醫官，傷患便無法依照傷勢嚴重程度，依序被送往適當之收容站。

當時美陸軍與海軍之間並沒有建立醫療通信網，更遑論與關島號或特倫頓號設置聯繫管道。由於陸軍直升機飛行員不熟悉海軍船艦和艦型輪廓，他們便將傷患送到對他們而言最便利的飛行甲板上。有好幾次，醫療設備較佳的關島號塞滿了輕傷和非急症病患，反而較嚴重的傷患卻被送至無外科手術設備、檢驗室或血庫的特倫頓號上。簡而言之，醫療資源被浪費且過度濫用。¹





貝魯特機場炸彈攻擊事件

1983年10月23日，恐怖分子將一輛裝有1萬2,000磅黃色炸藥的卡車炸彈在黎巴嫩貝魯特機場的陸戰隊登陸加強營(陸戰隊第8團第1營)營部引爆，造成美軍官兵241人死亡、112人受傷。負傷人員中，有62名被送往停泊於外海、編制有外科手術小組的硫磺島號(USS *Iwo Jima*, LPH-2)兩棲突擊艦。有數名傷員接受手術治療，其中一名陸戰隊員不幸身亡。一小部分傷員接著被送往賽普勒斯阿克羅帝利(Akrotiri)的英國醫院；其餘56名傷員分別被送往4小時空運航程外德國的蘭施圖爾(Landstuhl)、法蘭克福(Frankfurt)、維斯巴登

(Wiesbaden)及義大利那不勒斯(Naples)，有一員在途中不幸喪生(令人不解的是，為何不直接送往鄰近的以色列)。事發當日，參與此次醫療支援任務的項目計有醫療指揮與管制系統、傷患後送、醫療調節措施、設施能量、聯合醫療整備機制，以及平戰時期移轉程序。

在事件過後將級軍官的檢討與回顧中曾提到，硫磺島號是此次重大傷亡事件中唯一處置得宜的醫療支援計畫。作戰區因缺乏有效且緊密協調的計畫，處理持續性醫療、即時傷患後送及恐怖攻擊傷患調節(將每一名傷患送至最適當的醫療設施)。誠如檢討與回顧中所提及，「如果當初死

病患與傷員的醫療支援是每次海外作戰行動中一項複雜、資源密集且重要的工作。(Source: DoD/Nicholaus Williams)



亡與受傷的比例顛倒，有超過200名傷患而不是100名以下的傷患需要治療的話，整個醫療體系可能會潰散。」

1984年，海軍辛博(James Zimble)少將所主持的醫療檢討小組詳細列舉出醫療整備的嚴重缺失，將大部分的責任歸咎於醫療後送資源貧乏、醫療設備與人力短缺，以及戰時或應變作戰任務的聯合計畫作為不足。該檢討所發現的問題，是長久以來在計畫作為、規劃與預算編列過程中，將醫療整備列為較低優先所造成的結果。檢討報告建議提高對重要醫療資源的投資，修訂並精進在作戰時支援及運用這些資源的指揮與管制程序。

辛博的報告指出，當時並沒有完整的聯合計畫去運用既有的醫療資源。各軍種的應變醫療計畫都是疊床架屋的文件，裡面的內容僅述明「上下級」或「軍種內」的資源調度，對各軍種間的合作關係著墨甚少。這是因為各軍種的醫療單位傾向僅為其所屬戰鬥單位提供醫療支援，好像只有他們是唯一需要醫療服務的單位，同時美軍亦缺乏一個能在平時透過跨軍種分享醫療資源、戰時協調各項醫療行動或解決各單位醫療計畫衝突的聯參層級醫療參謀組織綜合協調工作機制，以達到促進效率之目標。²

醫療行動兵棋推演

2015年3月23至27日，「遠征部隊醫療行動兵推」於維吉尼亞州寬提科(Quantico)的陸戰隊未來作戰中心舉行，藉此評鑑及提升在資源分布於濱海地區狀況下的醫療作業整備。遺憾的是，代

表海軍基層、醫療和其他支援單位，以及陸戰隊的戰鬥、戰鬥支援和勤務支援單位等參加兵推的人員都表達了一些不樂觀的想法。最後的總結報告中提到：

兵推全程中，參與人員發現醫療單位並沒有與陸戰隊陸空特遣部隊整合，更確切的說是沒有與各指揮單位整合。這個兵推觀點的核心在於渠等意識到，各級指揮官和其他海軍遠征部隊並不全然瞭解與領會醫療作業能量。這個問題可以區分為幾個部分，包括海軍與陸戰隊間如何協調(或沒有協調)醫療支援、醫療單位如何與其他指揮單位溝通，以及最主要的因素：醫療計畫並沒有納入作戰計畫內，導致部隊與任務的風險增加。³

根本性改組有其必要

潛在的敵人將持續精進其爭奪領土周邊海、空域之能力，如此一來便增加了兩棲作戰的登陸距離，且兩棲艦船及艦上水兵和陸戰隊員將更顯得脆弱。然而，在提供傷員支援上，美軍醫療體系的組織架構仍停留於第二次世界大戰時期，軍種各自提供醫療照護。根本性的組織改造刻不容緩，以確保持續的醫療整備，並且更妥善地達成跨軍種健康照護的整合。⁴

醫療支援必須被重視且應該像「讓子彈命中目標」一樣發揮效果。各軍種必須解決長久以來基層領導幹部習慣將醫護兵部署在射手後方過遠處的作法。調降部署醫務人員計劃的優先已經破壞了各階段部隊部署規劃清單(用於後勤部署計

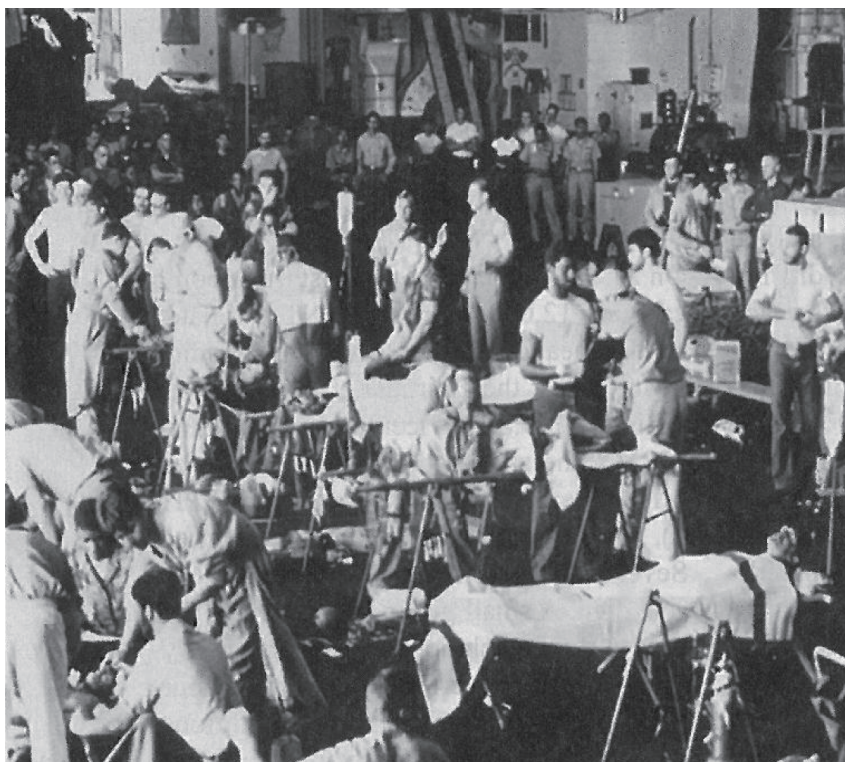


畫作為的基本工具)。在美國參謀首長聯席會議的最高指揮層級中，若缺乏一位瞭解醫療服務的將領將是一大阻礙，因為他將有助減少在指揮鏈中會出現的醫療整備問題。

二戰結束以來，有許多關於設置統一醫療指揮結構的建議，這個結構可以強化軍種間的團隊合作，儘管仍是由各軍種來管理預算。一個聯合或統一「美國醫療司令部」可以促成真正的團隊計畫作為。其最終任務是向愈發聯合和互賴的國防機構，闡明當前和未來醫療支援的需求，並確保相關計畫可以落實執行。

假設這個聯合醫療司令部的司令，能夠與其他統一與特設司令部平起平坐，他將更有效率地因應這些挑戰。該司令能針對統一的軍事醫療問題向國防部長與參謀首長聯席會議主席提供建議，並且配合國防部衛生事務助理部長制定相關政策。這個聯合醫療司令部將是統合醫療整備與相關活動預算的最佳機構。

這般層級的司令部應該由一名四星上將或將級軍官負責指



重大傷亡事件計畫必須包含調節傷患，意即將每一位病患送往最適切的醫療站接受治療。(Source: Arthur M. Smith)

揮(無論其為戰鬥軍官或出身軍醫背景，最好都應由國防部領導階層來決定)。如此一來，該司令的位階便高於各軍種的軍醫署長。這種模式也為軍醫署長設定了雙重角色，同時作為醫療單位的指揮官和直接對各軍種首長負責的高階醫療參謀人員。

在海軍與陸戰隊聯合作戰的領域中，也可考慮建立一個高階「醫療指揮與管制單位」來監

督陸戰隊遠征支隊(MEU)於聯合作戰期間的醫療支援。在陸戰隊遠征支隊的作戰層級，執行醫療支援的人員應該如地面戰鬥單位、空中戰鬥單位及戰鬥勤務支援單位一樣被視為重要的所屬指揮單位。⁵

容忍的底線

美軍在執行一場大規模傳統戰爭時，傷員因缺乏適切的醫療而大量死亡，這樣的事件美



國人還能忍受多久？答案應該是「無法忍受太久」，因為儘管在1983年的貝魯特恐怖攻擊事件中，沒有人因為缺乏照護而死亡，但大眾對於傷員處理的狀況是感到憤怒的。目前軍方領導人與國會親軍方的議員必須做出選擇。正如在寬提科的兵推所證明的，醫療和支援單位間若仍缺乏整合，不加以解決的下場就是未來可能導致災

難性後果。

戰爭期間為傷員提供醫療照護一直是美國的傳統。確保獲得醫療照護的安心感將會激勵部隊英勇戰鬥，而完善的醫療系統已經將許多戰士成功送返部隊。這也是身為美國人該做的事：如果我們未能為潛在的未來傷員提供醫療照護，將會冒著比失去戰鬥效能更大的風險；因此吾等應從根本改變自己

做起。⁶

作者簡介

Arthur M. Smith海軍上校係奧古斯塔大學喬治亞醫學院泌尿外科教授。他曾於1989年獲選《美國海軍學會月刊》優良作者。

Reprint from *Proceedings* with permission.

註釋

1. A. Smith and H.R. Bohman, "Medical Command and Control in Sea-Based Operations," *U.S. Naval War College Review* 59, no. 3 (Summer 2006): 52-71.
2. "Medical Readiness Planning in the U.S. European Command" (the "Zimble Report"), U.S. Department of Defense Medical Readiness Review Group (Washington, DC: Government Printing Office, 18 April 1984).
3. "Expeditionary Medicine 2015 Final Report," Director, Wargaming Division, Futures Directorate, Headquarters U.S. Marine Corps, 1 July 2015.
4. A. M. Smith, D. A. Lane, and J. A. Zimble, "Purple Medicine; The Case for a joint Medical Command," *U.S. Naval War College Review* 60, no. 1 (Winter 2007): 129-38.
5. Smith, Lane, and Zimble, "Purple Medicine."
6. "Zimble Report."



為傷患提供照護是美軍的一項特點。醫療體系必須澈底改組，以確保維繫永續醫療整備能量。(Source: Arthur M. Smith)