

<https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.591>

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VÀ CƠ SỞ DỰ KIẾN THƯƠNG BINH, BỆNH BINH CỦA CÁC NHÀ KHOA HỌC LIÊN BANG NGA VÀ NATO TRONG MỘT SỐ CUỘC XUNG ĐỘT VŨ TRANG

Đặng Quốc Huy^{1*}, Phùng Văn Hành¹, Lê Trọng Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các phương pháp tiếp cận và cơ sở dự kiến thương binh, bệnh binh của các nhà khoa học Liên bang Nga và khối NATO.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, sử dụng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp, phương pháp phân tích lịch sử, phương pháp logic học các tài liệu, văn bản, báo cáo và số liệu thống kê về khái niệm thương binh, bệnh binh; tổn thất quân số chiến đấu; tổng kết công tác cứu chữa ngoại khoa trong một số cuộc xung đột quân sự; các công trình khoa học và ấn phẩm xuất bản định kì của các tổ chức quân y Liên bang Nga và khối NATO. Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Chỉ huy Tham mưu quân y, Học viện Quân y từ tháng 8/2024 đến tháng 01/2025.

Kết quả: Phân tích các quan điểm của các nhà chỉ huy quân y Liên bang Nga và các nước khối NATO, thấy chưa có sự thống nhất về khái niệm thương binh, bệnh binh ở nhiều khía cạnh, đặc biệt là thời điểm tính và công thức tính toán so với quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam. Các dẫn chứng về cơ cấu thương binh, bệnh binh, đặc biệt là thương binh ngoại khoa trong một số cuộc chiến tranh cho thấy xu hướng tăng các vết thương ở vùng đầu cổ, cột sống; tăng vết thương đa thương tích và đa chấn thương; tăng tỉ lệ thương binh ngoại khoa trong các xung đột quân sự cường độ cao (chiếm 40-50% tổng số thương binh).

Kết luận: Các cách tiếp cận khác nhau về thương binh, bệnh binh của các nhà khoa học Liên bang Nga và khối NATO mang lại cho nhà tổ chức chỉ huy quân y Việt Nam các cách nhìn nhận khác nhau về vấn đề dự kiến, tính toán tỉ lệ, số lượng và cơ cấu thương binh, bệnh binh trước mỗi trận chiến đấu.

Từ khóa: Cơ sở dự kiến, thương binh bệnh binh, xung đột vũ trang, Nga, khối NATO.

ABSTRACT

Objectives: Analysis of approaches and foundations for predicting wounded and sick soldiers by scientists of the Russian Federation and the NATO alliance.

Subjects and methods: A retrospective study using secondary data analysis, historical analysis, and logical analysis methods applied to documents, reports, and statistical data on the concepts of wounded and sick soldiers; combat personnel losses; summaries of surgical treatment from some military conflicts; and scientific works and periodical publications of military medical organizations from the Russian Federation and the NATO alliance. The study was conducted at the Military Medical Command and Staff Faculty, Military Medical Academy, from August 2024 to January 2025.

Results: Analysis of the perspectives of military medical commanders from the Russian Federation and NATO alliance countries reveals a lack of consensus on the concept of wounded and sick soldiers in many aspects-particularly regarding timing and calculation formulas-when compared with the views of Vietnamese scientists. Evidence regarding the composition of wounded and sick personnel, especially surgical casualties in some wars, shows a trend of increasing injuries to the head, neck, and spine; a rise in polytrauma and multiple injuries; and a growing proportion of surgical casualties in high-intensity military conflicts (accounting for 40-50% of total wounded personnel).

Conclusions: The differing approaches to wounded and sick soldiers by scientists from the Russian Federation and the NATO alliance offer Vietnamese military medical commanders diverse and valuable perspectives on forecasting, calculating the rates, quantities, and composition of casualties prior to each combat engagement.

Keywords: Basis for predicting, wounded and sick soldiers, military conflict, Russia Federation, NATO bloc.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đặng Quốc Huy, Email: bsdangquochuy@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/01/2025; mời phản biện khoa học: 01/2025; chấp nhận đăng: 01/8/2025.

¹Học viện Quân y.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thất về quân số trong chiến tranh có thể chia thành hai loại: loại 1 (không còn khả năng trở lại chiến đấu) gồm những quân nhân bị chết ở hỏa tuyến, bị địch bắt hoặc mất tích và loại 2 (còn khả năng trở về chiến đấu) gồm thương binh, bệnh binh (TBBB) [1]. Thống kê tổn thất quân số trong chiến đấu là căn cứ để người chỉ huy xác định khối lượng thu dung, cứu chữa của các tuyến quân y. Từ đó, có tổ chức biên chế, trang bị, cách sử dụng lực lượng phù hợp, góp phần nâng cao chất lượng công tác bảo đảm quân y trong chiến đấu, đặc biệt, công tác tổ chức cứu chữa vận chuyển TBBB, như các biện pháp tìm kiếm, thu gom, cấp cứu, vận chuyển, điều trị cho người bị thương, bị bệnh từ khi phát hiện cho đến kết quả cuối cùng. Trong chiến tranh hiện nay, số lượng TBBB thường rất lớn do lực sát thương của các loại vũ khí hiện đại [2]. Do vậy, dự kiến số lượng, tỉ lệ và cơ cấu TBBB có ý nghĩa hết sức quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả hoàn thành nhiệm vụ bảo đảm quân y.

Các phương pháp tiếp cận, đánh giá toàn diện TBBB cho đến nay còn chưa giải quyết đầy đủ các vấn đề đặt ra. Thực tiễn này đang được các nhà khoa học quan tâm và ngày càng có nhiều công bố mới về tổn thất quân số trong các cuộc xung đột vũ trang ở các chiến trường, song kết quả chưa thống nhất [9]. Mặt khác, khi công nghệ sản xuất vũ khí phát triển, nhiều loại vũ khí mới ra đời, kĩ - chiến thuật giữa các quốc gia phát triển khác xa nhau và không giống như với các cuộc chiến tranh đã diễn ra trước đây. Do đó, dự kiến số lượng, tỉ lệ và cơ cấu TBBB trước chiến đấu luôn luôn là một nhiệm vụ đặc biệt quan trọng và khó khăn của các nhà tổ chức chỉ huy quân y.

Từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích các phương pháp tiếp cận, những cơ sở dự kiến tỉ lệ, cơ cấu TBBB của các nhà khoa học Liên bang Nga và Tổ chức Hiệp ước Bắc Đại Tây Dương (North atlantic treaty organization - NATO) trong một số cuộc xung đột vũ trang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các tài liệu, văn bản, báo cáo và số liệu thống kê về khái niệm TBBB; tổn thất quân số chiến đấu; tổng kết công tác cứu chữa ngoại khoa từ một số cuộc xung đột quân sự; các công trình khoa học và ấn phẩm xuất bản định kì của các tổ chức quân y Liên bang Nga và NATO. Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Chỉ huy Tham mưu quân y, Học viện Quân y, từ tháng 8/2024 đến tháng 01/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu số liệu thứ cấp.
- Phương pháp nghiên cứu:
 - + Phương pháp phân tích số liệu thứ cấp đối với các tài liệu và số liệu báo cáo của các tổ chức và quốc gia về TBBB.
 - + Phương pháp phân tích lịch sử trong liệt kê và phân tích số liệu các cuộc xung đột quân sự theo thời gian.
 - + Phương pháp logic học để đánh giá, nhận định, so sánh các dữ liệu.
 - Đạo đức: nghiên cứu hồi cứu các số liệu có trong các cuộc xung đột quân sự với sự tuân thủ về mặt y đức. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.
 - Xử lí số liệu: bằng phần mềm Excel 2016.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Quan điểm của các nhà khoa học Liên bang Nga về tổn thất quân số trong chiến đấu

Tất cả những tổn thất về nhân lực mà quân đội phải gánh chịu trong chiến tranh được gọi là tổn thất chung, được chia ra thành tổn thất không thể hồi phục và tổn thất có thể hồi phục.

- Tổn thất không thể hồi phục: gồm tổn thất những người tử vong trên chiến trường (chưa đến được các tuyến quân y), bị bắt hoặc mất tích. Tỉ lệ tổn thất tính theo công thức:

$$\text{Tổn thất không thể hồi phục} = \frac{\text{Tổng số tổn thất không thể hồi phục}}{\text{Tổng số tổn thất chung}} \times 100\%$$

- Tổn thất có thể hồi phục (TBBB): gồm những người bị mất khả năng chiến đấu (khả năng lao động) ít nhất một ngày và đã đưa vào các tuyến quân y (các phân đội quân y và cơ sở quân y).

3.2. Các khái niệm và chỉ số về tổn thất nhân lực theo cách tiếp cận của quân y khối NATO

Để phân tích hồi cứu so sánh về tổn thất trong các cuộc xung đột quân sự khác nhau, R. Bellamy đề xuất sử dụng các định nghĩa sau [3]:

- Thuật ngữ "TBBB (casualties - thương vong)": là những quân nhân tại ngũ, vì lí do sức khỏe, đã mất khả năng thực hiện nhiệm vụ quân sự trong khu vực chiến đấu, bao gồm những người bị thương do đụng độ với đối phương và quân nhân mất khả năng chiến đấu do bệnh tật hoặc một số loại thương tích không do chiến đấu.

- Thuật ngữ chính mô tả TBBB (Wounded in action (WIA) - bị thương trong chiến đấu): những

tổn thất về nhân lực do thiệt hại trong quá trình chiến đấu, gồm những người bị thương đưa vào các cơ sở điều trị (Medical treatment facilities - MTF), những người tử vong do bị thương trong giai đoạn vận chuyển (Death of wounded - DOW) và những người bị thương nhẹ trở lại đơn vị trong vòng 72 giờ (Returned to duty - RTD).

- Những người thiệt mạng trong chiến đấu hay "tử vong trong chiến đấu" (Killed in action - KIA): gồm tất cả các trường hợp tử vong trong chiến đấu hoặc bị thương, tử vong trước khi chuyển đến các cơ sở điều trị (MTF). Những trường hợp mất tích (Missed in action - MIA) và bị bắt làm tù binh (Prisoners of war - POW) không tính vào nhóm này. Chỉ số KIA tính bằng công thức:

$$KIA (\%) = \frac{\text{Tử vong trước khi chuyển đến MTF}}{\text{Tử vong trước khi chuyển đến MTF} + (WIA - RTD)} \times 100\%$$

- Số người chết do vết thương trong các giai đoạn cứu chữa, vận chuyển từ tuyến trước về tuyến sau (DOW) xác định theo công thức:

$$DOW (\%) = \frac{\text{Tử vong tại MTF}}{WIA - RTD} \times 100\%$$

- Chỉ số CFR (Case fatality rate - trường hợp tử vong): dùng để đánh giá các trường hợp quân nhân tử vong trong một cuộc chiến, hiệu quả của hệ thống tổ chức cứu chữa, vận chuyển và khả năng triển khai các kỹ thuật y tế hỗ trợ cho người bị thương; tính theo công thức sau:

$$CFR (\%) = \frac{KIA + DOW}{KIA + WIA} \times 100\%$$

3.3. Cơ cấu thương tích trong một số cuộc chiến tranh và xung đột vũ trang

Bảng 1. Cơ cấu vết thương theo vị trí và tính chất tổn thương [10]

Cơ quan bị thương	Vết thương đơn lẻ	Đa thương tích	Đa chấn thương
Đầu	35,9%	22,9%	37,3%
Cổ	0,9%	0,5%	2,3%
Ngực	5,1%	3,5%	18,2%
Bụng	3,4%	3,1%	9,3%
Khung chậu	2,7%	3,0%	6,7%
Cột sống	1,2%	0,4%	1,8%
Chi trên	18,9%	25,2%	12,8%
Chi dưới	31,9%	41,4%	11,6%
Tổng	100%	100%	100%

Các trường hợp đa chấn thương có vết thương vùng đầu chiếm tỉ lệ cao nhất (37,3%), tiếp đến vùng ngực (18,2%). Các trường hợp đa thương tích thường gặp ở chi dưới và chi trên (41,4% và 25,9%). Chủ yếu trường hợp có vết thương đơn lẻ vùng đầu (35,9%) và chi dưới (31,9%).

Bảng 2. Cơ cấu thương binh theo loại hình vũ khí và mức độ tổn thương [10]

Loại vũ khí	Mức độ tổn thương				Tổng
	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	
Hỏa khí	35,0%	30,0%	25,0%	10,0%	100%
Đạn nhiệt áp	45,0%	40,0%	10,0%	5,0%	100%
Vũ khí chính xác	20,0%	10,0%	20,0%	50,0%	100%
Hỗn hợp gây cháy	15,0%	55,0%	20,0%	10,0%	100%

Bảng 2 cho thấy, vũ khí chính xác thường gây ra các tổn thương mức độ nặng và rất nặng từ 20,0-50,0% tổng số thương binh. Trong khi vũ khí thông thường (hỏa khí) gây ra các tổn thương mức độ rất nặng và nặng từ 10,0-25,0% tổng số thương binh; đạn nhiệt áp gây ra các tổn thương mức độ rất nặng và nặng từ 5,0-10,0% tổng số thương binh; hỗn hợp gây cháy gây ra các tổn thương mức độ rất nặng và nặng từ 10,0-20,0% tổng số thương binh.

Bảng 3. Cơ cấu thương binh nội khoa và ngoại khoa trong một số cuộc chiến tranh và xung đột vũ trang [8]

Loại TBBB		Ngoại khoa	Nội khoa	Tổng
Chiến tranh Nga - Nhật Bản		27,2%	72,8%	100%
Chiến tranh thế giới lần I		43,7%	56,3%	100%
Chiến tranh thế giới lần II		65,3%	34,7%	100%
Afghanistan 1979 - 1989		10,6%	89,4%	100%
Chechnya	1994 - 1996	52,7%	41,3%	100%
	1999 - 2001	35,9%	64,1%	100%

Bảng 3 cho thấy, tỉ lệ thương binh ngoại khoa có sự khác nhau giữa các cuộc chiến tranh, trong đó, thương binh ngoại khoa hay gặp nhất trong chiến tranh thế giới lần II (65,3%) và chiến tranh Chechnya giai đoạn 1994 - 1996 (52,7%). Tỉ lệ này giảm trong các cuộc chiến tranh thế giới lần I (43,7%), chiến tranh Chechnya giai đoạn 1999-2001 (35,9%), chiến tranh Nga- Nhật Bản (27,2%) và chiến tranh Afghanistan 1979 - 1989 (10,6%). Tỉ lệ thương binh nội khoa có xu hướng tăng từ chiến tranh thế giới lần II (34,7%) đến chiến tranh Chechnya năm 2001 (64,1%).

Bảng 4. Cơ cấu thương binh theo vị trí tổn thương trong một số cuộc chiến tranh và xung đột vũ trang [8]

Vị trí tổn thương	Chiến tranh thế giới II (Liên-xô)	Việt Nam (Mỹ)	Afghanistan (Liên-xô)	Chechnya 1994 - 1996 (Nga)	Chechnya 1999 - 2002 (Nga)
Đầu, cổ và cột sống	11,9%	15,7%	14,4%	36,7%	28,9%
Ngực	10,6%	12,2%	11,2%	7,4%	8,2%
Bụng	2,4%	7,1%	6,9%	4,5%	4,9%
Chậu	6,0%	3,9%	3,7%	3,5%	4,8%
Chi trên	34,5%	26,3%	24,0%	18,6%	17,4%
Chi dưới	34,6%	34,8%	39,8%	29,3%	35,8%
Tổng	100%	100%	100%	100%	100%

Trong một số cuộc chiến tranh và xung đột vũ trang, tỉ lệ vị trí các tổn thương có sự thay đổi, như tổn thương vùng đầu, cổ, cột sống tăng dần từ 11,9% lên 36,7%; tổn thương vùng chi trên giảm dần từ 34,5% xuống 17,4% và vùng chi dưới giảm từ 34,6% xuống 29,3%. Tuy nhiên, vị trí tổn thương ở chi trên, chi dưới vẫn nhiều nhất và vị trí tổn thương ở vùng chậu, bụng vẫn ít nhất (dao động từ 3,5-6,0% tổng số thương binh).

3.4. Cơ sở dự kiến tỉ lệ TBBB trong các cuộc xung đột vũ trang

Các nhà tổ chức chiến thuật Liên bang Nga gần đây nêu quan điểm, để dự kiến số lượng TBBB, họ thường sử dụng một số phương pháp dự kiến có tính đến các yếu tố quan trọng và khả năng cao nhất, cụ thể là những phương pháp:

- Dự kiến tỉ lệ thương binh tối thiểu và tối đa.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh tùy thuộc vào cường độ xung đột vũ trang.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh theo loại hình chiến đấu.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh theo giai đoạn của hoạt động quân sự.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh dựa vào loại vũ khí sát thương.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh theo các hướng chiến đấu.
- Dự kiến tỉ lệ thương binh dựa trên dự kiến tổng số lượng thương vong.
- Các phương pháp tính toán nhanh số lượng TBBB.

4. BÀN LUẬN

4.1. Quan điểm của các nhà khoa học Liên bang Nga về tổn thất quân số trong chiến đấu

Các nhà khoa học Liên bang Nga nêu quan điểm: có thể chia tổn thất về nhân lực trong chiến đấu thành 2 nhóm, gồm nhóm không thể hồi phục và nhóm có thể hồi phục.

Thực tế, nhóm tổn thất không thể hồi phục gồm cả những người đã tử vong trong giai đoạn vận chuyển về tuyến sau. Việc phân nhóm chưa đúng có thể khiến cách tính toán tỉ lệ tử vong hỏa tuyến cao, tỉ lệ tử vong tại các tuyến quân y lại thấp. Theo nghiên cứu của Gumanhenko E.K, trong cuộc chiến tại Afghanistan (1979-1989), quân đội Liên-xô ghi nhận tổng số tổn thất chung là 50.127 quân nhân; trong đó, số tổn thất không thể hồi phục là 14.427 người [6]. Nhóm tổn thất có thể hồi phục là các TBBB. Quan điểm này có phần giống với quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam (thương binh là những quân nhân/viên chức quốc phòng bị tổn thương do tác động trực tiếp/gián tiếp của vũ khí địch, phải nghỉ việc trên 24 giờ; bệnh binh là những quân nhân/viên chức quốc phòng mắc bệnh hoặc bị tai nạn trong lao động, luyện tập... phải nghỉ việc trên 24 giờ [2]).

4.2. Các khái niệm và chỉ số về tổn thất nhân lực theo cách tiếp cận của quân y khối NATO

Tổn thất về nhân lực trong theo cách tiếp cận của các nhà khoa học NATO có nhiều điểm khác, được phân chia cụ thể với nhiều chỉ số tính toán. Một số chỉ số sử dụng là:

- WIA (bị thương trong chiến đấu): sự khác biệt lớn nhất về quan điểm TBBB là do các tiêu chí xác định khác nhau. Với các nhà khoa học quân y Liên bang Nga và Việt Nam, TBBB là tất cả những người bị thương, mất khả năng chiến đấu ít nhất 24 giờ và được đưa vào tuyến cứu chữa. Tuy nhiên, trong lực lượng vũ trang của các nước NATO, số TBBB phải ở các cơ sở điều trị từ 72 giờ trở lên. Theo P Rhee và cộng sự (2008), tỉ lệ quay trở lại chiến đấu có thể vượt quá 50% tổng số thương binh [9]; tương đồng với quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam khi cho rằng tỉ lệ số TBBB nhẹ luôn chiếm một nửa tổng số TBBB.

- KIA (tử vong trong chiến đấu) và DOW (số người chết do vết thương trong các giai đoạn cứu chữa, vận chuyển): hai chỉ số này giúp đánh giá mức độ sát thương của các loại vũ khí khác nhau,

hiệu quả của việc chăm sóc trước khi đến cơ sở điều trị và khả năng, chiến thuật vận chuyển TBBB. Nhiều thập kỷ qua, giá trị KIA trong các xung đột vũ trang chiếm 20-25%, tỉ lệ DOW giảm đáng kể từ sau chiến tranh thế giới lần thứ II (xuống đến dưới 5%), do hệ thống cứu chữa, vận chuyển cải thiện, cùng với việc sử dụng các phương pháp mới trong cấp cứu, điều trị (như giảm đau, thuốc kháng sinh, truyền máu và các phương tiện phẫu thuật mới...). Nói cách khác, chỉ số DOW cho phép đánh giá hiệu quả công tác tổ chức bảo đảm quân y tại các tuyến cứu chữa và công tác vận chuyển TBBB [9].

- CFR (trường hợp tử vong): dùng để đánh giá các trường hợp quân nhân tử vong trong một cuộc chiến, hiệu quả của hệ thống tổ chức cứu chữa, vận chuyển và khả năng triển khai các kỹ thuật y tế. Khi tính giá trị CFR, các trường hợp thuộc nhóm RTD cũng đưa vào tính chỉ số WIA, trong lúc nhóm RTD bị loại khi tính giá trị KIA và DOW. Theo cách tính của các nhà chỉ huy quân y Liên bang Nga và Việt Nam, cách tính như vậy chưa phù hợp vì tỉ lệ tử vong hòa tuyến được tính so với tổng số thương vong (gồm cả số thương binh nhẹ trở lại đơn vị chiến đấu); tỉ lệ tử vong tại các tuyến quân y được tính so với tổng số thu dung ở từng tuyến (gồm cả TBBB nhẹ); tỉ lệ tử vong chung được tính trên tổng số TBBB (gồm cả TBBB nhẹ).

Các chỉ số thống kê trong lực lượng vũ trang NATO có một số khác biệt về phương pháp tính so với của Liên bang Nga và Việt Nam. Ở các nước NATO, việc nghiên cứu các giai đoạn tiến hành hỗ trợ y tế trước bệnh viện, tại bệnh viện cho thương binh bằng sổ đăng ký thương binh thống nhất ngay từ đầu cho từng trường hợp tổn thất. Sổ đăng ký giúp cho việc tiến hành phẫu thuật, đưa ra chỉ định, đánh giá mức độ, cơ cấu các biến chứng và các vấn đề khác về cứu chữa ngoại khoa trở nên dễ dàng hơn. Cách tiếp cận này khác quan hơn việc tổng hợp cơ sở dữ liệu của các nhà nghiên cứu Liên bang Nga. Từ đó, cho thấy sự cần thiết phải đăng ký và thống kê riêng thương binh ngoại khoa trong chiến đấu.

Nghiên cứu của Harles H.C khi so sánh tỉ lệ tử vong tại bệnh viện đối với các quân nhân Nga bị thương ở Bắc Kavkaz là 1,5% từ năm 1994 - 1996 và 1,2% từ năm 1999 - 2002 [4]. Theo nghiên cứu của Jeffrey T Howard và cộng sự, trong cuộc chiến tại Iraq và Afghanistan giai đoạn 2001 - 2017, tỉ lệ tử vong tại các cơ sở điều trị của NATO ở Iraq và Afghanistan lên tới 6,4% (tính tổng số thương binh bằng cách loại số thương binh nhẹ trở lại chiến đấu). Nếu tính cả số thương binh nhẹ này thì tỉ lệ tử vong chỉ còn 3,2% [7].

4.3. Cơ cấu thương tích trong một số chiến tranh và xung đột vũ trang

- Theo vị trí và tính chất tổn thương: bảng 1 cho thấy thương binh đa chấn thương có vết thương vùng đầu chiếm tỉ lệ cao nhất (37,3%). Vết thương đơn lẻ chủ yếu gặp ở vùng đầu (35,9%) và chi dưới (31,9%). Vị trí tổn thương thường gặp ở đầu và các chi, vì vũ khí sử dụng chủ yếu trong cuộc chiến tranh thường thả từ trên cao xuống. Tổn thương ngực, lưng, bụng, chậu có tỉ lệ thấp hơn do có trang bị bảo vệ. Nghiên cứu vị trí thương tổn giúp ích cho việc đánh giá ảnh hưởng của các loại vũ khí đến cơ cấu thương tích, hỗ trợ nghiên cứu các trang bị bảo hộ cá nhân nhằm hạn chế tác dụng sát thương của vũ khí (giày, mũ, áo giáp...). Trong cơ cấu TBBB, tỉ lệ người bị thương ở mức độ trung bình và nặng ngày càng tăng. Điều này giải thích do tăng tỉ lệ các trường hợp bị thương với nhiều loại hình vết thương, như vết thương đơn lẻ, vết thương kết hợp (đa thương tích) và đa chấn thương.

- Cơ cấu thương binh theo loại hình vũ khí và mức độ tổn thương: các loại vũ khí sử dụng trong các cuộc xung đột ghi nhận là hỏa khí, đạn nhiệt áp, vũ khí hiện đại chính xác cao và hỗn hợp gây cháy. Trong khi hỏa khí, đạn nhiệt áp, hỗn hợp gây cháy chủ yếu gây ra các tổn thương nhẹ và vừa thì vũ khí chính xác thường gây ra các tổn thương mức độ nặng và rất nặng (từ 20,0-50,0% tổng số thương binh). Mức độ tổn thương chia thành ba nhóm là nặng, vừa, nhẹ và có sự thay đổi theo thời gian. Ngày nay, các loại vũ khí sử dụng ngày càng tối tân, hiện đại và tính chính xác cao hơn, do vậy, làm tăng thương binh tổn thương mức độ nặng và rất nặng, giảm thương binh mức độ nhẹ và vừa. Đây là cơ sở để quân y các cấp dự kiến các mức độ tổn thương trong chiến tranh bảo vệ Tổ quốc trong tương lai và tính toán nhu cầu cứu chữa của các tuyến quân y [8].

Phân tích công tác bảo đảm quân y cho bộ đội trong các cuộc chiến tranh vài thập kỷ gần đây thấy một tỉ lệ đáng kể thương binh mất khả năng chiến đấu do chấn thương tâm lý (loạn thần phản ứng, loạn thần tổn thương thực thể, sợ hãi trong chiến đấu). Trong đó, một lượng không nhỏ TBBB mất khả năng chiến đấu tạm thời do tổn thương loạn thần thực thể. Trong cuộc chiến giữa Ả Rập - Israel năm 1973, cứ 100 trường hợp thương binh trong chiến đấu thì có 40-50 trường hợp bị chấn thương tâm thần [6]. Trong Chiến dịch Bão táp sa mạc năm 1991, có tới 30% sĩ quan và binh lính quân đội Iran bị chấn thương tâm thần. Khoảng 20% quân nhân Hoa Kỳ phải sơ tán khỏi vùng chiến sự do rối loạn tâm thần [6]. Biểu hiện lâu dài của bệnh lý này là hậu quả của rối loạn tâm thần, như "Hội chứng vùng Vịnh", "Hội chứng Việt Nam", "Hội chứng Chechen"... [4].

- Cơ cấu thương binh trong một số cuộc chiến tranh và xung đột vũ trang trong nghiên cứu: bảng 4 ghi nhận tổn thương vùng đầu, chi trên, chi dưới chiếm tỉ lệ lớn và có sự thay đổi. Cụ thể, tỉ lệ tổn thương vùng đầu, cổ, cột sống tăng dần từ 11,9% lên 36,7%; tổn thương vùng chi trên, chi dưới lại có xu hướng giảm dần từ 34,5% xuống 17,4% và 34,6% xuống 29,3%. Bảng 3 ghi nhận tỉ lệ thương binh ngoại khoa có sự khác nhau giữa các cuộc chiến tranh, thương binh ngoại khoa hay gặp nhất trong chiến tranh thế giới lần thứ II (65,3%) và chiến tranh Chechnya giai đoạn 1994 - 1996 (52,7%). Các cuộc chiến khác ghi nhận số thương binh nội khoa nhiều hơn. Sự thay đổi về tỉ lệ các vùng tổn thương trong các cuộc chiến tranh gần đây phản ánh sự thay đổi trong chiến thuật, trang thiết bị bảo hộ, cũng như phương tiện chiến tranh hiện đại. Trước đây, bộ binh đóng vai trò chủ đạo và giao tranh ở khoảng cách gần hơn, tổn thương ở chi trên và chi dưới thường chiếm tỉ lệ cao hơn. Tuy nhiên, trong các cuộc chiến tranh hiện đại, việc sử dụng vũ khí có sức công phá lớn, tấn công từ xa khiến tổn thương ở vùng đầu, cổ và cột sống tăng lên (những khu vực ít được bảo vệ trở thành vị trí tổn thương phổ biến hơn).

Khi so sánh một số cuộc chiến tranh vài thập kỷ gần đây, xét về vị trí tổn thương, thấy rằng cơ cấu vết thương vùng đầu cổ và cột sống có xu hướng tăng lên và giảm các vết thương chi trên, chi dưới (tính từ chiến tranh thế giới lần thứ II đến các cuộc xung đột vũ trang gần đây). Theo nghiên cứu của Dana M, trong các cuộc chiến tranh ở Việt Nam và ở Iraq, vấn đề nhiễm khuẩn vết thương có diễn biến rất phức tạp do tình trạng vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh và lây chéo giữa các thương binh [5].

- Cơ sở dự kiến tỉ lệ TBBB trong các cuộc xung đột vũ trang: tại Việt Nam, dự kiến tỉ lệ TBBB thường căn cứ vào một số yếu tố sau [2]: tính chất, đặc điểm của chiến đấu (chiến dịch); đặc điểm về địch; đặc điểm về ta; đặc điểm địa hình thời tiết và kinh nghiệm các trận chiến đấu trước đây. So với quan điểm của Liên bang Nga, quan điểm này có một số điểm tương đồng, nhưng có những nét đặc sắc riêng theo đường lối nghệ thuật quân sự Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Phân tích một số chỉ số thống kê về thương binh, bệnh binh của các nhà khoa học quân y Liên bang Nga và các nước khối NATO, thấy các cách tiếp cận không đồng nhất và có điểm không tương đồng so với quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam. Mặc dù khi tính đến các chỉ số thống kê quân y của các nước khối NATO, thấy có những giá trị nhất định, nhưng chưa phù hợp do có sự khác biệt lớn trong phương pháp tính toán số lượng, tỉ lệ thương binh,

bệnh binh so với quan điểm của các nhà khoa học quân y Việt Nam và Liên bang Nga.

Trong một số cuộc xung đột vũ trang vài thập kỷ gần đây, xu hướng tăng tỉ lệ tổn thương ở vùng đầu cổ và cột sống, giảm tỉ lệ vết thương ở chi trên và chi dưới (song vẫn chiếm tỉ lệ cao, dao động từ 30-40%); tăng tỉ lệ thương binh mức độ nặng và rất nặng, giảm tỉ lệ thương binh mức độ vừa; tăng vết thương đa thương tích và đa chấn thương. Thương binh ngoại khoa trong các xung đột vũ trang hiện đại chiếm khoảng 40-50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quân y, Bộ Quốc phòng (2015), *Y học quân sự*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 2015. tr. 32-46.
2. Cục Quân y, Bộ Quốc phòng (2009), *Giáo trình Tổ chức Chỉ huy quân y, tập 2*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
3. Bellamy R.F, Zajtchuk R (1995), *Combat Trauma Overview*, Textbook of Military Medicine, 1995. 4, pp. 1-42.
4. Charles H.C Pilgrim, Leonard Brennan (2023), "Surgical management of injured ADF personnel deployed to Afghanistan 2001-2021", *ANZ Journal of surgery*, 2023, 93 (4), pp. 821-828.
5. Dana M Blyth, Heather C et al (2015), "Lessons of war: Combat-related injury infections during the Vietnam War and Operation Iraqi and Enduring Freedom", *J Trauma Acute Care Surg*, 2015; 79 (4 Suppl 2), pp. S227-35.
6. Гуманенко Е.К., Самохвалова И.М. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -704 с.
7. Jeffrey T Howard, Russ S Kotwal, et al (2019), "Use of Combat Casualty Care Data to Assess the US Military Trauma System During the Afghanistan and Iraq Conflicts, 2001-2017", *JAMA Surg*, 2019, 154 (7), pp. 600-608.
8. А.Я. Фисун. Опыт медицинского обеспечения войск во внутреннем вооруженном конфликте на территории Северно-Кавказского региона Российской Федерации 1994-1996 гг. и в 1999-2002 гг. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2014. - Т.1.-354 с.
9. Rhee P, Holcomb J, Jenkins D (2008), *Modern combat casualty care*, Trauma, New York: McGraw- Hill Companies, 2008, pp. 1139-1159.
10. Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. Указания по военно-полевой хирургии. Москва. 2013. 474 с. □